LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

IMPRIMERIE LEVÉ

17, RUE CASSETTE, 17

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

JOURNAL PARAISSANT TROIS FOIS PAR SEMAINE

QUATRE-VINGT-CINQUIÈME ANNÉE

1912

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6e)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1912

N° 1. — MARDI 2 ET JEUDI 4 JANV. 1912. 85e ANNÉE. MARDI 2 ET JEUDI 4 JANV. 1912. — N° 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » . — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE — Lille. — Les prix d'externats sont décernés à MM. Arnould, Delahaye, D'Halluin, Dubus, Jeanvoiné, Lefebvre (Daniel), Lefebvre (Frédéric), Macquet, Six, Swynghedauw, Thomas, Wattel, Boiraut, Dekester, Lescaut et Piette.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les étudiants en médecine déférés au Conseil de l'Université ont reçu communication de l'avis ci-dessous adressé au recteur de l'Université de Paris par M. le ministre :

« Sans préjuger en rien de la décision du Conseil supérieur de l'Instruction publique, mais pour en permettre éventuellement les effets possibles, j'ai l'honneur de vous informer qu'après en avoir conféré avec M. le doyen, je crois équitable d'admettre les quatre étudiants en médecine de première et de deuxième année, qui ont fait appel des jugements du Conseil de l'Université de Paris, à prendre part, à titre bénévole, aux travaux pratiques correspondant à leurs années d'études. »

D'autre part, il a été affiché, à la Faculté, l'avis ci-dessous :

« L'ouverture du registre d'inscription est reportée au 1er mars pour les étudiants en médecine de première et de deuxième année. M. le doyen est autorisé à prendre les mesures nécessaires pour qu'au cas où M. le ministre n'aurait pas, d'ici cette date, à prononcer de nouveau la fermeture de la Faculté, les étudiants de deuxième année puissent se faire inscrire utilement en vue du premier examen de doctorat. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Le Conseil de la Faculté a désigné à l'unanimité, au choix du ministre de l'Instruction publique, comme professeur de clinique des maladies mentales, en remplacement de M. Pierret, admis à la retraite, le docteur Jean Lépine, agrégé à la Faculté, médecin en chef de l'asile de Bron.

— Lille. — Après concours, M. le docteur Benoît a été proposé pour remplir les fonctions d'aide de clinique médicale infantile.

CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ. — Dans sa dernière séance, le Conseil de l'université a décidé que les étrangers, docteurs de l'Université de Lyon, seraient autorisés à porter une épitoge à trois rangs d'hermine, aux couleurs de la ville de Lyon.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le professeur Le Dentu (de Paris); M. le médecin inspecteur Martin; M. le médecin principal de première classe Bassompierre; M. le médecin inspecteur (troupes coloniales) Rangé.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux de première classe Lafille, Marty et Villedary; MM. les médecins principaux de deuxième classe Gautier, Uffoltz et Vincent; M. le médecin en chef de première classe de la marine Gazeau.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Camichel, Garret, Gauran, Giraud, Hirtz, Job, Maffre, Michaud, Paris, Rémond et Vidal; MM. les médecins-majors de deuxième classe Blan, Folly et Mayer; M. le médecin aide-major de première classe Muraz; MM. les médecins-majors de première classe (troupes coloniales) Aunac et Thirion; M. le médecin-major de deuxième classe (troupes coloniales) Normet; MM. les médecins de première classe de la marine Chalibert, Donnart, Cras et Cristau.

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Demirleau (de Montmorency), Houdart (de Brest) et Pages (de Paris).

Officiers d'académie. — MM. les docteurs Bibet, Bing, Bourdier, Carrelon et Lortat (de Paris), Carretier (de Saint-Domineuc), Esquirol (de Francescas), Gouret (de la Turballe).

POUR LES ÉTUDES CLASSIQUES. — La Société de l'internat des hôpitaux de Paris avait récemment institué un referendum parmi ses adhérents sur la question suivante :

« Etes-vous d'avis que le latin et le grec fassent obligatoirement partie de l'enseignement secondaire requis pour l'accès des étudiants aux facultés ou écoles de médecine et que cet enseignement soit coordonné en vue de forger l'esprit et le caractère ? »

Sur 121 votants 8 ont répondu non; 3 ont répondu oui pour le latin, non pour le grec; 110 ont répondu oui pour l'adoption du vœu dans son ensemble.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — Pour le comité général ont été élus : MM. Guinon, Hartmann, Jacquet, Pozzi, Vaquez, Vautrin. Pour le bureau de 1912 : MM. Coudray, président; Mosny, vice-président; Jayle, secrétaire général; Hallion, trésorier; Le Fur, archiviste; E. Agasse-Lafont et Clément-Simon, secrétaires.

CLINIQUE MÉDICALE DE SAINT-ANTOINE. — La leçon inaugurale de M. le professeur Chauffard aura lieu le samedi 13 janvier, à dix heures et demie, dans l'amphithéâtre de la clinique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Paul-Emile Michaut, externe des hôpitaux.

HOTEL-DIEU

LES MÉTRORRAGIES APRÈS LA MÉNOPAUSE

Par M. Paul DALCHÉ (1).

Messieurs,

Je reprends aujourd'hui mes leçons de gynécologie médicale qui avaient été interrompues par ma venue à l'Hôtel-Dieu.

C'est ici, dans ces mêmes salles, qu'il y a vingt-six ans j'ai commencé à apprendre les maladies des femmes auprès de Gallard, dont j'étais alors l'interne. Et déjà c'est à mon tour de prendre la parole devant vous.

Personne plus que moi ne rend hommage aux merveilleux résultats de la chirurgie contemporaine, et, ainsi que le savent tous ceux qui fréquentent mon service, j'ai largement recours aux conseils et aux interventions des chirurgiens mes collègues. Mais, et c'est ce que je voudrais vous montrer aujourd'hui, si beaucoup de malades ont à bénéficier des méthodes de la chirurgie actuelle, il en est un certain nombre auxquels nous pouvons éviter l'intervention, et qui peuvent guérir par les seuls soins médicaux.

Cependant, il ne faudrait pas pousser cette proposition à l'extrême et perdre un temps souvent précieux en nous illusionnant sur la gravité de la maladie; aussi, dès que nous jugeons l'intervention nécessaire, il faut que nous sachions l'imposer avec fermeté à une famille toujours hésitante; bien souvent le salut de la malade en dépend.

Pour vous faire apprécier les difficultés diagnostiques qui peuvent se poser, je ne saurais choisir de sujet plus démonstratif que l'exposé de certaines *métrorragies des femmes âgées* s'observant plus ou moins longtemps après la ménopause.

Bien rarement votre responsabilité de clinicien se trouvera plus engagée que dans ces cas : vous hésiterez entre le diagnostic de tumeur bénigne et celui de tumeur maligne, et vous vous demanderez s'il faut repousser l'opération, ou au contraire intervenir sans perdre de temps.

Mon collègue et ami Armand Siredey a très justement mis en lumière certaines circonstances qui viennent encore compliquer le diagnostic en nous donnant à tort l'illusion d'une tumeur bénigne. C'est ainsi que parfois on observe au début des pertes insignifiantes, d'abord jaunâtres ou rouillées, pertes qui augmentent un peu à la suite de fatigues, mais sans s'accompagner d'aucun trouble de la santé générale.

Puis, après des semaines ou des mois, apparaît une hémorragie abondante ou fétide. On examine alors la malade, et souvent on ne constate aucune lésion appréciable bien qu'il existe un épithélioma ou un sarcome du corps utérin. Dans d'autres cas, c'est soit une métrite cervicale ancienne, soit un petit polype muqueux qui contribue à cacher un néoplasme profond. Parfois, enfin, l'examen fait découvrir un fibromyome qui suffirait bien à expliquer la métrorragie, mais qui peut être lui-même suspect de dégénérescence.

Toutes ces considérations vous montrent donc que les métrorragies survenant chez des femmes âgées doivent toujours vous être suspectes et souvent vous faire craindre les pires éventualités. Cependant elles ne sont pas toujours d'un pronostic fatal, et dans quelques cas, malheureusement trop isolés, leur constatation ne doit pas entraîner le diagnostic de cancer.

Je vais vous en citer quelques exemples que j'ai constatés personnellement et dans lesquels j'ai pu suivre les malades assez longtemps pour qu'aucun doute ne fût permis. Mais, j'y insiste encore, l'existence réelle de ces cas bénins ne doit jamais vous faire négliger la prudence et vous inciter à une expectative funeste.

Récemment, une malade de cinquante-sept ans m'était adressée par un confrère qui me demandait mon avis au sujet de l'opportunité d'une intervention. Cette dame avait eu sa ménopause à l'âge de cinquante-trois ans; puis, il y a deux ans, elle eut pendant deux ou trois jours un écoulement qui se traduisit par quelques taches rouges sur le linge; cet écoulement se répéta au mois de juillet 1910. En janvier 1911, apparut un nouvel écoulement tantôt sanguin, tantôt roussâtre, auquel succéda en avril une perte de sang qui dura un mois. Le médecin de la malade ayant alors essayé d'introduire un hystéromètre, cette manœuvre fut suivie d'une recrudescence de l'hémorragie.

Examinant à mon tour la malade, je trouvai un col utérin atrophié, entouré de brides fibreuses; le corps était indolore, mobile et de volume minime. Rien ne me permettait donc de conclure à une tumeur maligne. J'appris alors que la malade avait à plusieurs reprises présenté du purpura, et, en continuant mon examen, je constatai qu'elle était légèrement artério-scléreuse et qu'elle présentait de la tachycardie et un léger souffle aortique. Je conclus donc qu'il s'agissait d'un purpura artério-scléreux accompagné de métrorragies. Je conseillai néanmoins un curettage explorateur. Celui-ci fut pratiqué et les débris de muqueuse utérine furent examinés par un histologiste qualifié. Ce dernier déclara que rien ne pouvait faire penser à un cancer et qu'il s'agissait d'une métrite accompagnée peut-être de gonococcie ancienne.

Pendant mes dernières vacances j'ai eu l'occasion d'examiner une autre malade très analogue à celle dont je viens de vous raconter l'histoire. C'était une femme de soixante ans ayant eu sa ménopause vers la cinquantaine, qui depuis trois ans souffrait de métrorragies telles qu'un chirurgien lui avait pratiqué l'ablation d'un polype du col. Après l'opération les métrorragies persistèrent avec la même abondance. J'examinai la malade et trouvai la matrice tout à fait normale, le foie et la rate n'étaient pas hypertrophiés; le cœur et les urines étaient normaux. Mais en même temps je découvris des taches de purpura

(1) Leçon recueillie et publiée par M. Paul Roy, ancien interne des hôpitaux.

disséminées sur le corps et j'appris que depuis longtemps la malade avait remarqué que le moindre traumatisme était suivi d'ecchymose. Je me contentai de prescrire du chlorure de calcium et de la gélatine, et j'ai appris depuis que les pertes n'avaient pas reparu et que l'état de santé est excellent.

Dans une leçon faite autrefois à la Pitié j'ai déjà rapporté l'histoire d'une malade que j'ai suivie salle Valleix d'abord, à la consultation ensuite, pendant plus d'un an et demi. Cette malade, quatre ans après sa ménopause, fut prise de métrorragies à répétition. Je lui trouvai une vulvo-vaginite intense accompagnée de rétro-déviation et de congestion du col. Je traitai la vulvo-vaginite par les moyens ordinaires, et, dès qu'elle fut guérie, les métrorragies cessèrent. J'ai eu l'occasion de revoir longtemps après la malade et de constater qu'elle ne présentait rien d'anormal.

Dans les observations que je viens de vous rapporter, vous voyez que j'ai pu assigner aux métrorragies des causes palpables : métrite, congestion utérine, tendances hémorragipares, etc. Mais parfois on se trouve en présence de faits vraiment déconcertants où l'on ne peut assigner aucune cause aux hémorragies utérines.

Je vais vous en citer quelques-uns que j'ai observés moi-même.

Une dame de soixante-sept ans fut prise inopinément de pertes sanguines à répétition en même temps que de troubles vésicaux légers. L'utérus me semblant un peu gros, dur, peu mobile, je fis part de mes craintes à la famille et nous appelâmes en consultation un chirurgien des plus compétents qui conclut avec moi à une tumeur maligne. La malade, qui avait deviné nos inquiétudes, garda un calme imperturbable et ne voulut pas entendre parler d'une intervention. « A mon âge, me dit-elle, ma mère a eu exactement les mêmes accidents, de petites pertes qui durèrent quelques mois, puis disparurent, et la laissèrent vivre jusqu'à un âge très avancé. Il en sera de même pour moi. » Ce fut la malade qui eut raison; les pertes se sont arrêtées depuis cinq ou six ans et la santé est parfaite. Nous en avons été réduits à nous demander si les pertes ne relevaient pas d'une infection vésicale propagée consécutivement à la matrice.

Je puis encore vous citer l'exemple d'une vieille demoiselle, sans aucun passé génital, qui, sept ans après la ménopause, fut prise de métrorragies et de pertes blanches teintées. Le corps utérin était un peu gros, irrégulier, de consistance plutôt molle. Un chirurgien, qui avait examiné la malade, m'écrivit même qu'il avait constaté un début d'envahissement du ligament large. Je conseillai à mon tour une opération sans tarder. La malade refusa. Ceci se passait au début de 1909. Depuis j'ai eu plusieurs fois des nouvelles de la malade, les pertes ont cessé; la santé est excellente et il n'y a aucune douleur.

Enfin pour terminer, voici l'histoire d'une dame âgée de soixante ans, qui, réglée régulièrement jusqu'à cinquante-cinq ans, puis irrégulièrement ensuite, n'eut sa ménopause qu'à cinquante-sept ans. En septembre 1910 elle éprouva des sensations analogues à celles qui précèdent la venue des règles, douleurs lombaires, picotement des seins, céphalée, etc.; puis elle eut une perte sanguine qui dura huit jours. En octobre, à l'époque correspondante, elle éprouva des symptômes analogues, mais au lieu d'avoir une perte sanguine, elle ne présenta qu'une crise de diarrhée. Au bout d'un mois elle eut encore un léger écoulement qui tachait le linge en rose. Cette dame appartenant à une famille médicale, son entourage s'effraya de ces pertes et la malade me fut conduite. L'examen le plus minutieux ne me fit constater aucune lésion. Je n'ai pas revu depuis cette dame, mais il est sûr que, si quelque symptôme anormal était survenu, j'en aurais été informé.

J'ai toujours pensé qu'il s'agissait dans ce cas d'un rappel de poussée menstruelle. Du reste cette dame, je vous le fais remarquer, avait été réglée jusqu'à cinquante-sept ans; faisant ainsi preuve de ce que Raciborski appelait un « sens génital vigoureux ».

Ainsi, vous le voyez, grand est l'embarras du médecin qui examine une femme âgée atteinte de métrorragie. S'il ne doit pas en effet porter systématiquement le diagnostic de cancer, il doit d'autre part se garder de tomber dans l'excès contraire et de perdre un temps précieux en voulant attribuer à tout prix à la métrorragie une cause bénigne. En effet si ces causes existent réellement, elles ne sont pas fréquentes ainsi que nous allons le voir.

Quelles sont les affections susceptibles de produire une métrorragie après la ménopause?

Je vous citerai d'abord la *métrite ancienne*. Il s'agit de femmes ayant présenté autrefois des métrorragies, ayant eu des grossesses fréquentes et atteintes de ptose viscérale. La ménopause s'est effectuée, puis tout à coup les pertes sanguines réapparaissent. On examine la malade et tantôt on découvre un polype muqueux, tantôt on découvre une affection générale comme lithiase biliaire ou rénale, maladie cardiaque qui font ranger la malade dans la catégorie des fausses utérines.

D'autres femmes présentent un tableau symptomatique plus grave qui peut à tort faire croire à un cancer. Ce sont des malades atteintes de *métrite sénile* qui ont une leucorrhée intermittente ou continue, caractérisée par un écoulement de liquide épais, sanieux, souvent sanguinolent et horriblement fétide. A l'examen local le col tantôt paraît sain, tantôt il présente un aspect bourgeonnant et sphacélique. Vous pensez combien ces symptômes peuvent faire croire à un cancer, d'autant plus que l'état général est souvent altéré. Eh bien! tous ces phénomènes alarmants disparaissent soit par le curettage, soit par la dilatation utérine suivie de lavage. A ce propos, je vous recommande, si vous pratiquez le curettage, de vous méfier de la friabilité habituelle des parois utérines qui peut provoquer une perforation.

Dans cet ordre de faits, je me souviens d'avoir observé à l'hospice Debrousse une vieille femme atteinte d'une métrite sénile d'odeur tellement infecte qu'elle incommodait toute une salle. De simples dilatations, suivies de lavages intra-utérins suffirent à guérir la malade. Le diagnostic se basera en particulier sur l'évolution lente, la non-propagation aux

annexes, et les caractères de la leucorrhée qui est plutôt séro-purulente, alors que dans le cancer elle est séro-sanguinolente.

La *sclérose utérine* peut aussi occasionner des pertes au moment du retour d'âge, mais il est rare qu'après celui-ci elle provoque encore des métrorragies. Cela peut cependant se présenter, mais dans ce cas il faut plutôt chercher la cause de la perte du côté d'une affection générale, goutte, lithiase biliaire, maladie cardiaque, que du côté de l'utérus. Il faut néanmoins rester sur ses gardes, car, ainsi que l'a dit Richelot, la sclérose utérine prédispose au cancer, de même que l'ulcère gastrique peut être le prélude d'un épithélioma. Il ne faut pas néanmoins exagérer la gravité de la situation, car le cancer est bien loin de succéder à toute métrite.

Toutes les *dégénérescences des artères utérines*, artério-sclérose, athérome, dégénérescence hyaline, etc.; demeurent à leur tour susceptibles de provoquer des hémorragies, surtout lorsqu'il y a coexistence d'affections cardiaques, de néphrite interstitielle, de sclérose généralisée, etc.

Dans d'autres cas la perte résulte d'un petit *polype muqueux*, et parfois la cause occasionnelle de l'hémorragie est due à l'irritation apportée par le contact de la canule à injection. Ce fait est surtout fréquent quand l'utérus est abaissé. On reconnaît facilement par l'examen local le polype, qui ne détermine du reste qu'une hémorragie légère.

Le *fibrome*, lui aussi, peut déterminer des métrorragies. Il ne s'agit pas toujours de fibromes volumineux, faciles à découvrir par l'examen, mais souvent de petits fibromyomes sous-muqueux fréquemment accompagnés d'endométrite. Les pertes peuvent être tellement persistantes que l'on est conduit à pratiquer l'hystérectomie. Dans un cas de ce genre M. Potherat ne trouva qu'un fibrome sous-muqueux gros comme une noisette.

J'appellerai spécialement votre attention sur la *syphilis* à laquelle on ne pense jamais assez dans les affections gynécologiques; et pourtant Astruc prétendait déjà guérir certaines tumeurs malignes de l'utérus par des frictions mercurielles sur le bas ventre. M. Potherat a de même guéri par le traitement hydrargyrique une femme qui, après sa ménopause, avait présenté des pertes abondantes sans aucun autre symptôme.

Les affections syphilitiques de l'utérus se présentent sous trois aspects :

1° Le syphilome diffus qui forme une grosse masse utérine et péri-utérine, simulant le cancer ou le fibrôme.

2° Le syphilome gommeux qui forme sur le col une masse bourgeonnante, friable et sanguinolente ressemblant singulièrement à l'épithélioma encéphaloïde.

3° Enfin il existe des scléroses de la matrice et des artérites utérines d'origine syphilitique qui donnent lieu à des métrorragies.

Toutes ces formes guérissent par le traitement spécifique.

Je dois encore vous citer le *rappel des règles*, survenant après la ménopause, soit régulièrement, soit irrégulièrement. Ces hémorragies sont en rapport avec des ovulations tardives et peuvent s'accompagner de grossesse.

Enfin, les métrorragies peuvent après la ménopause, comme chez la femme réglée, être dues à des causes extra-génitales, en un mot ces malades rentrent dans la classe des *fausses utérines*.

Parmi les causes de ces pertes on peut rencontrer :

1° *Les affections cardiaques*. — Je ne veux pas parler de l'artériosclérose que j'ai déjà citée, mais des affections mitrales et des myocardites ; les affections aortiques sont beaucoup plus rares. Dans ces conditions il existe de la congestion utérine, et les malades ont un utérus cardiaque de même qu'elles auraient un poumon ou un foie cardiaques.

2° *Les affections hépatiques ou rénales*. — Il s'agit en général de lithiase biliaire avec congestion du foie, sans grande colique hépatique. Les anciennes maladies utérines, telles que la métrite, prédisposent beaucoup alors à la production des métrorragies.

3° *La goutte*. — Elle cause surtout des hémorragies avant la ménopause ; cependant Lancereaux a vu après le retour d'âge des métrorragies douloureuses, très abondantes, survenant à l'occasion d'un accès de goutte et évoluant à grand fracas comme l'accès de goutte lui-même.

4° *La névralgie lombo-abdominale*. — J'ai vu un cas de métrorragie post-ménopausique survenu au cours d'une névralgie lombo-abdominale.

5° *Obésité*. — L'obésité s'accompagne le plus souvent de diminution des règles ; néanmoins Dancel a vu des métrorragies survenues chez des femmes chargées d'embonpoint. Je crois que dans ces cas il faut invoquer des influences pluriglandulaires, allant ainsi plus loin qu'Apert qui n'incrimine que l'insuffisance de la glande surrénale. Je me réserve du reste de vous faire une leçon spécialement consacrée à ce sujet.

Je viens d'étudier devant vous nombre de causes qui peuvent, après la ménopause, produire des métrorragies. Mais il ne faudrait pas que la connaissance de ces faits vous fît perdre toute prudence et vous fît toujours porter un pronostic bénin. Sachez-le bien, toute perte survenant après la ménopause est suspecte, grandement suspecte. Vous devez examiner les malades avec le plus grand soin, et si, malgré un examen scrupuleux, vous ne découvrez rien d'anormal aux organes génitaux, alors seulement vous avez le droit de rechercher si la malade ne présente pas comme cause de ses pertes une des affections dont je viens de vous parler.

C'est vous dire l'importance de l'examen local. Vous le ferez aussi minutieux que possible, et, sans vous contenter du toucher et du palper, vous aurez recours dans les cas douteux au curettage explorateur, à la biopsie et à l'examen intra-utérin.

Le traitement varie suivant les cas :

S'il s'agit d'une métrite sénile, vous pratiquerez le curettage, en vous méfiant de la friabilité des parois utérines, ou bien la dilatation suivie de lavages.

En cas de syphilis, et l'on n'y pense jamais assez, instituez le traitement spécifique.

Enfin, n'essayez l'ergot de seigle qu'avec prudence, les métrorragies des scléreuses, des hypertendues, n'aiment pas l'ergot, suivant la formule de Huchard. Vous réussirez mieux en prescrivant l'opium, le chlorure de calcium et la gélatine, et même des hypotenseurs comme la trinitrine et le nitrite d'amyle. Vous aurez aussi recours aux tamponnements vaginaux gélatinés, aux irrigations tièdes, parfois à la radiothérapie ou à la radiumthérapie.

Bien entendu, vous penserez en tout cas à l'état général et vous traiterez les cardiopathies, les affections hépatiques ou rénales, la goutte, etc., suivant l'état particulier de chaque malade.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1911)

Sur les effets de certains extraits hypophysaires. — MM. H. CLAUDE et A. BAUDOUIN. Pour apprécier les effets d'un produit glandulaire donné, il faut tenir le plus grand compte de l'état, chez le sujet examiné, non seulement de la glande de même nom qu'on injecte, mais encore des autres glandes. A cet égard, ces injections, par les réactions qu'elles engendrent, pourront fournir peut-être des indications sur l'état d'hyper ou d'hypofonctionnement de certains appareils glandulaires.

Reproduction expérimentale de la rougeole chez le Bonnet chinois. Virulence du sang des malades vingt-quatre heures avant le debut de l'éruption. — MM. Ch. NICOLLE et E. CONSEIL confirment expérimentalement cette notion classique que la rougeole est contagieuse avant le début de l'éruption, c'est-à-dire à une époque où elle ne peut être généralement reconnue.

Sur la toxicité de l'oronge ciguë (ammanite phalloïdes, Fr.). — MM. RADAIS et SARTORY. L'oronge ciguë conserve son pouvoir toxique après avoir subi une température supérieure à celle de l'eau bouillante ; la toxicité n'est pas atténuée au bout d'un an pour le champignon desséché et subsiste encore après un vieillissement de dix années. Enfin le poison est fortement retenu par la trame fongique, même après coction dans l'eau à 100 degrés.

Il est donc imprudent de répandre dans le public la notion inexacte que tous les champignons vénéneux peuvent être rendus inoffensifs par un traitement à l'eau bouillante suivi de lavages à l'eau froide.

Colorations du bacille tuberculeux et granulations de Much. Non-spécificité de ces granulations. — MM. ROCHAIX et COLIN. Chez le bacille tuberculeux, la substance qui prend le gram ou le much a dès tendances à se concentrer sur les granulations de Much, alors que la substance acido-résistante paraît être uniformément diffusée.

Les granulations de Much ne sont pas spécifiques du bacille tuberculeux. Elles peuvent exister chez d'autres bacilles acido-résistants.

De la spécificité des sérums antivenimeux. Sérums anticobraïque, antibothropique et anticrotalique. — M. Maurice ARTHUS.

Les vacuolides de la purpurase et la théorie vasculaire. — M. Raphaël DUBOIS.

Radioactivité persistante de l'organisme sous l'influence des injections du radium insoluble. Sérothérapie radioactive. — MM. H. DOMINICI, G. PETIT et A. JABOIN.

La radiographie instantanée du diaphragme chez les tabétiques. — M. CLUZET.

Transformation du pigment sanguin en pigment biliaire sous l'influence de l'adrénaline. — M. Jacques PARISOT.

Nouvelles recherches sur la thérapeutique mercurielle de la syphilis expérimentale du lapin. — MM. LAUNOY et LEVADITI.

De la vésicule biliaire prise comme lieu d'inoculation. — M. Henri VIOLLE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 JANVIER 1912)

M. GUÉNIOT donne lecture d'un résumé des travaux de l'Académie, au cours de l'année qui vient de s'écouler, écrit de la main du professeur Lannelongue.

M. GARIEL, devenu président, invite MM. Chauveau, vice-président, et Blanchard, secrétaire annuel, à prendre place au bureau.

La pyélotomie dans les calculs du rein. — M. BAZY fait sur ce sujet une deuxième communication, faisant suite à un mémoire lu à l'Académie sur le même sujet, l'an dernier.

Elle repose sur trois nouvelles opérations de calculs ramifiés ou volumineux du bassinet et des calices. Ces opérations ont été faites :

L'une sur une dame de cinquante-cinq ans ;

Une sur une dame de vingt-sept ans ;

La troisième sur une dame de trente-cinq ans, qui avait en même temps un calcul vésical.

Les trois opérées étaient infectées et ont guéri rapidement : l'infection a disparu.

Ces opérations ne font que confirmer les conclusions auxquelles était arrivé M. Bazy dans son précédent mémoire et qui sont les suivantes :

Dans l'ablation des calculs du rein, la pyélotomie est l'opération de choix, la néphrotomie l'opération de nécessité.

La pyélotomie est une opération qui n'expose pas aux hémorragies, soit primitives, soit secondaires.

Elle permet le lavage des cavités du rein, bassinet et calices, et par conséquent la guérison facile des pyélites qu'on observe si souvent en pareille circonstance, et que la néphrotomie ne permet pas d'atteindre.

Anastomose épididymo-protubérantielle. — M. Pierre DELBET. L'épididymite blennorragique est capable d'entraîner l'oblitération permanente de la queue de l'épididyme, et conséquemment la stérilité.

Quand l'azoospermie a été constatée, est-il possible d'y remédier ?

Pour permettre à la sécrétion testiculaire d'arriver jusqu'aux vésicules séminales, il n'y a qu'un moyen, c'est d'anastomoser deux portions des voies d'excrétion situées l'une en amont, l'autre en aval de l'obstacle.

Des expériences qui ont été faites, on peut tirer les conclusions suivantes :

1° La sécrétion testiculaire peut passer par la voie anastomotique artificiellement établie ;

2° L'anastomose épididymo-déférentielle est très supérieure à l'anastomose testiculo-déférentielle.

L'anastomose testiculo-déférentielle n'est qu'un pis-aller. L'anastomose épididymo-déférentielle doit être préférée toutes les fois qu'elle est possible.

Or, précisément l'épididymite blennorragique, même dans les formes graves, sténosantes, stérilisantes, respecte la tête de l'épididyme. Celle-ci, bien loin d'être atrophiée et scléreuse, est au contraire distendue par un liquide épais. Quand on a ouvert la vaginale, on voit les canalicules élargis de la tête au travers de la même gaine épididymaire. Il existe un spermatocèle.

Ainsi la disposition anatomo-pathologique en cas d'épididymite blennorragique permet d'exécuter la meilleure anastomose des voies spermatiques.

La possibilité de faire passer la sécrétion testiculaire par des anastomoses est bien établie expérimentalement.

Telle est la question qu'étudie M. Delbet dans tous ses détails, tant au point de vue expérimental qu'au point de vue clinique.

Après avoir rappelé tous les faits publiés et toutes les tentatives qui ont été faites, M. Delbet communique une observation dont voici le résumé :

« Un médecin étranger avait perdu la fécondité à la suite d'une épididymite double. Il avait à maintes reprises constaté l'absence de spermatozoïdes dans son sperme.

La nodosité scléreuses de ses épididymes était perceptible.

Ses testicules ne semblaient pas atrophiés, mais il affirmait qu'ils avaient diminué de volume.

Dans ces conditions, le succès paraissait improbable, mais on pouvait affirmer que l'opération n'aurait aucune conséquence fâcheuse.

M. Delbet opéra ce confrère le 12 novembre 1909.

Il ouvrit la vaginale et constata que la tête de l'épididyme était légèrement distendue par un liquide jaunâtre. Cette spermatocèle était d'un bon augure. Il sectionna l'épididyme perpendiculairement à sa diversion au ras de la portion rétractée, mais cependant dans la partie dilatée. Il réséqua le corps, la queue de l'épididyme et la partie inférieure du canal déférent. Puis il implanta le moignon de ce canal dans la tête de l'épididyme en l'introduisant par la section précédemment faite.

Il répéta la même opération suivant la même technique du côté opposé. Les suites opératoires furent de la plus parfaite simplicité. Les fils enlevés, le malade disparut.

M. Delbet termine ainsi :

« Je désespérais d'avoir de ses nouvelles ; je n'osais lui en demander. Je croyais que l'observation resterait incomplète quand je reçus de notre confrère une lettre enthousiaste datée du 21 août 1911.

Notre confrère me disait que ses testicules ont d'abord augmenté de volume et de consistance, que les spermatozoïdes ont reparu un an environ après l'opération et que sa femme est devenue enceinte deux mois après leur réapparition, c'est-à-dire quatorze mois après l'opération.

Dans une seconde lettre, datée du 18 novembre, que j'ai reçue tout récemment, notre confrère m'annonce que sa femme vient d'accoucher à terme d'une fillette bien portante. Il ajoute que l'examen du sperme fait par lui et contrôlé par des hommes de laboratoire montre une abondance de spermatozoïdes bien développés. Enfin, il me demande de lui indiquer la technique que j'ai suivie dans son cas, car il entreprend près des chirurgiens de son pays une véritable campagne en faveur de l'anastomose des voies spermatiques.

On ne peut supposer, dans ce cas, que les spermatozoïdes ont passé par les voies naturelles dont la perméabilité se serait rétablie puisque le corps, la queue de l'épididyme et la partie inférieure du canal déférent ont été réséqués. Il est donc certain que l'anastomose fonctionne, au moins d'un côté.

Dans la coupe de la portion d'épididyme réséqué, on n'a pas trouvé de spermatozoïdes. Comme la section a porté dans la spermatocèle, il est très probable que le testicule n'en contenait pas. Le malade d'ailleurs n'a constaté leur présence qu'un an après l'opération. Il semble que les épithéliums testiculaires étaient en léthargie et ont reconquis lentement leur évolution normale.

Aussi, la ponction exploratrice du testicule ne me semble pas très recommandable, d'une part parce qu'elle n'est peut-être pas sans inconvénient pour l'organe, d'autre part, parce que même négative elle ne doit pas faire désespérer de l'opération. En somme, cette observation prouve que l'anastomose des voies spermatiques est capable de rétablir la fécondité supprimée même depuis fort longtemps par une épididymite blennorragique double.

Le temps qui m'est mesuré ne me permet pas d'entrer dans des détails de technique opératoire, mais je dois dire, parce que cela diffère des conclusions du mémoire que j'ai publié avec Chevassu, que l'implantation termino-terminale du canal déférent dans la tête de l'épididyme me paraît actuellement la meilleure méthode opératoire. »

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1911)

Le pronostic dans le mal de Bright par le dosage de l'urée du sang. Les rémissions temporaires et trompeuses de l'azotémie. — M. Fernand WIDAL. Dans la question souvent si difficile à résoudre du pronostic de l'insuffisance rénale, le dosage de l'urée dans le sang est, comme il l'a montré avec M. Javal, le seul élément de certitude que nous possédions actuellement.

Il s'est efforcé de mettre en évidence que l'évolution était différente suivant qu'il s'agissait d'insuffisance rénale avec rétention des chlorures qui aboutit à la formation des œdèmes ou suivant qu'il s'agit d'insuffisance rénale avec rétention d'urée, rétention qui reste sèche sans hydratation des tissus, mais qui détermine toute une série d'accidents faisant en grande partie la gravité des néphrites.

Chez des malades infiltrés d'œdèmes sous-cutanés et viscéraux, en proie aux accidents de la chlorurémie la plus intense et dont l'aspect est parfois si impressionnant que l'on redoute la mort à très brève échéance, l'évolution de la maladie peut, contre toute attente, être favorable, tant que le taux de l'urée du sang ne dépasse pas la proportion normale.

Dès que l'azotémie se constitue, le pronostic devient, au contraire, très grave.

L'étude longtemps poursuivie de nombreux malades azotémiques a montré à M. F. Widal qu'il était généralement possible de baser sur le taux de la rétention uréique un pronostic au moins approximatif de la durée du mal de Bright.

Les faits récemment apportés ici même ont confirmé les conclusions qu'il avait formulées à ce sujet.

Il a rassemblé dans son service trente et une observations de brightiques azotémiques dont le sang contenait plus de 2 grammes d'urée par litre.

La survie la plus longue a été dans un cas de quatre mois, dans un autre de cinq mois et dans un autre de six mois. La mort est survenue le plus souvent après quelques semaines et dans douze cas dans la semaine qui a suivi le premier examen.

MM. Decloux et Gaudacheau ont rapporté ici l'observation d'un azotémique dont le sérum sanguin contenait 2g75 d'urée par litre. Cet homme s'est senti amélioré par son séjour à l'hôpital et en est sorti manifestant le désir de reprendre son travail.

C'est là un de ces faits de rémission temporaire et trompeuse au cours de l'azotémie sur lesquels il a précédemment attiré l'attention. M. Widal n'hésite pas à porter sur ce malade un pronostic redoutable, et il est convaincu que la fin de cette observation nous sera rapportée d'ici quelques mois.

L'intérêt de la recherche de l'urée dans le sang des brightiques est précisément de nous faire souvent juger d'une gravité que rien dans l'état général du malade ne saurait faire prévoir.

Un brightique dont le sérum a contenu plus de 2 grammes d'urée s'achemine fatalement vers la mort, malgré les rémissions temporaires qui pourraient faire croire à une rémission durable. Au point de vue de l'échéance, le pronostic de tels malades comporte plus de gravité que celui de beaucoup de cancéreux.

M. DE MASSARY. Le malade de M. Decloux auquel M. Widal

a fait allusion vient précisément de rentrer dans son service dans un état lamentable, et ce n'est pour lui qu'une question de jours.

Rétrécissement mitral avec arythmie particulière. — MM. O. Josué et Paul Chevallier communiquent l'observation d'une malade atteinte de rétrécissement mitral; cette malade avait été prise avant son entrée à l'hôpital de palpitations, de dyspnée empêchant le travail; il y avait de la congestion des bases pulmonaires. L'étude des tracés simultanés de la jugulaire et de la radiale met en lumière une arythmie particulière dont voici les caractères : tachyarythmie auriculaire, 180 systoles auriculaires, inégales et irrégulières à la minute; tachyarythmie ventriculaire, 129 systoles ventriculaires inégales et irrégulières; dissociation auriculo-ventriculaire un certain nombre de contractions des oreillettes restant sans réponse des ventricules $\left(\frac{180 \text{ syst. auriculaires}}{129 \text{ syst. ventriculaires}} = 1,39\right)$.

Sous l'influence de la digitale, l'état général s'améliore, la diurèse s'établit, la congestion pulmonaire disparaît, mais l'arythmie se modifie sans disparaître.

Tout d'abord la dissociation auriculo-ventriculaire augmente par accélération des oreillettes et ralentissement des ventricules $\left(\frac{282 \text{ syst. auriculaires}}{72 \text{ syst. ventriculaires}} = 3,91 \text{ ; puis } \frac{248}{62} = 4\right)$.

Ensuite le nombre des systoles auriculaires diminue à son tour $\left(\frac{162 \text{ syst. auriculaires}}{68 \text{ syst. ventriculaires}} = 2,38\right)$. Cinq jours après cessation du traitement, les contractions auriculaires reviennent à 233 et les systoles ventriculaires restent à $75 = \frac{233}{75} = 3,1$.

Enfin, quinze jours après, cessation du traitement, la tachycardie a repris ses caractéristiques primitives.

La délimitation de l'aire de projection du cœur sur la paroi antérieure du thorax a été pratiquée à l'aide de la percussion et du phonendoscope. La formule de Potain pour le calcul de la surface (base $\times$ hauteur $\times$ 0,83) donne un chiffre différent de celui que fournit la méthode exacte par découpage du contour de la matité dans du carton, puis pesée après détermination du poids du centimètre carré de carton.

Le phonendoscope fournit des renseignements précieux. Il permet de délimiter le bord parahépatique du cœur qui, dans la méthode par la percussion, est représenté par une ligne droite fictive unissant le bord supérieur du foie à la pointe. Dans notre cas, ce bord très abaissé avant le traitement est revenu au niveau de la ligne fictive après la digitale.

L'examen du phonendoscope a donc montré que la surface de projection a en réalité beaucoup plus diminué que ne l'indiquait la percussion.

A propos de l'azotémie. — M. Gouget dit que le dosage de l'urée dans le sérum a non seulement le grand intérêt pronostic qui lui a été fixé par le professeur Widal, mais encore qu'il est susceptible de rendre service, dans certains cas, au point de vue diagnostic.

Il a observé récemment une femme présentant un tel syndrome clinique que le diagnostic était pour ainsi dire impossible entre la méningite et l'urémie. Le dosage de l'urée dans le sang montrant une quantité normale, alors que le liquide céphalo-rachidien était clair, sans culot de centrifugation et sans leucocytes, fit écarter le diagnostic d'urémie. Et à l'autopsie, il s'agissait d'une méningite aiguë, probablement spécifique.

Action du 606 sur la syphilis au début. — M. Queyrat montre à la Société un malade de vingt-sept ans venu le consulter pour deux chancres syphilitiques du fourreau, avec adénite inguinale. A l'ultra-microscope, on constatait la présence du tréponème et le Wassermann était positif. Le début de ces chancres remontait au 10 décembre, il y a donc dix-neuf jours. Le 13 octobre, le malade était allé consulter le docteur Brisson pour un chancre que celui-ci, après examen, avait déclaré être certainement de nature syphilitique. La maîtresse de cet homme avait d'ailleurs, au même moment, une roséole typique.

Devant la certitude du diagnostic, M. Brisson avait fait trois injections intraveineuses de 0,60 de 606. La guérison avait été rapidement obtenue, et il n'y eut aucun accident secondaire. C'est le 10 décembre que le malade, ayant eu de nouveau des rapports avec la même femme, vit apparaître dans les délais convenus les nouveaux chancres qu'il présente actuellement.

M. Queyrat, établissant à ce sujet une discussion serrée, croit pouvoir admettre la nature syphilitique du premier accident et la nature nettement chancreuse des nouveaux phénomènes présentés. L'allure même de la cicatrice de l'ancien, les caractères du chancre actuel, font penser qu'il s'agit bien d'un chancre syphilitique nouveau et non d'un chancre redux, parce qu'il est trop tard, ni d'une ulcération chancriforme.

Il rapporte à ce sujet 146 cas de chancre traités par le 606; il écarte tout d'abord 68 malades qu'il n'a pas revus; dans les 78 qu'il a pu suivre, 11, dont le Wassermann était positif, eurent des accidents et des récidives; 16, ayant un Wassermann positif, n'ont jamais vu survenir de nouveaux accidents; 51, enfin, et ce chiffre est imposant, dont le Wassermann était négatif, non seulement ne présentèrent aucun accident secondaire, mais le Wassermann suivi chez eux ne devint jamais positif.

M. Queyrat croit donc intéressant de signaler ces faits qui semblent en faveur du rôle stérilisant du 606, lorsqu'on l'applique dans la première quinzaine après l'apparition du chancre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1912)

Terrain tuberculisable. Intervention de la glande thyroïde. — M. Léopold-Lévi. Le terrain tuberculisable, caractérisé par l'exagération des échanges respiratoires et la déminéralisation, se trouve réalisé dans le tempérament hyperthyroïdien. Inversement, l'hypothyroïdie constitue un terrain réfractaire et explique l'antagonisme relatif de l'arthritisme et de la tuberculose. Le traitement thyroïdien, contre-indiqué chez les tuberculeux hyperthyroïdiens, peut être appliqué dans certaines formes de tuberculose ou de prétuberculose.

Curieuse anomalie de l'estomac. — M. Desternes présente, avec radiographies à l'appui, un homme dont l'estomac peut, à volonté, admettre ou rejeter une énorme quantité de liquides; il s'agit d'un estomac de forme normale, s'adaptant d'une façon parfaite à son contenu, doué d'une tonicité et d'une élasticité remarquables, d'une musculature puissante renforcée au niveau des régions sus-tubulaire et prépylorique, possédant enfin à un très haut degré la contractilité antipéristaltique spontanée et volontaire.

Les hémorragies graves dans les petits fibromes. — M. Peraire communique plusieurs observations de malades chez lesquelles de petits fibromes avaient déterminé des hémorragies graves, et qu'il a traitées par l'hystérectomie abdominale après l'insuccès des moyens hémostatiques habituels. Il préconise, en pareil cas, l'intervention rapide, car des lésions bénignes en apparence peuvent déterminer des hémorragies abondantes, altérer profondément la santé et même occasionner la mort.

M. Guelpa voudrait, avant de recourir à la laparotomie, que l'on employât l'électricité qui arrête presque toujours l'hémorragie utérine et empêche l'évolution du fibrome.

M. Léopold-Lévi. Les troubles de coagulation du sang pourraient expliquer le peu de parallélisme entre la lésion locale et le phénomène hémorragie; dans ces cas, le chlorure

de calcium, le sérum de cheval en injection et le corps thyroïde auraient pu être indiqués.

M. MOUCHET insiste sur la fréquence de la métrite interstitielle qui accroît les hémorragies, et sur la coexistence des lésions annexielles et des fibromes; ces lésions annexielles sont souvent aggravées par le traitement électrique.

M. DUCOR. Il peut être dangereux de recourir à des traitements électriques ou autres qui, en retardant l'intervention, rendent l'opération plus délicate et ses résultats plus aléatoires; il y a d'ailleurs grande difficulté, dans bien des cas, à diagnostiquer des complications annexielles qui ne peuvent être traitées que par la chirurgie.

Art, industrie, habitat de l'humanité préhistorique. — M. Maurice FAURE, d'après une série de projections, montre que, depuis le commencement des temps quaternaires anciens jusqu'à l'aurore des temps modernes, l'homme a laissé des traces de son industrie, où il est aisé de reconnaître un progrès continu : au début de cette époque, un simple caillou, à peine retouché, constitue tout l'outillage; à la fin, il existe une multitude d'instruments d'os et de pierre, servant à la chasse, à la pêche, à la guerre, à la taille du bois, à la gravure, etc. C'est dans cette époque terminale des temps quaternaires anciens que l'art apparaît (sculpture, peinture, etc.). Enfin, l'habitation elle-même suit un développement constant depuis l'utilisation momentanée de l'anfractuosité de rocher jusqu'à la construction et l'aménagement des huttes de bois et des cavernes naturelles. On retrouve encore de nos jours, chez beaucoup de peuplades sauvages, un art et une industrie reproduisant certaines étapes de l'art et de l'industrie préhistoriques, et du reste souvent inférieurs aux productions que nous fournissent les époques de la préhistoire.

JURISPRUDENCE

DE LA RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS EXPERTS

Les expertises médicales ordonnées par les tribunaux sont de plus en plus fréquentes : un grand nombre de procès (accident de droit commun, accident du travail, procès en responsabilité médicale...) ont toujours, comme conséquence immédiate, la nomination de médecins experts.

Si le fait d'être désigné par la justice dans une affaire souvent délicate prouve la confiance que tous doivent avoir dans le médecin commis, cette désignation entraîne pour lui un genre de responsabilité tout particulier.

La responsabilité des experts varie selon les circonstances, et elle est soit civile, soit pénale.

Il nous faut dire de suite que la *responsabilité pénale* de l'expert est exceptionnelle; mais si elle est exceptionnelle elle est du moins fort rigoureuse. L'article 147 du code pénal prévoit une peine de cinq à vingt ans de travaux forcés, pour celui qui a sciemment, dans le but de nuire, altéré la vérité; il encourt la peine du faux en écrit authentique. L'article 177 du même code punit de la dégradation civique et d'une amende égale au double de la donation ou de la promesse agréée l'expert qui accepte des dons ou agrée des promesses pour donner un avis, même sincère, favorable à l'une des parties. Enfin l'art. 81 paragraphe premier de la loi du 21 mars 1905 sur le recrutement de l'armée, punit d'un emprisonnement de deux mois à deux ans les médecins, même civils, qui, appelés pour donner leur avis devant un conseil de revision, reçoivent des dons ou agréent des promesses pour être favorables aux conscrits examinés.

L'administration ne perd pas non plus ses droits. L'expert qui ne rédigerait pas, sauf dans les cas prévus par la loi, son rapport sur papier timbré s'expose aux termes des lois 13 brum. an VII (art. 26), 2 juill. 1862 (art. 22), 23 août 1871 (art. 2), et 30 déc. 1873 (art. 2), à une amende de 62 fr. 50.

Plus délicate à saisir est la *responsabilité civile.* Elle est de deux sortes : d'abord lorsque par la faute de l'expert ses opérations sont annulées pour vice de forme, et ensuite lorsqu'il a commis une faute grave dans ses appréciations ou conclusions. Il reste bien entendu que cette responsabilité n'existera que quand il en résultera un préjudice quelconque pour l'un des deux plaideurs aux termes des articles 1382 et 1383 du code civil. En l'absence de faute imputable à l'expert, il ne peut encourir de responsabilité (Trib. Seine, 16 novembre 1903, *Bulletin Société médecine légale,* 1905, p. 50).

Les expertises qui sont considérées comme nulles n'entraînent pas cependant la nullité de la procédure, et tous les vices de forme n'entraînent pas celle de la procédure, si elle a été découverte en temps utile. Mais si elle a été ignorée, et si elle a servi de base unique à la décision rendue sur le fond de l'affaire, la nullité est complète et absolue. Découverte en temps utile, la nullité de l'expertise peut être réparée au moyen d'une expertise nouvelle; et l'expert sera seulement condamné à payer les frais des opérations qui ne peuvent plus être utilisées. En outre rien n'empêche le juge de considérer les résultats de l'expertise nulle comme telle à titre de simples renseignements susceptibles en les complétant par d'autres éléments quelconques de preuve, de faire une preuve parfaite (Cass., 6 août 1906, *Dalloz périodique,* 1906, 1re partie, p. 384).

Quels sont donc les vices de forme les plus généralement relevés dans une expertise soit civile, soit criminelle?

(*A suivre.*)

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 8 AU 13 JANVIER 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 8 janvier, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 9 janvier, à une heure. — 2e. — 4e.

Mercredi 10 janvier, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique,* épreuve pratique.

3e (oral, 1re partie).

Jeudi 11 janvier, à une heure. — 3e (oral, 1re et 2e parties).

Vendredi 12 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

Samedi 13 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique,* épreuve pratique.

3e (oral, 1re partie).

THÈSES

Mercredi 10 janvier, à une heure. — M. DE LOMBARD DE CHATEAU-ARNOUX. La scoliose. (MM. Kirmisson, président; Segond, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. LEGUAY. Contribution à l'étude de la grenouillette sublinguale congénitale. (MM. Segond, président; Kirmisson, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. MABILLE. Contribution à l'étude du traitement sanglant des fractures du col du fémur. (MM. Segond, président; Kirmisson, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. PERDRIGÉ. Sarcomes de l'utérus. (MM. Segond, président; Kirmisson, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. SZPER. De la cystectomie totale chez la femme dans les néoplasmes vésicaux. (MM. Hartmann, président; Letulle, Richaud et Proust.) — Mlle D'ARGENT. Des reins kystiques. (Etude anatomique et pathogénique). (MM. Letulle, président; Hartmann, Richaud et Proust.) — Mlle VAN BRAKEL DOOWERTH. Ambroise Paré. Médecin légiste. (MM. Letulle, président; Hartmann, Richaud et Proust.)

Jeudi 11 janvier, à une heure. — M. GUERBET. La lutte contre la tuberculose dans le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande. (MM. Chantemesse, président; Widal, Richaud et Gougerot.) — M. GUERRIN. Traitement de la leu-

coplasie par le « 606 ». (MM. Widal, président; Chantemesse, Richaud et Gougerot.) — M. MOSQUET. Le pansement par le collodion salicylé en particulier après la cure radicale de la hernie chez l'enfant. (MM. Pozzi, président; de Lapersonne, Lenormant et Terrien.) — M. MOREAU-LAJARRIGE. Contribution à l'étude des injections intraveineuses de cyanure Hg en thérapeutique oculaire. (MM. de Lapersonne, président; Pozzi, Lenormant et Terrien.) — M. LEFRANC. Indications et contre-indications de l'intervention en cas de cataracte monoculaire. (MM. de Lapersonne, président; Pozzi, Lenormant et Terrien.)

NOTES POUR L'INTERNAT

LE RÉTRÉCISSEMENT MITRAL PUR

(MALADIE DE DUROZIEZ)

DÉFINITION. — Le rétrécissement mitral pur est le rétrécissement, sans insuffisance, sans altération du myocarde, uniquement dû à une valvulite marginale ou juxtamarginale, avec accolement du bord libre des deux valves au voisinage de leur insertion à la zone fibreuse. Comme l'écrit M. le professeur Debove, cette épithète « rétrécissement pur » désigne une variété très spéciale de sténose; elle est spéciale *à la femme*, elle apparaît en dehors de l'intervention de toute *endocardite infectieuse préalable*; elle ne se rattache à aucune *malformation congénitale*; elle se manifeste enfin à une période assez fixe de l'existence, la *puberté*. Une telle définition élimine donc de cette étude le rétrécissement associé à l'insuffisance (*maladie mitrale*), le rétrécissement *des artérioscléreux*, ainsi que le *rétrécissement mitral spasmodique*.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — Duroziez regardait le rétrécissement mitral pur comme la conséquence d'une *endocardite rhumatismale légère* : le fait est exact dans quelques cas exceptionnels, mais le plus souvent on ne retrouve dans les antécédents du malade, ni rhumatisme, ni chorée. Peacock, Goodhart invoquent une *endocardite intra-utérine*. Tripier, Potain, puis Tessier considèrent le rétrécissement mitral pur comme le résultat d'une endocardite valvulaire marginale, scléreuse d'emblée, due à la TOXINÉMIE TUBERCULEUSE. Caubet et Huchard se sont élevés contre cette théorie. Pour Caubet le rétrécissement mitral résulte simplement de l'*arrêt de développement* de la valvule mitrale. Cet arrêt de développement demande à être expliqué; le plus souvent il serait conditionné d'ailleurs par l'*hérédité tuberculeuse* (Landouzy, Merklen). Il peut l'être également par la *syphilis* (Jacquet, Fournier, Rendu), et il est possible de supposer que d'autres *facteurs dystrophiants*, alcoolisme, saturnisme, infections, intoxications, puissent aussi intervenir.

Les relations pathogéniques de l'*infantilisme* avec le rétrécissement mitral ont donné lieu à d'intéressantes discussions; est-ce le rétrécissement mitral qui est primitif et qui conditionne l'infantilisme; ou bien le rétrécissement mitral et l'infantilisme sont-ils, tous deux, la conséquence d'une même cause dystrophiante et hypotrophiante?

C'est Maurice Reynaud qui le premier admit que le rétrécissement mitral pouvait créer le nanisme. Au contraire M. le professeur Gilbert dès 1884 enseignait que le rétrécissement mitral et l'hypoplasie lui paraissaient être des lésions de même ordre, simultanées et non conséquentes, résultant d'un arrêt de développement. Cette théorie du nanisme mitral a été développée depuis par Rathery, Servin, Cochez. A l'heure actuelle, c'est à la syphilis, c'est à la tuberculose, affections dont l'action dystrophiante est bien connue, que l'on rapporte à la fois et le rétrécissement mitral et le nanisme ou l'infantilisme.

Le rétrécissement mitral pur s'observe surtout chez la femme, exclusivement même chez la femme d'après Debove: pour cet auteur, en effet, les cas signalés chez l'homme se rapportent à des sujets malingres, de formes plutôt féminines, aux organes génitaux peu ou pas développés.

Pour expliquer cette fréquence chez la femme on a invoqué des raisons d'ordre anatomique (l'orifice mitral plus étroit chez la femme, que chez l'homme), les relations fréquentes qui unissent la *chlorose* et le rétrécissement mitral, la névropathie, l'hystérie; en réalité la cause exacte nous échappe (Debove).

En résumé, tout ce que nous savons de précis sur cette étiologie se résume donc en l'apparition à peu près exclusive du rétrécissement mitral chez la femme, spécialement au moment de la puberté.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — A l'autopsie d'un sujet ayant succombé alors que la lésion était encore assez bien compensée, à l'occasion, par exemple, d'accidents gravido-cardiaques ou d'embolie, on constate seulement une hypertrophie de l'oreillette gauche contrastant avec l'intégrité du ventricule, qui serait plutôt ratatiné. Lorsque la mort est survenue à la suite d'accidents asystoliques, on trouve l'oreillette gauche extrêmement dilatée, le ventricule droit hypertrophié, et les lésions habituelles du poumon cardiaque (stase, œdème, hémorragies, induration cyanotique).

A la coupe, l'oreillette montre des parois hypertrophiées; elle est en même temps dilatée, mais les énormes dilatations n'apparaissent que rarement dans le rétrécissement mitral pur. On trouve, dans l'oreillette, des caillots fibrineux, adhérents à la paroi, souvent très épais. On en trouve également dans l'auricule qui est également distendu. Sous une influence quelconque, l'un de ces caillots pourra se désagréger, passer dans le ventricule et être lancé dans la grande circulation; il deviendra ainsi l'origine d'embolie. La valvule mitrale est souple, sauf au niveau de ses bords; il s'est effectué, à ce niveau, une véritable soudure, ainsi qu'un plissement, rétrécissant considérablement l'orifice auriculo-ventriculaire. En même temps, souvent les cordages se raccourcissent.

Le ventricule gauche est plutôt rétracté; il n'est pas rare d'observer au niveau des ventricules, des hémorragies et des foyers d'apoplexie myocardique.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Le sang au lieu de passer librement dans le ventricule, sous l'influence de la pression veineuse, stagne dans l'oreillette; le ventricule n'en reçoit ainsi qu'une quantité très restreinte. Pendant longtemps cette quantité restreinte de sang suffira aux besoins de l'organisme. Lentement cependant l'oreillette, dont les parois se sont d'abord hypertrophiées, se laisse dilater. Cette longue période constitue la *phase de compensation*. Mais qu'une cause survienne augmentant les lésions de l'organisme (puberté, grossesse), alors le cœur précipite ses contractions, il en résulte une augmentation de la stase veineuse auriculaire; cette stase s'accompagne bientôt de dilatation plus accentuée de l'oreillette, puis d'accidents pulmonaires (hémoptysie, dyspnée, œdème, asystolie) à moins qu'une complication plus brusque (syncope, embolie) ne soit intervenue.

SYMPTOMATOLOGIE. DÉBUT. — Rien n'est plus variable que le mode de début du rétrécissement mitral, ou ce qui est plus exact, rien n'est plus déconcertant que la manière dont le rétrécissement mitral pur se révèle au clinicien. Il est exceptionnel qu'on ait l'occasion de le diagnostiquer dans la première enfance. C'est le plus souvent au moment de la puberté qu'il se révèle, et il prend tour à tour les masques les plus divers, au point que c'est le plus souvent, accidentellement, qu'il est constaté. Il s'agit d'une jeune fille que l'on amène au médecin parce qu'elle se développe mal, parce qu'elle est chlorotique ou parce que ses règles sont irrégulières, ou trop abondantes; d'autres fois, c'est parce qu'on redoute une tuberculose, en raison de la faiblesse générale ou quelquefois d'une petite hémoptysie; d'autres fois enfin, c'est soit à l'occasion d'accidents pulmonaires au cours d'une grossesse, soit à l'occasion d'une hémiplégie ou de crises épileptiformes, que le diagnostic sera posé. C'est très exceptionnellement pour des troubles cardiaques (palpitations, angoisse, dyspnée), que la malade viendra consulter. Quoi qu'il en soit, l'examen physique permettra le diagnostic.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

LE MARDI 16 JANVIER 1912

à 2 heures et demie, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication, au rabais, et sur soumissions cachetées, en 39 lots, de diverses fournitures *d'herboristerie, de produits chimiques et de substances pharmaceutiques*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant l'année 1912 (fournitures non adjugées le 12 décembre 1911).

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 3 janvier. — Question donnée : « Anatomie descriptive du muscle sterno-cléido-mastoïdien. — Signes et diagnostic de l'extrémité inférieure du radius. »

MM. Lamare, 11 + 18 = 29; Renault (André), 12 + 15 = 27; Lambert, 8 + 13 = 21; Boirac, 15 + 15 = 30; Mlle Lang, 3 + 13 = 16; MM. Michel, 11 + 20 = 31; Butin, 12 + 16 = 28; Delavierre, 14 + 13 = 27; Touchard, 13 + 14 = 27; Lebrun, 14 + 15 = 29.

— Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1911-1912, concours de chirurgie et d'accouchements) aura lieu le jeudi 14 mars 1912, à quatre heures, dans la salle de concours de l'hôpital de la Charité.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, jusqu'au 8 janvier 1912 inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel, au plus tard le lundi 8 janvier 1912, à trois heures, dernier délai.

A l'ouverture du concours, le 14 mars 1912, à quatre heures, le président du jury tirera immédiatement au sort le nom des candidats qui seront appelés à subir une épreuve théorique orale dans cette séance.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. le docteur H. Delaunay est chargé, pour l'année scolaire, des fonctions d'agrégé (section de physiologie), en remplacement de M. le professeur agrégé Gautrelet, appelé à d'autres fonctions.

GUERRE. — Par décision ministérielle du 3 janvier 1912, M. Gobinot, médecin-major de deuxième classe au 2e régiment de tirailleurs algériens, est désigné pour les troupes de l'armée de terre détachées en Indochine.

MÉDECINS INSPECTEURS DES ÉCOLES. — M. Gibert est nommé médecin inspecteur honoraire des écoles de la ville de Paris.

MM. les médecins inspecteurs des écoles dont les noms suivent ont reçu une nouvelle affectation et sont appelés à exercer leurs fonctions dans les arrondissements ci-après désignés :

IVe arrondissement, cinquième circonscription : M. Contet.

Xe arrondissement, première circonscription : M. Huguenin.

XIIe arrondissement, quatrième circonscription : M. Mercereau ; onzième circonscription : M. Lebar.

XIIIe arrondissement, deuxième circonscription : M. Claude; troisième circonscription : M. Laffitte.

XVe arrondissement, treizième circonscription : Mlle Benoit.

XIXe arrondissement, deuxième circonscription : M. Le Bas; cinquième circonscription : M. Cange; septième circonscription : M. Labady; dixième circonscription : M. Perregaux.

M. Braunberger est nommé médecin inspecteur des écoles de la quatorzième circonscription du XIXe arrondissement.

M. Schwanhard est nommé médecin inspecteur et affecté provisoirement à la septième circonscription du XVIIe arrondissement.

ASSOCIATION AMICALE DES INTERNES EN PHARMACIE DES HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS. — Le Comité est ainsi constitué pour 1911-1912.

Président : H. Miniot (Nouvelle-Pitié) ; vice-présidents : Weitz (hospice des Ménages d'Issy) ; Lantenois (Cochin) ; trésorier : A. Courand (Charité) ; secrétaire : Marcel Benoist (Laënnec) ; conseillers : M. Bourillot (Salpêtrière), Peltier (Cochin), Guilleminot (Nouvelle-Pitié), Belgule (Hôtel-Dieu), Drouet (Tenon).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Eug. Cattala (de Cuxac), Sognès (de Nancy) ; M. Papon, médecin-major de première classe.

NOUVELLE PUBLICATION. — On annonce la publication d'une nouvelle revue mensuelle, *L'Enfance anormale*, qui paraîtra à partir de janvier sous la direction du docteur A. Courtois (de Lyon) et de M. Louis Grandvilliers, avec un comité de patronage et de rédaction comprenant les noms les plus estimés de la pédiatrie européenne.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le docteur Fernand Bezançon reprendra ses leçons le jeudi 11 janvier à onze heures.

Sujet de la leçon : « Notation graphique des signes d'auscultation et de percussion. »

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le docteur Albert Mathieu, médecin des hôpitaux et M. le docteur Jean-Charles Roux continueront, tous les jeudis, à partir du 11 janvier, la série de vingt conférences, dans lesquelles ils étudient les grandes médications gastro-intestinales.

Ces conférences auront lieu le jeudi à onze heures, à la salle de la consultation, 20, rue de Citeaux.

REVUE GÉNÉRALE

LE COEUR DES TUBERCULEUX

Par M. M. BRELET,
Professeur suppléant à l'École de médecine de Nantes.

Le tuberculeux pulmonaire est toujours un malade complexe qui doit être examiné très attentivement par le médecin voulant faire un pronostic aussi exact que possible et instituer une thérapeutique rationnelle. A ne considérer même que les diverses réactions pleuro-pulmonaires au bacille de Koch, quelle diversité dans les lésions, les symptômes et les signes physiques! Leur étude minutieuse fournira des renseignements utiles sur la marche probable de l'affection. Mais il faudra scruter ensuite le fonctionnement du foie, des reins, du cœur, établir le bilan de la nutrition pour avoir de très nombreuses données qui permettront de résoudre ce problème toujours difficile : Que va devenir le malade? Dans quel sens va évoluer la tuberculose?

Ce qui complique l'examen général du malade c'est que, dans tous les viscères, on peut observer des troubles morbides ressortissant à une double pathogénie : soit des symptômes purement fonctionnels et des signes physiques résultant de l'intoxication de l'organisme, de la gêne apportée à l'hématose, et n'ayant, par eux-mêmes, rien de spécifique; soit des symptômes et signes traduisant la présence dans tel ou tel parenchyme de lésions tuberculeuses. Cette loi commande les troubles cardio-vasculaires survenant chez les tuberculeux, et il est essentiel de distinguer le cœur des tuberculeux (tachycardies, palpitations, atrophie ou hypertrophie du cœur, dilatation cardiaque) de la tuberculose du cœur, celle-ci pouvant atteindre, et atteignant avec une fréquence que de récents travaux ont démontrée très grande, l'endocarde, le myocarde ou le péricarde. Nous n'étudierons, dans cette Revue générale, que le cœur des tuberculeux.

I

Palpitations. — C'est souvent dès le début de la tuberculose pulmonaire que se manifestent deux symptômes cardiaques, le premier perçu par le malade : palpitations; le second révélé par l'examen du cœur et du pouls : tachycardie. Ces deux symptômes sont souvent associés, mais ils peuvent aussi exister l'un sans l'autre.

Leur connaissance approfondie est d'un grand intérêt, car elle peut faire éviter une erreur de diagnostic en orientant l'examen clinique vers l'appareil respiratoire autant que vers le cœur. « Quand un malade se plaint de palpitations, disait Hirtz (de Strasbourg), il faut examiner le poumon, et examiner le cœur quand il se plaint d'essoufflement. » Cette assertion, quelque peu exagérée peut-être à dessein, et sans doute pour être rendue plus frappante, contient cependant une bonne part de vérité.

Les *palpitations* des tuberculeux ont été bien étudiées par Peter, Potain, Huchard, Barié; tous ces travaux sont clairement exposés dans la thèse de Grosset. Il est difficile de dire leur fréquence; Barié déclare qu'elles ne sont pas rares, sans être cependant d'observation courante; elles surviennent surtout, au début de la tuberculose, chez les jeunes filles d'aspect chlorotique, chez les jeunes garçons au moment de la puberté; elles sont aussi fréquentes, comme l'a fait remarquer Peter, chez les femmes dont la tuberculose débute vers l'âge de la ménopause, chez les tuberculeux dyspeptiques; Rowlett, Jaccoud, Daremberg ont signalé, dans la tuberculose hémoptoïque, des palpitations précédant les hémoptysies.

Les palpitations peuvent survenir sans cause ou être provoquées par un effort, une émotion. Rares au début, peu violentes, et réduites à la sensation de battements cardiaques douloureux, elles deviennent ensuite plus fréquentes et s'accompagnent parfois d'angoisse précordiale et même de troubles vaso-moteurs, ceux-ci consistant rarement en vaso-constriction avec pâleur de la face, plus souvent en vaso-dilatation avec rougeur et sensation de chaleur au visage. On observe, dans certains cas, en même temps que les palpitations, de l'instabilité du pouls, avec accélération quand le malade change de position ou fait un effort; Wells a noté que le pouls « a quelque chose de hâtif et de tressautant ». La pression artérielle est presque toujours abaissée.

Quelquefois le malade ressent une douleur au cou, d'un côté ou des deux côtés, là où passe le pneumogastrique, et, par une pression en ce point, on provoque de la douleur; Peter, qui a mentionné ce symptôme, fait remarquer que parfois cette pression détermine aussitôt une petite quinte de toux comme si on avait appuyé sur le bouton d'une sonnerie électrique; c'est surtout du côté gauche que le pneumogastrique est ainsi douloureux, mais, chez certains malades, les nerfs phréniques le sont aussi et la pression du doigt est douloureuse sur l'origine même du phrénique, en avant du scalène antérieur (Peter).

Grosset a bien décrit les diverses formes cliniques des palpitations chez les tuberculeux. Voici, par exemple, une jeune femme nerveuse, d'aspect chlorotique; au moindre effort ou après les repas, surtout après le repas du soir, son cœur bat douloureusement; elle vient consulter pour ce seul symptôme, et il faut la questionner plus complètement pour apprendre qu'elle a une petite toux sèche, que son état général est mauvais, qu'elle maigrit; on l'ausculte, pas de lésions cardiaques, mais quelques signes du début de la tuberculose à l'un des sommets du poumon. Chez un adolescent, vers l'âge de la puberté, des palpitations surviennent à l'occasion d'une marche un peu rapide; on examine le malade, on note qu'il est maigre, qu'il a un thorax étroit dans lequel le cœur bat vigoureusement et paraît hypertrophié; mais de plus, et surtout, les poumons présentent des lésions, et ces tuberculeux constituent une partie des cas étudiés par Germain Sée sous le nom d'hypertrophie de croissance.

Ces palpitations intéressent tout particulièrement les médecins militaires. Chavigny a beaucoup insisté sur l'importance de ces faits; d'après cet auteur,

« les quatre cinquièmes au moins des soldats qui viennent consulter le médecin militaire pour se plaindre à lui de palpitations sont des pulmonaires, et presque tous ceux-là sont des bacillaires ignorés ou méconnus ».

Signalons encore les palpitations des tuberculeux dyspeptiques. « Il y a des tuberculeux qui, ayant mangé, toussent, vomissent et palpitent (Peter). » Ceci se voit aussi au début de la tuberculose, mais plus souvent à la seconde période, et même chez les cavitaires.

Les palpitations n'ont pas une grande valeur pronostique; en tout cas, elles n'indiquent pas une gravité particulière de la maladie, nous verrons qu'il en est tout autrement de la tachycardie. Les plus inquiétantes sont celles qui surviennent dans les formes hémoptoïques et qui permettent de prévoir, un jour à deux à l'avance, l'apparition de l'hémoptysie; elles indiquent une tendance congestive, mais on sait que ces hémoptysies congestives ne comportent pas un pronostic très redoutable; il existe même des cas dans lesquels les hémoptysies à répétition sont particulièrement bénignes et se rapportent à une tuberculose pulmonaire du type abortif (Bard, Bezançon et I. de Jong, Piéry). La valeur diagnostique des palpitations est beaucoup plus importante et nous l'avons suffisamment indiquée; ce seul symptôme peut parfois suffire à faire examiner l'appareil respiratoire et à déceler une tuberculose latente.

La *pathogénie* des palpitations tuberculeuses a été longuement étudiée par un très grand nombre d'auteurs. On les expliquait autrefois par une dilatation du cœur droit, celle-ci dépendant de l'obstacle apporté par les lésions tuberculeuses à la circulation pulmonaire; mais alors comment comprendre les palpitations du début de la tuberculose? Aussi cette théorie est-elle abandonnée ; Jaccoud attribue les palpitations à l'hypoglobulie; d'autres auteurs invoquent l'hypotension artérielle ; Eichmann et Heine admettent des altérations du sympathique. On croit plutôt, avec Peter, Barié, qu'il s'agit de palpitations réflexes, ayant pour point de départ le pneumogastrique dans un de ses territoires d'innervation; et même, comme le dit Peter, chez le tuberculeux qui tousse, vomit et palpite, il y a une mise en branle de la totalité du pneumogastrique, par une série d'actions réflexes allant du pneumogastrique stomacal au pneumogastrique bronchique ou cardiaque. Rappelons enfin que les palpitations ne surviennent guère que chez des sujets particulièrement nerveux.

Le traitement de ce symptôme variera selon les cas. Aux tuberculeux dyspeptiques, on donnera avant tout un bon régime alimentaire et un traitement correspondant à leur forme de dyspepsie; aux nerveux, on évitera tout ce qui peut accentuer l'éréthisme cardiaque, et il faudra se préoccuper du symptôme palpitations en ce qui concerne le choix d'un sanatorium ou d'un climat marin. Dans les cas plus accentués, les applications de glace sur la région précordiale, les divers antispasmodiques seront indiqués; ne pas donner de digitale qui pourrait exagérer les palpitations en entretenant les troubles digestifs (Potain, Grosset).

II

Tachycardie. — Avant d'étudier la tachycardie des tuberculeux, nous devons rappeler qu'on observe parfois, mais beaucoup plus rarement, de la *brady cardie*; Guéneau de Mussy avait noté dans quelques cas le ralentissement du cœur et du pouls, jusqu'aux chiffres de 28 et 25 pulsations seulement par minute, et il attribuait cette bradycardie à une excitation du pneumogastrique. Potain considère la bradycardie comme tout à fait exceptionnelle et déclare ne l'avoir jamais observée. Dans la thèse de Chon, Piéry a relaté un cas de ralentissement permanent du pouls chez un phtisique fibreux cachectique; cette bradycardie s'observerait surtout dans les tuberculoses bénignes.

La tachycardie, ou, tout au moins, l'accélération des battements cardiaques, le terme tachycardie devant, d'après Merklen, être réservé pour les grandes accélérations, a été signalée depuis longtemps chez les tuberculeux par Præbsting, bien étudiée par Potain, Faisans, Bezançon, Grosset, Chon. La tachycardie accompagne toujours la fièvre tuberculeuse; elle présente alors moins d'intérêt, la réaction thermique étant ici au premier plan; il y a lieu toutefois de remarquer que, même dans ces cas, le cœur et le pouls sont à examiner, car on voit souvent, avec une fièvre peu élevée, un pouls très rapide, une tachycardie plus considérable que ne le ferait supposer l'élévation de la température. Nous étudierons uniquement la tachycardie du tuberculeux apyrétique, en faisant cependant, avec Marfan, avec Barbier, cette réserve que bien des tuberculeux dits apyrétiques ne le sont pas en réalité, et qu'on ne peut dire qu'un tuberculeux est réellement apyrétique que si l'on a le soin de faire prendre sa température à plusieurs reprises dans les vingt-quatre heures. La tachycardie des tuberculeux est permanente ou paroxystique.

La *tachycardie permanente* s'observe avec une fréquence extrême, puisque, d'après Faisans, 75 à 80 p. 100 des tuberculeux ont, à un degré variable, de l'accélération cardiaque; et c'est un phénomène très précoce qui peut passer pour un symptôme prémonitoire (Faisans). Le pouls bat de 110 à 120, avec ou sans palpitations; le plus souvent, la tachycardie est un phénomène purement objectif, ne s'accompagnant d'aucune sensation anormale du côté du cœur; le pouls est aussi très instable, les repas, les émotions, les exercices augmentant beaucoup le nombre des pulsations; cette tachycardie instable est la véritable caractéristique des formes de la tuberculose, dites formes éréthiques (Faisans).

L'instabilité du pouls existe à peu près chez tous les phtisiques; la tachycardie, tout en étant très fréquente, ne survient que dans certaines conditions, ce qui lui donne une grande valeur séméiologique. Grosset, Piéry ont décrit plusieurs types cliniques, relevant chacun d'une pathogénie différente. La tachycardie par *compression du pneumogastrique* est notée aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant; des observations nombreuses avec autopsies (Peter, Merklen, Jouanneau, Bezançon) ont montré que le pneumogas-

trique était comprimé dans le médiastin soit, et c'est le cas le plus habituel, par des ganglions trachéo-bronchiques caséeux, soit par des exsudats pleuraux, péricardiques ou médiastinaux. La tachycardie coexiste alors souvent avec la toux coqueluchoïde; elle s'accompagne aussi de palpitations. La tachycardie est d'abord bien supportée, puis la dyspnée survient, dyspnée quelquefois très vive allant jusqu'à l'orthopnée; enfin, le cœur se fatigue, se dilate et alors on voit apparaître l'œdème des membres inférieurs, l'augmentation de volume du foie, et le tuberculeux devient ainsi un asystolique; cette asystolie progressive, irréductible, conduit à la mort. La tachycardie par *névrite du pneumogastrique* (Pitres et Vaillard) atteint habituellement à une période tardive des malades présentant déjà d'autres manifestations de polynévrite tuberculeuse. La *tachycardie toxique*, sans lésions du cœur et des nerfs, a une pathogénie complexe dans laquelle interviennent sans doute plusieurs facteurs : hypotension artérielle, imprégnation toxique des centres bulbaires, et peut-être troubles dans la sécrétion des glandes vasculaires sanguines, en particulier du corps thyroïde (Huchard, Vitry et Giraud, Faure-Beaulieu). Quoi qu'il en soit, cette tachycardie toxique, presque toujours peu élevée, 100 pulsations à la minute, permanente, purement objective, indique une atteinte grave de l'économie et comporte un pronostic sérieux; c'est dans ces cas que la maladie brûle les étapes et fait des progrès rapides en très peu de temps; cette tachycardie montre que la tuberculose a intoxiqué tout l'organisme (Grosset).

Comment traiter la tachycardie des tuberculeux? En cas d'adénopathie trachéo-bronchique, on conseillera la révulsion répétée sur les régions sternale et inter-scapulaire. Pour la tachycardie toxique, on ordonnera le repos absolu, et un climat doux, par exemple Pau ou Arcachon.

La *tachycardie paroxystique* est si exceptionnelle dans la tuberculose pulmonaire que Bertier en publiait en 1905 la troisième observation, les deux premières dues à Traube et à Moncorgé; plus récemment, Bertier en a relaté deux nouveaux cas, et un cas d'arythmie paroxystique se rapprochant des précédents. Ces malades présentaient des crises de tachycardie, tout à fait analogues au syndrome tachycardie essentielle décrit par Bouveret : début brusque, angoisse qui, à l'acmé de la crise, arrive à produire une sensation de strangulation, tachycardie considérable (jusqu'à 200 pulsations par minute), pouls filiforme et irrégulier, hypotension artérielle, dyspnée et cyanose; l'accès dure de quelques heures à un jour ou deux. La pathogénie de ces crises est connue, depuis une autopsie faite par Paviot et Bertier, et dans laquelle on trouva une névrite interstitielle du pneumogastrique; on sait que ce nerf est souvent atteint au cours de la tuberculose pulmonaire et cette atteinte est la cause de crises paroxystiques dans les viscères qu'il innerve, par exemple dans le myocarde.

Le pronostic de la tachycardie paroxystique tuberculeuse est assez sombre; dans les trois premières observations relatées, la mort était toujours survenue moins de quatorze mois après la première crise. A propos de trois dernières observations, Bertier atténue cette sévérité du pronostic, car, de ses trois malades, l'un paraît guéri, les deux autres sont dans un état stationnaire. Le meilleur traitement de l'accès consiste à donner de l'ipéca pour faire vomir le malade; la crise disparaît immédiatement après que le malade a vomi (Bertier).

Rappelons seulement, comme autre accident cardiaque paroxystique, survenant chez les tuberculeux, l'*angine de poitrine*, quand le pneumogastrique est comprimé par des ganglions; les quelques cas publiés sont d'ailleurs très discutables d'après Huchard (Faure-Beaulieu).

III

La tension artérielle. — On ne peut étudier le cœur des tuberculeux sans indiquer les modifications de la pression artérielle qui se produisent chez ces malades. Les premiers travaux sur le sujet sont dus à Marfan, Potain, Teissier, Papillon. En règle générale, la tension artérielle est abaissée dans la tuberculose pulmonaire, et la recherche de cette tension peut même donner un renseignement utile dans les cas de diagnostic difficile, au début de la bacillose, par exemple dans la tuberculose chloro-anémique. Potain insistait sur quatre signes dont la réunion doit faire penser à une anémie tuberculeuse : rapport entre le poids du sujet (en hectogrammes) et la taille (en centimètres) inférieur à 3; chiffre du périmètre thoracique inférieur au chiffre de la taille divisé par deux; diminution de la capacité respiratoire; abaissement de la tension artérielle. D'après Teissier, la tuberculose est une maladie à pression basse, sur les confins des maladies à pression très basse, comme la maladie d'Addison; cependant, Teissier fait remarquer que l'hypotension artérielle n'a rien de pathognomonique, qu'on l'observe, par exemple, parfois dans la syphilis secondaire.

Un mémoire de Marfan, publié en 1907, a mis au point toute cette question et montré que l'étude de la tension artérielle pouvait servir au pronostic; Marfan a établi ainsi quelques lois générales.

Dans la tuberculose pulmonaire chronique, une pression habituellement normale ou supérieure à la normale a une signification favorable; elle indique que la tuberculose évolue vers l'amélioration ou la guérison.

Une pression habituellement basse est un signe défavorable; toutefois, cette règle comporte des exceptions, et cette loi est moins générale que la première.

Si la pression artérielle, d'abord faible, s'élève à la normale ou au-dessus, le pronostic est favorable, mais ces cas sont rares. Si la pression artérielle, d'abord normale, vient à s'abaisser et reste basse, la tuberculose progresse.

Marfan a aussi étudié la pression artérielle dans diverses formes de la tuberculose. Une pression normale, au moment des hémoptysies du début, est d'un bon pronostic; au contraire, ces mêmes hémoptysies, si elles sont accompagnées d'hypotension, font prévoir une phtisie galopante hémoptoïque.

Dans les formes fébriles ou tachycardiques, il faut

aussi étudier la pression artérielle, car ces formes ne sont, d'après Marfan, particulièrement graves que si la pression artérielle est abaissée. La tuberculose, survenant chez un diabétique ou un artério-scléreux hypertendu, est assez bénigne, si l'hypertension persiste; que si la tuberculose arrive à remplacer l'hypertension par l'hypotension, c'est une tuberculose grave. Dans tous ces cas d'hypotension, les chiffres habituellement trouvés, avec le sphygmomanomètre de Potain, sont 12 à 13 centimètres, souvent moins. Boschi, avec l'appareil de Gärtner, est arrivé à peu près aux mêmes conclusions que Marfan; Batistessa, avec l'appareil de Riva-Rocci, a trouvé l'hypotension un peu moins fréquente et il lui attache peut-être moins d'importance pour le pronostic.

Ce n'est pas seulement dans la tuberculose pulmonaire que la pression artérielle a été étudiée et que l'on observe souvent de l'hypotension; c'est aussi dans la tuberculose intestinale (Potain, Teissier), dans la tuberculose pleurale et pleuro-péritonéale (Lamy). Dans la tuberculose rénale, et plus encore dans les néphrites bacillaires, si fréquentes depuis qu'on sait les diagnostiquer, la tension artérielle présente un grand intérêt; car la plupart des néphrites entraînent à leur suite de l'hypertension, tandis que les néphrites bacillaires seules sont hypotensives. Ce caractère peut permettre de rattacher à la tuberculose une néphrite hydropigène et même, mais plus exceptionnellement, une néphrite urémigène, d'étiologie imprécise.

Notons encore que la tuberculose surrénale est particulièrement hypotensive; dans la maladie d'Addison, la pression artérielle est toujours très basse, 10 centimètres, 7, 6 et même au-dessous; on s'est demandé si les capsules surrénales n'avaient pas toujours un rôle dans l'hypotension des tuberculeux, et s'il n'existait pas, chez les tuberculeux hypotendus, un certain degré d'insuffisance surrénale; les recherches anatomo-pathologiques de Bernard et Bigart, les expérimentations de Parisot et Lucien sont en faveur de cette théorie; toutefois, la pathogénie de l'hypotension des tuberculeux relève d'autres facteurs que de la seule insuffisance surrénale; peut-être d'autres glandes vasculaires sanguines, comme l'hypophyse, présentent-elles aussi souvent des lésions (Garnier et Thaon).

Ainsi donc, dans la tuberculose, l'hypotension s'observe avec une fréquence très grande, puisque d'après Boschi, on la constate dans 70 p. 100 des cas.

Dans les autres, la pression est normale, plus rarement supérieure à la normale; l'hypertension est alors transitoire ou permanente. L'hypertension transitoire peut être notée chez les tuberculeux suralimentés d'une façon excessive, chez les femmes aux époques menstruelles, chez les malades traités par les injections de cacodylate de soude ou d'arrhénal (Piéry); l'hypertension prémonitoire des hémoptysies a été étudiée surtout par Barbary, et même, pour cet auteur, l'hémoptysie tuberculeuse serait presque toujours la conséquence de l'hypertension artérielle, opinion très certainement inexacte; d'après Piéry, c'est seulement l'hémoptysie due à un processus pneumonique qui s'accompagne d'hypertension. L'hypertension permanente s'observe dans la tuberculose fibreuse avec emphysème, et, comme nous l'avons déjà dit, dans les tuberculoses bénignes survenues chez un sujet antérieurement hypertendu du fait de l'artério-sclérose, de la néphrite interstitielle ou de l'arthritisme.

Nous terminerons cette étude de la pression artérielle en rappelant les travaux de Recklinghausen, Amblard, Josué, sur la mesure clinique du travail du cœur, en recherchant successivement la tension artérielle diastolique et la tension artérielle systolique; le rapport entre ces deux chiffres permet de calculer au moyen de diverses formules le travail dynamique du cœur. Ces études nouvelles pourront ainsi apporter de nouveaux documents sur la valeur fonctionnelle du cœur des tuberculeux (Faure-Beaulieu).

IV

Asystolie. — Après avoir examiné les divers symptômes cardiaques chez les tuberculeux et avoir constaté la fréquence de l'hypotension artérielle, nous ne devons pas être surpris qu'un certain nombre de tuberculeux meurent par le cœur, après avoir présenté le tableau plus ou moins net de l'asystolie. Celle-ci survient dans des conditions diverses. Quelquefois c'est un tuberculeux tachycardique dont le cœur se fatigue à la longue, se dilate et devient inférieur à sa tâche (Merklen, Jouanneau, Bezançon). Souvent, c'est un malade atteint de phtisie aiguë, de granulie; de par la dissémination rapide des lésions dans les poumons, il arrive, avant même l'ulcération de ces lésions, que le champ de l'hématose se trouve, en très peu de temps, très fortement réduit; dans ces conditions l'artère pulmonaire s'encombre et le cœur droit se dilate. Dans d'autres cas, c'est un tuberculeux banal parvenu à la période cavitaire, qui, peu à peu, ou brusquement à la suite d'efforts de toux particulièrement pénibles, présente des symptômes d'asystolie sans qu'on puisse en découvrir le pourquoi; comme causes prédisposantes de l'asystolie chez les tuberculeux, Barié en signale trois : les cas dans lesquels une cardiopathie organique est combinée avec la tuberculose pulmonaire, et l'on sait que personne n'admet plus l'antagonisme entre les maladies du cœur et la tuberculose pulmonaire; la coïncidence d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire; les troubles digestifs, sur l'importance desquels Potain attirait l'attention à propos de la pathogénie de l'asystolie.

L'asystolie peut encore être observée chez les malades atteints d'épanchement pleural tuberculeux, que celui-ci soit primitif ou secondaire à des lésions du poumon; chez les tuberculeux ayant un pneumothorax.

Mais c'est surtout dans la phtisie fibreuse, dans la phtisie avec emphysème, sclérose pulmonaire, dilatations bronchiques et adhérences pleurales, que l'asystolie est fréquente; les accidents asystoliques, qui sont presque l'exception dans les autres formes de tuberculose, sont pour ainsi dire la règle dans cette bacillose fibreuse.

Notons encore l'asystolie fréquente dans la tuber-

culose surrénale; et Lœper a décrit une asystolie addisonienne.

Comme symptômes, ce sont, le plus souvent, ceux de l'asystolie banale : la dyspnée devient continue, allant jusqu'à l'orthopnée, les extrémités sont cyanosées, l'œdème infiltre les membres inférieurs; en examinant le cœur, on constate qu'il est dilaté dans le sens transversal, avec la pointe déviée en dehors; les bruits sont sourds, irréguliers; on entend quelquefois un souffle systolique xiphoïdien d'insuffisance tricuspidienne et alors il existe un pouls veineux vrai.

Cette asystolie peut être passagère avant de devenir définitive; dans ce dernier cas, le tableau se complète par l'apparition de l'ascite, avec un foie gros et douloureux, puis survient l'anasarque et le malade succombe comme un cardiaque.

Dans quelques cas, les accidents prédominent du côté du foie, et Pouliot a bien décrit l'hyposystolie hépatique des tuberculeux avec trois symptômes révélateurs : augmentation du poids du malade par suite de l'œdème, douleur hépatique, vomissements. Après plusieurs crises successives, cette hyposystolie hépatique devient habituellement une grande asystolie définitive.

L'asystolie addisonienne de Lœper débute par deux symptômes : l'oligurie et l'œdème des membres inférieurs; puis surviennent la congestion hépatique avec ou sans subictère, la congestion des bases pulmonaires, la stase rénale. Cette forme peut être améliorée par l'emploi de l'extrait surrénal ou de l'adrénaline.

Dans tous ces cas, le tuberculeux étant devenu un cardiaque, il conviendra naturellement d'instituer, sitôt l'apparition des premiers symptômes, le traitement classique de l'asystolie.

Le tuberculeux peut encore mourir par le cœur, à la suite d'une *syncope*; la mort par syncope a dans ces cas une pathogénie complexe. Il semble que des réflexes puissent suffire à déterminer la syncope; mais celle-ci dépend plus souvent de la myocardite chronique avec dégénérescence granulo-graisseuse (Hanot, Baréty, Vinay). D'après Huchard, il faut tenir compte de l'anémie cérébrale, en même temps que des altérations ou de la parésie du myocarde. Enfin des accidents brusques de *collapsus cardiaque* sont parfois observés chez les tuberculeux (Huchard), ainsi qu'une mort imprévue et rapide par *thrombose cardiaque* (Barié).

V

Anatomie pathologique. — Dans tous ces divers cas où le tuberculeux a présenté des accidents cardiaques, on trouvera à l'autopsie des lésions du cœur; mais on en pourra même trouver, alors que le malade n'aura pas eu de symptômes fonctionnels attirant l'attention vers l'appareil circulatoire. A toutes les autopsies de tuberculeux, on doit donc examiner le cœur, se rendre compte de sa situation, de son volume, de son poids, etc.

Les *déplacements du cœur* sont surtout fréquents dans les pleurésies; il n'y a guère lieu d'y insister. Mais, sans épanchement pleural, le cœur peut être déplacé par suite d'une rétraction pleuro-pulmonaire; qu'une grande caverne vienne à se cicatriser, des adhérences pleurales se forment tout autour, englobant poumon, plèvre, paroi thoracique et les organes du médiastin, péricarde et cœur. Alors le cœur peut être déplacé en divers sens : si le cœur est attiré à droite, il viendra à droite du sternum, et plusieurs cas ont été publiés de dextrocardie acquise, conséquence d'une tuberculose du poumon droit; Lortat-Jacob et Laignel-Lavastine en ont relaté une belle observation, et Barbier a rappelé, à ce propos, quelques cas antérieurs. Une rétraction pleuro-pulmonaire gauche déplacera surtout le cœur dans le sens vertical; on pourra alors percevoir les battements du cœur dans le premier espace intercostal gauche (Hanot). Du vivant du malade, ces déplacements du cœur auront donné lieu à des signes physiques assez nettement perceptibles, que la radioscopie aura d'ailleurs permis de vérifier. Quelques auteurs ont insisté sur la valeur diagnostique de ces déplacements du cœur dans la tuberculose; d'après Turban, le déplacement de la matité absolue et du bord droit du cœur vers la droite est un symptôme très important de la tuberculose du sommet droit.

La question du *volume* du cœur chez les tuberculeux a fourni le sujet d'un nombre considérable de travaux, et de discussions sans fin, les uns soutenant que le cœur était atrophié dans la plupart des cas, les autres prétendant que le cœur était plus souvent hypertrophié et dilaté; Laënnec, Bizot, Louis, Stokes, Briquet, du Castel adoptaient la première opinion; Jaccoud, Liénart, Palhier ont noté surtout la dilatation du cœur droit. En réalité les uns et les autres ont fait des constatations exactes, et, pour s'entendre, il suffit, comme toujours, de distinguer. C'est ce qu'a bien fait Sequer, dans sa thèse inspirée par Letulle. Quelquefois le volume du cœur reste normal; il en est ainsi surtout chez les tuberculeux âgés, ou porteurs de lésions tuberculeuses anciennes et relativement bénignes; ou encore chez les tuberculeux atteints de lésions à marche chronique, même étendues, mais s'étant laissé influencer par le traitement (Sequer). L'*hypertrophie* du cœur s'observe dans la tuberculose fibreuse avec sclérose pulmonaire, emphysème et symphyse pleurale; on l'observe aussi dans la tuberculose compliquée de lésions rénales, et Tripier a montré qu'il fallait souvent rapporter à une néphrite chronique l'hypertrophie cardiaque des tuberculeux. La *dilatation du cœur droit* survient dans les cas que nous avons déjà étudiés, et qui se rapprochent des précédents; il faut y ajouter toutes les circonstances dans lesquelles la circulation pulmonaire s'encombre, ce qui transforme le tuberculeux en un cardiaque.

En dehors de ces cas, on peut admettre, comme règle générale, l'*atrophie* du cœur chez les tuberculeux, atrophie souvent considérable, le poids du cœur n'étant que de 196 grammes dans une observation de Barié; c'est dans la tuberculose pulmonaire chronique, dans la tuberculose avec entérite et diarrhée persistante que l'atrophie du cœur est particulièrement fréquente. On s'est demandé pourquoi le cœur était ainsi atrophié et l'opinion la plus an-

cienne, très logique et très simple, est que le cœur participe à l'amaigrissement et à l'amyotrophie générales du tuberculeux cachectique. Mais un nouveau problème s'est posé depuis les travaux de Bouchard et Balthazard, qui ont étudié le cœur, du vivant des malades, par la radioscopie, au moyen du procédé de Guilleminot, procédé qui permet d'obtenir le tracé exact de la projection du cœur et de calculer l'aire cardiaque. Or, chez les tuberculeux examinés par Bouchard et Balthazard, le cœur a été bien souvent trouvé petit dès la première période de la maladie, alors que le sujet n'est pas encore très amaigri. Destot a confirmé ces recherches; il insiste même sur la radioscopie orthogonale pour le diagnostic de la tuberculose au début; avec son procédé de l'orthodiographe, il mensure l'aire cardiaque et l'aire pulmonaire pour en établir le rapport. Chez les individus normaux, l'aire du cœur est à l'aire pulmonaire comme 1 est à 2,50; chez les tuberculeux, le rapport est de 1 à 4 ou 4,50.

De là à dire que l'atrophie du cœur était antérieure à la tuberculose pulmonaire et que cette atrophie prédisposait à devenir bacillaire il n'y avait qu'un pas; aussi cette théorie a-t-elle été soutenue. Voici longtemps d'ailleurs que Biermer avait décrit une microcardie prétuberculeuse; mais on admet plutôt aujourd'hui que cette microcardie se voit surtout chez les descendants de tuberculeux, qu'elle est en réalité une manifestation, héréditaire ou acquise, en tout cas directe, du virus tuberculeux (Mosny, Piéry); ces faits sont à rapprocher de la pathogénie du rétrécissement mitral pur.

L'*étude histologique* du cœur des tuberculeux ne retiendra pas longtemps notre attention, puisque nous avons éliminé de cette revue générale tout ce qui se rapporte à la tuberculose du cœur et du péricarde. A l'*endocarde*, on trouve quelquefois de l'endocardite par infection secondaire, à la période terminale des suppurations cavitaires; ces faits n'ont pas grand intérêt; il en est tout autrement de l'endocardite scléreuse constituant le rétrécissement mitral (Potain et Teissier), ainsi que des endocardites bacillaires, signalées par Jousset et Braillon, très fréquentes d'après Landouzy et Gougerot. Au *myocarde*, c'est la dégénérescence graisseuse, c'est la myocardite interstitielle; dans un important travail, Fiessinger a bien précisé les lésions du myocarde des tuberculeux, en dehors de la tuberculose myocardique, celle-ci ayant été étudiée très complètement par Raviart. D'après Fiessinger, les lésions interstitielles prédominent et sont presque constantes: prolifération du tissu conjonctif, surtout autour des artères, tissu de sclérose peu dense; la fibre elle-même est souvent indemne; quand elle est atteinte, c'est sous forme soit de dégénérescence graisseuse, soit de gigantisme nucléaire, soit d'hyperplasmie. Par des injections de chloroformo-bacilline, Fiessinger a pu reproduire expérimentalement chez l'animal des lésions identiques à celles qu'il avait trouvées chez l'homme.

Toutes ces études cliniques et anatomiques ont donc fait connaître, d'une façon à peu près complète, comment réagissait cliniquement le cœur chez les malades atteints de tuberculose pulmonaire et quelles étaient, indépendamment des lésions tuberculeuses, les altérations multiples pouvant être trouvées à l'autopsie.

Il ne faudra donc jamais négliger d'étudier avec soin le cœur et le pouls des tuberculeux; cette étude sera souvent très utile pour le diagnostic et le pronostic de la maladie; parfois, une thérapeutique cardiaque devra primer toute autre à certaines phases de la tuberculose pulmonaire.

BIBLIOGRAPHIE

BARD. *De la Phtisie fibreuse*, Th. de Lyon, 1879. — BARIÉ. *Journ. des prat.*, 16 mai 1894; — *Soc. méd. des hôpit.*, 14 déc. 1906. — BERNARD et BIGART. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1906. — BERTIER. Tachycardie paroxystique au cours de la tuberculose pulmonaire, *Lyon méd.*, 29 oct. 1905; — Tachycardie et arythmie paroxystiques tuberculeuses, *Nord méd.*, 1er fév. 1911. — BEZANÇON. Contribution à l'étude de la tachycardie symptomatique de la tuberculose, *Revue de méd.*, 10 janv. 1894. — BOUCHARD et BALTHAZARD. *Acad. des sciences*, 2 fév. et 16 mars 1903; — *Congrès de la tuberculose*, 1905. — BOUILLY. *Contribution à l'étude de la tachycardie tuberculeuse*, Th. de Paris, juillet 1907.

CHON. *Indications pronostiques des variations du pouls chez les tuberculeux*, Th. de Lyon, 1904.

DESTOT. *Bull. méd.*, 1903, p. 96; — *Lyon méd.*, juin 1904 et janv. 1905.

FAISANS. De la tachycardie chez les tuberculeux, *Semaine méd.*, 13 juillet 1898. — FAURE-BEAULIEU. Le cœur des tuberculeux, *Revue de la tuberculose*, 1909, p. 434. — FIESSINGER. *Arch. de méd. expérim.*, nov. 1906.

GRANCHER et BARBIER. Art. TUBERCULOSE, *Traité de médecine* Brouardel et Gilbert. — GRANCHER et HUTINEL. Art. PHTISIE, *Dict. Dechambre*, 1887. — GROS. Th. de Montpellier, 1883. — GROSSET. *De l'Eréthisme cardiaque au cours de la tuberculose pulmonaire chronique*, Th. de Paris, 1904. — GUILLEMINOT. *Congrès de la tuberculose*, 1905.

HANOT. Art. PHTISIE, *Dict. de méd. et de chir. prat.* — HUCHARD. *Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte.*

JACCOUD. *Traité de pathologie interne.* — JOUANNEAU. *De la Tachycardie dans la tuberculose pulmonaire*, Th. de Paris, déc. 1889.

LÉQUYER. Le pouls chez les tuberculeux, *Gaz. méd. de Nantes*, mars 1908. — LETULLE. *Troubles fonctionnels du pneumogastrique*, Th. d'agrégation, 1883. — LIÉNART. Th. de Paris, 1886. — LŒPER. *Revue de la tuberculose*, 1906, p. 121. — LORTAT-JACOB et LAIGNEL-LAVASTINE. *Soc. méd. des hôpit.*, 13 juillet 1906.

MARFAN. Tuberculose pulmonaire, *Traité de médecine* Charcot, Bouchard, Brissaud, t. VII; — *Revue de méd.*, 1907, p. 1005. — MERKLEN. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, déc. 1887. — MOSNY. *Revue de méd.*, avril 1903, p. 269. — MOUSSOUS. *De la Mort chez les phtisiques*, Th. d'agrégation, 1886.

PALHIER. Th. de Paris, 1890. — PAPILLON. Th. de Paris, 1897. — PARISOT et LUCIEN. *Réunion biologique de Nancy*, 11 nov. 1907. — PETER. *Clinique médicale*, p. 311. — PIÉRY. *La Tuberculose pulmonaire* (Bibliothèque de la tuberculose, Doin éditeur), Paris 1910. — POTAIN. *Clinique médicale de la Charité*, 1894, p. 187. — POULIOT. *Soc. méd. des hôpit.*, 7 déc. 1906.

ROWLATT. Th. de Paris, 1881.

SEQUER. *Le Cœur des tuberculeux*, Th. de Paris, 1903.

TEISSIER. *Congrès de la tuberculose*, 1905.

VISSEQ DE LA PRADE. Th. de Paris, juillet 1899.

PRATIQUE MÉDICALE

LE KEPHALDOL ANTINÉVRALGIQUE ET ANTIPYRÉTIQUE

Le Kephaldol, qui résulte de la réaction de l'acide citrique et de l'acide salicylique sur les phénétidines, réaction à la suite de laquelle tout l'acide libre restant est fixé par la quinine ou neutralisé par le carbonate de soude, vient apporter une nouvelle preuve à l'appui des conceptions nouvelles sur les combinaisons thérapeutiques, car il est à la fois antinévralgique et antipyrétique.

L'action thérapeutique de cette combinaison est beaucoup plus efficace et plus rapide que celle qui serait obtenue avec chacun des composants.

Elle est en outre d'une innocuité presque absolue, ce qui permet d'augmenter les doses pour obtenir un effet plus prompt ou plus intense et ce qui en facilite l'administration prolongée.

Les propriétés antinévralgiques et antipyrétiques du Kephaldol indiquent ses applications, elles sont nombreuses, depuis la simple migraine, jusqu'aux douleurs fulgurantes du tabes, les douleurs violentes du lumbago et de la sciatique. De nombreux exemples de guérisons sont relatés dans les observations scientifiques scrupuleusement décrites par plusieurs maîtres de la Faculté de Vienne, où le produit a été expérimenté dans les principaux hôpitaux par MM. Fritsch dans le service du professeur Ortner; Maniu, assistant du professeur K. von Noorden ; Rosenthal, assistant du professeur von Stoffela; Einhorn, assistant du professeur Schlesinger. D'autres en Angleterre et en Allemagne confirmèrent par leurs expériences les résultats déjà obtenus.

Le docteur Fritsch déclare que le Kephaldol réussit remarquablement dans les céphalalgies purement nerveuses, tandis que les douleurs d'origine anémique ou hyperémique ne sont pas aussi heureusement influencées.

Dans les arthrites gonococciques, le lumbago et surtout la sciatique, les résultats ont été excellents. Le docteur Maniu a calmé les douleurs occasionnées par une tumeur cérébrale, il en fut de même dans un cas de tabes, dans plusieurs cas de sciatique, et chez un malade atteint de névralgies d'origine paludéenne.

Par ces quelques affections on voit que les douleurs calmées par le Kephaldol sont variées dans leur localisation, leur origine et leur intensité. Pour obtenir ces bons résultats il a suffi de prendre des doses variant entre 0g50 et 4 grammes, la douleur disparaissait progressivement au bout d'un quart d'heure à une demi-heure.

Les propriétés antipyrétiques du Kephaldol sont aussi puissantes; on l'a observé dans la pneumonie, la pleurésie, la fièvre typhoïde et l'influenza, contre laquelle le docteur Haase constate qu'il est un spécifique admirable. L'érysipèle a été favorablement influencé alors qu'habituellement les remèdes du même genre sont restés sans effets dans cette affection. Le Kephaldol peut même être employé dans les cas d'endocardite et de péricardite, ce qui n'est pas le cas des autres antipyrétiques, car il a une action fortifiante sur le muscle cardiaque.

Il est curieux d'observer que le Kephaldol a été efficace en abaissant la température même dans les tuberculoses très graves.

La durée de l'effet antithermique dépend de la quantité prescrite. A la dose d'un gramme l'abaissement thermique dure, en général, de deux à six heures, il commence rapidement et d'habitude atteint son maximum au bout de deux heures.

L'effet produit par de faibles doses successives, de 20 à 40 centigrammes, est différent, la défervescence se produit alors graduellement, en lysis, et non brusquement, comme il arrive après les doses d'un gramme.

CONGRÈS

LE XXIIe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE se tiendra à Tunis en 1912, la semaine précédant Pâques, du 1er au 7 avril.

Bureau du Congrès. — Président : M. le docteur Mabille (de La Rochelle); vice-président : M. le docteur Arnaud (de Vanves); secrétaire général : M. le docteur Porot (de Tunis).

Travaux scientifiques. — I. *Rapports* sur les questions à l'ordre du jour :

a. « Les perversions instinctives. » (Rapporteur : M. Dupré, professeur agrégé, Paris.)

b. « Les troubles nerveux et mentaux du paludisme. » (Rapporteur : M. le docteur Chavigny, professeur au Val-de-Grâce.)

c. « L'assistance des aliénés aux colonies. » (Rapporteur général : M. le professeur Régis (de Bordeaux); rapporteur : M. Reboul.)

II. *Communications* originales sur des sujets de neurologie et de psychiatrie.

Renseignements généraux. — Le Congrès comprend : 1° des membres adhérents; 2° des membres associés (dames, membres de la famille, étudiants en médecine) présentés par un membre adhérent.

Les asiles d'aliénés inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Le prix de la cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents et de 10 francs pour les membres associés.

Les membres adhérents recevront, avant l'ouverture du Congrès, les rapports, et, après le Congrès, le volume des comptes rendus.

Les médecins de toutes nationalités peuvent adhérer à ce Congrès, mais les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

Voyages et excursions. Renseignements. — I. *Jusqu'à Marseille.* — Les congressistes se rendront individuellement jusqu'à Marseille. La réduction de tarif que les Compagnies de chemin de fer français consentent chaque année aux congressistes a été demandée cette année pour se rendre à Marseille, port d'embarquement.

II. *De Marseille à Tunis et retour sur Marseille.* — Vu le nombre restreint des courriers hebdomadaires, le nombre limité des places à bord de chaque paquebot et l'encombrement habituel des bateaux à cette époque de l'année, les arrangements suivants, approuvés par le Comité permanent (séance du 28 octobre) ont été pris avec la Compagnie générale transatlantique :

La Compagnie générale transatlantique s'engage à assurer des places à bord pour tous les congressistes, mais à la condition formelle que la liste des passagers à transporter lui soit communiquée fin janvier.

Le départ se fera par les paquebots réguliers du jeudi 28 mars (direct pour Tunis) et vendredi 29 mars (viâ Bizerte) pour transporter en deux groupes à peu près égaux 150 congressistes voyageant en première et deuxième classe par parties égales, soit environ soixante-dix à soixante-quinze passagers à transporter par chaque paquebot. Au cas où le nombre des congressistes serait plus considérable, il y aurait un paquebot supplémentaire partant de Marseille vers la même date.

Cet engagement est pris moyennant un cautionnement individuel de 35 francs en première classe et de 25 francs en deuxième classe qui sera perçu avant le 15 janvier et viendra en déduction du prix que chaque congressiste paiera en prenant son billet à Marseille.

Nous insistons sur la nécessité de « faire bloc » au départ, commandée par les difficultés du transport.

Ceux des congressistes qui voudraient joindre à leur voyage en Tunisie des excursions en Algérie ou en Italie devront en conséquence les faire au retour (ou alors organiser leur voyage à titre privé sans droit aux réductions et sans garantie spéciale de place sur les paquebots toujours chargés à cette époque de l'année).

Le retour sera facultatif par l'Algérie ou par la Tunisie; des places seront retenues pour les paquebots et aux ports d'embarquement choisis, à condition que ces points et jours de retour soient également fixés avant le 30 janvier. Les coupons de retour ne sont valables que pour les bateaux de la Compagnie générale transatlantique.

Dates des courriers à l'aller et au retour. — Aller (Marseille-Tunis) : Départ de Marseille les lundi 25 mars, jeudi 28 mars, vendredi 29 mars, à midi (durée de la traversée : trente à trente-six heures).

Retour (Tunis-Marseille) : Départ de Tunis les vendredi 5 et 12 avril, à deux heures du soir ; les samedis 6 et 13 avril, à neuf heures du soir et les mercredis 10 et 17 avril à midi (de Bizerte à dix heures du soir).

Retour (Alger-Marseille) : Départ d'Alger les mardi, jeudi, vendredi, dimanche, à midi trente (durée de la traversée Alger-Marseille : de vingt-quatre à vingt-huit heures).

Prix des passages aller et retour. — Les congressistes auront à payer au départ de Marseille pour l'aller et retour les prix suivants (moins le cautionnement qu'ils auront versé d'avance) : première classe : 141 fr. 80 ; deuxième classe : 103 fr. 20. (Départ par les paquebots du jeudi 28 et du vendredi 29 mars ou par paquebot spécial.) Il y aura de petits suppléments à payer au retour :

1° Départ de Tunis par les paquebots du mercredi ou du samedi. Première classe : 4 francs ; deuxième classe : 3 francs.

2° Départ de Tunis par le paquebot du vendredi. Première classe : 16 francs ; deuxième classe : 11 francs.

3° Départ d'Alger. Première classe : 12 francs ; deuxième classe : 8 francs.

Dans ces prix sont compris tous les frais (passage, nourriture à bord, droits de port et de canal).

III. *Séjour à Tunis* (cinq jours). — Réunions scientifiques. Visites aux établissements d'assistance. Visite de la ville, des souks et des quartiers arabes. Environs de Tunis : Carthage, la Marsa, le Bardo.

(Le programme détaillé sera adressé à chaque congressiste.)

Les frais de séjour à Tunis doivent être estimés (hôtel et repas) de 8 à 15 francs par jour.

IV. *Excursions.* — Des excursions sont organisées pour permettre aux congressistes de visiter, outre les villes orientales de Tunis et de Kairouan, les antiquités de l'Afrique romaine ainsi que le Sud tunisien et ses oasis.

1° *Excursion facultative aux Ruines de Dougga* (en automobile). Une journée : 35 francs.

2° *Excursion à Kairouan* (deux jours, par chemin de fer). Visite des mosquées. Séance d'Aïssaouas. Prix : première classe : 43 francs ; deuxième classe : 38 francs ; tous frais compris (hôtels, pourboires, transports).

3° *Excursion dans le Centre et le Sud tunisien* (cinq jours et demi). Kairouan, avec l'excursion précédente ; Sousse : visite des catacombes d'Hadrumète ; El-Djem : visite de l'amphithéâtre ; Sfax : visite de la ville ; Gabès : l'Oasis, les villages indigènes, Menzel et Djara. En chemin de fer jusqu'à Sfax, en automobile de Sfax à Gabès. Prix : première classe : 150 francs ; deuxième classe : 140 francs ; tous frais compris (hôtels, pourboires, transports, etc.). Retour à Tunis le 10 avril au soir.

Ces excursions sont organisées par l'agence Lubin ; si le nombre des excursionnistes est supérieur à cinquante, ils seront partagés en plusieurs groupes.

4° *Excursion à Constantine, Biskra, Timgad et retour par Alger.* — Cette excursion bénéficiera d'une réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer algériens et tunisiens à la condition de réunir un minimum de vingt partants.

5° *Retour possible par la Sicile et l'Italie.* — S'adresser à l'agence Lubin, 5, avenue de France, à Tunis.

Avis important. — Les confrères désireux de se rendre au Congrès de Tunis sont donc instamment priés : 1° d'envoyer leur inscription avant le 15 janvier ; 2° d'indiquer la classe qu'ils choisissent à bord ; 3° d'adresser au secrétaire général, avec le montant de leur inscription, le cautionnement afférent à la classe choisie à bord ; 4° de désigner le jour et le port d'embarquement pour leur retour, s'ils veulent avoir des places retenues à bord.

Prière d'adresser les adhésions, cotisations et toutes communications et demandes de renseignements au docteur Porot, 5, rue d'Italie, à Tunis.

Pour les excursions 4 et 5 s'adresser directement à l'agence Lubin, 5, avenue de France, à Tunis.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 15 AU 20 JANVIER 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 15 janvier, à une heure. — 3e (oral, 1re partie).

Mardi 16 janvier, à une heure. — 3e (oral, 1re partie). — 4e.

Mercredi 17 janvier, à une heure. — 2e — 3e (oral, 1re partie).

Jeudi 18 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (oral, 1re partie).

Vendredi 19 janvier, à une heure. — 3e (oral, 1re et 2e parties).

Samedi 20 janvier, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — *Cours de clinique chirurgicale infantile* (fondation de la ville de Paris. Professeur : M. Kirmisson). — MM. les docteurs Perrin et Bailleul, chefs de clinique, commenceront le lundi 8 janvier 1912, à quatre heures et demie, un cours de clinique annexe sur la chirurgie infantile et orthopédique.

Le cours aura lieu tous les jours, à quatre heures et demie, et sera complet en un mois.

Le droit à verser est fixé à 50 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants titulaires de seize inscriptions sur la présentation de la quittance du versement du droit.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

EXERCICES PRATIQUES DE PSYCHIATRIE ÉLÉMENTAIRE (hospice de Bicêtre. Docteur J. Roubinovitch). — M. le docteur J. Roubinovitch, médecin de l'hospice de Bicêtre, dirige dans son service, tous les jeudis, de neuf heures à onze heures et demie du matin, des exercices pratiques individuels de psychiatrie, à l'usage des étudiants et des docteurs désireux d'acquérir les notions élémentaires de pathologie mentale.

Programme des exercices. — 1° Interrogatoire et examen des malades (adultes et enfants) atteints d'affections ou d'anomalies mentales et nerveuses ;

2° Discussion du diagnostic, des indications thérapeutiques, médico-pédagogiques et médico-légales ;

3° Rédaction de consultations, de certificats et de rapports médico-légaux.

Nota. — Pour suivre ces exercices, prière de s'inscrire à Bicêtre, dans le cabinet de consultation du chef de service.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 5 janvier. — Question donnée : « Rapports de l'uretère. — Symptômes et diagnostic de l'angine diphtérique. »

MM. Cleitz, 13 + 18 = 31; Schulmann, 11 + 20 = 31; Léchelle, 11 + 23 = 34; Besnard, 12 + 19 = 31; Lecerf, 17 + 17 = 34; Philip, 11 + 13 = 24; Vernedal, 13 + 16 = 29; Thibierge, 15 + 16 = 31; Leroy (Maxime), 13 + 18 = 31; Huc (Edouard), 14 + 14 = 28.

Séance du 6 janvier. — Question donnée : « Rapports du pancréas. — Symptômes et diagnostic des paralysies radiales. »

Mlle Monbiot, 10 + 16 = 26; MM. Maréchal, 13 + 23 = 36; Moriez, 10 + 15 = 25; Parin, 14 + 13 = 27; Viguerie, 13 + 15 = 28; Luquet, 15 + 16 = 31; Mme Hovelacque, 13 + 23 = 36; MM. Fumet, 18 + 17 = 35; Chatellier, 13 + 17 = 30.

— HÔPITAL COCHIN. — Sur un rapport de M. Henri Roussel, le Conseil municipal de Paris vient d'émettre l'avis qu'il y a lieu d'approuver le projet de construction d'un amphithéâtre de cours à l'hôpital Cochin, et d'imputer la dépense totale de l'opération, évaluée à 110 657 fr. 35 : pour 80 000 francs, au moyen d'une subvention que l'administration de l'Assistance publique est autorisée à solliciter de l'Etat et à provenir des fonds du pari mutuel; pour le surplus, au moyen d'une contribution personnelle de M. le professeur F. Widal.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — REIMS. — Un concours s'ouvrira, le 24 juin 1912, devant l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, pour l'emploi de chef des travaux de chimie et de pharmacie à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Des médailles d'honneur et des mentions honorables ont été décernées aux personnes ci-après désignées en récompense d'actes de courage et de dévouement accomplis en Algérie et pour services rendus à la mutualité :

Médaille de vermeil. — M. le docteur Gegé (d'Alger).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Cohen Solal (d'Oran), Auzimour (d'Aïn-Témouchent), Capuron (d'Aïn-Sidi-Chérif), Casanova (de Bou-Hadjar).

Médailles de bronze. — MM. le docteur Babilée (de Douéra), Laurent, interne en médecine à l'hôpital de Constantine; Ricolfi, interne à l'hôpital de Bône.

Mentions honorables. — MM. les docteurs Dartigues (de Saint-Arnaud), Gardon et Labross (d'Alger).

LA SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE EXOTIQUE tiendra sa prochaine séance mercredi 10 janvier, à cinq heures (amphithéâtre de chimie).

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance de la Société de psychiatrie aura lieu le jeudi 18 janvier 1912, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société aura lieu, suivant l'usage, le deuxième mercredi de janvier (10 janvier 1912), au Cercle militaire, à neuf heures.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « La lecture de la carte au 1/80000 », par le commandant Arnaud, professeur adjoint de tactique générale à l'Ecole supérieure de guerre.

Tous ceux qui désirent suivre la conférence sont instamment priés de se procurer la carte de Bar-le-Duc (quart. S.-E.) qui contient toutes les particularités du sol.

COURS D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE. — M. le professeur Maurice Letulle commencera son cours le mardi 9 janvier, à six heures, au grand amphithéâtre de la Faculté.

CONFÉRENCES D'OPHTALMOLOGIE PRATIQUE. — Le docteur Poulard commencera le lundi 15 janvier, à trois heures, ses conférences d'ophtalmologie pratique et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Ces conférences, avec exercices et présentations de malades, sont destinées aux étudiants et aux médecins praticiens. Elles ont pour objet l'étude des maladies des yeux que tout médecin praticien doit connaître et traiter.

Elles auront lieu dans l'amphithéâtre des cours de l'hôpital Lariboisière.

Pour faciliter l'organisation de ces conférences, il est préférable de s'inscrire auprès du docteur Canque, assistant d'ophtalmologie à l'hôpital Beaujon. L'inscription est gratuite.

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

(Hôpital des Enfants-Malades).

SUR UNE DYSTROPHIE SPÉCIALE DES ADOLESCENTS

Rachitisme tardif avec impotence musculaire, Nanisme, obésité et retard des fonctions génitales,

Par V. HUTINEL (1).

Le nombre est vraiment considérable des enfants mal venus et dystrophiques que l'on apporte chaque jour aux consultations de l'hôpital. Quand je vois un de ces sujets je vous engage toujours à l'examiner avec soin. Ne vous contentez pas de dire dédaigneusement: c'est un dégénéré! On doit, en effet, parmi ces dégénérés, rencontrer des types morbides qui, peu à peu, s'isoleront les uns des autres et finiront par se classer. C'est ainsi que, jadis, les caractères du myxœdème et de l'acromégalie ont pu être déterminés et que s'est établie d'une façon définitive la notion de plusieurs dystrophies extrêmement intéressantes.

A l'origine de ces troubles plus ou moins graves de la nutrition, on découvre souvent des intoxications ou des infections; mais, entre le poison ou les germes pathogènes et leur résultante dystrophique, on voit parfois, si l'on cherche bien, intervenir l'altération de quelqu'une des glandes endocrines.

L'enfant que je vous présente aujourd'hui est dystrophique au premier chef. Voyez-la: elle est naine, elle est obèse et difforme, elle présente les manifestations osseuses les plus nettes d'un rachitisme tardif et spécial, elle est atteinte d'une atonie musculaire qui va presque jusqu'à la paralysie et le développement de son appareil génital ne promet pas de se faire de sitôt.

Nous devrons à son sujet nous poser une foule de questions. Certes, il nous sera difficile de répondre à toutes car, à l'heure actuelle, un diagnostic précis et définitif est encore impossible.

* * *

Notre fillette, si elle est difforme, est douce et gentille, toujours souriante. Elle est petite; sa taille atteint à peine 1m11; elle a cependant treize ans, mais elle ressemble moins à une grande fille qu'à un enfant de six ans. On nous l'a amenée, parce qu'elle ne pouvait plus se tenir debout.

Sa mère paraît être bien portante; elle a trois sœurs ou frères, plus âgés qu'elle, qui jouissent, dit-on, d'une bonne santé. Son père, par contre, un alcoolique incorrigible, est mort accidentellement. Je ne vous apprends rien en vous rappelant que l'alcoolisme des parents se trouve fréquemment à l'origine des tares dystrophiques des enfants.

Elle est née avant terme, au huitième mois et demi de la grossesse, petite, pesant 2k500 et ne mesurant que 48 centimètres. Elle a été nourrie au sein, par sa mère, jusqu'à l'âge de onze mois, puis elle a été envoyée à la campagne, chez les parents de sa mère. Son développement paraît avoir été normal; à huit mois elle avait eu ses premières dents, à quatorze mois elle avait commencé à marcher et, dès l'âge de dix mois, elle avait bégayé quelques mots.

Jusqu'à huit ans elle n'avait présenté aucun trouble morbide inquiétant; elle marchait bien et ne paraissait avoir aucune déformation des membres; mais elle était petite, menue et, à cinq ans, elle ne pesait que 13 kilogrammes. Vers l'âge de trois ans, cependant, elle avait été malade pendant une quinzaine de jours; elle avait eu des douleurs de tête, des vomissements, de la fièvre et le médecin avait parlé de méningite.

A huit ans et demi, alors qu'elle allait chaque jour à l'école, elle commença à se plaindre du genou gauche. A partir de cette époque, les troubles de nutrition que nous constatons aujourd'hui se sont montrés dans l'ordre suivant:

L'enfant, souffrant du genou, fut conduite à l'hôpital Saint-Louis. Là, on reconnut l'existence d'un genu valgum; on le réduisit, on appliqua un appareil plâtré et on rendit la fillette à sa mère. Pendant cinq mois elle resta immobilisée dans le plâtre; c'est alors qu'elle commença à grossir et que son ventre prit un développement exagéré. Elle avait toujours soif et urinait abondamment; les urines, dit la mère, étaient claires et mousseuses, mais on ne paraît pas avoir recherché si elles contenaient du sucre ou de l'albumine. Pas d'œdèmes; à ce moment, l'abdomen seul avait augmenté de volume.

La malade partit ensuite pour Berck; elle y resta trois mois. Quand elle revint, elle marchait beaucoup mieux et le ventre était moins gros.

De neuf ans à onze ans, la santé fut assez bonne, mais l'embonpoint était excessif et le poids atteignait 30 kilogrammes. La soif était toujours vive et, à l'école, l'enfant se cachait pour boire; les urines étaient très abondantes et claires.

En mai 1910, notre fillette, qui avait onze ans, fut prise d'œdèmes généralisés. Elle entra à Hérold où elle fut soignée pendant cinq mois. On trouva alors 14 grammes d'albumine par litre. Quand elle quitta l'hôpital, en septembre 1910, elle était très améliorée, elle pouvait marcher sans peine et ne pesait plus que 27 kilogrammes.

A partir du mois de juin 1911, elle commença à se fatiguer beaucoup en marchant; bientôt elle fut incapable de se tenir debout. C'est dans cet état qu'elle fut amenée à la clinique, le 2 août 1911, salle Parrot, n° 5.

Dès l'abord, la petite taille de l'enfant et son embonpoint excessif nous frappèrent au moins autant que les déformations de ses membres et que sa faiblesse.

La surcharge graisseuse n'était pas uniformément répartie; elle prédominait sur l'abdomen et sur les cuisses qui étaient zébrées de vergetures. Le teint était rosé et éloignait toute idée de cachexie; pas trace d'œdèmes.

Les membres inférieurs étaient manifestement déformés. Genu valgum très accentué, à gauche, et déviation telle que cette déformation parut d'abord être la principale cause de l'impotence. Incurvation

(1) Leçon du 16 décembre 1911.

des fémurs, surtout à droite. Tuméfaction très nette des épiphyses, au niveau des articulations tibio-tarsiennes et des genoux, comme chez les enfants rachitiques, et laxité anormale des ligaments permettant aux genoux des mouvements de latéralité très étendus. Les cuisses étaient volumineuses, mais molles; en les prenant à pleines mains on sentait, sous des masses de graisse, des muscles grêles et sans énergie; l'adipose et la gracilité des muscles semblaient encore plus nettes quand on palpait les mollets. Les pieds étaient en équinisme marqué, mais cette attitude, facile à corriger, dépendait surtout de la faiblesse des muscles extenseurs. Les ongles des orteils étaient striés transversalement et fortement incurvés. Ce trouble de nutrition se retrouvait sur les ongles des doigts; pas de cyanose, pas de lésions cutanées, si ce n'est un aspect un peu écailleux et un certain degré de sécheresse du tégument.

Le ventre était volumineux et saillant, avec un pannicule épais; mais le foie et la rate n'étaient nullement hypertrophiés; pas d'ascite ni de dilatations veineuses.

De même que chez les rachitiques, le thorax, aplati latéralement, semblait trop étroit pour l'abdomen qu'il surmontait; un chapelet costal des plus nets complétait la ressemblance.

Membres supérieurs grêles et sans force; muscles faibles entourés d'une épaisse couche de graisse. Gonflement des épiphyses radiales au niveau des poignets.

Pas de lésions pulmonaires, pas de lésions cardiaques, pas même d'hypertrophie du cœur ni de troubles dans le rythme de ses battements.

Tête peu volumineuse, mais saillie des bosses frontales et pariétales; nez aplati à la racine, un peu camard; dents saines, respiration nasale suffisante. Pas de céphalée, pas de troubles oculaires, pupilles égales; réflexes rotuliens un peu vifs; pas de clonus, pas de Babinski.

On avait noté dans les antécédents une néphrite grave; les urines étaient claires et abondantes; chaque jour on en recueillait de 1500 grammes à 2000 grammes; albumine environ 0g50 par litre; pas de sucre.

La tension artérielle (Pachon), oscillant entre 12 T maxima et 8 T minima, était normale.

L'enfant fut soumise au régime déchloruré du 19 au 26 août sans que son poids fût modifié.

Dans les semaines qui suivirent son entrée à l'hôpital, notre malade présenta de loin en loin des poussées fébriles au cours desquelles la température s'éleva à 38°5, 39 degrés et même 40°4 sans autres symptômes appréciables et qui ne durèrent pas plus de trois ou quatre jours.

Nous devons noter que l'intradermo-réaction, pratiquée dès l'entrée, avait été positive, et que la polyurie n'était nullement modifiée pendant les crises fébriles.

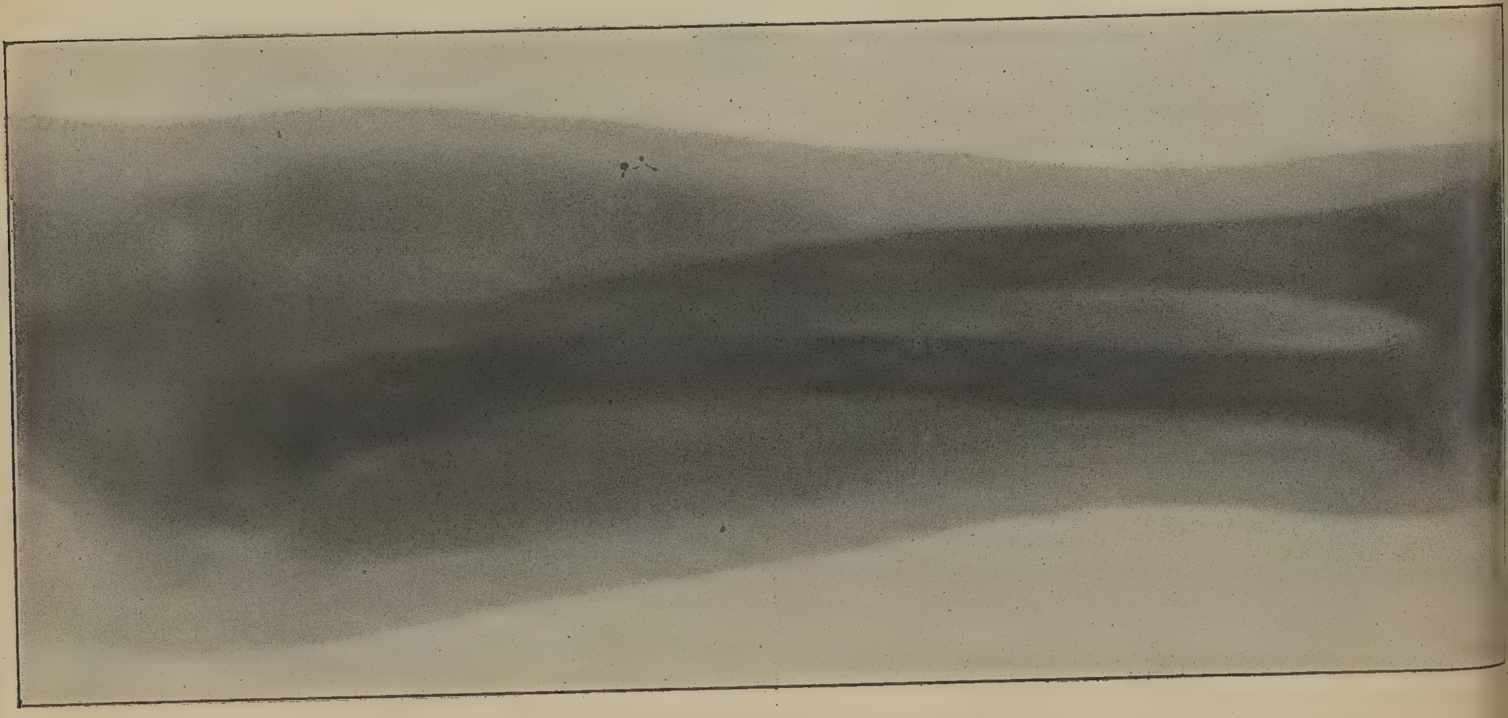
Au mois d'octobre, on institua le traitement thyroïdien (une pastille d'iodothyrine chaque jour pendant trois semaines) sans obtenir la moindre modification du poids ni de la diurèse. La réaction de Wassermann fut négative.

Depuis quelques semaines nous avons fait au sujet de cette malade un certain nombre de recherches. Je vais vous les exposer en discutant le fait clinique dont l'interprétation est difficile.

Plusieurs points nous ont frappés dans l'histoire de notre fillette.

*
* *

Je commence par les altérations osseuses. A première vue, elles ressemblent absolument à celles du rachitisme. Regardez les radiographies : vous y reconnaîtrez des lésions rachitiques. Les cartilages épiphysaires, considérablement élargis, se divisent en deux zones : une plus pâle, juxta-épiphysaire, zone chondroïde; une autre diaphysaire, plus sombre, chondro-calcaire, nettement séparée de l'os voisin. Les épiphyses sont augmentées de volume, les diaphyses sont incurvées, leur canal central est



élargi, et, par places, apparaissent le long des os compacts ou dans les épiphyses ossifiées des taches plus pâles qui correspondent certainement à des zones de décalcification. On pouvait d'abord se demander si l'on n'était pas en présence d'une ostéomalacie à forme spéciale.

Les lésions mises sous nos yeux par les radiographies sont certainement de nature rachitique; mais la dystrophie osseuse qu'elles représentent a des caractères particuliers, assez différents de ce que nous rencontrons habituellement.

A quelle date remontent ces lésions? Il est difficile de le préciser. Jusqu'à huit ans l'enfant marchait et se développait normalement; mais rien ne prouve qu'auparavant ses os eussent été absolument sains.

On a discuté longtemps et on discute encore sur le rachitisme tardif et sur la façon de le comprendre. Certes, si vous exigez que les manifestations osseuses qui apparaissent chez un adolescent soient en tous points semblables à celles qu'on voit chez les nourrissons, vous aurez le droit de dire, avec Escherich, qu'après quatre ans il n'y a plus de rachitisme vrai; mais si, derrière ces lésions, vous envisagez une dystrophie osseuse à lente évolution, imputable à des infections ou à des intoxications chroniques, vous découvrirez de nombreux points de contact entre les malformations des adolescents et celles des babys rachitiques.

Les localisations sont différentes, le fait n'est pas douteux, et il ne saurait en être autrement.

Dans l'adolescence, on observe surtout les déformations de la colonne vertébrale, scolioses, cyphoses, lordoses, le genu valgum, le valgus pied plat, la coxa vara et certaines déformations des poignets.

Pourquoi? Parce que les os, à cet âge, ne sont plus au même point de leur développement que chez les nourrissons. Les déformations n'apparaissent plus là où les épiphyses sont soudées; elles ne se montrent que dans les points où l'ossification n'est pas achevée. Mais je n'insiste pas. Le rachitisme tardif a été admis par des hommes comme Ollier, Lannelongue, Kirmisson, Marfan, et si je me suis laissé attaquer sans répondre quand on a critiqué, il y a quelques années, une leçon que j'avais intitulée *Scoliose et nutrition chez les adolescents*, c'est que je sentais venir le moment où l'accord serait unanime. Ce rachitisme tardif procède souvent d'un rachitisme de la première enfance dont il n'est que la prolongation ou le réveil.

En est-il ainsi dans notre cas? C'est possible; cependant, par son siège, par son évolution, par ses caractères cliniques, la dystrophie osseuse que nous avons sous les yeux diffère essentiellement de ce que nous sommes habitués à rencontrer.

S'il s'agit là d'un rachitisme tardif, c'est d'un rachitisme spécial, c'est d'une dystrophie osseuse à forme anormale, dystrophie que j'ai déjà rencontrée et qui a sa place entre les déformations osseuses des adolescents et l'ostéomalacie.

A côté des altérations du squelette je vous ai fait remarquer une laxité ligamenteuse assez considérable, surtout appréciable au niveau des genoux. Cette laxité existe souvent dans le rachitisme et nous n'avons pas à nous en étonner.

Plus intéressant est l'affaiblissement musculaire que je vous ai fait constater. Ce n'est pas seulement la marche, c'est la station verticale qui est devenue impossible. Si on demande à l'enfant de soulever la jambe au-dessus de son lit elle y arrive, mais péniblement, et la plus légère pression suffit à paralyser son effort. Si elle cherche à repousser la main qui presse la plante de son pied et qui lui fléchit la jambe sur la cuisse, elle ne développe qu'une force insignifiante. Veut-elle se tourner dans son lit, elle exécute une sorte de mouvement de reptation lent, pénible et souvent inefficace. S'asseoir est pour elle une affaire pleine de difficultés. Les mouvements des bras semblent plus faciles et les mains ne sont pas trop maladroites; mais la malade ne peut pas serrer et, quand on lui met en main le dynamomètre, elle est incapable d'en faire bouger l'aiguille. Les muscles du cou et de la face sont moins affaiblis : elle siffle et tourne la tête sans aucune peine. La lenteur de ses mouvements rappelle absolument ce que l'on observe chez les myopathiques. Nous avons voulu nous rendre un compte exact des réactions de ses muscles.

M. Larat, qui l'a étudiée avec soin, a trouvé une hypoexcitabilité faradique et galvanique très accentuée, surtout à gauche.

Un certain degré d'affaiblissement musculaire est commun chez les rachitiques. Il explique, en partie, la laxité anormale des articulations et certaines incurvations osseuses. Hagenbach-Burckardt (*Jahrb. f. Kind.*, 1904) et Bing ont étudié les altérations des muscles dans les cas de ce genre et ils leur attribuent une grande importance. Bing admet qu'il existe une véritable myopathie rachitique, différente des autres atrophies musculaires de l'enfance. Ses observations, il est vrai, ne sont pas définitives et ses idées n'ont pas encore été adoptées d'une façon unanime. Je ne crois pas, cependant, qu'il soit fréquent de constater, chez des nourrissons rachitiques, une impotence musculaire comparable à celle que vous avez pu étudier. C'est ici que le mot de myopathie peut être prononcé et il ne semble pas, quand on examine les membres supérieurs parfaitement mobiles, que l'atrophie des muscles puisse être imputée uniquement à une immobilisation prolongée. Les muscles ont été troublés dans leur nutrition comme les os et comme d'autres organes dont je dois maintenant vous parler.

* * *

Les urines sont abondantes, pâles et il existe une polyurie habituelle. L'enfant est-elle donc diabétique? La polyurie et la polydipsie maintes fois signalées pourraient le faire croire; mais nos analyses ne nous ont jamais donné de sucre. Les urines en auraient-elles contenu autrefois? C'est possible, mais difficile à affirmer. Ce qui nous a conduits à nous poser cette question, c'est que l'épreuve de la glycosurie alimentaire a été positive. Nous avons fait prendre à l'enfant 100 grammes de sirop de glucose; le sucre apparut dans l'urine quatre heures après et ne disparut qu'au bout de dix heures.

L'albuminurie est constante. La dose d'albumine varie peu; elle est habituellement de $0^{g}50$ par litre. En 1910, elle était beaucoup plus forte, une poussée grave de néphrite s'étant produite à cette époque; peut-être le rein était-il sain auparavant.

Il ne s'agit pas ici d'une albuminurie orthostatique, l'enfant restant continuellement étendue dans son lit, ni d'une albuminurie digestive, mais d'une albuminurie persistante imputable à des lésions rénales. Il était donc curieux d'étudier l'élimination urinaire.

Le 11 novembre, nous avons injecté sous la peau 1 centigramme de bleu de méthylène. Les urines ne se sont jamais colorées. Cinq heures après l'injection on trouva du chromogène et l'élimination de ce chromogène dura exactement six heures. Le bleu passe donc difficilement dans l'urine.

Les 13, 14 et 15 novembre nous avons fait ingérer chaque jour 8 grammes de sel; malgré cela le taux de l'urine n'a pas baissé et l'augmentation de poids a été insignifiante; la rétention chlorurée a donc été inappréciable.

Les 16, 17 et 18 novembre nous avons administré, par voie gastrique, 20 grammes d'urée. Il s'est produit d'abord une légère diurèse, mais l'élimination de l'urée a été tardive et incomplète. Il y a donc eu une rétention urique appréciable, mais faible.

La densité des urines est faible, 1004. Le chiffre de l'urée ne dépasse pas 5 grammes par vingt-quatre heures et le coefficient de déminéralisation 1/2,57 est assez élevé.

Le rein de notre malade rappelle celui des néphrites urémigènes; mais sa lésion n'a pas eu de retentissement sur la tension artérielle ni sur le cœur.

Je me suis demandé d'abord s'il ne fallait pas attribuer à la néphrite les modifications profondes de la nutrition dont nous étions témoins. N'était-ce pas le vice de la dépuration urinaire qui avait occasionné les lésions osseuses et musculaires, l'adiposité et l'arrêt de développement? Mais en général, dans les néphrites que nous observons, nous ne rencontrons pas de syndromes dystrophiques pareils à celui-ci. D'ailleurs les déformations osseuses sont probablement antérieures aux lésions rénales. Et d'où viennent ces lésions? Elles nous paraissent être une complication plutôt qu'une cause de la dystrophie que nous avons sous les yeux.

*
* *

Un autre trouble de la nutrition qui doit nous frapper autant que le rachitisme, l'impotence musculaire et l'albuminurie, c'est la petite taille et l'embonpoint excessif de notre malade. Voici ses mensurations, comparées à celles d'un enfant normal de treize à quatorze ans :

		ENFANT NORMAL
Taille	$1^{m}11$	$1^{m}48$
Grande envergure	$1^{m}10$	$1^{m}46$
Tour de poitrine, sous les aisselles	$0^{m}65$	$0^{m}673$
— à la base de l'appendice xyphoïde	$0^{m}70$	$0^{m}652$
Hauteur du thorax, du bord supérieur de la clavicule au rebord costal sur la ligne mamelonnaire	$0^{m}20$	$0^{m}248$
Bassin, diamètre bi-épineux	$0^{m}205$	$0^{m}225$
Circonférence de l'abdomen à l'ombilic	$0^{m}69$	$0^{m}62$
Circonférence céphalique (bosses frontales et occipitales)	$0^{m}51$	$0^{m}533$

L'enfant est donc naine et obèse; mais, malgré sa néphrite, elle ne présente pas d'œdèmes et il n'existe pas davantage d'empâtement myxœdémateux du tégument. Ses cheveux sont soyeux, son intelligence est normale, sa fontanelle est depuis longtemps fermée; elle ne présente aucun trouble de circulation ni de sensibilité. Ses mouvements sont lents, mais son regard est vif et elle n'est nullement arriérée.

Nous avons cherché si cette dystrophie complexe n'était pas causée par l'altération de quelqu'une des glandes endocrines. Celle que l'on était tenté d'incriminer la première était la thyroïde; or, cette glande semble normalement développée et il n'existe guère, chez notre malade, de symptômes qui prouvent d'une façon indiscutable le trouble de sa fonction; vous savez d'ailleurs qu'un traitement thyroïdien, continué pendant trois semaines, n'a donné aucun résultat.

Était-ce donc l'hypophyse qu'il fallait accuser? Nous avons plusieurs radiographies de la selle turcique; ses dimensions ne sont pas exagérées; nous pouvons en conclure que le volume de la glande n'est pas augmenté. Nous avons fait examiner les yeux; ils ne présentent aucune altération et, notamment, il n'existe pas d'hémianopsie temporale. Cela suffit-il pour démontrer que l'hypophyse n'a pas été lésée? Assurément non.

Vous connaissez les dystrophies qui semblent liées aux altérations hypophysaires. Ce sont principalement : l'*acromégalie*, le *gigantisme* et la *dégénérescence adiposo-génitale,* décrite par Fröhlich, Bartels et Launois. Cette dernière est caractérisée par une atrophie des organes génitaux et par un développement exagéré du tissu adipeux.

L'acromégalie avec ses manifestations curieuses, augmentation de volume des pieds, des mains, du nez, des maxillaires, de la langue, et ses troubles de la fonction génitale, semble liée à un *hyperfonctionnement* du lobe antérieur de l'hypophyse.

Le syndrome adiposo-génital, au contraire, paraît dû à un *hypofonctionnement* du lobe postérieur de la glande.

Il est difficile d'enlever l'hypophyse aux animaux sans les faire périr; cependant Aschner a pu réussir cette opération sur quelques chiens, et il a noté, chez ces animaux, un arrêt de croissance et une régression des organes génitaux.

Notre cas se rapproche un peu des exemples de nanisme hypophysaire récemment publiés par Burnier (*Presse méd.*, 25 nov. 1911). Il semble donc que l'hypophyse puisse faire des géants ou des nains suivant que son fonctionnement est exagéré ou amoindri. Il est possible qu'une altération de cette glande, par exemple un hypofonctionnement de son lobe antérieur, puisse être incriminée; mais nous nous garderons bien de rien affirmer à ce sujet.

Souvent, en effet, il existe des lésions simultanées de plusieurs glandes endocrines, et ces glandes peuvent, jusqu'à un certain point, se suppléer dans quelques-unes de leurs fonctions. Je suis tenté cependant, après avoir essayé sans succès le traitement thyroïdien, de donner à la malade de la poudre d'hypophyse. Je ne me dissimule pas, d'ailleurs, que les préparations hypophysaires paraissent jusqu'à pré-

sent beaucoup moins actives que les préparations thyroïdiennes, et je ne fonde pas sur cette médication de trop brillantes espérances.

*
* *

Si l'observation que je viens de vous présenter était isolée, je ne vous l'aurais pas exposée aussi longuement; mais il semble bien que cette dystrophie, caractérisée par un *rachitisme tardif* à forme spéciale, par une *impotence musculaire* qui rappelle les myopathies, par de l'*obésité*, par du *nanisme* et par un *retard dans le développement de l'appareil génital*, constitue un véritable type morbide, une sorte de syndrome susceptible d'être rapproché de la dégénérescence adiposo-génitale.

En 1897, j'ai présenté à la Société médicale des hôpitaux (16 juillet), avec mon interne Auscher, quatre fillettes d'une même famille, dont les deux aînées rappelaient beaucoup notre petite malade. Placés en présence d'un syndrome nouveau, nous avions décrit ces cas sous le nom de rachitisme tardif avec paraplégie. Voici un résumé très bref des observations :

L'aînée était une fille de dix-neuf ans, qui avait grandi assez régulièrement jusqu'à quinze ans, puis s'était arrêtée dans sa croissance et ne mesurait que $1^{m}41$. Elle avait commencé à se fatiguer en marchant, deux ans avant son entrée à l'hôpital; elle souffrait dans les chevilles et dans les genoux. Bientôt les membres inférieurs s'étaient déformés et on avait constaté l'apparition d'un genu valgum très accentué. Les genoux étaient épais, cubiques. Chapelet costal, tuméfaction des épiphyses aux poignets et aux malléoles ; os longs peu incurvés. Pas d'arthrites; dents belles. La sensibilité et les réflexes étaient normaux; par contre, la faiblesse était très grande; les muscles étaient peu développés et semblaient atteints d'une amyotrophie généralisée; leur force paraissait être proportionnelle à leur développement. Les pieds tombaient, quand la malade s'asseyait sur le bord de son lit, et se plaçaient en varus équin. La démarche était pénible, irrégulière; l'enfant marchait à petits pas, en s'appuyant sur les objets qui se trouvaient à sa portée. Quand la malade était soutenue, elle avançait un peu plus hardiment; mais elle était incapable de faire un pas quand on lui fermait les yeux. Pas d'ataxie cependant, pas non plus de réaction de dégénérescence, mais une hypo-excitabilité musculaire assez marquée dans certains groupes de muscles. Le pannicule graisseux était très développé et on voyait des vergetures sur les fesses. Pas d'albumine ni de sucre dans les urines; digestions bonnes. Époques assez régulières depuis trois ans, mais peu abondantes. Pas de syphilis chez les parents; la mère était tuberculeuse.

L'examen radiographique avait montré des lésions des cartilages épiphysaires pareilles à celles du rachitisme et un épaississement des têtes osseuses.

La seconde fille avait quatorze ans et demi; elle n'avait commencé à souffrir des membres que depuis un an et demi. Elle avait à peu près la même taille que sa sœur : $1^{m}43$.

Déformations rachitiques très nettes : genu valgum, chapelet costal, gonflement des épiphyses, élargissement considérable des cartilages épiphysaires et tuméfaction des têtes osseuses. Démarche pénible; cependant la force était mieux conservée que chez la sœur. Adipose, vergetures sur les fesses.

La troisième et la quatrième fillettes présentaient, elles aussi, des déformations rachitiques, mais moins accentuées et non encore accompagnées de faiblesse musculaire.

Quatre mois après, M. Variot présentait à la même Société trois garçons d'une même famille, chez qui les déformations rachitiques étaient évidentes et chez qui il existait également un certain degré d'affaiblissement musculaire. Dans ces cas, le type morbide ne semble pas avoir été aussi complet que dans les nôtres. M. Variot croyait à une variété spéciale de rachitisme et M. Marie considérait ces faits comme des exemples d'une affection non encore décrite.

Il s'agit, d'après ces observations, d'une maladie familiale, et ce caractère rapproche notre syndrome des myopathies.

Tout récemment, M. Pierre Marie me disait avoir



vu trois enfants d'une même famille avec des manifestations pareilles.

En 1884, mon ancien interne, M. Bouygues, avait publié dans les *Bulletins de la Société anatomique* l'histoire clinique et l'examen des organes d'une jeune fille de dix-sept ans, petite, maigre, mais tuberculeuse à un degré avancé, chez qui il existait un

chapelet costal manifeste et surtout un genu valgum très accentué.

La faiblesse musculaire n'avait pas été spécialement notée. La malade avait la taille d'un enfant de treize ans. Elle n'était pas réglée.

Je vous présente les os de cette fillette (fig. p. 31).

Il existe une altération très nette des épiphyses qui sont tuméfiées et spongieuses, des cartilages épiphysaires qui apparaissent très élargis, et de la diaphyse elle-même qui est creusée d'un canal beaucoup trop large. Dans ce cas, les lésions rappellent autant l'ostéomalacie que le rachitisme; la dystrophie osseuse était donc complexe.

Je cherche si d'autres cas pareils n'ont pas été publiés çà et là et si le type morbide qui apparaît chez notre petite malade n'est pas moins exceptionnel qu'on ne pourrait le croire au premier abord.

Plusieurs éléments me paraissent constituer ce syndrome; mais ces éléments ne se présentent pas toujours au complet et ils s'associent de différentes façons dans nos observations.

Voici d'abord la dystrophie osseuse : elle a bien les allures d'un rachitisme tardif, avec les lésions des épiphyses, la médullisation exagérée des extrémités osseuses, l'élargissement du canal médullaire et la mollesse des os qui la caractérisent; mais il s'agit certainement d'un rachitisme spécial qui, par quelques points, confine à l'ostéomalacie.

Puis nous notons la petitesse de la taille. Tous nos enfants ne sont pas nains, mais tous sont petits et arrêtés dans leur croissance.

L'impotence musculaire ne vient qu'après. Ce n'est pas une manifestation précoce de la maladie, mais un symptôme tardif qui manque chez des enfants dont les extrémités osseuses sont déjà déformées et qui n'apparaît pas nettement lorsque le malade est enlevé par une infection intercurrente comme dans le cas de Bouygues.

L'adipose s'est rencontrée dans la plupart des cas. La présence des vergetures sur les fesses ou les cuisses, signalée dans plusieurs observations, semble prouver que l'embonpoint a augmenté rapidement sous l'influence de la cause dystrophiante. Ce symptôme faisait défaut chez la jeune fille qui succomba à une tuberculose généralisée.

Le retard dans l'établissement des fonctions génitales a été noté dans presque tous les cas. Une de nos fillettes, cependant, avait été réglée à seize ans; mais les premiers signes de la dystrophie ne s'étaient montrés qu'un an plus tard. Il nous avait semblé que les filles étaient plus souvent atteintes que les garçons; cependant, les trois enfants présentés par M. Variot à la Société des hôpitaux étaient trois frères.

Les troubles urinaires et la néphrite qui tiennent une grande place dans l'histoire de notre malade ne se retrouvent pas dans les autres cas. Sans pouvoir affirmer qu'ils ne se sont montrés, chez elle, qu'à titre de complication, nous sommes en droit de penser qu'ils ont avec la dystrophie générale un rapport moins immédiat que les autres manifestations.

Notre fillette nous paraît donc atteinte d'une dystrophie spéciale, *ostéo-musculaire*, avec *nanisme*, *obésité* et *retard dans l'établissement des fonctions génitales;* et cette dystrophie se rapproche par plusieurs points de celles que peuvent causer certaines altérations des glandes endocrines, particulièrement de l'hypophyse.

MÉDECINE PRATIQUE

L'EXAMEN DE LA PERMÉABILITÉ RÉNALE PAR LA PHÉNOLSULPHONAPHTALÉINE

L'examen de la valeur fonctionnelle des reins est d'une importance capitale en chirurgie pour fixer, d'après la valeur totale de l'urine excrétée par les deux reins, si leur état permet au malade de supporter une opération (hypertrophie de la prostate par exemple), ou pour savoir, d'après la valeur comparée de l'urine de chaque rein recueillie isolément, quel est le côté sain et si sa valeur est suffisante pour satisfaire à l'élimination urinaire de l'organisme entier. En médecine, cette connaissance rend des services inappréciables, non seulement pour le diagnostic des insuffisances rénales, se traduisant par peu de symptômes cliniques, mais aussi pour l'appréciation du pronostic et pour le contrôle des effets produits par la médication dans les affections rénales. Malheureusement, il n'existe pas jusqu'à ce jour de méthode idéale donnant facilement et de manière précise cette valeur fonctionnelle. Les méthodes basées sur l'examen du sang seul ou comparativement à l'examen de l'urine restent des méthodes de laboratoire inapplicables à la pratique journalière. C'est surtout sur l'examen de l'élimination urinaire seule qu'on a cherché à établir l'appréciation de la valeur fonctionnelle des reins. Les méthodes basées sur les variations des propriétés physiques des urines, la densimétrie, la cryoscopie qui, par les variations du point de congélation, indique la concentration moléculaire de l'urine, la conductivité électrique, qui donne sa teneur en matériaux minéraux, sont sujettes à de nombreuses erreurs et impraticables pour le praticien. L'étude de la toxicité urinaire est encore beaucoup plus complexe.

On a surtout cherché la solution du problème en étudiant les modifications de l'élimination d'une substance que l'on faisait absorber à l'organisme (éliminations provoquées).

L'ingestion d'eau produit de la polyurie. Or le rein malade ne réagit pas autant que le rein sain à ce travail surajouté, son fonctionnement est beaucoup plus constant, et varie d'autant moins d'un moment à l'autre que son parenchyme est plus détruit. C'est là la base de la méthode de la polyurie expérimentale de mon maître le professeur Albarran. Bien qu'elle ait été l'objet de nombreuses critiques, elle donne, au moyen du cathétérisme des uretères, des renseignements précieux dans l'étude de la valeur comparative des deux reins. Elle n'est d'aucun secours pour l'évaluation de la valeur de l'épuration urinaire totale.

C'est surtout dans l'ingestion de substances s'éliminant rapidement dans les urines, où on décèle leur présence par des réactifs chimiques ou simplement par la coloration qu'elles leur donnent, qu'on a pensé trouver des procédés pratiques.

L'iodure de potassium, le bleu de méthylène, la phloridzine, la rosaniline, l'indigo carmin ont été tour à tour préconisés. La plupart sont tombés assez vite en discrédit pour des raisons différentes. L'iodure de potassium, le bleu de méthylène, présentent une élimination très longue demandant une observation très prolongée, de plus une faible partie seulement est éliminée par les reins.

L'épreuve de la phlorydzine dont l'ingestion produit une glycosurie passagère est irrégulière dans ses résultats. On sait maintenant que les capsules surrénales jouent un rôle

dans la production de cette action. Leur extirpation expérimentale empêche la réaction de se produire.

C'est Heidenhain qui a montré que l'indigo carmin est éliminé par l'épithélium des tubes contournés du rein. Deux assistants de Czerny, Vœlcher et Joseph ont proposé d'employer cette propriété à l'examen de la valeur fonctionnelle du rein. Cette méthode a rencontré dans ces dernières années beaucoup de partisans en Allemagne et quelques-uns aux Etats-Unis [Thelen, Suter, Kœnig, Blum, Prigl, Roth, Zangenmeiser, Döderlein, Kronig, Thomas (1)].

Sa technique est simple. On injecte dans les muscles 20 centimètres cubes de solution à 0,4 p. 100, et on note l'heure de l'injection. L'examen cystoscopique est pratiqué et chez l'individu normal, de dix à vingt minutes après, l'urine apparaît colorée. Dans les cas pathologiques, on observe un retard de cette apparition ainsi qu'une diminution de l'intensité de la coloration. C'est surtout dans les cas de lésions unilatérales, pour la détermination du rein malade que les différences sont frappantes et donnent des renseignements précis sur la valeur de l'épithélium rénal. Chez l'individu sain 60 p. 100 de la substance injectée est éliminée, mais cette élimination se continue pendant quatre heures. En plus de ce petit inconvénient, on en a opposé de plus sérieux à l'emploi de l'indigo carmin, comme celui d'être décoloré par l'urine purulente alcaline. La coloration est aussi masquée par la présence d'une quantité notable de sang dans les urines. Enfin il nécessite l'emploi et l'habitude de l'examen cystoscopique, et n'est donc à la portée que des spécialistes.

Il y a environ dix-huit mois, on a proposé l'emploi d'une nouvelle substance, la phénolsulphonaphthaléine, qui présenterait des avantages considérables sur les précédentes, et permettant d'exécuter avec une technique très simplifiée l'examen de la valeur fonctionnelle des reins de manière suffisamment précise.

C'est l'Américain Ira Ramsen qui a découvert cette substance (2). [*Amer. chem. journ.*, VI, p. 280.] Elle se présente sous la forme d'une poudre formée de petits cristaux très fins, peu soluble dans l'eau et l'alcool, insoluble dans l'éther, très soluble au contraire en milieu alcalin. En présence d'une solution alcaline, il la colore en un rouge vif, brillant. Le professeur Abel a montré qu'elle n'était pas toxique et qu'elle est excrétée par les reins avec une rapidité extraordinaire. L'urine se colore quelques minutes après l'injection et l'élimination est presque totale en deux heures, la plus grande partie ayant été éliminée au cours de la première heure.

Au mois de mai 1910, Rowntree et Geraghty (de Baltimore) proposèrent (Congrès de l'Assoc. amér. des chir. urolog., Washington, 3-5 mai 1910, in *Medical Record*, t. LXXVIII, n° 14, 1er octobre 1910, p. 598) une technique pour utiliser ce nouveau produit dans l'étude de la perméabilité rénale.

Dans des publications ultérieures ils ont fait connaître les résultats qu'ils avaient obtenus (*Ann. des mal. des org. génito-urin.*, an. XXIX, t. I, n° 3, février 1911; Académie de médecine de New-York, 4 mai 1911, in *Medical Record*, t. LXXIX, n° 22, 3 juin 1911, p. 1.028; *The Journ. of the med. assoc.*, vol. LVII, n° 10, 2 sept. 1911, p. 811), d'autres auteurs sont déjà venus confirmer leurs conclusions (Charles Goodman et Leo Kristeller, *Surg., gyn. and obst.*, vol. XII, n° 1, janvier 1911, p. 56; Hugh Cabot et Edward L. Yonng, *Boston med. and surg. journ.*, vol. CLXV, n° 15, p. 549; A. Thomas, valeur comparée de l'indigo carmin et de la phénolsulphonaphtaléine dans l'examen fonctionnel du rein, *The am. journ of the med. sc.*, vol. CXLII, n° 3, sept. 1911, p. 474). Le nombre des cas étudiés est déjà assez important pour se faire une opinion sur la valeur de la méthode. Voyons tout d'abord la technique suivie.

L'introduction du médicament peut être faite par la bouche, injection hypodermique, intramusculaire ou intraveineuse. On a renoncé aux deux premières voies, et l'on se sert surtout de l'injection intramusculaire. On ne la fera pas dans les membres inférieurs (présence possible de troubles circulatoires, œdèmes) mais de préférence dans les muscles des lombes. La solution employée est la suivante : dans du sérum isotonique, on ajoute de la phénolsulphonaphtaléine en quantité telle qu'un centimètre cube de la solution en contienne 6 milligrammes. La solution est alcalinisée par l'adjonction d'une goutte de solution à 8 p. 100 d'hydrate de sodium. Le tout est stérilisé à l'autoclave. J.-T. Geraghty et L.-G. Rowntree conseillent de faire prendre au malade, vingt minutes à une demi-heure avant l'injection, 300 à 400 centimètres cubes d'eau pour produire de la polyurie. H. Cabot et Ed. L. Young montrent que cette ingestion, souvent désagréable au malade, n'est d'aucune utilité. On peut la supprimer sans inconvénient.

Le malade est cathétérisé et sa vessie vidée ; on injecte alors 1 centimètre cube de la solution et on note l'heure avec soin. L'injection est indolore et n'est pas suivie d'irritation si la solution est assez alcaline. L'urine s'écoule par la sonde dans un tube qui contient un peu de solution à 25 p. 100 d'hydrate de sodium. Lorsque la phénolsulphonaphtaléine commence à être éliminée par l'urine, la solution se colore en rouge vif, on note avec soin à nouveau l'heure, et on retire la sonde si le malade ne présente pas d'obstacle à la miction (rétrécissement, hypertrophie de la prostate) et est susceptible d'évacuer sa vessie au commandement. A la fin de la première heure, puis à la fin de la deuxième, on lui fait vider sa vessie et on conserve en entier les deux échantillons pour l'examen colorimétrique. Si le malade n'a pas un urètre libre, on laisse au contraire la sonde à demeure pendant les deux heures, on la bouche avec un fosset dès que la phénolsulphonaphtaléine commence à être éliminée et on recueille ensuite l'urine par la sonde au bout d'une heure et de deux heures.

Telle est la technique à suivre lorsque l'on cherche la valeur totale des deux reins. Si on veut établir la valeur comparative et absolue de chaque rein, il est nécessaire de pratiquer d'abord le cathétérisme uretéral. Dans les rares cas où celui-ci est impossible (coudures, calculs, tumeur propagée, etc.) la méthode serait inapplicable, et les partisans de la méthode cystoscopique avec l'indigo carmin montrent que celle-ci s'impose alors. Peut-être pourrait-on alors utiliser la phénolsulphonaphtaléine avec la division vésicale des urines, nous n'avons pas vu signaler de tentatives de ce genre. On laisse en place des cathéters assez gros pour éviter que l'urine s'échappe à côté (par exemple les cathéters n° 7 d'Albarran). Pour s'assurer que cette déperdition n'existe pas, on laisse un troisième cathéter dans la vessie. Ceci disposé, on pratique l'injection, on note le temps d'apparition des deux côtés, et on récolte isolément ce qui coule de chaque rein pendant une heure.

Il reste à pratiquer l'examen des échantillons obtenus.

Celui-ci doit être pratiqué presque de suite (dans les deux heures), si le liquide est alcalin. Si on attendait plus longtemps on verrait la coloration s'atténuer peu à peu. Si on est obligé de retarder cet examen, par exemple pour envoi à un laboratoire dans une autre ville, on peut conserver à l'échantillon tout son pouvoir colorant en y ajoutant peu à peu de l'acide jusqu'à réaction acide franche, puis on bouche hermétiquement. On en sera quitte pour l'épreuve colorimétrique à ramener l'échantillon à l'alcalinité.

Voici comment l'examen est pratiqué : on ajoute goutte à goutte à l'échantillon de la solution à 25 p. 100 d'hydrate de

(1) Voir à ce sujet les nombreuses publications de ce dernier : *Surgery, gynecology and obst.*, avril 1909; — *Penns. med. J.*, sept. 1909; — *Zeitschrift für Urologie*, avril 1911; — *Surgery, gynecology and obstetrics*, mai 1911.

Et aussi parmi les plus récentes publications : TANAKA. *Zeitschrift für Urologie*, 1911, t. V, fasc. 2; — ROTH. *Id.*, fasc. 6, 1911; — GERMADE. *Il siglo medico*, n° 3015, 25 sept. 1911.

(2) Elle est actuellement préparée par la maison Hynson Westcoot et Co, Baltimore, U. S. A.

sodium jusqu'à l'obtention du maximum de la coloration, et on l'étend d'eau distillée jusqu'à ce qu'on ait un litre. On filtre alors une petite partie de l'échantillon et on compare sa couleur à l'étalon colorimétrique ; cet étalon, tout à fait arbitraire, est obtenu par la dissolution en milieu alcalin de 6 grammes par litre de phénolsulphonaphtaléine.

La comparaison peut se faire au moyen de colorimètres divers. Un des plus précis est celui de Duboscq, dont le principe est simple. Une petite quantité de l'échantillon à examiner et de l'étalon sont placées dans deux réservoirs en verre éclairés en dessous avec un réflecteur. Dans chaque réservoir s'enfonce d'une hauteur variable un cylindre de cristal, cette hauteur est repérée par un curseur parcourant une réglette graduée. On examine la couleur des deux solutions à travers les deux cylindres de cristal avec un télescope monoculaire terminé par deux cristaux parallélipipédiques qui juxtaposent les deux images. L'intensité de la coloration dépend de l'épaisseur de liquide coloré examiné et par conséquent de la quantité dont les cylindres plongent dans les récipients. Le cristal du tube étalon est descendu au 10 de la réglette. On regarde et on fait monter le cylindre du liquide à examiner jusqu'à ce que les deux colorations soient de même intensité. Supposons que ce soit à 20 de la réglette. On ramènera en centièmes le chiffre comparatif $\left(\frac{10 \times 100}{20} = 50 \text{ p. } 100\right)$ et on dira que le liquide examiné est à 50 p. 100 par rapport à l'étalon.

Quand le malade possède une urine très colorée masquant celle du réactif, on sera obligé de faire un étalon comparatif avec l'urine même du malade. En cas d'hématurie ou de pus, on coagulera par ébullition avant de filtrer le liquide. La présence de bile, de phosphates, d'indican, ne modifient pas la coloration. Le colorimètre de Duboscq donne des appréciations sensibles à 2 p. 100 environ. Mais il est encombrant et coûteux. Géraghty et Rowntree décrivent et recommandent aussi l'hémoglobinomètre de Hellige (*Journ. of the med. ass.*, 2 sept. 1911) très pratique et moins coûteux.

En pratique, on peut se contenter de la comparaison avec une série de tubes étalons comme le proposent Cabot et Young. On dispose sur un support à tubes d'essai dix de ces tubes, contenant des solutions de phénolsulphonaphtaléine depuis 5 p. 100 jusqu'à 50 p. 100 ; les tubes sont bien remplis, bouchés, paraffinés et leur solution se conserve indéfiniment. Quand on a un échantillon à examiner, on le ramène au litre, on remplit un tube identique et on le promène le long des tubes témoins jusqu'à ce qu'on ait trouvé la teinte dont il se rapproche le plus.

On peut encore fabriquer extemporanément un étalon foncé, de concentration connue, et le diluer peu à peu de quantités connues jusqu'à obtenir un tube de même coloration que celui qu'on examine.

Sous ces formes, moins précises que par l'emploi des colorimètres, mais suffisantes, la méthode devient réellement simple, et à la portée de tous les cliniciens pour l'examen de l'urine totale, l'examen d'un seul rein nécessitant le cathétérisme uretéral. Quels sont les résultats obtenus, d'abord chez les sujets normaux et pour l'urine totale ?

Après injection sous la peau ou dans les muscles, la couleur apparaît dans les urines dix minutes après l'injection. Dans le cours de la première heure il s'élimine 30 à 60 p. 100 (injections hypodermiques) et 35 à 70 p. 100 (injection intramusculaire) du produit; dans la deuxième heure de 10 à 30 p. 100, et ensuite seulement quelques traces. L'injection intraveineuse est suivie d'apparition de la coloration trois à cinq minutes après, et au bout d'un quart d'heure il s'est éliminé de 35 à 45 p. 100 de la phénolsulphonaphtaléine, 50 à 65 p. 100 au bout d'une demi-heure, et 63 à 80 p. 100 au bout d'une heure. On recueillera les urines au bout d'un quart d'heure ou une heure. Mais l'injection intramusculaire est habituellement employée. Phénomène capital, le volume de l'urine excrété n'a aucune influence sur la quantité du produit colorant éliminé pendant ce temps. L'ingestion de diurétiques à action osmotique ou cardiaque n'influence pas la réaction, ceux qui agissent sur les cellules des tubes rénaux, employés aux doses thérapeutiques, augmentent très légèrement l'excrétion de la phénolsulphonaphtaléine.

Dans l'examen des deux reins isolément avec le cathétérisme uretéral, chez les sujets normaux, la coloration apparaît toujours en même temps des deux côtés, dans les temps indiqués précédemment, et en additionnant les deux quantités, le total est sensiblement égal à la quantité totale normale. S'il se produisait des modifications sécrétoires dues à la présence des cathéters (dans 6 cas sur 60, Rowntree et Geraghty), on pourrait facilement rétablir la quantité normale afférente à chaque rein, en recueillant, pendant le même temps, l'urine totale sans cathétérisme uretéral. Un calcul très simple rétablira le supplément qui doit revenir proportionnellement à chaque rein.

Dans les cas pathologiques, la méthode semble avoir donné jusqu'ici des résultats très encourageants et d'une utilité considérable.

Rowntree et Geraghty l'ont employée chez 313 malades dont 60 cas avec cathétérisme uretéral, Goodman et Kristeller chez 58 malades dont 7 avec cathétérisme uretéral, Cabot et Young dans 117 cas dont 10 avec cathétérisme uretéral, soit au total 488 malades. On trouvera dans les publications indiquées le détail de ces observations et des tableaux des résultats obtenus, nous ne pouvons ici que résumer très brièvement ces derniers.

Voyons d'abord les résultats fournis par l'examen des urines totales.

Ce sont les résultats obtenus dans les néphrites qui sont les plus importants à considérer. C'est là la pierre de touche des méthodes colorimétriques, et jusqu'ici aucune d'elles n'a donné des résultats précis et constants pour établir la perméabilité rénale dans les néphrites. En est-il de même pour la phénolsulphonaphtaléine.

Rowntree et Geraghty indiquent des résultats très concluants dans 5 cas de néphrite aiguë, dans 22 cas de néphrite parenchymateuse et surtout dans 22 cas de néphrite interstitielle chronique. Il y a un retard plus ou moins long de l'apparition de la coloration (vingt minutes, une demi-heure), celle-ci peut être très réduite, ou même disparaître totalement. On observe parfois une discordance entre les symptômes cliniques et l'examen fonctionnel, et toujours le dernier mot est resté à ce dernier. C'est surtout dans les néphrites interstitielles où la destruction du rein peut être complète sans signes cliniques nets, que la réaction s'est montrée infaillible. Ils citent en particulier 4 de ces cas où l'absence presque complète d'élimination fit porter un pronostic très sombre malgré l'absence presque absolue de signes cliniques ; quelques jours après, les malades sont emportés par des phénomènes urémiques et trois fois l'autopsie montre une atrophie intense des deux reins. Dans 21 cas d'urémie les résultats sont aussi très nets et dans les cas graves l'élimination de la phénolsulphonaphtaléine était nulle pendant la durée de la crise. La réapparition de la perméabilité coïncidait avec une amélioration rapide des phénomènes. Goodman et Kristeller, de l'examen de 7 néphrites aiguës, de 3 néphrites chroniques interstitielles et de 10 néphrites chroniques parenchymateuses concluent à la valeur réelle de l'examen à la phénolsulphonaphtaléine dans ces cas.

Cabot et Young font au contraire quelques réserves. Sur les 22 néphrites examinées, ils ont trois fois observé une discordance entre les signes cliniques et l'examen à la phénolsulphonaphtaléine. Mais les trois fois c'est la clinique qui avait raison. C'est ainsi que chez un malade où l'élimination de 3 p. 100 seulement indiquait un état grave, la guérison se fit bien, tandis qu'un autre qui avait 20 p. 100 d'élimination

mourait rapidement. Ils pensent que dans ces cas il faut attacher plus d'importance à la quantité du retard dans l'apparition de la coloration que dans le pourcentage du colorant. C'est la seule critique faite au procédé dans les publications que nous avons citées. Dans tous les autres cas, la réaction s'est montrée d'une exactitude remarquable (voir en particulier le tableau de Cabot et Young des cas où l'autopsie a été pratiquée).

Dans les lésions cardiorénales, les auteurs insistent sur la netteté avec lequel le procédé montre la part qui revient au cœur ou au rein dans les troubles, la perméabilité restant presque normale si c'est surtout le cœur qui est en jeu, s'il ne s'agit que d'une congestion passive du rein.

Signalons que dans 10 cas de pneumonie, Rowntree et Geraghty ont trouvé que la diminution de la perméabilité était seulement très légère et non parallèle avec l'excrétion des chlorures.

La méthode ne s'est pas montrée moins utile dans les cas chirurgicaux, dans les cas d'obstruction de la partie inférieure de l'arbre urinaire. Cabot et Young dans 8 cas de vieux rétrécis urétraux ont trouvé une perméabilité satisfaisante. Sur les 130 cas d'hypertrophie de la prostate examinés, les résultats ont été très concluants et précis, démontrant bien que l'examen de la fonction rénale domine l'établissement de l'opportunité opératoire.

Avant d'opérer, il est indispensable de nos jours de pratiquer cet examen et, si l'élimination est insuffisante, il convient de mettre le malade au régime et au drainage vésical. Les examens de Young et Cabot montrent bien que par ce drainage la perméabilité rénale peut s'améliorer. Si elle devient suffisante, le malade peut alors être opéré. L'examen des deux reins isolément au moyen du cathétérisme uretéral a été pratiqué chez 77 malades. On a recueilli les urines pendant une heure si l'injection avait été faite sous la peau, ou un quart d'heure quand elle avait été intraveineuse.

Si un seul rein est malade, on voit un retard net de l'apparition de la coloration du côté malade et l'excrétion est très diminuée. La quantité totale de l'urine reste normale car le rein sain sécrète d'autant plus que l'autre est plus détruit. Dans un cas examiné après néphrectomie, le rein sain excrétait plus que les deux reins avant l'opération. Mais la méthode donne des résultats encore plus précieux, si les deux reins sont malades, en permettant de comparer leur valeur. Gerachty et Rowntree citent 3 cas de tuberculose bilatérale où la quantité de pus sécrétée des deux côtés était à peu près égale et où la phénolsulphonaphtaléine montra que l'un des reins était bien meilleur que l'autre et suffisant pour supporter l'ablation du rein malade. Les résultats furent confirmés après l'opération.

On voit donc que la nouvelle méthode présentée est indiscutablement intéressante, supérieure sur certains points aux méthodes analogues existant jusqu'ici. Etant donnée surtout la grande simplicité qu'elle présente pour l'examen de la valeur fonctionnelle totale des deux reins, il nous a paru utile de la signaler aux praticiens. M. LANCE.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

XIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

[*Lyon, 22-25 octobre 1911* (1)].

COMMUNICATIONS SUR LES HÉMOLYSINES

Nature et valeur physiologique des hémolysines. — M. G. Froin (de Paris). Les substances dénommées hémolysines ne se produisent pas seulement à l'état pathologique : elles se forment et agissent dans les conditions physiologiques. Pour élucider leur nature et leur valeur physiologique, il faut tenir compte de trois phénomènes importants que j'ai mis en évidence.

1° J'ai mis hors de doute par la constatation du phénomène de la *globulolyse*, in vivo, que l'hématie est constituée par de multiples cavités formant autant de petites vésicules closes, ou bien d'une multitude de particules élémentaires protéo-hémoglobiques susceptibles d'être séparées les unes des autres sans diffusion de l'hémoglobine.

2° J'ai vu que les divers leucocytes agissent sur l'hémolyse et qu'il existe une *leucocytose hématolytique*. Avec les polynucléaires neutrophiles l'hématolyse est rapide; avec les polynucléaires éosinophiles, elle est lente ou entravée. Quant aux lymphocytes, leur présence dans un foyer hématolytique coïncide avec le phénomène de la globulolyse.

3° Il existe indiscutablement une *toxine hématique*. Elle détermine des phénomènes d'intoxication très nets au cours des hémorragies méningées (signe de Kernig, céphalée, coma, etc.) et au cours des hématolyses brusques intra et extravasculaires. Cette toxine a été longtemps méconnue parce qu'elle est en général parfaitement neutralisée par une antitoxine hématique spécifique.

Toute une série de faits et d'expériences m'ont fait admettre que le plasma sanguin possède la fonction de transformer physiquement la toxine hématique en antitoxine, agglutinine et sensibilisatrice spécifiques. Ces quatre corps adhèrent les uns aux autres en un complexe qui va se fixer sur les hématies pour la réalisation de l'hématopoïèse et de l'hématolyse.

L'agglutinine assure la cohésion et l'agglomération des cavités ou des particules élémentaires constitutives du globule rouge. La sensibilisatrice et la toxine entretiennent l'excitation cellulaire qui, par la nutrition, permet à l'élément figuré de s'édifier, de se développer et de fonctionner. L'antitoxine empêche les actions brutales et antibiologiques des substances isolées, telles qu'on les observe in vitro.

Hémolyse et bilirubigénie. — M. G. Froin (de Paris). L'étude de la bilirubigénie dans les hématomes liquides a pour résultat de montrer que l'hémoglobinolyse ou désintégration de l'hémoglobine peut être réalisée en dehors de la cellule hépatique.

L'hématolyse s'accompagne de leucocytose, en particulier de la diapédèse de polynucléaires et de mononucléaires. Lorsque cette diapédèse n'est pas entravée et que l'hématolyse s'accomplit, on voit apparaître, aux dépens de l'hémoglobine, de la bilirubine et parfois de l'urobiline.

Si l'hématolyse est lente, toute l'hémoglobine qui s'échappe des globules rouges est transformée, au fur et à mesure de sa solubilisation, en bilirubine. Il est alors impossible de déceler la présence de l'hémoglobine, même par les méthodes les plus sensibles. Dans ces cas, il y a toujours un nombre plus ou moins élevé de leucocytes dans l'hématome.

Lorsque l'hématolyse est assez rapide, la diffusion de l'hémoglobine prédomine alors sur sa mutation en bilirubine, et

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 125, p. 1784; n° 126, p. 1798; n° 127, p. 1814; n° 129, p. 1852; n° 132, p. 1889; n° 135, p. 1937; n° 139, p. 1997.

le liquide prend un aspect plus ou moins laqué. Assez souvent, le liquide conserve une teinte hémoglobinique persistante, bien que l'hématolyse ralentisse son allure. La persistance de l'hémoglobine dans la cavité est due à la destruction des ferments leucocytaires par la toxine hématique ou par une toxine exogène.

En résumé, dans les humeurs extravasculaires, les ferments leucocytaires assurent la digestion de l'hémoglobine.

A l'état physiologique, dans le système vasculaire, l'hématolyse est très lente et l'activité des ferments leucocytaires est parfaite : l'hémoglobine qui se sépare du globule rouge peut être immédiatement transformée en bilirubine dans le plasma sanguin par les ferments leucocytaires.

Rapports de l'hémolyse et des hématies granuleuses. — M. Noël Fiessinger (de Paris). Depuis les constatations de Chauffard, Widal et leurs élèves, on sait combien sont étroites les relations qui unissent les processus hémolytiques à la présence dans le sang des hématies granuleuses. Ces hématies granuleuses se présentent sous deux formes : granuleuses proprement dites et granulo-réticulo-filamenteuses. Il s'agit des mêmes éléments, dont la différence d'aspect résulte d'une différence de technique.

Les hématies granuleuses ne sont ni plus ni moins résistantes à l'hémolyse que les hématies non granuleuses.

Elles peuvent être polychromatophiles, mais c'est une erreur de considérer la polychromatophilie des hématies fixées comme de même nature que les granulations des hématies non fixées. Certaines hématies sont granuleuses et cependant autochromatiques. La polychromatophilie peut augmenter durant l'autolyse sans que les hématies deviennent granuleuses.

De nouvelles expériences et de nombreux faits cliniques démontrent à l'auteur que les hématies granuleuses traduisent un processus atypique de rénovation globulaire et non d'autolyse, comme l'a prétendu récemment M. Feuillé.

Le déficit organique du sang des hémolytiques, démontré par l'analyse chimique du caillot, ne permet en aucune façon d'apprécier la constitution chimique des hématies granuleuses car il porte sur l'ensemble des éléments figurés dans le sang. C'est pourquoi il ne peut être apporté comme preuve de la nature non protéique des granulations.

Les granulations correspondent à des grains de nature protéique qui constituent la charpente du globule jeune. Les hématies granuleuses traduisent en somme l'effort de rénovation globulaire ; elles ne sont que les témoins indirects de l'hémolyse. C'est la raison qui explique leur présence au cours de certaines anémies ou de certaines intoxications anémiantes.

Nouvelles techniques de coloration des hématies granuleuses. — MM. Noël Fiessinger et Rondowska (de Paris). Il s'agit de deux techniques de préparation :

Dans la première, les hématies sont étalées, séchées et à peine fixées par la chaleur, on colore au crésyl bleu ou au bleu de méthylène à 1 p. 100 pendant cinq minutes, on lave à l'eau et on sèche.

Dans la seconde, on colore sans fixation par le crésyl bleu, on étale et on colore au Leishmann méthylique.

Sur l'origine splénique des ictères par hyperhémolyse. — MM. A. Gilbert et E. Chabrol (de Paris) rappellent l'ensemble des arguments qui plaident en faveur de l'origine splénique des ictères par hyperhémolyse. Non seulement cette conception établit la synthèse des ictères acholuriques simples, avec ou sans fragilité globulaire, mais encore elle permet de leur rattacher certaines affections en apparence distinctes, comme l'hémoglobinurie paroxystique essentielle, qui peut évoluer sur le terrain des ictères par hyperhémolyse.

Les auteurs répondent aux objections expérimentales que M. Widal et ses élèves ont adressées à la théorie splénique. En ce qui concerne la recherche des hémolysines élaborées par la rate dans l'intoxication diaminique, la divergence des résultats s'explique par des différences de technique. D'autre part, la présence d'hémolysines dans le sérum a été vérifiée par MM. A. Gilbert et E. Chabrol sur deux animaux. Reste une troisième objection, basée sur la splénectomie. Avec Banti, Pugliese, Joannovics, les auteurs continuent à penser que l'extirpation de la rate modifie l'intoxication diaminique, dont les symptômes n'apparaissent que tardivement, avec de fortes doses de poison. Celui-ci provoque, en pareil cas, une suppléance fonctionnelle du système hématopoiétique, notamment de la moelle osseuse ; les auteurs en ont d'ailleurs décrit les réactions histologiques.

Sur l'origine hépatique de la bilirubine établie par les injections expérimentales d'hémoglobine. — MM. A. Gilbert, E. Chabrol et Henri Bénard (de Paris). On sait que les injections intraveineuses d'hémoglobine sont suivies d'une hypersécrétion de pigments biliaires. D'après Tarchanoff, c'est dans le sang circulant que s'effectuerait la transformation de l'hémoglobine en bilirubine, et le foie ne ferait qu'éliminer les pigments biliaires formés en dehors de lui.

Les auteurs ont repris les expériences de Tarchanoff sur quatorze chiens porteurs de fistules cholédociennes temporaires, mais en étudiant parallèlement le sérum de leurs animaux ils n'ont pu y déceler de pigments biliaires ni par la réaction de l'anneau bleu, ni par le procédé de Grimbert.

Il résulte de ces faits que la transformation de l'hémoglobine en bilirubine ne s'effectue pas dans le sang circulant, mais au niveau de l'appareil spléno-hépatique. Dans le but de préciser le rôle respectif du foie et de la rate, les auteurs ont pratiqué des injections d'hémoglobine dans deux séries d'expériences, comprenant l'une six chiens normaux, l'autre six chiens splénectomisés : ils n'ont point constaté de différences notables en ce qui concerne l'hypersécrétion de la bilirubine pour une même quantité d'hémoglobine, injectée par kilogramme de poids.

Ils concluent que le foie peut transformer sans l'intermédiaire de la rate l'hémoglobine fournie expérimentalement, et que cette élaboration est une marque de l'activité propre de la cellule hépatique. D'accord avec les expériences antérieures de Naunyn et Minkowski, où l'extirpation du foie ne fut point suivie d'une accumulation de pigments biliaires dans le sang circulant, ces conclusions ne présentent pas qu'un intérêt purement physiologique : transportées dans le domaine de la pathologie, elles mettent en évidence le rôle fondamental du foie au cours des ictères par hyperhémolyse, contrairement à la conception de la biligénie hématogène, qui se poursuit encore depuis Tarchanoff.

(A suivre.) FERNAND LÉVY.

JURISPRUDENCE

UNE FEMME PEUT-ELLE FAIRE PARTIE DE LA COMMISSION ADMINISTRATIVE D'UN HOSPICE, D'UN HOPITAL OU D'UN BUREAU DE BIENFAISANCE ?

Telle est la question qui nous est posée par un de nos lecteurs. Oui, certainement, répondrons-nous à notre correspondant.

« La présence des femmes, dit une circulaire du ministre de l'intérieur du 9 septembre 1898, dans les administrations des établissements de bienfaisance et d'assistance, peut, en maintes occasions, constituer une mesure des plus utiles, elles sauront sans doute apporter dans le soulagement de la misère et de la maladie cette sollicitude intelligente et douce qui est un si puissant réconfortant pour les malheureux dont l'Assistance publique a la charge. »

Cette idée avait déjà présidé à la confection du décret du 5 novembre 1895 sur l'assistance à domicile à Paris. D'après

l'article 4 de ce décret les femmes peuvent être nommées administratrices des bureaux de bienfaisance de Paris.

Mais le Conseil supérieur de l'Assistance publique avait émis, en 1898, le vœu que les femmes pouvaient être appelées à faire partie des commissions administratives des établissements publics de bienfaisance comme déléguées de l'administration. Le ministre de l'intérieur était d'ailleurs de cet avis, cependant il se retrancha derrière l'autorité du Conseil d'Etat et il lui demanda son avis. La haute assemblée adopta la même manière de voir.

Voici d'ailleurs l'avis du Conseil d'Etat délibéré et adopté dans sa séance du 28 juillet 1898 :

« Le Conseil d'Etat qui, sur le renvoi ordonné par le ministre de l'intérieur, a examiné la question de savoir si les femmes peuvent être appelées à faire partie des commissions administratives des établissements publics de bienfaisance,

Considérant que l'article premier de la loi du 5 août 1879 porte que les commissions administratives des hôpitaux, hospices et bureaux de bienfaisance se composent du maire et de six membres renouvelables, dont deux sont élus par le Conseil municipal et quatre nommés par le préfet, que les expressions dont se sert la loi du 21 mai 1873 ne contiennent aucune exclusion à l'égard des femmes;

Considérant, à la vérité, que l'article 4 § 5 de la loi du 5 août 1879 déclare non éligibles les membres qui se trouveraient dans un des cas d'incapacité prévus par les lois électorales et qu'on peut en inférer que le Conseil municipal ne saurait élire des femmes;

Mais considérant que le paragraphe 4 de l'article 5 ne vise que les membres délégués par le Conseil municipal; qu'aucune disposition de loi n'interdit au préfet d'user du pouvoir de nomination que la loi lui confère pour introduire dans les commissions administratives des femmes majeures jouissant de leurs droits, et qu'il ne peut y avoir que des avantages à faire participer les femmes à l'administration des établissements de bienfaisance, où leur concours rendrait de réels services;

Est d'avis,

Que les femmes peuvent être nommées, par les préfets, membres des commissions administratives des établissements publics de bienfaisance. »

Le ministre de l'intérieur va plus loin que le Conseil d'Etat, malgré la réserve relative à l'aptitude des femmes à être nommées membres des commissions administratives des établissements de bienfaisance comme déléguées des conseils municipaux, et ce en vertu de l'article 4 § 5 de la loi du 5 août 1879 se référant aux lois électorales, et relative aux incapacités.

La circulaire précitée du 9 septembre 1898 déclare : « Cependant sur ce point même la question peut faire doute et je ne vous (c'est-à-dire les préfets) conseillerai pas d'annuler une délibération d'un Conseil municipal élisant une femme en qualité d'administrateur d'un établissement de bienfaisance, si d'ailleurs cette femme n'est dans aucun des cas spécifiés au texte précité. »

Il reste bien entendu que si la femme est placée sous l'autorité maritale, il convient qu'elle soit autorisée par son mari.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TUBERCULOSE PULMONAIRE : ALIMENTATION SUPPLÉMENTAIRE ET REMINÉRALISATION

Chez les malades où cette double indication se trouve posée, prescrire la Poudre de Viande de Trouette-Perret phosphatée, de préférence comme apéritif, soit deux heures avant chaque repas. Une à deux cuillerées à soupe dans de l'eau sucrée aromatisée, et même davantage en cas d'alimentation insuffisante. Le malade soumis à ce traitement se reminéralise, cesse de maigrir, retrouve l'appétit et digère.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décret en date du 27 décembre 1911, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de première classe de l'armée active retraité Winsenger.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active démissionnaire Lexa.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — M. le médecin aide-major de première classe de l'armée active démissionnaire Simonin.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Jullien, Zaphiriadès, Bacquie, Chaumat, Houpert, Jardin, Reinburg, Binet, Morero, Rokeach, Zalta, Labuze, Laederich, Schott, Hautefort, Bousquet, Dumont, Silbert, Eliot, David, Braun, Chenot, Rasis, Glénard, Champomier, Railliet, Merle, Couturier, Ferrand, Griveaud, Goure, Gourdier, Houzel, Tissier, Duval, Smolizansky, Uhlmann, Rostagni, Rouanet, Lesieur, Hanriot, Manec, Espenel, Hamaoua, Courjon, Gautié, Clément, Rémusat, Pouget, Ruaud, Bobeau, Baravellier, Lavoine, Vallerix, Rey, Onfroy de Bréville, Toussaint, Esclavissat, Mas, Roques, Vaivrand, Merle, Briault, L'Huillier, Triquéra, Granval, Théry, Blanc, Giraud, Garnaud, Bonnet, Chardin, Vautier, Izard, Sénez, Bregeon, Bra, Lafaix, Niort, de Baudre, de Gournay, Dupas, Clogne, Tufféry, Daure, Frimaudeau, Espagne, Daumas, Pouget, Ranque, Durif, Guérin, Huet, Bernay, Guyot, Devaux, Baillet, Calin, Pesque, Druegne, Closier, Castang, Ledermann, Mouchet, Régnier, Bonnafoux, Calazel, Feuillet.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Julliand, Khinitz, Vichot, Mahar, Poisot, Sotty, Geay, Loubier, Ribadeau-Dumas, Ertzbischoff, Boudet, Bernasson, Hollande.

— Par décret en date du 27 décembre 1911, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale Tournier.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve.— MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Dumesnil, de Verbizier, Lefèvre, Capette, Saurin, Teulières, Guérido, Gal, Colin, Aton, Pitre, Miquel, Roche, Biscaye, Boloquy, Weill, Garès, Guiard, Bouriot, Pion, Constantin, Lionnet, Izard, Chaignot, Cacault, Giffard, Vieille, de Melier de Labarthe, Castany, Babeau, Roddier, Granier, Moreau, Gateau, Lemoyne, Boutin, Roux, Ginet, Chatanay, Pageix, Mora, Tavernier, Bourdinière, Rabourdin, Mathieu, Castex, Cibrie, Cotte, Athané, Barbancey, Faraut, Tramblin, Dauthuile, Eck, Albarede, Emonet, Albahary, Adda, Klotz, Bichon, Paul, Thiriet, Pottier, Franck, Caraguel, Rolet, Lévy, Gelly, Bezançon, Lafarcinade, Petit, Vanel, Brion, Rochaix, Duhain, Petit, Cazal, Perretière, Granier, Kœnig, Coltelloni, Boiet, Labouré, Meygret, Daviau, Majour, Frison, Auzimour, Gaillard, Chardon, Rome, Trouette, Ehringer, Coustaing, Jacquet, Muret, Pinel, Talichet, Tanret, Elloy, Guichard, Chrétien, Morère, Vernedal, Texier, Troussard, Jacquet, Greze, Levesque, Maziol, Combris, Richou, Renouf, Verdier, Leriche, Glais, Gendron, Caillebard, Leconte, Berthollet, Costa, Chauveau, Couffon, Barse, Erlanger, Biétrix, Gallimard, Ballu, Eynard, Dalmon, Leleux, Landolt, Bouret, Lebreton, Dufays, Mendelsshon, Oppenheim, Tref, Lavillette, Marlier, Bernard, Petitjean, Prost, Sirantoine, Charles, Poirel, Verhague, Meynier, Bonfils, Arnaud, Guichard, Horand, Klein, Hardyau, Nandrot, Herbier, Plantier, Reynier, Couffon, Julien, Laurent, Jegourel, Nicod, Le Sourd, Coste, Havet, Wattez, Broquin Lacombe, Bertrand, Pollet, Legras, Benoist, Baros, Fonce, Bouisset, Maréchal, Dubois, Picard, Houssin, Rosenthal, Natier, Delozière, Labbey, Cheylan, Vallet, Roqueplo, Serfaty, L'Hote, Terre.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée

territoriale. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Marceau, Murpas, Payenneville, Poulard, Looten, Canivenq, Sorre, Bonnet, Besson, Xech, Fargues, Veillon, Poupy, Gillet, Gauthier, Royer, Brillaud, Bonnefous, Denomme, Lefebvre, Sahut, Desirat, Houzel, Hau, Pélicier, Sesboue, Pons, Aujean, Contencin, Bozo, Cochy de Moncan, Ronneaux, Dubrac, Barthès, Le Gambier, Bourguet, Monfrin, Desjardins, Maystre, Bregeon, Rouquette, Boivin, Mary, Renon, Chappat, Baffet, Devèze, Simon, Le Maignana de Kérangat, Duhen, Bloch, Hervoit, Cheynes, Morange, Martin, Barreau, Joyon, Acher-Dubois, Simonin, Kollitsch, Ralliou, Lacoste, Cantonne, Lejeune, Cabanne-Telle, Lacomme, Quentin, Autefage, Compin, Mevel, Grozelier, Denis, Simonet, Jacquier, Lefort, Esménard, Giroux, Leichnam, Pophillat, Antoni, Houillon, Comoy, Burnet, Auburtin, Blaire, Lestelle, Mourier, Bridant, Petit, Rascol, Desbouis, Combes, Damiens, Schultz.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Biologica. — (N° 11, 15 nov. 1911.) R. LEGENDRE : Les recherches récentes sur la survie des cellules, des tissus et des organes isolés de l'organisme. — DENIKER : Homo sapiens et homo sylvestris.

Bulletin général de thérapeutique. — (8 nov. 1911.) GOURAUD et H. PAILLARD : L'opothérapie chez les tuberculeux. — BAILLIART : L'action du salvarsan sur les yeux. — (15 nov.) A. ROBIN : Traitement de la tuberculose.

Bulletin médical. — (N° 86, 4 nov. 1911.) Gilbert BALLET : Sur un cas de délire onirique systématisé. — (N° 87, 8 nov.) Gilbert BALLET : Sur un cas de délire onirique systématisé (*fin*). — (N° 88, 4 nov.) Raoul BRUNON : Appendicite chronique et tuberculose. — P. GUÉNIOT : La césarienne vaginale. Ses indications. Sa technique. — E. REYMOND : Les réflexes dans l'aviation. — (N° 89, 15 nov.) E. KIRMISSON : Ollier et son œuvre ; applications à la chirurgie infantile. — (N° 90, 18 nov.) BERNHEIM : Peut-on définir le mot maladie ? — (N° 91, 22 nov.) F. DUMAREST et BAYLE : Sur la stérilisation de l'expectoration par les inhalations de formol dans les bronchites infectieuses et particulièrement dans certaines formes de tuberculose pulmonaire.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 44, 2 nov. 1911.) NAUNYN : Sur l'angiocholite. — V. CZERNY : Le traitement du cancer. — FEHLING : Les méthodes de dilatation des voies obstétricales molles et leurs indications. — SCHULTZE : Sur la symptomatologie de la maladie de Parkinson. — STIERLIN : Troubles nerveux et psychiques après les catastrophes. — GRAFE : Sur la connaissance de l'hémoglobinurie paroxystique. — L. PICK : Sur la dystrophie adiposo-génitale dans les néoformations dans le territoire de l'hypophyse, particulièrement au point de vue de la chirurgie pratique. — HECHT : Les résultats actuels du traitement abortif de la syphilis par l'excision, le salvarsan et le mercure. — TOLLENS : La ristine, médicament contre la gale. — GOLDSTEIN : Contribution à la diminution des dangers post-opératoires.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 42, 17 oct. 1911.) HAMBURGER : Sur le syndrome vasonévritique chez les enfants. — MULLER et JASCHKE : Sur la question du volume du cœur à la fin de la grossesse. — V. MONAKOW : Contribution au séro-diagnostic des tumeurs malignes. — REISS et GINS : Bactériémie grippale. — BITTORF : Peut-on déceler un hyperfonctionnement des capsules surrénales dans le diabète sucré. — SASSE : Sur l'opération radicale du carcinome gastrique. — REMESOV et BASMANNAER : Sur la question du traitement du typhus récurrent. — BECK : Surdité bilatérale après le salvarsan. — OPPENHEIMER et LANDAUER : Sur l'état de nutrition des enfants du peuple à Münich. — NEUBERGER : La ristine, nouveau médicament antigaleux. — RITSCHL : Vaisselle de table comme moyen de diffusion des infections. — ALBU : Nutrition à la sonde et sensation de satiété.

Nord médical. Gazette des praticiens. — (N° 411, 15 nov. 1911.) WALTHER : Traitement de l'appendicite chronique. — L. BIGNON : Désinfection de l'intestin par le régime hydrocarboné à base de composés phosphatés organiques.

Revue de chirurgie. — (N° 11, 10 nov. 1911.) Ch. MONOD et J. VANVERTS : Le traitement conservateur des anévrismes et des hématomes. — P. BARBET : Le traitement des pseudarthroses en général et en particulier par les greffes (*fin*).

Revue de médecine. — (N° 11, 10 nov. 1911.) CLAUDE : La phlébite des veines cérébrales. — PIÉRY et SARRAZIN : La phtisiothérapie en Occident pendant le moyen âge et les temps modernes. — HARTENBERG : Comment on mesure le tonus musculaire avec mon myotonomètre (2 fig.). — Jean LÉPINE : L'épilepsie psychasténique. Les raptus.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 44, 4 nov. 1911.) E.-J. MOURE et F. ARDENNE : L'inspection oto-rhino-laryngologique des écoles communales de Bordeaux (1910-1911). — H. MASSIER : Interprétation diagnostique d'un cas de vertige intense postopératoire par l'étude du vertige nystagmique. — F. GAULT : Quelques moyens de recouvrements des plaies pouvant suppléer les autoplasties. — (N° 45, 11 nov.) LABARRIÈRE : Sur cinq cas mortels de méningite d'origine otique. — Khalil SANTOUR : Contribution à l'étude du traitement opératoire des amygdales palatines. — (N° 46, 18 nov.) JACQUES : Périœsophagite suppurée après extraction de corps étrangers.

Revue neurologique. — (N° 20, 30 oct. 1911.) J. TINEL et GASTINEL : Un cas de sciatique radiculaire tuberculeuse avec autopsie. — René HORAND et PUILLET : Abcès mie de pain ou état vermoulu et foyers lacunaires du cerveau. — (N° 21, 15 nov.) Alexandre A. LAMBRIOR : Un cas de maladie de Friedreich avec autopsie. — CAMPOS : Remarques sur le phénomène de Piltz-Westphal et le signe de Ch. Bell.

Semaine gynécologique. — (N° 45, 7 nov. 1911.) PICHEVIN : A propos de la stérilité chez la femme. — (N° 46, 4 nov.) FELICE LA TORRE : Pour la priorité de la compression de l'aorte abdominale au moyen d'un bandage serré sur la taille (procédé la Torre et non procédé Momburg). — (N° 47, 21 nov.) FELICE LA TORRE : Pour la priorité de la compression de l'aorte abdominale au moyen d'un bandage serré sur la taille (procédé la Torre et non procédé Momburg).

Semaine médicale. — (N° 46, 15 nov. 1911.) M. ROCH : De l'inefficacité de la teinture d' « adonis vernalis » comme toni-cardiaque. — (N° 47, 22 nov.) LEJARS : Le diagnostic des cholécystites suppurées.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 8 janvier. — Question donnée : « Artère poplitée et ses branches. — Symptômes et diagnostic des cavernes pulmonaires. »

MM. Cousin, 9 + 13 = 22; Bourgeois (Francis), 10 + 15 = 25; Photiadès, 11 + 15 = 26; Krebs, 13 + 18 = 31; Buquet, 12 + 16 = 28; Durand (Albert), 16 + 18 = 34; Masmonteil, 12 + 14 = 26; Robert, 16 + 17 = 33; Morisson-Lacombe, 12 + 19 = 31; Mlle Blanchier, 15 + 19 = 34.

Séance du 9 janvier. — Question donnée : « Anatomie et physiologie de la valvule mitrale. — Signes et diagnostic de l'angine de poitrine. »

MM. Wiart, 12 + 15 = 27; Dantrelle, 15 + 19 = 34; Dognon, 11 + 14 = 25; Scheikevitch, 14 + 13 = 27; Goret, 13 + 16 = 29; Truffert, 11 + 16 = 27; Hertz, 15 + 17 = 32; Quercy, 15 + 18 1/2 = 33 1/2.

— Concours de la médaille d'or (*Médecine*). — Sont désignés, pour faire partie du jury de ce concours, MM. Brocq, Courtois-Suffit, Lesné, Renault (J.), Fournier (L.).

(*Chirurgie et accouchements.*) — Sont désignés, pour faire partie du jury de ce concours, MM. Lemaître, Grégoire, Robineau, Paul Riche, Macé.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — *Mutation dans les hôpitaux.* — A dater du 1er janvier, le docteur Gayet, chirurgien de l'hôpital de la Croix-Rousse, prend à l'hôpital Saint-Pothin le service de chirurgie des voies urinaires, devenu vacant par le départ du docteur Rochet, et le docteur Delore, chirurgien des hôpitaux, devient titulaire du service de chirurgie à l'hôpital de la Croix-Rousse.

LES CLINIQUES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DANS LES HOPITAUX DE PARIS. — Sur la demande de M. Navarre, le Conseil municipal de Paris vient d'émettre un avis favorable à l'adoption d'un projet de règlement concernant les cliniques de la Faculté de médecine dans les hôpitaux de Paris, règlement dont voici les dispositions essentielles :

Les dépenses de premier établissement relatives à la construction ou à l'appropriation et à l'ameublement des amphithéâtres ou salles de cours et des laboratoires annexés aux services de cliniques, ne pourront en aucun cas être mises à la charge de l'Assistance publique.

L'Assistance publique conserve la propriété des bâtiments et reste chargée de leur entretien.

Nul travail ne pourra être exécuté dans ces bâtiments sans l'assentiment de l'administration de l'Assistance publique ; ses architectes seront chargés de l'établissement et de l'exécution des projets.

En dehors des heures où ils sont utilisés pour l'enseignement de la Faculté, l'administration de l'Assistance publique pourra disposer des amphithéâtres, à l'exception des amphithéâtres de l'enseignement chirurgical.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Sont nommés élèves de l'école d'application du service de santé militaire : MM. Cleu, Barandon, Modot, Lafaix, Renoux, Cuinet, L'Hermier des Plantes, Larroque, Feuillet, Vuillaume, Vauvray, Joly, Fauquey, Bigaud, Diffre, Greyfié de Bellecombe, Martin (Marcel), Fabre, Bordes, Roux, Prost, Lhuissier, Plantier, Pauliac, Sarrelabout, Benazet, La Carre.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Eugène Blanc (de la Garde), Emile Garand (de Marseille), Manuel Leven (de Paris).

HOPITAL LAENNEC. — M. Legueu, chef de service, reprendra le jeudi 18 janvier, à dix heures trois quarts, ses conférences d'urologie et les continuera tous les jeudis à la même heure.

M. Papin, assistant, commencera le mardi 16 janvier sa troisième série du cours de cystoscopie et de cathétérisme des uretères pour les étudiants ou docteurs qui se seront fait inscrire à l'avance dans le service.

RENSEIGNEMENTS

ENDOCARDITE VÉGÉTANTE DE L'ORIFICE AORTIQUE

AVEC ABCÈS DU MYOCARDE, SIMULANT UN ABCÈS DU FOIE

Par MM. L. BABONNEIX et BARON.

L'endocardite maligne est une affection souvent difficile à dépister. Ses symptômes locaux sont assez frustes; ils n'ont rien de caractéristique; parfois même ils font défaut. Dans certains cas, alors, l'endocardite peut revêtir le masque d'une autre affection et égarer le diagnostic par la présence de symptômes qui lui paraissent totalement étrangers.

C'est ainsi que nous rapportons l'observation d'un malade qui s'est présenté avec des signes de suppuration hépatique assez nets pour que, de concert avec le chirurgien, nous eussions cru devoir le faire opérer, et qui n'avait, comme nous l'avons constaté à l'autopsie, qu'une endocardite végétante localisée aux valvules sigmoïdes de l'aorte avec un petit abcès myocardique de la région avoisinante.

Le 18 août 1911, le nommé R. E..., âgé de vingt-cinq ans, cimentier, entre dans le service du docteur Claisse à la Nouvelle-Pitié pour une vive douleur au creux épigastrique qu'accompagnent de grands accès de fièvre.

On ne relève rien dans les antécédents héréditaires ni dans les antécédents personnels. R... n'a jamais été malade. Il a fait son service militaire en France; n'a pas été aux colonies. L'interrogatoire le plus minutieux ne permet de révéler aucun antécédent gastrique ou intestinal. Il n'y a pas de signes d'ulcus ou d'appendicite.

Il y a deux mois que le malade commence à se sentir fatigué et éprouve des douleurs vagues au creux épigastrique. Ces douleurs s'exagèrent parfois et donnent lieu à des crises assez marquées pour l'obliger à interrompre son travail. Mais l'appétit est conservé, sauf au moment des crises douloureuses. Il n'y a ni vomissements, ni hématémèse, ni melæna. Le 11 août, après un déjeuner où le malade dit avoir fait un léger excès, il ressent assez subitement une douleur à l'épigastre. Cette douleur bien localisée va croissant et s'accompagne de vomissements alimentaires et bilieux.

A la suite de cet incident, le malade entre à l'hôpital.

On se trouve alors en présence d'un sujet jeune, vigoureux, bien qu'un peu amaigri. Il est légèrement abattu et se plaint d'une douleur continue et assez intense au creux épigastrique, mais n'a pas vomi depuis la veille.

L'examen de l'abdomen montre l'existence d'une zone très douloureuse à l'épigastre où l'on note une défense nette de la paroi. Le reste de l'abdomen est sensible, mais relativement souple.

Les autres organes sont normaux. Au cœur, les bruits sont rapides, mais bien frappés. Le malade a un peu de dyspnée, mais on ne trouve aucun signe pathologique dans la poitrine.

L'état général est assez bon; les traits ne sont pas tirés; l'intelligence est intacte; la température oscille entre 37°8 et 38°5, et, hier soir, le malade a eu un accès fébrile avec frissons, chaleur et sueurs. Le pouls suit la température, il est assez rapide, égal et régulier. Les urines, en quantité normale, ne contiennent pas d'albumine.

La brusquerie du début, les symptômes locaux nous inclinent à croire, ainsi que le chirurgien auquel nous montrons le malade, qu'il s'agit d'un incident, d'une perforation par exemple, au cours d'un ulcus resté latent. Mais le facies du malade est si peu altéré, l'état du pouls si satisfaisant, que l'on se décide à rester dans l'expectative.

Les jours suivants, les phénomènes douloureux s'amendent; le creux épigastrique se laisse mieux palper ainsi que l'hypocondre droit. Le foie paraît un peu gros. Il n'y a aucun trouble fonctionnel digestif, un peu d'inappétence seulement, mais ni vomissements, ni diarrhée.

Par contre, les signes généraux persistent et même sont plus accentués. La température monte, elle présente des oscillations avec grands accès fébriles le soir. Le malade est dyspnéique et tousse, mais toujours sans signes pulmonaires.

Dans la région précordiale, on perçoit un petit bruit surajouté, mésodiastolique, superficiel, et qui paraît un frottement. Les bruits cardiaques restent normaux. L'état général est moins bon; le malade maigrit beaucoup et perd ses forces.

Les premiers jours de septembre, il recommence à souffrir de plus en plus à l'épigastre et à l'hypocondre droit; en même temps, les signes généraux redeviennent alarmants. Les accès fébriles se répètent quotidiennement, deux fois par jour quelquefois, et toujours intenses (fig. 1). Le malade ne mange plus; il se cachectise; son teint devient terreux. Il présente de l'œdème douloureux des pieds, des chevilles et de la région lombaire, est très dyspnéique et accuse, dans les grandes inspirations, une douleur assez vive sous les fausses côtes droites. La toux est sèche, quinteuse et fréquente.

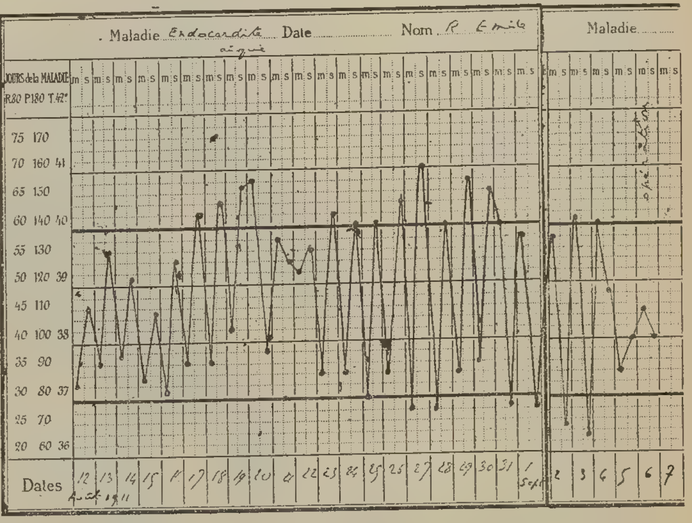


FIG. 1.

L'examen montre l'abdomen plus souple qu'au début, mais encore résistant à sa partie supérieure; on peut cependant sentir le foie qui déborde les fausses côtes de deux travers de doigt. Il est douloureux. Vers le milieu de son bord inférieur, on note la présence d'une masse dont la délimitation est rendue difficile par la douleur particulièrement vive qu'on décèle à ce niveau, et la défense musculaire qui se fait dès qu'on veut la palper. Le creux épigastrique est également douloureux et se défend. Le reste de l'abdomen est souple et nullement douloureux. On ne perçoit rien dans la fosse iliaque droite. Il n'y a toujours aucun trouble digestif en dehors de l'anorexie. Aux poumons, rien n'explique la dyspnée; la percussion de la base droite est douloureuse, mais la sonorité y est normale et le murmure vésiculaire s'entend partout. Au cœur, on ne perçoit plus le frottement. Les bruits sont normaux, un peu rapides; le pouls, dicrote, bat à 90.

L'examen du sang montre une légère leucocytose (12 000 globules blancs) avec un certain degré de polynucléose (83 p. 100 de poly).

En présence de ces symptômes, malgré l'absence d'ictère et de troubles digestifs nets, le diagnostic d'abcès du foie paraît le plus probable à cause des accès fébriles, de la douleur hépatique bien localisée accompagnée de réaction du phrénique droit, de la tumeur qui fait saillie sur la face antérieure du foie. Aussi, malgré le mauvais état général du ma-

lade, nous décidons l'intervention, d'accord avec le chirurgien.

Le malade est opéré le 5 septembre. On fait l'incision en baïonnette. On arrive alors sur un péritoine sain aussi bien à l'épigastre que dans l'hypocondre droit. Le foie apparaît gros, congestionné. Le lobe gauche est particulièrement volumineux, il occupe tout le creux épigastrique, et sa face antérieure forme une voussure que l'examen avait montré déjà. Une ponction faite dans le tissu hépatique à ce niveau ne retire qu'un demi-litre de sang pur. On dégage ensuite assez péniblement, à cause d'une périhépatite marquée, la face antéro-supérieure du foie, sans trouver trace de collection purulente ni dans le foie, ni dans le péritoine voisin. On referme après avoir drainé.

Le malade, très affaibli au moment de l'intervention, meurt le lendemain.

L'autopsie est faite le 8 septembre.

Il y a une périviscérite généralisée, mais surtout marquée autour du foie, des poumons, du cœur.

Les poumons sont légèrement congestionnés. On n'y trouve aucune trace d'épanchement diaphragmatique ou de granulie pouvant expliquer le point de côté et la dyspnée.

Le foie est gros, congestionné, il ne présente pas d'abcès; les reins sont normaux ainsi que les capsules surrénales; la rate est grosse, congestionnée, friable.

Le péricarde contient 200 à 300 grammes de liquide séro-fibrineux. Sur le cœur, on voit des taches laiteuses témoignant de l'existence de la péricardite sèche qu'on avait perçue au cours de l'évolution.

Le cœur est assez volumineux; l'endocarde droit est intact. A gauche, les valves de la mitrale sont normales, mais, sur les valves aortiques, on trouve de grosses végétations en choufleur, surtout développées sur la valve antérieure. Immédiatement sous-jacent à cette valve, en plein myocarde, il y a un petit abcès, gros comme une noisette, rempli de pus bien lié, dont l'examen bactériologique n'a pu être fait (fig. 2).

Au microscope, les parois de l'abcès présentent une zone de nécrose bordant la cavité avec fond se colorant mal, sur lequel apparaissent de nombreuses cellules de type leucocytaire.

Par places, il y a même une véritable nécrose fibrinoïde; le fond se colore en violacé par l'hématéine, prend un aspect lamellaire ou granuleux; il n'y a plus de noyaux.

Plus loin, il y a une infiltration marquée des tissus avec dilatation des capillaires, nodules infectieux autour des vaisseaux, œdème dissociant les fibres élastiques et conjonctives. Les fibres musculaires ne paraissent pas altérées, elles ont conservé leur striation.

Les végétations apparaissent formées de tissu fibrinoïde sans noyaux.

Ni dans les parois de l'abcès, ni dans les végétations, nous n'avons pu déceler d'éléments microbiens.

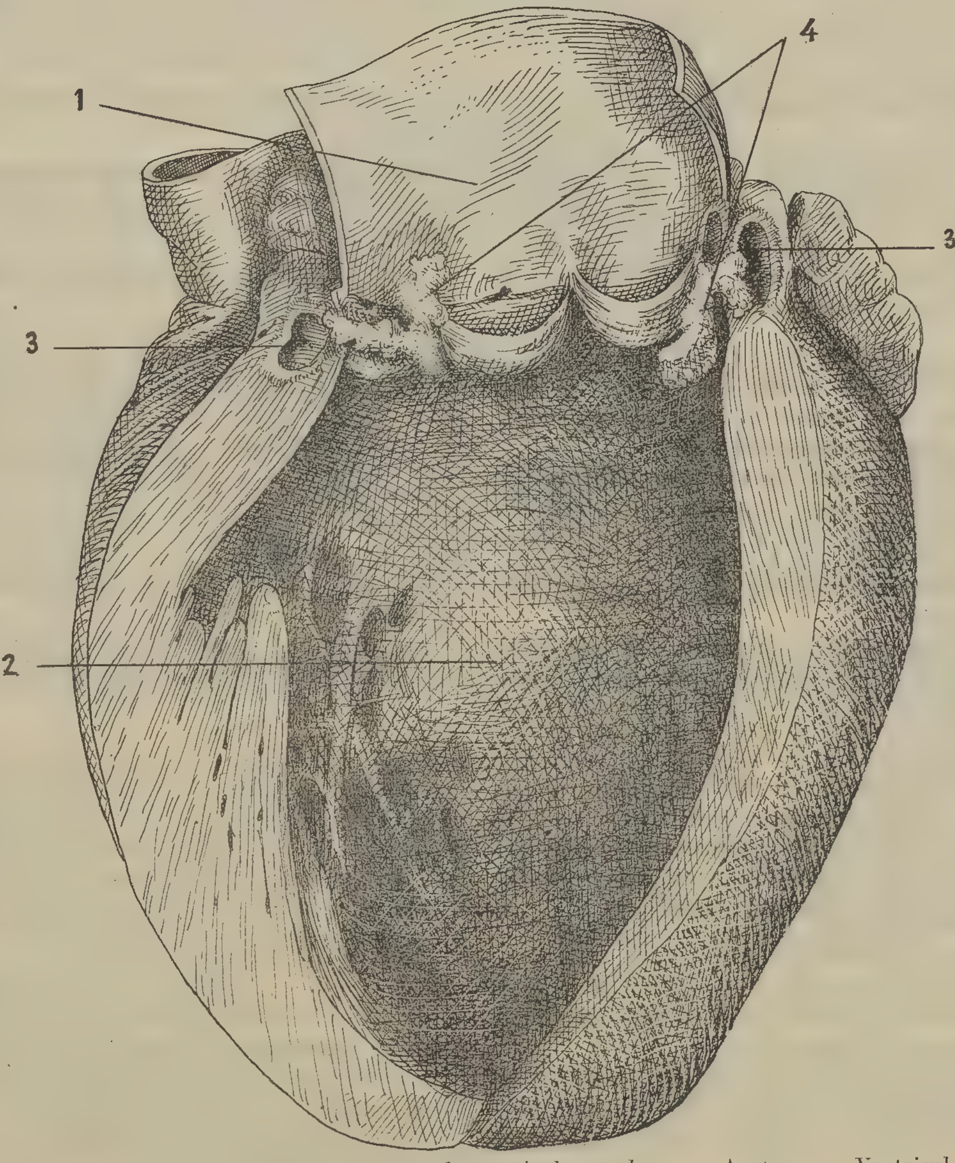


Fig. 2. — *Cœur ouvert de façon à montrer le ventricule gauche.* — 1. Aorte; — 2. Ventricule gauche; — 3. Abcès myocardique; — 4. Végétations aortiques.

* * *

En somme, ce malade avait une endocardite végétante de l'orifice aortique avec abcès du myocarde.

Les accès fébriles, la douleur hépatique vive, avec gros foie, causée par la périhépatite et la congestion de cet organe, l'absence de signes cardiaques avaient égaré le diagnostic. Il s'agissait d'une forme larvée simulant une collection purulente, soit de la région épigastrique, soit plutôt du foie.

Les erreurs de diagnostic au cours des endocardites végétantes malignes sont assez fréquentes. Tous les auteurs signalent la pauvreté de leurs symptômes cardiaques. Corvisart admettait qu'il n'y a aucun signe particulier pour reconnaître les végétations qui se développent sur les valvules du cœur. Laënnec dit qu'à moins d'être fort nombreuses, ces végétations ne doivent gêner que fort peu le mouvement des valvules, et, par conséquent, ne donner lieu à aucun bruit de souffle. Actuellement, malgré les progrès de l'auscultation, les auteurs modernes, Huchard, Barié, Teissier, etc., s'accordent pour dire que les signes locaux des endocardites végétantes n'offrent rien de caractéristique, et que même ils peuvent faire défaut. Ce sont les symptômes généraux

qui dominent la scène. Malheureusement, ils sont communs à toutes les nombreuses grandes infections. Il suffit, dès lors, qu'un symptôme, dû soit à une localisation pyohémique de l'endocardite, soit à une manifestation concomitante de l'infection qui a déterminé cette endocardite, attire l'attention sur un autre organe pour que l'endocardite soit non seulement méconnue, mais encore prise pour une tout autre affection.

Et ce n'est pas la présence de l'abcès du myocarde compliquant cette endocardite qui aurait pu éclairer le diagnostic. Car la symptomatologie des abcès du myocarde est encore plus fruste que celle des endocardites. Leurs symptômes généraux se confondent avec ceux de l'endocardite infectante qui leur a donné naissance. Leurs symptômes locaux sont minimes et imprécis; parfois il y a de l'angoisse précordiale, de l'arythmie; mais souvent ils existent sans troubles notables du cœur et constituent une trouvaille d'autopsie comme dans le cas célèbre de Benivenius. Aussi, aujourd'hui, pouvons-nous encore conclure, comme le faisait Laënnec dans son *Traité des maladies du thorax* : « Il est impossible, dans l'état actuel de la science, d'indiquer les signes auxquels on pourrait reconnaître un abcès du cœur. »

MÉDECINE PRATIQUE

LE DANGER DES FLACONS COMPTE-GOUTTES

Par M. L. PRON [d'Alger] (1).

Il serait banal de répéter que les compte-gouttes usuels donnent au gramme un nombre de gouttes variable, pour un même liquide.

Mais, je crois qu'il y a lieu d'insister sur les inconvénients des flacons compte-gouttes.

Outre qu'ils présentent le même défaut que les compte-gouttes, il est quelquefois impossible avec eux d'arriver à obtenir que le liquide sorte sous forme de gouttes; c'est ce qui arrive par exemple pour la teinture d'iode, qui tombe en un mince filet. Mais, surtout, ils débitent des gouttes beaucoup trop grosses, quand il s'agit de liquides aqueux ou alcooliques et il peut en résulter de graves inconvénients pour les malades.

Ayant prescrit à une jeune fille de seize ans un mélange de 5 grammes de teinture de belladone et de 5 grammes de teinture de jusquiame, à prendre à raison de XXX gouttes avant le repas du midi et du soir, soit LX gouttes par jour, c'est-à-dire 1g10 en poids, le contenu du flacon, qui devait durer neuf jours, a été épuisé en sept repas, soit trois jours et demi. Si la dose de belladone prescrite, au lieu d'être de XXX gouttes par jour, dose faible, avait été de LX gouttes, dose moyenne que j'emploie couramment, la quantité réellement ingérée aurait été de CLX gouttes, soit 3 grammes. Quoique le nouveau Codex en permette 4 grammes par jour, cette dose de 3 grammes est très dangereuse.

A la suite de ce fait et après avoir constaté que chez presque tous mes malades la quantité de ce médicament, prescrite sous forme de gouttes, était épuisée sensiblement avant le temps normal, j'ai voulu me rendre compte par moi-même si cet écart provenait d'une maladresse des patients ou d'une défectuosité du contenant médicamenteux.

Voici le nombre de gouttes obtenu avec un compte-gouttes ordinaire, un compte-gouttes capillaire et un flacon compte-gouttes.

	Nombre normal de gouttes.	Compte-gouttes ordinaire.	Compte-gouttes capillaire.	Flacon compte-gouttes.
Eau distillée......	20	22	18	15
Alcool à 95 degrés.	64	67	53	42
Laudanum N. C....	43	49	35	30
Liqueur de Fowler.	34	34	27	24
Teint. de belladone.	57	50	46	41
Acide phosphorique officinal.........	19	25	20	27 (1)
Perchlorure de fer.	18	23	14	17

On arrive à des insuffisances d'un tiers pour des produits toxiques, tels que la liqueur de Fowler ou la teinture de belladone (on peut dire toutes les teintures); c'est dire que quand on prescrit 0g70 d'une substance éminemment active, le malade en ingère 1 gramme, en employant un flacon compte-gouttes.

Cet inconvénient méritait peut-être d'être signalé. En ce qui me concerne, j'ai soin de faire suivre mes prescriptions de gouttes de la mention « dans un flacon ordinaire » et d'y ajouter un compte-gouttes *simple*, malgré ses défauts.

(1) Communication à la Société de thérapeutique.

(1) Ce chiffre disparate provient de la consistance plus grande du liquide, de son adhérence au flacon et de la petitesse des gouttes qui s'ensuit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 JANVIER 1912)

Sur un nouveau moyen de défense de l'organisme : la skeptophylaxie. — MM. LAMBERT, ANCEL et BOUIN. Les extraits de certains organes, broyés finement au sable, additionnés de dix fois leur poids de solution physiologique de NaCl, centrifugés, et injectés sans filtration, sont doués d'une grande toxicité. La dose mortelle pour le lapin est, en général, inférieure à un demi-milligramme de la substance en suspension. Il en est ainsi pour le corps jaune, la glande thyroïde, la matière cérébrale, la glande interstitielle du testicule. Une injection intraveineuse, chez le lapin, d'un quart à un demi-centimètre cube des extraits précédents, produit des effets foudroyants.

Si, au lieu de faire cette injection d'un seul coup, on administre deux à trois gouttes seulement, puis, après un intervalle de quelques minutes, le reste de la dose toxique, l'animal ne présente aucun trouble. Bien plus, on peut alors injecter impunément une dose supérieure à la dose toxique et répéter de semblables injections à diverses reprises sans déterminer d'accidents persistants et sans entraîner la mort. Il s'est produit une protection presque instantanée, pour ainsi dire foudroyante (σκηπτος) de l'organisme. Les auteurs proposent de donner à ce phénomène le nom de *skeptophylaxie*.

Le sang d'un lapin qu'on vient de mettre en état de skeptophylaxie est éminemment toxique lorsqu'on le transfuse à un lapin neuf. Les symptômes que présente le transfusé sont très différents de ceux produits par l'extrait, qui donne, comme on vient de le voir, des effets immédiatement mortels ou des troubles passagers. Ces symptômes se caractérisent par leur longue durée et se terminent souvent par la mort au bout d'un ou plusieurs jours. Ils se traduisent au début par des convulsions répétées, sous forme de crises, puis par de la

parésie, de la torpeur, de l'abattement, souvent accompagnés de dyspnée et d'émission d'urines sanglantes.

La skeptophylaxie disparaît assez rapidement lorsqu'elle est ainsi obtenue par injection intraveineuse. De plus, au bout de quelques heures, le sang du transfuseur a perdu tout pouvoir toxique et a acquis une action immunisante.

L'animal en état de skeptophylaxie à la suite de l'injection de l'une des substances que les auteurs ont étudiées, l'est également pour toutes les autres.

La skeptophylaxie peut être produite en utilisant les voies d'absorption différentes de la voie sanguine, par exemple la surface du cerveau.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1912)

L'habitation et la santé publique à Paris. — M. G. Mesureur, directeur de l'Assistance publique, a donné lecture d'une communication particulièrement intéressante sur l'habitation et la santé publique à Paris.

« L'habitation, dit-il, exerce une action directe sur la santé physique et morale de l'individu et on peut avancer que, sous certaines conditions, elle est la sauvegarde de la santé publique. »

Le problème du logement et du loyer a d'ailleurs été de tout temps une grave et pénible préoccupation pour la population parisienne, aussi un mouvement important auquel a participé l'Assistance publique s'est-il produit depuis quelques années pour la construction d'habitations à bon marché donnant des garanties sérieuses au point de vue de l'hygiène et de la salubrité.

Mais ce mouvement n'est pas suffisant, il ne faut pas seulement construire de nouveaux immeubles, il faut aussi détruire ceux qui sont devenus des instruments de mort.

« Les maisons meurtrières, conclut M. Mesureur, sont connues, cotées, elles ont leur casier qu'on appelle sanitaire, sans doute par euphémisme. A chaque nouveau crime de leur part on ajoute un point noir sur la place qu'elles occupent au plan de Paris. Mais il n'y a pas seulement des maisons, il y a des rues maudites : la rue de la Parcheminerie a compté par an, pour 1000 habitants, 13,2 décès par tuberculose; la rue Galande, 12,9; la rue des Anglais, 12,2; la rue Saint-Julien-le-Pauvre, 11,5. Si nous appliquions ces chiffres à l'ensemble de la population parisienne, nous aurions eu à déplorer de 30000 à 36000 décès dus à la tuberculose pulmonaire, alors qu'il ne s'en est produit heureusement que 9879, ce qui est encore trop, beaucoup trop.

Ce tableau sommaire nous montre la tâche considérable qui s'impose à la ville de Paris pour doter sa démocratie de logements salubres. Cette tâche demande, pour être accomplie, beaucoup de courage, des vues hautes et larges et aussi beaucoup de millions, mais semer de la santé, c'est préparer pour les nations comme pour les individus une récolte d'activités et de richesses incalculables. »

Sur un cas de crises gastriques combinées à des crises de réaction colique. — M. MATHIEU. On sait que certaines circonstances peuvent rendre les crises gastriques beaucoup plus fréquentes. Il en est ainsi pour les médicaments irritants (Hayem). La morphinomanie peut créer un état de mal continu. Chez une névropathe, M. Mathieu a observé autrefois, dans l'intervalle des crises tabétiques vraies, des crises de vomissements hystériques, qui créaient en apparence un état de mal univoque.

Récemment, chez une femme de trente ans, dont l'histoire fait l'objet de la présente communication, il existait en même temps des crises gastriques tabétiques vraies, et dans leur intervalle, presque tous les jours, des nausées et des vomissements qui coïncidaient toujours avec des coliques intestinales. Ces crises de nausées et de vomissements étaient plus intenses et plus prolongées en cas de débâcle diarrhéique. Elles ne cessaient qu'avec la dernière selle. Ce sont là les caractères des crises de réaction colique, telles que A. Mathieu et ses élèves H. Millon et Louis Marre les ont décrites dans des travaux antérieurs.

C'est, d'autre part, un exemple nouveau de l'enchevêtrement possible entre des crises gastriques vraies d'origine tabétique et des crises de vomissement d'autre nature.

Les obsessions dans la psychose périodique. — M. Gilbert BALLET. L'obsession est un des symptômes qui occupent une large place en pathologie mentale; elle apparaît ordinairement au cours d'un état chronique qu'elle contribue à mettre en évidence.

Mais, assez souvent, elle est la manifestation d'un état constitutionnel lui aussi, mais à déclanchements intermittents, la psychose périodique. Le fait est particulièrement évident pour la sitiomanie et la dipsomanie.

Les phénomènes obsédants peuvent être assez accusés pour dissimuler, si l'on n'est averti, les phénomènes sous-jacents de dépression ou d'excitation. Ce sont ceux-là pourtant plus encore que les autres qu'il importe de ne pas méconnaître, car ce sont ceux qui sont importants et cliniquement significatifs, puisque ce sont eux qui impriment au processus morbide son caractère et commandent son évolution. Or, cette évolution est, dans ces cas, essentiellement intermittente et par accès, tandis que chez les obsédés d'un autre ordre elle est chronique. Chez ces derniers, on ne peut jamais prévoir ni quand finiront, ni si finiront les obsessions; chez les obsédés affectés de psychose périodique, la guérison est certaine, si la récidive est probable.

Sur la pleurésie purulente tuberculeuse. — M. MARFAN a observé un cas de pleurésie purulente tuberculeuse qui contribue à éclaircir quelques-unes des questions encore en suspens, notamment la gravité de cet état morbide et le traitement sur lequel les chirurgiens et les médecins ont des opinions divergentes.

Le principal enseignement qu'apporte l'observation de M. Marfan concerne le traitement de la pleurésie purulente tuberculeuse. Il a eu recours aux ponctions simples et répétées (trente ponctions en dix-huit mois) qui ont amené un résultat favorable. Ce résultat a été dû, sans doute, à l'intégrité du poumon sous-jacent, au jeune âge du sujet, à la date récente de l'infection générale, au traitement général rigoureusement suivi, mais surtout, pense M. Marfan, à la précocité de la première ponction et la répétition des ponctions ultérieures. En vidant la plèvre sans attendre et en renouvelant l'évacuation assez souvent, le poumon ne subit pas cette sclérose atrophique qui le refoule à jamais dans la gouttière costo-vertébrale et ne lui permet plus de se dilater assez pour combler la cavité pleurale.

Il faudra donc traiter la pleurésie purulente tuberculeuse par les ponctions simples répétées; mais, pour qu'on ait quelques chances de voir l'épanchement se tarir, il faudra faire la première ponction assez tôt et répéter les ponctions ultérieures assez souvent, c'est-à-dire toutes les fois que le liquide se sera reproduit en quantité suffisante.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 3 JANVIER 1912)

De la réfection vésicale. — M. MARION a fait un rapport sur une intéressante communication de M. Cunéo, qui a présenté deux jeunes malades atteints d'exstrophie de la vessie, chez lesquels il a constitué une nouvelle vessie à l'aide d'une anse intestinale incluse dans le rectum et à laquelle il avait abouché les deux uretères.

Dans ce rapport, M. Marion fait l'historique complet de cette question et apporte aussi deux faits personnels d'un réel intérêt.

Si, en effet, il nous est démontré qu'on peut ainsi reconstituer, de toutes pièces, une vessie artificielle, on peut donc pratiquer la cystectomie totale, non plus seulement pour des vessies exstrophiées, mais aussi pour d'autres indications.

Voici, résumée, la première observation de M. Cunéo : dans une première opération, dilatation de l'anus et incision de la muqueuse sur la face antérieure du rectum et de l'anus, décollement de la muqueuse et de la peau.

Dans un deuxième temps abdominal, laparotomie; M. Cunéo va chercher une anse intestinale grêle qu'il résèque sur une étendue de 20 centimètres. Il réunit bout à bout les deux portions restantes de l'intestin, ferme l'anse réséquée à ses deux extrémités. Cette anse étant ainsi isolée, il revient au périnée et, à l'aide d'une pince introduite d'avance, attire et fixe cette anse intestinale dans la loge préalablement constituée sur la face antérieure du rectum et de l'anus.

Dans une troisième intervention par l'abdomen, M. Cunéo implante les deux uretères sur cette anse intestinale et enlève la vessie exstrophiée. Chez ce premier malade, le résultat obtenu fut satisfaisant.

Dans le second cas, même intervention, même procédé, même résultat favorable.

Chez son premier malade, M. Marion procéda différemment. Il s'agissait d'une malade atteinte d'exstrophie vésicale, opérée il y a douze ans par M. Pozzi, atteinte d'une double pyélonéphrite et très gravement malade. Le 17 novembre 1909, M. Marion commença par pratiquer une double néphrostomie. Dix jours après, il fit l'extirpation totale de la vessie exstrophiée. Les deux orifices uretéraux, aboutissant à la vessie, furent liés. Immédiatement après ces deux interventions, l'état de la malade s'améliora considérablement, la fièvre tomba, les douleurs disparurent, la malade reprit des forces.

Le 21 mai 1910, M. Marion pratiqua la dilatation de l'anus et, pour constituer la nouvelle vessie, il se servit du rectum lui-même : au niveau de la deuxième sacrée, il fit une incision et sectionna l'intestin entre deux fils avec le thermocautère. Le rectum ainsi divisé en deux parties, c'est la partie inférieure qui constituera la nouvelle vessie. Quant à la partie supérieure, elle est attirée en bas à l'anus. Dans un autre temps abdominal, les uretères sont abouchés à la nouvelle vessie.

En résumé, on se trouve en présence de deux cavités contiguës, l'une rectale, l'autre vésicale. Les suites immédiates furent bonnes. On put cathétériser cette malade et on vit que l'uretère du côté droit avait très bien pris, tandis que celui du côté gauche avait lâché; il fallut le réimplanter de nouveau. Les fistules lombaires se fermèrent toutes seules.

Quels résultats donnent ces opérations? Les deux malades de M. Cunéo gardent leurs urines, pendant le jour, deux ou trois heures, mais les perdent la nuit. Il en est de même de l'opérée de M. Marion; elle a de l'incontinence nocturne, mais elle conserve ses urines le jour et n'urine que toutes les deux heures et demie ou trois heures. La défécation et la miction se font d'une manière tout à fait indépendante.

Voilà les faits très intéressants de MM. Cunéo et Marion.

Après l'exposé de ces faits, M. Marion passe en revue tous les procédés qui ont été imaginés, à l'étranger, dans le but de la réfection vésicale fondée sur la dérivation intestinale.

Sans doute, ce sont là des interventions assez graves, par le fait même de la multiplicité des opérations. Il faut sérier les opérations et procéder par des temps successifs dont les principaux sont : 1° la double néphrostomie; 2° l'ablation de la vessie exstrophiée ou inutilisable; 3° la constitution d'une nouvelle vessie dans l'intestin; 4° l'implantation des deux uretères dans cette nouvelle vessie.

M. Tuffier reconnaît que les opérations dont vient de parler M. Marion constituent un véritable progrès sur le simple abouchement des uretères dans le rectum.

Arrachement du cuir chevelu. — M. Picqué fait un rapport sur un cas d'arrachement complet du cuir chevelu chez une jeune fille dont la chevelure a été prise dans un engrenage. La guérison fut très difficile à obtenir. Tous les pansements imaginables sont restés sans résultat.

M. Thiéry, pour enlever un épithéliome du cuir chevelu chez une vieille femme de soixante-quinze ans, a dû la scalper presque entièrement. Elle a guéri en trois mois, grâce surtout à l'emplâtre de Vigo.

M. Ombrédanne rapporte l'histoire d'une jeune fille qu'il a vue dans le service de Nélaton, à Boucicaut, qui avait été scalpée accidentellement et chez laquelle tous les traitements, toutes les tentatives de greffes restent sans résultat depuis cinq ans.

Invagination intestinale. — M. Ombrédanne fait un rapport sur des observations d'invagination intestinale adressées par MM. Beau, Lenormand et Lebouché. Dans un de ces cas, il s'agissait d'un garçon de sept ans et demi atteint, depuis douze jours, d'une invagination qu'on avait prise pour une appendicite.

M. Kirmisson fait observer que cette erreur est fréquente dans la seconde enfance. Il est cependant un signe qui a une grande valeur, c'est la mobilisation de la tumeur, dans le cas d'invagination.

Diagnostic de la luxation congénitale de la hanche chez le jeune enfant ne marchant pas encore. — M. Savariaud lit un travail sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 7 janvier 1912)

Opsonisation des globules rouges par les sérums hémolytiques. — MM. Ch. Achard et Ch. Foix. On a beaucoup discuté sur les opsonines et même on n'a pas employé toujours ce mot avec le même sens. Les auteurs croient qu'il convient de maintenir aux opsonines la signification que leur attribua Wright, celle de substances qui agissent sur les microbes, à la façon des anticorps, en les rendant plus aptes à subir la phagocytose.

Une grande cause de confusion leur paraît due à ce que, pour la recherche de l'indice opsonique, on mélange ordinairement au sérum les microbes et les leucocytes. Or le sérum n'agit pas seulement sur les microbes pour les opsoniser, mais aussi sur les leucocytes pour en activer le pouvoir phagocytaire. Or ce pouvoir leuco-activant du sérum, comme ils l'ont appelé, varie beaucoup dans les maladies, de sorte que, dans le résultat final de l'épreuve, les deux propriétés du sérum, à l'égard des microbes et des leucocytes, peuvent renforcer leurs effets ou les contrarier, d'où des résultats incertains et contradictoires.

C'est pourquoi ils ont proposé de faire la recherche des opsonines en deux temps : le premier consiste à opsoniser les microbes au contact du sérum, le second à faire phagocyter les microbes ainsi opsonisés par des leucocytes normaux dans un autre milieu. De cette manière, ils ont reconnu la spécificité des opsonines.

Cherchant à étendre la notion de l'opsonisation, les auteurs ont pu la réaliser pour les globules rouges, en prenant soin d'éviter la présence du complément qui provoquerait l'hémolyse. Ils ont donc opéré avec du sérum inactivé à 56 degrés. Dans ce sérum, naturellement ou artificiellement hémolytique pour les globules d'une espèce déterminée, ces globules sont très facilement phagocytés par les leucocytes appartenant à la même espèce que la séreuse. Il n'en est pas de même des globules rouges d'une autre espèce, non susceptibles d'être hémolysés par le sérum employé.

On peut, en somme, à volonté, obtenir avec un sérum hémo-

lytique, soit l'hémolyse, soit la phagocytose des globules rouges, selon qu'on fait suivre l'action sensibilisante exercée par le sérum soit de celle du complément, soit de celle des phagocytes en l'absence de complément. La sensibilisation par le sérum a donc même valeur pour les phénomènes lytiques que pour les phénomènes opsoniques et, par suite, les sensibilisatrices et les opsonines sont peut-être identiques.

Procédé rapide de diagnostic de l'hypercholestérinémie à l'aide de la saponine. — MM. Boidin et Flandin ont montré dans une note récente que l'on peut tirer un procédé clinique d'évaluation approximative du taux de la cholestérinémie de la propriété bien connue que possède la cholestérine d'empêcher l'hémolyse par certaines substances et en particulier par la saponine.

Les nouvelles recherches poursuivies par les auteurs ont confirmé leurs premiers résultats et leur ont permis de simplifier leur technique de façon à en faire un procédé extrêmement simple et rapide.

Les sérums hypercholestériniques examinés étaient soit d'apparence normale, soit ictériques, soit lactescents.

L'ictère, la lactescence peuvent exister sans hypercholestérinémie et les sérums n'ont alors aucun pouvoir empêchant de l'hémolyse; les sels biliaires en particulier n'ont aucune action antihémolytique.

Ce procédé ne donne qu'une évaluation approximative et ne peut nullement se substituer aux procédés de dosage mais sa simplicité et sa rapidité peuvent servir en clinique pour se rendre compte si un sérum est ou n'est pas nettement hypercholestérinique.

Microbes peptonés et apeptonés. — MM. Besredka, Strödel et Jupille. Divers bacilles, typhique, diphtérique, méningocoque, cultivés sur milieux peptonés, absorbent la peptone et donnent lieu, sous l'influence du sérum frais de cobaye, à un poison dit *peptotoxine*. Pour préserver les animaux neufs contre une dose mortelle de peptotoxine, il suffit de leur injecter, au préalable, une dose de peptone de Witte. On sait, d'autre part, que des cobayes auxquels on injecte la veille du sérum antidiphtérique sont foudroyés lorsqu'on leur injecte le lendemain dans les veines une forte dose de bacilles diphtériques qui, à eux seuls, ne déterminent aucun trouble immédiat (Nicolle et Loiseau). Ces expériences, appliquées aux méningocoques et aux bacilles diphtériques peptonés, montrent que ce ne sont pas les germes qui exercent cette influence mortelle, mais bien la peptotoxine dont la formation est alors particulièrement rapide.

Globuline et sérums antihémotiques. — De ses expériences, M. Aynaud conclut que la spécificité du sérum antiglobulaire *in vitro* est des plus relatives.

Etude comparative du pouvoir cétogène de la viande et de la graisse chez le chien. — MM. Maignot et Morand. L'acétonurie observée serait plus élevée avec la viande qu'avec la graisse.

ANALYSES

MÉDECINE

Diagnostic de la tuberculose par recherche accélérée chez l'animal. (R. Oppenheimer. *Münch. med. Woch.*, 10 oct. 1911, n° 41, p. 2164.) — Le tissu hépatique se prêtant à une éclosion précoce et considérable de tubercules chez les animaux inoculés, Oppenheimer a eu l'idée, pour obtenir un diagnostic rapide, d'injecter directement dans le foie les produits suspects.

L'animal de choix est le cobaye. On enfonce d'abord l'aiguille de la seringue immédiatement au-dessous du sternum et on la pousse une première fois en haut et à droite à 1/4 de centimètre de profondeur; on retire l'aiguille et on la pousse une deuxième fois en haut et à gauche à la même profondeur. On fait une troisième piqûre immédiatement au-dessous du rebord costal, sur la ligne mamillaire droite, en enfonçant l'aiguille à 2 centimètres de profondeur, et en la dirigeant en haut vers le diaphragme.

Oppenheimer n'a encore expérimenté ce procédé d'inoculation qu'avec des urines suspectes. Il a injecté au siège de chaque piqûre 1 centimètre cube de sédiment urinaire. Dans tous les cas où l'urine contenait des bacilles de Koch, non seulement le foie, mais encore la rate présentaient au seizième jour des lésions caractéristiques. Lorsque le nombre de bacilles était considérable ces lésions furent évidentes d'une façon bien plus précoce, parfois dès le cinquième jour. Ces lésions consistaient en un semis de petits points blanc jaunâtre arrondis, ou en forme de traînées, non saillants à la surface du foie. Souvent même le ligament suspenseur du foie était criblé de granulations. Les lésions de la rate étaient souvent encore plus intenses qu'au foie.

Au microscope ces points étaient constitués de cellules épithélioïdes groupées dans les espaces périportaux, sans grande tendance à la formation de cellules géantes. Au contraire dans les nodules spléniques les cellules géantes étaient nombreuses et précoces.

Jamais les produits tuberculeux n'ont provoqué la formation de lésions semblables.

Dix-sept urines tuberculeuses donnèrent dans tous les cas des lésions hépato-spléniques typiques le seizième jour et parfois plus tôt. Vingt-trois urines non tuberculeuses donnèrent des résultats négatifs. A. LEMIERRE.

MÉDECINE INFANTILE

Péricardite éberthienne. Formule endothéliale de l'épanchement. (Triboulet et Harvier. *La Clinique infantile*, août 1911, n° 16.) — Il s'agit d'une péricardite séreuse, survenue chez un petit malade, atteint de fièvre typhoïde très grave et mort de perforations multiples de l'intestin grêle.

La *centrifugation* du liquide de la péricardite, recueilli après la mort, donne un culot très appréciable, constitué uniquement par des *cellules endothéliales*, volumineuses, isolées, quelques-unes très rares, réunies en placards. A l'examen direct, aucun microbe, mais par culture, bacilles d'Eberth assez nombreux; le liquide possède au 1/30 des propriétés agglutinantes.

L'examen *histologique* du péricarde montre par places la desquamation totale de l'endothélium, avec œdème du tissu sous-endothélial, qui est infiltré d'éléments lymphocytaires et de plasmazellen.

Ces faits tendraient à prouver que l'inflammation éberthienne d'une séreuse ne produit ni exsudat de nature fibrineuse, ni fausses membranes, et que la formule cytologique d'un épanchement à bacilles d'Eberth est, presque uniquement, sinon exclusivement endothéliale : dans une *pleurésie* typhoïdique en effet, MM. Widal et Lemierre ont constaté également la présence de *cellules endothéliales*.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Kyste ovarien multiloculaire extraabdominal. (Thomas S. Cullen. *Journ. amer. med. assoc.*, vol. LVII, n° 16, 14 octobre 1911, pp. 1251-1255.) — Chez une femme de cinquante-six ans qui avait une tumeur réniforme un peu en dessous et à droite de l'ombilic, Cullen trouva à l'opération l'utérus et l'ovaire gauche normaux, tandis que le ligament utéro-ovarien droit était étiré en un cordon d'à peu près un centimètre de largeur qui se dirigeait obliquement en haut vers un orifice herniaire situé en dehors du bord externe du muscle droit. Là, sous la peau, entre celle-ci et les muscles de l'abdomen, on trouva une tumeur mi-solide, mi-liquide, de l'ovaire. Cette tumeur mesurait $12 \times 7 \times 6$ centimètres. La présence de l'ovaire dégénéré dans des variétés ordinaires de hernie n'est

déjà pas très fréquente, mais dans une hernie abdominale près de ou à travers la ligne de Spiegel, elle doit être excessivement rare, puisqu'il n'y a pas d'autre observation publiée. Pour expliquer l'ascension de l'ovaire dans le sac haut situé, Cullen suppose que le sac herniaire préexistait depuis longtemps et que lors d'une grossesse l'ovaire montant avec l'utérus est tombé dedans, et n'a plus pu se dégager à cause de l'augmentation de volume inhérente au développement kystique.

F. GARDNER.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'épilepsie par la crotaline. (JACKENHEIM. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1911, n° 35.) — Depuis quelque temps, Self a essayé d'appliquer la crotaline au traitement de l'épilepsie, et il aurait obtenu des succès qui ont engagé d'autres cliniciens à renouveler ces tentatives. L'un d'eux, Jackenheim, consacre une étude à cette question.

La crotaline est préparée à Philadelphie avec le venin du *Crotalus adamanteus* qui appartient par conséquent au groupe des serpents à sonnette. Le venin desséché, pulvérisé et stérilisé est livré au commerce sous forme de solution stérilisée, enfermée dans de petits flacons. Tout ce que l'on sait de sa constitution chimique c'est qu'elle renferme des substances albuminoïdes.

Depuis longtemps Spangler vante les effets de la crotaline dans le traitement des affections du larynx et des poumons, et à la suite des expériences de Self que nous signalons plus haut, il a utilisé cette substance dans 11 cas d'épilepsie. Tous les malades ont été rapidement améliorés, et si le temps écoulé n'était pas si court, soit quatorze mois, on pourrait pour certains d'entre eux parler de guérison. L'amélioration concerne aussi bien la fréquence des accès, lesquels ont complètement disparu dans certains cas, que l'état général du système nerveux.

Spangler commence le traitement avec une solution faible, puis il augmente progressivement les doses de façon à employer au bout de dix semaines une solution quatre fois plus forte. On introduit le médicament par la voie hypodermique ; le lieu d'élection est le bras, et l'on pratique d'abord une injection tous les huit jours, en laissant plus tard un intervalle plus considérable.

Les premières injections sont suivies de phénomènes réactionnels intenses, qui cèdent en trois ou quatre jours. Ultérieurement, bien qu'on augmente la dose, la réaction locale devient de moins en moins considérable. Les phénomènes de réaction générale manquent complètement. Jackenheim, à qui Spangler avait fourni des échantillons de crotaline, les a expérimentés dans cinq cas d'épilepsie, et en a retiré à son tour d'excellents effets sans avoir jamais à noter le moindre inconvénient.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Un cas de goitre exophtalmique traité et guéri par l'Antithyroïdine Mœbius. (BLANCHOD. *Province médicale*, n° 49, 9 décembre 1911.) — Il s'agit d'un instituteur, âgé de quarante-cinq ans, atteint de goitre exophtalmique à allures graves, avec troubles nerveux : surexcitation générale, insomnie, palpitations, amaigrissement, asthénie générale ; pouls à 140, goitre progressif gênant la respiration, exophtalmie notable.

Le repos au grand air n'ayant pas amené de sédation, la cure par l'Antithyroïdine Mœbius (sérum de moutons éthyroïdés) est commencée le 1er mars. Le 18, le goitre a déjà rétrocédé et le tremblement diminué ; le 25, le pouls n'est plus qu'à 70 et le patient moins agité.

Le traitement ayant été cessé, les symptômes morbides progressent de nouveau, le cou grossit, le pouls remonte à 150, la dyspnée et la surexcitation reparaissent. Une seconde cure d'antithyroïdine est alors instituée ; après la première semaine, légère amélioration du goitre, de la dyspnée et de l'appétit ; au dixième jour, le pouls est descendu à 75. Au vingtième, le malade reprend la direction de sa classe, avec un bon état général, un appétit normal.

Nouvelle rechute à la fin de cette période de traitement ; mais une troisième cure amène à la fin de juin une amélioration sensible de l'état général qui va en s'accentuant et, fait important, qui s'est maintenue. Depuis cinq mois, en effet, le cou est petit, les pulsations sont à 80, l'exophtalmie a beaucoup diminué, le poids augmente régulièrement, et le malade a repris son travail habituel sans incidents. Il a donc tiré du traitement par l'antithyroïdine un bénéfice notable qu'on peut considérer comme une guérison.

L. GAYARD.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXV, n° 14, 5 octobre 1911.) Étude clinique d'ensemble sur le salvarsan. — Harvey P. TOWLE : Introduction. — Harold C. ERNST : Bactériologie de la syphilis. — William F. BOOS : Étude clinique sur le salvarsan (5 fig.). — Joseph GODSOE : La préparation du salvarsan pour l'injection. — Hugh CABOT : Observations cliniques sur l'emploi du salvarsan, surtout au point de vue de son mode d'administration. — S. POLLITZER : Impressions personnelles sur la valeur du salvarsan. — Abner POST : Mon expérience personnelle sur le salvarsan. — Prince A. MORROW : La fréquence des maladies vénériennes (réponse au docteur Cabot) [2 tables]. — David W. CHEEVER : Souvenirs de ma vie professionnelle (*fin*, voir n° 12, p. 439 ; n° 13, p. 487). — (Vol. CLXV, n° 15, 12 oct.) Frankly W. WHITE : Une simple table d'alimentation et son emploi (un tableau). — Hugh CABOT et Edward L. YOUNG : La phénolsulphonaphtaléine comme réactif dans l'examen de la perméabilité rénale (8 tableaux et 1 figure). — Allan J. Mac LANGHLIN : L'examen bactériologique des matières fécales comme un moyen de protection sanitaire de quarantaine contre le choléra asiatique (1 table). — Myer SOLIS-COHEN et Albert STRICKLER : L'effet produit par les méthodes thérapeutiques sur les différentes formes leucocytaires dans la tuberculose pulmonaire (5 tracés). — Arthur Willard FAIRBANKS : Un cas de syphilis cérébrale chez un enfant de un an et demi, guéri par le salvarsan.

Marseille médical. — (N° 22, 15 nov. 1911.) Jean et Paul FIOLLE et D. ZWERN : Deux cas de vaso-vésiculectomie double pour tuberculose génitale. — Séverin ICARD : Nouvel iodogène ; son emploi dans le traitement des affections microbiennes des bronches et des muqueuses en général. — I.-M. MARTIN : Les bureaux de santé de la ville de Tarascon (*suite*).

Montpellier médical. — (N° 44, 29 oct. et n° 45, 5 nov. 1911.) E. FORGUE et V. RICHE : L'anesthésie lombaire avec la novocaïne en chirurgie abdominale. — L. CONDROYER : Nouveau procédé d'immobilisation par les toiles plastiques. — (N° 46, 12 nov.) R. DEFFUANT : Le baume du Pérou, ses applications en chirurgie courante et notamment dans les pansements des escarres, fistules anales et abcès de l'espace ischio-rectal.

Progrès médical. — (N° 45, 11 oct. 1911.) MAYOR : Sur le mécanisme de l'action des principaux agents diurétiques. — LIAN : Du pouls lent permanent par dissociation et sans accident nerveux à aucune période de son évolution (pouls lent permanent solitaire). — (N° 46, 18 nov.) HIS : La goutte et son traitement par l'émanation du radium. — MAUCLAIRE : Les déformations du col fémoral.

NOTES POUR L'INTERNAT

LE RÉTRÉCISSEMENT MITRAL PUR

[MALADIE DE DUROZIEZ] (1)

SIGNES PHYSIQUES. — L'*inspection* montre qu'il s'agit le plus souvent de sujet gracile, à thorax étroit; la région précordiale est animée de battements assez énergiques et précipités indiquant l'éréthisme cardiaque et la tachycardie.

La *palpation* décèle deux signes très importants, la vibration mitrale et le frémissement cataire présystolique. La *vibration de la mitrale* est, pour Duroziez, un signe de première valeur; elle s'explique, pour cet auteur, par « l'ampleur et l'épaisseur de la valvule mitrale en entonnoir » et pour Bard elle n'est que l'équivalent tactile de la dureté et de l'éclat du premier bruit à l'auscultation. La sensation ressentie par la main est comparable à celle d'un ressort qui se détend; c'est surtout au niveau de la pointe, un peu en dedans, que se trouve son maximum. La vibration mitrale est permanente terminant brusquement le frémissement cataire présystolique. Cette *dureté clôturale* permet, pour Bard, de faire le diagnostic de rétrécissement mitral, quand l'accélération et l'irrégularité des battements empêchent la production des bruits ordinaires. Le *frémissement cataire diastolique ou présystolique* n'est que l'équivalent tactile du roulement diastolique et du souffle présystolique. Il cesse brusquement au moment de la vibration de la mitrale; il est quelquefois diffus avec maximum un peu en dedans et au-dessus de la pointe, il est quelquefois très localisé. Son importance diagnostique est grande, mais inférieure à celle de la vibration mitrale, car il peut s'observer dans le faux rétrécissement mitral.

La percussion antérieure montre que le volume du cœur est normal, parfois il est même plutôt au-dessous de la normale. A la phase ultime on peut noter une augmentation transversale de la matité, due à l'hypertrophie du ventricule droit. *La percussion postérieure* de l'oreillette gauche fournit au contraire les plus utiles renseignements : cette percussion doit se pratiquer dans le médiastin postérieur à la hauteur des sixième, septième, huitième vertèbres dorsales dans l'espace compris, d'une part, entre le rachis et le bord spinal de l'omoplate gauche, d'autre part, entre deux lignes horizontales passant par l'épine de l'omoplate et l'angle inférieur de cet os : la submatité peut atteindre la neuvième et la dixième vertèbre dorsale. M. Vaquez insiste sur la douleur spontanée siégeant à ce niveau comme sur la douleur provoquée par cette percussion : cette hypertrophie de l'oreillette gauche peut encore être appréciée par la *radioscopie*, en position oblique : l'espace clair rétrocardiaque est diminué; dans les cas frustes ou douteux on peut noter la dimension de cet espace clair, et le mensurer à nouveau quelques mois plus tard; s'il a diminué, c'est incontestablement parce que, en raison du rétrécissement mitral, l'oreillette s'est laissée peu à peu distendre.

L'*auscultation* permet dans les cas typiques d'entendre un rythme bien spécial connu sous le nom de *rythme de Duroziez* et représenté par l'onomatopée, rrou-ffout-ta-ta, c'est-à-dire roulement diastolique, souffle présystolique, dédoublement du second bruit.

Le *roulement diastolique* donne à l'oreille autant l'impression d'une vibration tactile que d'une impression sonore. Il manque si le cœur est accéléré, il est dû au passage sous pression du sang, à travers l'orifice mitral rétréci. Il siège dans une région circonscrite un peu au-dessus et en dedans de la pointe; son timbre est variable : s'il est grave, il indique un rétrécissement peu serré, il s'accompagne alors toujours d'un frémissement très net à la palpation; s'il est aigu, il correspond, au contraire, à une sténose très serrée : dans ce cas il peut être confondu avec le souffle diastolique de l'insuffisance aortique. Le *souffle présystolique* correspond à la systole auriculaire : c'est un souffle bref, de timbre quelque peu rude, qui cesse brusquement au moment de la systole, en se terminant par un claquement exagéré et éclatant. Ce premier bruit éclatant correspond à la vibration mitrale déjà étudiée. Le *dédoublement du second bruit*, encore appelé *bruit de rappel*, s'entend au niveau de la base; pour avoir une valeur, il doit être *permanent* : il est généralement attribué à l'excès de tension produit dans la petite circulation par la rétrostase auriculaire, d'où l'abaissement anticipé des sigmoïdes pulmonaires. Pour Potain, tout au début de l'affection, il y aurait chute anticipée des sigmoïdes aortiques; puis, au fur et à mesure que la stase de la petite circulation s'accentue, la fermeture des sigmoïdes pulmonaires se fait plus tôt : le synchronisme se rétablit même pendant un temps, puis le dédoublement réapparaît avec précession pulmonaire. Cette théorie n'est pas admise par tous les auteurs : Leyden explique le dédoublement par une dissociation des contractions des deux ventricules. Pour Gallavardin il s'agirait d'un bruit surajouté, dû au claquement des deux valves de la mitrale l'une contre l'autre. Ce bruit de rappel est l'un des signes les plus constants du rétrécissement mitral. Il est le premier qui apparaisse chez l'enfant. Pour le bien constater il pourra être utile de faire marcher un peu le malade avant de l'ausculter.

Samson et Potain ont signalé un dernier signe c'est le *claquement d'ouverture de la mitrale*, très rare dans le rétrécissement mitral pur d'ailleurs, puisqu'il exige pour se produire une induration spéciale de la valvule mitrale.

Le *rythme cardiaque* est en général régulier dans le rétrécissement mitral pur : l'on peut observer cependant de l'*arythmie transitoire*. Quelquefois de véritables accès d'arythmie, avec tachycardie. Le *pouls* est petit : le tracé sphygmographique indique une impulsion centrale faible (brièveté de la ligne d'ascension, forme arrondie du sommet, obliquité de la ligne de descente). Ce n'est qu'à la phase ultime que l'on peut trouver le pouls petit inégal, intermittent, appelé pouls mitral.

L'*inégalité des deux pouls radiaux* a été signalée par Popoff : elle résulterait le plus souvent de la pression exercée par l'oreillette gauche dilatée sur l'arc aortique entre le tronc brachio-céphalique et la carotide primitive gauche. Il est assez fréquent d'observer des crises très pénibles de tachycardie.

Tels sont les signes physiques que l'on rencontre dans le rétrécissement mitral pur : quelquefois ils sont au grand complet, mais bien souvent plusieurs d'entre eux font défaut; il faut alors essayer de les faire apparaître, en examinant à nouveau le malade après une marche, un exercice, il faut enfin compléter cette recherche par l'examen des phénomènes généraux et fonctionnels.

SYMPTOMES GÉNÉRAUX ET FONCTIONNELS. — Nous avons déjà signalé l'arrêt de développement, l'aspect gracile, infantile, l'association fréquente de la chlorose, de troubles menstruels, digestifs, etc., il faut ajouter la dyspnée, les palpitations, les épistaxis, les métrorragies, les hémoptysies. La fréquence des hémoptysies soulève à nouveau la question des rapports du rétrécissement mitral et de la tuberculose. Nous y avons suffisamment insisté pour ne pas y revenir, signalons simplement que la stase pulmonaire succédant au rétrécissement mitral, s'opposerait aux progrès de cette tuberculose, pour J. Renaut et Lépine, tandis que pour Teissier, si cette tuberculose pulmonaire est à marche torpide, c'est qu'il s'agit là d'une tuberculose particulièrement atténuée. Il faut ajouter à ces signes généraux la constatation fréquente de *manifestations hystériques*.

Suivant la prédominance de l'un quelconque de ces phénomènes, on peut édifier de multiples types cliniques, type d'*infantilisme*, type *chlorotique*, type *pseudo-tuberculeux*, avec hémoptysie, toux sèche, quinteuse, *type dyspnéique*, avec parfois, de véritables accès d'asthme, la nuit, *forme névropathique*, avec fausse angine de poitrine, troubles *neurasthéniques*, attaques épileptiformes. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 1, p. 10.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS POUR LA NOMINATION A CINQ PLACES DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Ce concours sera ouvert le lundi 26 février 1912, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au service du personnel de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, du lundi 22 janvier au samedi 3 février inclusivement.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral*. — Séance du 10 janvier. — Question donnée : « Anatomie descriptive du nerf cubital à partir de son émergence du plexus brachial. — Symptômes et diagnostic de la phlegmatia alba dolens des accouchées. »

MM. Lépine, 14 + 17 = 31 ; Duval, 16 + 21 = 37 ; Guelfucci, 15 + 16 = 31 ; Lefranc, 14 + 16 = 30 ; Fitte, 14 + 16 = 30 ; Morlot, 16 + 15 = 31 ; Reilly, 17 + 18 = 35 ; Mazzoléni, 14 + 14 = 28 ; Salès, 15 + 16 1/2 = 31 1/2 ; Vigot, 15 + 16 = 31.

Séance du 11 janvier. — Question donnée : « Rapport de la trachée. — Signes et diagnostic des luxations de l'épaule en avant. »

MM. Larroque, 13 + 20 = 33 ; Bordet, 11 + 16 = 27 ; Bourgeois (Maurice), 13 + 18 = 31 ; Peltier (Mlle), 15 + 17 = 32 ; MM. Audain, 15 + 15 = 30 ; Renaud (Jean), 11 + 13 = 24 ; Fey, 16 + 17 1/2 = 33 1/2 ; Gardin, 10 + 16 = 26 ; Turnesco, 10 + 14 = 24 ; Barraud, 13 + 15 = 28.

UNE JUSTE RÉPARATION. — On n'a pas oublié le procès intenté à notre maître le docteur Bazy par une malade, Mme Rigoutta, qui l'accusait d'avoir oublié deux compresses dans son ventre au cours d'une intervention. Le corps médical tout entier s'était vivement ému de cette accusation.

Bien que le docteur Bazy eût affirmé que « rien n'établissait que les compresses eussent été oubliées par lui dans la cavité abdominale de l'opérée », et malgré ses plus énergiques dénégations il avait été condamné en première instance par la première chambre du tribunal de la Seine, à 5 000 francs de dommages et intérêts. Il fit appel et bien lui en prit. La première chambre de la Cour d'appel, présidée par le premier président Forichon, vient dans son arrêt rendu avant-hier d'infirmer le jugement de première instance. Après avoir à nouveau constaté, dans des motifs très précis, que Mme Rigoutta doit la vie à l'opération pratiquée sur elle par le docteur Bazy, et après avoir établi que rien ne justifie ses prétentions et que la responsabilité du chirurgien ne peut être prouvée, la Cour a débouté Mme Rigoutta et l'a condamnée aux dépens.

Me Millerand se présentait pour le docteur Bazy et Me Lucien Leduc pour Mme Rigoutta.

UN LAISSER-PASSER SPÉCIAL POUR LES MÉDECINS PARISIENS. — M. Emile Massard, le sympathique conseiller municipal, vient de proposer au conseil une mesure qui, si elle est adoptée rendrait les plus grands services à nos confrères. Voici le texte de sa proposition :

« La Préfecture de police est invitée à créer un laisser-passer spécial pour les médecins, leur conférant le droit de priorité dans les voitures publiques, la faculté de monter en surcharge et d'avoir les premiers accès au métropolitain. »

Cette mesure serait d'autant plus justifiée que les médecins ne sont généralement pas riches, et en fait de transports, ils n'emploient le plus souvent que les moyens mis à la disposition de tout le monde. Cependant leurs déplacements ont toujours un caractère d'urgence, et le plus souvent ils devraient passer les premiers.

Les coupe-files donnés aux journalistes sont utiles, mais un coupe-file spécial serait tout aussi légitime et certainement aussi utile pour les médecins, qui ne doivent pas être retardés dans l'accomplissement de leur devoir.

La proposition a été renvoyée à l'examen de la deuxième commission et de l'administration.

OFFICE INTERNATIONAL D'HYGIÈNE. — Le gouvernement italien a notifié au gouvernement de la République française que, conformément aux dispositions de l'artice 6 de l'arrangement signé à Rome, le 9 décembre 1907, portant création d'un office international d'hygiène publique, le Portugal a adhéré audit arrangement (*Journ. officiel*, 28 nov. 1911). P.

L'INTERDICTION DE L'ABSINTHE EN FRANCE. — Parmi les prochaines discussions qui auront lieu au Sénat se trouve celle relative à la proposition de M. de Lamarzelle et d'un grand nombre de ses collègues, tendant à interdire la fabrication et la vente de l'absinthe. M. Guillaume Poulle en soutiendra le rapport. P.

L'HYGIÈNE DES TRAVAILLEURS. — M. Albert de Mun a déposé, le 11 novembre, sur le bureau de la Chambre des députés une proposition de loi ayant pour objet d'établir la « semaine anglaise » dans les établissements industriels pour les ouvriers adultes. Cette proposition a été renvoyée à la Commission du travail. P.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE. — La prochaine séance aura lieu le lundi 15 janvier, à trois heures et demie, à l'asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, amphithéâtre de l'admission.

REVUE GÉNÉRALE

RHUMATISME CÉRÉBRAL

Par M. J. DEBERTRAND,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

DÉFINITION. — Par rhumatisme cérébral, il faut entendre tous les accidents cérébraux qui peuvent survenir dans le cours du rhumatisme sous l'action du virus ou de la toxine du rhumatisme articulaire aigu. Ce n'est pas une entité morbide spéciale ; il ne possède pas encore une signature bactériologique, une formule anatomopathologique, une spécificité pathogénique. C'est un rhumatisme avec troubles nerveux surajoutés ; c'est un ensemble de phénomènes généraux graves parmi lesquels les troubles encéphaliques et l'hyperthermie occupent le premier rang. Il se rapproche des fièvres typhoïdes et des pneumonies avec délire. Tel quel, il constitue, aux yeux de certains auteurs, la plus caractéristique et la plus grave des complications du rhumatisme articulaire.

II

HISTORIQUE. — C'est Hervez de Chégoin qui, en 1845, crée le terme de rhumatisme cérébral. Déjà, nombre d'auteurs avaient étudié les manifestations cérébrales du rhumatisme articulaire ; parmi eux, signalons Sydenham, Boerhave, van Swieten, Stoll, Villeneuve, Lorry, Baillon, Andral, Bouillaud.

En 1850, Hippolyte Bourdon, dans son mémoire, dit « que les accidents cérébraux sont plus communs qu'on ne le croit généralement, qu'il s'agit de localisations encéphaliques analogues à celles des articulations et qui ont une marche particulière, une extrême rapidité et une épouvantable gravité ».

Un peu plus tard, Menet décrit la folie rhumatismale ; H. Roger étudie le rhumatisme cérébral de l'enfant. Ollivier et Ranvier dans un travail resté classique jusqu'en ces derniers temps étudient les lésions anatomopathologiques du rhumatisme cérébral suraigu. D'autres auteurs apportent leur contribution à l'étude symptomatologique du rhumatisme cérébral. Trousseau fait un tableau célèbre du rhumatisme cérébral suraigu ; et, pendant cette période surtout clinique les divisions et les formes, aujourd'hui désuètes, abondent.

Vers 1870, les auteurs anglais, spécialement Wilson Fox, font connaître les heureux effets de la balnéation froide. En France, Maurice Raynaud devient le champion ardent de cette méthode. Pendant plusieurs années, l'orientation des travaux sur cette question est toute thérapeutique.

En 1873, de nouveaux cas de folie rhumatismale sont publiés, par des médecins militaires plus particulièrement.

Après quoi, la question paraît épuisée. Le rhumatisme cérébral semble se faire plus rare ou du moins on l'étudie moins. Il faudra la découverte d'agents pathogènes plus ou moins spécifiques du rhumatisme, il faudra l'éclosion de l'idée d'infection en matière de rhumatisme pour que la question retrouve de l'intérêt. Alors les auteurs vont la reprendre avec ces données nouvelles, avec une technique plus précise et essayer d'élucider la pathogénie, l'anatomie pathologique et la bactériologie du rhumatisme cérébral. Malgré les beaux travaux d'Achalme, de Carrière, de Souques et de Castaigne, de Josué et Salomon, de Gandy et Bornait-Legueule, de Rosenthal et Joffé, de Pic et Lesieur, la solution du problème n'est pas encore trouvée.

III

ÉTIOLOGIE. — Deux propositions dominent l'étiologie du rhumatisme cérébral : 1° les manifestations encéphaliques peuvent se produire dans toutes les formes et à toutes les périodes du rhumatisme articulaire ; 2° le rhumatisme articulaire aigu n'éveille pas volontiers, comme le disait Trousseau, les sympathies cérébrales chez des sujets qui n'ont pas de prédisposition cérébrale spontanée ou acquise.

Toutefois, les accidents cérébraux seront plus volontiers l'apanage des rhumatismes sévères, aigus, généralisés, HYPERTHERMIQUES, accompagnés de complications. Leur apparition, souvent brutale, violente et imprévue, est un peu réglée par la rapidité avec laquelle ils évolueront : suraigus et aigus, les troubles cérébraux se montreront surtout du cinquième au vingtième jour de la crise articulaire, parfois tardivement en pleine convalescence du rhumatisme, plus rarement au début ; chroniques, ils paraîtront généralement pendant la convalescence.

Par ailleurs le rhumatisme articulaire a peu de tendance à frapper le cerveau ; Bouillaud croyait la chose excessivement rare ; d'autres considèrent l'atteinte cérébrale comme plus fréquente, dans la proportion de 1 à 3 ou 4 p. 100 des cas d'arthrite rhumatismale. Encore faut-il que le malade s'y prête par une tare cérébrale spontanée ou acquise ; les surmenés du cerveau, les déséquilibrés du système nerveux, les infantiles, les fils de dégénérés et de névropathes — à l'exception curieuse des descendants d'hystériques et d'épileptiques qui, moins que tous autres, paraissent prédisposés au rhumatisme cérébral — tous ceux qui ont un moral déprimé, des dispositions à la mélancolie, une impressionnabilité nerveuse extrême sont à l'occasion d'une crise rhumatismale candidats aux manifestations cérébrales. C'est ainsi qu'après une période de surmenage intellectuel, Aran mourut de rhumatisme cérébral, qu'un jeune interne fut mortellement frappé le lendemain de son concours ; c'est parce que le rhumatisme cérébral s'attaque surtout aux intellectuels, aux personnes qui travaillent surtout de leur cerveau que la maison Dubois a été appelée la terre classique du rhumatisme cérébral.

Pour toutes ces raisons, il ne faut pas s'étonner de voir le rhumatisme cérébral plus fréquent chez l'homme adulte. L'enfant fait plus volontiers de la chorée. H. Roger disait : « La chorée est l'accompagnement presque toujours nécessaire du rhumatisme

cérébral de l'enfant, si même elle n'en est pas l'expression symptomatique. Jamais je n'ai vu celui-ci sans celle-là. »

Dans beaucoup de cas, l'infection rhumatismale et la tare nerveuse s'unissent à d'autres intoxications pour éveiller les sympathies cérébrales. L'alcoolisme est très souvent signalé et joue certainement un rôle des plus importants dans l'éclosion des accidents cérébraux du rhumatisme; plus rarement le saturnisme et l'urémie apportent leur appoint. Chez certains malades, le complexus étiologique est tel qu'il est difficile de dire si les accidents observés sont d'essence rhumatismale ou d'essence alcoolique, saturnine, urémique.

On a également, et surtout autrefois, voulu faire jouer un rôle aux médicaments dans l'éclosion des accidents cérébraux : les saigneurs et les quiniseurs, au temps de Trousseau, s'accusaient réciproquement de provoquer le rhumatisme cérébral; plus tard, le salicylate de soude a été pareillement suspecté. Le rhumatisme cérébral médicamenteux n'existe pas. Ce qui semble mieux établi, c'est qu'un sujet, qui a eu au cours d'une première attaque de rhumatisme un rhumatisme cérébral, fera plus facilement des accidents cérébraux au cours d'une deuxième crise articulaire.

En somme, l'étiologie du rhumatisme cérébral est régie surtout par la qualité du virus rhumatismal et par la prédisposition de l'individu. Rhumatisme sévère, sujet taré cérébralement ou alcoolique, voilà les facteurs essentiels du rhumatisme cérébral. Ici, comme ailleurs, le rhumatisme frappe les points faibles.

IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les anciens auteurs — ceux de la période clinique du rhumatisme cérébral — avaient remarqué la très grande diversité des accidents cérébraux, le siège primitif ou essentiel des lésions dans le réseau capillaire sanguin et la trame lamineuse du réseau sanguin, la banalité des lésions œdémateuses et congestives du rhumatisme cérébral.

Les travaux récents ont confirmé cette diversité, cette localisation, cette banalité qui identifie d'une façon presque absolue les lésions du rhumatisme cérébral à celles observées au cours des maladies infectieuses à manifestations cérébrales. Ils y ont ajouté les résultats de l'étude microscopique qu'une technique imparfaite rendait impossible aux anciens. A la faveur de la méthode de Nissl, Josué et Salomon, Gandy et Bornait-Legueule ont vu que le rhumatisme cérébral offrait de fines altérations cellulaires profondes et étendues; et l'histologie pathologique est à son tour venue souligner l'opinion ancienne, en montrant que les lésions constatées étaient banales, d'ordre toxique, pouvant appartenir au rhumatisme comme aux diverses infections ou intoxications aiguës à retentissement cérébral; elle a permis de voir et d'apprécier le contraste remarquable qui existe entre le faible degré des lésions macroscopiques et l'intensité des lésions microscopiques.

Cette identité de lésions dans des cas aussi dissemblables est cause qu'il ne faut pas ajouter, comme l'ont montré certains auteurs, une valeur de diagnostic ferme aux fines altérations cellulaires relevées dans l'encéphale de sujets morts au cours d'états infectieux. D'autre part, le caractère banal de ces lésions a poussé certains à se demander si le rhumatisme cérébral, comme les autres complications de la polyarthrite aiguë, était de la même essence que l'arthrite.

Quoique banales, les altérations du rhumatisme cérébral ont par certains côtés un cachet rhumatismal : le processus morbide du rhumatisme, au point de vue anatomique, semble être partout le même et résider dans la production « d'un œdème parenchymateux plus ou moins considérable avec épanchement séreux ou séro-sanguinolent dans la séreuse qui enveloppe le parenchyme »; les dégâts que le rhumatisme provoque sont anatomiquement peu intenses, capables de rétrocéder sans produire d'altérations matérielles irrémissibles; enfin, la toxine d'un des microbes considérés par certains comme le générateur de la polyarthrite a pour le système cardio-vasculaire une affinité toute spéciale. Or, dans la majorité des cas, les lésions du rhumatisme cérébral sont essentiellement vasculaires, œdémateuses, peu intenses et susceptibles de guérison complète, anatomiquement parlant.

Les constatations faites à l'autopsie d'individus morts de rhumatisme cérébral peuvent se présenter sous trois aspects : chez certains sujets, il n'y a aucune lésion apparente; les méninges ne sont nullement congestionnées; le liquide arachnoïdien, ventriculaire et céphalo-rachidien est normal; le cerveau, tant dans la substance grise que dans la substance blanche, est de consistance normale et remarquablement sain. Chez d'autres, on note surtout un état très exsangue diffus ou localisé. Communément, on observe des lésions hyperémiques.

Les méninges sont opalescentes, infiltrées, œdématiées, très hyperémiées. Elles sont le siège d'une congestion intense, diffuse ou localisée spécialement aux lobes frontaux et à la base du cerveau. Les veinules paraissent violacées, en lacis, plus volumineuses, plus saillantes que normalement; les vaisseaux fins se dessinent mieux; les capillaires, distendus, sont devenus variqueux. Par places, et particulièrement dans la région frontale, se voient de larges suffusions sanguines ou séro-sanguinolentes, rouge vif, intrapie-mériennes.

Dans ces cas d'hyperémie, le liquide arachnoïdien et ventriculaire est souvent augmenté de volume, parfois louche et verdâtre; parfois le cerveau baigne dans une sérosité légèrement trouble; le liquide céphalo-rachidien est plus abondant, non hypertoxique, transparent. On note de l'œdème arachnoïdien et ventriculaire, des suffusions intraventriculaires ou siégeant dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. La congestion peut aussi s'étendre aux plexus choroïdes qui sont parfois tuméfiés.

La substance grise du cerveau offre des degrés variables de congestion; elle est parfois injectée; plus souvent elle a une teinte rose.

La substance blanche présente un piqueté abondant hémorragique, diffus ou localisé.

Ces altérations ne peuvent faire prévoir l'étendue et l'intensité des dégâts que révèle le microscope. Si, au niveau des méninges, l'intégrité est presque complète, s'il n'y a pas là d'infiltration leucocytaire, de lésion d'ordre inflammatoire, on trouve dans les vaisseaux pie-mériens une grosse polynucléose. Mais c'est au sein de la substance cérébrale que l'histologiste va trouver ces fines altérations cellulaires, profondes et étendues, dont nous avons déjà parlé et qu'ont bien mises en lumière Josué et Salomon, Gandy et Bornait-Legueule. Très marquées dans les cellules du lobe frontal, ces lésions sont plus discrètes dans la zone motrice, tout en y étant du même ordre. Aussi étudierons-nous seulement les désordres des cellules du lobe frontal.

Une altération profonde, remarquablement diffuse, généralisée à toutes les cellules de la substance cérébrale, à toutes les cellules pyramidales grandes et petites comme à toutes les cellules de la couche profonde à éléments polymorphes, celles-ci moins touchées que celles-là, voilà la lésion topographique du rhumatisme cérébral. La cellule paraît avoir conservé sa morphologie; elle ne semble ni tuméfiée, ni déformée; ses prolongements sont demeurés intacts. Cependant toutes les parties constituantes de l'élément sont atteintes.

Le protoplasma est le siège d'une chromatolyse diffuse due à la dissolution de la substance chromatique; il a une coloration homogène qui s'étend dans la partie proximale de ses prolongements, un aspect grenu, une tendance à la fragmentation; à la périphérie se voient quelques granulations chromatiques qui commencent à se fragmenter. On observe aussi au sein du protoplasma, autour du noyau, des fissures plus ou moins étendues. Enfin, çà et là, se présentent des figures de neuronophagie, rares ou nombreuses, complètes ou incomplètes; dans certains cas, le protoplasma est entouré par deux ou trois neuronophages qui se creusent une sorte d'encoche. Ces neuronophages offrent deux aspects : les uns sont de gros noyaux clairs, vésiculeux, analogues à un macrophage; les autres sont de petits noyaux ronds ressemblant à un lymphocyte. Leur présence ne permet pas d'attribuer aux lésions constatées une origine cadavérique.

Le noyau, parfois mal limité d'avec le protoplasma, est généralement plus coloré que normalement; son réseau chromatique a perdu sa netteté; il tend à l'homogénéisation.

Le nucléole est toujours net; à côté de lui se voient quelques grains achromatiques anormaux.

Dans quelques cellules plus atteintes, le protoplasma a presque totalement disparu et on ne voit dans ces cellules que le noyau avec un ou plusieurs neuronophages au sein d'une vacuole. Au degré maximum des lésions, l'aspect est le suivant : fonte totale du protoplasma et du noyau; au lieu et place, un espace clair occupé par un amas de neuronophages.

Au milieu de ces lésions, on est surpris de constater que les gaines vasculaires ne sont ni œdématiées, ni infiltrées, ni altérées; que les capillaires ne sont pas distendus.

En somme, les lésions peuvent se résumer en une homogénéisation du protoplasma, en la présence de fissures périnucléaires intraprotoplasmiques et de neuronophages, en une intoxication massive du lobe frontal.

Il est malaisé de trouver la cause essentielle de cette intoxication massive, car la plupart des individus morts de rhumatisme cérébral sont des sujets qui présentent en même temps à l'autopsie des altérations du péricarde et de l'endocarde, des altérations congestives ou dégénératives diffuses du foie et des reins. Et ces lésions, souvent profondes, du foie et des reins, ont permis à certains de supposer qu'elles jouaient un rôle important dans l'éclosion des accidents cérébraux du rhumatisme. Ce qui a contribué à rendre encore plus complexe le problème pathogénique du rhumatisme cérébral.

V

Bactériologie. — Cette complexité est demeurée entière, malgré les travaux bactériologiques de ces derniers temps. En effet, l'accord est loin d'être fait sur l'agent causal de la polyarthrite rhumatismale. On peut dire actuellement que le microbe du rhumatisme articulaire aigu est inconnu; non pas qu'on ne possède pas de résultats positifs, mais ces données positives sont rares, inconstantes, contradictoires.

Parmi les agents microbiens constatés au sein des lésions rhumatismales, deux seulement paraissent jouer un rôle important : le bacille d'Achalme-Thiroloix et le diplocoque de Triboulet-Coyon. Tous deux sont des germes banaux ne devenant spécifiques que dans la maladie de Bouillaud; tous deux anaérobies, ils peuvent tous deux s'aérobiser; tous deux ont été trouvés dans les cas les plus simples, comme dans les cas sévères et compliqués, avec plus de fréquence dans ceux-ci que dans ceux-là. Au début formellement opposés l'un à l'autre, ils se sont ensuite rapprochés; on a vu des cultures, initialement pures, de bacille d'Achalme contenir ultérieurement du diplocoque; on a assisté à la transformation du bacille en coccus; on a été surtout frappé par la coexistence fréquente en pathologie humaine de ces deux éléments.

Ces constatations, quoique plus rarement, ont été faites dans le rhumatisme cérébral. Pendant la vie, le diplocoque et le bacille ont été trouvés dans le liquide céphalo-rachidien de sujets atteints d'accidents cérébraux de nature rhumatismale; en règle générale, le liquide céphalo-rachidien s'est montré stérile. Parfois, alors que le malade n'avait pas présenté d'accidents cérébraux, le liquide céphalo-rachidien contenait cependant des germes, mis en évidence par l'examen direct ou par les ensemencements.

Les recherches faites sur le liquide céphalo-rachidien prélevé après la mort, au cours de l'autopsie, ont abouti à des résultats analogues.

De plus, le bacille d'Achalme et le diplocoque de Triboulet, ont été vus, seuls ou associés, dans les vaisseaux pie-mériens de la zone motrice, dans la

pie-mère, dans certains capillaires cérébraux, dans l'œdème louche péricérébral, dans les coupes du cerveau.

Le vague et l'inconstant de ces constatations tiennent peut-être à ce que l'on étudie des lésions trop avancées, à ce que, selon certains, le rhumatisme est une septicémie intermittente. Quoi qu'il en soit, la bactériologie ne peut encore qu'établir cette conclusion : la présence du microbe n'entraîne pas nécessairement l'encéphalopathie rhumatismale. Par conséquent, elle est impuissante à illustrer la pathogénie du rhumatisme cérébral.

VI

Pathogénie. — De nombreuses théories ont été édifiées pour expliquer la pathogénie du rhumatisme cérébral; il n'en est pas une de satisfaisante, pas une qui ne contienne sa part de vérité. La première en date fut la théorie chimique ou humorale, rapidement reconnue comme insuffisante. Certains auteurs, ayant remarqué que l'apparition des accidents cérébraux amenait une détente dans les troubles des articulations, crurent à un transport du mal des jointures dans l'encéphale, à une métastase : ce fut la théorie de la délitescence des arthropathies qui, réellement, s'appuie sur quelques faits positifs.

Les auteurs anglais croyaient surtout à l'influence des cardiopathies, à telle enseigne que pour eux le rhumatisme cérébral était un rhumatisme cardiaque larvé.

Pour certains, l'hyperthermie, d'ailleurs habituelle dans le rhumatisme cérébral, jouait le principal rôle. Trousseau croyait à une névrose; Legrand du Saulle, à une fluxion méningée véritable analogue à la poussée fluxionnaire articulaire. Pour quelques-uns il s'agissait d'une méningite rhumatismale tandis que d'autres ne voyaient dans le rhumatisme cérébral qu'un trouble fonctionnel de l'encéphale ou qu'un trouble trophique.

En faveur de l'origine nerveuse du rhumatisme plaidaient les tares nerveuses acquises ou héréditaires qui se rencontrent chez presque tous les individus frappés au niveau de leur cerveau par le rhumatisme.

Quelques observateurs, se basant sur la constatation de lésions hépato-rénales profondes, ont attribué à l'insuffisance rénale ou hépatique un rôle de premier plan dans la genèse des accidents cérébraux du rhumatisme; ces lésions sont inconstantes, et parfois les reins et le foie sont indemnes.

Il n'est pas jusqu'aux médicaments qui n'aient été accusés de faire naître le rhumatisme cérébral. Nous avons déjà dit que, au temps de Trousseau, saigneurs et quiniseurs s'accusaient réciproquement de provoquer par leur thérapeutique l'éclosion des troubles encéphaliques, et que, plus près de nous, le salicylate de soude a été également incriminé.

Aujourd'hui, la majorité des auteurs, tout en faisant des réserves sur le rôle possible et peut-être important des altérations hépato-rénales, reconnaît au rhumatisme cérébral une origine toxi-infectieuse. « Tout nous fait supposer, dit M. le professeur Widal, que le rhumatisme cérébral résulte de la localisation sur l'encéphale d'un virus doué d'une action violente. » S'agit-il d'une septicémie ou d'une toxémie quelconque? Ou bien est-ce une toxi-infection spécifique? Il sera impossible de résoudre ce problème, tant que le germe du rhumatisme n'aura pas été découvert.

VII

Symptomatologie. — Cliniquement le rhumatisme cérébral se présente sous des aspects très variables. La polyarthrite aiguë est susceptible de produire, du côté du cerveau, depuis les accidents suraigus à marche foudroyante jusqu'à la folie chronique. Ceci explique les nombreuses formes, aujourd'hui désuètes, créées par les anciens auteurs.

Le type le plus communément observé est le rhumatisme cérébral aigu : c'est lui que nous prendrons comme sujet de notre tableau clinique, réservant pour le chapitre des formes les variantes produites par le fait d'une évolution plus rapide ou plus lente, par le fait de l'âge ou de la prépondérance d'un ou de plusieurs symptômes.

Dans certains cas, les moins nombreux, le rhumatisme cérébral aigu paraît d'une façon brutale, inopinée. Plus volontiers, son apparition est annoncée par des symptômes divers faisant, les uns, prévoir assez longtemps à l'avance les troubles cérébraux, les autres, annoncer la crise comme prochaine ou immédiate.

Chez un malade atteint d'un rhumatisme articulaire aigu violent et généralisé, une céphalée frontale et occipitale, une rachialgie accusée, de la dysphagie ; un délire nocturne léger, transitoire, qu'efface le retour du jour ; des sueurs profuses, des éruptions miliaires ; une température qui monte rapidement et devient excessive ; une sensibilité extrême pour des arthrites légères, au contraire une indifférence notable ou même de l'analgésie pour des arthrites sévères ; une insomnie relative, mais tenace ; voilà l'ensemble des prodromes à longue échéance du rhumatisme cérébral aigu.

Plus importante parce que plus voisine de la crise est la série des symptômes suivants : altérations brusques du caractère du malade qui offre un état intellectuel particulier; extrêmement inquiet, ayant peur de mourir, ne dormant plus du tout, dyspnéique sans que l'auscultation reconnaisse à cette dyspnée une base organique, le malade a le regard angoissé et délire plus longtemps et plus violemment.

Enfin la crise semble imminente quand subitement la vision se trouble, quand paraissent des vertiges, des hallucinations, une gêne dans la parole, une répulsion absolue pour les aliments, un accroissement de l'analgésie articulaire, des soubresauts tendineux, de la raideur du cou et des membres.

A la période d'état le rhumatisme cérébral se traduit par un ensemble de symptômes qui rappellent ceux des autres encéphalopathies. Les troubles cérébraux du rhumatisme n'ont pas en effet de signature clinique. Ils constituent ce qu'on a appelé la psychose rhumatismale, plus nette ici que dans les autres formes et revêtant le type de la confusion mentale. Cette confusion mentale affecte une forme clinique

un peu différente suivant le moment de son apparition au cours du rhumatisme : au début de la crise, c'est un accès de manie aiguë ; dans le cours de la crise, ce peut être soit une confusion mentale hallucinatoire avec délire onirique d'acuité variable — ou une confusion mentale stupide — ou une confusion mentale méningitique ; pendant la convalescence, il s'agira d'une confusion mentale simple avec ou sans délire onirique, avec surtout de l'obtusion mentale, de la désorientation des idées et une amnésie des plus marquées.

De tous les symptômes par lesquels se manifeste la confusion mentale rhumatismale, le plus important est le délire qui appartient à tous les rhumatismes cérébraux, quelque forme qu'ils empruntent, et qui à lui seul peut constituer toute l'encéphalopathie.

Par exception, calme et tranquille, le délire dans le rhumatisme cérébral est normalement intense et furieux, bruyant et agité, avec alternatives de dépression et d'excitation. C'est un délire de parole et d'action : le malade parle haut et sans suite ; il crie, il vocifère, il injurie, il maudit. D'abord nocturne, ce délire devient rapidement continu.

A ce délire s'associe une agitation incessante qui fait que le malade se lève de son lit, lutte avec son entourage, a des visions terrifiantes, des hallucinations auditives, des impulsions subites et violentes.

On constate aussi parfois des contractions spasmodiques du visage survenant par intervalles, des secousses convulsives des membres peu intenses et également intermittentes, des mouvements désordonnés peu étendus rappelant les mouvements épileptiques et constituant ce qu'on a désigné du nom d'épilepsie rhumatismale, de chorée rhumatismale épileptiforme.

En dehors de ces symptômes nerveux, il en est d'autres d'ordre général : la température est très élevée, souvent excessive, s'élevant à 40, 41, 42 degrés ; disons en passant que l'étude de la courbe thermique a une importance primordiale dans l'établissement du pronostic ; l'albuminurie est fréquente ; on note de la dypsnée, de la polypnée et un désaccord fréquent entre l'intensité des fluxions articulaires et le peu de douleurs que provoque la mobilité des jointures.

Enfin l'aspect du malade est particulier ; le facies est vultueux, le teint animé, les pommettes rouges, l'œil brillant.

A cette période d'état font suite des phénomènes asphyxiques et le coma. Les phénomènes asphyxiques, compagnons presque obligés du coma, consistent en une cyanose généralisée et en une ataxie circulatoire extrême ; le coma est profond ; c'est le phénomène évolutif ultime du rhumatisme cérébral aigu.

VIII

Formes cliniques. — 1. D'après l'évolution. — a. *Rhumatisme cérébral suraigu.* — C'est une forme rare du rhumatisme cérébral. Quand il s'accompagne de prodromes, ces prodromes consistent en céphalée, vertiges, dyspnée continue, disparition brusque des douleurs articulaires. Dans la majorité des cas, la maladie éclate d'une façon brutale, imprévue, presque foudroyante. Le tableau le plus saisissant en a été tracé par Trousseau dans sa clinique restée célèbre : « ...Le malade se félicite de son état... Cependant une heure plus tard, cet homme se plaint de ne plus voir clair, puis bientôt après il vocifère, il crie au voleur, s'élance hors de son lit, tombe, est relevé, placé dans son lit, lutte avec deux infirmiers en déployant une force considérable, puis s'affaisse et meurt, toute cette scène ayant à peine duré un quart d'heure. »

Habituellement la scène se déroule moins vite et après une violente excitation, le malade, épuisé, tombe dans le coma et meurt en quelques heures, en un jour, en deux jours au maximum.

b. *Rhumatisme cérébral subaigu et chronique.* — Cette forme se montre surtout pendant la convalescence de la polyarthrite, par conséquent tardivement. Si parfois elle succède à des phénomènes aigus, d'ordinaire elle s'installe d'emblée telle qu'elle doit être ultérieurement. Elle se manifeste sous l'aspect soit d'une manie, soit d'une mélancolie simple, soit d'une mélancolie avec stupeur ; elle ne ressemble pas du tout au rhumatisme cérébral hyperpyrétique.

Bien étudiée par Menet sous le nom de folie rhumatismale, la psychose rhumatismale lente passe par plusieurs phases au cours de son évolution ; au début, le malade est profondément inquiet, soupçonneux, coléreux, méfiant ; il se croit persécuté, il s'accuse de méfaits imaginaires ; il a des terreurs subites et inexpliquées ; par-dessus tout il redoute la mort qu'il croit menaçante pour lui, à un tel point qu'il se sent mourir, qu'il se croit mort, qu'il fait parfois constater son décès ; aussi est-il invinciblement triste, taciturne et silencieux. A cette tristesse s'associent un délire mélancolique, vésanique, dépressif et non fébrile, des hallucinations visuelles et auditives.

Cette période peut faire place à une phase marquée par un délire violent avec jactation et agitations particulières. Puis le malade retombe dans son état premier de mélancolie, de tristesse invincible, de silence et de mutisme. Ses facultés intellectuelles, affaiblies, sont plutôt perverties qu'abolies ; sa mémoire est obtuse ; quand, à de rares intervalles, il parle, le langage articulé lui est difficile. Des mouvements choréiformes paraissent, suivis d'un amaigrissement considérable, de gâtisme, d'inertie absolue et de cachexie. Après des semaines et des mois, le malade sort de cet état, guérit peu à peu, mais avec un déficit intellectuel fréquent.

2. D'après l'age. — *Rhumatisme cérébral infantile.* — Si la chorée est chez l'enfant la compagne obligée du rhumatisme cérébral, si parfois elle est sa seule expression symptomatique, il arrive cependant que l'enfant présente des phénomènes cérébraux rappelant ceux observés chez l'adulte. Ce sont des impulsions subites et violentes, un délire actif, des visions terrifiantes, une température excessive, du mutisme. Bientôt, en un ou deux jours, ces désordres s'atténuent et font place à la chorée. L'enfant guérit souvent, mais fréquemment avec un certain degré d'affaiblissement intellectuel.

3. D'après la prépondérance de certains symptômes. — Des nombreuses formes décrites par les anciens auteurs, deux surtout étaient bien distinctes : la forme comateuse et la forme céphalalgique.

Dans le rhumatisme cérébral à forme *comateuse*, le coma est l'accident initial et prépondérant; il s'accompagne d'une température excessive et d'une ataxie circulatoire extrême : le malade meurt par asphyxie avec une cyanose généralisée.

Dans la forme *céphalalgique*, décrite par Gubler, on note une céphalée violente et des vomissements, très rares dans le rhumatisme cérébral.

IX

Marche et Evolution. — Dans sa forme commune, le rhumatisme cérébral aigu dure plusieurs jours ou plusieurs semaines, de treize à vingt-cinq jours; son évolution peut offrir des rechutes. La durée de la maladie, dans les cas suraigus, peut se réduire à quelques heures, à un quart d'heure; elle ne dépasse guère vingt-quatre ou trente-six heures. Dans les formes chroniques, cette durée s'étend à plusieurs semaines, à des mois; et, ainsi que nous l'avons déjà dit, on assiste à une alternance fréquente des troubles cérébraux avec les désordres articulaires.

X

Pronostic. — Fatal dans les formes suraiguës, beaucoup moins sombre dans la folie rhumatismale, le pronostic du rhumatisme cérébral aigu est extrêmement sévère; la mort est la terminaison ordinaire de la maladie. Trois facteurs font plus particulièrement prévoir la mort : ce sont la disparition brusque et complète de la douleur articulaire, le coma ou la température. Plus le thermomètre monte, plus grave est l'état; un chiffre de 41 degrés et restant à ce degré pendant quelque temps annonce l'issue fatale. De l'étude thermométrique a découlé une conséquence thérapeutique heureuse, la nécessité de réfrigérer à tout prix le malade, ce qu'a pu réaliser la balnéation froide.

XI

Diagnostic. — Le rhumatisme cérébral aigu se reconnaît aisément. Il s'annonce chez un rhumatisant atteint d'une polyarthrite aiguë très fébrile et très sévère, soit par un ensemble de prodromes, soit par une atténuation brusque des phénomènes articulaires coïncidant avec l'éveil des manifestations cérébrales. Toutefois, du fait qu'elle ne possède aucun caractère clinique spécifique, la psychose rhumatismale doit être séparée d'avec certaines affections.

1. Le *délire nerveux simple* peut exister au cours d'un rhumatisme hyperpyrétique; il se reconnaît à ce qu'il est doux et tranquille.

2. Le *délire salicylique* éclate brusquement, atteint d'emblée son apogée; il ne s'accompagne pas de température; le pouls du malade est plutôt ralenti; il peut coexister d'autres signes de l'intoxication salicylée, comme les éruptions.

3. Le *delirium tremens* se distingue de la psychose rhumatismale aiguë par ses prodromes, par ses manifestations de la période d'état, par les lésions que montre l'autopsie. Dans le délire alcoolique, les prodromes durent longtemps; alors, le sommeil de l'alcoolique est troublé par des rêves et par des cauchemars; on note une hyperesthésie généralisée, un tremblement de la langue et des mains. Eclose, la crise de delirium tremens se traduit par des hallucinations terrifiantes : le malade voit des animaux de toute grandeur courir sur son lit pour le mordre; par un tremblement généralisé à tout le corps, par une parole embarrassée, par l'absence de température. L'anatomie pathologique enfin montre les altérations fréquentes du foie de l'alcoolique, et il y aurait pour Klippel des lésions cérébrales particulières au delirium tremens. Il faut cependant savoir que, si le rhumatisme aigu éveille rarement le delirium tremens, dans la majorité des cas de rhumatisme cérébral, la toxi-infection rhumatismale s'unit à l'intoxication éthylique d'une façon telle qu'il est impossible de départager la part qui revient à l'un et à l'autre de ces deux facteurs.

4. Le *délire urémique* est un délire hallucinatoire continu, sans température ; l'analyse des urines, le myosis, l'hypertension, les mouvements carphologiques le feront reconnaître. Le diagnostic peut être difficile, car nous savons par l'étiologie le rôle qu'exercent parfois dans la genèse de la psychose rhumatismale les altérations profondes du rein.

5. L'*acétonémie nerveuse* se traduit par une agitation extrême, par des hallucinations terrifiantes, par une odeur spéciale de l'haleine et par une réaction particulière de l'urine.

6. Certains cas de *méningite grippale*, d'hémorragie cérébrale ou méningée pourraient être confondus avec la forme suraiguë du rhumatisme cérébral ; la ponction lombaire fera le diagnostic.

XII

Traitement. — Les moyens employés pour lutter contre le rhumatisme cérébral sont purement empiriques ; la thérapeutique pathogénique, la seule rationnelle, ne pourra être envisagée que le jour où sera connue la nature de l'affection et découvert son agent pathogène. Le traitement n'est guère à étudier que dans les cas aigus : la forme suraiguë, par son évolution foudroyante, échappe à toute intervention ; la forme chronique réclame le traitement habituel aux maladies mentales.

Il y a un traitement préventif et un traitement curatif du rhumatisme cérébral. Le traitement préventif consiste à donner du salicylate de soude qui, aux yeux de certains, non seulement ne favorise pas, mais plutôt empêche l'apparition de la psychose rhumatismale.

Quand la crise a éclaté, il faut suspendre la médication salicylée et recourir à divers moyens, les uns d'efficacité douteuse, les autres indispensables.

La saignée, la purgation, les modérateurs nervins peuvent être employés ; l'électrargol a été essayé et a donné des résultats infidèles ; la ponction lombaire a plus d'utilité ; elle décomprime les éléments nerveux et éclaire le diagnostic dans les cas douteux. Tous ces procédés le cèdent de beaucoup à la balnéa-

tion froide qui reste actuellement le traitement indispensable du rhumatisme cérébral.

Préconisée surtout en Angleterre, par Wilson Fox, introduite en France par Maurice Raynaud, la balnéation froide est indiquée chaque fois qu'un rhumatisant délire, voit ses troubles articulaires diminuer ou disparaître, sa température monter à 40 degrés. On peut la réaliser sous forme d'applications réfrigérantes locales (glace sur la tête ou sur la colonne vertébrale), d'affusions froides. Le bain froid a beaucoup plus d'efficacité.

La technique de cette méthode varie : certains, comme Wilson Fox, donnent des bains tièdes prolongés suivis d'applications froides ; d'autres recourent à la méthode de Brandt ; en Allemagne, le bain se donne à 20 degrés et dure quinze minutes. D'ordinaire la température du bain varie de 25 à 30 degrés ; on la refroidit progressivement et le malade reste dans le bain une demi-heure, une heure ou même une heure et demie, d'autant moins que la température de l'eau est plus basse. A la sortie du bain, le malade sera réchauffé avec d'extrêmes précautions, au moyen de frictions et de boissons chaudes. Les bains seront renouvelés toutes les trois heures, tant que la température ne descendra pas au-dessous de 38°5, et ne seront arrêtés que si la température marque 37 degrés sans tendance à remonter.

Sans aller jusqu'à dire avec ses enthousiastes que la méthode, scrupuleusement appliquée, triomphe de tous les accidents cérébraux, il faut avouer que seule la balnéation froide « agit vite et fort » et peut ramener à la vie des malades désespérés. Elle n'entraîne aucun accident immédiat ; elle ne reconnaît pour ainsi dire pas de contre-indication.

BIBLIOGRAPHIE

ACHALME. *Soc. de biol.*, 25 juillet 1891 ; — *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1897. — ANDERSON. Rhumat. with cerebrospinal symptom, *Glasgow med. Journ.*, 1893. — AUSSET et VINCENT. *Echo méd. du Nord*, 1901.

BAGINSKY. *Arch. f. Kind.*, 1893. — BALL. *Mouvement médical*, 1874. — BALLET (Gilbert). *Pathologie mentale.* — BERNARD (R.). *Soc. méd. des hôpit.*, 28 fév. 1902. — BESNIER. Art. RHUMATISME, in *Dict. encycl. des sc. méd.* — BLACHEZ. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1875. — BOMMIER. *Echo méd. du Nord*, 1899. — BOINET. *Soc. méd. des hôpit.*, 1899. — BOURDON (H.). *Mémoire* de 1850. — BRAUNWEL. *Clinical studies*, Edinburg 1905-1906.

CARRIÈRE. *Presse méd.*, 1896. — COBRAT. *Lyon méd.*, 1875. — CUQ. Th. de Montpellier, 1906.

DALCHÉ. Th. de Montpellier, 1898. — DORGE. Th. de Montpellier, 1898. — DUCASTEL. Th. d'agrégation, 1875. — DESLIONS DE SAVIGNAC. *Arch. gén. de méd.*, 1857.

FRŒNTZEL. *Neue Charité Ann.*, 1894.

GANDY et BORNAIT-LEGUEULE. *Soc. méd. des hôpit.*, 27 oct. 1905. — GOUGET. *Presse méd.*, 1905.

HERVEZ DE CHÉGOIN. *Gaz. des hôpit.*, 1845.

JOSUÉ et SALOMON. *Soc. méd. des hôpit.*, 1903.

KLEIN. Inaug. dissert., Berlin 1890.

LAVERAN. *Soc. méd. des hôpit.*, 1876. — LEGRAND DU SAULLE. *Gaz. des hôpit.*, 1886. — LÉPINE. *Lyon méd.*, 1903.

MENET. *Arch. gén. de méd.*, 1856.

OLIVIER et RANVIER. *Soc. de biol.*, 1865.

PIC. *Lyon méd.*, 1899. — POTAIN. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1880.

RAYNAUD. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1874. — ROGER. *Arch. gén. de méd.*, 1867. — ROSENTHAL et JOFFÉ. *Soc. méd. des hôpit.*, 15 et 20 mars 1908. — JOFFÉ. Th. de Paris, 1908.

SOUQUES et CASTAIGNE. *Soc. méd. des hôpit.*, 9 juin 1899.

TARRADE. Th. de Paris, 1906. — TROUSSEAU. *Clinique méd.*

VAILLARD. *Gaz. hebd. de méd.*, 1876. — VANDEPUTTE. *Nord méd.*, 1903. — VILLEDARY. *Arch. de méd. milit.*, 1904.

Articles des *Traités* Widal et Œttinger.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER (89, rue d'Assas). — Professeur : M. Paul BAR. — *Cours de pratique obstétricale*, par MM. Brindeau, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux ; Guéniot et Lequeux, professeurs agrégés ; Devraigne, ancien chef de clinique ; Chirié, chef de clinique ; Lemeland et Marioton, chefs de clinique adjoints ; assistés de MM. Roullier, Pellissier, Brisson, Gaujoux, Siguret et Roux, moniteurs ; réservé aux étudiants ayant seize inscriptions et aux docteurs français et étrangers régulièrement inscrits à la clinique.

Le cours commencera le 17 janvier 1912. Il comprendra quatorze leçons qui auront lieu tous les jours à cinq heures du soir. Les auditeurs seront personnellement exercés aux manœuvres obstétricales.

Programme du cours. — Mercredi 17 janvier 1912. M. Devraigne, à cinq heures. Diagnostic des présentations et des positions par le palper.

Jeudi 18 janvier, à trois heures. Exercices du palper au lit des malades. — M. Devraigne, à cinq heures. L'auscultation en obstétrique.

Vendredi 19 janvier, à trois heures. Exercices d'auscultation au lit des malades. — M. Devraigne, à cinq heures. Le toucher en obstétrique.

Samedi 20 janvier, à trois heures. Exercices de toucher. — M. Chirié, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions directes).

Lundi 22 janvier, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Guéniot, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions obliques antérieures).

Mardi 23 janvier, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Chirié, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions obliques postérieures).

Mercredi 24 janvier, à neuf heures et demie du matin. Consultation des femmes enceintes, par M. le professeur Bar ; examen des malades par les élèves du cours. A trois heures : Exercices pratiques de forceps. — M. Brindeau, à cinq heures. Le forceps sur la face et le front.

Jeudi 25 janvier, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Chirié, à cinq heures. Le forceps sur les présentations élevées.

Vendredi 26 janvier, à trois heures. Exercices pratiques, revision des diverses applications de forceps. — M. Lemeland, à cinq heures. La version par manœuvres internes (version séparée).

Samedi 27 janvier, à trois heures. Exercices pratiques de version. — M. Lemeland, à cinq heures. La version par manœuvres internes (extraction).

Lundi 29 janvier, à trois heures. Exercices pratiques de version. — M. Lequeux, à cinq heures. La version par manœuvres internes (difficultés de l'extraction).

Mardi 30 janvier, à trois heures. Exercices pratiques de version par manœuvres internes (revision). — M. Lemeland, à cinq heures. L'embryotomie céphalique (basiotripsie).

Mercredi 31 janvier, à neuf heures et demie du matin. Consultation des femmes enceintes par M. le professeur Bar ; examen des malades par les élèves du cours. A trois heures : Exercices pratiques d'embryotomie. — M. Lemeland, à cinq heures. L'embryotomie céphalique (cranioclasie).

Jeudi 1er février, à trois heures. Exercices pratiques d'embryotomie. — M. Devraigne, à cinq heures. Embryotomie rachidienne.

Pour renseignements et inscription, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures. Le droit à verser est de 50 francs.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX. — Le docteur Josué, médecin de l'hôpital de la Pitié, fera du 15 avril au 2 mai 1912 un cours de revision et de perfectionnement en seize leçons, avec le concours et l'assistance de MM. les docteurs Delherm, chef du service de radiologie et d'électrothérapie, Demanche et Paillard, anciens internes des hôpitaux, de MM. Chevallier et Godlewski, internes des hôpitaux, Clogne, interne en pharmacie.

Programme du cours. — Première leçon : Lundi 15 avril, deux heures et demie. — Généralités; examen du cœur : percussion, phonendoscopie; les foyers d'auscultation.

Deuxième leçon : Mardi 16 avril, dix heures et demie. — Examen de l'aorte. Radioscopie du cœur et de l'aorte.

Troisième leçon : Mercredi 17 avril, deux heures et demie. — Examen du pouls; pouls artériel, pouls veineux; méthode graphique; électrocardiographie.

Quatrième leçon : Jeudi 18 avril, dix heures et demie. — Arythmies, extrasystoles.

Cinquième leçon : Vendredi 19 avril, deux heures et demie. — Bradycardies, tachycardies.

Sixième leçon : Samedi 20 avril, dix heures et demie. — L'insuffisance aortique.

Septième leçon : Lundi 22 avril, deux heures et demie. — Les maladies de la valvule mitrale. Les rétrécissements mitraux latents.

Huitième leçon : Mardi 23 avril, dix heures et demie. — Les insuffisances cardiaques.

Neuvième leçon : Mercredi 24 avril, deux heures et demie. — Hygiène des cardiaques.

Dixième leçon : Jeudi 25 avril, dix heures et demie. — Tonicardiaques; digitale; démonstrations pharmacologiques.

Onzième leçon : Vendredi 26 avril, deux heures et demie. — Cœur rénal. Les gros cœurs.

Douzième leçon : Samedi 27 avril, dix heures et demie. — La syphilis du cœur et de l'aorte.

Treizième leçon : Lundi 29 avril, deux heures et demie. — La pression artérielle.

Quatorzième leçon : Mardi 30 avril, dix heures et demie. — Artériosclérose.

Quinzième leçon : Mercredi 1er mai, deux heures et demie. — Angine de poitrine. Claudication intermittente et gangrène sénile.

Seizième leçon : Jeudi 2 mai, dix heures et demie. — Traitement de l'artériosclérose.

S'inscrire auprès de l'interne du service ou par correspondance.

Le prix de la série de leçons est de 30 francs.

HYDROLOGIE. — Les conférences suivantes seront faites à la Faculté par M. Chassevant :

Lundi 15 janvier. — Eaux sulfurées sodiques : Amélie-les-Bains, La Preste, Le Vernet, etc.

Mercredi 17 janvier. — Eaux sulfurées chlorurées sodiques : Eaux-Bonnes, Challes, Labassère, etc. Eaux sulfurées iodurées sodiques : Marlioz, etc. Eaux sulfurées dégénérées : Aix-les-Bains, etc.

Vendredi 19 janvier. — Eaux sulfurées calciques : Euzet, Allevard, Enghien, etc.

Lundi 22 janvier. — Eaux bicarbonatées sodiques : Vichy, Vals, Le Boulou, etc.

Mercredi 24 janvier. — Eaux bicarbonatées calciques : Alet, Bondonneau, etc.

Vendredi 26 janvier. — Eaux bicarbonatées mixtes : Condillac, La Malou, Saint-Galmier, Pougues, etc.

Lundi 29 janvier. — Eaux oligométalliques thermales : Néris, Ussat, Dax, Bagnoles, Bains-les-Bains, Plombières, etc.

Mercredi 31 janvier. — Eaux oligométalliques froides : Saint-Christau, Evian, etc.

Vendredi 2 février. — Eaux arsenicales. Eaux ferrugineuses.

CONFÉRENCES SUR LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS. — M. le docteur Leredde commencera, le dimanche 21 janvier, à dix heures et demie, une série de conférences sur le traitement de la syphilis, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure. Ces cours auront lieu à la Maison de santé, 31, rue La Boétie.

Ces cours sont gratuits. On est prié de se faire inscrire, à l'avance, en écrivant 31, rue La Boétie, Paris.

FONDATION PIERRE BUDIN. — *Leçons de puériculture*, par le docteur Aviragnet, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, le mercredi, à cinq heures, à partir du mercredi 31 janvier.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Fichaux (de Tourcoing).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 22 AU 27 JANVIER 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 22 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.

Mardi 23 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 24 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e (1re et 2e séries). — 3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries). — 4e.

Jeudi 25 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e. — 3e (oral, 2e partie). — 4e (1re et 2e séries).

Vendredi 26 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 27 janvier, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon*.

THÈSES

Mercredi 24 janvier, à une heure. — M. MONSAINGEON. De l'ostéomyélite aiguë de l'os iliaque. (MM. Kirmisson, président; Segond, Hartmann et Ombrédanne.) — M. LEBOUC. Les fractures isolées des os du carpe (scaphoïde excepté). (MM. Segond, président; Kirmisson, Hartmann et Ombrédanne.) — M. PÉBRIER. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'anthrax. (MM. Hartmann, président; Kirmisson, Segond et Ombrédanne.) — M. LEFEBVRE. Contribution à l'étude clinique des polynévrites (forme ataxique, forme amyotrophique. (MM. Déjerine, président; Reclus, Marcel Labbé et Sicard.) — M. MACHEFER. Contribution à l'étude de quelques lésions pulmonaires consécutives à des traumatismes craniens. (MM. Reclus, président; Déjerine, Marcel Labbé et Sicard.)

Jeudi 25 janvier, à une heure. — M. MAISON. Néphrite et rougeole. (MM. Hutinel, président; Thoinot, Nobécourt et Rathery.) — M. LATOUR. Les endocardites infectieuses à évolution prolongée. (MM. Thoinot, président; Hutinel, Nobécourt et Rathery.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.



Sirop Roche
Comprimés Roche

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 12 janvier. — Question donnée : « Cordon spermatique. — Signes et diagnostic de l'occlusion intestinale aiguë. »

MM. Vinay, 15 + 18 = 33; Barbary, 12 + 16 = 28; Ruelle, 11 + 14 = 25; Dedet, 15 + 16 = 31; Parent, 12 + 16 = 28; Moulonguet, 15 + 16 = 31; Grandjean, 12 + 13 = 25; Hartemann, 14 + 16 = 30; Braine, 13 + 18 = 31; Angot, 13 + 16 = 29.

Séance du 13 janvier. — Question donnée : « Dure-mère rachidienne. — Signes et diagnostic de la colique hépatique. »

MM. Galop, 15 + 17 = 32; Paraf, 14 + 16 = 30; Ramadier (Henri), 9 + 16 = 25; Brun, 10 + 16 = 26; Mlle Leven et MM. Escallier, 13 + 17 = 30; Lascombe, 9 + 16 = 25.

— CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. — *Médecine.* — Quinze mémoires ont été déposés par MM. Léon Kindberg, Richet, Lutembacher, Flandin, Sourdel, Salin, Pélissier, Cotoni, Bricout, Gastinel, Ménard, Binard, Sévestre, Weill, Marie.

Chirurgie et accouchements. — Six mémoires ont été déposés par MM. Luzoir, Girode, Mornard, Mourre, Sorrel et Douay.

HOPITAUX DE PROVINCE. — GRENOBLE. — Trois concours seront ouverts, dans le courant de juillet 1912, pour la nomination d'un chirurgien urologiste et d'un adjoint; d'un chirurgien oto-rhino-laryngologiste et d'un adjoint; d'un médecin dermatologiste et d'un adjoint.

Se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices avant le 1er juin 1912.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES A MARSEILLE. — Sont nommés :

Professeur de clinique interne, M. le médecin principal de deuxième classe Lasnet; professeur de médecine légale et d'administration, M. le médecin-major de première classe Martin; professeur adjoint de clinique interne, M. le médecin-major Marty; professeur adjoint de médecine opératoire, M. le médecin-major Imbert; professeur adjoint de chimie, M. le pharmacien-major Rose.

Sont agréés, en qualité de conférenciers, M. le médecin inspecteur général Treille, du cadre de réserve, et MM. les docteurs Reynaud et Thorel.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Ont été nommés dans les ordres coloniaux suivants :

CAMBODGE. — *Au grade d'officier.* — M. le médecin principal Conan.

Au grade de chevalier. — M. le médecin-major Patriarche.

DRAGON DE L'ANNAM. — *Au grade d'officier.* — M. le médecin principal Conan.

Au grade de chevalier. — M. le médecin-major Prouvost.

ETOILE NOIRE DU BÉNIN. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Allain et Conan.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Hémorin.

NICHAN-EL-ANOUAR. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Pelon.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — La séance annuelle de la Société aura lieu le mercredi 17 janvier 1912, à quatre heures très précises, 12, rue de Seine.

Ordre du jour : 1. Discours de M. A. Jalaguier, président;
2. Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1911, par M. E. Potherat, secrétaire annuel;
3. Eloge de Jules Hennequin, par M. E. Rochard, secrétaire général;
4. Proclamation des prix décernés par la Société.

CONFÉRENCE NATIONALE DES « GOUTTES DE LAIT » (FÉCAMP, 26-28 mai 1912). — A la Pentecôte 1912, se tiendra à Fécamp une réunion de médecins fondateurs et organisateurs de Gouttes de lait et de philanthropes.

L'initiative de cette conférence a été prise par MM. les docteurs Variot, Brunon et Léon Dufour, organisateurs du premier Congrès international des Gouttes de lait à Paris en 1905.

Dans cette assemblée, à laquelle de nombreuses personnalités ont déjà adressé leur adhésion, seront exposés les résultats d'ores et déjà acquis par les Gouttes de lait et il sera procédé à une étude des voies et moyens capables de rendre plus efficace encore la lutte entreprise contre l'excessive mortalité des enfants du premier âge, soumis à l'élevage artificiel. L'alimentation infantile sera l'objet principal des travaux de cette conférence.


Gaïacose
BAYER
Prix net: Fr. 4,50.
Dans toutes les pharmacies.
Conserver au frais.


BAYER
Ferro-Somatose liquide
Reconstituant ferrugineux.
Prix: 4 Fr. 25
Dans toutes les Pharmacies.
Conserver au frais.

LA GÉNÉTIQUE

Par M. J. LAUMONIER.

A Paris s'est tenue, en septembre dernier, sous la présidence de M. Yves Delage, la quatrième conférence internationale de génétique, qui a réuni bon nombre des biologistes les plus qualifiés. Mais, tandis que la presse politique soulignait son succès, la presse médicale restait muette. Nous allons cependant essayer de montrer que la médecine ne devrait pas se désintéresser des questions qu'agite cette science.

D'abord, qu'est-ce que la génétique? Bateson, qui a été son parrain, la définit : Physiologie de la descendance, ou, en d'autres termes, étude des phénomènes et recherche des lois de l'hérédité et de la variation. Elle ne se confond donc pas, contrairement à ce que croient quelques auteurs, avec la Biologie générale, mais elle en représente une branche fort importante, puisqu'elle s'efforce de solutionner les deux problèmes suivants : 1° pourquoi les descendants ressemblent-ils à leurs parents ; 2° comment se font les variations capables d'aboutir, soit à des espèces nouvelles, soit à des variétés ou à des races normales et pathologiques? Ce dernier point doit fixer l'attention du médecin, mieux placé que quiconque pour faire valoir de sérieux arguments.

Les questions que débat la génétique sont en réalité fort anciennes ; seulement des découvertes récentes semblent les orienter dans une voie nouvelle. La sélection naturelle, si elle permet de comprendre comment les variations avantageuses se maintiennent, est incapable pourtant de montrer comment elles apparaissent et se transmettent. C'est surtout pour rendre compte de cette transmission, que furent imaginées les théories microméristes (ou particules représentatives), dont le système de Weismann est l'expression la plus parfaite. En vertu de ces théories, tous les caractères de l'individu, ou de l'espèce, sont représentés dans l'œuf par des particules matérielles très petites ou *déterminants*, qui leur servent de support et se comportent comme des sortes de microbes, car elles se multiplient par bipartitions successives et passent ainsi dans les diverses cellules auxquelles elles confèrent les caractères qu'elles-mêmes représentent. Bien que la difficulté ne soit ainsi que reculée, et non résolue, l'hérédité semble perdre son aspect mystérieux et on n'est plus surpris que les enfants ressemblent à leurs parents. Si ingénieuse qu'elle fût, la théorie de Weismann restait hypothétique, quand, remises au jour par des botanistes, les recherches du moine Gregor Johann Mendel, dont j'ai parlé dans un article précédent (1), parurent donner, de l'existence des particules représentatives, une démonstration expérimentale, et, dès lors, beaucoup de biologistes furent portés à considérer la transmission des caractères suivant les lois de Mendel comme la forme la plus habituelle de l'hérédité. Or, la génétique paraît aujourd'hui vouloir se consacrer presque exclusivement à la vérification obstinée de ces lois.

Cette tendance est regrettable, parce que le mendélisme n'est pas toute l'hérédité ; il n'en représente certainement qu'un mode restreint, intéressant surtout certains caractères surajoutés et indivis qui ne font pas, comme le remarque Le Dantec, partie intégrante du patrimoine héréditaire, et que nous trouvons commodes d'incorporer à des particules matérielles, lesquelles en effet se trouvent ou ne se trouvent pas dans l'œuf. J'ai indiqué, dans l'article ci-dessus rappelé, que l'on explique de cette manière la transmission de certaines particularités, l'hérédo-infection (hérédo-syphilis, hérédo-tuberculose) et l'hérédité de prédisposition ou du terrain. On cherche aujourd'hui à expliquer par le même procédé, l'hérédité du daltonisme, de la cataracte, de l'hémophilie et même du cancer. Ainsi, avec l'interprétation mendélienne, le caractère hémophilie est *dominant* chez l'homme, mais récessif ou *dominé* chez la femme ; il en résulte que cette dernière peut communiquer la maladie à sa progéniture masculine, sans en être elle-même atteinte objectivement, le caractère demeurant *latent*. Pour les rares observations d'hémophilie féminine, il faut faire intervenir l'atténuation ou la disparition d'un facteur encore inconnu mais que l'on peut supposer du genre des sécrétions internes, ce qui rend le caractère hémophilie, de dominé ou latent qu'il est ordinairement, dominant et manifeste.

Mais, à côté des particularités héritables suivant les lois de Mendel, il en est d'autres qui se comportent différemment. Parmi celles-ci, on doit probablement citer les diathèses non infectieuses, et en particulier l'arthritisme sous ses diverses modalités. Ziegler (1) a insisté, un des premiers, sur la forme non mendélienne de l'hérédité arthritique. Pour lui chaque chromosome exerce une influence sur l'organisme tout entier, et ce qui importe en conséquence dans les maladies qui ne se transmettent qu'à certains descendants — les autres restant indemnes — c'est la proportion des chromosomes *tarés* dans le nombre total des chromosomes. Prenons comme exemple le diabète. S'il n'y a que 5 ou 6 chromosomes (sur 24) provenant d'un ou de plusieurs ancêtres atteints de diabète, les chances pour que le sujet soit lui-même diabétique se trouvent très faibles. Si, au contraire, le nombre des chromosomes tarés dépasse 12, la probabilité pour que la maladie se manifeste est d'autant plus grande que ce nombre est plus élevé. Ainsi s'explique que des parents puissent, en additionnant, chez leur rejeton, leurs chromosomes tarés, léguer une diathèse dont ils semblent n'avoir eux-mêmes jamais souffert. Ainsi s'explique également que cette diathèse réapparaisse de temps à autre dans une lignée ou famille dont quelques ascendants seulement ont été touchés. Ce que l'on est souvent porté à considérer comme une acquisition morbide personnelle ne serait de la sorte que la

(1) J. LAUMONIER. Mutations et hérédité morbide, *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 112, p. 1603. — Pour plus de détails, consulter : Dr GUYENOT, Les lois de Mendel, *Biologica*, 15 juin 1911, et GADECEAU, Le Mendélisme, *Revue scientif.*, 23 déc. 1911.

(1) ZIEGLER. *Archiv f. Rassen- und Gesellchaftsbiolog.*, 1906, III.

mise en évidence, par le hasard des combinaisons chromosomiennes, de caractères ancestraux persistants.

Certains autres caractères ne se transmettent pas non plus suivant les lois de Mendel ; je veux parler des caractères de coloration. On a prétendu que la tache bleue, dite mongolique (qui n'a point sans doute la signification ethnogénique qu'on lui prête quelquefois), se comporte comme un caractère mendélien, mais la preuve manque, et l'interprétation de Ziegler, quelque peu satisfaisante qu'elle soit, trouverait tout aussi bien son emploi ici ; au surplus, la rareté de cette tache, chez les races européennes, interdit forcément toute conclusion ferme. Il n'en est plus ainsi quand on considère la répartition de la coloration chez les métis de races colorées et notamment chez les métis de blancs et de nègres. Ces derniers, en effet, ont une coloration régulièrement intermédiaire, et, unis entre eux, ne donnent jamais ni blancs purs, ni noirs purs. On ne peut donc constater ni dominance ni disjonction des caractères et les lois de Mendel se trouvent en défaut.

Il y a environ une quinzaine d'années, j'ai publié des recherches assez étendues sur les résultats des métissages entre individus de races différentes (1). Le but que je me proposais était de déterminer les conditions et les lois de la ressemblance des enfants avec leurs parents, en utilisant d'une part les procédés anthropométriques courants, et d'autre part la photographie composite suivant la méthode de Galton. On n'avait pas alors tiré les expériences de Mendel de l'oubli où elles sont restées pendant trente-cinq ans, et mes recherches, par suite, passèrent complètement inaperçues. Elles mettaient cependant en lumière, et pour la première fois chez l'homme, ce fait singulier que les produits d'unions mixtes ressemblent plus au parent, quel que soit son sexe, dans le pays duquel ils vivent, qu'à l'autre. En d'autres termes, les enfants issus de mariages de Français et d'Allemands, par exemple, sont, au point de vue des caractères somatiques sur lesquels l'imitation a le moins de prise, plus français qu'allemands en France, et plus allemands que français en Allemagne. Si l'on voulait exprimer cette constatation en langage mendélien, on dirait que les caractères de la race française (ou celtique) sont *dominants*, en France, par rapport aux caractères de la race germanique, tandis qu'ils sont au contraire *dominés*, en Allemagne. Il en résulte nécessairement que la disjonction des caractères ou retour au type se fait en faveur de la race autochtome et maintient ainsi sa fixité relative contre les métissages étrangers. J'expliquais de la sorte — mais naturellement en dehors de toute interprétation mendélienne, que j'ignorais totalement — la persistance des plus vieilles races dans leur aire historique, et la tendance surprenante, mais constatée aujourd'hui par tous les anthropologistes, de la population française vers l'homogénéisation.

Néanmoins tous les éléments de la ressemblance ne se comportent pas de la même manière. La taille et ses rapports avec le thorax et la longueur des membres, les traits du visage et les variations de leurs expressions émotionnelles, les dimensions des différents segments corporels, etc., sont des caractères tantôt dominants, tantôt dominés, suivant l'habitat. Au contraire, la brachycéphalie, la couleur foncée de l'iris et brune des poils demeurent constamment dominantes à l'égard de la dolichocéphalie, des yeux bleus et des cheveux blonds, ce qui rend compte de la diminution de fréquence, non seulement en France, mais aussi en Allemagne et en Angleterre, du type réunissant ces derniers caractères. Or, et c'est là où je voulais en venir par ce long préambule, le type décrit par le professeur Landouzy, comme indiquant une hérédité ou une prédisposition tuberculeuses — cheveux rouge vénitien, longs cils, peau fine, pilosité, etc. — possède une dominance remarquable, supérieure même, semble-t-il, à celle du type brun. Je connais en Poitou une famille, issue en effet d'une mère tuberculeuse, dont tous les descendants, malgré les croisements avec des bruns très sains, présentent ce type, sans que cependant la tuberculose ait fait parmi eux plus de victimes qu'ailleurs. Si vraiment les toxines bacillaires sont capables de créer ces caractères et de les rendre transmissibles, on peut concevoir que certaines races aient, à leur origine, des phénomènes pathologiques. Il y a déjà longtemps, du reste, que Virchow considérait la maladie comme un facteur de l'évolution ; von Kennel lui a attribué la formation des bouledogues, des gnatos, des narvals, des chats anoures, et, tout dernièrement, Prowazek a invoqué l'influence de l'anaphylaxie pour expliquer certaines adaptations brusques et définitives aboutissant à la constitution d'espèces fixées.

On voit donc, ainsi que je le disais au début de cet article, que certains des problèmes dont s'occupe la génétique intéressent directement le médecin. Mais, et j'y insiste, le mendélisme, auquel la science nouvelle réserve actuellement ses faveurs, n'est pas une explication ; il constitue seulement un moyen commode d'exposer les faits, de les classer et de les retenir ; il ne faut donc ni lui accorder une importance exagérée, ni surtout vouloir tout plier à ses lois. La connaissance du mécanisme réel de l'hérédité nous échappe et nous échappera sans doute longtemps encore. Ayons la sincérité de ne pas nous bercer d'illusions, et travaillons patiemment à réunir les matériaux grâce auxquels s'édifiera la science, plus sûre, de demain.

(1) J. LAUMONIER. Les procédés de défense des races humaines, *Revue nationaliste*, sept. 1896.

MÉDECINE PRATIQUE

LE SYNDROME DIAPHRAGMATIQUE

Dans un article récent (1), le Pr U. Monnier a étudié très complètement le syndrome diaphragmatique, ses variétés cliniques et les difficultés de leur diagnostic. Cette question mérite d'être examinée de près, car, depuis Guéneau de Mussy qui a fort bien décrit la pleurésie diaphragmatique, on

(1) U. MONNIER. Le syndrome diaphragmatique, *Gaz. méd. de Nantes*, 1911, n° 47.

a montré que le syndrome du même nom pouvait être observé dans plusieurs autres affections pulmonaires ou pleurales. M. Monnier propose la classification suivante des formes cliniques du syndrome diaphragmatique : 1° la forme de Guéneau de Mussy, ou pleurésie diaphragmatique proprement dite; 2° la forme interlobaire; 3° la forme congestive de la base (variété pneumococcique et variété tuberculeuse); 4° la forme péritonéo-diaphragmatique.

Voyons tout d'abord la *pleurésie diaphragmatique*; pour la bien connaître, il faut lire Guéneau de Mussy (1), rien n'ayant été ajouté depuis au tableau clinique que cet auteur a eu le mérite de mettre en évidence. Ses causes sont toutes celles de la pleurésie. L'affection (paraphrénésie des anciens) débute brusquement par des frissons et surtout par un point de côté violent; les symptômes fonctionnels sont au premier plan : toux pleurétique parfois incessante; dyspnée pouvant aller jusqu'à l'orthopnée; hoquet, nausées et vomissements; et surtout douleur. Cette douleur spontanée, vive et poignante, occupe la partie inférieure du thorax et l'une des régions hypocondriaques, avec des irradiations à l'épigastre et en divers sens; elle remonte souvent dans la région sus-claviculaire et au moignon de l'épaule, par suite des relations étroites entre le nerf phrénique et le plexus cervical. De plus, la douleur peut être provoquée au niveau des divers points de Guéneau de Mussy, particulièrement au bouton diaphragmatique (intersection d'une ligne horizontale prolongeant la partie osseuse de la dixième côte avec une ligne verticale prolongeant le bord externe du sternum); les autres points sont situés sur le trajet du phrénique, d'autres correspondent aux branches terminales de ce nerf; ils sont classiques, je n'y insiste pas. Guéneau de Mussy a constaté qu'on provoquait encore une vive douleur par une pression de bas en haut sur l'hypocondre du côté malade.

Avec ces symptômes fonctionnels très marqués, il n'y a, par contre, que peu de signes physiques : à l'inspection, on remarque l'immobilité des dernières côtes, conséquence de la paralysie du diaphragme; les côtes supérieures et le côté sain sont les seuls agents de l'ampliation thoracique; à la percussion, la sonorité est diminuée tout à fait en bas, dans la gouttière costo-diaphragmatique, mais il faut, pour constater cette diminution, faire une percussion profonde; au-dessus, le son est plutôt tympanique; l'auscultation ne permet de constater qu'une faiblesse plus ou moins grande du murmure vésiculaire; on perçoit, dans certains cas, quelques frottements ou quelques râles sous-crépitants. Le foie est un peu abaissé, en cas de pleurésie droite, et ce cas est de beaucoup le plus fréquent.

L'état général du malade est plus ou moins atteint. Le facies exprime la souffrance; le rire sardonique, décrit par Boerhaave et van Swieten, est exceptionnel et paraît sous la dépendance de la douleur. La température oscille entre 39 et 40 degrés; le pouls est rapide; le délire est plus fréquent que dans la pleurésie costo-pulmonaire, mais il n'a pas l'importance que lui attribuaient les anciens auteurs (Netter). Le ballonnement de l'estomac est quelquefois très marqué (Peter), ce qui s'explique par une propagation de l'inflammation pleurale au péritoine diaphragmatique, d'où résulte une perte de tonicité de la musculature gastrique (2).

Ainsi donc, peu de signes physiques et généraux, exagération des signes fonctionnels, telle est la caractéristique de cette affection.

La pleurésie diaphragmatique est d'abord une pleurésie sèche et elle peut le rester; Jaccoud (3) a bien montré la grande fréquence de la pleurésie diaphragmatique sèche, rarement primitive, beaucoup plus souvent secondaire et presque toujours dépendant d'une tuberculose pulmonaire sous-jacente. Le malade présente alors le syndrome classique pendant cinq à sept jours; puis la pleurésie guérit, mais en laissant des adhérences, et celles-ci se reconnaissent à la matité, à l'absence de vibration, au silence respiratoire, mais surtout à un signe fourni par l'inspection et bien décrit par Jaccoud : rétraction des côtes et des derniers espaces intercostaux pendant l'inspiration, avec retour brusque dans leur position à l'expiration.

La pleurésie diaphragmatique avec épanchement séro-fibrineux peut rester diaphragmatique ou devenir, par l'augmentation de l'épanchement, une pleurésie classique de la grande cavité. Les anciens cliniciens regardaient cette forme comme très grave, tandis que, pour Laënnec, elle était plutôt bénigne. En réalité, d'après Guéneau de Mussy, la vérité est entre ces deux opinions extrêmes. La forme la plus grave est la pleurésie diaphragmatique purulente; sans doute, dans la plupart des cas, le pus fait irruption dans les voies aériennes, après ulcération du poumon et des bronches, et une vomique se produit; mais, dans d'autres, le pus se dirige en bas et arrive ainsi dans la cavité abdominale (Andral), ou le long du rachis jusqu'à la cuisse (Niehr), ou encore dans la région lombaire (Rees).

La *forme interlobaire* du syndrome diaphragmatique est beaucoup moins connue; M. Monnier, qui en a vu quelques exemples très nets, fait remarquer que la prolongation des plèvres scissurales aboutit à la plèvre diaphragmatique et que, par conséquent, un processus inflammatoire interlobaire peut gagner, de proche en proche, la plèvre recouvrant le diaphragme. On constate alors, plus ou moins nettement, les signes de pleurésie interlobaire indiqués par Dieulafoy, auxquels s'ajoutent, comme seul symptôme diaphragmatique, les points douloureux de Guéneau de Mussy.

Les *congestions pulmonaires* de la base donnent aussi quelquefois le syndrome diaphragmatique, et M. Monnier insiste sur les deux grandes causes de ces congestions aiguës : la pneumococcie et la tuberculose. Dans la pneumococcie, c'est une congestion pulmonaire type Woillez, avec points de Guéneau de Mussy; cette forme est assez rare, elle est habituellement bénigne, car elle évolue suivant le cycle pneumococcique habituel.

Le type tuberculeux est beaucoup plus fréquent; son caractère principal est la latence, il faut donc dépister ces congestions de la base qui, sans les points douloureux de Guéneau de Mussy, seraient presque infailliblement méconnues; les congestions pleuro-pulmonaires de la base sont très communes chez les tuberculeux, et, à côté de la tuberculose pulmonaire débutant par le sommet, il faut faire une place incontestable à la bacillose débutant par la base.

Ce type tuberculeux du syndrome diaphragmatique se caractérise par l'existence des points douloureux, par le peu d'intensité des signes généraux et par des symptômes de congestion pulmonaire banale, sans grande réaction. Il survient soit chez un tuberculeux avéré, soit chez un malade paraissant indemne de toute autre manifestation tuberculeuse; il peut donc indiquer le début d'une tuberculose pulmonaire.

Reste une dernière forme du syndrome diaphragmatique, la *forme péritonéo-diaphragmatique*. Ici, les accidents ont été primitivement abdominaux et la plèvre n'est atteinte que dans la suite de l'évolution clinique. Abcès et kystes hydatiques du foie, ulcère et cancer de l'estomac, affections de la rate peuvent se compliquer de péritonites partielles qui gagnent peu à peu la plèvre. La tuberculose est aussi une cause fréquente de lésions pleuro-péritonéales.

De cette étude, il ressort la notion que pleurésie diaphragmatique et syndrome diaphragmatique ne sont pas synonymes, d'autant plus que, suivant une remarque très juste de M. Monnier, il peut se produire un épanchement pleural au-

(1) Guéneau de Mussy. *Clinique médicale*, 1874, t. I. — Voir aussi une Revue générale de Marc Sée, Les pleurésies diaphragmatiques, *Gaz. des hôpit.*, 1893, n° 36.
(2) Netter. Maladies de la plèvre, *Traité de méd.*, t. VII.
(3) Jaccoud. *Gaz. des hôpit.*, 1887, n° 21.

dessus du diaphragme, sans syndrome diaphragmatique; c'est ce qui a lieu pour la pleurésie des cardiaques et pour quelques pleuro-pneumonies de la base. Le syndrome diaphragmatique est donc essentiellement un syndrome douloureux commun à plusieurs affections.

Bien des questions de diagnostic différentiel sont à résoudre en présence de ce syndrome. Je ne ferai que les rappeler très rapidement.

Pleurodynie, névralgie intercostale, névralgie du diaphragme et syndrome scissural de Sabourin doivent être distingués du syndrome Guéneau de Mussy. La pleurodynie est une fluxion rhumatismale d'une région plus ou moins étendue des parois du thorax, avec douleur vive immobilisant la région atteinte, mais sans la topographie douloureuse du phrénique.

La névralgie intercostale se reconnaît à l'existence des points douloureux de Valleix.

La névralgie du diaphragme est très rare, ne donne lieu à aucune élévation de température. Les points scissuraux de Sabourin n'ont pas le même siège que les points douloureux de Guéneau de Mussy; mais rappelons encore l'association possible du syndrome diaphragmatique et du syndrome scissural.

Voici donc un malade qui présente le syndrome diaphragmatique. Il nous faut alors remonter à la cause du syndrome et reconnaître de quelle forme clinique il s'agit. C'est dans ces cas que, bien souvent, il est difficile de savoir s'il y a ou non du liquide au-dessus du diaphragme et même de savoir si le liquide est au-dessus ou au-dessous du diaphragme.

Jaccoud a minutieusement étudié les diverses hypothèses qui peuvent être faites et les signes qui permettent d'arriver à un diagnostic toujours délicat (1). Le *pneumothorax partiel inférieur* peut être confondu avec une pleurésie diaphragmatique; mais l'amphorisme pleurétique, quand il existe, n'est jamais aussi éclatant que celui du pneumothorax; il n'est pas également fort dans tous les points; il est grandement influencé par la force de la respiration; il s'accompagne de matité.

L'*abcès sous-phrénique*, collection purulente au-dessous du diaphragme, est d'abord une affection abdominale; puis un jour vient où des symptômes thoraciques se produisent parce qu'une pleurésie purulente s'est développée, soit à la suite d'une perforation du diaphragme, soit à la suite d'une propagation par continuité.

Le *pyo-pneumothorax sous-phrénique*, collection de liquide et de gaz sous le diaphragme, donne une symptomatologie pleurale avec tous les signes d'un pyo-pneumothorax partiel inférieur, parce que, le diaphragme étant refoulé, la collection vient répondre à la paroi costale. L'histoire de la maladie aidera au diagnostic, car, ici encore, une phase abdominale précède la phase de symptômes thoraciques.

A la ponction avec un appareil Potain, muni d'un manomètre, on constatera le signe de Pfuhl : la colonne manométrique monte pendant l'inspiration et baisse pendant l'expiration, si le liquide est au-dessous du diaphragme; c'est le contraire lorsqu'on évacue un liquide pleural. Sans manomètre, on pourra reconnaître la situation de l'épanchement au signe de Jaffé : l'écoulement du liquide est-il plus rapide pendant l'inspiration, le pus est au-dessous du diaphragme; ce signe a une valeur absolue (Jaccoud).

Il est presque inutile d'ajouter que la *radioscopie* et la *radiographie* apportent, dans un grand nombre de cas, des renseignements fort précis qui facilitent grandement la tâche du clinicien.

On ne peut donner une formule générale pour le *pronostic* du syndrome diaphragmatique, car la gravité du syndrome varie avec sa forme; on ne saurait comparer une pleurésie purulente diaphragmatique à une congestion pulmonaire de la base avec syndrome douloureux de Guéneau de Mussy.

De même, la question du *traitement* pourrait donner lieu à des considérations trop longues pour trouver place ici; il faut faire d'abord un traitement symptomatique, calmer la douleur et la dyspnée, mais il faut faire surtout un traitement causal, et parfois une intervention chirurgicale est nettement indiquée.

M. BRELET.

(1) JACCOUD. *Leçons de clinique médicale*, 1885.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 12 JANVIER 1912)

Anémie pernicieuse mortelle avec fragilité globulaire au cours d'une fièvre typhoïde. — MM. J.-A. SICARD et R.-A. GUTMANN rapportent le cas d'une fièvre typhoïde classique, d'allure bénigne, avec Eberth pur dans le sang qui, au cours de son évolution, s'est compliquée d'une anémie pernicieuse assez rapidement mortelle. L'examen du sang montra l'existence d'une fragilité globulaire notable sans auto ni iso-hémolysines dans le sérum. Il existait également une altérabilité spéciale de l'hémoglobine qui se fonçait rapidement à l'air. Il n'y avait pas d'ictère.

Cette observation prend son intérêt dans l'extrême rareté d'une anémie pernicieuse aplastique au cours de la fièvre typhoïde, d'autre part dans la présence de la fragilité globulaire dont les rapports avec les anémies et les infections sont encore à l'étude.

Sur un cas d'épilepsie consécutive à la méningite cérébro-spinale épidémique. — MM. SAINTON et CHIRAY rapportent l'observation d'une jeune fille de dix-neuf ans qui, à la suite de l'évolution d'une méningite cérébro-spinale, présenta des crises épileptiques absolument analogues à celles de l'épilepsie essentielle. Ils montrent que cet accident mal connu peut également s'observer à la suite des complications méningées de la fièvre typhoïde, comme en témoignent certaines observations.

La malade qu'ils ont observée présentait en outre, à la suite de ces crises, une réaction polynucléaire et lymphocytaire du liquide céphalo-rachidien, puis dans l'intervalle des crises cette réaction disparaissait. Ce fait est à rapprocher des constatations analogues faites dans l'épilepsie dite essentielle par Mosny et Pinard, par Jules et Roger Voisin. Elles tendent à faire penser que beaucoup d'épilepsies dites essentielles sont dues à des complications méningées de maladies infectieuses ayant évolué pendant la première enfance et non à une influence héréditaire comme on le croyait autrefois.

L'urée du liquide céphalo-rachidien dans les néphrites de l'enfance. — MM. NOBÉCOURT et DARRÉ ont dosé l'urée du liquide céphalo-rachidien chez douze enfants atteints de néphrites aiguës, subaiguës ou chroniques. Chez cinq, la quantité était faible, inférieure à 0g10 par litre; chez quatre, elle était moyenne, comprise entre 0g50 et 1 gramme par litre; chez trois, elle était forte, comprise entre 1 gramme et 2 grammes par litre. Les auteurs n'ont jamais observé la grande azotémie.

L'absence d'azotémie s'observe aussi bien dans des formes albumineuses simples que dans des formes chlorurémiques et quelle que soit la durée de la maladie. L'azotémie moyenne a été rencontrée dans des formes combinées, associée à la rétention chlorurée au cours de néphrites, à début aigu mais à évolution prolongée, elle n'a pas entraîné de symptômes particuliers. La forte azotémie a été trouvée dans des néphrites franchement aiguës à évolution assez courte; elle s'est accom-

pagnée dans deux cas d'inappétence, de vomissements et de torpeur.

Dans les cas de forte azotémie, le pronostic a été bénin ; dans les cas d'azotémie moyenne, le pronostic immédiat ne semblait pas plus sérieux que dans les cas cliniquement comparables où l'azotémie faisait défaut.

Ces conclusions, établies d'après un petit nombre d'observations, ne peuvent être que provisoires.

Zonas atypiques et immunisation zonateuse. — M. Jean Minet (de Lille) rapporte, au nom de M. J. Leclercq et au sien, trois observations de formes rares de zonas atypiques (zona double, zona avec placard aberrant, zona avec éruption généralisée).

Ces observations, de même que nombre d'autres relevées dans la littérature, viennent à l'appui des idées soutenues récemment par MM. Gougerot sur l'immunisation zonateuse : la seconde éruption y est en effet tout particulièrement atténuée, qu'il s'agisse d'un second zona où les vésicules se forment à peine, ou d'un placard érythémateux pauvrement vésiculisé représentant à lui seul la seconde éruption, ou encore d'une éruption généralisée où l'infection zonateuse a bien été assez intense pour atteindre toutes les racines, mais, les trouvant déjà demi-immunisées, n'a pu que produire çà et là des vésicules aberrantes à évolution souvent avortée. Il semble bien, en outre, que les faits de zona ophtalmique d'un côté suivi de kératite destructive sans zona de l'autre côté sont du même ordre et relèvent eux aussi d'une véritable immunisation zonateuse, grâce à laquelle les manifestations consécutives à un premier zona sont presque fatalement moins marquées que celles de la première éruption.

Insuffisance surrénale aiguë au cours de la scarlatine. — MM. Grysez et Dupuich, présentés par M. G.-H. Lemoine (du Val-de-Grâce), rapportent l'observation d'un jeune soldat de constitution vigoureuse n'ayant jamais été atteint d'aucune maladie infectieuse qui présenta au quatrième jour d'une scarlatine grave un ensemble symptomatique caractérisé par du ballonnement du ventre douloureux à la pression, des vomissements, un abaissement progressif de la température, un affaiblissement très accentué du pouls qui bientôt devint imperceptible, de la céphalée, une asthénie profonde et des menaces de collapsus.

Sous l'influence d'un traitement par la solution d'adrénaline au 1/1000 en ingestion, l'état général s'améliora progressivement, le pouls qui n'avait pu être senti pendant quarante-huit heures redevint perceptible, la tension qui trois jours après l'emploi de la solution d'adrénaline n'était encore que de 9 centimètres au sphygmomanomètre Potain s'éleva peu à peu et atteignit bientôt 18 centimètres. Le malade guérit complètement et put quitter l'hôpital après un isolement de quarante-six jours.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1912)

Infection osseuse aiguë primitive chez l'adulte. — M. Mauclaire, au sujet d'une observation de M. Guibal (de Béziers) relatant un cas d'ostéomyélite du tibia et du fémur chez un homme de soixante ans, qui succomba à un abcès du cerveau, montre que ces infections osseuses primitives, en dehors de toute ostéomyélite prolongée, sont rares.

Dans le cas de M. Guibal on avait cru à une ostéomyélite aiguë, il s'agissait en réalité d'une ostéomyélite tuberculeuse suraiguë ainsi que le montra l'examen bactériologique.

Tumeur gazeuse du cou. — M. Ombrédanne fait un rapport sur une observation de M. Pierre Duval. Un malade pendant qu'il jouait du trombone vit se développer dans le cou, une tumeur gazeuse.

L'intervention de M. Duval montra qu'il s'agissait non d'une *trachéocèle* mais d'une *aérocèle* venant du médiastin.

Le malade de M. Pierre Duval, étant mort de tuberculose pulmonaire, il y a lieu de penser que c'est la tuberculose qui doit être incriminée, comme dans un cas analogue rapporté par MM. Chauffard et Lœderich.

Œsophagoscopie. — M. Michaux étudiant de nombreuses observations de M. Guisez conclut que l'œsophagoscopie représente le procédé de choix pour l'extraction des corps étrangers de l'œsophage.

Hématome sus-hépatique et sous-phrénique. — M. Souligoux présente un malade qu'il a opéré pour un volumineux hématome sous-phrénique, sur la pathogénie duquel il est difficile de se prononcer.

Artériotomie et ablation d'un embolus. — M. Labey présente un malade chez lequel il a extrait un caillot qui oblitérait l'artère fémorale. L'artère fut suturée à la soie fine, les battements réapparurent immédiatement dans la poplitée, le malade va bien.

XIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

[*Lyon, 22-25 octobre 1911* (1)].

COMMUNICATIONS SUR LES HÉMOLYSINES (*fin*).

Etude sur les rapports de la rate, de l'ictère et de la fragilité globulaire. — M. J. Parisot (de Nancy). Les recherches poursuivies par moi prouvent qu'il est possible, chez certains sujets atteints d'affections variées (chlorose, tuberculose, néphrites et surtout splénomégalies), de mettre en évidence l'existence de fragilité globulaire, d'hématies granuleuses, d'anémie avec anisocytose, etc., c'est-à-dire d'un véritable syndrome hémolytique en dehors de toute trace d'ictère. Celui-ci peut survenir secondairement et n'avoir aucun rapport avec le syndrome hémolytique. Du fait qu'on constate de la fragilité globulaire au cours d'un ictère, on ne doit donc pas conclure qu'il s'agit nécessairement d'un ictère hémolytique.

Ces recherches cliniques et expérimentales apportent d'autre part des documents en faveur du rôle actif de la rate dans la pathogénie du syndrome hémolytique.

1° C'est tout d'abord l'existence de ce syndrome dans certains cas de leucémie et de splénomégalie.

2° C'est son atténuation et même sa disparition (retour à la normale de la résistance globulaire) sous l'influence de la radiothérapie splénique qui entraîne en même temps la diminution de volume de l'organe. Dans un cas d'ictère hémolytique congénital ces mêmes améliorations se sont produites par irradiation de la rate également.

3° Des recherches expérimentales montrent que l'extrait de rate possède un pouvoir hémolytique certain, plus régulier et plus actif que celui des autres organes dont plusieurs sont hémolysants, les surrénales en particulier. On peut même sous l'influence de l'extrait de rate voir se produire dans certains cas une désintégration plus avancée, avec présence de méthémoglobine.

Ces faits semblent procurer l'existence de *splénomégalies hémolysantes simples*, ou pouvant s'accompagner d'ictère, c'est-à-dire de *splénomégalies hémolysantes ictérogènes*.

Pathogénie des ictères. — MM. Leuret et Gauvenet (de Bordeaux) font une communication sur l'étude critique des

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 125, p. 1784; n° 126, p. 1798; n° 127, p. 1814; n° 129, p. 1852; n° 132, p. 1889; n° 135, p. 1937; n° 139, p. 1997; 1912, n° 3, p. 35.

bases actuelles de nos connaissances sur la pathogénie des ictères.

A leur avis la question des ictères hémolytiques a été mal posée. La véritable question est celle-ci : existe-t-il en clinique deux espèces différentes de jaunisse, l'une due à la résorption des pigments élaborés par le foie, l'autre due à la rétention dans le sang d'autres pigments, élaborés ailleurs que dans le foie?

Ces auteurs, après avoir étudié en série, par une méthode nouvelle, la pigmentométrie, les pigments du sang, des urines et des matières des malades ictériques du service du professeur Arnozan, rapportent un cas d'ictère hémolytique de la grossesse où il fut possible de déceler dans les humeurs (sang, urines et selles) l'hématoporphyrine.

Ils protestent contre la conception des auteurs parisiens qui veulent faire de la présence des hématies granuleuses dans le sang, de la diminution de la résistance globulaire ou de la présence d'hémolysines, les caractères essentiels de l'ictère par hémolyse, ces symptômes n'étant ni suffisants, ni nécessaires pour tracer le cadre des ictères hémolytiques. Ils préfèrent considérer comme hémolytique, suivant la conception de Leuret (1904), tout ictère se traduisant par une hyperpigmentation spéciale du sérum sanguin par l'hémoglobine dissoute antécédente aux phénomènes d'ictère. Cette hyperpigmentation amène secondairement un syndrome urologique spécial et toujours acholurique.

Ils en concluent que tous les ictères par hémolyse sont acholuriques et que tous les ictères acholuriques sont des ictères par hémolyse et, réciproquement, que les ictères qui sont choluriques ne sont pas des ictères hémolytiques et reconnaissent toujours pour cause une rétention des pigments élaborés par le foie.

Au point de vue de la pathogénie intime des ictères ils ne peuvent admettre que les ictères acholuriques le soient à cause de la quantité des pigments du sang mais bien à cause de leur qualité ; en d'autres termes que les ictères acholuriques sont tels parce qu'il sont acholémiques.

La cholémimétrie, méthode sur laquelle repose la théorie de Gilbert, leur paraît susceptible des plus expresses réserves.

1° La réaction bleue, limite que Gilbert considère comme décelant la bilirubine, ne serait pas spécifique de ce corps.

2° La quantité de bilirubine appréciée d'après la méthode de Gilbert donne un pourcentage qui n'est pas proportionné à la pigmentation du sérum, ce qui indique que plusieurs pigments concourent à la coloration du sérum.

3° Les pigments contenus dans le sang des ictériques hémolytiques sont notablement plus rouges au début que dans les ictères par rétention.

4° Enfin, on voit des ictères hémolytiques où l'examen du sérum révélerait, d'après la méthode de Gilbert, des doses de pigments supérieures à celles d'ictères choluriques bien que restant nettement acholuriques. La cholurie d'un ictère n'est donc pas fonction de la quantité mais de la qualité des pigments du sang.

Les ictères acholuriques sont des ictères acholémiques; les ictères acholémiques sont tous des ictères par hémolyse exagérée et par pigments sanguins modifiés.

Ils proposent donc d'en revenir intégralement à la théorie de Leuret.

Dans l'hémolyse le pigment sanguin est dépouillé de son fer par le leucocyte macrophage et principalement dans la rate. Il naît ainsi des pigments qui surcolorent le sérum sanguin. Si l'élimination est suffisamment assurée par le rein et par le foie (hypercholie et urobilinurie), il y a hémolyse sans ictère; si le foie ne suffit pas à l'élimination de ces pigments, il y a rétention et coloration des téguments (ictère hémolytique) en même temps que s'élimine par les urines l'urobiline qui prend naissance dans la dégénérescence du pigment sanguin. Ainsi s'expliquerait que l'urobilinurie soit un signe constant de l'hémolyse exagérée et atteigne son maximum dans l'hémolyse avec insuffisance de la cellule hépatique. A cet ictère sans bilirubine devrait s'opposer le type de l'ictère cholurique, la cholurie indiquant toujours que la rétention des pigments a sa cause située au-dessous de la cellule hépatique du côté des voies de l'excrétion biliaire. La biligénie est la signature exclusive du travail de la cellule hépatique.

Hémolyse et cirrhose pigmentaire chez un diabétique. — MM. J. Chalier et L. Nove-Josserand (de Lyon). Un malade, ancien diabétique, présente des signes indubitables de cirrhose hépatique. Comme caractères spéciaux, on relève une ascite chyleuse et, fait plus intéressant, une pigmentation accusée des téguments et particulièrement de la face; il se surajoute à cela du subictère, visible surtout aux conjonctives et aux muqueuses. Le taux de la glycosurie est faible. La mort survient dans la cachexie.

Le diagnostic de cirrhose pigmentaire est vérifié par l'autopsie. Le foie, en plus d'un degré très prononcé de sclérose, offre des îlots pigmentés nombreux. La rate est volumineuse. La recherche du fer par le ferrocyanure de potassium et l'acide chlorhydrique est intensément positive pour le foie, le pancréas, la rate, qui, rapidement, deviennent d'un bleu foncé. Le rein devient bleu plus tardivement et de façon moins intense.

Les dosages du fer (Boulud) pour 1 000 grammes d'organe donnent des chiffres particulièrement élevés par rapport à la normale. Ces dépôts ferrugineux ont leur origine dans des phénomènes hémolytiques intenses.

Ces phénomènes hémolytiques nous les avons *in vivo* mis en évidence. La résistance globulaire se trouve notablement diminuée. *C'est donc dans une fragilité globulaire particulière, dont il est difficile de préciser la cause, qu'il faut chercher la raison d'être de cette pigmentation ferrugineuse des viscères.* Cette pigmentation rappelle de tous points celle que l'on relève dans les ictères hémolytiques. Or, dans ce cas, il y avait du subictère et aussi les stigmates hématologiques essentiels de ces ictères hémolytiques acquis, à savoir la fragilité globulaire, une autoagglutination il est vrai incomplète et quelques hématies granuleuses. Le rapprochement semble s'imposer d'autant plus que Castaigne, J. Chalier, ont établi la réalité d'ictères hémolytiques surajoutés à des cirrhoses hépatiques, ces cirrhoses étant le fait de l'alcool. Gouget a bien vu aussi, dans une cirrhose pigmentaire typique, une hyporésistance des hématies.

Les hémolysines de la sangsue. — MM. E. Weill, G. Mouriquand et J. Chalier (de Lyon). Recherches sur la résistance globulaire et la coagulation du sang *in vitro* en présence du plasma hirudiné, et *in vivo*, après application de sangsues chez l'homme et l'animal.

1° Le pouvoir anticoagulant de l'hirudine et de l'extrait de têtes de sangsues *in vitro* est actuellement bien connu. Les auteurs ont employé pour étudier cette action une méthode nouvelle : elle consiste à exprimer le sang absorbé par la sangsue (ou à le recueillir par le procédé de la sangsue dite « en fontaine »), puis à lui faire subir une centrifugation immédiate. Cette centrifugation sépare les globules du plasma. Les auteurs ont étudié successivement *in vitro* le pouvoir anticoagulant de ce plasma et son pouvoir hémolytique. Le pouvoir anticoagulant est considérable. Une goutte de ce plasma très dilué dans du sérum physiologique (jusqu'à 1/50) permet de rendre ce sang longtemps incoagulable.

L'action de ce plasma sur la *résistance globulaire* n'est pas moins nette. Il est possible, grâce à lui, de sensibiliser les globules et d'apprécier des différences de résistance que les méthodes ordinaires ne font pas apparaître.

Il est donc certain que des quantités presque infinitésimales suffisent à diminuer, *in vitro*, la coagulation sanguine et à fragiliser les globules.

2° *In vivo* ces deux actions ont pu être mises en relief par les auteurs. Comme d'autres auteurs l'avaient déjà montré, le temps de coagulation est augmenté du simple au double, et même au triple chez les sujets chez lesquels les sangsues viennent d'être appliquées. Chez l'animal la différence est encore plus appréciable.

Les auteurs ont également prouvé que, chez les sujets à qui des sangsues ont été appliquées, la diminution de la résistance globulaire est légère mais elle fut constante dans leurs cas.

Il y a donc passage « d'hirudine » dans le torrent circulatoire, en quantité faible, mais suffisante pour produire les phénomènes décrits.

Ces recherches expérimentales ont une portée pratique : l'application de sangsues constitue une méthode à action non seulement locale, mais générale.

La résistance globulaire dans l'ulcère et dans le cancer de l'estomac. — MM. E. Parmentier et Léon Salignat (de Paris). Les auteurs ont fait connaître le résultat de leurs recherches sur la résistance globulaire dans l'ulcère et dans le cancer de l'estomac.

Dans le cancer de l'estomac :

1° La résistance globulaire est souvent mais non constamment augmentée; 2° l'écart entre le début et la fin de l'hémolyse est très variable; 3° la résistance globulaire est d'autant plus augmentée que la cachexie est plus avancée; 4° la résistance globulaire peut être normale, mais elle n'est jamais diminuée.

Dans l'ulcère de l'estomac :

1° La résistance globulaire n'est jamais augmentée; 2° elle est le plus souvent normale; 3° elle peut être parfois diminuée, à l'inverse de ce qui se produit dans le cancer; 4° l'écart entre le début et la fin de l'hémolyse est assez variable, étant en général moins considérable que dans le cancer.

La recherche de la résistance globulaire, sans être un procédé de diagnostic différentiel sûr, présente toutefois un grand intérêt.

L'anémie par hémolyse des entéritiques. — MM. M. Lœper et J. Paraf (de Paris). Beaucoup d'entéritiques chroniques sont anémiques, quelques-uns même sont légèrement ictériques, et l'ictère apparaît fréquemment chez eux fonction de l'anémie elle-même dont il accompagne les fluctuations. Histologiquement, cette anémie n'a rien de spécial : les hématies sont diminuées, mais la valeur globulaire reste normale, le nombre des globules blancs peut être légèrement augmenté; il existe rarement quelques formes de rénovation imparfaite. La rate est souvent hypertrophiée; les urines contiennent de l'urobiline; l'haleine est fétide; la tension artérielle est basse.

La cause de cette anémie paraît être, non dans une diminution de résistance des hématies, mais dans un accroissement du pouvoir hémolytique du sérum qui dissout rapidement les hématies saines et déplasmatisées d'individus témoins. L'accroissement de ce pouvoir hémolytique est dû à une substance de nature albumineuse précipitable par l'alcool et qui passe dans les urines avec certains produits hypotenseurs.

Son origine est triple : parasitaire ou microbienne, alimentaire, fermentaire. Les parasites ou microbes intestinaux, surtout le coli, le perfringens, les sécrétions digestives même et les produits de transformation de la muqueuse, certaines peptones jouent un rôle dans sa formation.

Le traitement de ces anémies doit donc être à la fois intestinal et hématique, c'est-à-dire empêcher la formation de la substance hémolytique, la détruire ou la neutraliser et réparer les désordres qu'elle a causés dans le milieu sanguin.

Ictère par hémolyse après injection d'extrait de fougère mâle. — MM. G. Etienne et M. Perrin (de Nancy) ont observé chez un adulte un ictère survenu très rapidement après l'ingestion d'extrait de fougère mâle.

Cet ictère s'est accompagné d'une déglobulisation assez accentuée, mais passagère. Il n'existait pas, à l'état habituel, de diminution de la résistance globulaire, non plus que d'hémolysine dans le sérum.

Il s'agissait nettement d'un ictère d'origine toxique, l'acide filicique ayant exercé une action hémolysante, directe ou indirecte, sur les globules du malade.

Ce cas est à rapprocher des constatations anciennes de Grawitz sur l'anémie des malades atteints d'ictère à la suite d'absorption de fougère mâle, et de quelques autres faits analogues.

(*A suivre.*) FERNAND LÉVY.

JURISPRUDENCE

DE LA RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS EXPERTS (1)

Nous avons, dans une précédente note de jurisprudence, examiné les deux sortes de responsabilité qui peuvent incomber aux médecins chargés d'une expertise. Nous avions réservé pour notre étude d'aujourd'hui les nullités des expertises résultant des vices de forme qui peuvent entraîner la responsabilité de l'expert.

En matière criminelle, toutes les règles de forme doivent être observées à peine de nullité, car toutes sont considérées comme garanties essentielles de la défense; mais cette nullité n'engage la responsabilité de l'expert que si elle provient de sa faute personnelle.

D'ailleurs, au criminel, il n'y a que trois vices de forme : omission de serment, opérations manifestement informes, dépôt d'un rapport non signé.

En matière civile, l'omission d'une formalité de l'expertise n'entraîne la nullité que lorsqu'elle est susceptible de compromettre les droits du plaideur à qui on l'oppose (Cass., 28 mars 1905, *Gaz. Trib.*, 16 mai 1905; et 16 juil. 1900, *S.* 01. 1. 92). Si donc, par un moyen quelconque, il lui a été possible de défendre suffisamment ses prétentions, l'expertise ne sera pas annulée. Les vices de forme les plus généralement relevés dans l'expertise civile sont : le défaut d'avis aux plaideurs relatif au commencement des opérations, le refus par l'expert de laisser un plaideur assister à l'expertise, la confection d'un rapport manifestement insuffisant ou non signé.

Sans doute les experts commis par justice ne peuvent être rendus responsables que de la faute lourde équivalente au dol ou d'une erreur grossière; et la jurisprudence se montre d'autant plus sévère pour reconnaître l'existence d'une faute qu'il s'agit de médecins qui, aux termes de l'article 23 de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, sont tenus, sous peine d'amende, de déférer aux réquisitions de la justice (Trib. corr. Montpellier, 5 mai 1909, *France judiciaire*, 1909, 2e part., p. 260); mais, dans de nombreux cas, les tribunaux ont retenu la responsabilité d'experts, et en particulier d'experts médecins.

C'est ainsi qu'un médecin peut être recherché en raison des fautes par lui commises dans ses appréciations et conclusions, lorsque celles-ci ont été la base principale de la décision du juge (Cass., 30 janv. 1900, *Sirey*, 00. 1. 403).

Certains tribunaux ont décidé qu'en sa qualité d'auxiliaire de la justice il ne devait, comme le magistrat, ne répondre que de son dol, de faute sciemment commise (Trib. Seine, 30 déc. 1903, *Pas. belge*, 04. 4. 113; Cour Dijon, 25 juil. 1854, *Dalloz périod.*, 54. 2. 249).

Il a été jugé notamment que les experts sont passibles de dommages-intérêts lorsqu'ils ont ou commis des fautes grossières ou manqué d'une manière essentielle aux devoirs de la

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 2 janvier 1912, n° 1, p. 9.

prudence ou de la délicatesse dans l'accomplissement de leur mission (Cour Dijon, 25 juillet 1854, précité).

Au point de vue des expertises médicales, il a été jugé que, dans le cas où un médecin légiste a été sommé par un magistrat instructeur de s'expliquer sur le point de savoir si une femme accusée d'infanticide porte les traces d'un accouchement récent et où, sur sa réponse affirmative, un mandat de dépôt a été décerné contre l'accusée, il est responsable de son erreur de diagnostic (Trib. Saint-Nazaire, 26 février 1897; *La loi*, 24 mars 1897).

Mais en règle générale, le médecin expert, comme dans ses actes médicaux, répondra donc, comme le médecin traitant, de sa faute volontaire et de sa faute lourde (Rennes, 2 juin 1898, *Sirey*, 00. 1. 403; et Cass., 30 janv. 1900, précité).

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ANGINE DE POITRINE

(La médication réussit surtout dans les cas d'insuffisance cardiaque commençante.) — Un granule à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou v gouttes de la solution au millième 4 ou 5 jours de suite. Interrompre quelques jours et reprendre.

VARIÉTÉS

ORCHESTRE MÉDICAL

Le jeudi 25 janvier 1912, à neuf heures très précises du soir, l'Orchestre médical donnera une soirée à la salle Gaveau, au profit de l'œuvre du « Secours immédiat ».

PROGRAMME

Première partie.

1. **Ouverture de Coriolan** (*Op. 62*)....... BEETHOVEN.
2. **Symphonie italienne**................ MENDELSSOHN.
   (*Andante con moto. Saltarello.*)
3. **L'Enfant Prodigue**.................. CL. DEBUSSY.
   Air de Lia : Mlle Adda MIGUEL.
4. **Larghetto** (*Quintette en la*)............ MOZART.
   Clarinettes et Cordes : M. MICHELIN.
5. **Marguerite au Rouet**................ SCHUBERT.
   (Orchestration de Liszt.)
   Mme GRIVOT-LANREZAC.
6. **Concerto pour Harpe**................ HAENDEL.
   Allegro. Larghetto. Allegro moderato.
   Mlle Lily LASKINE.
7. *a.* **En Prière**........................ G. FAURÉ.
   b. **Les Roses d'Ispahan**............... »
   Mme Claude GÉRARD.
8. **Menuet Gothique** (*Op. 25*)............ L. BOELLMANN.

Deuxième partie.

1. **Les Elfes** (*Symphonie légendaire*)...... B. GODARD.
   (Poème de Leconte de Lisle),
   récité par Mlle L. HIMMEL.
   Contralto solo : Mme GRIVOT-LANREZAC.
   Chœur de femmes.
2. **Le Roi s'amuse** (*Airs de danse*)......... LÉO DELIBES.
   GAILLARDE. PAVANE.
   LESQUERCARDE. PASSEPIED. FINAL.
   Chef d'Orchestre : M. H. BÜSSER.

PRIX DES PLACES. — *Rez-de-chaussée.* — Place de loge et fauteuil de face, 5 francs; fauteuil de pourtour, 3 francs.

Premier balcon. — Fauteuil de face et de premier rang côté, 4 francs; fauteuil de côté autres rangs, 3 francs; fauteuil de pourtour, 2 francs.

Deuxième balcon. — Fauteuil de face et premier rang côté, 3 francs; fauteuil de côté autres rangs et pourtour, 2 francs.

Promenoirs. — 1 franc.

On trouve des billets : chez MM. Durand et Cie, 4, place de la Madeleine (de neuf heures à onze heures et de deux heures à six heures); Grus et Cie, 116, boulevard Haussmann; Eschig, 13, rue Laffitte; à la salle Gaveau, 45, rue La Boëtie et à l'Agence musicale E. Demets, 2, rue de Louvois.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 46, 18 nov. 1911.) L. D'AMATO : Sur les échanges d'albumine et sur les lois de l'excrétion du sucre dans le diabète grave.

Presse médicale. — (N° 87, 1er nov. 1911.) E. WEILL et MOURIQUAND : L'hémorragie secondaire tardive et grave, consécutive à l'application de sangsues (hémophilie hirudinée). — (N° 88, 4 nov.) LEVADITI et A. LATAPIE : Le sérodiagnostic de la syphilis d'après les résultats enregistrés à l'institut Pasteur au cours de l'année 1910-1911. — G. FISCHER : L'hygiène du lait, ou la traite aseptique. — Th. LEGRY, M. PARVU et Abel BAUMGARTNER : Diagnostic des kystes hydatiques du cerveau par la recherche des anticorps spécifiques dans le liquide céphalo-rachidien. — (N° 89, 8 nov.) J. JOLLY : L'avenir des sciences morphologiques. — (N° 90, 11 nov.) ROGER : Importance de la pathologie comparée. — A. MARTINET : Faut-il prescrire l'iodure de potassium aux hypertendus? — (N° 91, 15 nov.) LESNÉ, GÉRARD et FRANÇON : Les capsules surrénales dans l'érysipèle. — R. DEMANCHE et P.-J. MÉNARD : La polynévrite syphilitique existe-t-elle ? — (N° 92, 18 nov.) J. BERTILLON : Diminution récente de la consommation d'eau-de-vie dans les villes françaises. — C. PASCHEFF : Sur l'origine histiogène de l'éosinophilie locale. — S. BONNAMOUR et A. IMBERT : Le chlorure de calcium, médicament diurétique déchlorurant. — (N° 93, 22 nov.) WEISS : Cours de physique médicale, cours d'ouverture. — P. HARDOUIN : De l'étranglement rétrograde de l'intestin dans la hernie en W.

Province médicale. — (N° 44, 4 nov. 1911.) Ch. AUDRY : Sur les neuro-récidives syphilitiques postérieures aux cures d'arseno-benzol, sur leur cause et le moyen de les prévenir. — René CRUCHET : Jusqu'à quel âge peut-on parler du syndrome de Little ? — HANNS : Hémophilie familiale chez les descendants de tuberculeux. — (N° 45, 11 nov.) G. GROSS et L. SPILLMANN : Rhinoplastie par la méthode indienne pour nez en selle accompagné de perforation de la racine du nez. — Ch. ROUBIER et M. P. BRETTE : De l'hémiplégie terminale dans la tuberculose pulmonaire. — AUGISTRON : Dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. — (N° 46, 18 nov.) Ch. AUDRY : Syphilis, arseno-benzol, neuro-récidives et neuro-réactions. — LAFFORGUE : La formule leucocytaire de la pneumococcie méningée. — EMILE : Etat typhoïde et état méningé dans une mélitose à évolution courte et terminaison heureuse.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 7. — JEUDI 18 JANVIER 1912. 85e ANNÉE. JEUDI 18 JANVIER 1912. — N° 7.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 16 janvier. — Question donnée : « Tronc de la veine porte. — Symptômes et diagnostic de la rougeole. »

MM. Lévy, 13 + 17 = 30; Beloux, 12 + 16 = 28; Brétégnier, 11 + 13 = 24; Costantini, 16 + 14 = 30; Garcin, 14 + 18 = 32; Mlle Landesmann, 14 + 17 = 31; MM. Masselot, 16 + 15 = 31; Marcorelles, 15 + 19 = 34; Eudel, 14 + 17 = 31; Mlle Delage, 14 + 12 = 26.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Un décret paru à l'*Officiel* détermine les règles applicables au recrutement, à l'avancement et à la discipline du personnel auxiliaire des Facultés de médecine (chefs de travaux pratiques, chefs de laboratoires, chefs de clinique, préparateurs, prosecteurs et aides d'anatomie).

Nous en publierons le texte in extenso dans notre prochain numéro.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le ministre de l'instruction publique a entretenu hier le conseil des ministres des troubles de la Faculté de médecine.

Il a fait approuver le texte d'une dépêche qu'il a adressée au vice-recteur.

En voici le texte :

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts à M. le vice-recteur de l'Académie de Paris.

« Vous m'avez informé que dans sa dernière séance le conseil de la Faculté de médecine avait voté à l'unanimité la motion suivante :

« Le conseil de la Faculté, ému des incidents scandaleux dont continue à être l'occasion le cours de M. Nicolas, appelle l'attention du ministre sur la nécessité de prendre des mesures immédiates pour y mettre fin. »

Ma réponse est contenue à la fois dans l'avis du conseil de l'Université et dans la dépêche de mon prédécesseur en date du 13 décembre dernier.

En vous informant que suivant cet avis il fermait la Faculté pour les étudiants de première et de deuxième année jusqu'au 7 janvier, mon prédécesseur vous priait de faire savoir à l'administration de la Faculté et aux étudiants « que si, après la réouverture, l'ordre venait à être de nouveau troublé, soit dans un cours, soit à l'école pratique, soit dans tout autre service de la Faculté, la fermeture serait de nouveau prononcée jusqu'à la fin du premier semestre de l'année scolaire, et que l'inscription perdue par les étudiants ne leur serait en aucun cas rendue rétroactivement ou cumulativement avec les inscriptions suivantes ».

Puisque l'ordre a été de nouveau troublé, je reprends pour mon compte cette résolution, conforme à l'avis du conseil de l'université. Toutefois, ministre nouveau venu, je tiens, avant de l'appliquer, à faire un appel à la raison de tous les étudiants et à donner à ceux de première et de deuxième année un dernier avertissement.

Veuillez, en conséquence, inviter M. le doyen à faire afficher la présente dépêche.

Si malgré cet avertissement l'ordre est encore troublé de quelque façon que ce soit, soit au cours d'anatomie, soit dans tout autre service de la Faculté, la résolution précitée sera immédiatement appliquée avec toutes les conséquences qu'elle comporte. » GUISTH'AU.

— LEÇONS INAUGURALES. — La semaine dernière a été marquée par deux leçons inaugurables. A la Faculté de médecine, M. le professeur Letulle a pris possession de la chaire d'histoire de la médecine. A l'hôpital Saint-Antoine, M. le professeur Chauffard succédait à M. le professeur Hayem dans la chaire de clinique médicale de la Faculté.

Les collègues, les élèves et les amis des deux maîtres saisirent cette occasion de leur prouver une fois de plus l'estime et l'affection qu'ils ont tous deux su inspirer.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. Rauvier, professeur d'anatomie générale au Collège de France, qui a pris récemment sa retraite, est nommé professeur honoraire.

LES IMMONDICES DE PARIS. — La campagne vigoureuse menée l'an dernier dans la *Gazette des hôpitaux* par M. le professeur Raphaël Blanchard commence à porter ses fruits. Une ordonnance de M. le préfet de police, entrée en vigueur le 16 janvier 1912, interdit le jet des papiers, pelures, épluchures et résidus de fruits ou de légumes sur la voie publique.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Acheray (de Paris), Allain (de Brest), Aumont (de Saint-

Hlide), Baudouin (de Corlay), Beaudonnet (de Vichy), Belgrand (de Paris), Bellot (de Paris), Beretta (de Paris), Bernard (de Forcalquier), Bézaguet (de Paris), Bitot (de Bordeaux), Bize (de Paris), Boisson (de Paris), Bompaire (de Millau), Bonain (de Paris), Bonnefoy (de Sallanches), Bonnemaison (de Maisons-Alfort), Bonnet (de Paris), Bonneville (de Mazamet), Bouquet (de Brest), Bourlaux (de Villenave-d'Ornon), Bousquet (de Paris), Brassart (d'Arras), Briand (de Villejuif), Broudic (de Paris), Cassé (de Caen), Charrasse (de Malaucène), Chesneau (de Saint-Germain-en-Laye), Clément (de Paris), Cola (de Mont-de-Marsan), Collet (de Noyers), Colonna (de Sartène), Cruveilhier (de Paris), Damalix (d'Alfort), Desmaroux (de Vichy), Dudefoy (de Chartres), Dumont (de Paris), Dupiellet (de Carlux), Dupuy (de Neuilly-sur-Seine), Durand (de Maubourguet), Emerit (de Saint-Jean-d'Angély), Ertzbischoff (de Paris), Estrabaut (de Paris), Fabre (du Puy), Fanier (de Paris), Favier (de Vatry), Fédou (d'Azille), Filippi (de Sainte-Lucie-de-Tallano), Fleury (de Bucey), Foucaud (de Rochefort), Frenkel (de Paris), Frogier (de Paris), Géraudel (de Paris), Gibert (de Commentry), Giuli (de Marseille), Goumy (de Mézériat), Gourbeyre (d'Ambert), Gourivaud (de Limoges), Griffaut (de la Mothe-Saint-Heray), Grosclaude (d'Elbeuf), Grosfilley (de Bourg), Guay (de Paris), Hanotte (de Paris), Hillairaud (de la Rochelle), Hublé (de Reims), Hurtrel (d'Amiens), Izac (de Pamiers), Jahan (de Paris), Joly (de Mende), Jordy (de Marseille), Joulia (de Paris), Joyau (de Paris), Juppé (d'Arudy), Lagarde (de Paris), Lamand (de Haspres), Lartigue (de Lesparre), Lasne-Desvareilles (de Paris), Le Chaplain (de Châtelaudren), Legrand (de Verneuil), Lehmann (de Paris), Léoncini (de Nice), Le Roy (d'Etaples), Levère (de Béziers), Lévy-Bing (de Paris), Lougnon (de Moulins), Malerbe (de Paris), Malet (de Cannes), Malet (de Bordeaux), Marsoo (de Pau), Meyer (de Paris), Morienvalle (de Chaulnes), Nachmann (de Paris), Nollet (de Saint-Satur), Penot (de Bellac), Pezet (de Figeac), Plantier (de l'Epine de Noirmoutier), Pouillot (de Joigny), Poupinel (de Saint-Arnoult), Prunet (de Jars), Rattel (de Paris), Riffé (de Coulanges-sur-l'Autize), Robillard (de Paris), Rocher (de Gabarret), Rollin (de Levallois-Perret), Rousseau (de Paris), Roux (de Nice), Sarda (d'Annonay), Scheffer (de Saint-Etienne), Seringe (de Paris), Sieur (de Paris), Simard (de Paris), Simon (de Paris), Simon (de Saint-Mandé), Subert (de Nevers), Tison (de Templeuve), Tollemer (de Paris), Tourlet (de Paris), Ungauer (de Paris), Vergely (de Bordeaux), Vergos (de Brest), Vincent (de Nanterre), Vincenti (d'Ajaccio), Vitrac (de Libourne), Vitry (de Paris), Wagner (de Lieurey), Wattering (de Mérignac), Weill (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Agostini (de Bastia), Agricole (d'Ambleny), Albournac (de Samatan), Arquier (de Brassac), Barbaux (de Paris), Barré (de la Jaudonnière), Barrère (d'Avéron-Bergelle), Barthélemy (de Neuves-Maisons), Bênes (de Marseille), Bernard (de Saulieu), Bertin (de Brionne), Bertrand (de Paris), Bineau (de Caluire-et-Cuire), Blairon (de Charleville), Blanc (de la Croisille), Bleuzé (de Lille), Blusson (de Bénaménil), Bocquet (de Beaucamps-le-Vieux), Bouchard (de Libourne), Boucher (d'Issy-les-Moulineaux), Bourret (de Privas), Bouvier (de Fontaine), Boyer (de Paris), Brenans (de Beaumont-sur-Oise), Bresselle (d'Oisy-le-Verger), Breton (de Dijon), Briau (du Creusot), Briche (de Bailleul), Brochard (de Chemillé), Brumauld des Houillères (de Bellac), Brun (de Cheylade), Brunet (de Bar-le-Duc), Brunetière (de Bordeaux), Camus (de Langeais), Capdepon (de Bordeaux), Chambrin (de Jugon), Chantier (de Bar-sur-Seine), Charpy (de Paris), Chiffre (de Perpignan), Clarac (de Bordeaux), Cochet (de Lille), Conil (d'Eglise-Neuve-de-Vergt), Contal (d'Autreville), Coudray (de Nogent-le-Rotrou), Cougnot (de Champlémy), Cougoule (de Carjac), Coulombe (de Paris), Cuisset (de Tourcoing), Davesne (de Paris), Defressine (de Toulon), Degos (de Mugron), Delfosse (du Quesnoy), Delmas (de Daglan), Delplanque (de la Madeleine-lès-Lille), Delsol (d'Angoulême), Demarest et Dénommé (de Paris), Derouau (de Châtellerault), Desbarres (de Valges), Desbordes (de Civray), Deschamps (de Paris), Deshayes (de Mûr), Desmoulins (de Douai), Desuet (d'Hersin-Coupigny), Devars (de Barcelonnette), Dhers (de Larroque), Dieu (du Mans), Druelle (de Nîmes), Dubiquet (d'Auby), Dubois (de Saint-Victor-l'Abbaye), Duclaux et Dupuy (de Paris), Dussac (de Tarbes), Ernautène (de Saint-Palais), Espinasse (d'Ainé-le-Château), Estève (de Figeac), Estienny (de Toulouse), Fauquet (de Paris), Fenayrou (de Rodez), Flouret (de Vinsobres), Foucart (de Martigny-les-Bains), François (de Hautes-Rivières), François-Dainville (de Paris), Froissart (de Pierrefeu), Gagnière (de Pionsat), Galezowski (de Paris), Garde (de Lyon), Garin (de Paris), Georget (d'Ahuillé), Gérard (de Ravières), Giraud (de Thueyts), Giraud (de Paris), de Goyon (de Bordeaux), Grinbert-Bercu (de Paris), Gros-Devaud (de Miallet), Guichard (de Château-Villain), Guy (de Bonneville), Hamon (de Candé), Hénon (de Matigny), Herpin-Pietkiewicz (de Paris), Isaac (de Marseille), Jacobson (de Cléry), Jolly (de Brizambourt), Jouanne (de Paris), Jouin (de la Rohalle), Julien (d'Orléans), Klein (d'Auxerre), Laborie (de Carlux), Laden (de Paris), Laurenti (de Nice), Lauth (de Saint-Germain-en-Laye), Lebasteur (de Grasse), Leconte (de Rouen), Lemoine (de Mortagne), Lepoutre (de Jenlain), Lequint (de Harnes), Le Rouzic (du Pouliguen), Leroy (de Nice), Lestoquoy (d'Arras), Levis (de Belfort), Loup (de Paris), Loyer (de Douchy), Malot (de Lyon), Marsan (de Saint-Brévin), Martin (de Lyon), Masseret (de Vichy), Mathey (de Monthiers), Mathieu (de Paris), Mathieu (de Cannes), Maurette (de Prat-et-Bonrepeaux), Michel (de Tarbes), Michel (de Montrouge), Minjard (de Panissières), Molina (de Paris), Monod (d'Ozouer-le-Marché), Moricet (de Nice), Nattan-Larrier (de Paris), Nicoullaud (de Lezay), Nimier (de Saint-Brieuc), Ozun (de Montgaillard), Paul-Boncour (de Paris), Payre (de Grenoble), Payre-Ficot (de Soderon), Péraud (de Buzançais), Piedallu et Pivion (de Paris), Pontier (de Lumbres), Poulain (de Montmédy), Prieur (d'Orléans), Prieur (de Sauzé-Vaussais), Quer y (de Miramas), Ramond (de Paris), Randon (de Cahors), Raymond (de Vichy), Rébillard (du Creusot), Rey (d'Arles), Roger (de Laurens), Roglet et Roucayrol (de Paris), Salles (de Rouen), Sassier (de Paris), Saurin (de Nice), Savouré (de Paris), Senesse (de Tarbes), Siguret (de Paris), Simon (de Vaas), Stanislas (de Saint-Poubès), Szczypiorski (de Mont-Saint-Martin), Théron (de Lacaune), Trehet (de Saint-Sauveur-le-Viconte), Vasseur (de Baincthun), Virolleaud (de Jonzac), Voinot (d'Haroué), Weill (de Paris).

CLINIQUE TARNIER. — COURS GRATUIT DE PERFECTIONNEMENT. — Le jeudi 18 janvier, à huit heures trois quarts du soir, M. Brindeau traitera le sujet suivant : « Traitement de l'infection puerpérale »; deuxième conférence : « Traitement des formes graves ».

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE (service de M. le professeur Pierre MARIE). — MM. les docteurs Crouzon, Foix, Léri, Roussy, et les internes du service, MM. Chatelin et Kindberg, feront tous les samedis, à partir du 20 janvier 1912, à l'amphithéâtre de l'école des infirmières, à dix heures et demie du matin, une série de conférences portant sur les maladies du système nerveux et sur les maladies chroniques.

Chaque leçon sera consacrée à la description d'un type clinique et sera accompagnée de présentations de malades et de projections.

Le cours est gratuit et ouvert à tous les étudiants et médecins français et étrangers.

La première conférence (samedi 20 janvier), portera sur « l'achondroplasie dans l'adolescence et chez l'adulte ».

HOTEL-DIEU (service chirurgical du docteur E. POTHERAT). — Tous les jours, à neuf heures et demie, visite, examen des malades et opérations.

Les mardis et vendredis, gynécologie et voies urinaires.

Le jeudi, à dix heures, leçon clinique à l'amphithéâtre Desault.

La leçon d'ouverture aura lieu le jeudi 25 janvier.

Formulaire des Agents physiques, par J. LARAT, chargé du service d'électrothérapie de la clinique des maladies infantiles; G. DAGRON, ancien interne des hôpitaux de Paris; R. DURAND-FARDEL, secrétaire général de la Société d'hydrologie médicale de Paris, médecin consultant à Vichy, et DUBOIS, directeur de l'Etablissement hydrothérapique de Saujon. In-18 jésus, cart. toile, de 460 pages, avec fig. dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin et fils.

SÉANCE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
du 17 janvier 1912

ÉLOGE
DE
J.-N. HENNEQUIN
(1836-1910)

Par M. E. ROCHARD,
Secrétaire général de la Société de chirurgie.

Mes chers collègues, vous vous le rappelez bien tous, celui que notre affectueux respect pour son caractère et ses travaux faisait appeler le père Hennequin.

Nous ne l'avons, en effet, connu que dans la maturité de son âge, au moment où, après avoir creusé de longues années le même sillon, il était arrivé au point culminant de sa carrière et était devenu un maître dans le traitement des fractures.

Sa tête toute blanche avec des cheveux encore drus quoique de couleur de neige, sa moustache décolorée, son teint pâle, lui avaient donné de bonne heure l'aspect d'un vieillard; vous le voyez, un peu fatigué par l'âge et par la fréquentation quotidienne des hôpitaux situés bien loin les uns des autres, venir à vous le torse un peu courbé, faisant des pas réguliers mais scandés et vous donnant la main avec un bon sourire.

Lui qui ne vivait que dans le plâtre était imperturbablement vêtu d'une redingote, d'un pantalon et d'un gilet noirs et avait le plus profond mépris pour toutes les recherches de la toilette et les si futils détails de l'existence élégante.

Eh bien! cet homme, qui par son allure donnait plutôt l'impression d'un bon notaire de campagne, était tout simplement un grand bienfaiteur de l'humanité et un de ceux qui doivent tenir une place dans l'histoire des fractures.

Aussi ai-je cru qu'il était utile de fixer dans nos bulletins l'image de ce collègue dont la valeur égalait la modestie, qui vécut comme un sage et dont beaucoup d'entre nous restent de reconnaissants élèves.

* * *

Jules-Nicolas Hennequin vit le jour, le 13 septembre 1836, à Trémery, qui faisait alors partie de la Lorraine française. Son père, François Hennequin, né dans la même localité le 30 août 1802, avait épousé Mlle Anne Zégut. Il était agriculteur et, sans avoir à proprement parler de fortune, jouissait cependant d'une certaine aisance. Très estimé dans son pays, il remplit pendant vingt ans les fonctions de maire de Trémery et y subit même un attentat, dont on garde le souvenir, et où il fit preuve d'un grand courage.

C'était au mois de février 1843, il s'agissait de mettre la main sur un condamné libéré, originaire de la commune et malfaiteur dangereux. La gendarmerie le recherchait depuis quelque temps sans pouvoir découvrir sa retraite, quand un jour on vint prévenir le maire de son apparition dans le village. Suivi de plusieurs personnes, il s'empresse d'accourir pour procéder à l'arrestation; mais le condamné prend la fuite, et, au moment où on allait le rejoindre, il se retourne menaçant d'un pistolet celui qui mettrait la main sur lui. Le père de notre collègue n'hésita pas, s'élança sur le malfaiteur et l'arrêta non sans subir la décharge de l'arme à feu, qui lui fit une blessure au bras. Cet acte de valeur lui valut, du reste, un témoignage de satisfaction du ministre de l'intérieur.

C'est tout ce qu'il m'a été permis de savoir sur la famille d'Hennequin. Du reste, si comme les peuples les hommes heureux n'ont pas d'histoire, notre collègue dut toucher presque au suprême bonheur. Fils unique, célibataire, mort à soixante-quatorze ans, vivant à Paris et très solitaire, les étapes de ses premières années nous échappent en partie, et je n'ai pu reconstituer à peu près sa vie que grâce à l'obligeance de M. Aubry, le fils du fabricant d'instruments de chirurgie, qui m'a mis en rapport avec M. Lefebvre, son plus proche parent : qu'il me soit permis de les remercier ici tous les deux.

Hennequin passa ses premières années à la campagne dans son village, dont il fréquentait l'école primaire.

Les petits faits anecdotiques, par lesquels le jeune enfant dénote ses tendances et qui mettent une note parfois si pittoresque dans son existence banale, manquent totalement. Nous savons seulement que le commencement de ses études fut assez laborieux, qu'il n'avait pas beaucoup de facilité pour apprendre; mais nous voyons, dès son début dans la vie, ses qualités d'énergie, de volonté et de persévérance se montrer : il est penché sur ses livres et, malgré la peine qu'il a à apprendre, il s'acharne, sur le métier met et remet son ouvrage, puis finit ainsi par tirer tout ce qu'il avait à apprendre de la petite école qu'il fréquentait.

C'est cette même ténacité qui lui a sans doute permis de triompher des dures épreuves de l'internat, et c'est elle que nous retrouvons encore dans l'étude et le perfectionnement de son appareil pour les fractures de cuisse, que nous le voyons successivement transformer pour arriver à la simplicité qu'il présente aujourd'hui.

Son instruction primaire achevée, Hennequin part pour Metz, où il entre au collège Saint-Augustin : il a treize ans. Cela ne paraît point avoir dû aller d'abord tout seul, il lui fallut probablement redoubler des classes, car ce ne fut qu'en 1858, à l'âge de vingt-deux ans, par conséquent, qu'il quitta Metz, au mois de novembre, pour aller passer son baccalauréat devant la Faculté de Strasbourg. Ses efforts furent récompensés : il fut reçu.

Est-ce dans cette dernière ville, à Metz ou à Trémery, que l'idée vint à ce jeune homme, dont les parents étaient agriculteurs de père en fils, de faire ses études médicales? Nous ne le savons pas. Du reste, quoi de plus curieux que ces entraînements, ces espèces de vocations, disons le mot, qui font choisir par un enfant une carrière tout opposée aux habitudes de sa famille, tout à fait étrangère au milieu

dans lequel il a vécu. Ne voyons-nous pas souvent des jeunes gens se destiner au dur métier de marin, eux nés dans un département du centre, n'ayant aucun navigateur dans leur entourage, n'ayant même jamais vu la mer et faisant néanmoins de remarquables officiers ! Ce sont là des tendances que les parents font bien de respecter, car, contrariées, l'homme fait en garde toujours dans le tréfond de son cœur un certain regret, et, satisfaites, elles permettent souvent à celui qui les a montrées d'employer pour le mieux l'énergie dont il était capable.

Il semble qu'Hennequin ne se soit pas trompé dans le choix de sa carrière, car, sorti tout modeste de son petit village, il est arrivé dans l'art de guérir à une situation qui le fait, par ma bouche, honorer de vous, mes chers collègues, et qui lui a permis de servir son prochain dans la plénitude de ses moyens et le plus efficacement possible.

Le voilà donc décidé à faire ses études médicales, et il ne va pas les entreprendre, comme cela devait paraître naturel, à la Faculté de médecine de Strasbourg, voisine de son pays natal et qui jouissait à cette époque d'une célébrité justifiée ; non, il déplace toute sa famille, qui suit le fils unique et vient se fixer à Paris. Il prend ses inscriptions à l'Ecole, et fait mieux, entreprend le rude concours de l'internat. Mais le travail déjà accompli a porté ses fruits. Son cerveau un peu lent, un peu paresseux au début, grâce à un entraînement régulier est maintenant en pleine activité, et trois ans après son arrivée dans la capitale nous voyons Hennequin reçu interne le 24 décembre 1861.

Dans ce concours toujours difficile, il est loin d'être à la fin de la promotion. Il est nommé vingt-septième sur une liste de quarante-deux élus parmi lesquels il se trouve en fort bonne compagnie. Ce sont : Damaschino, Duguet, Nicaise, Gonguenheim, Julliard, Gougeot, Legroux, tous hommes marquant ou ayant marqué leur place dans ce bouquet de choix que composent les membres du corps des hôpitaux de Paris.

On sait l'importance que peut avoir sur certains esprits l'influence de la fréquentation de maîtres éminents et combien de grands chirurgiens ont imprimé une direction prépondérante sur les travaux de leurs élèves. Il eût été intéressant de rechercher s'il en avait été ainsi pour Hennequin et de voir si c'était dans tel ou tel service qu'il avait puisé sa prédilection pour le traitement des fractures. Il nous a été malheureusement impossible d'avoir le moindre renseignement à ce sujet.

Les contemporains d'Hennequin n'ont pu retrouver que des souvenirs très vagues et dont il était impossible de faire état.

La personnalité de notre collègue était, du reste, un peu effacée. Il appartenait à cette catégorie d'individus qui vivent plutôt en dedans d'eux-mêmes et qui font le plus souvent leur plaisir du spectacle de la joie des autres. Il était, au demeurant, paraît-il, assez naïf, et dans cette vie de salle de garde où les caractères de chacun sont passés au crible d'un jugement non dissimulé, et où la belle jeunesse sait exploiter avec finesse le côté pittoresque de chaque nature, je me suis laissé dire que notre bon Hennequin gravissait volontiers les pentes un peu raides que ses collègues se plaisaient à échelonner devant lui et qu'il était, disons le mot, un peu gobeur; que les mânes des auteurs français du XVIIe siècle me pardonnent ce néologisme!

Son internat terminé, la thèse fut bien vite passée; elle avait pour titre *Du Fongus bénin du testicule*, sujet, comme on le voit, sans le moindre rapport avec celui de ses travaux futurs. Notre collègue se trouva alors, comme tant d'autres, dans cette situation, toujours un peu critique, d'un jeune homme qui a beaucoup travaillé, a dépensé pas mal d'argent, est arrivé à friser la trentaine et n'a pour tout titre et pour tout gagne-pain que son diplôme de docteur et d'ancien interne des hôpitaux de Paris, ce qui est fort élégant, à la vérité, mais ne nourrit pas son homme.

Faut-il demeurer dans la capitale, aller en province exercer la chirurgie ou la médecine, ou les deux, prendre une spécialité? C'est là la dure alternative devant laquelle se trouva Hennequin comme se sont trouvés et se trouveront tous les internes de toutes les générations passées et futures.

Il choisit la province et vint se fixer à Metz où il avait fait ses premières études sérieuses; mais ce fut probablement pour répondre aux désirs de ses parents, car il n'y fit pas un long séjour. Paris l'attirait, et, dès le début de l'année 1867, il vint s'y établir pour ne plus le quitter.

A cette époque, il avait déjà dû beaucoup réfléchir sur le traitement de la fracture de cuisse, car, deux ans après son arrivée à Paris, Desormeaux, en 1869, à la Société de chirurgie, montrait des malades soignés par l'appareil d'Hennequin dans son service de Necker et en faisait le plus grand éloge.

*
* *

Notre collègue s'est certainement occupé de la thérapeutique de toutes les fractures; mais ce sont ses appareils pour le bras, les fractures obliques de la jambe et surtout celui pour les fractures de cuisse qui ont fait sa célébrité.

Hennequin avait du reste des idées bien arrêtées et une méthode basée sur des faits exacts.

Dans tous ses appareils il est parti du même principe, celui de l'extension et de la contre-extension; l'idée n'était certes pas neuve, pas de lui, mais l'ingéniosité avec laquelle il en a appliqué les principes et les résultats auxquels il est arrivé sont vraiment à retenir et ont, comme je l'ai dit, marqué sa place dans cette thérapeutique spéciale.

Il faut se rendre compte de tout ce qui avait été tenté auparavant; il faut relire la liste des appareils compliqués mis en usage, pour admirer la difficulté vaincue et surtout la facilité, la simplicité des moyens employés et encore plus l'excellence des résultats acquis.

Les premiers appareils de 1869 portaient déjà les germes de ceux dont nous nous servons aujourd'hui. On y trouve la flexion de la jambe sur la cuisse, celle-ci restant horizontale pour supprimer l'action de la pesanteur, l'extension s'appuyant sur les con-

dyles du fémur; mais la contre-extension était faite à cette époque par des pelotes fixées sur l'épine iliaque, le pubis et l'ischion, et c'était à l'aide de liens élastiques qu'était combattue la contraction musculaire. A l'heure actuelle, c'est la masse du corps qui fait la contre-extension, l'extension se produit à l'aide de poids gradués, le matelas creusé à son extrémité permet de ne plus mettre la jambe hors du lit et le malade peut facilement, et à son grand agrément, quitter la position horizontale sans nuire à la bonne coaptation de ses fragments.

Nous n'en sommes plus à constater la supériorité de cet appareil et, sans aller jusqu'à dire, avec Desormeaux, dans une séance de notre Société le 4 mai 1870, « que les chirurgiens devraient dorénavant plus se préoccuper d'un allongement absolu que d'un raccourcissement sensible », on peut affirmer que cet appareil bien appliqué donne des résultats qui n'ont été obtenus par aucun autre.

Et pourtant le nom d'Hennequin est pour ainsi dire inconnu à l'étranger et son appareil est à peine sorti du territoire français. Il est vrai qu'il s'agit là d'un traitement non sanglant et, il faut bien l'avouer, on pourrait presque dire qu'il y a une mode en chirurgie. Ce qui aujourd'hui attire le plus l'attention, c'est l'acte opératoire et surtout celui qui s'adresse à la chirurgie viscérale. On connaît certainement beaucoup plus le nom de l'opération de Talma que celui de l'appareil Hennequin et combien cependant les services rendus à l'humanité par le second sont supérieurs à ceux obtenus par la première.

Je vous demande pardon, mes chers collègues, de m'être un peu étendu sur les qualités de cet appareil, que vous connaissez aussi bien que moi et je n'insisterai pas sur celles présentées par les autres créations d'Hennequin pour le traitement des fractures obliques du tibia et des fractures de l'humérus. Il a su, là encore, réaliser, pour le mieux, l'application de l'extension et de la contre-extension avec beaucoup d'ingéniosité pour la jambe et aussi pour le bras, tout au moins pendant l'application du bandage plâtré.

Tous ces travaux lui avaient fait obtenir le titre de lauréat de l'Institut de France, de l'Académie et de la Faculté de médecine de Paris.

Et quand on pense que cet homme nous a dotés d'appareils aussi perfectionnés, les a imaginés, réalisés, améliorés par son seul travail et sans avoir même un service d'hôpital à lui, on ne peut que le trouver digne de tous les éloges et de notre parfaite reconnaissance.

Mais s'il n'avait pas à sa disposition des malades lui étant adressés en propre, il a toujours trouvé parmi nous, non seulement le plus grand encouragement, mais encore le plus affectueux respect.

C'est dans tous les hôpitaux de Paris, pouvons-nous dire, qu'il a expérimenté ses appareils. Nous aimions à le considérer, non seulement comme un collaborateur, mais encore comme un maître dont l'enseignement nous était précieux.

Qu'on n'aille pas dire après cela que nos hôpitaux ne sont pas ouverts à toutes les activités! Qu'on n'aille pas raconter que nos services sont fermés et que les détenteurs de ces services sont de petits hobereaux cantonnés dans leurs fiefs et rebelles à tout progrès! N'avons-nous même pas lu dans un des journaux les plus recherchés du matin que nous opérions nos malades sans même prendre leur avis et n'essaie-t-on pas d'insinuer dans le public que nous considérons les pauvres souffrants qui nous sont confiés comme de la matière à expériences? Ce sont là d'infâmes calomnies qui, avec les tristes tendances actuelles, peuvent avoir des chances de se répandre au détriment de tous et sont proférées, je l'espère, par des malheureux qui n'ont d'autres titres que celui de ne pas être officiels.

Je pourrais faire les mêmes réflexions en ce qui concerne notre Société de chirurgie.

Dans une certaine partie du public médical et surtout chirurgical de Paris il est de bon ton d'insinuer que nous formons une société fermée, ce qui est une façon grossièrement dissimulée de dire que nous n'appelons pas dans notre sein tous les chirurgiens éminents de France et que notre compagnie est réservée au seul corps des hôpitaux.

Je m'élevai toujours de toutes mes forces contre cette façon de penser et j'en prends immédiatement pour preuve la nomination d'Hennequin et la liste si brillante des chirurgiens présents et passés dont les noms ont fait la gloire et la réputation de nos bulletins.

Est-ce à dire que la porte de notre Société doit s'ouvrir toute grande à tout venant de la chirurgie sur la seule recommandation d'une réputation plus ou moins justifiée : je ne le crois pas.

L'opinion la plus répandue, je pense, parmi nous, opinion qui a été du reste, à maintes reprises, émise dans cette enceinte, est que notre Société doit se recruter plutôt parmi les chirurgiens consciencieux, laborieux, assidus à ses séances, qu'au milieu de ceux dont le nom est plus ou moins justement glorifié dans le grand public. Elle aime mieux passer pour une assemblée de travailleurs modestes que pour une coquette jalouse de s'enorgueillir d'un panache d'emprunt et préfère le simple ramage des membres qui la fréquentent pour elle-même, au fastueux plumage de sociétaires qui seraient plus occupés de leurs intérêts que de ceux de la chirurgie.

La nomination d'Hennequin comme membre de notre Société fut certainement une des grandes joies de son existence et sa satisfaction fut d'autant plus vive que cet honneur était pour lui tout à fait inattendu. Il nous a du reste prouvé sa reconnaissance en faisant, en mourant, le joli geste de nous léguer une somme importante pour fonder le prix qui porte son nom.

C'est, il me semble bien, sur l'initiative du professeur Terrier et de notre regretté collègue Nélaton que fut posée sa candidature qui, du reste, fut approuvée de tous, et le 10 juin 1896 il était nommé membre titulaire.

Hennequin avait du reste par ses travaux sa place marquée dans notre Société. Il y avait, comme partout, l'allure modeste et n'intervenait dans nos discussions que lorsqu'on traitait des sujets où son avis était prépondérant. Il n'avait pas d'élocution et c'était

pour ainsi dire forcé par le poids même de sa compétence qu'il prenait la parole sans la redemander, mais Euripide n'a-t-il pas dit que *le silence était la réponse des sages*.

*
* *

Je voudrais dire un dernier mot sur la pratique générale d'Hennequin touchant la thérapeutique des fractures, elle me paraît devoir résumer, à l'aurore du xxe siècle, l'opinion des chirurgiens qui, au courant des progrès de la science, ne sont pas entraînés par le trop grand amour de la nouveauté.

Cet homme, qui avait beaucoup mûri son sujet, pensait que, dans le traitement des fractures, la réduction et la contention dans l'immobilité des fragments réduits doit être la règle générale dont on ne doit se départir que dans de rares exceptions.

Qu'importent, en effet, des articulations qui jouent bien si elles ne sont pas les aboutissants d'os consolidés dans une bonne direction ?

Quelle est l'utilité d'une articulation tibio-tarsienne douée de tous ses mouvements si la jambe n'est pas droite, si l'axe du tibia et du péroné ne tombent pas d'aplomb sur l'astragale et mettent le pied en varus, et que faire d'une articulation radio-carpienne souple si, dans une fracture de l'extrémité inférieure du radius, la réduction n'a pas été bien faite et s'il reste une déformation en dos de fourchette?

Il ne faut pas non plus que cette splendide découverte de la radiographie, au lieu de n'amener que du bien, dans la thérapeutique des fractures, soit le témoin sur lequel on s'appuie pour imposer le traitement sanglant dans les fractures fermées.

Certes, l'image donnée par les rayons X nous montre souvent, dans des membres qui ont l'air droit, des fragments qui ne sont pas juxtaposés bout à bout, mais qu'importe, si cette déformation est si légère qu'elle ne gêne nullement la marche. Et ils pourraient se lever par milliers, ceux qui traités par les anciennes méthodes ont récupéré l'intégralité normale du fonctionnement de leurs membres! Le tableau serait peut-être plus noir, si chaque chirurgien venait avec courage annoncer le résultat de ses traitements sanglants, avec non seulement les succès mais aussi les cas de non consolidation, les suppurations interminables et quelquefois même pis.

Loin de moi la pensée de dire que, dans certaines circonstances, le traitement sanglant ne trouve pas son emploi. Il ne faut, du reste, pas préjuger de l'avenir et il arrivera peut-être un temps où il pourra trouver des indications plus nombreuses, mais ce moment n'est pas venu.

Quand on pense à la facilité avec laquelle on peut infecter un foyer de fracture, quand on songe à la difficulté de la mise bout à bout des fragments, même avec une instrumentation compliquée et chère, on ne peut encore le concevoir qu'à titre exceptionnel et qu'entre les mains d'un petit nombre de chirurgiens de métier. On doit donc le proscrire absolument comme méthode générale.

C'est ce que pensait Hennequin avec beaucoup de ses collègues de cette Société et, sur ce fait, il n'était pas fermé au progrès, comme on aurait peut-être eu un peu de tendance à le croire, non, il était simplement mû par son bon sens pratique.

Il estimait aussi, et pour les mêmes raisons, que les appareils de marche ne doivent pas être d'un emploi courant, mais réservés à des cas très spéciaux visant la nature de la fracture et la situation du fracturé. Il en appliquait même, de temps en temps, un de son invention, ce qui prouve bien chez lui le désir de la recherche du progrès et l'intention bien décidée d'expérimenter les méthodes nouvelles.

Ce qui contribuait à affirmer sa foi dans les méthodes anciennes, c'étaient la rigueur et la perfection avec lesquelles il les appliquait. Il fallait le voir faire un plâtre, il semblait officier. Il prenait exactement ses dimensions, ses mesures, maniait la matière malléable avec une véritable dextérité et arrivait parfois à faire de vrais chefs-d'œuvre. Puis il surveillait ses appareils et n'hésitait pas à les refaire, si la coaptation n'était plus exacte, et vous enseignait à juste raison, que, dans ces soins quotidiens et cette surveillance constante, est le secret des résultats heureux.

Il n'était pas toujours très indulgent pour ceux auxquels il apprenait à poser ses appareils, et ne trouvait volontiers bien que ce qu'il avait fait lui-même. Je me suis même laissé dire que certains internes lui avaient joué le mauvais tour de changer de place le lit du malade appareillé par lui. N'ayant pas le lendemain reconnu son œuvre, il n'hésita pas à blâmer ce qui avait été fait par lui-même et qu'à ce moment il croyait avoir été appliqué par d'autres. Ce sont là de petits travers bien pardonnables à l'homme qui donnait le meilleur de sa vie aux malades qui lui étaient confiés.

Il partait dès le matin, et cela depuis de longues années, pour se rendre dans les hôpitaux les plus éloignés. Il ne craignait pas de commencer par Necker pour finir par Saint-Louis, en passant par Lariboisière, et cela en se servant des omnibus ou bien encore à pied, et lorsque l'automobile tout flambant d'un jeune praticien l'éclaboussait, il ne l'enviait pas, peut-être même souriait-il!

Il n'était pas de ceux qui pensent que le luxe des voitures, les réceptions, les collections d'objets d'art sont nécessaires à la réputation d'un chirurgien; c'était un modeste, un simple, et lorsque, ses visites faites, il rentrait dans son petit appartement de la rue de Maubeuge, il y trouvait le repos, le calme que donne la satisfaction du devoir accompli, sans qu'il puisse s'y mêler, jamais, le moindre petit remords de conscience. Et pourtant, avec ses excellentes méthodes et les heureux résultats qu'il savait en obtenir, il lui eût été facile, à l'aide d'une réclame habilement conduite, d'arriver à la fortune; mais il était de la vieille école, il préférait la bonne renommée à la ceinture dorée, et il se fût bien mal accommodé d'une vie agitée, des obligations mondaines qui lui eussent enlevé la tranquillité d'esprit nécessaire à la réalisation de ses idées et au travail patient que réclamait la création de ses appareils.

Il n'était pas du reste sans ressources; il avait un petit patrimoine, et la clientèle lui rapportait plus

qu'il ne lui fallait pour vivre. Il a, paraît-il, laissé à sa mort plusieurs centaines de mille francs.

*
* *

Hennequin possédait, à Trémery, une maison qu'il avait héritée de ses parents. Traditionnaliste, il n'avait voulu rien y changer et l'avait laissée telle qu'il l'avait connue, aux jours heureux de son enfance. Les meubles étaient les mêmes, ils occupaient la même place, si bien que revenant dans sa province et rentrant chez lui tout lui rappelait sa jeunesse, les belles années qui précédèrent l'invasion, et l'aspect même des choses faisait revenir à sa mémoire le souvenir de ceux qui n'étaient plus.

A cette maison attenait un joli jardin. Ce petit coin de terre constituait pour lui le meilleur de sa vie, et il s'en occupait jusque dans ses moindres détails.

Depuis une dizaine d'années, il avait coutume d'y revenir régulièrement deux fois par an : d'abord pour assister au miracle du printemps, il se réjouissait à l'éclosion des premiers bourgeons qui, dans leurs petites carapaces brunes, contiennent tout un avenir de feuilles, de fleurs et de fruits, et plus tard, sur la fin de l'été, il assistait mélancoliquement à la décoloration des pétales qui se fanent et à la chute des feuilles qui, avant de tomber, empruntent les tons des ors les plus précieux, comme pour mieux souligner leur prix et se faire regretter encore davantage.

Je le vois d'ici élaguant ses arbustes, coupant avec le sécateur les rameaux fous qui dépassent et fixant à de solides tuteurs les tiges incurvées de ses rosiers! N'était-ce pas continuer pour ses plantes ses occupations favorites? N'était-ce pas encore là faire, pour les fleurs ses amies, ce qu'il aimait à réaliser pour le genre humain ?

Il adorait la pêche qui était une de ses plus grandes distractions, et pendant ses vacances, la ligne à la main, suivait souvent les riants méandres de cette ravissante Moselle, qui semble en France déployer toutes ses grâces pour se faire pardonner, plus lointaine, de devenir allemande.

Notre collègue faisait partie de cette catégorie de célibataires pour lesquels la plus jolie moitié du genre humain joue un très petit rôle dans sa vie, qui, s'exagérant les défauts des femmes, n'ont jamais pu pénétrer leurs exquises qualités et qui remplacent volontiers dans leur existence l'épouse, par la chasse, la pêche ou l'amour des fleurs, qui ont leur charme, leur grâce, leur parfum et quelquefois même aussi leurs épines.

Il aimait la solitude, était, m'a-t-on dit, assez agréable en famille, mais pas très expansif et plutôt taciturne que jovial. Pour ce qui est de la table, il était très sobre et quand il revenait au pays il ne recevait jamais personne. Si, pourtant, les nombreux malades qui venaient des environs le consulter et auxquels il donnait toujours ses soins gratuitement.

C'était un vrai patriote, un de ces bons Lorrains qui ont porté toute leur vie le dur poids de l'annexion; mais il souffrait sans le montrer, se gardant bien d'afficher ses opinions surtout à Trémery, craignant par des paroles inconsidérées de se voir refuser le permis de séjour, ce qui eût brisé son existence.

J'ai vainement recherché ce qu'il avait fait pendant la guerre de 1870 : exempté, paraît-il, du service militaire, il dut rester à Paris pendant le siège, auprès de ses parents âgés, qui réclamaient son assistance.

Des hommes comme Hennequin ne peuvent qu'ajouter de l'éclat à l'ordre de la Légion d'honneur. Mais le ruban rouge plus que centenaire est un peu vieux jeu; il est affolé par tout ce qui se passe autour de lui depuis quelques années; parfois il ne voit plus bien clair et il se trompe souvent d'adresse. Il n'a pas été frapper à la porte d'Hennequin qui lui eût été certainement ouverte avec la plus grande joie. On ne peut que le regretter pour l'ordre et pour notre collègue.

*
* *

Nous avions quitté Hennequin avant les vacances de Pâques sans que rien d'anormal dans son état pût nous frapper, quand à notre retour nous apprîmes, les uns par les autres, qu'il était mort et enterré sans qu'une lettre de faire-part vînt nous permettre de lui rendre les derniers devoirs.

Il était diabétique, paraît-il, et il le cachait, mais, peut-être, faut-il expliquer par cette diathèse sa physionomie plutôt mélancolique et résignée.

Habitué aux accidents causés par cette maladie, il s'était alité, se soignant lui-même et restant heureusement en relations avec M. Aubry fils qui, voyant la situation s'aggraver, fit appeler Duguet, un de ses camarades de promotion.

Cet ancien ami s'y rendit dans la journée et trouva notre collègue dans son appartement de la rue de Maubeuge, logis simple et des plus modestes, sur un pauvre petit lit de fer, dans sa petite salle à manger.

Il constata une hémiplégie incomplète du côté droit accompagnée d'un état de somnolence d'où il eut beaucoup de peine à le tirer. C'est tout juste si Hennequin le reconnut et put balbutier quelques mots.

On le remit dans sa chambre à coucher; le côté gauche se prit; peu à peu il tomba dans le coma, sans souffrance apparente, s'y enfonça de plus en plus et s'éteignit dans la nuit suivante, le 24 mars 1910.

Il était mort solitaire comme il avait vécu, sans avoir dérangé le moindre membre de sa famille, et c'est à peine si quelques rares personnes suivirent à Paris son cercueil. Il n'avait pas été envoyé de lettres de faire-part. Seuls de ses collègues, Nélaton et Demoulin, mieux informés, purent lui rendre les derniers devoirs.

*
* *

Telle fut l'existence d'Hennequin, de cet homme dont la vie fut celle d'un sage doublé d'un savant, qui vécut inconnu du grand public, même de sa famille, et dont pourtant le nom est entré dans notre histoire.

La chirurgie, le plus beau fleuron de cette cou-

ronne composée de toutes les sciences qui ont trait à l'art de guérir, a, comme aboutissant de toutes ses activités, le travail de la main, qu'il se manifeste par l'application d'un appareil ou par une opération sanglante ; c'est assez dire que son seul but est l'acte duquel devra découler la guérison.

A l'encontre de la médecine, son aînée, qui, limitée dans son action, attache surtout de l'importance à la découverte des maladies et aux moyens de les reconnaître, la chirurgie, elle, met au premier plan la question la plus importante, le traitement de la lésion, sa thérapeutique curative.

Dans l'une, les grands maîtres donnent leur nom à une maladie ; dans l'autre, c'est à une opération. Et comme le progrès est incessant dans notre art, comme les méthodes thérapeutiques changent constamment, puisqu'elles se perfectionnent, le nom des chirurgiens célèbres ne s'attache pas à une découverte définitive, mais bien à des méthodes qui n'ont qu'un temps et dont l'importance nous est rappelée seulement par l'histoire.

Hennequin prendra sa place parmi ceux dont le nom ne doit pas tomber dans l'oubli. Certes, ses traitements seront remplacés par des procédés plus parfaits, par des méthodes plus nouvelles ; il n'en restera pas moins l'homme qui aura doté, pendant de nombreuses années, la chirurgie d'appareils incomparables et qui aura rendu les plus grands services à des milliers de ses semblables.

Il a bien mérité de la science et de l'humanité.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 JANVIER 1912)

Possibilité de conserver à l'état de vie ralentie, pendant un temps indéterminé, la cornée transparente de l'œil humain. — M. MAGITOT montre que la cornée peut être conservée avec ses qualités optiques (la transparence) dans des conditions lui permettant après quinze jours d'être transplantée sur un autre animal de même espèce. Il faut pour cela la conserver dans un milieu approprié constitué par le sérum hémolysé d'un individu de même espèce et à une température comprise entre + 4 degrés et + 7 degrés.

A l'intérêt biologique de ces constatations s'ajoutera certainement bientôt un intérêt pratique pour l'homme.

Elimination de l'azote aminé chez le chien dépancréaté. — MM. H. LABBÉ et L. VIOLLE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 16 JANVIER 1912)

La vie alternante des tissus en dehors de l'organisme. — M. POZZI, après avoir rappelé sa communication du 8 juin 1909 sur les recherches de M. Carrel, dit que celui-ci a continué ses recherches et qu'il est parvenu à obtenir une durée de vie très longue des tissus séparés de l'organisme, en les mettant alternativement dans deux états de vie : « Un état de vie manifestée pendant lequel le tissu se développe, épuise son milieu nutritif et s'entoure des produits de son catabolisme, et un état de vie latente pendant et après lequel il se débarrasse de ces substances étrangères, et reçoit un milieu neuf. » Ces expériences ont été pratiquées sur des cultures de tissu conjonctif provenant de la peau, du cœur, de la rate, des muscles, du péritoine et des vaisseaux sanguins de fœtus de poulets de quatorze à vingt jours. La durée maxima de la vie de ces cultures a été de soixante et un jours.

Cette communication a été suivie d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Henneguy, A. Gautier, Dastre et Gley.

Pronostic des vomiques fétides. — M. L. GALLIARD conclut, d'une étude sur cette question, que l'intervention chirurgicale contre les vomiques fétides n'est pas toujours indispensable; mais pour cela il est nécessaire que la localisation de l'infection soit strictement pleurale. Aussitôt, en effet, que le parenchyme pulmonaire est intéressé par la suppuration ou la gangrène, le pronostic s'assombrit et la pleuro-pneumotomie s'impose.

Infantilisme d'origine hypophysaire. — Pour M. SOUQUES, les lésions hypophysaires capables d'entraîner l'infantilisme doivent se produire dans l'enfance, circonstance exceptionnelle. Les faits cliniques et expérimentaux démontrent que les lésions de l'hypophyse, soit en supprimant, soit en altérant les fonctions de cette glande, déterminent directement ou indirectement un syndrome d'infantilisme. Ce syndrome a sa place naturellement marquée à côté de l'infantilisme d'origine thyroïdienne.

La localisation des lésions comprimant la moelle. De la possibilité d'en préciser le siège et d'en déterminer la limite inférieure au moyen des réflexes de défense. — M. BABINSKI établit, dans un travail fait en collaboration avec M. JARKOWSKI, que la topographie de l'anesthésie permet généralement de reconnaître la limite supérieure d'une compression spinale, et que sa limite inférieure peut être fixée d'ordinaire par la hauteur à laquelle s'élève le territoire des réflexes de défense.

Lorsque l'écart entre la frontière de l'anesthésie et celle des réflexes de défense est considérable, l'hypothèse d'une compression par tumeur extraduremérienne ou par pachyméningite est la plus vraisemblable. Quand, au contraire, les deux frontières se confondent ou sont très rapprochées, il est extrêmement probable qu'il s'agit d'une tumeur intraduremérienne.

Troubles du rythme cardiaque dans les oreillons. — Dans une communication sur ce sujet, M. Pierre TEISSIER expose qu'au cours des oreillons la bradycardie est de beaucoup le trouble rythmique le plus fréquent. Elle y constitue un phénomène habituel, un symptôme plutôt qu'une complication.

De plus de 150 observations, prises en collaboration avec MM. Scheffer et Roux, M. P. Teissier conclut que cette bradycardie est en général modérée, 50 à 40 pulsations, qu'elle est précoce et plus marquée dans les formes peu fébriles, et qu'elle peut disparaître à l'occasion d'une complication.

La ponction lombaire, pratiquée dans 45 cas de bradycardie, a montré la fréquence des réactions méningées. L'épreuve de l'atropine, effectuée avec MM. Maillet et Roux, a montré une accélération généralement très modérée et de courte durée succédant à une diminution transitoire et peu accentuée du pouls.

Ces résultats ne permettent donc ni de confirmer ni d'infirmer la nature nerveuse probable des bradycardies survenant au cours des oreillons.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 13 JANVIER 1912)

La cellule dite neuro-formative dans les processus de gliome. — M. D. ANGLADE (de Bordeaux). La présence, dans un gliome, de cette variété de cellule a été diversement interprétée. On s'est même dit qu'il s'agissait de quelque forme tératologique issue de la cellule germinative de l'ectoderme et n'aboutissant jamais à une différenciation nette.

Cette cellule ne s'observe pas aussi rarement qu'on l'a dit. Elle se voit aisément dans tous les processus d'hyperplasie névroglique et notamment dans la gliose corticale et sous-corticale de la paralysie générale. Les divers aspects sous lesquels l'auteur l'a vue l'autorisent à dire qu'elle est bien une cellule de Deiters dont le protoptasma seul s'est accru et modifié.

De la cellule de Deiters normale, sa méthode ne colore que les fibrilles. Dans les foyers d'encéphalite et dans les gliomes, le protoplasma se gonfle et se colore. La double coloration est bien nette si après l'iode on fait agir une solution de trypanrote picriqué.

Action hémolytique de l'adrénaline. — M. J. PARISOT. L'adrénaline est capable de transformer, *in vitro*, le pigment sanguin en pigment biliaire. Cette propriété est d'autant plus intéressante que cette substance peut hémolyser directement les globules comme le prouvent les expériences suivantes.

In vitro son pouvoir hémolytique est manifeste vis-à-vis des globules de lapin, de mouton, de chien, d'homme.

In vivo on peut, à l'aide d'un procédé technique particulier, constater que l'injection d'adrénaline est capable de faire apparaître en quelques heures un certain degré d'hémoglobinémie, en dehors de toute intervention possible du foie et de la rate. Ces organes semblent cependant pouvoir accentuer secondairement l'hémolyse, car des globules sur lesquels on a fait agir une dose d'adrénaline incapable de produire l'hémolyse peuvent être hémolysés secondairement par des extraits de foie et de rate, alors que ces extraits laissent intacts les globules témoins.

A la suite d'injections répétées d'adrénaline, on peut enfin, chez le lapin, constater la production d'un syndrome hémolytique avec anémie, anisocytose, hématies granuleuses, urines hémaphéiques, etc.

Phénomènes produits par la transfusion du sang des animaux skeptophylaxiés. — MM. BOUIN, ANCEL et LAMBERT. 1° Le sang des animaux skeptophylaxiés acquiert très rapidement des propriétés toxiques pour des animaux neufs de même espèce.

2° Les symptômes présentés par les animaux transfusés se caractérisent essentiellement par leur longue durée et sont très différents de ceux qu'entraînent les injections d'extraits d'organes.

3° Les propriétés toxiques du sang transfusé ne sont pas spécifiques.

4° Un animal skeptophylaxié par des injections d'extrait d'un organe est protégé contre la transfusion du sang toxique d'un animal skeptophylaxié par des injections d'extraits d'un autre organe.

Elimination par la bile de microbes introduits dans le tube digestif. — Les expériences de MM. BRETON, BRUYANT et MEZIE plaident en faveur de la fréquence de l'infection descendante des voies biliaires; elles montrent le rôle joué par celles-ci dans l'élimination habituelle des microbes introduits des voies digestives dans le sang.

Autres communications :

Rôle antitoxique des catalases. — M. BILLARD.

Toxicité des extraits d'organes et incoagulabilité du sang — M. GLEY.

Détermination du pouvoir antigène des diverses tuberculines et titrages des sensibilisatrices ou anticorps des sérums des tuberculeux. — MM. CALMETTE et MASSOL.

Dosage des lipoïdes dans les tissus animaux. — M. GÉRARD.

Flore intestinale de l'homme dans un cas de dysenterie amœbienne. — M. ROMANOVITCH.

Action du chloroforme sur le foie. — M. DOYON.

Le chondriome du réseau de Purkinje du cœur. — M. MIRONESCO.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 11 JANVIER 1912)

Réactions des nerfs craniens après le 606. — MM. SICARD et GUTMANN. Très rares, elles peuvent se diviser en trois catégories : 1° atteinte directe de la huitième paire par l'arsenic, d'où bourdonnements, vertiges, nausées, avec liquide céphalo-rachidien normal; 2° réaction méningotropique avec albumine et cellules dans le liquide, il s'agit alors d'une véritable réaction de Herxeimer; 3° enfin des accidents tardifs, non imputables au traitement et qui sont de véritables neuro-récidives survenant deux à trois mois après le traitement. — Ces dernières cependant, d'après les statistiques allemandes, remarque M. LHERMITTE, seraient plus fréquentes depuis l'emploi du 606. — A une question de M. Babinski, M. Sicard répond que la dose nécessaire pour déterminer des accidents serait de 40 centigrammes, cependant M. Balzer en a eu une fois avec 30, et M. Claude après quatre injections de 20.

Ophtalmoplégie mixte totale d'origine traumatique. — M. KŒNIG. Une femme de quarante ans tombe le 4 novembre dernier sur le côté gauche de la face : perte de connaissance d'une heure à peine. Puis facies d'Hutchinson typique avec ptose et paralysie pupillaire. Malgré l'absence de troubles du trijumeau, l'orateur conclut à une fracture de la fente sphénoïdale. La malade qu'il présente est actuellement améliorée.

Signe de Horner après goitre plongeant. — M. COUTELA. A remarquer qu'après l'instillation d'adrénaline la pupille est pendant quelques instants en mydriase et ovalaire.

Présentation d'appareils dynamométriques. — M. CASTEX. Simples et peu encombrants. Le présentateur fait remarquer l'utilité de pouvoir apprécier les variations de force d'un effort à l'autre chez les simulateurs.

Mensuration de la vitesse de l'excitabilité neuro-musculaire. — M. BOURGUIGNON. Méthode dont le principe est dû à M. Lapicque. Elle permet de suivre l'évolution dans l'un des deux sens des dégénérations musculaires.

XIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

[*Lyon*, *22-25 octobre 1911* (1)].

COMMUNICATIONS SUR LES DIURÉTIQUES

Opothérapie hépatique et diurèse. — M. PERRIN (de Nancy). Les effets diurétiques de l'extrait hépatique dans les cas d'insuffisance hépatique (cirrhose) avec oligurie, opsiurie, anisurie, autorisent à espérer théoriquement un effet diurétique indirect dans des cas d'oligurie ressortissant à des causes diverses, quand, pour une raison quelconque, on ne

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 125, p. 1784; n° 126, p. 1798; n° 127, p. 1814; n° 129, p. 1852; n° 132, p. 1889; n° 135, p. 1937; n° 139, p. 1997; 1912, n° 3, p. 35; n° 6, p. 71.

peut employer ou continuer les diurétiques cardiaux ou rénaux.

En fait, cette action diurétique indirecte s'obtient parfois.

Médication diurétique et cure de diurèse par les eaux minérales. — M. J. Cottet (d'Evian). Par cure de diurèse, nous entendons cette médication hydrominérale dont un certain nombre de stations se sont fait une spécialisation et qui consiste essentiellement à stimuler physiologiquement la fonction rénale par l'ingestion méthodique d'eaux appropriées, faiblement minéralisées, et à faire ainsi traverser l'organisme par un flot lixiviant dont puissent bénéficier, soit l'économie tout entière, soit tel ou tel appareil plus spécialement visé. La cure de diurèse représente donc une forme en quelque sorte physico-thérapique de la médication diurétique. Différente dans son principe de celle qui est réalisée par les médicaments, tels que la digitale et la théobromine, mais susceptible de s'associer à elle et de la compléter heureusement dans nombre de cas. Elle constitue avant tout, au point de vue thérapeutique, un procédé de lavage du sang, des tissus et des appareils que traverse le flot diurétique, et parmi lesquels l'appareil urinaire se place au premier rang.

A l'état normal, l'ingestion massive d'une certaine quantité d'eau appropriée, surtout dans les conditions de jeûne matinal, provoque une diurèse si remarquable par son abondance et sa rapidité que souvent le volume de l'urine éliminée dans les deux heures consécutives à l'ingestion de l'eau, dépasse de 25 à 50 p. 100 celui de l'eau ingérée, en même temps que sa densité s'abaisse à 1005 et même 1003. Cette polyurie de cure, qui tranche nettement sur l'ensemble de la diurèse du nycthémère et qui, chez de nombreux sujets, ne peut être obtenue que dans le *décubitus horizontal*, est le fait caractéristique qu'il faut retenir. Il semble, en effet, qu'il soit la condition et la mesure du succès thérapeutique.

Le rythme urinaire dépend à la fois : 1° de conditions extrinsèques : moment d'ingestion de l'eau, quantité et température de l'eau ingérée, attitude gardée par le sujet ; 2° de conditions intrinsèques liées à l'état des appareils d'absorption, de circulation, d'élimination.

La diurèse et les diurétiques. — M. L. Becq (de Liége). En reprenant des expériences connues sur lesquelles s'étaient basés MM. les rapporteurs, je suis arrivé à des conclusions qui, dans certains cas, sont assez différentes.

Tout d'abord, je crois que le vague ne contient aucune fibre vasoconstrictive ou sécrétoire se rendant directement au rein, et la paralysie temporaire du cœur entraînant l'ischémie bulbaire serait la cause de la diminution de la pression générale, de la courbe oncométrique et de l'arrêt de la diurèse.

D'autre part, l'action de la pilocarpine et de l'atropine sur la diurèse dépend étroitement des modifications cardio-circulatoires concomitantes. Il en est de même, contrairement à l'opinion de V. Schröder, des diurétiques xanthiques.

Pour ce qui est de l'agmine et de la théocine, leur action sur l'appareil vasculaire du rein est une vaso-dilatation extrême entraînant une polyurie considérable; cette action existe aussi pour les vaisseaux périphériques, mais d'une manière moins considérable; enfin leur pouvoir cardiotonique empêche la pression sanguine de baisser beaucoup malgré la vaso-dilatation.

Gottlich et Magnin attribuent la diurèse digitalique, malgré la vaso-constriction rénale, au renforcement de l'activité cardiaque qui accélère la vitesse du sang, faisant disparaître la stase veineuse.

Nos idées concordent avec celles de ces auteurs, et nous admettons, en outre, que les diurétiques xanthiques n'ont pas de pouvoir chlorurique ou déchlorurant spécifique; c'est là un phénomène passif qui se produit quand brusquement l'organisme se libère de réserves inutiles.

Etude expérimentale sur la diurèse et la résistance globulaire. — MM. Bonnamour et Roubier (de Lyon). Nos expériences nous ont montré qu'une ingestion intraveineuse de diurétique quelconque amène une diminution de la résistance globulaire. Cependant, il n'y a pas corrélation entre cette hyporésistance qui se produit vingt-quatre heures après l'injection et la diurèse, qui, elle, est immédiate.

L'hyporésistance globulaire doit être attribuée, soit à une action directe de la substance diurétique sur le globule rouge, soit à une modification du milieu sanguin par la diurèse.

Il est probable que ce phénomène doit s'observer après l'injection d'autres médicaments non diurétiques.

Action diurétique et déchlorurante du chlorure de calcium. — M. Vitry (de Paris). Le chlorure de calcium est surtout employé dans les néphrites aiguës et subaiguës, mais une observation personnelle m'a montré que son action diurétique peut se faire sentir en dehors de toute néphrite et de tout trouble circulatoire, dans les cas de trouble de nutrition générale amenant de la rétention chlorurée (obésité, par exemple).

Les troubles de la diurèse dans les affections hépatiques. — MM. Gilbert et M. Villaret (de Paris). Comme des publications antérieures l'ont déjà montré, les hépatiques en état d'hypertension portale présentent des troubles de l'élimination urinaire ou opsiurie : les maxima normaux de la diurèse provoquée au lieu de se produire immédiatement après le repas n'ont lieu que bien plus tard, et cela peut être rapproché de la nycturie des maladies cardio-vasculaires et rénales; normalement, et dans le cas d'opsiurie, les maxima d'élimination des chlorures et de l'urée, du bleu de méthylène et des substances chromogènes coïncident avec ceux de la quantité.

La principale cause de l'opsiurie est l'hypertension portale.

Dans un deuxième genre d'épreuves (épreuves de six heures) chez l'individu normal, une polyurie abondante se produit consécutivement à l'absorption massive d'eau, tandis que l'orthostatisme reste sans effet. Chez un hépatique, on observera, au contraire, de l'oligurie accentuée encore par l'orthostatisme.

Consécutivement à l'hypertension portale se produisent la chute de pression artérielle, des modifications de la circulation rénale et la gêne de l'absorption intestinale qui expliquent les phénomènes ci-dessus.

Au point de vue thérapeutique, nous conclurons que l'oligurie et l'opsiurie des hépatiques sont moins justiciables des diurétiques que d'un traitement luttant contre la gêne de la circulation portale, et avec M. Arnozan nous pensons que l'eau n'est pas nécessairement le meilleur des diurétiques.

(*A suivre.*) FERNAND LÉVY.

PRATIQUE MÉDICALE

QUELQUES COMPLICATIONS NERVEUSES DE LA TUBERCULOSE

Par M. le docteur J. Meillant.

Parmi les complications fréquentes de la tuberculose, il faut citer les névrites périphériques. Signalées par Joffroy, étudiées par Pitres et Vaillard, ces lésions nerveuses doivent être mises sur le compte de l'intoxication. Elles peuvent exister, en effet, à distance et se trouver fort éloignées du foyer tuberculeux.

On connaissait autrefois les névrites des nerfs craniens englobés dans des exsudats méningés ou les lésions portant sur des nerfs du médiastin comprimés par un ganglion caséeux. Dans ces cas, l'origine en était facilement reconnaissable, il

s'agissait d'inflammations de voisinage ou d'une influence mécanique pure.

Mais fréquemment, les nerfs de régions diverses sans contiguité avec des masses tuberculeuses présentent les altérations dégénératives de la névrite parenchymateuse.

Ces névrites du tuberculeux ne sont pas bacillaires, elles sont indépendantes de toute lésion des centres nerveux et sont dues à l'action des toxines.

A l'heure actuelle, on attribue aux névrites les divers troubles de sensibilité observés chez le tuberculeux : les névralgies intercostales, faciales, du membre supérieur, la sciatique, les douleurs sans localisation exacte et siégeant de préférence dans les muscles (nuque, cou, épine dorsale) sont de celles-là.

Au-dessus du genou, il existe souvent une douleur exagérée par la pression et s'étendant à tout le membre inférieur appelée mélalgie des phtisiques, et enfin des arthralgies diverses d'origine névritique.

Ces douleurs sont parfois extrêmes, enlevant le sommeil, et apparaissant avec recrudescence aux moindres mouvements. Les applications sédatives habituelles, les topiques ou l'extrait d'opium et de belladone voisinant avec le chloroforme et l'huile de jusquiame n'apportent qu'un soulagement relatif. La morphine en injection est dangereuse chez ces malades dont elle raccourcit l'existence et, parmi les analgésiques connus, nous ne voyons guère à préconiser que l'injection de pantopon ou, si l'injection n'est pas acceptée, le pantopon « Roche » (sirop).

Dans deux cas de névrites bacillaires extrêmement douloureuses une injection d'une ampoule de pantopon (un centimètre cube de solution ou 2 centigrammes de principe actif) ont amené une sédation presque immédiate. Dans les cas rebelles, il ne faut pas craindre d'injecter deux fois par jour une ampoule. Cette substance, qui renferme sous une forme soluble tous les alcaloïdes de l'opium et qui est en un mot l'opium total, n'a pas les inconvénients de la morphine ou même de l'extrait thébaïque. Elle n'amène pas d'opiomanie, elle constipe beaucoup moins que les opiacés, s'élimine rapidement, et cependant ses effets analgésiques et hypnotiques sont égaux à ceux de la morphine.

Contre la névrite il n'y a pas à s'attarder à des moyens par ailleurs actifs, mais ici insuffisants, il faut, pour soulager et ramener le repos, agir par ce que la thérapeutique nous offre de plus puissant.

LIVRES NOUVEAUX

Maladies des os (1), par Marfan, professeur à la Faculté de médecine de Paris, Apert, Aviragnet, Léon Bernard, M. Garnier, J. Hallé, Milian, médecins des hôpitaux.

Ce bel ouvrage forme le fascicule 39 du *Nouveau Traité de médecine et de thérapeutique* publié sous la direction de A. Gilbert et L. Thoinot.

Il comporte une description très complète des connaissances actuelles sur les affections osseuses exposées au point de vue médical.

Le chapitre le plus étendu et qui comporte près d'un tiers de l'ouvrage est une magistrale description du rachitisme par le professeur Marfan.

L'auteur y développe la conception personnelle qu'il s'est faite du rachitisme, conception déjà exposée plus brièvement dans des publications antérieures, en particulier dans un petit volume des actualités médicales paru en 1911.

Pour M. Marfan, les lésions osseuses du rachitisme sont la conséquence des réactions que peuvent provoquer dans la moelle osseuse et dans le cartilage de l'enfant du premier âge toutes les infections ou intoxications chroniques.

Multiples sont donc les affections qui peuvent leur donner naissance depuis les troubles dus à des vices d'alimentation jusqu'aux pyodermites chroniques en passant par la syphilis, la tuberculose, les bronchopneumonies, etc.

De plus, les lésions osseuses ne sont pas tout dans le rachitisme, et tous les organes lymphoïdes de l'enfant peuvent se trouver atteints. Il faut élargir le cadre du rachitisme et y rattacher l'intumescence des organes hémolymphatiques, la tendance aux spasmes de l'enfance, l'anémie.

Le rachitisme comprend donc une bien plus grande part de la pathogénie infantile qu'on ne le supposait, surtout si on s'attache à le dépister dans ses formes atténuées si fréquentes.

Ce travail, le plus important du volume, est encadré par des articles fort intéressants parmi lesquels nous avons remarqué une description des ostéites infectieuses par J. Hallé, dans laquelle, après la description des ostéomyélites et des ostéites tuberculeuses, on trouvera l'histoire des ostéites lépreuses, mycosiques, une description très complète de la syphilis des os et des articulations par Milian, l'histoire des ostéopathies toxiques (phosphorée, des nacriers) due à la plume d'Aviragnet, une belle étude sur l'ostéomalacie par Léon Bernard.

On trouvera ensuite un chapitre sur les dystrophies osseuses d'origine obscure par Léon Bernard, comprenant les diverses affections se traduisant par l'atrophie et la fragilité des os, les exostoses ostéogéniques, l'ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique et diverses autres ostéopathies.

Puis des descriptions de l'acromégalie, du gigantisme, du nanisme par M. Garnier.

L'ouvrage se termine par la description, due à Apert, des dystrophies osseuses congénitales, et une séméiologie de la taille due à la plume du même auteur.

Somme toute, très bel ouvrage d'où chacun puisera avec intérêt une quantité de connaissances utiles. M. LANCE.

(1) In-8 raisin broché de 756 pages avec 160 figures. — Prix : 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

DYSPEPSIE PAR FERMENTATION

Pâtes alimentaires, légumes en purée; aliments très cuits, préparés à l'eau et au sel. Ajouter beurre frais au moment de servir. Eau pure et infusion aromatique chaude après le repas (Robin).

— Comme médication, Elixir ou cachets de Trouette-Perret à la papaïne, surtout au moment de la reprise du régime carné.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Agenda médical pour 1912, contenant : 1° *Mémorial thérapeutique du praticien*, par le docteur Barth, médecin de l'hôpital Necker. — 2° *Mémorial obstétrical*, par le professeur Pajot, revu par le professeur Paul Bar. — 3° *Formulaire magistral*, revisé conformément au Codex de 1908, par M. Paul Robin. — 4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par le docteur de Valcourt. — 5° *Médecine thermale*, principales stations avec l'indication des médecins consultants, par le docteur Macrez.

Plus, un calendrier à un ou deux jours par page, sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins, officiers de santé, pharmaciens, dentistes et vétérinaires du département de la Seine; les médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins du bureau de bienfaisance; les médecins inspecteurs des eaux minérales; maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; les Facultés et les Ecoles préparatoires de médecine de France; les Ecoles de médecine militaire et navale, avec le nom des

professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; le nouveau tableau des rues de Paris, etc.

Prix. — Broché : 1 fr. 75. — Cartonné à l'anglaise : 2 francs. — Divisé en 5 cahiers et doré sur tranche, de façon à pouvoir être mis dans une trousse à portefeuille : trimestres à deux jours par page, 3 francs; trimestres à un jour par page, 3 fr. 50; trimestres seuls dorés sur tranches, à deux jours par page, 1 fr. 75; à un jour par page, 2 fr.

Reliures diverses. — N° 1, maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier, 3 fr. 50; — n° 2, et l'agenda divisé en cinq cahiers, doublé en papier, 3 fr. 75; — n° 3, et petite trousse en soie, 5 fr.; — n° 4, en maroquin, 7 fr.; — n° 5, avec fermoir en nickel, 9 fr. — Paris, Asselin et Houzeau.

NOTES POUR L'INTERNAT

LE RÉTRÉCISSEMENT MITRAL PUR

[MALADIE DE DUROZIEZ] (1)

ÉVOLUTION. — Le rétrécissement mitral pur peut être parfaitement bien toléré pendant presque toute la vie, et contrairement à l'opinion classique, on pourra voir des femmes mener à terme de nombreuses grossesses sans incidents, tout en ayant un rétrécissement mitral bien compensé. Cependant, très souvent, à l'occasion d'un effort, d'une fatigue, d'un surmenage, de la *grossesse*, d'une affection intercurrente, le cœur ne suffira plus à sa tâche, la stase pulmonaire s'installera pour ne plus disparaître, elle retentira enfin sur le cœur droit et l'asystolie éclatera. Souvent ce rétrécissement mitral pur se compliquera, au cours d'une maladie infectieuse, du rhumatisme, d'*insuffisance mitrale*, et très rapidement alors l'asystolie apparaîtra. Mais, le plus souvent, ce que l'on observe au cours de l'évolution du rétrécissement mitral pur, c'est l'apparition d'une complication souvent mortelle.

COMPLICATIONS. — Il faut signaler tout d'abord l'exagération de la dyspnée, de la toux, des palpitations, de la tachycardie, la répétition des épistaxis, des hémoptysies; on a signalé, ces derniers temps, la *paralysie du récurrent*, surtout du récurrent gauche (Ortner-Kraause) par suite de la compression du récurrent contre la crosse aortique, par l'oreillette dilatée. Les complications les plus importantes sont l'*embolie* et les *accidents gravido-cardiaques.* Il s'agit le plus souvent d'*embolie cérébrale*, résultant de la mise en liberté de fragments thrombosiques venus de l'oreillette gauche : l'embolie prend le plus souvent la voie de la carotide gauche et se fixe dans la sylvienne gauche : il en résulte une hémiplégie droite avec aphasie, assez fréquemment mortelle. Lorsque la mort ne survient pas, l'hémiplégie persiste, se complique rapidement de contractures, d'atrophie des membres paralysés, d'athétose.

Les *accidents gravido-cardiaques* (Peter) s'observent surtout au cinquième mois de la grossesse et c'est souvent ainsi qu'un rétrécissement mitral, jusque-là méconnu, se révèle cliniquement.

Les accidents gravido-cardiaques ont été divisés en trois groupes (Porak) : 1° troubles cardio-pulmonaires; 2° troubles de l'innervation cardiaque; 3° asystolie proprement dite. Les accidents cardio-pulmonaires se caractérisent par leur début foudroyant, rappelant la crise d'œdème aigu du poumon; la mort peut survenir si l'on n'intervient pas rapidement par la saignée, ou, si, ce qui est fréquent, la mort du fœtus et l'accouchement prématuré ne mettent fin à la crise. Ces phénomènes peuvent s'observer à la fin de la grossesse, pendant le travail, après l'accouchement. Parmi les troubles de l'innervation cardiaque il faut signaler des crises de tachycardie, aboutissant ou non soit à l'asystolie, soit à l'œdème du poumon. Vaquez invoque dans ces cas les altérations du muscle cardiaque, spécialement l'*apoplexie myocardique.* Il ne faut cependant pas exagérer, autant qu'il est classique de le répéter depuis Peter, le danger de la grossesse et de l'allaitement pour une femme atteinte de rétrécissement mitral : nombreux sont les exemples de grossesse heureusement terminée; aussi, chez une femme dont le rétrécissement est bien compensé, peut-on autoriser le mariage et la grossesse sous la réserve d'une surveillance constante, et de l'observation rigoureuse d'une hygiène assez sévère; un rétrécissement mitral peut encore être la cause de *métrorragies* pendant la gestation, d'avortement, de mort du fœtus.

En résumé, le rétrécissement mitral pur nous apparaît comme une affection se révélant le plus souvent chez des petites filles, exceptionnellement chez des petits garçons, débiles, malingres, au moment de la puberté, par les troubles les plus variés (arrêt de développement, chlorose, hémoptysie, métrorragies, dyspnée, palpitations) se traduisant à l'examen physique, par des signes incontestables, le rythme de Duroziez, et se caractérisant essentiellement, dans son évolution, par ses complications (hémoptysies, crises de palpitations et de tachycardie, embolie et accidents gravido-cardiaques). La netteté de ces symptômes facilite singulièrement le diagnostic de cette affection.

DIAGNOSTIC. — *a.* POSITIF. — Le diagnostic positif repose sur la constatation des symptômes fonctionnels et généraux déjà énumérés, sur le frémissement cataire et la vibration de la mitrale, sur l'augmentation de l'oreillette gauche appréciée à la percussion et à la radiographie, sur le rythme de Duroziez. Il est rare d'observer au complet tous ces symptômes, et il sera souvent utile de faire marcher le malade avant de l'ausculter; le diagnostic positif pourra être posé à l'occasion des complications que nous avons signalées : hémoptysie (importance systématique de l'examen du cœur au cours de toute hémoptysie), embolie, accident gravido-cardiaque, hémiplégie, etc.

b. DIFFÉRENTIEL. — Ce diagnostic consiste surtout à éviter les erreurs de diagnostic que peut entraîner chacun des signes physiques constatés : le *frémissement cataire* peut s'observer dans l'*insuffisance mitrale*, mais alors il est systolique; il peut s'observer dans l'*insuffisance aortique*, mais il y est exceptionnel; s'il y a une hésitation, la constatation de la vibration mitrale doit entraîner le diagnostic de rétrécissement mitral; le *dédoublement du second bruit* peut être *transitoire*, c'est alors le *dédoublement physiologique*, surtout fréquent chez les sujets impressionnables; il s'observe aussi, d'une manière transitoire, chez des tuberculeux, spécialement dans le décubitus dorsal, aux périodes de congestion des sommets. Cuffer l'a signalé également chez certains *hypertendus* de la grande circulation, soit à l'occasion de poussées d'hypertension, soit à l'occasion de maladies infectieuses; il s'agit d'un dédoublement à précession aortique.

Potain a signalé également ce dédoublement dans la *symphyse péricardique.* Gilbert et Garnier ont décrit un dédoublement du premier bruit : *bruit de rappel paradoxal.*

Le *roulement diastolique* est l'un des signes les plus constants, mais il exige pour se produire une certaine lenteur du cœur; il sera facile de le différencier du souffle diastolique de l'insuffisance aortique.

Le *souffle présystolique* peut simuler une variété de souffle extracardiaque de la pointe; enfin le rétrécissement tricuspidien, assez exceptionnel d'ailleurs, peut aussi prêter à confusion.

Le *rythme de Duroziez* est rarement observé dans sa totalité, et l'on doit faire le diagnostic de rétrécissement mitral même en son absence, en se basant sur la coexistence d'au moins deux des signes habituels de cette lésion; il faut retenir d'ailleurs la variabilité extrême de ces signes d'auscultation; il faudra distinguer également ce rythme de celui du bruit de galop.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 1, p. 10 et n° 4, p. 50.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Liquide — Capsules

VALÉROBROMINE LEGRAND

Bromovalérianate de Soude :

O gr. 50 par cuillerée à café (2 à 6 par jour). | O gr. 25 par Capsule (4 à 12 par jour).

GROS : DARRASSE Frères, 13, Rue Pavée. — DÉTAIL : *TOUTES PHARMACIES*

MÉNOPAUSE (NATURELLE et POST-OPÉRATOIRE), AMÉNORRHÉE, CHLORO-ANÉMIE, etc.

CAPSULES OVARIQUES VIGIER

à 0gr.20 centigr. de *Substance ovarienne.* — DOSE : 2 à 6 capsules par jour.

PHie VIGIER, 12, Bd BONNE-NOUVELLE, PARIS, et toutes Pharmacies.

TIODINE COGNET

Thiosinnaminéthyliodide $C^6 S Az^2 H^{13} I$

COMBINAISON ORGANO-IODIQUE DÉFINIE

INJECTABLE INDOLORE — PAS D'IODISME STABILITÉ PARFAITE — TENEUR EN IODE 47 % CONSIDÉRABLE NI TOXIQUE — NI CAUSTIQUE

VOIE HYPODERMIQUE AMPOULES — VOIE STOMACALE PILULES

Toutes les indications de l'IODE, des IODURES *et de la* THIOSINNAMINE

Syphilis second. et tert., Affect. parasyph., Tabès, Artério-Sclérose, Rhumatismes, Tuberculoses torpides et ganglionnaires, Rachitisme, Myocardites, Angines de Poitrine, Asthme, Emphysème, Bronchites chroniques, Adhérences, Synéchies, Cicatrices, Néphrites, etc.

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS : A. COGNET, 43, Rue de Saintonge, PARIS.

DIABÈTE Le pain Desvilles au Soya est tendre et il a de la mie. Il contient très peu d'amidon. Le pain de Soya a été *approuvé* par l'*Acad. de Méd.*, sce du 29 mai 1888. Pain de Soya Desvilles, boîte 6f; Farine de Soya Desviles pr faire soi-même son pain, kilo 4f. **E. Desvilles**, Phien, 24, r. Étienne-Marcel, Paris.

Rapport favorable de l'Académie de Médecine

VINAIGRE PENNÈS

Antiseptique, Cicatrisant, Hygiénique

Purifie l'air chargé de miasmes.
Préserve des maladies épidémiques et contagieuses.
Précieux pour les soins intimes du corps.
Exiger Marque de Fabrique. — TOUTES PHARMACIES

BAIN DE PENNÈS

Hygiénique, Reconstituant, Stimulant

Remplace ***Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux***, surtout les ***Bains de mer.***
Exiger Marque de Fabrique. — PHARMACIES, BAINS

RECONSTITUANT DU SYSTÈME NERVEUX

NEUROSINE PRUNIER

"Phospho-Glycérate de Chaux pur"

6, Avenue Victoria, 6
PARIS
ET PHARMACIES

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

1 verre à liqueur ou 2 ou 3 pilules par repas.

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. 1 verre à liqueur à chaque repas, Paris, COLLIN et Cie, 49, rue de Maubeuge.



Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 17 janvier. — Question donnée : « Conformation extérieure et rapports de la parotide. — Les hémorragies intestinales dans la fièvre typhoïde. »

MM. Achard, 14 + 16 = 30; Powilewicz, 9 + 15 = 24; Janet, 14 + 14 = 28; Brizard, 14 + 15 = 29; Rouffignac, 15 + 16 = 31; Rabut, 6 + 13 = 19; Weiss, 10 + 13 = 23; Mercier (Fernand), 15 + 18 1/2 = 33 1/2.

Séance du 18 janvier. — Question donnée : « Configuration extérieure et rapports du cæcum et de l'appendice iléo-cæcal. — Signes et diagnostic des fractures du col du fémur. »

MM. Belloir, 13 + 17 = 30; Leroy (René), 13 + 13 = 26; Barthélemy, 13 + 18 = 31; Savidan, 14 + 13 = 27; Richard (André), 13 + 15 = 28; Rongier, 17 + 12 = 29; Tartois, 14 + 20 = 34; Frette, 12 + 16 = 28; Pichon, 12 + 13 = 25; Alibert, 14 + 14 = 28.

Prochaine séance, lundi 22 janvier, à cinq heures, à la salle des Saints-Pères.

— Un concours pour la nomination aux places d'élève interne en pharmacie vacantes au 1er juillet 1912 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le jeudi 14 mars, à dix heures du matin, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale des hôpitaux et hospices, 47, quai de la Tournelle.

Les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à trois heures, depuis le jeudi 1er février, jusqu'au samedi 24 du même mois inclusivement.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — De nouveaux troubles s'étant produits jeudi soir, à l'occasion du cours de M. le professeur Nicolas, le ministre a cru devoir prendre la grave décision de fermer la Faculté de médecine pour les étudiants de première et de deuxième années jusqu'à la fin du premier semestre de l'année scolaire.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — M. Argaud, chargé des fonctions d'agrégé (section d'anatomie) [fondation de l'Université] est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1911-1912, des fonctions de chef des travaux d'anatomie pathologique.

— BORDEAUX. — M. Delaunay, docteur en médecine, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1911-1912, das fonctions d'agrégé (section de physiologie).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — M. Sauné, chef des travaux de physique et de chimie, est prorogé pour trois ans à partir du 1er juin 1912, dans lesdites fonctions.

— DIJON. — Un concours s'ouvrira, le 22 juillet 1912, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— MARSEILLE. — Un congé, du 1er décembre 1911 au 29 février 1912, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Guende, professeur ophtalmologique.

M. Fiolle, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé, en outre, du 1er décembre 1911 au 29 février 1912 (durée du congé accordé à M. Guende), d'un cours de clinique ophtalmologique.

— TOURS. — Un concours s'ouvrira, le 24 juin 1912, devant l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours pour l'emploi de chef des travaux de physiologie à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Sont promus :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Flourens,

RENSEIGNEMENTS

Sarramon, Jamot, Moreau, Soulayrol, Chastel, Boileau, Baus, Moutet, Vincens.

MÉDECINS POURSUIVIS POUR INFRACTION A LA LOI DU 5 FÉVRIER 1902 SUR LA DÉCLARATION DES MALADIES CONTAGIEUSES. — Au mois d'août dernier, on apprit tout à coup que deux cas de choléra avaient été constatés, l'un à Fougères, l'autre à Saint-Suliac, petits ports des bords de la Rance. Cette nouvelle fit grand bruit, et pour ne pas inciter les baigneurs à chercher des cieux plus cléments les municipalités intervinrent et déclarèrent que le bruit était sans fondement.

Quelques jours après, on apprenait qu'une épidémie d'entérite cholériforme ravageait Saint-Suliac et les localités environnantes, et certains foyers avaient à déplorer, disait-on, la perte de plusieurs de leurs membres. Le fait était exact. Le chiffre des décès dans cette localité des bords de la Rance fut considérable pendant les deux mois que dura l'épidémie d'entérite cholériforme. L'administration préfectorale fit ouvrir une enquête pour établir les responsabilités.

A la suite de cette enquête des poursuites ont été décidées contre quatre confrères de la région qui auraient négligé de faire les déclarations prescrites.

LES EMPOISONNEMENTS DE BERLIN. — On n'a pas oublié l'épidémie singulière qui sévit il y a quelques jours à Berlin sur la population pauvre de Charlottenbourg et en particulier sur les habitués d'un asile de nuit.

Attribués d'abord au botulisme ces accidents étaient dus en réalité à l'absorption en énorme quantité d'alcool méthylique incorporé à une liqueur connue sous le nom de *liqueur des nuages*. Telles sont les constatations qu'a pu faire M. Bordas, membre du Conseil supérieur d'hygiène de France, au cours d'une mission officielle dont il a été chargé à ce sujet.

L'épidémie qui a tant ému nos voisins était donc une épidémie d'alcoolisme aigu analogue à d'autres épidémies du même genre observées déjà en Amérique, en Russie et en Hongrie.

LE LABORATOIRE MUNICIPAL DE PARIS ET L'ANALYSE DES ÉCHANTILLONS. — Un arrêté du 26 décembre 1911 (*Journal officiel*, 4 janvier 1912) a autorisé, en vertu des articles 11 et 12 du décret du 31 juillet 1906, portant règlement d'administration publique rendu pour l'application de la loi du 1er août 1905 sur la répression des fraudes, le laboratoire municipal de Paris à procéder à l'analyse des échantillons de boissons et denrées alimentaires prélevés en vue de la répression des fraudes dans le ressort de la Préfecture de police. P.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Albarran, décédé à la suite d'une longue maladie qui depuis trois ans lui avait fait abandonner la clinique des voies urinaires de l'hôpital Necker ; de M. le docteur Paul Clément (de Paris).

HYGIÈNE PUBLIQUE

LA CONFÉRENCE SANITAIRE INTERNATIONALE

Cette conférence, qui a été convoquée à Paris sur l'initiative du gouvernement français et à laquelle quarante-deux pays se sont fait représenter, a commencé ses travaux en novembre dernier et vient de les terminer. Trois grands rapports y ont été discutés sur la peste, le choléra et la fièvre jaune.

M. Calmette (de Lille), dans son rapport sur la peste, insiste sur le rôle des insectes piqueurs et suceurs dans la transmission de la maladie du rat au rat et du rat à l'homme. La prophylaxie doit donc viser la destruction des insectes et des rats. Enfin, les personnes ayant été en contact avec un malade atteint de peste doivent être soumises à une surveillance pendant cinq jours.

M. van Ermengen (de Gand) a été chargé du rapport sur le choléra; après avoir porté son étude sur les cas avérés, les cas suspects, les porteurs de germes, il arrive à cette conclusion prophylactique qu'en temps d'épidémie il faut surveiller non seulement les malades atteints de choléra avéré, mais encore rechercher les porteurs de germes. Enfin, la commission a insisté sur la nécessité d'assainir les villes maritimes, de les pourvoir d'une distribution d'eau protégée contre toute contamination et d'un réseau d'égouts évitant la souillure fécale de leurs bassins et de leurs rades.

M. Agramonte (de Cuba), chargé du rapport sur la fièvre jaune, termine par cette conclusion qu'il faut isoler les malades pendant la période infectante, les personnes en incubation, et surtout faire la chasse aux moustiques. Dans ce but, il faut disposer les navires qui voyagent dans les pays à fièvre jaune de façon à se prêter aussi peu que possible à l'existence des stegomias, moustiques qui sont les agents de transmission du virus amarie. La sulfuration est le meilleur moyen de destruction de ces moustiques.

Telles sont les conclusions pratiques, importantes au point de vue de la prophylaxie de ces maladies, qui ont été votées par la conférence.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 29 JANVIER AU 3 FÉVRIER 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 29 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

2e. — 3e (oral, 1re partie). — 4e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 30 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 31 janvier, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e (1re et 2e séries). — 3e (oral, 1re partie).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Jeudi 1er février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

2e (1re et 2e séries). — 4e.

Vendredi 2 février, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 3 février, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon*.

THÈSES

Jeudi 1er février, à une heure. — M. WEIL. Les hémoptysies tuberculeuses. (MM. Alb. Robin, président; Bar, Brindeau et Rathery.) — Mlle DOUNAIEVSKI. Contribution à l'étude de l'achondroplasie au point de vue obstétrical. (MM. Bar, président; Alb. Robin, Brindeau et Rathery.)

REVUE GÉNÉRALE

LES KYSTES CONGÉNITAUX
DE LA RÉGION LATÉRALE DU COU

Par André CORONE,
Interne des hôpitaux de Montpellier.

Les kystes congénitaux constituent une catégorie importante de ces « maladies chirurgicales d'origine congénitale » si magistralement étudiées en 1886 par Kirmisson.

Répandus dans la plupart des organes, la région latérale du cou est un de leurs sièges de prédilection. Ils y prennent une physionomie spéciale qui leur donne une place à part dans le groupe si complexe et si intéressant pour le chirurgien des tumeurs de la région latérale du cou. Des caractères pathogéniques et cliniques leur appartiennent en propre qui permettent d'autre part de les étudier indépendamment des kystes de la région médiane.

C'est l'anatomie pathologique qui seule permet de classer les nombreuses espèces de kystes congénitaux ; c'est d'elle aussi que découlent les théories pathogéniques et jusqu'à un certain point les caractères séméiologiques de l'affection. C'est donc elle que nous prendrons comme base de notre étude.

I

Anatomie pathologique. — I. Classification. — Depuis les travaux de Lannelongue et de Kirmisson, il est classique de diviser les kystes congénitaux de la région latérale du cou en deux groupes :

1° Kystes *branchiogènes* simples, comprenant : *a.* les kystes dermoïdes ; *b.* les kystes mucoïdes ; *c.* les kystes mixtes ;

2° Kystes *séreux* multiloculaires.

Cette classification ne peut à l'heure actuelle être maintenue dans son intégrité. D'une part, en effet, on a récemment mis en lumière l'existence de tumeurs kystiques du cou qui ne trouvaient pas place dans les cadres que nous venons d'indiquer; d'autre part il existe des kystes dits branchiogènes et multiloculaires.

Aussi adopterons-nous la classification suivante proposée par Estor et Massabuau :

1° Kystes uniloculaires : *a.* dermoïdes ; *b.* mucoïdes ; *c.* épithélio-lymphoïdes ;

2° Kystes multiloculaires : *a.* kystes séreux congénitaux ou lymphangiome kystique ; *b.* tumeurs kystiques branchiogènes multiloculaires ; *c.* tumeurs kystiques parathyroïdiennes.

II. Kystes uniloculaires. — Ainsi que leur nom l'indique, ils sont creusés d'une cavité unique.

En se basant exclusivement sur la structure de leur paroi, on peut diviser ces kystes en trois classes : kystes dermoïdes, mucoïdes, épithélio-lymphoïdes.

A. *Kystes dermoïdes.* — Ils siègent dans la région sterno-mastoïdienne à différentes hauteurs. Leur forme est très variable ; généralement arrondie, elle peut être bilobée ou allongée (kyste canaliculé de Larrey). Le volume de ces tumeurs peut atteindre celui d'un poing et même le dépasser. Le plus souvent elles siègent dans les plans superficiels sans contracter de connexions avec la peau.

1° *Paroi.* — Son aspect et sa structure sont ceux du tégument externe. La surface interne est tantôt lisse, unie, à reflets nacrés, tantôt tomenteuse, irrégulière, rappelant la muqueuse de l'estomac ou une vessie à colonnes suivant la comparaison de Mahot. On peut trouver en certains points de la paroi des poils implantés, des glandes sudoripares ; plus rarement des ongles et des dents. Au microscope la paroi de ces kystes apparaît constituée par les mêmes éléments que la peau. Le derme est formé de fibres conjonctives entrelacées ; sa seule caractéristique est de n'avoir pas de papilles ; on considère cette particularité comme un caractère fœtal du derme.

L'épiderme possède ici les mêmes couches que dans la peau.

A noter que dans la paroi de certains kystes dermoïdes du cou, on a trouvé des éléments parfaitement différenciés du tissu osseux, cartilagineux (Virchow).

2° *Contenu.* — Il est surtout formé par de la matière sébacée qui apparaît sous la forme d'un magma blanchâtre ayant la consistance d'une bouillie, ce qui a fait dénommer ces kystes dermoïdes, *kystes athéromateux*, par les Allemands. Celse comparait ce contenu à du miel ; on l'a aussi comparé à du beurre, à du mortier, à des châtaignes cuites. Au sein de cette matière on peut retrouver, comme sur la paroi, des poils, des dents, et aussi des fragments osseux ou cartilagineux. D'autres fois le contenu de ces kystes est simplement liquide (*kystes huileux*). Il peut subir dans d'autres cas la transformation calcaire (kystes pierreux).

B. *Kystes mucoïdes.* — Bien étudiés par Lannelongue, ils diffèrent des premiers par la structure de leur paroi et par la nature de leur contenu.

1° *Paroi.* — Elle a la structure d'une muqueuse avec un épithélium cylindrique garni parfois de cils vibratiles.

2° *Contenu.* — C'est une masse filante, muqueuse.

Ces kystes mucoïdes, beaucoup moins fréquents que les dermoïdes, occupent surtout la région médiane du cou ; dans la région latérale, on trouve plutôt des *kystes mixtes*, dont la paroi est en partie cutanée et en partie muqueuse. Neumann et Baumgarten nous en ont laissé quelques observations.

C. *Kystes épithélio-lymphoïdes.* — Lannelongue ne les mentionne pas dans son traité ; à son époque, en effet, on ne les considérait pas comme des tumeurs congénitales.

Ils sont caractérisés par leur siège profond, leur adhérence intime aux gros vaisseaux, la structure de leur paroi ; celle-ci est formée par un épithélium de revêtement doublé d'une lame toujours épaisse de tissu lymphoïde. C'est pourquoi on les appelle kystes épithélio-lymphoïdes.

Terrier et Lecène qui ont insisté sur la fréquence de ces kystes, frappés par l'analogie de leur structure avec celle de l'amygdale, les nomment *kystes amyg-*

daloïdes. Ils siègent surtout dans la région latérale du cou ; mais, fait important à retenir au point de vue de la pathogénie, ce n'est pas là un siège exclusif. On en a trouvé sur la ligne médiane, au-devant du sternum et même dans la région naso-génienne.

A l'encontre des kystes dermoïdes ils sont sous-aponévrotiques et présentent des adhérences presque constantes avec les vaisseaux et le squelette de la région.

1° *Paroi.* — Elle est formée de trois couches superposées : un revêtement épithélial interne ; une couche sous-épithéliale lymphoïde ; une couche fibreuse.

a. Le revêtement épithélial est constitué par un épithélium pavimenteux stratifié.

b. La couche sous-épithéliale est formée par du tissu lymphoïde ; c'est elle qui caractérise ces tumeurs. Cette nappe adénoïde est parfois si épaisse qu'elle offre au microscope l'aspect d'une coupe de ganglion.

c. La couche fibreuse externe est formée de larges faisceaux ondulés.

2° *Contenu.* — C'est tantôt un liquide huileux, tantôt un liquide blanc ou jaunâtre d'aspect purulent.

III. Kystes multiloculaires. — Ce groupe des tumeurs congénitales complexes renferme trois espèces bien distinctes.

A. *Kystes séreux congénitaux.* — Longtemps étudiées sous le nom de lymphangiome kystique qui indique leur nature hypothétique, ces tumeurs sont les seules que décrive Lannelongue parmi les tumeurs multiloculaires.

Elles siègent sur les côtés du cou et quelquefois leur volume est assez considérable pour qu'elles occupent toute la hauteur du cou depuis la clavicule jusqu'au maxillaire inférieur. Kirmisson a bien mis en lumière la caractéristique de ces kystes : la facilité avec laquelle on les voit s'infiltrer de proche en proche dans les tissus voisins à la manière des néoplasmes. Ils peuvent ainsi, partis de la région sous-maxillaire, gagner la nuque, la région sternale, l'aisselle, le médiastin.

Ces prolongements rendent excessivement irrégulières la surface et la forme de ces tumeurs, diffuses leurs limites. Ces kystes sont remarquables aussi par leurs adhérences avec la gaine des gros vaisseaux du cou, et par le volume qu'ils peuvent atteindre. On en a vu qui formaient une masse énorme pendant au-dessous de la mâchoire inférieure et retombant comme une besace au-devant de la poitrine qu'elle recouvrait jusqu'aux seins.

1° *Structure.* — Macroscopiquement ces kystes sont constitués par une masse plus ou moins irrégulière de petits kystes accolés. Lannelongue en a compté plus de 800 dans une même tumeur.

Au microscope on voit que parois et cloisons sont constituées par un stroma conjonctif tapissé d'un épithélium qui par endroits prend les caractères d'un endothélium.

2° *Contenu.* — C'est généralement une sérosité limpide que du sang extravasé peut transformer en une boue brun chocolat.

B. *Kystes branchiogènes multiloculaires.* — Quelle que soit la valeur de la théorie pathogénique qui attribue à ces kystes une origine branchiale, il est indiscutable qu'ils forment un groupe à part parmi les tumeurs polykystiques congénitales. La complexité très nette de leurs tissus constituants les sépare des lymphangiomes kystiques.

Ce sont des tumeurs rares. On a pu recueillir dans la littérature 16 cas de ces tumeurs, et fixer ainsi leurs caractères anatomiques et histologiques.

Elles siègent en n'importe quel point de la région latérale du cou.

Leur volume ne dépasse pas celui d'un œuf de poule.

Les parois de ces kystes sont constituées par un stroma revêtu d'un épithélium.

a. Le stroma a une structure complexe ; à côté d'éléments du tissu conjonctif et des vaisseaux, on y trouve presque toujours des tissus multiples à structure variée : tissu fibreux, myxomateux, lymphoïde, cartilagineux, musculaire. On a, dans certains cas, trouvé des éléments nerveux bien différenciés.

b. L'épithélium est généralement aussi polymorphe. Dans une même tumeur, on trouve à côté des kystes tapissés par un épithélium pavimenteux stratifié, d'autres poches dont le revêtement est constitué par des cellules cylindriques, ou endothéliales.

Ce qu'il faut surtout retenir de cette description, c'est qu'on trouve dans ces tumeurs des dérivés de tous les feuillets embryonnaires.

C. *Kystes parathyroïdiens.* — Au Congrès de chirurgie de 1897, le professeur Berger donne des observations de tumeurs kystiques siégeant dans la région latérale du cou et présentant la structure des épithéliomes thyroïdiens.

Elles sont caractérisées au point de vue anatomique par :

Leur siège. — Elles sont profondes, occupant la gaine des vaisseaux.

Leurs connexions. — Elles s'étendent rapidement vers la peau qu'elles ulcèrent; elles adhèrent aux gros vaisseaux.

Leur structure. — Dans la paroi on est frappé par l'existence de *vésicules closes*, indépendantes, limitées par des cellules cubiques, absolument identiques aux vésicules de la glande thyroïde.

Leur contenu. — C'est tantôt un exsudat muqueux, tantôt de la substance colloïde, comme celle que sécrète la thyroïde normale.

Cette description ne peut laisser place au doute; il s'agit bien d'un épithélioma thyroïdien indépendant de la thyroïde; d'où le nom d'*épithéliomas parathyroïdiens* qu'a donné Berger à ces tumeurs pour en bien marquer la structure et l'origine.

II

Historique. Pathogénie. — L'origine et la nature des différentes tumeurs kystiques que nous venons d'étudier sont encore aujourd'hui entourées de beaucoup d'obscurité; il est cependant très intéressant de rechercher quelles sont les principales théories émises à ce sujet, et surtout de montrer comment ces doctrines se sont développées parallèlement

avec nos connaissances anatomiques et embryologiques.

L'évolution des idées, touchant la nature des différents kystes congénitaux de la région latérale du cou, a subi trois phases :

1° *Phase préembryologique.* — Jusque vers le milieu du XIXe siècle on ne sait rien de l'origine de ces tumeurs dont on méconnaît même le caractère d'affection congénitale.

2° *Phase embryologique.* — A ce moment on commence à connaître le développement de la région cervicale ; on a étudié la structure et l'évolution des arcs branchiaux, et on tend à leur rapporter la plupart des malformations congénitales de la région : c'est l'ère de la *théorie branchiale.*

3° *Phase actuelle.* — Depuis les travaux récents du professeur Vialleton sur *la formation du cou et le rôle topographique des arcs branchiaux*, on attribue aux formations branchiales un rôle moins important dans la pathogénie des kystes congénitaux du cou, ceux-ci devenant des *tumeurs mixtes*, vulgaires, comparables à celles des divers organes.

A. PHASE PRÉEMBRYOLOGIQUE. — Ces kystes congénitaux ont été observés dans l'antiquité. Celse parle de tumeurs enkystées situées dans le cou et contenant une matière semblable à du miel, parfois même des poils et des petits os, *interdum etiam minutis ossibus pili immixti.*

Au moyen âge on ne trouve aucune observation sur ces kystes qu'on confondait probablement avec les tumeurs de la glande thyroïde.

B. PHASE EMBRYOLOGIQUE. — En 1839, Heusinger, le premier, montra les relations de ces kystes avec les formations branchiales de l'embryon. Vinrent alors les travaux de Hawkins et Holmes Coote, en Angleterre ; de Kolmann et Sultan, en Allemagne ; de Lannelongue, Achard, Kirmisson, en France ; ceux des embryologistes His, Rathke, Balfour. De l'ensemble de ces travaux sort la théorie de l'origine branchiale de presque tous les kystes congénitaux du cou : théorie encore aujourd'hui classique et sur laquelle nous allons maintenant insister.

D'après cette théorie, les kystes branchiogènes englobent la plupart de nos tumeurs.

En dehors de ce groupe existent des lymphangiomes kystiques, néoplasmes d'origine lymphatique, et des kystes parathyroïdiens, tumeurs d'origine parathyroïdienne.

I. *Théorie branchiale. Kystes branchiogènes.* — Cette théorie a pour base les notions classiques d'embryologie sur la formation du cou.

Rappelons rapidement que pour les classiques le cou se forme aux dépens de quatre arcs branchiaux et des fentes qui les séparent.

La région cervicale latérale serait pour eux sillonnée à un certain stade par des bourrelets et des fentes. Ils admettent qu'à ce niveau des pincements puissent se produire, intéressant soit l'ectoderme, soit l'entoderme. Dès lors il pourra exister par la suite, enclavés dans le mésenchyme, des sacs de peau ou de muqueuse qui donneront naissance à des kystes.

Ils admettent en outre que, par suite du développement prépondérant du deuxième arc, les deux derniers sont enfouis vers la base du cou, formant là le *sinus præcervicalis.* A ce niveau il existerait dans le mésenchyme des éléments appartenant aux trois feuillets et qui pourraient donner naissance à des tumeurs kystiques complexes.

Telle est, dans ses grandes lignes, la théorie branchiale. Voyons comment elle s'applique aux divers types de kystes que nous avons étudiés.

1° Pour les dermoïdes, les mucoïdes et les kystes mixtes leur développement s'explique aisément dans cette hypothèse par des enclavements au niveau d'une fente branchiale.

2° L'origine branchiale des kystes épithélio-lymphoïdes a été soutenue par Pilliet, et surtout par Terrier et Lecène.

On sait depuis les travaux de Retterer que l'épithélium pharyngien forme, au niveau de la deuxième fente branchiale, des invaginations en doigts de gant qui sont la première ébauche de l'amygdale. La paroi de ces digitations épithéliales s'épaissit, et de ces épaississements épithéliaux dérivent l'épithélium de revêtement et le tissu lymphoïde de l'organe. Terrier pense qu'une de ces digitations peut s'inclure, être inutilisée, et donner naissance à une tumeur kystique dont la paroi contiendra à la fois un épithélium et du tissu lymphoïde.

Cette théorie pathogénique des kystes amygdaloïdes est évidemment séduisante ; nous verrons ultérieurement quels sont ses points faibles.

3° Enfin, si l'on en croit les auteurs de cette période, les prétendus restes branchiaux pourraient aussi être le point de départ de kystes multiloculaires à structure complexe.

C'est la théorie allemande dont Veau s'est fait en France le défenseur.

Telle serait la pathogénie des divers types de kystes branchiogènes.

II. *Lymphangiome kystique ou kyste séreux congénital.* — Les classiques lui attribuent depuis longtemps une individualité pathogénique incontestable.

L'origine lymphatique de ces tumeurs a été soutenue en Allemagne dans le travail fondamental de Wegner (1877), en France par Lannelongue.

Cette théorie a été reprise et rajeunie par Veau.

Veau pense que ces kystes sont dus à un « arrêt de développement du système lymphatique de la région cervicale ».

Nous verrons ultérieurement sur quels faits il base sa théorie et comment les arguments qu'il invoque peuvent être discutés.

III. *Kystes parathyroïdiens.* — Ce sont ceux dont l'origine paraît le mieux établie.

« C'est, dit Berger, dans les glandes thyroïdes accessoires, ou tout au moins dans des amas cellulaires voisins de la thyroïde, quoique séparés d'elle, et procédant de l'involution embryonnaire qui a donné lieu à la formation de ses lobes latéraux, qu'il faut chercher le siège anatomique et l'origine réelle de ces épithéliomas profonds bien distincts des épithéliomas branchiogènes. »

Les mieux connues de ces thyroïdes accessoires sont celles qui, siégeant sur la ligne médiane, procèdent du canal de Bochdaleck. Elles donnent naissance à des *kystes médians* que Martin a étudiés dans une thèse récente, et dont nous ne parlons ici que pour indiquer leur analogie avec les kystes latéraux parathyroïdiens.

Ceux-ci dérivent d'une évolution anormale des bourgeons épithéliaux qui partent du pharynx au niveau de la quatrième fente branchiale pour donner naissance aux lobes latéraux de la thyroïde.

Rien d'étonnant à ce qu'un épithélioma, analogue à ceux de la thyroïde, vienne à se développer dans ces restes épithéliaux parathyroïdiens, véritables ectopies de tissu thyroïdien, qu'une aberration dans le développement de la thyroïde a semés dans le tissu cellulaire profond du cou.

C. Phase contemporaine. Critique de la théorie branchiale. Conceptions actuelles. — Telles étaient les idées admises jusqu'à ces dernières années sur la pathogénie des kystes congénitaux de la région latérale du cou.

On peut les résumer ainsi :

La plupart des tumeurs kystiques du cou dérivent des restes de l'appareil branchial.

Indépendamment des tumeurs branchiogènes prépondérantes, peuvent se former de rares tumeurs aux dépens des lymphatiques (kystes séreux) et des lobes aberrants de la thyroïde (kystes parathyroïdiens).

A l'heure actuelle, des conceptions nouvelles (Forgue, Massabuau) se sont fait jour. Elles s'appuient sur les idées développées par le professeur Vialleton dans un mémoire paru en 1908 sur le *rôle topographique des arcs viscéraux et la formation du cou.*

L'idée essentielle qui domine ce travail c'est que l'appareil branchial n'a qu'une part insignifiante dans la formation du cou. Nous n'avons pas d'arcs branchiaux; nous n'avons que des ébauches, des rudiments d'arcs branchiaux, et la durée de cet appareil branchial rudimentaire est extrêmement transitoire.

Sur un embryon de 15 millimètres on ne trouve déjà plus trace de ce dernier.

On a tort de considérer le cou comme formé d'anneaux successifs répondant chacun à une paire d'arcs branchiaux. M. Vialleton a montré que toute la région du cou comprise approximativement entre l'os hyoïde et les clavicules ne dérive pas du tout des arcs branchiaux, mais d'une portion de la paroi médiane ventrale interposée entre les extrémités antérieures de ces arcs et qu'il nomme paroi prépéricardique; cette masse de tissu, qui sépare sur la ligne médiane les arcs branchiaux, dans laquelle les fentes branchiales externes ne se prolongent pas, n'a rien à faire avec l'appareil branchial.

Nous ne pouvons insister sur les détails que donne Vialleton sur le développement du cou; mais il en résulte très nettement que ces enclavements de tissu entre deux arcs branchiaux qui s'accolent sont matériellement impossibles soit dans la région parotidienne, soit dans la région carotidienne ou sous-maxillaire.

La base de la théorie branchiale s'effondre ainsi. Comment la remplacer ?

Il est un fait qui, en même temps qu'il nous éloigne de l'idée de l'origine branchiale des kystes congénitaux, peut nous guider dans la recherche d'une interprétation pathogénique. Ce fait est le suivant : *il existe une analogie frappante entre les kystes congénitaux du cou et les tumeurs mixtes des autres régions* (Forgue, Massabuau).

1° Pour les prétendus kystes branchiogènes multiloculaires, leur ressemblance avec la maladie kystique du testicule, par exemple, est hors de doute. Il s'agit là de véritables tumeurs mixtes, de véritables kératomes absolument comparables, par l'organisation souvent très avancée des tissus, aux embryomes trouvés dans tous les autres organes.

2° Les kystes dermoïdes du cou, nous l'avons vu, ont bien rarement une structure dermoïde pure; dans leur paroi on trouve fréquemment des éléments cartilagineux, etc. Or, ne voit-on pas un fait analogue dans l'ovaire? Les tumeurs mixtes de cet organe se présentent toujours avec une prédominance des éléments ectodermiques : elles revêtent le type de kystes dermoïdes ou dermo-mucoïdes, absolument comparables aux kystes mixtes du cou (Neumann et Baumgarten). Ainsi que Chevassu le soutenait pour les kystes dermoïdes du testicule, les kystes dermoïdes du cou sont *des tumeurs mixtes simplifiées.*

3° On en pourrait dire autant des kystes épithéliolymphoïdes. La théorie branchiale ne s'appliquait pas sans difficultés à tous ces kystes. Pouvait-on parler de malformation branchiale pour ceux qu'on a trouvés dans la région présternale et sur la ligne médiane de la poitrine? Et même dans ce cas, comment expliquer la genèse d'un kyste dermo-lymphoïde siégeant au-devant de l'os maxillaire supérieur? On ne le peut qu'en assimilant d'une manière très légitime les kystes amygdaloïdes à des tumeurs mixtes.

4° Et, sans doute, la même interprétation peut-elle s'appliquer aux kystes séreux congénitaux, dont l'origine lymphatique ne paraît pas suffisamment démontrée par les recherches de Veau.

En effet, Veau base sa théorie sur trois ordres de faits :

a. Constatations faites au niveau du cou des embryons normaux;

b. Contenu de ces kystes;

c. Structure histologique de leur paroi.

De ces faits, aucun ne constitue une preuve indiscutable :

a. Les cavités vues par Veau dans le cou de ses embryons existent, mais l'interprétation qu'il en donne (il les considère comme des lacunes dues à une aberration de développement des vaisseaux lymphatiques de la région) demande à être confirmée par des recherches plus approfondies. Il est bien difficile d'admettre que des tumeurs d'origine lymphatique siègent de prédilection dans la zone profonde du cou, alors que les lymphatiques se développent tardivement et mal dans cette région.

b. La nature du contenu des kystes n'a aucune valeur quand il s'agit de donner une interprétation pathogénique, car à côté de cavités à contenu séreux on en trouve qui renferment des matières toutes différentes.

c. La structure, enfin, des parois kystiques n'est pas telle qu'il en puisse sortir une certitude. Dans bien des cas, les caractères du revêtement cellulaire s'éloignent du type endothélial pur; dans bien des cas, la structure des kystes rappelle celle des tumeurs mixtes d'autres organes beaucoup plus que celle des vaisseaux lymphatiques.

En résumé, pour en finir avec cette déjà longue étude de pathogénie, nous conclurons qu'on doit considérer la plupart de nos tumeurs comme des tumeurs mixtes. On n'a plus le droit, pour expliquer les kystes congénitaux du cou, de s'en tenir à la conception étroite d'une origine branchiale.

A côté des tumeurs mixtes, il faut admettre l'existence de tumeurs spéciales au cou; ce sont les kystes développés aux dépens des ébauches thyroïdiennes : kystes parathyroïdiens de Berger.

Tumeurs mixtes de nature inconnue, et tumeurs thyroïdiennes, résument les espèces pathogéniques des kystes congénitaux de la région latérale du cou.

III

Symptomatologie. — Ces tumeurs se manifestent par deux ordres de symptômes : des signes physiques et des symptômes fonctionnels.

I. Signes physiques. — A l'examen du malade on constate l'existence d'une tumeur, siégeant indifféremment dans la région claviculaire, dans le creux sus-claviculaire, dans la région sous-maxillaire, carotidienne. Quelquefois elle est superficielle, et, dans ce cas, tantôt la peau est libre, mobile sur la tumeur, tantôt elle est infiltrée, ulcérée.

D'autres fois, elle est profonde, et alors sa mobilité est souvent limitée par ses adhérences aux plans profonds.

La consistance est variable; le plus souvent la tumeur est fluctuante; la fluctuation pouvant n'occuper qu'une partie de la masse néoplasique. Dans quelques cas la tumeur est dure, osseuse.

Elle est presque toujours irréductible.

Le volume est celui d'un œuf, d'un poing, d'une tête d'enfant.

La forme est généralement arrondie. Quelquefois elle est bosselée, bilobée ou multilobée. On a observé des tumeurs de forme allongée : *kyste canaliculé.*

Enfin, caractère très important, il n'y a pas de retentissement ganglionnaire.

II. Symptômes fonctionnels. — Ils sont généralement peu marqués. La douleur est nulle au début. Les phénomènes de compression n'apparaissent que tardivement, quand la tumeur a pris un volume considérable.

La compression des nerfs se traduit par des douleurs, de la céphalée. La compression des jugulaires entraîne de la congestion de la face et de la tête. Lorsque la tumeur se développe contre la trachée, il en peut résulter des troubles de la phonation : dysphonie, aphonie; et de la respiration : dyspnée, cornage. La compression de l'œsophage entraîne de la dysphagie.

Tous ces symptômes, répétons-le, n'apparaissent qu'à un stade avancé de l'évolution de ces tumeurs.

IV

Évolution. — L'âge auquel a débuté la tumeur est très variable; le plus souvent elle existait à la naissance; d'autres fois elle est apparue pendant les premières années, pendant l'adolescence, ou même pendant l'âge mûr.

On la voit généralement se développer lentement et progressivement. Rarement ces kystes mettent les jours de l'enfant en danger.

Leur début et leur mode d'évolution peuvent cependant être différents. On a trouvé des kystes volumineux chez le fœtus de trois ou quatre mois.

D'autres fois ils peuvent menacer directement la vie de l'enfant, soit par compression mécanique, soit par une sorte de cachexie résultant des difficultés de l'alimentation. Des complications peuvent survenir et modifier cette évolution.

V

Complications. — Elles sont de deux ordres : mécaniques ou infectieuses.

1° Les complications mécaniques, nous les avons déjà signalées; elles consistent surtout en phénomènes d'asphyxie.

2° Les complications infectieuses consistent dans l'inflammation, la suppuration du kyste et la fistulisation secondaire.

V

Formes cliniques. — Il serait vain de vouloir dans l'état actuel de nos connaissances, calquer absolument des types cliniques sur nos types anatomiques. Toutefois, on peut distinguer, au point de vue de la symptomatologie et de l'évolution, trois formes cliniques que nous allons opposer l'une à l'autre.

I. Kyste dermoïde. — Il s'agit d'une tumeur qui n'existe généralement pas à la naissance. Superficielle, sous-cutanée, elle a une forme arrondie qu'on précise aisément. La peau est mobile sur la tumeur, qui est elle-même mobile sur les plans sous-jacents. Le développement est lent; le volume dépasse très rarement celui d'un poing d'adulte.

II. Kyste séreux congénital. — Il s'agit d'une tumeur ordinairement remarquée à la naissance, tumeur profonde, sous-aponévrotique. La forme est irrégulière; à la palpation, on sent des bosselures et les limites de la tumeur sont diffuses, surtout quand elle est volumineuse au point d'occuper toute la région cervicale latérale.

Les symptômes fonctionnels sont quelquefois marqués; ils le sont toujours dans un type spécial de kyste séreux que nous allons décrire.

III. Kyste séreux a prolongement thoracique. — La tumeur visible siège à la partie inférieure du cou.

A la palpation on peut se rendre compte parfois de l'existence d'un pédicule profond sans qu'on puisse préciser l'étendue et la direction de ce pédicule. La tumeur est réductible; par la pression, on entraîne la disparition ou l'affaissement de la tumeur, sans qu'il se produise de tuméfaction visible en un autre point.

Lannelongue insiste sur un autre signe également précieux pour le diagnostic de ces prolongements thoraciques. Pendant l'expiration, les efforts, les cris, la tumeur subit un mouvement d'expansion; elle s'affaisse au contraire pendant les fortes inspirations.

VI

Diagnostic. — Le diagnostic des kystes congénitaux de la région latérale du cou se fait en deux étapes :

1° Y a-t-il kyste congénital (diagnostic général)?

2° De quel type s'agit-il (diagnostic différentiel)?

I. Diagnostic général. — Il doit se fonder sur les signes physiques, les symptômes fonctionnels et, en dernier lieu, sur les résultats fournis par la ponction. Nous pouvons d'abord éliminer toutes les tumeurs siégeant sur la ligne médiane : kystes médians congénitaux nés du canal thyréo-glosse, tumeurs de la thyroïde, hygromas du cou, cancer de l'œsophage.

Il faut distinguer nos kystes des autres tumeurs latérales acquises ou congénitales.

A. *Tumeurs acquises.* — Ce diagnostic est facile dans le cas où le kyste est apparu à la naissance. Dans le cas contraire, il faut éliminer :

1° L'abcès froid ganglionnaire. L'évolution est différente; la tuberculose ganglionnaire évolue plus vite vers le ramollissement et la fistulisation; elle s'accompagne d'un état général plus ou moins atteint; au contraire, l'enfant porteur d'un kyste est le plus souvent florissant. Cette même raison empêchera de confondre la fistule branchiale consécutive à un kyste avec une fistule bacillaire.

2° Le sarcome des ganglions évolue également plus vite, retentit sur l'état général et s'accompagne de phénomènes douloureux.

3° Le lymphadénome fait des tumeurs au niveau du cou; mais la diffusion des lésions, qui existent en même temps aux aisselles et aux aines, leur bilatéralité permettront toujours le diagnostic.

4° Les tumeurs de la parotide ont pu être confondues avec un kyste congénital. Le kyste de la glande sera caractérisé par son siège spécial; la tumeur mixte par son évolution bien particulière.

5° Les goitres aberrants de la thyroïde peuvent créer des difficultés de diagnostic, surtout s'ils ne coïncident pas avec une hypertrophie de la glande. On se fondera pour ce diagnostic sur les notions étiologiques (pays à goitre, hérédité) et, à la rigueur, sur la ponction.

6° Les kystes hydatiques musculaires ne pourront guère être distingués que par la ponction.

7° L'anévrisme de la carotide ou du tronc brachiocéphalique se caractérise par les battements, l'expansion, la réductibilité et les signes d'auscultation.

8° Les tumeurs de la glande carotidienne sont impossibles à diagnostiquer cliniquement.

B. *Tumeurs congénitales.* — Le diagnostic ici devient plus délicat. Il s'agit de tumeurs pouvant exister à la naissance et qu'il s'agit de séparer des kystes congénitaux.

1° La grenouillette congénitale est due à l'oblitération du canal de Warton. Généralement, son siège dans le plancher de la bouche, son volume qui ne dépasse pas celui du petit doigt, suffisent à la distinguer. Dans quelques cas du reste, la grenouillette n'est autre chose qu'un kyste congénital identique à ceux du cou (Jeanbrau).

2° Le lipome congénital est quelquefois très difficile à diagnostiquer d'avec un kyste; la peau qui le recouvre prend cependant, lorsqu'on la plisse, un aspect gaufré particulier, qui est l'indice de l'adhérence du lipome au derme. La ponction ici encore peut être nécessaire.

3° L'angiome, non pas l'angiome cutané, mais l'angiome profond pourra être très malaisé à reconnaître. On se basera sur la réductibilité presque complète de la tumeur angiomateuse, sur son augmentation de volume et de tension pendant les efforts. La ponction doit être employée en dernier ressort, dans les cas difficiles; dans le cas d'angiome elle donne issue à un liquide sanguin dont l'écoulement est continu.

4° L'épithélioma branchiogène, enfin, pourra être confondu avec un kyste congénital. On éliminera cette hypothèse en se fondant sur l'allure très aiguë de l'affection; la tumeur moins mobile, se fixant, s'ulcérant très vite, et donnant lieu à des phénomènes douloureux très pénibles dans le bras et l'oreille du côté correspondant.

II. Diagnostic différentiel. — Ainsi nous sommes arrivés à admettre l'existence d'un kyste congénital. A quelle variété avons-nous affaire?

Nous connaissons trop mal les caractères cliniques appartenant à chaque variété de kystes pour que ce diagnostic soit facile. En réalité, il faut l'avouer, on ne le fait généralement pas. Tout au plus peut-on dire qu'en face d'un kyste superficiel on pensera plutôt à un kyste dermoïde. Pour les autres variétés de kystes, la confusion règne; le diagnostic préopératoire est souvent entaché d'erreur. L'examen histologique seul permet des conclusions nettes.

VII

Pronostic. Indications opératoires. — D'une manière générale les kystes congénitaux du cou constituent une affection bénigne. Ils évoluent lentement sans s'accompagner de complication, sans retentir sur l'état général. C'est là la règle. Elle comporte des exceptions, et on a signalé des cas de kystes congénitaux qui se sont comportés comme des tumeurs malignes; même dans un cas de Samter, une récidive survint après l'ablation de la tumeur et, à l'autopsie, on trouva des métastases néoplasiques dans l'appareil pleuro-pulmonaire et dans le foie. Des cas semblables donnent raison à notre conception des kystes congénitaux considérés comme des *tumeurs mixtes*, comme des productions néoplasiques plus ou moins proches parentes du cancer. C'est, ajoutée aux considérations tirées de l'*esthé-*

tique, une raison de plus pour intervenir opératoirement. Les indications opératoires varient un peu suivant :

1° L'âge du sujet. Un tout jeune enfant n'est pas susceptible de supporter impunément les frais d'une opération sanglante. Il est préférable, en ce cas, de s'abstenir et d'attendre pour intervenir qu'il ait atteint l'âge de deux ans.

2° Le sexe du sujet. Chez une fillette, en dehors des cas de nécessité urgente, il sera sage, surtout si le kyste est peu volumineux, d'être radical le moins possible, pour ne pas déterminer une cicatrice plus disgracieuse peut-être que le kyste ou la fistule.

VIII

Traitement. — Le traitement de choix consiste dans l'*extirpation complète*. Il s'applique à toutes les formes, fistulisées ou non. Il faut autant que possible enlever la poche sans la rompre; c'est le plus souvent impossible dans le cas d'adhérences.

Tous les autres procédés sont des moyens palliatifs à repousser. La ponction suivie d'injection de teinture d'iode est purement illusoire. On en peut dire autant de l'ignipuncture. Ce sont là méthodes aveugles, et le plus souvent inefficaces, qu'il convient d'appliquer seulement dans les cas où l'intervention sanglante est impossible.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 12 JANVIER 1912)

Installation du bureau — M. Cayla, président sortant, prononce une allocution, à laquelle répond M. Bourdel, président pour l'année 1912.

Rapport du secrétaire général. — M. Paul Guillon lit son rapport sur les travaux scientifiques de l'année ainsi que les notices nécrologiques sur les membres décédés.

Les hémorragies graves dans les petits fibromes. — M. Léopold-Lévi a fait cette double constatation : 1° les myomes utérins s'accompagnent souvent de goitres que la myomectomie et l'hystérectomie peuvent faire disparaître; 2° le traitement thyroïdien agit sur les hémorragies fibromateuses.

M. Cazin insiste sur la gravité des accidents que peuvent occasionner les petits fibromes et sur la nécessité de les prévenir par un traitement radical et précoce; on est en droit de formuler nettement la nécessité de l'hystérectomie dans les cas de très petits fibromes hémorragiques lorsque tous les moyens non chirurgicaux ont été impuissants et surtout lorsqu'il s'agit de malades pour lesquelles l'hystérectomie n'avance la ménopause que de quelques années. Parmi les moyens non chirurgicaux qui peuvent avoir une réelle efficacité, M. Cazin signale l'emploi du radium qui, dans deux observations qu'il rapporte, a amené entre les mains de M. Chéron, la suppression totale des hémorragies.

Éducation des mouvements de la nutrition. — M. Maurice Faure a déjà établi, en 1903, que les fonctions de la vie de nutrition telles que la respiration, la miction, la défécation, le vomissement n'échappaient pas aux lois de l'éducation; ces fonctions sont pour une grande part sous la dépendance des muscles du thorax, de l'abdomen et du périnée, qui sont parfaitement éducables. Les muscles lisses des viscères ne sont pas eux-mêmes aussi complètement réfractaires à l'éducation qu'on le suppose.

Même chez les sujets atteints de contracture, d'ataxie, d'atonie, on peut agir utilement par une éducation appropriée.

L'examen radiologique dans les maladies du tube digestif. — Par une série d'observations, accompagnées de clichés démonstratifs, M. E. Lacaille montre à nouveau combien la radiographie est souvent utile et quelquefois indispensable au diagnostic des maladies du tube digestif.

M. Kolbé insiste sur l'importance de la radioscopie de l'appareil digestif pour l'étude du chimisme de la digestion; il a étudié ainsi l'action des eaux minérales à la source par les rayons X et il préconise l'emploi de ces rayons comme agent psychothérapique, chez les névropathes réels ou imaginaires.

La gymnastique électrique généralisée dans les maladies de la nutrition. — MM. Laquerrière et Nuytten présentent les résultats qu'ils ont obtenus jusqu'à présent avec la méthode de gymnastique artificielle électrique du professeur Bergonié. Cette méthode consiste à provoquer électriquement des contractions musculaires de tout le corps et n'offre aucun des inconvénients de l'exercice volontaire; elle est indiquée dans les différents troubles de la nutrition, en particulier dans l'obésité et dans les cas où l'exercice volontaire est difficile ou impossible; elle permet aussi « d'entraîner » les asthéniques et les déprimés.

M. Heckel n'est pas convaincu de l'efficacité de ce traitement; pour lui, l'exercice doit être neuro-musculaire et non pas seulement périphérique dans la fibre; l'action trophique du corps musculaire du neurone ne peut pas être supprimée sans désavantage, car, seule, elle permet l'adaptation fonctionnelle nerveuse si indispensable aux obèses et aux ralentis de la nutrition, qui ont toujours plus ou moins de l'insuffisance nerveuse. De plus, il est à craindre que ce mode d'exercice incomplet ne mette pas à l'abri des récidives.

DOCUMENTS OFFICIELS

DÉCRET DÉTERMINANT LES RÈGLES APPLICABLES AU RECRUTEMENT, A L'AVANCEMENT ET A LA DISCIPLINE DU PERSONNEL AUXILIAIRE DES FACULTÉS DE MÉDECINE ET DES FACULTÉS MIXTES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE.

Le Président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu le décret du 9 mars 1852;

Vu le décret du 24 mai 1895;

Vu les décrets du 14 juillet 1875 et du 1er août 1883 concernant les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie;

Vu les décrets des 10 août 1877, 1er août 1883 et 31 juillet 1893 concernant les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie;

Vu le décret du 21 juillet 1897;

Vu la loi du 27 février 1880;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

TITRE PREMIER

DU PERSONNEL AUXILIAIRE DES FACULTÉS DE MÉDECINE ET DES FACULTÉS MIXTES DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Article premier. — Le personnel auxiliaire des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie comprend :

Les chefs de travaux pratiques;
Les chefs de laboratoires de recherches;
Les chefs de laboratoires de clinique;
Les préparateurs;
Les chefs de clinique;
Les prosecteurs;
Les aides d'anatomie.

TITRE II

DES CHEFS DE TRAVAUX PRATIQUES ET DES CHEFS DE LABORATOIRES DE RECHERCHES

ART. 2. — Nul ne peut être nommé chef de travaux pratiques ou chef de laboratoire de recherches dans une faculté de médecine ou dans une faculté mixte de médecine et de pharmacie s'il ne justifie soit du grade de docteur en médecine, soit du grade de docteur ès sciences, soit du titre de pharmacien de première classe et s'il ne figure sur la liste des candidats reconnus aptes aux fonctions de chef de travaux pratiques et de chef de laboratoire de recherches par la commission de médecine et de pharmacie du comité consultatif de l'enseignement public.

En vue de l'établissement de cette liste, la commission examine chaque année les diverses candidatures qui se sont produites et qui sont accompagnées des rapports des doyens et des avis motivés des recteurs.

Les agrégés des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, qui en font la demande, sont inscrits d'office sur cette liste.

ART. 3. — Les chefs de travaux pratiques sont nommés par le ministre, après proposition du doyen et avis du recteur.

Les chefs de laboratoire de recherches sont nommés pour six ans par le ministre, après proposition du professeur intéressé et avis du doyen et du recteur.

Ils peuvent être prorogés dans les mêmes conditions et pour des périodes de même durée.

TITRE III

DES CHEFS DE LABORATOIRES DE CLINIQUE

ART. 4. — Nul ne peut être nommé chef de laboratoire de clinique dans une faculté de médecine ou dans une faculté mixte de médecine et de pharmacie s'il ne justifie soit du grade de docteur en médecine, soit du grade de docteur ès sciences, soit du titre de pharmacien de première classe.

ART. 5. — Les chefs de laboratoires de clinique sont nommés pour un an par le ministre, après proposition du professeur intéressé et avis du doyen et du recteur.

Leur nomination peut être renouvelée, dans la même forme, année par année.

TITRE IV

DES PRÉPARATEURS

ART. 6. — Dans les facultés de médecine et dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie, les préparateurs se divisent en deux catégories :

1° Préparateurs de travaux (travaux pratiques et laboratoires de recherches);

2° Préparateurs de laboratoires de clinique et préparateurs de cours.

ART. 7. — Nul ne peut être nommé préparateur titulaire s'il n'est pourvu soit du grade de docteur en médecine, soit du grade de licencié ès sciences, soit du titre de pharmacien de première classe;

Soit de seize inscriptions et du titre d'interne en médecine des hôpitaux donné au concours dans une ville, siège de faculté de médecine ou de faculté mixte de médecine et de pharmacie s'il s'agit d'un emploi de préparateur de l'ordre de la médecine;

Soit de douze inscriptions et du titre d'interne en pharmacie des hôpitaux obtenu dans les conditions prévues au paragraphe précédent s'il s'agit d'un emploi de préparateur de l'ordre de la pharmacie.

ART. 8. — Les préparateurs de travaux (travaux pratiques et laboratoires de recherches) sont astreints à un stage de deux ans au moins.

Les agrégés des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie qui en font la demande sont dispensés du stage.

Peuvent être dispensés du stage par le recteur les candidats pourvus soit du grade de docteur en médecine et du grade de docteur ès sciences, soit du titre de pharmacien de première classe et du grade de docteur ès sciences, soit du diplôme supérieur de pharmacien.

ART. 9. — Les préparateurs stagiaires de travaux (travaux pratiques et laboratoires de recherches) sont délégués pour deux ans par le recteur, après proposition du professeur intéressé et avis du doyen.

Leur délégation peut être rapportée, dans la même forme, à un moment quelconque de sa durée.

Elle peut être renouvelée pour une troisième et une quatrième année seulement, si, au bout de deux ou de trois ans, ils ne satisfont pas à une des conditions de grade ou de titre énoncées à l'article 7.

ART. 10. — Les préparateurs titulaires de travaux sont nommés par le recteur, après proposition du professeur intéressé et avis du doyen.

Les préparateurs de laboratoires de clinique et les préparateurs de cours sont nommés pour un an sans condition de stage. Leur nomination peut être renouvelée, année par année, après proposition du professeur intéressé et avis du doyen.

TITRE V

DISPOSITIONS COMMUNES AUX CHEFS DE TRAVAUX PRATIQUES, AUX CHEFS DE LABORATOIRES DE RECHERCHES ET AUX PRÉPARATEURS DE TRAVAUX (TRAVAUX PRATIQUES ET LABORATOIRES DE RECHERCHES).

ART. 11. — Le service des chefs de travaux pratiques, des chefs de laboratoires de recherches et des préparateurs de travaux (préparation des cours, exercices pratiques et recherches, interrogations, explications, conférences complémentaires, examens, etc.) des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie est déterminé dans chaque faculté par le doyen, sur la proposition des professeurs intéressés.

Les réclamations relatives à l'organisation des services sont adressées au recteur, lequel les transmet au conseil de l'université, qui statue, conformément à l'article 7 du décret du 21 juillet 1897 portant règlement pour les conseils des universités.

ART. 12. — Il est dressé, chaque année, au mois de décembre, pour Paris et pour les départements :

1° Un tableau d'ancienneté des chefs de travaux pratiques;

2° Un tableau d'ancienneté des chefs de laboratoires de recherches;

3° Un tableau d'ancienneté des préparateurs titulaires de travaux (travaux pratiques et laboratoires de recherches).

Les uns et les autres prennent rang :

1° Dans la dernière classe, d'après le nombre de leurs années de service dans l'enseignement public, y compris le temps de stage;

2° Dans chacune des autres classes, à partir du jour de leur promotion.

Quand la date de la promotion est la même, la priorité est déterminée par l'ancienneté totale.

Dans le cas où l'ancienneté totale est la même, la priorité est déterminée par la date de nomination comme chef de travaux pratiques, comme chef de laboratoire de recherches ou comme préparateur de travaux.

Le temps passé en congé pour cause de mission ou de maladie dûment constatée est compté comme service actif pour une durée maxima de six mois dans le calcul de l'ancienneté des services en ce qui concerne l'inscription au tableau.

Le fonctionnaire ne peut bénéficier à nouveau de cette dernière disposition s'il ne justifie d'un an au moins de service actif après l'expiration du précédent congé.

ART. 13. — Le nombre des promotions à faire chaque année est fixé par le ministre dans la limite des crédits disponibles.

Après avis de la commission de médecine et de pharmacie du comité consultatif de l'enseignement public, les promotions ont lieu moitié à l'ancienneté, moitié au choix.

ART. 14. — Pour les promotions au choix, la commission de médecine et de pharmacie du comité consultatif de l'enseignement public établit une liste de présentations portant un nombre de noms double du nombre des promotions à faire au choix.

ART. 15. — En vue des présentations à faire pour promotions au choix, sont communiqués à la commission de médecine et de pharmacie du comité consultatif :

1° Les tableaux d'ancienneté arrêtés au 30 décembre;

2° Les propositions motivées des recteurs, celles des doyens et celles des professeurs intéressés, transmises par voie hiérarchique;

3° La liste des travaux et publications des chefs de travaux pratiques, des chefs de laboratoires de recherches et des préparateurs de travaux (travaux pratiques et laboratoires de recherches).

ART. 16. — Nul ne peut être promu à une classe supérieure s'il n'a passé deux ans au moins dans la classe immédiatement inférieure.

Cette condition n'est pas exigée :

Des chefs de travaux pratiques, des chefs de laboratoires de recherches et des préparateurs de travaux pourvus du titre d'agrégé des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie;

Des chefs de travaux pratiques et des chefs de laboratoires de recherches qui justifient soit du grade de docteur en médecine et du grade de docteur ès sciences, soit du titre de pharmacien de première classe et du grade de docteur ès sciences, soit du diplôme de pharmacien;

Des préparateurs de travaux qui justifient soit du grade de docteur en médecine et du grade de licencié ès sciences, soit du titre de pharmacien de première classe et du grade de licencié ès sciences, soit du diplôme supérieur de pharmacien.

Ces chefs de travaux pratiques, ces chefs de laboratoires de recherches et ces préparateurs de travaux pourront être promus après un an passé dans la classe immédiatement inférieure.

ART. 17. — Le ministre statue sur les présentations qui lui sont faites pour l'avancement.

Les promotions sont publiées au *Journal officiel*.

Les tableaux d'ancienneté des chefs de travaux pratiques, les tableaux d'ancienneté des chefs de laboratoires de recherches et les tableaux d'ancienneté des préparateurs titulaires de travaux sont publiés par les soins du ministère de l'instruction publique.

TITRE VI

DES CHEFS DE CLINIQUE, PROSECTEURS ET AIDES D'ANATOMIE

ART. 18. — Les chefs de clinique, les prosecteurs et les aides d'anatomie restent soumis, quant au recrutement et au service, aux conditions fixées par les divers règlements qui, dans chaque faculté, constituent leur statut.

Dans les facultés où des règlements spéciaux déterminent le mode de recrutement et le service des chefs de travaux anatomiques, il n'est pas dérogé à ces statuts, et ces chefs de travaux sont soumis, quant à l'avancement, aux conditions fixées par les articles 12, 13, 15, 16 et 17 du présent décret.

TITRE VII

DE LA DISCIPLINE

ART. 19. — Les peines disciplinaires applicables au personnel auxiliaire des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie sont :

1° La réprimande;

2° Le blâme entraînant le retard d'un an dans l'avancement à l'ancienneté;

3° La rétrogradation de classe;

4° La suspension avec privation partielle ou totale de traitement;

5° La révocation;

6° L'interdiction à temps;

7° L'interdiction à toujours.

A l'ouverture de toute procédure relative à l'application de chacune des peines mentionnées ci-dessus, l'intéressé est avisé qu'il a le droit, conformément aux dispositions de l'article 65 de la loi de finances du 22 avril 1905, de demander la communication personnelle et confidentielle des notes, feuilles signalétiques et tous autres documents constituant son dossier administratif.

ART. 20. — La réprimande est prononcée par le recteur, après proposition du doyen.

Le blâme entraînant le retard d'un an dans l'avancement à l'ancienneté et la rétrogradation de classe sont prononcés par le ministre, après avis de la commission de médecine et de pharmacie du comité consultatif de l'enseignement public, siégeant comme conseil de discipline.

Ces diverses peines ne sont susceptibles d'aucun recours.

ART. 21. — Le ministre, sur le rapport du recteur, décide l'envoi du fonctionnaire devant le conseil de discipline.

Le conseil de discipline nomme son président, s'il n'est pas désigné par les règlements. Pour chaque affaire il nomme un rapporteur. Celui-ci informe l'intéressé que le dossier de l'affaire sera à sa disposition sur place, aux jour et heure qui lui sont indiqués.

Le conseil instruit l'affaire par tous les moyens qu'il juge propres à l'éclairer.

Le rapporteur, lorsqu'il a terminé son enquête, en consigne les résultats dans un rapport qu'il adresse au président.

Le conseil entend successivement la lecture du rapport, les témoins qu'il a cru devoir convoquer et l'intéressé lui-même.

Les convocations sont faites par lettres recommandées. Elles doivent être adressées trois jours au moins avant la séance et, s'il s'agit de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger, huit jours au moins avant la séance.

Si l'intéressé, sans excuse reconnue légitime, ne se présente pas aux convocations, il est passé outre.

Le conseil délibère et vote au scrutin secret.

L'avis du conseil de discipline est pris à la majorité absolue des membres présents et votants. Il doit être motivé. Il est transmis au ministre avec les pièces du dossier.

S'il y a partage, un procès-verbal détaillé de la séance est soumis au ministre avec les pièces du dossier.

Le ministre statue.

ART. 22. — La suspension avec privation partielle ou totale de traitement, la révocation et l'interdiction sont prononcées par le conseil de l'université dans les conditions et les formes prévues par la loi du 27 février 1880 et par les articles 17, 18, 19, 20, 21 et 22 du décret du 21 juillet 1897 portant règlement pour les conseils des universités.

Dans le jugement des affaires disciplinaires concernant les chefs de travaux pratiques, les chefs de laboratoires de recherches et les préparateurs de travaux des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, il est adjoint soit au conseil de discipline, soit au conseil de l'université, avec voix délibérative : s'il s'agit d'un chef de travaux pratiques, deux chefs de travaux pratiques élus pour trois ans, au scrutin secret, par l'ensemble des chefs de travaux pratiques de la faculté; s'il s'agit d'un chef de laboratoires de recherches, deux chefs de laboratoires de recherches élus pour trois ans, au scrutin secret, par l'ensemble des chefs de laboratoires de recherches de la faculté; s'il s'agit d'un préparateur de travaux, deux préparateurs de travaux élus pour trois ans, au scrutin secret, par l'ensemble des préparateurs de travaux de la faculté.

Sont élus dans les mêmes formes deux suppléants des chefs de travaux pratiques délégués, deux suppléants des chefs de laboratoires de recherches délégués et deux suppléants des préparateurs de travaux délégués.

Dans le jugement des affaires disciplinaires concernant les chefs de laboratoires de clinique, les chefs de clinique, les préparateurs de laboratoires de clinique, les préparateurs de cours, les prosecteurs et les aides d'anatomie des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, il est adjoint soit au conseil de discipline, soit au conseil de l'université, avec voix délibérative, deux délégués élus pour trois ans, au scrutin secret, par les membres du personnel auxiliaire de la faculté appartenant à l'une des deux catégories ci-après désignées :

1° Chefs de laboratoires de clinique, chefs de clinique, prosecteurs;

2° Préparateurs de laboratoires de clinique, préparateurs de cours, aides d'anatomie.

Sont élus dans les mêmes formes deux suppléants des délégués de chacune de ces deux catégories du personnel auxiliaire de la faculté.

En cas d'absence ou d'empêchement de l'un des deux délégués, le suppléant est désigné par le sort.

Si au cours de sa délégation un délégué ou un suppléant n'est pas prorogé dans la fonction qu'il occupe à la faculté, il

est procédé immédiatement à de nouvelles élections en vue de son remplacement comme délégué ou comme suppléant.

Appel peut être interjeté par les intéressés ou par le recteur au conseil supérieur des décisions du conseil de l'université dans les conditions fixées par les articles 23, 24, 25 et 26 du décret du 21 juillet 1897.

Il est statué sur l'appel dans les formes prévues par l'article 7 de la loi du 27 février 1880.

Art. 23. — Les dispositions des articles 19, 20, 21 et 22 du présent décret sont applicables au personnel auxiliaire des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

TITRE VIII

DES MONITEURS, AIDES DE CLINIQUE ET AIDES PRÉPARATEURS

Art. 24. — Suivant les besoins du service et dans la limite des crédits disponibles, le recteur peut, après proposition du professeur intéressé et avis du doyen, déléguer annuellement des docteurs ou des étudiants en médecine comme moniteurs, aides de clinique ou aides préparateurs.

Sur le rapport du doyen, la délégation peut être retirée au cours de l'année.

Art. 25. — Sont et demeurent abrogées toutes les dispositions antérieures contraires à celles du présent décret.

Art. 26. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret qui sera inséré au *Bulletin des lois* et publié au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 12 janvier 1912.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République :
Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,
T. STEEG.

PRATIQUE MÉDICALE

LE KÉPHALDOL EST ANTISUDORIFIQUE

Les propriétés antinévralgiques et antipyrétiques du képhaldol, qui ont fait l'objet d'un précédent article, étaient prévues et recherchées par l'inventeur, le docteur Stohr (de Vienne) en raison de sa composition chimique, mais au cours des nombreuses expérimentations qui furent pratiquées avec ce produit nous fûmes assez heureux, quoique surpris, de constater qu'il joignait à ses principales propriétés celle non moins intéressante d'être antisudorifique.

Or il était intéressant de trouver un nouvel antisudorifique, car ceux que possède la thérapeutique actuelle sont loin de remplir tous les desiderata.

La belladone et l'atropine sont les plus fréquemment employés, mais nous savons combien ces corps sont toxiques même à très faible dose. L'acide camphorique provoque de violentes douleurs d'estomac. Le tellurate de soude a l'inconvénient de donner une haleine fétide à odeur alliacée. L'agaric n'a qu'un effet temporaire; de plus, la transpiration supprimée est souvent remplacée par de la dyspnée.

L'acétate de thallium occasionne des douleurs des membres inférieurs et même parfois la chute des poils.

Aucun de ces troubles n'est observé après l'administration du képhaldol.

Dans le rapport du docteur Fritsch, assistant du professeur Ortner, on lit textuellement qu'il suffit d'une dose d'un gramme de képhaldol prise le soir, avant le coucher, ou au commencement de la transpiration pour abaisser la température et empêcher l'apparition des sueurs nocturnes si pénibles. L'effet n'a jamais manqué de se produire, seule la durée en a pu varier suivant les cas.

Il est important de remarquer que ce médicament n'a aucune action sur l'estomac et le tube digestif, il est très heureux de pouvoir administrer un antisudorifique aux pauvres tuberculeux qui présentent très souvent de l'intolérance gastrique ou même de la diarrhée profuse.

Dans toutes les observations du docteur Fritsch on remarque que lorsque les sueurs sont calmées le malade éprouve une sensation de fraîcheur qui se prolonge pendant plusieurs heures pendant lesquelles il peut se reposer et dormir.

Le képhaldol n'est pas seulement antisudorifique pour les tuberculeux, mais aussi pour les malades atteints d'autres maladies occasionnant des sueurs. Le docteur Fritsch fit à ce sujet une expérience concluante. Ayant vérifié antérieurement qu'un gramme de salicylate de soude le faisait transpirer fortement au bout d'une demi-heure, il prit en même temps un gramme de salicylate de soude et un gramme de képhaldol, et la transpiration ne se produisit pas.

Cette propriété antisudorifique fut aussi constatée dans de nombreuses observations par le docteur Rosenthal, dans le service du professeur von Stoffella, le docteur Hugo Einhorn sous la direction du professeur Schlesinger. Le docteur Gluck, sous la direction du professeur Glax, déclare que le képhaldol possède non seulement la propriété d'atténuer les sueurs nocturnes mais encore de les faire disparaître.

Ce médicament a de plus l'avantage de pouvoir être administré pendant longtemps sans produire ni accoutumance, ni intoxication, puisque le docteur Stransky a pu sans inconvénient le prescrire à doses élevées pendant plus de sept semaines.

Nous ne connaissons pas de produit pharmaceutique jouissant de propriétés aussi actives tout en étant dépourvu de toxicité, aussi sommes-nous convaincus que le képhaldol trouvera de nombreuses indications, non seulement comme antisudorifique, mais aussi comme antinévralgique et antipyrétique.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS LE RÉTRÉCISSEMENT MITRAL

Pour combattre la dyspnée : un granule à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution au millième, pendant 3 ou 4 jours de suite, tous les 15 ou 20 jours.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de physiopathologie clinique, par le professeur GRASSET. Tome III. 1 vol., 1176 pages, 34 tableaux, 37 figures. — Prix : 15 francs. — Paris, Masson et Cie; Montpellier, Coulet.

Précis des Maladies des vieillards, par Adrien PIC, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de S. BONNAMOUR, ancien interne des hôpitaux de Lyon, chef de laboratoire à la Faculté de médecine; préface du professeur BOUCHARD. (Collection Testut.) Gr. in-18 jésus, cart. toile, de 900 p., avec 80 fig. dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Lerbuch der Kystoskopie, par le docteur JACOBY. — Prix : 25 marcs. — Leipzig, docteur Werner Klinkhardt, éditeur.

Urologischer Jahresbericht 1910, par les docteurs KOLLMANN et JACOBY. — Prix : 20 marcs. — Leipzig, docteur Werner Klinkhardt, éditeur.

La Surdité. Moyen d'y remédier par la lecture sur les lèvres, par Et. BOUDIN, professeur à l'Institut national des sourds-muets de Paris; préface de M. le docteur H. VERGNIAUD. In-18, 28 figures. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Les Proportions du corps pendant la croissance, par le docteur GODIN. Broch. de 27 p. — Paris, Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 18 janvier. — *Erratum.* — Dans le numéro du 20 janvier, lire : Rougier, 17 + 19, au lieu de Rongier, 17 + 12.

LA MÉDAILLE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Une commission composée de MM. Poirson, sénateur, Louis Brunet, député, Bruman, Mirman, Rondel, Mesureur et Morgan, est instituée en vue de l'examen des dossiers de propositions pour médailles d'or, d'argent et de bronze de l'Assistance publique.

On sait, en effet, qu'un arrêté ministériel du 16 août 1886 a institué une « médaille des établissements généraux de bienfaisance ».

Cette médaille devait être accordée par le ministre « en témoignage de reconnaissance ou de satisfaction aux personnes qui auront rendu des services aux établissements généraux de bienfaisance ou auront contribué, par leur générosité, à leur prospérité et à leur développement ». L'arrêté indiquait ainsi qu'elle pourrait être accordée « aux fonctionnaires de ces établissements qui seront signalés par leur bonne administration, ainsi qu'aux employés et agents qui, par leurs longs et bons services, seront jugés dignes d'une récompense exceptionnelle ».

Le 15 janvier 1891, le ministre de l'intérieur décidait très justement que cette médaille, réservée jusqu'à ce jour au personnel et aux bienfaiteurs des établissements d'assistance directement administrés par l'Etat, pourrait être accordée « à toutes les personnes ayant rendu des services à la cause de l'Assistance publique », qu'elle serait désormais appelée « médaille de l'Assistance publique », et enfin qu'elle pourrait être attribuée, selon le mérite, en bronze, en argent ou en or.

Enfin, le décret du 31 décembre 1903 disposait que la médaille de bronze et d'argent est suspendue par une bélière à un ruban rayé blanc et jaune, et la médaille d'or au même ruban agrémenté d'une rosette.

On devait s'attendre à ce que le nombre des demandes s'accrût considérablement; c'est, en effet, ce qui se produisit.

Aussi le ministre a-t-il pensé qu'il serait utile que les dossiers des propositions pour la médaille d'assistance fussent examinés, de façon minutieuse, par les soins d'une commission spéciale, dont les membres eussent toute liberté de discussion et d'appréciation, et dont la jurisprudence pût être plus aisément opposée aux postulants dont les titres sont insuffisants.

C'est ainsi qu'a été instituée la commission dont nous venons de donner la composition. P.

HYGIÈNE DES ÉCOLES. — Le Conseil supérieur de l'Instruction publique vient, sur le rapport du docteur Netter, de fixer la durée d'isolement à prescrire pour les élèves des établissements publics atteints de maladies contagieuses.

Durée d'éviction des élèves malades :

Diphtérie : Trente jours après guérison clinique constatée par certificat médical. — *Variole et scarlatine* : Quarante jours après le début de la maladie (présentation d'un certificat médical constatant qu'il n'existe plus de croûtes ou de squames et que l'élève a pris un bain). — *Rougeole* : Seize jours. — *Oreillons* : Vingt et un jours. — *Coqueluche* : Trente jours après la disparition absolue des quintes spasmodiques, constatée par certificat médical. — *Varicelle et rubéole* : Seize jours après le début de la maladie. — *Fièvre typhoïde et paratyphoïde, dysenterie* : Vingt-huit jours après guérison constatée. — *Méningite cérébro-spinale* : Quarante jours après guérison clinique constatée par certificat médical, la réadmission ne pouvant d'ailleurs avoir lieu que sur attestation que l'enfant n'est pas ou n'est plus atteint de coryza chronique rebelle consécutif à la maladie. — *Poliomyélite* : Trente jours après le début de la maladie. — *Teignes* (faveuse ou tricophytique) : jusqu'à guérison. — *Trachome* : jusqu'à guérison.

Durée d'éviction des frères et sœurs :

Si le malade n'a pas été isolé, ses frères et sœurs rentrent en même temps que lui, à moins qu'ils n'aient été eux-mêmes atteints; si les malades ont été isolés, la réadmission des frères et sœurs a lieu après un délai correspondant à la période d'incubation de la maladie augmenté de deux jours, et pour la diphtérie et la méningite cérébro-spinale, sur la production d'un certificat bactériologique.

ACCIDENTS DU TRAVAIL. — Le *Journal officiel* du 19 janvier publie le tarif applicable à partir du 1er juillet 1912 aux frais pharmaceutiques en matière d'accidents du travail.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — La Société de l'internat consacrera sa séance du 25 janvier à la radiographie des viscères. Une conférence avec projections de clichés sera faite par MM. Aubourg (estomac, intestin), Delherm (poumon, médiastin), Belot (rein, uretère, vessie), Beaujard (foie, rate), Lebon (cœur, aorte). [Salle de la Société de chirurgie, 12, rue de Seine, 25 janvier, à quatre heures et demie.]

MALFORMATIONS MULTIPLES DE L'AXE CÉRÉBRO-SPINAL ET DE SON ENVELOPPE OSSEUSE

ÉTAT RÉTICULAIRE DE LA VOUTE CRANIENNE

Par MM. L. PAYAN et Ch. MATTEI,
Internes des hôpitaux de Marseille.

Il nous a été donné d'étudier le cas d'un nouveau-né porteur de malformations cranio-rachidiennes congénitales qui nous ont paru intéressantes et par leur multiplicité et par la rareté surtout de certaines d'entre elles : nous voulons parler notamment d'une aplasie considérable de l'enveloppe cranienne déterminant un véritable *état réticulaire de la voûte*.

Si les perforations acquises sont relativement fréquentes et ont été signalées dès longtemps, nous ne relevons parmi les cas les plus connus de perforations congénitales que ceux de Bonnaire, de Condamin, de Rivière, de Bryck et de Vibert (*Précis de médecine légale*) qui puissent être rapprochés de celui dont la relation va suivre.

Observation clinique. — Le 8 juin, Mme Roux, sage-femme, amène dans le service de notre maître, M. le docteur Brun, l'enfant D... H..., du sexe féminin, âgée de dix jours. Aucun antécédent héréditaire immédiat; aucun stigmate de syphilis chez les ascendants. La grand'mère et un grand oncle maternels seraient morts tuberculeux; son grand-père paternel est un alcoolique invétéré. Grossesse normale. Accouchement à terme. Le travail a duré douze heures dont trois pour la période d'expulsion. Présentation frontale; l'accouchement n'a pourtant nécessité aucune manœuvre. Le placenta pesait 600 grammes.

L'enfant présente une encéphalocèle médio-frontale du volume d'une orange, un strabisme divergent et du nystagmus rotatoire inconstant. La tête est dans son ensemble comparable à un bonnet phrygien dont le sommet répondrait à l'encéphalocèle et la base à la portion basilaire du crâne et au massif facial; la face très réduite dans ses différents diamètres est comme tassée au-dessous et en arrière de la tumeur largement proéminente.

La palpation du crâne fait percevoir, anormalement généralisées à toute la voûte existante, des dépressions analogues à des fontanelles; au niveau de l'encéphalocèle absence totale d'ossification et saillie d'une tumeur molle bien que de consistance solide.

On note de plus un spina bifida dorso-lombaire du volume et de la forme d'une poire moyenne, ulcérée dans sa partie droite; la palpation de l'axe vertébral montre nettement l'atrophie considérable de la masse sacro-coccygienne et l'existence d'une scoliose cervico-dorsale à convexité droite.

Ces anomalies coïncident avec une paralysie flasque des deux membres inférieurs, prédominant toutefois du côté gauche. Aucun trouble trophique apparent. La sensibilité abolie à gauche est conservée à droite. Pied droit en varus équin. L'examen des divers viscères, des téguments et des muqueuses, ne révèle rien autre de pathologique ni d'anormal.

La radiographie confirme la scoliose cervico-dorsale et l'atrophie du sacro-coccyx; elle révèle de plus l'absence des deux tiers gauches du point d'ossification médian de la onzième vertèbre dorsale. La réaction de Wassermann est négative.

L'enfant ne manifeste aucun phénomène convulsif. Sommeil calme. Selles jaune d'or; fonctions digestives normales; si bien que le poids s'élève en quinze jours de 3kg400 à 3kg900. Seule la température dès l'arrivée de la malade oscille entre 37 degrés et 39 degrés se tenant le plus souvent au-dessus de la moyenne. Dans les cinq derniers jours, chute thermique appréciable. A cette période signes d'encombrement bronchique; l'ulcération déjà notée au niveau du spina bifida tend à se sphacéler, cependant que se montrent de la raideur de la nuque et des vomissements; avec ces manifestations méningitiques l'enfant succombe le 28 juin au matin.

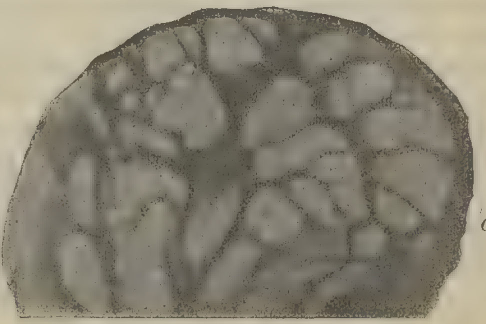
Autopsie. — Du côté des viscères pas d'autre lésion que de la congestion des poumons.

Rachis. — Vu par sa face antérieure il présente trois anomalies remarquables : 1° absence totale du coccyx; 2° atrophie considérable du sacrum possédant seulement trois trous sacrés où passent des racines très atrophiées; 3° l'existence d'une scoliose à concavité gauche portant sur les trois segments inférieurs. Le sacrum surtout est dévié sur son axe si bien que sa face antérieure regarde en avant en bas et à gauche. Vue par sa face postérieure la colonne vertébrale offre béante une large ouverture s'étendant de la septième dorsale à la première sacrée inclusivement. Cette ouverture donnant insertion aux parois du spina bifida, livrait issue à son contenu; une étude attentive de la tumeur nous a montré que nous étions en présence d'une myélocystoméningocèle à type ventral.

Crâne. — L'encéphalocèle est symétrique impaire et médiane. Elle est ovalaire à grand axe, antéro-postérieure, elle a le volume d'un gros œuf; elle fait saillie par une large ouverture osseuse, creusée aux dépens du frontal et des pariétaux mesurant 10 centimètres de long sur 8 centimètres de large.

En disséquant plan par plan, nous rencontrons successivement : 1° le cuir chevelu normal; 2° un revêtement membraneux épaissi sur lequel s'insère la faux du cerveau; 3° la pie-mère normale recouvrant les circonvolutions frontales externes.

Encéphalocèle.



Occiput.

Hémicrâne vide de son contenu.

La membrane qui revêt la tumeur se confond avec la paroi ostéo-membraneuse du crâne sur le pourtour de l'orifice laissant saillir l'encéphalocèle. Cette paroi cranienne recouverte par la peau normale présente un véritable état *réticulé* : elle se montre en effet composée de trabécules osseuses dessinant un réseau dont les mailles répondent aux dépresssions pseudo-fontanellaires déjà soupçonnées à l'examen clinique. Ces mailles ont leur lumière occupée par des tentes membraneuses minces (un tiers de millimètre d'épaisseur) transparentes, très dépressibles au doigt et se fusionnant à leur périphérie avec les trabécules osseuses qui les enserrent. Irrégulièrement arrondies et inégales, elles sont symétriquement distribuées dans toute l'étendue de la voûte, respectant le massif osseux de la face et la portion basilaire du crâne sauf pourtant la partie inférieure de l'écaille occipitale. Celle-ci d'ailleurs fait embryologiquement partie de la voûte. On ne peut distinguer ni fontanelles ni sutures. Vue par sa face interne, la calotte cranienne présente la même conformation avec cette différence que les trabécules se dessinent en relief, pénètrent dans le cerveau, accentuant les scissures normales et creusant des scissures anormales. C'est ainsi que l'on distingue, en arrière de la scissure de Rolando, deux sillons surajoutés qui lui sont parallèles et égaux. Ils divisent le lobe pariétal en quatre lobes verticaux. De même à l'extrémité postérieure de

ce lobe, il existe un sillon profond très large qui se branche sur la partie terminale de la scissure de Sylvius. Ce sillon renferme un pli de passage. Rien de particulier par ailleurs. Ici encore pie-mère normale.

Quant à la dure-mère sa différenciation nous paraît peu probable et l'insertion de la faux du cerveau sur la membrane recouvrante antérieure ne saurait tirer à conséquence puisqu'en arrière l'ébauche osseuse affirme l'absence de différenciation dure-mérienne et n'en donne pas moins insertion à la faux du cerveau. Il est impossible de différencier l'arachnoïde.

Le cerveau à la coupe se montre creusé d'une vaste cavité unique impaire médiane et symétrique du volume d'une grosse mandarine, elle est formée aux dépens des trois ventricules cérébraux latéraux et moyen que l'on ne saurait d'ailleurs individualiser. Le contenu cavitaire est purulent, la substance cérébrale est très atrophiée sauf cependant au niveau de l'encéphalocèle. Représentant la paroi interne de chaque hémisphère, on trouve un mince voile membraneux (un demi-millimètre d'épaisseur), fenêtré par endroit et vraisemblablement formé de tissu nerveux. Les diverses formations interhémisphériques sont méconnaissables ; pas d'anomalies du mésencéphale, du bulbe, du cervelet, ni des replis dure-mériens (faux du cerveau et du cervelet, tentes du cervelet de l'hypophyse, du ganglion de Gasser).

La base du crâne est normale, seules les crêtes pétreuses sont ondulées et arrondies.

En résumé nous trouvons chez le même sujet une paraplégie flasque et des malformations multiples, savoir : atrophie remarquable du sacro-coccyx, spina bifida dorso-lombaire, encéphalocèle médio-frontale, modifications notables de la configuration cérébrale, état réticulaire de la voûte cranienne.

Ce que nous voudrions d'abord et surtout mettre en lumière, c'est la singularité de cette observation. Les publications énoncées au début en diffèrent notablement (1). Les malformations, les pertes de substance osseuse qu'elles relatent ne sauraient ni par le nombre ni par la disposition s'en rapprocher.

Que dire maintenant de la pathogénie ? Ces monstruosités relèvent toutes vraisemblablement d'arrêt de développement. Les différentes théories émises au sujet du spina bifida et de l'encéphalocèle nous dispensent certainement d'insister sur ces deux points ; l'une et l'autre d'ailleurs de ces lésions ont comme facteur principal l'aplasie osseuse. C'est au sujet de l'état réticulaire de la voûte, manifestation la plus curieuse de cette aplasie, que le problème pathogénique se pose surtout. Arrêt de développement, avons-nous dit. Rappelons ici brièvement le développement normal du crâne. Au début de la vie fœtale, l'encéphale formé aux dépens d'un repli de l'ectoderme est entouré par une membrane embryonnaire d'origine mésodermique : c'est le crâne primordial. Vers la fin du premier mois naît de la face interne de cette enveloppe primordiale un feuillet qui deviendra la pie-mère.

Au second mois, la base du crâne s'infiltre de chondrine et devient cartilagineuse avant de subir la transformation finale en tissu osseux. Cependant la voûte reste à l'état membraneux ; du second au troisième mois, on y voit apparaître des travées osseuses se développant autour de noyaux déterminés.

Au troisième mois seulement, après l'apparition des noyaux d'ossification, la dure-mère se différencie procédant toujours de l'ébauche membraneuse de la voûte. Elle-même, vers la fin de la vie fœtale, donnera naissance à l'arachnoïde.

Si nous comparons ces données embryologiques et les malformations présentées par notre sujet, il nous semble permis d'admettre que l'arrêt de développement remonte approximativement à la fin du deuxième mois. L'évolution de la voûte membraneuse s'est arrêtée au stade des premières productions osseuses, l'absence de la dure-mère confirme ce fait.

Ce début d'évolution a-t-il été normal ? Certainement non et ce caractère nous paraît des plus curieux. En effet aux noyaux habituels systématisés a fait place une disposition réticulée bien différente du type classique et dans laquelle, argument précieux, les fontanelles et les sutures font elles-mêmes défaut.

La distribution du réticulum localise la dystrophie à la voûte membraneuse respectant le crâne basilaire.

A ces anomalies quelle cause assignerons-nous ? L'incertitude des antécédents, le caractère négatif de la réaction de Wassermann nous empêchent de nous prononcer sur la cause initiale des phénomènes observés. A défaut de syphilis probable et de toute lésion des glandes à sécrétion interne, notamment des capsules surrénales, nous eussions volontiers incriminé l'hérédité tuberculeuse : la bacillose ayant existé chez les grands parents de notre sujet. Cette hérédité tuberculeuse a été tout récemment mise en relief par une communication du professeur Landouzy à l'Académie de médecine.

Envisageons enfin l'intérêt pratique d'un pareil cas. Puisqu'il s'agit surtout de malformations céphaliques chez un nouveau-né nous ne négligerons pas le point de vue obstétrical.

1° La grossesse, comme dans notre cas, sera peu modifiée dans son allure.

2° L'engagement, puisqu'il n'est pas douteux que nos malformations remontent au deuxième mois, différera le plus souvent du type normal (dans notre cas, présentation du front). Et cela sera imputable à la plasticité spéciale de la tête et aux modifications de ses diamètres.

3° Le diagnostic de la présentation en cas de sommet sera difficile, vu l'absence de toute suture et fontanelle. Celui des anomalies ne se fera pas. De plus la constitution spéciale du crâne fournira simplement au toucher des sensations anormales pouvant faire penser à l'hydrocéphalie ou à l'anencéphalie.

4° En tous cas la notion de ces sensations insolites incitera à veiller au moment du travail. Non pas qu'il faille redouter une dystocie ou un obstacle sérieux car les anomalies craniennes n'entraveront pas l'ac-

(1) Bonnaire. Anomalie d'ossification par défaut, perforation trilobée limitée à la partie antérieure du pariétal gauche, *Progrès méd.*, 1891, nos 24,25.

Condamin. Absence d'ossification de la voûte cranienne chez le nouveau-né, *Province méd.*, Lyon 1891, p. 389-391.

Bryk (de Vienne). *Elargissement des fontanelles normales, perforation de l'occipital, encéphalocèle occipitale.*

Rivière. Perte de substance osseuse chez le nouveau-né, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1908, XXIX, p. 291.

Vibert. *Trois perforations de la voûte localisées au pariétal gauche* (Précis de médecine légale).

couchement: il s'agira plutôt d'un mécanisme bizarre, atypique, impossible à schématiser.

5° Après l'accouchement, l'inspection, la palpation attentive et la radiographie donneront un ensemble de signes suffisant pour éclairer le cas. Les relations certaines entre les malformations cranio-vertébrales évidentes et la paraplégie assigneront à celle-ci sa nature congénitale.

Nous n'insisterons pas sur la gravité du pronostic et la quasi-inutilité de tout traitement actif chez l'enfant. Plus efficaces pourront être à l'occasion les efforts de thérapeutique préventive envers les diathèses ou les infections des ascendants.

En somme rareté d'observations semblables, intérêt pathogénique non douteux, tels sont les deux points qui nous ont paru surtout motiver la publication de ce cas.

MÉDECINE PRATIQUE

PUBLICATIONS RÉCENTES SUR LE LAVEMENT ÉLECTRIQUE

Dans le courant des trois dernières années on a beaucoup écrit sur le lavement électrique et son emploi dans le traitement de l'iléus de l'intestin. De nombreuses discussions ont eu lieu à son sujet soit aux Congrès pour l'avancement des sciences à Lille (1909), à Toulouse (1910), à Dijon (1911), à la Société de médecine de Paris (25 juin, 11 nov. 1910, 25 nov. 1911), à la Société d'électrothérapie et de radiologie.

Ces travaux ont modifié sur certains points la technique, la conception qu'on se faisait du mode d'action du lavement électrique, enfin et surtout, établi d'une manière un peu plus précise les indications et contre-indications de son application.

Nous allons passer en revue ces différents points. Nous ne décrirons pas en détail la technique du lavement électrique qu'on trouvera bien exposée dans des publications récentes (voir à la bibliographie : Lacaille, Vogt, Castaigne et Gouraud, A. Weil). Disons seulement qu'il consiste essentiellement dans l'introduction dans le rectum de 500 grammes environ d'eau salée, au moyen d'une longue sonde formée d'un corps métallique recouvert d'un isolant. La partie métallique de la sonde est reliée au pôle négatif d'une batterie de piles. On applique sur l'abdomen une large électrode imbibée d'eau salée et reliée au pôle positif. Quand le rectum contient 500 grammes d'eau salée on fait passer un courant de 15 à 40, 50 M. A. d'intensité et on continue à faire arriver lentement l'eau salée du réservoir qui en contient 2 litres. La durée de la séance est de quinze à vingt minutes environ pendant lesquelles on peut faire trois ou quatre renversements du courant, et on peut la terminer par une série de renversements plus rapprochés.

Parmi les modifications préconisées récemment, tous les auteurs conseillent de remplacer la classique sonde de Boudet par une longue sonde molle, plus facile à introduire et surtout que l'on peut introduire beaucoup plus haut, premier point important. Telles sont les sondes qui ont été préconisées par Lacaille, par Aubourg et Lebon (Société de radiologie, avril 1911). De plus, il est nécessaire que l'eau ne ressorte pas du rectum le long de la sonde pendant la séance, et si on a affaire à des sujets à sphincter relâché comme les vieillards, il sera utile d'employer la sonde à collerette de Bergonié, ou la sonde de Delherm et Loubier qui présente un ballonnet anal qui se gonfle d'air. Cela permet d'introduire une plus grande quantité d'eau salée sous pression et de faire progresser le lavement plus haut, deuxième point important.

La plupart des auteurs conviennent que l'emploi d'une tension élevée est inutile, et que 30 à 40 M. A. sont suffisants, 50 M. A. ne deviennent utiles que chez les obèses à paroi très épaisse.

De plus, on a de plus en plus tendance à supprimer les renversements du courant qui n'amènent que des contractions des parois abdominales, peuvent être douloureux et seraient complètement inutiles. C'est depnis longtemps l'opinion de Laquerrière et Delherm, et A. Weil, Castaigne et Gouraud se rangent à cet avis.

Dans certains cas bien déterminés, lorsqu'on est absolument sûr qu'il n'y a pas d'obstacle mécanique à la progression des matières, Delherm et Laquerrière ont proposé d'adjoindre l'emploi de l'électricité faradique au courant galvanique. Loubier et Delherm ont aussi proposé de renforcer l'action du lavement par l'emploi de la thermoluminothérapie.

Quoi qu'il en soit de son mode d'application, l'efficacité du lavement électrique, dans certaines catégories d'iléus intestinal, n'est pas douteuse. Elle n'est pas en général immédiate. Les besoins de défécation qui se produisent pendant le lavement sont d'ordinaire de faux besoins (Nogier) qui ne doivent pas faire cesser son application. C'est en général plusieurs heures après que l'effet se produit : des gaz sont d'abord rendus, puis peu à peu la débâcle des matières se produit. Tout à fait exceptionnellement un seul lavement suffit à produire ce résultat (une seule fois sur 42 cas, Zimmern) ; deux, trois lavements sont d'ordinaire nécessaires, c'est un minimum (Zimmern), et dans des circonstances que nous définirons plus loin on est autorisé à multiplier les tentatives, la débâcle n'ayant souvent été obtenue qu'à sept, huit, neuf lavements. Dans quelques cas d'obstruction chronique le traitement électrique a pu être prolongé ainsi après une longue période d'occlusion (quatorze jours, Lobligeois; quinze jours, Zimmern).

Comment le lavement électrique agit-il ?

La première idée qui vient à l'esprit est de supposer que le courant galvanique amène des contractions de la fibre musculaire lisse intestinale. C'est l'opinion classique jusqu'à ces derniers temps et le grand argument des adversaires du lavement électrique, c'est-à-dire de beaucoup de chirurgiens, les contractions violentes de l'intestin devant rester sans effet en face d'un obstacle insurmontable (étranglement, volvulus, etc.) et risquant de perforer l'intestin dans tous les cas où la paroi est déjà très altérée (néoplasmes, etc.).

Cette façon de concevoir l'action du lavement électrique semble fort battue en brèche. Fleurot déjà (Th. de Paris, 1875) avait avancé que le lavement électrique n'amène pas de contractions de l'intestin. De nombreux arguments cliniques tendent à montrer que son action est toute autre. Labadie-Lagrave et Régnier, puis Galliard, Belin ont montré qu'il constitue le traitement de choix de la colique de plomb dans lequel il triomphe de la constipation opiniâtre en faisant cesser les douleurs et le spasme intestinal. Dans son rapport au Congrès pour l'avancement des sciences (Lille 1909), M. Lejars émet des doutes sur la possibilité de l'efficacité du lavement électrique dans le cas d'obstruction par calcul biliaire, car ces calculs sont de volume beaucoup moindre que la lumière intestinale, et c'est un spasme de la paroi intestinale à leur niveau qui cause l'occlusion; dans un cas, dit-il, après incision de la paroi, il fallut un véritable effort pour extraire le calcul. Dans deux observations publiées par Lacaille, d'occlusion intestinale par calcul biliaire, on voit, dès le premier lavement, sans émission de gaz et de matières, le ballonnement diminuer, les douleurs s'atténuer. Dans la première observation, le calcul est expulsé après le sixième ou septième lavement; dans la seconde, la débâcle se produit, bien que le calcul soit toujours là peu de jours après, l'occlusion se reproduit, et M. Marion en opérant trouve le côlon transverse « spasmé » sur le calcul.

Quel exemple plus net peut-on trouver de l'action antispasmodique du lavement électrique?

Loubier et Delherm, au Congrès de Dijon, l'ont également signalée et ont rapporté une observation typique où le lavement électrique avait agi de cette manière.

Lebon et Aubourg ont montré expérimentalement l'action du lavement électrique. Remplissant le gros intestin avec un litre d'eau salée contenant 100 grammes de carbonate de bismuth, et donnant un lavement électrique sous le contrôle de la radioscopie, ils ont pu « voir » l'action du courant galvanique sur le gros intestin. Les contractions sont nulles sur les côlons, insignifiantes sur l'ampoule rectale, même lorsque le malade accuse de vives coliques.

Les interruptions de courant amènent des contractions peu étendues des côlons descendant et transverse, surtout si la tension est peu élevée (15 à 30 M A.). Le courant faradique ne produit aucune contraction intestinale, mais agit sur la paroi abdominale. Les auteurs conçoivent que l'action du lavement électrique doit être assez complexe. Tout d'abord, c'est un grand lavement, un lavage intestinal porté le plus haut possible dans l'intestin et sous pression (nous avons vu au début que tout le monde accorde que ce sont des conditions favorables à son action). Avec un litre de liquide, et parfois plus, il doit remplir tout le gros intestin et peut refluer dans la terminaison de l'iléon. On conçoit son action possible comme lavement sous pression, par exemple dans l'invagination intestinale (Lacaille). De plus, c'est un lavement d'eau salée concentrée; à ce titre il présente une action purgative et une action osmotique. Enfin, il possède par l'action du courant galvanique une action antispasmodique manifeste. On conçoit l'action possible de ces divers facteurs du lavement électrique sur les divers facteurs (accumulation des matières, spasme, atonie des parois) de l'occlusion intestinale.

Nous voilà loin de la théorie des « contractions violentes » de la paroi intestinale.

C'est pourquoi il ne faut pas accepter sans inventaire l'accusation partout reproduite contre le lavement électrique de pouvoir occasionner une perforation intestinale et que M. Souligoux formulait récemment à la Société de chirurgie : « Sous l'influence des *contractions violentes* déterminées par l'électricité, l'intestin peut se rompre. *Les exemples n'en sont pas rares.* »

Zimmern, dans sa communication à la Société de médecine de Paris, avoue qu'il ne connaît que deux observations semblables, l'une de Prengrueber, l'autre de M. Chaput, et la lecture de ces observations montre que rien ne prouve que les perforations n'existaient pas avant l'application du lavement électrique.

M. Lejars ne cite pas d'autre cas. M. Souligoux en rapporte un cas personnel : « J'ai vu une malade atteinte d'obstruction intestinale, à laquelle on avait donné un lavement, et que je dus opérer d'urgence pour péritonite; or je lui trouvai dans le péritoine tout le liquide du lavement. » La présence même d'une si grande quantité de liquide dans le péritoine est en faveur de l'existence antérieure de la perforation; s'il y avait eu des contractions assez violentes pour amener une perforation de l'intestin, la plus grande partie du lavement n'aurait-elle pas été expulsée au dehors?

Un second reproche formulé contre le lavement électrique est de fatiguer le malade, de pouvoir susciter l'apparition du hoquet, des vomissements. Nous verrons que dans les cas où ces phénomènes se produisent, ils constituent autant de contre-indications à la continuation des séances.

Le reproche capital qu'on puisse faire au lavement électrique, c'est, en cas d'échec de sa part, d'avoir fait perdre un temps précieux en retardant l'opération. La stercorémie a fait son chemin, et lorsque le malade est opéré, l'anus iliaque établi, il est trop tard et il succombe néanmoins à l'intoxication de l'organisme. Ici encore, ce n'est pas la méthode qui est critiquée, mais la façon de l'employer. C'est affaire d'indications et c'est ce chapitre si important qui nous reste à aborder.

Pour étudier les indications et contre-indications du lavement électrique avec fruit, il nous semble indispensable de séparer trois questions bien distinctes :

1° Quelles sont les variétés d'occlusion où l'on doit et celles où l'on ne doit pas appliquer le lavement électrique?

2° Dans chacune de ces variétés pathogéniques, quel est le délai d'application, c'est-à-dire quand est-il trop tard pour tenter son emploi?

3° Dans chaque cas particulier quels sont les indications et contre-indications de la répétition des séances?

Le premier point, les indications du lavement électrique selon les diverses variétés pathogéniques de l'occlusion a été magistralement exposé par M. Lejars dans son rapport déjà cité et dans deux articles de la *Semaine médicale* et des *Archives d'électricité expérimentale et clinique.* Nous ne pouvons ici que donner les grandes lignes de ces publications. L'iléus dynamique s'observe dans deux circonstances différentes. Ou bien il est dit primitif, d'emblée, ou il est au contraire secondaire à diverses affections. Dans le premier cas il survient chez les sujets âgés, chez les vieux constipés chroniques, parfois chez des myopathiques (voir Huet et Baudouin), enfin chez les accouchées (voir Maygrier et Lemeland). Dans ces cas, le début des accidents est en général traînant, les accidents atténués pendant un assez long temps, et le météorisme extrême et indolore. — Ici, le lavement électrique est absolument indiqué et il est d'ordinaire nécessaire de répéter l'application un grand nombre de fois. On y sera autorisé tant qu'une contre-indication ne surviendra pas du fait du malade.

Dans le deuxième cas, il s'agit de crises de spasme ou d'atonie intestinales consécutives à des lésions du péritoine ou des organes abdominaux. Dans les cas qui succèdent à des entéro-colites, à la dysenterie, à certaines collections de l'abdomen, le lavement électrique pourra donner quelques résultats mais devra être manié avec la plus grande prudence. Dans tous les cas où l'appendice est en jeu, toutes les fois où il y a de la péritonite non douteuse, le lavement électrique est absolument proscrit. Il faut faire une exception pour les obstructions de la péritonite tuberculeuse, dans lesquelles le lavement électrique a pu donner de bons résultats. Nous en avons vu un exemple où la débâcle intestinale est survenue après le deuxième lavement.

Dans les iléus post-opératoires, le lavement électrique est parfaitement légitime et a donné de nombreux succès. Mais il rencontre là un nouveau rival dangereux, l'hormon péristaltique, dont l'emploi est encore trop récent pour que sa valeur soit définitivement établie, mais qui présente sur le lavement électrique l'avantage de la grande simplicité d'administration. On peut encore rapprocher de ces cas d'iléus les coliques de plomb et nous avons dit les bons résultats que donnait ici le lavement électrique.

Mais la principale indication du lavement électrique, celle où il a donné les résultats les plus constants, c'est l'obstruction stercorale. Il faut en rapprocher les obstructions par corps étranger, en particulier par calculs biliaires dont nous avons déjà parlé. Dans ces cas il est logique d'appliquer le lavement électrique à moins de contre-indication tirée de l'état du malade comme nous le verrons plus loin. On n'obtiendra guère d'échec que si l'on a fait une erreur de diagnostic, et celle-ci est malheureusement facile à faire avec les obstructions stercorales survenant dans les cancers de l'intestin. Ce n'est pas seulement par amas stercoral que se crée l'obstruction dans la sténose cancéreuse. Il s'y joint en plus l'obstacle pariétal, fixe et le plus souvent du spasme. Aussi, après un certain nombre de petites crises, cédant par les purgatifs ou des lavements variés, la crise se complète-t-elle parfois brusquement comme dans l'iléus aigu. Il faudra rechercher avec soin les antécédents pour pouvoir soupçonner le diagnostic. Quelle que soit

la façon dont se présente la crise d'iléus dans le cancer intestinal, les chirurgiens se montrent peu disposés à employer le lavement électrique pour la combattre (voyez Lejars, Souligoux). A quoi bon faire contracter l'intestin sur un obstacle mécanique qui ne se dilatera pas? Après ce que nous avons dit plus haut du mode d'action du lavement électrique d'une part, et d'autre part de l'élément spasmodique fréquent dans la crise d'occlusion des sténoses cancéreuses, il convient peut-être de se montrer moins sévère, tout en l'employant avec la plus grande circonspection. Nous avons eu l'occasion dans un cas inopérable de l'S iliaque, chez un malade qui refusait énergiquement l'anus iliaque, de voir par deux fois le lavement électrique venir à bout de crises d'occlusion complète.

Quant aux occlusions de cause mécanique, par compression extérieure, étranglement, volvulus, torsion, il semble bien que, lorsque l'occlusion est complète, le lavement électrique ne puisse avoir aucune action. Mais, tout à fait au début, dit M. Lejars, il existe « une période plus ou moins brève de préparation, d'achèvement, et la musculature intestinale, le péristaltisme et l'antipéristaltisme jouent, à n'en pas douter, un rôle important dans ce mécanisme en évolution... C'est pour cela qu'à mon sens l'épreuve électrique, *toute précoce*, pourrait réussir dans un nombre élevé des occlusions mécaniques dont nous parlons et couper court à l'achèvement du barrage. » Mais M. Lejars ne dissimule pas les difficultés d'un diagnostic aussi précoce.

Dans l'invagination intestinale du nouveau-né (quatre mois et demi), contre tout espoir, alors que l'intervention chirurgicale était impossible étant donné l'état du malade, le lavement électrique a pu donner un succès à M. Lacaille. Nous connaissons une observation tout à fait analogue. Nous avons vu comment d'après Lebon et Aubourg on peut expliquer un tel résultat par l'action antispasmodique et de lavage sous pression.

Voici, pour résumer, les conclusions de M. Lejars, sur les indications selon la variété pathogénique de l'occlusion :

« En présence d'une occlusion incomplète, d'une constipation prolongée qui tourne à l'arrêt stercoral, le lavement électrique sera le meilleur moyen, dès que l'entéroclyse aura échoué, d'en finir vite et de prévenir les accidents de stercorémie progressive.

Dans les pseudo-occlusions, les iléus dynamiques, les obstructions stercorales, le lavement électrique, appliqué de bonne heure, est de pratique excellente; on pourra le répéter, sous la condition expresse que les accidents généraux ne s'aggravent pas.

Dans les occlusions par cancer, il ne devra être utilisé qu'avec beaucoup de réserves et à titre de ressource temporaire; si la tumeur est bien appréciable, l'entérostomie d'emblée vaudra mieux, presque toujours.

Lors d'iléus aigu, confirmé, on pourra encore employer le lavement électrique à titre d'épreuve, mais avec modération et sans insistance. Si l'épreuve est négative, on ne la répétera pas, et l'on interviendra en pratiquant la laparotomie ou l'entérostomie.

Toutes les fois qu'on a des raisons de penser à la péritonite ou à l'appendicite, le lavement électrique est contre-indiqué et dangereux. » (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 19 JANVIER 1912)

Érysipèle de la face; signes d'insuffisance surrénale. — M. LESNÉ. Au cours de l'érysipèle de la face on peut constater des signes d'insuffisance surrénale, dont les conséquences peuvent être très graves. Le traitement par la solution d'adrénaline à 1 p. 1000 donne de bons résultats, à la condition que ce médicament soit donné à forte dose (2 à 3 milligrammes par vingt-quatre heures) et que le traitement soit précoce, continu et prolongé.

Le métabolisme de la chaux dans un cas d'ostéomalacie sénile. — MM. G. ÉTIENNE et DAUPLAIS suivent la chaux depuis d'une part son absorption alimentaire et d'autre part la décalcification osseuse pathologique, jusqu'à son élimination ou son dépôt dans les organes.

Elle s'élimine par les urines et surtout de façon massive par les fèces. Mais elle se fixe aussi sur les tissus anormaux, fibromyome, aorte scléreuse déformée faisant là succéder l'athérome à l'artério-sclérose et réalisant spontanément ce qui se produit expérimentalement, lorsque faisant absorber $CaCl^2$ à haute dose à un lapin adulte, alors que par l'adrénaline on lèse la paroi des vaisseaux, on fait fixer sur ces lésions vasculaires CaO mis en liberté par décomposition de $CaCl^2$ dans l'organisme, et CaO enlève un squelette décalcifié.

Ce résultat est en opposition avec ce qui se passe dans l'ostéomalacie de l'adulte, où les parois artérielles non lésées ne fixent pas CaO de fonte calcique jeté en masse dans le torrent circulatoire; ici se produit spontanément ce qui a été établi expérimentalement en montrant que l'absorption des sels de chaux, notamment de $CaCl^2$ à haute dose, ne produit pas la calcification des vaisseaux, sa chaux s'éliminant en totalité.

Et l'opposition, chez la malade étudiée entre la calcification de la paroi aortique s'effectuant alors que se décalcifie le squelette, montre nettement que le mécanisme de l'ostéomalacie ne doit pas être cherché dans une cause générale, modification chimique du sang ou autre, qui agirait aussi bien sur la paroi aortique que sur l'os; mais qu'elle réside bien plutôt dans la perte pour la cellule osseuse de son pouvoir de fixer la chaux, soit par altération histologique du tissu osseux, soit par transformation de l'osséine en albumine de Bence Jones, soit par un autre mécanisme non encore étudié.

Cancer et tuberculose du poumon. — MM. GALLIARD et DONZELOT. Une femme, âgée de soixante-huit ans, présente des signes d'arthrite chronique avec un épanchement pleurétique occupant les deux tiers supérieurs du thorax à gauche, sans refoulement du cœur et, par conséquent, sans matité de l'aire de Traube.

La pleurésie suspendue est multiloculaire et même polymorphe, car les ponctions avec l'aiguille fine fournissent, en avant et en arrière, du liquide hémorragique et, dans l'aisselle, de la sérosité citrine.

Après évacuation de 1100 centimètres cubes de liquide, les signes physiques ne subissent aucune modification. Même matité absolue, même silence au-dessous de la clavicule. Il y avait donc un bloc pulmonaire qui devait être de nature cancéreuse.

La malade succomba au bout de quatre mois.

Dans la plèvre, à gauche, on trouva un peu de liquide hémorragique, au niveau du lobe supérieur, sans nodule cancéreux. A la base, des adhérences très résistantes.

Le poumon offre des granulations tuberculeuses dans ses deux lobes. En outre, le lobe supérieur présente des nodules d'épithélioma cylindrique.

Paralysie saturnine généralisée ayant débuté par le type brachial avec lymphocytose rachidienne. — MM. E. DE MASSARY et PASTEUR VALLERY-RADOT présentent un malade atteint de paralysie saturnine généralisée ayant débuté par les muscles du groupe Duchenne-Erb et quelques muscles de la ceinture scapulaire; atrophie considérable de ces muscles, ainsi que du trapèze et du rhomboïde; réaction de dégénérescence très prononcée.

Tout en restant prédominante sur ces muscles, la paralysie a atteint secondairement les muscles du groupe antibrachial,

a touché légèrement les muscles du groupe Aran-Duchenne, enfin les membres inférieurs.

La ponction lombaire a montré 6, 8 lymphocytes par millimètre cube.

C'est là une forme tout à fait exceptionnelle de la paralysie saturnine : quand existe une paralysie du type brachial, elle succède presque toujours à une paralysie du type antibrachial.

Il s'agit évidemment d'une névrite périphérique : mais sans revenir sur les anciennes discussions sur l'origine médullaire ou périphérique de la paralysie saturnine, ne pourrait-on concilier les deux opinions et répudier l'exclusivisme actuel? Certes, la névrite périphérique jouerait toujours le rôle prépondérant, mais une cause centrale, une réaction méningée, avec les lésions radiculaires qu'elle comporte, aurait un rôle prédisposant ou adjuvant qu'il serait illogique d'oublier.

États méningés avec hypertension marquée du liquide céphalo-rachidien; guérison rapide par la ponction lombaire. — MM. Caussade et Logre rapportent trois observations concernant des états méningés survenus rapidement et accompagnés de température élevée (40 degrés), de céphalée intense, de signe de Kernig, d'herpès, de raideur de la nuque, d'érythème, de trépidation épileptoïde et même de torpeur cérébrale.

Dans les deux premiers cas, la seule ponction lombaire pratiquée, alors que tous ces signes étaient très accentués, a amené une guérison en vingt-quatre et quarante-huit heures.

Le liquide céphalo-rachidien était tellement hypertendu qu'il giclait à plus de 20 centimètres de la colonne vertébrale : il était limpide, ne contenait aucun élément cytologique; il fut trouvé amicrobien.

L'inoculation au cobaye fut négative au point de vue tuberculose; sa composition chimique était normale quant à l'urée, au glucose, à l'hémoglobine et à l'albumine.

Quatre heures et six heures après la ponction, la fièvre, la céphalée, le signe de Kernig, la raideur de la nuque avaient diminué dans de notables proportions ou avaient disparu.

La quantité du liquide soustrait fut de 30 à 40 centimètres cubes en une seule fois.

Le troisième cas, bien que semblable aux deux premiers, en différa cependant en ce que la durée fut plus longue (plus de six jours) et qu'une seconde ponction lombaire, faite quatre jours après la première (identique comme composition cytologique, chimique et physique à celle des deux premières observations) fut nécessaire, pour faire cesser tous les phénomènes méningés. Mais la seconde ponction décela de nombreux lymphocytes qui n'existaient plus huit jours après.

Les auteurs concluent que, dans certains états méningés, l'hypertension du liquide céphalo-rachidien commande seule ou à peu près à elle seule le tableau clinique.

En invoquant, en outre, les améliorations semblables qui surviennent dans les mêmes conditions chez certains brightiques, ils pensent qu'il y a un syndrome dû à l'hypertension du liquide céphalo-rachidien et que celui-ci peut être réalisé par des causes infectieuses, toxiques et mécaniques.

JURISPRUDENCE

LES MÉDECINS ET LA DÉCLARATION DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES

La presse quotidienne publiait ces jours-ci une information par laquelle le monde médical apprenait que quatre médecins d'Ille-et-Vilaine avaient été déférés au parquet par l'administration préfectorale pour s'être mis en contravention avec la loi du 5 février 1902 sur les maladies épidémiques.

Il nous a paru intéressant, à la veille d'un procès qui fera grand bruit dans le monde médical, d'étudier quels étaient les devoirs du médecin en présence de maladies contagieuses.

D'après l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892, « tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombées sous son observation et visées dans le paragraphe suivant. — La liste des maladies épidémiques dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel sera dressée par arrêté du ministre de l'Intérieur, après avis de l'Académie de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique de France. Le même arrêté fixera le mode des déclarations desdites maladies », et ce sous peine d'une amende de 50 à 200 francs. « Le docteur en médecine ou l'officier de santé qui n'aurait pas fait la déclaration prescrite par l'article 15 sera puni d'une amende de 50 à 200 francs. » Il est à remarquer que ce dernier article ne mentionne pas les sages-femmes; celles-ci, d'après la loi de 1892, ne sont passibles d'aucune peine pour défaut de déclaration.

En conformité des prescriptions de l'article 15 un arrêté ministériel du 23 novembre 1893 contenait l'énumération des maladies dont la déclaration était obligatoire. Le défaut de déclaration d'une de ces maladies était un délit puni correctionnellement.

Mais le 15 février 1902 était promulguée la loi relative à la protection de la santé publique. L'article 5 de cette loi dispose que « la déclaration à l'autorité publique de tout cas de l'une des maladies visées à l'article 4 (c'est-à-dire figurant sur la liste dressée par décret du président de la République) est obligatoire pour tout docteur en médecine, officier de santé ou sage-femme qui en constate l'existence ». Le 10 février 1903 paraissait le décret énumérant les maladies auxquelles était applicable la loi de 1902. Et le même jour, un arrêté du ministre de l'Intérieur établissait les conditions dans lesquelles devait être faite la déclaration; il rapportait en même temps l'arrêté du 23 novembre 1893.

Il n'est pas nécessaire ici d'énumérer les maladies pour lesquelles la déclaration est obligatoire. Nos lecteurs n'ont qu'à se reporter au décret du 10 février 1903, rendu sur les avis du comité consultatif d'hygiène publique de France et de l'Académie de médecine, qui contient la liste desdites maladies, revisable d'ailleurs par les autorités qui l'ont dressée.

Cependant il est utile de faire remarquer de suite que, dans les cas où la déclaration est obligatoire, le médecin n'est tenu de la faire que lorsque son diagnostic est établi; il ne suffit pas qu'il puisse soupçonner l'existence d'une maladie contagieuse pour être astreint à la déclaration, il faut que son diagnostic soit certain. La jurisprudence en décide ainsi (Trib. corr. Remiremont, 13 mars 1907, *La Loi* du 16 avril 1907). Le même décret de 1903, qui oblige à la désinfection dans les cas de maladies obligatoirement déclarées (art. 1er et loi 15 fév. 1902, art. 7), énumère un certain nombre de maladies dont la déclaration est facultative.

Ici se pose un point délicat où le secret professionnel joue un certain rôle. Que doit-on entendre par déclaration facultative? Le médecin peut-il déclarer de sa propre autorité la maladie contagieuse, ou ne doit-il le faire qu'autorisé par le malade ou par la famille de celui auquel il donne ses soins? Il n'est pas douteux que le médecin ne peut faire de déclaration facultative qu'avec ladite autorisation. En effet, dans le cas de la déclaration obligatoire, il est délié légalement du secret professionnel, mais il ne l'est pas dans le cas de la déclaration facultative, la loi ne le forçant point à dénoncer la maladie; l'utilité même de la déclaration ne pourrait l'excuser.

Et puisque nous en sommes au chapitre du secret professionnel, examinons comment ce secret se concilie avec la loi de 1902. Tout de suite il vient à la pensée que, si le médecin ou la sage-femme sont astreints par la loi à faire connaître à l'autorité publique certains faits par eux constatés dans l'exercice de leur profession, il ne s'ensuit nullement qu'en

ce qui touche ces faits ils soient déliés du secret professionnel et puissent les divulguer publiquement. Ils ne sont, au contraire, relevés du secret professionnel que dans la limite de leur obligation légale, c'est-à-dire de la déclaration à faire à l'autorité.

C'est en ce sens qu'il faut entendre ces mots de l'article 15 § 2 de la loi du 30 novembre 1892 : « ... maladies épidémiques dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel. » Si nous nous reportons en effet à un arrêt rendu le 13 mars 1907 par la Chambre criminelle de la Cour de cassation (v. *Dalloz périodique*, 1897, 1re partie, p. 233) nous y lisons « qu'il ressort des dispositions et des travaux préparatoires de la loi du 30 novembre 1892 que c'est dans un but exclusif d'hygiène que la déclaration des maladies épidémiques est exigée des médecins ou sages-femmes, et que ceux-ci ne sont relevés de l'obligation du secret professionnel à l'égard de ces maladies que dans une mesure nécessaire aux communications qu'ils doivent adresser à l'autorité chargée de protéger la santé publique ».

En outre, la Cour ajoute « que ces communications, confidentielles par leur nature, conservent le même caractère aux mains des représentants de l'autorité auxquels elles parviennent ».

L'article 5 de la loi du 15 février 1902, imposant aussi la déclaration des maladies épidémiques, ne reproduit pas la disposition de l'article premier de la loi de 1892, disposition qui pouvait donner lieu à une interprétation et qui a en effet été interprétée par la Cour de cassation. Ainsi donc se rendrait coupable de violation du secret professionnel le médecin qui, après avoir fait la déclaration légale d'une fièvre typhoïde constatée chez un malade, ferait part à des tiers de la constatation ou de la déclaration par lui faite.

Quelles seront les sanctions pénales que peuvent encourir les médecins et les sages-femmes?

D'après l'article 27 de la loi de 1902, « sera puni des peines portées à l'article 471 du Code pénal (amende de 1 à 5 francs prononcée par le tribunal de simple police) quiconque, en dehors des cas prévus par l'article 21 de la loi du 30 novembre 1892, aura commis une contravention aux prescriptions des règlements sanitaires prévus aux articles 1 et 2, ainsi qu'à celles des articles 5, 6, 7, 8 et 14 ».

Mais que vient faire ici l'article 21 de la loi de 1892? Appliquera-t-on au médecin les amendes correctionnelles de cet article 21, comme les dispositions de l'article 27 de la loi de 1902 porteraient à le croire. Evidemment non. En effet, l'article 15 de la loi de 1892 est devenu sans application, par suite de la substitution du régime de la loi de 1902 à celui de la loi de 1892. L'article 21 de la loi de 1892 visant expressément le défaut de déclaration prescrite par l'article 15, et celui-ci étant, ainsi qu'on vient de le dire, devenu sans objet, les médecins se trouveront toujours en dehors des cas prévus par ledit article 21, et ils ne commettront plus qu'une contravention punissable par le tribunal de simple police d'une amende de 1 à 5 francs, quand ils n'auront pas déclaré une des maladies énumérées dans le décret du 10 février 1903.

En résumé, le défaut de déclaration de certaines maladies épidémiques constitue seulement aujourd'hui pour les docteurs en médecine et officiers de santé, comme pour les sages-femmes, une simple contravention.

Disons pour terminer qu'aux termes d'un décret du 26 juin 1900 la correspondance de service que les médecins des épidémies ont à échanger avec les maires de leur circonscription est admise à circuler en franchise par la poste, sous bande, avec faculté de fermer en cas de nécessité. La franchise existe également pour leurs correspondances avec le préfet et les sous-préfets.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

BRONCHITE AIGUE

Prescrire à chaque repas deux à quatre des capsules suivantes, à prendre entre deux plats :

Gouttes Livoniennes de Trouette-Perret : Un flacon.

Pris dès le début des accidents, ce médicament constitue un véritable traitement abortif; plus tard, il facilite le passage à la période de coction, puis tarit les sécrétions et évite le passage à l'état chronique.

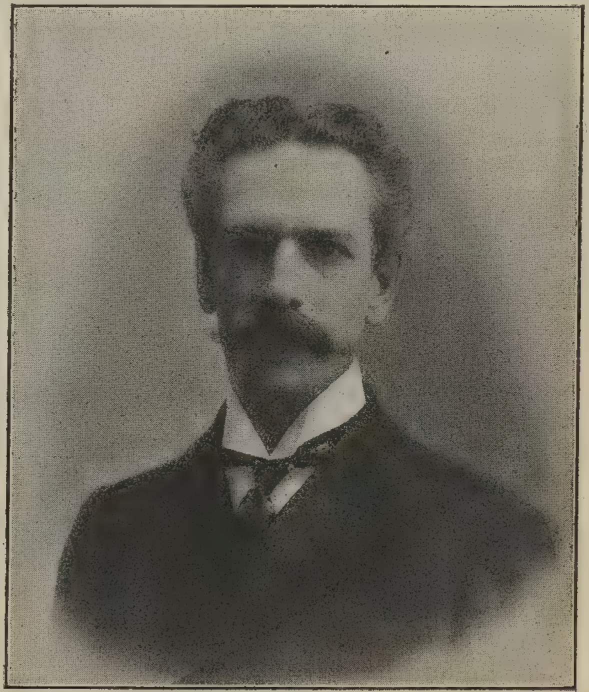
ALBARRAN

(JOACHIM-MARIE)

Albarran est mort, après une longue maladie, qui le tenait, depuis près de trois années, éloigné de l'hôpital Necker qu'il aimait tant.

Bien que sa fin fût chaque jour attendue, elle n'en est pas moins poignante parce qu'elle est venue le faucher au moment où jeune encore il avait atteint au sommet des honneurs.

Sa disparition est d'autant plus brutale que la vie avait jusqu'alors glorieusement souri à cette intelligence d'élite.



Cliché Waléry.

Né, en mai 1860, dans l'île de Cuba, à Sagua la Grande, Albarran était venu de bonne heure habiter la France, qui fut sa seconde patrie. A vingt-quatre ans, il était nommé le premier de sa promotion d'internat; derrière lui se trouvaient Guinon, Sébileau, Méry, Delbet, Rieffel, Widal, Vaquez, etc. Ceux qui connaissent le concours de l'internat savent que cette place ne s'obtient ni par l'intrigue, ni par la faveur. Elle va au plus digne, à celui que son intelligence et ses qualités personnelles élèvent indiscutablement à cette place d'honneur. D'ailleurs, quatre ans après, la médaille d'or vint couronner l'internat d'Albarran et lui permit de rester une deuxième année près de son maître Guyon, et d'affirmer déjà sa prédilection pour les maladies des voies urinaires.

A trente-deux ans, en 1892, Albarran est nommé agrégé de chirurgie, avec Lejars et Delbet; en 1896, chirurgien des hôpitaux, avec Beurnier, et en 1901 chef de service. Il avait quarante et un ans. Cinq ans plus tard, à la retraite de son

maître, il était promu professeur de clinique des maladies des voies urinaires et prenait possession du magnifique service de « la Terrasse » de l'hôpital Necker. Le choix des professeurs de la Faculté fut cette fois unanimement ratifié par l'opinion publique.

Succéder à Guyon était une lourde charge. Que de fois n'a-t-on pas vu une chaire illustrée par de grands professeurs tomber en déchéance entre les mains trop débiles de leurs élèves, insuffisamment armés pour recueillir leur succession. Il n'en fut rien ici. La réputation de la chaire, illustrée par Guyon, fut encore portée plus haut, s'il est possible, par Albarran qui, pendant les quelques courtes années qu'il passa à Necker, revivifia, modernisa la chirurgie des voies urinaires. La renommée de l'école de Necker continua à resplendir intacte et à rayonner sur le monde entier. C'est qu'Albarran connaissait tout de sa spécialité : bactériologiste, anatomo-pathologiste, technicien de premier ordre, d'une hardiesse et d'une habileté incontestées, il était l'âme du service de Necker et le Maître dans toute l'acception du mot.

Ceux qui l'ont connu n'oublieront jamais les traits si caractéristiques de sa figure, son front largement découvert, aux traits accentués, son teint mat, ses grands yeux où pétillaient l'intelligence et la bonté, sa démarche spéciale, et le terrible accent qu'il avait rapporté de sa première patrie. Albarran, qui était devenu si Parisien, ne pouvait renier son origine première.

Ils sont rares, chez nous, ceux qui sont arrivés aussi jeunes au faîte des grandeurs. De son vivant, mais hélas ! à une période déjà avancée de sa maladie, les compatriotes d'Albarran lui avaient rendu un exceptionnel honneur, en lui élevant une statue sur la place de sa ville natale.

Mais une telle activité scientifique et professionnelle brise les résistances les mieux trempées. A quarante-sept ans, Albarran se sentit atteint d'un mal qui ne devait pas pardonner. Il partit une première fois, revint, mais dut repartir définitivement, entouré des siens, vers un ciel plus clément où il assista, stoïque et dans la plénitude de sa belle intelligence, aux incessants progrès du mal qui devait l'emporter.

Albarran eut la douce satisfaction de se sentir jusqu'au bout entouré de l'estime et de l'affection de ceux qui l'avaient approché. Sa perte est vivement ressentie par tous ceux qui ont pu apprécier les éminentes qualités de ce chirurgien prématurément enlevé à la science. A. RICARD.

Les obsèques du professeur Albarran ont eu lieu dimanche au cimetière de Neuilly.

Des discours émouvants ont été prononcés par ses amis et ses élèves, les docteurs Ernest Dupré, Jalaguier, Chevassu, Picot, Bernard, Heitz-Boyer.

Le vénéré professeur Guyon, retenu par sa santé, n'a pu dire son adieu suprême à son élève préféré. Il avait chargé le professeur Fernand Widal, camarade d'internat du professeur Albarran, de lire, en son nom, les lignes suivantes :

« Mon cher Albarran,

Vous êtes de ceux qui sont destinés à vivre après leur mort. L'œuvre que vous avez accomplie pendant votre courte existence préservera votre nom de l'oubli. Il semble que vous ayez eu le sentiment de la brièveté de vos jours et voulu compenser leur petit nombre par l'ardente continuité de votre brillant labeur.

Après avoir acquis au cours de vos études un savoir très exceptionnel, vous avez répandu sur les sujets les plus importants de la chirurgie de l'appareil urinaire les indispensables clartés qui lui faisaient encore défaut. Vos fécondes recherches et de très importants ouvrages vous ont fait obtenir ces grands résultats.

Cette belle et tant remarquable évolution s'est accomplie à l'hôpital Necker. Vous y avez, comme interne, comme médaille d'or, comme chef de clinique, comme agrégé, comme titulaire de la chaire que j'y ai occupée, passé vingt ans de votre existence. J'y ai moi-même vécu près de quarante années.

Je vous y ai vu grandir, et c'est ainsi que se sont formés et toujours resserrés les liens qui nous unissent. Votre disparition ne saurait les dénouer.

Mais j'accomplis en ce moment un devoir qui ne devait pas m'appartenir. Ce n'était pas à moi qu'aurait dû s'imposer la mission si douloureuse, si cruelle de vous dire le dernier adieu. C'est vous qui deviez me donner ce témoignage suprême de votre fidèle affection. La douleur que je ressens s'ajoute aux si grandes désolations de la fin de mon existence. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. le docteur Huguet est nommé au grade de médecin aide-major de deuxième classe dans le corps des sapeurs-pompiers à Palaiseau.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Meslier (de Saint-Julien-de-Vouvantes).

COURS DE PSYCHIATRIE MÉDICO-LÉGALE. — M. Laignel-Lavastine commencera ce cours à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis, à l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales et de l'encéphale le lundi 12 février 1912, à dix heures trente, et le continuera les jeudis et lundis suivants à la même heure.

I. Division du cours; l'expertise médico-légale psychiatrique.
II. La capacité pénale.
III. Les réactions antisociales des alcooliques.
IV. Les réactions antisociales des toxicomanes.
V. Les réactions antisociales des déments.
VI. Les réactions antisociales des maniaques et des mélancoliques.
VII. Les réactions antisociales des délirants systématisés.
VIII. Les réactions antisociales des neurasthéniques et des obsédés.
IX. Les réactions antisociales des épileptiques.
X. Les réactions antisociales des hystériques.
XI. Les réactions antisociales des dysgénésiques débiles et pervers instinctifs.
XII. Le vol pathologique.
XIII. Les violences et l'homicide pathologiques.
XIV. Le suicide.
XV. Attentats aux mœurs et vagabondage des psychopathes.
XVI. La capacité civile des psychopathes.
XVII. Les troubles psychiques dans les accidents du travail.
XVIII. Les réactions antisociales des psychopathes dans l'enfance et l'adolescence, à la caserne et aux colonies.
XIX. L'aliéné au point de vue social et administratif.
XX. Le criminel au point de vue biologique.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 22 janvier. — Question donnée : « Muscles grands droits de l'abdomen. — Causes, signes et diagnostic du pneumothorax médical. »

MM. Chichmanian, 14 + 16 = 30; Huc (Georges), 13 + 14 = 27; Galland, 15 + 16 = 31; Marcassus, 15 + 15 = 30; Bourdeaux et Ecot (Fernand), 13 + 13 = 26; Charrier, 17 + 16 = 33; Feldstein, 15 + 15 = 30; Bigot, 12 + 13 = 25; Picard (Pierre), 14 + 17 = 31; Papillon, 10 + 13 = 23.

Séance du 23 janvier. — Question donnée : « Tronc des artères sous-clavières. — Causes, signes et diagnostic du zona intercostal. »

MM. Jacquemin, 12 + 13 = 25; Jacob, 16 + 14 = 30; Gheorghiu, 12 + 14 1/2 = 26 1/2; Delotte, 14 + 16 = 30; Bisson, 14 + 15 = 29; Claude et Borel (Paul), 12 + 15 = 27; Fredault, 13 + 15 = 28; Queyroi, 15 + 15 = 30; Binet, 14 + 17 = 31; Massart, 14 + 18 = 32.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — La chaire de pathologie et thérapeutique générales de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

— TOULOUSE. — M. Rispal, agrégé libre, chargé d'un cours complémentaire de bactériologie, est chargé d'un cours de bactériologie.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CAEN. — M. Chrétien, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé, en outre, du 1er janvier au 31 octobre 1912, d'un cours de chimie et toxicologie.

— DIJON. — M. Petitjean, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé, à partir du 1er janvier 1912, professeur de pathologie interne.

— GRENOBLE. — Un concours s'ouvrira, le 10 juillet 1912, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Grenoble.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY. — M. Hollande, pharmacien supérieur de première classe, docteur ès sciences, est nommé chef des travaux pratiques de micrographie, à partir du 1er janvier 1912.

M. Hollande, pharmacien supérieur de première classe, docteur ès sciences, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1911-1912, d'un cours complémentaire d'histoire naturelle.

MUTUELLE MÉDICALE FRANÇAISE DE RETRAITES. — Nous rappelons à nos lecteurs cette œuvre purement philanthropique fondée par le Syndicat médical de l'arrondissement de Saumur, approuvée par arrêté ministériel du 10 mai 1900, patronnée par l'Association des médecins de Maine-et-Loire.

Elle s'étend à tous les médecins de France et à leurs femmes et est destinée à donner à ses adhérents une retraite de droit et non de faveur, soit entière (après cinquante ans d'âge et vingt ans de participation), soit proportionnelle (après cinq ans de participation) — dans tous les cas la pratique médicale étant abandonnée — par une cotisation annuelle de 60 francs.

Au 1er décembre dernier, le nombre des sociétaires (hommes et femmes) s'élevait à 813, l'avoir social à 254600 fr. 50.

La veuve d'un sociétaire (y ayant droit) est retraitée à 375 francs pour l'année 1912.

Un sociétaire infirme à 450 francs et une autre veuve à 600 francs.

S'adresser au secrétaire, docteur Terrien, à Varennes-sur-Loire, pour tous renseignements.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS. — Le bureau pour 1912 est ainsi composé :

Président, M. Verchère; vice-président, M. Delaunay (Eugène); secrétaire général, M. Ozenne; secrétaire général adjoint, M. Lœwy (Robert); secrétaires des séances, MM. Burty et Desjardins; trésorier, M. Delbet (Paul); trésorier adjoint, M. Judet; archiviste, M. Monnier.

LES CERTIFICATS MÉDICAUX DEVANT LA JUSTICE. — La 6e Chambre du Tribunal civil de la Seine a rendu le 17 janvier 1912 un jugement intéressant, relatif aux certificats que des médecins délivrent imprudemment afin de les verser aux débats d'un procès.

Voici quel était le point particulier soumis au tribunal.

« Un médecin peut-il, sans s'exposer au paiement de dommages-intérêts, délivrer un certificat médical dans lequel il ne fait que relater la déposition d'une fillette de neuf ans, et non le relevé de ses observations personnelles ? »

Ce fait constitue un manquement grave aux obligations professionnelles du médecin et cause un dommage à celui auquel ce certificat porte préjudice et dont le médecin doit réparation, en vertu de l'article 1382 du Code civil.

« Attendu que ce certificat uniquement consacré au récit fait par l'enfant ne contient aucune constatation médicale faite personnellement par le docteur qui ne semble même pas avoir examiné le jeune L...

Attendu que la rédaction de cette pièce dépasse singulièrement le cadre dans lequel se placent les certificats délivrés par des médecins, dépourvus de toute autorité spéciale et de tout mandat judiciaire, à l'effet de relever les faits étrangers à l'exercice de leur profession et dont ils sont incapables de contrôler par eux-mêmes la véracité;

Attendu qu'on ne saurait admettre qu'un médecin, non mis en œuvre par la justice, relate sous l'apparence d'un certificat médical le récit à lui fait sans aucune preuve, à l'appui de prétendus attentats à la pudeur, dont il ne peut par des constatations personnelles établir l'existence ;

Attendu que les règles de juste réserve et de pudeur, que l'exercice de leur profession impose aux médecins, ne leur permettent à aucun titre de délivrer des attestations étrangères à l'exercice de leur profession, en dehors de constatations par eux faites à l'aide de leurs investigations personnelles;

Attendu qu'il appartenait à la dame L..., si elle soupçonnait son mari de s'être livré sur la personne de son enfant à des actes immoraux, de provoquer par une instruction judiciaire la commission d'un médecin expert qui aurait pu examiner ses enfants et, pour éclairer la relation du juge, relater les récits qu'ils auraient pu lui faire, corroborés par son examen personnel;

Mais, attendu que, dépourvu de ce caractère d'auxiliaire de la justice, il n'appartient pas au docteur de X..., défendeur au procès, de se faire l'écho des récits qu'un enfant de sept ans pouvait avoir été porté à lui faire par ceux qui avaient autorité et influence sur son jeune esprit, dans un but qu'il ne nous appartient pas d'apprécier;

Attendu que, ce faisant, le docteur dont s'agit a outrepassé ses droits en mettant sciemment, ou même inconsciemment, une personne quelconque à même de faire usage de certificats revêtus en apparence d'un caractère d'authenticité de nature à nuire au demandeur et à faire confusion sur ceux qui étaient appelés à en prendre connaissance. » P.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Henri Nicolas, chirurgien honoraire des hôpitaux de Marseille; Alfred Peigné, médecin sanitaire maritime; Mme Dehan-Dikansky, docteur en médecine à Cassis.

CLINIQUE TARNIER. — COURS GRATUIT DE PERFECTIONNEMENT. — Le jeudi 25 janvier, à huit heures trois quarts du soir, M. Brindeau traitera le sujet suivant : « Traitement des hémorragies de la délivrance ».

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — LEÇONS SUR LA DIPHTÉRIE. — M. le docteur E.-C. Aviragnet, médecin des hôpitaux, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le mardi 30 janvier 1912, à neuf heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (bactériologie, sérothérapie, tubage et trachéotomie).

Tous les matins : visite; examen des malades. — Avant et après la visite : leçon théorique et travaux pratiques.

Programme des leçons. — Première et deuxième leçons : Généralités sur la diphtérie. Tubage.

Troisième leçon : Trachéotomie.

Quatrième leçon : Diagnostic bactériologique.

Cinquième et sixième leçons : Etude clinique de l'angine diphtérique.

Septième leçon : Etude clinique du croup.

Huitième leçon : Paralysie diphtérique.

Neuvième leçon : Sérothérapie.

Dixième leçon : Traitements adjuvants. Prophylaxie de la diphtérie.

Seront admis à suivre cet enseignement, MM. les étudiants pourvus de 16 inscriptions et MM. les docteurs en médecine.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), tous les jours, de midi à trois heures.

Les élèves seront classés par série de quinze et pour une période de trois semaines. MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

M. le docteur Bloch-Michel, chef du laboratoire, et M. Huber, interne du service, dirigeront les travaux pratiques.

HOPITAL SAINT-ANTOINE (service du docteur LE NOIR). — Conférences cliniques tous les vendredis, à dix heures, salle Axenfeld.

Le docteur Le Noir fera la première conférence le vendredi 26 janvier.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 45, 9 nov. 1911.) HOCHHAUS : Sur le diagnostic de l'oblitération subite des artères coronaires. — FREUND : Sur la question de l'opération césarienne. — FLEMMING : Actions physiologiques et pathologiques du climat élevé dans les voyages élevés, en ballon libre. — ZIELER : La sensibilité à la toxine de la peau du tuberculeux. — KÖGEL : Sur la question de l'infection mixte chronique dans la tuberculose pulmonaire. — EPHRAIM : Bases et résultats du traitement local des affections bronchiques inflammatoires chroniques. — EINHORN : Constitution à la clinique et à la pathogénie du cœur myofibreux. — SIEBERT et MIRONESCU : Sur l'emploi de la réaction de la syphilis d'après Karvouen. — PICK : Sur la dystrophie adiposo-génitale. — GUDDEN : Hématose arsenicale dans l'épuisement nerveux et psychique. — MEYER : La morbidité et la mortalité des nourrissons pendant l'été 1911. — (N° 46, 16 nov.) BRIEGER : Indications et technique des douches. — AXENFELD : Traitement endonasal des mucocèles orbitaires. — KÜMMEL : Complications graves de la broncho et de l'œsophagoscopie. — ROLLY : Sur la nature et la signification de la fièvre. — JACOBY : La doctrine des hormones et la possibilité de son utilisation pratique. — KRUSIUS : Recherches avec la tuberculine sur l'œil. — ROTH et HERZFELD : Sur la présence de l'urobiline et de la bilirubine dans le sérum humain. — FLEMMING : Actions physiologiques et pathologiques du climat élevé dans les ascensions en ballon libre. — HINZ : Contribution à la plastique articulaire libre. — KULENKAMPF : Sur l'ivresse du chloréthyle. — MOSES : Orthonal, un nouvel anesthésique. — WINCKLER : Sur le traitement des inflammations phlegmoneuses de l'anneau de Waldeyer.

Pédiatrie pratique. — (N° 31, 5 nov. 1911.) SCHREIBER : Le traitement médical de la poliomyélite antérieure aiguë (maladie de Heine-Medin). — DELFOSSE : Leucémie myéloïde chez les nourrissons. — WEILL et DAUVERGNE : Sur un cas de traumatisme cérébral chez un enfant, suivi d'hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien traité par des ponctions rachidiennes successives. — (N° 32, 15 nov.) A. BROCA : Traitement orthopédique et chirurgical de la maladie de Little. — CHATON : Un cas de mégacolon congénital (maladie de Hirschprung). — (N° 33, 25 nov.) BABONNEIX : Epilepsie. — L. MARCHAND et G. PETIT : Etat de mal épileptique chez un enfant de cinq jours. Mère atteinte d'imbécillité et d'épilepsie. Considérations pathogéniques.



TANNURGYL
LE TANNEUR
5 FRANCS
TANNURGYL
du Docteur LE TANNEUR
VANADIUM
15 GOUTTES A CHACUN
PRIX 5 FRANCS
Pharmacie VIGAN

ÉRYTHÈME NOUEUX

ET

MÉNINGITE TUBERCULEUSE

Par A. SÉZARY,

Chef de clinique adjoint à la Faculté.

On connaît les rapports étroits qui unissent l'érythème noueux à la tuberculose. Dénoncés par M. Landouzy (1), ils sont actuellement admis par la plupart des auteurs : si tout érythème noueux n'est pas fatalement d'origine bacillaire, tout érythème noueux qui ne fait pas sa preuve peut être fonction de bacillose.

L'assertion de M. Landouzy était basée uniquement sur des faits cliniques et en particulier sur cette constatation analogue à celle qu'il avait faite pour la pleurésie dite primitive, à savoir que l'érythème noueux se développe quelquefois chez des tuberculeux avérés, le plus souvent chez des sujets atteints de lésions latentes ou torpides.

On a voulu étayer cette opinion sur d'autres preuves. Mais les données anatomo-pathologiques ne sont nullement démonstratives [Mallein (2)] et les recherches bactériologiques sont demeurées négatives, en dehors peut-être du cas discutable de Hildebrandt (3), qui, chez un phtisique, décela le bacille de Koch dans le sang recueilli au niveau d'un élément éruptif.

Plus récemment, on a cherché des arguments d'ordre biologique. MM. Chauffard et Troisier (4) ont réalisé expérimentalement l'érythème noueux par des injections intradermiques de tuberculine, pratiquées selon la méthode de Mantoux. En réalité, on ne reproduit de la sorte qu'un élément éruptif et non la dermatose elle-même. De plus, cette réaction n'est pas toujours positive [Thibierge et Gastinel (5)]. Comme nous l'avons constaté, elle peut s'observer chez des sujets qui n'ont jamais eu d'érythème noueux (nous l'avons notée en particulier chez deux tuberculeux gras). Le résultat nous paraît bien plus en rapport avec la réaction cutanée propre au sujet qu'à la nature de l'agent employé (6).

D'ailleurs, toute considération morphologique mise à part, nous ne regardons pas les données de l'intradermoréaction comme la preuve absolue de l'origine bacillaire de l'érythème noueux, car, comme M. Bezançon, nous n'attribuons aucune valeur pratique à cette méthode de diagnostic chez l'adulte.

Il résulte de ces faits qu'en dehors de la possibilité d'une confirmation bactériologique (qui prouve la bacillémie plutôt que la nature bacillaire de l'éruption), la doctrine de l'origine bacillaire de certains érythèmes noueux s'appuie presque exclusivement sur des considérations cliniques, qui sont d'ailleurs bien suffisantes pour entraîner la conviction.

Donc à propos de l'érythème noueux doit se poser la question, déjà bien étudiée à propos de la pleurésie, de l'avenir des malades qui ont été atteints de cette dermatose. C'est à ce sujet que je voudrais insister sur une particularité qui me paraît intéressante à divers titres : sur la fréquence de la méningite tuberculeuse chez les sujets, et surtout chez les enfants, qui ont eu de l'érythème noueux.

*
* *

Mon attention a été attirée sur ce point par un fait que je résume ici.

Le 5 février 1910, je suis appelé auprès d'une fillette de huit ans qui présente un érythème noueux floride. L'éruption siège sur les membres inférieurs et supérieurs. Elle s'accompagne d'une légère élévation de température qui ne persista que trois jours. La langue est saburrale, la gorge rouge. L'enfant est pâle et affaiblie. On ne trouve aucune cause avérée de la dermatose et l'exploration des divers appareils ne révèle rien de pathologique. Cependant, l'examen du poumon gauche montre l'existence incontestable d'une adénopathie trachéo-bronchique, avec inspiration rude au sommet; l'origine bacillaire de la dermatose nous paraît fort probable et nous recommandons aux parents de surveiller de près la santé de leur enfant, lorsqu'elle aura été guérie de son éruption.

Celle-ci s'atténue au bout de quelques jours. L'état général ne s'améliore que plus tard et plus lentement. Mais un séjour de trois semaines à Cannes active la convalescence et l'enfant rentre à Paris, où elle reprend sa vie habituelle avec toutes les apparences d'une bonne santé et un poids supérieur à celui qu'elle avait avant sa maladie.

Au début du mois de juillet, je suis rappelé auprès de la fillette qui, depuis plusieurs jours, maigrissait et présentait une fièvre vespérale suivie de transpirations nocturnes. En dehors de ces symptômes, l'état général n'est pas altéré. Les signes stéthoscopiques du poumon gauche persistent identiques à ceux que j'avais notés en février. Sans que ceux-ci se soient jamais modifiés, je vois évoluer alors une septicémie bacillaire qui, au bout d'un mois, se termine par une méningite tuberculeuse typique, à laquelle la fillette succombe le 20 août.

En somme, dans ce cas, nous voyons une septicémie bacillaire et une méningite tuberculeuse succéder à un érythème noueux, dont elles sont séparées par un intervalle de quatre mois, pendant lesquels il n'existe aucun trouble de la santé.

*
* *

De telles observations ne sont pas rares dans la littérature médicale. Mais, selon les cas, les faits cliniques s'enchaînent de façons différentes.

Une notion déjà bien acquise est que l'érythème noueux peut se terminer ou être suivi par une poussée de tuberculose aiguë.

Certains auteurs, précisant davantage, ont signalé que l'érythème noueux pouvait être un symptôme de la méningite tuberculeuse [Sorel (1)]. En effet, on l'a

(1) Landouzy. Erythèmes noueux et polymorphes bacillaires, *Congrès de l'Assoc. pour l'avanc. des sciences*, Reims 1907, p. 337.
(2) Mallein. *L'Erythème noueux*, Th. de Paris, 1910.
(3) Hildebrandt. *Münch. med. Woch.*, fév. 1907.
(4) Chauffard et Troisier. Erythème noueux expérimental par injection intradermique de tuberculine, *Soc. méd. des hôpit.*, 15 janv. 1909.
(5) Thibierge et Gastinel. *Soc. méd. des hôpit.*, 30 avril 1909.
(6) Sézary. *Soc. de biol.*, 8 juillet 1911.

(1) Sorel. *Arch. méd. de Toulouse*, 1er juin 1909, p. 239; — Laffitte. Th. de Toulouse, mai 1909.

vu se développer au cours d'une méningite tuberculeuse. Mais, inversement celle-ci peut éclater au cours d'un érythème noueux préexistant. Telles sont les observations de Hallé (1), Baumler (2), Schmitz (3), Rochon (4), Marfan (5), Buisine (6). En dehors de la tuberculose, Loiseleur et Monziols (7) ont vu une septicémie à méningocoques avec érythème noueux se compliquer de méningite cérébro-spinale.

Plus intéressants sont les faits comparables au nôtre, où, après un érythème noueux, l'on voit, à échéance plus ou moins lointaine, apparaître une méningite tuberculeuse. Tels sont les cas de Œhne (8), où la méningite survient huit semaines après l'érythème noueux, de Marfan (9) où elle éclate six semaines après, de Perel (10) où elle se montre un mois plus tard, d'Appert (11) où elle éclôt au bout de six mois, de Schmitz (12) où une méningite tuberculeuse accompagnée d'érythème noueux fut elle-même précédée, deux mois auparavant, par une première poussée d'érythème noueux.

Donc l'érythème noueux bacillaire n'est pas seulement en relation avec une méningite tuberculeuse en évolution. Il peut encore précéder celle-ci de plusieurs semaines ou de plusieurs mois. C'est là un fait qui a une grande importance pratique, car on peut se demander si, dans certains de ces cas, un traitement approprié n'eût pas permis à l'organisme de se défendre mieux contre la nouvelle agression bacillaire et empêché le développement de la méningite tuberculeuse.

Il faut donc considérer tout enfant atteint d'érythème noueux bacillaire comme menacé de méningite tuberculeuse, et au point de vue thérapeutique, il ne faut pas négliger l'indication fournie par cette éruption.

*
* *

On doit encore se demander pourquoi la méningite tuberculeuse est si fréquente au cours ou au décours de l'érythème noueux.

Ces rapports peuvent être interprétés de deux façons.

On sait que la méningite est une des plus fréquentes expressions symptomatiques de la bacillose chez l'enfant. On peut donc prétendre que l'érythème noueux et la méningite sont deux manifestations d'une septicémie qui, en dehors de sa localisation cutanée, se révèle par sa détermination préferée sur les méninges. L'atteinte des deux appareils peut être simultanée, comme dans notre premier groupe d'observations, ou peut se faire à un intervalle de plusieurs semaines ou plusieurs mois, comme dans les cas analogues à celui dont nous rapportons un exemple.

Cette première hypothèse suppose que l'éruption est elle-même de nature bacillaire ou toxique.

Une autre pathogénie pourrait être invoquée ; elle aurait le mérite d'expliquer le déterminisme de la complication méningée. On connaît la fréquence des réactions méningées au cours des érythèmes infantiles [Ferrand (1), Hutinel (2)]. En particulier, l'érythème noueux, comme l'a montré Lévy-Franckel (3), s'accompagne souvent de lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

On peut se demander, en rajeunissant la théorie angionévrotique de Lewin (4), si l'érythème noueux n'est pas en définitive l'expression cutanée d'un syndrome méningé fruste, qui pourrait être de nature bacillaire (5). On connaît en effet (Jacquet) le rôle prépondérant du système nerveux dans la pathogénie des dermatoses dont certaines, dénommées justement réactions cutanées par Brocq, sont manifestement d'origine nerveuse. On sait aussi, comme l'a montré Grenet, que le purpura, qui souvent se développe dans des circonstances analogues à celles qui accompagnent l'érythème noueux et qui peut s'associer à ce dernier comme l'avait déjà vu Lailler, est conditionné par une lésion nerveuse ou une irritation méningée, qui cause l'éruption, et par une lésion hépatique, qui détermine son caractère hémorragique.

Puisque la nature tuberculeuse de l'éruption n'est prouvée ni par l'histologie, ni par la bactériologie, la théorie de son origine nerveuse peut être soutenue.

La lésion nerveuse pourrait être la méningite elle-même. Elle pourrait aussi consister simplement, comme dans le zona tuberculeux, dans la réaction méningée que révèle la ponction lombaire. Cette dernière, malgré sa bénignité, pourrait jouer un rôle décisif dans l'éclosion ultérieure de la méningite, en sensibilisant les méninges et les rendant plus susceptibles vis-à-vis du bacille de Koch. Celles-ci, chez ces sujets toujours en puissance de bacillose, présenteront au moment d'une poussée de bacillémie une sensibilité spéciale pour le bacille ; c'est là une hypothèse analogue, mais non semblable, à celle qu'ont émise Landouzy, Gougerot et Salin (6), pour expliquer la pathogénie des arthrites bacillaires.

A son appui, on pourrait invoquer l'intéressante observation de Pons (7) qui, ayant pratiqué à une malade suspecte de bacillose une injection sous-cutanée de tuberculine, vit survenir chez elle des phénomènes nerveux intenses et graves : céphalée violente, photophobie, diplopie, raideur de la nuque, hyperesthésie, délire, tachycardie. Ces symptômes, qui imposaient le diagnostic de méningite, s'amendèrent cinq jours plus tard. Mais deux jours après

(1) Hallé. Cité par Mallein, obs. n° XVII.
(2) Baumler. *Arch. f. klin. Med.*, 1892, t. X.
(3) Schmitz. *Wien. med. Blätter*, 1887.
(4) Rochon. *Médecine moderne*, 1895.
(5) Marfan. *Presse méd.*, 26 juin 1909.
(6) Buisine. Th. de Bordeaux, 1891-1892.
(7) Loiseleur et Monziols. *Soc. méd. des hôpit.*, 10 juin 1910.
(8) Œhne. *Arch. der Heilk.*, 1877, t. XVIII, p. 426.
(9) Marfan. Loc. cit.
(10) Mlle Perel. Th. de Paris, 1910.
(11) Appert. *Corresp. Blatt f. schweizer Ærzte*, 1890, n° 8, p. 258.
(12) Schmitz. Loc. cit.

(1) Ferrand. Th. de Paris, 1908.
(2) Hutinel. *Presse méd.*, 1909.
(3) Lévy-Franckel. *Revue de la tuberculose*, 1908.
(4) Lewin. *Charité Ann.*, 1870, t. III.
(5) Voir Gougelet. *Episodes méningés tuberculeux curables chez l'enfant*, Th. de Paris, nov. 1911.
(6) Landouzy, Gougerot et Salin. *Revue de méd.*, 1910.
(7) Pons. Th. de Lyon, 1905-1906.

cette amélioration apparut un érythème noueux : la dermatose est ici nettement consécutive à l'irritation nerveuse.

On conçoit donc que si l'on envisage comme prédominant le rôle du système nerveux dans la pathogénie de l'érythème noueux (et cette conception cadre bien avec la pathologie générale des dermatoses), la fréquence de la méningite tuberculeuse consécutive s'expliquerait aisément par l'hypothèse de la sensibilisation nerveuse que nous avons énoncée.

*
* *

Quoi qu'il en soit de cette question de pathogénie, un fait doit être retenu des considérations précédentes : c'est la fréquence, surtout chez les enfants, de la méningite tuberculeuse après l'érythème noueux. Il invite aux plus grandes réserves en ce qui concerne le pronostic et à la plus vive sollicitude en ce qui concerne la thérapeutique de cette affection d'apparence si bénigne.

ACTION DU SALVARSAN
SUR LA NÉVRITE OPTIQUE TABÉTIQUE

Par M. LACAPÈRE,
Médecin de Saint-Lazare.

Contre une affection aussi grave que la névrite optique tabétique, les moyens les plus énergiques ont échoué jusqu'à présent. Les traitements mercuriels les plus intensifs n'ont pu empêcher l'affection d'aboutir fatalement à la cécité. Par le salvarsan, dont on connaît l'action profonde et rapide sur la syphilis cutanée, viscérale et nerveuse, on peut espérer, sinon guérir les lésions établies, du moins enrayer l'atrophie du nerf optique. Le nom même d'atrophie nous empêche, en effet, de songer à la possibilité d'un retour à l'état normal, mais ce serait déjà un important succès que d'immobiliser la marche de la névrite.

Les résultats obtenus me semblent des plus encourageants.

Je rapporte ici l'observation de deux malades atteints d'atrophie optique que j'ai traités par les injections intraveineuses de salvarsan ; d'autres malades sont actuellement en traitement et j'aurai, dans quelques mois, l'occasion d'exposer les résultats d'une plus longue expérience.

Première observation. — M. X..., âgé de quarante ans, est atteint de syphilis depuis l'âge de dix-sept ans, il a été fort mal soigné et ses accidents de tabes ont commencé par des douleurs des jambes, il y a huit ans. Trois ans après l'apparition des douleurs fulgurantes, la névrite optique débutait.

Actuellement les douleurs surviennent par violentes crises, répétées presque tous les jours. L'incoordination motrice empêche le malade de marcher sans qu'on le soutienne. Des mouvements des membres supérieurs sont désordonnés, et le malade a complètement perdu le sens musculaire.

Le 1er novembre 1910, je constate que la vision est supprimée à droite ; que de l'œil gauche, le malade peut compter le nombre des bougies allumées placées à 1 ou 2 mètres de lui et peut distinguer une silhouette passant devant la fenêtre. Cette névrite optique s'est aggravée très rapidement et, en quelques mois, la vue, excellente au début, a presque complètement disparu. Le malade est très maigre, extrêmement nerveux, et à des périodes d'excitation nerveuse succèdent des périodes de dépression complète.

Il vient d'être traité par plusieurs séries de piqûres de calomel sans aucun résultat.

La réaction de Wassermann est franchement positive chez lui.

Le 14 novembre 1910, je lui injecte 20 centigrammes de salvarsan dans les muscles de la fesse.

A la suite de cette unique injection, le Wassermann devient négatif.

Le malade signale une légère amélioration de la marche ; il lui semble que la vue s'améliore également, mais cette sensation de bien-être succède souvent à l'injection de salvarsan et dépend surtout du relèvement de l'état général dû au traitement arsenical.

Une injection intraveineuse de 12 centigrammes est pratiquée un mois après. Quelques jours plus tard, le malade affirme qu'il éprouve un mieux réel. Il distingue les objets sur la table et peut compter les fourchettes et les couteaux. Cependant, après quelques semaines, l'amélioration cesse et la vision redevient indistincte, bien qu'un peu plus nette qu'avant le traitement arsenical.

En juillet 1911, j'injecte de nouveau dans les veines 20 centigrammes de salvarsan. Je ne revois le malade qu'au mois de novembre. L'acuité visuelle est restée la même, mais les douleurs fulgurantes ont reparu depuis un mois. Les crises, assez espacées au début de la reprise, ont tendance à devenir plus fréquentes et plus intenses. Je fais un prélèvement de sang et je constate que le Wassermann est de nouveau devenu positif. Cette aggravation, due à une suspension trop prolongée du traitement, me détermine à injecter 15 centigrammes de salvarsan et trois semaines après 15 centigrammes de nouveau.

Actuellement, les crises douloureuses ont complètement cessé, la réaction de Wassermann est redevenue négative, l'atrophie optique ne paraît pas s'aggraver.

Dès la première injection, pratiquée chez ce malade, l'atrophie optique, qui marchait à grands pas, semble donc s'être brusquement arrêtée ; s'il y a une amélioration, celle-ci est extrêmement minime, mais ce que le malade m'affirme chaque fois que je le vois, c'est que son acuité visuelle n'a pas diminué depuis le commencement du traitement arsenical.

J'appelle également l'attention sur ce fait que, après un traitement arsenical, lorsque la suspension des injections a été trop longue, les douleurs fulgurantes reparaissent, la vue recommence à baisser et on constate que le Wassermann redevient positif. Si l'on intervient par de nouvelles injections, les douleurs disparaissent et le Wassermann redevient négatif.

On verra que dans l'observation suivante les faits se présentent avec une succession identique.

Deuxième observation. — M. X..., âgé de quarante-huit ans, est atteint de tabes hérédo-spécifique ; il n'a jamais eu de syphilis acquise ; c'est un prédisposé, car sa sœur, contagionnée par son mari spécifique, est atteinte aussi de tabes.

Le malade dont nous nous occupons est un homme très intelligent et actif, extrêmement impressionnable et que son atrophie optique affecte au plus haut point.

C'est en 1904 que les premières manifestations du tabes sont apparues ; vers le mois de juin 1904, on a constaté l'apparition des douleurs fulgurantes et l'abolition des réflexes rotuliens.

En décembre 1904, le malade s'aperçoit brusquement, en

fermant l'œil gauche, que la vision de l'œil droit est complètement éteinte.

Le professeur de Lapersonne constate, en effet, à l'examen, que l'acuité visuelle, à droite, est nulle et que l'acuité de l'œil gauche est égale à 0,9. Il ordonne un traitement intensif par le biiodure de mercure et des injections de strychnine. Il semble qu'en 1906 et 1907 la vision n'ait pas diminué. L'examen aurait même montré une légère amélioration, mais il n'a été pratiqué qu'un examen oculaire, et il ne faut pas oublier que le malade est un nerveux, que ses troubles visuels n'ont jamais été absolument fixes, mais sujets, comme dans tous les cas analogues, à de petites variations journalières.

Il ne s'agit donc peut-être que d'une fausse amélioration.

En 1908, malgré qu'on ait continué un traitement mercuriel intensif, les troubles de coordination motrice apparaissent et l'acuité visuelle de l'œil gauche tombe à 0,3 ; quelques troubles sphinctériens font leur apparition.

En septembre 1910, l'acuité visuelle de l'œil gauche est tombée à 1/15 ; le malade consulte le professeur Ehrlich qui le renvoie au docteur Alt de Berlin. Celui-ci constate que le séro-diagnostic est fortement positif. Il pratique une injection intramusculaire de 25 centigrammes de salvarsan. Cette injection est suivie d'une amélioration passagère : du 15 au 30 octobre 1910, la vue semble s'améliorer ; le malade peut lire des lettres écrites à la main.

Au mois de décembre 1910, le professeur Ehrlich conseille une deuxième injection.

Le docteur Alt fait une injection intramusculaire de 30 centigrammes en suspension huileuse ; cette injection est suivie d'une fatigue prolongée. Puis l'état s'améliore ; les jambes qui étaient devenues raides reprennent leur souplesse, mais la réaction de Wassermann se montre encore positive.

Le professeur de Lapersonne constate que l'acuité visuelle de l'œil gauche est d'environ 1/10. Il conseille les injections intraveineuses de salvarsan. C'est alors que le malade vient me voir.

J'examine donc le malade au mois d'avril 1911 ; son Wassermann est devenu négatif à la suite des deux injections intramusculaires de salvarsan. La vision de l'œil droit est toujours supprimée ; celle de l'œil gauche est très faible, mais, grâce à sa volonté, le malade se dirige seul, vient seul à Paris d'une ville très éloignée. Il a conservé la perception très nette de la valeur des teintes les plus délicates, au point qu'il ne laisse à personne le soin de choisir les pièces d'étoffes teintes qu'il emploie dans son industrie.

Je fais le 15 avril 1911 une injection intraveineuse de 30 centigrammes de salvarsan, injection très bien supportée. Le 2 mai, le Wassermann est toujours négatif, une seconde injection de 30 centigrammes est encore pratiquée ; à la suite de ces deux injections, je conseille une suspension de traitement de deux mois.

Je revois le malade le 13 juillet ; à mon examen je constate que le Wassermann est devenu franchement positif ; et le malade me dit que, depuis quelques semaines, la vision s'est affaiblie, que les brouillards qui lui troublent la vue ont augmenté, et que l'acuité visuelle est retombée à 1/15. Je réinjecte aussitôt 30 centigrammes dans les veines. A la suite de cette injection, l'acuité visuelle reste la même jusqu'au début d'octobre. La réaction de Wassermann ne peut être faite, le malade habitant loin de Paris.

A cette époque les douleurs fulgurantes, qui avaient disparu depuis les dernières injections, réapparaissent et deviennent très violentes. La brume augmente devant les yeux. Je revois le 14 novembre le malade très déprimé, très affecté par la crainte de la cécité. Je lui explique qu'à mon avis et, d'après d'autres cas dont je suis l'évolution, je suppose que l'effet des dernières injections est terminé et je constate que la réaction de Wassermann est, en effet, de nouveau fortement positive. Je fais immédiatement une injection intraveineuse de 25 centigrammes que je répète quinze jours plus tard. Avant la dernière injection, le Wassermann est encore positif, mais l'état général est meilleur et la brume est moins intense devant les yeux. L'appréciation des couleurs est toujours conservée.

La médication par les injections intraveineuses de salvarsan à la dose de 25 centigrammes sera continuée jusqu'à ce que la réaction de Wassermann soit devenue négative. A ce moment un repos de quelques semaines sera permis, mais les examens du sang pratiqués à des dates rapprochées permettront de prévoir les reprises de l'atrophie optique.

Ce malade s'est donc régulièrement amélioré chaque fois que des nouvelles injections de salvarsan ont été pratiquées. Mais, jusqu'à présent, l'effet de ces injections a été passager, et on peut constater que la réaction de Wassermann est redevenue positive chaque fois que le processus tabétique s'accentuait, à la suite d'un arrêt trop prolongé du traitement.

De nouvelles injections ont amené chaque fois l'amendement des symptômes, et tendent à ramener la réaction de Wassermann à la négative, et nous espérons bien arriver à l'arrêt définitif de l'évolution de l'atrophie optique.

Voici donc à l'heure actuelle l'état de ces deux malades. J'aurai plus tard l'occasion d'en reparler pour montrer ce qu'ils sont devenus.

Ce qui semble résulter de ces deux observations calquées l'une sur l'autre, ce sont les points suivants.

Après les injections de salvarsan et lorsque celles-ci ont été suffisamment répétées, le Wassermann devient négatif, les douleurs fulgurantes disparaissent ou s'atténuent notablement, l'affaiblissement de l'acuité visuelle s'arrête. Cet arrêt de l'atrophie a déjà été signalé à la suite de ce traitement, et le docteur Wechselmann (de Berlin) nous a communiqué oralement des observations tout à fait identiques.

Ces modifications cliniques sont absolument analogues à celles qui se produisent chez la plupart des tabétiques que nous avons soignés.

Le docteur Milian a montré que, parallèlement aux signes cliniques, la lymphocytose rachidienne diminue rapidement. Parfois l'amélioration va plus loin et j'ai vu, à plusieurs reprises, une diminution très nette des troubles d'incoordination motrice.

Lorsque le tabes s'accompagne d'atrophie optique, cette manifestation se modifie parallèlement aux autres symptômes. Malheureusement il semble bien qu'on ne regagne pas le terrain perdu, aussi importe-t-il d'agir énergiquement et de surveiller étroitement le malade pendant les périodes de suspension de traitement.

Cette surveillance doit être basée sur les symptômes cliniques et sur la réaction de Wassermann qu'il importe de répéter fréquemment (une fois par mois au moins, au début). Dès que la réaction redevient positive et, à plus forte raison, quand les symptômes somatiques ou oculaires s'accentuent, il faut reprendre énergiquement le traitement.

Quant aux doses qui doivent être employées, nous insistons sur le fait qu'elles doivent être assez minimes pour éviter la réaction immédiate et la dépression ultérieure qu'on observe avec des doses fortes (1).

(1) Il va sans dire qu'il s'agit ici d'injections intraveineuses, les injections intramusculaires pouvant s'enkyster et rester inefficaces. Ce sont aussi les seules dont la diffusion dans l'organisme est assez complète pour pénétrer jusque dans le liquide céphalo-rachidien, comme l'a montré A. Sicard.

Aussi, les doses de 30 centigrammes que j'emploie chez l'adulte vigoureux doivent-elles être réduites. Je ne dépasse pas 20 à 25 centigrammes au début, si le tabétique est vigoureux et si ses émonctoires fonctionnent bien. Lorsque plusieurs injections ont été bien supportées, j'augmente parfois un peu ces doses. S'il est âgé, s'il est cachectique, je baisse, suivant son état, à 15 centigrammes, quelquefois 10 centigrammes. Mais j'insiste sur le fait que les injections doivent être fréquemment répétées. Elles doivent, lorsqu'elles sont bien supportées, être espacées de dix à douze jours au début, plus tard d'une quinzaine de jours et répétées quatre à cinq fois.

Après cette série, le Wassermann est habituellement devenu négatif, mais il ne faut pas attendre, pour agir de nouveau, que la réaction de Wassermann soit redevenue positive. Après deux mois de repos, plus tôt même si les symptômes menaçants ont reparu, il faut reprendre une nouvelle série. Qu'on ne s'effraie pas de ces doses répétées; certains de nos malades ont subi un nombre considérable d'injections sans présenter aucun symptôme d'intolérance.

Quant à l'arseno-résistance que l'on a pu craindre parfois, il semble démontré, par l'efficacité générale des traitements continués longtemps, que c'est une notion erronée. Le professeur Ehrlich que nous avons interrogé à ce sujet, il y a peu de jours, nous affirmait que l'arseno-résistance est aussi impossible à obtenir *in vivo* qu'*in vitro*.

En ce qui concerne les altérations oculaires dues au salvarsan nous n'en avons observé aucun cas chez nos malades dont les yeux ont été examinés régulièrement. C'est, je crois, un médicament absolument inoffensif pour la vision.

On peut attendre un peu plus longtemps après les deux premières séries, mais l'action du médicament me semble trop passagère pour qu'on puisse espérer s'en tenir là et j'estime que la médication peut et doit être renouvelée par la suite jusqu'à ce que l'on puisse espérer que le résultat soit définitif.

Dans quelque temps, j'espère, je reparlerai de nouveaux cas d'atrophie optique traités par cette méthode et je compléterai les deux observations que je viens de rapporter.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 23 JANVIER 1912)

Sur un procédé d'orchidopexie. — Avec une extrême précision de détails, M. WALTHER expose les divers temps d'un procédé d'orchidopexie auquel il a recours depuis 1900.

Le principe consiste à utiliser l'élasticité de la cloison des bourses pour maintenir en position le testicule abaissé. Cette traction élastique permanente de la cloison est réalisée très simplement par le passage du testicule à travers une incision faite à la cloison des bourses, et sa fixation indirecte dans cette position par le rétrécissement, au moyen de quelques points de suture, de la brèche de la cloison.

M. Walther a pu présenter à la Société de chirurgie une série d'opérés chez lesquels il avait pratiqué depuis plusieurs années l'orchidopexie par ce procédé, et chez tous le testicule restait complètement abaissé, absolument libre et mobile. Jamais il n'a été constaté de tendance au raccourcissement du cordon, de rétraction en haut du testicule, pas plus que la moindre douleur ou la moindre gêne, soit du côté du cordon, soit au niveau du testicule.

L'efficacité et la simplicité de ce procédé semblent à M. Walther devoir en faire une technique de choix pour l'orchidopexie.

M. HANRIOT a lu un **rapport sur l'hygiène de l'enfance** que nous n'avons pu entendre, puis l'Académie s'est constituée en comité secret.

Traitement de la pellagre. — Au cours de la séance du 9 janvier 1912, une communication intéressante a été faite par le secrétaire annuel, M. le professeur R. BLANCHARD, sur un nouveau traitement de la pellagre au moyen d'un sérum organo-minéralisé et radio-activé dû au docteur Jean Nicolaïdi (de Paris).

On sait que la pellagre, maladie toxi-alimentaire, sévit dans certains pays où elle cause d'énormes ravages en décimant les populations rurales qui s'alimentent surtout de maïs souvent avarié; elle a jusqu'ici résisté à tous les efforts thérapeutiques mis en œuvre. Dès 1909, les premiers résultats encourageants de sérothérapie antipellagreuse, obtenus par le docteur Jean Nicolaïdi, lui ont valu d'être chargé d'une première mission en Roumanie, d'une seconde, en Italie, pays ravagés tous deux par le fléau.

En ce qui concerne les résultats de la première mission, le professeur R. Blanchard, lors d'un voyage en Roumanie, a constaté lui-même que « les malades furent guéris ou améliorés de la façon la plus notable ».

En Italie, la direction générale de l'hygiène publique avait chargé le professeur Antonini, l'éminent pellagrologiste, de l'organisation et du contrôle des essais thérapeutiques entrepris par les docteurs Grillo et Maj, au moyen du sérum Nicolaïdi. Dans la « Rivista pellagrologica italiana » (novembre 1911), ces médecins ont publié *in extenso* le résultat de ces essais. Ainsi que le relate le professeur R. Blanchard, le docteur Jean Nicolaïdi, « reçu d'abord avec la plus grande courtoisie, mais aussi avec un scepticisme mal contenu, vit peu à peu s'éveiller l'attention des médecins traitants, puis leur intérêt se manifester, leur satisfaction éclater enfin, à mesure que les cas les plus rebelles à tout traitement et jusqu'alors les plus incurables, choisis pour mieux se rendre compte de l'efficacité du traitement, allaient en s'améliorant d'un jour à l'autre, jusqu'à complète guérison ». Entre autres symptômes fréquents de la pellagre, « des entérites, rebelles à tous les traitements depuis fort longtemps, avec 5 à 30 selles diarrhéiques par jour, ont guéri après 10 ou 12 injections ».

« Ce n'est pas par empirisme, mais en s'inspirant de conceptions scientifiques très positives que M. Nicolaïdi a réalisé son traitement », « intéressante nouveauté thérapeutique qui méritait d'être signalée à l'Académie ».

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 JANVIER 1912)

Modifications du sang chez les radiologues. — M. AUBERTIN. On a observé plusieurs cas de leucémie, soit lymphoïde, soit myéloïde, survenus chez des radiologues. Or, étant donné que les rayons X qui, à forte dose, produisent une destruction des organes hématopoïétiques, produisent, à doses faible, une excitation de ces organes qui se traduit par de la leucocytose, il est permis de se demander si les rayons X n'ont pas joué un rôle dans la production de ces leucémies.

Nous avons examiné le sang de 7 radiologues exerçant depuis six à onze ans, indemnes d'accidents et en bonne santé. Le chiffre des leucocytes est normal ou abaissé (jusqu'à 4000). Quant à la formule leucocytaire, elle présente des modifications légères, mais constantes, qui peuvent se ramener à trois types :

1° Polynucléose avec éosinophilie (3 cas).

2° Eosinophilie (2 cas).

3° Mononucléose légère (2 cas).

Les deux premiers types traduisent un hyperfonctionnement léger de la moelle osseuse, sans apparition de formes anormales dans le sang. Le dernier est peut-être en rapport avec une diminution de l'activité médullaire.

A propos des syndromes ovaro-thyroïdiens et thyro-ovariens. — M. Léopold-Levi. *A.* Un *même état ovarien* peut provoquer des conséquences *thyroïdiennes exactement inverses* (apparition, disparition d'un goitre), entraîner des syndromes *symétriquement opposés* (myxœdème et Basedow).

B. Des syndromes thyroïdiens *opposés* déterminent *même* conséquence utéro-ovarienne (aménorrhée, hémorragies).

C. L'*infantilo-sénilisme utéro-ovarien* peut être d'origine thyroïdienne.

D. Les troubles utéro-ovariens modifiés par la thyroïdothérapie sont une localisation de *neuro-arthritisme* thyroïdien.

L'étude des syndromes thyro-ovariens permet de conclure soit à l'*antagonisme,* soit à la *synergie* thyro-ovariennes.

Expériences d'inhalation de matière tuberculeuse humaine chez le chat. — M. P. Chaussé. Sur 14 chats soumis à l'inhalation de virus humain, quatre seulement sont infectés. Cependant, étant données les conditions dans lesquelles on a opéré, tous les animaux auraient dû être fortement tuberculisés. Il existe de plus une réceptivité très variable selon les individus et indépendante de l'âge.

Base expérimentale des récentes modifications du traitement antirabique. — M. Babès. La série de trois à zéro jours ne suffit pas toujours à garantir le chien contre les manifestations de la rage, et il est prudent de ne pas commencer le traitement chez l'homme par le virus de trois ou quatre jours. Au contraire, on peut impunément, même dès le premier jour du traitement, inoculer la moelle d'un à deux jours, à condition de préparer l'organisme le même jour, le jour avant, ou deux jours avant, par la série des moelles, en commençant par celle de six jours.

Traitement du tétanos par le sulfate de magnésie, par l'acide phénique, par le sérum antitétanique. — M. Jean Camus a traité comparativement des chiens tétaniques par le sulfate de magnésie, par l'acide phénique, par le sérum antitétanique pur ou digéré par la pepsine.

Il résulte de ses recherches que le sulfate de magnésie et l'acide phénique sont dépourvus d'action sur l'évolution du tétanos à quelque dose qu'ils soient employés et à quelque moment qu'on intervienne au cours de l'intoxication tétanique. Le sulfate de magnésie diminue momentanément les contractures et l'excitabilité. Il est possible que l'acide phénique ait un pouvoir antiseptique sur le bacille tétanique, il n'a pas d'action sur la toxine tétanique fixée ou en voie de fixation sur les centres nerveux. L'acide phénique aux doses employées ne paraît pas avoir d'inconvénients immédiats; il n'en est pas de même du sulfate de magnésie qui, injecté dans le liquide céphalo-rachidien, peut provoquer des accidents redoutables.

Un chien, traité à la fois par le sulfate de magnésie et par l'acide phénique, n'a pas eu de survie sur les autres chiens du même groupe.

Le traitement par le sérum antitétanique seul injecté simultanément dans le liquide céphalo-rachidien, dans les veines et sous la peau, donne des résultats très supérieurs à ceux des méthodes précédentes.

Quant au traitement par le sérum antitétanique digéré au préalable à l'étuve par la pepsine, c'est une méthode dont l'essai paraît logique.

En dissociant la substance albuminoïde, en réduisant le volume de ses molécules, véhicules de la matière immunisante, on peut espérer que celle-ci agira plus vite, plus complètement sur la toxine.

Les résultats obtenus par cette méthode in vitro sur la toxine et in vivo sur l'animal tétaniques ont été irréguliers.

Autres communications :

Diverses conditions de culture du bacille tuberculeux. — MM. Tiffeneau et A. Marie.

Détermination des matériaux solides de l'urine à l'aide de la densité. — M. Boucher.

Le foie est incapable de détruire, in vitro, l'acide oxalique. — M. Sarvonat.

Comparaison de trypanosome gambiense et rhodesiense. — MM. Mesnil et Ringenbach.

Recherches sur l'excitabilité du pneumogastrique. — MM. Lapicque et Meyerson.

Action des sérums agglutinants sur les cils. — M. Proca.

FIGURES MÉDICALES

LE PROFESSEUR DÉMOSTHEN

Médecin inspecteur général de l'armée roumaine.

Le professeur Démosthen est une figure bien connue en France. Il a fait une partie de ses études médicales à l'école de Montpellier avec le professeur Grasset, le professeur agrégé Balestre, de Nice, et cette fameuse pléïade de professeurs agrégés de Strasbourg, les Kiener, Lereboullet, Lacassagne, qui se sont retirés à Montpellier après nos sanglants revers de 1870-1871.

Entré au service en 1863, Démosthen est nommé successivement médecin sous-lieutenant en 1866, médecin lieutenant en 1868, médecin capitaine en 1872, médecin-major de première classe en 1875 et médecin principal en 1884. Il est alors désigné comme chef du service de chirurgie de l'hôpital central de l'armée à Bucarest et membre du Comité technique de santé militaire.

En 1888, Démosthen est promu médecin colonel et nommé directeur du service de santé, au ministère de la guerre, tout en conservant son service hospitalier.

Deux ans plus tard, il est promu médecin inspecteur et, en 1902, médecin inspecteur général de l'armée et président du Comité technique de santé.

En vingt-sept ans de service, le professeur Démosthen a donc franchi, grâce à son énergie, à sa science, à ses talents chirurgicaux, tous les degrés de la hiérarchie militaire.

En 1894, il fut nommé tour à tour membre correspondant de la Société de chirurgie et de l'Académie de médecine de Paris.

Pendant la guerre russo-turque (1877-1878), ce vaillant patriote, qui rêvait à l'indépendance complète de son pays, n'hésita pas à abandonner sa place de médecin adjoint à l'hôpital des Enfants-malades — place obtenue au concours — pour suivre les troupes roumaines mobilisées.

Nommé médecin en chef de la brigade Vladesco (division Cerkez), Démosthen assista aux trois furieux assauts livrés contre le camp retranché de Plewna, durant lesquels les Russes, après six jours de combat, perdirent 12 500 hommes et 300 officiers et les Roumains 2 500 hommes et 50 officiers. Durant cette épidémie de traumatismes, le brillant chirurgien déploya tous ses talents opératoires, au grand profit de ses nombreux blessés. Il put aussi apprécier les avantages

indéniables de l'*application immédiate du paquet de pansement individuel* que chaque soldat roumain avait reçu sous l'heureuse instigation du médecin inspecteur général Davila, illustre médecin d'origine française qui fut, en Roumanie, le fondateur de l'Ecole du service de santé militaire.

Après la chute de Plewna (10 décembre 1877), Démosthen accompagna les prisonniers turcs à Bucarest, mais il ne tarda pas à être rappelé à Calarashi, où sévissait dans les armées alliées une terrible *épidémie de typhus*, qui les décimait. Son service fut là très pénible, car les malades roumains et russes occupaient quatre hôpitaux. Grâce à sa robuste constitution, notre camarade surmonta toutes les fatigues et tous les dangers de contamination.

En 1897, avec l'autorisation du ministre de la Guerre, Démosthen fonda la *Revista sanitara militara*, journal officiel du service de santé roumain qui, sous sa haute impulsion, acquit rapidement une valeur scientifique bien justifiée.



Publications. — Parmi ses principaux travaux nous citerons :

1° Le traitement des *tuberculoses chirurgicales dans l'armée* avec une statistique de 429 cas et le traitement chirurgical de la *péritonite*, communications faites au Congrès de chirurgie, Paris 1889.

2° Le traitement chirurgical de *la pleurésie purulente avec résection costale* portant sur 63 cas, tous suivis de bons résultats, à condition d'une intervention précoce (1897).

3° *Principales opérations* faites à l'hôpital militaire de Bucarest de 1886 à 1896, avec une statistique de 3 413 interventions, ayant fourni une mortalité de 0,7 p. 100.

4° *Un nouveau procédé d'amputation partielle du pied.* — Ingénieuse modification du Chopart avec sciage horizontal des surfaces astragalo-calcanéennes et fixation par la suture osseuse. Ce procédé donne un résultat orthopédique bien supérieur au Chopart (in *Revista sanitara militara*, 1906).

5° La question des *hernies inguinales dans l'armée*. Après avoir montré que les hernies sont fréquentes dans le milieu militaire, que l'Italie réforme 5 414 hernieux, l'Allemagne 7 377, la France 7 345 et la Roumanie 1 162, Démosthen réclame au nom de l'humanité, de la société et de l'armée, que les hernieux incorporés soient débarrassés de leur infirmité par la cure radicale si bénigne, pourvu qu'elle soit faite avec toutes les précautions d'une rigoureuse asepsie. « Il est temps, écrivait-il en 1894, qu'il se produise dans l'opinion publique un courant actif et persuasif en faveur du traitement le plus efficace de ces hernies. *L'armée qui ne faisait rien jadis pour les hernieux doit donner aujourd'hui un salutaire exemple.* »

« L'armée et la société nous seront reconnaissantes d'améliorer ainsi l'existence de ces milliers de hernieux, qui feront un service effectif dans le rang et rendront au pays des hommes valides. »

6° Contribution à l'étude des *blessures chez l'homme vivant par la balle cuirassée de petit calibre*, avec trois figures (in *Revista sanitara militara*, 1897).

7° *Etude expérimentale sur l'action du projectile cuirassé du fusil Mannlicher* (nouveau modèle roumain de 6mm5). Etude de soixante-seize pages avec cent vingt figures, 1894.

Dans ce remarquable travail, Démosthen a étudié les effets dynamiques et vulnérants des *projectiles de petit calibre, à enveloppe métallique*.

A l'encontre des autres expérimentateurs, Chauvel, Delorme, Chavasse et Nimier en France, Bruns et Reger en Allemagne, Habart en Autriche, qui ont tiré *des projectiles à charges réduites*, Démosthen s'est servi de cartouches de guerre *à pleine charge* et a fait tirer les projectiles à des distances réelles, variant entre 5 mètres et 1 400 mètres. *Les résultats ainsi obtenus sont plus conformes à la réalité et ses expériences sont devenues classiques.*

Les tirs ont été exécutés : 1° sur des plaques métalliques, des planches, des troncs d'arbres, de la sciure de bois, de la poudre, du soufre en poudre ; 2° sur des cadavres humains habillés avec des vêtements militaires ; 3° sur des chevaux vivants.

Voici ses conclusions :

Sur les parties molles, les lésions de ces petits projectiles sont très bénignes, sur les os ils déterminent des fêlures, des esquilles nombreuses, sur les artères des sections très nettes et sur les organes splanchniques, en particulier dans le crâne, des désordres considérables ; aussi il dénie à ces projectiles le nom de *balles humanitaires*, donné par certains expérimentateurs, qui ont utilisé des charges réduites.

Il signale également le danger des balles *ricochées, déformées, qui infectent les plaies* et *qui sont d'autant plus nombreuses que les distances sont plus grandes.*

En raison de la grande portée des balles modernes, Démosthen conseille de porter en arrière du front de bataille, à 3 500 mètres ou 4 000 mètres, les postes de secours, « si l'on ne veut pas que le personnel médical se trouve dans la nécessité d'être pansé et soigné à côté de ses blessés ». Mais pour remédier à cet éloignement forcé, il conseille également de créer des *nids de blessés* dans la zone dangereuse, où ils seront groupés, pansés, puis transportés durant les accalmies du feu par un nombreux personnel de brancardiers instruits, sachant faire un pansement méthodique, appliquer un lien compresseur et manier un brancard sans aggraver l'état ou les souffrances des patients.

Dans les guerres futures, l'emploi d'une troupe sanitaire bien instruite est donc à prévoir.

***

Mis à la retraite depuis deux ans, le médecin inspecteur général Démosthen peut, à bon droit, être fier de sa brillante carrière médico-militaire. Il laisse de nombreux élèves, qui continueront son œuvre si largement ébauchée. Quant à nous, nous sommes heureux de la constante sympathie qu'il nous a toujours témoignée et des relations amicales que nous gardons, en Roumanie, avec le médecin principal Butza, notre distingué camarade du Val-de-Grâce et avec le professeur Jonesco, doyen de la Faculté de médecine de Bucarest, qui fut notre brillant prosecteur d'anatomie au huitième pavillon de dissection à Paris.

Dr BONNETTE,
Lauréat de l'Institut,
Chef de service au 39e d'artillerie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UNE JUSTE RÉPARATION

Nous avons annoncé dans notre numéro du 13 janvier dernier (v. *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 5, p. 53) comment la Cour d'appel de Paris avait rendu justice au docteur Bazy. Il nous a paru intéressant de publier *in extenso* l'arrêt qui a fait une si juste appréciation des faits de la cause.

« La Cour :

Considérant que la dame R..., cuisinière dans un débit de vins de Champigny-sur-Marne, âgée de cinquante-quatre ans, souffrait beaucoup, en juillet 1906, d'une tumeur abdominale; que son médecin a déclaré qu'alors « son état était épouvantable et son transport à Paris impossible, et, que, par commisération, il lui avait fait, le 10, une ponction et avait retiré 6 ou 7 litres de pus »; qu'une intervention chirurgicale avait été jugée indispensable et urgente et que la malade avait désiré les soins du docteur Bazy, dans son service de l'hôpital Beaujon, où elle n'entra que le 31 octobre 1906;

Considérant qu'elle y fut, dès le 6 novembre, opérée par le docteur Bazy qui se trouva en présence non d'un kyste ordinaire, mais d'un kyste de l'ovaire adhérant à l'intestin grêle et, de toutes parts, au petit bassin et impossible à extraire; que, d'après la relation de l'opération, il fallut seulement « l'ouvrir largement, le racler, exciser ses végétations et le marsupialiser »; que la dame R... courut de graves dangers et que, devant le Tribunal, puis devant la Cour, les deux parties ont eu raison de proclamer que le chirurgien lui avait sauvé la vie;

Que, cependant, le 13 février 1908, elle l'a assigné en 50000 francs de dommages-intérêts, prétendant que, le 6 novembre 1906, il avait laissé, par inattention, dans son ventre, entre l'intestin et la matrice, deux compresses longues d'un mètre et larges de plusieurs centimètres, et que ces tampons avaient pu pénétrer dans l'intestin et en sortir par le rectum en octobre 1907, c'est-à-dire onze mois après leur introduction;

Considérant que le docteur V... a, en effet, extrait à cette date et dans ces conditions deux compresses qui ont été soigneusement lavées et conservées, mais que, une enquête avec expertise ayant été ordonnée par les premiers jours, il a refusé tout renseignement et a seulement déclaré avoir donné le conseil de jeter au feu ces deux bandes de tissu;

Considérant qu'il appartenait pourtant à la demanderesse de faire la preuve de sa prétention; qu'elle a entendu l'administrer et que le Tribunal l'a recherchée par une enquête et une contre-enquête soigneusement suivies; qu'il a voulu que de savants médecins les connussent avant d'examiner la dame R..., d'entendre les parties et de conclure; qu'il a désigné les docteurs Schwartz, Reclus et Monod pour donner leur avis sur toutes les questions soulevées par le procès;

Considérant que ces trois experts, dignes de toute confiance, ont déposé leur rapport; que le Tribunal a tenu à obtenir d'autres précisions; qu'il les leur a demandées par une deuxième décision avant faire droit et qu'elles ont été fournies dans un second rapport;

Considérant qu'il résulte de ces documents, des autres pièces produites et des débats : 1° qu'il est établi que le docteur Bazy n'a pas oublié deux compresses laissées entre l'intestin et la matrice de la malade; 2° que si la première hypothèse, celle de l'abandon des compresses dans la poche kystique, était fondée, l'état actuel de la dame R... ne serait aucunement en relation avec ce fait; 3° qu'au même cas, il serait impossible d'affirmer que les compresses aient été laissées pendant l'opération ou pendant les soins donnés à l'hôpital, après le 6 novembre 1906, ou après le retour de la malade à Champigny; 4° qu'il est impossible de se prononcer sur l'identité des compresses incriminées;

Sur le premier point, en effet :

Considérant que les experts estiment l'hypothèse du docteur V... inadmissible et que cette allégation de la dame R... a d'ailleurs été abandonnée par elle à la barre;

Sur le deuxième point :

Considérant que les trois experts déclarent que l'état actuel de la dame R... n'a aucun rapport avec la prétendue faute, qu'elle accuse à tort d'en être la cause, et qu'ils ajoutent textuellement « qu'il doit être rattaché à l'existence par nous constatée du développement de la portion de la tumeur qui n'avait pu être enlevée »;

Que la Cour adopte, sur ces deux questions, leur opinion;

Sur le troisième point :

Considérant qu'aucune preuve de l'omission imputée au docteur Bazy, au cours de l'opération, n'est produite; que, vainement, tous les témoins de ses soins ont été interrogés; qu'aucun n'a pu en donner un indice et qu'au contraire il ressort de leurs dépositions et de la relation minutieuse de l'opération écrite à sa date sur un registre, qu'aucun incident ne s'est produit, que la chloroformisation n'a jamais inquiété le maître et ses collaborateurs, ni précipité les mouvements du chirurgien;

Considérant que l'intimée a été ensuite soignée peu de temps à l'hôpital; que ses pansements ont été régulièrement faits par des personnes compétentes et qu'elle n'allègue rien qui puisse faire croire à une faute de leur part;

Considérant, dès lors, que l'abandon des compresses a pu se produire pendant les onze mois suivants, en dehors du docteur Bazy ou de ses élèves et des infirmières; qu'interrogés deux fois sur cette supposition, les experts, loin de la rejeter, ont déclaré que les compresses avaient pu être mises et laissées après l'opération et qu'ils ont affirmé textuellement « ne pouvoir déterminer d'une façon plus précise le moment exact de leur abandon »;

Sur le quatrième point :

Considérant que les experts, pressés d'en faire une nouvelle étude, ont écrit : « Il nous est impossible de nous prononcer sur l'identité des compresses incriminées avec celles employées, soit pour les opérations, soit pour les pansements en 1906 »;

Que la Cour n'a pas d'autres éléments pour reconnaître la vérité à ce sujet et que la dame R... n'a fourni aucun renseignement pour l'éclairer;

Considérant que les motifs qui viennent d'être déduits établissent que la preuve imposée à la dame R... par sa qualité de demanderesse n'a pas été faite, et que, dès lors, sa demande doit être rejetée;

Par ces motifs :

Infirme la décision dont est appel;

Et, statuant à nouveau, rejette comme mal fondées toutes les demandes, fins et conclusions de l'intimée;

Ordonne la restitution de l'amende; et condamne la dame R... en tous les frais de première instance et d'appel. »

Cet arrêt a fait une saine application des règles qui dominent ce chapitre important de la responsabilité à laquelle notre collaborateur juridique, Me R.-Marcel Petit, a consacré une série d'articles (v. *Gaz. des hôpit.*, 1911, p. 1331, 1367, 1392, 1430, 1465, 1501, 1537).

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

PRATIQUE MÉDICALE

ULCÉRATIONS TUBERCULEUSES

Par M. E. LARDIÈRES.

La description des ulcérations tuberculeuses est dans tous les traités classiques, et il nous paraît inutile de la donner ici à nouveau. Nous devons seulement insister sur certaines précisions importantes au point de vue du diagnostic et aussi sur quelques indications thérapeutiques.

Les ulcérations tuberculeuses ont une longue durée, une forme irrégulière, un caractère douloureux presque constant, une sécrétion peu abondante et aucune fongosité mollasse à leur surface. En général, les ulcérations se développent sur un terrain nettement tuberculeux, c'est-à-dire chez des individus porteurs de lésions pulmonaires ou viscérales, et dans ces cas le diagnostic est facile. Mais il peut arriver que les tuberculoses ulcéreuses de la peau soient une première localisation de la bacillose, les cas doivent être connus. Il s'agit alors d'une plaie ou d'une excoriation cutanée infectée par des substances bacillifères, cela a été signalé parfois à la suite de la circoncision, lorsque l'opérateur est tuberculeux; la maladie se généralise alors rapidement et prend un caractère de grande gravité.

Comme pour toute tuberculose, le traitement reconstituant est indispensable : huile de foie de morue, recalcification, glidine (protéine végétale lécithinée), zomothérapie, tout moyen reminéralisateur doit être employé. Puis on agira sur l'ulcération par un topique modificateur. On utilisait autrefois l'iodoforme, on préfère aujourd'hui l'iodex, topique renfermant 5 p. 100 d'iode libre et dépourvu d'inconvénients. On recouvre l'ulcération avec cette pommade iodée et on constate qu'assez souvent la cicatrisation de l'ulcère est obtenue par ce seul moyen. Il est des cas où la destruction des ulcérations s'impose soit par des caustiques (acide chromique, chlorure de zinc), soit par le thermocautère. Mais après ces destructions l'application de l'iodex est encore utile pour modifier la vitalité des tissus et amener la cicatrisation.

Chez l'adulte présentant des lésions viscérales, le pronostic de l'affection cutanée sera celui de l'état général bacillaire, on devra essayer à l'intérieur le traitement gaïacolé, la glidine à raison de quatre à six cuillerées à soupe par jour, et enfin les arsenicaux.

LIVRES NOUVEAUX

Marat inconnu (1), par le docteur CABANÈS.

Sous ce titre *Marat inconnu, l'homme privé, le médecin, le savant*, M. Cabanès vient de faire paraître un nouveau volume. De Marat, le vulgaire ne connaît généralement que le révolutionnaire, rendu surtout célèbre par son assassinat; mais il existe un autre Marat d'avant la Révolution dont les travaux, les découvertes, le succès comme médecin méritent l'attention. C'est ce côté peu connu de la figure de Marat qu'a étudié M. Cabanès avec son souci habituel de l'exactitude documentaire, de la vérité historique et scientifique.

Ce livre contient nombre de documents inédits ou peu connus; il donne une idée de la psychologie de Marat et permet de comprendre son évolution. Il eût été particulièrement favorisé du sort si son immense orgueil ne l'avait empêché de jouir des faveurs dont il fut comblé.

Il exerça d'abord la médecine, avec succès, à Londres. Il vint à Paris où il fut nommé médecin des gardes du comte d'Artois et, bien qu'il ne fût muni d'aucun diplôme français, il arriva très rapidement à se faire une nombreuse et brillante clientèle.

(1) Paris, Alban Michel, 22, rue Huyghens.

Puis il se lassa et publia divers travaux de physique. Il eut, paraît-il, de grands succès mondains. M. Cabanès nous cite la marquise de Laubespine, Mlle Fleury de la Comédie-Française, Angéline Kauffmann, etc., et dans les derniers jours il eut pour maîtresse Simone Evrard qui l'aida même de son argent.

Il avait un grand talent de plume et de parole et il était un redoutable polémiste. Il avait tout ce qu'il fallait pour être heureux, mais dévoré d'ambition, d'un caractère jaloux et toujours mécontent il devint un véritable persécuté d'abord, puis bientôt un persécuté persécuteur. C'est ainsi qu'il estima qu'une société aussi injuste à son égard devait périr et faire place à une société nouvelle qui rendra justice à son génie méconnu.

Tel est en raccourci, en très raccourci, le curieux personnage dont Cabanès nous conte l'histoire dans son style toujours élégant et agréable.

Entre l'opinion de ceux qui, comme Mme Roland, le considèrent comme un monstre et l'opinion de Fabre d'Eglantine, par exemple, qui lui trouve « du génie, de l'esprit, du goût, de grandes vertus, quelques défauts, mais point de vices », il y a place pour bien des jugements différents. Après l'avoir scrupuleusement étudié, Cabanès semblerait incliner vers une certaine indulgence. Peut-être ceux qui auront la bonne idée de lire *Marat inconnu* partageront-ils cette opinion.

Qu'on veuille bien nous permettre d'ajouter ici un petit document personnel qui pourra intéresser notre ami Cabanès.

En présentant à ses lecteurs le plan de la maison de Marat, Cabanès met en note : « A l'heure actuelle, il est assez malaisé de situer le logis de Marat. On doit, croyons-nous, le localiser à l'endroit où sont situés les bureaux du secrétariat de la Faculté. »

Ayant, dans mon enfance, habité la rue Larrey, anciennement rue du Paon, j'ai le souvenir très précis que cette rue Larrey, commençant rue du Jardinet, aboutissait rue de l'Ecole-de-Médecine presque en face la rue Dupuytren qui existe encore.

La maison de Marat faisait le coin de la rue Larrey et de la rue de l'Ecole-de-Médecine. J'y vois encore au rez-de-chaussée un épicier et, à l'entresol, une fenêtre ogivale que mon père m'a souvent montrée comme étant l'endroit où Charlotte Corday avait assassiné Marat. C'était le n° 30 de la rue des Cordeliers, devenue la rue de l'Ecole-de-Médecine. Or, la porte d'entrée de la maison de Marat, c'est-à-dire ce n° 30, se trouvait juste en face la rue Dupuytren, et l'angle de la rue de l'Ecole-de-Médecine et de la rue Larrey se trouvait un peu plus loin, vers l'emplacement actuel de la statue de Danton.

L'appartement de Marat correspondrait donc aujourd'hui à peu près au coin du trottoir qui se trouve en face la porte d'entrée des appartements du doyen.

Ce fameux coin de rue, devant lequel je suis passé si souvent dans mon enfance et où je voyais toujours Charlotte Corday poignarder Marat dans sa baignoire, est resté pour moi un souvenir très vivace. Dr BROCHIN.

NOTES POUR L'INTERNAT

LE RÉTRÉCISSEMENT MITRAL PUR

[MALADIE DE DUROZIEZ] (1)

Faux rétrécissement mitral. — Dans certains cas, on peut constater l'existence de plusieurs des signes du rétrécissement mitral, alors qu'il n'en existe pas en réalité; il s'agit alors de

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 1, p. 10, n° 4, p. 50, et n° 7, p. 90.

faux rétrécissement mitral, ou de *rétrécissement mitral relatif*, ou de *rétrécissement mitral spasmodique*.

Chez certains malades porteurs d'insuffisance aortique, on entend au voisinage de la pointe un roulement occupant la fin de la diastole (*souffle de Flint*); *c'est le faux rétrécissement mitral*.

Dans la plupart des cas, l'orifice mitral est absolument indemne, ce roulement étant dû à la mise en vibration de la grande valve de la mitrale, sous l'influence de l'ondée rétrograde aortique. Il pourrait y avoir cependant, dans certains cas, véritable rétrécissement mitral, en même temps qu'insuffisance aortique. Ce *rétrécissement mitral relatif*, étudié récemment par MM. Chalier et Nové-Josserand, est d'un diagnostic délicat et ne peut être éclairci que par l'ÉLECTROCARDIOGRAPHIE. Le rétrécissement mitral donne en effet un électrocardiogramme où l'ondulation A est habituellement très renforcée, très amplifiée.

Dans d'autres cas le rythme mitral est perçu comme seule anomalie révélée par l'auscultation, mais d'une manière intermittente, spécialement chez les chloro-anémiques, comme aussi chez certaines femmes névropathes; il s'agit alors de la « chlorose mitrale, du pseudo-rétrécissement mitral fonctionnel, ou spasmodique ». Si l'existence de ces rythmes est incontestable, leur pathogénie en est très discutée : on invoque en général un spasme localisé, pour les uns, à l'oreillette, pour d'autres, à l'anneau mitral, pour certains auteurs enfin, aux muscles papillaires. Pour le professeur Teissier (de Lyon), il n'y aurait pas à proprement parler un rétrécissement mitral spasmodique, mais chez les anémiques, l'hyperkinésie cardiaque pourrait simuler la sténose et donner naissance au syndrome mitral. Quoi qu'il en soit, le diagnostic entre le rétrécissement mitral pur et le faux rétrécissement est souvent fort délicat; il pourra se confirmer dans tous les cas par la constatation de l'hypertrophie auriculaire révélée par la percussion et la radioscopie (Vaquez).

Mais ce n'est pas tout que poser le diagnostic de rétrécissement mitral : il faut encore différencier du rétrécissement mitral pur que nous avons étudié, le rétrécissement mitral associé à l'insuffisance mitrale (*maladie mitrale*), le rétrécissement *mitral avec artériosclérose*, il faut enfin être en mesure d'apprécier le degré de la sténose mitrale, la cause de ce rétrécissement, la part qui peut revenir dans son étiologie, à la syphilis ou à la tuberculose.

Le *rétrécissement mitral associé à l'insuffisance mitrale* ne survient qu'à la suite des formes prolongées et graves du rhumatisme articulaire aigu; à l'auscultation l'on entend, en plus du rythme de Duroziez, le souffle systolique de l'insuffisance. La maladie mitrale évolue rapidement vers l'asystolie, et spécialement vers l'asystolie irréductible.

Le *rétrécissement mitral avec artériosclérose* s'observe dans le saturnisme, la néphrite interstitielle; à l'auscultation l'on entend le claquement d'ouverture de la mitrale.

Le **DIAGNOSTIC DU DEGRÉ DE LA STÉNOSE** est admirablement schématisé dans ce tableau que nous empruntons au *Traité* de M. Barié.

	1er DEGRÉ	2e DEGRÉ	3e DEGRÉ
Claquement d'ouverture de la mitrale.......	Nul.	Assez fréquent.	Nul.
Roulement diastolique.......	Tonalité basse. Timbre grave.	Haute. Aiguë.	Nul.
Premier bruit....	Eclatant.	Disparition du dédoublement.	
Deuxième bruit...	Dédoublement à précession aortique.	Accentuation du 2e bruit à l'artère pulmonaire.	Dédoublement à précession pulmonaire.

Le diagnostic *de la cause* du rétrécissement mitral pur sera souvent difficile à préciser. Il faudra songer à la tuberculose et à la syphilis, ausculter le poumon pour essayer de dépister un foyer latent tuberculeux, et rechercher les autres stigmates de syphilis.

PRONOSTIC. — Le pronostic du rétrécissement mitral pur dépend essentiellement de la manière dont le myocarde compense la lésion orificielle et du degré de la sténose mitrale. Pour apprécier cette compensation on se basera sur l'état de dilatation de l'oreillette gauche que l'on jugera par la percussion et la radioscopie, et sur la rétrostase de la circulation pulmonaire ; nous avons insisté longuement, d'autre part, sur la manière d'apprécier le degré du rétrécissement mitral. D'une manière générale, le pronostic du rétrécissement mitral pur, tout en restant sévère en raison des complications qui peuvent survenir (embolie, hémoptysie, asystolie, accidents gravido-cardiaques), est loin d'être aussi grave que lorsqu'au rétrécissement s'associe l'insuffisance mitrale : ce pronostic doit être plus réservé si la femme devient enceinte, mais il ne faut pas exagérer outre mesure la fréquence des accidents gravido-cardiaques. Aussi ne croyons-nous pas que l'on puisse interdire systématiquement le mariage à toute femme présentant un rétrécissement mitral. Toutefois avant d'autoriser le mariage il faudra s'assurer que la lésion est bien compensée ; il faudra avertir la femme des dangers auxquels elle sera exposée, lui prescrire des règles d'hygiène très sévères et la surveiller assez fréquemment pendant le cours de la grossesse.

TRAITEMENT. — Le traitement sera surtout un traitement hygiénique. Tout porteur d'un rétrécissement mitral est un peu un infirme du cœur ; il devra toute sa vie s'astreindre à un régime physique modéré ; éviter les efforts violents, les courses, les marches prolongées ; il devra également surveiller son régime alimentaire, éviter les excès de nourriture et de boissons ; si des accidents apparaissent au cours de la grossesse on pourra être autorisé à provoquer un accouchement prématuré. Comme médicaments, tout au plus devra-t-on, à la phase de compensation, prescrire de temps à autre un antinervin, valérianate d'ammoniaque, pour lutter contre l'élément nerveux spasmodique fréquemment associé au rétrécissement.

Il est classique de répéter que l'on doit proscrire la digitale dans le traitement du rétrécissement, même parvenu à la phase d'asystolie. Une médication digitalique intempestive serait, en effet, souvent suivie d'embolie pulmonaire. Néanmoins cet ostracisme ne doit pas être absolu et, tout récemment encore, M. Petit exposait dans quelles conditions il fallait prescrire la digitale ; elle est *inutile*, au début, quand la lésion est bien compensée ; elle peut être *indiquée* lorsque la compensation cesse d'être parfaite, mais alors, il ne faut l'employer qu'à de très petites doses (v gouttes de solution de digitaline cristallisée au 1/1000). Enfin à la *période d'asystolie*, il faudra encore y avoir recours, mais à *doses modérées et quotidiennes*, afin d'obtenir une *action progressive*.

BIBLIOGRAPHIE. — DEBOVE. Sur quelques particularités du rétrécissement mitral pur. *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 38. — J. CHALIER et NOVÉ-JOSSERAND. Du rétrécissement mitral relatif au cours de l'insuffisance aortique, *Gaz. des hôpit.*, 1911, p. 1697. — Marcel LABBÉ. Rétrécissement mitral et nanisme, *Presse méd.*, 1908. — A. GOUGET. Deux complications peu connues du rétrécissement mitral, *Presse méd.*, déc. 1910. — A. PETIT. L'emploi de la digitaline dans le rétrécissement mitral, *Progrès méd.*, mars 1911. — Traités classiques : BARIÉ; art. Merklen, in BROUARDEL et GILBERT; art. Petit, in CHARCOT-BOUCHARD; *Séméiotique du cœur*, par P. MERKLEN et J. HEITZ.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** ». — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Oral.* — Séance du 24 janvier. — Question donnée : « Rapports du rectum. — Symptômes, complications et diagnostic des oreillons. »

M. Baudin, 14 + 18 = 32; Mlle Pouzin, 15 + 18 = 33; MM. Desaux, 13 + 22 = 35; Brouet, 15 + 15 = 30; Flandrin, 15 + 17 = 32; Escudié, 14 + 17 = 31; Perrier, 11 + 14 = 25; Bel, 16 + 16 = 32; Schoofs, 14 + 22 = 36; Kudelski, 15 + 21 = 36.

Séance du 25 janvier. — Question donnée : « Trompes uté rines. — Causes, signes et diagnostic du mal perforant plantaire. »

MM. Noël, 12 + 17 1/2 = 29 1/2; Clap, 16 + 21 = 37; Gineste, 12 + 14 = 26; Aubin, 14 + 14 = 28; Cambessedès, 12 + 17 = 29; Lory, 14 + 13 = 27; Lucas-Championnière, 16 + 20 = 36; Sebillotte, 12 + 14 = 26; Baudouin, 16 + 15 = 31.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Dans sa dernière réunion, le Conseil de la Faculté a voté à l'unanimité l'adresse suivante :

« Le Conseil de la Faculté de médecine de Paris, en séance du 25 janvier 1912, tient à exprimer à son doyen ses sentiments de gratitude pour le dévouement incessant et la haute raison qu'il met au service de la Faculté, en l'assurant une fois de plus du concours absolu de tous ses collègues. »

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en médecine dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif, Maison-Blanche, Moisselles et l'Infirmerie spéciale des aliénés à la préfecture de police) sera ouvert, le lundi 18 mars 1912, à deux heures précises, à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis, à Paris.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, service des aliénés, annexe de l'hôtel de ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux à cinq heures.

Le registre d'inscription sera ouvert du jeudi 15 au jeudi 29 février 1912 inclusivement.

CONSEIL GÉNÉRAL DES SOCIÉTÉS MÉDICALES D'ARRONDISSEMENT DE LA SEINE. — Le bureau du Conseil général des sociétés d'arrondissement de Paris est ainsi constitué pour l'année 1912 :

Président, M. le docteur Dubreuil; vice-présidents, MM. les docteurs Piot et Ducor; secrétaire général, M. le docteur d'Ayrenx; secrétaire général adjoint, M. le docteur Betuel; trésorier, M. le docteur Toledano; secrétaires des séances, MM. les docteurs Goldefy et Drevet.

HOMMAGE A M. CHAMPETIER DE RIBES. — Au moment où M. Champetier de Ribes a quitté les hôpitaux, ses élèves ont pensé que tous ceux qui ont pour lui de l'affection et de la reconnaissance seraient heureux de lui en donner un témoignage.

Ils ont prié le statuaire Coutan, membre de l'Institut, de faire de lui un haut relief en marbre, qui est actuellement terminé.

Une souscription est ouverte dans ce but.

Le chiffre de la cotisation n'est pas limité et toute souscription de 25 francs donnera droit à une reproduction en bronze.

La souscription sera close le 15 février 1912.

Les cotisations sont reçues par MM. J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

L'ASSISTANCE PUBLIQUE ET LES FONDS DU PARI MUTUEL. — L'administration de l'Assistance publique de Paris étudie en ce moment, sur l'invitation qui lui a été faite par le Conseil municipal, une question délicate relative au mode de répartition des fonds du pari mutuel.

En application des lois de 1891 et de 1895, c'est à une commission spéciale siégeant au ministère de l'agriculture qu'incombe la répartition de ces fonds spéciaux. Or, la ville de Paris et le département de la Seine, qui par leurs hippodromes contribuent pour la grosse part aux recettes, ne reçoivent pas le tiers de l'ensemble des sommes distribuées. De 1891 à 1901, ils ont encaissé 10 millions sur 44 millions dis-

RENSEIGNEMENTS

tribués, soit un peu moins du quart. En 1910, ils ont reçu 1425000 francs sur 4600000, et en 1911, 1563000 sur 4611000, soit environ le tiers.

Chaque année, au moment du vote du budget, le Conseil municipal de Paris a protesté, par la bouche de ses rapporteurs généraux, contre cette infériorité. M. Dausset, cette année, proteste encore. De l'étude des lois et des discussions qui en ont précédé le vote, il résulte pour lui que, réserve faite de la loi de 1895, qui pour développer l'assistance médicale gratuite a privé Paris d'un tiers des prélèvements effectués sur ses hippodromes, les deux autres tiers doivent être intégralement versés à la Ville — et qu'en tout cas pas un centime des revenus réalisés sur les champs de course parisiens ne doit quitter le département pour être attribué à des œuvres charitables de province.

Cette thèse a été soutenue devant les pouvoirs publics et la commission de répartition. Mais les démarches amiables n'ayant donné que des résultats médiocres, M. Dausset a envisagé, et le Conseil municipal avec lui, l'hypothèse d'un recours à la juridiction compétente. L'Assistance a donc été invitée à se pourvoir devant le Conseil d'Etat.

Et la question délicate est suivant le rapporteur d'apprécier s'il convient de former un recours pour excès de pouvoir rentrant dans le contentieux de l'annulation ou si, la matière étant considérée comme ressortissant au contentieux de pleine juridiction, il est possible de demander que le Conseil d'Etat, après avoir mis à néant la répartition critiquée, en établisse lui-même une autre, conforme aux prescriptions de loi.

P.

LES RESSORTS DES LABORATOIRES POUR ANALYSER LES ÉCHANTILLONS PHARMACEUTIQUES. — Le *Journal officiel* du 1er janvier 1912 publie un arrêté du 19 décembre 1911 qui fixe le ressort des laboratoires appelés à procéder à l'analyse des échantillons prélevés par les pharmaciens inspecteurs.

P.

L'HYGIÈNE DES FUMEURS. — La régie vient de décider le congédiement des cigarières qu'elle employait à la confection de nos cigares.

Des machines qui affineront les pointes des cigares vont les remplacer prochainement. P.

POUR COMBATTRE L'ALCOOLISME. — La Compagnie municipale du gaz, à Berlin, pour arracher ses ouvriers, au nombre de 3200 environ, aux dangers de l'intempérance, a pris les mesures suivantes : distribution gratuite de café noir allongé d'eau, boisson très appréciée des ouvriers; mise en vente, à des prix très réduits, d'un lait de bonne qualité, provenant de certains domaines municipaux. En outre, des peines très sévères ont été édictées contre ceux qui introduiraient de l'eau-de-vie dans les usines. La mise en vigueur de ces mesures a été couronnée d'un plein succès. P.

UN MÉDECIN, NON POURVU DU DIPLOME DE DENTISTE, A-T-IL LE DROIT DE S'ATTRIBUER LE TITRE DE MÉDECIN DENTISTE? — Sur cette question, qui a déjà été soumise plusieurs fois à l'appréciation des tribunaux allemands, la Cour suprême de justice du royaume de Saxe vient de se prononcer dans le sens négatif. Toutefois, elle a reconnu au médecin, non muni d'un diplôme spécial, le droit d'exercer la médecine dentaire, au même titre que toute autre spécialité relevant de son art. P.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Carnaval de Nice. Tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour de 1re et de 2e classes, à prix réduits, de Paris pour Cannes, Nice, Monaco, Monte-Carlo et Menton, délivrés du 6 au 19 février 1912.

Ces billets sont valables vingt jours (dimanches et fêtes compris); leur validité peut être prolongée une ou deux fois de dix jours (dimanches et fêtes compris), moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément de 10 p. 100.

Ils donnent droit à deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

De Paris à Nice, viâ Dijon, Lyon, Marseille : 1re classe : 182 fr. 60 ; 2e classe : 131 fr. 50.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 5 AU 10 FÉVRIER 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 5 février, à une heure. — 2e (1re, 2e et 3e séries). — 3e (oral, 1re et 2e parties).
5e (obstétrique, 1re partie), *Hôtel-Dieu*.
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.

Mardi 6 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
2e (1re, 2e et 3e séries).

Mercredi 7 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
2e (1re, 2e, 3e et 4e séries). — 3e (oral, 1re partie).
5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).
5e (2e partie), *Laënnec*.

Jeudi 8 février, à une heure. — 2e (1re et 2e séries). — 4e (1re et 2e séries).

Vendredi 9 février, à une heure. — 2e (1re, 2e, 3e et 4e séries). — 3e (oral, 1re et 2e parties).
5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 10 février, à une heure. — 2e (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

THÈSES

Mercredi 7 février, à une heure. — Mlle KONONOVA. Atrophie croisée du cervelet consécutive aux lésions cérébrales chez l'adulte. (MM. Déjerine, président; Roger, Sicard et André Jousset.) — M. CAHOUR. La tuberculine Béraneck dans les phtisies du deuxième et troisième degré. (MM. Roger, président; Déjerine, Sicard et André Jousset.)

Jeudi 8 février, à une heure. — Mlle KŒSSLER. L'oscellométrie appliquée à l'étude de la tension artérielle chez les enfants. (MM. Hutinel, président; Bar, Quénu et Nobécourt.) — M. NOUVIAN. L'opération césarienne extrapéritonéale ou accouchement suprasymphysaire. (MM. Bar, président; Hutinel, Quénu et Nobécourt.) — M. ZWIRN. De la vaso-vésiculectomie par la voie coccy-périnéale. (MM. Quénu, président; Hutinel, Bar et Nobécourt.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de Médecine infantile, par le docteur P. NOBÉCOURT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. 2e édition, entièrement refondue. 1 vol. in-8 (de la Collection de Précis médicaux) de XIV-932 pages, avec 136 figures dans le texte et 2 planches hors texte en couleurs, cartonné toile souple. — Prix : 14 francs. — Paris, Masson et Cie.

Précis de Pathologie externe, par les docteurs FAURE, OMBRÉDANNE, CHEVASSU, SCHWARTZ, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris; ALGLAVE, chirurgien des hôpitaux; CAUCHOIX et MATHIEU, chefs de clinique. 4 vol. in-8 de 500 pages, avec 1 000 fig. noires et coloriées. Chaque volume se vend séparément, cartonné, 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Précis d'alimentation des jeunes enfants (état normal, états pathologiques), par le docteur Eugène TERRIEN, ancien chef de la clinique infantile de la Faculté, à l'hôpital des Enfants-Malades. 3e édition, revue et augmentée. 1 vol. in-16 de 400 pages, avec graphiques. — Prix : cartonné, 4 francs. — Paris, G. Steinheil.

Le Choix des verres et de leurs montures en ophtalmologie, par le docteur M. CAILLAUD, assistant d'ophtalmologie des hôpitaux de Paris, avec préface du docteur ROCHON-DUVIGNEAUD. (Collection moderne.) 1 joli vol. in-18 jésus, cart. toile, de 260 pages, avec 92 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin et fils.

REVUE GÉNÉRALE

ÉTIOLOGIE & PATHOGÉNIE DES TUBERCULIDES CUTANÉES

LES TUBERCULIDES EXPÉRIMENTALES

I. Démonstration de la nature bacillaire des « tuberculides » (1) cutanées, par la reproduction expérimentale des lésions sur la peau épilée du cobaye au moyen de simples frottis de cultures pures de bacilles de Koch.

II. Pathogénie des tuberculides cutanées éclairée par l'expérimentation : Hypothèses pathogéniques anciennes et nouvelles.

PAR

H. GOUGEROT, et G. LAROCHE,

Professeur agrégé, Ancien interne médaille d'or — Chef de clinique adjoint, Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

« Les tuberculoses cutanées (cette désignation comprenant toutes les lésions cutanées déterminées par le bacille tuberculeux ou ses toxines) se divisent en deux groupes, disions-nous ici même en 1906 (2): tuberculoses typiques ou folliculaires et tuberculoses atypiques ou non folliculaires (3), reliées entre elles par toutes les transitions.

« Les premières (lupus vulgaire de Willan, tuberculose verruqueuse et végétante de Vidal, de Riehl et Paltauf, gommes tuberculeuses de Brissaud et Josias, ulcérations tuberculeuses miliaires aiguës, etc.) sont admises par tous, car elles sont caractérisées par une structure histologique typique, présence de follicule et de cellules géantes, parfois de caséification — par la constatation de bacilles tuberculeux à l'examen direct — par la virulence aux inoculations — par la réaction générale et locale à la tuberculine.

« Les secondes, ou tuberculides [lichen scrofulosorum (1), érythème induré de Bazin (1), papulo-nécrotiques, pityriasis rubra grave de Hébra (1), lupus érythémateux, lupus pernio, etc.] sont au contraire discutées : beaucoup se refusent à admettre leur nature bacillaire, car d'après eux ces « soi-disant tuberculides » se caractériseraient par des caractères inverses de ceux des tuberculoses cutanées : les lésions sont non folliculaires de structure inflammatoire banale, les bacilles manquent sur coupe, les inoculations au cobaye restent inoffensives, les injections de tuberculine ne donnent que des résultats négatifs ou inconstants.

« Cette opposition entre les tuberculoses cutanées folliculaires et les tuberculides non folliculaires ne doit pas être maintenue : la série des lésions est continue et de virulence décroissante, une tuberculose, atypique aujourd'hui, sera reconnue demain typique (1), et tous les jours des faits nouveaux s'ajoutent montrant qu'il faut élargir le cadre classique trop étroit de la tuberculose, qu'il est d'autres lésions bacillaires que le tubercule ou le follicule de Schüppel. »

Malgré le nombre croissant des faits anciens et nouveaux, les incertitudes restaient grandes en 1906 : si l'étude clinique et anatomique des dermatoses appelées tuberculides se précisait grâce à de nombreux travaux français et étrangers (2), l'étiologie et la pathogénie de ces lésions étaient encore sujettes à controverses.

Beaucoup d'auteurs, à l'étranger surtout, doutaient de la nature bacillaire de la plupart des dermatoses appelées tuberculides ; il fallait donc accumuler le plus grand nombre de preuves cliniques, constatation de bacilles, inoculations au cobaye, réactions tuberculiniques ; la reproduction expérimentale des tuberculides sur la peau épilée du cobaye par simple frottis de cultures pures de bacilles tuberculeux a apporté une preuve décisive.

Beaucoup d'auteurs discutaient sur la pathogénie de ces lésions et les théories émises étaient le plus souvent des hypothèses que n'appuyaient pas des faits démonstratifs. La reproduction expérimentale des tuberculides a permis d'atteindre plus de précision ; en effet, en faisant varier les différents facteurs de production des lésions, l'expérimentateur dégage certaines constantes et substitue des faits aux hypothèses.

*
* *

I

DÉMONSTRATION DE LA NATURE BACILLAIRE DES TUBERCULIDES CUTANÉES : PREUVE APPORTÉE PAR LA REPRODUCTION EXPÉRIMENTALE

Depuis les premiers travaux de Bazin, de Landouzy (3), de Besnier, d'Hutchinson, de Bœck, la

(1) Nous employons le mot de tuberculides parce qu'il est consacré par l'usage. Ce mot, créé par M. Darier (excellent au début, parce qu'il définissait un groupe d'attente), ne comporte « aucune idée théorique, il désigne seulement des éruptions qui ne surviennent que chez des tuberculeux »... Avec les progrès des observations, il faut lui préférer celui de bacillo-tuberculose, les unes typiques ou folliculaires caractérisées par le follicule tuberculeux (groupe A de Darier) et admises par presque tous les auteurs, les autres « atypiques » ou « non folliculaires » (type B de Darier) encore discutées. Tuberculide ne servira plus qu'à désigner les faits d'attente dont la pathogénie est encore discutée ; en agissant ainsi on conserve au mot le sens que lui avait donné si justement son auteur, M. Darier.

(2) Gougerot. Tuberculoses cutanées, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 16 et 18 août 1906, n° 93, p. 1107 ; 25 août, n° 96, p. 1143 ; 30 août, n° 98, p. 1167. Cette Revue générale de 1906 résumait l'histoire et l'étude anatomo-clinique des tuberculides cutanées, elle donnait un aperçu d'ensemble de l'état actuel de la question, en montrant nos incertitudes. La présente Revue générale, résumant les publications de 1906 à 1911 et nos propres travaux, montre les progrès accomplis dans l'étude de l'étiologie et de la pathogénie des tuberculides.

(3) « Non folliculaire », c'est-à-dire lésion ne présentant pas, à l'examen histologique, la structure du follicule tuberculeux à cellules épithélioïdes avec ou sans cellule géante. Pour l'étude d'ensemble des *Bacillo-tuberculoses non folliculaires* se reporter à Gougerot, Th. de Paris, 1908 (bibliographie).

(1) Ces tuberculides furent au début rangées dans le groupe des tuberculoses atypiques ; en réalité, elles ont, souvent, une structure typique, les coupes montrant des follicules et des cellules géantes.

(2) Voir dans notre Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1906, p. 1171, la bibliographie détaillée avant 1906.

(3) Il y a près de trente ans, notre maître, le professeur L. Landouzy, enseignait dans ses Cliniques de la Charité (1883-1890) les rapports qui existent entre la tuberculose et certaines affections cutanées. Véritable précurseur en dermatologie comme en phti-

question des tuberculoses cutanées a fait de grands progrès, grâce surtout aux observations accumulées de l'école française, de Bœck et ses élèves, de Jadassohn, grâce aux rapports si remarquables de Hallopeau, N. Hyde et R. Croker au Congrès de Londres en 1896, de Bœck, Colcott-Fox, Campana, Riehl, Darier (1) au Congrès de Paris en 1900 : le rapport de Darier est le travail fondamental auquel il faudra toujours revenir.

Les tuberculides ont encore suscité de nombreux travaux : à l'étranger ceux de Jacobi, Neisser, Unna, Kaposi, Jadassohn, Politzer, Sack, Lukasiewicz, Philippson, Wolf, Pelizarri, Haushalter, Mac Leod, et Ormsby, Schwenniger et Bruzzi, Klingmüller et Scholtz, Wietowieyski et Kopitowski, Bruusgaard, etc., et en France, ceux de Barthélémy, Jacquet, Hardy, Laffite, Milian, Thibierge et Ravaut, Leredde, Pautrier, Roussy (2), etc.

Gaucher rappelant ses travaux antérieurs sur le purpura des tuberculoses aiguës insiste sur la nature bacillaire de nombre de purpuras (3). Landouzy (4) attire à nouveau l'attention sur les érythèmes noueux et les purpuras bacillaires : ce que confirment pour les purpuras les observations de Bensaude et Rivet (5), Carnot (5), Mosny et Harvier (6) pour les érythèmes noueux, les observations de Hildebrandt, Chauffard et Jean Troisier, de Marfan, de Milian (7).

Milian découvre l'étiologie bacillaire d'un certain nombre de sclérodermies et d'ulcères de jambe dits « variqueux » (8), du pityriasis rubra pilaire (9) déjà signalée par Gaucher, des infiltrations séreuses hypodermiques aiguës (1).

Danlos et Patault (2), Audry (3) montrent le rôle de la tuberculose dans la production de certaines leucoplasies et des épithéliomas qui en dérivent.

Civatte (4) révèle l'origine tuberculeuse de plusieurs variétés de parapsoriasis.

Après Pöverlein (5), Petit et Bender (5), Dujarier et Laroche (6), Carnot (7) réunissent plusieurs cas de tuberculoses éléphantiasiques, etc.

Depuis plusieurs années, l'un de nous a tenté de réunir le plus grand nombre de preuves bactériologiques afin d'apporter confirmation aux faits anciens (8). Il a pu individualiser quelques faits nouveaux. Plusieurs de ces observations ont été présentées à la *Société française de dermatologie et syphiligraphie* : épithélioma et tuberculose de l'amygdale et du voile du palais (9), angiokératome de Mibelli (10), lichen plan palmaire à pointillé rouge (11), dermite faciale atrophohypertrophique en aires à progression excentrique, dermite analogue des membres chez une lupique avec grains lupiques au milieu des placards atrophohypertrophiques (12), érythème polymorphe et purpura d'origine tuberculeuse (13), tuberculoses cutanées multiples : papulo-nécrotiques, angiomateuses lichénoïdes verruqueuses [formes de transition (14)], cicatrices chéloïdiennes consécutives à des engelures ulcérées chez une scrofulolymphatique (15), érythème circiné centrifuge mobile chez un tuberculeux non syphilitique, tuberculose

siologie générale, n'écrivait-il pas, en 1893, à propos de l'emploi diagnostique de la tuberculine : « Je ne doute pas que si les dermatologistes se mettent à faire couramment appel à la tuberculine comme aide diagnostique, ils n'arrivent à inscrire au chapitre des localisations tuberculeuses toute une série de pathies assez mal dénommées, assez mal classées qui vont dans leurs expressions symptomatiques depuis les états érythémateux, lichénoïdes, verruqueux, kéloïdiens, éléphantiasiques, depuis l'état bulleux ou pemphigoïde jusqu'aux états ulcéreux... etc. » (*Les Sérothérapies.*)

(1) Darier. Rapport au *Congrès de Paris*, 1900, et *Leçons cliniques de l'hôpital Broca*, 1905-1907.

(2) Voir bibliographie. *Gaz. des hôpit.*, 1906, p. 1171.

(3) Gaucher. *Traité des maladies de la peau*, 1898, II, p. 365.

(4) Landouzy. *XXXVIe session de l'Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences*, Reims, 1er-6 août 1907.

(5) Bensaude et Rivet. *Presse méd.*, 25 juillet 1906. — Carnot, Bensaude et Rivet. Un cas de purpura hémorragique grave prétuberculeux, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 6 avril 1906, p. 374.

(6) Mosny et Harvier. Purpura rhumatoïde tuberculeux avec fluxions pleurales, survenu spontanément, puis réveillé par des injections de tuberculine, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 8 fév. 1907, p. 134.

(7) Hildebrandt. Sur l'étiologie de l'érythème noueux aigu, *Münch. med. Woch.*, 12 fév. 1907, p. 310. — Chauffard et Jean Troisier. Erythème noueux expérimental par injection intradermique de tuberculine, *Soc. méd. des hôpit.*, 15 janv. 1909. — Marfan. Erythème noueux et tuberculose, *Presse méd.*, 26 juin 1909, no 51, p. 457. — Voir encore Milian. Rhumatisme chronique déformant développé au cours d'une ostéite tuberculeuse ; nodosités juxta-articulaires à structure tuberculoïde, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 13 mai 1910, p. 580.

(8) Milian. La sclérodermie tuberculeuse, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 22 mars 1907, p. 293 ; — Ulcère de jambe sclérotuberculeux, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 26 juillet 1907, p. 958. — P. Courmont et Colombet. Syndrome sclérodermique et lésions cutanées d'origine tuberculeuse, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 17 déc. 1907.

(9) Milian. Nature tuberculeuse du pityriasis rubra pilaire, *Bull. de la Soc. de dermat.*, 5 déc. 1907, p. 1067.

(1) Milian. Hypodermotuberculose aiguë sérofibrineuse, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 8 juillet 1910, p. 18.

(2) Danlos et Patault. Tuberculose vulvaire et leucoplasie, *Ann. de dermat.*, juillet 1906, p. 675.

(3) Audry. Leucoplasie et épithéliomatose surtuberculeuse, *Ann. de dermat.*, 1906, p. 1078.

(4) Civatte. *Parapsoriasis*, Th. de Paris, 1906. — Milian. *Bull. de la Soc. de dermat.*, 3 janv. 1907, p. 36. — Milian et Pinard. Parapsoriasis en goutte. Sa nature tuberculeuse, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 26 avril 1907, p. 368.

(5) Pœverlein. Inaug. dissert., München 1902. — Petit et Bender. *Revue de gyn. et de chir. abdom.*, 1903, no 6, p. 947. — Bender. *Idem.*, 1906, no 5, p. 867 (bibliographie).

(6) Dujarier et Laroche. *Revue de chir.*, 10 déc. 1908.

(7) Carnot. Eléphantiasis tuberculeux, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 20 mai 1910, p. 677.

(8) Gougerot. Tuberculoses cutanées et les dernières venues des tuberculides, *Gaz. des hôpit.*, nos 93 et 96, p. 1107, 1143, 1167.

(9) De Beurmann et Gougerot. *Soc. de dermat.*, juin 1905, in *Annales*, p. 624.

(10) De Beurmann et Gougerot. *Soc. de dermat.*, nov. 1905, in *Annales*, p. 875.

(11) De Beurmann et Gougerot. *Soc. de dermat.*, nov. 1905, in *Annales*, p. 877.

(12) De Beurmann et Gougerot. *Soc. de dermat.*, nov. 1905, in *Annales*, p. 881, présentation qui a été l'occasion du travail de M. Thibierge paru dans les *Annales*, déc. 1905, p. 915. — Voir aussi Nicolas et Favre. Erythème cutané ou larges placards extensifs avec atrophodermie à type maculeux chez un tuberculeux, *Ann. de dermat.*, juillet 1906, p. 625. — Gougerot. Nouveau cas de dermite atrophohypertrophique bacillaire. Fait de transition : présence de grains lupiques au milieu des placards atrophiques, *Soc. de dermat.*, février 1911.

(13) Gaucher, Gougerot et Guggenheim. *Bull. de la Soc. de dermat.*, 2 mars 1911, no 3, p. 102.

(14) Gaucher, Gougerot et Guggenheim. *Bull. de la Soc. de dermat.*, 2 mars 1911, no 3, p. 98.

(15) Gougerot et G. Lévy-Franckel. *Soc. de dermat.*, 4 mai 1911, no 5, p. 178.

érythémateuse [?] (1), association de lupus pernio et de lupus érythémateux fixe (1), etc.

Il isolait en 1906 un type nouveau de sarcoïde : la lymphosarcoïde (2). En 1906, dans la Revue générale de la *Gazette des hôpitaux*, il citait plusieurs observations inédites : ulcération linguale aiguë non folliculaire riche en bacilles, lupus érythémateux ayant fait sa preuve par l'inoculation, etc.

Peu après, dans la *Revue de la tuberculose*, il réunissait l'ensemble de ses observations (3) et il donnait la preuve de la constatation directe du bacille dans un cas de « lymphadénome » de la lèvre avec lésions métastatiques (4), dans un cas de fibrome (4); — les preuves de l'inoculation au cobaye dans un cas d'érythème induré de Bazin (3), deux cas de papulonécrotiques (3), un deuxième cas de lupus érythémateux fixe (3) (5), un cas d'ulcère de jambe (3), un cas d'éléphantiasis vulvaire (3), un cas nouveau de lymphosarcoïde (4), un cas de « sarcome fusocellulaire » (4), un cas de leucoplasie vulvaire (3); — les preuves de la réactivation par la tuberculine (3) dans un cas d'érythème noueux ; — les preuves de la réaction générale et locale à la tuberculine sous-cutanée dans un cas de pityriasis rubrapilaire (3), un cas d'érythème en plaques [angiodermite (3)], un cas de lupus érythémateux aigu (3), un cas d'éléphantiasis (3), etc. Il résumait d'autres cas cliniques (3) et groupait les arguments en faveur de l'origine bacillaire d'un certain nombre de chéloïdes (6).

Dans un mémoire, couronné par la Société de dermatologie (prix Zambaco, 1907-1908), il faisait l'étude critique des méthodes de démonstration de la tuberculose cutanée (7) et de l'état actuel de la démonstration des tuberculides (8).

Sa thèse a résumé l'ensemble de ces travaux jusqu'en 1908 (9) et il s'est efforcé de classer les faits, de faire le bilan des preuves, de distinguer : les faits démontrés par des preuves bactériologiques incontestables, les faits probables, les faits possibles mais non démontrés.

Malgré cette accumulation de faits et de preuves, beaucoup d'auteurs, étrangers surtout, niaient la nature bacillaire d'un grand nombre de tuberculides, sous prétexte que leur structure n'était pas « tuberculeuse », que les lésions étaient dépourvues de follicule tuberculeux et de cellule géante, qu'elles ne renfermaient pas de bacilles colorables par la méthode de Ziehl-Nielsen, qu'elles ne tuberculisaient pas le cobaye; il fallait donc, dit M. Darier, donner des preuves décisives... En outre, ceux mêmes, qui admettent l'origine bacillo-tuberculeuse des tuberculides, proposent des théories pathogéniques différentes : les uns avec Hallopeau, Bœck, croient à une origine toxinique; les autres avec Haury, Darier, Jadassohn, Neisser, Riehl, admettent l'action locale des bacilles dans les tissus ; on discute sur l' « état » de ces bacilles : bacilles de race spéciale ou bacilles ordinaires, bacilles atténués ou morts ?

Il fallait donc demander des clartés à la médecine expérimentale.

Nous croyons être les premiers à avoir reproduit expérimentalement les tuberculides cutanées (1). « Jusqu'ici, disent en 1906 Darier et Roussy (qui font autorité en la matière), on n'a jamais pu reproduire chez l'animal rien qui mérite actuellement le nom de tuberculide (2). »

Les essais pourtant avaient été nombreux, mais tous les expérimentateurs avaient obtenu des tuberculoses typiques à structure folliculaire, ulcérations, quelquefois infiltrats lupiques ou verruqueux, toutes lésions *différentes de ce que sont cliniquement et anatomiquement les « tuberculides » humaines* : R. Koch, en 1891, à la suite de scarifications (3), avait observé des nodules dermiques ulcéreux; Cornet, en 1899, par frottis, des ulcérations, des lésions lupiformes, « maintes fois, de simples lésions squameuses à peine notables » (4) ; Fritsche (5), en 1902, à la suite de frottis sur la peau rasée, des nodules verruqueux et des « ulcères tuberculeux typiques » à structure folliculaire ; Nagelschmidt, par scarifications, en 1902, des infiltrats rouge brunâtre recouverts de squames et de croûtes qui

(1) Coyon et Gougerot. *Soc. de dermat.*, 7 déc. 1911, no 10, p. 424.

(2) Gougerot. Lymphosarcoïde (variété nouvelle de sarcoïde), *Ann. de dermat. et de syphil.*, août-sept. 1906 (2 planches hors texte).

(3) Gougerot. Tuberculoses cutanées (atypiques) non folliculaires, *Revue de la tuberculose*, août, oct., déc. 1908, nos 4, 5 et 6, p. 345, 432, 509 (bibliographie).

(4) Gougerot. Réactions néoplasiques des tissus conjonctifs au bacille de Koch, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, nov. 1908, no 5, p. 1066 [1 planche en couleur] (bibliographie).

(5) J'ai donc eu deux cas de lupus érythémateux (caractéristiques cliniquement et histologiquement) qui ont tuberculisé le cobaye. Ces deux cas, les premiers publiés, parurent « extraordinaires »; nous connaissons des recherches encore inédites qui les confirment entièrement.

(6) Gougerot et Lamy. Chéloïdes et tuberculose, *Gaz. des hôpit.*, 1er sept. 1908, no 99, p. 1179 (bibliographie).

(7) Voir encore Gougerot. De l'utilité de reconnaître à leur ombre les parasites dépourvus d'électivité colorante, *Bull. de la Soc. de biol.*, 27 nov. 1909, t. LXVII, p. 578.

(8) J'ai montré notamment en 1906-1907 (*Ann. de dermat.*, 1907, p. 677, et *Bull. de la Soc. de biol.*, 4 déc. 1909, t. LXVIII, p. 651) que certaines lésions de type « papulonécrotique » n'étaient pas des tuberculides mais des suppurations nodulaires dues à des staphylocoques et streptocoques. J'ai depuis lors retrouvé plusieurs cas semblables tout à fait démonstratifs : — Gougerot. Les infections cutanées banales d'aspect tuberculoïde. *Congrès international de dermatologie*, Rome 1912. — Gougerot. Le follicule tuberculeux. Sa signification, *Bull. de la Soc. de la tuberculose*, mai 1911, no 3, p. 90. — Gougerot et Vaucher. Pseudo-tuberculose par corps étrangers (inoculation de poudre de poivre), *Journ. de méd. interne*, 30 avril 1909, no 12, p. 117.

(9) Gougerot. *Bacillo-tuberculose non folliculaire. Étude générale historique, analytique et synthétique, clinique et expérimentale, des réactions non folliculaires des tissus au bacille de Koch*, Paris 1908. [Couronné par l'Académie de médecine (prix Marie Chevallier) et par la Faculté de médecine]. Bilan des preuves apportées pour chaque variété de tuberculides, p. 122-128. — Démonstration des bacilloses cutanées non folliculaires, p. 130-134.

(1) Gougerot et Laroche. Reproduction expérimentale des tuberculines cutanées humaines, *Bull. de la Soc. de biol.*, 7 déc. 1907, t. LXIII, p. 637.

(2) Darier et Roussy. Sarcoïde hypodermique, *Arch. de méd. expérim.*, 1906, no 1, p. 1.

(3) Koch (R.). Fortsetzung der Mitteilung über ein Heilmittel gegen Tuberkulose, *Deut. med. Woch.*, 1891, p. 101.

(4) Cornet. *Die Tuberkulose*, Wien 1899. — Cornet u. Meyer (A.). « Der Tuberkelbazillus » und « Immunität bei Tuberkulose », in *Kolle-Wassermanns Handbuch*, Bd. II u. IV, 2.

(5) Fritsche (E.). Versuche über Infektion durch kutane Impfung bei Tieren, *Arb. aus dem Kais. Gesund.*, 1902, Bd. XVIII, p. 453.

avaient la structure histologique des « tissus tuberculeux de granulations » (1); Meyer, en 1903, des nodules (2); Klingmüller et Halberstädter, en 1905, par scarifications, des ulcérations torpides (3); Kraus, Kraus et Grosz, en 1905, sur le singe, des lésions analogues au lupus ou au scrofuloderme (4); Baermann et Halberstädter, en 1906, sur le singe, par scarifications, des ulcérations ou des lupus à structure typique renfermant des bacilles et inoculables (5); Courmont, Lesieur et André, en 1907 (6), par frottis, sur la peau des cobayes, des infiltrats verruqueux et des ulcérations à structure tuberculeuse folliculaire (7), etc. Lewandowsky, dans son récent mémoire de 1909, ne relate que des lésions tuberculeuses typiques : infiltrations et ulcérations, tuberculoses verruqueuses (1).

Manfredi, en 1899 (2), semble pourtant à la suite de frottis sur la peau rasée du cobaye avoir obtenu des lésions qui jusqu'à un certain point se rapprochaient des nôtres, il cite, en effet, « de petits nodules hypodermiques qui peu après se transformaient en ulcérations et guérissaient lentement ». Mais il s'agissait de lésions « tuberculeuses » typiques, plus virulentes que les tuberculides, car « dans les cicatrices, les bacilles étaient encore décelables microscopiquement deux mois après et l'inoculation sous-cutanée au cobaye de ces cicatrices était constamment positive ».

Fritsche a observé lui aussi des lésions curables, mais qui, lors de leur évolution, avaient la structure folliculaire typique.

Courmont et André citent incidemment des lésions déclinantes en voie de guérison de structure non folliculaire, mais l'on peut supposer que le tissu tuberculeux avait disparu du fait de la cicatrisation des lésions.

Bärmann et Halberstädter notent dans un cas « une infiltration intense de cellules rondes avec de rares bacilles et sans formation de tubercules caractéristiques », etc.

Aucun de ces auteurs n'a réalisé, croyons-nous, la reproduction d'une tuberculide. « D'aussi sagaces observateurs et aussi bons histologistes n'auraient pas manqué, disions-nous, d'insister sur les ressemblances des lésions expérimentales avec les tuberculides humaines. »

En résumé, si des tuberculides ont été obtenues dans des expériences antérieures aux nôtres, ce qui nous paraît peu probable, tout au moins aucun des auteurs ne remarque l'identité clinique et anatomique des lésions expérimentales et des tuberculides humaines, aucun ne se sert de ces lésions du cobaye pour contribuer à la démonstration des tuberculides humaines et éclairer leur pathogénie. La plupart des auteurs étudient même la question à d'autres points de vue, ils ne citent les lésions cutanées qu'à propos de la description complète de leurs expériences ; ils étudient, les uns, les voies de pénétration du bacille (Cornet, Baumgarten, Courmont et Lesieur) ; les autres, le problème de l'immunité à la suite d'une première inoculation (R. Koch); d'autres, la virulence comparée des bacilles humains,

---

(1) Nagelschmidt (F.). Zur Theorie der Lupusheilung durch Licht, *Arch. f. Dermat.*, 1902, Bd. LXIII, p. 335.

(2) Meyer (J.). Ueber experimentelle Hauttuberkulose, *Berl. klin. Woch.*, 1903, p. 1038.

(3) Klingmüller. Beiträge zur Tuberkulose der Haut, *Arch. f. Dermat.*, 1904, Bd. LXIX, und *Berl. klin. Woch.*, 1903. — Klingmüller u. Halberstädter. Ueber die bakterizide Wirkung des Lichtes der Finsenbehandlung, *Deut. med. Woch.*, 1905, nº 14.

(4) Kraus (A.). Ueber Versuche mit T. O. A. (Höchst), *Arch. f. Dermat.*, 1908, Bd. XCII. — Kraus (R.). Ueber experimentelle Erzeugung von Hauttuberkulose bei Affen, *Wien. klin. Woch.*, 1905, p. 1131 u. 1366. — Kraus u. Kren. Experimentelle Tuberkulose bei Affen, *Sitzungsb. der K. K. Akad. d. Wissensch.*, Wien 1905. — Kraus u. Grosz. Ueber experimentelle Hauttuberkulose bei Affen, *Wiener klin. Woch.*, 1907, p. 795, und *Centralbl. f. Bakt.*, 1903, LIII, p. 580.

(5) Baermann u. Halberstädter. Experimentelle Hauttuberkulose bei Affen, *Berl. klin. Woch.*, 1906, p. 199.

(6) Courmont et André. Sur les tubercules cutanés par passage des bacilles à travers la peau, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1907, p. 16. — Courmont et Lesieur. Passage du bacille tuberculeux à travers la peau chez le cobaye, le veau, le lapin, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1907, et *Journ. de physiol. et pathol. gén.*, 1907, t. X, p. 999. — Fraenkel (C.). Ueber die Wirkung der TB. von der unverletzten Haut aus, *Hyg. Rund.*, 1907, XVII, p. 903.

(7) Poursuivant la reproduction expérimentale des tuberculides depuis 1905, l'un de nous (Gougerot) a obtenu par exception de ces tuberculoses typiques.

« Une fois, il a obtenu une tuberculose verruqueuse avec hyperkératose papillomateuse très prononcée sans ulcération, sur la peau d'un lapin inoculé par scarification superficielle : la lésion était très proche de la tuberculose humaine de Riehl et Paltauf.

« Une fois il a obtenu sur la peau du cobaye de petites nodules intradermiques translucides de 1 à 2 millimètres de diamètre, non ulcérées. Cliniquement les nodules ressemblaient aux grains du lupus vulgaire. Histologiquement les nodules avaient la structure épithélioïde des sarcoïdes dermiques sans cellules géantes. De même que dans la sarcoïde dermique humaine, il fut impossible de déceler le bacille dans la lésion expérimentale et l'inoculation à un cobaye neuf resta négative; les nodules épithélioïdes expérimentaux ébauchaient donc la sarcoïde de Bœck ou lupoïde dermique de Darier.

« Une fois un cobaye inoculé sous la peau de l'aîne avec un fragment de lupus érythémateux présenta un ulcère tuberculeux torpide à rebords indurés scléreux; histologiquement l'ulcération était creusée dans une infiltration lymphoconjonctive diffuse, parsemée de rares follicules, les bords et la partie profonde sous-jacente à l'ulcération étaient sclérosés, formés d'un tissu fibreux collagène dense analogue à celui des chéloïdes.

« Une fois l'inoculation sous-cutanée de bacilles tuberculeux atténués à un animal injecté de petites doses répétées de tuberculine reproduisit, au point d'inoculation, une réaction fibreuse sous-cutanée; l'hypoderme était épaissi, scléreux, parcouru de quelques traînées lymphoconjonctives contenant d'exceptionnels bacilles. (Ce cobaye présentait en même temps une cirrhose hypertrophique tuberculeuse atypique du foie. Cobaye W_2 (nº 90 de notre mémoire de médaille d'or) inoculé sous la peau avec 0cm³3 d'une culture retirée d'un lupus et vieille de quatre mois, traité tous les huit jours environ par des injections de tuberculine (0mgr001), sacrifié au bout de cinq mois — méthode personnelle permettant d'obtenir en série les cirrhoses tuberculeuses du foie — [*Revue de méd.*, 1909, nº 2, p. 81, 6 figures]. Störk et récemment encore Lewandowsky ont observé des cas semblables de cirrhose.) Ces deux expériences ébauchaient donc la chéloïde humaine.

« Plus souvent enfin de petites lésions ulcéreuses et verruqueuses, identiques à celles de Courmont et Lesieur, furent reproduites par simple frottis sur la peau épilée ou rasée. Toutes ces lésions, sauf la chéloïde du cobaye cirrhotique, étaient des tuberculoses folliculaires histologiquement typiques. » (*Arch. de méd. expérim.*)

(1) Lewandowsky (F.). Hauttuberkulose bei Tieren, *Verhand. der Deut. derm. Ges. IX Kongress*, Bern 1906; — Experimentelle Studien über Hauttuberkulose, *Arch. f. Dermat.*, Bd. XCVIII, h. 2-3.

(2) Manfredi. I gangli linfatici nella difesa dell' organismo contra la tuberculosi, *Ref. Arch. f. Dermat.*, 1903, Bd. LXV, p. 432.

bovins, aviaires (Fritsche, Kraus); d'autres, les toxines bacillaires (Zieler); d'autres, l'action thérapeutique de la lumière (Nagelschmidt).

Nous nous sommes donné au contraire comme but principal d'éclairer le problème des tuberculides cutanées; nous voulions: 1° reproduire en série les tuberculides afin d'apporter une preuve nouvelle à leur démonstration; 2° sachant reproduire ces tuberculides, préciser leur pathogénie en faisant varier les différents facteurs de leur production. Longtemps nos essais ont échoué parce que, partant d'une idée théorique, nous employions des bacilles trop atténués ou avirulents et parce que, pensant faciliter la pénétration des germes, nous scarifions l'épiderme et le derme. La reproduction expérimentale des tuberculides atypiques nous fut facile du jour où nous avons inoculé des *bacilles virulents*, par *simple frottis* de *cultures pures* sur la *peau épilée*.

La technique est très simple : le dos du cobaye est épilé, en arrachant les poils avec les doigts, sur une surface de 3 à 4 centimètres. Un grumeau de culture pure sur pomme de terre est déposé sur l'épiderme, on l'étale soit avec un gros fil de platine, soit avec le bord d'une lame de verre en appuyant et en frottant. Les cultures employées étaient huit races de bacilles de Koch toutes virulentes, mais de virulence variable, les séries d'expériences les plus fructueuses furent obtenues avec la race la plus virulente, φ L. de Nocard, qui d'après le professeur Vallée (d'Alfort) est une des plus fixes que l'on connaisse.

Nos recherches résumées à la Société de biologie en 1907 (1) et dans la thèse de l'un de nous (1) ont été publiées en détails dans deux mémoires en 1908 (2) et 1909 (3). Une note complémentaire sur la reproduction expérimentale de la chéloïde tuberculeuse était présentée de la Société de biologie (4).

Les faits, que nous avons observés depuis, n'ont pu que confirmer ces premiers travaux et sont venus affirmer certaines de nos conclusions alors hypothétiques, en particulier les reviviscences de foyers éteints sous l'influence de décharges toxiniques.

* * *

REPRODUCTION EXPÉRIMENTALE DES TUBERCULIDES SUR LA PEAU ÉPILÉE DU COBAYE PAR SIMPLE FROTTIS DE CULTURES PURES DE BACILLES DE KOCH

Les tuberculides expérimentales peuvent revêtir des aspects multiples :

Quelques-unes de nos tuberculides expérimentales sont analogues au lichen scrofulosorum à structure « tuberculeuse » folliculaire.

La plupart sont identiques cliniquement et anatomiquement aux tuberculides papulonécrotiques humaines ou au lichen scrofulosorum atypiques histologiquement; ce sont les plus importantes.

Quelques-unes, nodulaires et dermo-hypodermiques, ressemblent aux érythèmes indurés; elles évoluent sans envahir l'épiderme et restent indurées durant toute leur évolution, puis finissent par se résorber sans laisser de cicatrice; histologiquement les infiltrats lymphoconjonctifs périvasculaires sont comparables aux lésions de l'érythème induré de Bazin; dans la profondeur de l'hypoderme nous pûmes découvrir une thrombovascularite caséeuse avec follicules et cellules géantes, avec bacilles, identique aux thrombophlébites, décrite par Philippson au-dessous des érythèmes indurés humains (angiodermite) [premier mémoire, *loc. cit.*, p. 613].

D'autres reproduisent ou ébauchent certaines des réactions épidermiques des tuberculides : — l'épidermite vésiculeuse et spongoïde bacillaire, la spongiose, l'hyperkératose et la parakératose avec lésions dermiques minimes ou nulles de ce qu'on a appelé l'eczéma scrofulosorum (*loc. cit.*, p. 614 et 615, fig. 14); — l'hyperkératose ponctuée, les cônes cornés, la congestion, les traînées d'infiltration cellulaire périvasculaire des lupus érythémateux et parfois l'infiltration dermique autour des ponctuations kératosiques (*loc. cit.*, p. 615, 616, 617, fig. 15); — une épidermite bacillaire atrophique avec hyperkératose (en dehors de toute ulcération), ressemblant à l'atrophie cicatricielle des lupus érythémateux (*loc. cit.*, p. 617); — une épidermite bacillaire avec dissociation et dégénérescence de la germinative, hyperacanthose en palissade avec légère exocytose... « ressemblant à certaines lésions du parapsoriasis » (*loc. cit.*, p. 617, 618, 619, fig. 16). Notons à ce propos que nous n'avons jamais prétendu avoir reproduit « le lupus érythémateux », « le parapsoriasis » ; nous avons toujours eu soin de préciser qu'il ne s'agissait que de « lésions analogues, rappelant... », « lésions ressemblant à... », « lésions ayant quelque ressemblance avec... », « *ébauche* des lésions du lupus érythémateux », etc.; si nous insistons, c'est que l'on nous a fait dire le contraire de ce que nous avions pensé et écrit.

Enfin, par une technique différente, nous avons une fois obtenu une chéloïde sur un cobaye tuberculisé et tuberculinisé : la chéloïde développée lentement au point d'une des injections de tuberculine au 1/100 avait 25 millimètres de longueur, 5 millimètres de largeur; sa structure était celle des chéloïdes humaines; dans l'un de ses segments, la partie profonde était parsemée de quelques tubercules tuberculeux comme dans les bords chéloïdiens des lupus.

Identité des tuberculides papulo-nécrotiques expérimentales et humaines.

De toutes ces lésions expérimentales les tuberculides papuleuses et papulo-nécrotiques sont celles qui s'identifient le plus complètement aux tuberculides humaines. Il importe de souligner ces ressemblances cliniques, anatomiques et bactériologiques.

« 1° La papulo-nécrotique du cobaye commence trois semaines après l'inoculation, par un nodule der-

(1) Loc. cit.

(2) Gougerot et Laroche. Reproduction expérimentale des tuberculides cutanées non folliculaires histologiquement atypiques, *Arch. de méd. expérim.*, sept. 1908, n° 5, p. 581 (16 fig.) [premier mémoire].

(3) Gougerot et Laroche. Pathogénie des tuberculides cutanées non folliculaires éclairées par l'expérimentation, *Arch. de méd. expérim.*, mai 1909, n° 3, p. 324 (deuxième mémoire).

(4) Gougerot et Laroche. *Chéloïde expérimentale*, 24 oct. 1908, t. LXV, p. 342.

mique plus ou moins superficiel, qui se nécrose au centre, et s'ombilique. Puis vers la huitième, dixième semaine, le centre s'incruste, la papulo-nécrotique est constituée. La croûte tombe, laisse une ulcération qui lentement se cicatrise de la douzième à la quinzième semaine. C'est la *même évolution* que la papulo-nécrotique humaine, qui commence par un nodule, s'ombilique, puis s'incruste, s'ulcère, enfin se cicatrise (*loc. cit.*, p. 606 et 607, fig. 12 et 13). Les deux lésions, humaine et animale, ont à peu près la même durée.

« 2° La papulo-nécrotique du cobaye, arrivée à son complet développement, a le *même aspect* que la papulo-nécrotique humaine : petite papulation à centre croûteux; la croûte est petite, brunâtre, arrondie, souvent entourée d'une collerette squameuse étroite; elle recouvre une ulcération petite et profonde, putéiforme (*loc. cit.*, p. 588, 589, 590, fig. 1 et 2).

« 3° L'*adénite* tuberculeuse régionale est fréquente chez le cobaye; elle est comparable aux adénites scrofuleuses des malades atteints de tuberculides. » Les animaux meurent de tuberculose généralisée.

Cliniquement, les lésions expérimentales et humaines sont donc identiques.

4° L'examen histologique révèle des lésions différentes à débuts variables.

« Il existe deux types principaux de papulo-nécrotiques expérimentales : le premier avec nécrose profonde et peu d'infiltrat cellulaire (*loc. cit.*, p. 591, fig. 3 et 4); le second avec nécrose moins intense et plus étalée, avec infiltrat plus marqué (*loc. cit.*, p. 593, 594, 595, fig. 5). Ces deux types correspondent aux deux principales variétés des papulo-nécrotiques humaines. »

« Le second type de papulo-nécrotiques expérimentales présente quelques variantes », comparables aux variétés des papulo-nécrotiques humaines : variétés *ecthymatiforme*, *impétiginoïde*, dégénérative et vésiculeuse mais *non ulcéreuse*, *ulcéreuse* et suppurative, *superficielle*, *profonde* (cette dernière superposable à l'acnitis humaine).

« Des biopsies successives, l'association sur un même fragment de lésions jeunes et de lésions adultes nous ont permis de surprendre les différents modes de début des tuberculides palpulo-nécrotiques expérimentales. Dans les unes, le bacille envahit le derme par les follicules pileux, déterminant d'abord une folliculite nécrotique (*loc. cit.*, p. 600 et 601, fig. 8). Dans les autres, le bacille attaque l'épiderme en surface : tantôt la lésion commence par une épidermite très localisée nécrosante en bloc sans vésiculation et sans nécrose dermique sous-jacente au début (*loc. cit.*, p. 601, 602, 603, fig. 9); — tantôt la lésion débutante est une épidermite spongoïde en surface avec vésiculation intra-malpighienne sans nécrose épidermique diffuse et sans nécrose sous-épidermique au début (*loc. cit.*, p. 603 et 604); ces lésions débutantes sont donc presque exclusivement épidermiques; — tantôt enfin la lésion débutante est à la fois épidermique et dermique, mais surtout dermique. En effet, l'épiderme, quoique enflammé, persiste non nécrosé; au-dessous de lui au contraire, les couches papillaires et sous-papillaires sont dès le début entièrement nécrosées. On peut donc dire qu'il y a « début par épidermite sans nécrose et nécrose dermique, c'est-à-dire vésiculation sous-épidermique » (*loc. cit.*, p. 604, 605, 606, fig. 10 et 11).

« 5° La papulo-nécrotique du cobaye est, le plus souvent, « non folliculaire »; « *atypique histologiquement* »; c'est-à-dire que rien, dans sa structure, ne rappelle le schéma classique du follicule tuberculeux (*loc. cit.*, p. 596). De même, la plupart des tuberculides papulo-nécrotiques humaines sont atypiques, et appartiennent au groupe B de Darier.

« Plus rarement la papulo-nécrotique expérimentale a la structure tuberculoïde folliculaire classique. Il en est de même de la tuberculide humaine, que Darier et d'autres auteurs ont vu avoir parfois la structure du follicule tuberculeux. Mais ces lésions à structure histologique typique sont rares, aussi bien pour les tuberculides expérimentales que pour les tuberculides humaines.

« Dans la papulo-nécrotique humaine, aussi bien que dans la papulo-nécrotique expérimentale, l'aspect clinique est le même que la structure histologique, soit typique ou atypique. Rien, à l'examen clinique, ne peut faire préjuger de la structure histologique.

« 6° Dans la papulo-nécrotique expérimentale histologiquement atypique (ce qui est le cas le plus fréquent), on voit exceptionnellement (1) un follicule tuberculeux typique à belle cellule géante centrale. Ces follicules, quoique exceptionnels, sont importants à signaler, car ils sont la signature histologique de la nature tuberculeuse de ces lésions, partout ailleurs atypiques. Ces quelques papulo-nécrotiques expérimentales à follicules tuberculeux exceptionnels servent de transition entre les tuberculides typiques (variété A de Darier) et les atypiques (variété B). Il en est de même dans les papulo-nécrotiques humaines; parfois, sur une coupe, on surprend un follicule tuberculeux typique qui affirme histologiquement la nature bacillaire du processus, et l'on voit tous les intermédiaires entre les papulo-nécrotiques typiques et atypiques.

« 7° Les papulo-nécrotiques expérimentales, qui sont des nodules superficiels dermiques, s'accompagnent souvent de foyers profonds hypodermiques périvasculaires et vasculaires. Les lésions dermiques sont, le plus souvent, atypiques; les lésions hypodermiques sont toujours typiques formées d'un agglomérat de follicules tuberculeux épithélioïdes, avec belles cellules géantes, et centre caséifié (*loc. cit.*, p. 596, 597, 598, 599, fig. 6 et 7). Dans les tuberculides humaines, il n'est pas rare de trouver dans l'hypoderme les mêmes foyers profonds vasculaires histologiquement typiques (thrombophlébite nécrosante de Philippson, vascularites de Leredde), et l'on observe le même contraste que chez l'animal entre l'atypie du nodule superficiel et la structure typique folliculaire et caséeuse de la traînée hypodermique. On sait quelle importance les auteurs, avec Leredde et Pautrier, ont attaché à ces vascularites profondes, à ces nodules hypodermiques : ils en font la lésion commune à toutes les tuberculides, la lésion

(1) Une coupe sur 100 ou 200 et sur quelques pièces seulement.

qui caractérise les tuberculides nodulaires. Aussi doit-on souligner leur fréquence dans nos tuberculides expérimentales.

« *Anatomiquement, les lésions humaines et expérimentales sont donc identiques.*

« 8° Les tuberculides expérimentales ne contiennent que de très rares bacilles. Une patiente recherche en découvre à peine un sur dix coupes au centre des lésions (et seulement dans les nodules débutants; les bacilles sont presque toujours impossibles à colorer dans les lésions adultes et à plus forte raison dans les lésions en voie de régression). La constatation du bacille est donc l'exception. Il en est de même dans les tuberculides papulo-nécrotiques humaines, où le bacille n'a été que très exceptionnellement trouvé, et semble plus rare encore que dans les lésions expérimentales.

« 9° Les inoculations des papulo-nécrotiques expérimentales à des cobayes neufs donnent des résultats positifs mais inconstants : une fois sur deux, dans nos essais avec des lésions débutantes. Cette inconstance de la virulence de la lésion expérimentale est identique à celle de la lésion humaine; dans la lésion humaine, l'inoculation positive est encore beaucoup plus rare.

« On peut donc conclure que CLINIQUEMENT, ANATOMIQUEMENT et BACTÉRIOLOGIQUEMENT, L'IDENTITÉ est COMPLÈTE entre les tuberculides papulo-nécrotiques HUMAINES et EXPÉRIMENTALES. »

Critiques des faits expérimentaux.

« L'importance de ces reproductions expérimentales, ajoutions-nous, nous semble assez grande pour qu'il ne soit pas inutile de revenir sur leur valeur démonstrative et d'en faire la critique. Trois points sont à fixer.

« 1° Il faut d'abord démontrer que *les lésions obtenues sont dues au bacille de Koch.*

« Les *preuves sont multiples* : la peau a été inoculée avec des cultures pures; les bacilles employés étaient des bacilles virulents; — les lésions ne se développent qu'après une longue incubation de trois à quatre semaines; — l'évolution est torpide et lente; — l'adénite tuberculeuse régionale est fréquente, et la nature bacillaire de cette adénite régionale est affirmée par la constatation des bacilles dans le caséum des ganglions. — Si la structure histologique de la lésion dermique obtenue est le plus souvent atypique, parfois il existe un follicule tuberculeux typique, qui, sans conteste, affirme histologiquement la tuberculose. — Il n'est pas rare que la lésion dermique atypique et non folliculaire coexiste avec un foyer profond hypodermique périvasculaire et vasculaire, de structure tuberculeuse incontestable, typique, avec cellules épithélioïdes, cellules géantes, centre caséifié et bacilles exceptionnels. — Les follicules tuberculeux, exceptionnels dans la lésion dermique elle-même, ces foyers profonds, fréquents, caséifiés, sont la « signature » histologique de la nature tuberculeuse des lésions papulo-nécrotiques presque toujours atypiques. — Des bacilles ont pu être décelés sur coupes dans les lésions dermiques mêmes. — Inoculée à un cobaye neuf, la papulo-nécrotique expérimentale (biopsie au début de la période d'état) tuberculise le nouveau cobaye une fois sur deux environ. — Lorsque l'animal meurt ou est sacrifié, il est atteint de tuberculose ganglionnaire et viscérale. — Enfin, ces résultats n'ont pas été obtenus une fois par hasard; 95 papulo-nécrotiques ont été reproduites par cette méthode dans une première série (et bien d'autres depuis lors). »

Ces preuves sont plus que suffisantes. « On ne peut objecter qu'il s'agit de lésions cocciennes dues à des cocci inoculés par frottis; en effet, l'incubation n'aurait pas été aussi longue, les cocci auraient été constatés sur lame, au contraire on a trouvé des bacilles tuberculeux; enfin, jusqu'ici, avec des cocci, il nous a été impossible de reproduire (sur la peau du cobaye adulte) des lésions nodulaires nécrotiques ayant cette lente évolution.

« 2° La nature bacillaire de nos lésions expérimentales étant démontrée, il faut prouver qu'elles sont atypiques, c'est-à-dire dépourvues du follicule tuberculeux classique.

« Cette atypie s'impose dès le premier examen histologique, et l'étude systématique des coupes en série après épuisement du bloc affirme que cette structure non folliculaire n'est pas due au hasard d'une coupe : les follicules tuberculeux sont tout à fait exceptionnels. Tel point, nous disait M. Darier, rappelle la bordure d'un chancre syphilitique, tel autre avec ses grosses cellules conjonctives, basophiles, multinucléées, une infiltration lépreuse. Au simple examen histologique, il serait, en un mot, impossible de dire « tuberculose » et si on suspecte la bacillose, c'est en raison de l'identité de structure avec la papulo-nécrotique humaine que l'on sait être bacillaire malgré sa structure atypique.

« 3° Les lésions expérimentales étant démontrées d'origine bacillaire et de structure atypique non folliculaire, il faut enfin prouver qu'elles sont identiques aux tuberculides humaines.

« Le parallèle que nous en avons tracé nous semble le prouver surabondamment. On peut dire que dès le premier examen clinique, lorsqu'on cherche à définir les lésions expérimentales, la dénomination de papulo-nécrotique vient immédiatement à l'esprit; à l'examen histologique, la comparaison des coupes humaines et expérimentales l'impose une fois de plus ....

« D'ailleurs, nous n'avons pas voulu nous en rapporter à nous seuls et nous avons soumis les faits que nous avions obtenus et les conclusions que nous en avions tirées à M. Darier, que nous ne saurions trop remercier. Ce maître qui, plus que tout autre, a contribué à établir l'existence des tuberculoses atypiques cutanées et qui créa la conception des tuberculides, voulut bien, en novembre 1907, examiner nos coupes et confirmer nos conclusions.

« De par l'exposé de notre technique, des faits cliniques et anatomiques, M. Darier admit que les lésions étaient des tuberculoses cutanées. De par l'examen histologique, il lui apparut que ces tuberculoses étaient très spéciales, ne répondant nullement au schéma du tubercule classique, qu'elles ne possédaient pas de follicule tuberculeux, donc qu'elles

étaient atypiques. Cherchant les ressemblances de ces lésions expérimentales avec les lésions humaines, il confirma les rapprochements et l'identification que nous en avions faits avec les papulo-nécrotiques et parfois le lichen scrofulosorum.

« M. Darier nous demanda de refaire une nouvelle série d'expériences afin qu'il pût examiner les lésions sur l'animal vivant; en février 1908, nous lui avons présenté trois animaux porteurs de nombreuses papulo-nécrotiques. Il n'hésita pas à dire que nos lésions expérimentales ressemblaient plus aux papulo-nécrotiques humaines que la peau du cobaye ne ressemble à la peau de l'homme. »

« Nous avions donc le bonheur de voir confirmer nos faits et nos déductions par celui qui a des tuberculides la plus longue expérience et la connaissance la plus approfondie (1). »

Importance de ces faits expérimentaux pour la démonstration de la nature bacillaire des lésions humaines.

On sait combien est discutée la nature bacillo-tuberculeuse des lésions cutanées étiquetées tuberculides.

Lorsque l'on fait l'étude critique des méthodes de démonstration de ces tuberculides cutanées, on arrive à cette conclusion que la plupart des preuves citées et des techniques employées sont sujettes à l'erreur. Seules les constatations directes du bacille et les inoculations positives au cobaye sont des preuves absolues de la nature bacillaire d'une tuberculide. Mais ces preuves sont rarement données : on compte les constatations directes des bacilles dans les coupes et les inoculations positives au cobaye; quelques auteurs même critiquent ces résultats positifs, ils objectent qu'un bacille chez un tuberculeux a pu échouer dans une lésion cutanée sans que la lésion soit due à ce bacille; ils contestent la valeur des rares cas d'inoculations positives au cobaye, en raison de leur rareté, en raison des cas de tuberculoses spontanées du cobaye; ils se demandent si ce ne sont pas des erreurs ou des faits de hasard.

La reproduction expérimentale échappe à ces objections : si, employant une même technique, on peut reproduire la lésion humaine, non pas une fois par hasard, mais en série de vingt, trente et plus, la démonstration est faite.

L'aspect clinique, l'évolution, la structure des lésions expérimentales et humaines sont identiques, nous y avons assez insisté pour n'y pas revenir et nos figures parues dans les *Archives de médecine expérimentale* en 1908 en font foi : mêmes variétés de lésions dermiques, les unes folliculaires, les autres non folliculaires avec mêmes traînées profondes hypodermiques souvent caséo-tuberculeuses.

La reproduction expérimentale est donc l'une des meilleures preuves de la nature bacillaire des tuberculides humaines, et M. Darier (qu'il faut toujours citer lorsqu'on parle de tuberculides) conclut après avoir énuméré les preuves de la nature bacillaire de ces lésions. « De plus, Gougerot et Laroche ont réussi récemment à produire expérimentalement plusieurs tuberculides par friction de cultures pures de bacilles de Koch sur la peau épilée du cobaye et cela tranche véritablement la question (1). »

(A suivre.)

(1) Quelques-uns de nos animaux montés dans le liquide de Kayzerling sont conservés au Musée du laboratoire d'anatomie pathologique et de bactériologie du professeur Pierre Marie à la Faculté de médecine de Paris.

(1) Darier. *Précis de dermatologie*, 1909, p. 548 et 550.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 JANVIER 1912)

Sur les caractères morphologiques de 61 meurtriers ou homicides volontaires français. — MM. A. Marie et Léon Mac Auliffe.

Nouveau caractère distinctif des bacilles tuberculeux humain ou bovin. — M. P. Chaussé.

Sur la vaccination anticlaveleuse au moyen du virus sensibilisé. — MM. J. Bridré et A. Boquet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 24 JANVIER 1912)

Présentations de malades. — M. Rouvillois présente un soldat qui a reçu au Maroc une balle dans la tête. Il présente une hémiplégie et hémihypoesthésie gauche, hémianopsie homonyme avec ptosis droit. La radiographie montre la balle à l'union du lobe temporal ou occipital. D'après les symptômes elle doit siéger à la zone postérieure de la capsule interne empiétant sur le pédoncule droit. Le malade a été amélioré par la ponction lombaire. M. Rouvillois est d'avis de s'abstenir d'opérer, à moins de complications. C'est aussi l'avis de M. Quénu.

M. Walther présente une fracture transversale sans aucun déplacement de l'extrémité supérieure du fémur. Les symptômes étaient si atténués qu'on avait pensé à une contusion.

— En raison de la mort de M. Albarran, la séance est levée en signe de deuil.

XIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

[*Lyon, 22-25 octobre 1911* (2)].

COMMUNICATIONS SUR LES DIURÉTIQUES (*fin*)

Bains carbo-gazeux. — M. A. Mougeot (de Royat). I. *Diurèse de cure par les bains carbo-gazeux naturels à température indifférente de Royat chez les prescléreux et artérioscléreux; la déchloruration spontanée consécutive.* — La diurèse des vingt-quatre heures, même en cas de lésions rénales indubitables, en dehors des cas de néphrosclérose avancée, peut atteindre 100 p. 100 en plus de ce qu'elle était habituellement, elle atteint fréquemment 33 p. 100. Elle est constante, à de très rares exceptions près.

(2) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 125, p. 1784; n° 126, p. 1798; n° 127, p. 1814; n° 129, p. 1852; n° 132, p. 1889; n° 135, p. 1937; n° 139, p. 1997; 1912, n° 3, p. 35; n° 6, p. 71; n° 7, p. 87.

La diurèse des trois heures qui suivent le bain matinal atteint des 550-700 centimètres cubes, alors que le même sujet en temps ordinaire n'élimine que 100 à 125 centimètres cubes.

Parallèlement à cette importante diurèse, on observe chez les arthritiques âgés, pré ou artérioscléreux, avec stases, œdèmes viscéraux interstitiels, une diminution rapide du poids du corps, accompagnée de retour de la tension artérielle vers la normale, de disparition des œdèmes, de la dyspnée, bien que le taux des chlorures des ingesta soit resté celui habituel. C'est la déchloruration spontanée par amélioration de la perméabilité rénale.

II. *Recherches sur la diurèse comparée de l'eau et des chlorures chez l'homme sain sous l'influence des bains carbo-gazeux naturels à température indifférente de Royat.*

En temps normal le sujet élimine en trois heures de la matinée, soit pendant les 12,50 p. 100 de la durée du nycthémère : 6,53 p. 100 du volume total des vingt-quatre heures, et 12,58 p. 100 du taux total des chlorures des vingt-quatre heures. Le bain pris au début des trois heures correspondantes, et accompagné de l'ingestion de 2 fois 150 grammes d'eau de la source César, fait éliminer dans les trois heures 18,31 p. 100 du volume des vingt-quatre heures et 18,46 p. 100 des chlorures des vingt-quatre heures.

Le bain fait passer la diurèse des vingt-quatre heures, de 1960 à 2375 centimètres cubes; la diurèse des trois heures matinales de 128 à 435 centimètres cubes; les chlorures des trois heures matinales de $1^{g}78$ à $2^{g}71$, tandis que les chlorures des vingt-quatre heures restent à un taux fixe, parce que c'est celui des chlorures ingérés pendant ce temps et que cette ingestion a été remarquablement équivalente d'un jour à l'autre.

Donc le bain de Royat produit une diurèse abondante, d'autant plus précieuse qu'elle porte d'une façon élective sur les toxines et les chlorures.

III. *Du mécanisme physiologique de la diurèse produite par le bain carbo-gazeux, sujets sains et hypertendus.* — Le bain en question, bain à température indifférente de Royat, est hypotenseur dès son début, donc en aucun cas il ne peut produire une diurèse par augmentation de la pression sanguine dans les artères rénales. Il produit chez l'homme sain une diurèse par réflexe sur les nerfs excito-sécrétoires du rein dont l'existence est des plus probables ; le point de départ étant l'excitation des nerfs sensitifs cutanés par l'acide carbonique libre, et probablement aussi par des propriétés physico-chimiques encore inconnues des eaux thermo-minérales prises au griffon.

La diurèse produite est intense pendant les trois premières heures, elle est éteinte au bout de vingt-quatre heures.

Chez l'hypertendu soumis à la cure méthodique, on constate cette diurèse immédiate, et une diurèse secondaire consistant en ce que le volume des vingt-quatre heures suit une marche ascendante en même temps que la tension artérielle s'abaisse vers la normale. La diurèse immédiate est à rapporter au même mécanisme que celle de l'individu sain. La diurèse secondaire est due à la diminution progressive du spasme des vaisseaux afférents du glomérule rénal, conséquence de la sédation du système nerveux vaso-constricteur splanchnique, effet des bains quotidiens à température indifférente.

Action diurétique de l'adonis vernalis. — M. G. Lemoine (de Lille). L'adonis vernalis se comporte comme un agent cardiotonique de tout premier ordre et comme un diurétique dont l'action est aussi puissante que certaine. Les expériences physiologiques concordent avec les faits cliniques, pour établir cette double propriété.

Dans les cardiopathies, pendant les périodes d'éréthisme, ou à la phase de tachycardie, l'adonis agit comme sédatif cardiaque. Sous son influence le pouls diminue de fréquence, et de 110 par exemple il descend rapidement à 80 et même au-dessous et s'y maintient. Cette action sur le cœur se manifeste dès les premiers jours de l'emploi de l'adonis et se maintient d'une façon régulière et fidèle pendant toute la durée de son emploi. A la phase d'insuffisance myocardique, l'adonis agit comme un toni-cardiaque énergique, il relève la tension artérielle et renforce les battements du cœur. Un de mes élèves, Henneton, a noté dans plusieurs cas une augmentation de tension très appréciable. L'adonis possède en outre une action régulatrice sur l'arythmie cardiaque. Contre les œdèmes d'origine cardiaque, l'adonis agit avec une remarquable efficacité ; au bout de deux à trois jours, il provoque une diurèse abondante, telle que le taux des urines peut passer de quelques centaines de grammes à deux et même à trois et quatre litres. Cette diurèse se maintient tant que les œdèmes persistent, elle diminue au fur et à mesure qu'ils disparaissent. L'action diurétique de l'adonis est aussi puissante que celle de la digitale et doit le faire préférer à cette dernière, car il n'est pas toxique, ne s'accumule pas dans l'organisme et ne provoque pas d'intolérance gastrique.

L'action diurétique de l'adonis est remarquable dans le cas d'œdème cardiaque, car ce médicament paraît agir beaucoup plus sur la fibre cardiaque que sur l'épithélium rénal. L'adonis rend de grands services dans l'insuffisance cardiaque qui se manifeste au cours des maladies infectieuses, la fièvre typhoïde et la pneumonie, en particulier, et il doit être préférable à la digitale à cause de sa non toxicité.

(*A suivre.*)

FERNAND LÉVY.

FORMULAIRE

GASTRO-ENTÉRITES DES NOURRISSONS

(*Diarrhée verte. Choléra infantile.*)

Suivant la gravité, diminuer ou supprimer le lait. Diète hydrique (maximum trois jours).

Dès le début des accidents, faire prendre à l'enfant un quart, une demi ou une cuillerée à café de sirop de Trouette-Perret à la papaïne avant chaque tétée, biberon ou repas. Cette prescription permettra le plus souvent de ne pas supprimer le lait et amènera la guérison en évitant de recourir aux bouillons de légumes, toujours compliqués et fastidieux.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXV, n° 17, 26 octobre 1911.) Les écoles en dehors de la ville et les chambres en plein air pour enfants. — David SUEDDEN : Les écoles en plein air. — Thomas F. LEEN : Les chambres et écoles en plein air. — John B. HAWES : Rapport sur les réponses à une circulaire sur les écoles à la campagne et les chambres en plein air, envoyée par le comité de lutte contre la tuberculose de la société médicale des Massachusetts. — L. B. ALFORD : L'épilepsie de Brown-Séquard sur les cobayes (2 tableaux). — W. D. REID : 158 cas de coup de chaleur traités à l'hôpital de la cité de Boston du 2 au 13 juillet 1911 (3 tableaux). — I. Chandler WALKER : Observations sur le coup de chaleur. — (N° 18, 2 nov.) Edwin Welles DWIGHT : Les maladies circulatoires. Leur fréquence dans le New-England, les Massachusetts et Boston (9 tableaux). — W. B. CAUNON : Les facteurs étiologiques des modifications de la pression sanguine, physiologiques et pathologiques. — James Marsh JACKSON : Remarques sur l'hypertension sanguine et l'artério-sclérose. — Horace D. ARNOLD : Le traitement des troubles de la circulation. — Fred T. MURPHY et Beth VINCENT : Etude expérimentale sur les causes de la mort dans l'occlusion intestinale aiguë (5 tableaux, 4 figures). — (N° 19, 9 nov.) Simon FLEXNER : La base biologique de la thérapeutique spécifique. — Edward R. WILLIAMS : L'association de symptômes mentaux avec les contusions de l'œil. — Edwin H. PLACE : L'angine de Vincent (avec 3 figures). — James A. HONEIJ : Les épithéliomas. Rapport montrant l'irritation habituelle comme un facteur étiologique très fréquent (avec 2 tableaux). — George Loring TOREY : Un cas de sarcome primitif de l'oreille moyenne et de la mastoïde ; opération, guérison. — (N° 20, 16 nov.) — Eugène A. DARLING : L'emploi du lait entier et des laits dégraissés dans l'alimentation des enfants. — George G. SEARS : Observations personnelles sur le climat du sud de la Californie. — Louis A. GODDU : Le vissage et le maintien des os par des plaques métalliques dans les résections du genou (avec 14 radiographies). — Mark H. ROGERS : Etiologie et traitement de la sciatique. — (N° 21, 23 nov.) Edwin A. LOCKE et Cleaveland FLOYD : Etude au point de vue économique de 500 phtisiques traités à l'hôpital des tuberculeux de Boston (5 tableaux). — Edward H. RISLEY : Le traitement du cancer par l'émulsion vaccinante de gilmann-coca. — Harry W. GOODALE : Etudes sur le métabolisme dans le diabète insipide (6 tableaux). — George S. C. BADGER et John B. HAWES : Les écoles et les chambres en plein air. — Douglas C. Mac MURTRIE : L'hôpital pour estropiés de Copenhague, son histoire, ses travaux, ses résultats (3 tableaux).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 43, 24 oct. 1911.) GRAFE et GRAHAM : Recherches sur l'isolyse. — DEYCKE : Les résultats actuels du traitement de la lèpre par la nastine. — GENNERICH : Les buts d'une thérapeutique antisyphilitique suffisante et l'injection provocatrice de salvarsan dans la syphilis douteuse. — BASCH : La sécrétion lactée de l'enfant comme mesure de l'aptitude de la mère à l'allaitement. — STEPP : Sur l'influenza cérébrale. — PFANNMÜLLER : Recherches sur le hormone péristaltique hormonal dans la constipation habituelle. — BÖRNER : Sur le traitement des blessures par le pansement au mastisol d'après von Œttingen. — BLÜHDORN : Un cas de septicémie streptococcique avec œdème purulent après la varicelle. — HÜFLER : La technique de l'injection de salvarsan. — (N° 44, 31 oct.) SCHULTZE : Sur l'excitabilité musculaire dans la tétanie et le phénomène de la langue. — GIERKE : Les ferments cellulaires oxydants. — MEYER : Sur la réaction de Wassermann chez les lapins infectés avec la dourine. — WULACH : La durée de la présence des différentes substances alimentaires dans l'estomac. — VIERNSTEIN : Recherches médicales sur les prisonniers de Kaisheim. — WERNER : Nouveaux résultats de la statistique badoise du cancer. — GEISSLER : Nouvel hématimètre. — GRÜBER : Infarctus de la mamelle. — SCHILLING : Sur le traitement de l'hémophilie. — WILLICH : Contribution du traitement du scalp total. — WESTPHAL : Observations sur le traitement par le salvarsan à l'ambulance de Windhuc (sud-ouest-africain). — HARTWICH : Réussite du salvarsan dans un cas de malaria. — KLAUSNER : Un cas de réinfection après le salvarsan. — VOSS : Intoxication grave après injection intraveineuse de salvarsan. — KLOTZ : Traitement biologique de la péritonite. — GRAFE et GRAHAM : Recherches sur l'isolyse. — (N° 45, 7 nov.) ANTON et BRAMAN : Nouvelles communications sur la diminution de la pression cérébrale au moyen de la ponction du corps calleux. — NOGUCHI : Allergie cutanée dans la syphilis ; son importance diagnostique et pronostique. — FLU : Rapport sur le traitement de 700 cas de Framboesia tropica et de 4 cas de Pian Bois par le salvarsan. — HAENISCH : Examen radioscopique dans les rétrécissements du gros intestin. Diagnostic radiologique précoce du carcinome du gros intestin. — PASCHKIS : Sur la question de la dénudation exploratrice des deux reins dans la tuberculose. — FRIEDENTHAL : Sur le rôle des sels du lait de femme dans la nutrition du nourrisson et de l'enfant. — ASCH : Constipation habituelle et organes urinaires. — AST : La fièvre typhoïde dans l'hôpital d'Eglfing. — BEISELE : Sur un cas d'ascaris mystax chez l'homme. — VIERNSTEIN : Recherches médicales chez les prisonniers de Kaisheim.

Paris médical. — (N° 48, 28 oct. 1911.) A. GILBERT : Cholémie simple familiale et ictère chronique simple. — LAIGNEL-LAVASTINE : Les troubles psychiques dans les accidents du travail. — MILIAN : Le traitement du prurit. — (N° 49, 4 nov.) P. CARNOT : La thérapeutique en 1911. — RICHAUD : Le nouveau codex. Son utilité pour le médecin. — MAYOR : L'emploi méthodique de la digitale à faible dose dans le traitement préventif de l'asystolie. — RATHERY : Les injections intraveineuses de bicarbonate de soude dans le coma diabétique. — DOMINICI et CHÉRON : Radiumthérapie des tuberculoses profondes extrapulmonaires. — BESREDKA : Anti-anaphylaxie. — (N° 50, 11 nov.) JOSUÉ : L'ancien hôpital de la Pitié et la nouvelle Pitié. — LÉVY-VALENSI : Numération des éléments cellulaires du liquide céphalo-rachidien (méthode de Nageotte). — GILBERT et HERSCHER : Sur la cholélimétrie. — CORSY et DOR : Occlusion intestinale haut située par bride (syndrome dilatation aiguë de l'estomac).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Les Métastases ovariques des cancers digestifs, par le docteur METZGER. (Th. de Paris.) — Paris, Steinheil.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Oral.* — Séance du 26 janvier. — Question donnée : « Artère de l'avant-bras. — Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse de l'enfant. »

MM. Plaisant, 13 + 23 = 36; Dubois, 18 + 20 = 38; Hagueneau, 14 + 17 = 31; Moreau, 15 + 21 = 36; Duponchel, 10 + 14 = 24; Lascaux, 13 + 15 = 28; Auvigne, 14 + 13 = 27; Berthod, 14 + 12 = 26.

— Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1° *Internes titulaires.* — 1. MM. Dubois, Clap, Duval, Pollet, Plaisant (Eugène), Maréchal, Lucas-Championnière, Schoofs, Alary, Moreau,

11. Rougier, Mme Hovelacque, MM. Kudelski, Bouttier, Desaux, Reilly, Fumet, Barat, Marcorelles, Mlle Blanchier,

21. MM. Lecerf, Durand (Albert), Léchelle, Robert, Tartois, Dantrelle, Mercier (Fernand), Fey, Quercy, Vinay,

31. Charrier, Larroque, Mlle Pouzin, M. Michaux, Mlle Peltier, MM. Bel, Bardon (Clément), Hertz, Galop, Garcin,

41. Maurel, Massart, Baudin, Flandrin, Salès, Krebs, Avezou, Barthélemy, Baudouin, Haguenau,

51. Mlle Landesmann, MM. Bonnet, Michel, Rouffignac, Marchack, Guelfucci, Dedet, Morisson-Lacombe, Besnard (Jean), Thibierge,

61. Cleisz, Luquet, Escudié, Leroy (Maxime), Eudel, Masselot, Morlot.

2° *Internes provisoires.* — 1. MM. Lépine, Galland, Bourgeois (Maurice), Braine, Schulmann, Vigot, Picard (Pierre), Moulonguet, Binet, Mlle Leven,

11. MM. Paraf, Achard, Fitte, Brouet, Lefranc, Hartemann, Percepied, Chatellier, Marcassus, Belloir,

21. Boirac, Delotte, Audain, Feldstein, Queyroi, Vazeux, Jacob, Costantini, Noël, Goret,

31. Lamare, Monod (André), Angot, Cambessédès, Küss, Boyer, Bisson, Ceillier, Brizard, Verdenal, Carpanetti,

41. Lascaux, Lebrun, Butin, Frette, Lévi-Franckel, Colleville, Pilatte, Mazzoléni, Buquet, Parent,

51. Beloux, Huc (Edouard), Barraud, Richard (André), Frédault, Antoine, Aubin, Alibert, Janet, Barbary,

61. Huc (Georges), Renault (André), Touchard, Wiart, Parin, Claude, Truffart, Delavierre, Borel (Paul), Lory,

71. Bordet, Auvigne, Savidan, Scheikevitch, Mlles Delage, Monbiot, MM. Berthod, Sébillotte, Photiadès, Brun,

81. Bourdeaux, Leroy (René), Masmonteil, Bloch, Gardin, Ecot (Fernand), Peltier, Gineste, Grandjean, Bourgeois (Francis),

91. Caux, Dognon, Baude, Ramadier (Henri), Ruelle, Pichon, Berthelot, Lascombe, Bigot, Perrier,

101. Léger.

— Les candidats dont les noms suivent étant parvenus à l'expiration de leur sixième année d'externat ne peuvent pas, au terme du règlement, être nommés internes provisoires et en exercer les fonctions :

MM. Lévy, Escallier, Chichmanian, Viguerie, Gheorgiu, Moriez, Jacquemin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Guisth'au a entretenu samedi le conseil des ministres de la demande de réouverture des cours de première et de deuxième année à la Faculté de médecine. Les communiqués aux journaux nous annoncent que, les engagements indispensables en ce qui concerne l'ordre et la discipline à la Faculté n'ayant pas été pris, le conseil a décidé de maintenir la fermeture des cours.

Le ministre de l'Instruction publique a été autorisé à créer une commission supérieure des études médicales.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Intérieur. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Marfan et Renault.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Edouard Julia, Legry, Crepel, Macé, Milian, Soula, Baduel, Jan-Kerguistel et Drouin.

Instruction publique. — *Au grade d'officier.* — M. le professeur Bergonié.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Villard et Paul-Boncour,

GUERRE. — *Au grade de commandeur.* — M. le professeur Chantemesse (au titre civil).

M. le médecin principal de première classe en retraite Bassompierre, ancien chef du service de santé au Maroc.

Cette tardive distinction vient récompenser soixante-dix ans de services (campagnes comprises). Rappelons que notre éminent confrère, lorsqu'il entra dans le service de santé en 1873, était déjà décoré de la médaille militaire qu'il avait brillamment gagnée comme engagé volontaire en 1870.

(Au titre de la réserve et de l'armée territoriale) :

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale Durand.

MM. les médecins-majors de première classe de l'armée territoriale Lasserre et Vercoutre.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Gervais, Jeanton, du Magny et Moulinier.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Delaunai, Albertin, Deschamps, Mougin et Vigier.

MM. les médecins aides-majors de première classe Laugier, Monin et Pratx.

COLONIES. — *Au grade de chevalier.* — (Au titre civil) : M. le docteur Achalme.

(Au titre militaire) :

M. le médecin-major de deuxième classe Aubert (des troupes coloniales).

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 23 janvier 1912 :

Médecin principal de première classe. — M. Godet est nommé directeur du service de santé de la division d'Alger.

Médecins principaux de deuxième classe. — M. Uffoltz passe à l'hôpit. d'Amélie-les-Bains (médecin chef); Lapasset est nommé médecin chef de l'hôpit. du Dey à Alger.

Médecins-majors de première classe. — MM. Murie passe à l'hôpit. milit. de la Rochelle (médecin chef); Vigerie, aux salles milit. de l'hospice mixte de Poitiers; Moutet, aux hôpit. de la division d'occupation de Tunisie.; Steinmetz, au 4e tir. algériens.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Mahaut passe au 33e d'inf.; Lahaussois, à l'hôpit. milit. d'Oran; Picqué, au 22e d'art.; Talabère, au 6e escadron du train des équipages; Coudeyras, aux hôpit. de la division d'Oran; Ducourthial, aux troupes d'occupation des confins marocains; Hornus, à la place d'Alger; Peyre, au 47e d'inf.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Clerc passe aux hôpit. de la division d'Oran; Playoust, au 83e d'inf.; Walther, au 69e d'inf.; Théobalt, à la compagnie saharienne de la Saoura.

Médecin aide-major de deuxième classe. — M. Birat passe aux hôpit. de la division d'Alger.

— Sont nommés dans le cadre du corps de santé militaire, au grade de médecin aide-major de deuxième classe, pour prendre rang du 31 décembre 1911, les élèves de l'école du service de santé militaire dont les noms suivent :

MM. Adde, Amsler, Armand, Aubriot, Aycard, Baufle, Bellon, Benazet la Carre, Bertet, Bigaud, Bonnefoy, Botte, Brugeas, Cleu, Cuinet, Delrieu, Détis, Didier, Diffre, Ehringer, Fabre, Feuillet, Fournier, Galou, Gauthier, Giacardy, Goursolas, Greyfié de Bellecombe, Hanin, Héraud, Houlez, Joly, Lacassagne, Lafaix, Lafon, Le Bourdellès, Lèques, Lhuissier, Liégeois, Maury, Modot, Nivière, Noël, Pauliac, Plantier, Prost, Raux, Renoux, Rome, Rouquier, Routaboul, Roux, Sarrat, Sarrelabout, Sayer, Séchan, Sieur, Sondag, Texier, Theveney, Trotabas, Vermalle, Vialatte, Voizard, Vuillaume, Walter, Wolff, Zoeller.

Pour prendre rang du 8 janvier 1912 :

MM. Aveline, Colin et Labanowski.

Pour prendre rang du 11 janvier 1912 :

M. Martin.

— Par décision ministérielle du 20 janvier 1912, la liste des membres externes de la section technique du service de santé a été arrêtée comme suit pour 1912 :

M. le médecin principal de deuxième classe Braun.

MM. les médecins-majors de première classe Arnould, Thooris, Schneider, Rieux, Lafforgue.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Fischer, Mellies, Dupuy, Uzac, Hochwelcker, Reverchon, Duguet, Guilhaumon, Dreyfuss.

LES MÉDECINS EXPERTS. — La quatrième chambre du tribunal présidée par M. Lemercier, statuant comme juridiction d'appel du juge de paix, vient de déclarer radicalement nulle une expertise qu'en matière d'accident du travail le juge du premier degré avait confiée à un docteur choisi en dehors de la liste des experts.

L'AFFAIRE DES SÉRUMS. — On n'a pas oublié l'affaire des sérums dont notre collaborateur Marcel Petit a entretenu les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* dans une de ses notes de jurisprudence (*Gaz. des hôpit.*, 1911, p. 308).

La question ayant vivement ému le corps médical un certain nombre de membres de l'Académie de médecine parmi lesquels MM. Roux, Chantemesse, Vaillard, Debove et Netter viennent d'adresser au président de l'Académie de médecine la lettre qui suit :

« Monsieur le président,

La loi du 25 avril 1895 dit, à l'article premier, que les virus, sérums thérapeutiques, toxines et produits analogues ne pourront être débités, même à titre gratuit, qu'après une autorisation donnée dans des circonstances spéciales. Devant l'obscurité de ce texte, le corps médical demande qu'il soit modifié de façon à ne pas entraver des tentatives thérapeutiques justifiées tout en mettant le public à l'abri des tentatives d'interprétation fâcheuse. Dans ces conditions, nous avons l'honneur de solliciter la nomination d'une commission qui discuterait, s'il y a lieu d'émettre le vœu qu'une modification soit apportée au texte de la loi. »

UN NOUVEAU LABORATOIRE DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTROTHÉRAPIE. — Le préfet de la Seine vient de prendre un arrêté décidant la création à Paris d'un laboratoire départemental de radiologie et d'électrothérapie plus spécialement affecté au traitement des malades de la banlieue. C'est le 23 décembre dernier que le Conseil général votait, sur l'initiative de M. Marquez, représentant du canton de Clichy, le principe de cette création, ainsi que les crédits nécessaires : 10000 francs pour frais de premier établissement (installation, achat d'appareils et de matériel) et 12000 francs pour le fonctionnement du nouvel établissement en 1912 (loyer, personnel, entretien des appareils, etc.).

L'empressement inaccoutumé de l'administration prouve l'utilité de cette création. En effet, il existe bien, à la Salpêtrière, un institut municipal d'électrothérapie; mais il est fermé aux malades de la banlieue et il ne suffit plus à ceux de Paris; dans quelques hôpitaux, des laboratoires de radiographie, d'ailleurs dirigés par un personnel non médical, ne sont pas non plus suffisants.

L'institut départemental sera établi dans un des quartiers du nord-ouest de Paris, non loin de l'arrondissement surpeuplé de Saint-Denis aux grosses agglomérations ouvrières. Plus tard, on pourra créer une annexe du laboratoire dans la région périphérique sud-est pour l'arrondissement de Sceaux ou dans deux ou trois communes importantes. Pour un début, il était impossible d'installer cet établissement ailleurs qu'à Paris auquel sont si bien reliées toutes les villes de la banlieue qui ont, par contre, peu de moyens rapides et économiques de communiquer entre elles. P.

LES « ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE » porteront désormais le sous-titre de *Revue médico-chirurgicale des voies respiratoires*, et paraîtront sous la direction du docteur Georges Rosenthal.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jean Caussade (de Saint-Philippe-d'Aiguille, Gironde).

HOPITAL BROUSSAIS. — Le docteur Auvray commencera le mercredi 7 février 1912 à dix heures et demie, dans le service de chirurgie, des conférences de clinique chirurgicale, avec examens de malades faits par les élèves, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure, jusqu'au mois de juillet.

COMPRESSION
DU
TRONC VEINEUX BRACHIO-CÉPHALIQUE DROIT

Chez une malade atteinte d'anévrisme de la crosse de l'aorte.

DISPARITION DE L'ŒDÈME & DE LA CYANOSE PAR LE TRAITEMENT MERCURIEL

Par MM. L. BABONNEIX et BARON.

Mme H. M..., âgée de quarante et un ans, cuisinière dans un restaurant, entre le 12 septembre dernier dans le service du docteur Claisse, à la Nouvelle-Pitié, pour une dyspnée vive avec toux spasmodique et pour un gonflement œdémateux du sein et du membre supérieur droits.

Le début de ces accidents remonte à un mois environ. La malade se plaint d'avoir été, dès ce moment, facilement essoufflée; elle avait une toux quinteuse, coqueluchoïde, qui augmentait sa dyspnée. Elle nous dit encore que, lorsqu'elle était obligée de se baisser pour ramasser un objet, elle avait du vertige et manquait de tomber.

Presque aussitôt après le début de ces troubles, elle remarque, à droite du sternum, à la hauteur des deux premiers espaces intercostaux, l'apparition d'une petite tumeur. Bientôt le sein droit enfle; puis le gonflement gagne le bras droit et s'étend à la main. Il s'accompagne d'une sensation de lassitude, de lourdeur du membre. Le cou lui-même augmente de volume. Malgré tout, la malade continue son travail tout en se faisant soigner à la consultation de la Pitié.

Il y a huit jours, en lavant le parquet, elle eut un accès de suffocation particulièrement grave et dut se mettre au repos absolu chez elle, et, comme elle ne voyait aucune amélioration à son état, elle se décida à entrer à l'hôpital.

On ne note rien dans les antécédents de la malade. Elle nie la syphilis; on n'en trouve aucun stigmate; seule, une fausse couche peut paraître suspecte. Il y a de l'éthylisme évident, mais, jusqu'à il y a un mois, aucune affection n'avait arrêté cette femme.

A l'entrée à l'hôpital, la malade est très oppressée, la dyspnée augmente au moindre effort. Elle s'accompagne de toux quinteuse, fréquente, qui est particulièrement marquée quand la malade s'allonge dans son lit, et la force à rester constamment assise. Depuis quelques jours même, cette dyspnée est entrecoupée de crises de suffocation très vives. Il n'y a pas de modifications de la voix, pas de troubles de la déglutition; aucune douleur, ni angineuse, ni névralgique, mais de l'insomnie avec un peu d'agitation et des cauchemars.

A l'examen, on est frappé par l'œdème de la partie supérieure droite du corps et la cyanose. L'œdème a envahi le sein droit, le membre supérieur droit qui est assez tuméfié pour qu'on ne puisse plus sentir battre la radiale dans la gouttière du pouls, la moitié droite du thorax; le sein droit es énorme. Là il est nettement limité en bas par le rebord des fausses côtes, en dedans par le sternum, en dehors par la ligne axillaire moyenne. Le dos est intact.

Le cou est le siège d'un gonflement diffus; la face est légèrement bouffie, mais, ce qui y domine, c'est la cyanose : les lèvres, le nez, les pommettes sont d'un rouge violacé qui contraste avec la teinte blanchâtre du menton et du front où l'on note des cicatrices de brûlure étendue. Cette cyanose est d'ailleurs très marquée sur tout le membre supérieur et l'hémithorax droits où l'on peut voir, notamment au-dessous du sein, une véritable tache ecchymotique qui franchit la ligne médiane et s'étend un peu sous le sein gauche. Un réseau veineux sous-cutané assez discret s'est développé sur tout le côté droit de la poitrine et sur l'épaule. Les veines sont surtout grosses vers la partie inférieure du thorax.

Au cou, les jugulaires sont gonflées, mais souples, et on n'y sent pas, non plus que sur la veine axillaire, des traces de phlébite.

Sous la clavicule droite, à la hauteur de la partie interne des deux premiers espaces intercostaux, on remarque, malgré l'œdème, une petite voussure de la dimension d'une pièce de 5 francs. A son niveau, pas de thrill, ni d'expansion nette, mais la main perçoit un battement systolique. L'auscultation décèle un double claquement : l'un systolique, l'autre diastolique. Le cœur est gros; sa pointe bat dans le sixième espace; ses bruits sont normaux; il n'y a pas de souffles notamment à l'orifice aortique. Le pouls est perceptible seulement à gauche; l'œdème du bras suffit à expliquer sa disparition à droite; il est un peu rapide, faible, mais égal et régulier.

L'examen des poumons décèle une diminution notable de la respiration à droite avec conservation de la sonorité et des vibrations.

Il n'y a pas de troubles digestifs, mais, à l'examen, on note l'augmentation légère du volume du foie qui déborde d'un bon travers de doigt les fausses côtes. Le système nerveux est normal; les réflexes patellaires existent; il n'y a pas de troubles de la sensibilité, sauf au niveau du membre œdématié, un peu de diminution de la sensibilité thermique s'associant à une légère baisse de la température locale. Il n'y a pas d'inégalité pupillaire ni de signe d'Argyll.

Nous avons recherché en vain le signe d'Oliver Carderelli.

L'état général est assez bon; il n'y a pas de fièvre; toutefois, depuis le début, l'appétit est diminué et la malade a maigri.

En somme, nous pensons à ce moment qu'il s'agit d'une compression du tronc veineux brachiocéphalique droit par un anévrisme de la crosse aortique développé à la hauteur du premier coude de l'aorte. L'état de la malade empêche de faire pratiquer un examen radioscopique, mais les symptômes d'ectasie sont assez nets pour permettre de se passer de ce mode d'exploration, si utile dans certains cas.

L'anévrisme semble avoir une marche relativement aiguë, puisque les troubles qu'il a entraînés remontent à un mois à peine et sont déjà considérables. Aussi décidons-nous de faire le traitement mercuriel : 2 centimètres cubes de biiodure en injections intramusculaires tous les jours.

Quatre jours après, on constate une amélioration très nette. La dyspnée est moins vive. Il n'y a plus d'accès de suffocation, la toux quinteuse a presque disparu et ne se manifeste plus guère que lorsque la malade se couche sur le dos. L'œdème a diminué sur le thorax et surtout au bras, où maintenant on perçoit le pouls. Les pulsations y sont plus faibles qu'à gauche et semblent retardées.

Le 23 septembre, douze jours après le début du traitement, l'œdème s'est encore amélioré. Le bras a presque complètement repris son aspect normal, le cou est dégonflé; la région carotidienne est plus souple, les jugulaires moins tendues. Au thorax, on voit maintenant d'une façon nette la voussure que forme l'anévrisme; on perçoit à son niveau un thrill. Les symptômes fonctionnels se sont surtout très amendés. La dyspnée a presque disparu, la toux a cessé; la malade peut s'étendre sans être prise de suffocations comme au début. Elle peut aller à la Salpêtrière se faire examiner aux rayons X. La radioscopie montre une ombre étendue sur toute la partie supérieure du médiastin, mais ne permet pas de distinguer nettement le sac anévrismal, ni d'en percevoir les battements. La radiographie ne montre également, outre l'augmentation de volume du cœur, qu'une grosse masse d'ombre sur tout le médiastin supérieur.

Cinq jours après, la malade, se trouvant très améliorée, veut sortir malgré notre avis. A ce moment, elle n'a plus de dyspnée, sauf lorsqu'elle fait un effort. Elle se lève et peut rester debout longtemps sans grande fatigue. Elle ne tousse presque plus et dort bien. L'œdème a complètement disparu. Le pouls

radial droit apparaît aussi bien frappé qu'à gauche, mais un peu retardé. Le cou est dégonflé, la face n'est plus bouffie et bien moins cyanosée. Le thorax est redevenu normal, et cette disparition de l'œdème s'est faite sans grande augmentation du réseau veineux sous-cutané qui est à peine plus marqué qu'au moment où la malade est entrée à l'hôpital. Il y a encore des varicosités nombreuses à la partie inférieure du thorax à droite, et la teinte ecchymotique sous le sein n'a pas complètement disparu. La voussure thoracique anévrismale est toujours bien visible et ne semble pas changer de volume.

Depuis, nous avons eu l'occasion de voir la malade deux fois en l'espace de trois semaines. Elle avait pu recommencer à travailler un peu, mais les efforts lui occasionnaient toujours une dyspnée vive. Toutefois, il n'y avait plus trace d'œdème du côté droit. La circulation collatérale était la même que lors de son départ. Par contre, l'état général de la malade est moins bon. Elle maigrit et semble se cachectiser rapidement. Nous ne pouvons la décider à rentrer à l'hôpital, et, depuis, nous n'en n'avons plus entendu parler.

La guérison rapide, par le traitement mercuriel, des signes de compression du tronc veineux brachiocéphalique nous a fait penser que le diagnostic que nous avions porté au début de compression veineuse par un anévrisme aortique n'était pas assez précis. L'anévrisme ne paraît pas s'être amélioré ou aggravé depuis que nous avons suivi la malade, à peine ses signes étaient-ils devenus plus nets par la disparition du gonflement thoracique. Et cependant l'œdème et la cyanose, témoignant de la compression de la veine brachiocéphalique droite, ont complètement disparu, et cela d'une façon nette, grâce au traitement mercuriel. Le repos ne peut suffire à expliquer l'amélioration de la malade qui s'était déjà couchée depuis huit jours chez elle sans éprouver la moindre amélioration. Ce n'était donc pas simplement la poche anévrismale qui comprimait la veine brachiocéphalique, mais bien plus exactement une inflammation spécifique du médiastin, développée autour de l'anévrisme, et qui aura régressé sous l'influence du traitement spécifique, alors que l'ectasie restait stationnaire.

Dès 1863, Oulmont, dans son mémoire sur les oblitérations de la veine cave supérieure, mettait ces faits en évidence. Il signalait que l'anévrisme de l'aorte pouvait comprimer les veines par sa seule présence, mais que, plus souvent, il y avait des lésions de tous les tissus avoisinant l'aorte, et particulièrement des vaisseaux, des veines surtout. Il rappelle une observation caractéristique de Martin Solon publiée en 1836 dans les *Archives générales de médecine*. Chez un individu mort après avoir présenté des signes de compression de la veine cave supérieure, cet auteur avait constaté l'oblitération complète de la veine cave supérieure dont le tissu était entièrement confondu avec les parois d'un anévrisme de l'aorte ascendante et la disparition du tronc veineux brachiocéphalique gauche sur une étendue de deux pouces. Aorte et veines se trouvaient entourées d'un tissu fibreux dense occupant une partie du médiastin antérieur et supérieur et qui semble analogue à ce qu'a décrit M. Comby chez le malade atteint de médiastinite dont il a rapporté l'observation clinique en 1892-1893 et les détails de l'autopsie en 1906 à la *Société médicale des hôpitaux*.

Notre maître et ami, E. Sergent, a publié un cas analogue.

Récemment, enfin, MM. Thiroloix et Miginiac ont présenté à la *Société médicale* une observation montrant l'invasion du tissu médiastinal, des parois des oreillettes du cœur, des parois aortiques, sans formation d'anévrisme toutefois, par des gommes syphilitiques.

Il semble bien que, chez notre malade, nous ayons assisté à un processus analogue. Il s'est développé à la fois une syphilis gommeuse des parois aortiques ayant abouti à la formation rapide d'un anévrisme suivant le processus que Benda, dans son rapport au *Congrès pour l'avancement des sciences en Allemagne* (1903) sur l'histologie des lésions des maladies de l'aorte, signale comme le plus habituel dans le développement des ectasies aortiques, en même temps qu'une syphilis médiastinale périanévrismale ayant amené des symptômes de compression du tronc veineux brachiocéphalique.

Quelques auteurs ont bien mis en évidence le rôle de la médiastinite syphilitique dans l'étiologie des syndromes de compression médiastinale. Comby, ainsi que nous le rappelions précédemment, a publié l'observation d'un malade ayant présenté des symptômes d'oblitération de la veine cave supérieure améliorés grâce au développement d'une circulation collatérale abondante et qui mourut douze ans plus tard de paralysie générale. A l'autopsie, on trouva une médiastinite fibreuse intense dont l'origine spécifique paraissait probable. Barth, en 1906, rapportait le cas d'un malade entré à l'hôpital pour compression de la bronche droite et de la veine cave supérieure qui paraissait due à une adénopathie trachéobronchique tuberculeuse. A cause du développement d'une arthropathie syphilitique intercurrente, on mit le malade au traitement mercuriel; les symptômes articulaires et médiastinaux rétrocédèrent rapidement.

Récemment, le professeur Dieulafoy, dans une de ses dernières cliniques, présentait un malade atteint de compression de la veine cave supérieure et chez lequel tous les symptômes disparurent par les injections de biiodure.

Notre conclusion sera donc la suivante. Dans les cas d'oblitération de la veine cave supérieure ou des troncs veineux brachio-céphaliques, il faut toujours penser à la syphilis et instituer le traitement mercuriel, même lorsque, comme dans le cas que nous rapportons, il semble y avoir à cette oblitération une cause que le mercure ne peut influencer. Car, dans l'anévrisme de l'aorte il y a presque toujours un degré plus ou moins marqué de médiastinite spécifique périanévrismale qui est la cause d'une partie des troubles pathologiques imputés à l'ectasie et dus en réalité à ces lésions sur lesquels le traitement mercuriel a souvent une action remarquable.

BIBLIOGRAPHIE

OULMONT. Oblitération de la veine cave supérieure par concrétion et par compression, *Bull. de la Soc. méd. d'observation*, Paris 1855, t. III. — MARTIN SOLON. Oblitération de la veine cave supérieure et des veines brachiocéphaliques, *Arch. gén. de méd.*, 1836, t. X. — COMBY. Un cas d'oblitération de

la veine cave supérieure, 1re communication en janvier 1892, 2e communication en décembre 1893, 3e communication avec Vigouroux et Collet en février 1906, *Soc. méd. des hôpit.* — THIROLOIX et MIGINIAC. Médiastinite syphilitique à point de départ péribronchique avec irradiations bronchopulmonaire et cardioauriculaire, *Soc. méd. des hôpit.*, juin 1910. — SERGENT. *Soc. méd. des hôpit.*, 1908. — BARTH. *Soc. méd. des hôpit.*, fév. 1906. — DIEULAFOY. Etude sur la médiastinite syphilitique, *Presse méd.*, 30 nov. 1910.

LA CARIE DENTAIRE

Par MM. L. DIEULAFÉ,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse,

et A. HERPIN,
Dentiste des Quinze-Vingts.

Les dents présentent dans leur constitution plusieurs ordres de tissus, les uns complètement arrivés au terme ultime de leur évolution et sans aucune relation avec leurs éléments générateurs, les autres pourvus de moyens de nutrition, soit par l'intermédiaire de ces éléments, soit par leur vascularisation propre qui les mettent en relation avec le restant de l'organisme : l'émail, substance fondamentale, différenciée, sécrétée par un organe préformé, qui disparaît lorsque la dent a atteint son entier développement; la pulpe, tissu conjonctif vascularisé, innervé, en connexion par ses vaisseaux et par ses nerfs avec les tissus voisins, présentant à la périphérie une assise cellulaire, jouissant de la propriété d'élaborer une substance fondamentale, la dentine, se prolongeant à l'intérieur même de cette dentine par des expansions nommées fibres de Tomes; la dentine, produit de sécrétion de l'activité odontoblastique, substance parcourue d'une façon régulière par des canalicules destinés à loger les fibres de Tomes; le cément, couche de tissu osseux, résultant de la calcification des zones conjonctives enveloppant le bulbe dentaire, couche qui, chez l'homme, se trouve limitée à la région radiculaire et correspond à toute l'étendue de l'articulation alvéolo-dentaire.

L'inflammation peut atteindre ces tissus par la voie interne, sanguine, endogène; elle se localise alors aux zones vascularisées, c'est-à-dire à la pulpe ou au cément, ou mieux au ligament alvéolo-dentaire qui relie le cément aux procès alvéolaires. Elle peut être d'origine exogène et intéresser les tissus à découvert, l'émail, ou le cément en cas de déchaussement.

L'inflammation qui survient dans la pulpe dentaire ou dans le ligament alvéolo-dentaire offre les processus généraux de l'inflammation des tissus conjonctifs. Dans le cément, comparable par sa structure au tissu osseux, on observera des processus analogues à ceux de l'ostéite. Dans l'ivoire et dans l'émail, tissus de sécrétion, l'inflammation revêt des aspects tout à fait particuliers; et, il y a encore lieu de distinguer entre ces deux ordres de tissus : l'ivoire, par sa face profonde, est en contact des odontoblastes, et dans toute l'épaisseur de sa substance en relation avec ceux-ci par les fibres de Tomes; c'est un produit de sécrétion encore en relation avec ses éléments formateurs, éléments qui sont en même temps des éléments nourriciers; les lésions de l'ivoire pourront être suivies de phénomènes réactionnels provenant des cellules formatives, et là, comme dans tous les tissus, l'inflammation se manifestera par des phénomènes d'invasion et de destruction, par des phénomènes de réaction et de défense; l'émail, lui, est indépendant de connexions vasculaires, dénué de toute relation avec des éléments générateurs et nourriciers, simplement nourri à l'état normal par ses relations de contiguïté avec les assises superficielles de l'ivoire qui présentent un aspect particulier, celui de la zone granuleuse; dans ce tissu, les phénomènes réactionnels ne seront pas possibles, et l'inflammation se caractérisera uniquement par des phénomènes de destruction.

Dans l'étude des inflammations dentaires, il y a donc lieu de considérer des lésions de l'émail, de l'ivoire, de la pulpe, du cément, se traduisant essentiellement par des lésions destructives des tissus durs, des phénomènes réactionnels de la pulpe, des lésions inflammatoires de la pulpe. Si l'on suit la filiation des phénomènes pathologiques on les voit se dérouler ainsi :

Processus d'attaque,
Processus de destruction,
Processus de défense,
Processus d'invasion profonde et d'inflammation ou même de destruction pulpaire.

Deux images schématiques montrent l'ensemble de ces processus qui aboutissent essentiellement à la combinaison suivante des lésions.

1° Destruction des tissus durs et réaction pulpaire.

Au niveau de l'émail, cavité plus ou moins anfractueuse, avec fragments de tissu adamantin et nombreux microorganismes; invasion plus ou moins profonde du tissu adamantin ou du tissu dentinaire par les microorganismes; zone de défense dans le tissu dentinaire, s'étendant plus ou moins profondément, pouvant atteindre jusqu'à la cavité pulpaire. Les phénomènes peuvent se résumer ainsi :

Destruction de l'émail,
Envahissement de la dentine,
Défense de la dentine.

2° Destruction des tissus durs et inflammation pulpaire.

Au niveau de l'émail, grande brèche, grande perte de substance, invasion microbienne plus ou moins étendue sur les bords de cette brèche; au niveau de l'ivoire, perte de substance plus ou moins profonde tout autour de laquelle le tissu dentinaire présente des zones obscures, des corps granuleux, des zones claires irrégulières parsemées de points foncés et de microorganismes; assises profondes, limitant la cavité pulpaire, effondrées ou bien granuleuses et infiltrées de microorganismes; dans la cavité pulpaire, inflammation du tissu, trame conjonctive bourrée de cellules inflammatoires, dilatations vasculaires, diapédèse; parfois formation de pus; à un degré ultime, nécrose du tissu pulpaire. Les phénomènes observés consistent essentiellement en :

Destruction des tissus durs,
Inflammation de la pulpe.

Selon que l'évolution des lésions sera lente ou rapide, que la virulence des microorganismes sera légère ou très marquée, que la pulpe sera saine ou aplasiée par vice de nutrition ou nécrosée à la suite de lésions internes, on verra les phénomènes réactionnels être plus ou moins intenses et plus ou moins efficaces dans leur rôle de protection. C'est dans les variations des facteurs étiologiques et pathogéniques que se trouvent le secret des différences anatomo-pathologiques et des différences d'évolution clinique des lésions. Le plus souvent ces lésions arrivent à se combiner, se complétant les unes les autres et édifient ainsi le tableau anatomo-pathologique et clinique de la carie dentaire.

Ce terme de carie dentaire ne correspond plus aujourd'hui à ces processus pathologiques généraux. Le nom de carie désignait autrefois toutes les lésions destructives du tissu osseux. Des observations cliniques ou anatomo-pathologiques de Bonnet, Nélaton, Ranvier, Ollier sont arrivées à faire réserver le terme de carie aux lésions osseuses destructives de nature tuberculeuse. La carie dentaire a été définie, une destruction des tissus durs de la dent, et cette définition remonte à l'époque où toutes les lésions destructives des os étaient rangées sous le nom de carie. La définition même de la carie dentaire, telle que la donnent les anciens auteurs, se ressent de cette influence de la pathologie générale. La définition donnée par Magitot est : « La carie dentaire est caractérisée par un ramollissement progressif et une destruction continue des tissus durs de la dent, procédant constamment de l'extérieur à l'intérieur de la couronne et entraînant de proche en proche la disparition d'une partie plus ou moins étendue et même de la totalité de l'organe. »

A l'époque même où les auteurs ont parlé de carie dentaire, les observateurs, les cliniciens avaient en vue de soigner les lésions dentaires tant qu'elles étaient limitées aux tissus de substance dure. A cette époque, en effet, dès que la cavité pulpaire était ouverte, le praticien était désarmé contre les lésions de la pulpe et celles-ci ne l'intéressaient plus; lorsque la carie était pénétrante, la dent n'avait plus de valeur fonctionnelle et elle était destinée à l'avulsion. Aussi ne soyons pas étonnés que l'affection dentaire qui nous occupe ait été définie par les lésions les plus évidentes, les plus superficielles, celles qui semblent mériter véritablement le nom de carie.

Le terme de carie dentaire, désormais consacré par l'usage, ne donne que la notion d'une partie des lésions observées au niveau des organes atteints. En effet, si l'on envisage l'ensemble des phénomènes qui se produisent dans une dent en proie à la carie, on observe l'altération successive des tissus durs et du tissu pulpaire. Il faut donc, à conserver le terme de carie, lui donner une définition tout à fait spéciale et oublier qu'il est né de la comparaison des lésions destructives de la dent avec celles du tissu osseux.

Nous définirons donc la carie dentaire ainsi :

La carie dentaire est l'inflammation des dents au cours de laquelle se produisent des lésions destructives et des réactions inflammatoires dans l'organe intéressé; les lésions destructives peuvent atteindre tous les tissus; les réactions inflammatoires n'intéressent que les tissus à trame organisée.

MÉDECINE PRATIQUE

PUBLICATIONS RÉCENTES SUR LE LAVEMENT ÉLECTRIQUE (1)

Voyons maintenant dans chacune de ces variétés pathogéniques quel est le délai d'application du lavement électrique, autrement dit, quelles sont les indications et contre-indications tirées du malade lui-même.

L'état du malade est bien différent selon qu'il s'agit d'iléus survenant brusquement ou progressivement.

Dans le premier cas, les phénomènes de stercorémie apparaissent vite, les vomissements fécaloïdes surviennent, l'état s'aggrave très rapidement. Il n'y a pas de temps à perdre, et si l'on est autorisé par la nature probable de l'affection à pratiquer le lavement électrique, on ne le fera pas, ainsi que MM. Lejars et Zimmern y insistent, comme un mode de traitement qu'on doit répéter et qui doit réussir coûte que coûte, mais comme une simple « épreuve thérapeutique » qu'on ne continuera que si des circonstances favorables (que nous verrons plus loin) y autorisent. Pendant ce temps, le chirurgien aura tout fait préparer pour une intervention et se tiendra près à opérer d'autant plus rapidement que l'état général du malade sera inquiétant.

Dans l'occlusion débutant progressivement, le chirurgien ou l'électrothérapeute auraient beaucoup plus de temps devant eux pour les tentatives de lavement électrique, mais bien souvent, ils ne sont appelés qu'à une période déjà avancée de l'occlusion lorsque tous les purgatifs, lavements, lavages d'intestin ont été tentés sans résultat. Si l'état général du malade est inquiétant on devra se comporter comme plus haut et réduire l'emploi du lavement électrique à une épreuve thérapeutique. Mais on ne doit jamais désespérer de son efficacité en face d'un état jugé très grave, et en attendant la venue du chirurgien ou pendant les préparatifs de l'opération on tentera son emploi. M. Lejars rapporte deux cas personnels d'obstruction qui semblaient nécessiter l'entérostomie immédiate et où contre toute attente le lavement électrique amena la débâcle. On l'emploiera de même dans le cas, comme celui que nous avons cité, où le malade refuse toute intervention; ou encore, suprême ressource, lorsque l'état est tel qu'une opération est jugée impossible, comme dans les deux cas d'invagination du nouveau-né que nous avons rapportés.

Il nous reste à dire sur quoi l'on se base pour fixer la répétition des séances.

Ceci soulève deux questions différentes :

Quel intervalle doit-on laisser entre les séances ?

Quand doit-on cesser les séances en cas d'échec et passer la main au chirurgien ?

La règle établie par Boudet était que, si le premier lavement électrique n'avait pas produit d'effet au bout de six à sept heures, on était autorisé à le répéter, et que trois lavements étaient, en général, nécessaires pour obtenir un résultat. Leur application s'étendait donc sur une période de près de vingt-quatre heures.

La plupart des électrothérapeutes (voir Lacaille, Zimmern, de Keating-Heart) conviennent maintenant que le chiffre de trois lavements n'est qu'un minimum. Lacaille a bien montré que, dans la grande majorité des cas d'obstruction, six à neuf lavements sont nécessaires pour obtenir la débâcle, et, si l'on s'en tient au chiffre de trois, on sera amené à opérer un grand nombre de malades qui auraient échappé à l'interven-

(1) Fin. — Voy. *Gaz des hôpit.*, 1912, n° 9, p. 113.

tion en dépassant ce chiffre; mais l'augmentation du nombre des lavements augmente forcément le rapprochement des séances. En effet, même dans les cas d'obstruction chronique où l'état géneral reste souvent bon très longtemps, pendant deux jours, trois jours et plus, on le voit s'aggraver subitement, et alors il est souvent trop tard, l'opération ne sauvera pas le malade frappé trop profondément par la stercorémie. Il y a donc un temps limité, même dans les cas les plus favorables en apparence, pour l'application du lavement électrique, aussi, pour multiplier les séances, est-on obligé de les rapprocher, c'est la tendance de tous les auteurs. Lacaille donne au moins trois séances par jour, Laquerrière et Loubier les rapprochent le plus possible, Albert Weil, Zimmern conseillent de l'appliquer toutes les trois heures, et Zimmern se demande, dans les cas où le malade n'est pas trop fatigué par les séances, si on ne pourrait pas les rapprocher encore en laissant un temps de repos très court. En tout cas, on ne devra jamais se laisser entraîner à multiplier coûte que coûte les séances, avec la conviction que le lavement doit aboutir forcément à la débâcle. On devra avoir toujours présent à l'esprit que c'est une épreuve thérapeutique et se laisser guider pour cesser ou continuer son emploi sur un ensemble de phénomènes qui ont été bien étudiés par Lacaille, Zimmern, Loubier et Laquerrière.

Ces indices sont tirés soit de l'état du malade lui-même, soit des circonstances du lavement.

Si les symptômes peuvent faire penser à un iléus aigu, si après le lavement l'état général du malade tend à s'aggraver, si le pouls s'accélère et s'affaiblit, si les urines deviennent rares, si l'abattement du malade augmente, que son facies devienne péritonéal, que les vomissements fécaloïdes persistent, que le hoquet apparaisse, il n'y a pas à hésiter, il faut cesser les applications.

Si au contraire on est en face d'une forme d'obstruction chronique lentement établie, si, après le lavement, l'état général reste stationnaire et surtout s'il s'améliore, les douleurs se calmant, la stercorémie diminuant, autant de signes en faveur d'une nouvelle application du lavement.

Pendant l'application du lavement, on peut noter certaines circonstances favorables ou défavorables à une nouvelle application.

La présence de douleurs très violentes, même en l'absence d'interruptions et de renversement du courant, dont il faut s'abstenir dans ces cas, la propreté complète de l'eau rendue, sa sortie en bavant et en suintant au lieu d'être expulsée plus ou moins brusquement, surtout si le suintement se prolonge après plusieurs séances, l'absence de tout besoin de défécation, ou sa suppression dès que le courant est interrompu, constituent autant de signes nettement défavorables.

Au contraire, la présence de douleurs modérées, avec un besoin de déféquer qui, au lieu de s'atténuer après la séance, tend à augmenter, l'expulsion de l'eau du lavement plus ou moins teintée et entraînant des débris de matières, surtout l'émission après le lavement d'un gaz authentique (il faut se méfier des bulles d'air qui auraient pu être entraînées avec le lavement et prendre des précautions pour éviter cette introduction), autant de signes favorables qui doivent encourager à répéter le lavement électrique si l'état général est resté satisfaisant. On voit que, bien qu'elles soient très probablement très incomplètes encore, un grand nombre de notions nouvelles sont venues modifier les idées que nous nous faisions de l'action, et préciser la technique et les indications du lavement électrique.

Peut-être les praticiens seront-ils encouragés à en faire un emploi plus étendu. Ce serait à souhaiter car, ainsi que le disait M. Lejars au début de son rapport, « il vaut mieux que sa réputation présente, dans l'opinion publique médicale s'entend, et on ne l'utilise dans la pratique ni assez souvent, ni assez tôt ».

M. LANCE.

BIBLIOGRAPHIE (publications citées dans le texte).

1909. F. LEJARS. Les indications du lavement électrique dans l'iléus, *Semaine méd.*, 29e année, n° 31, 4 août, p. 361; — *Congrès de l'Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences*, Lille; — Le lavement électrique et ses indications, *Arch. d'électr. expérim. et thérap.*, 17e année, n° 267, 10 août. — MAYGRIER et LEMELAND. Accidents graves de rétention stercorale par parésie intestinale à la suite d'un accouchement provoqué; guérison par les lavements électriques, *Soc. d'obst. de Paris*, 22 avril, in *Presse méd.*, 1er mai, n° 35, p. 310.

1910. MARION. Volumineux calcul biliaire retiré de l'intestin, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 31 mai, n° 18, t. XXXVI, p. 625. — SOULIGOUX. Sur l'obstruction par calcul biliaire, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 7 juin, t. XXXVI, n° 19, p. 634. — E. LACAILLE. Pseudo-appendicite. Obstruction intestinale par calculs biliaires. Lavements électriques. Guérison, *Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Paris*, séance du 25 juin, n° 12, p. 509; — De l'obstruction intestinale et de son traitement par les lavements électriques (quand doit-on en cesser l'application), *Id.*, p. 512. — DELHERM et LAQUERRIÈRE. Galvano-faradisation dans un cas de lavement électrique, *Ass. franç. pour l'avanc. des sciences*, Congrès de Toulouse, 1er-6 août. — A. ZIMMERN. Quelques réflexions sur le lavement électrique, *Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Paris*, séance du 11 nov., n° 15, p. 615.

1911. E. LACAILLE. Règles d'application du lavement électrique, *Arch. d'électr. expérim. et clin.*, 19e année, n° 301, 10 janv., p. 41. — LAQUERRIÈRE et DELHERM. *Id.*, p. 42. — A. ZIMMERN. Considérations pronostiques sur le lavement électrique, *Arch. d'électr. expérim. et clin.*, 25 janv., n° 302, 19e année, p. 66. — A. WEIL. La pratique du lavement électrique, *Paris méd.*, 28 janv., n° 9, p. 197. — HUET et BAUDOUIN. Deux cas d'obstruction intestinale chez des myopathiques, *Soc. de neurol.*, 2 fév. 1911. — BAUDOUIN. Id., *Gaz. des hôpit.*, 11 fév., n° 17, p. 143. — ODDO. La conduite à tenir en face d'une occlusion intestinale aiguë, *Quinzaine thérapeutique*, 10 fév., p. 559. — J. CASTAIGNE et F.-X. GOURAUD. Le lavement électrique. Pratique, indications, résultats, *Journ. méd. français*, 15 avril, 5e année, n° 4. — A. ZIMMERN. Sur le lavement électrique, *Soc. franç. d'électr. et de radiol. méd.*, 6 mars. — VOGT. Règles d'application du lavement électrique, *Arch. d'électr. expérim. et thérap.*, 10 juin, 19e année, n° 311, p. 503. — LOUBIER et DELHERM. Considérations sur quelques traitements physiques de l'obstruction, *Congrès pour l'avanc. des sciences*, Dijon, 31 juillet-5 août; — Action antispasmodique du lavement électrique, *Congrès pour l'avanc. des sciences*, Dijon. — DELHERM et LAQUERRIÈRE. Sondes pour lavements électriques, *Congrès pour l'avanc. des sciences*, Dijon. — LAQUERRIÈRE et LOUBIER. Indications du lavement électrique, *Congrès pour l'avanc. des sciences*, Dijon; — Indications à la continuation ou à la cessation du lavement électrique, *Arch. d'électr. expérim. et clin.*, 25 août, 19e année, n° 316, p. 184. — LEBON et AUBOURG. Electrisation directe de l'estomac et de l'intestin, *Arch. d'électr. expérim. et clin.*, 10 sept., 19e année, n° 317. — LAQUERRIÈRE et LOUBIER. Indications à la continuation ou à la cessation du lavement électrique, *Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Paris*, séance du 25 nov., n° 16, p. 609.

LE SIGNE DU SOU DANS LA PLEURÉSIE ET DANS L'ASCITE

Voici déjà trente ans, en 1881, le professeur Pitres (de Bordeaux) décrivit un nouveau signe des épanchements pleuraux, basé sur l'étude de la transsonance du bruit obtenu par la percussion de deux pièces de monnaie; ce « signe du sou » est à peine indiqué dans les traités classiques et n'est que très rarement recherché. Si l'on se demande pourquoi le signe du

sou est peu connu, on ne trouve qu'une bonne raison : le professeur Pitres enseigne la clinique médicale à Bordeaux, et nul n'ignore que, vers 1881, les plus beaux temples d'Esculape étaient tous bâtis sur les rives de la Seine; il s'en est édifié quelques autres, depuis, un peu partout en France.

Dans une thèse récente (1), le docteur Janney a montré que le signe de Pitres pouvait aider au diagnostic, souvent difficile, des épanchements pleuraux; il a de plus vulgarisé une application nouvelle du signe du sou, application faite par MM. Lesieur et Rebattu à la recherche de l'ascite.

Pour constater le signe de Pitres en cas de pleurésie, la technique est très simple : un aide muni de deux pièces de dix centimes applique une pièce sur le thorax, en avant, un peu au-dessus du sein, et, avec la deuxième pièce, il percute perpendiculairement sur la première; pendant ce temps, le médecin ausculte la partie postérieure et latérale du thorax; il entend alors le bruit de percussion avec un timbre clair, limpide et argentin, s'il existe, à l'intérieur de la cavité thoracique, un milieu homogène, solide ou liquide, meilleur conducteur des sons que le tissu pulmonaire normal. Le signe du sou n'est donc pas pathognomonique d'un épanchement pleural; mais comme les indurations massives du parenchyme pulmonaire sont beaucoup plus rares que les épanchements pleuraux, le signe de Pitres, s'ajoutant d'ailleurs à la série plus ou moins complète des autres signes physiques, indiquera, dans la grande majorité des cas, la présence d'un épanchement liquide libre dans la cavité pleurale. Sieur, Davezac, Colleville, Lamarque, Verger, Mollard, Cruchet et Lautier, ont étudié le signe de Pitres et en ont fait connaître la valeur. Jacobson et Dianelopoulo écrivaient même en 1911 qu'ils considèrent le signe du sou « comme le meilleur signe de l'épanchement pleural de la grande cavité », et le professeur Achard, rapporteur à la Société médicale des hôpitaux de Paris de la communication de ces deux médecins roumains, concluait ainsi : « Ce signe mérite d'être étudié d'une façon méthodique et la simplicité de sa recherche le recommande au praticien. »

Les lois de la transmission des sons devant être les mêmes au niveau de l'abdomen qu'au niveau de la poitrine, Lesieur et Rebattu ont supposé que le signe du sou pouvait être recherché dans l'ascite. Voici leur technique. Le malade est couché sur le dos, un oreiller est glissé sous le bassin pour rendre plus facile la percussion et l'auscultation des parties déclives; on aura soin ensuite, pour apprécier la mobilité du liquide péritonéal, de faire coucher le malade sur le côté, de le faire asseoir et même de le faire mettre dans la position genu-pectorale. Un aide applique sur la paroi abdominale (fosse lombaire et fosse iliaque, un peu au-dessus de la crête du même nom) une pièce de monnaie qu'il fixe solidement avec deux doigts. Tenant de l'autre main une deuxième pièce, il frappe perpendiculairement sur la première; le choc sera proportionné comme force à l'épaisseur des tissus à traverser, on commencera par une percussion légère dont on augmentera progressivement l'intensité. Pendant ce temps, l'observateur ausculte, avec un stéthoscope, dans la région diamétralement opposée de l'abdomen. Cette première recherche du signe du sou étant terminée, on peut déplacer les points de percussion et d'auscultation, pour préciser les limites de l'épanchement.

M. Janney indique les résultats obtenus en recherchant le signe du sou dans un certain nombre de cas physiologiques ou pathologiques.

Abdomen normal. — On entend un bruit prolongé vibrant et renforcé, rappelant plus ou moins le bruit d'airain décrit par Trousseau dans le pneumothorax. Quelquefois dans les parties déclives de l'abdomen, c'est un son un peu sourd et un peu étouffé (son de bois), mais gardant cependant, en grande partie, son timbre métallique. Ces résultats correspondent aux données théoriques de Pitres. Lorsqu'il existe, entre le point percuté et le point ausculté, une cavité pleine de gaz, le bruit transsonant est vibrant et renforcé (bruit d'airain); s'agit-il d'une couche continue de tissu spongieux, aréolaire, le bruit transsonant est assourdi (son de bois), mais jamais, si l'abdomen est normal, on n'entend un son clair et argentin; le signe du sou est donc négatif.

Obésité. — Le signe du sou est toujours négatif; on constate un bruit se rapprochant du bruit d'airain.

Météorisme et tympanisme. — Mêmes résultats.

Ascite. — D'après 35 observations (Lesieur et Rebattu, Janney), dans lesquelles les malades avaient de l'ascite, Janney donne les résultats suivants : 31 fois, le signe du sou a été très nettement positif, c'est-à-dire qu'on entendait un son clair et argentin; dans 4 cas, il fut douteux ou légèrement positif. Ainsi donc, lorsqu'il existe, entre le point percuté et le point ausculté, une couche continue de liquide, le bruit transsonant est clair, aigu, argentin. Comment expliquer les quatre cas douteux? Dans l'un d'eux, l'ascite était volumineuse, le liquide hypertendu, et cette augmentation de tension a pu gêner la transsonance; pour les autres cas, peut-être des adhérences péritonéales retenaient-elles, au milieu du liquide, des anses intestinales qui cloisonnaient l'épanchement et empêchaient ainsi la production du signe du sou. Dans la plupart de ces cas d'ascite, il fut possible, en déplaçant le point de percussion ou le point d'auscultation, de tracer la limite de l'épanchement péritonéal. Le bruit argentin devient vibrant et prolongé dès qu'on dépasse le niveau du liquide.

Fibrome. — Mais il faut savoir qu'une masse homogène solide entre le point percuté et le point ausculté donne le même bruit qu'une masse liquide; par conséquent on peut trouver le signe du sou dans les fibromes utérins (deux observations de Janney), dans la grossesse (quatre observations de Janney). On peut également l'observer dans les kystes de l'ovaire.

En résumé, le signe du sou n'est pas pathognomonique de l'ascite, il indique seulement l'existence dans l'abdomen d'un milieu homogène, solide ou liquide, disposé en couche ininterrompue. Cependant, le signe du sou étant positif, on peut encore différencier l'ascite d'un fibrome ou d'une grossesse par le fait que, dans le premier cas, il faut, pour obtenir le bruit argentin, percuter dans les parties déclives de l'abdomen, tandis que le signe du sou, en cas de fibrome ou de grossesse, est constaté si l'on percute et si l'on ausculte au niveau de l'hypogastre. Le signe du sou n'ayant fait défaut que 4 fois sur 35 cas d'ascite, Janney le considère comme un excellent signe de l'ascite, méritant de prendre place, à côté de la matité mobile et de la sensation de flot, dans la description du syndrome ascite.

M. BRELET.

(1) Henri JANNEY. *Le signe du sou abdominal, contribution à la séméiologie de l'ascite.* Th. de Lyon, 1911, Maloine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 26 JANVIER 1912)

Syndromes méningés aigus au cours des états infectieux. — M. H. GRENET. Chez un enfant de six ans, qui présentait depuis quelque temps des troubles digestifs légers, ont éclaté brusquement des accidents méningés intenses (signe de Kernig, raideur de la nuque, crises convulsives généralisées, température élevée) qui ont fait craindre une méningite cérébro-spinale. La ponction lombaire a donné issue à un liquide normal, légèrement hypertendu. Les symptômes se sont rapidement calmés, et, au bout de quarante-huit heures, on pouvait considérer l'enfant comme guéri.

Cette observation présente de grandes analogies avec celles qu'ont relatées MM. Caussade et Logre à la dernière séance. Mais contrairement à ce qui s'est passé dans les cas rapportés par ces auteurs, la ponction lombaire n'a pas produit de soulagement : les secousses dans les membres ont persisté pendant plusieurs heures, et la céphalée ne s'est manifestée qu'après la rachicentèse. Sans doute l'hypertension du liquide céphalo-rachidien peut augmenter l'intensité des accidents; mais elle ne paraît pas assez constante ni toujours assez marquée dans des cas semblables, pour qu'on puisse lui faire jouer un rôle primordial et lui rattacher une forme clinique spéciale.

Anorexie mentale chez un nourrisson. — M. Buffet-Delmas (de Poitiers). Garçon né à terme le 1er juin 1906, pesant 3030 grammes, nourri au sein par sa mère, sevré à un an pour cause de nouvelle grossesse. Mère arthritique et nerveuse. Le 29 janvier 1908, à dix-neuf mois, l'enfant pèse 10125 grammes et commence à marcher. Il prend chaque jour un litre de lait, du pain et de l'eau.

Brusquement, le 21 avril, à l'âge de vingt-deux mois et demi, il refuse tout aliment et dépérit avec rapidité. A peine s'il consent à grignoter quelques fragments de pain et à sucer une éponge imbibée d'eau. A ce régime il perd bientôt 1 et 2 kilogrammes et sa maigreur devient effrayante.

M. Buffet-Delmas, conseillé par MM. Hutinel et Comby, se décide à nourrir l'enfant avec la sonde œsophagienne. Il introduit ainsi, dans l'estomac, matin et soir, puis trois fois par jour, une certaine quantité de lait, de bouillies et de jaunes d'œuf. Ce fut une résurrection. Le poids augmenta graduellement pour atteindre 12325 grammes à trois ans, 14830 grammes à quatre ans. Mais il fallait toujours continuer les gavages, l'enfant se refusant à toute ingestion naturelle. Cependant, le 30 janvier 1911, ayant déjà quatre ans sept mois, il veut bien boire un peu d'eau au verre. Le 3 mars, après une lutte de plusieurs heures avec sa mère et son grand-père, il prend du lait à la tasse. Dès le lendemain, on supprime le gavage du matin. Le 15 mai, suppression du gavage du soir. L'enfant a guéri après 2050 gavages faits en deux ans et demi.

Un cas de diabète bronzé. — MM. Marcel Labbé et H. Bith rapportent un cas de diabète bronzé. Il s'agissait contrairement à l'habitude d'une femme qui ne présenta les premières manifestations qu'à l'âge de soixante-trois ans. On constata sur les muqueuses une mélanodermie très marquée bien qu'anatomiquement on n'ait trouvé aucune lésion des capsules surrénales à part de la pigmentation des cellules corticales. Tous les viscères d'ailleurs étaient infiltrés de pigment ocre, même le corps thyroïde et l'hypophyse.

Les auteurs pensent que l'on peut comprendre le diabète bronzé comme une variété de diabète par cirrhose pancréatico-hépatique auquel s'ajoute un symptôme de plus, la pigmentation.

Il faut admettre trois étapes dans la pathogénie du diabète bronzé :

1° Un processus toxique dont l'origine même nous est encore inconnue;

2° Une action hémolysante et sclérosante résultant de ce processus et donnant naissance, d'une part à un ictère hémolytique suivi d'hémosidérose, d'autre part à une cirrhose hépato-pancréatique;

3° Ces lésions se traduisent en clinique par la pigmentation cutanée et cutanéo-muqueuse et par le diabète.

Les auteurs employèrent comme thérapeutique les injections de bicarbonate de soude et durent les abandonner à la suite des œdèmes et de la diarrhée qu'ils provoquèrent de cette manière.

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES SUR LA TUBERCULOSE

(SÉANCE DU 11 JANVIER 1912)

MM. Léon Bernard et L. Baron apportent une **statistique de 170 réactions cutanées à la tuberculine** intradermo ou cuti faites dans leur service de tuberculeux à Laënnec. Il leur a été difficile de juger de la valeur diagnostique de la réaction presque tous leurs malades étant des tuberculeux avérés. Toutefois ils admettent que, quand elle est négative chez l'adulte suspect seulement de tuberculose, elle écarte le diagnostic de tuberculose; les réactions positives sont bien moins probantes, elles montrent seulement que le sujet a des lésions tuberculeuses dans son organisme, mais non que l'affection dont il se plaint est tuberculeuse. Dans certains cas, cependant, elle a permis de rattacher à de la tuberculose des symptômes qui n'avaient rien de caractéristique.

L'importance pronostique de la réaction chez des adultes convaincus de tuberculose leur a paru beaucoup plus manifeste. Dans 122 cas où la réaction était positive, il s'agissait de tuberculeux avec assez bon état général; 46 tuberculeux qui ont eu une réaction négative ou faible avaient au contraire un mauvais état général et se défendaient mal contre les poisons tuberculeux. La réaction négative ou faible chez des tuberculeux avérés semble donc dénoter la défaillance de l'organisme et impliquer un mauvais pronostic.

M. Darier demande quelle dose les auteurs ont employée.

M. Bernard s'est servi de la tuberculine brute pour la cuti, et de la solution de Mantoux pour les intradermo.

Pour M. Kuss, la dose de Mantoux paraît trop forte, il croit préférable de n'employer que des doses faibles. Elles lui permettent d'apprécier l'intensité des réactions. Or, il faut savoir qu'en fin de poussée un individu peut ne pas présenter de réaction avec une dose faible de tuberculine, et pourtant le pronostic est favorable. Il pourra réagir plus tard

M. Bezançon confirme le fait avancé par M. Kuss. Il a vu la réaction à la tuberculine n'apparaître que lorsque la poussée s'améliorait et augmenter d'intensité parallèlement à cette amélioration.

M. Jousset défend la cuti-réaction. La vraie cause d'erreur réside surtout dans les réactions cutanées individuelles.

M. Darier reste fidèle à l'intradermo avec la dose de Mantoux. Si, comme le croit M. Kuss, cette dose est trop forte, cela explique peut-être pourquoi Nicolas (de Lyon) a vu tant de réactions positives chez les syphilitiques.

M. Sergent a vu chez l'enfant syphilitique la réaction positive, seulement, dans les cas où la tuberculose était associée à la syphilis. Les adultes syphilitiques réagissent si souvent à la tuberculine parce qu'ils sont en même temps tuberculeux.

Un cas de myocardite tuberculeuse spontanée chez le chien. Granulie terminale. — M. Philibert. Observation avec examen histologique.

M. Petit (d'Alfort) rappelle, à ce propos, la fréquence de la tuberculose spontanée du chien et de son début par le péricarde.

ANALYSES

MÉDECINE

Bactériémie due au bacille de l'influenza. (E. Reiss et H. A. Gins. *Münchener med. Woch.*, 17 oct. 1911, n° 42, p. 2211.) — Pendant la convalescence d'une rougeole survinrent brusquement, chez une enfant de huit mois, des symptômes d'infection grave avec phénomènes pulmonaires, qui entraînèrent finalement la mort. A l'autopsie, on découvrit une

double otite suppurée, des foyers de bronchopneumonie bilatérale et des abcès miliaires du rein.

Une hémoculture, pratiquée dix-sept jours avant la mort, donna en culture pure un bacille absolument identique au bacille de Pfeiffer. Le même micro-organisme fut retrouvé à l'autopsie dans les foyers bronchopneumoniques.

Les auteurs pensent qu'il s'agit ici d'une bronchopneumonie à bacille de Pfeiffer ayant été le point de départ d'une bactériémie.

Ils insistent sur l'extrême rareté de cette bactériémie : jusqu'ici, les seules observations démonstratives sont celles de Spät, de Jehle, de Harder et de Smith. Mais la plupart des médecins qui ont pratiqué l'hémoculture au cours de la grippe ont toujours obtenu des résultats négatifs, tout au moins en ce qui concerne le bacille de Pfeiffer. A. LEMIERRE.

CHIRURGIE

Un cas de sténose de l'iléon probablement d'origine syphilitique. (Frank VAN DER BOZERT, *Arch. of pediat.*, août 1911.) — Il s'agit d'un enfant de deux mois, le cinquième dans la série suivante : une fausse couche de trois mois, une de cinq mois et demi, un enfant venu à sept mois ayant vécu quinze mois et demi, un enfant actuellement vivant âgé de trois ans et quatre mois atteint de strabisme, celui qui nous occupe, venu à terme.

Vers l'âge de trois semaines, les selles régulières jusque-là ne se produisirent plus que tous les deux ou trois jours. L'abdomen devint gonflé, puis à six semaines, vomissements brunâtres précédés depuis quelques jours de régurgitations de lait non modifié. L'enfant était cependant nourri régulièrement et uniquement au sein.

Sa constipation alarme la mère qui le présente à la consultation le 11 janvier 1911. Le malade est très amaigri et l'abdomen, très distendu, laisse se dessiner à travers sa paroi les anses intestinales. On observe ce jour-là des mouvements antipéristaltiques qu'on ne retrouve plus depuis. Vomissements nettement fécaloïdes. Un petit lavage intestinal évacua quelques matières.

L'enfant entre à l'hôpital. Quelques lavages intestinaux haut portés assurent quelques bonnes évacuations. Malgré cela la distension abdominale ne cède pas, on voit toujours les anses intestinales repousser la paroi : mort le 14 janvier 1911.

A l'autopsie on trouve un rétrécissement de l'intestin grêle à 50 centimètres environ du cæcum.

Au-dessus l'iléon était considérablement dilaté avec une hypertrophie de la tunique musculaire sur une hauteur de 5 à 6 centimètres; au-dessous il était affaissé. De l'eau introduite dans le bout supérieur passait dans l'inférieur, mais très lentement.

La portion sténosée avait 4 à 5 millimètres de long à son niveau, l'épaisseur de la paroi était de 1 à 2 millimètres. Le rétrécissement était rigide et impossible à dilater sans risque de déchirure.

Au microscope une moitié de la circonférence paraissait normale sauf tuméfaction de la muqueuse et infiltration de cellules rondes dans la sous-muqueuse. L'autre moitié amincie montrait seulement les couches musculaire et sous-muqueuse infiltrées de leucocytes. La muqueuse avait disparu laissant à sa place une ulcération couverte d'une couche de fibrine retenant des cellules nécrosées et de nombreux leucocytes.

Ces constatations et l'histoire du malade ont permis de suspecter une origine syphilitique.

L'auteur insiste sur la difficulté du diagnostic chez un nourrisson affaibli. On sait que la distension abdominale due à la production de gaz donne souvent le même tableau.

L'intestin paraissait s'évacuer facilement et quand les vomissements fécaloïdes ont apparu, le malade était dans un état trop précaire pour qu'une intervention pût être tentée.

J. ANDRIEU.

THÉRAPEUTIQUE

L'antipyrine comme hémostatique dans les plaies des viscères. (AMANTE. *La Medicina degli infortuni del lavoro e delle assicurazioni sociali*, avril 1911.) — Au cours de travaux sur la chirurgie hépatique, Amante eut l'idée de rechercher si l'antipyrine peut exercer son pouvoir hémostatique en cas de plaies du foie. Après tâtonnements, il s'arrêta à la solution à 50 p. 100, soit dans l'eau distillée, soit dans le sérum physiologique.

Il pratiqua alors sur des lapins l'ablation de fragments du foie, et constata que l'hémorragie s'arrêtait par l'application de quelques gouttes de la solution. A l'autopsie des animaux il ne constata jamais l'existence d'hémorragies secondaires.

Amante répéta ses expériences sur des chiens, enlevant des fragments de foie du poids de 25 grammes. Un des chiens fut sacrifié vingt-huit heures et un autre cent heures après l'opération, et en aucun cas l'autopsie ne révéla d'hémorragie. Sur la surface de section on notait un dépôt de fibrine composé de deux couches : l'une superficielle, en forme de réseau à grosses mailles, l'autre compacte adhérente au tissu hépatique auquel elle s'agrippait par de fins prolongements qui pénétraient par l'ouverture des vaisseaux. Le tissu glandulaire lui-même ne présentait aucune altération.

Encouragé par ces expériences l'auteur les renouvela sur la rate, avec un grand succès; sur le rein, où les résultats furent beaucoup moins bons, l'action hémostatique se montrant beaucoup plus lente, sur le cerveau enfin, où les résultats furent excellents. Comme conclusions Amante soutient que l'antipyrine est supérieure au perchlorure de fer, car elle ne provoque pas d'altération des tissus; qu'elle est supérieure au thermo-cautère et aux autres moyens hémostatiques du même genre, car elle ne produit pas d'escarres pouvant s'accompagner d'hémorragies au moment où elles se détachent, escarres qui d'ailleurs constituent un excellent milieu de culture pour les germes pathogènes. D'autre part, l'antipyrine a une action plutôt rapide et n'est pas toxique aux doses maniables; enfin, non seulement elle n'introduit pas dans le champ opératoire de substances capables de l'infecter, mais encore elle est par elle-même un puissant antiseptique, comme l'ont démontré de nombreux expérimentateurs, Durante en particulier.

Pour ce qui est de l'application de ce procédé à l'homme, il reste à déterminer quelle sera la forme la meilleure.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

PRATIQUE MÉDICALE

LA MÉDICATION CRÉOSOTÉE

Les médecins de ma génération, je veux parler de ceux qui ont quelque peu dépassé la cinquantaine, ne sont pas sans se souvenir de l'enthousiasme général qui salua l'introduction, par MM. Bouchard et Gimbert, de la créosote dans la thérapeutique des affections pulmonaires. Cela se passait en 1877. La créosote ne devait pas, dans la suite, échapper à la loi commune qui veut qu'un certain dédain succède aux engouements excessifs; elle devait subir cette loi parce que, comme tant d'autres idoles, elle fut mal adorée ou, pour parler en langage moins imagé, parce qu'elle fut mal administrée, dans des cas où l'expérience devait la montrer contre-indiquée. Depuis plusieurs années déjà, elle a de nouveau conquis la faveur du monde médical, et je crois que cette fois la conquête est définitive : mieux connue, utilisée avec un esprit scientifique plus rigoureux, la créosote donne tous les résultats qu'on en doit attendre.

Quel que soit son mode d'action, simple ou complexe, tous les observateurs sont d'accord pour reconnaître que la créo-

sote est un grand modificateur de l'hypersécrétion bronchique, soit qu'il s'agisse d'une simple desquamation épithéliale, comme dans la laryngo-trachéo-bronchite simple, soit qu'il s'agisse de la fonte purulente du tissu, comme dans la tuberculose. Sous son influence, l'expectoration diminue, la toux s'amende, l'appétit renaît. On voit très rapidement dans la tuberculose, surtout à la période initiale, les râles devenir moins abondants, la matité, le souffle d'induration s'atténuer et disparaître.

La créosote a ses indications dans les laryngites, trachéites, bronchites simples, dans les différentes formes de bronchites capillaires, dans la broncho-pneumonie, dans la pneumonie grave (action indéniable sur le pneumocoque et le streptocoque), dans les tuberculoses à marche lente, à lésions limitées, torpides, tandis qu'elle est contre-indiquée dans la tuberculose à poussées congestives, avec fièvre et hémoptysies.

Pourquoi un médicament aussi précieux que la créosote a-t-il pu, pendant quelque temps, connaître le discrédit? Cela tient à deux causes : 1° à un emploi qui n'en a pas été judicieusement fait, c'est-à-dire à son utilisation avec mépris des contre-indications; 2° aux doses excessives employées et à son mode d'administration. Nous nous sommes expliqué sur le premier point. Reste le second.

Les doses excessives sont inutiles sinon dangereuses. Ici encore l'accord est presque unanime entre les cliniciens : on doit préférer les doses faibles, souvent répétées.

On a, pour l'administration de la créosote, employé la voie hypodermique. Nous croyons, avec Daremberg, que cette voie est mauvaise quand on veut obtenir un effet continu et permanent; l'absorption et l'élimination du médicament se font trop rapidement. On a eu recours à la voie rectale. Quand on songe qu'il est nécessaire d'administrer le médicament plusieurs fois par jour on comprend combien peu est pratique cette façon de procéder. D'ailleurs, l'intolérance rectale ne tarde pas à se manifester.

Reste la voie buccale, la plus rationnelle, et qui aurait rallié tous les suffrages si l'on n'avait craint l'intolérance gastrique. Or, s'il est démontré qu'avec telle préparation cette intolérance n'existe pas, toutes les objections tombent. Tel est le cas des Gouttes Livoniennes de Trouette-Perret. Elles sont des plus efficaces, actives, bien tolérées, et cela grâce à l'association heureuse qui a été faite, dans leur composition, du goudron de Norwège, du tolu et de la créosote.

C'est donc à ce produit qu'il faut avoir recours quand on veut faire un emploi judicieux de la créosote et quand on veut en retirer le maximum d'effets utiles. G. C.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de thérapeutique oculaire (1), par le docteur C. ADAM, de la clinique ophtalmologique de Berlin, traduit par le docteur L. HAHN, avec une préface du docteur MORAX.

Ce livre, comme l'écrit dans sa préface le docteur Morax, s'adresse à la fois au praticien et au spécialiste. Sous un petit format facile à consulter, ce petit précis est appelé à rendre de précieux services. Nous signalons spécialement à l'attention du lecteur, le formulaire qui se trouve à la fin du volume, ainsi que le chapitre qui a trait aux accidents du travail, et qui comprend un barême d'évaluation de l'infirmité qui résulte d'une perte ou d'une diminution de la vision. Le chapitre des blessures de l'œil et des soins qu'elles comportent est particulièrement développé, ce sera là le chapitre que tout médecin, non spécialiste, lira avec le plus de profit, car, tout praticien peut être appelé, un jour, à soigner d'urgence une blessure des yeux, et l'on sait que de ces premiers soins, plus ou moins judicieux, dépend le plus souvent l'évolution de la blessure. Quant au spécialiste il trouvera sans doute quelque intérêt non seulement au formulaire étendu joint à ce précis mais aussi à la partie générale qui renferme, présentées sous les lumières d'une critique sévère, toutes les données de la thérapeutique moderne. L. BABONNEIX.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies des os, par MARFAN, professeur à la Faculté de médecine de Paris; APERT, AVIRAGNET, L. BERNARD, M. GARNIER, J. HALLÉ, MILIAN, médecins des hôpitaux de Paris. 1 vol. gr. in-8 de 755 pages avec 164 figures. — Prix : broché, 15 francs; cartonné, 16 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La Pratique de l'Opothérapie, principes, indications, posologie, par L. HALLION, directeur adjoint du laboratoire de physiologie pathologique des Hautes Etudes, professeur remplaçant au Collège de France. 1 vol. in-12 de 148 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, Masson et Cie.

(1) Bibliothèque du praticien moderne.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal* de la séance du 25 nov. 1911.) F. GONBAU : Sur la répartition de la nucléohistone dans les tissus des mammifères. — A. LIPPENS : La tuberculose dite primitive de la paroi abdominale, à propos d'un cas de tuberculome du grand oblique. — F. DE MYTTENAERE : Le dosage de l'essence dans l'eau de laurier cerise. Action de l'acide cyanhydrique sur les aldéhydes et les cétones. Un nouveau procédé de dosage des aldéhydes. — Van GEHUCHTEN et MOLHANT : Contribution à l'étude anatomique du nerf pneumogastrique chez l'homme. — C. MOREAU et A. DEBRAY : Observation d'un cas de fixation d'une balle de revolver dans la substance cérébrale.

Æsculape. — (N° 11, nov. 1911.) L. NASS : Les hermaphrodites dans l'antiquité et aujourd'hui. — FOVEAU DE COURMELLES : Les abus de la vivisection. — CASSEUS : Pour la race noire. — J. REGNAULT : Les divinités pathologiques. — P. LEQUEUX : Mona Lisa était-elle rachitique ?

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 11, nov. 1911.) DE BEURMAN, VERDUN et BITH : Tumeur de la face et du cuir chevelu à type de cylindrome (5 fig.) — J. BRAULT et Lucien MASSELOT : Etude sur une nouvelle mycose (7 fig.) — NICOLAS et MOUTOT : Les antipyrinides bulbeuses de la cavité buccale. — NOËL : Nævus vasculaire plan systématisé (1 fig.)

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 10, oct. 1911.) SIEUR et ROUVILLOIS : Cinq cas de laryngostomie. — JACQUES : Periœsophagite suppurée après extraction des corps étrangers. — ABOULKER : A propos d'une méningite consécutive à un évidement. Faut-il ouvrir la fosse cérébelleuse dans les labyrinthites suppurées ? — R. FOY : Contribution au traitement de l'ozène par la rééducation respiratoire nasale. — J. LABOURÉ : Un cas d'abcès du cervelet, opération, guérison. — GAULT et LUCIEN : Sur un cas de médiastinite syphilitique. — (N° 11, nov. 1911.) LERMOYEZ : Principes de crénothérapie oto-rhino-laryngologique. — Robert LEROUX : Les dangers du menthol en rhinologie. — LABANIÈRE : Sur cinq cas mortels de méningite d'origine otique. — CHAVANNE : Simple constatation à propos d'un article du professeur Mermod (de Lausanne), intitulé : Comment remédier à l'écartement du pavillon de l'oreille.

Archives d'électricité médicale. — (N° 322, 25 nov. 1911.) LAQUERRIERE et NUYTTEN : Nos neuf premiers cas traités par la méthode de Bergonié, exercice électriquement provoqué. — RÉGAUD et Th. NOGIER : Estimation différente des doses de rayons X suivant les divers modes d'éclairage du chromoradiomètre. — H. BORDIER : Mesure de la quantité de rayons X reçue par la moelle épinière. — ZIMMERN et BATTEZ : Action des rayons X sur le corps thyroïde du lapin. — Frédéric DESSAÜER : Technique et développement du procédé instantané « Blitz » en radiographie. — François MENUET : Fistule gastro-colique, gastro-entérostomie, examens radioscopiques avant et après l'intervention.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 11, nov. 1911.) BICKEL : Régime et putréfaction intestinale. — TALMA : Etudes röntgenographiques sur la situation de l'estomac. — MATHIEU : Influence de l'ingestion du bicarbonate de soude et du citrate de soude sur l'élimination du chlorure de sodium par l'urine et sur la sécrétion chlorhydrique au cours des gastropathies. — CADE : Les symptômes œsophagiens et pseudo-œsophagiens dans le cancer de l'estomac à forme lissitique.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 46, 14 nov. 1911) KEHR : Comment pouvons-nous restreindre ou éviter les récidives après les opérations pour lithiase biliaire. — DITTLER et MOHR : Sur l'action de l'hormonal. — STÄUBLI : Sur le dosage de l'hémoglobine. — HEUBNER : Sur la fièvre consécutive aux injections intraveineuses. — VOGEL : La teneur en purine des aliments. — MEUZER : Le traitement causal de la gonorrhée aiguë et chronique chez l'homme. — FRIES : Expériences cliniques et policliniques avec la pituitrine. — NEU et KREIS : Contribution à la méthode d'évaluation de la coagulabilité du sang. — KÜSTER : Influence de la coagulation sanguine pour la production de la thrombose. — HAYMAN : Sur les processus de guérison spontanée dans la thrombose des sinus. — HOFFMANN : Instruments optiques à axe mobile et leur application à la gastroscopie. — VULPINS : L'appareil à pied bot de Heidelberg. — BLUTZENGEIGER : La chirurgie des abcès du lobe frontal. — HEUCK : Les exanthèmes tardifs après les injections de salvarsan. — (N° 47, 21 nov.) EHRLICH : Sur le salvarsan. — ERB : Sur la clinique de la claudication intermittente. — KOLB : Une nouvelle méthode de rétrécissement du thorax dans la tuberculose pulmonaire et l'empyème total. — STOFFEL : Nouvelle opération pour l'amélioration des paralysies spasmodiques. — WÆLSCH : Indications et action des petites doses de salvarsan. — UMBER : Syphilis viscérale ; guérison par le salvarsan. — HENNBURGER : Sur les œdèmes par le sel chez les grands enfants. — GERBER : Traitement du lupus et vestibule nasal. — KÆSTLE : La d'arsonvalisation unipolaire. — SPIESS : Tumeur de la région hypophysaire opérée avec succès par voie endonasale. — PAPAÏVAUNOU : Un cas rare de cicatrices après une brûlure. — KANNGIESSER : Intoxication par les baies d'atropa belladona. — VON HŒSSLIN : Sur les bains d'oxygène. — KRÆMER : Le traitement de l'érysipèle. — KEHR : Comment pouvons-nous restreindre ou éviter les récidives après les opérations pour lithiase biliaire. — KRECKE : Doit-on dire au cancéreux et à son entourage la nature de son affection. — (N° 48, 28 nov.) SINGER et HOLZKNECHT : Constatations objectives dans la constipation spasmodique. — GRŒDEL et SCHENK : Modifications de forme, de réplétion et de situation de l'estomac et du gros intestin. — HEUBNER : Recherches sur le phosphore alimentaire. — SAATHOFF : Diagnostic spécifique et traitement de la tuberculose. — SVENSON : Fièvre récurrente traitée par le salvarsan. — LEEDE : Sur la néphrite scarlatineuse. — FÖHLMANN : Solution chlorurée sodique de la nouvelle pharmacopée et réaction de Wassermann. — FRITZSCHE : Sur la périmétrie des articulations. — HARBITZ : Cas d'angionévrose. — NUSSBAUM : Une blessure rare de la cage thoracique. — BOCKENHEIMER : Luxation divergente de l'avant-bras guérie opératoirement. — WALTHER : L'avaradentiferrine en gynécologie. — JACQUET : Traitement des tænias par l'extrait de fougère. — WEINBERG : Statistique badoise du cancer. — HOCK : Sur l'étiologie de l'hypertrophie de la prostate et son traitement par les rayons X.

Paris médical. — (N° 51, 18 nov. 1911.) HALLION : L'immunité et l'anaphylaxie dans leurs rapports réciproques. — Albert WEIL : La localisation des corps étrangers introduits accidentellement dans l'organisme. — Maurice VILLARET et E. CHABROL : La pancréatite tuberculeuse à forme ictérique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

VIN DE BAUDON

ANTIMONIO-PHOSPHATÉ



EXCELLENT SUCCÉDANÉ
de l'HUILE DE FOIE DE MORUE

Recalcifiant accepté avec plaisir par les malades.

Affaiblissement général, Anémie, Lymphatisme, Scrofule, Rachitisme, Suppurations prolongées, Croissance, Maladies des Os, etc.

Très utile dans la
GROSSESSE & l'ALLAITEMENT

Un verre à Madère aux repas.

ELIXIR EUPEPTIQUE TISY

DIGESTIF COMPLET

Contient :
PANCRÉATINE
DIASTASE
PEPSINE
SÉCRÉTINE
ENTÉROKINASE



MARQUE DÉPOSÉE

DIGÈRE :
les
Corps gras
Amylacés
Protéiques

L'ELIXIR EUPEPTIQUE TISY, DE SAVEUR TRÈS AGRÉABLE, NE RENFERMANT PAS DE PRODUITS TOXIQUES, N'EST JAMAIS CONTRE-INDIQUÉ

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

VAUDIN et GUILLAUMIN, *12, rue Charles-V, PARIS et toutes pharmacies.*

TANNURGYL

du Docteur LE TANNEUR (de Paris)



Albuminate de Vanadium et Manganèse

Stimulant des *diverses FONCTIONS du* **FOIE**

1° Fonction **BILE** : Cholagogue. — Entéro-Colites.
2° Fonction **FILTRE** : Antisepsie intestinale.
3° Fonction **ANTILYMPHATIQUE** : Succédané : Huile de foie de Morue et Iode.

ADULTES : Anorexie. — Troubles digestifs. — Adynamie.
ENFANTS : Scrofule. — Adénopathies.
NOURRISSONS : Gastro-Entérite. — Lorsque tous les médicaments ont échoué, le **Tannurgyl** donne encore un grand nombre de guérisons.

Posologie { **PRESCRIRE UN FLACON :** Adultes, 15 à 20 gouttes dans un peu d'eau à chacun des deux repas; — Enfants, 2 gouttes par jour et par année d'âge; — Nourrissons, 2 à 5 gouttes par jour dans eau ou lait.

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE : *Tannurgyl du Dr Le Tanneur*, 8, RUE DE PARME, PARIS

N° 13. — JEUDI 1er FÉVRIER 1912. 85e ANNÉE. JEUDI 1er FÉVRIER 1912. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.......	3 mois : 4 fr. 50.	— 6 mois : 8 fr.	— 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : 7 fr.	D. — 6 mois : 13 fr.	— 1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le conseil supérieur de l'instruction publique a continué l'examen des affaires contentieuses et disciplinaires. Il a confirmé l'avis du conseil de l'Université de Paris en ce qui concerne les pénalités disciplinaires à infliger aux étudiants qui ont pris part aux derniers troubles de la Faculté de médecine de Paris.

En conséquence, M. Tournay reste frappé de six mois de suspension et MM. Guignard, Thibault et Couturier de trois mois de la même peine.

Puis le conseil supérieur s'est occupé de l'organisation des études pratiques à la Faculté de médecine de Paris; afin que le nouveau projet que prépare en ce moment le conseil de la Faculté de médecine puisse aboutir dans le plus bref délai possible, le conseil supérieur a donné son approbation au projet de décret suivant :

« L'organisation de l'école pratique de la Faculté de médecine de l'Université de Paris et les règles relatives à la nomination et aux attributions de son personnel sont déterminées par arrêtés ministériels pris en section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique, après avis du conseil de la Faculté. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Okinczyc, agrégé, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1911-1912, d'un cours de pathologie externe.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — *Médailles des épidémies.* — La médaille en argent est décernée à MM. les docteurs Parrain (de Guéret) et Gaudier (de Lille).

La médaille en bronze est décernée à MM. les docteurs Soulier (de Ruines), Gachet (de Lormont), Bolot (de Varzy).

MM. Bonnet, Feil, Gouguet de Girac, Léon Kindberg, internes des hôpitaux de Paris.

M. Logeais, externe des hôpitaux de Paris.

M. Dhérissart, interne des hôpitaux d'Amiens.

— Concours de l'adjuvat. — Le jury du concours de médecin adjoint des asiles d'aliénés est constitué comme suit :

Président : M. Granier, inspecteur général des services administratifs du ministère de l'intérieur.

Membres titulaires : MM. Mairet, Dupré, Malfilâtre, Dupain, Marie, Lalanne.

Membres suppléants : MM. Jacquin, Vigouroux.

POUR LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET L'HOPITAL FRANÇAIS DE BEYROUTH. — Il y a quelques mois le Syndicat de la presse ouvrit une souscription pour la Faculté de médecine de Beyrouth. Cette souscription, un peu oubliée à la suite de la tension politique de cet été, vient d'être rouverte sur l'initiative de M. le professeur Raphaël Blanchard. Nous n'avons pas à insister sur l'intérêt *national* que les Français ont à soutenir cette institution qui est un des plus précieux instruments de la pénétration française dans le Levant. Aussi devons-nous applaudir le geste généreux du prince Roland Bonaparte qui, par l'intermédiaire de l'Académie des sciences, vient de faire don de 35.000 francs à la Faculté de Beyrouth.

Espérons qu'il trouvera de nombreux imitateurs.

LA SOCIÉTÉ D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES SUR LA TUBERCULOSE a nommé son bureau pour 1912 : président, M. Vallée; vice-président, M. Darier; secrétaire général, M. F. Bezançon; trésorier, M. Nobécourt; secrétaire des séances, M. Louis Paris; secrétaire adjoint, M. de Jong.

Nous rappelons que les séances de la société sont publiques. Elles ont lieu le deuxième jeudi de chaque mois à cinq heures de l'après-midi à la Faculté, salle des thèses, n° 2. Toute communication d'ordre scientifique sur la tuberculose est acceptée alors même qu'elle n'est pas faite par un membre de la société.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 8 février. Tout renseignement au sujet des communications devra être demandé au secrétaire général, le docteur Fernand Bezançon, 76, rue de Monceau.

ASSOCIATION DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS. — La prochaine assemblée générale statutaire aura lieu le samedi 3 février prochain, à cinq heures précises, à la Faculté de médecine, salle des thèses n° 2.

Ordre du jour : 1° lecture du procès-verbal de la précédente réunion; 2° lecture de la correspondance, candidatures; 3° M. Laumonier. A propos de la question : que demandent, à leurs journaux, les médecins? 4° mise à l'étude de questions nouvelles.

LE NOMBRE DES FEMMES-MÉDECINS EN ALLEMAGNE. — Il est en voie d'accroissement, comme dans la plupart des autres pays d'Europe. De 55 en 1908, il est passé à 69 en 1909 et à 102 en 1910. P.

HOPITAL CIVIL FRANÇAIS DE TUNIS. — Deux places d'internes vont être vacantes prochainement. Pour être candidat avoir 16 inscriptions ou deux ans d'externat et adresser une demande avec dossier contenant état civil et scolaire au directeur.

LA

DÉBILITÉ MOTRICE PALPÉBRALE

Par Prosper MERKLEN.

Si l'adulte *normal* fait en général mouvoir simultanément les paupières droites et gauches, il lui est cependant possible de garder immobiles les paupières de l'un des côtés pendant qu'il contracte celles du côté opposé; il régit à sa guise la bilatéralité ou l'unilatéralité des mouvements.

Anormalement, certains sujets sont incapables de dissocier le synchronisme palpébral. Plusieurs causes doivent à coup sûr être rendues responsables de cette particularité. Sans doute convient-il d'incriminer, entre autres, des anomalies anatomiques neuro-musculaires, dont les anomalies physiologiques sont les conséquences naturelles. Du reste il n'est pas dans notre intention de rechercher tous les facteurs qui empêchent l'hémilatéralisation des mouvements palpébraux. Nous ne voulons que mettre en relief une variété d'anomalie palpébrale par troubles fonctionnels de la motilité. Elle se rattache, croyons-nous, à l'histoire de la déséquilibration motrice et notamment à celle de la *débilité motrice* de Dupré. Aussi nous paraît-il indiqué d'esquisser tout d'abord en quelques lignes l'exposé de ce dernier syndrome et de profiter de cette circonstance pour grouper les quelques travaux qui lui ont été consacrés jusqu'à présent.

*
* *

Les troubles de développement du cerveau psychique se sont pendant longtemps imposés à l'attention médicale, sans se compléter par l'étude parallèle de l'insuffisance de développement du cerveau moteur et de ses dépendances.

En faisant connaître le syndrome auquel il est légitime d'attacher son nom, notre maître E. Dupré réalisait le premier effort qui coordonnât en un ensemble clinique, la *débilité motrice* (1), divers éléments symptomatiques de cette insuffisance. Il constatait l'association chez certains individus de *troubles de la réflectivité* — exagération des réflexes patellaires, perturbations des réflexes plantaires dont le signe de Babinski constitue le degré le plus accusé — à un état d'*hypertonie musculaire diffuse*. Il caractérisait cette dernière par la *paratonie* ou impossibilité de réaliser *volontairement* la résolution musculaire, par l'existence d'*attitudes cataleptoïdes*, par la *syncinésie* ou production de mouvements involontaires synchrones et souvent homologues à des mouvements volontaires déterminés.

On ne saurait trop répéter que la paratonie réside dans l'impossibilité d'obtenir *volontairement* la résolution du muscle. Plus les paratoniques veulent relâcher ce dernier, plus il se contracte, et cela proportionnellement aux efforts tentés pour obtenir l'hypotonie. L'influx volontaire ne commande pas la résolution musculaire.

Semblables anomalies entravent l'exécution de certains gestes, des gestes délicats surtout, et engendrent une variété de maladresse constitutionnelle, plus ou moins accentuée.

(1) E. Dupré. *Soc. de neurol.*, 6 juin 1907.

Pénétrant leur pathogénie, Dupré rapportait ces manifestations à une insuffisance du faisceau pyramidal, dont on connaît le rôle frénateur dans l'exercice de la motilité. Le trouble pyramidal entraîne une diminution du pouvoir d'inhibition du tonus musculaire, et tous les symptômes signalés plus haut représentent l'expression clinique de cet état d'infériorité. Son origine se trouve soit dans un état d'agénésie ou mieux d'hypogénésie essentielle, soit dans un reliquat d'encéphalopathie légère des premières années.

Congénitale ou tout au moins acquise dès le jeune âge, la débilité motrice est souvent héréditaire et familiale. Essentiellement constitutionnelle, elle peut se présenter sous de multiples variétés, conditionnées avant tout par l'intensité des symptômes (forme franche, forme légère, etc.) et par leur groupement (forme totale, formes partielles, etc.).

La communication de Dupré, en même temps qu'elle interprétait un cas de débilité motrice d'Armand-Delille (1), constituait un heureux commentaire aux remarques antérieures et postérieures de Meige (2) sur les aptitudes des tiqueurs et le phénomène de la chute des bras.

Dupré signalait aussi la concomitance fréquente de la débilité motrice et de la débilité mentale. Cette donnée devait servir de point de départ à la thèse de Naudascher (3); elle se retrouve dans une présentation de Méry et Armand-Delille (4).

Nous avons eu l'occasion de démontrer l'existence d'une variété d'énurésie infantile relevant du syndrome de débilité motrice (5). Tandis que, mises de côté les mictions involontaires nocturnes relevant d'une cause bien déterminée, nous trouvions une proportion de 6,8 p. 100 d'énurésiques chez les enfants normaux, nous en trouvions 37 p. 100 chez les débiles moteurs. Inversement, parmi les énurésiques dits essentiels nous comptions 69 p. 100 débiles moteurs et 30 p. 100 sujets normaux. En raison de sa pathogénie que nous avons exposée, nous avons appelé cette variété d'énurésie *énurésie hypogénésique*.

Avec E. Dupré nous sommes revenus sur l'étude

(1) Armand-Delille. Double parésie des extenseurs de l'avant-bras chez un enfant dégénéré débile catatonique, *Soc. de pédiat.*, 21 mai 1907, et *Soc. de neurol.*, 6 juin 1907.

(2) Meige. L'aptitude catatonique et l'aptitude échopraxique des tiqueurs. Les exercices thérapeutiques de détente, *Congrès intern. de méd.*, Madrid, avril 1903; — Le phénomène de la chute des bras. *Congrès des alién. et neurol.*, XIIIe session, Bruxelles, août 1903; — *Soc. de neurol.*, 3 déc. 1908, in *Revue neurol.*, p. 1334; — Le phénomène de la chute des bras. Sa signification clinique, ses conséquences thérapeutiques, *Gaz. des hôpit.*, 26 oct. 1909.

(3) Naudascher. *Syndrome de débilité motrice dans les débilités mentales*, Th. de Paris, 1907-1908.

(4) Méry et Armand-Delille. Syndrome de débilité motrice chez deux enfants atteints de débilité mentale, *Soc. de neurol.*, 6 fév. 1908.

(5) Prosper Merklen. De l'énurésie hypogénésique des enfants. L'énurésie élément du syndrome de débilité motrice d'inhibition, *Soc. de pédiat.*, juin 1909, et *Tribune méd.*, 4 juillet 1909; — Présentation d'un enfant atteint de débilité motrice d'inhibition avec énurésie hypogénésique, *Soc. de psychiat.*, 24 juin 1909, in *Encéphale*, juillet 1909.

de la débilité motrice (1), en insistant à nouveau sur ses rapports avec la débilité mentale ; nous ajoutions que l'infériorité mentale peut aussi coïncider avec l'intégrité du système moteur, comme le développement normal du cerveau psychique aller de pair avec des manifestations de débilité motrice.

En outre, expliquions-nous, « le nourrisson représente un débile mental et moteur physiologique ». On observe chez lui les attributs de la débilité motrice : hypertonie avec attitudes en flexion, amplitude des réflexes, syncinésie, énurésie, etc. La persistance ultérieure ou de la débilité mentale, ou de la débilité motrice, ou de l'une et l'autre, implique une anomalie de développement dans les zones nerveuses correspondantes. La physiologie du nourrisson projette en cette matière une vive lueur sur la pathologie de l'adulte.

Ces derniers mois voient paraître quelques travaux sur la question.

Dupré, avec son élève Gelma (2), publie une observation qui met bien en évidence l'association de la débilité motrice et de la débilité mentale, et à propos de laquelle Maillard (3) signale un cas personnel. Plus tard il en relate une seconde, aussi probante, avec son interne Collin (4).

Armand-Delille (5) apporte de son côté un cas de débilité motrice pure, sans débilité psychique.

Dans sa thèse inspirée par Dupré, Strœhlin (6) entreprend l'histoire des syncinésies au cours de divers états morbides. Il montre l'intérêt des mouvements associés dans la débilité motrice et s'étend sur les syncinésies liées aux lésions acquises des voies pyramidales.

Collin (7) dépiste un intéressant signe d'hypertonie chez les enfants de dix-huit mois à deux ans et demi, âge auquel le système nerveux est encore en voie de développement. Leur place-t-on un bras en l'air, ils le gardent longtemps immobilisé dans cette position, sans fatigue, et ne paraissent pas songer à leur membre. Vers trois ans environ, ils se comportent par contre comme les adultes ; ils supportent l'épreuve avec peine et témoignent de la fatigue; leur bras tremble et ne tarde pas à retomber.

Meige (8) rapproche judicieusement de l'état moteur de l'enfant son état mental, essentiellement caractérisé par un défaut d'équilibre et de mesure, par de l'inaptitude à la coordination des idées et des actes. Sous le nom d'infantilisme moteur, il met en relief « l'instabilité des attitudes, la maladresse des mouvements, les troubles du tonus musculaire, la perturbation des réflexes, l'agitation intempestive, les réactions d'allure spasmodique ». A la faveur de ce parallélisme d'une exactitude indéniable, l'auteur est amené à évoquer presque tous les éléments constituants du syndrome de la débilité motrice.

Ajoutons enfin que nous avons décrit la débilité motrice palpébrale, qui fait l'objet de ce travail, au Congrès de Lyon de 1911 (1).

*
* *

En étudiant les mouvements palpébraux de synchronisme et de dissociation chez plusieurs individus en série, on constate des réactions variées.

Les sujets *normaux* commandent à leur guise les mouvements palpébraux. Ils ouvrent ou ferment isolément l'une ou l'autre paupière, avec la même facilité qu'ils ouvrent ou ferment les deux paupières à la fois. Les deux releveurs, muscles d'ouverture palpébrale, manœuvrent simultanément ou séparément; de même les deux orbiculaires, muscles de fermeture palpébrale.

Les sujets *anormaux* se rangent en plusieurs catégories, toutes spécifiées par des troubles de la dissociation palpébrale.

Les uns ne peuvent dissocier le synchronisme des releveurs lorsqu'ils ouvrent l'œil droit, d'autres lorsqu'ils ouvrent l'œil gauche; les troisièmes ne peuvent manœuvrer isolément aucun des deux releveurs. Mêmes variétés pour les mouvements de fermeture de l'orbiculaire, susceptibles au surplus de coïncider avec telle ou telle anomalie d'ouverture.

On devine par ce simple aperçu la multiplicité des asynergies palpébrales en rapport avec le nombre et la forme des mouvements qui entraînent, sans dissociation possible, des mouvements homologues du côté opposé. Nous avons tenté de les grouper, de façon à mettre en relief les différentes modalités d'un état qui mérite la dénomination de *débilité motrice palpébrale*. Celle-ci comporte en outre bien des degrés, et entre la synergie permanente et la dissociation franche il y a place dans tous les types pour des dissociations partielles.

Type A. — Aucun des deux yeux ne s'ouvre ou ne se ferme isolément : *persistance de la syncinésie* des releveurs ainsi que des orbiculaires, sans aucune *dissociation motrice*.

Type B. — Aucun des deux yeux ne s'ouvre isolément, ou aucun d'eux ne se ferme isolément, les mouvements respectivement opposés pouvant se dissocier dans les deux cas : *persistance de la syncinésie* soit des releveurs, soit des orbiculaires, avec *dissociation* dans chaque cas des muscles antagonistes.

(1) E. Dupré et Prosper Merklen. La débilité motrice dans ses rapports avec la débilité mentale et l'insuffisance pyramidale physiologique du premier âge, *Congrès des alién. et neurol.*, XIXe session, Nantes 1909.

(2) Dupré et Gelma. Débilité mentale et débilité motrice associées, *Soc. de psychiat.*, 16 juin 1910, in *Encéphale*, juillet 1910.

(3) Maillard. *Ibid.*

(4) Dupré et Collin. Débilité mentale et débilité motrice associées. Signe de Babinski permanent, *Congrès des alién. et neurol.*, XXIe session, Amiens 1911.

(5) Armand-Delille. Débilité motrice congénitale pure, sans débilité psychique, chez un hémiplégique infantile, *Soc. de neurol.*, 6 avril 1911.

(6) Strœhlin. *Les Syncinésies. Leurs rapports avec les fonctions d'inhibition motrice*, Th. de Paris, 1910-1911.

(7) A. Collin. Procédés de recherche de la résistance à la fatigue chez l'enfant, *Gaz. des hôpit.*, 20 juin 1911 ; — La résistance des enfants de deux ans et demi à la fatigue, *Congrès des alién. et neurol.*, XXIe session, Amiens 1911.

(8) Meige. Infantilisme mental, infantilisme moteur, *Congrès des alién. et neurol.*, Id.

(1) Prosper Merklen. La débilité motrice palpébrale, *Congrès français de méd.*, XIIe session, Lyon 1911 (section de l'enfance anormale).

Variétés. — *a.* Mouvements syncinétiques d'ouverture ou de fermeture, mais avec mouvements opposés ne se dissociant qu'au niveau d'une paupière : *persistance de la syncinésie* soit des releveurs, soit des orbiculaires, avec respectivement *persistance de la syncinésie* à propos des mouvements d'un des muscles antagonistes et *dissociation* à propos des mouvements de l'autre muscle.

b. Dissociation de la syncinésie dans les mouvements d'ouverture ou de fermeture, mais avec mouvements opposés ne se montrant syncinétiques qu'au niveau d'une paupière : *dissociation* soit des releveurs, soit des orbiculaires, avec respectivement *dissociation* à propos des mouvements d'un des muscles antagonistes et *persistance de la syncinésie* à propos des mouvements de l'autre muscle.

On peut schématiser les données un peu complexes du type B dans les tableaux ci-dessous.

La lettre S indique la persistance des mouvements Syncinétiques, la lettre D leur Dissociation. Par exemple S inscrit en face d'OUVERTURE et sous ŒIL DROIT signifie que l'ouverture de l'œil droit provoque un mouvement syncinétique de la paupière opposée; D inscrit en face de FERMETURE et sous ŒIL GAUCHE signifie que la fermeture de l'œil peut se faire isolément et se dissocie du mouvement homologue de la paupière opposée.

Le premier tableau correspond aux deux modalités générales du type B.

	ŒIL DROIT	ŒIL GAUCHE
Ouverture.....	S	S
Fermeture.....	D	D
Ouverture.....	D	D
Fermeture.....	S	S

Le deuxième tableau correspond à la variété *a*.

	ŒIL DROIT	ŒIL GAUCHE
Ouverture.....	S	S
Fermeture.....	D	S
Ouverture.....	S	S
Fermeture.....	S	D
Ouverture.....	D	S
Fermeture.....	S	S
Ouverture.....	S	D
Fermeture.....	S	S

Le troisième tableau correspond à la variété *b*.

	ŒIL DROIT	ŒIL GAUCHE
Ouverture.....	D	D
Fermeture.....	S	D
Ouverture.....	D	D
Fermeture.....	D	S
Ouverture.....	S	D
Fermeture.....	D	D
Ouverture.....	D	S
Fermeture.....	D	D

TYPE C. — L'un des deux yeux engendre des mouvements syncinétiques opposés en s'ouvrant, mais se ferme isolément; l'autre engendre des mouvements syncinétiques en se fermant, mais s'ouvre isolément : *persistance de la syncinésie* à propos des mouvements du releveur d'un côté et de l'orbiculaire de l'autre, avec *dissociation* à propos des mouvements du releveur et de l'orbiculaire respectivement opposés.

TYPE D. — Les anomalies palpébrales sont localisées à un seul œil; ou l'ouverture, ou la fermeture, ou toutes deux provoquent des mouvements *syncinétiques* de l'appareil palpébral opposé. Les divers mouvements de ce dernier *se dissocient.*

TYPE E. — On peut enfin décrire un type où la fermeture isolée d'une paupière ne s'obtient qu'après quelques mouvements préalables, rapides, involontaires, à peine conscients ou même inconscients.

Ordonne-t-on au sujet de fermer l'un des deux yeux, il les ferme d'abord tous deux et relève ensuite la paupière supérieure de l'œil qui doit rester ouvert en affermissant la fermeture de l'autre; ou bien il les ferme tous deux, les ouvre immédiatement tous deux et abaisse alors seulement la paupière désignée.

C'est un type intermédiaire entre le type normal et les types franchement anormaux.

Nous n'avons rien observé d'analogue au cours des mouvements d'ouverture palpébrale que nous avons eu l'occasion d'examiner.

*
* *

Les constatations qui précèdent appellent quelques réflexions.

Il convient tout d'abord, pour éviter toute méprise, de bien différencier, dans l'évolution ontogénique de leurs mouvements de coordination respectifs, les paupières et les globes oculaires.

Coutela (1) a récemment repris l'étude de la motricité des globes. A l'aide de ses investigations appuyées sur l'autorité de documents antérieurs il conclut, avec la majorité des observateurs, à l'existence après la naissance d'une période d'incoordination motrice des globes oculaires. Avant même d'arriver à la coordination définitive, le bébé passe encore par une phase intermédiaire où il règle la direction de son regard en mobilisant la tête ou le corps.

Les mouvements palpébraux sont au contraire, croyons-nous, coordonnés dès la naissance et restent longtemps constamment coordonnés; dans les premières années l'enfant ouvre ou ferme toujours les deux yeux à la fois, pour n'ouvrir ou fermer que plus tard un seul des deux yeux à l'état isolé.

Commande-t-on à plusieurs groupes d'enfants de dissocier les mouvements palpébraux, le degré de réussite dans chacun de ces groupes est proportionnel à l'âge des enfants qui le composent. A coup sûr intervient l'influence de l'intelligence des enfants, qui éprouvent plus ou moins de difficulté à saisir ce qu'on leur demande. C'est en exécutant soi-

(1) COUTELA. *Essai sur la coordination des mouvements des yeux à l'état normal et à l'état pathologique,* Th. de Paris, 1907-1908.

même les mouvements dissociés des yeux qu'on arrive avec le plus de sûreté à se faire comprendre, l'appel à l'imitation étant à cet âge le mieux entendu.

De quatre à six ans, nous avons trouvé 30 p. 100 d'enfants capables de dissocier les mouvements palpébraux de fermeture, 18 p. 100 capables de dissocier ceux de fermeture et d'ouverture. De six à dix ans, 50 p. 100 des enfants environ jouissaient de la liberté de tous les mouvements de chaque paupière, et 50 p. 100 présentaient un trouble plus ou moins marqué de la dissociation. Chez les adolescents et les adultes la proportion s'élevait encore, et 65 à 70 p. 100 d'entre eux avaient dans nos recherches la faculté de dissocier tous les mouvements des paupières.

La dissociation palpébrale marque un progrès évolutif dans le jeu de l'appareil musculaire qui protège les globes oculaires. Celui-ci au surplus est relativement simple; ses mouvements, limités dans leur forme, contrastent avec la complexité des mouvements des yeux, dont les multiples modalités exigent l'intervention d'un système neuro-musculaire très différencié.

Le synchronisme des globes constitue un des éléments importants d'une bonne vision, et dans sa perfectibilité l'enfant tend et arrive en somme assez vite à la convergence indispensable des impressions lumineuses. Tout au contraire, le synchronisme des paupières, congénital en quelque sorte et suffisant pour les besoins du premier âge, devient plus tard une entrave à l'exécution des mouvements précis ou des travaux délicats qui demandent la vision monoculaire. L'asynergie palpébrale est inutile chez l'enfant; elle devient nécessaire à l'adulte. Son développement est parallèle d'une part au développement individuel du pouvoir d'inhibition motrice, de l'autre au besoin social de son usage.

L'importance des mouvements palpébraux est cependant atténuée par ce fait que souvent, tout en gardant les deux yeux ouverts, nous ne nous servons que de l'un d'eux; à bien des gens l'expérience a appris qu'ils ne regardent qu'avec un œil.

La dissociation palpébrale trouve principalement à s'exercer dans les mouvements de fermeture, constatation à rapprocher du nombre plus élevé des sujets capables de dissocier les seuls mouvements de fermeture (orbiculaire), et du nombre plus faible des individus capables de dissocier les seuls mouvements d'ouverture (releveur).

Un bel exemple de dissociation des mouvements d'ouverture nous est fourni par le chien. Un bruit le surprend-il pendant son sommeil, le chien n'ouvre d'abord qu'un œil, pour se livrer immédiatement à une première enquête; juge-t-il son intervention justifiée, il ouvre le second œil et se réveille complètement. Ne dit-on pas vulgairement que les gens au sommeil léger ne dorment que d'un œil?

La débilité motrice palpébrale de l'adulte, il est à peine besoin de l'indiquer, entraîne des conséquences pratiques variables selon les conditions individuelles: profession, occupations, genre de vie, etc. Dans ses formes hémilatérales, les plus fréquentes, elle incite simplement le sujet à se servir de l'œil opposé; dans ses formes totales, elle peut engendrer une gêne telle que le sujet y supplée en fermant et en ouvrant les paupières avec les doigts et qu'elle se prend pour ainsi dire sur le fait.

* * *

La débilité motrice palpébrale coexiste souvent avec le syndrome de débilité motrice de Dupré.

Lorsque dans nos recherches nous relevions l'impossibilité de dissocier le synchronisme palpébral, nous nous trouvions maintes fois en face de paratoniques ou tout au moins d'individus, enfants ou adultes, porteurs de quelques éléments de débilité motrice.

Cependant cette règle n'est pas absolue; le défaut de dissociation palpébrale s'observe aussi chez des sujets indemnes de toute manifestation paratonique, et cela à tout âge, mais plus encore peut-être chez les enfants.

Il n'est pas rare enfin, chez les débiles palpébraux, de constater simplement des mouvements syncinétiques des doigts en flexion, par exception en extension, à l'occasion de mouvements volontaires homologues en flexion du côté opposé.

Sans entrer dans le détail de nos statistiques, nous indiquerons que chez 33 débiles palpébraux âgés de huit à trente-neuf ans nous avons compté 25 paratoniques avérés ou frustes, multi ou oligosymptomatiques, et 8 sujets normaux, soit une proportion de 75 p. 100 paratoniques. D'autre part 34 paratoniques de huit à quarante-cinq ans nous ont fourni 25 débiles palpébraux, soit une proportion de 73 p. 100, et 27 sujets normaux de neuf à trente-six ans nous ont fourni 8 débiles palpébraux, soit une proportion de 29 p. 100.

Ces chiffres permettent de considérer dans bien des circonstances la débilité palpébrale comme une manifestation de même ordre que la débilité motrice, et par suite de rattacher à cette dernière le trouble fonctionnel des paupières.

Dans le même sens plaide le parallélisme entre la fréquence des deux débilités suivant les âges. Syndromes physiologiques chez le nourrisson et le jeune enfant, la débilité motrice et la débilité palpébrale s'atténuent peu à peu jusqu'à disparaître chez l'individu sain. Nos comparaisons numériques, relatées plus haut, prouvent l'exactitude de cette donnée pour la débilité palpébrale. Les adultes, atteints de troubles de la dissociation des paupières, ont gardé un des attributs de la première enfance, devenu anormal par sa persistance; c'est le même processus qu'on retrouve à l'origine de la paratonie.

Dans la débilité palpébrale, comme dans la débilité motrice, on est conduit à incriminer un défaut de l'inhibition des mouvements. Ce trouble, que Dupré a montré être à la base du syndrome paratonique, empêche de suspendre volontairement les contractions musculaires et de refréner les mouvements syncinétiques des membres; il fait obstacle chez les débiles palpébraux à l'inhibition de la synergie des paupières et à la dissociation hémilatérale consécutive. De telle sorte voit-on, dans un même syndrome, le déséquilibre musculaire d'une

part maintenir en permanence au niveau des paupières un synchronisme d'ailleurs normal dans son origine, en s'opposant à l'élaboration d'un état de dissociation motrice physiologique, et d'autre part provoquer au niveau des membres un synchronisme anormal dans ses manifestations, en suscitant l'apparition d'un état d'association motrice pathologique.

La débilité palpébrale isolée, sans autre symptôme paratonique, représente-t-elle une forme fruste du syndrome de débilité motrice? Dans certains cas probablement, au même titre que l'exagération isolée des réflexes ou que tel autre élément isolé du syndrome. Tout débile moteur offre une ou plusieurs localisations personnelles de son infirmité, et les modalités individuelles sont fort nombreuses. Il arrive en effet que le clinicien, au lieu de devoir évoquer un groupement clinique déterminé, n'ait à relever qu'une seule anomalie fonctionnelle, telle que hyperréflectivité patellaire, troubles de réflexe plantaire, paratonie, syncinésie, ou, ajouterons-nous, modifications de la dissociation palpébrale. Entre les cas de débilité motrice totale et ceux de débilité motrice élective s'échelonne une série d'intermédiaires.

On se gardera de confondre la débilité motrice palpébrale avec les diverses parésies du releveur et de l'orbiculaire. Parésie musculaire et débilité motrice constituent deux états bien dissemblables. Dans le premier la force musculaire est diminuée ; dans le second elle est intacte, mais les fonctions motrices ne répondent plus aux besoins courants de l'individu. La parésie traduit un déficit moteur; la débilité exprime une insuffisance à coordonner l'effort musculaire vers un but déterminé et à l'adapter à la mesure des nécessités du moment.

La suppression du pouvoir d'inhibition volontaire, qui représente l'élément fondamental de la débilité motrice, laisse sans régulateur l'exercice de la motilité. L'hypertonie persistante engendre le déséquilibre musculaire; elle ne permet qu'une exécution imparfaite des divers mouvements qui exigent, pour se poursuivre de façon normale et régulière, la suspension des contractions musculaires en temps opportun.

Le déséquilibre musculaire qui réalise la *débilité motrice palpébrale* témoigne d'une hypertonie localisée ou diffuse des muscles de fermeture et d'ouverture des paupières. Le syndrome revêt ici un double intérêt.

En aucune autre région tout d'abord il n'est aussi facile, grâce à la simplicité de l'appareil palpébral, de pousser à fond l'analyse du déséquilibre moteur à l'aide de la détermination des muscles en hypertonie.

De plus cette forme de débilité motrice s'individualise par l'atteinte d'un système de muscles conjugués, orbiculaires ou releveurs, qui peuvent sous l'effet de la volonté, se contracter isolément à l'état normal. Le déséquilibre moteur provoqué par l'hypertonie réside dès lors dans l'impossibilité d'entraver momentanément par la volonté la synergie d'éléments homologues; ces conditions ne se réalisent en aucun autre point de l'économie avec la même pureté.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 JANVIER 1912)

Les odeurs de Paris. — M. O. BOUDOUARD. Les odeurs de Paris ont été particulièrement incommodes au cours de l'été de 1911, à un tel point que la presse politique s'est emparée de la question en demandant aux pouvoirs publics de faire le nécessaire pour endiguer le flot des odeurs qu'une année exceptionnelle dans ses conditions climatériques a rendu plus odieuses.

M. Boudouard a étudié systématiquement l'influence des conditions climatériques sur la production et la diffusion des odeurs de Paris qui sont dues surtout aux usines de fabrication des superphosphates destinés à l'agriculture.

Son enquête lui a montré que les conditions de travail dans les usines d'une part, et les conditions climatériques (pression atmosphérique, température, état électrique) d'autre part, ont une action très grande sur la production et la diffusion des odeurs de Paris, et l'on ne peut songer à atténuer l'apparition de ces odeurs sur la ville que par une réglementation très sévère du travail à l'intérieur même des usines.

Arriération infantile et polyopothérapie endocrinienne. — M. Raoul DUPUY.

Sur le rythme utéro-ovarien chez la femme. — M. STAPFER.

Du thymus considéré comme glande à sécrétion interne. — MM. R. PIGACHE et J. WORMS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 30 JANVIER 1912)

Au début de la séance, M. NETTER a lu un rapport sur un travail du docteur Cantas (d'Athènes) relatif au **lieu d'élection pour les injections de sérum antiméningococcique**. Ce point d'élection se trouverait, pour M. Cantas, au niveau de la région dorsale supérieure.

Pathologie comparée des diverses variétés d'aérophagies et de leur bruit éructant chez l'homme et chez le cheval. — M. PÉCUS, vétérinaire de l'école d'application de Fontainebleau, établit qu'il existe chez le cheval comme chez l'homme des gastropathes chroniques déglutisseurs d'air, des aérophages silencieux ou bruyants. Pour lui, les chevaux, dits *tiqueurs* par la loi française sur les vices rédhibitoires, sont des aérophages éructants. Jusqu'à présent on avait nié la possibilité de l'éructation chez le cheval, vu la constitution anatomique spéciale du cardia, infranchissable au retour.

Election. — M. le professeur Gilbert Ballet a été élu, au premier tour, membre titulaire de l'Académie de médecine dans la section de pathologie médicale par 59 voix sur 61 votants. MM. Souques et Babinski ont eu chacun une voix.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 27 JANVIER 1912)

A propos de la réaction de Kastle-Meyer. — MM. DELÉARDE et BENOIT, en réponse aux critiques récemment adressées au procédé de recherche du sang à l'aide du réactif de Kastle-Meyer, exposent les résultats de leurs recherches au sujet de la sensibilité et de la spécificité de la réaction.

La réaction de Kastle-Meyer, pour être moins sensible en milieu urinaire que dans l'eau distillée, n'en est pas moins capable de déceler le sang dans l'urine au taux de 1/26000 environ.

Ce pouvoir atténuant de l'urine est attribuable à l'acide urique et à ses sels, substances réductrices dont la présence est constante dans l'urine.

On peut obtenir la réaction de Kastle-Meyer avec des substances autres que le sang, notamment à l'aide d'oxydants énergiques tels que les persulfates alcalins sous addition d'eau oxygénée.

Les réactions positives obtenues par M. Sartory à l'aide des eaux bicarbonatées sodiques (Vals, Vichy), des bicarbonates alcalins et de nombreux composés chimiques, ne peuvent être reproduites qu'en présence d'un réactif phtalinique altéré par l'action de l'air atmosphérique.

Le réactif de Kastle-Meyer non altéré n'est influencé ni par l'action de la chaleur, ni par celle des solutions de bicarbonate de soude, de sulfate de magnésie, etc.

En résumé, la phénolphtaline constitue un réactif suffisamment sensible et tout aussi spécifique du sang que la teinture de gaiac et la benzidine, sur lesquelles elle présente l'avantage de ne pas être influencée par la présence du pus.

Les secteurs naso-bulbaires. — M. P. Bonnier détermine les segments de la muqueuse nasale au niveau desquels l'irritation du bout périphérique du trijumeau permet d'aller, à l'étage bulbaire conjugué au point touché, actionner tel centre visé et faire disparaître les troubles anatomo-physiologiques liés au désarroi de ce centre. Une figure, résumant cinq ans de recherches systématiques, donne la topographie normale de ces correspondances naso-bulbaires.

Propriétés des albuminoïdes du cerveau. — M. Marie. Les émulsions de matière cérébrale provenant de cerveaux de rabiques, de paralytiques généraux, d'épileptiques, se montrent plus toxiques que celles provenant d'un cerveau normal.

Les glandules parathyroïdes. Etude macroscopique. — MM. Laignel-Lavastine et Paul Duhem rapportent les résultats des dissections de parathyroïdes faites chez 32 sujets, adultes et vieillards.

Réservant actuellement la question des parathyroïdes internes, c'est-à-dire complètement incluses dans la glande thyroïde, ils insistent sur le nombre, le volume, la forme et la situation des parathyroïdes externes.

Les parathyroïdes externes, en général du volume d'un gros grain de blé, de forme lenticulaire ou ovalée, sont dites supérieures ou inférieures, selon qu'elles occupent la partie supérieure ou inférieure du bord postérieur des lobes thyroïdiens.

Sur 32 sujets les auteurs n'ont trouvé que 6 fois les 4 parathyroïdes; chez 9 sujets, il en fut découvert 3; chez 9 seulement 2; chez 7 autres une seule; et dans un dernier cas aucune.

Autres communications :

Rôle du chondriome dans la formation des cristaux intracellulaires de la cellule hépatique. — M. Policard.

Modifications de la cellule hépatique sous l'influence de la congélation. — MM. Doyon et Policard.

Composition minérale du suc pancréatique de chien et de vache. — MM. Frouin et Gérard.

Non spécificité de la réaction anaphylactique aux taches de sperme. — M. Verger.

La Scarlatine, par A. Lesage, médecin de l'hôpital des Enfants (Hérold). In-8 (19 × 12) de 158 pages avec 10 figures. (Encyclop. scient. des aide-mémoire.) — Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné, 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

XIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

[*Lyon, 22-25 octobre 1911* (1)].

COMMUNICATIONS SUR LES MÉNINGITES ET LES MALADIES NERVEUSES

Le procédé de Bruynoghe et le diagnostic de la méningite cérébro-spinale. — MM. Job et Raymond. Ce procédé très sensible (culture sur milieu composé de mi-partie bouillon, mi-partie liquide céphalo-rachidien du malade) est excellent quand l'examen direct et les cultures sur milieux ordinaires sont restés négatifs.

Sur quelques cas de méningite cérébro-spinale guéris avec ou sans séquelle : étiologie et pronostic. — M. Carrieu (de Montpellier). L'étude de ces cas montre qu'au point de vue étiologique la contagion a été difficile à dépister; ils paraissent tous avoir été des cas sporadiques, malgré l'absence de toute règle d'hygiène. Il n'y a qu'un cas de contagion qui semble net : celui d'un fils à son père.

Les séquelles, depuis que la mortalité de la méningite cérébro-spinale est tombée à 10 p. 100, ainsi que cela s'était montré pour les paralysies post-diphtériques après l'emploi du sérum, paraissent augmenter de fréquence; leur localisation est extrêmement variable et le clinicien devra, dès maintenant, s'attacher à les dépister d'une manière précoce pour assurer son pronostic.

Deux cas de pneumococcie méningée. — M. Lafforgue. C'est surtout au point de vue bactériologique et cytologique que ces observations présentent de l'intérêt.

Dans un cas très sévère, terminé par la mort, une première ponction lombaire a donné les résultats suivants : pas de microbes, lymphocytose à peu près pure et très marquée; une deuxième ponction, quarante-huit heures après, montre, au contraire, une polynucléose complète et des pneumocoques très nombreux : cette ponction, faite en deux fois, permit de constater que les polynucléaires contenaient, au contraire, des microbes englobés dans un coagulum fibrineux, ce qui confirme l'hypothèse de Widal, dans les méningites sans réaction leucocytaire.

Dans le second cas, bénin, il fut constaté que le pneumocoque peut coloniser dans le liquide céphalo-rachidien pour disparaître très vite, s'accompagnant, d'ailleurs, de lymphocytose sans polynucléose consécutive.

Traitement des méningites aiguës par la dilution du liquide céphalo-rachidien au moyen d'injections multiples de liquide rachidien artificiel. — M. Henri Aboulker (d'Alger). Dans le traitement des méningites aiguës, la ponction lombaire agit : 1° en permettant l'injection de substances curatives, c'est l'action thérapeutique; 2° en supprimant une certaine quantité d'éléments infectieux et toxiques, c'est l'action préventive.

Il est admis que les ponctions répétées contribuent à la guérison des méningites aiguës. Si une ponction qui évacue 10 centimètres cubes de liquide méningé supprime une quantité appréciable d'éléments infectieux et toxiques, on est en droit de rechercher le moyen d'étendre cette action préventive. Le plus simple consiste à multiplier les ponctions et à faire le plus grand nombre possible d'évacuations dans la même séance. Pour ne pas modifier l'équilibre de l'axe cérébro-spinal, il semble théoriquement suffisant de remplacer le liquide aspiré par une quantité égale de liquide injecté immé-

---

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 125, p. 1784; n° 126, p. 1798; n° 127, p. 1814; n° 129, p. 1852; n° 132, p. 1889; n° 135, p. 1937; n° 139, p. 1997; 1912, n° 3, p. 35; n° 6, p. 71; n° 7, p. 87; n° 11, p. 148.

diatement et réalisant la composition du liquide céphalo-rachidien normal. Le meilleur sera le liquide céphalo-rachidien artificiel stérilisé et tiède. L'aiguille restant en place, par aspirations et injections successives, on dilue progressivement le liquide septique et l'on peut pousser théoriquement cette dilution jusqu'à obtenir un liquide méningé ramené très près de la normale. Si, par exemple, on pratique vingt aspirations en une séance, on n'aura fait qu'exécuter pour ainsi dire en dix minutes le traitement qui est fait d'ordinaire en dix jours. Les conditions physiques et chimiques principales, qui commandent l'équilibre de l'axe cérébro-spinal, n'étant pas sensiblement modifiées, ce traitement paraît permis, et semble même théoriquement devoir être un adjuvant appréciable du traitement classique. La dernière aspiration de liquide céphalo-rachidien ferait place à l'injection d'électrargol ou de sérum ; et, suivant les indications fournies par l'évolution de la maladie, les bains chauds, les médications de l'état général, le traitement de la porte d'entrée (désinfection du pharynx, des fosses nasales, des sinus, de l'oreille) trouveraient leur application suivant les règles classiques.

Cette méthode *des dilutions successives et progressives du liquide méningé* me paraîtrait indiquée :

1° Dans toutes les méningites aiguës ;

2° Dans les hémorragies méningées dans lesquelles l'action toxique de l'absorption du sang épanché est à redouter.

Je sais bien que l'infection du liquide céphalo-rachidien ne constitue pas à elle seule la méningite. Elle n'en est qu'un des symptômes, un des signaux avertisseurs de l'état de la surface arachnoïdo-pie-mérienne. Mais ce liquide septique infecté incessamment par le contact avec les méninges enflammées réagit à son tour sur elles et sur l'organisme entier.

Le liquide de méningite dilué ne restera pas sans doute longtemps dans le même état d'asepsie relative. Son pouvoir infectieux et toxique tendra rapidement à s'élever à nouveau. L'expérience fixerait l'opportunité d'une nouvelle séance de dilution à faire le même jour ou les jours suivants. En tous cas, le cerveau, la moelle et l'organisme tout entier auront été soustraits à l'action des éléments infectieux et toxiques du liquide pathologique pendant un temps appréciable, durant lequel les forces défensives locales et générales de l'organisme réagiront plus facilement et avec plus d'efficacité.

Sur un cas de septicémie gonococcique terminé par une méningite cérébro-spinale. — M. GIMBERT (de Cannes). M. X..., âgé de vingt-six ans, ancien paludéen, touché par le paludisme à neuf ans, puis à l'âge de vingt-deux ans, contracte une blennorragie en 1906 ; il fait de la cystite, puis de la pyélonéphrite ascendante, puis des phénomènes généraux ; on voit successivement évoluer sa pyélonéphrite, puis une endocardite mitrale. Trois ans plus tard, alors que sa néphrite s'améliorait, que la lésion cardiaque commençait à être bien compensée, il fait une périsplénite, puis un peu d'infection respiratoire, et une méningite cérébro-spinale l'emporte en vingt-quatre heures, en février 1909.

La question est de savoir si c'est le même gonocoque qui, après les diverses localisations viscérales, a déterminé la méningite, ou si le méningocoque s'est substitué à lui dans cette localisation.

Dans le liquide de la ponction lombaire, louche, albumineux, nous avons trouvé des leucocytes polynucléaires très altérés et, dans l'intérieur de leur protoplasma ou dans leur intervalle, des diplocoques en abondance, qui semblaient peut-être un peu plus volumineux que le méningocoque et ne se plaçaient pas en tétrade. Ce microbe a poussé sur gélose-ascite, il se décolorait par le gram, le sérum antiméningococcique n'agglutinait pas la culture. Nous n'avons malheureusement pu ni l'inoculer, ni rechercher les microbes dans le sang, ni étudier leur action fermentative.

Retenons seulement l'absence d'effet de la sérothérapie, l'absence d'agglutination, l'histoire clinique, pour dire que, dans certains cas, il est possible au gonocoque de se localiser sur les méninges pour donner des méningites cérébro-spinales d'autant plus graves que le sérum antiméningococcique ne peut avoir sur elles aucune action.

(*A suivre.*) FERNAND LÉVY.

LIVRES NOUVEAUX

Précis des maladies des vieillards (1), par les docteurs A. PIC et S. BONNAMOUR.

Ce livre fait partie de la *collection Testut*, justement célèbre aujourd'hui dans le monde des étudiants comme dans celui des praticiens. Le but, que se sont proposé les auteurs en écrivant ce précis, a été de différencier, aussi nettement que possible, ce qui, chez le vieillard, est fonction de l'involution sénile de ce qui est le fait de maladies surajoutées à cette involution régressive. Les travaux antérieurs du professeur Pic sur la pathologie sénile du cœur, l'athérome, l'artériosclérose, l'indiquaient tout spécialement pour écrire un pareil traité.

Ce précis commence par une définition de la *sénilité*, et par la description des troubles qui précèdent, tant chez l'homme que chez la femme, le début de cette sénilité. L'étude de cette phase présénile, de l'âge critique, chez l'homme, constitue un chapitre assez nouveau de pathologie extrêmement intéressant à lire.

Puis, vient l'exposé de ce qu'il faut entendre sous le nom de *cœur sénile*; la conclusion de cette étude est que chez tout vieillard, atteint d'une maladie quelconque, on doit toujours surveiller le cœur, même s'il paraît indemne de toute altération et à plus forte raison s'il est atteint d'une quelconque des affections cardiaques qui sont étudiées ensuite tout au long (cardiopathies artérielles, myocardites, troubles du rythme cardiaque, péricardite, symphyse cardiaque).

Nous signalons l'extrême importance de toute cette pathologie cardiaque du vieillard, ainsi que la description clinique très instinctive qui suit, et qui a trait à l'artérite chronique, à l'athérome, à l'artériosclérose.

Aux affections de l'appareil bronchopulmonaire si fréquentes chez le vieillard, sont consacrés de longs développements, tout spécialement à la tuberculose pulmonaire.

Signalons enfin les maladies du système nerveux de l'appareil digestif, des organes génitaux urinaires et des affections cutanées, etc.

Nous ne pouvons énumérer ici tous les chapitres traités, mais il convient d'insister sur la clarté de chacun d'eux, sur les qualités d'une exposition essentiellement clinique qui ne s'embarrasse pas d'une pathogénie, souvent trop complexe. C'est un précis, et non un traité complet que les auteurs ont écrit. Il faut dire qu'ils ont parfaitement atteint leur but; et dans ce petit livre, d'un format agréable, illustré de bonnes figures (il y en a 80 et le volume a 870 pages), en quelques instants l'étudiant ou le praticien trouvera le renseignement qu'il cherche, le conseil dont il a besoin. L. BABONNEIX.

(1) Paris, O. Doin.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES PARALYSIES SATURNINES

GÉNÉRALITÉS. — Après la colique de plomb et les encéphalopathies, les paralysies représentent l'un des accidents le plus fréquent de l'intoxication saturnine. La connaissance de ces paralysies remonte à Tanquerel des Planches (1834); leur étude s'est complétée depuis, grâce aux travaux de Remak, Erb, Duchenne (de Boulogne), Gombault et de Mme Déjerine-Klumpke. Ces dernières années la question du saturnisme en général a pris un intérêt nouveau, en raison des multiples enquêtes qui ont été prescrites en vue de préciser la fréquence de ces accidents et leur déterminisme exact, et la manière d'y remédier par des mesures d'hygiène générale (enquêtes de MM. Mosny, Dieulafoy, Chantemesse). Enfin l'étude de ces paralysies suscite un intérêt tout spécial en raison des liens qui les unissent à l'*hystérie*.

DÉFINITION. — Les paralysies sont un accident *tardif*, quelquefois cependant précoce, de l'intoxication par le plomb; elles apparaissent fréquemment chez un saturnin à l'occasion d'un écart de régime, surtout d'un *excès alcoolique*; elles intéressent de préférence le membre supérieur, et sont le plus souvent BILATÉRALES, mais toujours plus marquées d'un côté, en général du côté qui travaille le plus. Elles s'accompagnent rapidement de *troubles trophiques* et de modification des *réactions électriques*; elles comportent un pronostic assez réservé, surtout en raison des *récidives* fréquentes.

ÉTIOLOGIE. — Ces troubles paralytiques s'observent de préférence au cours des intoxications saturnines *lentes*, exceptionnellement des intoxications aiguës. Elles sont précédées, le plus souvent, d'autres complications du saturnisme (colique de plomb, encéphalopathies, méningites, arthrites, albuminurie). Toutes les professions qui touchent plus ou moins au plomb y conduisent : nous n'insisterons pas sur cette étiologie qui est plus celle du saturnisme en général, que celle des paralysies saturnines en particulier.

Causes prédisposantes. — Il faut spécialement invoquer parmi celles-ci, la mauvaise hygiène, le rôle incontestable de l'*alcoolisme*, l'hérédité névropathique, le rôle du travail musculaire (c'est, en effet, toujours le bras qui travaille le plus, qui est pris le premier, bras gauche chez les gauchers).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — *a.* **Lésions des nerfs.** — Les lésions des nerfs ont été bien étudiées par Gombault : elles consistent d'abord en *névrite segmentaire périaxile*, portant essentiellement sur les fibres motrices, plus rarement sur les fibres sensitives, exceptionnellement sur les fibres vaso-motrices; le tissu conjonctif entourant le nerf n'est pas touché. Le segment interannulaire peut être intéressé en totalité, ou seulement en partie; on observe une désintégration de la gaine de myéline qui s'émulsionne en de fines granulations, et tend de plus en plus à disparaître, seuls persistent assez longtemps les noyaux; le cylindre axe est ininterrompu dans sa continuité, aussi la restauration de la fibre est-elle, en général, assez rapidement effectuée, lorsque la lésion n'a pas dépassé ce stade.

Dans certains cas cependant, le cylindre axe peut être touché, et l'on observe alors les lésions de *névrite parenchymateuse*, rappelant celles de la *dégénérescence wallérienne* (végétation protoplasmique, prolifération des noyaux, segmentation grossière de la myéline, *section du cylindre axe, atrophie du tube nerveux*). Cette lésion diffère de la dégénérescence wallérienne, en ce que toutes les fibres d'un nerf ne sont pas également atteintes, mais que les altérations dépendent essentiellement de l'âge des lésions.

b. **Lésions médullaires.** — Certains auteurs ont décrit quelques lésions légères, des racines et des cellules des cornes antérieures; spécialement ils ont signalé la diminution de nombre et de volume des cellules du groupe antérieur et interne; pour Carl Ceni, il existerait deux processus, l'un central, consistant en une dégénérescence granulo-graisseuse et diffuse des éléments ganglionnaires avec encéphalo-myélite disséminée, l'autre périphérique, la névrite segmentaire périaxile; pour bon nombre d'auteurs enfin ces lésions spinales feraient toujours défaut. Il nous faut signaler enfin la fréquence d'une réaction méningée plus ou moins légère au cours de ces paralysies. Cette réaction se traduit par la présence de quelques lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien; et tout récemment encore, M. de Massary rapportait un cas de paralysie saturnine généralisée, ayant débuté par le type brachial, avec *lymphocytose rachidienne*.

c. **Lésions des muscles.** — Les muscles présentent trois états : soit souples et sains, soit décolorés et couleur chair de saumon, soit durs et rigides, couleur de viande fumée; au microscope l'on note tous les degrés de l'atrophie simple, depuis la diminution de volume de quelques fibres, jusqu'à la destruction complète de certaines fibres qui ne présentent plus que leurs gaines de sarcolemme. On note une multiplication très considérable des noyaux du sarcolemme qui finit par étouffer l'élément contractile, un peu de myosite interstitielle, sans véritable sclérose, un certain degré d'endo et de périartérite des vaisseaux musculaires. Cet épaississement des vaisseaux peut d'ailleurs aboutir au rétrécissement ou à l'oblitération complète.

PATHOGÉNIE. — On a d'abord invoqué pour expliquer ces paralysies une *théorie musculaire* : d'après cette théorie, le plomb s'accumule spécialement au niveau des fibres musculaires, qui rapidement sont ainsi altérées, puis détruites; pour certains auteurs, la lésion se localiserait électivement au niveau de la plaque motrice. Contre cette théorie on a invoqué le fait clinique de la bilatéralité des lésions et de la localisation, toujours identique ou à peu près du processus, et la constatation chimique de l'accumulation constante du plomb dans le système nerveux.

On a invoqué ensuite une *théorie vasculaire*, expliquant l'intégrité relative des fléchisseurs par le fait que, se contractant plus énergiquement que les extenseurs, ils chassent, plus énergiquement, le sang, chargé de plomb.

La *théorie nerveuse* est seule admise de nos jours; cette théorie invoque soit une *origine nerveuse centrale*, soit une *origine périphérique*. Les partisans de la théorie centrale s'appuient sur : *a.* les lésions anatomiques décrites au niveau des cellules des cornes antérieures, interprétant les lésions périphériques comme une conséquence des lésions de leurs cellules trophiques; *b.* l'intégrité du long supinateur; *c.* (Marie et Babinski) la bilatéralité, le manque de parallélisme entre la localisation des troubles et le trajet des troncs nerveux, l'insignifiance fréquente des lésions des nerfs par rapport au tableau clinique; *d.* sur la constatation de réaction méningée (lymphocytose rachidienne) avec les lésions radiculaires qu'elle comporte. Certains auteurs, dont Vulpian, ont eu recours à l'expérimentation pour démontrer l'existence de ces lésions centrales, à la suite d'une injection de plomb; pour Körster, on peut assister suivant les cas, soit à un début spinal, soit à un début périphérique, pour Brissaud enfin le rôle de la moelle est incontestable, mais il n'est pas encore précisé.

Les partisans de la théorie de la névrite périphérique primitive (Remak, Charcot, Gombault) se basent essentiellement sur les preuves anatomiques, en particulier sur la névrite segmentaire périaxile qui existe indépendamment de toute lésion des centres. Suivant Remak, la paralysie saturnine est due à une lésion toxique de la portion périphérique du neurone moteur, et nullement à une lésion médullaire, dont l'existence n'est ni assez constante, ni assez démontrée; d'après Gombault, cette névrite doit entrer dans la catégorie des œdèmes inflammatoires débutant au niveau de la porte d'entrée dans le nerf des liquides nutritifs.

M. Raymond adoptait une théorie mixte, le poison intéressant à la fois et simultanément tous les éléments du neurone moteur; pour Perrin il y aurait d'abord névrite périphérique, puis cellulo-névrite.

L'explication de la localisation de la paralysie au groupe des extenseurs à l'avant-bras est assez difficile à trouver : on invoque soit le contact direct du plomb, soit la vascularisation spéciale de ces muscles, soit une origine nerveuse spéciale.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 14. — SAMEDI 3 FÉVRIER 1912. 85e ANNÉE. SAMEDI 3 FÉVRIER 1912. — N° 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — M. le docteur Monthus a pris le service d'ophtalmologie de la Pitié.

M. le docteur Cantonnet a pris le service d'ophtalmologie de Cochin.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 25 mars 1912, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), de dix heures à trois heures, du lundi 26 février au samedi 9 mars 1912, inclusivement.

— Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1912-1913. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les établissements de l'administration, pour l'année 1912-1913, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions, ceux des première et deuxième années le 15 février 1912, et ceux des troisième et quatrième années le 1er mai 1912) : internes et internes provisoires, le lundi 12 février, à deux heures.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 1er mars 1912) : ceux de septième année (militaires), de sixième, de cinquième et de quatrième années (externes ayant concouru en 1905, 1906, 1907, 1908), le samedi 17 février, à deux heures ; — ceux de troisième année (externes ayant concouru en 1909), le lundi 19 février, à deux heures ; — ceux de deuxième année (externes ayant concouru en 1910), le jeudi 22 février, à deux heures ; — ceux de première année (externes ayant concouru en 1911), le samedi 24 février, à deux heures.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sujet du *prix Saintour* pour 1912 : « Variolo-Vaccine ».

Sujet du *prix Corvisart* pour 1912 : « Hépatite tuberculeuse ».

Sujet du *prix Béhier* pour 1912 : « Syphilis rénale ».

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — M. Viguier, docteur en médecine, est chargé, du 1er décembre 1911 au 30 octobre 1913, des fonctions d'agrégé (section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine).

M. Raynaud, docteur en médecine, chef de clinique médicale, est chargé, du 1er décembre 1911 au 30 octobre 1913, des fonctions d'agrégé (section de médecine générale).

— Montpellier. — Un congé, du 1er janvier au 30 décembre 1912, est accordé sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Rodet, professeur de microbiologie.

M. Lagriffoul, agrégé, est chargé, en outre, du 1er janvier au 31 décembre 1912 (durée du congé accordé à M. Rodet), d'un cours de microbiologie.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Un congé du 1er janvier au 30 juin 1912, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Gauthier, chargé d'un cours complémentaire de pathologie et bactériologie des maladies exotiques.

M. Raybaud, docteur en médecine, est chargé, du 1er janvier au 30 juin 1912 (durée du congé accordé à M. Gauthier), d'un cours complémentaire de pathologie et bactériologie des maladies exotiques.

DISTINCTION HONORIFIQUE. — M. le docteur Gallard (de Biarritz) est nommé chevalier de la Légion d'honneur comme capitaine d'artillerie territoriale à l'état-major de la 18e région.

DÉCRET INSTITUANT UNE COMMISSION SUPÉRIEURE DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL. — Le *Journal officiel* du 31 janvier 1912 publie le décret et l'arrêté suivants :

« Le président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Décrète :

Article premier. — Il est institué au ministère de l'instruction publique, sous la présidence du ministre, une commission supérieure de l'enseignement médical.

Art. 2. — Les membres de cette commission sont nommés pour cinq ans par arrêté ministériel.

Art. 3. — La commission examine toutes les questions dont elle est saisie par le ministre. Elle se réunit deux fois par an. Elle peut être convoquée par le ministre en session extraordinaire.

Art. 4. — Tout membre a le droit de soumettre au ministre, soit pendant la session, soit en dehors des sessions, des propositions ou vœux sur les questions qui sont de la compétence

de la commission. Les propositions ou vœux doivent être formulés par écrit et signés.

ART. 5. — Les propositions ou vœux sont renvoyés de droit à une sous-commission qui comprend un des vice-présidents de la commission, trois membres nommés par le ministre et six membres élus par la commission au scrutin secret pour la durée des pouvoirs de la commission. La sous-commission examine les propositions ou vœux et, après avoir entendu les auteurs, s'ils en font la demande, donne son avis au ministre, qui statue ou qui renvoie à l'examen de la commission en séance plénière.

ART. 6. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 30 janvier 1912. »

A. FALLIÈRES.

Par le président de la République :
Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,
GUIST'HAU.

— « Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Arrête :

Sont nommés membres de la commission supérieure de l'enseignement médical instituée par le décret du 30 janvier 1912 :

Le vice-recteur de l'académie de Paris, vice-président.
Le directeur de l'enseignement supérieur, vice-président.
Les représentants des facultés de médecine en conseil supérieur de l'instruction publique.
Les membres de la commission de médecine et de pharmacie du comité consultatif de l'enseignement public (première section).
Les membres de la section de médecine et de chirurgie de l'Académie des sciences.
Les doyens des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie.
Le président et le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine.
Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publique au ministère de l'intérieur.
Le directeur général de l'administration générale de l'assistance publique à Paris.
Le directeur de l'école d'application du service de santé militaire du Val-de-Grâce.

MM. Cazeneuve, sénateur.
Debierre, sénateur.
Goy, sénateur.
Labbé, sénateur.
Reymond (Emile), sénateur.
Augagneur, député.
Doizy, député.
Dron, député.
Plouzané, député.
Barth, médecin des hôpitaux.
Bazy, chirurgien des hôpitaux.
Brocq, médecin des hôpitaux.
Butte, docteur en médecine.
Carnot, agrégé près la faculté de médecine de l'université de Paris.
Chapon, docteur en médecine.
Courmont (Jules), professeur à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lyon.
Delbet, professeur à la faculté de médecine de l'université de Paris.
Dignat, docteur en médecine.
Ducor, docteur en médecine.
Fournier, médecin des hôpitaux.
Gairal, docteur en médecine.
Gley, professeur au Collège de France, membre de l'Académie de médecine.
Grasset, professeur à la faculté de médecine de l'université de Montpellier.
Helme, docteur en médecine.
Jeanne, docteur en médecine.
Jagot, directeur de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers.
MM. Le Gendre, médecin des hôpitaux.
Livon, directeur de l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.
Mirallié, professeur à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.
Moure, professeur adjoint à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Bordeaux.
Pelisse, docteur en médecine.
Pozzi, professeur à la faculté de médecine de l'université de Paris.
Peugniez, professeur à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.
Regaud, agrégé près la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lyon.
Routier, chirurgien des hôpitaux.
Roux, directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie des sciences, membre de l'Académie de médecine.
Siredey, médecin des hôpitaux.
Teissier (Pierre), professeur à la faculté de médecine de l'université de Paris.
Widal, professeur à la faculté de médecine de l'université de Paris.

Fait à Paris, le 30 janvier 1912. »

GUIST'HAU.

GUERRE. — Par décret en date du 25 janvier 1912, les médecins aides-majors de deuxième classe dont les noms suivent ont été promus au grade de médecin aide-major de première classe pour prendre rang du 15 janvier 1912, et ont été maintenus à leurs postes actuels.

MM. Pilod, de l'hôpit. milit. du Val-de-Grâce (bactériologie); Rasse, de l'hôpit. milit. du Val-de-Grâce (diagnostic chirurgical spécial); Bernard, du 158e d'inf.; Bolotte, du 67e d'inf.; Barral, du 120e d'inf.; Bureau, du 9e bat. de chass. à pied; Bertet, du 58e d'inf.; Barbier, du 106e d'inf.; Lambert, du 10e bat. de chass. à pied; Rougeux, du 14e bat. de chass. à pied; Bendon, du 10e d'inf.; Martin, du 71e d'inf.; Rolland, du 125e d'inf.; Lombardy, des hôpit. de la division de Constantine; Ehringer, du 139e d'inf.; Ferry, du 8e bat. de chass. à pied; Scharenberger, du 17e d'art.; Brunhammer, des hôpit. de la division de Constantine; Soderlindh, du 152e d'inf.; Rossi, des hôpit. de la division de Constantine; Renaud, du 147e d'inf.; Ayrolles, du 162e d'inf.; You, du 132e d'inf.; Wulliam, du 62e d'art.; Olive, du 148e d'inf.; Bret, du 3e bat. de chass. à pied; Larnaudie, du 49e d'inf.

— Ont été désignés pour faire partie de la mission militaire française au Maroc :

MM. les médecins aides-majors de première classe Théobalt et Clot, aux hôpit. milit. de la division d'Oran; Morras, aux hôpit. milit. de la division de Constantine.

HOMMAGE AU PROFESSEUR GRASSET. — La souscription ouverte pour offrir à M. le professeur Grasset, à l'occasion de la trentième année de son professorat, son buste et une médaille, œuvres du sculpteur Injalbert, est sur le point d'être close. Le tirage des exemplaires de la médaille destinés aux souscripteurs est en voie d'exécution.

La remise solennelle du buste et de la médaille aura lieu à Montpellier en avril prochain. La date exacte sera ultérieurement fixée.

LE SALON DES MÉDECINS. — Pour la troisième fois le Salon des médecins s'ouvrira du 12 au 24 mars prochain à l'institut Berlitz, 31, boulevard des Italiens, de neuf heures du matin à six heures du soir. Les deux premiers furent, on s'en rappelle, un succès et nous révélèrent chez nos confrères de réels talents inconnus. Comme précédemment tous les membres de la famille médicale sont conviés à prendre part à cette curieuse manifestation artistique : professeurs, praticiens, internes, étudiants; de même que sont admises toutes les œuvres : peinture, sculpture, aquarelle, gravure, pastel, dessin, art décoratif, inédites ou ayant déjà été exposées ailleurs. Cette année également une section de ce salon sera consacrée à une exposition de médailles et objets d'art ayant trait à la médecine (la médecine dans l'art). A ce propos un appel tout particulier est adressé à nos confrères collection-

neurs qui voudraient bien rehausser de leurs richesses cette très intéressante exposition.

Pour les inscriptions et renseignements, s'adresser à l'organisateur, M. le docteur P. Rabier, 3, rue Saint-Louis-en-l'Ile, Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bénech, médecin inspecteur du cadre de réserve, ancien directeur du service de santé au 20e corps d'armée.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la quatrième semaine, 1049 décès au lieu de 961 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1078, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal. Cependant la rougeole continue à être assez répandue dans les quartiers pauvres, et la fièvre typhoïde n'est pas aussi rare que d'ordinaire.

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE (professeur : M. Pierre Marie). — Cours pratique et technique d'anatomie pathologique du système nerveux. — MM. G. Roussy, agrégé, chef des travaux, et J. Lhermitte, ancien chef de laboratoire, de la clinique du système nerveux, ont commencé le vendredi 2 février à trois heures, au laboratoire d'Anatomie pathologique (salle Gombault), un cours pratique et technique d'Anatomie pathologique du système nerveux.

Ce cours s'adresse essentiellement aux médecins français et étrangers, aux internes ou aux étudiants qui désirent se mettre au courant des techniques employées actuellement dans l'étude anatomique du système nerveux.

Les séances ont lieu trois fois par semaine, les lundis, mercredis, vendredis, de trois heures à cinq heures. Au début de chaque séance, il sera fait une courte démonstration au moyen de préparations choisies comme type; les élèves seront ensuite exercés individuellement aux différentes techniques histologiques et à la lecture des préparations qu'ils auront faites. Ces préparations resteront leur propriété personnelle.

La durée du cours est d'un mois; il comprend douze séances de démonstration, mais le laboratoire sera ouvert tous les jours, à partir de trois heures, pour les élèves qui désireront y travailler.

Les microscopes et les réactifs sont fournis par le laboratoire, à l'exception des lames, lamelles et de l'alcool absolu.

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série des conférences.

Sont admis, les docteurs français et étrangers et les étudiants titulaires de seize inscriptions immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis.

Le droit à verser est de 50 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

HOPITAL DE LA PITIÉ (service n° 9). — M. le docteur Paul Thiéry agrégé, chirurgien de la Pitié, fera trois conférences sur les accidents de travail, les jeudi 8, lundi 12 et jeudi 15 février à dix heures et demie du matin.

Les conférences auront lieu dans le service 9 de la Pitié, boulevard de l'Hôpital, 83.

— Maladie des yeux. — M. le docteur Monthus, ophtalmologiste de la Pitié, fait tous les jours à neuf heures, à la consultation d'ophtalmologie, des présentations de malades avec examen individuel par les élèves.

Tous les jeudis à onze heures, conférence sur un sujet d'ophtalmologie élémentaire à l'usage des étudiants et des médecins praticiens.

Le mardi à dix heures : opérations oculaires.

COURS DE PERFECTIONNEMENT DE MALADIES VÉNÉRIENNES ET DE MALADIES DES VOIES URINAIRES. — MM. Queyrat, médecin, et Michon, chirurgien de l'hôpital Cochin-Ricord, feront à cet hôpital, du lundi 12 février au dimanche 31 mars, un cours de perfectionnement de maladies vénériennes et de maladies des voies urinaires avec l'assistance de MM. Louis Fournier, médecin de l'hôpital Cochin-Ricord; Monthus, ancien ophtalmologiste de l'hôpital Cochin-Ricord, ophtalmologiste de la Pitié; Cantonnet, ophtalmologiste de l'hôpital Cochin-Ricord; Demanche, ancien interne, assistant de consultation de l'hôpital Cochin-Ricord; Paul Ertzbischoff, ancien interne de l'hôpital Cochin-Ricord, ancien chef de clinique de la Faculté (voies urinaires); Marcel Pinard, ancien interne de l'hôpital Cochin-Ricord, chef de clinique de la Faculté; Laroche, ancien interne de l'hôpital Cochin-Ricord, chef de clinique adjoint de la Faculté; Benjamin Bord, ancien interne des hôpitaux, assistant d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital des Enfants-assistés.

Ces cours auront lieu tous les jours sauf les dimanches et le mardi-gras 20 février, et comprendront une leçon théorique et des exercices pratiques.

Les conférences théoriques auront lieu dans la salle du musée de l'hôpital Cochin-Ricord (avec présentation de malades et de moulages), les exercices pratiques, dans les laboratoires de MM. Queyrat et Fournier ou dans la polyclinique de M. Michon.

Le prix d'inscription est de soixante francs.

On peut s'inscrire tous les matins à l'hôpital Cochin-Ricord, 111, boulevard de Port-Royal, aux laboratoires de M. Queyrat ou de M. Michon.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 12 AU 17 FÉVRIER 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 12 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).

2e. — 3e (oral, 1re et 2e parties).

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 13 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e (1re et 2e séries).

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 14 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e. — 3e (oral, 1re partie, 1re, 2e et 3e séries). — 4e.

Jeudi 15 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e (1re et 2e séries). — 3e (oral, 1re partie).

Vendredi 16 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).

2e. — 3e (oral, 1re partie).

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 17 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).

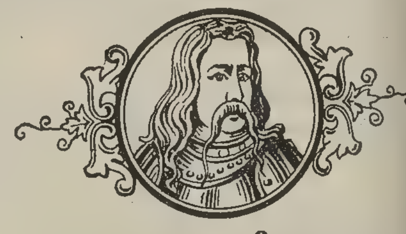
2e (1re et 2e séries). — 3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).

5e (2e partie), *Beaujon* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon*.

THÈSES

Mercredi 14 février, à une heure. — M. Lavabre. Déchéance sociale et éducation. (MM. Blanchard, président; Gaucher, Richaud et Gougerot.) — M. Duprey. Contribution à l'étude du prurit tabétique simple ou compliqué. (MM. Gaucher, président; Blanchard, Richaud et Gougerot.)



REVUE GÉNÉRALE

ÉTIOLOGIE & PATHOGÉNIE DES TUBERCULIDES CUTANÉES

LES TUBERCULIDES EXPÉRIMENTALES (1)

I. Démonstration de la nature bacillaire des « tuberculides » cutanées, par la reproduction expérimentale des lésions sur la peau épilée du cobaye au moyen de simples frottis de cultures pures de bacilles de Koch.

II. Pathogénie des tuberculides cutanées éclairée par l'expérimentation : Hypothèses pathogéniques anciennes et nouvelles.

PAR

H. GOUGEROT, Professeur agrégé, Ancien interne médaille d'or

et

G. LAROCHE, Chef de clinique adjoint, Ancien interne lauréat

des hôpitaux de Paris.

* * *

II

PATHOGÉNIE DES TUBERCULIDES HUMAINES ÉCLAIRÉE PAR L'EXPÉRIMENTATION : HYPOTHÈSES PATHOGÉNIQUES

Nos travaux de 1906 et 1907, annoncés à la Société de biologie, résumés dans notre premier travail de 1908 et dans la thèse de l'un de nous, détaillés dans notre deuxième travail paru dans les *Archives de médecine expérimentale* en 1909, ont tenté d'éclairer le problème pathogénique en s'appuyant à la fois sur les observations humaines et sur nos séries d'expériences (2).

« Sachant reproduire ces tuberculides en série, il fallait, disions-nous, se demander si l'expérimentation ne pouvait éclairer le problème si controversé de leur pathogénie. Haury, Darier ont démontré que ces tuberculides étaient dues à l'action locale des bacilles... Nos expériences s'ajoutaient à toutes ces preuves pour confirmer la nature bacillaire locale de ces lésions et il n'y avait plus lieu de s'attarder à la démonstration de cette théorie pathogénique. Il fallait surtout préciser le mécanisme de cette action bacillaire locale en étudiant le rôle du germe et du terrain. Pour ce (usant de la même technique, frottis de bacille sur épiderme épilé, afin que les résultats fussent comparables entre eux), il suffisait de faire varier les qualités du bacille et de modifier le terrain... Autant qu'on peut conclure de l'animal à l'homme, et sur des séries forcément peu nombreuses, l'expérimentation apporte une grande clarté dans cette difficile question. »

L'étude comparée des observations expérimentales, animales et humaines (1), nous a amenés à la conception suivante.

I. Toutes les tuberculides, sauf peut-être quelques érythèmes et eczéma scrofulosorum, sont dues à l'action locale du bacille tuberculeux (ou de ses débris), présent dans la lésion (Haury-Darier), agissant à la fois par ses toxines adhérentes et par ses toxines solubles diffusant autour de lui.

La première théorie pathogénique des tuberculides, qui fut proposée, fut la théorie toxinémique : d'un foyer tuberculeux, ganglionnaire par exemple, diffusent dans la circulation générale des toxines qui vont déterminer les lésions cutanées. Après avoir eu la plus grande faveur, la théorie toxinémique ou des toxi-tuberculides, à laquelle les noms d'Hallopeau (2) et de Bœck (3) ont donné tant d'éclat, est de plus en plus délaissée. On lui a fait des objections puissantes.

« La première objection, disions-nous, a été que dans ces tuberculides on pouvait parfois mettre en évidence le bacille de Koch, soit par la coloration directe des coupes, soit surtout par les inoculations au cobaye. Il est vrai que la présence inconstante de très rares bacilles n'est pas pour Hallopeau une objection à la théorie des toxi-tuberculides : « Des bacilles circulant dans le sang s'arrêteraient aux points cutanés déjà lésés par les toxines, d'autant plus qu'il existe déjà là des troubles circulatoires : il n'y aurait donc rien d'étonnant à ce qu'une toxi-tuberculide se transforme par prolifération et développement des bacilles embolisés tardivement en une vraie bacillo-tuberculide (tuberculose cutanée) » ; d'après eux la tuberculide avec follicule tuberculeux et bacilles ne serait qu'une transformation secondaire d'une lésion primitivement toxinique.

« La deuxième objection, et la plus puissante, est que jamais on n'a pu reproduire ces lésions avec la tuberculine ni chez l'homme, ni chez l'animal [Riehl (4), Neisser (5)]. De nombreux expérimentateurs ont essayé, tous ont échoué et nous-mêmes, dans de nombreux essais, nous n'avons pu y réussir.

« Les observations analogues à celle de Schwenninger (6), qu'Hallopeau et Bœck citent en faveur de la théorie toxinienne (apparition de lichen scrofulosorum à la suite d'une injection sous-cutanée de tuberculine), doivent être interprétées dans un sens tout différent; la tuberculine n'a pas créé la lésion, elle

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 11, p. 141.

(2) Le problème pathogénie des tuberculoses cutanées n'est qu'une des parties du problème pathogénique des bacillo-tuberculoses non folliculaires en général. Voir Léon Bernard et Gougerot. Pathogénie des lésions non folliculaires de la tuberculose, *Soc. de la tuberculose*, 11 juin 1908, in *Bull. méd.*, 8 juillet 1908, et Rôle de l'atténuation des bacilles dans le déterminisme des lésions non folliculaires de la tuberculose, *Soc. de biol.*, 13 juin 1908. — L'étude d'ensemble est faite dans Gougerot. Th. de Paris, 1908, p. 185 (bibliographie).

(1) Observations humaines spontanées et expérimentales. En effet, les injections de tuberculine réalisent chez l'homme de véritables expériences, ces injections de tuberculine sont faites soit dans un but diagnostique, soit surtout pour juger de l'état de sensibilisation ou d'immunisation, avant de tenter le traitement tuberculinique souvent si efficace chez ces tuberculeux torpides.

(2) Hallopeau. *Congrès* de Londres, 1896, et de Paris, 1900, et *Revue de la tuberculose*, 1897.

(3) Bœck. Mêmes Congrès; — Die Exantheme der Tuberkulose, *Arch. f. Dermat. und Syphil.*, 1898, t. XLII.

(4) Riehl. Mêmes Congrès.

(5) Neisser. Mêmes Congrès; — Die Tuberkulose Hautkrankheiten, *Deut. Klin.* de von Leyden, 1902, t. X, f. 2. — Neisser et Jadassohn. In *Hand. der prakt. Med.*, von Ebstein und Schwalbe, 1902, t. III.

(6) Schwenninger. *Monat. f. prakt. Dermat.*, 1890, n° 12.

n'a fait que mettre en évidence des foyers latents encore non visibles, car il est difficile d'admettre qu'il ait suffi de deux ou trois jours pour édifier des lésions aussi différenciées; par contre, on sait que la tuberculine met en évidence des lésions naissantes encore latentes autour des foyers tuberculeux lupiques dans la zone d'envahissement et fait renaître des nodules ignorés dans des cicatrices lupiques (Klingmüller et Scholtz).

« La ressemblance plus ou moins nette des lésions de cuti-réactions avec certaines tuberculides, lichen scrofulosorum et papulo-nécrotiques [Lemaire et Ferrand (1), Gougerot, Zieler], purpura [Olmer et Terras (1)], lupus érythémateux [de Beurmann et Gougerot (2)], érythème noueux [Chauffard et Troisier (3)], n'est pas non plus un argument en faveur de la théorie tuberculinique des tuberculides (4). » Il en est de même des expériences si remarquables et si intéressantes de Zieler (5) qui, chez des tuberculeux, inoculant différentes tuberculines débarrassées de débris bacillaires et des dialysats de cultures, a obtenu par cuti-réaction des lésions de structure tuberculeuse avec cellules géantes et follicules. Au contraire, *ces lésions étant produites par des doses fortes de tuberculine déposées localement, sont comparables à des bacilloses localisées;* CAR SEULS, DES BACILLES ARRÊTÉS EN UN POINT, PEUVENT APPORTER ASSEZ DE TUBERCULINE POUR CRÉER UNE LÉSION IDENTIQUE A CES CUTI-RÉACTIONS (6). »

(1) In LEMAIRE. Th. de Paris, 1908.

(2) DE BEURMANN et GOUGEROT. Placard érythémato-squameux persistant depuis six semaines à la suite d'une cuti-réaction tuberculinique, *Bull. de la Soc. de dermat.*, 7 déc. 1907, p. 482.

(3) CHAUFFARD et TROISIER. Loc. cit.

(4) Voir les travaux de VON PIRKETT, de WILDBOLZ (H.). Die Kutane und die Konjunktivale Tuberkulinreaktion am Tiere, *Berl. klin. Woch.*, 1908, n° 11. — WOLFF-EISNER. Ergebnisse der lokalen Tuberkulininjekectionen zur Diagnose und Therapie des Lupus, *Dermat. Centralbl.*, 1908, n° 12; — Ueber Pirquetsche Kutan und Wolff-Eisnersche Kunjunktivalreaktion und ihre spezifische Bedeutung für die Dermatologie, *Dermat. Centralbl.*, 1908, n° 5; — Ueber Versuche mit verschiedenen TB. Derivaten, *Berl. klin. Woch.*, 1908, nos 30-31. — WOLFF-EISNER und TEICHMANN (F.). Die prognostische Bedeutung der kongenitalen und kutanen Tuberkulinreaktion, *Berl. klin. Woch.*, 1908, n° 2; — *Frühdiagnose und Tuberkulose-Immunität*, Würzburg 1909, etc.

(5) ZIELER. Experimentelle Untersuchungen über Tuberkulose Veränderungen der Haut ohne Mitwirkung von Tuberkel-Bazillus, *Münch. med. Woch.*, 11 août 1908, nos 32 u. 39; — Neue Auschauungen über einige Bizieh. zwischen Tuberkulose und Erkrankungen der Haut (sog « Exantheme der Tuberkulose, Tuberkulide »), *Zeit. f. ärztl. Fortbildung*, 1908, n° 18; — Ueber « toxische Tuberkulosen » der Haut, *Verhandl. d. Deut. pathol. Gesell.*, 1908; — Experimentelle Untersuchungen zur allgemeinen Pathologie der Hauttuberkulose, *Phys.-med. Gesell.*, zu Würzburg, 2 juin 1910, in *Berl. med. Woch.*, 18 juillet 1910, p. 1388; — *Arch. f. Dermat.*, mai-juin 1910, p. 37 et 257; — Experimentelle und klinisch untersuchungen zur Frage den « Toxischen » Tuberkulosen der Haut, *Arch. f. Dermat.*, Bd. CII, h. 1, p. 37, h. 2-3, p. 257.

(6) LEWANDOWSKY, élève de Jadassohn, dans ses remarquables « Experimentelle Studien über Hauttuberkulose » (*Arch. f. Dermat. und Syphil.*, Bd. XCVIII, 2 und 3 heft, p. 1) se range à notre opinion « Es erscheint a priori immer noch recht unwarscheinlich, das gelöste Stoffe von Tuberkulösen Organen aus auf hämatogenem Wege in solcher Conzentration in die Haut kommen wie sie Zieler bei seinem Versuchen angewendet hat », et il cite à l'appui (p. 56) une phrase de notre thèse (1908) : « Ces inoculations locales d'une dose forte de tuberculine sont identiques à une action bacillaire locale, car seuls des bacilles agissant localement peuvent sécréter autour d'eux (ou mettre en liberté par leur lyse) une aussi forte dose de tuberculine, et jamais la concentration de la tuberculine n'atteint un tel degré dans le sang. Ces expériences prouvent donc, non pas que ces lésions sont dues à la tuberculinémie (toxémie) générale du tuberculeux produite par un foyer lointain, mais à l'action locale de bacilles sécrétant autour d'eux et localement des toxines... » (p. 199).

« Donc, la théorie des toxi-tuberculides, soutenue avec l'exclusivisme des premiers temps, nous semble trop absolue et inexacte. Les toxines diffusibles provoquent peut-être les érythèmes tuberculeux et le plus important de tous, le lupus érythémateux fugace, mobile; car on connaît le pouvoir congestif de la tuberculine. Peut-être encore certains érythèmes squameux vésiculeux eczématoïdes sont-ils dus à l'élimination cutanée des produits toxiques complexes du tuberculeux? Mais pour expliquer les tuberculides nodulaires, la théorie de l'ACTION LOCALE des bacilles due à Haury (1) et à Darier (2), et adoptée dès le début par Jadassohn, semble nécessaire.

« Les *bacilles partis d'un foyer primitif*, viscéral, ganglionnaire ou cutané, *embolisent* et, *au point d'arrêt cutané, déterminent la lésion dermatologique.* Les *bacilles agissent par leur présence même*, par leurs toxines adhérentes et nous ajoutons par leurs toxines solubles qui diffusent autour d'eux *localement* et non plus à distance.

« Cette théorie a pour elle des preuves convaincantes : constatations directes de bacilles dans les lésions, inoculations positives. Ces faits, quoique encore rares, deviennent de plus en plus nombreux et l'un de nous en a apporté plusieurs exemples nouveaux dans la *Revue de la tuberculose* en 1908 et dans sa thèse. Nos séries de reproduction expérimentale des papulo-nécrotiques, des érythèmes indurés, par simple frottis de bacilles sur la peau épilée du cobaye viennent aux preuves anciennes ajouter une preuve nouvelle irréfutable. » Si les bacilles paraissent absents dans la plupart des cas des tuberculides humaines, c'est que la phagocytose et l'action bactéricide des tissus les détruisent rapidement : la tuberculide d'abord bacillaire devient « déshabitée ». L'expérimentation en donne encore la preuve : « Les bacilles sont extrêmement rares dans les lésions jeunes, disions-nous (on les retrouve pourtant une fois sur dix coupes environ); ils sont presque toujours impossibles à colorer dans les papulo-nécrotiques adultes et vieilles. »

En résumé, nous croyons que les tuberculoses cutanées (sauf de rares exceptions dont il faudrait donner la démonstration) sont dues à l'action locale du bacille et de ses toxines agissant localement quel que soit l'état du bacille : bacille vivant virulent, bacille atténué, bacille mort, débris de bacille (granules de Much ou autres), extracellulaires ou intra-leucocytaires (3).

(1) HAURY. Th. de Paris, *loc. cit.*, 1899.

(2) DARIER. Congrès de 1900, *loc. cit.*; — Des tuberculides cutanées et des tuberculoses atténuées, *Bull. méd.*, 1905, n° 96.

(3) Nous ne croirons pas à l'origine tuberculinémique des tuberculides (en dehors de toute action bacillaire locale) tant qu'on n'aura pas démontré qu'un élément quelconque du sang (leucocyte, hématie, hématoblastes, granulation) peut fixer et accumuler, après séjour dans un foyer profond viscéral, une grosse dose de tuberculine, qu'il véhi-

II. Le bacille (ou ses débris), qui va produire les tuberculides, arrive à la peau par deux voies principales : voie vasculaire et inoculation épidermique.

« Les théories classiques ne citent que la voie de dissémination vasculaire sanguine, l'embolie cutanée de bacilles partis d'un foyer pulmonaire ou ganglionnaire, que tant de faits ont démontré et qui reste *incontestée* (1).

« L'expérimentation ajoute la voie épidermique, disions-nous. Elle prouve que les bacilles peuvent pénétrer dans l'organisme par voie épidermique de la superficie vers la profondeur, l'étude des lésions expérimentales en série permet en effet de surprendre les stades du début de cet envahissement : tantôt épidermite en surface, tantôt folliculite (2). Des coupes heureuses mettent en évidence l'envahissement des plans profonds, dont est témoin la traînée hypodermique à centre caséeux; cette lymphangite ou cette phlébite profonde (3) explique l'envahissement des ganglions régionaux et de là la généralisation, viscérale... L'expérimentation montre donc le rôle possible de l'inoculation exogène épidermique chez l'homme : un tuberculeux pulmonaire inoculerait son épiderme avec les bacilles de ses crachats, comme parfois il s'inocule au revers de la main une tuberculose verruqueuse, en s'essuyant la bouche souillée de crachats bacillifères (auto-inoculation)... Un tuberculeux porteur de lésions viscérales fermées aurait un épiderme inoculé par des bacilles apportés d'une autre source (hétéro-inoculation et superturberculisation). Un individu indemne de tuberculose pourrait être contaminé par cette voie épidermique (4)... La multiplicité fréquente des lésions consécutives à des inoculations épidermiques ne doit pas étonner; les lésions sont partout disséminées parce que les bacilles ont été véhiculés partout et que les inoculations ont été répétées; la multiplicité des lésions dans les infections cocciennes inoculées par voie externe est, en effet, bien connue : les suppurations de la gale, l'acné, la furonculose en sont des exemples classiques...

« La théorie pathogénique nouvelle n'a nullement la prétention de ruiner l'hypothèse ancienne; les deux mécanismes d'infection existent dans la bacillose de Koch de même que dans les infections cocciennes (1), dans les sporotrichoses (2): la même lésion dermo-épidermique peut être due soit à une inoculation externe épidermique soit à une inoculation profonde vasculaire sanguine (3). »

Un troisième mode d'inoculation de la peau est encore possible. « La peau peut être inoculée de la profondeur vers la superficie par un foyer profond tuberculeux. Les bacilles arrivent au derme par les vaisseaux lymphatiques ou sont inoculés directement par propagation de la lésion et envahissement de proche en proche : telles sont les tuberculides nées autour d'une fistule cutanée tuberculeuse. »

III. Les bacilles producteurs de tuberculides semblent pouvoir être de qualité différente (4) :

1° Bacilles virulents et rares a l'état d'unité isolée.

2° Bacilles atténués encore vivants.

3° Bacilles morts.

4° Débris bacillaires (5).

---

culera au loin et qui s'arrêtant dans la peau produira ce que produit la goutte de tuberculine concentrée déposée par la cuti-réaction.

(1) Nous n'avons jamais mis en doute le rôle de la dissémination septicémique. Bien au contraire nous avons cité des cas de lupus disséminés d'origine vasculaire sanguine : Gougerot. Tuberculoses cutanées postexanthématiques, tuberculoses cutanées multiples disséminées postmorbilleuses et poussée lupique postvarioleuse, *Revue de méd.*, 10 sept. 1906, p. 724. — Nous avons insisté sur l'envahissement de l'épiderme *par la profondeur* à propos des sporotrichoses généralisées du rat (*Soc. méd. des hôp.*, 1908, n° 18 et 20) et nous avons pu suivre dans la granulie mycosique cutanée tous les stades de cet envahissement.

(2) Le bacille pénètre par l'orifice du follicule pileux en remontant le long du poil. Nous avons pu donner la démonstration du même processus dans la sporotrichose (malade n° VI, in *Tribune médicale*, 2 nov. 1907).

(3) Il faut même remarquer que dans l'hypothèse d'une dissémination vasculaire artérielle des bacilles, on s'explique mal que les lésions vasculaires siègent sur les veines, c'est-à-dire sur les voies sanguines de retour; elles devraient exister surtout sur les voies sanguines d'apport; l'hypothèse de l'inoculation épidermique et de la propagation de la tuberculose de la superficie vers la profondeur rend compte au contraire du fait anatomique de l'atteinte des veinules.

(4) Gougerot (1907) a expliqué ainsi la pathogénie de certains lupus érythémateux fixes à l'autopsie desquels on ne trouve pas de tuberculose viscérale. La tuberculide cutanée serait la première lésion tuberculeuse.

(1) Il est démontré depuis longtemps, notamment par Cornil, qu'à côté des ecthymas cocciens dus à l'inoculation épidermique il existe des ecthymas généralisés dus à une infection sanguine.

(2) Voir note 1 de la colonne précédente.

(3) Aussi nous ne pouvons admettre que certains auteurs (Lewandowsky) restreignent la définition des tuberculides aux seules lésions « d'origine hématogène », ou du moins « endogène » (p. 31). Cette restriction *a priori* est contredite par les faits.

(4) Une première théorie soutenue, dès 1896, par Hallopeau à propos du lupus érythémateux et rééditée par certains auteurs pour toutes les autres tuberculides, suppose des races *spéciales*, atténuées, peu virulentes. Elle se fonde sur l'évolution clinique spéciale de ces tuberculoses atypiques, et ses auteurs donnaient comme argument principal qu'il était difficile de concevoir que des bacilles ordinaires puissent créer des lésions aussi différentes des lésions folliculaires typiques.

Cette théorie a contre elle les faits cliniques que les malades porteurs de tuberculides cutanées sont presque toujours atteints de tuberculose viscérale vulgaire; il faudrait donc supposer que les lésions pulmonaires ont été créées par un bacille tuberculeux ordinaire et les lésions cutanées par un bacille spécial; or il serait surprenant qu'un même malade fût infecté par plusieurs races de bacilles à la fois!

L'expérimentation est peu favorable à cette théorie. Sur la peau du cobaye sain, les races spéciales ou spécialisées ne créent pas de tuberculides; sur la peau du cobaye tuberculeux, elles ne les produisent que par exception.

« Les races spéciales (φ aviaire) ne donnent aucun résultat, disions-nous; les races spécialisées (φ homogène d'Arloing et Courmont, et φ homogène PC) ne donnent que des résultats exceptionnels. Dans cette longue série d'inoculations, φ Arloing et Courmont n'a déterminé qu'un érythème papulo-squameux, qui a rétrocédé en quelques jours : Cobaye T 14 de la quatrième série (tuberculisation et tuberculinisation combinées); et φ homogène PC n'a créé aucune lésion.

« Nos expériences ne contredisent donc pas ces hypothèses des races spéciales atténuées, disions-nous en 1908, mais elles en laissent supposer la rareté. »

(5) Pour faire varier la qualité du germe, nous avons dans nos séries d'expériences frotté sur la peau des cobayes des bacilles spéciaux (bacilles aviaires), des bacilles autrefois vulgaires, mais

1° La théorie des bacilles virulents et rares a été soutenue par l'un de nous, dans sa thèse en 1908 (1).

« Du foyer viscéral, pulmonaire et ganglionnaire partent des bacilles virulents mais rares (décharge bacillémique). Provenant d'un foyer profond viscéral, ces bacilles sont de même race que ceux des tubercules pulmonaires; résultant de la multiplication des bacilles d'un foyer actif (actif puisqu'il y a multiplication et dissémination), ces bacilles sont des germes virulents (2). Ils arrivent à la peau, à l'état d'unité isolée : là ils sont immédiatement entourés d'une réaction défensive puissante.

« La réaction des tissus peut être intense, précisément parce que les bacilles sont assez virulents pour susciter une vive prolifération cellulaire et un afflux leucocytaire; mais cette réaction nodulaire reste non folliculaire, parce que, les bacilles étant rares et isolés, leur action toxinique est insuffisante pour créer un tubercule vulgaire. Si la biopsie est faite à ce moment, on pourra parfois colorer dans les coupes un de ces exceptionnels bacilles; mais cette recherche, si souvent infructueuse, prouve leur rareté et plus souvent il faudra recourir à l'inoculation pour révéler leur présence.

« Devant cette vive réaction cutanée, le ou les bacilles ne peuvent se multiplier, ils restent isolés; aussi la lésion reste-t-elle non folliculaire. Bientôt la phagocytose les atténue et finit par les détruire : virulents à l'arrivée, ils ont été atténués secondairement. Ils restent vivants un certain temps et ne meurent qu'à la fin de l'action défensive des tissus. La biopsie faite à ce moment ne montrerait aucun bacille et l'inoculation au cobaye serait négative.

« Une fois les bacilles détruits et résorbés, la lésion se cicatrise spontanément. »

Les preuves en faveur de cette théorie sont nombreuses.

En faveur de la virulence des bacilles, on peut invoquer ce premier argument que les bacilles embolisés à la peau sont le résultat de la décharge bacillémique de bacilles multipliés dans des foyers de tuberculoses vulgaires. On peut invoquer ce second argument qu'inoculés au cobaye les fragments de tuberculides déterminent parfois des lésions caséo-tuberculeuses typiques généralisées (3) et l'inconstance de ces inoculations s'explique mieux par la rareté et la destruction rapide que par l'atténuation primitive des bacilles.

En faveur de la rareté des bacilles, on peut citer l'extrême difficulté de colorer des bacilles dans les lésions, l'impossibilité souvent de les déceler sur coupes, alors que pourtant les inoculations démontrent leur présence, enfin l'inconstance même de ces inoculations.

Des arguments encore plus puissants sont donnés par nos expériences de 1906-1907-1908.

Des bacilles virulents reproduisent des papulo-nécrotiques non folliculaires identiques cliniquement, anatomiquement et bactériologiquement aux tuberculides humaines; la proportion des résultats positifs est beaucoup plus forte avec des bacilles virulents qu'avec les bacilles spéciaux et atténués. C'est la race la plus virulente φ L de Nocard qui nous a donné les plus forts pourcentages de succès. La proportion est : « Sur les cobayes neufs (1re série) 63,6 p. 100; sur les cobayes tuberculisés (2e série) 30 p. 100; sur les cobayes tuberculinisés (3e série) 100 p. 100; sur les cobayes tuberculisés et tuberculinisés (4e série) 85,7 p. 100; sur les cobayes lécithinés (5e série) 100 p. 100; sur les cobayes lécithinés et tuberculisés (6e série) 60 p. 100.

« Ces résultats sont en faveur de la théorie des bacilles virulents et rares. Nous disons virulents, parce que cette culture est parmi les races les plus virulentes connues, que les bacilles employés ne sont âgés que de un à trois mois, que l'on sait qu'ils déterminent une tuberculose rapide du cobaye, et que la virulence de φ L Nocard est une des plus constantes que l'on connaisse en expérimentation (Vallée). Nous disons rares, parce que les bacilles sont exceptionnels sur les coupes, qu'on ne les y décèle qu'à l'état d'unités isolées : leur mode de pénétration par la voie épidermique rend compte de cette rareté. »

Seuls les bacilles virulents donnent ces lésions expérimentales sur les cobayes non préalablement tuberculisés; avec les bacilles atténués les résultats sont nuls chez le cobaye non tuberculeux, et très inconstants chez le cobaye tuberculeux. « C'est donc, disions-nous, la théorie des bacilles virulents qui réunit le plus grand nombre de preuves expérimentales. »

2° La deuxième hypothèse, celle des bacilles très atténués, est due à Haury; adoptée dès le début par Darier, par Jadassohn, elle est maintenant la plus généralement admise. « Les tuberculides résultent d'embolie de bacilles fort atténués, infiniment peu virulents, arrivés à la peau par voie sanguine et qui succombent promptement dans leur lutte contre la réaction phagocytaire ou bactéricide des tissus envahis. » (Haury.) « Les tuberculides, dit encore M. Darier, dans son excellent *Précis de Dermatologie* (p. 550), résulteraient d'embolie de bacilles morts ou atténués par le fait peut-être de la lutte qu'ils ont eue à subir contre les éléments défensifs de l'organisme

---

artificiellement spécialisés (bacilles homogènes d'Arloing et Courmont, culture PC), des bacilles virulents (φ L. Nocard, φ humaine), des bacilles autrefois virulents, mais secondairement atténués par vieillissement (φ L. Nocard), des bacilles atténués (φ vaccinale de Behring), des bacilles atténués morts (bacilles de Behring), bacilles autrefois virulents, mais morts (φ L. Nocard, φ humaine). Un même cobaye est frotté le même jour en quatre ou cinq zones distinctes avec des cultures différentes, afin de pouvoir mieux comparer l'action de bacilles différents sur un même terrain.

(1) Gougerot. *Loc. cit.*, p. 134.

(2) Mais il est possible que le séjour dans la peau de bacilles *ordinaires* les transforme en bacilles *spéciaux* par leur virulence et leur affinité localisatrice; on connaît en effet l'adaptation de certains germes à tel système anatomique. Nous pensons donner bientôt des arguments en faveur de cette hypothèse; le séjour dans la peau, par l'action lytique du tégument, semble atténuer des bacilles primitivement très virulents; il semble en outre leur conférer une tendance à se localiser à la peau.

(3) Ce n'est qu'assez rarement qu'on trouve chez les cobayes inoculés des lésions qui ne sont pas caséo-tuberculeuses : Milian, Gougerot ont cité des tuberculoses scléreuses. Mais pour les expliquer, on peut invoquer autant le petit nombre des bacilles inoculés que leur atténuation.

dans un premier foyer d'infection ganglionnaire ou autre. Ces bacilles arrivent à la peau, capables encore de susciter une réaction locale temporaire et même de petits foyers de nécrose ; mais ils succombent ou disparaissent plus ou moins rapidement, d'où guérison spontanée et non inoculabilité des lésions... Les tuberculides ne seraient donc autre chose que des tuberculoses cutanées d'origine sanguine, bacillaires pendant quelque temps, inhabitées ensuite. » (Darier.)

Cette théorie s'appuie sur la bénignité habituelle des tuberculides, elle explique « la rareté du bacille à leur niveau et leur présence accidentelle », l'inconstance des inoculations positives. Les preuves sont nombreuses et nos expériences prouvent que l'inoculation de bacilles atténués ou même morts sur des animaux tuberculeux peut déterminer des papulo-nécrotiques, *cette théorie pathogénique est donc incontestable.*

Toutefois, elle ne nous semble pas répondre à tous les cas.

Quelques inoculations positives au cobaye montrent que le germe tuberculeux retiré des tuberculides est parfois doué d'une virulence habituelle et, même lorsque cette virulence est affaiblie, le bacille peut déterminer encore des tubercules généralisés, il ne s'agit donc pas de bacilles « très atténués prêts à mourir ».

Les résultats expérimentaux ne sont pas favorables à l'hypothèse de l'atténuation : les reproductions expérimentales avec les bacilles atténués sont des plus difficiles. Les races primitivement virulentes et secondairement atténuées ne donnent que des résultats inconstants :

La culture φ humaine atténuée par vieillissement ne nous a donné sur les cobayes tuberculisés aucun résultat ; sur les cobayes tuberculinisés 16 p. 100 ; sur les cobayes tuberculisés et tuberculinisés 33 p. 100.

La bovine φ L Nocard, atténuée par vieillissement de sept mois, nous a donné dans des séries antérieures des résultats analogues et dans une récente série elle ne donne que des résultats très faibles alors que virulents, ses succès sont parmi les plus constants.

La culture φ vaccinale de Behring, que l'on peut considérer comme une race virulente atténuée, donne des résultats très inconstants : une seule papulo-nécrotique sur le cobaye D 72.

Donc, sur les cobayes neufs non tuberculeux, les races atténuées échouent presque constamment, les insuccès sont moins rares sur les cobayes tuberculisés.

En résumé, si les bacilles atténués créent des tuberculides, ils les créent beaucoup plus difficilement que les bacilles virulents et rares ; pour s'en persuader, il suffit de comparer les pourcentages obtenus avec la race de bacilles φ L virulents. Autant qu'on peut conclure de l'animal à l'homme, il semble que les bacilles atténués créent moins facilement des tuberculides que les bacilles virulents et rares. A notre avis, cette hypothèse des bacilles très atténués ou mourants ne s'applique qu'aux *tuberculeux torpides hypersensibilisés* : l'organisme humain triomphe rapidement de ces bacilles atténués ou presque morts embolisés à la peau, et c'est ce qui explique la bénignité, la faible intensité des lésions, l'absence de nécrose et d'atrophie, la rapide guérison : ainsi en est-il de certains lichens scrofulosorum.

3° La troisième hypothèse, celle des bacilles morts, n'est qu'un corollaire de la deuxième théorie [Haury (1), Darier (2)]. Les bacilles embolisés d'un foyer profond sont déjà morts ou mourants, ils ne tardent pas à succomber sous l'influence de l'action bactéricide du sang et de la phagocytose leucocytaire. Entraînés dans le plasma ou inclus dans un mononucléaire, ils arrivent à la peau et créent chez le malade tuberculeux, donc sensibilisé, des réactions cutanées.

Cette hypothèse avait été admise sans preuves. Nous croyons avoir réuni un faisceau de preuves cliniques et expérimentales qui en démontrent la réalité.

— Les inoculations à l'homme (dans un but diagnostique ou thérapeutique) de bacilles tués ou de tuberculine donnent parfois des lésions identiques cliniquement et histologiquement aux papulo-nécrotiques, aux érythèmes squameux, etc.

— Les inoculations comparatives de bacilles atténués, de bacilles tués, de tuberculine concentrée sur la peau scarifiée de cobayes sains et de cobayes tuberculeux (3), nous a donné des lésions semblables ; l'incubation est très courte, de deux à dix jours, la durée n'est que de quelques jours, la cicatrisation est rapide ; l'évolution totale ne dépasse guère quinze à vingt jours. Les lésions obtenues avec les bacilles atténués et morts se rapprochent plus des lésions humaines et des papulo-nécrotiques expérimentales déterminées par les bacilles virulents, que ne s'en rapprochent les lésions des cutiréactions tuberculiniques. Quelques-unes des lésions produites par les bacilles atténués sont identiques aux lésions habituelles des papulo-nécrotiques humaines avec les mêmes traînées profondes infiltrées dans l'hypoderme. Sur les cobayes *tuberculeux*, on peut donc avec des bacilles atténués créer les mêmes lésions que sur l'épiderme du cobaye *non tuberculeux* avec des bacilles virulents.

Que le bacille atténué ou mort soit apporté du dehors par l'épiderme, ou qu'il arrive dans la profondeur du derme par artérioles, il apporte avec lui une certaine dose de tuberculine (4) et il agit chez l'homme et chez l'animal tuberculeux comme le ferait une goutte de tuberculine sur la peau scarifiée. Le bacille est une *gouttelette concrétée de tuberculine*, il produit une réaction analogue à une cutiréaction ou à une intradermoréaction.

Entre ces diverses lésions produites par des bacilles très atténués, des bacilles morts,... il n'existe que des

(1) Haury. *Essai sur les tuberculoses cutanées*, Th. de Paris, 1899.

(2) Darier. Loc. cit.

(3) Par frottis sans éraillure, les résultats sont trop exceptionnels avec les bacilles morts.

(4) De nombreuses expériences ont montré que les poisons bacillaires sécrétés *in vivo* différaient de la tuberculine de Koch. Mais nous nous servons du mot tuberculine pour désigner les poisons du bacille tuberculeux, parce que le mot est court, connu de tous, et s'homologue avec les cutiréactions tuberculiniques.

différences de degré et de durée. Les lésions créées par les bacilles atténués sont presque semblables à celles provoquées par les bacilles morts mais leur durée est inégale : en effet le bacille, atténué mais vivant, sécrète de la tuberculine d'une manière continue, il entretient la lésion et il y a tout lieu de supposer que la lésion humaine ou expérimentale due à des bacilles vivants ne se cicatrise que lorsque la phagocytose a détruit ou neutralisé les bacilles. Au contraire le bacille mort n'apporte qu'une « quantité » limitée, restreinte de toxine, il est rapidement détruit, sa tuberculine est vite épuisée et résorbée ; la lésion est par conséquent de courte durée.

Nos expériences confirment donc la théorie classique : des bacilles très atténués et mourants, des bacilles morts peuvent créer des tuberculides, sur des individus tuberculeux sensibilisés.

Mais cette hypothèse des bacilles atténués et mourants, des bacilles morts ne saurait s'appliquer à la majorité des tuberculides humaines qui pour la plupart sont des lésions de longue durée, souvent intenses, nécrosantes, et parfois s'étendent progressivement. Les lésions créées par des bacilles mourants ou morts, sont au contraire fugaces, de très courte durée, très légères et exceptionnellement nécrosantes, limitées et jamais extensives ; l'érythème noueux aigu en est le type. On peut donc appliquer cette hypothèse des bacilles morts à des tuberculides papuleuses passagères, à des érythèmes fugaces, aux érythèmes noueux, à des éruptions lichénoïdes et eczémateuses de courte durée, mais non aux papulonécrotiques dont l'évolution atteint une trentaine de jours, aux érythèmes indurés de longue durée, aux lupus érythémateux si tenaces. Nous croyons que dans ces cas les bacilles arrivent vivants à la peau et ne sont tués par le derme que secondairement après avoir créé les lésions.

En résumé, *l'expérimentation confirme qu'il existe des tuberculides dues aux bacilles morts chez l'homme, mais elle indique que cette pathogénie ne peut s'appliquer qu'à des lésions passagères, superficielles, de très courte évolution.*

4° La quatrième hypothèse est celle des débris bacillaires, libres ou inclus dans des leucocytes, granules de Much ou endotoxines solubilisées contenues dans une cellule, qui embolisés à la peau produiraient des lésions cutanées.

Cette hypothèse est possible, mais n'est appuyée encore sur aucune preuve en clinique humaine. On n'a pas encore démontré chez l'homme la dissémination septicémique de ces débris bacillaires et des endotoxines fixées sur les leucocytes.

Expérimentalement cette hypothèse semble probable, nous avons dès 1908 invoqué les résultats des injections, chez l'homme et les animaux tuberculeux, des différentes tuberculines ; les remarquables séries d'expériences de Zieler appuyent cette hypothèse.

IV. Le terrain a une influence des plus nettes sur la production des tuberculides. — *L'expérimentation confirme la clinique et met en évidence le rôle favorisant de la résistance du terrain* (1) *dans le développement des tuberculides cutanées.*

En effet, les deux méthodes connues pour accroître expérimentalement la résistance du terrain, tuberculinisation (2) et lécithinisation (3), donnent des pourcentages nettement supérieurs à ceux des autres méthodes. Avec une même race φ L, la tuberculinisation simple et la lécithinisation simple donnent toutes deux 100 p. 100 de résultats positifs alors que, dans la série témoin (cobayes neufs), la proportion n'est que de 63 p. 100 ; les lésions sont extrêmement nombreuses, 117 papulo-nécrotiques sur 6 cobayes tuberculinisés, 150 papulo-nécrotiques sur 5 cobayes lécithinisés, alors que sur 7 cobayes neufs on ne compte que 76 lésions ; la survie des animaux ainsi traités est plus longue que celle des témoins.

Ces données expérimentales s'accordent avec les données de la clinique humaine : depuis longtemps, en effet, les cliniciens avaient remarqué que les tuberculides ne se développent que rarement chez des phtisiques avancés ; les porteurs de tuberculides sont le plus souvent des scrofulo-tuberculeux torpides à lésions viscérales plus ou moins latentes qu'il faut parfois

---

(1) Pour faire varier la qualité du terrain, nous avons expérimenté six séries d'animaux :

La première série comprend des cobayes neufs, et sert de témoin.

La deuxième série comprend des cobayes tuberculisés. Ces animaux ont reçu une injection sous-cutanée ou intrapéritonéale de 1/2 centimètre cube (φ homogène ou φ humaine) et ont subi le frottis cutané trois semaines après.

La troisième série comprend des cobayes tuberculinisés. Ces animaux ont été traités par des injections sous-cutanées de 1/2 et 1 centimètre cube de tuberculine. La solution employée a été la tuberculine pour animaux, délivrée par l'Institut Pasteur de Paris, diluée à 1 p. 100. Les injections ont été faites tous les cinq jours, pendant deux mois environ, puis tous les huit jours.

La quatrième série comporte des cobayes à la fois tuberculisés par φ humaine et φ homogène (Arloing et Courmont) et tuberculinisés, suivant les mêmes techniques que les deuxième et troisième séries.

La cinquième série comprend des cobayes modifiés par des injections sous-cutanées de lécithine de 0g02 par centimètre cube pendant un mois tous les deux jours, puis ensuite tous les huit jours.

Les cobayes de la sixième série ont été tuberculisés par injection intrapéritonéale de φ atténuée (homogène), puis lécithinés suivant la même méthode que les cobayes de la cinquième série. (Voir, loc. cit., p. 337 à 343, les tableaux de ces séries d'expériences.)

(2) La méthode de la tuberculinisation pour accroître la résistance des animaux tuberculisés est due à Koch, et l'on sait que c'est sur les survies prolongées d'animaux tuberculinisés que cet auteur s'était appuyé pour préconiser le traitement tuberculinique. Cette méthode de la tuberculisation et tuberculinisation combinées a permis à l'un de nous de reproduire en série les cirrhoses tuberculeuses (Gougerot. Reproduction des cirrhoses tuberculeuses du foie, *Revue de médecine*, fév. 1909, n° 2). Mais cette méthode est des plus délicates : des doses trop fortes tuent l'animal par poussée aiguë, des doses trop faibles n'enrayent pas la marche de la tuberculisation.

(3) La méthode de la lécithinisation est due à M. H. Claude. Cet auteur a montré que des cobayes tuberculisés et lécithinés résistaient plus longtemps et avaient une survie de trois, quatre, cinq, six, sept et même dix mois, alors que les cobayes témoins tuberculisés, mais non lécithinés, mouraient en deux mois. Les lésions des cobayes non lécithinés étaient des tubercules caséeux infiltrés, étendus ; les lésions des cobayes lécithinés étaient torpides, scléreuses et discrètes (Claude. *Revue de la tuberculose*, 1902, et *Soc. méd. des hôpit.*, 1903).

rechercher systématiquement pour les dépister.

Au contraire la tuberculisation profonde antérieure du terrain n'a pas été, dans nos expériences, favorable à la naissance des tuberculides papulo-nécrotiques (loc. cit., p. 337 à 342 et p. 347). La première tuberculisation a-t-elle immunisé « partiellement » l'animal, empêchant l'éclosion de nouvelles lésions? Ne serait-ce pas plutôt la diminution de résistance du terrain produite par la tuberculisation générale qui, chez ces animaux profondément infectés et souvent cachectiques, empêcherait les tissus de réagir et l'éruption d'évoluer. Il en serait de même qu'en clinique humaine : on se souvient, en effet, que les tuberculides sont exceptionnelles chez les phtisiques avancés.

En résumé :

Tous ces faits mettent en évidence le RÔLE DU TERRAIN, et autant qu'il est possible de conclure de l'animal à l'homme, on voit que l'*augmentation de résistance de l'animal* (obtenue soit par lécithinisation, soit par tuberculinisation) *favorise l'éclosion des tuberculides cutanées,* que la *diminution de résistance* (réalisée par une tuberculisation antérieure) *agit en sens contraire.*

On voit *que l'imprégnation toxinique aide puissamment au développement des lésions cutanées* : la tuberculinisation lente sensibilise l'organisme, ce qui permet des réactions nettes à une embolie bacillaire même minime, mais elle laisse à l'organisme ses moyens de défense, ce qui explique l'intensité de réaction à une action microbienne souvent si faible. Elle immunise partiellement l'organisme et la réaction défensive, destruction de la masse bacillaire qui se traduit par une vive réaction des tissus, est une réaction d'immunité... On ne saurait trop, dans la pathogénie des tuberculoses, insister sur cet état de sensibilisation et de demi-immunité qu'a provoqué l'imprégnation toxinique de l'organisme.

V. La **réaction locale des tissus cutanés** *aux bacilles suit les lois générales qui régissent les tuberculoses des autres tissus.*

Les bacilles partis d'un foyer viscéral ganglionnaire ou osseux, passant par le sang qui, peut-être, les atténue (Jadassohn), arrivent à la peau et suscitent des réactions différentes suivant leur *nombre*, leur *virulence* et leur *mode de disposition*, suivant la *sensibilisation du terrain*; ce sont sans doute ces facteurs qui, joints à certaines prédispositions régionales, expliquent le développement de telle ou telle forme de tuberculides.

Les tuberculides typiques à structure folliculaire et giganto-cellulaire sont dues à une action toxique de moyenne intensité, telle que la réalisent des bacilles *isolés* très virulents ou des micro-amas de deux, trois, quatre bacilles de moyenne virulence ou même des amas de bacilles atténués ou morts. Depuis plusieurs années (1) l'un de nous soutient en effet que le follicule tuberculeux est à la fois un mode de défense et de déchéance : « Pour créer le follicule, c'est-à-dire ce double processus de réaction et de dégénérescence cellulaire, il ne faut pas une action trop forte, sinon la réaction de défense ne pourrait se produire et il y aurait nécrose brutale; il ne faut pas une action trop faible, sinon la réaction de défense ne serait pas suscitée ou, si elle était suscitée, l'action microbienne serait trop faible pour provoquer la dégénérescence épithélioïde centrale qui est la définition même du follicule (1). »

(1) In Th. de GOUGEROT, 1908, p. 208, et *Soc. de la tuberculose*, mai 1911, n° 3, p. 90.

Les tuberculides atypiques à structure non folliculaire sont dues à une action toxinique de faible intensité telle que la réalisent des bacilles de moyenne virulence isolés ou des micro-amas de bacilles très atténués.

« Il n'y a donc pas de différences essentielles entre les lésions non folliculaires et folliculaires; elles forment au contraire une longue chaîne ininterrompue; ce ne sont que des aspects réactionnels différents répondant à des actions toxiques inégales... C'est l'intensité d'action toxique du bacille dans le tissu envahi qui commande la réaction de celui-ci (2). »

VI. La *tuberculide est le plus souvent une* **réaction défensive et destructive de l'embolie bacillaire,** *chez un individu* **sensibilisé, en état de demi-immunité.**

Les bacilles agissent tout d'abord localement par la sécrétion de toxines solubles, et les expériences si remarquables de Zieler prouvent surabondamment que l'injection *locale* d'une forte dose de tuberculine (c'est-à-dire de poisons solubles) suffit à créer chez un sujet « sensibilisé » des réactions folliculaires et giganto-cellulaires sans l'intervention des endotoxines.

Puis, les bacilles sont détruits plus ou moins rapidement, soit par la phagocytose (Metchnikoff) et les lysines circulantes (Pirquet), soit par une action bactéricide spéciale du tissu cutané. En effet, l'action bactéricide de certains tissus, du tissu nerveux par exemple, visant des bacilles de Koch est maintenant démontrée : Deycke et Much l'ont mise en évidence par les mélanges in vitro de bacille et de tissu nerveux; Gougerot, J. Troisier et Laroche, par la même technique et surtout par les inoculations de ces mélanges au cobaye. Nous publierons bientôt des faits de même ordre en ce qui concerne les tissus cutanés.

La destruction des bacilles aboutit à ce que Gougerot et Jean Troisier ont appelé la *solubilisation* du bacille, c'est-à-dire à la mise en liberté de la totalité des toxines contenues dans les corps bacillaires. « Or, on sait, disions-nous (3), que le bacille tué est toxique, que le squelette même du bacille débarrassé de toutes ses toxines solubles et insolubles est

(1) Pour juger de notre théorie pathogénique, « il ne faut tenir compte, disions-nous, que des follicules jeunes. Dans les follicules adultes ou anciens, les bacilles sont le plus souvent résorbés par la phagocytose ou nécrosés, incolorables, si bien que le follicule est *déshabité* suivant l'heureuse expression de Gilbert ».

(2) GOUGEROT. *Loc. cit.*, Thèse, p. 185-215.

(3) GOUGEROT et JEAN TROISIER. Contribution à l'étude de la fixation des toxines tuberculeuses sur le tissu nerveux, à propos d'un cas de paralysie de Landry de nature bacillaire, *Soc. méd. des hôpit. de Paris,* 18 mars 1910.

encore toxique, et il n'est peut-être pas exagéré de soutenir que le bacille mort « solubilisé » est plus toxique que le bacille vivant. » On peut supposer que c'est cette solubilisation qui contribue pour la plus grande part à créer la nécrose des papulo-nécrotiques, puisque c'est elle qui met en liberté d'une façon massive les toxines; ainsi s'expliquerait que dans les tuberculides adultes à centre nécrosé il soit si exceptionnel de retrouver des bacilles intacts.

Bientôt donc les bacilles disparaissent de la lésion; on les reconnaît parfois encore sous la forme de débris colorables au Ziehl (Levandowsky), d'ombre incolorable (1), de granulation de Much. C'est parce que les bacilles sont détruits que la tuberculide guérit.

En somme, la réaction n'a été si nette au début que parce que le terrain était sensibilisé par la toxémie (2), les lésions ne sont si bénignes, passagères et curables que parce que la peau détruit les bacilles. On peut admettre que la réaction plus ou moins intense que donne le terrain sensibilisé à l'inoculation de bacilles et de toxines est témoin d'un effort défensif, donc d'immunisation; cette immunisation agit par des substances lytiques; celles-ci, détruisant les bacilles, mettent en liberté plus ou moins brusquement les toxines contenues dans les corps bacillaires, d'où résulte la réaction cutanée intense; la destruction des bacilles étant ainsi rapide, la guérison de la lésion est rapide. Nous sommes donc tout à fait d'accord avec Zieler lorsque, à la fin de son remarquable travail, il conclut « dass wir die Tuberkulide als durch verschleppte T B ausgelöste Uberempfindlichkeitsreaktionen der Haut tuberkulöser Menschen ansehen, die in der Regel zur Vernichtung der Metastasierten T B führen » (p. 87).

VII. **Des causes prédisposantes aident à l'éclosion des tuberculides** : *les unes sont communes à toutes les tuberculoses* (3); *les autres*, **imprégnation toxinique de l'organisme**, *nous semblent avoir une importance spéciale que l'on n'a pas assez mise en lumière.*

L'imprégnation toxinique, lente ou brusque (telle que la réalisent expérimentalement des injections de tuberculine) a des actions multiples :

1° Les DÉCHARGES TOXINIQUES peuvent mettre en évidence, c'est-à-dire *provoquer* ou tout au moins *accélérer le développement de bacilles latents;* « certains faits, disions-nous, nous incitent à penser que parfois des bacilles (disséminés par la septicémie ou inoculés par l'extérieur) peuvent échouer à la peau, y rester plus ou moins longtemps, sans provoquer de réaction appréciable cliniquement. Puis, sous l'influence d'une décharge toxinique (analogue à ce que réalise expérimentalement l'injection de tuberculine), le bacille se met à proliférer, à sécréter des toxines actives et la lésion cutanée apparaît ». Tels sont ces cas de lichen scrofulosorum, de nodules lupiques, apparaissant après une injection de tuberculine.

Cette hypothèse a déjà été soutenue par Alexander et Lubowsky.

2° L'IMPRÉGNATION TOXINIQUE LENTE *favorise le développement des tuberculides, car elle sensibilise le terrain.*

Nos expériences sur les animaux en sont la preuve :

α. Une même race φ L donne, chez les cobayes neufs, 63,6 p. 100; chez les tuberculisés et tuberculinisés, 85,7 p. 100; chez les cobayes tuberculinisés, 100 p. 100, et les éléments cutanés sont beaucoup plus nombreux.

Donc avec une même race la proportion est d'autant plus forte que la tuberculinisation est plus intense.

β. Sur les cobayes neufs, les races atténuées ne donnent que des résultats négatifs ou très exceptionnels; au contraire sur les cobayes tuberculinisés ou sur les cobayes tuberculisés et tuberculinisés, les insuccès sont moins rares : 1 résultat positif sur 6 avec les cobayes tuberculinisés, 2 résultats positifs sur 7 avec les cobayes tuberculisés et tuberculinisés.

Donc, avec des races différentes, la proportion des succès croît au fur et à mesure qu'augmente la toxinémie tuberculeuse. Les bacilles atténués font sur les cobayes tuberculisés et tuberculinisés, ce qu'ils sont incapables de faire sur les cobayes neufs, c'est-à-dire non intoxiqués.

On en peut déduire que la *toxinémie tuberculeuse est un facteur presque nécessaire pour que des bacilles atténués puissent créer des tuberculides (sensibilisation).*

γ. Les tuberculides semblent plus variées et les épidermites bacillaires semblent plus fréquentes sur les cobayes tuberculeux et tuberculinisés que sur les cobayes neufs. Nous venons de voir cinq cas d'épidermites particulièrement démonstratifs. Détail intéressant à relever : quatre de ces placards ont rétrocédé, puis il s'est développé au même point des papulo-nécrotiques caractéristiques; cette évolution en deux temps témoigne de la persistance au niveau de la peau de bacilles capables de déterminer à intervalles plus ou moins éloignés des lésions non folliculaires de caractère différent. C'est encore sur un cobaye tuberculinisé que nous avons observé notre cas de chéloïde : la traînée chéloïdienne s'est développée au point d'une des injections de tuberculine. Mais la lésion n'est pas pour cela uniquement toxique : en effet, dans la profondeur du derme, encastrés dans le tissu scléreux, ressortent quelques rares follicules tuberculeux, ces nodules typiques témoignent de la nature bacillaire locale du tissu chéloïdien.

3° L'IMPRÉGNATION TOXINIQUE LENTE, *agissant toujours par* « SENSIBILISATION » *du terrain*, HATE L'APPARITION DES TUBERCULIDES.

---

(1) GOUGEROT. De l'utilité de reconnaître à leur ombre les parasites dépourvus d'électivité colorante, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1909, t. LXVII, p. 578.

(2) La sensibilisation du terrain explique que chez les individus tuberculeux des bacilles atténués suffisent à créer des lésions souvent intenses, alors que chez l'animal sain (donc non sensibilisé) il faut des bacilles virulents.

(3) Tels sont les facteurs de résistance individuelle ou au contraire de prédisposition individuelle, prédisposition soit innée comparable à celle des individus de teint vénitien (Landouzy), soit acquise semblable à celle des variolisés (Landouzy).

Les *différences régionales* n'ont pas en clinique humaine une grande importance; on a vu, en effet, *toutes* les variétés de tuberculides se développer dans *toutes* les régions.

La date d'éclosion des tuberculides est avancée sur les cobayes imprégnés de tuberculine : quinze jours dans certains cas au lieu de quatre semaines. Cette brièveté de l'incubation est en faveur du rôle adjuvant de la toxémie qui a sensibilisé le malade.

VIII. Les DÉCHARGES TOXINIQUES *peuvent* RÉACTIVER *des* **lésions éteintes** *contenant des bacilles plus ou moins latents inclus dans la cicatrice.*

En effet, des lésions tuberculeuses, qui paraissent cliniquement guéries, peuvent contenir des follicules latents ou des bacilles, qu'une injection de tuberculine va réactiver, ainsi verra-t-on réapparaître des lésions nouvelles aux places des anciennes tuberculides par réactivation des bacilles restés vivants ou des débris de bacilles morts dont la toxémie va provoquer la solubilisation, c'est-à-dire la mise en liberté d'une dose massive de toxines.

Les DÉCHARGES TOXINIQUES *peuvent encore provoquer* la RÉACTIVATION **de lésions dont les bacilles sont détruits** : en ces points il ne persiste plus qu'une imprégnation des tissus par les poisons bacillaires, mais cette imprégnation a laissé une *sensibilisation locale*, la réactivation que produit une décharge toxinique révèle cette sensibilisation latente et suffit à donner une lésion.

Les preuves en faveur de cette hypothèse sont nombreuses :

— En effet, ne voit-on pas quelquefois une cutiréaction, une intradermoréaction (c'est-à-dire une lésion toxinique abacillaire), éteinte depuis plusieurs jours, se ranimer sous l'influence d'une injection sous-cutanée de tuberculine faite en un autre point du corps. De nombreux auteurs et nous-mêmes avons maintes fois observé ce fait et dernièrement encore Zieler citait sous l'influence d'une sous-cutiréaction l'apparition de lichen scrofulosorum au siège d'une cutiréaction deux mois après la cutiréaction (p. 15).

— En effet dans des faits plus proches des processus spontanés, « nous avons vu, disait l'un de nous (1), des intradermoréactions et des oculoréactions se réactiver spontanément à la suite d'une poussée bacillaire pulmonaire sans nouvelle injection de tuberculine ».

— En effet, nous avons démontré *la persistance de la sensibilisation locale* par des intradermoréactions et cutiréactions faites dans les cicatrices récentes ou dans les points exacts des lésions guéries. Des intradermoréactions témoins étaient pratiquées en même temps les unes à quelques centimètres de la cicatrice, les autres en un point exactement symétrique, sur l'autre membre. La réaction, plus intense dans la cicatrice que dans les points témoins, prouvait la persistance d'une sensibilisation.

En un mot, *le point cutané, qui a « guéri » en détruisant ses bacilles et neutralisant leurs toxines, peut rester sensibilisé pendant un certain temps. Vienne alors une décharge toxémique suffisamment intense, le point cutané, en raison de la persistance de cette sensibilisation locale, réagira, sans que des bacilles aient besoin de se fixer à nouveau dans la peau.*

Si la première imprégnation (c'est-à-dire l'embolie bacillaire à la peau) s'est traduite par une lésion, la réaction de sensibilisation (anaphylactique) cutanée à une décharge toxémique paraît une récidive.

Si au contraire la première imprégnation est restée latente, si les bacilles embolisés à la peau ont été détruits sans provoquer de lésions (ce qui expérimentalement est fréquent), la réaction de sensibilisation créée par une décharge toxémique semble la première lésion cutanée, alors qu'elle n'est en réalité que la mise en évidence d'un point préalablement intoxiqué. Grâce à cette sensibilisation locale une toxémie jusque-là impuissante à provoquer des tuberculides pourra les provoquer.

Un foyer profond de bacillose, par exemple une adénite, une ostéo-arthrite, peut imprégner la peau par ses toxines diffusibles et créer un état de sensibilisation locale qui favorisera dans ce territoire cutané l'éclosion de tuberculides (1). C'est là une des raisons qui expliqueraient la fréquence des tuberculides sur un segment de membre atteint de tuberculose profonde (2).

La sensibilisation locale n'est pas de durée indéfinie. Les intradermoréactions et cutiréactions faites en série sur d'autres lésions guéries du même malade montrent en effet qu'au bout de six à huit mois la sensibilisation locale avait disparu : les réactions tuberculiniques, au début si intenses, s'affaiblissent peu à peu ; plusieurs fois même (mais non constamment) il nous a semblé qu'une *immunisation locale* s'était établie : la réaction à l'injection de tuberculine était nulle ou plus faible en ces points que sur la peau saine dans les points non préalablement atteints de tuberculide.

Ces notions nouvelles de sensibilisation générale de l'organisme par la toxémie générale, de sensibilisation locale cutanée par la destruction locale des bacilles en un point, de reviviscence des points sensibilisés sous l'influence de décharges toxémiques, ouvrent en clinique humaine des horizons nouveaux (3).

* * *

En résumé, dans la question si discutée des tuberculides cutanées humaines, la médecine expérimentale a apporté une grande clarté : elle a donné une preuve décisive de la nature bacillaire de quelques-unes des tuberculides, elle a permis de rénover les hypothèses pathogéniques et de préciser le déterminisme de ces lésions.

(1) In LANDOUZY, GOUGEROT et SALIN. Arthrites séreuses bacillaires expérimentales. Contribution à l'étude pathogéniques des arthropathies bacillaires, *Revue de méd.*, 1910, p. 869.

(1) Certains faits nous semblent indiquer que cette prédisposition locale n'est pas strictement localisée au siège de la lésion cutanée guérie, elle peut s'étendre à la peau environnante.

(2) Cette fréquence nous a été signalée par le prof. Jadassohn ; dans plusieurs de nos observations elle nous a vivement frappés.

(3) Ces notions nouvelles s'appliquent en effet à la pathogénie d'autres lésions bacillaires, en particulier des arthrites, comme Landouzy, Gougerot et Salin l'ont montré. Elles expliquent encore bien des points restés obscurs dans le déterminisme des localisations tuberculeuses.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 25 JANVIER 1912)

Examen histologique d'un cas d'atrophie musculaire progressive avec lésions périphériques. — M. LONG. Autopsie d'un jeune sujet ayant fait une amyotrophie progressive à début par les muscles de la main, et aboutissant à l'impotence complète du bras gauche avec impotence de la main et de l'avant-bras droits : contractions fibrillaires, steppage et vagues douleurs aux membres inférieurs sans troubles de la sensibilité objective. A l'autopsie, démyélinisation partielle des nerfs, hyperplasie atténuée des éléments de la gaine de Schwann, lésions musculaires discrètes. En rapprochant ce fait d'un autre qu'il a publié il y a cinq ans, l'auteur croit devoir rapprocher ces cas des formes neurotiques d'atrophie musculaire. M. Marie s'élève contre cette interprétation : dans les formes neurotiques, existent toujours des lésions importantes de la moelle qui font défaut ici.

Polynévrite généralisée dans la cirrhose du foie. — MM. LHERMITE et CHATELIN. Chez une femme morte en neuf jours avec paraplégie et psychose de Korsakoff, les auteurs ont trouvé un gros foie stéatosé avec cirrhose annulaire légère, et des lésions centrales du névraxe qu'ils considèrent comme contemporaines aux lésions périphériques et qui consistent en chromatolyse et lésions des neurofibrilles intracellulaires.

Dégénération progressive et familiale des noyaux lenticulaires et cirrhose. — M. WILSON (de Londres) décrit, sous ce nom, une affection qu'il a observée cinq fois chez des sujets de dix à vingt-cinq ans. Elle se caractérise par un tremblement intentionnel des segments distaux, avec rigidité prédominante aux segments proximaux des membres, s'accompagnant de rétractions et finissant par une contracture véritable. L'orteil est en flexion. Dès le début apparaissent la dysarthrie, puis la dysphagie, il n'y a pas de troubles sensitifs. Ayant pu autopsier trois de ces malades, M. Wilson a trouvé la dégénération des noyaux lenticulaires par un processus de désintégration périvasculaire avec prolifération névroglique discrète. Dans les trois cas existait une cirrhose non sans analogies avec le foie ficelé, mais la syphilis ne paraît pas en cause.

Présentation de coupes sériées d'un cas d'aphasie motrice pure. — MM. DÉJERINE et PÉLISSIER. L'intégrité des noyaux gris centraux rend nécessaire l'hypothèse d'une lésion corticale. D'autre part, on ne peut se baser sur la conservation du langage intérieur pour diagnostiquer l'aphasie sous-corticale puisqu'il s'agit d'une femme polyglotte qui avait eu d'abord une aphasie totale puis une aphasie de Broca avec restauration du langage intérieur.

Atrophie croisée du cervelet. — M. A. THOMAS dans quatre cas de lésions cérébrales de l'adulte a vu une atrophie croisée du cervelet, moins évidente que chez l'enfant et portant sur les lobes latéraux, noyaux dentelés et écorce, spécialement le lobe quadrilatère, tandis que le vermis et les noyaux du toit sont intacts. Le pédoncule cérébelleux inférieur est légèrement atteint du même côté que la lésion cérébelleuse, l'auteur attribue cette lésion à celles du faisceau central de la calotte.

Huit nouveaux cas de pachyméningite hémorragique. — MM. P. MARIE, ROUSSY et LAROCHE. Les lésions sont identiques comme siège et étendue, bilatérales, atteignant parfois la faux du cerveau, latentes et de nature inflammatoire.

Radiculite avec autopsie. — MM. BABINSKI, JARKOWSKI et JUMENTIÉ. Femme ayant présenté une paraplégie avec douleurs radiculaires par pachyméningite des quatrième, sixième racines cervicales qui sont comprimées dans une gangue fibreuse, s'étendant au-devant du bulbe et à la base du cerveau. Pas de grosse dégénération de la voie motrice.

Tubercule de l'hypophyse. — M. CERISE. Femme de quarante-cinq ans, ayant fait une paralysie complète du moteur oculaire gauche avec ptosis, parésie faciale surtout gauche, prédominante sur le facial inférieur, pouls à 55-60, respiration suspirieuse avec pauses. Mort de syncope. A l'autopsie : énorme hémorragie sous-dure-mérienne, ramollissement de la couche optique, hypophyse de 1 centimètre 1/2 de diamètre envahie par la tuberculose avec points respectés.

Cerveau d'aphasique. — M. TOUCHE présente une plaque de méningite des lobes pariétal et temporal, ayant déterminé une aphasie sensorielle avec paraphasie, jargonaphasie après un ictus, surdité verbale.

Atrophie du lobe frontal. Hémiplégie infantile. — M. TOUCHE. Hémiplégie avec contracture en flexion du membre supérieur, atrophie du lobe frontal avec dilatation ventriculaire, lésions croisées du cervelet.

Présentation de coupes de la moelle dans un cas de tabes infantile. — MM. DÉJERINE, THOMAS et HEUYER. Le malade avait été étudié cliniquement par MM. Raymond et Touchard. Les lésions spinales sont exactement celles du tabes de l'adulte.

Emploi de l'hématoxiline au fer pour la coloration de la myéline. — Mlle LOYEZ vient dire que l'hématoxyline au fer à 1 p. 200 colore la myéline sur les pièces fixées au formol ou même à l'alcool après inclusion à la paraffine, pourvu que les coupes soient bien collées, et elle projette des préparations fort démonstratives.

Syringomyélie par compression bulbaire. — MM. LHERMITTE et BOVERI. Dans un cas de syringomyélie, existait une cavité étendue de la première cervicale à la dixième dorsale et détruisant à peu près toute la largeur de la moelle : plus bas, elle prend la forme classique d'une fente transversale en arrière de l'épendyme. Il n'y avait ni lésions vasculaires, ni prolifération névroglique, mais une exostose de la lame basilaire de l'occipital qui paraît être la cause par compression de l'artère spinale antérieure. Ce qui semble le prouver, c'est que l'introduction d'une tige de laminaire dans le canal rachidien en arrière de la moelle, chez des chiens, a toujours produit une lésion semblable, mais au-dessus de la compression.

Tumeur du cône terminal. — MM. THOMAS et JUMENTIÉ. Il s'agit d'une surcharge graisseuse plutôt que d'un lipome vrai, sans travées fibreuses ni matzellen, ayant refoulé le cône terminal d'arrière en avant et comprimé les racines cinquième lombaire et première sacrée. Début il y a treize ans.

Cinq tumeurs de la moelle opérées. — MM. BABINSKI et JUMENTIÉ. L'une est un lipome extra-dural, une autre est un psammone sous-dural; les trois autres, situées sous la dure-mère, mais extra-médullaires, sont en réalité des gliomes.

Maladies de l'Œsophage, par M. GANGOLPHE, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. 1 vol. de 115 pages avec 39 figures. — Prix : broché, 3 francs; cartonné, 4 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Traitement du tétanos (*Consultations médicales françaises*, fasc. 34), par le docteur Bosc, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin adjoint de l'hôpital de Tours. In-16 de 20 pages. — Prix : 50 centimes; abonnement annuel (12 fascicules) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 15. — MARDI 6 FÉVRIER 1912. 85e ANNÉE. MARDI 6 FÉVRIER 1912. — N° 15.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Mathieu, Brouardel, Tapret, Gaucher, Gouget, Parmentier, Vaquez, Hirtz, Guinon, Bezançon, Pierre-Marie et Tuffier.

Candidats ayant deux admissibilités antérieures. — MM. Lortat-Jacob, Balthazard, Camus, Crouzon, Léri, Merklen.

1. MM. Crouzon, Tanon, Moutier, Camus, Lortat-Jacob, Verliac, Ramond, Babonneix, Claret, Agasse-Lafont,

11. Villaret, Vincent, Lian, Dreyfus-Rose, Sauphar, Lévi-Valensi, Voisin, Gougerot, Faure-Beaulieu, Læderich,

21. Gaultier, Lévy-Franckel, Nathan, Trémolières, Génévrier, Lemierre, Lippmann, Armand-Delille, Abrami, Halbron,

31. Darré, Du Castel, Bory, Lemaire (Henry), Foix, Touchard, Baudouin, Herscher, Chabrol, Aubertin,

41. Tinel, Esmein, Chiray, Brulé, Troisier, Giroux, Paris, Salomon, Milhit, Géraudel,

51. Rivet, Le Sourd (Louis), Schæffer, Roussy, Nattan-Larrier, Jomier, Audistère, Boidin, Vitry, Renaud,

61. Faroy, Léri, Fiessinger, Beaufumé, Debré, Louste, Pinard, Clunet, Lévi (Léopold), Detot,

71. Paisseau, Lemaire (J.-L.-D.), Duvoir, Balthazard, Descomps, Courcoux, de Brunel de Serbonnes, Bloch, Ambard, Merklen,

81. Lévy (Fernand), Malloizel, Lejonne, Tixier, Leconte, Harvier, Rostaine, Rendu, François (M.-L.), Joltrain,

91. Ameuille, Cawadias, Bénard, Ferrand, Froin, Fouquet, Israëls de Jong, Philibert, Deguy, Appert,

101. Feuillié, Civatte, Monier-Vinard, Sézary, Norero, Lyon-Caen, Bergeron, Durand (Gaston-Louis).

Erratum. — Concours de l'internat (*Gaz. des hôp.*, 1912, n° 12). — Ajouter à la liste des candidats parvenus à l'expiration de leur sixième année d'externat et ne pouvant au terme du règlement être nommés internes provisoires et en exercer les fonctions, le nom de M. Angot.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Un décret en date du 31 janvier 1912 dispose que l'organisation de l'école pratique de la Faculté de médecine de l'université de Paris et les règles relatives à la nomination et aux attributions de son personnel sont déterminées par arrêtés ministériels pris en section permanente du conseil supérieur de l'Instruction publique après avis du conseil de la Faculté.

Sont et demeurent abrogées toutes les dispositions contraires des règlements antérieurs.

EXERCICE ILLÉGAL DE LA MÉDECINE. — Nos lecteurs se souviennent certainement du cas de M. Valanet qui, sans être docteur, exerça pendant douze ans la médecine à Paris et fit même partie du Syndicat des médecins de la Seine. Mais tout a une fin, et, poursuivi devant le tribunal correctionnel pour exercice illégal de la médecine, le pseudo-docteur Valanet fut condamné à 1 000 francs d'amende et à 3 000 francs de dommages-intérêts envers le Syndicat des médecins de la Seine et le Syndicat médical de Paris.

Il fit appel de ce jugement, que la Cour a confirmé après avoir entendu Mes Lagasse, Groslard et Fallois pour les parties en cause.

« Considérant, dit notamment l'arrêt de la Cour, qu'en exerçant illégalement la médecine, Valanet a non seulement causé un préjudice personnel et particulier aux médecins exerçant leur profession au même endroit, mais encore un préjudice direct, atteignant les intérêts collectifs que l'un et l'autre syndicats sont chargés de défendre, par la déconsidération que les actes dont il s'est reconnu coupable jettent sur la corporation des médecins... »

M. Valanet se pourvoit en cassation. P.

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL. — Le *Journal officiel* publie la statistique des accidents du travail survenus pendant le troisième trimestre de 1911. Leur nombre relevé d'après les ordonnances et les jugements s'élève à 6.463. Ce chiffre comprend 513 affaires relatives à des cas de mort, 24 à des cas d'incapacité permanente totale et 5.921 à des cas d'incapacité permanente partielle.

Les accidents mortels se sont produits notamment dans les industries suivantes : 67 dans les mines, minières et salines, 19 dans les carrières, 16 dans les industries chimiques, 28 dans la métallurgie, 101 dans les entreprises de travaux publics et de bâtiment, 46 dans les transports par terre, 74 dans les transports par voie ferrée, 12 dans les transports par eau. P.

PLAIE DU CRANE PAR USURE

PAR

C. LEPOUTRE et J. SABLÉ

Chef de clinique chirurgicale Chef de clinique médicale
à l'hôpital de la Charité (de Lille).

Le 26 octobre 1907, dans le service de notre maître, M. le professeur Duret, nous observions un cas de plaie du crâne dont les caractères semblaient dès l'abord bien particuliers. La surface de section des os se continuait avec celle du cerveau contus, régulièrement et suivant un même plan; il y avait absence d'esquilles et de fissures. C'était l'*abrasion d'une portion de la sphère cranio-cérébrale* comme pouvait le produire le fameux coup de sabre des anciens chirurgiens militaires (1).

L'impression première était que nous avions affaire à une plaie du crâne par instrument tranchant.

L'enquête ultérieure et une visite que nous fîmes sur les lieux de l'accident nous démontrèrent qu'il n'en était rien.

Cette plaie, si régulière, avait été produite par un engrenage denté. Tournant à toute vitesse, cet engrenage avait rodé le crâne, l'usant progressivement pendant quelques minutes.

C'était en somme une plaie par usure.

Il s'agit là d'une véritable curiosité dont nous n'avons pas trouvé l'analogue au moins dans la chirurgie cranienne.

Les *plaies par usure* ont été étudiées et parfaitement décrites par M. le professeur Guermonprez (2) [de Lille]. Chauvel, dans l'article PLAIE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, les distingue lui aussi des autres variétés de plaies et emprunte la description de M. Guermonprez.

Le type de la plaie par usure est la *plaie par coup de meule*. Le meuleur présente à l'outil un bloc de fer ou de fonte, et il doit, pour obtenir une pression convenable, exercer une pesée de tout son corps vers la machine; que le bloc vienne à basculer ou à glisser, la main du meuleur arrive en présence de l'instrument vulnérant et, de par l'attitude préalable, elle lui est livrée d'une façon nécessairement *prolongée*. Dans cet espace de temps l'outil rode, lime, use en un mot le membre atteint, c'est la plaie par usure, « par coup de meule ». Mais cette variété de plaie peut aussi se produire par d'autres mécanismes. Le *frottement rude et prolongé* de la main sur une muraille en briques, tel qu'il se produit dans une chute, peut la provoquer. Elle l'a été aussi, dans une observation de M. Guermonprez, par un métier utilisé dans les filatures de coton et appelé *basculeur*. Nous rappelons ce fait car le mécanisme est en quelque sorte intermédiaire entre le coup de meule et le traumatisme subi par notre malade.

Jusqu'ici les plaies par usure n'ont été rencontrées qu'aux doigts et aux mains. La peau, le tissu cellulaire, les tendons, l'os lui-même peuvent être atteints.

Rappelons en quelques mots les principaux caractères de ces plaies. Elles sont ovalaires, allongées, parfois même circulaires. Les bords en sont nets et légèrement tuméfiés. Le fond est uniformément usé. Enfin, et surtout, *la plaie est limitée aux couches superficielles dans la périphérie, mais intéresse des couches de plus en plus profondes, avec maximum de profondeur au centre même de la plaie.* Quand la tuméfaction périphérique est tombée, la *plaie a un aspect presque parfaitement nivelé.*

Ces caractères se retrouvent dans l'observation suivante.

OBSERVATION. — *Usure du crâne par un engrenage en rotation. Contusion cérébrale. Hémiplégie et aphasie traumatiques. Guérison.* — L. S..., vingt ans, fileuse, entre le 26 octobre 1907, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Augustin n° 5 (service de M. le professeur Duret). Elle travaillait à son métier quand, en se baissant pour ramasser un objet, elle s'est approchée de l'arbre de transmission. Sa chevelure se prend et s'enroule autour de l'arbre tournant à toute vitesse. En quelques secondes la tête vient s'appliquer contre l'engrenage de transmission, maintenue en cette position par l'enroulement des cheveux. Les dents de l'engrenage lui labourent le crâne pendant quelques minutes, car on ne peut songer à la délivrer qu'après avoir arrêté la machine de l'usine. L'enroulement des cheveux est d'ailleurs si complet qu'il faut les couper presque tous avant de pouvoir dégager la blessée. Elle a perdu connaissance; le sang coule abondamment. Un pansement sommaire fait par le médecin de l'établissement permet de l'envoyer à l'hôpital.

A son entrée, état de stupeur; il n'y a d'ailleurs ni paralysie ni troubles de la sensibilité et les réflexes divers sont normaux. Pouls à 120; température, 37°6.

Le pansement enlevé, on aperçoit sur la région pariétale gauche une vaste plaie ovalaire à grand diamètre antéro-postérieur mesurant 8 centimètres de long sur 6 de large. Cette plaie déchiquetée, recouverte en partie par un lambeau de cuir chevelu décollé, commence en avant à 4 centimètres de l'arcade sourcillière gauche. En dedans elle n'atteint pas la ligne médiane. Sa limite inférieure se trouve à 5 centimètres au-dessus du conduit auditif externe. Elle est traversée en sa partie moyenne par la ligne bi-auriculaire. En soulevant le lambeau on aperçoit un orifice cranien dont le fond est constitué par le cerveau contus, souillé de caillots et de cheveux. Il n'y a aucune esquille, soit dans la plaie, soit autour d'elle. Après nettoyage, on peut se rendre compte de la forme et de l'étendue de la perte de substance osseuse qui apparaît comme un trou elliptique de la grandeur d'une pièce de 5 francs environ, situé sur le trajet de la ligne bi-auriculaire à 2 centimètres de la ligne naso-inienne. Ce qu'il y a de plus intéressant dans cette plaie, c'est la forme des bords. Au lieu d'être irréguliers, taillés à pic, ces bords sont taillés horizontalement et assez régulièrement, *formant avec la surface cérébrale qu'ils continuent un véritable plan.* On dirait qu'une portion de la sphère cranio-cérébrale a été sectionnée par un instrument tranchant suivant un même plan (fig. 1 et 2). Il n'y a pas de fissures apparentes, pas d'anfractuosités, pas d'enfoncement du voisinage.

Après nettoyage minutieux de la plaie, le lambeau de peau est suturé. Drainage. Pansement.

(1) Cette abrasion, dont Matignon a encore observé un exemple dans la guerre russo-japonaise, nécessite une vigueur extraordinaire (MATIGNON. *Presse méd.*, 1907). Il s'agit ici des plaies dues à une propulsion oblique de l'arme; dans ces conditions un lambeau du cuir chevelu peut être seul enlevé, ou bien emporter avec lui une sorte de lambeau osseux adhérent (diacope) ou enfin la voûte pourra être abrasée complètement (aposkeparnismos). (NIMIER et LAVAL. *Les Armes blanches.*)

(2) GUERMONPREZ. *Pratique des accidents industriels*, Baillière 1885. — GUILLOIS. *Des Plaies par usure*, Th. de Paris, 1898.

Le 27. L'état général reste bon. Température, 37; pouls, 110; mais la malade présente de la parésie à la face et au bras du côté droit.

Le soir, cette paralysie s'est accentuée, il y a une véritable hémiparésie droite. La figure est asymétrique, les traits tirés à gauche. L'occlusion de l'œil droit est incomplète. La langue semble déviée du côté paralysé.

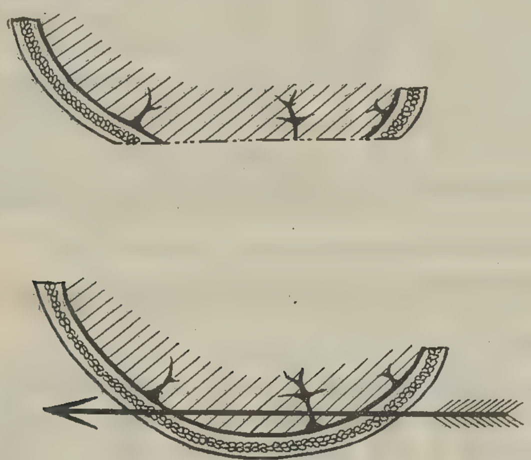


Fig. 1 et 2. — *Schéma.*

Le membre supérieur droit est presque complètement inerte.

Au membre inférieur il y a seulement un peu plus de faiblesse et la malade n'arrive pas à soulever ce membre au-dessus du plan du lit.

Les réflexes tendineux et cutanés n'ont pas disparu.

La sensibilité explorée rapidement ne laisse percevoir aucun trouble grossier du côté droit. Un autre symptôme beaucoup plus intéressant est apparu : l'aphasie du type moteur. La malade ne peut plus désigner par leur nom les divers objets usuels qu'on lui présente. Elle appelle cependant la religieuse qui passe du nom de « ma sœur ». Elle ne peut plus se faire comprendre et s'impatiente vivement de ne pouvoir exprimer ses idées. Si l'aphasie motrice semble à peu près complète, il n'y a pas en revanche d'aphasie sensorielle. La malade comprend ce qu'on lui dit et exécute divers ordres que nous lui faisons (porter le doigt à son nez, tirer la langue, etc.).

Lui met-on à côté d'elle plusieurs objets et lui désigne-t-on un de ces objets elle porte le doigt sur cet objet. Absence de paraphasie. La lecture ne semble pas troublée, la malade lit correctement quelques titres d'articles de journaux. En raison de son hémiplégie droite nous ne pouvons rechercher les troubles de l'écriture.

Le 28. L'hémiplégie et l'aphasie persistent sans modifications. Dans la matinée surviennent deux crises d'épilepsie faciale sans perte de connaissance. Mouvements saccadés, grimaces intéressant les deux côtés dont la malade s'est d'ailleurs rendu compte.

Le 29, l'aphasie rétrocède, la malade peut désigner par leur nom les objets les plus usuels; toutefois elle hésite, cherche parfois assez longtemps et ne trouve pas le nom d'objets moins familiers.

Il n'y a rien à signaler du côté de la plaie qui ne suppure pas, n'est point douloureuse; la température ne dépasse pas 37 degrés, le pouls oscille autour de 80.

Dans les jours qui suivent, l'aphasie a disparu complètement, l'hémiplégie s'est mise à régresser à son tour ne laissant bientôt aucun défaut dans la motilité volontaire.

La malade a présenté quelques autres crises de mouvements cloniques de la face (épilepsie jacksonnienne) auxquelles d'ailleurs nous n'avons pas assisté.

Le 15 décembre tout est rentré dans l'ordre, la plaie est cicatrisée, une légère dépression animée de battements indique seule l'existence de la perforation cranienne.

La malade quitte l'hôpital complètement guérie et reprend son travail qu'elle a continué sans autres incidents.

Laissant de côté les détails cliniques de cette observation intéressante à bien des points de vue (grande bénignité des accidents, présence d'hémiplégie, d'aphasie et d'épilepsie jacksonnienne transitoires en rapport vraisemblablement avec les lésions cérébrales traumatiques ou les réactions de voisinage) nous voulons surtout faire ressortir le mécanisme si particulier de cette plaie du crâne et du cerveau.

Il s'agit ici d'une plaie du crâne par usure et le fait ressort à la fois des *anamnestiques* de l'accident et de l'*examen de l'engrenage* de transmission.

L'engrenage de transmission, dont le schéma ci-joint (fig. 3) fait d'après une photographie donne une reproduction assez exacte, se compose de deux roues dentées A et B.

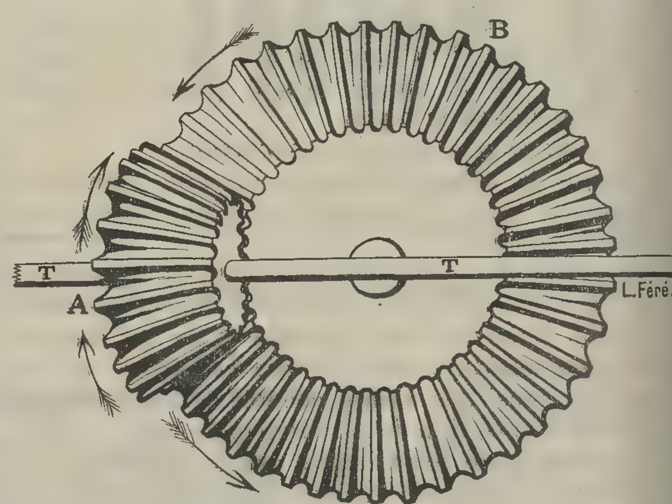


Fig. 3. — *Schéma représentant l'engrenage de transmission.* — L'arbre de la transmission T communique le mouvement à la roue A qui engrène la grande roue B (le mouvement se faisant dans le sens des flèches).

La roue A tient son mouvement de l'arbre de transmission relié à la machine motrice de l'usine et met en branle sa congénère.

Le mouvement des roues se fait suivant le sens indiqué par les flèches du schéma. Aussi à la partie supérieure où les deux flèches convergent, un corps mis en contact avec l'une des deux roues est forcément entraîné vers l'engrenage. C'est la partie dangereuse de l'engrenage, celle que la législation industrielle oblige à recouvrir.

Il en était ainsi dans le métier occupé par L. S... Au contraire, à la partie inférieure de l'engrenage, nous voyons les deux flèches (indices du sens du mouvement) s'écarter l'une de l'autre.

Ici un corps mis en contact avec l'une des deux roues est repoussé et ne peut entrer dans l'engrenage. Il semble donc n'y avoir aucune raison de protéger cette partie inférieure de l'engrenage, et la loi n'oblige pas les industriels à la recouvrir.

Ajoutons d'ailleurs que cette zone dite non dangereuse est assez basse et voisine du sol.

C'est cependant sur cette partie de l'engrenage que L. S... vint se blesser. Elle s'était baissée pour ramasser un objet, ses cheveux se prirent et s'enroulèrent autour de l'arbre de transmission T. Ainsi la tête fut attirée et maintenue contre la partie dentelée de la roue A (il fallut d'ailleurs couper les cheveux pour la dégager). La roue tournant à toute vitesse *put roder, user progressivement le crâne créant cet orifice régulier*. En somme l'action de cette roue dentelée A peut se comparer à celle d'une meule de repasseur sur un instrument de fer, l'usure étant proportionnelle à la vitesse de rotation, à la durée de l'application et à la pression de la tête sur la roue.

On s'explique bien ainsi les divers caractères de l'orifice osseux, sa régularité, l'horizontalité des bords, l'absence d'esquilles, de fissures. Sans doute on ne retrouve pas ici tous les caractères décrits dans les plaies par coup de meule. Si le traumatisme en était resté aux parties molles il eût produit une plaie contuse, *mais la dureté particulière des os permit au mécanisme de l'usure d'entrer en jeu* et de produire progressivement la lésion observée.

Il s'agit donc d'une variété spéciale de plaie par usure des os, la violence du traumatisme ayant au préalable produit une plaie contuse des parties molles.

Nous avons déjà dit que des instruments tranchants, tel le sabre, pouvaient produire de semblables blessures par le mécanisme de la section suivant un plan unique.

Au premier abord nous avons songé à une plaie de ce genre déterminée par un instrument tranchant, mais l'enquête et la vue de l'engrenage de transmission ne nous permirent pas de justifier cette hypothèse. Les dents de la roue A sont beaucoup trop courtes et beaucoup trop épaisses, surtout à leur base, pour pouvoir produire ces sections. Nous croyons donc avoir justifié pleinement le terme de plaie du crâne par usure.

Devons-nous employer le terme de fracture? Comme nous l'a fait remarquer notre maître M. Duret, la fracture est une solution de continuité osseuse : ici il s'agit plutôt d'une perte de substance. D'ailleurs la nature même du traumatisme justifie pleinement le terme de « plaie ».

Sans doute, dans certaines fractures craniennes l'on peut trouver des orifices comparables à celui que nous avons décrit, au moins par leurs dimensions; mais ce qui justifie alors le terme de fracture, ce n'est pas cet orifice, mais la présence d'esquilles et surtout de fissures linéaires partant des bords. Ici rien de semblable. D'ailleurs dans les traumatismes par coup de sabre reproduisant exactement la même lésion, le terme de plaie est le plus souvent employé.

En terminant l'étude de cette exceptionnelle variété de plaie cranienne nous ne ferons que signaler les difficultés du diagnostic en l'absence d'une enquête sur les lieux de l'accident. Que dire du pronostic et du traitement sinon que dans notre cas ils ont été particulièrement simples, et pourtant la zone cérébrale intéressée (région sensitivo-motrice droite) était l'une des plus nobles et des plus dangereuses.

Peut-être faut-il voir dans le mécanisme et la nature de ces plaies (régularité, absence d'esquilles, de fissures, facilité de désinfection) la raison de cette bénignité remarquable, encore rare dans les traumatismes cranio-cérébraux importants.

MÉDECINE PRATIQUE

DE L'AUSCULTATION DORSALE DU CŒUR

Pour rompre la monotonie de l'existence, il est bon de varier, dans la mesure du possible, les gestes nécessaires et quotidiens.

Nous allons pouvoir appliquer désormais ce principe à l'auscultation de nos malades; nous auscultions toujours le cœur en appliquant l'oreille sur la paroi thoracique antérieure; l'auscultation dorsale, signalée dans les traités classiques, était rarement pratiquée. Et cependant elle peut fournir au clinicien des renseignements précieux en complétant les données fournies par l'auscultation traditionnelle.

M. Montalier, ancien interne lauréat des hôpitaux de Bordeaux, a recherché, sur les conseils du professeur Arnozan, ce que pourrait donner l'auscultation dorsale, aussi bien à l'état normal qu'à l'état pathologique; on trouvera, dans sa remarquable thèse (1), une étude très complète de cette méthode d'examen du cœur.

Et, tout d'abord, quelle méthode suivre pour ausculter le cœur dans le dos? « Le malade sera assis, le corps légèrement incliné en arrière, à l'effet de rapprocher cet organe de la paroi postérieure du thorax. » Cette phrase est de Piorry, ce qui montre bien que l'auscultation dorsale du cœur avait été conseillée depuis fort longtemps. Le médecin devra toujours, en auscultant le cœur en arrière, prendre le pouls du malade, car, cette auscultation ne laissant parfois percevoir qu'un bruit, il serait difficile de savoir s'il s'agit du premier ou du second. Pas de stéthoscope; inviter le malade à respirer le plus doucement possible.

Sur des sujets sains, on entend généralement les deux bruits à la partie postérieure, mais il arrive aussi qu'on n'en entende qu'un, le premier; ces bruits peuvent être perçus dans toute la région thoracique postérieure, plus fortement cependant à gauche qu'à droite; leur summum d'intensité se trouve dans l'*espace omo-vertébral gauche*, puis dans la *fosse sus-épineuse droite*. Il n'y a toutefois pas de règle absolue.

La propagation plus ou moins nette des bruits du cœur dans le dos est directement proportionnelle à la force de contraction du myocarde; la constitution des parois thoraciques peut exercer aussi une certaine influence. Aussi la transmission sera-t-elle plus nette si le thorax est réduit pour ainsi dire aux pièces osseuses (enfants, personnes maigres), sans interposition de tissu adipeux. Chez les enfants, M. Montalier a toujours perçu très nettement les bruits du cœur des deux côtés en arrière et depuis le sommet jusqu'à la base des poumons; souvent, les bruits dépassaient même la limite de la région thoracique et on pouvait les entendre encore au niveau de la région sacrée; chez les enfants, les battements présentent presque toujours la même intensité à droite et à gauche; quelquefois il existe une légère différence en faveur du côté gauche. A l'état normal, la respiration n'entraîne aucune modification des bruits cardiaques.

Voici maintenant les cas de malades ayant *le cœur sain et des lésions thoraciques*. Les résultats de l'auscultation seront alors très variables, car, pour que la propagation du son en

(1) MONTALIER. Th. de Bordeaux, 1911; Imprimerie moderne.

arrière se produise, il est nécessaire qu'il y ait entre le cœur et les organes transmetteurs une juxtaposition, une continuité parfaite qui est rarement réalisée. Quand cette condition se trouve remplie, on trouve une meilleure propagation dans la congestion pulmonaire, la pneumonie, la sclérose pulmonaire, les lésions tuberculeuses, la pleurésie, l'adénopathie trachéo-bronchique.

En cas d'emphysème, de pneumothorax, de cavernes, la propagation ne diffère guère d'avec l'état normal. Dans certaines cavernes et dans le pneumothorax, les bruits du cœur ont parfois un timbre métallique spécial en rapport avec la quantité d'air contenue dans les cavités; cette dernière particularité est intéressante; Barth, Friedreich, Gardner, Masing l'avaient déjà notée. M. Montalier n'a jamais observé la résonance métallique des bruits du cœur dans la tuberculose cavitaire; mais, chez un malade atteint de pneumothorax, il a entendu, dans le dos, à droite, du côté où était l'épanchement gazeux, un véritable tintement métallique absolument analogue au tic-tac d'un réveil; le premier bruit était synchrone à la pulsation radiale, il s'agissait donc de la transmission des battements du cœur auxquels la cavité gazeuse donnait une tonalité particulière; il faut alors bien distinguer le tintement métallique réel du pneumothorax de ce tic-tac métallique.

M. Montalier aborde ensuite l'étude de l'auscultation dorsale en cas de *cœur lésé et appareil respiratoire normal*. La perception des bruits du cœur en arrière sera plus parfaite qu'à l'état normal dans l'éréthisme cardiaque, dans le cas de palpitations et dans l'hypertrophie cardiaque. Au contraire, les bruits seront diminués dans la dilatation du cœur, la surcharge graisseuse, la myocardite, à l'exception de la myocardite scléreuse. Retenons surtout que les bruits du cœur sont bien transmis en arrière dans l'hypertrophie, tandis qu'on les entend mal dans la dilatation cardiaque; voici donc un signe important pour aider au diagnostic différentiel de ces deux affections. Dans la péricardite avec épanchement, la présence du liquide à l'intérieur de la séreuse gêne la contraction du cœur et, par suite, la propagation dans le dos est faible ou nulle.

Le bruit de galop est généralement perçu en arrière; M. Montalier l'a ainsi plusieurs fois entendu et la littérature médicale est muette sur ce point. Au sujet du dédoublement du second bruit, Cicconardi a noté sa propagation en arrière; Palasne de Champeaux dit que le dédoublement du rétrécissement mitral s'entend parfois dans la gouttière omo-vertébrale gauche; d'après les observations de Montalier, le dédoublement peut être quelquefois perçu dans une étendue beaucoup plus considérable.

Pour les *bruits anormaux* du cœur, on se souviendra que les souffles intracardiaques seuls s'entendent en arrière, tandis que les souffles extracardiaques et les frottements péricardiques ne sont pas perçus, sauf les frottements dus aux péricardites postérieures ou aux péricardites brightiques; quant aux souffles intracardiaques, ceux qui dépendent du cœur droit (sauf celui du rétrécissement pulmonaire) ne sont pas propagés dans le dos; seuls, ceux qui tirent leur origine du cœur gauche ont une transmission postérieure. C'est ainsi qu'il est classique d'ausculter l'*insuffisance mitrale* dans l'espace omo-vertébral gauche; pour le *rétrécissement mitral*, le roulement diastolique se retrouve dans le dos, mais il n'en est pas de même du souffle présystolique, telle est du moins l'opinion de Cicconardi et de Montalier, car Huchard enseignait que le souffle présystolique se propage loin et qu'on le retrouve parfois à la région postérieure du thorax à gauche; la question mérite donc d'être encore étudiée.

Les souffles dus à des lésions de l'orifice mitral s'entendent, en arrière, dans la région omo-vertébrale gauche, avec maximum d'intensité au voisinage de la pointe de l'omoplate. Notons encore une différence entre le souffle systolique de l'insuffisance mitrale organique et le souffle de l'insuffisance fonctionnelle; celui-ci s'étend moins loin en arrière que celui-là, il ne dépasse généralement pas la pointe de l'omoplate.

Les souffles de rétrécissement et d'insuffisance aortiques se propagent à la partie interne de la fosse sus-épineuse droite; Dieulafoy, Noorden, Niemeyer, Hutinel, Cicconardi avaient signalé qu'on entend le souffle systolique du *rétrécissement aortique* dans le dos à droite de la colonne vertébrale; Montalier précise le foyer du souffle qui se trouve à la partie tout à fait interne de la fosse sus-épineuse droite; pour l'*insuffisance aortique*, Eichhorst, de la Rue, Cicconardi, Palasne de Champeaux ont entendu souvent le souffle diastolique en arrière; Montalier a constaté que ce souffle est perçu dans la région postérieure, très souvent mais non toujours; le maximum d'intensité se trouve à la partie interne de la fosse sus-épineuse droite, comme pour le souffle systolique, mais le souffle de l'insuffisance aortique est toujours bien moins fort en arrière que celui du rétrécissement.

L'éclat exagéré du second bruit par *athérome aortique* se perçoit en arrière des deux côtés; il est d'autant plus accusé et d'autant plus rugueux que les lésions sont plus généralisées.

Dans les *affections congénitales* du cœur, on entend le souffle en arrière en cas de communication interventriculaire, de rétrécissement pulmonaire et de persistance du canal artériel.

M. Montalier consacre aussi un chapitre à l'auscultation dorsale de l'aorte; mais ce chapitre est très court, l'auteur n'ayant pu recueillir beaucoup d'observations.

Cet exposé rapide des principales notions contenues dans la thèse de Montalier montre que l'auscultation dorsale du cœur doit être faite d'une façon systématique; souvent sans doute cette auscultation ne fera que confirmer les résultats obtenus par l'auscultation classique, mais, dans certains cas dont le diagnostic est difficile, elle permettra de rechercher et de constater quelques signes nouveaux de diagnostic différentiel.

M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1912)

Tubercule solitaire du cervelet. — MM. GARNIER et J. THIERS. L'évolution clinique des tubercules solitaires du cervelet est souvent latente ou masquée par des lésions associées; dans l'observation que les auteurs communiquent les symptômes cérébelleux étaient nets : leur rapport sur la localisation de la tumeur rend la constatation intéressante.

Il s'agit d'une femme âgée de quarante-quatre ans qui présentait des signes de tuberculose pulmonaire et des troubles nerveux : décubitus latéral droit en déviation conjuguée de la tête et des yeux du même côté, nystagmus bilatéral, de la dilatation et de l'immobilité de la pupille gauche, des troubles de l'équilibre : rétropulsion et latéropulsion gauche, et de ce même côté une hémiparésie avec diminution de la sensibilité cutanée, exagération des réflexes tendineux et signe de Babinski en extension. Le pouls est ralenti : 52. Température, 37 degrés matin et soir. A la ponction lombaire, liquide normal sans hypertension.

La mort survient huit jours après, les symptômes ne sont guère modifiés, il faut signaler toutefois l'élévation terminale de la température qui monte à 39°6. A l'autopsie on trouve une masse caséeuse occupant presque tout le lobe gauche qui est déformé, aplati et triangulaire; l'amygdale saillante refoule à droite le bulbe et la protubérance; sur la coupe, à la périphérie, pas de réaction du tissu nerveux, de nombreuses cellules géantes et des bacilles de Koch.

Les auteurs insistent sur l'absence de certains symptômes (titubation ébrieuse, tremblement, etc.), sur l'absence de réaction méningée dans le liquide céphalo-rachidien, sur la déformation du lobe gauche du cervelet dont la partie la plus interne refoulait le bulbe et la protubérance.

Myélite post-érysipélateuse. — MM. Lesné et François. Une malade en convalescence d'un érysipèle de la face, dont l'évolution avait été classique, et avant que la température n'ait atteint la normale, présenta de la rétention d'urines, puis de la paraplégie des membres inférieurs. Cette myélite se compliqua d'escarres profondes, la température resta élevée avec grandes oscillations et la malade mourut dans l'hecticité, un mois après le début des accidents. Plusieurs ponctions lombaires furent pratiquées; elles donnèrent issue à un liquide clair qui, au début des symptômes médullaires, renfermait de la fibrine et de l'albumine, et, dans tous les cas, de nombreux lymphocytes, témoins d'une réaction méningée. L'autopsie révéla une suppuration qui, partie d'une escarre, avait envahi par les trous sacrés la région périméningée et, de là, gagné la cavité sous-arachnoïdienne au niveau de la moelle lombaire. Quant aux lésions médullaires, elles étaient localisées dans la région dorso-lombaire et consistaient dans la disparition d'un grand nombre de cellules radiculaires des groupes antéro-externe et antéro-interne. Ces cellules semblent avoir été détruites par simple histolyse. L'agent pathogène à incriminer n'a pu être mis en évidence, car l'hémoculture pratiquée dès le début des accidents a été négative; à l'examen direct et par inoculations multiples et variées chez les animaux de laboratoire, le liquide céphalorachidien, recueilli pendant la vie à plusieurs reprises, s'est toujours montré stérile; enfin, sur les coupes de la moelle, il n'y avait pas de germes apparents dans le tissu nerveux. Il est vrai qu'on peut incriminer les toxines et, en particulier, les toxines streptococciques avec lesquelles différents expérimentateurs ont réalisé les myélites par inoculation aux animaux.

Le signe des spinaux et la fréquence de la pleurésie séro-fibrineuse. — M. Félix Ramond. Toute séreuse enflammée provoque une contracture réflexe des muscles environnants; c'est ainsi que l'on observe la raideur de la nuque et du rachis dans les méningites cérébro-spinales, la contracture des muscles abdominaux dans l'appendicite et la péritonite, l'immobilisation de toute articulation enflammée par suite de la raideur musculaire. Il en est de même pour la séreuse pleurale qui provoque une contracture réflexe des muscles spinaux, et que Félix Ramond a été le premier à décrire sous le nom de signe des spinaux. Ce signe est surtout marqué de part et d'autre de la ligne médiane dans la région lombaire, sous la douzième côte. Pour bien l'observer, le malade doit avoir son tronc vertical, et *éviter la moindre inclinaison en avant.* On constate alors, par la vue et le toucher, une saillie et un élargissement de la masse des muscles spinaux, en même temps que ceux-ci prennent une consistance rénitente spéciale, analogue à celle du caoutchouc tendu. Avant d'attribuer à ce symptôme toute son importance, il faut éliminer toute cause de contracture réflexe musculaire; névralgie intercostale et zona bas situés, rhumatisme vertébral, tuberculose osseuse, sciatique douloureuse, certaines myélopathies, et enfin, surtout chez la femme, la lordose physiologique exagérée. Mais ces causes d'erreur éliminées, le signe est caractéristique d'une inflammation pleurale, et se rencontre encore très souvent en clinique, marquant ainsi la fréquence de la pleurésie. Sans doute il s'agit presque toujours d'épanchements minimes, ne donnant que peu ou pas de symptômes, et d'ordinaire passant inaperçus. Mais la présence du signe des spinaux, que peut contrôler la ponction exploratrice systématique, prouve que la séreuse est enflammée.

Unilatéral le plus souvent, il peut néanmoins exister des deux côtés; cette contracture bilatérale est due soit à une contracture réflexe vicariante du côté sain, soit à une double pleurésie. La pleurésie bilatérale est fréquente en effet, ainsi que l'a soutenu l'auteur à diverses reprises, toute pleurésie ayant tendance à infecter la plèvre opposée par le réseau lymphatique anastomotique du diaphragme. Mais cette pleurésie secondaire est toujours minime, et, de ce fait, ne serait souvent pas diagnostiquée, si le signe des spinaux et la ponction exploratrice n'en venaient démontrer la réalité.

Opération unilatérale de Freund au cours d'un syndrome asthmo-symphysémateux. — MM. Sicard et Gutmann présentent une jeune femme de vingt-six ans qui dès sa quinzième année était sujette à des crises d'asthme nocturne compliquées depuis trois ou quatre ans d'emphysème.

Les crises dyspnéiques étaient devenues à peu près permanentes, entravant tout travail. Devant cet état fonctionnel précaire, à cause également d'une déformation thoracique antérieure avec angle de Louis proéminent et portion inférieure du sternum en gouttière, l'opération de Freund fut décidée.

M. Robineau réséqua les six cartilages costaux du côté droit sur une étendue de deux centimètres environ. Le bénéfice opératoire fut de très courte durée et quinze jours après l'intervention, les crises reparaissaient avec leur intensité première. Les auteurs se demandent, devant cet échec thérapeutique, s'il y a indication à une chondrectomie similaire du côté gauche.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 31 JANVIER 1912)

A propos de l'observation présentée à la séance du 24 janvier par M. Souligoux d'une collection sanguine trouvée entre le foie et le diaphragme, M. Quénu fait remarquer que ces **hématomes sous-pleurétiques** ne sont pas aussi rares qu'on pourrait le penser. D'habitude ils siègent à gauche, entre le diaphragme et la rate. M. Quénu a pu observer deux de ces cas. Chez un de ces malades, on ne relevait ni paludisme, ni syphilis, ni traumatisme; c'était un gros mangeur ayant présenté à plusieurs reprises des crises de gastrite aiguë avec réaction péritonéale, puis phénomènes simulant une pleurésie de la base gauche. Il est envoyé à M. Quénu avec le diagnostic kyste hydatique de la rate. L'opération montre un hématome sous-diaphragmatique bien enkysté d'origine inconnue. Peu après, M. Quénu observe un cas analogue chez un éthylique avec signes de gastrite et de pleurésie de la base gauche. La radioscopie montre un épanchement sous-diaphragmatique. Les deux malades ont bien guéri par l'opération.

MM. Morestin, Lejars, Heurteaux ont publié des cas semblables et les ont rapportés à une rupture de la rate à la suite d'un traumatisme surtout chez des paludiques à rate friable. C'est la pathogénie que leur attribue Camus dans sa thèse (Paris, 1905-1906, n° 34, *Hématomes intra et périspléniques consécutifs aux contusions et ruptures traumatiques de la rate*), bien que sur les cas qu'il cite 9 fois on ne relève pas de traumatisme dans les antécédents.

M. Quénu n'admet pas cette origine splénique et traumatique comme démontrée jusqu'ici.

L'observation de M. Souligoux semble bien être d'origine hépatique. Ce sont des cas plus rares. M. Quénu peut citer un cas que M. Meslay lui avait communiqué; chez un enfant de treize ans, après une chute, on observe de la fièvre, des troubles gastriques, des vomissements. La ponction ramène un liquide louche et la laparotomie permet d'évacuer un vaste hématome interhépato-diaphragmatique. Sacquépée, Léon Bernard ont signalé des cas semblables probablement par lésions d'artérite.

Enfin dans un cas de A. Schwartz et un autre de Reynier, l'épanchement pouvait provenir d'une capsule surrénale. L'origine de ces hématomes est donc vraisemblablement très variée.

M. Broca fait un rapport sur une observation envoyée par M. Sourdat (d'Amiens). Il s'agit d'une **ulcération de l'artère péronière par une exostose du tibia,** ayant déterminé la formation d'un hématome. M. Broca cite deux autres observations analogues de cette curieuse complication.

M. Michon rapporte une observation de **fistule vésico-vaginale traitée et guérie par la voie sus-pubienne** due à M. Chevassu. Il s'agissait d'une fistule consécutive à une suppuration pelvienne siégeant en arrière de l'abouchement des uretères comme le montre la cytoscopie et par où s'écoule la totalité des urines, on avait tenté sans succès la fermeture par la voie vaginale; l'induration des tissus ne permettant pas son abaissement, on pratique la taille médiane hypogastrique, la fistule est avivée et suturée en deux plans. La guérison est complète.

M. Michon rappelle que cette manière d'aborder les fistules vésico-vaginales est classique. Dans sa thèse, Charles Martin (Paris 1896-97, n° 600) en rapporte 14 cas, et Sarin (Thèse de Lyon, 1908) en cite 21 cas. A la Société de chirurgie, M. Bazy a déjà fait un rapport sur une observation analogue de M. Delbet. Mais, pour M. Michon, c'est une méthode d'exception réservée aux cas d'atrésie du vagin, à l'impossibilité d'abaisser la fistule par suite d'adhérences.

M. Marion a eu récemment l'occasion dans un cas de fistule très élevée, au contact du col utérin et ne s'abaissant pas, d'opérer par voie vésicale. Il persiste encore un petit pertuis qu'il se propose d'obturer par voie vaginale. — M. Segond est intervenu deux fois par voie abdominale dans le cas de fistule vésico-vaginale. Il est intervenu par voie paravésicale et a réussi à suturer la fistule.

M. Kirmisson présente l'observation d'un cas de **scalp du cuir chevelu** traité et guéri par les greffes italiennes et dermo-épidermiques.

M. Walther présente un cas de **luxation des quatre derniers métatarsiens**, et M. Savariaud un cas d'**appendicite**.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 27 janvier 1912)

Gymnastique électrique et obésité. — M. Dagron estime, à propos du traitement de l'obésité, que le fait d'agir exclusivement sur le tissu musculaire chez des sujets qui devront se servir de ces muscles, est insuffisant, mieux vaut ne pas séparer les diverses fonctions de la locomotion.

Ténosite de la jambe occasionnée par les talons élevés. — M. Dagron montre que les talons élevés peuvent non seulement occasionner des douleurs et des contractures, mais encore déterminer une véritable inflammation des tendons de la région postéro-inférieure de la jambe; cette affection peut simuler un état variqueux profond ou même un abcès froid, entraînant une thérapeutique appropriée, alors qu'il suffit, pour tout faire rentrer dans l'ordre, de conseiller le repos et la rééducation de la marche sans talon.

La radiumthérapie des fibromes hémorragiques. — M. H. Chéron rapporte les résultats obtenus à l'aide de sa technique dans 120 cas de petits fibromes hémorragiques. Sur ces 120 cas, il a obtenu 117 fois une hémostase définitive par la provocation de la ménopause; dans 108 cas, il a observé la régression consécutive du fibrome; dans 6 cas, la tumeur resta stationnaire et, dans 3 cas, augmenta très nettement. Pour les gros fibromes, 12 fois seulement sur 25, la ménopause fut obtenue.

La radiumthérapie, guérissant si facilement les petits fibromes, doit donc être préférée à toute autre méthode; en revanche, l'échec du radium commande l'intervention chirurgicale.

M. Pouliot hésite à admettre le mode d'action invoqué par M. Chéron; il pense que la régression des fibromes et la ménopause précoce ne s'obtiennent que par l'atrophie des ovaires avec les conséquences que celle-ci comporte.

M. Peraire reste partisan dans les cas de petits fibromes hémorragiques de l'hystérectomie abdominale, seul traitement curatif. Exception est faite pour les jeunes femmes chez lesquelles le radium peut être essayé; si le radium échoue, l'hystérectomie abdominale subtotale est le procédé de choix; rien n'est plus facile que de respecter un ovaire pour éviter les inconvénients de la ménopause chirurgicale.

La réaction de Hecht-Weinberg chez les syphilitiques. Sa valeur dans les affections oculaires. — MM. Leredde et Rubinstein. Le procédé de Hecht, modifié par Weinberg, est plus sensible que le procédé original de Wassermann et aussi fidèle quand on suit certaines règles. Il permet de reconnaître l'existence de la syphilis dans des cas où le procédé de Wassermann ne donne aucun résultat, en particulier dans des formes tertiaires limitées.

En ophtalmologie le procédé de Hecht-Weinberg est positif deux fois plus souvent que celui de Wassermann. Ces données, tirées des statistiques présentées par les auteurs, peuvent donc avoir une grosse importance aux points de vue pratique et thérapeutique.

Pour M. Gastou, le séro-diagnostic de la syphilis, si utile pour suivre et vérifier l'action du traitement, est un excellent moyen de renseignement, mais ne doit jamais être séparé de la clinique.

Diagnostic précoce de la fièvre typhoïde chez les enfants. — M. Depasse a constaté, dans un tiers des cas, que si deux jours de suite, chez un enfant, la température du soir dépasse 40 degrés, avec rémission matinale et 100 pulsations au plus, on est en droit, en l'absence de tout symptôme d'un autre ordre, de conclure à une fièvre typhoïde.

M. Toledano. Il est imprudent de faire semblable diagnostic lorsqu'on est simplement en présence d'une température de 40 à 41 degrés; d'autres affections telles que l'influenza ou la scarlatine avant l'éruption peuvent donner de semblables températures.

M. Smester a observé que la plupart des maladies aiguës chez les enfants débutent brusquement, par des températures très élevées; ce qui est intéressant ici, c'est la dissociation du pouls et de la température.

M. Gillet insiste sur la nécessité de recourir à l'agglutination du bacille pour le diagnostic ferme de fièvre typhoïde; dans les paratyphoïdes, l'allure de l'infection se modifie et peut donner lieu à un début brusque.

M. Paul Bourdel insiste sur la différence de la marche de la fièvre typhoïde chez l'enfant et chez l'adulte : chez l'enfant, le début brusque, sans prodromes, n'est pas rare, et la discordance entre le pouls et la température semble avoir une grande importance pour établir un diagnostic précoce.

Corps thyroïde et appareil utéro-ovarien. — M. Léopold-Lévi étudie : 1° les troubles thyroïdiens, secondaires aux troubles de l'appareil génital, lors de ménopause chirurgicale, naturelle, précoce, dans les affections utéro-ovariennes, à la puberté, pendant les menstruations et la grossesse; 2° l'influence du corps thyroïde sur le développement thyro-ovarien et sur les troubles du fonctionnement génital (dysménorrhée, métrorragie, aménorrhée, leucorrhée); 3° les syndromes thyro-ovariens complexes avec participation de l'hypophyse, des glandes surrénales et parathyroïdes.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 18 JANVIER 1912)

Épidémie de paludisme. — M. CHATINIÈRES relate une épidémie de paludisme qui sévit l'an dernier à Berkane (Maroc), dont il attribue l'intensité (la mortalité atteint dans les milieux indigènes 25 p. 100) à des causes climatériques et à un traitement quinique insuffisant. La quinothérapie préventive s'est montrée insuffisante et la quinothérapie curative n'a été efficace qu'à de très fortes doses (1gr50 à 2 grammes) administrées avant et pendant l'accès. L'augmentation du taux d'impaludisation est d'un pronostic fâcheux pour l'avenir de la région, surtout si l'on continue à ne rien faire pour lutter contre le paludisme.

Sporotrichose cutanée. — MM. NICLOT, VÉRON et PETGES rapportent une observation de sporotrichose cutanée causée par un sporotrichum à forme courte « levure », et montrent que l'on doit envisager, dans les groupements militaires en particulier, l'hypothèse de la sporotrichose, et ne pas oublier que cette affection longtemps méconnue est fréquente sous le couvert de la syphilis, de la tuberculose, de l'ecthyma, des pyodermites rebelles, qui doivent faire leur preuve avant d'être affirmées.

Plaies perforantes de la région thoraco-abdominale. — MM. REVERCHON, E. JACOB et DUQUET relatent deux observations de plaies perforantes de la région thoraco-abdominale et insistent sur la complexité des lésions osseuses et sur les voies d'accès à utiliser en pareil cas.

La balnéothérapie dans les rougeoles. — M. LAFFORGUE signale les bons résultats qu'il a obtenus dans le traitement des rougeoles sévères, mais non malignes d'emblée, par la balnéothérapie chaude précoce, combinée aux injections sous-cutanées d'oxygène.

Épithélioma de la région mastoïdienne. — M. RASSE présente un malade porteur d'un épithélioma de la région mastoïdienne, évoluant depuis quatorze ans, ayant occasionné une lésion nerveuse grave, à la guérison duquel a contribué une légère infection érysipélateuse.

VARIÉTÉS

MIGRATION DES PROJECTILES DANS L'ORGANISME

On sait que les projectiles reçus dans l'organisme, s'ils ne peuvent être extraits après débridement de la plaie ou à l'aide d'une pince tire-balle, finissent par s'enkyster et rester indéfiniment sur place ou errer à travers l'organisme, en obéissant aux lois de la pesanteur, en suivant les aponévroses musculaires et viennent, longtemps après, paraître dans les selles ou sous la peau, à une distance très éloignée de l'orifice d'entrée.

Nos traités de chirurgie d'armée en citent de nombreux cas, mais nous nous contenterons de signaler quelques exemples fournis par Ambroise Paré, qui les signale comme *des choses monstrueuses advenües en maladies accidentales*.

« Devant Sainct Jean d'Angely, un soldat nommé Francisque, de la compagnie du capitaine Muret, fut blessé d'un *coup d'arquebuze au ventre*, entre l'ombilic et les Ils : la bale ne luy fut tirée, parce qu'on ne la pouvait trouver au moyen dequoy il eut de grandes et extrêmes douleurs : neuf jours après la blessure, *jetta la bale par le siège* et trois sepmaines après fut guary : il fut traicté par maistre Simon Crinay, chirurgien des bandes françaises. »

« Jacques Pape, Seigneur de S. Aubam aux Baronniers en Dauphiné fut blessé à l'escarmouche de Chasenay de trois coups d'arquebuse, penetrans en son corps, dont il y en avait *un au dessous du nœud de la gorge, tout proche la canne du poulmon*, passant près la nucque du col et la bale y est encore à présent : au moyen dequoy lui survindrent plusieurs grands et cruels accidens, comme fièvre, grande tumeur alentour du col : de sorte qu'il fut dix jours sans pouvoir rien avaler, fors quelques bouillons liquides et nonobstant toutes ces choses a recouvré santé et est à présent encore vivant et fut pansé par maistre Jacques Dalam, chirurgien fort expert, demeurant en la ville de Montélimar. »

« Alexandre Benedict fut blessé *d'un coup de traict au dos* et fut tiré, mais le fer demeura dedans le corps, lequel estait long de deux doigts en travers et estait barbelé aux costez. Le chirurgien l'ayant longtemps cherché sans le pouvoir trouver, ferma la plaie et *deux mois après ce fer sortit par le siège*. »

« A Venise, une fille avalla une aiguille, laquelle deux ans après *elle jetta en urinant*, couverte d'une matière pierreuse, amassée alentour de quelques humeurs gluans. »

« Catherine Parlan allait aux champs en trousse sur un cheval : *une aiguille de son tabouret entra dedans sa fesse dextre*, de sorte que l'on ne la peust tirer dehors. Quatre mois après elle m'envoya quérir, se plaignant que *lorsque son mary l'embrassait*, elle sentait en l'aine dextre une grande douleur picquante, à raison qu'elle pressait dessus. Ayant mis la main sur la douleur, trouvay une aspérité et dureté et fis en sorte que lui tiray la dite aiguille toute enrouillée. Cecy, ajoute le brave Paré, doit bien être mis au rang des choses monstrueuses, veu que l'acier qui est pesant, monta contre-mont et passa au travers des muscles de la cuisse sans faire apostume. »

Depuis le XVIe siècle, la migration des corps étrangers (projectiles, aiguilles, etc.) à travers le tube digestif, la vessie, les masses musculaires, a été si souvent constatée que ces phénomènes ambulatoires ont perdu les propriétés merveilleuses ou *monstrueuses* que l'âme pure et naïve de Paré leur prêtait.

***

Une des migrations de projectile les plus surprenantes a été constatée et citée par Makins, dans la guerre du Sud-Africain, chez un blessé qui, ayant reçu une balle pénétrante dans l'abdomen, ne s'en aperçut qu'en voyant son caleçon rempli de sang. Ce blessé, éprouvant quelques coliques, avait cru d'abord qu'il était atteint de dysenterie.

Dr BONNETTE,
Lauréat de l'Institut,
Chef de service au 39e d'artillerie.

FORMULAIRE

RHUME ORDINAIRE

(TRACHÉO-BRONCHITE *a frigore.*)

Pour réaliser l'antisepsie des voies aériennes, calmer la toux, faciliter l'expectoration, prévenir la généralisation et l'infection, prescrire de prendre à chaque repas, entre deux plats, deux des capsules suivantes :

Gouttes Livoniennes de Trouette-Perret : Un flacon.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 12 AU 17 FÉVRIER 1912

THÈSES

Jeudi 15 février, à une heure. — M. JAILLARD. Les douleurs chroniques précordiales dans les maladies orificielles du cœur. (MM. Debove, président; Chauffard, Widal et Rathery.) — M. PAUL-BONCOUR. Méthodes anesthésiantes ou analgésiantes employées contre la dysphagie des tuberculeux laryngés, et en particulier les injections d'alcool dans le nerf laryngé supérieur. (MM. Chauffard, président; Debove, Widal et Rathe-

ry.) — M. TCHERTKOFF. Contribution à l'étude des anémies graves de la grossesse. (MM. Widal, président; Debove, Chauffard et Rathery.) — Mlle DRABKINE. Contribution à l'étude de la psychose hallucinatoire chronique. (MM. Gilbert Ballet, président; Pierre Marie, Claude et Roussy.) — M. WINAVER. Le signe d'Argyll-Robertson. Etude anatomique, physiologique, pathogénique et séméiologique. (M. P. Marie, président; Gilbert Ballet, Claude et Roussy.)

ACTUALITÉS

LE BUDGET DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES ET LES ŒUVRES MÉDICALES FRANÇAISES A L'ÉTRANGER. — Dans le rapport sur le budget des affaires étrangères, qui vient d'être distribué au Sénat, M. Pichon signale une fois de plus la modicité dérisoire des sommes destinées à soutenir les œuvres françaises à l'étranger et constate que les crédits demandés sont manifestement insuffisants à côté des sacrifices énormes que font les autres nations pour soutenir leurs missions.

Parmi les crédits, signalons :

Une somme de 80000 francs, qui sera répartie entre la Faculté de médecine de Beyrouth, et les lycées d'Alexandrie et de Beyrouth.

« Il est superflu, écrit le rapporteur, d'insister sur le service rendu en Orient par nos écoles, sur les liens d'amitié qu'elles développent entre la France et les populations auxquelles elles apprennent à parler notre langue et à se pénétrer de nos idées et de nos traditions.

Tous les ministres des affaires étrangères sans exception, à quelque nuance de l'opinion qu'ils appartiennent, ont reconnu la nécessité de maintenir, d'encourager et de développer cet enseignement. Nous ne saurions trop y insister. »

La propagande médicale en Chine prévoit les crédits suivants :

A. *Mission médicale du Sé-Tchouen.* — Ecole de médecine et hôpital :

Docteur Mouillac.....Fr.	12000
Sergent infirmier Castel.....	5425
Interprète indigène.....	1875
Médicaments.....	1625
Institut Pasteur :	
Docteur Jouveau-Dubreuil.....	12000
Caporal infirmier Triffault.....	4000
B. *Médecins.* — 1° En Chine :	
Pékin. — Docteur Hazard.....	12000
— Brigadier Ducrot.....	3000
Hankéou. — Docteur Mesny.....	2400
Tchongking. — Docteur Guillemet.....	8000
Shanghaï. — Docteur Fresson.....	2000
Long-Tchéou. — Docteur Pouthion-Lavielle.....	1800
2° Au Siam :	
Bangkok. — Docteur Poix.....	3000
— Docteur Pin.....	2000
C. *Entretien d'établissements hospitaliers*:	
Ecole de médecine de Canton.....	6000
Ecole de médecine de Yunnanfou.....	3000
Hospitalisation des indigents à l'hôpital de Pékin...	3000
Institut Pasteur de Tchentou.....	7500
Total.......Fr.	90625

M. Pichon demande en outre des crédits pour les œuvres médicales françaises au Japon.

Au Maroc, l'installation d'un hôpital civil à Casablanca est prévu pour 80000 francs.

Un crédit de 50000 francs est inscrit, enfin, pour la mission médicale française de Harrar que dirige un médecin-major des troupes coloniales assisté d'un infirmier français, ainsi que pour la mission vétérinaire qui l'accompagne.

L'Affaiblissement intellectuel chez les déments, par le docteur G. REVAULT D'ALLONNES. 1 vol. in-8° de 288 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, F. Alcan.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de chirurgie. — (N° 11, 25 nov. 1911.) SENCERT : Perforation de l'œsophage abdominal par ulcère. — A. CHALIER et F. TOMASSET : Des ulcérations et des perforations intestinales à distance dans le cancer du rectum. — THÉVENOT et Ch. REY : Thrombose de l'artère mésentérique supérieure simulant une tumeur abdominale. — Ch. MONOD et J. VANVERTS : De l'anévrismorraphie (*fin*).

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 11, nov. 1911.) DELAGENIÈRE et HAMEL : Evolution des symptômes cliniques et des hémorragies occultes chez un malade atteint d'ulcère juxtapylorique traité médicalement et chirurgicalement. — GAUDEAU : Statistique du service de médecine de l'asile Gatien de Clocheville. — MORICHAU-BEAUCHANT : Les zones d'hyperesthésie cutanée de Head dans le diagnostic des affections abdominales. — RENAUDIN : Les raisons du cœur.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXV, n° 22, 30 nov. 1911.) Robert COLEMAN-KEMP : Infection par le colibacille, avec description d'un cas de pneumonie double et bronchite purulente (infection d'origine intestinale) avec guérison. — F. B. LUND : Expériences d'un débutant dans l'emploi des plaques de A. Lane dans les fractures (avec 7 figures). — Ernest BOYEN-YOUNG et John T. WILLIAMS : Les rapports des fibromes et de la stérilité. — Stephen RUDHMORE : Opération pour les grands prolapsus de l'utérus. — (Vol. CLXV, n° 23, 7 déc.) Arthur T. CABOT : La Société médicale des Massachusetts et les services publics. — F. J. COTTON : Quand et comment opérer les fractures. — Elbridge G. CUTLER : Les soins à donner au cœur dans certains cas intéressant le praticien général. — John H. CUNNINGHAM : Faits montrant les rapports de la tuberculose du rein et de la tuberculose pulmonaire. — W. PEARCE-COUES : Le diagnostic et traitement du bubon inguinal. — (Vol. CLXV, n° 24, 14 déc.) C. E. A. WINSLOW : Le début de l'amygdalite et des angines septiques dans l'est des Massachusetts, en rapport avec la distribution d'un lait infecté (3 tableaux). — Eugène A. DARLING : Aspects cliniques de l'épidémie d'angine à Cambridge en mai 1911 (3 tableaux). — Mark W. RICHARDSON : Une épidémie d'amygdalite due à du lait infecté. — J. L. GOODALE : Observations sur l'épidémie d'angine survenue à Boston et dans ses environs en mai 1911 (1 graphique). — Edward H. RISLEY : Les applications pratiques de la chirurgie des vaisseaux (2 figures). — J. DELLINGER-BARNEY : L'épididymite tuberculeuse ; analyse de 153 cas.

Gazette médicale de Nantes. — (N° 47, 25 nov. 1911.) U. MONNIER : Le syndrome diaphragmatique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 16. — JEUDI 8 FÉVRIER 1912. 85e ANNÉE. JEUDI 8 FÉVRIER 1912. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Mathieu, Parmentier, Pierre Marie (qui ont accepté), Brouardel, Tapret, Gaucher, Gouget, Vaquez, Hirtz, Guinon, Bezançon et Tuffier (qui n'ont pas fait connaître leur acceptation).

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Sont nommés dans le corps des sapeurs-pompiers :

Au grade de médecin-major de deuxième classe : M. le docteur Leroy, au Havre.

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les docteurs Crespin, à Calais ; Verdière, à Bertincourt ; Six, à Laventie ; Bruneau, à Houdain ; Prifichet, au Havre.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe : M. le docteur Gamblin, à Fruges.

GUERRE. — Corps de santé des troupes coloniales. — Les onze médecins dont les noms suivent, qui ont satisfait aux épreuves du concours ouvert les 20 et 27 novembre 1911, à Paris et à Marseille, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, pour prendre rang du 15 janvier 1912 et, provisoirement, dans l'ordre alphabétique ci-après.

Ces aides-majors sont pourvus de l'emploi de médecin aide-major de deuxième classe élève à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. Bordes, Bourgeon, Conil, Descuns, Duffours, Fauquey, Laquièze, L'Hermier des Plantes, Péré, Rehm, Tournier.

— Les vingt-quatre élèves de l'école principale du service de santé de la marine, reçus docteurs en médecine, dont les noms suivent, ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe, pour prendre rang du 15 janvier 1912, et provisoirement dans l'ordre alphabétique ci-après.

Ces aides-majors sont pourvus de l'emploi de médecin aide-major de deuxième classe élève à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. Astié, Bérard, Chagnaud, Gayot, Giudicelli, Hébert, Kérébel, Kervrann, Labernadie, Laborit, Laurence, Le Bris, Le Maux, Louarn, Martin, Moracchini, Muraz, Pautet, Quéméner, Rault, Raynaud, Suldey, Tregan.

ÉCOLE ALLEMANDE DE MÉDECINE A SHANGHAI. — Le *Münchener medizinische Wochenschrift* donne quelques renseignements sur l'Ecole de médecine que les Allemands ont fondée à Shanghaï, à l'usage des Chinois. Cette création date de 1907, et provient du triple concours de la fondation Koppel pour le développement des rapports intellectuels de l'Allemagne avec l'étranger, de la Société germano-asiatique et de l'hôpital allemand de Shanghaï.

L'école est sous la haute surveillance du consul général allemand. Elle est dirigée par un Comité qui comprend : les trois plus anciens médecins de la Société médicale allemande de Shanghaï, trois commerçants désignés par les fondateurs, le président de la Société allemande de Shanghaï, trois fonctionnaires du consulat général allemand, un représentant de la fondation Koppel, et quatre citoyens chinois.

Les études sont divisées en trois cycles : l'enseignement de la langue, le vorklinicum et le klinicum. Les trois premières années, les élèves chinois apprennent l'allemand, suffisamment pour pouvoir suivre une conférence facile, et lire les livres scientifiques en s'aidant du dictionnaire. A cette étude de l'allemand s'ajoutent les mathématiques, la physique, la chimie, la géographie, l'histoire, le latin, la gymnastique, ainsi que l'enseignement de la langue et de la littérature chinoises.

Le vorklinicum et le klinicum durent respectivement deux et trois ans, et correspondent plus spécialement à l'enseignement médical, lequel comporte, dans le klinicum, la théorie et la pratique au lit du malade, la chirurgie dans la salle d'opération, etc.

On compte actuellement 64 élèves, et comme professeurs : les docteurs von Schab, Krieg, du Bois-Reymond, Amman, assistés par les docteurs Gerngross, Birt et Blumenstock, plus quatre privatdocenten qui sont chargés de l'école de Langues.

Il paraît que le gouvernement chinois s'intéresse à cette école allemande de Shanghaï, dont le but principal est évidemment de propager la culture et l'influence allemandes dans l'empire du milieu. P.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bézu (de La Bassée) et Lasfargues (de Saint-Gilles).

CLINIQUE TARNIER. — Cours gratuit de perfectionnement. — Le jeudi 15 février, à huit heures trois quarts du soir, M. Brindeau traitera le sujet suivant : « Le traitement de la syphilis dans ses rapports avec la grossesse. »

SUR
L'ANÉMIE PERNICIEUSE TUBERCULEUSE

Par Paul COURMONT,
Professeur de médecine expérimentale, médecin des hôpitaux de Lyon,

et André DUFOURT,
Interne des hôpitaux de Lyon.

I

Si l'anémie est un phénomène pour ainsi dire constant dans la tuberculose, et en particulier dans la forme chronique de la tuberculose pulmonaire, les origines de cette anémie sont encore mal élucidées. En général, il ne s'agit que d'anémies légères, se manifestant soit comme phénomène prémonitoire et indicateur de la tuberculose (forme pseudo-chlorotique), soit comme conséquence d'une tuberculose évoluant plus ou moins ouvertement, d'une façon aiguë (granulie) ou d'une façon chronique (tuberculoses avancées des divers organes et notamment du poumon). Mais à côté de ces formes légères il y a des anémies plus graves et, parmi celles-ci, on a eu l'occasion au cours de ces dernières années d'observer à plusieurs reprises le type pernicieux progressif, tel que l'a décrit Biermer.

Sans doute, l'origine tuberculeuse de ces anémies graves peut se discuter. Bien des fois l'on a occasion d'observer en même temps chez ces malades des lésions diverses qui pourraient revendiquer leur part dans la production du syndrome. Ponfik a considéré autrefois la dégénérescence graisseuse du cœur comme le *primum movens*. Zuinke, Ferwick, Banti, Jurgens, Ewald, invoquèrent les lésions gastro-intestinales, ulcérations ou atrophie de la muqueuse. Pour Grawitz il s'agirait d'une auto-intoxication d'origine digestive; la maladie aurait une origine entérogène. On sait d'autre part depuis les recherches de Planchard, de Hunter, Gilbert et Garnier que le foie présente des lésions. Ces lésions ont été particulièrement étudiées à Lyon par MM. Bret et Cade (1), et dans les thèses de Gaudin (2) et de Guillon (3). Les organes hématopoïétiques furent incriminés par Conheim, Osler. Vincenzo attribua un rôle considérable aux lésions du système nerveux. Plus récemment Labbé invoqua la néphrite, on peut faire à toutes ces diverses pathogénies un reproche identique : les lésions dont elles se prévalent sont inconstantes, et leur rôle dans l'anémie est fort hypothétique.

Maintenant que le rôle des infections dans la production des anémies graves commence à être mieux connu, il est permis d'envisager comme plus probable l'action du microbe ou de ses produits, et de faire découler le syndrome anémique soit de leur action directe, soit des lésions organiques plus ou moins placées sous leur dépendance.

(1) Bret et Cade. Contribution à l'étude du foie dans l'anémie pernicieuse protopathique. *Lyon médical*, 1902.
(2) Gaudin. *Considérations sur l'anatomie pathologique de l'anémie pernicieuse progressive*, Th. de Lyon, 1897.
(3) Guillon. *Contribution à l'étude du tube digestif et du foie dans la maladie de Biermer*, Th. de Lyon, 1902.

Ces considérations s'appliquent tout particulièrement à ce qui concerne la pathogénie des anémies pernicieuses chez les tuberculeux. On est obligé de convenir de leur assez grande rareté, si l'on n'envisage que les cas qui ont été publiés. C'est à titre de contribution à ces anémies que nous rapportons les faits suivants.

II

Voici d'abord notre observation, avec les résultats de l'examen du sang et de l'autopsie :

Observation. — Anémie pernicieuse à formule sanguine du type aplastique, induration du sommet gauche, adénite tuberculeuse cervicale suppurée, séro-diagnostic tuberculeux, positif à + 20.

Autopsie. — Moelle en état de réviviscence nette, tubercules anciens des deux sommets, symphyse pleurale gauche étendue, organes gras, ganglions caséeux du cou tuberculisant le cobaye.

Br... (Marie), cinquante-six ans, ménagère, entre à l'hôpital le 21 septembre 1909. Elle se plaint d'être très lasse, de mal digérer et de ne pouvoir faire aucun travail.

Elle n'a pas d'antécédents héréditaires. N'est pas mariée, n'a pas eu d'enfants. Ses antécédents personnels se bornent à une attaque de rhumatisme qu'elle aurait eue il y a deux ans. Son affection actuelle remonte à un an et aurait débuté par une « grippe » assez suspecte au cours de laquelle elle dit avoir craché du sang. Elle a toussé beaucoup à cette époque et ne s'est pas remise depuis. En effet si la toux a disparu dans la suite, elle a vu survenir des phénomènes d'anémie croissante avec prédominance de troubles digestifs.

A son entrée, la malade est très pâle, les muqueuses sont décolorées; il y a un léger reflet jaunâtre dans l'angle des conjonctives. L'embonpoint cependant ne paraît pas atteint de façon appréciable.

Elle se plaint d'une grande faiblesse avec vertiges, lourdeur de tête, céphalée, mouches volantes, nausées. Elle a des digestions pénibles, suivies de coliques deux heures après les repas. Les aliments liquides sont seuls à être bien digérés. Elle a du dégoût pour les solides. Douze jours avant de venir, elle prétend avoir traversé une période de diarrhée, au cours de laquelle elle a eu des selles noires comme du charbon; ses selles sont normales actuellement; un Weber est négatif.

L'examen révèle d'abord dans la région cervicale gauche un assez volumineux paquet de ganglions gros chacun comme une petite noix. Il y en a aussi dans le creux sus-claviculaire.

Aux poumons, il n'y a rien de net. Le cœur est normal : cependant il y a un raccourcissement du grand silence avec rythme pendulaire. Il existe un bruit de diable dans les veines cervicales des deux côtés. Le sang est très pâle.

L'examen du tube digestif ne révèle rien. Le foie est normal. La rate n'est pas perceptible et ne paraît pas augmentée de volume.

Rien aux organes génitaux ; pas de pertes blanches.

Rien de nerveux.

Température 37°5-38 degrés.

Urines claires, quantité moyenne, sans albumine ni sucre.

Cet état demeura à peu près stationnaire pendant toute l'année 1910.

Au mois de mai on ne notait aucune amélioration. La malade avait les mêmes troubles digestifs, les mêmes symptômes d'anémie, sans signes pulmonaires nets. On notait une suppuration d'un des ganglions du cou qui donna lieu à une fistule pendant six mois.

En novembre, mêmes signes: diarrhée à peu près constante, dégoûts pour toute nourriture. Pas de vomissements. Le foie et la rate sont normaux.

A partir de janvier 1911, les symptômes vont s'accentuant. Etat d'anémie extrême, obligeant la malade à rester courbée presque tout le temps. Teint paille très pâle, avec conservation relative du panicule adipeux. Essoufflement. Vertiges. Céphalée. Pas d'hémorragies, à part une fois dans les selles où un Weber fut faiblement positif. Persistance de l'anorexie de la diarrhée.

Au cœur : souffle systolique dans toute la région précordiale, presque râpeux à la base, doux et mésosystolique à la pointe.

Aux poumons : la base gauche sonne et respire moins bien. Au sommet gauche la respiration est saccadée ; il y a un peu de submatité et de la bronchophonie.

Le foie est normal, mais la rate donne trois travers de doigts de matité et son pôle inférieur est perçu.

Les urines renferment un peu d'albumine.

L'état de cachexie alla en croissant, la malade ne s'alimentant presque plus. Elle mourut le 13 mai 1911.

Examens de sang. — 1° Quantitatifs. — 22 octobre 1909 :

Globules rouges	1 863 000
Globules blancs	8 200

24 février 1910 :

Globules rouges	1 333 000
Valeur globulaire	1,85

31 décembre 1910 :

Globules rouges	2 015 000
Valeur globulaire	1,090

2 février 1911 :

Globules rouges	1 550 000
Globules blancs	6 880
Valeur globulaire	1,41

16 mars 1911 :

Globules rouges	1 147 000
Valeur globulaire	1,74
Globules blancs	4 420

3 mai 1911 :

Globules rouges	806 000
Hémoglobine	14 p. 100
Valeur globulaire	1,06

12 mai 1911 (deux jours avant la mort) :

Globules rouges	434 000
Hémoglobine	9 p. 100
Valeur globulaire	1,2

2° Qualitatifs. — 3 mars 1911 :

Polynucléaires neutro	46 p. 100
— éosino	3
Grands mono	3
Moyens mono	9
Grands lympho	7
Petits lympho	30
Myélocytes	2
Globules nucléés	0

3 mai 1911 :

Polynucléaires neutro	39 p. 100
— éosino	0
Grands mono	3
Grands lympho	12
Petits lympho	47
Myélocytes	0
Globules nucléés	0

12 mai 1911 :

Polynucléaires neutro	40 p. 100
— éosino	0
Grands mono	0
Grands lympho	18
Petits lympho	42
Myélocytes	0
Globules nucléés	0

Ainsi, on a toujours noté à ces trois examens et à d'autres l'*absence totale de globules rouges à noyau*. Les myélocytes se trouvaient en très petit nombre et d'une façon assez inconstante pendant la majeure partie de l'évolution de la maladie : ils disparurent les derniers mois. La valeur globulaire fut constamment supérieure à la normale. La quantité d'hémoglobine (Sahli) était très abaissée (14 à 9 p. 100).

Outre ces caractères, le sang présentait de la poikylocytose, une anisocytose assez accentuée et un peu de polychromatophilie.

Le nombre des polynucléaires resta constamment aux environs de 40 à 45 p. 100. Au contraire, les lymphocytes et toute la série mononucléaire furent depuis le début et jusqu'à la fin en proportion exagérée. Les derniers jours on put assister à une sorte de disparition presque complète des grands mononucléaires, tandis que le sang était envahi par des lymphocytes de toute taille, et notamment par des éléments analogues au grand lymphocyte ou myélocyte embryonnaire.

L'examen des urines fut pratiqué complètement le 8 mai 1911 (cinq jours avant la mort).

Volume (1er jour)	400cc, réaction acide	
Densité	1012	
	PAR LITRE	POUR LES 400 gr.
Acidité	2,65	1,06
Urée	11,85	4,74
Azote uréique	5,45	2,18
Azote total	7,26	2,90
Rapport azoturique	0,75	
Chlorures	0,23	0,09
S^2O^5	1,82	0,73
Acide urique	0,62	0,25
Albumine	0,17	0,07
Glucose	néant	
Pigments biliaires	néant	
Urobiline	présence	
Indoxyle	néant	

Autopsie. — On est frappé de la persistance d'un épais panicule adipeux.

Plèvres. — A droite, adhérences anciennes du sommet se déchirant difficilement ; à gauche, symphyse pleurale totale et serrée, on arrache la plèvre pariétale en enlevant le poumon.

Poumons. — Pâles, le parenchyme paraît lavé. En pressant on fait sourdre un peu de liquide spumeux. Il n'y a aucune poussée récente de tuberculose, mais à chaque sommet il y a des cicatrices et des noyaux fibreux indurés anciens.

Tube digestif. — Malgré un examen minutieux, on ne relève aucune lésion sur tout son trajet. L'estomac est petit, vertical. La muqueuse est absolument saine, sans suffusions hémorragiques. Il n'y a pas d'hypertrophie du pylore. L'intestin est normal, sans ulcération de la muqueuse. Rien au duodénum, rien à l'appendice. Pas de ganglions mésentériques.

Pancréas. — Normal. Pas de noyaux indurés.

Reins. — Droit, 170 grammes ; gauche, 150 grammes. Pâles avec un peu d'atrophie de la substance corticale et quelques petits kystes superficiels.

Rate. — 110 grammes, plutôt petite, assez consistante, couleur rouge lie de vin. Pas de périsplénite.

Foie. — 1380 grammes, couleur normale, friable, pas de sclérose appréciable ni de périhépatite.

Péricarde. — Non symphysé, couvert de suffusions hémorragiques.

Cœur. — 380 grammes, gros, très gras, couleur jaune pâle ; le myocarde gauche est très épais. Athérome de la crosse aortique et des valvules sigmoïdes, sans insuffisance. Le bord des valves de l'orifice mitral est un peu sclérosé ; il en est de même de l'orifice tricuspidien.

Ganglions du cou. — On en retire deux, l'un comme une amande, l'autre plus petit. Tous deux sont caséeux à la coupe. Inoculés à des cobayes, ils les rendront tuberculeux.

Moelle osseuse. — Rouge au fémur et au sternum. Des frottis sont faits.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (résumé). — *Ganglion du cou.* — Contient de nombreux follicules tuberculeux avec cellules géantes.

Moelle osseuse. — Réaction myéloïde nette : nombreux globules nucléés, myélocytes granuleux et agranuleux, lymphocytes nombreux, quelques mégacaryocytes, quelques polynucléaires.

Rate. — Ni cirrhose, ni tuberculose, mais hypertrophie du tissu lymphoïde, nombreux lymphocytes et mononucléaires, quelques polynucléaires.

Foie. — Surcharge graisseuse des cellules, peu de cirrhose. Toutefois, les espaces portes sont élargis et contiennent quelques cellules inflammatoires. Les capillaires sont ectasiés partout, surtout au centre des lobules.

Cœur. — Surcharge graisseuse considérable; situation à peine visible; un peu de sclérose interfasciculaire.

Reins. — Sclérose diffuse légère contenant quelques cellules inflammatoires.

Examen des frottis de moelle osseuse (Giemsa et triacide d'Ehrlich). — La moelle est *en état de réaction* suivant tous ses modes érythro et leuco-formateurs. Elle est parfaitement rouge au fémur et au sternum. On trouve une grande quantité de globules rouges dont environ un sur huit est nucléé. Il y a une assez forte proportion de mégaloblastes. Les noyaux sont nets, quelques-uns sont bilobés ou trilobés ou ont un aspect cérébriforme.

Il semble que l'on ait toutes les transitions entre le grand lymphocyte ou myélocyte embryonnaire et les myélocytes adultes. Outre les lymphocytes types, on voit en effet des éléments plus grands, à gros noyau ovoïde, à protoplasma basophile.

Puis ces éléments semblent se charger de granulations dans leur protoplasma qui s'agrandit. Dans certains éléments elles sont encore rares et occupent la périphérie.

Enfin, elles finissent par occuper tout le protoplasma (myélocytes adultes). Parmi ceux-ci, il y en a un sur six qui présente des granulations éosinophiles. Les autres sont des myélocytes neutrophiles.

Il y a quelques polynucléaires neutrophiles et éosinophiles.

III

Ainsi cette observation présente ce caractère particulier d'une moelle osseuse en réaction myéloïde coexistant avec une aplasie sanguine qui, presque complète, est devenue totale sur la fin.

Il s'agit d'une anémie pernicieuse à forme intermédiaire (Labbé) ou hypoplastique (Chauffard). Cette sorte d'anémie sert ainsi de trait d'union, comme ces deux auteurs l'ont montré, entre les anémies plastiques où la moelle et le sang sont tous deux en état de reviviscence fœtale, et les anémies aplastiques où l'on trouve, avec un sang sans aucun signe de réaction, une moelle jaune et en pleine dégénérescence à l'autopsie.

Labbé (1) fait rentrer dans le groupe des anémies pernicieuses intermédiaires, non seulement les anémies, telles que la nôtre, où la réaction sanguine est absente ou minime, tandis que la réaction médullaire est conservée ou même intense, mais encore les anémies à type myéloïde embryonnaire dont Aubertin, Lesné, Clerc, et Laederich (1) ont rapporté de jolis cas, et qui, embryologiquement, sont les formes qui se rapprochent le plus des anémies aplastiques pures ; le sang et la moelle ne renferment ni hématies nucléées ni myélocytes, mais seulement une grande quantité de grands lymphocytes, éléments primordiaux qui ont passé dans le sang et n'ont pas eu le temps d'évoluer.

Depuis que Chauffard et Laederich (2) ont créé ce nouveau groupement, qui a eu pour base les cas de Labbé et Lortat-Jacob (3), Labbé et Salomon (4), d'assez nombreuses observations sont venues l'étayer, et leur quantité serait encore beaucoup plus grande si l'on n'étiquetait pas plastique ou aplastique des anémies dont les formules sanguine et médullaire montrent une dissociation évidente. On trouve une hématie nucléée pour 100 dans le cas d'Evans, 1 pour 1 000 dans le cas de Lavenson. Dans l'observation de Caussade et Schœfer le premier examen révéla une hématie nucléée (5). Cette dissociation se retrouve plus nette dans les observations d'Enriquez, Clerc et Rathery (6), de Widal, Abrami et Brulé (7). Babonneix et Paisseau (8) ont eu l'occasion de voir évoluer, chez un enfant de onze ans, une anémie pernicieuse dans laquelle il y avait une aplasie sanguine complète avec à l'autopsie peu de réaction de la moelle osseuse mais réaction myéloïde embryonnaire de la rate et des ganglions. Il y a d'ailleurs des cas où l'activité médullaire est partout éteinte, sauf en un ou deux points qu'un examen attentif révèle seul ; c'est ainsi que, dans le cas publié par Cade, elle persistait seulement dans les côtes et le sternum, et dans le cas de Blumer au niveau de la colonne vertébrale.

Les vraies anémies aplastiques, comme le dit Labbé, où l'aplasie est à la fois médullaire et sanguine sont donc extrêmement rares.

Quoique, d'une façon générale, on ne puisse juger de l'état de la moelle par l'état du sang, il nous était permis chez notre malade de pronostiquer une moelle en état de réaction, car outre les rares myélocytes que l'on avait pu apercevoir quelques mois avant la mort, les examens de sang montraient de l'anisocytose et de la polychromatophilie que Vaquez considère comme un indice de réaction médullaire.

Un problème intéressant que soulève notre obser-

(1) LABBÉ. Les formes intermédiaires de l'anémie pernicieuse, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 juin 1908.

(1) LESNÉ, CLERC et LAEDERICH. Un cas d'anémie pernicieuse avec réaction spéciale du sang et de la moelle, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 juillet 1905.

(2) CHAUFFARD et LAEDERICH. Quelques formes cliniques de l'anémie pernicieuse, *Revue de méd.*, 1905.

(3) LABBÉ et LORTAT-JACOB. Anémie pernicieuse et néphrite chronique, *Soc. anat. de Paris*, 1903.

(4) LABBÉ et SALOMON. Anémie pernicieuse et néphrite chronique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1904.

(5) LABBÉ. Loc. cit.

(6) ENRIQUEZ, CLERC et RATHERY. Anémie pernicieuse à rémission, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1906.

(7) WIDAL, ABRAMI et BRULÉ. Anémie grave mortelle chez un brightique azotémique, *Soc. méd. des hôpit.*, 1907.

(8) BABONNEIX et PAISSEAU. Anémie pernicieuse infantile, *Arch. des mal. du cœur*, 1911.

vation est celui de sa *pathogénie*. Quelle fut ici la cause déterminante de l'anémie ?

La solution est complexe et ne peut être donnée de façon certaine. Nous trouvons réunis ici plusieurs facteurs, qui, chacun en particulier, ont été trouvés tour à tour suffisants en eux-mêmes pour la conception du syndrome.

Nous avons vu que l'autopsie avait révélé des reins dont la substance corticale légèrement atrophiée offrait quelques petits kystes, et l'examen histologique montrait une sclérose diffuse peu intense avec présence de quelques cellules inflammatoires. On connaît le rôle attribué par Labbé à la néphrite ; la rétention d'eau qu'elle occasionne dilue la masse sanguine, phénomène mis en évidence par Achard et Lœper, Widal et Lemierre. Nous ne croyons pas que les lésions observées ici soient suffisantes pour justifier la production de l'anémie par un pareil mécanisme, et à ce propos nous faisons remarquer que la malade n'a présenté, durant sa vie, aucun signe de brightisme, et que l'albumine n'a été constatée chez elle que d'une façon terminale.

Il est possible que les troubles digestifs assez caractérisés qui se manifestèrent au cours de l'évolution de l'anémie soient en partie responsables de celle-ci. Mais en sont-ils uniquement, et même d'une façon prépondérante, la cause ? N'a-t-on pas exagéré leur rôle ? Herzberg (1), au cours d'un travail récent, a vu que dans l'anémie pernicieuse les lésions de l'estomac sont constantes, que ce qui les caractérise c'est la disparition des glandes avec, par places, des essais de régénération, et il conclut que ces lésions découlent du même processus que l'anémie elle-même. D'autre part, le foie de la malade présentait les lésions décrites par Bret et Cade. Etaient-elles en rapport de causalité avec la destruction des globules rouges ? Ce que l'on peut dire c'est que les troubles digestifs n'ont jamais prédominé la scène ; ils se sont manifestés assez longtemps après le début de la maladie, et l'autopsie ne nous a rien révélé de grave les concernant. Néanmoins il est fort possible qu'ils aient exagéré la déglobulisation, et l'on doit tenir compte des hémolysines d'origine gastro-intestinale.

N'est-il pas plus rationnel, au lieu de s'arrêter à des causes probablement secondaires, à des lésions d'organes, de rechercher plus haut la cause du processus anémiant et de ces lésions elles-mêmes, et de faire au bacille de Koch une part plus grande que celle qu'on lui a faite en pareil cas.

Notre malade était notoirement tuberculeuse. Son affection a débuté par une poussée de bronchite, certainement bacillaire puisqu'elle s'est accompagnée d'une hémoptysie. Sans doute à l'hôpital, nous n'avons pas noté de tuberculose pulmonaire évoluant, mais un sommet était induré, une base sonnait et respirait mal, un ganglion donnait lieu à une fistule caractéristique suppurant pendant six mois. Le séro-diagnostic d'Arloing-Courmont était très positif + 20. L'autopsie confirmait l'examen du vivant en montrant des sommets scléreux avec des nodules et des cicatrices, et une symphyse pleurale gauche étendue. Un morceau d'un ganglion du cou inoculé à un cobaye le tuberculisa.

(1) Herzberg. *Arch. f. Path., Anat. et Phys.*, 1911.

IV

L'anémie des tuberculeux mise en relief par Andral et Gavaret en 1840, puis par Hayem, Malassez, n'est ordinairement pas considérable. Labbé (1) en a décrit les différentes modalités et récemment Faure-Beaulieu (2) a consacré, dans la *Revue de la tuberculose*, une étude complète aux éléments et à la composition du sang dans cette affection. L'expression la plus avancée de cette anémie revêt, mais combien peu souvent, le type pernicieux. Bezançon et Labbé en rapportent quelques exemples dus à Malassez, Hayem, Leussbach et Grawitz.

Au cours de ces dernières années, les faits publiés se comptent.

Pater et Rivet (3) rapportent un cas d'anémie pernicieuse ayant évolué au cours d'une tuberculose pulmonaire chronique. Le chiffre des globules rouges était tombé à 488 000, celui des globules blancs à 8 000 ; il y avait des hématies nucléées et des myélocytes dans le sang ; la moelle était en état de réaction légère.

Même observation faite par Labbé et Agasse-Lafont (4) chez une femme de trente-six ans atteinte aussi de tuberculose des poumons à évolution chronique. Ribadeau-Dumas et Poisot (5) ont vu l'anémie pernicieuse accompagner un cas de granulie qui a évolué en six semaines. Cette granulie était surtout intense sur les organes hématopoïétiques. Léon Tixier (6) relate le même fait chez un homme de quarante-deux ans atteint de broncho-pneumonie bacillaire. Ici l'aplasie sanguine était complète, mais la moelle était rouge, ce que permettait d'entrevoir une leucocytose légère et la polynucléose du sang, chose rarement notée.

Landouzy, Gougerot et Salin (7) ont publié une anémie intense avec léger ictère chez un phtisique pulmonaire. Les globules rouges étaient descendus à 1 050 000, l'hémoglobine à 10 p. 100 ; la résistance globulaire était cette fois-ci diminuée 0,54. Il y avait des hématies granuleuses, des hématies nucléées et des myélocytes dans le sang, cette anémie fut améliorée par le traitement.

Enfin Macaigne et Vallery-Radot (8) ont vu chez un homme de soixante-quinze ans atteint de tuberculose pulmonaire à marche rapide une anémie pernicieuse avec résistance globulaire normale et présence d'une hémolysine dans le sang.

(1) Labbé. Les anémies des tuberculeux, *Revue de méd.*, 1906.
(2) Faure-Beaulieu. Eléments figurés du sang et tuberculose, *Revue de la tuberc.*, 1911.
(3) Pater et Rivet. Un cas d'anémie pernicieuse au cours de la tuberculose pulmonaire chronique, *Tribune méd.*, 23 avril 1905.
(4) Labbé et Agasse-Lafont. Anémie pernicieuse et tuberculine, *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 19 juin 1908.
(5) Ribadeau-Dumas et Poisot. Les anémies graves au cours des maladies infectieuses aiguës, *Presse méd.*, 18 mai 1907, p. 313.
(6) Léon Tixier. Anémie grave de type pernicieux chez un tuberculeux, *Revue de la tuberc.*, juin 1909.
(7) Landouzy, Gougerot et Salin. Anémie et ictère hémolytique tuberculeux, *Revue de méd.*, 12 octobre 1910.
(8) Macaigne et P. Vallery-Radot. Anémie et hémolyse chez un tuberculeux, *Gaz. des hôp.*, 22 juin 1911.

L'anémie pernicieuse d'origine tuberculeuse paraît donc exister nettement. Bien que notre malade n'ait pas présenté de tuberculose ouverte ou à marche rapide, nous pensons que c'est au bacille de Koch qu'il faut quand même rapporter l'étiologie de la déglobulisation. Il s'agit probablement là de qualité plutôt que de quantité. Peut-être certaines races de bacilles sont-elles plus déglobulisantes que d'autres, ou trouvent-elles dans le terrain sur lequel elles évoluent des conditions particulières qui les rendent plus aptes à faire de l'anémie.

Ces anémies graves disent Labbé et Agasse-Lafont, ne s'expliquent ni par la fragilité globulaire ni par les propriétés hémolytiques des microbes des infections secondaires et il faut admettre que le bacille de Koch lui-même peut en certains cas manifester des propriétés hémolytiques.

En ce qui concerne la fragilité globulaire, nous avons vu que, contrairement à l'opinion précédente, Landouzy, Gougerot et Salin l'avaient mentionné dans leur observation. Aussi disent-ils qu'il faut compter avec des anémies par fragilité globulaire, comme avec des anémies par hémolyse. Mais au fond le mécanisme reste le même, les hématies fragiles sont des hématies sensibilisées. D'ailleurs le fait de ne pas constater de la fragilité globulaire ne veut pas dire qu'elle ne puisse pas exister, car, ainsi que le disent Guillain et Troisier, « la fragilité globulaire peut rester localisée dans certains territoires de l'organisme ». Il en est de même pour ce qui est de la constatation des hémolysines qui « agissant dans un point quelconque peuvent fort bien ne pas s'extérioriser dans le sang circulant. Il existe des états hémolytiques qui ne peuvent donner leurs preuves » (1).

Au cours des anémies tuberculeuses graves, on admet actuellement qu'il y a production d'hémolysine, libre ou fixée sur les hématies. La présence d'isolysine a été constatée assez fréquemment chez les tuberculeux. Crile a trouvé des isolysines 48 fois sur 52 cas, Mello 42 fois sur 60. Les autolysines seraient plus rares.

Expérimentalement Romanelli (2) a remarqué que l'inoculation de bacilles de Koch à des animaux provoquait une hypoglobulie considérable, avec chute des hématies jusqu'au trois cinquièmes ou à la moitié, leucocytose mononucléaire, diminution de la valeur globulaire et apparition de quelques hématies nucléées. Si la dose injectée est très forte, outre une chute plus marquée du nombre des globules rouges il y a de la leucopénie.

La tuberculine a une action discutée. Romanelli a obtenu avec elle les mêmes résultats qu'avec le bacille lui-même, ce qui semble confirmer les expériences de Hulot et de Ramond. Mais Rebaudi et Alfonso (3) ont obtenu au contraire de l'hyperglobulie après les injections.

Quant à ce qui est du pouvoir hémolytique direct du bacille de Koch, Raubitschek (1) l'aurait observé avec des extraits alcooliques de bacilles broyés.

En somme, bien qu'il y ait encore des inconnues en ce qui concerne la pathogénie des anémies pernicieuses de la tuberculose, il semble que dès à présent il faille faire une plus large part aux processus hémolytiques et l'on peut désormais concevoir et synthétiser les anémies tuberculeuses de la façon suivante.

Le bacille de Koch et ses toxines agissent directement sur le sang et les organes hématopoïétiques, ou bien ils n'agissent que par l'intermédiaire des lésions d'organes. Dans le premier cas, le bacille fait sentir son action soit en produisant des lésions spécifiques des organes hématopoïétiques (lymphadénie par exemple), soit en diffusant des produits hémolytiques qui agissent in loco ou qui passent dans le sang circulant (hémolysines locales ou libres).

Dans le second cas, le bacille ne produit pas ces lésions directement, mais altère des organes (foie, tube digestif, rein), qui à leur tour produisent des toxines et des produits hémolytiques (hémolysines gastro-intestinales, hépatiques, etc.).

La première pathogénie peut avoir pour elle deux sortes d'arguments : les expériences faites in vitro avec le bacille de Koch et prouvant son action hémolytique, et les expériences montrant que certains bacilles produisent in vivo de la déglobulisation. Ces deux points, quoique ayant des bases solides, demandent à être contrôlés. La deuxième pathogénie aurait le mérite de cadrer avec les faits anatomopathologiques de lésions de divers organes, capables d'engendrer eux-mêmes, une fois lésés, les produits anémiants.

(1) Guillain et Troisier. *Congrès de Lyon*, 1911.

(2) Romanelli. Le modificazioni degli elementi morfologici della crasi sanguina nella tuberculosi sperimentale, *Gaz. degli osped.*, 1907.

(3) Rebaudi et Alfonso. *Ann. de l'Inst. Maragliano*, 1906, p. 342.

(1) Raubitschek. Zür Kenntniss der alkoollischen Bachterienhœmolysine, *Central. f. Bakteriol.*, p. 508, 18 avril 1908.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1912)

Nouveaux cas de mort par le 606. — M. Gaucher apporte trois nouveaux cas de mort à la suite d'injections intraveineuses de 606. Il rappelle que M. Ricklin, dans un travail, en a déjà réuni 23 cas. En outre, MM. Milian, Queyrat, Rouget et Balzer ont également rapporté des faits d'accidents mortels. Enfin, MM. Vaubourdolle et Yahoub viennent d'adresser à M. Gaucher de nouvelles observations suivies de mort.

Dans la première observation relatée par M. Gaucher, il s'agit d'un jeune homme de vingt-quatre ans ayant contracté la syphilis il y a deux ans, ne présentant pas d'accidents actuels, qui vient à Paris trouver un médecin dont il avait vu le nom dans les journaux et qui lui fait trois injections de 30 centimètres cubes de 606. Six jours après, ce jeune homme mourait, sans même que le médecin l'eût revu.

Dans le second cas, c'est un homme de cinquante-trois ans qui avait contracté la syphilis en 1894, et depuis 1897 n'a plus présenté d'accidents, qui vient demander à M. Gaucher de lui faire une injection de 606. M. Gaucher refuse. Il va trouver un autre médecin qui la lui fait et il meurt.

Enfin, M. Yahoub (de Constantinople) écrit à M. Gaucher une lettre d'excuses et de remords, car après l'avoir combattu dans une conférence publique il se rallie aujourd'hui complètement à sa manière de voir. Il s'agit ici d'une femme enceinte de six mois, ayant été contaminée par son mari, et qui a succombé après une seule injection intraveineuse de 30 centigrammes de 606.

M. Gaucher maintient donc les conclusions qu'il a déjà formulées dans sa première communication du 9 novembre 1911.

Méthode d'évaluation de la valeur protectrice des vêtements par des mesures de laboratoire. — M. Guilbert fait sur ce sujet une communication dont voici les conclusions :

1° Les vêtements d'origine animale, laine et soie, ont un coefficient de protection supérieur à celui des tissus d'origine végétale.

2° La laine présente sur la soie l'avantage de se mouiller moins rapidement et de perdre moins rapidement sa valeur protectrice.

3° Le mélange de matières textiles diminue la valeur protectrice de l'élément dominant dans des proportions qui ne sont point en rapport avec le pourcentage des matériaux employés.

4° La façon dont est présenté industriellement le tissu a une grande influence sur l'efficacité de protection. Les tissus à chaîne (tissés) ont été supérieurs aux tissus maillés (tricotés) dans tous les cas étudiés.

Extraction avec guérison par la bronchoscopie de deux corps étrangers (agrafes) chez un enfant de huit mois et demi. — M. Guisez rapporte l'observation d'un enfant porteur de corps étrangers dans les voies naturelles.

Une première bronchoscopie permit d'enlever aisément, malgré le jeune âge de l'enfant (huit mois et demi), une agrafe de corsage incluse dans la bronche droite.

Les phénomènes dyspnéiques et la fièvre, 39 degrés, 40 degrés, reparurent trois jours après cette première intervention.

Soupçonnant un autre corps étranger, une deuxième bronchoscopie fut faite qui permit d'enlever de la trachée une deuxième agrafe semblable à la précédente.

La guérison survint sans complication.

C'est la première fois que l'on observe deux corps étrangers chez le même sujet, et c'est peut-être le plus jeune enfant qui ait jamais été bronchoscopé avec succès.

Les corps étrangers chez les tout jeunes enfants ne sont point très rares : l'auteur a extrait un os de la bronche d'un enfant de douze mois et, tout récemment, des écailles d'œufs de la trachée d'un enfant de seize mois. La majorité des corps étrangers observés par l'auteur (une centaine environ) concernaient des enfants de trois à huit ans.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 3 février 1912)

Sur le pouvoir auto-hémolysant du suc de rate. — M. Nolf rappelle les discussions que soulève la recherche des hémolysines spléniques. L'existence de ces hémolysines, reconnue par MM. Gilbert, Chabrol et Bénard, a été contestée par MM. Widal, Abrami et Brulé, Foix et Salin, Iscovesco. M. Nolf reconnaît à la rate un pouvoir antihémolytique constant, et il précise la technique qui permet de le vérifier.

A propos de la recherche des hémolysines spléniques. — MM. A. Gilbert, E. Chabrol et Henri Bénard. Parmi les causes d'erreur qui rendent négative la recherche des hémolysines spléniques, il faut tenir grand compte de la proportion des globules rouges dans le milieu où l'hémolysine doit s'effectuer. Un extrait splénique qui se montre inactif vis-à-vis d'une quantité déterminée de globules rouges devient franchement hémolytique lorsqu'on emploie une quantité moindre d'hématies. Avant de conclure à l'absence d'hémolysines spléniques, il est donc nécessaire non seulement de recourir à des dilutions successives d'extrait, mais encore d'employer pour chacune de ces dilutions des proportions variables de globules rouges.

Recherches expérimentales sur les effets de l'intoxication oxy-carbonée sur le système nerveux. — MM. H. Claude et J. Lhermitte, dans une première série d'expériences, ont déterminé chez des chiens des intoxications aiguës et chroniques par l'oxyde de carbone. Aucun de ces animaux n'a présenté de paralysie et les centres nerveux ainsi que les nerfs périphériques ont été reconnus sains, même par l'étude à l'aide de méthodes histologiques fines ; on notait seulement des hémorragies dans la substance grise de la moelle et du cerveau. Ayant associé, chez 4 chiens, à l'intoxication oxycarbonée, l'intoxication diphtérique, les auteurs ont observé l'existence de névrites parenchymateuses, dans un fait, et des lésions du cortex et de la moelle, dans deux autres. Ces faits démontrent que si, à elle seule, l'intoxication oxycarbonée est incapable de produire des lésions du système nerveux, la sommation des intoxications telle qu'on la rencontre en clinique humaine peut déterminer facilement des modifications grossières des centres et des nerfs périphériques.

La conductivité des liquides de l'organisme. — MM. Javal et Boyet ont étudié par la méthode de Kohlrausch la conductibilité électrique de certains liquides organiques (sérum, liquides pleuraux, liquides céphalo-rachidiens), en même temps qu'ils dosaient leur teneur en chlorure de sodium. Ils ont observé que, lorsque les chlorures varient dans ces sérosités, les électrolytes non chlorés semblent rester immuables, et que les variations de la conductivité paraissent dues exclusivement aux variations des chlorures.

La part qui revient dans la conductivité totale aux électrolytes non chlorés équivaut à peu près à celle que donnerait 1 gramme de NaCl supplémentaire par litre. Ainsi un sérum qui renferme 5 grammes de NaCl par litre a une conductivité sensiblement égale à celle d'une solution de NaCl pur à 6 grammes par litre.

Détermination de l'acidité urinaire. — MM. L. Grimbert et J. Morel montrent que, si on prend soin d'éliminer la chaux de l'urine et de corriger par la méthode de Ronchèse l'erreur due à la présence des sels ammoniacaux, le procédé de titrage de l'acidité urinaire, en présence de phtaléine, offre des garanties suffisantes et qu'il permet, en le faisant suivre d'un dosage d'acide phosphorique, de déterminer dans une urine non seulement l'acidité réelle, mais aussi l'acidité absolue, l'acidité phosphatique et l'acidité organique. La connaissance de la part qui revient à cette dernière dans l'acidité totale peut offrir un certain intérêt à la clinique.

Défaillances bulbaires unilatérales. — M. Pierre Bonnier. Les cas cliniques dans lesquels tous les troubles observés siègent sur une même moitié du corps démontrent le rôle prépondérant des centres bulbaires dans le maintien des équilibres fonctionnels, de l'intégrité organique et de la défense contre l'infection. Chaque moitié du bulbe tient directement sous sa dépendance la moitié correspondante du corps, organes et fonctions ; et dans la défense même si les organes mobiles et circulants de cette défense, phagocytes et suc, préparant l'activité phagocytaire semblent hors de la portée directe du système nerveux, la réceptivité unilatérale indique bien que la capacité pour tous les tissus d'élaborer ces sucs reste immédiatement sous la régie des centres bulbaires, comme les autres fonctions organiques. L'auteur rapporte quelques observations typiques.

Structure de la portion réfléchie du tendon du long péronier latéral du chimpanzé. — MM. Ed. Retterer et Aug. Lelièvre. Un chimpanzé, dont l'âge correspondait à celui d'un enfant de douze à quatorze ans, possédait des tendons réfléchis du long péronier latéral de même structure que ceux d'un enfant d'un à deux ans. Si l'on compare le mode de progression de l'enfant de cet âge à la marche bipède du chimpanzé, il est légitime de conclure que cette structure embryonnaire est maintenue sur cet anthropomorphe par le peu de frottement exercé par la portion réfléchie du tendon sur la trochlée cuboïdienne.

Fixation des doses minima mortelles, toxiques et thérapeutiques, de chlorure de baryum donné par la voie sous-cutanée à la grenouille, au pigeon et au lapin. — Après deux empoisonnements par le chlorure de baryum qui se sont produits dans une petite ville du Midi, M. Maurel a eu l'idée d'étudier l'action toxique et physiologique de ce sel; et, dans cette première note, il donne, pour ces trois animaux, les doses minima mortelles, celles qui, sans être mortelles, produisent des effets toxiques, et, enfin, celles que l'on peut considérer comme pouvant servir pour étudier l'action thérapeutique.

La dose minima mortelle serait de 1 gramme pour la grenouille, de 0g08 pour le pigeon, de 0g05 pour le lapin. Au-dessous de ces doses viennent les doses toxiques; et, pour arriver à celles que l'on doit considérer comme propres à étudier les effets thérapeutiques, il faudrait descendre à 0g10 pour la grenouille, 0g03 pour le pigeon et à 0g02 pour le lapin.

VARIÉTÉS

UNE DANGEREUSE PRATIQUE ANTICONCEPTIONNELLE

Depuis un peu plus de deux ans il existe, paraît-il, en Allemagne une méthode anticonceptionnelle, qui consiste à introduire des fils de soie dans la cavité utérine. Les fils de soie sont disposés en forme de petit tampon arrondi, et un long fil de même nature les maintient ainsi réunis. On pousse le tampon jusqu'au contact du fond de l'utérus, et le fil de maintien est alors sectionné au ras de l'orifice externe du col. Le paquet de fils de soie reste ainsi à demeure, pendant des mois entiers s'il le faut, et il suffit, paraît-il, à empêcher la fécondation, soit en déterminant une excitation continue, non douloureuse, de l'organe, soit en provoquant une légère endométrite.

Au dire de Richter (*Deut. med. Woch.*, 1911, n° 19), cette méthode passe à tort dans le public pour inoffensive. Il suffit cependant d'y réfléchir pour se rendre compte que, laissant de côté la question morale sur laquelle il ne saurait y avoir de contestation, l'innocuité du procédé est absolument illusoire.

L'observation suivante, publiée par Richter, en est la preuve :

Une jeune femme de vingt-huit ans s'était ainsi introduit un tampon de fil de soie dans l'utérus en janvier 1910. A la fin du mois d'août suivant, elle fut prise de fièvre très élevée et de diarrhées, puis, au bout de dix jours, il y eut élimination de pus et de sang par le rectum, et la fièvre tomba.

Souffrant toujours, la malade se présenta quatre semaines plus tard à la consultation de Richter, et celui-ci reconnut l'existence d'un pyosalpinx bilatéral déterminant une tumeur para-utérine. Guidé par l'interrogatoire, il retira de la cavité de la matrice, au moyen d'une curette mousse, le tampon de soie introduit en janvier, lequel était recouvert d'une mince membrane. Trois jours après, Richter pratiquait la laparotomie et rencontrait de vastes adhérences qui unissaient l'épiploon, les anses de l'intestin grêle et la courbure du côlon aux organes du petit bassin. L'adhérence était telle qu'il était difficile de distinguer les organes les uns des autres. La trompe droite était tendue par la présence d'un contenu purulent, et l'ovaire droit avait subi la dégénérescence kystique. A gauche, trompe et ovaire étaient complètement purulents.

L'intervention consista à enlever les deux abcès, avec tamponnement consécutif du cul-de-sac de Douglas. Les suites de l'opération furent bonnes, sauf, au début, quelques phénomènes d'insuffisance ovarienne dont une opothérapie appropriée eut facilement raison.

La cause des lésions était certainement le tampon de fils de soie introduit dans la cavité utérine, car la recherche des gonocoques dans le vagin et au niveau du col demeura complètement négative. A. GAULLIEUR L'HARDY.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES PARALYSIES SATURNINES [1]

SYMPTOMATOLOGIE. — La caractéristique clinique essentielle de ces paralysies consiste en leur bilatéralité, leur symétrie et leur prédominance au membre supérieur. Il s'agit de sujets ayant présenté déjà d'autres manifestations du saturnisme, en particulier des coliques de plomb, et chez lesquels on retrouve nettement des signes de cette intoxication (parotidite, liseré de Burton, albuminurie, anémie, hématies granuleuses).

Le *début* peut être brusque, à la suite d'une colique de plomb, d'une crise épileptoïde, quelquefois à la suite d'une intoxication aiguë alcoolique. Parfois il s'annonce par des prodromes légers et de courte durée (fourmillements, engourdissements), plus rarement par des douleurs fulgurantes; en général la paralysie met plusieurs semaines à s'installer.

A la période d'état, plusieurs éventualités sont à envisager; ou bien il s'agit de *paralysies typiques* localisées ou généralisées, ou de *paralysies atypiques*; nous allons adopter la classification établie, par Mme Déjerine Klumpke, et étudier tout d'abord les *paralysies localisées*; parmi celles-ci il faut encore distinguer plusieurs variétés.

A. **Paralysies typiques.** — I. Formes localisées. — 1° *Type antibrachial* (*Remak*). — C'est la forme la plus commune; dans cette variété ce sont les muscles innervés par le radial, extenseurs de la main et des doigts, qui sont intéressés; au début, la paralysie est unilatérale, mais elle ne tarde pas à devenir bilatérale; la paralysie porte d'abord sur l'extenseur commun des doigts; l'index et le petit doigt peuvent encore fonctionner grâce à leur extenseur propre, il s'ensuit que seuls les deux doigts du milieu retombent; on dit que le malade fait les cornes; cet état peut persister pendant des années; rarement c'est l'index ou l'auriculaire qui sont paralysés les premiers. Lorsque la paralysie progresse, elle atteint ensuite les radiaux, le cubital postérieur; la flexion de la main s'exagère encore. La paralysie peut intéresser aussi le territoire du médian ou du cubital (muscles de la main et lombicaux). A noter cependant l'intégrité assez fréquente du long abducteur du pouce. La paralysie s'étend au triceps et au deltoïde mais elle épargne l'anconé, le court supinateur et surtout le *long supinateur* (signe de Duchenne). Ce signe est précieux pour le diagnostic avec la paralysie radiale, banale, *a frigore* : pour le rechercher, il suffit de tirer sur l'avant-bras fléchi volontairement, on constate alors, facilement, la corde du long supinateur.

Les membres prennent une attitude très caractéristique; l'avant-bras est fléchi sur le bras, quelquefois la main tombe à angle droit sur l'avant-bras en pronation, les doigts sont en flexion dans la paume de la main.

Le malade ne peut redresser, ni les doigts, ni la main. Cependant en raison de l'intégrité des interosseux, si l'on soulève la première phalange, l'extension des deux dernières phalanges est alors possible; de même, les mouvements de latéralité des doigts peuvent se faire, la main étant mise en extension. Le pouce est fléchi et en adduction. Il est impossible au sujet de porter la main en extension; la face dorsale en est saillante, la face palmaire creuse; la flexion est difficile, et l'exploration au dynamomètre atteste bien cette diminu-

(1) Suite. — Voy. *Gaz des hôpit.*, 1912, n° 13, p. 178.

tion de la flexion qui est due soit à l'inaction des fléchisseurs, soit plutôt au rapprochement des points de leurs insertions; la force de flexion se retrouverait toute, en effet, si elle était cherchée après que l'on eût pris soin de porter la main en extension. L'examen de l'avant-bras permet de constater la corde du long supinateur, et souvent une déformation spéciale due à l'atrophie des extenseurs.

L'étude clinique d'une paralysie saturnine doit se compléter par la recherche des modifications électriques, des troubles sensitifs, trophiques, etc.

a. *Modification des réactions électriques.* — On observe assez précocement l'inexcitabilité galvanique ou faradique des nerfs et des muscles, puis la perte de l'excitabilité galvanique des nerfs coïncidant avec la conservation de la contractilité galvanique des muscles, enfin l'inversion de la formule des réactions musculaires (réaction de dégénérescence). En général les troubles électriques se produisent dans le même ordre que l'installation de la paralysie, et la contractilité volontaire réapparaît avant la contractilité électrique.

b. *Troubles trophiques.* — L'atrophie musculaire est précoce et assez rapide; elle s'observe surtout au niveau de la main; dans le type antibrachial, on observe la déformation dite en poing; parmi les autres troubles trophiques constatés dans le type que nous venons de décrire, il faut signaler la *tumeur dorsale* du poignet de Gübler, et le *gonflement de la tête des métacarpiens.* La tumeur dorsale du poignet est une tuméfaction indolente, occupant le dos du poignet, s'accompagnant de ténosite crépitante, au niveau de l'avant-bras; elle serait due pour Brissaud à une ténosite hypertrophique; pour Mme Déjerine Klumpke à une infiltration œdémateuse des parois des gaines.

c. *Troubles de la sensibilité.* — Ils font défaut le plus souvent, en dehors d'association avec l'hystérie. Pour expliquer cette intégrité relative on a invoqué soit une résistance plus grande de ces filets, soit le phénomène de la sensibilité récurrente; dans le type antibrachial on peut observer une zone d'anesthésie au niveau de la partie externe de la main, de la face postérieure du pouce et de l'index.

d. *Troubles des réflexes.* — Les réflexes tendineux et cutanés sont presque toujours abolis; lorsque l'on constate du tremblement, il est dû soit à l'hystérie, soit à l'alcoolisme concomitant.

2° *Type supérieur, brachial (Erb-Duchenne).* — La paralysie intéresse alors le deltoïde, le brachial antérieur, le long supinateur, le grand pectoral, sauf son chef claviculaire; elle peut être primitive et isolée, ou succéder à la forme précédente; elle est alors souvent le prélude d'une paralysie généralisée lente. Le long supinateur se prend le dernier et guérit le premier. Le bras tombe inerte, en rotation interne, collé contre le tronc; l'élévation, la rotation en dehors sont impossibles; l'avant-bras est en demi-pronation, la supination est impossible (paralysie des supinateurs). Les troubles trophiques et électriques sont en général peu accusés. Dans quelques cas assez rares les muscles deltoïdes sont pris les premiers.

3° *Type Aran-Duchenne.* — Ce type assez rarement observé est réalisé lorsque la paralysie envahit, après le territoire du radial, celui du médian et du cubital; la main prend l'aspect de la *main en griffe* (extension de la première phalange, flexion des deuxième et troisième); le pouce est en abduction et en demi-flexion; l'*atrophie* porte surtout, sur le *court abducteur* et les *interosseux*, l'éminence thénar et hypothénar; l'aspect rappelle celui de l'atrophie musculaire progressive; mais cette paralysie en diffère par l'existence des troubles électriques et la coexistence d'atrophie et de paralysie; cette variété succède en général aux formes précédentes, cependant Remak a décrit une amyotrophie limitée exclusivement aux muscles du pouce, cette localisation serait due à certaines attitudes professionnelles.

4° *Type inférieur ou péronier.* — La paralysie peut d'emblée revêtir ce type, surtout chez l'enfant; plus souvent elle est secondaire aux localisations précédentes; elle porte d'abord sur les muscles péroniers, puis sur l'extenseur commun, enfin sur l'extenseur propre; le jambier antérieur, comme le long supinateur dans le type supérieur, est le plus souvent indemne; cependant il peut être pris quelquefois, ainsi que le biceps crural; le malade marche en fauchant et en posant le pied sur le bord externe; il *steppe*. Contrairement à ce que l'on observe dans les formes précédentes, les réflexes sont exagérés; les troubles de la sensibilité sont très marqués et s'accompagnent souvent d'*arthralgie* du cou-de-pied; on peut observer de la douleur à la pression des masses musculaires comme dans les paralysies alcooliques. Très intéressants sont les troubles trophiques dans cette variété : le pied se met en *varus équin*, les espaces interosseux sont accusés, le bord du pied est aplati, les fléchisssseurs commun et profond font saillie; c'est le *pied en griffe* (sans contractures cependant). La réaction de dégénérescence est assez nette. Nombreuses sont les variations de ce type; ce peut être par exemple le jambier antérieur et le triceps qui sont pris; Köster a signalé une forme caractérisée par la participation des interosseux et des lombicaux du pied, associée au type antibrachial.

II. Formes généralisées. — Les formes généralisées, rares, succèdent en général aux formes précédentes; elles s'annoncent par une diminution rapide de la contractilité électrique, l'abolition des réflexes : elles peuvent évoluer lentement ou, au contraire, présenter une marche rapide. Elles débutent par des douleurs très vives; la pression des nerfs et des muscles est douloureuse; la paralysie progresse de la périphérie vers la racine du membre, puis elle intéresse les muscles du thorax, de l'abdomen, du diaphragme, et quelquefois le territoire des nerfs bulbaires (aphonie, dyspnée, par paralysie du diaphragme, des intercostaux, et des muscles laryngés). La mort est exceptionnelle; elle se produit par asphyxie. La régression de la paralysie est lente.

Forme fébrile. — Le début est marqué par l'apparition de symptômes généraux fébriles, qui peuvent durer plusieurs jours, puis la paralysie s'installe; elle porte d'abord sur les membres, puis elle gagne le dos, le thorax, l'abdomen; elle se généralise en quelques jours, les réflexes sont abolis, les sphincters épargnés. La guérison est assez fréquente, surtout quand les nerfs bulbaires sont indemnes; mais on observe toujours une atrophie, souvent très accusée, et même irrémédiable suivant la localisation de la paralysie; on décrit encore des formes, hémiplégique, paraplégique, monoplégique, très rares.

B. **Paralysies atypiques.** — Sous ce nom on décrit des paralysies des nerfs craniens, qui dans de nombreux cas d'ailleurs relèvent de l'encéphalopathie saturnine, de méningite saturnine. On observe ainsi des *paralysies du récurrent*, avec manifestations laryngées et modifications des cordes vocales, visibles au laryngoscope, on a signalé un cas de *paralysie du grand hypoglosse*, du *facial*. Plus intéressantes sont les paralysies qui portent sur les *nerfs de l'œil.* Elles peuvent être d'origine centrale, elles comportent alors un pronostic très sévère; elles peuvent être d'origine périphérique, ce qui est plus fréquent, et l'on observe du ptosis, du strabisme, de la diplopie. On a décrit enfin une *polynévrite cérébrale saturnine.* Mais il s'en faut que tous ces faits soient admis sans conteste par tous les auteurs : d'ailleurs l'existence, bien admise aujourd'hui d'une méningite saturnine, explique sans aucun doute bon nombre de ces formes.

Signalons, enfin, des variétés de paralysies saturnines, suivant l'âge. Chez l'*enfant*, l'on peut observer une forme héréditaire, rare, et le plus souvent fatale; dans la forme acquise, le type que l'on rencontre le plus, c'est le *type péronier*, qui se caractérise par une atrophie peu marquée et une absence presque constante de la réaction de dégénérescence.

C. **Paralysie hystéro-saturnine.** — Une mention toute spéciale doit être accordée à l'association fréquente de l'hystérie et du saturnisme. Le début de cette variété est soit brusque, apoplectiforme, soit lent et insidieux. L'on observe d'un seul côté le type antibrachial, mais avec participation du long supinateur, il n'y a pas ou très peu d'atrophie, les réflexes sont normaux, la réaction de dégénérescence fait défaut. Les troubles sensitifs sont très accusés et l'on relève d'autres stigmates d'hystérie (influence de la suggestion, guérison par l'aimant). L'évolution peut être progressive, ou brusque : on peut observer une guérison immédiate, ou bien la paralysie peut durer quinze à vingt jours, ou s'éterniser.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 17. — SAMEDI 10 FÉVRIER 1912. 85e ANNÉE. SAMEDI 10 FÉVRIER 1912. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Mathieu, Brouardel, Tapret, Gouget, Parmentier, Vaquez, Hirtz, Bezançon, Pierre Marie (qui ont accepté), Gaucher, Guinon et Tuffier (qui n'ont pas fait connaître leur acceptation).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — L'Institut égyptien a élu membre honoraire M. le professeur Raphaël Blanchard.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Bizard, Christin, Gardé, Kaminsky, Pourtié (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Barraillé (de Nérac), Boyer (de Négrondes), Chadefaux (de la Bourboule), Courdoux, Davenière (de Paris), Dufaure (de Vigeois), Dumont (de Levallois-Perret), Ferrand (Marcel) [de Paris], Gilbert (de Saint-Germain-en-Laye), Joxe (de Fère-en-Tardenois), Laburthe et Le Roy des Barres (de Paris), Mathieu (Aimé) [de Mouchard], Mathieu (Marie) [de Paris], Meugy (de Rethel), Montier (d'Angers), Pouy, Roucayrol, Salathé (de Paris).

MARINE. — MODIFICATION A LA TENUE DES MÉDECINS DE LA MARINE. — Dans toutes les circonstances où le veston blanc est admis, les galons mobiles sont supprimés et remplacés par des pattes d'épaule semi-rigides en toile blanche pour les officiers de marine et en drap bleu ou en velours pour les autres corps.

Cette patte de 13 centimètres de long et d'une largeur de 6 millimètres à l'emmanchure, 4 centimètres au milieu et à la tête, est fixée au veston au moyen de trois agrafes, et porte à la tête un bouton doré avec ancre.

La patte des médecins, en velours grenat, porte pour les officiers généraux : un écusson brodé formé d'une ancre de 35 millimètres de hauteur. Elle est encadrée d'un guipé en cannetille dorée matte de 2 millimètres.

Pour les officiers supérieurs et subalternes, la patte porte une ancre et des galons de grade,

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE (XIIIe CONGRÈS DE MÉDECINE.) — Le XIIIe Congrès français de médecine se tiendra à Paris, du dimanche 13 octobre 1912 au mercredi 16 octobre inclusivement.

Les questions choisies pour être l'objet de rapports et de discussions sont au nombre de trois :

1° *L'oxalémie et l'oxalurie.* — Rapporteurs. MM. Lœper (de Paris) : Exposé général du sujet; Lambling (de Lille) : Etude chimique de l'oxalémie et de l'oxalurie.

2° *Les colites infectieuses aiguës.* — Rapporteurs. MM. Cade (de Lyon) : Colites infectieuses aiguës chez l'adulte; Hutinel et Nobécourt (de Paris) : Colites infectieuses aiguës de l'enfance.

3° *Thérapeutique des syndromes hémorragiques.* — Rapporteurs. MM. Carnot (de Paris) : Exposé général du sujet; Sabrazès (de Bordeaux) : Examen du sang dans le diagnostic des syndromes hémorragiques; Nolf (de Liége) : Physio-pathologie de la coagulation du sang.

Le bureau estimant, sans vouloir rompre avec les traditions et s'opposer aux communications sur des sujets divers, qu'il est d'un réel intérêt scientifique d'éviter l'abus des communications dispersées et de favoriser leur groupement sur les questions d'actualité, propose à l'orientation des travaux des futurs adhérents du Congrès les deux questions suivantes :

1° Les états anaphylactiques en clinique;

2° La vaccination antityphique.

LABORATOIRE D'HYGIÈNE. — Les travaux pratiques de bactériologie dirigés par M. Macaigne, agrégé, commenceront le lundi 19 février.

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE. (Professeur : M. Gilbert BALLET.) — COURS COMPLÉMENTAIRE DE PSYCHIATRIE, sous la direction du docteur Laignel-Lavastine, professeur agrégé, médecin des hôpitaux. — Ce cours, consistant en conférences élémentaires suivies d'exercices pratiques, sera fait en douze leçons, avec la collaboration des chefs de clinique et de laboratoire de la Clinique, l'après-midi de deux heures à quatre heures, à l'Asile clinique, 1, rue Ca

RENSEIGNEMENTS

banis, du mercredi 21 février au mercredi 6 mars 1912. Chaque élève sera exercé individuellement.

Programme des leçons. — I. Technique de l'examen d'un psychopathe. — II. Troubles psycho-sensoriels. — III. Obsessions. — IV. Etats d'excitation. — V. Etats de dépression. — VI. Etats confusionnels. — VII. Etats délirants. — VIII. Etats dysgénésiques et démentiels. — IX. Réactions viscérales et humorales des psychopathes. — X. Diagnostic séméiologique, syndromique, nosographique, étiologique des états psychopathiques. — XI. Thérapeutique d'urgence : le certificat. — XII. Expertise et rapport médico-légal.

Le montant du droit à verser est de 50 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants pourvus de seize inscriptions, immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance du versement dû.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés, dès à présent, jusqu'au 17 février 1912, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le docteur Émile Sergent commencera, le mardi 20 février, à dix heures et demie, ses conférences cliniques, avec présentation de malades, sur la tuberculose et les maladies des voies respiratoires, et les continuera les mardis suivants à la même heure (amphithéâtre Potain).

Sujet de la première conférence : « Les médiastinites ».

ÉCOLE D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL. — COURS PRATIQUES COMPLÉMENTAIRES, par un groupe de médecins et chirurgiens des hôpitaux libres, d'anciens chefs de clinique, d'anciens internes et de praticiens spécialistes.

Deux séries par an : série d'hiver, novembre et décembre; série d'été, mai et juin. — La série d'été commencera le 1er mai 1912.

M. le docteur Arnould : Chirurgie pratique (douze leçons).

M. le docteur Le Fur : Maladies des voies urinaires (douze leçons).

M. le docteur Leuret : Gynécologie (dix leçons).

M. le docteur Pierra : Pratique obstétricale (douze leçons).

M. le docteur Mayet : Chirurgie infantile et orthopédie (douze leçons).

M. le docteur d'Ayrenx : Pratique ophtalmologique (dix leçons).

MM. les docteurs Cauzard et Faseuille : Oto-rhino-laryngologie (douze leçons).

M. le docteur Réal : Chirurgie dentaire et soins de la bouche (six leçons).

M. le docteur F. de Grandmaison de Bruno : Clinique thérapeutique pratique. Hygiène alimentaire (douze leçons).

M. le docteur Meslay : Pathologie infantile. Diphtérie (diagnostic et traitement).

M. le docteur Roger : Puériculture.

M. le docteur Lenglet : Maladies de la peau (huit leçons).

M. le docteur André Thomas : Maladies du système nerveux (huit leçons).

M. le docteur de Laquerrière : Radiologie, radiothérapie (cinq leçons). — Electrothérapie (huit leçons).

M. le docteur Dubois de Saujon : Hydrothérapie et physiothérapie (trois leçons).

M. le docteur Debonnesset : Massage (six leçons).

M. le docteur Lorrain : Méthodes générales de laboratoire (douze leçons).

M. le docteur Philippe Rondeau : Accidents du travail.

Des conférences sur des questions d'actualité médicale et chirurgicale seront faites en outre pendant chaque série.

Tous ces cours se font avec démonstrations pratiques, présentations de malades et d'instruments. Les élèves sont exercés individuellement au maniement des instruments et à la pratique des opérations courantes.

Un programme détaillé de chaque cours se trouve au siège de l'association, 18, rue du Luxembourg.

L'enseignement pratique a lieu dans divers hôpitaux (Saint-Joseph, Saint-François) et cliniques (Sainte-Geneviève, Saint-Luc).

Droits d'inscription : 25 francs pour un cours, 35 francs pour deux cours, 50 francs pour l'ensemble des cours.

Un droit de 10 francs sera perçu en plus pour les manœuvres obstétricales, pour les travaux pratiques de radiologie ou ceux de laboratoire.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de l'Ecole de l'enseignement médical, 18, rue du Luxembourg, tous les jours, le dimanche excepté, de deux heures à six heures.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fêtes du Carnaval.* — A l'occasion des fêtes du Carnaval, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 15 février 1912 seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 21 février, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 19 AU 24 FÉVRIER 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Mercredi 21 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

4e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

5e (2e partie), *Laënnec.*

Jeudi 22 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).

Vendredi 23 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).

4e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Samedi 24 février, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).

3e (oral, 1re partie).

5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon.*

THÈSES

Mercredi 21 février, à une heure. — M. COMBRES. Les traitements du chancre mou. (MM. Gaucher, président; Segond, Letulle et Pierre Duval.) — M. DELYLLE. Ligature de l'artère vertébrale dans sa portion sous-occipitale. (MM. Segond, président; Gaucher, Letulle et Pierre Duval.) — M. BOUGEANT. Suralimentation et repos dans la tuberculose pulmonaire. (MM. Letulle, président; Gaucher, Segond et Pierre Duval.)

Jeudi 22 février, à une heure. — M. BARRÉ. Etude critique sur les arthropathies tabétiques. (MM. Pierre Marie, président; Achard, Roussy et Rathery.) — M. BAISOIU. Contribution à l'étude clinique de l'ulcus duodénal (symptômes et diagnostic). (MM. Achard, président; Pierre Marie, Roussy et Rathery.)

Précis des examens de laboratoire employés en clinique, par L. BARD, professeur de clinique médicale à l'Université de Genève, correspondant de l'Académie de médecine de Paris, avec la collaboration de MM. G. HUMBERT et H. MALLET, anciens chefs de clinique médicale, médecins adjoints de l'hôpital cantonal de Genève. 2e édition, revue et augmentée. 1 vol. in-8° (de la Collection de Précis médicaux), de XXVI-766 pages, avec 162 figures en noir et en couleurs, cartonné toile. — Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

LES VOMIQUES

Par M. Louis BODINEAU,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Définition. — On désigne sous le nom, d'ailleurs étymologiquement impropre, de vomiques (vomere, vomir) : le rejet d'une collection purulente passée par effraction par les voies respiratoires (Dieulafoy); — l'évacuation par les bronches, de collections purulentes du poumon, des plèvres, de l'abdomen supérieur (Dupré).

Ce qui caractérise la vomique, c'est l'abondance de l'évacuation, c'est aussi la brusquerie avec laquelle le pus est rejeté à l'extérieur. Certains malades atteints de dilatation bronchique, de gangrène pulmonaire, certains tuberculeux cavitaires crachent une quantité considérable de pus, ils n'ont pas de véritables vomiques.

Cependant, si la vomique est généralement subite et massive, elle est parfois assez lente dans sa durée, fractionnée dans son débit et l'on conçoit dès maintenant que ces cas soient d'un diagnostic malaisé.

Le liquide rejeté par vomique est par définition toujours constitué par du pus. Il est des cas, exceptionnels il est vrai, où un kyste hydatique non suppuré du poumon ou une pleurésie séro-fibrineuse s'évacuent par les bronches ; ce n'est que par extension que l'on peut parler de *vomiques séreuses*.

II

Historique. — Connues des auteurs anciens, citées par Hippocrate, les vomiques ont été fort longtemps considérées comme un mode de terminaison d'une affection pulmonaire, comme l'évacuation d'un abcès du poumon. Pinel en 1798 fait encore la confusion et c'est Bayle (1) qui le premier fait une distinction dans l'étiologie des vomiques entre les inflammations pulmonaires et pleurales. Après lui Laënnec montre combien les abcès du poumon sont rares par rapport aux pleurésies purulentes.

Cayol (2) étudie les vomiques consécutives aux pleurésies interlobaires. Chomel fait l'article Pleurésie, du dictionnaire en trente volumes. Marconnet (3) choisit les vomiques comme sujet de thèse. Guérineau (4) étudie dans la sienne la terminaison par vomique de certains abcès par congestion. Les pleurésies purulentes fournissent à Damaschino (5) le sujet de sa thèse d'agrégation.

Woillez dans son *Traité des maladies aiguës des voies respiratoires* reconnaît que les pleurésies métapneumoniques sont presque toujours purulentes et se terminent souvent par vomique. Citons ensuite les thèses de Chénieux (6) sur les abcès par congestion ouverts dans les bronches, celles de Vignes (7), de Laurent (8), de Martinelli (9).

Trousseau (10), dans ses cliniques, consacre une importante leçon aux vomiques péripneumoniques. Les travaux de Netter, ses articles du *Traité de médecine* et du *Traité des maladies de l'enfance* marquent une date dans l'histoire des pleurésies purulentes.

Bouveret, en 1888, fixe l'état des connaissances sur les vomiques pleurales. L'année suivante, Tuffier (11) étudiant les fistules rénales parle des fistules réno-pulmonaires qu'il reprend dans le *Traité de chirurgie*. A partir de cette date paraissent des travaux et des thèses nombreuses sur les vomiques et sur leurs causes les plus fréquentes : les pleurésies purulentes. Citons entre autres les thèses de Borde (12), de Frey (13), de Courtois-Suffit (14), le livre de Comby (15) sur l'empyème pulsatile, l'article de Dupré (16) sur les vomiques dans le *Manuel de médecine*, la thèse de Cestan (17) sur la thérapeutique des empyèmes.

Dieulafoy (18) publie, en 1899, une leçon capitale sur la pleurésie interlobaire à propos de deux observations personnelles; Sergent (19), en 1900, un article sur les fausses guérisons par vomiques dans la pleurésie interlobaire métapneumonique.

Ajoutons à cette liste la chirurgie du poumon, de Tuffier, la chirurgie de la plèvre et du poumon, de Terrier et Raymond, les mémoires de Béclère sur les rayons X dans les affections thoraciques, la thèse de de Jaegher (20), celles plus récentes de Roquetanière (21), de Cauderay (22), les revues générales d'Ingelrans (23) sur les vomiques en général, de Detot (24) sur les pleurésies partielles, les thèses de Pasteau (25), de Houpert (26), de Simacourbe (27), les revues générales de Paillard (28) sur les pleurésies enkystées, et de Rebattu (29) sur l'empyème du médiastin.

III

Etude clinique. — Il est malaisé de donner lorsqu'on la dégage de toute considération étiologique une description clinique exacte et univoque d'un syndrome aussi variable que la vomique (Dupré).

La vomique étant un accident consécutif à la formation d'une collection liquide et presque toujours d'une collection purulente dans un organe thoracique ou abdominal, il en résulte qu'elle est habituellement précédée de symptômes et de signes physiques évoluant depuis un temps plus ou moins long. La vomique survient donc chez un malade déjà soigné pour une pleurésie purulente, enkystée ou non, pour un abcès du foie, etc.

Parfois cependant le diagnostic exact n'était pas fait, la collection purulente s'était formée insidieusement et la vomique constituant alors un des premiers signes cliniques acquiert de ce fait une grande valeur séméiologique.

Dans bien des cas, il est impossible de rattacher la vomique à une cause occasionnelle quelconque ; dans d'autres, elle s'est produite à la suite d'un effort, d'une quinte de toux, d'une thoracentèse [Bristowe (30), Prunac (31), Variot et Roy (32)].

Quoi qu'il en soit, la vomique est subite ou annoncée par des prodromes : dans la pleurésie interlobaire, la formation de la fistule pleuro-bronchique et par suite l'apparition de la vomique peuvent être prévues par l'odeur fétide de l'haleine du malade (Dieulafoy). Les pyopérihépatites qui s'ouvrent dans les bronches donnent souvent une expectoration

purulente et fétide indiquant la prochaine rupture de l'abcès.

Dans les kystes hydatiques du poumon ou du foie tendant à la vomique, l'haleine prend une odeur de marmelade de prunes [Eichorst (33)]. Quelquefois une élévation thermique, une dyspnée plus vive, une douleur thoracique correspondant au siège de l'abcès, indiquent l'imminence de la vomique ; puis le malade se met à tousser et rejette, dans des efforts synergiques de toux et de vomissement, une quantité plus ou moins considérable de pus, qui peut aller de quelques grammes à plusieurs litres.

Dans ces cas de vomiques très abondantes, où le pus est rejeté, à la fois par la bouche et le nez, le malade peut succomber à l'asphyxie (Moutard-Martin), terminaison d'ailleurs exceptionnelle. Le plus souvent, pendant la vomique, on observe de l'angoisse respiratoire, du refroidissement et de la cyanose des extrémités, de la tendance à la syncope ; le pouls est petit, rapide ; puis ces phénomènes s'atténuent, disparaissent et le malade se sent soulagé, en même temps que la fièvre tombe.

Variable selon son abondance, la vomique l'est également suivant sa durée, suivant qu'elle s'effectue en une fois ou qu'elle est fractionnée, pouvant alors passer inaperçue.

Le pus possède souvent des caractères particuliers qui permettent d'affirmer sa provenance. De couleur, de consistance et d'odeur variables, on peut y trouver des débris d'échinocoques, des crochets, des séquestres osseux. L'examen bactériologique sera souvent d'un grand secours pour le diagnostic, en révélant la présence de pneumocoques, de streptocoques, de bacilles de Koch, etc. Nous signalerons d'ailleurs, à propos de chaque vomique, les caractères particuliers du pus.

L'examen clinique du malade fournit les symptômes et les signes de l'affection dont la vomique est un accident : état général, état des poumons, de la plèvre, des organes sous-diaphragmatiques. Comme signes physiques dépendant directement de la vomique, on trouve, suivant les cas, des signes cavitaires (souffle caverneux, gargouillement) ou des signes de pyopneumothorax (souffle amphorique, bruit de glou-glou à la succussion hippocratique, etc.). Une ponction exploratrice, la radioscopie sont souvent utiles, nous y reviendrons plus loin.

A la suite d'une vomique, le malade peut quelquefois être guéri définitivement : le fait a été signalé dans quelques observations de pleurésies pneumococciques ; mais le plus souvent il n'en est pas ainsi, la collection purulente se reforme et le lendemain ou les jours suivants à l'occasion d'un changement de position, d'une quinte de toux survient une nouvelle vomique ; on cite ainsi des malades qui en un temps plus ou moins long rendent des quantités considérables de pus [40 litres dans un cas de Trousseau (34)]. A la longue la cavité purulente peut se rétrécir et la sécrétion se tarir peu à peu ; même dans ce cas la sclérose pulmonaire avec ou sans dilatation bronchique compromet tôt ou tard la vie de l'individu. D'ailleurs le plus souvent à l'amélioration passagère qui suit la vomique succède une exacerbation de la toux et de la température qui prend peu à peu le type hectique, le malade maigrit, perd tout appétit, se plaint de sueurs profuses et finit par succomber.

IV

Diagnostic différentiel. — Dans la plupart des cas le diagnostic différenciel n'est pas difficile. C'est seulement si la quantité de pus est peu considérable, si ce pus est craché sans grands efforts que l'on pourrait confondre une vomique avec l'évacuation d'un *abcès dentaire*, d'un *kyste suppuré du plancher de la bouche*, d'une *amygdalite phlegmoneuse*, d'un *abcès rétro-pharyngien* : dans tous ces cas l'angine, la douleur, la dysphagie appelleront l'attention sur la cavité bucco-pharyngée et l'examen direct permettra de préciser le diagnostic.

Il est en revanche beaucoup plus difficile de distinguer la vomique des expectorations abondantes qu'on observe dans la dilatation des bronches, la gangrène pulmonaire, les cavernes pulmonaires et qui constituent les *pseudo-vomiques*.

Dans la *bronchectasie*, le malade a une ou plusieurs fois par jour une expectoration abondante, verdâtre, opaque, dont la couleur rappelle la purée de pois et dont l'odeur serait analogue à celle du plâtre frais. Au repos cette expectoration se divise en trois couches, l'une superficielle, muqueuse, grisâtre, une moyenne filante, la troisième profonde seule puriforme ; dans l'intervalle des pseudo-vomiques l'expectoration reste abondante. D'autre part les signes physiques, l'évolution de la maladie, l'installation lente de la bronchorrée contribuent à différencier la dilatation des bronches des affections dans lesquelles on peut observer des vomiques.

La *gangrène pulmonaire* peut avoir une expectoration intermittente procédant sous forme de vomiques, mais l'odeur de matières fécales, de pourriture qu'elle présente est caractéristique. Ici encore l'expectoration se divise en trois couches : dans la couche sédimenteuse, inférieure, le microscope montre la présence de bouchons de Dittrich, de débris de parenchyme pulmonaire.

A la *période cavitaire de la tuberculose pulmonaire*, le malade remplit souvent tout un crachoir en toussant le matin au réveil. Dans la plupart des cas le diagnostic est facile, le tuberculeux à cette période présentant un aspect très particulier. Nous verrons cependant plus loin que certaines vomiques fragmenteuses, nummulaires, peuvent en imposer pour une caverne pulmonaire. L'examen microscopique des crachats et l'inoculation au cobaye en révélant la présence du bacille de Koch donneront alors la clef du diagnostic.

L'*actinomycose*, l'*aspergillose* peuvent donner également des bronchorrées abondantes. Dans ces cas encore, l'examen microscopique des crachats sera de la plus grande utilité.

Malgré toutes ces différences, nombreux sont les cas où on peut croire à une vomique qui n'existe pas et vice versa méconnaître une vomique réelle, si elle est très fragmentée ou s'il s'agit d'un enfant qui déglutit ses crachats. Le diagnostic reposera sur les

antécédents, les signes physiques, l'examen radioscopique, les caractères macroscopiques et microscopiques de l'expectoration, l'état général du malade. Les mêmes caractères seront en même temps des éléments de diagnostic étiologique.

V

Diagnostic étiologique. — Les vomiques ont de multiples origines, mais les collections purulentes de la plèvre constituent leurs causes les plus habituelles. Celles qui proviennent du poumon et du foie viennent ensuite par ordre de fréquence, enfin les vomiques reconnaissent parfois des causes beaucoup plus rares qu'il importe cependant de bien connaître.

Nous étudierons successivement :

1° Les vomiques d'origine pleurale;
2° Les vomiques d'origine pulmonaire;
3° Les vomiques d'origine médiastinale;
4° Les vomiques d'origine sous-diaphragmatique.

1° VOMIQUES D'ORIGINE PLEURALE. — Nous avons vu que dans des cas exceptionnels une pleurésie séro-fibrineuse pouvait s'évacuer par vomique. Les exemples en sont rares [Ogier (35), Ribat y Perdigo (36), Toussaint (37), Dujol (38)]. Nous n'y insisterons pas.

En règle, la vomique survient au cours de l'évolution soit d'une pleurésie purulente de la grande cavité, soit plus fréquemment encore d'une pleurésie purulente enkystée.

A. *Vomiques au cours des pleurésies purulentes de la grande cavité.* — *a.* C'est au cours des *pleurésies à pneumocoques* qu'elles s'observent le plus souvent, leur fréquence étant cependant diminuée de ce fait que le diagnostic de ces pleurésies occupant toute la cavité pleurale est relativement facile, et qu'un traitement chirurgical (thoracentèse ou pleurotomie) permet d'éviter la formation de la fistule pleuro-bronchique.

La date d'apparition de la vomique est variable. Rare avant le trentième jour elle survient habituellement du trentième au cinquantième, du moins chez l'adulte. D'après Trousseau en effet chez les enfants et chez les femmes en état puerpéral elle serait souvent plus précoce, survenant alors du quinzième au vingtième jour.

Le diagnostic de pleurésie purulente est donc déjà fait depuis longtemps, quand la vomique a lieu; nous n'avons pas à revenir sur la description de ces grandes vomiques au cours desquelles, avons-nous dit, la mort peut survenir par asphyxie mais qui plus souvent sont suivies d'un grand soulagement.

La quantité de pus rejeté peut atteindre plusieurs litres. Jaunâtre, épais, bien lié, inodore, parfois strié de rares filets de sang, il est facile d'y mettre en évidence le pneumocoque soit par examen direct, soit par inoculation à la souris blanche qu'il tue en vingt-quatre heures.

Après la vomique, il existe un notable changement dans les signes physiques. Le niveau de la matité a beaucoup baissé et le plus souvent on observe tous les signes d'un pyopneumothorax. La disposition de la fistule pleuro-bronchique étant assez variable, quelquefois le mécanisme du pneumothorax à soupape se trouve réalisé. Dans l'autre cas il peut ne pas y avoir de pneumothorax, la fistule étant disposée de telle sorte qu'elle permet la sortie du pus mais qu'elle s'oppose à l'entrée de l'air, formant ainsi clapet (Chomel).

Nous avons envisagé précédemment les diverses éventualités qui pouvaient se produire après la vomique. Ajoutons que dans certains cas l'haleine et les crachats prennent une fétidité extrême. Il s'est alors produit un noyau de gangrène pulmonaire au contact de l'abcès pleural.

b. Dans l'*empyème à streptocoques*, la vomique est beaucoup plus rare que dans la pleurésie purulente à pneumocoques.

c. Dans les *pleurésies putrides*, la vomique ne se produit point, sans doute à cause de la trop grande rapidité de l'évolution.

d. Dans les *pleurésies purulentes tuberculeuses*, la vomique est tout à fait exceptionnelle. Un fait montre combien peu ces pleurésies ont tendance à la vomique : c'est que l'hydro-pneumothorax qui vient assez souvent les compliquer et qui est produit par la rupture d'un tubercule à la surface du poumon n'est jamais précédé, suivi, ni accompagné de vomique.

Une fois seulement Netter qui a observé cet hydro-pneumothorax 4 fois sur 15 cas a constaté la présence dans le crachoir d'un liquide louche, verdâtre, mal lié, ayant le caractère du liquide des pleurésies tuberculeuses. Cependant la vomique a été vue dans quelques cas d'empyème pulsatile d'origine tuberculeuse. On sait que l'empyème pulsatile est beaucoup plus fréquent au cours de la pleurésie purulente tuberculeuse que dans n'importe quelle autre. Courby écrit que la vomique est fréquente dans l'empyème pulsatile, mais on n'ignore combien celui-ci est rare et la vomique reste la grande exception dans la pleurésie tuberculeuse.

B. *Vomiques au cours des pleurésies purulentes enkystées.* — Si la vomique est presque l'exception dans la pleurésie purulente de la grande cavité, elle est presque la règle dans la pleurésie enkystée dont le type est la pleurésie interlobaire.

a. *Vomiques dans les pleurésies interlobaires.* — Presque toujours *pneumococcique* la pleurésie interlobaire donne lieu à la vomique. Chez l'adulte dans la moitié des cas, chez l'enfant une fois sur 10 seulement. Il faut noter cependant qu'à cet âge la perforation bronchique d'ordinaire étroite se manifeste par une vomique fractionnée et d'autre part que l'enfant déglutit ses crachats. La vomique pour ces deux raisons risque de rester souvent inaperçue.

La pleurésie interlobaire et son évolution vers la vomique ne sont bien connues que depuis la leçon magistrale de Dieulafoy, faite à propos de deux observations personnelles.

Dans cette forme la vomique semble survenir d'une façon plus précoce : dans les deux observations de Dieulafoy elles étaient apparues respectivement le quinzième ou le dix-huitième jour.

On peut la prédire douze heures, vingt-quatre heures ou même plus longtemps à l'avance, grâce à l'apparition d'un signe décrit par le même auteur : la féti-

dité de l'haleine ; à ce moment en effet des exhalaisons fétides s'échappent de la cavité par une fissure.

Quant à la vomique elle-même, elle peut revêtir trois aspects cliniques différents suivant qu'elle est massive, fractionnée ou nummulaire. Il y a d'ailleurs entre ces trois formes tous les intermédiaires.

La vomique massive la plus rare est la seule qui soit un peu dramatique : plusieurs quintes de toux se succèdent, le malade est pris subitement d'une dyspnée angoissante, quelquefois une sensation de douleur aiguë ou de déchirure à l'intérieur de la poitrine, puis une dernière quinte de toux évacue au dehors 200, 300, 400 grammes de pus jaune verdâtre et plus ou moins fétide.

Beaucoup plus souvent la vomique est fractionnée. Le pus en effet n'est pas rendu à flots comme dans la vomique massive. C'est par petites gorgées qu'elle s'effectue, si bien que faute d'attention elle pourrait être prise pour une simple expectoration bronchique. Dieulafoy insiste sur ces petites vomiques fragmentées qui simulent la bronchorrée ou la bronchite fétide.

Les vomiques nummulaires décrites récemment par Hirtz et Beaufumé (39) prêtent encore plus à confusion. « Ici c'est toujours en minime quantité que le pus ou le muco-pus est rejeté, l'expectoration s'accompagne d'une toux violente quinteuse, tantôt de véritables coups de glotte, tantôt elle est presque silencieuse. La dypsnée est modérée ou manque totalement, sans angoisse. La douleur thoracique peut faire défaut mais existe parfois comme dans une de nos observations. Le pus est rendu soit chaque jour, soit d'une façon intermittente avec des périodes plus ou moins longues d'absence totale d'expectoration purulente. Mais dans cette forme l'expectoration indépendamment de sa petite quantité a encore pour caractère essentiel de se faire uniquement par crachats isolés, aussi bien dans le cours de la journée que le matin, aussi bien dans la position verticale que dans la position horizontale et le rejet de ces crachats se fait à des intervalles plus ou moins longs. En raison de leur constitution muco-purulente ou purulente ils ressemblent totalement de par leur cohérence et de par leur forme dans un crachoir contenant un peu de liquide aux crachats nummulaires de la tuberculose pulmonaire ou chronique cavitaire. »

Quel que soit son aspect clinique la vomique de la pleurésie interlobaire est le plus souvent précédée ou accompagnée, suivant la remarque de Dieulafoy, d'hémoptysies d'abondance variable consistant tantôt en quelques crachats sanglants, pouvant dans d'autres cas devenir inquiétantes de par leur abondance. Elles sont dues à l'ulcération de l'artériole satellite de la bronche perforée.

Après la vomique, souvent la température tombe et l'état général redevient meilleur au moins temporairement ainsi que nous le verrons plus loin. Les signes physiques sont ceux d'un pyopneumothorax partiel enkysté, c'est-à-dire des signes cavitaires (souffle caverneux, gargouillement), et si la cavité est volumineuse, ces bruits prennent un timbre amphorique.

L'évolution de la pleurésie interlobaire après vomique est très variable suivant les cas. Dans les cas favorables, au bout de plusieurs jours, de plusieurs semaines l'expectoration diminue et perd sa fétidité, la fistule bronchique se ferme, les signes d'auscultation deviennent à peu près normaux ; à l'écran radioscopique on ne constate plus aucune ombre. En même temps l'état général s'est amélioré, la fièvre est tombée, l'appétit est revenu, le malade a engraissé. Il faut toutefois ne conclure à la guérison parfaite qu'après un laps de temps très long, Sergent ayant montré la fréquence des fausses guérisons par vomiques dans les pleurésies interlobaires métapneumoniques et la reprise possible des phénomènes morbides après un silence prolongé. D'ailleurs dans bien des cas l'évolution n'est pas aussi favorable : si la cavité se draine mal l'état général loin de s'améliorer devient de plus en plus mauvais. Le malade prend souvent l'aspect d'un tuberculeux quand il ne le devient pas en réalité (Dieulafoy). Il en a les signes généraux, l'aspect extérieur jusqu'aux ongles hippocratiques ; il en a aussi les signes stéthoscopiques et parfois même l'expectoration (Hirtz et Beaufumé), on le considère souvent comme tel si l'on a pas reconstitué l'histoire exacte de la vomique. Rarement une suppuration aussi prolongée arrive à se guérir spontanément. En l'absence d'un traitement chirurgical, la plupart du temps le malade meurt cachectique [Martinez-Mesa (40)]. Cette période de cachexie peut d'ailleurs se prolonger fort longtemps. On l'a vue durer neuf mois (Martinez-Mesa, Hirtz et Beaufumé), dix-huit mois (Sergent), plusieurs années [Prengrueber et de Beurmann (41)].

Presque toujours pneumococcique la pleurésie interlobaire peut cependant reconnaître une autre origine et donner lieu à des vomiques.

Widal et Froin (42) ont observé une vomique fragmentée survenue au vingt-deuxième jour chez un malade atteint de *pleurésie interlobaire streptococcique.*

De même les *formes tuberculeuses de pleurésie interlobaire* peuvent produire par vomique un pyopneumothorax partiel bien étudié par Sabourin (43), U. Monnier (44), Durbin (45), L. Robert (46).

b. *Vomiques dans les pleurésies diaphragmatiques.* — On sait que la pleurésie diaphragmatique est dans l'immense majorité des cas séro-fibrineuse et tuberculeuse. Il existe cependant des pleurésies diaphragmatiques purulentes à pneumocoques, ces pleurésies vers le vingt ou vingt-cinquième jour aboutissent souvent à la vomique qui est quelquefois leur mode de guérison.

Dans d'autres cas la pleurésie diaphragmatique purulente représente une étape de l'évolution vers les bronches de certaines collections sous-diaphragmatiques. Nous retrouverons ces faits en étudiant les vomiques d'origine abdominale.

c. *Vomiques dans les pleurésies médiastines.* — On peut observer la vomique soit dans les empyèmes du médiastin antérieur [Mollard et Rebattu (47)], soit plus fréquemment dans ceux du médiastin postérieur. Telles étaient les deux observations qui ont permis à Dieulafoy (48) de décrire le syndrome médiastinal. Chez ses deux malades la vomique était survenue res-

pectivement cinq semaines et deux mois et demi après le début de la maladie. Dans les deux cas elle fut peu abondante (80 et 200 grammes) et amena la guérison.

d. *Vomiques dans les pleurésies purulentes du sommet.* — On ne compte actuellement que 18 observations de pleurésies purulentes du sommet, que l'on trouvera réunies dans la thèse de Pasteau. Un certain nombre de ces cas ont donné lieu à des vomiques fractionnées suivies de l'apparition de signes cavitaires, qui très souvent ont fait croire à l'existence d'une caverne pulmonaire tuberculeuse.

2° Vomiques d'origine pulmonaire. — Les vomiques d'origine pulmonaire sont beaucoup plus rares que les vomiques d'origine pleurale.

On les observe dans les abcès ou dans les kystes hydatiques du poumon.

A. *Vomiques dans les abcès du poumon.* — On sait que les abcès du poumon peuvent se diviser en abcès pyohémiques, migrateurs, pneumoniques ou emboliques suivant la cause qui leur a donné naissance.

Or les abcès du premier groupe, pyohémiques, sont de petite dimension; de plus, l'infection générale qui les a produits a une évolution trop rapide pour qu'ils aient le temps d'aboutir à la vomique. Au contraire celle-ci est la terminaison habituelle des abcès migrateurs et la terminaison fréquente des abcès emboliques et des abcès consécutifs à une pneumonie.

a. *Abcès migrateurs.* — Ces abcès ont pour origine une inflammation voisine propagée au parenchyme pulmonaire, soit directement de proche en proche, soit par voie lymphatique. Suivant les cas il s'agit d'une pleurésie interlobaire, d'un abcès du médiastin, d'un abcès du rein ou de la rate, d'un abcès ou d'un kyste hydatique suppuré du foie, d'une tuberculose vertébrale ou costale. La vomique est la règle dans cette classe d'abcès ordinairement uniques et volumineux.

b. *Abcès emboliques.* — Tantôt petits et multiples, s'il s'agit d'embolies capillaires, tantôt uniques et plus volumineux, susceptibles dans ce cas de donner lieu à une vomique, les abcès emboliques peuvent provenir d'une phlébite, d'une endocardite maligne, ulcéreuse ou végétante du cœur droit, de coagulations intraveineuses au cours de suppurations des os ou d'escarres diverses.

c. *Abcès pneumoniques.* — Les abcès métapneumoniques constituent une complication rare de la pneumonie (Laënnec, Graves, Trousseau, Grisolle). Ils sont surtout l'apanage des vieillards, des alcooliques, des convalescents, des surmenés, des diabétiques, en un mot de tous les débilités.

Ils se forment rapidement, du cinquième (Woillez) au douzième jour de la pneumonie. Ils sont d'un diagnostic difficile et la vomique constitue souvent le symptôme révélateur. Le malade a présenté une défervescence à date régulière parfois complète. Après une ou deux semaines, il est repris de frissons, de fièvre et de toux et vers le vingtième jour, à la suite d'une quinte de toux, survient la vomique. Elle est constituée par 50 à 200 grammes de pus épais, phlegmoneux, verdâtre, inodore, souvent teinté de sang. L'examen microscopique y décèle la présence de pneumocoques seuls ou associés aux germes habituels de la suppuration (Netter, Griffon), on y trouve aussi des fibres élastiques, des parcelles de parenchyme pulmonaire, des cristaux d'hématoïdine et d'acides gras. Après la vomique, on entend à l'auscultation un foyer de signes cavitaires.

Dans les cas favorables au bout de quelques jours l'expectoration se tarit peu à peu, l'état général s'améliore et le malade guérit par cicatrisation de l'abcès. Mais le plus ordinairement, au soulagement momentané qui suit la vomique succède une nouvelle aggravation des symptômes et le malade succombe à l'hecticité, à moins qu'une intervention chirurgicale ne soit faite avec succès.

La vomique de l'abcès métapneumonique est, on le voit d'après ce que nous venons de dire, facile à distinguer de la vomique succédant à une pleurésie purulente de la grande cavité pleurale, car elle survient beaucoup plus rapidement après le début de la maladie et la quantité de pus est beaucoup moins considérable, mais il est souvent presque impossible de différencier une vomique d'abcès métapneumonique et une vomique de pleurésie interlobaire également métapneumonique et d'ailleurs beaucoup plus fréquente.

B. *Vomiques dans les kystes hydatiques du poumon.* — Les kystes hydatiques du poumon constituent une affection rare mais non toutefois exceptionnelle et dont il existe d'assez nombreuses observations. Ils siègent habituellement dans le lobe inférieur du poumon droit et peuvent acquérir les dimensions d'une tête d'adulte. Ces kystes sont parfois tolérés pendant fort longtemps, mais dans la règle ils aboutissent à la rupture et peuvent suppurer avant ou après leur ouverture.

Quand ils sont sur le point de s'ouvrir dans les bronches, le malade a la sensation de quelque chose qui se rompt dans la poitrine en même temps qu'il est pris de suffocation. Si le kyste n'est pas suppuré, le liquide rejeté à flots par la bouche est clair, limpide comme de l'eau de roche, de saveur salée.

On peut voir dans ce liquide des vésicules filles, des fragments de la membrane anhiste feuilletée. En l'absence de ces éléments on recherchera au microscope des crochets d'échinocoques.

Lorsque le kyste hydatique est suppuré avant sa rupture dans les bronches, le pus présente le caractère pathognomonique de contenir des vésicules filles ou des débris de membranes.

Cependant dans certains cas la vomique hydatique purulente s'est faite insidieusement sous forme de vomique nummulaire (Hirtz et Beaufumé, obs. III), et le pus ne contient alors aucun élément spécifique.

La vomique hydatique peut être complète en une seule fois ou se répéter pendant plusieurs jours. Elle est souvent précédée ou accompagnée d'hémoptysies. Les effets de la rupture dans les bronches sont variables : mort au moment de la vomique par obstruction des bronches ou hémoptysie due à ulcération de l'artère pulmonaire, suppuration de la poche et septicémie consécutive, cicatrisation et guérison.

Notons enfin que dans certains cas les kystes se rompent à la fois dans le poumon et dans la plèvre ; on observe alors un hydro ou un pyo-pneumothorax.

3° Vomiques d'origine médiastinale. — Les *abcès et les kystes du médiastin* peuvent s'ouvrir dans les bronches et provoquer une vomique : ces cas sont tout à fait exceptionnels et d'un diagnostic difficile. Dans une observation de kyste dermoïde du médiastin rompu dans les bronches, on a signalé un phénomène caractéristique : l'expectoration de poils (Marfan).

En cas d'*adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse*, l'ouverture dans les bronches d'un ganglion ramolli est rarement suivie d'une petite vomique, car pour que celle-ci se produise il faut que le contenu ganglionnaire soit liquide. Ce contenu est beaucoup plus souvent caséeux et les accidents observés sont plutôt ceux de corps étrangers des bronches.

Les *abcès par congestion provenant d'un mal de Pott*, atteignant les dix premières vertèbres dorsales, peuvent contracter des adhérences avec la plèvre et le poumon et se vider dans les bronches. Chénieux (6) en a rapporté une quinzaine d'observations. On trouve alors quelquefois mêlé à ce pus tuberculeux des séquestres osseux [Guérineau (4), Chénieux, Fraenkel (49), Remy (50), Bentz (51)]. Il nous reste à signaler les vomiques qui peuvent se produire au cours de l'évolution d'un *cancer de l'œsophage* lorsque le néoplasme a perforé la plèvre et le poumon : les malades rejettent alors, en toussant, des débris alimentaires, des mucosités et du sang [Galliard (52)]. De plus, le contenu des abcès périnéoplasiques trouve ainsi moyen de s'évacuer par vomique.

4° Vomiques d'origine sous-diaphragmatique. — Elles s'observent surtout au cours de l'évolution des affections hépatiques et en particulier des abcès et des kystes hydatiques de cet organe.

a. *Abcès du foie*. — L'évacuation spontanée des abcès du foie et plus particulièrement des grands abcès dysentériques peut se faire vers la peau, le péritoine, les viscères abdominaux, la plèvre, le péricarde, les bronches. La vomique est assez fréquente étant donné le siège habituel de ces collections purulentes (face convexe du lobe droit du foie). L'ouverture dans les bronches est préparée par un long travail de symphyse phréno-hépatique et phréno-pulmonaire. La convexité du foie, le diaphragme, la base du poumon droit sont intimement soudés. L'évolution de l'abcès vers le poumon est indiquée par une toux sèche et quinteuse, de la dyspnée, un point de côté droit, de la température. Les signes physiques dénotent un foyer broncho-pneumonique de la base droite, puis la vomique a lieu, habituellement sans très grand fracas. C'est plutôt une expectoration à début souvent douloureux et angoissant qui évacue en quelques heures un litre au plus de liquide. Ce pus bien lié ou grumeleux a une coloration variable, tantôt noirâtre et fétide ou lie de vin. Il est plus souvent brun rougeâtre ressemblant à du chocolat épais. On y trouve des globules blancs, des cellules hépatiques nécrobiosées, de la graisse, de la cholestérine, etc. [Bronier (53), Fontan (54), Hussenet (55)]. Dès que l'abcès du foie s'est fait jour dans l'arbre bronchique, on constate à la partie inférieure du poumon droit, dans une région auparavant mate et silencieuse, des signes cavitaires quelquefois amphoro-métalliques. Ces signes sont d'ailleurs variables suivant l'évacuation plus ou moins complète du liquide.

Après l'ouverture bronchique la tumeur s'affaisse, la fièvre et les troubles fonctionnels s'atténuent, mais l'amélioration dure peu. Le drainage de la poche étant insuffisant, la collection se reforme, est évacuée à nouveau et ainsi pendant un laps de temps plus ou moins long. Souvent le décubitus a une influence sur ces vomiques. Quand le sujet est debout on conçoit que la quantité de pus rejetée à l'extérieur puisse se réduire beaucoup, car dans cette position l'écoulement se fait mal.

En règle ces vomiques comportent un mauvais pronostic; la gangrène pulmonaire étant une complication fréquente et redoutable.

b. *Kystes hydatiques*. — L'ouverture intrathoracique est propre aux kystes de la convexité du foie. Elle est assez fréquente et, sur 84 cas, Frerichs et Davaine ont observé 23 fois l'ouverture dans les bronches et les poumons. Dans quelques cas elle s'est faite d'une façon aseptique, le plus souvent elle est précédée et préparée par la suppuration. Nous avons vu plus haut que la rupture est quelquefois annoncée quelques jours à l'avance par une odeur spéciale de l'haleine et de l'expectoration, odeur d'échinocoques, aromatique, pénétrante, comparable à celle de la marmelade fraîche de prunes.

La douleur vive lors de la rupture du diaphragme serait un signe important pour Cadet de Gassicourt. L'ouverture se fait d'habitude à la base du poumon droit, quelquefois exceptionnellement à gauche [Latham (56), Rissien-Russel (57)].

Dans le pus rejeté on trouve des lambeaux de membranes des petites vésicules que l'on a comparées à des grains de raisin sucés. Par ailleurs, tout ce que nous avons dit à propos des abcès du foie peut s'appliquer aux kystes hydatiques. Ici, comme dans le cas précédent, l'ouverture dans les bronches est une terminaison des plus dangereuses, qu'il faut savoir prévenir et éviter [Chauffard (58)].

En même temps qu'elles s'ouvrent dans les bronches, les collections purulentes intrahépatiques peuvent s'ouvrir dans les voies biliaires [Cayla (59), Casella (60), Corsy et Payan (61)]. Il peut y avoir alors une grande quantité de bile expectorée, 300 à 700 grammes dans les vingt-quatre heures. Le pus est coloré soit en jaune ocre par la bilirubine, soit en vert par la biliverdine. L'expectoration qui succède à la vomique les jours suivants présente souvent les mêmes caractères.

D'ailleurs ces vomiques biliaires qui révèlent l'existence d'une fistule broncho-biliaire ne s'observent pas uniquement dans les abcès et kystes suppurés du foie ; on les a vus se produire dans la lithiase, voire même dans certains cas de syphilis hépatique et pulmonaire [Bruhl et Lyon-Caen (62), Dupont et Lyon-Caen (63)].

c. *Dans les pyopérihépatites*, l'ouverture dans les

bronches est assez fréquente. On observe dans les collections suppurées des loges phréno-hépatiques droite et gauche, quelle que soit leur origine : affection hépatique stomacale, appendiculaire [Galliard (63 *bis*)]. Elle est précédée des signes de pleurésie sèche de la base droite puis, après plusieurs jours d'angoisse, de toux et de dyspnée, la vomique se produit accompagnée ou non d'hémoptysie. Le pus rejeté phlegmoneux ou grumeleux possède souvent une couleur gris sale, verdâtre, s'il est mélangé de bile. Aussitôt après la vomique, la tuméfaction périhépatique s'affaisse et des signes cavitaires ou amphoriques se montrent à la base du poumon droit. Il y a production d'une pyopneumopérihépatite. De même les abcès gazeux sous-phréniques s'évacuent quelquefois par les bronches. La vomique est souvent alors annoncée par des crachats purulents et fétides. Dans les deux cas à la suite de l'ouverture dans les bronches survient soit une broncho-pneumonie, soit de la gangrène pulmonaire.

Des abcès sous-phréniques rapprochons certains cas de péritonite tuberculeuse enkystée tout à fait exceptionnels que l'on a vu évoluer de la même façon vers les bronches [Caussade (64)].

d. *Les vomiques d'origine splénique* consécutives aux abcès et aux kystes hydatiques de la rate sont également fort rares, il nous suffira de les signaler ici.

e. *Les vomiques d'origine rénale* sont un peu plus fréquentes, elles peuvent reconnaître pour cause un phlegmon périnéphrétique, une pyélonéphrite, un kyste hydatique suppuré du rein.

La périnéphrite suppurée a sa propagation la plus fréquente en haut vers la plèvre et le poumon (24 p. 100). Elle détermine alors une pleurésie purulente ou une vomique (Tuffier). Cette dernière donnerait 40 p. 100 de guérisons. Les fistules réno-pulmonaires sont loin d'être rares, l'ouverture dans les poumons étant une terminaison fréquente des abcès périnéphrétiques. Elles persistent en général assez longtemps en donnant lieu à une évacuation incomplète et elles sont l'origine d'abcès à répétition.

La rupture d'une pyonéphrose dans le poumon est une cause beaucoup plus rare de vomique, on l'a pourtant vu se produire dans ce cas. De même la vomique est rare dans les kystes hydatiques du rein, affection d'ailleurs elle-même exceptionnelle. Boeckel (65) en a rapporté deux cas terminés par la mort.

VI

Mécanisme. — Le processus qui aboutit à l'ouverture d'une bronche est entièrement comparable à celui de la perforation de la peau ou des aponévroses dans les cas de suppurations superficielles ou profondes.

Au point de vue anatomo-pathologique, la forme et les dimensions du trajet fistuleux sont variables. Il est parfois très large, d'autres fois étroit et sinueux ; particulièrement chez les enfants. Dans ce dernier cas, il peut être difficile à l'autopsie de trouver la fistule ; il faut insuffler le poumon soit à l'air libre soit dans l'eau. Nous avons vu que, dans certains cas, la vomique pouvait ne pas être suivie de pneumothorax. Il existe alors au niveau de l'orifice un débris membraneux formant clapet.

VII

Marche. Durée. Pronostic. Complications. — Chemin faisant nous avons indiqué la longue durée possible des vomiques. Sans doute elles peuvent marquer la guérison d'une pleurésie interlobaire, d'un abcès du poumon, voire même d'un abcès du foie, mais en général la fistule bronchique a peu de tendance à la cicatrisation spontanée. Souvent elle ne s'oblitère pas ou ne s'oblitère que d'une façon transitoire, quitte à se reproduire après un laps de temps qui peut aller de quelques mois à un an et même plus. On ne doit donc parler de guérison qu'après un silence complet d'au moins plusieurs mois.

D'ailleurs le pronostic de la vomique est encore assombri par l'apparition possible de complications. Si la mort subite par asphyxie au moment de la vomique, est rare, en revanche, il est fréquent de voir le pus qui a envahi les bronches et la trachée couler en partie dans le poumon sain et l'infecter secondairement (Ingelrans).

De même on peut observer des hémoptysies inquiétantes par leur abondance dues à des ulcérations de rameaux plus ou moins volumineux de l'artère pulmonaire.

Nous avons également insisté à plusieurs reprises sur la gangrène pulmonaire qui succède souvent aux vomiques des abcès métapneumoniques, des suppurations hépatiques ou périhépatiques.

La péricardite purulente a été signalée à la suite de vomiques pleurales.

Souvent aussi en l'absence de toutes complications le malade succombe à la cachexie. La suppuration persistante entraîne un état d'anémie, d'amaigrissement extrême, on voit apparaître la fièvre hectique, une diarrhée profuse, des œdèmes, de l'albuminurie et désormais la mort est inévitable.

Il faut enfin savoir que les malades guéris après une suppuration prolongée offrent un terrain favorable à l'évolution d'une tuberculose pulmonaire et que d'autre part l'affection causale laisse souvent après elle des séquelles variées : sclérose pulmonaire, dilatation bronchique, déformations thoraciques, etc.

VIII

Traitement. — Il ressort de tout ce que nous venons de dire que la vomique qui possède toujours une grande valeur séméiologique comporte en général un pronostic des plus réservés. C'est un accident qui préside souvent au diagnostic et rarement à la guérison (Sergent). Aussi doit-on s'efforcer de la prévenir chirurgicalement par ponction ou pleurotomie. Une réserve cependant est à faire en ce qui concerne la pleurésie interlobaire ; la guérison possible après vomique, les difficultés souvent grandes de l'intervention chirurgicale font que certains auteurs préfèrent attendre l'évacuation spontanée de la collection purulente, quitte à intervenir secondairement.

Souvent d'ailleurs le diagnostic n'est pas osé avant la formation de la fistule bronchique, la vomique

constitue le premier signe révélateur, on doit alors au moment où elle se produit, veiller à la facile évacuation du pus. On a quelquefois à interveuir contre l'asphyxie ou la syncope par les injections d'éther, la respiration artificielle. Dans les jours qui suivent on cherchera à vider le mieux possible la collection purulente. Raynaud a conseillé de placer, chaque jour pendant quelques instants, le malade sur le bord du lit, la tête en bas.

Pour désinfecter le foyer purulent, on donnera des balsamiques (térébenthine, benjoin, baume de tolu), on peut faire des inhalations d'acide phénique, d'acide salicylique, d'acides benzoïque ou thymique. On pourrait également prescrire des antiseptiques tels que gaïacol, créosote, iodoforme, eucalyptol, hyposulfite de soude. Les toniques, l'alcool, la suralimentation seront indiqués pour soutenir et améliorer l'état général.

Si l'évacuation spontanée du pus amène une chute franche de la température, si l'expectoration reste inodore et se tarit rapidement, on se contentera de ce traitement médical, sinon on devra recourir au traitement chirurgical qui seul permet l'évacuation large et le drainage du pus. Variable suivant les causes de la vomique, il consiste en cas de vomiques pleuro-pulmonaires de beaucoup les plus fréquentes en pleuro ou pneumotonie. Pour régler le siège de l'intervention, le chirurgien devra se baser sur les signes stéthoscopiques, sur les résultats de la ponction exploratrice et de l'examen radioscopique qui devra toujours être pratiqué, son importance étant grande tant au point de vue diagnostique qu'au point de vue thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

1. BAYLE. *Recherches sur la phtisie pulmonaire*, Paris 1810.
2. CAYOL. *Anc. biblioth. méd.*, t. XL.
3. MARCONNET. *Des Vomiques*, Th. de Paris, 1856.
4. GUÉRINEAU. *Sur un Mode de terminaison des abcès par congestion*, Th. de Paris, 1859.
5. DAMASCHINO. *Des Pleurésies purulentes*, Th. d'agrégation, 1859.
6. CHÉNIEUX. Th. de Paris, 1873.
7. VIGNES. *Etiologie, symptômes et diagnostic des vomiques*, Th. de Paris, 1874.
8. LAURENT. *La Vomique dans la pleurésie purulente*, Th. de Paris, 1877.
9. MARTINELLI. *La Pleurésie interlobaire aiguë. Sa terminaison par vomique*, Th. de Paris, 1884.
10. TROUSSEAU. *Cliniques*, t. I.
11. TUFFIER. *Semaine méd.*, 1889.
12. BORDE. *La Vomique pleurale considérée comme terminaison favorable de la pleurésie purulente de la grande cavité*, Th. de Bordeaux, 1890.
13. FREY. *Les Abcès pneumoniques*, Th. de Paris, 1891.
14. COURTOIS-SUFFIT. *Les Pleurésies purulentes*, Th. de Paris, 1891.
15. COMBY. *L'Empyème pulsatile*, 1895.
16. DUPRÉ. Art. VOMIQUES, *Manuel de médecine* Debove-Achard.
17. CESTAN. *La Thérapeutique des empyèmes*, Th. de Paris, 1898.
18. DIEULAFOY. La pleurésie interlobaire, *Semaine méd.*, 8 nov. 1899.
19. SERGENT. Fausses guérisons par vomique dans la pleurésie interlobaire métapneumonique, *Presse méd.*, 22 août 1900.
20. DE JAEGHER. *Rayons de Röntgen et pleurésies purulentes*, Th. de Paris, 1898.
21. ROQUETANIÈRE. *Pleurésies purulentes à pneumocoques. Pronostic et traitement de la vomique*, Th. de Paris, 1901.
22. CAUDERAY. *Abcès sous-phréniques se terminant par vomique*, Th. de Paris, 1901-1902.
23. INGELRANS. Des vomiques, Revue générale, in *Gaz. des hôpit.*, 7 mars 1903.
24. DETOT. Les pleurésies partielles, Revue générale, in *Gaz. des hôpit.*, 1904.
25. Roger PASTEAU. *Etude sur la pleurésie purulente du sommet*, Th. de Paris, 1907.
26. HOUPERT. *Pleurésie purulente interlobaire. Cas simulant la tuberculose pulmonaire. Difficulté du diagnostic différentiel*, Th. de Paris, 1908.
27. SIMACOURBE. *Contribution à l'étude de la pleurésie interlobaire chez l'enfant*, Th. de Toulouse, 1907.
28. PAILLARD. Les pleurésies enkystées, Revue générale, in *Gaz. des hôpit.*, 1911.
29. REBATTU. La pleurésie médiastine purulente, Revue générale, in *Gaz. des hôpit.*, 1911.
30. BRISTOWE. Kyste hydatique du poumon. Aspiration suivie de vomique, *Trans. clin. Soc. London*, 1891, p. 73.
31. PRUNAC. Vomique pleurale sans pneumothorax dans une pleurésie purulente le lendemain d'une ponction au vingt-cinquième jour, *Montpellier méd.*, 1894, p. 529.
32. VARIOT et ROY. Pneumothorax avec vomique au cours d'une thoracentèse, *Soc. méd. des hôpit.*, 11 oct. 1901.
33. EICHORST. *Zeit. f. klin. Med.*, t. XVII.
34. TROUSSEAU. *Soc. méd. des hôpit.*, 1854.
35. OGIER. Vomique d'une pleurésie séro-fibrineuse. Hydropneumothorax. Mort, *Loire méd.*, 1891.
36. RIBAT Y PERDIGO. Pleuresia serosa. Rotura pulmonare spontanea, gangrena, curacion, *Rev. de cienc. med. de Barcelone*, 1896.
37. TOUSSAINT. Pleurésie séro-fibrineuse terminée par vomique, *Arch. prov. de méd.*, 1er oct. 1899.
38. DUJOL. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1887.
39. HIRTZ et BEAUFUMÉ. Les vomiques nummulaires simulant la tuberculose pulmonaire, *Bull. méd.*, 18 mai 1910.
40. MARTINEZ-MESA. *La Pleurésie interlobaire suppurée*, Th. de Paris, 1879.
41. PRENGRUEBER et DE BEURMANN. *Acad. de méd.* et *Semaine méd.*, 1886.
42. WIDAL et FROIN. Pleurésie purulente interlobaire à streptocoques avec ostéomyélite. Intervention chirurgicale. Guérison, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 31 juillet 1903.
43. SABOURIN. Sur le pneumothorax scissural, *Arch. gén. de méd.*, 1906.
44. U. MONNIER. *Gaz. méd. des hôpit. de Nantes*, 2 et 9 nov. 1907.
45. DURBIN. *Les Pneumothorax partiels et en particulier le pneumothorax interlobaire*, Th. de Paris, 1908.
46. L. ROBERT. *Contribution à la séméiologie et au diagnostic différentiel des cavernes pulmonaires tuberculeuses*, Th. de Paris, 1910-1911,
47. MOLLARD et REBATTU. Un cas de pleurésie médiastine purulente, *Journ. des prat.*, 27 nov. 1909.
48. DIEULAFOY. Pleurésie médiastine purulente à pneumocoques, *Presse méd.*, 13 juin 1896; — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1898-1899, t. III, leçon 1.
49. FRAENKEL. *Wien. klin. Woch.*, 12 juillet 1888.
50. RÉMY. *Journ. de chimie et de thérapeutique infantile*, 23 juillet 1896.
51. BENTZ. *Presse méd.*, 3 déc. 1902.
52. GALLIARD. Les complications du cancer de l'œsophage, *Médecine moderne*, 1896.

53. BRONIER. *Les Abcès du foie expectorés*, Th. de Paris, 1898.
54. FONTAN. Migrations thoraciques des abcès du foie, *Revue de gyn.*, 1900.
55. HUSSENET. Abcès du foie ouvert dans les bronches, *Gaz. hebd.*, juillet 1898.
56. LATHAM. *Lancet*, août 1873.
57. RISSIEN-RUSSELL. *Med. Times and Gaz.*, 1873.
58. CHAUFFARD. Art. KYSTES HYDATIQUES, in *Traité de méd.*, t. III, p. 953.
59. CAYLA. Kyste hydatique suppuré, *Bull. de la Soc. anat.*, 1884.
60. CASELLA. Kyste hydatique du foie ouvert dans un abcès sous-phrénique dans le poumon et les voies biliaires, *Arch. gén. de méd.*, 1901.
61. CORSY et PAYAN. Kyste hydatique suppuré du foie. Ouverture simultanée dans la plèvre, le poumon droit et les voies biliaires, *Gaz. des hôpit.*, 5 déc. 1911.
62. BRUHL et LYON-CAEN. Un cas de fistule broncho-biliaire au cours d'une syphilis scléro-gommeuse hépatique et pulmonaire, *Soc. méd. des hôpit.*, 23 juillet 1909.
63. DUPONT et LYON-CAEN. Les fistules broncho-biliaires, Revue générale, in *Gaz. des hôpit.*, 4 sept. 1911.
63 *bis*. GALLIARD. Art. APPENDICITE, in *Traité de médecine* Brouardel-Gilbert, 1910, fasc. 17.
64. CAUSSADE. Péritonite périhépatique tuberculeuse suppurée, *Revue des mal. de l'enf.*, 1888, p. 350.
65. BOECKEL. *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1887.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 JANVIER 1912)

Morphologie des assassins, homicides volontaires et meurtriers français. — MM. A. MARIE et Léon MAC-AULIFFE, continuant leurs intéressantes recherches sur la morphologie des criminels (séance du 15 janvier), arrivent à cette conclusion que la plupart des assassins, meurtriers, homicides, ont subi un développement massif portant sur l'ensemble du corps (à l'exception du buste, du moins dans le sens de la hauteur, et des extrémités distales des membres supérieurs).

La surface de l'intestin chez les mammifères. — M. A. MAGNAN qui, dans des travaux antérieurs, a déjà montré l'influence du régime alimentaire sur la longueur de l'intestin des mammifères, a recherché quelle était la surface de l'intestin chez les différents mammifères. Il a trouvé que ce sont ceux qui se nourrissent d'animaux qui ont le moins de surface intestinale.

Les végétariens ont la plus grande surface, et cette règle n'a pas d'exceptions.

Les omnicarnivores qui se trouvent avoir une grande longueur d'intestin possèdent une petite surface intestinale qui les classe avec les autres espèces à régime carné.

Les auteurs ont omis à dessein l'étude des replis de la muqueuse (villosités, etc.) qui forment un nouvel élément auquel ils consacreront de nouvelles recherches.

L'usure des dents de première et de seconde dentition des hommes de la période néolithique est due au géophagisme. — M. Marcel BAUDOUIN.

— L'élection au siège laissé vacant, par la mort de M. le professeur Lannelongue, dans la section de médecine aura lieu dans un mois environ.

Les candidats connus jusqu'ici sont, par ordre alphabétique, MM. le médecin inspecteur général Delorme, le professeur Le Dentu, Just Lucas-Championnière, les professeurs Pozzi, Reclus et Richet.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 1er FÉVRIER 1912)

Monoplégie brachiale dissociée d'origine corticale. — MM. DÉJERINE et REGNARD. Depuis un an, le malade, âgé de trente-sept ans, perd la sensibilité des doigts de la main avec astéréognosie complète : ces troubles paraissent dus à l'écartement considérable des cercles de Weber : il faut plusieurs centimètres d'écart pour que les deux pointes du compas soient perçues. Depuis cinq mois s'ajoutent des crises jacksonniennes débutant par la main ou la face et avec perte de connaissance à la fin. Lymphocytose de dix éléments par millimètre cube, pas de stase. Il s'agit vraisemblablement d'une méningite localisée à la frontale et pariétale ascendantes. Amélioration par le traitement mercuriel.

Paralysie radiculaire du plexus brachial. — MM. SICARD et DESCOMPS. Immédiatement après une blessure du creux sus-claviculaire, une femme fait une paralysie du plexus brachial supérieur avec intégrité de l'inférieur et troubles de la sensibilité dans le domaine des cinquième et sixième racines cervicales. Les auteurs pensent que les troncs du plexus ont été lésés en dehors de la dure-mère, et discutent l'opportunité d'une intervention.

Sciatique radiculaire. — MM. DÉJERINE et REGNARD. Un homme de trente-sept ans a eu plusieurs poussées de sciatique avec points de Valleix et signe de Lasègue : on trouve une anesthésie dans le domaine de S1 avec paralysie des muscles antéro-externes de la jambe moins le jambier antérieur, et réaction de dégénérescence. Le réflexe achilléen est légèrement diminué, la ponction lombaire montre : hypertension, albumine, lymphocytose. M. Déjerine profite de cette occasion pour dire que depuis qu'il connaît la sciatique radiculaire, il la rencontre 8 à 9 fois sur 10. — M. THOMAS appuie cette opinion en remarquant qu'on peut voir des troubles douloureux ou moteurs dans le domaine du crural, la paralysie des adducteurs. — M. SICARD estime que souvent la cause est extradurale, on trouve alors dans le liquide céphalo-rachidien de l'albumine sans lymphocytose, il invoque comme argument la scoliose qui pour M. Thomas pourrait être due à la paralysie des muscles sacro-lombaires et a vérifié l'exactitude de son hypothèse à une autopsie. La réaction de Wassermann ne s'est montrée positive que 2 fois sur 47 cas.

Paralysie radiculaire traumatique du sciatique. — MM. CHIRAY et CLARAC.

Syringomyélie et cheiromégalie. — M. FOIX montre un adolescent avec cheiromégalie chez lequel il n'y a aucun parallélisme entre les troubles trophiques et ceux très légers de la sensibilité. Aux membres inférieurs, signe de Babinski, à droite surtout. abolition des réflexes rotuliens.

M. THOMAS présente un homme de vingt-six ans, avec syringomyélie fruste, simple retard de la sensibilité. Abolition des réflexes aux membres supérieurs, exagération de ceux des membres inférieurs. Ce malade présente des panaris analgésiques, l'hypertrophie des mains dont la peau est épaissie, crevassée, main en griffe, sans atrophie musculaire, cypho-scoliose.

Réactions chimiques du liquide céphalo-rachidien. — M. MESTREZZA (de Montpellier) expose les recherches qu'il a entreprises depuis quelques années sur les modifications chimiques du liquide (chlorure, cendre, albumine, extrait) dans

les différents syndromes neurologiques. Cette étude permet parfois de faire ou de réformer le diagnostic.

Sclérose en plaques à forme cérébelleuse. — M. JUMENTIÉ. Le malade âgé de vingt-six ans présente : troubles de la parole, tremblement, nystagmus, exagération des réflexes, troubles moteurs qui relèvent de grosses perturbations de l'appareil cérébelleux. Epreuve de Barany et vertige voltaïque négatifs.

Inversion du réflexe olécranien dans un cas de paraplégie spasmodique. — MM. DÉJERINE et HEUVET. Paraplégie syphilitique classique, dans laquelle l'inversion du réflexe olécranien (la percussion du tendon tricipital donne la flexion et non l'extension de l'avant-bras) prend une valeur de signe localisateur. Dans un cas où le centre du quadriceps crural était détruit. M. CLAUDE a de même vu la percussion du tendon rotulien produire la flexion de la jambe sur la cuisse.

Crises jacksonniennes strictement faciales améliorées par le 606. — MM. DÉJERINE et TINEL. Ces crises qui ne se sont généralisées que deux fois avaient fini par se répéter cinquante à soixante-dix fois par vingt-quatre heures. Plusieurs lavements contenant 20 centigrammes de 606 ont amené, après une aggravation initiale, une amélioration remarquable. Le malade n'a plus eu de crises depuis quatre semaines.

Agoraphobie labyrinthique. — M. GALLET. A la suite d'un accident, le malade, antérieurement sourd, fit des crises d'agoraphobie. L'examen ayant montré des troubles labyrinthiques (épreuve du vertige voltaïque) on fit des ponctions lombaires qui améliorèrent l'agoraphobie.

Maladie de Friedreich fruste. — M. THOMAS. Garçon de seize ans qui marche en élargissant la base de sustentation, ne peut rester complètement immobile, surtout les yeux fermés, abolition des réflexes tendineux, exagération des cutanés, Babinski, lordo-scoliose légère, déformation des pieds, Barany nul à gauche, faible à droite, Wassermann positif dans le sang.

Syndrome pédonculaire. — M. CLAUDE. Homme de cinquante-six ans, albuminurique, fait en novembre une paralysie complète de la troisième paire droite et des troubles de l'équilibration : asynergie et latéropulsion gauches. L'aspect est celui d'un pseudo-bulbaire avec pleurer spasmodique, dysarthrie et dysphagie, sans troubles intellectuels. La lésion occuperait le noyau rouge et les régions voisines.

Hémorragies cérébrales multiples. — M. KINDBERG. Elles occupent le centre des deux hémisphères et la protubérance. Mort en dix-huit heures.

Grosse lésion syringomyélique, intégrité de la sensibilité. — Il s'agit du malade dont la moelle a été présentée à la dernière séance d'anatomie pathologique par M. Lhermitte. — MM. MARIE et CHATELIN mettent en opposition l'intégrité presque complète de la sensibilité avec les lésions énormes de toute la région cervico-dorsale.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1912)

Discussion sur la prophylaxie du paludisme. — MM. NICLOT, GRANJUX et MOTY citent des faits qui montrent que la prophylaxie en matière de paludisme ne saurait se résumer dans l'administration de quinine préventive. La discussion des lieux, l'interrogatoire et surtout l'examen des indigènes et de leurs enfants, sinon l'établissement d'un index endémique, le diagnostic prévu du paludisme de première invasion, l'établissement des mesures de défense classique (quinine, assainissement) s'imposent au commandement, renseigné par le médecin d'armée avant l'installation temporaire ou définitive des troupes.

Désinfection de la peau et des mains par la solution alcoolique d'iode dilué. — M. BISCONS signale les bons résultats qu'il a obtenus dans l'asepsie de la peau et des mains par la teinture d'iode diluée à un tiers d'alcool à 90 degrés, et demande que soient introduits dans les formations du service de santé ces deux composants, iode en ampoules scellées, alcool en flacons, peu volumineux, permettant de préparer la « teinture d'iode instantanée ».

M. FERRATON, après avoir montré qu'il compte depuis longtemps et avant les travaux récents sur l'aseptisation par la teinture d'iode parmi ses partisans, indique avec minutie la pratique qui lui donne toute satisfaction par la propreté des téguments de l'opéré et des mains de l'opérateur, et pour la stérilisation de la vaisselle utilisée, cuvettes et plateaux.

Méthodes de gymnastique utilisées ou utilisables dans l'armée. — M. ARNAUD, après avoir résumé les deux opinions soutenues dans cette discussion, la première ayant une préférence marquée pour le muscle qui est roi et dont toutes les autres formations sont les vassales, la seconde qui juge le fonctionnement musculaire comme secondaire, se rallie à cette dernière opinion et pense qu'il faut déterminer par l'exercice une activité neuroviscérale qui doit entraîner simultanément une amélioration musculaire généralisée.

M. MANQUAT préconise la respiration physiologiquement réglée dans son rythme et dans sa vitesse au cours des marches et de la course.

M. BOURGUIGNON, étudiant la gymnastique éducative considérée comme gymnastique utilitaire et physiologique, montre qu'elle doit être complète, splanchnique, musculaire et respiratoire.

Diphtérie fruste et syphilis. — M. BATUT présente l'observation d'un malade atteint de syphilis amygdalienne considérée à son début comme une angine diphtérique; dans un second cas, il s'agissait, au contraire, de la coexistence de la syphilis avec une diphtérie amygdalienne.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de la Blennorragie et de ses complications, par le docteur Georges LUYS, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien assistant du service des voies urinaires à l'hôpital Lariboisière, lauréat de la Faculté et de l'Académie de médecine, 1 vol. in-8° raisin de 550 pages, avec 202 figures dans le texte et 3 planches en couleurs hors texte. — Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin et fils.

La Sorcellerie au Maroc, œuvre posthume du docteur MAUCHAMP, médecin du gouvernement français à Marrakech, précédée d'une étude documentaire sur l'œuvre et l'auteur par M. Jules Bois. 1 vol. in-8° avec 17 illustrations, la plupart d'après les photographies prises par l'auteur. — Prix : 7 francs. — Paris, Dorbon-Aîné.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


Glycérophosphates originaux
Phosphate vital
de Jacquemaire
Contre toutes les formes
de la Faiblesse et de l'Epuisement
ECHANTILLONS : Établissements JACQUEMAIRE - Villefranche (Rhône)
Tuberculose - Anémie - Surmenage
Débilité - Neurasthenie - Convalescences
PHOSPHATE VITAL
DE
JACQUEMAIRE


administration prolongée
de
GAÏACOL INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
par le THIOCOL "ROCHE"
uniquement sous forme de
SIROP "ROCHE"
COMPRIMÉS "ROCHE"
CACHETS "ROCHE"
Echantillon et Littérature
F. HOFFMANN - LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges
PARIS
Sirop Roche

N° 18. — MARDI 13 FÉVRIER 1912. 85e ANNÉE. MARDI 13 FÉVRIER 1912. — N° 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Mathieu, Brouardel, Tapret, Gouget, Parmentier, Vaquez, Hirtz, Bezançon, Pierre Marie, Guinon (qui ont accepté), Gaucher et Marion (qui n'ont pas fait connaître leur acceptation).

— M. le professeur Hayem est nommé médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Le docteur Charles Lesieur, agrégé, a été élu, à la presque unanimité du Conseil de la Faculté, professeur de pathologie générale à la chaire vacante par le passage de M. le professeur Paul Courmont à la chaire de médecine expérimentale qu'illustra le regretté maître Arloing.

Nous sommes heureux d'adresser nos félicitations au jeune et brillant professeur.

— M. le docteur M. Piéry, ancien chef de clinique médicale, a été chargé des fonctions d'agrégé.

L'INTERPELLATION SUR LES TROUBLES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS. — La Chambre des députés a entendu vendredi l'interpellation de M. Léon Perrier, député de l'Isère, « sur les incidents qui depuis de longues années ont lieu à la Faculté de médecine de Paris à propos du cours d'anatomie, et sur les mesures prises par le gouvernement pour y donner fin ».

Tous les orateurs qui se sont succédés à la tribune ont déploré les troubles, réprouvé comme il convenait les violences commises et approuvé le ministre de l'Instruction publique tout en lui demandant un prochain acte de clémence.

L'origine des troubles a été envisagée de façon différente par les orateurs. Les uns, comme M. Léon Perrier, attribuent les manifestations à des vengeances personnelles ou à des causes politiques, d'autres, comme M. G. Laurent, y voient la conséquence directe, logique et fatale, de la crise actuelle du corps médical, et surtout de l'organisation vicieuse de l'enseignement médical en France, plus particulièrement à la Faculté de Paris.

M. Monprofit ne croit pas que les étudiants aient protesté parce que « des professeurs venant de province avaient été nommés à Paris ». Et il donne l'exemple de M. de Lapersonne qui est venu de Lille à Paris pour enseigner l'ophtalmologie, et de M. Prenant, le compagnon de voyage de M. Nicolas, qui a été bien accueilli, après quelques résistances au début, et qui depuis cinq ans fait son cours dans le calme absolu.

Il a l'impression qu'il y a autre chose. En parcourant l'exposé des titres de M. Nicolas, il voit qu'il s'est occupé d'une façon toute spéciale d'embryogénie, du développement, de l'anatomie dans ses rapports avec l'embryogénie et avec l'histologie. Mais il ne s'est jamais occupé d'anatomie descriptive.

M. Monprofit reconnaît que M. le professeur Nicolas est un savant et un anatomiste de premier ordre, mais il estime qu'il n'est peut-être pas à sa place dans la chaire où Farabeuf donnait l'enseignement qui a fait tant de chirurgiens de premier ordre.

Et il conclut au rétablissement de l'enseignement de l'Ecole pratique tel qu'il existait autrefois, avec un chef des travaux qui apporte dans sa fonction une grande expérience et qui revienne vers un enseignement utile aux étudiants au point de vue pratique. Ceci n'empêcherait pas M. le professeur Nicolas de rester chargé de l'enseignement théorique au Collège de France, à la Sorbonne, au Muséum ou même à la Faculté de médecine.

Dans une brève réponse, le ministre a demandé à la Chambre de voter l'ordre du jour pur et simple lui demandant par là de lui faire entière confiance pour assurer le service régulier des cours et pour lui laisser le soin d'apprécier les mesures de bienveillance qu'il doit prendre de son initiative.

LE DEUXIÈME BANQUET ANNUEL DE LA SOCIÉTÉ DES MÉDECINS EN CHEF DES THÉATRES ET CONCERTS DE PARIS aura lieu le vendredi 1er mars 1912 à sept heures et demie du soir chez Marguery.

Prix : 12 fr. 50. Tenue de soirée.

Tous les médecins faisant partie d'un service médical de théâtre pourront assister à ce dîner.

Une soirée artistique, qui sera aussi brillante, sinon plus, que celle de l'année dernière, suivra le banquet.

Le nombre des convives étant forcément limité, les confrères sont priés d'envoyer leur adhésion au secrétaire général de la Société, docteur Fouineau, 108, boulevard Richard-Lenoir, le plus tôt possible.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletins et mémoires de la Société anatomique. — (N° 8, oct. 1911.) C. BAILLEUL : Note sur le développement de l'extrémité distale du premier métacarpien et du premier métatarsien.

Bulletin général de thérapeutique. — (23 nov. 1911.) A. ROBIN : Traitement de la tuberculose. — Ed. LAVAL : Les ceintures abdominales et leurs applications. — (30 nov.) A. ROBIN : Traitement de la tuberculose. — PATER : Le lavage de l'estomac.

Bulletin médical. — (N° 92, 25 nov. 1911.) GRANJUX : La question de l'enfance anormale. — (N° 93, 29 nov.) BABONNEIX : Les encéphalopathies infantiles.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 17, 10 nov. 1911.) ARDIN-DELTEIL, RAYNAUD et GRANGER : États méningés au cours du paludisme. — H. ABOULKER : Quelques cas de bronchoscopie et d'œsophagoscopie. — (N° 18, 25 nov.) H. SOULIÉ : Les maladies épidémiques du département d'Alger (1910). — CIAVALDINI : La melitococcie ou fièvre ondulante. Diagnostic et traitement. — CURTILLET et P. LOMBARD : Deux cas de rhumatisme poly-articulaire avec localisations vertébrales.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 47, 23 nov. 1911.) GOTTLIEB : Expériences sur la théorie de la maladie de Basedow. — SIMMONDS : Constatations anatomiques dans la maladie de Basedow. — STARK : Cliniques des formes frustes de la maladie de Basedow. — REHN : Traitement chirurgical de la maladie de Basedow. — KILLIAN : La laryngo-rhinologie comme objet d'enseignement médical. — ROLLY : Nature et signification de la fièvre. — ROSENFELD : Sur le glycoheptonsäurelacton. — DAVIDSOHN : Sur la technique de la radioscopie.

Echo médical du Nord. — (N° 48, 26 nov. 1911.) Comte NIKOLOFF : Phlegmons pelviens ou du ligament large. — H. LAGACHE : Un cas de pseudo-hermaphrodisme.

Gynécologie. — (N° 11, nov. 1911.) VAUTRIN : L'inondation péritonéale dans l'avortement tubaire. — DELAHOUSSE et OMI : Dystocie par hystéropexie abdominale. Opération césarienne et hystérectomie.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 48, 26 nov. 1911.) LAFOND-GRELLETY : Lavement électrique (*fin*).

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 48, 26 nov. 1911.) CARLES : Sur quelques cas de petite insuffisance thyroïdienne.

Journal de médecine interne. — (N° 33, 30 nov. 1911.) WALTHER : Traitement de l'appendicite chronique. — Ch. FOUQUET : La réaction de Wassermann et les traitements antisyphilitiques.

Journal des praticiens. — (N° 47, 25 nov. 1911.) CASTAIGNE : Les nouvelles méthodes pour le diagnostic étiologique des gros foies. — DESMOULIÈRES : Circulation et transformations du mercure dans l'organisme. — H. DAUCHEZ : Du régime alimentaire des nourrissons dans les crèches urbaines (statistiques et conclusions).

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 45, 11 nov. 1911.) A. BONNET-LABORDERIE : Placenta prævia central. Version par manœuvres internes après décollement et extraction de la masse placentaire. — A. DAVID : Une visite aux instituts de Gand. — Paul WILLIATTE : Cancer volumineux du foie secondaire à un cancer du cardia. — (N° 46, 18 nov.) DELASSUS : Leçon d'ouverture. — (N° 47, 25 nov.) CAMELOT : Diagnostic des papillomes de la vessie.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 47, 23 nov. 1911.) Paul STIÉNON : Traitement du rhumatisme articulaire chronique et de la goutte par le radium. — (N° 48, 30 nov.) H. COPPEZ : La commission gouvernementale des questions intéressant la station balnéaire de Spa. — O. WEILL : L'oxalémie.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (Nov. 1911.) FAIVRE : Statistique dermato-syphiligraphique des dix dernières années à l'Hôtel-Dieu de Poitiers. — MARCHAL et SÉJOURNANT : Diagnostic et traitement de la pleurésie chez le cheval.

Lyon médical. — (N° 48, 26 nov. 1911.) BÉRIEL : L'anatomie pathologique du système nerveux; son rôle et ses limites dans l'étude des maladies nerveuses.

Montpellier médical. — (N° 47, 19 nov. 1911.) RAUZIER : Fistules biliaires hépato-bronchiques. — Raoul DEFFUANT : Le baume du Pérou. Ses applications en chirurgie courante et notamment dans les pansements des escares-fistules anales et abcès de l'espace ischio-rectal. — (N° 48, 26 nov.) G. RAUZIER : Fistules biliaires hépato-bronchiques (*fin*). — GAYRAUD : Le cancer dans les vingt premières années de la vie.

Paris médical. — (N° 52, 25 nov. 1911.) Ch. BOUCHARD : Pour la sécurité des aviateurs. — A. MOUCHET : Aplasie claviculaire. Absence partielle ou totale de la clavicule (dysostose cléido-cranienne héréditaire). — CHALIER et L. NOVÉ-JOSSERAND : Péricardite infectieuse mortelle chez un brightique. — WAUCOMONT : Les idées modernes sur la thérapeutique de la malaria.

Presse médicale. — (N° 94, 25 nov. 1911.) G. ROUSSY et J. CLUNET : Introduction à l'étude histo-pathologique du corps thyroïde (lésions élémentaires). — R. BURNIER : Tumeur de l'hypophyse avec arrêt de développement du squelette (nanisme hypophysaire). — Albert FROUIN : Nouvelle technique de la fistule d'Eck. — (N° 95, 29 nov.) DÉJERINE : La claudication intermittente de la moelle épinière. — H. VINCENT : Remarques sur la vaccination antityphique. Efficacité des vaccins polyvalents : vaccin par autolyse et vaccin bacillaire.

Progrès médical. — (N° 47, 25 nov. 1911.) GOUGEROT : Les polymycoses; les cosensibilisations mycosiques. — MALHERBE : L'étude du cancer.

Province médicale. — (N° 47, 25 nov. 1911.) Léon BERNARD : Indications et résultats du traitement sanglant dans les fractures fermées et récentes des membres. — REVILLET : Le myxœdème endémique dans les Alpes dauphinoises. Ses causes expliquées par sa disparition. Son traitement prophylactique et curatif.

Revue de psychothérapie. — (N° 5, 1er nov. 1911.) BÉRILLON : La défense psychologique de l'organisme. Rôle de la volonté dans la résistance contre le froid. — SAINT-YVES : Les résurrections d'enfants mort-nés et les sanctuaires à répit. — VAN DER CHIJS : La suggestion en psychothérapie.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 47, 25 nov. 1911.) DELOBEL : Volumineux calcul de l'amygdale.

Revue neurologique. — (N° 22, 30 nov. 1911.) VURPAS et PORAK : Succession d'accès d'agitation et d'états soporeux dans un cas de démence épileptique. — Ch. LADAME : La structure cyto-architectonique de l'écorce cérébrale.

Semaine gynécologique. — (N° 48, 28 nov. 1911.) PICHEVIN : L'exploration de la cavité cervicale.

ANGINE A ÉVOLUTION CHRONIQUE PROLONGÉE
CAUSÉE PAR UN STAPHYLOBACILLE

Par MM. J. PERQUIS et F. CHEVREL
(de Rennes).

Si l'on fait abstraction de la tuberculose et de la syphilis, c'est parmi les représentants du groupe des mycoses qu'il faut chercher les agents habituels des angines chroniques. Exceptionnellement, toutefois, on peut, en pareille circonstance, avoir à compter avec d'autres germes susceptibles de produire des exsudats récidivants extrêmement rebelles à la thérapeutique et dont le diagnostic défie toutes les ressources de la clinique. C'est le cas, par exemple, pour certaines angines à pneumobacille bien étudiées par Ch. Nicolle et Hébert (1), et dont Sacquépée et Assicot (2) ont rapporté une observation. Nicolas (3) et Vernet (4) ont également, au cours d'une angine chronique, isolé un bacille spécial.

A ces faits rares s'ajoute l'observation suivante :

Observation. — L'enfant V..., huit ans et demi, de Bécherel (Ille-et-Vilaine), présente dans les derniers jours d'octobre 1909 un exsudat blanchâtre sur les deux amygdales. Cet exsudat, constaté par les parents, gêne modérément la déglutition, mais ne s'accompagne d'aucun trouble général.

La petite malade est vue par l'un de nous le 3 novembre 1909. L'examen de la gorge montre, en effet, quelques exsudats punctiformes disséminés sur les deux amygdales. Celles-ci sont de volume et de coloration normaux. Il n'existe pas de ganglions cervicaux. Les divers appareils sont sains. Pas d'élévation de la température. Rien d'anormal dans les urines. On prescrit un simple gargarisme sans prêter beaucoup d'attention à ces lésions d'apparence bénigne.

Le lendemain, 4 novembre, l'aspect de la gorge s'est modifié. Sur l'amygdale gauche, les îlots blanchâtres ont progressé tout en restant isolés les uns des autres. A droite, au contraire, ils sont devenus confluents et constituent une véritable fausse membrane d'un blanc grisâtre à surface chagrinée. Tout autour de ce placard, existent des îlots tendant à se réunir à la masse centrale. La couche superficielle de cet exsudat se détache assez facilement, mais la partie profonde adhère très fortement à la muqueuse. Celle-ci est légèrement hyperémiée, mais saigne fort peu. Il est impossible de déterger complètement l'amygdale, quelque insistance que l'on mette à cette opération. Il reste toujours quelques grumeaux qui semblent enracinés dans la profondeur des cryptes. L'exsudat se reproduit, d'ailleurs, en quelques heures.

Cette angine est indolore. Il n'existe aucun ganglion. Il n'y a pas de troubles des diverses fonctions et l'état général est absolument normal.

Bien que les caractères de cette angine fussent différents de ceux de l'angine diphtérique, l'examen bactériologique ne pouvant être fait extemporanément, une injection de sérum antidiphtérique (20 centimètres cubes) est pratiquée le même jour (4 novembre).

Le 5 et le 6 novembre, les deux amygdales sont recouvertes en totalité par un enduit blanc, d'abord vernissé puis d'aspect crémeux. Il n'y a aucun symptôme d'ordre général. Une nouvelle injection de sérum (10 centimètres cubes) est pratiquée. Cette injection est suivie d'un vomissement abondant, une heure après l'opération. Dans la soirée, apparaît un exanthème urticarien léger. Pouls à 90.

Le 7 novembre au soir, l'aspect de la gorge restant le même, on décide de tenter une dernière injection de sérum de 10 centimètres cubes. Comme la veille, cette injection détermine des vomissements qui se répètent pendant deux heures. Dans la nuit, l'enfant, très abattue, présente une température de 38°8. Le pouls est à 110. Les urines rares et foncées contiennent une petite quantité d'albumine. L'exanthème sérique réapparaît plus intense. L'enfant accuse une douleur assez vive dans le genou droit qui est un peu tuméfié. Au niveau des amygdales on constate une régression légère des exsudats.

Le lendemain, 8 novembre, les accidents aigus se sont calmés. La température est descendue à 38 degrés, le pouls est à 100. Mais les exsudats amygdaliens ont repris leur extension primitive.

Le 9 novembre, l'analyse bactériologique montre qu'il ne s'agit pas de diphtérie mais de microbes divers parmi lesquels un bacille dont les caractères sont décrits ci-après prédomine d'une façon absolue. On décide de renoncer définitivement au sérum antidiphtérique. Le régime lacté est institué. Localement, on fait alterner les grands lavages de la gorge avec des attouchements phéniqués répétés trois fois par jour.

Les jours et les semaines qui suivent, bien que l'état général soit parfait, aucune modification durable, aucune amélioration n'apparaissent du côté des amygdales. Chaque nettoyage amène une diminution dans l'épaisseur des exsudats, voire même la disparition d'un ou de plusieurs fragments qui laissent des îlots de muqueuse détergés. Mais, après quelques heures, l'enduit crémeux s'est reformé et constitue un placard uniforme.

Le 16 décembre, la malade est envoyée à Rennes, dans une maison de santé, où elle reçoit les soins des docteurs Assicot et Boulay. L'état des amygdales étant toujours stationnaire, on continue le traitement antérieur en lui adjoignant le raclage à la curette et les cautérisations à l'acide chromique pur. Sous l'influence de cette médication énergique, au bout de plusieurs semaines, on constate une diminution d'intensité dans le processus exsudatif. Il n'existe plus de placard uniforme sur les amygdales, mais il persiste toujours à la surface et dans les cryptes des îlots à contour déchiqueté, très adhérents à la muqueuse et qui se reproduisent en dépit des cautérisations répétées. La malade quitte la maison de santé le 26 février et s'en va dans le Midi.

Le traitement fut continué suivant les indications de M. le docteur Assicot pendant cinq mois. Ce fut seulement à la fin de juillet que la guérison apparut définitive.

Examens de laboratoire. — Bactériologie. — Le 9 novembre, l'examen direct de l'exsudat étalé sur lames montre la présence presque exclusive d'un bacille à bouts légèrement effilés, de 2 à 5 μ de long sur 0μ.8 de large, et se colorant énergiquement par la méthode de Gram.

Cet examen a été renouvelé le 20 décembre avec des résultats identiques. Le même jour, des ensemencements ont été pratiqués sur gélose, gélose-ascite, sérum de bœuf solidifié, en même temps que des cultures anaérobies faites sur bouillon, bouillon-ascite, bouillon glucosé et bouillon lactosé. Ces cultures qui n'ont pas donné de bacilles diphtériques nous ont permis d'isoler deux bactéries : l'une présentant les caractères du micrococcus catarrhalis, l'autre, beaucoup plus abondante, se présentant sous la forme d'un bacille tantôt isolé, tantôt en amas (1), coloré par la méthode de Gram et présentant les caractères de culture suivants :

(1) Nicolle et Hébert. *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1897, p. 67; — *Presse méd.*, 1899, n° 7, et 1902, n° 44.
(2) Sacquépée et Assicot. *Bull. de la Soc. scient. et méd. de l'Ouest*, 1903.
(3) Nicolas. *Arch. de méd. expérim.*, 1898.
(4) Vernet. Th. de Lyon, 1894-1895.

(1) Ces amas, de volume très variable, sont constitués par une vingtaine d'éléments accolés en palissade, formant ainsi quatre ou cinq rangées mises les unes derrière les autres.

Bouillon ordinaire. — Culture grêle, floconneuse, se précipitant en un culot assez abondant au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures au fond du tube. Le milieu reste absolument clair et limpide.

Bouillon lactosé. — Le microbe pousse avec les mêmes caractères que sur le milieu précédent, mais donne une culture beaucoup plus abondante. Le bouillon reste trouble. Il ne se produit pas de dégagement gazeux.

Solution de peptone de Witte (3 p. 100). — Aucun développement apparent.

Gélose simple. — Colonies punctiformes, blanches, formant une strie extrêmement mince, d'aspect bleuté.

Gélose glycérinée et gélose au moût de bière. — Mêmes caractères.

Sérum de bœuf solidifié. — Petites colonies blanchâtres, très adhérentes, en strie très mince.

Lait. — Coagulé dès le deuxième jour.

Gélatine. — Culture très grêle. Pas de liquéfaction.

Ce bacille est inactif chez le cobaye et le lapin en inoculations sous-cutanées et intrapéritonéales à la dose de 2 centimètres cubes. Déposé sur les muqueuses nasale, vaginale et conjonctivale préalablement irritées, il ne détermine la production d'aucune lésion inflammatoire ni d'exsudats. Pour obtenir des effets nocifs, il a été nécessaire d'inoculer une dose considérable (5 centimètres cubes d'une culture en bouillon de vingt-quatre heures) en injection intraveineuse chez le lapin, en lui adjoignant un demi-centimètre cube de teinture d'opium. Au bout d'un mois l'animal devenu cachectique, paralysé du train postérieur, a été sacrifié. Les seules lésions constatées à l'autopsie sont les suivantes :

Reins très altérés, surtout le rein droit dont le volume est réduit d'un tiers et qui présente une coloration jaunâtre. Le rein gauche, très pâle, a un volume normal mais sa consistance est diminuée.

Examen histologique. — *Rein droit.* — Zone corticale complètement dégénérée dans ses deux tiers externes. La capsule, triplée de volume, est scléreuse. Dans le tissu qui lui est adjacent, on ne reconnaît aucune trace de l'organe dont les éléments normaux ont fait place à un lacis de fibrilles et de cellules conjonctives. Au-dessous, on devine le pourtour des tubuli et des corpuscules de Malpighi, mais les cellules sont nécrosées et ne se colorent plus. Vers la partie médiane de la zone corticale, la lumière des tubuli est encombrée de nombreux cylindres d'apparence colloïde. Le tissu conjonctif interposé est considérablement hypertrophié. Sur les confins de la zone médullaire se voient quelques glomérules sclérosés noyés dans une gangue conjonctive en voie d'organisation.

Dans la région des pyramides, les tubes excréteurs sont rares, encombrés de débris cellulaires et dépourvus de tout revêtement épithélial. Le fonds de cette région est constitué par du tissu conjonctif presque adulte. On y rencontre des formations nodulaires beaucoup plus jeunes, arrondies ou ovalaires, présentant un diamètre variant entre 100 et 300 μ. Au centre de ces formations, ou bien disposés en couronne à la périphérie, se voient de nombreux bacilles en amas et prenant le Gram. Les cellules environnantes sont petites, arrondies, tassées, et pour la plupart en nécrose totale. On n'y colore aucun noyau. Dans tout l'organe, on constate des altérations grossières d'endo-périartérite.

Rein gauche. — Dégénérescence diffuse des épithéliums corticaux dont le protoplasma est réduit à l'état de granulations acidophiles sans traces de noyau. Les glomérules de Malpighi sont infiltrés de cellules rondes. Il existe quelques cylindres granuleux visibles aussi dans la région médullaire. Les cellules des tubes de Bellini sont relativement respectées. Le tissu conjonctif de l'ensemble de l'organe n'a pas proliféré. On ne constate nulle part l'existence de nodules inflammatoires.

Les cultures faites avec le sang du cœur et la pulpe rénale ont donné des cultures abondantes du bacille inoculé.

En résumé, staphylobacille blanc, prenant le Gram, très peu virulent pour le cobaye et le lapin, sauf en injections intraveineuses à fortes doses.

Hématologie. — L'examen du sang de la malade a été pratiqué le 21 janvier 1910. La numération des globules a donné les résultats suivants :

Globules rouges	4 350 000 par mill. cube
Globules blancs......	7 000

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles	32,6 p. 100
Mononucléaires moyens et grands.	62,9
Lymphocytes..................	1,5
Eosinophiles	2,8
Cellules de Turck	0,2

Nous avons cherché dans le sérum s'il existait des anticorps susceptibles d'affirmer le rôle étiologique du bacille incriminé.

A cause de la pusillanimité de l'enfant et de son entourage, il nous a été impossible de nous procurer assez de sérum pour y déceler des sensibilisatrices; par contre, la réaction d'agglutination nous a donné les résultats suivants (1) :

TAUX de l'opération	SÉRUM V...	SÉRUM NORMAL témoin	SÉRUM artificiel
1/5	+	—	—
1/8	+	—	—
1/10	+	—	—
1/15	?	—	—

Cette observation présente un double intérêt. La durée insolite de la maladie — environ neuf mois — sa résistance aux moyens thérapeutiques les plus énergiques constituent une histoire clinique peu banale. Par son étiologie toute particulière, elle rentre dans un groupe de faits encore très rares que M. Pilod (2), au cours d'une récente revue générale sur la bactériologie des angines, classe sous la rubrique : angines à bacilles spéciaux.

Certes, il est particulièrement délicat, dans le cas d'une angine à évolution chronique prolongée, d'attribuer avec certitude à une bactérie isolée d'exsudats polymicrobiens un pouvoir pathogène. Cependant, il nous semble résulter de ces recherches que le bacille décrit précédemment a réellement joué un rôle étiologique. L'identité morphologique qu'il présente avec les germes si abondamment répartis dans l'exsudat, sa persistance au cours des divers examens, et par-dessus tout la présence d'agglutines spécifiques dans le sérum de la malade nous confirment dans cette opinion.

Il s'en faut, d'ailleurs, que ce staphylobacille soit inconnu. Il a été signalé et décrit avec les mêmes caractères par E. Sacquépée (3) qui l'a rencontré dans diverses circonstances : à titre d'infections secondaires dans deux cas de méningite, l'une à méningocoque, l'autre tuberculeuse; dans deux

(1) Le bacille cultivant en amas, il a été nécessaire de filtrer les dilutions pour avoir une culture homogène susceptible de fournir des résultats valables. Cette filtration a été faite sur papier filtré ordinaire.

(2) M. Pilod. Les angines, *Gaz. des hôpit.*, 1911, p. 1747.

(3) E. Sacquépée. Sur les infections secondaires au cours des méningites cérébro-spinales, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 11 juillet 1902.

échantillons différents de liquide d'ascite au cours de cirrhoses atrophiques; en compagnie du bacterium coli et du staphylocoque dans le mucus intestinal d'un sujet mort d'entérite aiguë; avec l'entérocoque et le tétragène dans le sang d'un malade septicémique. Il est vraisemblable, ainsi que l'indique Sacquépée d'après ces derniers faits, que ce bacille habite volontiers l'intestin.

Nul doute que l'on doive rattacher à la réaction générale de l'économie contre ce germe les modifications si particulières de la formule leucocytaire : pénurie de polynucléaires au bénéfice des mononucléaires moyens et grands, nombre extrêmement réduit des lymphocytes.

Il y a tout lieu de penser que l'analyse bactériologique, systématiquement mise en œuvre au cours des angines à évolution chronique, ferait apparaître comme moins exceptionnelles qu'on ne le suppose ces infections insolites du pharynx. Est-il nécessaire de dire quels avantages pourrait y trouver la clinique, si impuissante en pareil cas? On éviterait ainsi d'appliquer inconsidérément des médications qui, cette observation le démontre une fois de plus, ne sont pas toujours sans danger. Peut-être, au contraire, la thérapeutique si décevante dans l'espèce pourrait-elle bénéficier des nouvelles méthodes biologiques, la vaccinothérapie, par exemple, dont la spécificité rigoureuse et les succès récents permettent de beaucoup espérer.

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DE L'ILÉUS PARALYTIQUE ET DE LA CONSTIPATION REBELLE PAR L'HORMON PÉRISTALTIQUE

L'organisme n'est pas formé de la simple juxtaposition de ses parties distinctes et indépendantes. Il possède une unité, complexe il est vrai, mais indéniable. L'agent physiologique de cette unité, celui qui règle et commande dans la maison, est le système nerveux. Mais il n'est pas le seul maître, et les progrès de la physiologie ont montré que bien des actions à distance des organes les uns sur les autres s'effectuent dans son intervention, au moyen de substances spéciales véhiculées par « les humeurs ». Ces substances sont sécrétées dans des glandes spéciales qui ne possèdent que cette seule sécrétion (thyroïde, parathyroïdes, thymus, glande pinéale, etc.) ou au contraire par des glandes possédant déjà d'autres fonctions, parfois multiples (ovaire, testicule, surrénale, pancréas, hypophyse, glandes intestinales, placenta, glande mammaire). Cette action des sécrétions internes, agissant à distance en dehors de l'action du système nerveux et par leurs propriétés chimiques, avait déjà été indiquée par Cl. Bernard à propos de la fonction glycogène du foie, et nettement formulée dès 1889 par Brown-Séquard.

C'est un physiologiste anglais, Starling, qui a créé pour la désigner le nom d'Hormons (de ὁρμάω, je stimule) qui a fait fortune. On désigne ainsi des substances à formule chimique définie (elle est connue jusqu'ici seulement pour l'adrénaline et l'iodothyrine), sécrétées en quantités très petites, au sein de tissus spéciaux hautement différenciés, transportées par la circulation au niveau d'organes éloignés sur lesquels elles exercent une action physiologique élective très puissante. Cette action, due à leur constitution chimique, s'exerce en dehors de toute intervention et en dehors de la présence même du système nerveux. (Voir, par exemple, les expériences de Goltz et Ewald, de K. Basch pour l'hormon mammaire, les expériences de Schwartz sur l'action de l'adrénaline sur les levures, etc.) L'intervention des hormons ne crée ni ne détruit rien, mais semble exciter seulement une action physiologique de l'organe, ce qui explique la rapidité et la durée de leur action.

Elargissant cette conception de la sécrétion interne, certains auteurs l'étendent des glandes à sécrétion interne aux échanges intérieurs des cellules. On en arrive ainsi à considérer certains produits du métabolisme cellulaire et déchets de l'organisme comme des hormons. L'acide carbonique agit comme excitant du centre respiratoire, l'urée comme excitant du rein, etc. Nous n'insisterons pas sur cette conception et sur les hormons en général, renvoyant aux travaux indiqués à la bibliographie.

C'est en 1904 que Enriquez et Hallion, dans une communication à la Société de biologie sur les propriétés excito-péristaltiques de certains extraits d'organes annoncent qu'ils ont montré dans certains extraits de muqueuse duodénale, par « des expériences spéciales instituées avec une méthode graphique », une substance « qui jouit vis-à-vis de l'intestin d'une propriété excito-motrice très marquée, une *motiline*, si l'on veut bien lui attribuer un nom en rapport avec cette propriété ». Ils ajoutent qu'ils poursuivaient des expériences, à ce point de vue, sur « des extraits préparés avec d'autres organes que la muqueuse duodénale et par des procédés divers ».

Dès cette époque aussi, ils exposent les applications thérapeutiques qu'on peut espérer tirer de l'emploi opothérapique de cet extrait.

C'est seulement quatre années plus tard que Zuelzer, Dohrn et Marxer, reprenant ces expériences, montrent que l'hormon péristaltique est sécrété en petite quantité dans l'estomac et la partie supérieure du duodénum, au moment seulement de la digestion.

On peut l'obtenir par macération de la muqueuse intestinale dans du sérum, mais le produit ainsi obtenu est relativement peu actif et on ne peut l'injecter par voie intraveineuse à cause de la difficulté de l'obtenir stérile.

Dans de nouvelles expériences les mêmes auteurs trouvèrent que l'hormon péristaltique existe en quantités beaucoup plus considérables au niveau de la rate où il semble s'emmaganiser au fur et à mesure de sa sécrétion. De plus, l'hormon recueilli en ce point s'est montré beaucoup plus actif et peut être recueilli aseptiquement.

Depuis deux ans, à la suite des travaux de Zuelzer, l'essai thérapeutique de l'hormon péristaltique ou hormonal a été tenté à maintes reprises en Allemagne; les résultats de ces tentatives sont aujourd'hui connus par de nombreuses publications, par la discussion du dernier Congrès allemand de chirurgie.

En France, ses applications chirurgicales au traitement de l'iléus ont été exposées par Lenormant dans la *Presse médicale* et L. Arnaud dans le *Lyon chirurgical*.

Dans une revue très documentée à laquelle nous ferons ici de très larges emprunts, le docteur Bernal (de Nice) vient d'exposer aussi ses applications au traitement de la constipation rebelle, il en est de même dans un récent article de Quadrone.

D'après ces documents, voyons l'action de l'hormonal, la technique de son emploi, les applications thérapeutiques qu'on en a faites à l'homme et les résultats déjà obtenus.

L'expérimentation a montré que l'hormon péristaltique provoque l'apparition rapide de mouvements péristaltiques qui ont l'aspect de mouvements physiologiques, mouvements de contraction puissants, mais lents, coordonnés, se propageant dans toute la longueur du tube digestif, par conséquent absolument favorables à la progression des matières et des gaz. Cette action est bien différente de celle qu'on obtient par

l'injection de certains alcaloïdes comme l'ésérine, très employée depuis les travaux de Vogel (1902) pour provoquer de violentes contractions intestinales.

Au Congrès allemand de chirurgie, Denks a bien mis sous les yeux de l'assistance la différence d'action des deux substances et montré l'avantage de l'hormonal par la projection de films cinématographiques. M. Bernal a récemment reproduit cette démonstration à la Société de médecine de Nice, et voici les différentes phases de l'expérience représentée : « Un lapin laparotomisé est fixé sur une planche, les intestins, hors de l'abdomen, baignant dans une solution de sérum physiologique à 37 degrés. Ils flottent donc dans l'eau ; ils ne sont pas absolument immobiles, car la respiration de l'animal et la pulsation des vaisseaux mésentériques leur transmettent un certain mouvement rythmé mais qui ne saurait être confondu le moins du monde avec un péristaltisme intestinal. Nous injectons maintenant l'hormonal dans la veine marginale de l'oreille du lapin; au bout de quelques minutes, il s'établit un péristaltisme s'accompagnant d'expulsion de matières fécales; nous injectons maintenant un demi-milligramme de physostigmine dans la même veine; immédiatement le péristaltisme de l'intestin est remplacé par des contractions localisées tétaniques et qui ne font pas progresser les matières. Toute la paroi, du reste, est secouée par des contractions. » L'hormonal produit bien une simple excitation du péristaltisme dans sa forme physiologique, excitations dont l'action est durable comme nous le verrons plus loin.

Ceci dit sur son action, voyons la technique de son emploi.

L'hormonal est livré dans le commerce (1) sous forme de flacons ou d'ampoules contenant 20 centimètres cubes de liquide qui est injecté soit dans les muscles soit dans les veines.

Pour injection intramusculaire on emploie une solution contenant 25 centigrammes de chlorhydrate d'eucaïne par flacon, tandis que le liquide pour injection intraveineuse n'en contient pas.

L'injection intramusculaire se fait à la partie externe de la fesse au moyen d'une longue aiguille (7 à 8 centimètres) absolument comme les injections mercurielles insolubles. L'injection doit être poussée très lentement et bien dans le muscle, sous ces conditions, elle est peu ou pas douloureuse; tout au plus observe-t-on de l'endolorissement de la région. Si l'on injecte 20 centimètres cubes en une seule fois, il sera bon d'injecter la moitié dans une fesse, la moitié dans l'autre.

L'injection intraveineuse, qui est absolument indolore, se fait dans les veines du pli du coude, de la manière habituelle. Zuelzer emploie, entre la seringue et l'aiguille, un petit raccord en baïonnette qui lui permet de maintenir l'aiguille bien dans l'axe de la veine et d'éviter la piqûre de ses parois.

La dose injectée chez l'adulte a été habituellement de 12 à 20 centimètres cubes, mais Zuelzer a injecté 40 centimètres cubes en 2 fois à deux ou trois heures d'intervalle sans inconvénient. Quadrone a employé de 20 à 30 centimètres cubes selon les cas. Chez l'enfant, Henle a injecté 1 centimètre cube chez un nourrisson de quatre mois, et 7 centimètres et demi chez un enfant de sept ans. Tous les auteurs qui ont employé l'hormonal recommandent de favoriser l'expulsion des matières en administrant au malade quelques heures auparavant un purgatif léger, en général de l'huile de ricin; on peut employer aussi les lavages d'intestin, l'entéroclyse glycérinée (Henle), le chauffage abdominal (Heussner) qui excite aussi le péristaltisme intestinal.

L'injection sera faite de préférence le matin (Saar) de façon à ce que la petite poussée fébrile causée par l'injection soit terminée le soir. Il restera au lit toute la journée. En effet, deux à trois heures après l'injection, on observe un peu de malaise, de faiblesse, parfois des frissons, des nausées, quelques vomissements et une poussée fébrile légère. Le malade ressent une bouffée de chaleur, c'est « un médicament qui donne bonne mine ». Le thermomètre marque 38, 38°5, rarement il atteint ou dépasse 39. Au bout de six à douze heures la température redevient normale. Dans un cas Quadrone a observé 39° 5 pendant trois jours.

Dittler et Mohr ont noté que, d'une façon constante, l'injection était suivie d'une chute de la pression sanguine, d'ordinaire considérable, mais brève (deux à cinq minutes). Comme on peut craindre des accidents graves de collapsus (ils en ont observé un cas), si le médicament agit brusquement, ils préconisent d'utiliser toujours, sauf les cas d'extrême urgence, l'injection intra-musculaire.

En cas de répétition des injections, on n'a jamais noté de phénomènes anaphylactiques.

L'action sur le péristaltisme intestinal se fait sentir au bout de deux à quatre heures en cas d'injection intramusculaire, un quart d'heure à une demi-heure en cas d'injection intraveineuse; à cause de ce fait, comme de son indolence absolue, on tend à employer presque exclusivement l'injection intraveineuse. Nous venons de signaler ses dangers.

Le péristaltisme n'occasionne pas de coliques, mais un endolorissement abdominal, intermittent, qui traduit les mouvements des anses intestinales, d'ailleurs visibles sous la paroi chez les individus à ventre flasque ou quand les anses sont très distendues. L'émission de gaz se produit rapidement, et enfin, après six à douze heures, une selle a lieu.

Cette action sur le péristaltisme semble être intermittente, c'est une succession de périodes de contraction d'une demi-heure environ de durée, séparées par des phases de repos plus ou moins longues.

Enfin, ainsi que le prouve l'action sur certains cas de constipation, l'action excitatrice peut être durable; l'intestin, qui avait perdu l'habitude de se contracter, l'a repris sous l'influence d'une seule excitation. Malgré la comparaison ingénieuse de Saar qui évoque le coup de pouce qui remet en marche un pendule arrêté, on est actuellement dans l'ignorance complète du mécanisme de ce rétablissement durable du péristaltisme intestinal.

Dans des cas rares, aussi bien expérimentalement que chez l'homme, on a rencontré des sujets réfractaires à l'action de l'hormonal; c'est du reste l'exception.

Les indications de l'emploi de l'hormonal sont multiples. Toutes les fois que le péristaltisme intestinal est diminué ou détruit, et que la présence d'un obstacle mécanique insurmontable ne rend pas son rétablissement inutile ou dangereux, l'emploi de l'hormonal est justifié.

En pratique on l'a employé surtout dans deux ordres d'affections bien distinctes.

En chirurgie, dans les paralysies aiguës de l'intestin, dans l'iléus d'origine dynamique.

En médecine, dans le traitement de la constipation chronique.

Voyons d'abord brièvement les résultats obtenus dans les affections chirurgicales (pour plus de détails nous renvoyons aux articles de Lenormant, Arnaud et Bernal).

La paralysie intestinale des péritonites aiguës est le type de la paralysie aiguë d'ordre dynamique, pure de tout obstacle mécanique. Que ces malades soient opérés ou non, l'emploi de l'hormonal facile à manier, amenant peu de shock, est absolument indiqué. Il devait donner et il a ici donné de très beaux résultats.

Zuelzer, Borchardt, Henle, Kirscher, Kauert ont rapporté de ces observations. Sur 6 péritonites généralisées citées par Kauert, consécutives presque toutes à l'appendicite, l'hormo-

(1) Jusqu'à ces derniers temps, l'hormonal allemand était fabriqué uniquement par la chemische Fabrik auf Actien de Berlin, et à cause des difficultés douanières ce produit ne pouvait pas pénétrer en France.

Depuis longtemps déjà un produit français identique est fabriqué par la maison Carrion.

nal a ramené rapidement le cours des matières dans 5 cas et on n'a enregistré qu'un seul échec.

A côté de ces cas, il faut ranger les occlusions intestinales post-opératoires qui se divisent naturellement en 2 groupes.

Dans les cas où il n'y a pas d'infection, il s'agit d'atonie intestinale pure, et l'effet de l'hormonal doit être très favorable. Sur 6 cas, Henle a eu 6 succès. Zuelzer, Denks, Heussner, Quadrone en ont enregistré de semblables. Lorsqu'il existe de l'infection, qu'elle soit consécutive à l'opération, ou qu'elle existe avant elle, la paralysie intestinale n'est plus seule en cause le plus souvent et il s'y allie un degré plus ou moins grand d'obstacle mécanique, dû en particulier aux adhérences péritonéales. Le succès de l'hormonal peut donc être inconstant ; cependant Henle dans 2 cas, Zuelzer, en ont obtenu de beaux succès dans des cas de péritonite avec adhérences multiples et Henle dans un cas d'invagination intestinale.

Au total, sur 25 cas d'occlusion post-opératoire, Goldmann a obtenu 10 succès, 5 échecs et 10 succès douteux. Ces succès obtenus dans la paralysie intestinale d'origine péritonitique recommandent l'hormonal à titre prophylactique dans les opérations longues où l'infection est possible du fait de la rupture de poches purulentes, d'ouverture de viscères à contenu septique, de présence de larges surfaces dépéritonisées. Le rétablissement précoce du péristaltisme intestinal peut prévenir la formation d'adhérences et éviter l'iléus.

L. Arnaud recommande aussi son emploi à titre prophylactique dans les grands traumatismes du thorax, du rachis, où la paralysie intestinale réflexe est fréquente. Quadrone a obtenu des succès dans des cas analogues (iléus réflexe dans un calcul du rein, paralysie post-infectieuse dans une pneumonie).

L'emploi de l'hormonal dans les occlusions intestinales aiguës, comme Zuelzer l'a proposé à titre de traitement d'épreuve lorsqu'il y a doute sur la présence d'un obstacle mécanique infranchissable, soulève de grosses objections. On peut se demander si, au cas où il existerait un obstacle mécanique, une lésion de la paroi, les contractions intestinales ne viendront pas provoquer une perforation de l'organe. Zuelzer et Umbreit ont répondu à cette objection. Dans des expériences sur l'animal, ils ont remarqué que si on fait une lésion intestinale, l'onde péristaltique s'arrête en amont du point malade, pour reprendre en aval, la région friable restant immobile. Lenormant remarque que l'on peut craindre que l'augmentation de la tension intra-intestinale, résultat de la contraction en amont de l'obstacle, ne suffise à déterminer ces perforations. Il rejette d'ailleurs tous les traitements palliatifs de l'occlusion à cause de la perte de temps et du retard apporté à l'opération, « seule thérapeutique rationnelle et sûre ». Zuelzer, qui a employé l'hormonal dans plusieurs cas d'occlusion aiguë, a obtenu un seul succès.

Mais, après l'opération pour occlusion aiguë, une fois l'obstacle levé ou une bouche intestinale établie, l'emploi de l'hormonal est tout indiqué pour rétablir les contractions sur un intestin dilaté et paralysé. Dans un cas semblable d'iléus biliaire, où l'occlusion persistait après l'ablation du calcul, Henle a obtenu un beau succès par son emploi.

Dans l'obstruction chronique, surtout lorsqu'il s'agit de l'aboutissant d'une constipation rebelle ancienne, dans l'obstruction intestinale, l'essai de l'hormonal, avant de recourir à une intervention, est pleinement justifié. S'il s'agit d'un cancer méconnu, on n'obtiendra rien, comme dans un cas de Zuelzer, sans faire courir de gros risques au malade, et s'il s'agit bien d'obstruction stercorale pure, la guérison sera de règle comme dans un cas de Zuelzer et deux cas de Matchle.

Ces cas d'obstruction stercorale chez les constipés rebelles nous amène directement à parler des essais tentés du traitement de la constipation chronique par l'hormonal.

Ici les résultats sont beaucoup plus inconstants que dans les cas chirurgicaux, et les succès comme les échecs sont déconcertants, car en présence de deux cas cliniquement semblables, l'un sera guéri par l'hormonal, alors que l'autre n'en tirera aucun bénéfice.

Ceci tient certainement à ce que la constipation chronique est encore mal connue, à ce que la classification actuelle de ses variétés est encore vague et probablement établie sur de mauvaises bases. Il est possible que l'action même de l'hormonal, véritable étalon physiologique du péristaltisme, serve de base même à une nouvelle classification des constipations. En tout cas, nous l'avons vu, l'action de l'hormonal sur la constipation, quand elle est positive, n'est pas simplement passagère comme celle d'un laxatif, mais bien permanente. Il s'agit véritablement d'un rétablissement, qui semble durable, de la fonction. Zuelzer a maintenant des cas de guérison datant de plus de deux ans.

Une autre particularité très curieuse est que cette action de l'hormonal n'est parfois pas immédiate ; il ne faut pas croire à un échec si le régime régulier des selles ne s'établit pas immédiatement. Parfois l'action d'un purgatif est nécessaire les premiers jours, puis les selles spontanées s'établissent d'une façon plus ou moins complète. Cette sorte de période d'incubation peut être longue, et Quadrone cite un cas où l'effet utile n'est apparu qu'au bout de quinze jours et une autre fois au bout de vingt-cinq jours.

Pris en bloc, sans dictinction de variétés de constipation, voici les résultats que les divers auteurs ont obtenus par l'emploi de l'hormonal : Zuelzer sur 52 cas a obtenu 31 guérisons (avec une moyenne de neuf mois de durée) ; il s'agissait de cas graves ; Quadrone sur 30 cas a eu 19 guérisons et 7 améliorations passagères ; Pfannmüller sur 20 cas, 5 guérisons, 4 améliorations ; Matchle sur 24 cas, 18 succès ; Kauert sur 9 cas, 5 succès dont 3 passagers ; Saar, 13 guérisons, plusieurs échecs ; Strauss, sur 5 cas, 1 succès ; Goldmann, 12 succès et plusieurs échecs ; Bernal, sur 4 cas, 3 guérisons ; enfin, Unger, Plehn, Förkel, rapportent chacun 1 succès.

La moyenne reste partout à peu près la même et on note 25 à 30 p. 100 d'échecs plus ou moins complets. Si l'on cherche à classer les résultats obtenus solon les diverses variétés de constipation, voici ce que l'on observe.

Les résultats les plus constants, de l'aveu de tous les auteurs, sont obtenus, comme on pouvait le prévoir, dans le traitement de la constipation par atonie intestinale. La guérison complète peut être obtenue même dans les formes graves. Pfannmüller sur 5 cas a eu 5 guérisons, Matchle sur 14 cas en a vu 11 guérir et 3 échecs partiels, Quadrone sur 21 cas note 14 guérisons complètes et durables, 4 cas sur lesquels l'action a été seulement passagère et 3 échecs.

Dans beaucoup de cas donc la guérison est complète, avec productions de selles spontanées régulières ; parfois le résultat est moins complet et l'exonération a besoin d'être provoquée par un lavement. On note une rapide amélioration de l'état général des malades, de l'amaigrissement, de l'asthénie, de l'état nerveux, de l'anémie qu'ils présentent souvent ; Quadrone dans un cas a noté la disparition d'une albuminurie avec cylindrurie.

Certains des échecs observés s'expliquent par une particularité présentée par la constipation ; il peut s'agir de dilatation considérable du cæcum et du côlon ascendant (2 cas de Quadrone où l'hormonal ne provoque que quelques évacuations de gaz), de dilatation considérable de l'ampoule rectale (Pfannmüller).

Mais, dans certains échecs complets, comme dans 3 cas de Quadrone, il s'agissait de malades avec parésie intestinale et gastro-entéroptose absolument semblables à d'autres cas qui ont complètement guéri avec l'hormon péristaltique.

Lorsque la constipation résulte d'un obstacle mécanique, présence d'annexites anciennes, compression par un fibrome, par une grosse prostate, l'hormonal a été sans effet : Pfannmüller a observé 4 échecs, Kauert 1 échec, Matchle 1 échec et 1 succès dans ces conditions.

Quadrone a obtenu aussi 2 succès dans 2 cas de constipation atonique à type Crämer, c'est-à-dire avec fermentation intestinale putride, selles répétées mais insuffisantes comme quantité. L'action de l'hormonal a augmenté la quantité des selles, en même temps que diminué les fermentations intestinales.

Pour les constipations avec spasme intestinal, se traduisant par des selles divisées en petites billes très dures, ayant séjourné longtemps dans l'intestin, présence de mucus dans les selles et crises douloureuses, il semble logique d'admettre que l'action de l'hormonal doive être nulle ou exagérer plutôt la contracture de la musculature, partant de la constipation.

En fait, dans ces cas, on a observé un grand nombre d'échecs. Sur 11 cas, Pfannmüller note 6 échecs complets et 5 améliorations; Matchle sur 3 cas 1 échec et 2 guérisons; Quadrone sur 4 cas, 1 effet nul et 3 résultats partiels. Bien que Pfannmüller constate que chez ces malades les résultats de l'hormonal sont inférieurs à l'usage de la belladone, cependant les résultats sont loin d'être nuls. Quadrone note chez 3 de ses malades une régulation relative des selles qui reprennent la forme normale et la disparition du mucus. On note aussi souvent de l'atténuation des douleurs; il est vrai que comme il s'agit le plus souvent de névropathes, on peut se poser la question de la part que la suggestion peut jouer dans cette action.

Il faut rapprocher ces cas des cas de coliques de plomb, où le spasme intestinal est intense. Dans un cas, Matchle a obtenu un beau succès avec l'hormonal.

Reste enfin les constipations liées aux lésions du système nerveux. Ici encore, on trouve les contradictions les plus nettes dans les résultats obtenus. Zuelzer et la plupart des auteurs pensent que l'action de l'hormonal doit être nulle dans ces cas.

Dans un cas de paralysie agitante Kauert a eu un échec; chez les hémiplégiques, Zuelzer plusieurs échecs, Matchle 1 succès; Quadrone a obtenu 2 améliorations passagères dans un cas de compression médullaire et une polynévrite des membres inférieurs. Dans le tabes, Krauss n'a noté aucun effet, Borchardt a enregistré un succès, Matchle sur 2 cas, un succès complet et un succès partiel; chez les épileptiques, sur 7 cas, Alt note 4 guérisons, et dans 2 cas de paralysie générale, Bernal a observé 2 guérisons.

Au total, on voit que dans le traitement de la constipation, si l'emploi de l'hormonal a donné des résultats intéressants et encourageants, ils sont le plus souvent contradictoires. Cette étude est donc à reprendre entièrement pour arriver à fixer des indications et contre-indications nettes. C'est un vaste champ d'étude ouvert à la sagacité des physiologistes et des cliniciens.

M. LANCE.

BIBLIOGRAPHIE

Publications sur les hormons en général. — BAYLISS et STARLING. *Journ. of Physiol.*, vol. XXVIII. — STARLING. *Centralbl. f. Physiol. und Pathol. d. Stoffwechsels*, 1907, nos 5 et 6. — BASCH. *Monat. f. Kind.*, Bd. VIII, no 9. — BOTAZZI. *Gaz. degli osped. e delle clin.*, t. XXXII, no 115, 25 sept. 1911. — CARNOT. *Paris méd.*, 1911, no 49. — JACOBY. *Deut. med. Woch.*, 16 nov. 1911, no 46.

Publications sur l'hormon péristaltique. — ENRIQUEZ et HALLION. *C. r. de la Soc. de biol.*, 1904, t. I, séance du 20 fév., p. 322. — DOHRN, MARXER et ZUELZER. *Berl. klin. Woch.*, 1908, no 46. — KIRSCH. *Med. Klin.*, 1908, no 39. — SAAR. *Med. Klin.*, 1910, no 11. — ZUELZER. *Med. Klin.*, 1910, no 11, p. 11. — HENLE. *Cent. f. Chir.*, 1910, no 12, et 15 oct. 1910, no 42, p. 8. — HENLE, DENKS, BORCHARDT et GOLDMANN. *C. r. du Congrès de chir. all.*, Berlin, 19-22 avril 1911. — UNGER, STRAUSS, PLEHN et GOLDMANN. *Berl. klin. Woch.*, 1911, no 11, p. 495. — KAUERT. *Münch. med. Woch.*, 25 avril 1911, no 17, p. 18. — ZUELZER. *Therapie der Gegen.*, 5 mai 1911, p. 1. — HENLE. *Deut. med. Woch.*, 1911, no 20, p. 16. — GLITSCH. *Münch. med. Woch.*, 6 juin 1911, no 23, p. 10. — FÖRKEL. *Münch. med. Woch.*, 29 août 1911, no 35, p. 17. — KIRSCHNER. *Deut. med. Woch.*, 1911, no 41, p. 18. — PFANNMÜLLER. *Münch. med. Woch.*, 1911, no 43, p. 13. — LENORMANT. *Presse méd.*, 23 sept. 1911, no 76, p. 755. — QUADRONE. *Gaz. degli osped. e delle clin.*, 17 oct. 1911, t. XXXII, no 125. — L. ARNAUD. *Lyon chir.*, nov. 1911, p. 523. — ENRIQUEZ et HALLION. *Soc. de thérap.*, 25 oct. 1911, in *Presse méd.*, 1er nov. 1911, p. 887. — DITTLER et MOHR. *Münch. med. Woch.*, 14 nov. 1911, p. 2427. — BERNAL. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Nice*, XXXIVe année, déc. 1911, no 8, p. 39. — MATCHLE (hôpital municipal de Mayence). Observations rapportées dans le travail de Bernal. — BERNAL. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Nice*, XXXVe année, janv. 1912, no 1, p. 26.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1912)

Deux cas d'hémophilie. Etude des réactions sanguines. Traitement par le nucléinate de soude. — MM. SICARD et GUTMANN rapportent les observations de deux cas d'hémophilie traités par les injections sous-cutanées ou intramusculaires de nucléinate de soude à la dose de 10 centigrammes à 20 centigrammes par injection.

Les auteurs insistent, en outre, sur la discordance possible, au cours de l'hémophilie, des signes cliniques et biologiques, sur la provocation facile, par exemple, d'une ecchymose cutanée à la suite d'une pression digitale légère, et cela indépendamment de tout retard de coagulation sanguine.

Ils ont également étudié la fragilité globulaire et le pouvoir lytique du sang de leurs malades. Chez l'un d'eux, ils ont pu constater, avec l'absence de tout vice de coagulation, l'existence d'une fragilité globulaire notable et la réaction positive des épreuves d'Ehrlich et de Donath. Dans les deux cas, les injections de nucléinate de soude ont ramené le sang à son équilibre normal tonique et plasmatique en même temps que les signes cliniques d'hémophilie disparaissaient.

Cirrhose de Laënnec. — M. F. BAUDOUIN (de Tours) communique l'observation d'un malade qui présenta pendant sept mois un syndrome complet et typique de cirrhose de Laënnec et mourut de granulie.

L'autopsie montra un foie clouté de 650 grammes, diminué proportionnellement de volume, montrant de nombreux follicules tuberculeux situés auprès des gaines glissoniennes.

L'organe très altéré présentait de l'infiltration amyloïde, avec dégénérescence graisseuse, on constatait par endroits des zones d'hyperplasie parenchymateuse périportale contrastant avec des zones d'atrophie parenchymateuse péri-sus-hépatique.

L'hyperplasie conjonctive, en général peu développée, atteignait surtout les gaines glissoniennes où se trouvaient parfois de nombreux néo-canalicules biliaires; il y avait de l'hyperplasie fibrillaire discrète en certains points du parenchyme.

L'auteur conclut que le syndrome clinique cirrhose de Laënnec ne correspond pas à des lésions hystologiques constantes, qu'il cache parfois et peut-être souvent des hépatites infectieuses d'origine bacillaire.

Il ajoute qu'il serait préférable de qualifier ces états, hépatites chroniques, appellation plus claire et plus générale que celle de cirrhose qui ne correspond pas à une forme spéciale d'hépatite.

Tétanos guéri par la sérothérapie. — M. ACHARD rapporte l'histoire d'une malade qui à la suite d'une plaie superficielle d'un doigt présenta après douze jours d'incubation des symptômes très accusés de tétanos : trismus, contractures, etc. On lui fit, dès son entrée à l'hôpital, une injection intraveineuse

de 20 centimètres cubes de sérum puis de 40 centimètres cubes les jours suivants. Les premiers jours, les contractures, loin de céder, s'étendaient au contraire à la nuque et à l'abdomen, mais à partir du quatrième jour, elles diminuèrent d'intensité et avaient disparu au bout de huit jours. Actuellement l'état du malade est excellent. Il a reçu en tout 330 centimètres cubes de sérum et aucun autre médicament.

M. WIDAL insiste à propos de cette communication sur la nécessité d'injecter des doses massives de sérum et sur la fréquence de la guérison dans les cas où le tétanos succède à une plaie superficielle.

A propos de 2 cas d'appendicite chronique à symptomatologie anormale, rapportés il y un an, M. WALTHER insiste sur un signe que l'on rencontre fréquemment dans ces genres d'appendicite et qui consiste en une toux opiniâtre, quinteuse, qui s'ajoutant à l'amaigrissement et aux troubles dyspeptiques des malades peut même passer quelquefois pour de la tuberculose. Chez les deux malades opérées il y a un an, l'état général s'est amélioré considérablement et la toux, en particulier, a disparu. Du reste, même chez des tuberculeux avérés, l'appendicectomie peut améliorer considérablement l'état du tube digestif en facilitant l'alimentation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1912)

Ulcération d'une veine par une exostose. — M. SOULIGOUX, à propos d'une observation communiquée par M. Phocas, rapporte le cas d'une ulcération d'une veine par une exostose du fémur.

Fistules vésico-vaginales. — M. HARTMANN, à l'occasion du rapport de M. Michon, reconnaît que le traitement des fistules vésico-vaginales, à la suite des hystérectomies vaginales généralement haut situées, est difficile. Toutefois, en faisant le débridement vulvo-vaginal aussi haut que possible, on se crée une voie d'accès qui permet d'aborder plus facilement l'orifice fistuleux et de l'abaisser pour le fermer.

Hématomes enkystés sous-phréniques. — M. SOULIGOUX rappelle que M. Quénu a insisté sur la grande rareté de ces hématomes dont la pathogénie reste très obscure. Il analyse deux observations adressées par M. Dionis du Séjour (de Clermont-Ferrand). Le premier cas a trait à une femme de cinquante-cinq ans qui portait une grosse tumeur au niveau de la région ombilicale, qu'on croyait être une hernie. L'intervention montra qu'il s'agissait, en effet, d'une hernie engouée et d'une poche contenant du sang et des caillots et remontant jusqu'à la face inférieure du foie. M. Dionis du Séjour examina tous les organes et ne trouva nulle part la cause de cette hémorragie. Il draina cette poche, réduisit la hernie et la malade guérit. Il pense qu'il avait eu affaire à un hématome sous-phrénique.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans qui semblait atteint d'une hernie ombilicale étranglée. L'opérateur tomba sur une masse remontant jusqu'au foie et remplie de caillots sanguins. Il incisa la paroi postérieure de la poche et trouva une agglomération de caillots remplissant la fosse iliaque droite. Il examina tous les organes et ne trouva rien.

Dans le premier cas, il s'agit évidemment d'une hémorragie dans un sac herniaire. Quant au second cas, M. Souligoux pense qu'il s'agit d'un hématome du muscle grand droit qui s'est ouvert secondairement dans la cavité abdominale.

M. LEJARS fait observer qu'on ne peut, au point de vue étiologique, n'émettre que des hypothèses. Dans un des cas qu'il a observés, il y avait eu un traumatisme antérieur dix jours avant l'apparition des accidents. Dans ce cas, M. Lejars tomba sur une vaste poche remplie de caillots sanguins. Il draina et la malade guérit. Dans certains cas, on peut donc invoquer un traumatisme, mais ces hématomes peuvent reconnaître des causes multiples et variées. En opérant ces cas, il faut se contenter de vider la poche et de drainer, et il ne faut pas trop s'appliquer à rechercher le point d'origine de ces hémorragies. Pour un grand nombre de ces cas, la pathogénie reste obscure.

M. QUÉNU souscrit parfaitement à l'origine traumatique de certains cas d'hématomes sous-phréniques, pourvu toutefois qu'il ne s'écoule pas un temps trop long entre le traumatisme et l'apparition des accidents. Pour être qualifiées d'hématomes sous-phréniques, il faut que ces tumeurs soient enkystées et sous le diaphragme, et ils doivent être distingués des simples kystes hémorragiques.

Enfoncement cranien. — M. SAVARIAUD analyse une observation de M. Rastouil (de La Rochelle). Un enfant de cinq ans a la tête prise entre une pierre et une roue de voiture : enfoncement de la région temporo-pariétale gauche, coma; pas d'inégalité pupillaire, pas de paralysie. Relèvement et ablation de la portion cranienne enfoncée, incision de la dure-mère, drainage, guérison. C'est là un beau résultat. Toutefois, M. le rapporteur aurait hésité à inciser la dure-mère.

Imperforation anale. — Dans un second rapport, M. SAVARIAUD résume une observation de M. Douriez (d'Abbeville). Petite fille de neuf semaines, à facies vieillot, très amaigrie, le ventre ballonné. On constate un anus imperforé. On incise la peau et la muqueuse jusqu'à l'ampoule rectale. Il en résulte une débâcle qui dure quinze jours. L'enfant va bien et le nouvel orifice est continent, bien qu'il n'y ait pas de sphincter. On sait que, dans ces cas, les résultats éloignés sont souvent déplorables.

M. SOULIGOUX a opéré une fillette de cinq ans d'une imperforation complète de l'anus avec fistule vaginale. Il a reconstitué l'anus et fermé la fistule vaginale. Elle a parfaitement guéri. Elle s'est mariée et est actuellement enceinte. Son anus est continent. Elle ne perd un peu ses matières qu'en cas de diarrhée.

M. KIRMISSON dit qu'il est difficile de faire un pronostic en bloc pour ces cas d'imperforation anale. Il y en a de favorables, il y en a de défavorables. En général, les cas comme celui de M. Souligoux avec fistule vulvaire guérissent bien. Mais il est bien rare que l'anus soit continent quand il n'y a pas de sphincter.

M. AROU a opéré un cas analogue à celui de M. Souligoux. Il a fait la transplantation et a même fait un ou deux tours de torsion. Sa malade a un sphincter qui fonctionne très bien.

M. SAVARIAUD s'explique difficilement qu'un anus puisse être continent quand il n'y a pas de sphincter.

De la dérivation de l'urine dans les opérations de l'urètre. — M. MARION étudie cette question et considère la dérivation de l'urine comme applicable à un grand nombre de cas, quand il s'agit d'opérations à pratiquer sur le canal de l'urètre. Jusqu'ici, on avait recours à la sonde à demeure. Quand on la place elle est aseptique, mais elle s'infecte bientôt et devient elle-même un agent d'infection. Aujourd'hui, plusieurs chirurgiens ont renoncé à l'emploi de la sonde à demeure et pratiquent la dérivation de l'urine vésicale pendant tout le temps nécessaire à la cicatrisation de la plaie urétrale (rupture, déchirure ou plaie opératoire). On peut, suivant les cas, recourir à l'urétrostomie ou à la cystostomie. Quand il faut agir sur la portion bulbaire de l'urètre, il vaut mieux recourir à la cystostomie. En dehors des cas d'hypospadias, cette dérivation de l'urine peut rendre les plus grands services dans les cas d'opérations sur l'urètre pour blessures, sutures ou pour rétrécissement infranchissable. Le calibre de l'urètre obtenu après ces opérations persiste, même sans sonde à demeure. Mêmes avantages de cette dérivation dans les cas de fistules urétro-périnéales. Ces malades sont guéris en douze jours après la résection de la fistule et la suture de l'urètre faites après la dérivation de l'urine par l'urétrostomie ou par la cystostomie. Sur 21 malades opérés par M. Marion, un seul n'a pas guéri et a eu un abcès urineux. La fistule ainsi constituée se ferme d'elle-même très rapidement.

Comment traiter l'urètre après ces opérations? Il n'y faut pas toucher. Il faut surtout bien se garder de mettre une sonde à demeure.

Les faits apportés par M. Marion à l'appui de sa thèse sont des plus probants et des plus encourageants.

Traitement du pied plat par la tarsectomie. — M. Pierre Duval lit un travail sur ce sujet.

Chirurgie réparatrice. — M. Morestin présente une série de malades des plus intéressants :

Chez un malade atteint d'un épithélioma de la lèvre inférieure ayant envahi une partie du maxillaire inférieur, M. Morestin commence par le curage ganglionnaire du cou, des deux côtés, l'ablation de la lèvre inférieure en totalité, la résection partielle du maxillaire inférieur, la reconstitution d'abord de la lèvre seule, puis de la région mentonnière à l'aide de lambeaux empruntés sur les joues et la lèvre supérieure. Cela comporte une série de six ou sept opérations successives. Le résultat final est des plus brillants.

Ce sont ensuite deux jeunes filles qui portaient des cicatrices cervicales enfoncées et larges; destruction de ces cicatrices, réfection et remplissement des parties creuses par des greffes adipeuses empruntées soit à la fesse, soit dans le creux axillaire. Résultat esthétique très satisfaisant.

Enfin, c'est une femme qui portait une énorme éventration avec une volumineuse hernie ombilicale. Résection d'un énorme paquet cellulo-cutané, cure radicale de la hernie et réfection d'une sangle aponévrotique musculaire et cutanée à l'aide de lambeaux dissociés et rapprochés, si bien que cette femme présente aujourd'hui une véritable inventration.

Rupture du duodénum. — M. Quénu présente une jeune fille de dix-sept ans sur laquelle est passée une voiture. Rupture du duodénum. Opération une heure après par M. Guibé. Suture de deux ruptures duodénales, gastro-entérostomie. Guérison.

Résection atypique de la mâchoire supérieure. — M. Sébileau présente un malade chez lequel il a fait une exérèse extrêmement étendue pour épithélioma de la voûte et du voile. Résection atypique qui permettra l'application d'un appareil prothétique. Grand avantage de ces résections économiques.

Présentations d'appareils. — M. Savariaud présente une petite plaque d'argent à rallonge destinée à combler les trous craniens résultant de trépanations.

M. Lucas-Championnière ne voit pas la nécessité de boucher ces trous.

M. Segond présente un spéculum bivalve très ingénieux permettant de faire seul beaucoup de petites opérations gynécologiques.

— Toutes nos félicitations à M. le président Bazy, qui, le premier, a obtenu que les membres de la Société restent à leurs places pendant les présentations, ce qui permet au public de voir enfin quelque chose.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES CAS DE RÉFORME AU CONSEIL DE REVISION

Nous sommes à la veille du jour où les jeunes gens appelés au service vont passer la visite médicale du conseil de revision. Bon nombre d'entre eux sont susceptibles d'être réformés; et à l'appui de leur demande de réforme ils produisent un certificat de leur médecin qui constate leur incapacité physique. Il ne saurait être sans intérêt de passer rapidement en revue les différents cas de maladie susceptibles de procurer l'exemption.

Ceux bien constitués, de santé parfaite, sont immédiatement déclarés « bons pour le service ». Quant aux autres, ils sont ajournés à un an, pour être alors l'objet d'un nouvel examen, s'ils sont de ceux dont l'état physiologique paraît susceptible d'amélioration, ou ils sont tout de suite écartés définitivement, réformés.

Les motifs pouvant déterminer l'ajournement ou la réforme définitive sont fort nombreux.

D'après l'instruction du 22 octobre 1905, la nomenclature des maladies, infirmités ou difformités qui rendent impropre au service actif ou armé comprend exactement 232 articles; quant à celles des maladies, infirmités et difformités qui sont incompatibles avec le service actif ou armé, mais qui ne rendent pas impropre au service auxiliaire, elle en comporte 57 seulement.

En ce qui concerne la faiblesse de constitution, la circulaire déclare :

« La constitution physique trop faible peut se traduire soit par la faiblesse générale de complexion, l'amaigrissement, l'état malingre de l'ensemble de l'organisme, soit par la débilité résultant d'une maladie aiguë ou d'une cause accidentelle et transitoire.

Suivant ses degrés et son pronostic, cet état d'insuffisance physique peut motiver l'ajournement à l'année suivante ou l'exemption, la réforme temporaire ou la réforme définitive. »

Pour être soldat il ne faut pas être trop gros; ne pas avoir de cachexies paludéennes, saturnine, mercurielle, pellagreuse profondément accusées; de rhumatisme, de goutte, de gravelle, de diabète et d'albuminurie, de morve, de lèpre ou d'actinomycose, de cicatrices étendues, difformes, sujettes à s'ulcérer; de tumeurs ou de productions cornées non curables; de tumeurs malignes; de varices ou des fistules lymphatiques très développées. La leucocythémie, l'adénie, la lymphadénie, l'adénite chronique et volumineuse, les nævi, les tumeurs érectiles, les névralgies à troubles trophiques, les névralgies faciales rebelles justifient la réforme. Les paralysies sont susceptibles d'entraîner l'exemption, si elles sont incurables. Les contractures musculaires, symptomatiques de lésions des centres nerveux, les névromes multiples et douloureux, les tics, les contractions musculaires spasmodiques involontaires, le tremblement naturel rendent impropre au service militaire. La périostite, l'ostéite, l'hydarthrose peuvent également exempter.

L'ossification imparfaite des os du crâne, les cicatrices kéloïdiennes volumineuses, l'idiotie, le crétinisme, le myxœdème, l'épilepsie, la tétanie, le somnambulisme, les diverses formes de myélite chronique, les amyotrophies motivent l'exemption.

En ce qui concerne les organes de l'audition, l'hypertrophie, l'atrophie, la perte du pavillon, l'atrésie, les polypes persistants, la surdité, la surdi-mutité sont encore des cas de réforme.

Une laideur extrême, des exostoses du frontal volumineuses, une myopie inférieure à un quart, une hypermétropie trop développée, les affections des paupières, des voies lacrymales, de la conjonctive, de la cornée, de la sclérotique et de l'iris, du cristallin, de la choroïde, etc., empêchent d'être soldat.

Le bégaiement, le bec-de-lièvre, la grenouillette, les langues trop copieuses qui sortent constamment de la bouche, celles divisées en deux pointes à la façon des langues de serpent, ou encore celles réduites à rien, enlèvent tout droit à l'uniforme.

Il est encore indispensable de posséder une voûte palatine normale, de ne point avoir le téton trop accentué, ni un thorax en carène, et de ne présenter enfin aucune tare du côté des organes génitaux.

Le soldat français n'a pas le droit d'être un hermaphrodite, il ne doit pas non plus être bossu, ni posséder des membres difformes, inégaux, incurvés, allongés ou raccourcis, fussent-ils par ailleurs parfaitement solides et robustes.

La main militaire ne saurait demeurer en flexion ou en

extension permanentes. Les doigts doivent toujours être en nombre, tant au pied qu'à la main, et jamais en excès; aucune membrane ne doit les réunir.

Les pieds, est-il besoin de le dire, sont, eux aussi, l'objet de prescriptions minutieuses et sévères. Il leur est formellement interdit d'être plats ou déviés, de posséder des orteils adoptant la disposition dite en marteau ou munis d'ongles ayant la regrettable habitude de s'incarner, d'être pourvus d'exostoses ou de toutes lésions des orteils s'opposant au port de la chaussure. La sueur fétide et abondante, tant aux pieds qu'aux mains, n'est pas un cas de réforme.

En ce qui concerne la tuberculose voici ce que dit l'article 6 de l'instruction :

« Les tuberculoses viscérales, si légers qu'en soient les indices, motivent toujours l'exemption et la réforme. Il importe de ne pas attendre les déclarations des malades et d'assurer par les enquêtes et examens nécessaires l'exclusion absolue et aussi rapide que possible des militaires atteints de cette affection.

Les tuberculoses locales qui paraissent susceptibles de guérison motiveront d'abord la réforme temporaire. On prendra la même décision vis-à-vis des sujets dont l'état d'affaiblissement morbide ferait craindre une imminence de tuberculisation. »

La tuberculose pulmonaire, quel qu'en soit le degré, nécessite la réforme immédiate, ainsi que la bronchite et la pneumonie chronique, l'emphysème pulmonaire, l'asthme et la pleurésie chronique entraînent la réforme.

Pour les maladies de cœur, la cyanose, la péricardite et l'endocardite, l'hypertrophie du cœur, l'anévrisme de l'aorte, les affections organiques du cœur sont incompatibles avec le service militaire.

Relativement à la syphilis et aux autres maladies vénériennes, le paragraphe 7 dispose :

« Les ulcères phagédéniques étendus, les accidents tertiaires tels que syphilides ulcéreuses graves, nécroses syphilitiques avec perte de substance et déformation notable, lésions syphilitiques du système nerveux et des viscères peuvent motiver l'exemption.

Les mêmes accidents, après échec d'un traitement rationnel et prolongé, justifient la réforme.

La blennorragie, la blennorrhée, les ulcères vénériens simples, les bubons, les ulcères syphilitiques et les accidents secondaires ne sont jamais une cause d'exemption. »

Voilà, énumérés, un certain nombre de ces cas si divers que nous sommes loin d'avoir examinés au complet. Les médecins pourront se reporter à cette circulaire 68 *bis* qui a été publiée par la librairie Lavauzelle.

PRATIQUE MÉDICALE

LES ARTHRALGIES SYPHILITIQUES

Par M. Maural.

Les désordres que la syphilis provoque dans les articulations sont tantôt précoces, arthralgies contemporaines de la roséole, tantôt secondaires, arthrites subaiguës, hydartroses, tantôt enfin tertiaires, arthropathies proprement dites.

Pour certains auteurs, l'arthralgie syphilitique serait tellement précoce qu'elle pourrait précéder l'apparition du chancre lui-même. Elle serait le premier des accidents secondaires. On l'observerait chez un quinzième des syphilitiques.

Les symptômes sont les suivants : une lassitude extrême, une vive sensibilité des jointures. La nuit elles sont parfois le siège de douleurs vives. Les mouvements et la pression y réveillent des douleurs et une sensation de brisure.

On ne constate ni gonflement, ni rougeur, ni chaleur. Les tissus paraissent normaux et le traitement spécifique dissipe l'arthralgie qui laisse cependant comme vestige quelques craquements articulaires. L'affection est polyarticulaire, les jointures le plus souvent frappées sont l'épaule, le genou, le cou-de-pied et le poignet, l'articulation est un peu douloureuse, l'épanchement dans la synoviale est presque nul.

Il faut un examen attentif pour distinguer cette affection d'une attaque de rhumatisme simple, mais la rapide guérison par le traitement mixte vient lever tous les doutes quand l'imprécision des symptômes fait hésiter le praticien. Le meilleur traitement avec l'utilisation du mercure à l'intérieur est la friction iodée. On emploie l'iodex, pommade d'iode bisublimée renfermant 5 p. 100 d'iode thérapeutiquement libre et sans inconvénients.

On frictionne légèrement pendant deux à trois minutes l'articulation malade avec gros comme une noisette d'iodex et on peut laisser sur la jointure une légère couche du topique sans avoir à redouter d'inconvénients secondaires. Cette préparation iodée pour l'usage externe n'est pas caustique, n'irrite pas les tissus, ne tache pas la peau et permet ainsi des frictions ou des applications aussi répétées et aussi prolongées qu'il est nécessaire.

Les effets de ce traitement mixte sont rapides et fort actifs, la fluxion articulaire ne persiste pas et si elle s'accompagne d'un peu de fièvre, de courbature et d'insomnie, ces symptômes sont les premiers à disparaître. Au contraire, quand ce traitement spécifique n'est pas institué, l'arthralgie persiste, se développe et c'est alors qu'on peut observer un léger épanchement articulaire.

Dans tous les cas d'arthralgie il faut donc songer à la syphilis et rechercher la roséole. En cas de difficulté pour le diagnostic, l'application de la pommade iodex, à laquelle on peut incorporer la belladone ou les opiacés, ne peut être qu'utile et toujours indiquée.

VARIÉTÉS

LES BLESSURES DE GUERRE

D'après le professeur Weiss.

L'éminent professeur de la Faculté de médecine de Nancy, M. Weiss, médecin principal de réserve, a fait au Cercle militaire une remarquable conférence avec projections lumineuses sur les *Blessures de guerre et leur traitement*.

Il a tour à tour étudié les perfectionnements de l'armement, qui ont entraîné des modifications dans la technique chirurgicale (car si l'art de détruire s'est perfectionné, l'art de guérir a fait aussi de grands progrès), la physionomie spéciale des diverses blessures, suivant qu'elles sont faites par l'arme blanche (sabre, baïonnette), par les projectiles d'artillerie (balles de shrapnels, éclats d'obus), ou par les projectiles d'infanterie (balle D française, balle S allemande), dont les traumatismes sont plus nombreux, affirmant ainsi la supériorité de cette arme, qui reste malgré tout la *Reine des batailles*.

Il a ensuite montré la variabilité et la gravité de ces blessures suivant les régions anatomiques atteintes : *bénignes*, qualifiées même d'*heureuses*, dans les parties molles ; *graves*, quand elles frappent l'ossature, surtout celle des membres inférieurs ; *mortelles*, celles qui traversent et font éclater la boîte crânienne ou les organes splanchniques, qui déversent leur contenu dans le péritoine ou le médiastin.

M. Weiss est loin de croire que les balles cuirassées de petit calibre soient des *balles humanitaires* et si, dans le centre africain ou dans la bataille d'Adoua, elles n'ont pas toujours eu une *puissance d'arrêt* suffisante, il estime que dans les armées européennes, le choc sera assez grand pour arrêter les plus

beaux élans : aussi il flétrit l'idée des balles anglaises *Dum-Dum*, véritables balles *explosives*.

Dans une série de projections, il nous a montré les diverses phases d'un projectile en mouvement, avec ses ondes vibratoires d'air chassé et refoulé par ses parois qui s'évasent et le remous aérien qui se produit au culot de la balle : le projectile glisse sur l'air en faisant un sillage comme un bateau sur l'eau.

Puis il nous a montré une balle traversant un *os sec* et un *os frais avec sa moelle*, pour mieux nous faire saisir toute l'importance de la *théorie hydrostatique*, qui prouve que les liquides sont incompressibles et que la force vive communiquée aux sucs organiques explique la différence des dégâts constatés.

Après avoir étudié la *balle physiologique* en action, M. Weiss a décrit la *balle pathologique, ricochée, déformée*, source d'infections redoutables, la balle *pirouettante* qui aborde l'organisme obliquement ou de plein travers : à ce propos, il nous a fait le très grand honneur de citer nos études sur les *balles déformées ou pirouettées* et de projeter sur son écran les photographies, qui accompagnent ces travaux, parus dans les *Archives de médecine militaire*.

Au sujet des plaies tangentielles de la boîte cranienne, le conférencier a attiré notre attention sur les faibles dégâts de la table externe, qui contrastent singulièrement avec les éclatements nombreux siégeant sur la table interne : aussi conseille-t-il vivement, dans ces cas-là, d'appliquer quelques couronnes de trépan pour parer aux surprises désagréables de ces traumatismes en apparence bénins.

Traitement des blessures de guerre. — La chirurgie de guerre doit être *simple* et *expéditive*. Les postes de secours seront, suivant l'expression de Rapp, *des postes d'emballage et d'expédition*. Il ne faut intervenir là qu'en cas d'extrême urgence, ce qui est une rare exception. L'unique souci doit être de protéger les plaies contre l'infection; aussi le paquet de pansement individuel rendra-t-il de grands services? Les plaies étant souvent multiples, les Allemands viennent de doter leurs hommes de *deux paquets* de pansements individuels. Ne pourrait-on pas les imiter ?

Partisan convaincu de l'évacuation *à outrance*, il fait pourtant une exception pour les blessés du crâne, du poumon (dans les régions centrales) et de l'abdomen surtout, car l'*immobilité*, l'opium et la diète complète favorisent tout particulièrement les adhérences péritonéales, qui sauvent les patients. L'évacuation de ces blessés abdominaux constitue, pour eux, un arrêt de mort.

Pas de lavage des plaies : *moins on fait, mieux on fait* (Tavel). Cependant il recommande vivement l'attouchement des bords des plaies par la teinture d'iode fraîche, qui est le stérilisateur idéal des blessures de guerre.

Il souhaite que tous les médecins militaires soient bientôt dotés d'un *nécessaire de comprimés* (morphine, quinine, antipyrine, cocaïne, etc.), comme celui qui fut fourni aux médecins anglais pendant la guerre du Sud-Africain (nécessaire de tabloïds).

En campagne, la chloroformisation paraît à M. Weiss un procédé trop long (*time is life*, le temps c'est de la vie, en campagne); aussi conseille-t-il d'employer surtout l'anesthésie locale plus rapide et très suffisante pour la très grande majorité des interventions.

Enfin, il demande que nos formations sanitaires soient largement dotées de teinture d'iode et de gants en caoutchouc, si facilement stérilisables, pour parer à l'irréalisable stérilisation des mains, au milieu de ces terribles *épidémies de traumatismes*.

Grâce à ces préparatifs et à ce traitement des plaies, la chirurgie militaire remportera de nouveaux triomphes sur les champs de bataille de l'avenir et restera, en atténuant encore la mortalité des blessés, à la hauteur de sa mission conservatrice, durant les heures rouges des conflits européens.

Dr BONNETTE,
Lauréat de l'Institut,
Chef de service au 39e d'artillerie.

FORMULAIRE

ALIMENTATION DES OPÉRÉS ET CONVALESCENTS

Si le lait est mal toléré, y suppléer par le bouillon suivant (Walter) à faire bouillir à petit feu pendant quatre heures :

Eau		4 litres
Carottes		200 grammes
Poireau		N° 1
Pois secs et haricots secs décortiqués	ãã	1 cuill. à soupe

Trois fois par jour, donner au malade une cuillerée à soupe de Poudre de Viande de Trouette-Perret, délayée dans un peu d'eau sucrée aromatisée (rhum, kirsch, fleur d'oranger, etc.).

LIVRES NOUVEAUX

La Fatigue et le repos (1), par le docteur Fernand Lagrange, lauréat de l'Institut, publié avec le concours du docteur F. de Grandmaison.

L'ouvrage que nous présentons aujourd'hui est une œuvre posthume de ce remarquable esprit que fut Fernand Lagrange. Lorsqu'il mourut, le manuscrit était inachevé mais fort avancé déjà, aussi M. de Grandmaison, qui était un familier de l'auteur et qui avait souvent discuté avec lui les idées contenues dans le nouvel ouvrage, put-il mieux que personne continuer et achever ce dernier.

Le livre est divisé en trois parties qui traitent respectivement de la fatigue, de la conservation des forces, enfin de la médication par le repos; et, comme le dit fort justement M. de Grandmaison, « pour connaître à fond les effets salutaires du repos et les indications des cures reposantes, il fallait tout d'abord être instruit des avantages et des inconvénients de l'exercice et du mouvement ». On nous concédera que personne n'était, sur ce point, plus indiqué que Fernand Lagrange. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Urologischer Jahresbericht (2), par Kollmann et Jacoby.

Ce volume est présenté comme un complément de la *Folia urologica*; cette dernière publie des travaux originaux et des revues générales, tandis que le *Jahresbericht* est un résumé méthodique des publications qui, en l'année 1910, ont été consacrées à l'étude des maladies des voies urinaires et de l'appareil génital de l'homme. Suivant la locution consacrée, on peut affirmer qu'un volume de ce genre échappe à l'analyse puisqu'il n'est lui-même qu'une réunion d'analyses. Les auteurs allemands excellent depuis longtemps dans ce genre de publications qui n'a jamais séduit beaucoup les travailleurs français. Le *Jahresbericht* de Kollmann et Jacoby a toutes les qualités des Centralblatt; il est consciencieusement rédigé et paraît complet; je crois que le lecteur français serait heureux d'y trouver un peu plus d'esprit critique, une mise au point mieux étudiée; une analyse n'est, semble-t-il, utile et vraiment vivante que si elle apprécie le travail original et ne se borne pas à un pur et simple résumé.

Tel qu'il est, ce volume rendra service aux travailleurs et il serait certes injuste de méconnaître l'effort qu'il représente.

L. IMBERT.

(1) In-8 de 360 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, Alcan.
(2) Leipzig, docteur Werner Klinkhardt, éditeur.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Mathieu, Brouardel, Tapret, Gaucher, Gouget, Parmentier, Vaquez, Hirtz, Guinon, Bezançon, Pierre Marie et Marion.

HOPITAUX DE PROVINCE — Limoges. — Le 26 mars 1912 s'ouvrira, à la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts à Paris, un concours pour une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Limoges.

Les docteurs en médecine qui désirent concourir devront s'inscrire au secrétariat des hospices de Limoges jusqu'au 26 février inclusivement.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. le docteur Favreul est institué pour une période de neuf années suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales.

L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Un concours pour la nomination à dix places de médecin de l'assistance médicale à domicile sera ouvert le jeudi 18 avril 1912, à midi, à la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), de dix heures à trois heures, du lundi 11 mars 1912 au samedi 30 du même mois inclusivement.

CONGRÈS DE L'INTERNAT DES HOPITAUX. — Le IIe Congrès de l'internat des hôpitaux se tiendra à Nancy les 24 et 25 mai, à l'occasion de la célébration du centenaire de l'Internat de Strasbourg.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Caventou, ancien président de l'Académie de médecine, fils de Caventou qui, avec Pelletier, préconisa le premier le sulfate de quinine; et de M. le docteur Hénaff, médecin principal de première classe des troupes coloniales.

LES NOTIONS RÉCENTES SUR LES MALADIES DU FOIE, DU PANCRÉAS ET DE LA RATE. — Cours de vacances et de perfectionnement. (Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, professeur : M. A. Gilbert.) — Un cours de vacances, commençant le 1er avril 1912, aura lieu à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le professeur A. Gilbert, le matin à dix heures et demie et l'après-midi à trois heures.

Ce cours comprendra vingt-cinq leçons et sera terminé en douze jours.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades présentés, à la rédaction d'ordonnance, au maniement des appareils, aux travaux de laboratoire, et pourront emporter les préparations exécutées par eux.

Un certificat leur sera donné à l'issue du cours.

L'enseignement, essentiellement pratique, sera fait par M. le docteur Herscher, ancien chef de clinique; MM. les docteurs Lippmann, Jomier et Maurice Villaret, chefs de clinique; M. le docteur Paul Descomps, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, et M. Deval, chef du laboratoire de chimie, avec l'aide de M. le docteur Etienne Chabrol et de M. Henri Bénard, interne du service; et, pour les spécialités, par MM. les docteurs Guilleminot, Durey, Dausset, assistants de la clinique.

Le droit à verser est de 100 francs.

PHYSIOTHÉRAPIE. — Cours de vacances. — Le cours de physiothérapie organisé par MM. Albert-Weil, Dausset, Degrais, Durey, Kouindjy, Leroy, Sandoz et Wetterwald, à l'école des Hautes Etudes sociales et dans divers hôpitaux et cliniques, aura lieu du 15 avril au 7 mai 1912.

S'adresser pour les inscriptions ou pour l'envoi du programme détaillé à MM. Vigot, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

RENSEIGNEMENTS

439. — **ON DEMANDE EXTERNE** devant passer sa thèse en avril-mai et n'ayant pas encore donné sa démission. Remplacement au mois payé 50 francs. — On laisserait en outre au remplaçant l'indemnité hospitalière si le service choisi est rétribué. — S'adresser au journal.

LORD LISTER

Lister est mort. Nulle part sa disparition ne sera ressentie plus vivement qu'en France, car le nom de Lister et le nom de Pasteur restent indissolublement liés.

Nous avons encore à la mémoire les acclamations enthousiastes qui saluèrent Pasteur et Lister lorsqu'on les vit se donner l'accolade, le 27 décembre 1892, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne où se célébrait le jubilé de notre immortel Pasteur.

Et c'était justice, car, le premier, Lister eut le mérite de rendre pratiques les découvertes pastoriennes, en publiant son admirable ouvrage *Chirurgie antiseptique et théorie des germes*, et en imposant au monde chirurgical le pansement antiseptique.

Il faut se rappeler ce qu'était, avant l'avènement de l'antisepsie, la mortalité opératoire et post-opératoire pour mesurer la reconnaissance qui est due à la mémoire de l'illustre chirurgien anglais.

Introduit en France par notre maître Just Lucas-Championnière, le pansement de Lister connut bientôt la rare fortune d'être adopté par la presque unanimité des chirurgiens dans le monde entier. On sait en quoi il consistait : au lieu de laisser les plaies s'infecter au contact des germes extérieurs, Lister recommandait de les laver à l'eau phéniquée et de les panser à l'aide de pièces de pansements imprégnées de substances antiseptiques tout en purifiant l'air extérieur à l'aide de pulvérisations phéniquées. Dans la suite l'abus des antiseptiques, en particulier de l'acide phénique concentré, provoqua des accidents et, peu à peu, à l'ère de l'antisepsie succéda l'ère de l'asepsie.

Avant de mourir cependant, lord Lister aura eu la consolation d'assister à la renaissance de l'antisepsie chirurgicale par la teinture d'iode et l'alcool.

Né le 27 avril 1827, John Lister prit ses premiers grades à Londres. En 1855 il devint fellow du collège de chirurgie d'Edimbourg. Il occupa ensuite les chaires de clinique chirurgicale à Glasgow, puis à Edimbourg de 1860 à 1877. A cette époque, il succéda à Fergusson dans la chaire de clinique chirurgicale du King's College à Londres.

Président de la Société royale, président de la Société britannique pour l'avancement des sciences, doyen des associés étrangers de l'Académie des sciences, associé étranger de l'Académie de médecine, médecin du roi, Lister fut créé baronnet en 1884, et il y a quelques années élevé à la pairie.

Jamais honneurs ne furent plus mérités. C'est très sincèrement et très cordialement que les médecins de France s'associent au deuil de l'Angleterre.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXV, n° 25, 21 déc. 1911.) John T. BOWEN : Les affections contagieuses de la peau dans les collèges et écoles préparatoires. — William BRADFORD BARTLETT : Importance diagnostique des hémoptysies. — Julius FRIEDENWALD : La toxicité comparative des diverses boissons alcooliques (1 tableau). — Richard L. SUTTON : La nécrose des tissus à la suite d'injection de salvarsan (avec 8 figures). — Frederick E. CHENEY : Description de 9 cas de syphilis oculaire traitée par le salvarsan. — (N° 26, 23 déc. 1911.) Elliott G. BRACKETT et Robert B. OSGOOD : L'incision par le creux poplité pour l'ablation des « souris articulaires », de la partie postérieure de l'articulation du genou (avec 5 figures). — Freemann ALLEN : Revue de dix ans de pratique de l'anesthésie. — Arthur M. DODGE : Note préliminaire sur l'anesthésie générale, par voie intraveineuse. — P. E. TRUESDALE : Kyste de l'ovaire multiloculaire pesant 90 livres.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 49, 7 déc. 1911.) ENDERLEN : Transplantation. — FROEHLICH : La toxicologie de la fumée de tabac et de la nicotine. — Von FRANKL-HOCHWART : Les affections nerveuses des fumeurs. — BOAS : Diagnostic précoce et tardif du carcinome gastrique. — LIEK : Chirurgie des affections pancréatiques. — HELLENDALL : La dermagummite pour remplacer les gants. — VOIGTS : Action de la pituitrine en clinique et policlinique. — NEUBAUER et NOVAK : Sur la question de l'adrénalinémie et de la glycémie pendant la grossesse. — GEBB : Traitement de l'infection pneumococcique de la cornée par les grandes quantités de sérum. — BRAUN : Injection intraveineuse de salvarsan sans addition de chlorure de sodium. — BERGER : Chirurgie des nerfs périphériques. — (N° 50, 14 déc.) C. FORLANINI : Appareils et technique opératoire du pneumothorax artificiel. — SPRINGEL : Sur la question de l'appendicite traumatique. — V. FRANKL-HOCHWART : Affections nerveuses des tumeurs de tabac. — GLAESSNER : Malformations congénitales des extrémités supérieures. — HELLENDOL : La dermagummite comme succédané des gants. — SCHUTLZ : Expériences cliniques sur le vaccin gonococcique « Arthigon ». — RYGIER : Traitement par l'arthigon de la vulvo-vaginite des petites filles. — BENDIG : La glycosurie dans le traitement par le salvarsan. — GOTTSCHALK : Traitement opératoire du placenta prævia. — PARTOS : Traitement de l'hémorragie atonique. — ROSANOFF : Cancer de l'ovaire chez une petite fille de cinq ans. — TREIBMANN : Un compresseur veineux. — (N° 51, 21 déc.) RICHTER : Nature et traitement de la goutte. — TREUPEL et GROEDEL : Diagnostic des affections internes par la radioscopie. — EICHLER et SCHEMEL : Influence de diverses applications hydrothérapeutiques sur la température de l'estomac. — BERG : Cholélithiase et chologène. — BRAITMAIER : Mon expérience sur le digipuratum. — ROEPKE : Etat actuel du diagnostic de la tuberculose. — FORLANINI : Appareils et technique opératoire du pneumothorax artificiel. — M. RASKIN : Une nouvelle méthode de coloration double en un temps des corpuscules polaires des bacilles diphtériques. — (N° 52, 28 déc.) H. STRAUSS : La diététique des affections rénales. — BRAUN : Traitement des névralgies du trijumeau par les injections d'alcool. — BERGER : Chirurgie des nerfs périphériques. — FREUND : Toxicose de la grossesse guérie par le sérum de cheval. — PFANNENSTILL : Traitement de la tuberculose du larynx et d'autres processus infectieux locaux par l'iodure de sodium et l'ozone. — ROEPKE : Etat actuel du diagnostic de la tuberculose. — HIRSCHFELD et BURCHARD : Sécrétion spermatique par un urètre féminin. — GÖRGER : Sur la chocoline, chocolat purgatif.

Medizinische Blätter. — (N° 24, 16 déc. 1911.) Ladislas HASKOVEE : Contribution à l'étude des troubles de la couche optique.

Revue médicale de l'Est. — (N° 21, 1er nov. 1911.) H. ZILGIEN : Notions nécessaires au praticien pour le traitement spécifique de la tuberculose. — FRUHINSHOLZ : La dissociation des membranes ovulaires fœtales. — Jules STERNE : Emploi de l'hectine dans le traitement de la syphilis. — (N° 22, 15 nov.) SCHNEIDER : Le service de santé militaire. — Pierre PARISOT : De la valeur de quelques signes d'identité chez le vieillard.

Semaine médicale. — (N° 48, 29 nov. 1911.) CHEINISSE : Le traitement des vomissements habituels des nourrissons.

HOPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS

SUR LA MALADIE DE RAYNAUD

Par M. VARIOT (1),
Médecin de l'hôpital des Enfants-Assistés.

En 1862, dans sa thèse, et quelques années plus tard dans l'article « Gangrène » du dictionnaire en 40 volumes, Maurice Raynaud a décrit d'une façon remarquable un nouveau syndrome sous le nom de gangrène symétrique des extrémités. Voici la définition qu'il donne de cette affection que l'on appelle aujourd'hui couramment maladie de Raynaud :

« C'est une variété de gangrène sèche affectant les extrémités, qu'il est impossible d'expliquer par une oblitération vasculaire. C'est une variété caractérisée surtout par une remarquable tendance à la symétrie, en sorte qu'elle affecte toujours des parties similaires, les deux membres supérieurs ou inférieurs ou les quatre à la fois, plus dans certains cas le nez et les oreilles. »

Nous allons rapidement faire l'histoire de cette maladie avant de vous présenter un enfant qui présente une forme de gangrène symétrique particulièrement grave.

Voyons tout de suite quels sont les symptômes habituels :

Chez un sujet, jeune d'ordinaire, de vingt-cinq à trente ans, l'affection se manifeste d'abord par des accès d'asphyxie ou de syncope locale des extrémités, et la maladie peut d'ailleurs en rester là sans aboutir à la gangrène. Sous l'influence du froid le plus souvent, les doigts, quelquefois aussi les orteils, le nez, les oreilles pâlissent, prennent une teinte cireuse, ils deviennent froids, leur sensibilité est diminuée ; c'est la syncope locale des extrémités dont la durée varie de quelques minutes à quelques heures ; la douleur est nulle ou modérée à cette première période.

Dans d'autres cas, il s'agit non de syncope, mais d'asphyxie locale ; les extrémités atteintes sont bleues ou violacées, engourdies, refroidies, aspect très analogue à celui de l'acro-asphyxie avec engelures que l'on voit chez certains sujets ; l'asphyxie locale est moins caractéristique que la syncope locale, mais l'évolution par crises et la succession possible des deux états est habituelle. D'ailleurs la maladie passe habituellement à une seconde période mieux individualisée que caractériseront les douleurs et la formation de petites escarres.

Les crises douloureuses sont d'une durée variable, leur répétition n'est pas régulière ; il y a, comme précédemment, des accès de cyanose ou plus souvent de syncope locale, et pendant les accès, le malade se plaint d'une sensation de brûlure, de broiement qui peut être très pénible ; dans certains cas cette douleur manque presque complètement. Un phénomène très important de cette période est la formation d'escarres.

Dans la région atteinte, une tache brune apparaît, une minuscule escarre se forme au bout d'un doigt ou d'un orteil, et la chute de cette escarre donne lieu à une petite cicatrice blanchâtre étoilée ; dans certains cas ces cicatrices sont multiples.

Ce n'est pas encore là la vraie gangrène symétrique des extrémités ; elle se montre plus tard après des années où se sont produits les divers phénomènes des premières périodes ; elle peut au contraire être très précoce.

La gangrène se montre presque toujours à l'extrémité des doigts ou des orteils ; le siège aux oreilles et au nez est rare, et Raynaud ne l'a jamais constaté lui-même ; il n'a vu en cette place que la syncope et l'asphyxie locale. Le plus souvent la gangrène est superficielle et très limitée, n'atteignant qu'une portion de phalange unguéale, quelquefois plus étendue elle atteint des doigts ou des orteils entiers. Les parties atteintes sont noires, dures et sèches ; la douleur peut être très intense ; elle peut aussi manquer plus ou moins complètement.

Les parties mortifiées tendent à s'éliminer spontanément, et la durée de cette période d'élimination est extrêmement variable ; en moyenne de deux à trois mois, elle peut atteindre huit ou dix mois ; il faut remarquer que la perte de substance est en général moindre qu'on n'aurait pu le craindre ; la cicatrice ultérieure est blanche et indolore.

L'évolution de la maladie est très variable et sa durée peut atteindre un grand nombre d'années ; la guérison est habituelle. Mais le tableau clinique est bien variable et l'on pourrait décrire un grand nombre de formes ; nous reviendrons sur les formes suivant l'âge et nous nous contenterons de rappeler que Raynaud insiste surtout sur la gravité très différente suivant les cas ; il divise lui-même ses observations en plusieurs groupes, depuis celles où il s'agit de « syncope ou asphyxie locale à l'état de simplicité », jusqu'aux cas de « gangrène symétrique à forme grave » avec chute de phalanges unguéales.

Le diagnostic de la gangrène symétrique se fait surtout par la symétrie très remarquable des lésions, qui est le grand caractère de cette curieuse affection, et il faut remarquer que le nez, organe médian qui peut être considéré comme formé de deux moitiés symétriques, est quelquefois atteint.

Un autre caractère important est que la gangrène est toujours précédée de crises plus ou moins douloureuses d'asphyxie ou de syncope locale ; enfin l'absence de cause évidente de gangrène est aussi un facteur du diagnostic.

On doit différencier la maladie de Raynaud dans ses formes bénignes de l'acro-asphyxie et des engelures ; dans ses formes graves de toutes les autres gangrènes : les gangrènes infectieuses, traumatiques, diabétiques, séniles, nerveuses ne sont en général pas difficiles à éliminer ; le diagnostic peut être plus délicat quelquefois, surtout en l'absence de commémoratifs avec les froidures, les carbonisations, les gangrènes phéniquées, les gangrènes ergotiques.

Quelle est la cause de la maladie de Raynaud ? Ce

(1) Conférence technique faite à l'Institut de puériculture par le docteur VARIOT, le lundi 15 janvier 1912, recueillie par M. MORANCÉ, interne du service. (Phot. de M. J. MALASSEZ.)

point est encore mal élucidé. Raynaud, dès 1862, admettait un simple spasme des vaisseaux périphériques, dû à un vice d'innervation des vaisseaux capillaires; depuis de nombreux travaux ont paru sur ce sujet, invoquant des lésions de névrite, ou des lésions centrales portant sur les centres vaso-moteurs; il semble qu'on tende à admettre le plus souvent qu'il existe des lésions des petits vaisseaux (artérioles et capillaires) et que le vice d'innervation vaso-motrice sur ces petits vaisseaux malades est la cause de la gangrène : c'est la théorie de Raynaud appuyée sur une base anatomique.

Les autopsies n'ont pas éclairé la question de façon définitive et les lésions les plus diverses ont été trouvées; signalons seulement, que dans quelques cas on a trouvé nettement de l'hyperplasie de la tunique interne des vaisseaux les plus ténus des extrémités, alors que les grosses artères étaient normales.

Voilà, très rapidement résumée, l'histoire de la maladie de Raynaud qui, connue depuis cinquante ans à peine, a déjà suscité d'innombrables travaux. L'enfant qui vous est présenté est un cas très exceptionnel, tant en raison de l'évolution que de l'étendue des lésions.

Voici son observation (1) :

Gangrène du lobule du nez et du rebord des pavillons des oreilles. — Gangrène des deux mains et de la partie inférieure des avant-bras. — Gangrène des orteils des deux pieds et d'une partie de la région métatarsienne du pied droit. — C... (Alfred), enfant assisté, en nourrice dans l'agence d'Issoire, âgé de trois ans et trois mois, entré à l'hospice des Enfants-Assistés, le 29 décembre 1911. Poids : $11^{k}150$; taille : 86; circonférence, tête : 48; ventre : 50.

Sourd-muet, mais intelligent.

Voici la *description des lésions actuelles de gangrène* qu'il présente :

A. VISAGE. — 1° *Nez.* — Vus de face, les orifices présentent l'aspect en feuille de trèfle. Le lobule du nez est en grande partie détruit, remplacé par une croûte brune qui est tombée, puis s'est reformée; cette croûte est entourée d'un liseré rouge; elle est circulaire et du diamètre d'un centimètre environ.

Les ailes sont respectées, la sous-cloison est intacte dans sa moitié postérieure.

2° *Oreille droite.* — Le pavillon est rouge; le bord postérieur est occupé par une croûte épaisse brun noirâtre qui empiète sur la face externe jusqu'au bord de la conque et peu sur la face cranienne.

La croûte, large de 15 à 20 millimètres, haute de 4 centimètres, est irrégulière et s'est partiellement éliminée, laissant une surface suintante.

Le lobule est complètement respecté.

3° *Oreille gauche.* — Une escarre régulière occupe l'ourlet postérieur de l'oreille; elle est très noire, adhérente, en forme de cédille, et descend jusqu'à mi-hauteur du bord postérieur du lobule.

B. MEMBRES INFÉRIEURS. — 1° *Pied droit.* — La zone gangrénée comprend les orteils et une bonne partie de la région métatarsienne; elle est plus étendue à la face plantaire; la surface de raccordement avec les régions saines forme un plan oblique d'avant en arrière, et de haut en bas.

A la face dorsale, la zone gangrénée occupe un peu plus du tiers antérieur du pied; à la face plantaire un peu moins de la moitié antérieure.

La zone gangrénée est assez uniformément noire ou violet très foncé, les orteils sont noirs et momifiés; à leur base à la face dorsale existe une bande de peau plus claire.

Un sillon d'élimination peu profond sépare la zone noire des parties saines avoisinantes qui sont rouges sur une largeur d'un centimètre; ce sillon se creuse et s'élargit progressivement depuis l'arrivée de l'enfant. Les lésions changent assez rapidement d'aspect surtout à la face dorsale. L'odeur est peu marquée.

Fait remarquable, la *chaleur* est conservée dans les parties malades, la *sensibilité* paraît intacte sinon exagérée; l'enfant remue spontanément un peu les orteils.

Il semble que la gangrène soit moins profonde qu'elle ne paraît au premier abord.

2° *Pied gauche.* — Le pied gauche est peu touché relativement, car seules les phalanges unguéales sont atteintes.

Le gros orteil est plus atteint, sur une longueur de 2 centimètres environ, plus sur la face interne que sur l'externe; il est dans cette région dur et très noir.

Le deuxième et le troisième orteils ont leur phalange unguéale dure et noire; le quatrième est moins noir; le cinquième orteil ne présente qu'une petite tache brune à son extrémité.

C. MEMBRES SUPÉRIEURS. — Les deux membres supérieurs sont frappés d'une façon à peu près rigoureusement symétrique; la main et un peu moins du tiers de l'avant-bras sont de couleur très sombre, et séparés des parties saines par un sillon d'élimination auquel fait suite sur la peau un liseré rouge.

Les mains sont fléchies à angle droit sur l'avant-bras. Dans les parties mortifiées on peut distinguer deux zones.

Les doigts et une petite partie du métacarpe sont très noirs, durs, secs, présentant l'aspect que l'on rencontre sur les momies d'Egypte; les doigts sont rétractés, ne pouvant être que peu et difficilement étendus.

Le reste de la main, le poignet et la partie inférieure de l'avant-bras sont de couleur brune, marron foncé assez uniforme; on dirait que l'enfant a des gants; ces régions sont souples, sauf la région hypothénar qui a la dureté du carton; à la face dorsale de la main droite une zone dure résulte d'une grosse phlyctène qui a séché sous le pansement; une phlyctène s'est produite à gauche aussi et s'est desséchée, rendant dure et cartonneuse la face dorsale du poignet.

Toute la partie malade des membres supérieurs est *froide*, sauf sur une zone de 2 ou 3 centimètres près du sillon d'élimination. L'odeur est nulle.

La *sensibilité* à la piqûre paraît *abolie*; les mouvements spontanés sont nuls, les mouvements provoqués font pousser des cris à l'enfant.

Examen des divers appareils :

APPAREIL CIRCULATOIRE. — Le *cœur* semble normal à l'auscultation; à la radioscopie il nous a paru un peu petit.

Les *artères* sont très perceptibles jusqu'aux limites des régions malades; les pédieuses en particulier sont très faciles à sentir dans toute leur étendue.

Pouls 80.

La *tension artérielle* (Pachon) est : maxima 16 1/2, minima 10.

Le sang, examiné par le docteur Marcel Ferrand, est très sensiblement normal (légère polynucléose).

Globules rouges : 4 800 000. Globules blancs : 9000 (polynucléaires : 68; lymphocytes : 28; grands mononucléaires : 4).

Valeur globulaire = 100 p. 100.

(1) Cet enfant a été présenté à la Société de pédiatrie le 9 janvier 1912 par MM. Variot et Morancé (Un cas très grave de maladie de Raynaud).

Autres appareils :

La rate est grosse.

Le sternum est un peu saillant, mais il n'y a pas de rachitisme net. Rien aux poumons.

L'enfant est sourd-muet, mais il comprend très aisément les gestes et paraît plus intelligent que la plupart des enfants de son âge ; il est gai et ne paraît pas avoir de douleurs spontanées. Réflexes normaux.

Urines. — Pas de sucre, pas d'albumine ; urée, chlorures, phosphates en quantité normale.

ÉVOLUTION DE LA MALADIE. — On n'a pas de renseignements sur les antécédents héréditaires. A part la surdi-mutité, cet enfant n'aurait rien présenté d'anormal jusqu'au début de décembre dernier. A ce moment, il fut soigné par le médecin de l'agence d'Issoire pour une bronchopneumonie; le médecin signale qu'il remarqua que les mains et les pieds étaient brûlants.

Le 13 décembre, le médecin constate des plaques manifestes de sphacèle sur le lobule du nez et les pavillons des deux oreilles. A ce moment *il n'y a rien aux extrémités des membres.* Des frictions mercurielles sont prescrites.

Le 20 décembre, rien de nouveau.

Le 26 décembre, le médecin constate les symptômes qui existent actuellement : les mains auraient donc été frappées d'emblée et de façon massive ; les doigts auraient été dès ce moment trouvés parcheminés.

C'est alors que l'enfant est envoyé à l'hospice des Enfants-Assistés, et depuis son arrivée les lésions paraissent un peu en progression au nez, à l'oreille droite et au pied, stationnaires dans les autres points.

Cette observation présente plusieurs particularités remarquables : d'abord l'âge du sujet, trois ans et trois mois ; la maladie de Raynaud est assez rare avant vingt ans bien que ce soit vraiment une gangrène « juvénile » ; la question de la gangrène symétrique chez l'enfant a été très bien étudiée dans la thèse de Sommelet de 1905 ; la thèse de Rossignot de 1889 en rapportait aussi quelques cas. Chez les enfants la maladie de Raynaud ne présente pas de particularités, les gangrènes sont très limitées d'ordinaire.

Ce qui est plus curieux chez cet enfant, c'est l'absence au moins probable des crises de syncope et d'asphyxie locale avant la production de la gangrène ; il est vrai que l'enfant est sourd-muet et qu'il était élevé à la campagne, peu surveillé peut-être et que les commémoratifs sont bien vagues ; ces symptômes ont pu à la rigueur passer inaperçus. Nous ne trouvons pas de cause occasionnelle apparente ; la syphilis héréditaire est possible (l'enfant est sourd-muet (1)].

Enfin ce qui est tout à fait anormal, c'est l'étendue énorme des lésions de gangrène que nous ne trouvons signalée dans aucune observation ; la gangrène est véritablement massive aux membres supérieurs ; il n'y a que l'observation de Bernard Henry dans la thèse de Raynaud où les lésions ont quelque analogie topographique avec celles que vous voyez ici.

Il semble pourtant bien que le diagnostic de ma-



FIG. 1. — *On voit sur cette photographie les deux mains gangrénées ainsi que les orteils. L'escarre du nez est déjà tombée.* (Clichés de M. Jean MALASSEZ.)

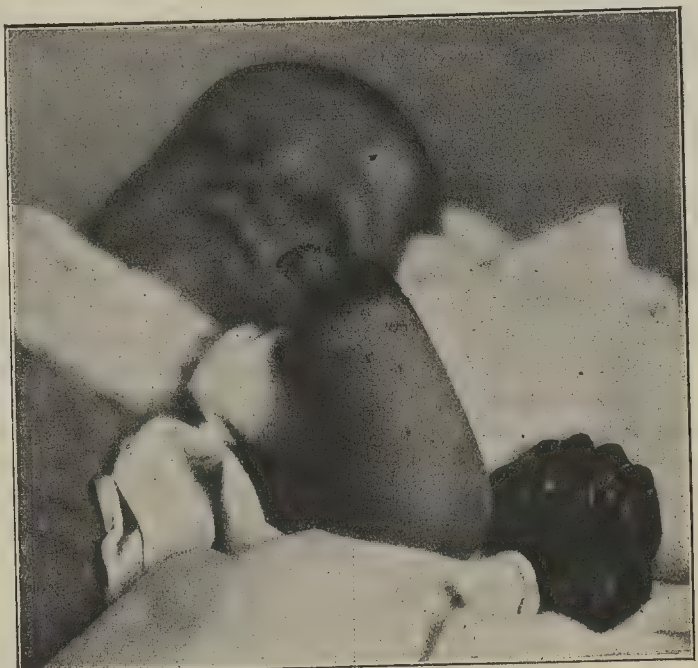


FIG. 2. — *La main sphacélée, détachée dans l'interligne articulaire à côté du moignon dont on voit saillir les deux os de l'avant-bras.*

(1) Depuis lors la réaction de Wassermann a été trouvée positive, mais l'enfant incubait alors une rougeole, qui est guérie maintenant.

ladie de Raynaud ne puisse guère être mis en doute, car aucun autre diagnostic ne paraît possible et il s'agit ici d'une forme rare et particulièrement grave, telle que Raynaud lui-même n'en a jamais vue.

On ne peut se défendre de penser que l'action du froid doit avoir été importante dans ce cas, et que peut-être la gelure se superpose et se mêle à la maladie de Raynaud proprement dite.

Quel est l'avenir de cet enfant? Ces escarres vont s'éliminer ; le sillon de séparation s'élargit de plus en plus au pied et il commence à se creuser nettement aux membres supérieurs ; il est difficile de prévoir l'étendue des parties qui disparaîtront, mais la perte des deux mains est certaine ; si une maladie intercurrente ne vient pas l'enlever, l'enfant, qui déjà est sourd-muet, sera en outre amputé des deux mains et d'une partie du pied droit. Notre thérapeutique ne peut rien contre des lésions aussi considérables, et se bornera à empêcher le plus possible l'infection pendant la période d'élimination qui sans doute sera longue (1).

VIABILITÉ DES NOUVEAU-NÉS

A L'OCCASION DE LA SURVIE D'UN PRODUIT ABORTIF

Par M. L. TISSIER (2),
Accoucheur de l'hôpital de la Charité.

Dans le Code civil, aux paragraphes 314, 725 et 906 (ayant trait à la filiation et la successibilité, aux donations et transferts d'héritage), comme clause restrictive, il est fait mention de la non viabilité.

Des médecins peuvent être et ont été commis en effet pour certifier que tel enfant était ou avait été viable; et leurs attestations, parfois délicates à formuler, entraînent des conséquences du plus grand intérêt : le nouveau-né tenu pour non viable étant, par cela même tenu pour inexistant : *non nasci idem est ac non posse vivere (De Posthumis).*

La pensée qui guida le législateur est facile à saisir. La société accepte pour sien et fait bénéficier des privilèges accordés à ses membres l'enfant qui naît, pourvu qu'elle puisse compter sur un nouvel adhérent, pourvu que le nouvel être « *habilis vitæ* » soit apte à devenir un citoyen, qu'il puisse vraisemblablement un jour coopérer à l'œuvre commune par son intelligence, son labeur et sa sève. Si non? Si non, si le nouveau venu est dès le principe un déchet inutilisable, menacé dès l'origine de mort irrémissible et immédiate : à Sparte, on l'envoyait à l'Eurotas ; chez nous, cet être manqué, non désirable, en marge de la collectivité, est rejeté de la liste civile parce que incapable de commencer, encore moins de faire son chemin. *Via* ne doit pas être confondu avec *vita*, ni viabilité avec vitalité.

C'est assurément l'interprétation exacte de l'esprit de la loi.

Mais, dans les textes juridiques, nous ne trouvons pas la définition de la viabilité précise, hors de tout conteste, comme nous la voudrions. Le Code, les gloses et commentaires du Code, les pandectes et répertoires du droit français que j'ai eu l'audace d'explorer, sont sur ce sujet les uns d'une discrétion extrême, les autres d'un mutisme à peu près absolu. Nos traités de médecine, au contraire, de même que les grands dictionnaires de vulgarisation, sont plus explicites ainsi que le prouvent les multiples extraits suivants :

Pour Fodéré : la viabilité est l'état du nouveau-né qui le fait déclarer assez fort, assez parfait pour espérer qu'il vivra.

Pour Capuron : c'est la possibilité de vivre complètement et aussi longtemps que le commun des hommes.

Pour Marc : l'état du fœtus qui le rend apte à vivre et à continuer d'exister hors du sein maternel de manière à pouvoir parcourir la carrière ordinaire de la vie humaine.

Pour Orfila : la possibilité de parcourir aussi longtemps que le commun des hommes la carrière de la vie extra-utérine.

Pour Sédillot : l'enfant est viable qui offre le développement nécessaire à la continuation de son existence.

Pour Ollivier (d'Angers) : c'est l'aptitude à la vie extra-utérine.

Pour Duranton : si l'enfant n'est pas conformé de manière à pouvoir vivre parce que, par exemple, une partie notable du temps de la gestation lui a manqué, bien que né en vie, l'enfant n'est pas viable.

Pour Velpeau : c'est la possibilité qu'a le fœtus de parcourir les diverses phases de la vie humaine.

Pour Devergie : l'aptitude à la vie extra-utérine, caractérisée par la maturité de l'enfant, la bonne conformation et l'état sain des principaux organes de l'économie à l'époque de la naissance.

Pour Tardieu : être né viable c'est être né vivant et avoir vécu d'une vie autre que la vie intra-utérine, présenter en outre un développement général, une conformation et un état de santé non incompatibles avec la continuation définitive de la vie.

Pour Littré : l'état du fœtus qui présente, au moment de la naissance, une conformation assez régulière et assez de développement pour que les fonctions de la vie puissent s'exécuter d'une façon plus ou moins durable.

Pour Brouardel, plus concis : être viable, c'est être né vivant capable de vivre.

Pour Larousse : viable se dit d'un enfant dont les organes sont conformés de manière qu'il puisse vivre. Un enfant, né avant le septième mois, n'est pas viable;

(1) Depuis cette leçon, l'élimination s'est faite rapidement aux membres supérieurs; le sillon s'est creusé, l'odeur gangréneuse est apparue; la main gauche s'est détachée la première et a été trouvée dans le pansement le 1er février, la main droite s'est détachée le 7 février; la séparation s'est faite au niveau de l'interligne du poignet, et des deux côtés on voit sortir d'un moignon conique l'extrémité des deux os de l'avant-bras dénudés et mortifiés sur une longueur de 2 centimètres environ.

Les lésions ont peu changé d'aspect aux oreilles, au nez et au pied gauche; mais au pied droit toute la peau mortifiée à la face dorsale s'est peu à peu éliminée ainsi que celle des orteils, et l'on voit à nu les phalangettes osseuses.

(2) Communication à la Société de médecine légale, séance du 12 février 1912.

nos lois civiles ne font dater la viabilité que du cent quatre-vingtième jour.

Pour la grande encyclopédie (article de Langlois) : on considère qu'un fœtus de six mois n'est pas viable.

Pour Lacassagne (p. 814) : d'une manière générale la viabilité ne s'observe jamais avant le cent quatre-vingtième jour.

Enfin Chaussier, en 1826, avait proposé d'introduire dans la législation cet article : est réputé non viable l'enfant qui naît avant les trois derniers mois de la grossesse.

De ces diverses définitions, à peine dissemblables, on peut déduire que les non viables doivent être répartis en trois groupements.

1° Certaines variétés de monstres ou d'anormaux : anencéphales, hydrorachis compliquées, individus congénitalement privés de viscères indispensables (absence d'estomac, d'intestins, etc.).

2° Les nouveau-nés entachés d'emblée d'un germe de mort immédiate en raison des circonstances spéciales de leur naissance. Dans cet ordre entrent les fœtus brutalement extraits et mortellement blessés au cours d'une dystocie ; des enfants nés (spontanément ou par opération césarienne), par hasard vivant et respirant, après mort maternelle, celle-ci ayant été précédée d'une longue agonie ; et bien d'autres.

3° Les avortons.

Il serait possible de discuter éperdûment (on n'a d'ailleurs pas manqué de le faire) sur les genres de monstruosités et d'anomalies incompatibles avec la vie. De même on pourrait amplement épiloguer, ergoter et chicaner sur les viables et non viables de la deuxième catégorie. Je ne m'occuperai pour l'instant ni des premiers ni des seconds, mais seulement des cas ressortissant au troisième groupe, *des avortons*.

Sous cette dénomination il faut englober les embryons et fœtus humains n'ayant point séjourné dans le sein maternel un temps suffisant pour qu'expulsés prématurément ils puissent être considérés comme aptes à la vie.

La maturité du fœtus (c'est-à-dire l'état du fœtus qui a passé dans la cavité utérine le minimum du temps nécessaire pour être viable) avait été fixée jadis par Hippocrate à cent quatre-vingt-deux jours et quinze heures.

Mais les médecins seraient bien embarrassés aujourd'hui pour déterminer une date absolument précise au delà de laquelle la maturité est acquise, en deçà de laquelle il n'y a qu'un avorton — d'autant que le point de départ initial, le moment de la conception, n'est que rarement nettement connu.

Au point de vue juridique ?

En Allemagne, la maturité du fœtus pour la transmission des héritages n'a pas été inscrite dans la loi. Il suffit que la preuve de la vie de l'enfant ait été faite.

En Angleterre, pour que les droits de l'enfant soient reconnus, il faut que l'enfant ait donné quelques signes de vie après la naissance.

En Espagne, l'article 30 du Code civil exige que l'enfant ait « figure humaine » et vive au moins vingt-quatre heures complètement séparé de sa mère.

En France, qui nous intéresse davantage, selon Brouardel (*Mariage*, p. 179), le Code civil donne cent quatre-vingts jours comme durée de vie utérine pour que le nouveau-né soit viable. Cette assertion est reproduite par maints auteurs, comme nous l'avons vu plus haut. On peut en outre lire dans Lacassagne (p. 859) : « Dans le cas de désaveu de paternité, l'âge de la viabilité étant fixé par la loi à cent quatre-vingts jours, ce n'est qu'à partir de cet âge qu'on doit admettre la viabilité légale. »

« L'enfant n'est pas légalement viable, dit Paillet, lorsqu'il est né avant le cent quatre-vingtième jour de la conception. »

Toulier (*Cours de droit civil*) écrit : « En raison de l'article 312, le législateur fait clairement entendre que ce n'est qu'à six mois que l'enfant doit être reconnu viable. »

Voilà des affirmations concordantes, visant bien la conception et non seulement le mariage, émanant de personnalités compétentes qui méritent créance. Pourtant il n'y a dans le Code aucun article péremptoire auquel on se puisse référer. Toutefois il faut convenir que, à la lecture attentive, cette limitation de la viabilité à six mois de grossesse se dégage manifestement des articles 312, 313 et 314, comme l'ont compris les auteurs précités. De plus nous savons que, lors de la préparation du Code, le Conseil d'Etat traitant du désaveu de paternité et fixant cent quatre-vingts jours comme minimum de gestation compatible avec la viabilité, estimait la limitation très précoce et ne croyait pas à la possibilité de vie ultra-utérine avant sept et huit mois de gestation.

On a objecté des cas de prématurité extraordinaire avec très longue survie, comme ceux du fameux professeur de Padoue, Fortunio Liceti ainsi que du maréchal de Richelieu, reconnu viable par arrêt du Parlement bien que venu au monde cinq mois après le mariage de ses parents ; et d'autres encore, au sujet desquels les historiens ne s'entendent guère et qui tous manquent d'une suffisante authenticité.

Laissons les anecdotes. D'après tout ce qui précède, nous sommes fondé à considérer légalement comme abortif le produit expulsé vivant avant six mois. Si l'avorton n'est pas déjà mort, il est moribond et va mourir. A nous en tenir étroitement à la lettre et poussant à l'extrême, nous n'aurions même pas à le déclarer à l'état civil, n'ayant qu'à nous conformer aux arrêtés préfectoraux concernant l'avortement.

Théoriquement donc, acceptant qu'on ait pu connaître l'époque de la conception, avant six mois, un fœtus né vivant n'est pas viable ni susceptible d'hériter ou transmettre des biens.

Contre toute hypothèse, que cet éphémère tarde à succomber et même prolonge son existence en dépit des plus légitimes probabilités ! l'enfant, en droit n'était pas viable. Sophisme ! dira-t-on. Nullement. Des règles ont été formulées qui s'appliquent à la généralité des cas, sauf à souffrir des amendements pour les circonstances d'exception.

Pour établir que ma supposition n'est pas fictive, je vous apporte non pas un nouveau-né (j'ai craint que le transport ne fût dangereux) mais l'observation d'un enfant né le 4 janvier à l'hôpital de la Charité, à l'heure présente encore bien précaire mais tout de même vivant.

A la naissance son poids était de 990 grammes et sa longueur de 31 centimètres. Le milieu du corps correspondait au milieu du sternum, les yeux étaient clos à peine s'entr'ouvrant, les ongles incomplètement formés, la face couverte de duvet, la coloration générale de la peau rouge, presque rouge pourpre, et les mouvements réduits au minimum. Au début il fallut recourir au gavage; peu à peu l'enfant déglutit, maintenant il commence à téter.

L'important est de savoir si vraiment on est autorisé à prétendre que ce débile est né avant six mois. J'ai toutes raisons de le penser.

D'une part la mère avait eu ses dernières règles fin de juin et début de juillet, ce qui permettrait de dater la conception du 10 au 12 juillet. D'autre part cette primipare, non mariée, cuisinière en maison bourgeoise, naïvement ajoute, avec détails à l'appui, que, par motifs spéciaux, elle ne put devenir enceinte avant le 14 juillet, jour de la fête nationale qu'elle célébra à sa façon.

Aucun intérêt d'aucune sorte n'étant en jeu, nous n'avons pas à suspecter cet aveu. D'un autre côté nos constatations : le poids, les dimensions, l'aspect du nouveau-né, renforcent le témoignage de la mère. Nous pouvons donc très plausiblement évaluer que l'enfant est né avant six mois. Or cet avorton, strictement non viable, est actuellement vivant, assez bien vivant après trente-six jours, respirant, criant, tétant, digérant, se mouvant, et peut-être est-il voué à de glorieuses destinées.

Cette survie, due au hasard aidé du gavage, de la couveuse et des soins attentifs prodigués inlassablement dès le début, constitue un fait exceptionnel, mais patent et probant.

L'exception n'est d'ailleurs pas unique. On connaît et, si on cherchait bien, on trouverait d'autres cas similaires dans les statistiques de Budin et Maygrier et dans les récentes études sur les prématurés.

A quelle conclusion aboutir?

Il va de soi que, pour être viable, il faut que l'enfant soit vivant. Il n'en résulte pas que la vie présume la viabilité, ainsi que sembleraient l'impliquer certains arrêts de diverses cours. La présomption visée par les juges ne se trouve pas dans le Code. On peut très bien subsister pendant un certain laps de temps sans pour cela devoir être considéré comme viable. Malheureusement, il est très malaisé de fixer une limite s'appliquant uniformément à tous les cas, qu'il s'agisse de monstruosités ou d'états pathologiques congénitaux, ou que la maturité soit en cause.

Si, comme nous le croyons, malgré les objections et malgré la difficulté de connaître l'âge précis d'une grossesse, le législateur a cru devoir fixer un terme et le terme de six mois pour diviser les enfants viables des enfants non viables par défaut de maturité, il se peut que certains faits viennent lui donner tort en infirmant cette division schématique.

Mon observation en est une preuve.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1912)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de sir Lister (de Londres) et de M. Caventou, ancien président de l'Académie. La séance est levée en signe de deuil.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1912)

Toxicité du chlorure de baryum injecté dans le liquide céphalo-rachidien. — M. J. CAMUS, à l'occasion de la note de M. E. Maurel parue dans le dernier compte rendu de la Société, publie des résultats qu'il a obtenus par injection de chlorure de baryum dans le liquide céphalo-rachidien.

La dose mortelle est, par cette voie, chez des lapins de 2 kilogrammes, inférieure à un dixième de milligramme et la dose de un vingtième de milligramme eet encore très toxique.

Ces doses sont mille fois inférieures à celles qui, d'après les recherches de M. Maurel, se montrent mortelles chez le lapin par injection sous-cutanée.

Le chlorure de baryum se présente ainsi comme un poison extrêmement actif du système nerveux central. Les animaux injectés dans le liquide céphalo-rachidien ont en effet été atteints de phénomènes convulsifs rapides et des plus violents.

Fonction cholestérigénique du corps jaune. Preuves histologiques. — MM. A. CHAUFFARD, GUY LAROCHE et A. GRIGAUT. Les recherches antérieures des auteurs sur l'hypercholestérinémie gravidique leur avaient fait admettre que, chez la femme enceinte, l'excès de cholestérine dans le sérum reconnaît pour cause une hypergénèse de la cholestérine par les glandes à sécrétion interne et en particulier par les capsules surrénales. Ils apportent aujourd'hui les preuves histochimiques d'une élaboration de lipoïdes et spécialement d'éther de la cholestérine par les cellules du corps jaune de la truie et de la vache. Les colorations par l'osmium, le sudan III, le hellblau, le neutralrot et l'existence de corps biréfringents leur permettent d'affirmer que la cellule à lutrine est le siège d'une sécrétion lipoïdique très active qui débute dès la naissance du corps jaune et se poursuit en s'accusant jusqu'à la sclérose terminale de l'organe.

La cellule du corps jaune est donc douée d'une activité spécifique de courte durée qui fait de cet organe un *adénome temporaire,* véritable organe de renfort pour la protection antitoxique de l'organisme maternel.

Corps biréfringents dans les glandes génitales. — M. F. MULON. Les corps biréfringents graisseux trouvés dans les surrénales et quelques autres tissus normaux ou pathologiques existent en grand nombre dans les glandes génitales : corps jaune (corps jaune de Munstren chez la femme, corps jaune au début chez la femelle de cobaye), cellules de la thèque, des faux corps jaunes et de la glande interstitielle. Ils semblent être plus fréquents dans des cellules jeunes et n'être à aucun degré un signe de dégénérescence.

On en trouve également dans le testicule et particulièrement dans le testicule ectopique.

Ces corps biréfringents, qu'avec Windaus, Acholf, Kawa-

mura, il convient de considérer comme des mélanges complexes de phosphatide et de cholestérine, peuvent être considérés comme spécifiques.

Le dosage des lipoïdes des organes. — M. H. Iscovesco. 1° Les tissus animaux sont constitués par trois groupes de substances : les protéïnes, les hydrates de carbone, les lipoïdes.

2° On ne peut doser directement aucun de ces groupes. On doit se contenter de doser l'azote pour les protéïnes, le pouvoir réducteur pour les hydrates de carbone, les produits de la saponification pour les lipoïdes.

3° L'éther ne peut extraire qu'environ 50 p. 100 des lipoïdes des tissus, quelle que soit la manière dont on les ait desséchés. En se servant successivement de solvants différents on peut en extraire 20 à 25 p. 100.

Influence de la voie d'administration sur les doses minima mortelles et sur les doses thérapeutiques pour le chlorure de baryun. — M. Maurel a opéré sur la grenouille, le pigeon et le lapin. Ses conclusions, rapportées au kilogramme d'animal, sont les suivantes : *Grenouille.* Pour les doses minima mortelles, la voie gastrique ne serait inférieure à la voie musculaire que d'un quart soit : 0g40 pour la première, 0g30 pour la seconde. L'écart reste le même pour les doses thérapeutiques. *Pigeon.* Pour les doses minima mortelles, la voie gastrique a été environ dix fois moins active que la musculaire soit : 0g50 pour la première, 0g08 pour la seconde. Pour les doses thérapeutiques, la voie gastrique n'est que 2 fois moins active que la musculaire soit : 0g05 et 0g03. *Lapin.* Pour les doses minima mortelles, la voie gastrique est au moins dix fois moins active que la voie sous-cutanée; et celle-ci deux fois moins active que la veineuse.

L'animal a résisté à 0g50 par la voie gastrique, et il a succombé à 0g05 par la voie sous-cutanée et 0g03 par la voie veineuse. Les doses thérapeutiques seraient de 0g02 par la voie sous-cutanée et de 0g003 par la voie veineuse.

La muqueuse nasale et les vers intestinaux. — M. P. Bonnier. Les mêmes voies nerveuses par lesquelles l'irritation vermineuse intestinale peut se projeter en prurit nasal permettent inversement à l'excitation nasale de provoquer l'intervention bulbaire qui modifiera les sécrétions intestinales et déterminera l'expulsion du parasite. L'auteur rapporte sept nouveaux cas de lombrics et d'oxyures expulsés immédiatement à la suite de cautérisations nasales systématiques.

Présentation d'un appareil pour ponction veineuse. — MM. Hallion et Bauer emploient, pour les ponctions intraveineuses, un appareil particulier. C'est un flacon dont le bouchon est traversé par deux tubes capillaires ; sur l'un de ces tubes est fixée directement l'aiguille ; l'autre aboutit à un tube de caoutchouc qui permet de faire aspiration pendant la ponction. La ponction faite, il suffit de retirer les deux tubes, et de faire fondre, à l'aide d'une allumette, une couche de paraffine dont le bouchon est enduit, pour transformer l'appareil en un récipient clos, où le sang pourra être conservé.

— Communication faite à la réunion biologique de Bordeaux (6 février 1912) :

Dégénérescence colloïde dans l'hyperplasie conjonctivale suite de trachome ancien. — MM. J. Sabrazès et J. Cazaux (de Bordeaux). Sur des pièces recueillies en Indochine par le docteur Cazaux on note une énorme accumulation de corps colloïdes élaborés par les fibroblastes, par des plasmodes géants et résultant aussi d'une transformation du collagène préformé en colloïde et non en hyaline.

L'ancienneté des lésions, les injures extérieures qu'elles ont subies dans le tissu palpébral, l'action des ferments cellulaires rendent compte de ces dégénérescences. Un autre exemple est relatif à un fibrome du pli de l'aine, très ancien, exposé à toutes sortes de traumatismes professionnels, chez une savonneuse.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur l'absorption par le gros intestin. (Diena. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, août 1911.) — Du travail très intéressant de cet auteur, nous reproduisons les conclusions qui montreront parfaitement à quel point de vue spécial la question a été envisagée. La *pression osmotique* a une valeur remarquable selon le but que l'on veut obtenir avec les lavements. Si le but est de s'opposer à la déshydratation de l'organisme le maximum de rendement sera donné par les solutions hypotoniques : il ne faut cependant pas se servir de solutions trop faiblement hypotoniques, qui peuvent provoquer chez l'homme une réaction colique. Si on donne des lavements pour obtenir une absorption de substances alimentaires ou médicamenteuses, le liquide doit être isotonique au sérum sanguin : il y aura ainsi une forte absorption de substance par le gros intestin sans causer une élimination d'eau de l'organisme, et sans causer une irritation et une inflammation consécutive de la muqueuse intestinale.

On doit recourir aux solutions hypertoniques dans les cas seulement où est nécessaire une rapide élimination d'eau de l'organisme. L. BABONNEIX.

MÉDECINE INFANTILE

Quelques cas anormaux de rougeole (un cas de rougeole hémorragique). (G. Baldini. *Arch. de méd. des enfants*, juin 1911.) — L'auteur rapporte trois observations : dans un premier cas l'anomalie est représentée par une *hyperthermie* très accentuée (41 degrés) sans aucune complication et suivie de guérison.

Le deuxième cas est celui d'une *rougeole* survenant au quatrième jour d'une *pneumonie*, le troisième enfin est celui d'une *rougeole hémorragique* avec purpura, hémorragie intestinale et mort après une période de vomissements, diarrhée, enfin de coma : l'auteur insiste spécialement sur ce dernier cas, en raison de la rareté de la variété hémorragique de la rougeole et de sa gravité exceptionnelle. L. BABONNEIX.

STOMATOLOGIE

Recherches expérimentales sur la stomatite mercurielle. (R. Le Blaye. Th. de Paris, 1911.) — La stomatite mercurielle donne encore lieu à de nombreuses discussions, les uns tenant au rôle direct du mercure dans la production des lésions, les autres, les plus nombreux, admettant qu'elles sont l'effet d'une injection locale, le mercure ne créant qu'une prédisposition de terrain, et la faisant rentrer dans le cadre des stomatites ulcéreuses. L'auteur s'est livré à des expériences intéressantes qui l'ont amené à se ranger à cette dernière opinion. S'adressant à des lapins et des cobayes, il constata leur immunité absolue quelle que soit la dose de mercure employée ; les chiens, avec une dose cinq à dix fois plus forte que celles employées chez l'homme, présentaient au contraire des lésions fort nettes de stomatite ; dans l'exsudat, on trouvait à l'examen microscopique de nombreux bacilles fusiformes et des spirochètes identiques à ceux décrits par Vincent dans l'angine ulcéreuse. Au point de vue histologique, l'auteur a pu distinguer deux zones, une zone de nécrose avec une flore polymicrobienne très riche et une zone de réaction inflammatoire où on ne trouve plus de bacilles fusiformes, mais des spirochètes de Vincent. Cette deuxième zone comprend une couche superficielle de dégénérescence pyknotique et une couche profonde d'infiltration polynucléaire. Les conclusions sont que la stomatite mercurielle, comme toutes les stoma-

tites ulcéreuses, ne semble pas due aux microbes pyogènes vulgaires de la bouche, mais à l'action de microbes nécrogènes pénétrant les tissus : c'est une spirillose; le mercure agissant comme prédisposant. A. HERPIN.

CHIRURGIE

Transplantation du genou gauche. (George T. VAUGHAN. *Surg., Gynec. and Obstet.*, juillet 1911.) — Dans un cas de tuberculose avancée du genou avec destruction avancée du genou, Vaughan transplanta un genou pris sur un cadavre frais moins de trois heures après la mort. Les os furent suturés avec du fil d'argent et du catgut. Il y eut amélioration notable dans les phénomènes généraux, fièvre et suppuration. L'opéré mourut cependant d'entérite tuberculeuse sept mois après l'opération. A la dissection l'on trouva qu'au moins deux tiers de l'os transplanté s'étaient résorbés, et avaient été remplacés par de l'os nouveau. Il n'y avait que peu d'union du côté du fémur et une bonne union du côté du tibia. Les surfaces articulaires étaient restées libres, sauf une portion de la rotule : cependant le cartilage avait disparu. Il était évident qu'il y avait un processus d'atrophie de l'os transplanté, au fur et à mesure qu'il était remplacé par de l'os nouveau. F. GARDNER.

Transplantation d'un segment d'intestin grêle pour combler une brèche faite par la résection d'une partie de l'anse sigmoïde. (W. S. FENWICK. *Brit. med. Journ.*, 7 octobre 1911.) — Dans un cas de cancer de l'anse sigmoïde, Fenwick trouva un mésocôlon de moins de cinq centimètres de largeur. L'état du malade contre-indiquant une résection, il se contenta de faire d'abord une colotomie iliaque, ce qui fut difficile à cause de la brièveté du méso. Dix semaines après, la masse cancéreuse fut excisée avec un V de méso. Une anse d'intestin grêle (lequel était fort dilaté par suite de l'obstruction chronique) fut détachée avec son mésentère et transplantée dans la brèche colique. Double anastomose avec deux boutons de Murphy. Guérison sans incidents. L'anse grêle joue parfaitement son rôle de gros intestin. F. GARDNER.

PRATIQUE MÉDICALE

RÉFLEXIONS SUR LA RECALCIFICATION

Les publications de M. le professeur Robin et du docteur Ferrier nous ont révélé toute l'importance de la *reminéralisation* ou de la *recalcification* dans le traitement de la tuberculose. Ces observateurs avaient du reste eu peut-être un précurseur. En 1869, le docteur Jules Boyer publiait un ouvrage intitulé : « Guérison de la phtisie pulmonaire et de la bronchite chronique à l'aide d'un traitement nouveau ». Le traitement consistait dans l'absorption de la poudre salino-calcaire composée de carbonate et de phosphate de chaux et d'un peu de bicarbonate de soude. Il donna d'ailleurs d'excellents résultats et il se serait, sans aucun doute, répandu, généralisé peu à peu si dix ans plus tard Koch n'avait pas découvert le bacille qui porte son nom et si, comme conséquence, le monde médical n'avait pendant longtemps fermé l'oreille à tout ce qui ne visait directement l'ennemi démasqué.

Inutile d'insister sur les échecs répétés auxquels devait, dans la pratique, nous exposer la nouvelle découverte. Le bacille de Koch se montra réfractaire à tous les antiseptiques. On en revint à se préoccuper du terrain, et depuis de longues années déjà tous les efforts du médecin tendent non point à tuer le microbe, mais à améliorer les tissus sur lesquels il évolue, à les mettre en état de défense. L'aération, le repos, l'alimentation surveillée et souvent aussi la suralimentation raisonnée et bien faite sont les principaux éléments du traitement. La reminéralisation est venue s'ajouter à ces moyens et occuper dans la thérapeutique de la tuberculose une place considérable.

L'organisme des tuberculeux est le siège d'une suractivité des actes chimiques de la nutrition qui se traduit par l'exagération des échanges respiratoires, par une aptitude à fixer, à consommer trop d'oxygène et à produire trop d'acide carbonique. Ces excès d'échange ne s'observent pas seulement chez les tuberculeux, mais dans les pyrexies, chez les alcooliques, chez tous les surmenés du travail ou du plaisir, chez les gens fatigués ou chez ceux qui sont déprimés par des préoccupations pénibles. Chez ces malades on constate une déminéralisation des tissus, déminéralisation qui expose à de graves dangers. En dehors des observations cliniques on en a pour preuve les expériences faites sur les animaux. Ces expériences sont d'une clarté parfaite. Nous ne pouvons ici entrer dans les détails. Qu'il nous suffise de retenir que la résistance aux ingestions de liquides infectieux ou de virus est énormément plus considérable chez les animaux surminéralisés que chez les autres.

***

La déminéralisation, quels que soient son mécanisme et ses causes, doit être combattue. Elle l'est efficacement par l'ingestion de sels de chaux et de magnésie insolubles. Pourquoi des sels insolubles ? C'est parce que ces sels doivent saturer les acides qu'ils rencontrent dans l'organisme et qui sont des décalcifiants. Cela est si bien admis qu'on considère les phosphates acides comme des agents de déminéralisation.

La prescription des sels minéraux insolubles ne doit se faire qu'accompagnée d'un régime spécial dont la base est la défense absolue de faire usage d'acides. Il nous est impossible à cette place de dresser la diététique complète du tuberculeux. Retenons cependant quelques préceptes du professeur Robin :

« La fixation des matières inorganiques est corrélative d'une bonne évolution des matières ternaires. »

« Si vous voulez reminéraliser un malade et si vous voulez que les éléments minéraux pénètrent jusqu'aux cellules, il faut augmenter la proportion des aliments ternaires et assurer la digestion avec des ferments tels que la maltine. »

Ce sont ces principes qui ont inspiré les préparateurs de la Ternose de Trouette-Perret, produit qui répond bien aux indications données. Il y répond par l'association des substances *ternaires* (*sucres, féculents, maltine*) aux sels minéraux, par ses facultés d'*assimilation* et par le choix de ses composants salins. A côté des phosphate et carbonate de chaux, nous y trouvons le fluorure de calcium d'un si grand intérêt pour la reminéralisation osseuse et le carbonate de magnésie moins irritant pour le tube digestif que la magnésie calcinée.

La Ternose se présente sous la forme granulée. Elle est très agréable au goût. Elle peut être prise dans un peu d'eau ou croquée à la dose de trois cuillerées à café par jour correspondant aux doses utilisées généralement dans la recalcification. Elle est précieuse auprès des enfants qui ne peuvent avaler les cachets, et qui la prennent avec plaisir.

G. C.

LIVRES NOUVEAUX

Les Affections des os à l'époque néolithique d'après les découvertes de la sépulture de Vendrest (1), par le docteur Marcel BAUDOUIN, secrétaire général de la Société préhistorique française.

Un examen attentif des ossements humains découverts dans la sépulture néolithique de Vendrest (Seine-et-Marne) a permis à M. Marcel Baudouin de constater que ces ossements présentent des anomalies d'ordre congénital ou acquises, des lésions pathologiques, des lésions dentaires; d'autre part, des

(1) Une brochure de 73 pages à la Société préhistorique française, 21, rue Linné.

traces d'actions humaines sur des crânes vivants, soit une déformation d'origine ethnique obtenue par des appareils spéciaux pendant l'enfance, enfin la trépanation d'ordre opératoire.

C'est à l'étude de ces différents faits qu'est consacrée l'intéressante brochure que nous présentons ici.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES PARALYSIES SATURNINES (1)

ÉVOLUTION. — Le plus souvent les paralysies saturnines suivent une marche subaiguë, et guérissent en quelques semaines; lorsque l'affection suit une marche chronique, on observe les déformations sur lesquelles nous avons insisté, et qui dépendent, sans doute, de l'action simultanée du poison sur le nerf et les cellules des cornes. On peut observer des formes généralisées d'emblée, enfin des récidives.

DIAGNOSTIC.—a. *Positif.*—Ce diagnostic est basé sur l'allure spéciale de la paralysie (bilatéralité, localisation) et sur la constatation des symptômes d'intoxication saturnine (anémie, hématies granuleuses, liseré de Burton, autres accidents du saturnisme, etc.).

b. *Diagnostic différentiel.* — Ce diagnostic varie suivant les formes, et nous allons l'étudier pour chacune des formes énumérées :

1° Il faut tout d'abord éliminer, dans le *type antibrachial*, la contracture hystérique des fléchisseurs, l'atrophie musculaire progressive; nous avons assez insisté déjà sur ce dernier diagnostic pour ne pas y revenir. En second lieu il faut savoir si la paralysie observée est d'origine périphérique, ou d'origine centrale. La paralysie centrale ne s'accompagne pas de troubles des réflexes, ni de troubles trophiques; elle s'accompagne souvent d'épilepsie et de contractures. Il faut éliminer également les paralysies succédant aux paralysies spinales infantiles, ou les paralysies rencontrées chez les tabétiques, mais chez ces derniers, les réactions électriques sont conservées, le biceps et l'adducteur du pouce sont souvent indemnes, la guérison est rapide, et l'on note d'autres symptômes du tabes.

Il faut ensuite discuter la possibilité d'une variété quelconque de paralysie radiculaire, autre qu'une paralysie saturnine. Le diagnostic avec la paralysie par compression d'un cal est facile, plus difficile est le diagnostic avec la paralysie *a frigore*, ou avec la paralysie alcoolique; néanmoins, dans l'intoxication alcoolique l'on observe rarement le type antibrachial, les troubles de la sensibilité sont très accusés, et il existe d'autres symptômes de l'intoxication alcoolique. Il faut rappeler néanmoins la coexistence fréquente des deux facteurs d'intoxication, plomb et alcool.

Mentionnons encore les paralysies observées dans l'intoxication par l'oxyde de carbone, comme les paralysies que l'on peut rencontrer au cours de toutes les infections.

2° Dans le *type Duchenne-Erb*, le diagnostic sera discuté avec un certain nombre d'affections d'origine *médullaire*, *myopathique* ou *périphérique*; ce sont l'atrophie progressive myélopathique, du type scapulo-huméral de Vulpian, les myopathies du type facio-scapulo-huméral de Landouzy-Déjerinne, la myopathie juvénile d'Erb; certaines paralysies radiculaires du plexus brachial, à type Duchenne-Erb; l'on constate alors l'existence du syndrome sympathique de Mme Déjerinne (troubles oculo-pupillaires) enfin des paralysies tabétiques, ou syringomyéliques.

3° *Dans le type Aran-Duchenne*, on aura également à envisager, pour le diagnostic, des affections d'origine médullaire, périphérique ou myopathique; parmi les affections d'origine médullaire, il faut citer la paralysie spinale infantile, la syringomyélie (scoliose, sensibilité dissociée, main succulente), la sclérose en plaques, la sclérose latérale amyotrophique, la myélite transverse, les compressions de la moelle, l'atrophie musculaire progressive. Le diagnostic de toutes ces maladies se fait en général assez facilement par la constatation des signes habituels de ces affections.

Parmi les affections d'origine périphérique, signalons des paralysies radiculaires inférieures ou totales du plexus brachial (troubles oculo-pupillaires), les paralysies traumatiques, certaines paralysies toxiques et quelques rares paralysies infectieuses (syphilis, lèpre).

Il faut enfin éliminer la myopathie du type facio-scapulo-huméral (simple diminution de la contractilité électrique, longue intégrité des réflexes tendineux), la maladie de Morvan (panaris multiples, troubles trophiques, analgésie totale du bras et de l'avant-bras).

4° *Dans le type inférieur*, le diagnostic devra être discuté avec la paralysie spinale infantile, la paralysie alcoolique, les paralysies succédant aux maladies infectieuses; avec la paraplégie syphilitique d'Erb (contractures, paralysie des réservoirs), avec l'atrophie Charcot-Marie (caractère familial, début à la puberté, absence de réaction de dégénérescence) avec l'atrophie musculaire progressive.

5° *Le diagnostic des formes généralisées* doit être fait avec la paralysie spinale antérieure subaiguë de Duchenne, avec la paralysie ascendante aiguë, ou maladie de Landry, enfin avec la poliomyélite antérieure; ces diagnostics sont basés essentiellement sur la notion étiologique, sur l'évolution plus lente des paralysies dans l'intoxication saturnine, ainsi que l'absence de contractions fibrillaires. Le diagnostic positif des formes atypiques sera toujours très délicat d'une part en raison de la méningite et de l'encéphalopathie saturnine et d'autre part en raison des multiples causes de paralysies isolées d'un nerf cranien.

7° *La paralysie hystéro-saturnine* est d'un diagnostic en général facile; elle est unilatérale, ne s'accompagne pas d'atrophie, ni de réaction de dégénérescence; par contre elle offre de nombreux stigmates d'hystérie, ces caractères permettront de la différencier d'une monoplégie d'origine corticale, d'une paralysie radiculaire supérieure, etc.

PRONOSTIC. — L'apparition d'une paralysie au cours de l'intoxication saturnine est une preuve que cette intoxication est profonde, sérieuse; cette paralysie constitue une tare pour l'individu et ses descendants; la gravité de la paralysie est intimement liée à l'état de la contractilité électrique. Néanmoins la guérison pourra s'observer, même lorsqu'il y aura eu réaction de dégénérescence. Le pronostic est encore assombri par la fréquence des récidives, l'atrophie musculaire, les troubles trophiques et l'association fréquente de manifestations hystériques.

TRAITEMENT. — a. *Prophylactique* : mesures générales, économiques, interdisant l'emploi de substances particulièrement toxiques; observation des règles d'hygiène (fréquents lavages des mains, abstention d'alcool, etc.).

b. *Traitement de la cause* (purgatifs, diurétiques, miel soufré, bains sulfureux).

c. *Traitement local* : massages, rééducation des mouvements, bains de vapeur, électricité, courant interrompu ou continu. S'il s'agit d'hystérie on aura recours à la suggestion.

BIBLIOGRAPHIE. — Voir la revue générale de M. VILLARET, *Gaz. des hôp.*, 1903; — Marcel PINARD. Etude clinique de la méningite saturnine, revue générale, *Gaz. des hôp.*, 1908.

(1) Fin. — Voy. *Gaz des hôpit.*, 1912, n° 13, p. 178 et n° 16, p. 217.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 20. — SAMEDI 17 FÉVRIER 1912. 85e ANNÉE. SAMEDI 17 FÉVRIER 1912. — N° 20.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nancy. — M. Lamy, préparateur de radiographie, est nommé jusqu'à la fin de l'année scolaire préparateur des travaux pratiques de physique.

M. Hamant, ancien prosecteur et chef de clinique, a été nommé jusqu'à la fin de l'année scolaire préparateur de radiographie.

MARINE. — La médaille d'honneur des épidémies en argent est décernée à M. le médecin de première classe Balcan (E.-E.), médecin-major de la flottille de torpilleurs de Saïgon.

La médaille d'honneur des épidémies en bronze est décernée à M. le médecin de deuxième classe Laurent (L.-C.-E.-G.), médecin de l'infirmerie de division.

LA RÉFORME DU CONCOURS DE L'AGRÉGATION. — Le ministre de l'Instruction publique a demandé à l'Association des membres du Corps enseignant des Facultés de médecine de lui fournir un projet de réforme de l'agrégation. L'Assemblée générale de cette association qui doit se réunir les 19 et 20 février va donc discuter les rapports qui ont été écrits sur ce sujet.

MM. les professeurs Roger, Pierre Delbet et Weiss ont été chargés d'un rapport sur le *recrutement des agrégés*; chacun d'eux a traité une des trois sections : médecine, chirurgie et sciences proprement dites, entre lesquelles doit se subdiviser le concours de l'agrégation.

Le professeur Roger préconise, en ce qui concerne la médecine, après un concours d'admissibilité commun comportant une leçon de trois quarts d'heure et l'exposé des titres, la création de six spécialités : 1° médecine interne; 2° dermatologie; 3° neurologie; 4° hygiène et médecine légale; 5° anatomie pathologique; 6° pathologie expérimentale et comparée.

Les spécialités de la chirurgie seraient la gynécologie, la chirurgie infantile, les maladies des voies urinaires. Mais le professeur Delbet pense que ces spécialisations sont d'ordre plus pratique que scientifique. Il attribue d'ailleurs une importance toute particulière aux épreuves pratiques qu'il voudrait développer fortement. Il ne craint pas au surplus, à l'encontre de ses collègues et même de la tendance générale, d'exiger des candidats beaucoup de mémoire. A son sens, un professeur de clinique doit pouvoir faire pour ainsi dire *ex abrupto* une leçon sur le sujet qui se présente.

Le professeur Weiss subdivise la section des sciences en agrégation : 1° pour l'anatomie et l'histologie; 2° pour l'histoire naturelle; 3° pour la physiologie, la physique et la chimie; 4° pour la pharmacologie.

MM. Carnot et Jeanbrau ont étudié le *statut légal* des agrégés. Ils demandent notamment, et tout le monde semble d'accord sur ce point, que l'agrégé soit nommé *à vie* et non pour une période de neuf ans.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Le conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine, réuni le 5 février 1912, après avoir étudié le décret du 30 janvier qui institue une commission supérieure d'enseignement médical, remarque :

a. Que cette commission ne comprend aucun représentant mandaté de syndicats ou d'une organisation professionnelle quelconque, provinciale ou parisienne;

b. Que sur les 50 membres qui la composent, 8 seulement sont des médecins praticiens et que ces médecins désignés par le ministre ne l'ont pas même été en qualité de délégués officiels des groupements auxquels ils appartiennent;

c. Que, par conséquent, la commission nommée le 30 janvier repose sur des conceptions absolument opposées aux idées exprimées par le Corps médical; qu'elle ne correspond nullement au conseil médical supérieur réclamé par les Congrès des praticiens, puisque ce conseil était basé sur la collaboration des syndicats avec les pouvoirs publics et que le décret récent repousse cette collaboration.

Constate avec regret :

Que le ministre de l'Instruction publique n'a tenu aucun

RENSEIGNEMENTS

Etude de Me PRESTAT, avoué, 41, Bd Haussmann, et de Me LEROY, not., 9, Bd St-Denis ADJUDICn, en l'Etude de Me LEROY, not, le 6 mars 1912, 1 h., en 2 lots, avec faculté de réunion, des **Journaux** : 1o **Les TABLETTES MÉDICALES mobiles**; 2o **La Medecine des Accidents de Travail**. — Mise à pr. : 1o 1000 fr.; 2o 50 fr. — S'adr. audit Me LEROY, not., et à Mes PRESTAT et RÉGNIER, avoués, et à M. DESBLEUMORTIER, administrateur judiciaire.

compte des légitimes demandes faites par les syndicats médicaux et des vœux exprimés par tout le Corps médical en ses Congrès, vœux qui ont été maintes fois, et tout récemment encore, portés à la connaissance des pouvoirs officiels;

Que les pouvoirs publics semblent avoir voulu tenir systématiquement à l'écart les syndicats médicaux, groupements cependant constitués d'après la loi, groupements professionnels qui sont particulièrement aptes à discuter des choses de la profession médicale ;

Que la commission nommée le 30 janvier ne peut que renforcer la puissance des bureaux et ne donne aucune garantie au Corps médical.

Pour toutes ces raisons, le conseil d'administration du Syndicat des médecins de la Seine décide :

1° De protester énergiquement auprès des pouvoirs publics, contre la composition de la commission instituée par décret du 30 janvier 1912;

2° De saisir de cette affaire le Comité de vigilance, l'Union des syndicats, tous les syndicats médicaux de France, les associations corporatives d'étudiants en médecine ;

3° De faire appel à l'opinion, pour qu'enfin cesse l'obstruction des bureaux en ce qui concerne la réorganisation des études médicales et que soient appelés à réformer ceux qui ont intérêt à faire des réformes et qui sont compétents pour les faire.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la sixième semaine, 1210 décès au lieu de 1102 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1124 moyenne ordinaire de la saison. La rougeole continue à être assez fréquente et a causé 21 décès au lieu de 12, chiffre moyen.

HOPITAL NECKER. — Le docteur Louis Rénon fera le vendredi matin 23 février à dix heures et demie à l'amphithéâtre Laënnec une conférence professionnel sur : « Le médecin dans la pratique médicale. »

HOPITAL COCHIN (111, boulevard de Port-Royal.) — MALADIE DES YEUX. — Le docteur A. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux, fait tous les jours à neuf heures et demie, à la consultation d'ophtalmologie, des présentations de malades avec examen individuel par les élèves.

En outre, le lundi matin, à onze heures, conférence sur un sujet d'ophtalmologie élémentaire à l'usage des étudiants et des médecins praticiens.

Le mercredi, à dix heures, opérations oculaires.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 49, 5 déc. 1911.) SCHRIDDE : Importance des cellules éosinophiles dans le thymus humain. — FOREL : Alcool et cellules germinatives. — YAKIMOFF : Influence des microbes sur l'action du salvarsan. — MERKEL : Oblitération des artères mésentériques et ses conséquences. — TOENNIESSEN : Sur la pneumonie causée par le bacille de Friedlander. — LINDEMANN : La mydriase cocaïnique. — WUNDER : L'appréciation simple de la minéralisation et de la dureté de l'eau. — BRÜNING : Procédé simple pour découvrir les gauchers. — LEVINSOHN : Contribution au traitement opératoire de l'astigmatisme. — RÜBSAMEN : Technique des injections intraveineuses. — DREUW : Nouvelle canule pour prise de sang à la veine. — V. HUEBER : Un cas d'intoxication par l'adaline. — KEHR : Comment pouvons-nous prévenir et limiter les récidives après les interventions sur les voies biliaires. — BRUCK : Traitement causal de la gonorrhée chez l'homme.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 50, 14 déc. 1911.) Alfred GÖTZL : L'hématoporphyrinurie dans le saturnisme. — Egon RANZI : Sur les blessures du cœur. — Paul FRANGENHEIM : Sur le remplacement artificiel de l'œsophage. — Oskar SEMELEDER : Contribution au traitement du pied bot. — Oskar HANASIEWICZ : Hernie vésicale propéritonéale. — (N° 51, 21 déc.) Ernst FREUND et Gisa KAMINER : Sur le diagnostic du carcinome. — Rupert FRANZ : Toxicité urinaire dans la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. — Arnold FLINKER : Sur la question de la contagion du crétinisme. — Alfred STUDENY : Emploi de la pituitrine dans la clinique obstétricale de Brüms. — H. BARDACH : Nouvelle méthode pour la guérison des proliférations de la gencive autour des bords des racines dentaires. — (N° 52, 28 déc.) M. WEISZ et B. SMIECIUSZEWSKI : L'uroroséine et sa signification clinique. — J. BRUDZINSKI : Sur le réflexe contralatéral. — Ad. NOVAK : Sur le diagnostic radiologique du rétrécissement de l'intestin grêle. — J. PHILIPOWICZ : Un porteur de bacille typique pendant trente-huit ans.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 26 FÉVRIER AU 2 MARS 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 26 février, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, 1re, 2e, 3e et 4e séries; 2e partie).
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 27 février, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

Mercredi 28 février, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
2e.
3e (oral, 1re partie, 1re, 2e et 3e séries; 2e partie).
5e (chirurgie, 1re et 2e parties), *Laënnec*.

Jeudi 29 février, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).
4e.

Vendredi 1er mars, à une heure. — 2e.
3e (1re partie, 1re et 2e séries; 2e partie).
4e.
5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 2 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).
4e.
5e (2e partie), *Beaujon* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon*.

THÈSES

Mercredi 28 février, à une heure. — M. BERTRAND. La stérilité d'origine blennorragique. (MM. Pinard, président; Gaucher, Couvelaire et Gougerot.) — M. JOLIVET. Des réactions méningées observées au cours de la syphilis. (Leur enchaînement, leur pronostic). (MM. Gaucher, président; Pinard, Couvelaire et Gougerot.)

Jeudi 29 février, à une heure. — M. BOURLON. Rhumatisme cérébral chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Achard, Nobécourt et Rathery.) — M. GRUNBERG. Hérédité et tuberculose. Hérédité pulmonaire générale. (MM. Achard, président; Hutinel, Nobécourt et Rathery.) — M. KLEFSTAD-SILLONVILLE. Recherches statistiques sur l'étiologie du cancer. (MM. Achard, président; Hutinel, Nobécourt et Rathery.) — M. M. MIRZA SAID KHAN. Amblyopie toxique par l'alcool (variations séméiologiques). (MM. de Lapersonne, président; Widal, Terrien et Roussy.) — M. NARBONI. Contribution à l'étude de la fièvre récurrente en Algérie. Relation d'une épidémie à Alger. (MM. Widal, président; de Lapersonne, Terrien et Roussy.)

REVUE GÉNÉRALE

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

DES

TUMEURS DE L'HYPOPHYSE

Par M. René TOUPET,
Prosecteur des hôpitaux.

Les tumeurs de l'hypophyse se traduisent par une série de symptômes qu'on peut ranger en trois groupes :

1° Les symptômes qui manifestent l'altération de la fonction glandulaire ;

2° Les symptômes qui indiquent l'existence d'une lésion en foyer siégeant au niveau de la partie de la face inférieure du cerveau qui repose sur la selle turcique ;

3° Les symptômes diffus communs à presque toutes les tumeurs cérébrales et qui indiquent seulement l'hypertension intracranienne et n'impliquent nullement la localisation hypophysaire.

En dehors de ces symptômes nous possédons un mode d'investigation qui permet dans la grande majorité des cas d'affirmer le diagnostic : c'est la radiographie, mais il faut qu'elle soit faite dans des conditions déterminées.

Nous allons passer successivement en revue ces différents éléments de diagnostic.

I

Symptômes traduisant l'altération de la fonction hypophysaire. — Ce sont les syndromes hypophysaires proprement dits. Ils sont au nombre de trois et ont été successivement isolés :

L'acromégalie, le gigantisme, le syndrome de Frölich.

L'acromégalie et le gigantisme sont trop connus pour que nous en retracions les caractères cliniques, mais le syndrome de Frölich est encore peu connu, en France du moins, il était même presque totalement ignoré avant le travail de Launois et Cléret.

C'est en 1901 seulement que ce syndrome fut isolé par Frölich et le malade qui servit de type à sa description fut opéré en 1907 par Eiselsberg. L'opération fut d'ailleurs un très beau succès puisque, deux ans et neuf mois après l'intervention, le malade qui avait pu reprendre sa profession d'employé était encore en excellent état.

Le syndrome de Frölich est caractérisé par trois éléments :

L'adiposité,
Les troubles génitaux,
La tumeur hypophysaire.

L'adiposité est généralisée, aussi bien superficielle que profonde. La peau est capitonnée de graisse, lisse, froide, impossible à plisser, le doigt n'y marque pas son empreinte et cette infiltration des téguments rappelle beaucoup celle qui caractérise le myxœdème. Launois et Cléret ont publié des photographies de malades à qui la surcharge adipeuse avait fait perdre toute forme humaine.

D'ordinaire l'adiposité est moins marquée, elle est généralisée à tout le corps et n'est pas douloureuse contrairement à l'adiposité de la maladie de Dercum qui est généralement localisée et symétrique et dont le caractère essentiel est d'être douloureuse. On peut d'ailleurs se demander si l'hypophyse ne joue pas un certain rôle dans la maladie de Dercum, puisque sur cinq autopsies que cite Dialti on a trouvé trois fois une lésion hypophysaire.

Les troubles génitaux sont très précoces, c'est l'infantilisme et l'absence de développement des caractères sexuels chez les jeunes sujets ; chez les adultes c'est la frigidité et chez la femme l'arrêt des règles, symptôme précoce qui ouvre souvent la scène tout comme dans l'acromégalie.

Fait très curieux il y a dans le syndrome de Frölich, et aussi d'ailleurs dans l'acromégalie, une sorte d'inversion des caractères sexuels.

L'homme a un système pileux à peine développé, les seins chargés de graisse et la voix haute d'une femme.

La femme a des poils longs et rudes sur le ventre et les aisselles, elle porte une ombre de moustache et de barbe, sa voix est rude.

Ces faits prouvent les relations intimes qui existent entre les glandes à sécrétion interne en général et entre les glandes génitales et l'hypophyse en particulier. Mais c'est l'hypophyse qui paraît jouer le rôle prépondérant, puisque l'hypophysectomie peut faire disparaître ces troubles des caractères sexuels.

Deux malades de Hochenegg voient disparaître après l'opération les poils anormaux qui les défiguraient et par contre le malade de Schloffer, qui à trente ans était encore glabre, se félicitait de l'apparition d'un léger duvet sur ses joues ; mais il mourut deux mois et demi après l'opération.

Le troisième terme du syndrome est la tumeur hypophysaire. Est-elle constante ? C'est là une question encore discutée et nous verrons plus loin jusqu'à quel point l'existence du syndrome de Frölich peut permettre de conclure à une tumeur hypophysaire.

Les trois syndromes, acromégalie, gigantisme et Frölich, sont loin d'être constants en cas de tumeur de l'hypophyse et d'ailleurs lorsqu'ils existent ils ne sont pas toujours à l'état de pureté. Launois a isolé le type du géant infantil dans l'observation du grand Charles, le gigantisme peut se compliquer d'acromégalie quand les cartilages de conjugaison se soudent chez le géant; l'acromégalie et le syndrome de Frölich peuvent se combiner et donner un syndrome mixte comme chez un des malades d'Eiselsberg.

Une tumeur de l'hypophyse ne s'accompagne pas nécessairement d'un des trois syndromes pur ou combiné; mais quand un de ces syndromes existe peut-on conclure d'une façon formelle à l'existence d'une tumeur de l'hypophyse ?

En ce qui concerne l'acromégalie la tumeur hypophysaire peut être considérée comme constante. Woods-Hutchinson réunissant 48 autopsies d'acromégaliques trouva 44 fois une tumeur de l'hypo-

physe et en nota l'absence dans 4 cas et encore ces quatre cas ne résistent-ils pas à l'examen, même celui de Bonardi puisqu'il n'y eut pas d'examen histologique.

Dans le gigantisme la lésion hypophysaire ne fait jamais défaut pour Launois et Roy, quant au syndrome de Frölich il semble bien que dans certains cas tout au moins il n'implique pas forcément l'existence d'une tumeur de l'hypophyse.

Erdheim soutient que le syndrome de Frölich est dû, non pas à une lésion de l'hypophyse, mais à une lésion de la région hypophysaire et en particulier de la région de l'infundibulum du troisième ventricule et à l'appui de sa thèse il cite les cas de Selke et de Berger dans lesquels l'hypophyse était intacte et où il s'agissait d'une tumeur de l'infundibulum, il cite aussi une observation fort curieuse de Madelung qui concerne une petite fille de six ans ; celle-ci ayant reçu une balle qui s'était logée dans la région infundibulaire doubla de poids en trois ans.

Dans la grande majorité des cas cependant, il y a une tumeur de l'hypophyse et au point de vue diagnostic peu nous importe que la tumeur agisse seulement en comprimant la région infundibulaire, ou agisse par elle-même en altérant la fonction hypophysaire ; le syndrome de Frölich, l'acromégalie et le gigantisme doivent faire immédiatement songer à une tumeur de l'hypophyse et il faut en rechercher les autres symptômes.

II

Symptômes traduisant l'existence d'une tumeur de la région hypophysaire. — Ces symptômes sont de deux ordres :

Les troubles oculaires,
La glycosurie.

a. *Troubles oculaires.* — Ils sont fréquents dans les tumeurs de l'hypophyse puisque Hertel sur un total de 174 observations d'acromégalie les trouve notés dans 91 cas. Nous avons pu réunir 42 cas de tumeurs de l'hypophyse traitées chirurgicalement, dans toutes les observations suffisamment détaillées les troubles visuels existent; mais il faut tenir compte de ce fait que jusqu'ici on n'a opéré que les cas graves et que les troubles visuels constituent la principale indication opératoire.

Les rapports intimes de l'hypophyse et du chiasma des nerfs optiques expliquent la fréquence des troubles visuels.

Depuis longtemps Panas insistait sur ce fait que le chiasma repose non pas sur la gouttière dite optique mais beaucoup plus en arrière sur le plafond de la tente hypophysaire. Zander arrive aux mêmes conclusions et nous avons pu nous rendre compte que dans la majorité des cas le bord antérieur du chiasma répond au pommeau de la selle turcique et que le bord postérieur s'étend plus ou moins loin en arrière, ne laissant souvent entre la lame quadrilatère et lui qu'un espace très étroit dans lequel passe la tige pituitaire. C'est donc le segment chiasmatique de la voie optique qui sera lésé dans la plupart des cas.

Rappelons que le nerf optique est composé de trois faisceaux : un faisceau direct, un faisceau croisé et un faisceau maculaire partiellement entrecroisé.

Henschen a montré que les fibres directes émanées du segment temporal de la rétine et les fibres croisées émanées du segment nasal conservent dans tout leur trajet une disposition identique, les fibres directes restant au côté externe des fibres croisées.

On peut diviser la voie optique en trois segments :

Préchiasmatique,
Chiasmatique,
Rétro-chiasmatique.

Toute lésion du segment préchiasmatique donnera des troubles visuels dans l'œil correspondant, troubles allant du rétrécissement du champ visuel à l'amblyopie et à l'amaurose.

Toute lésion du chiasma tendra à supprimer la sensibilité du segment nasal des deux rétines, donnant une diminution plus ou moins étendue du champ visuel dans le segment temporal, la destruction complète du chiasma aboutissant à l'hémianopsie bitemporale. Cette hémianopsie bitemporale est le symptôme le plus fréquent des tumeurs de l'hypophyse en raison de la situation du chiasma ; elle peut aussi résulter comme le fait remarquer Zander de la destruction des parties internes des deux nerfs optiques qui contiennent les fibres nasales.

Toute lésion du segment rétro-chiasmatique tendra à abolir la sensibilité de la portion temporale de la rétine du côté lésé et de la portion nasale de la rétine du côté opposé et à réaliser l'hémianopsie homonyme.

Suivant les points de la voie optique, comprimés ou détruits, suivant que la lésion est partielle ou totale, les altérations du champ visuel seront des plus variables, l'hémianopsie bitemporale restant la lésion la plus fréquente mais rarement pure. Toutes ces lésions passent d'ailleurs fréquemment inaperçues car le faisceau maculaire reste souvent intact, et c'est lui qui transmet les impressions visuelles de la macula, la partie la plus sensible de la rétine, la seule qui nous donne la vision nette des objets.

Les troubles de l'acuité visuelle sont également très fréquents et varient de l'amaurose légère à la cécité complète ; d'après Uthoff, il y aurait amaurose unilatérale dans 33 p. 100 des cas et bilatérale dans 16 p. 100 des cas.

Erdheim, Cange, Schloffer insistent sur les grandes variations que subit l'amaurose dans les tumeurs de l'hypophyse, et pour Erdheim, les alternatives d'aggravation et d'amélioration seraient dues aux modifications de volume de la tumeur surtout quand elle est kystique.

La marche de l'amaurose est quelquefois très rapide et d'autres fois très lente ; sa lenteur surprend même lorsqu'on constate à l'autopsie les désordres considérables de la voie optique. Mevel explique cette tolérance des fibres nerveuses par la lenteur des phénomènes de compression et compare la tolérance des fibres optiques à celle de la moelle comprimée lentement par un abcès ossifluent de mal de Pott.

Les altérations du fond de l'œil sont presque aussi fréquentes que celles du champ visuel et de l'acuité. Bartels se basant sur 40 observations suivies d'autopsie donne le pourcentage suivant :

50 p. 100 d'atrophie simple ;
15 p. 100 d'œdème bilatéral ;
15 p. 100 de névrite suivie d'atrophie ;
20 p. 100 de papilles complètement normales.

Ce qui frappe c'est la rareté de l'œdème de la papille et c'est là un fait admis par presque tous les auteurs ; seul Berger considère l'œdème de la papille comme fréquent. Pour Raymond l'œdème de la papille existe dans 90 p. 100 des tumeurs cérébrales, sa rareté en cas de tumeur de l'hypophyse est donc intéressante ; mais c'est un fait qu'il faut constater sans l'expliquer, puisque nous ignorons encore la pathogénie exacte de l'œdème de la papille. Les réflexes pupillaires sont presque toujours profondément altérés, plus ou moins paresseux suivant que l'amaurose est plus ou moins complète et lorsqu'il y a hémianopsie on a constaté quelquefois la réaction pupillaire hémianopsique de Wernicke. c'est-à-dire l'impossibilité pour un champ visuel de donner la réaction pupillaire.

Pour Déjerine cette réaction serait caractéristique d'une interruption des fibres optiques siégeant entre le chiasma et les tubercules quadrijumeaux et ferait partie intégrante et presque exclusive du syndrome de la région hypophysaire.

Quant au système moteur de l'œil il est rarement atteint, cela tient sans doute à ce fait que les nerfs moteurs sont dans la paroi externe du sinus caverneux protégés par une double épaisseur de dure-mère. Signalons enfin un dernier symptôme qui dans le cas de Cushing avait une intensité extrême : c'est la photophobie, elle fut d'ailleurs guérie par l'hypophysectomie.

b. *Glycosurie.* — La glycosurie est un symptôme très fréquent dans les tumeurs de l'hypophyse, on la rencontre aussi d'ailleurs dans d'autres tumeurs cérébrales aussi n'a-t-elle qu'une valeur relative pour le diagnostic.

Pour Pierre Marie on rencontre la glycosurie dans la moitié ou même les deux tiers des cas d'acromégalie.

Hansemann, sur 130 cas, ne note que 14 diabétiques ; mais il faut dire que dans la plupart des cas le sucre n'avait pas été recherché, on ne peut donc tenir compte de sa statistique.

Launois et Roy rapportent 16 cas d'acromégalie avec diabète où l'autopsie montra la présence d'une tumeur pituitaire.

Dans les cas de tumeurs de l'hypophyse opérés chirurgicalement que nous avons réuni, la glycosurie est rarement signalée parce que dans la grande majorité des cas les auteurs ont complètement négligé de rapporter tout ce qui dans les observations n'était pas purement chirurgical.

Le diabète hypophysaire s'accompagne de polyurie et de polyphagie ; il est très variable comme intensité mais généralement assez prononcé. Un malade que nous avons observé chez le professeur Widal éliminait d'une façon régulière de 1 000 à 1 200 grammes de sucre par jour.

La question de la cause du diabète dans l'acromégalie est importante au point de vue opératoire. Si le diabète est un symptôme de lésion pancréatique ou hépatique il devient un facteur d'aggravation dans le pronostic opératoire ; si au contraire le diabète est dû à la tumeur hypophysaire l'ablation de la tumeur sera le traitement logique.

Dallemagne, Pineles, Hansemann, ont trouvé des lésions du pancréas et leur attribuent la présence du sucre dans les urines.

Pour la grande majorité des auteurs c'est la tumeur de l'hypophyse qui est la cause du diabète.

Quant à savoir si la glycosurie est due à l'hypersécrétion, à la dysécrétion ou à l'hyposécrétion de l'hypophyse c'est une question encore pendante.

Borchard a pu obtenir la glycosurie d'une façon constante chez les lapins, par injection d'extrait hypophysaire. Caselli a au contraire constaté la glycosurie après ablation de l'hypophyse.

Loeb soutient que la glycosurie est due à la compression du tuber cinereum, où il suppose l'existence d'un centre glycogénique. Caselli confirme la manière de voir de Loeb ayant pu chez un chien déterminer le diabète par la lésion isolée du lobe postérieur de l'hypophyse et du tuber cinereum.

L'accord est donc loin d'être fait, mais ce qui importe c'est que la glycosurie semble bien être en relation directe avec la tumeur hypophysaire et ne constitue pas une contre-indication au traitement chirurgical.

III

Symptômes diffus traduisant l'existence d'une tumeur intracranienne. — Ces symptômes ne mettent sur la voie du diagnostic qu'en attirant l'attention du malade et du médecin sur une affection cérébrale ; ils n'ont rien de particulier dans les tumeurs de l'hypophyse.

La céphalée est le plus constant de ces symptômes ; tantôt légère, tantôt tellement intense qu'elle rend la vie impossible aux malades, continue ou survenant par crises ; généralement diffuse, d'autrefois frontale occipitale ou rétro-orbitaire. Cette céphalée est due probablement à l'hypertension intracranienne et nous verrons combien elle peut être améliorée par l'hypophysectomie.

Elle peut d'ailleurs manquer complètement même avec des tumeurs très volumineuses ayant largement comprimé le cerveau ; Rath et Fuchs en signalent des cas remarquables.

Les vomissements à type cérébral et les vertiges existent mais sont moins constants. Les crises épileptiformes peuvent dans certains cas comme celui de Lecène être très fréquentes et très intenses.

L'état psychique est altéré dans les deux tiers des cas. Shuster qui s'est particulièrement occupé des troubles psychiques dans les tumeurs cérébrales, les a trouvés dans 66,3 p. 100 des tumeurs de l'hypophyse. Ce sont d'ailleurs des troubles très divers sans caractères particuliers ; on a signalé la démence, la confusion mentale, l'excitation, l'euphorie, la mélancolie.

Le pouls présente parfois une accélération qui contraste avec le ralentissement normal dans les tumeurs cérébrales.

Quant à la température, elle est généralement normale; mais dans un cinquième des cas d'après Frankl-Hochwart il y a un léger mouvement fébrile qui ne dépasse pas 38 et que rien n'explique; quelquefois la température est très élevée, elle atteignit 42°4 dans le cas de Landau et 43°8 après la mort.

Par contre on a également signalé un abaissement anormal de la température. Chez un malade de Bartels elle se tint pendant des semaines entre 34 et 36 degrés, chez un malade d'Erdheim elle s'abaissa jusqu'à 33 degrés.

Les trois ordres de symptômes que nous avons passé en revue, et qui existent suivant les cas dans des proportions très variables, permettent en général de faire le diagnostic. Mais les syndromes caractéristiques peuvent faire défaut et souvent on est en présence de formes frustres qui se traduisent seulement par de la céphalée et des troubles visuels plus ou moins marqués. Toutes les fois qu'on pourra soupçonner l'existence d'une tumeur de l'hypophyse il faudra compléter l'examen par une radiographie qui viendra dans l'immense majorité des cas lever tous les doutes. Mais pour que la radiographie donne des renseignements précis, il faut qu'elle soit faite dans des conditions déterminées.

IV

Diagnostic radiographique des tumeurs de l'hypophyse. — C'est Oppenheim qui le premier, en 1899, songea à utiliser la radiographie pour explorer la selle turcique.

En 1903, Béclère publia une étude du radio-diagnostic de l'acromégalie et signala, outre les déformations de la selle turcique, la dilatation quelquefois énorme des sinus et en particulier du sinus frontal, l'épaississement inégal des parois du crâne et la présence du ressaut post-lambdoïdien.

La technique précise et l'interprétation exacte des radiographies de la selle turcique avaient besoin d'être précisées, car jusqu'à présent on n'avait tenu aucun compte des erreurs produites par la mauvaise orientation de la tête et des différences considérables que présentent les selles turciques entre elles à l'état normal. Dans une communication à la Société de neurologie nous avons indiqué, avec M. Infroit, une technique très simple qui permet d'obtenir des radiographies toujours comparables entre elles et nous avons montré combien la selle turcique était variable à l'état normal. Il suffit de regarder les radiographies reproduites ici qui sont empruntées à ma thèse pour se convaincre qu'il n'y a pas qu'un type de selle turcique.

Pour qu'une radiographie de la selle turcique soit valable, il faut que le rayon normal passe le plus près possible de l'axe de la gouttière turcique et que cet axe soit lui-même rigoureusement perpendiculaire à la plaque sensible.

Dans ces conditions, la selle turcique se présente parfaitement de profil; les deux apophyses clinoïdes antérieures et les deux postérieures se superposent respectivement, la lame quadrilatère se présente de champ et le contour de la gouttière est marqué par un trait net et régulier.

Les tumeurs de l'hypophyse emprisonnées primitivement dans la loge hypophysaire vont d'une façon très précoce détruire certains points de la selle turcique et ce n'est qu'exceptionnellement qu'elles se développent d'emblée vers l'encéphale.

Les altérations les plus précoces portent sur les apophyses clinoïdes postérieures et la lame quadrilatère qui est usée peu à peu par la tumeur et finit par se fracturer et disparaître plus ou moins complètement.

Le plancher de la selle turcique est lui aussi rapidement atteint, la lame compacte qui la constitue disparaît et le contour de la selle devient plus clair et irrégulier sur la radiographie.

C'est en avant, vers le sinus sphénoïdal que la tumeur tend à faire hernie dans la majorité des cas, usant le pommeau de la selle, usant et refoulant la paroi postérieure du sinus jusqu'à produire une excavation de la grosseur d'une noix et parfois plus.

Quand la tumeur se développe vers la base de l'encéphale l'orifice supérieur de la selle turcique est agrandi mais non d'une façon constante et la radiographie est impuissante à nous renseigner sur l'existence, le nombre, le volume et la direction des prolongements intracraniens, la clinique est impuissante, elle aussi, à les découvrir et c'est là, comme nous le verrons, le grand point noir de la chirurgie hypophysaire.

Certains auteurs et en particulier Mills et Pfahler ont pu radiographier des tumeurs cérébrales, mais en ce qui concerne les tumeurs de l'hypophyse, je ne connais qu'un seul cas où la tumeur elle-même ait pu être radiographiée; c'est celui de Horsley qui put diagnostiquer un kyste de l'hypophyse avec concrétions calcaires dans la paroi et vérifia le diagnostic à l'intervention.

En cas d'acromégalie, outre les lésions de la selle turcique, on constate sur la radiographie la dilatation des sinus, l'épaississement inégal des os du crâne et le ressaut post-lambdoïdien.

Les tumeurs de l'hypophyse sont, on le voit, les plus faciles à diagnostiquer des tumeurs cérébrales; grâce aux symptômes multiples qui les accompagnent et grâce à la radiographie qui permet d'affirmer le diagnostic.

Elles sont d'un pronostic très grave et livrées à elles-mêmes entraînent la mort à plus ou moins brève échéance, après avoir fait horriblement souffrir les malades et les avoir aveuglés.

Toutes les audaces thérapeutiques sont donc permises en présence de cas aussi désespérés.

V

Traitement. — Contre les tumeurs de l'hypophyse les ressources thérapeutiques sont de trois ordres:

L'opothérapie, la radiothérapie, le traitement chirurgical.

1° L'*opothérapie* que Marinesco tenta le premier en traitant trois malades par des tablettes de corps pituitaire n'a rien donné, elle a même aggravé les

symptômes acromégaliques chez une malade de Rénon et Delille.

D'ailleurs, ce traitement n'est pas logique, car s'il peut améliorer les troubles causés par la viciation de la sécrétion hypophysaire il ne peut espérer faire rétrocéder la tumeur qui comprime les voies optiques et augmente la tension intracranienne.

Je ne crois donc pas à l'avenir de l'opothérapie thyroïdienne, ovarienne ou hypophysaire.

2° *La radiothérapie.* — Elle fut tentée en 1907 par Gramégna et l'année suivante par Béclère.

Gramégna obtint des résultats à peu près nuls en faisant des irradiations par voie buccale.

Béclère fit des irradiations par voie fronto-temporale et obtint l'amélioration des troubles visuels. La thèse de son élève Jaugeas est consacrée à la malade qui fut traitée par ce procédé et celui-ci conclut que « en raison de l'action nécessairement incomplète et purement palliative du traitement chirurgical la radiothérapie doit toujours lui être préférée ».

C'est là une conclusion un peu rapide, elle est tout au moins inexacte en ce qui concerne les résultats du traitement chirurgical. Nous verrons que la chirurgie de l'hypophyse compte à son actif de très beaux succès et que ce ne sont pas des résultats éphémères.

3° *Le traitement chirurgical.* — Il peut être palliatif ou curatif.

Palliatif, il se contente de diminuer la pression intracranienne par un volet de décompression ou l'incision de la dure-mère qui enveloppe la tumeur.

Curatif, c'est l'hypophysectomie.

La première tentative d'hypophysectomie fut pratiquée par Caton et Paul en 1893.

Ils se proposaient d'opérer par voie temporale en deux temps, mais ils ne purent pratiquer que la taille du volet.

C'est Giordano qui, en 1898, proposa le premier d'aborder l'hypophyse non plus par voie intracranienne mais par voie transphénoïdale en passant par les fosses nasales.

Schloffer, en 1907, pratiqua la première hypophysectomie. Ce fut un succès opératoire, mais le malade mourut deux mois et demi après l'opération d'hydrocéphalie, la tumeur avait dépassé les limites de la selle turcique et était inopérable.

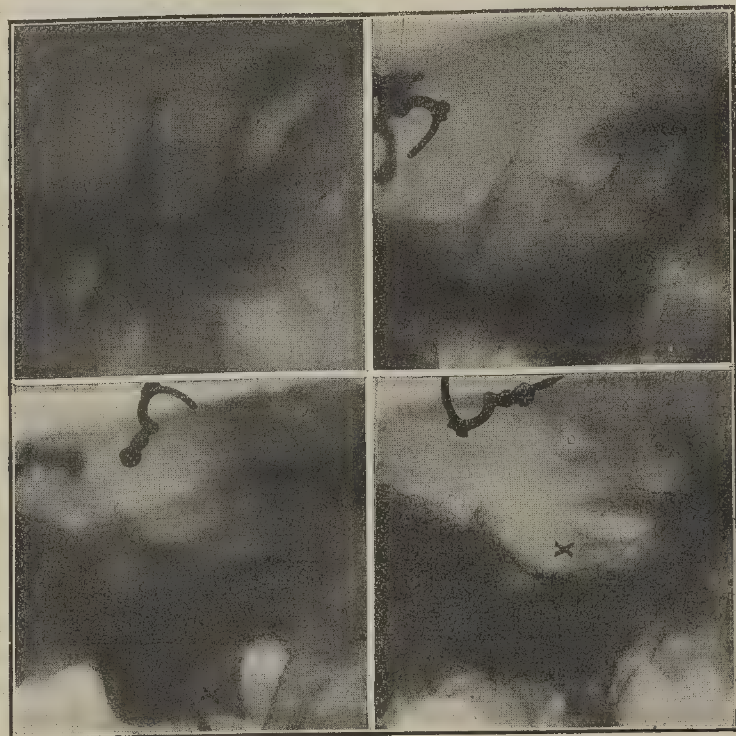
Depuis, les hypophysectomies se sont multipliées et j'ai pu en réunir 41 cas.

Sur ces 41 hypophysectomies, une seule a été pratiquée en France par Lecène.

La chirurgie de l'hypophyse est d'ailleurs encore peu connue chez nous. Auvray est le premier qui en fait mention dans le *Traité* de Le Dentu et Delbet; Proust publia ensuite un excellent article dans le *Journal de chirurgie*; Pierre Delbet présenta, au Congrès de Bruxelles, une série de pièces expérimentales sur les voies d'abord de l'hypophyse; enfin Lecène pratiqua une hypophysectomie.

C'est peu si l'on compare cela à la quantité de travaux parus sur cette question à l'étranger.

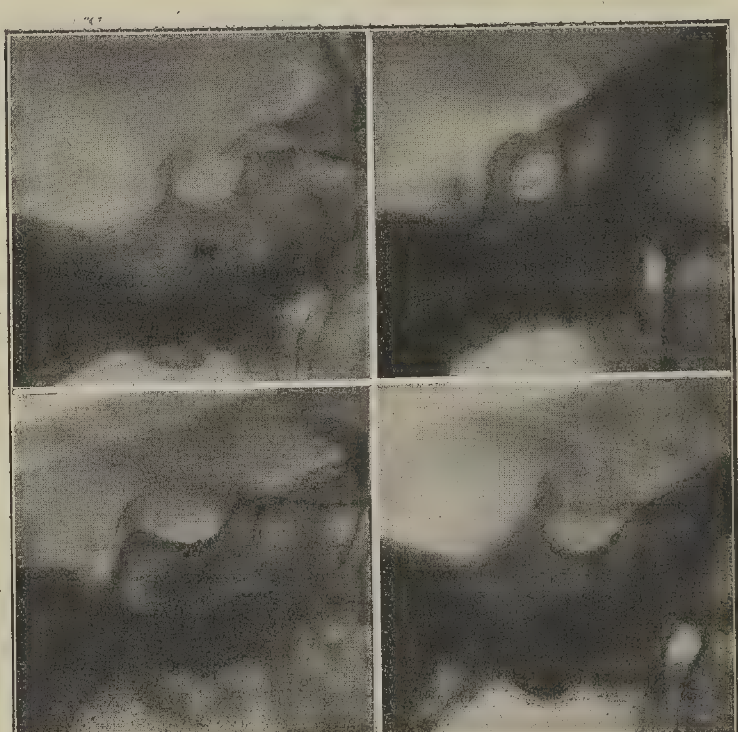
1 2



3 4

FIG. 1. — 1. Selle turcique normale (radiographie prise sur le vivant). 2, 3, 4. Selles turciques d'acromégaliques.

1 2



3 4

FIG. 2. — 1. Type normal. — 2. Type fermé. — 3. Type ouvert. 4. Anomalie. Soudure d'une apophyse clinoïde antérieure à la postérieure.

Parmi ces 41 hypophysectomies, 2 ont été pratiquées par voie intra-cranienne et 39 par voie extra-cranienne, la plupart par voie nasale.

Il nous faut étudier successivement :

Le choix d'une méthode ;
La technique à suivre ;
Les résultats de l'hypophysectomie.

A. *Choix d'une méthode.* — Faut-il enlever l'hypophyse par voie endocranienne ou par voie extracranienne ?

La voie intracranienne ne présente que deux avantages, d'ailleurs bien théoriques. La possibilité d'opérer aseptiquement et d'enlever les prolongements intracraniens.

L'asepsie est certainement beaucoup plus sûre par la voie intracranienne, à condition toutefois de ne pas ouvrir le sinus frontal et de ne pas effondrer le plafond du sinus sphénoïdal, quelquefois si mince, en curettant la tumeur ; à condition aussi de n'avoir pas de méningite opératoire si fréquente, on le sait, dans les opérations sur l'encéphale.

Quant à la possibilité d'enlever les prolongements intracraniens, elle est illusoire. Les prolongements, quand ils existent, sont inaccessibles, infiltrés dans le troisième ventricule et le sinus caverneux au-dessus des ressources chirurgicales.

Donc un seul avantage, l'asepsie incontestablement plus sûre. Mais que d'obstacles.

Il me paraît impossible, quelle que soit la voie employée, temporo-frontale, temporale ou frontale, de pouvoir enlever la tumeur hypophysaire sans blesser le chiasma qui repose sur la tente de l'hypophyse et sans sectionner la tige pituitaire, ce qui est un accident grave, puisque, pour Paulesco, il donnerait les mêmes symptômes que l'hypophysectomie totale et entraînerait la mort.

La voie transphénoïdale expose davantage aux complications septiques ; mais il ne faut pas exagérer le danger.

La cage dure-mérienne qui entoure l'hypophyse ne communique avec la boîte cranienne que par un tout petit orifice qui laisse juste passer la tige pituitaire, c'est un cul-de-sac isolé comparable au cul-de-sac de Douglas. Une hypophysectomie transphénoïdale ne risque guère plus de donner une méningite généralisée qu'une colpotomie une péritonite généralisée. Et, de fait, il n'y a que trois cas de mort par infection, deux malades d'Eiselsberg morts de méningite généralisée parce que, opérés avec un catarrhe nasal aigu et malgré l'avis des rhinologistes, et le malade de Lecène mort le trente-sixième jour d'un abcès dans le reste de la tumeur.

Par la voie transphénoïdale la tumeur qui bombe le plus souvent dans le sinus est facilement accessible, le choc opératoire est beaucoup moindre et surtout on ne risque pas de léser le chiasma et la tige pituitaire à moins de faute de technique.

La voie transphénoïdale est donc le procédé de choix. Mais pour atteindre le sinus sphénoïdal on peut suivre des voies multiples. On a tout proposé, mais deux méthodes seulement restent actuellement en présence :

La voie nasale et la voie endo-nasale qui sont les plus économiques.

La voie nasale est celle qui a été suivie dans la grande majorité des cas, la voie endo-nasale n'a été employée que par Hirsch, qui a pratiqué avec cette technique 9 interventions sur l'hypophyse, 2 fois il s'est contenté de ponctionner un kyste, 2 fois il a fait une simple incision de la dure-mère, 5 fois il a fait une hypophysectomie et sur ces 5 cas il a eu deux morts.

La voie endo-nasale consiste à aborder la tumeur par les fosses nasales sans faire de rhinotomie. Hirsch opère *à l'anesthésie locale*, fait une résection sous-muqueuse de la partie antérieure de la cloison, enlève complètement la partie postérieure, résèque les deux cornets supérieurs et arrive ainsi sur le sinus sphénoïdal dont il résèque la cloison, puis effondre la paroi postérieure. Cette intervention demande une grande habitude de la chirurgie du nez, la voie est étroite et un peu aveugle ; Hirsch est le seul qui l'ait employée, tous les autres ont suivi la voie nasale qui est la technique de choix.

B. *Technique de l'hypophysectomie par voie nasale.* — Nous ne pouvons que la décrire très rapidement.

Avant l'opération préparer très soigneusement le champ opératoire par des injections nasales d'huile goménolée ou résorcinée.

Anesthésie générale.

Trachéotomie avec la canule trocart de Butlin et tamponnement du larynx.

Désinfection des fosses nasales à la teinture d'iode diluée.

Rhinotomie à la manière d'Ollier, résection de la cloison jusqu'au bord postérieur du vomer ; curettage des fosses nasales surtout au niveau du plafond où les cellules ethmoïdales doivent être soigneusement enlevées en évitant d'effondrer la lame criblée.

Ouverture du sinus sphénoïdal et résection de la cloison du sinus.

La paroi postérieure du sinus repoussée par la tumeur est effondrée à la curette ou au ciseau.

Incision de la dure-mère.

Curettage de la tumeur dont on enlève avec précaution tout ce qu'on peut sans craindre de faire une opération trop large, car Paulesco a montré qu'il suffit de fragments *histologiques* de l'hypophyse pour éviter les accidents mortels consécutifs à l'hypophysectomie totale.

Drainage de la selle turcique et tamponnement des fosses nasales.

Remettre le nez en place et le suturer.

L'hémorragie assez abondante au cours de l'opération est arrêtée par des tamponnements serrés à l'adrénaline.

Il faut éviter la blessure du sinus caverneux et du chiasma.

Les suites opératoires sont généralement simples, il faut faire lever les malades le plus tôt possible pour éviter les complications pulmonaires, les mèches sont enlevées le troisième ou le quatrième jour. Le drain laissé de six à huit jours.

C. *Résultats de l'hypophysectomie.* — La chirurgie

de l'hypophyse est encore grevée d'une lourde mortalité.

J'ai pu réunir 43 cas d'interventions sur l'hypophyse. Ces 43 interventions se décomposent ainsi :

39 hypophysectomies par voie extracranienne, dont 32 par voie nasale,
7 par voie endo-nasale,
2 hypophysectomies par voie intracranienne,
2 incisions de la dure-mère hypophysaire par voie endo-nasale.

Les 39 hypophysectomies extracraniennes ont donné 15 morts, donc 38,9 p. 100.

13 morts pour les 32 opérations nasales, 40,6 p. 100,
2 morts pour les 7 opérations endo-nasales 28,5 p. 100.

Les 2 hypophysectomies intracraniennes ont donné 2 morts, 100 p. 100.

Les 2 incisions de la dure-mère hypophysaire n'ont donné aucun cas de mort.

Les statistiques brutes n'ont qu'une signification très restreinte surtout quand il s'agit d'une chirurgie neuve où les meilleurs chirurgiens sont des apprentis. Trois chirurgiens de Vienne, von Eiselsberg, Hochenegg et Hirsch ont à eux seuls pratiqué plus de la moitié des hypophysectomies et ce sont leurs statistiques qui sont les plus instructives, ce sont elles qui nous donnent les chiffres les plus proches de la réalité.

Von Eiselsberg a pratiqué 12 hypophysectomies avec 4 morts, 33 p. 100, Hochenegg 4, 1 mort, 25 p. 100, Hirsch 7, 2 morts, 28,5 p. 100.

On voit de suite que les opérations endo-nasales pratiquées par Hirsch perdent leur supériorité quand on serre de plus près la question et qu'entre des mains expérimentées la voie nasale n'a pas une mortalité plus considérable, or elle est à la portée de tous et permet de voir clair.

Sur les 15 cas de mort, 12 ont suivi de près l'intervention, 4 sont survenues plus tardivement : le trente-sixième jour (Lecène), après deux mois et demi (Schloffer), trois mois et demi (Bodé), huit mois (Hirsch).

Voici les causes de mort incriminées :

Méningite suppurée.	2	Eiselsberg.
Abcès du cerveau..	1	Lecène.
Hydrocéphalie	2	Kocher. Schloffer.
Coma diabétique...	1	Moscowicz.
Collapsus cardiaque.	1	Hochenegg.
Pneumonie	2	Smoler. Hirsch.
Hémorragie........	1	Hirsch.
Parotidite suppurée.	1	Bode.
Cause non indiquée.	4	Halstead. Woekler. Eiselsberg 2.
	15	

Il est à remarquer que dans tous les cas de mort, sauf 1 (Eiselsberg), la tumeur était inopérable, ayant formé des prolongements intracraniens.

Les 2 cas de méningite d'Eiselsberg auraient pu être évités si on n'avait opéré les malades en période de catarrhe nasal aigu et contre l'avis des rhinologistes. Les 2 cas de pneumonie sont dus à une faute de technique, on avait négligé de faire la trachéotomie préalable et le tamponnement du larynx. Le cas de mort par hémorragie est imputable à la voie endo-nasale qui ne permet pas de voir clair.

Ceci nous permet de supposer que la mortalité opératoire baissera beaucoup avec une technique plus sûre et lorsqu'on opérera les tumeurs avant qu'elles aient poussé des prolongements intracraniens.

Quels sont maintenant les résultats thérapeutiques?

Ils sont surprenants.

Dans aucune observation l'opération n'a pas donné de résultats. La céphalée est très améliorée ou disparaît complètement. Les troubles visuels sont eux aussi améliorés, mais à un degré moindre, et cela se conçoit, car souvent les lésions sont définitives. Ce qu'il y a de plus extraordinaire, ce sont les résultats de l'hypophysectomie en ce qui concerne les symptômes de l'acromégalie et le syndrome de Frölich.

Dans tous les cas d'acromégalie, on assiste à une régression parfois invraisemblable des déformations.

Cette régression se fait avec une rapidité extrême dès le cinquième ou sixième jour après l'intervention. La face, les pieds, les mains reprennent un aspect presque normal, les règles reparaissent.

Dans le syndrome de Frölich, l'adiposité diminue (20 kilogs dans un cas d'Eiselsberg), les érections reviennent, les poils anormaux tombent chez la femme, ils poussent au contraire chez l'homme encore glabre.

Ces résultats ne sont pas éphémères. Ils se maintenaient encore après :

Deux ans...............	Hochenegg.
Deux ans neuf mois.....	Eiselsberg.
Deux ans trois mois.....	Eiselsberg.
Quatorze mois..........	Eiselsberg.
Trois mois.............	Borchardt.

Il n'y a que 3 cas de récidive signalés après :

Six mois...............	Hochenegg.
Huit mois..............	Hirsch.
Trois mois	Bode.

Ces deux derniers malades furent opérés une seconde fois et moururent de l'opération.

Il est bien probable que ces 3 cas ne sont pas les seuls, étant donné qu'on ne peut jamais affirmer que l'opération a été complète et que l'on ignore s'il existe des prolongements intracraniens. Il faut compter aussi avec la malignité possible des tumeurs de l'hypophyse, et jusqu'à présent leur classification histologique est tellement obscure qu'on ne peut rien conclure de précis d'après leur structure.

Les résultats actuels de la chirurgie de l'hypophyse sont très encourageants et ils s'amélioreront certainement beaucoup, à mesure que les chirurgiens acquéreront l'expérience de l'hypophysectomie, et surtout lorsqu'on opérera les tumeurs au début.

Il faut pratiquer l'hypophysectomie par voie nasale aussitôt le diagnostic posé; mais à une condition,

c'est que la radiographie permette de constater un agrandissement de la selle turcique vers le sinus sphénoïdal.

Si la tumeur se développe d'emblée vers l'encéphale, la chirurgie ne peut plus faire que des opérations purement palliatives : volet de décompression ou incision de la dure-mère hypophysaire par voie endo-nasale à la manière de Hirsch.

BIBLIOGRAPHIE

Voir TOUPET. *Chirurgie de l'hypophyse*, Th. de Paris, juillet 1911, et ajouter : BODE. *Deut. Zeit. f. Chir.*, mai 1911, Bd. CIX, s. 480. — CHIARI. *Wien. klin. Woch.*, 29 juin 1911, n° 26, p. 955. — EISELSBERG. *Wien. klin. Woch.*, 1910, n° 50, p. 1821 ; — *Id.*, 1911, n° 27, p. 995. — HILDEBRAND. *Wien. klin. Woch.*, 1910, n° 41, p. 1429. — HIRSCH. *Wien. klin. Woch.*, 1910, n° 25, p. 955 et 1578 ; — *Id.*, 19 janv. 1911, n° 3, p. 109 ; — *Id.*, 22 juin 1911, p. 923. — HOCHENEGG. *Wien. klin. Woch.*, 6 juillet 1911, p. 995. — ROSE. *Chirourguia*, 1910, n° 160, p. 96 ; anal. in *Journ. Chir.*, mars 1911, p. 289. — SMOLER. *Wien. klin. Woch.*, 28 oct. 1909, n° 43, p. 1489.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1912)

M. LE PRÉSIDENT, en annonçant la mort de lord Lister, rappelle les éminents services qu'il a rendus à la chirurgie.

Luxation irréductible du pouce. — M. MOTY rappelle avoir présenté, en 1898, un procédé de réduction de luxation du pouce à l'aide de la flexion forcée de la main sur le poignet.

MM. KIRMISSON et BROCA estiment qu'il n'y a qu'un procédé vraiment efficace de luxation du pouce ; c'est le procédé que nous a enseigné Farabeuf.

Malformation génito-urinaire congénitale. — M. PAUCHET (d'Amiens) communique une intéressante observation de cure d'une malformation génito-urinaire congénitale ; abouchement de l'intestin et de la vessie dans le vagin ; absence d'urètre et d'anus ; incontinence urinaire et fécale. Guérison. Il s'agit d'une jeune fille de seize ans, dont le périnée est représenté par un canal unique, véritable cloaque où débouchent l'intestin, la vessie et les deux vagins ; là se mêlaient les matières fécales, l'urine et les menstrues. Pas d'anus périnéal ; pas d'urètre, pas de sphincter ; incontinence fécale et vésicale continue et absolue. L'enfant porte un appareil qui collecte nuit et jour les fèces, l'urine et les règles.

Diarrhée fréquente, érythème pénible sur les cuisses et le périnée dû à la souillure constante par les matières et l'urine.

Inspection du périnée : orifice vulvaire ovalaire, unique ; il y a deux vagins et deux cols utérins ; les deux vagins sont séparés par un éperon. Aux extrémités antérieure et postérieure de l'éperon on voit en avant l'orifice vésical, et en arrière l'orifice anal. Ces deux orifices sont à trois centimètres de la vulve ; il n'y a pas d'urètre. L'électrisation du périnée fait constater les contractions d'un muscle constricteur qui entoure l'orifice du cloaque.

Première opération. Libération du rectum ; création d'un anus avec sphincter. Le sphincter a été créé à l'aide du tiers postérieur du constricteur vulvaire. Le résultat a été la formation d'un véritable périnée et d'un anus continent.

Deuxième opération. Création d'un urètre. Deux incisions transversales au niveau du vestibule libèrent un pont musculo-muqueux au-dessous duquel le col vésical est amené après avoir été libéré.

Bon résultat. La malade ne porte plus d'appareil collecteur. L'incontinence d'urine est supprimée pendant le jour ; elle ne se reproduit que pendant le sommeil ; le succès est donc presque complet.

Relation de l'appendicite avec la dysenterie amibienne. — M. OMBRÉDANNE fait un rapport sur un travail de M. Leroy des Barres (d'Hanoï). Il résulte des recherches de M. Leroy des Barres qu'il n'existe jamais d'infection amibienne de l'appendice sans infection préalable concomitante ou consécutive du côlon. Voici une première observation. Homme de trente-quatre ans, présentant tous les symptômes d'une crise d'appendicite. Traitement médical ; dix jours après, dysenterie amibienne. Dans un second cas, l'appendicite a coexisté avec la dysenterie et, ce malade ayant été opéré, on en a eu la preuve ; on a trouvé un appendice perforé et un abcès péri-cæcal. Dans un troisième cas l'appendicite a été consécutive à une crise aiguë de dysenterie. Dans ces cas, l'appendicite n'existe pas en tant que complication isolée de la dysenterie. Quels sont donc les agents microbiens de ces appendicites ? M. Leroy des Barres pense que l'infection appendiculaire est, comme celle du côlon, d'origine purement amibienne. Mais il n'en donne pas la preuve.

Au point de vue étiologique, l'auteur admet une malformation de l'appendice. M. Ombrédanne ne croit pas à cette malformation de l'appendice.

Quant au traitement, selon M. Leroy des Barres, il faut s'abstenir de toute intervention dans les cas douteux ; mais en cas d'appendicite très nette, même légère, survenant au cours d'une dysenterie grave, il faut intervenir. Il propose même, dans ces cas, l'ouverture du cæcum au thermocautère.

Gangrène génitale d'origine dystocique. — M. MORESTIN fait un rapport sur une observation adressée par M. Potel (de Lille). Voici le résumé de cette intéressante observation : jeune femme primipare, dystocique, rupture prématurée des membranes, présentation par le siège, membranes infectées, température à 38°5, pouls à 140, pas d'urine.

Le médecin accoucheur essaye, en vain, une application de forceps, il cherche à appliquer un crochet sur le pli de l'aine, d'attirer un pied ; toutes ces tentatives échouent. L'enfant étant mort, il cherche à pratiquer l'évidement de la tête, il fait la basiotripsie, enfin il arrive à extraire l'enfant. Le périnée ayant été complètement déchiré il le répare de son mieux. Les sutures ne tiennent pas ; il se fait un sphacèle étendu du vagin, des perforations vésico et recto-vaginales. Enfin deux mois après, cette malade entre dans le service de M. Potel ; toute la zone génitale est dans un état déplorable ; l'urètre est détaché de la vessie ; le bas-fond vésical a disparu ; on est en présence d'un cloaque où s'accumulent l'urine, les matières fécales, des concrétions épaisses. Une bride fibreuse sépare ce cloaque vaginal en deux parties ; il y a un calcul dans la vessie ; la matrice est éliminée presque en totalité ; il n'en reste qu'un moignon insignifiant. La brèche faisant communiquer le rectum avec le cloaque est énorme ; il n'y a, pour ainsi dire, plus de vagin. Après avoir procédé à la désinfection de ce cloaque, coupé la bride fibreuse le séparant en deux, enlevé le calcul de la vessie et les concrétions calcaires de toutes sortes, M. Potel procède à la réparation. Il libéra la vessie en avant, la disséqua sur ses deux côtés et arriva ainsi à décoller toute sa face antérieure. Il ferma latéralement les deux côtés de la vessie, libéra un fragment d'urètre qui restait, le sutura à la vessie et consolida cet abouchement en y apportant le petit moignon qui restait de l'utérus. Puis il refit le rectum, l'ampoule rectale et l'anus. Il mit une sonde à demeure. Les sutures vésicales ont bien tenu ; celles de l'intestin ont cédé sur une étendue de 2 centimètres. Deux mois après, il ne restait qu'une petite fistule rectale et une fis-

tulette vésico-vaginale qui furent bouchées. La malade guérit. Les fonctions rectales sont parfaites. Quant aux fonctions vésicales elles présentent une incontinence intermittente. Restent les fonctions génitales. Comment s'accomplissent-elles? M. Morestin voudrait bien le savoir. Des notions précises manquent à cet égard. Qu'est devenu le vagin? On ne le dit pas.

M. Morestin examine en détail cette observation et, tout en louant M. Potel de ce beau succès, il fait quelques critiques. Il pense qu'il aurait mieux valu intervenir en deux temps. Ce qui lui paraît particulièrement intéressant dans le procédé employé par M. Potel, c'est le décollement de la vessie en avant. C'est là une manœuvre fort heureuse.

Subluxation volontaire de la hanche. — M. Ombrédanne présente une jeune fille qui produit à volonté une subluxation de sa hanche gauche avec un gros bruit trochantérien.

Syphilome de la parotide. — M. Morestin présente un malade qui portait une tumeur de la parotide avec des ganglions cervicaux présentant tout à fait l'aspect d'une tumeur maligne. Un examen attentif du malade permit de reconnaître que ce qu'on prenait pour des ganglions était une gomme musculaire : injection de bi-iodure de mercure, guérison complète en trois semaines.

M. Arrou a observé une tumeur analogue sur la région du masséter. Dans le doute, il eut recours au mercure et la guérison fut très rapide.

M. Sébileau fait observer que les syphilomes musculaires, tels que celui dont vient de parler M. Arrou, sont assez fréquents. Mais les syphilomes purement parotidiens sont très rares.

M. Michaux rappelle avoir, dans sa thèse sur les sarcomes de la parotide, insisté sur ces deux caractères : le relèvement du lobe de l'oreille et la douleur.

Traitement des arthrites tuberculeuses par le chlorure de zinc. — M. Walther présente plusieurs malades qui étaient atteints de tumeurs blanches graves et qui ont été guéris par des injections périphériques de chlorure de zinc jointes au grattage et au curettage.

Fracture comminutive du bras par balle de fusil. — M. Ferraton présente un jeune officier de l'armée coloniale qui avait reçu une balle de fusil Lebel dans le bras.

Fracture comminutive, accidents consécutifs graves. Traitement de la fracture, incisions multiples, ablation d'esquilles, etc. Restait une paralysie complète du membre par destruction du radial. Huit mois après la guérison des accidents, suture du radial, retour complet des mouvements du bras et de la main.

M. Quénu félicite M. Ferraton de ce très beau résultat qu'il a obtenu surtout parce qu'il a attendu assez longtemps avant de pratiquer la suture du nerf.

VARIÉTÉS

LE JOURNALISME MÉDICAL FRANÇAIS JUGÉ PAR UN ITALIEN

Au mois de novembre dernier, le docteur Marco Luzatto (de Padoue), appelé à ouvrir la session 1911-1912 de l'Ecole de médecine pratique fondée par le professeur Minich, consacrait cette séance inaugurale à l'étude du journalisme médical.

Après avoir étudié le rôle que doit jouer la presse médicale dans l'évolution du mouvement scientifique, le docteur Luzzatto examine quelle a été dans le passé et quelle est à l'heure actuelle la situation du journalisme médical dans chaque pays. Il serait certes fort intéressant de reproduire en entier toute cette étude, mais la place nous manque, et nous nous bornerons à traduire ici ce qui est relatif à la France, renvoyant, pour le reste, les lecteurs à la *Rivista veneta di scienze mediche* du 15 janvier 1912, fasc. 1.

« En France aussi le journalisme médical revendique d'anciennes et glorieuses traditions : la *Gazette médicale de Paris* remonte au début du XIXe siècle, la *Gazette des hôpitaux*, toujours très florissante (floridissima) à l'heure actuelle, s'enorgueillit de quatre-vingt-quatre années d'existence, la *Revue de médecine* et la *Revue de chirurgie*, la *Semaine médicale*, celle-ci certainement un des journaux médicaux les plus répandus dans le monde, se font gloire de trente ans de publication ininterrompue et très importante.

La littérature médicale française se distingue de l'allemande surtout par la prédominance de la clinique proprement dite sur la médecine scientifique et de laboratoire. Ce fait est certainement dû à plusieurs causes, à savoir le tempérament plus synthétique qu'analytique de la race, l'exemple et l'influence des grands cliniciens dont les premiers entre tous furent Laënnec, Trousseau et Charcot, enfin, l'abondante production hospitalière. Alors, en effet, que jusqu'à il y a peu d'années le labeur scientifique allemand provenait presque tout entier des instituts universitaires, par contre, depuis le début du XIXe siècle, les hôpitaux de Paris devinrent des centres d'étude clinique, sévère et attrayante tout à la fois..........

Cet esprit clinique qui inspire toute la littérature médicale française nous oblige à rechercher soigneusement dans les journaux qui en font partie tout ce qui a trait aux distinctions les plus subtiles dans le domaine de la nosographie et de la séméiotique physique. Personne, mieux que les Français, n'est capable de reconnaître les caractéristiques d'un nouveau syndrome morbide ou de ses variétés, personne, mieux qu'eux, ne sait les présenter de façon parlante, un peu schématique peut-être, mais claire, facile, accessible à tous. Nous citerons comme preuves les nombreux syndromes cliniques si magistralement dessinés par Charcot et plus récemment par Pierre Marie, tandis que dans le domaine de la séméiotique une attirante et merveilleuse simplicité caractérise la découverte du signe de Babinski et le séro-diagnostic de Widal.

Tout naturellement, cette tendance se manifeste surtout dans les Revues qui paraissent dans le courant de chaque semaine, parmi lesquelles trônent la *Semaine médicale*, la *Presse médicale*, la *Gazette des hôpitaux*. Ces journaux savent associer aux comptes rendus des sociétés savantes, aux revues synthétiques qui constituent la *mise au point* (sic) d'une question, des mémoires originaux qui souvent sont de véritables prémices scientifiques. Nous ne signalerons dans cet ordre d'idées que l'article révolutionnaire de Pierre Marie sur les aphasies, paru dans la *Semaine médicale* et qui fut suivi de la vive et intéressante polémique avec Déjerine.

Ces périodiques, du reste, ne se refusent pas à traiter sérieusement le côté social de la médecine, et ils savent le faire avec cette grâce inimitable qui fait partie intégrante de l'esprit et de la langue de nos frères latins. Quiconque a lu les très spirituelles causeries, souvent bourrées d'anecdotes, de cette *Union médicale*, injustement disparue depuis quelques années, en a certainement gardé l'agréable souvenir. Et aujourd'hui encore on lit très volontiers les *actualités* de la *Presse médicale* quoiqu'elles soient parfois un peu trop portées au nationalisme ou au chauvinisme (1).

Au cours des vingt dernières années le journalisme médical français a nécessairement perdu un peu de cet exclusivisme clinique qui le mettait à part, et les recherches de laboratoire ont été mises à leur place légitime. Et c'est ainsi qu'en peu de temps ont vu le jour des *archives*, lesquelles acquièrent peu à peu une importance voisine de celle présentée par les archives allemandes. Les *Annales* et le *Bulletin de l'Institut*

(1) Nous n'hésitons pas à reproduire cette critique de notre confrère italien parce que nous la considérons, quant à nous, comme un éloge. (N. du Trad.)

Pasteur sont désormais classiques et indispensables à quiconque s'occupe de bactériologie; les *Comptes rendus de la Société de biologie* constituent une mine de faits nouveaux dans le champ expérimental, de même que le *Bulletin de la Société anatomique*, classique lui aussi et très ancien, renferme une immense documentation anatomo-pathologique. Le *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, les *Archives de médecine expérimentale* traduisent la tendance vers une production rigoureusement moderne et scientifique. Et désormais, grâce à Hayem, Dieulafoy, Vaquez, Labbé, Sabrazès, Letulle et tant d'autres, parmi lesquels il ne faut point oublier les vieux maîtres Cornil, Ranvier et Malassez, on peut dire qu'en France l'antique tendance clinique s'est harmonieusement accommodée avec les nouvelles tendances scientifiques. Seule, la chimie physiologique et pathologique, à part quelque louable exception, est encore bien loin du large et puissant développement qu'elle a déjà acquis en Allemagne.

La France excelle par contre dans le domaine de la neurologie. Charcot n'a pas laissé seulement une œuvre monumentale; il a créé encore une école, et ses élèves, Pierre Marie, Déjerine, Raymond, Babinski, pour n'en citer que les sommités, continuent, celui-ci dans un sens, celui-là dans un autre, à maintenir resplendissant le flambeau transmis par le maître. Et cela se révèle aussi dans le journalisme technique........

La *Revue neurologique* peut lutteravec les meilleurs « Centralblätter » d'outre-Rhin, si même elle ne leur est pas supérieure, et je ne crois pas qu'il y ait rien d'égal dans une autre littérature, à cette merveilleuse *Iconographie de la Salpêtrière* où revit l'esprit de Charcot dans l'association du charme de l'artiste avec le sérieux du savant, où la recherche historico-artistique et une subtile maîtrise de reproduction photographique extrêmement fine nous permettent de faire de la clinique rétrospective parmi les tableaux et les statues. »

Nous arrêtons là cette citation, déjà longue, que l'auteur termine par une appréciation peut-être exagérée de la prédominance de la presse médicale parisienne sur celle de la province. Il est toujours intéressant de savoir ce que les étrangers pensent des productions scientifiques de notre pays, et c'est pourquoi nous avons tenu à mettre ces lignes sous les yeux de nos lecteurs. A. GAULLIEUR L'HARDY.

PRATIQUE MÉDICALE

LA TOUX ET L'OPIUM

Par M. TRABEL.

L'opium reste toujours le remède sédatif de la toux et il n'y a pas de formule qui puisse se passer de lui. Les bromures, les solanées, le droséra, la lobélie ont leurs indications mais trouvent le plus souvent leur activité dans l'opium qu'on leur ajoute.

Le réflexe tussigène, quelle que soit son origine, respiratoire (bronchique, laryngée, pulmonaire, nasale) ou sympathique (hystérique, gastrique, utérine, hépatique) est rapidement influencé par la codéine et la morphine.

Beaucoup de praticiens utilisent l'extrait thébaïque ou le sirop diacode, d'autres la dionine, l'héroïne. Cette divergence dans les opinions ou, si l'on préfère, cette diversité dans l'utilisation thérapeutique d'une même médication, ne s'explique pas seulement par le grand nombre des formes médicamenteuses qu'elle revêt, mais surtout par ce fait que ni l'un ni l'autre de ces remèdes ne remplit seul les conditions requises par un puissant sédatif de la toux sans inconvénients et de longue durée.

Or, l'introduction récente, à la suite de plusieurs communications scientifiques et de différentes thèses, du Pantopon en médecine, semble être un perfectionnement apporté à la médication opiacée de la toux.

Le Pantopon, en effet, est l'opium total, soluble, pur, rigoureusement préparé, injectable, de constitution constante et « n'ayant pas d'action secondaire quelle que soit la voie de son introduction ». Ses effets sur la toux sont rapides, constants et très énergiques. Quelle que soit l'origine du réflexe tussigène et qu'il s'agisse de toux quinteuse spasmodique ou de toux banale, deux à quatre cuillerées à soupe par jour de Pantopon sirop suffisent à l'arrêter; chaque dose renferme un centigramme de principe actif. On a signalé des cas où des tuberculeux ont pu absorber pendant deux et trois mois, sans arrêt, une dose de deux cuillerées à soupe par jour sans ressentir aucune euphorie, aucune accoutumance, aucun effet secondaire, pas même de la constipation, et la toux de ces malades était calmée à la fin comme au début du traitement.

Quand il existe des hémoptysies, et à la période cavitaire, lorsque les secousses de la toux favorisent la rupture des vaisseaux ou des anévrismes de Rasmussen, l'absorption de trois et même quatre cuillerées à soupe par vingt-quatre heures arrête l'hémorragie. Les malades reposent et n'éprouvent pas au réveil la céphalalgie habituelle.

L'opium total est donc le remède véritable de la toux parce que son action est constante, sans accoutumance, parce que sa toxicité est diminuée et parce que, sans effets fâcheux sur l'estomac et l'intestin, il est peut-être plus puissant que n'importe quel autre opiacé.

Les observations relevées dans les services des professeurs Landouzy, Albert Robin, Courmont, Lyonnet, Sicard, Lereboullet, Morel-Lavallée, Laffitte confirment ces constatations.

On peut, chez les enfants, utiliser le Pantopon (sirop) contre la toux laryngée, la coqueluche, les bronchites, et à la dose d'une à quatre cuillerées à café par jour, il est sans dangers.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'HYPOSYSTOLIE

Un granule à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution au millième pendant 4 ou 5 jours. Interrompre 8 à 15 jours, puis reprendre. Les doses de 1/10 de milligramme poursuivies 10 jours et interrompues 10 jours sont encore préférables.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas pour l'étude clinique de la trachéo-bronchoscopie d'après Killian, 20 planches en couleurs d'après des préparations anatomo-pathologiques, provenant de cas examinés pendant la vie à l'aide de la trachéo-bronchoscopie, par M. MANN, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital municipal de Dresde-Friedrichstadt; traduction par le docteur S. LAUTMANN, des Facultés de Paris et de Vienne. 1 vol. in-folio, cartonné, dos toile. — Prix : 27 fr. 50. — Paris, O. Doin et fils.

Les Cavités péri-nasales chez l'enfant, reproduction photographique, grandeur nature, de 102 préparations, par le professeur docteur A. ONODI, directeur de la Clinique rhino-laryngologique de l'Université de Budapest; préface du professeur docteur W. WALDEYER, directeur de l'Institut anatomique de Berlin; traduction française par le docteur LAUTMANN, des Facultés de Vienne et de Paris. 1 vol. gr. in-8° jésus, cartonné, avec 102 planches hors texte. — Prix : 25 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 21. — MARDI 20 FÉVRIER 1912. 85e ANNÉE. MARDI 20 FÉVRIER 1912. — N° 21.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE — Reims. — Une place de médecin suppléant à l'hôpital civil de Reims est mise au concours. Les épreuves commenceront le mercredi 8 mai 1912, à huit heures et demie du matin.

Conformément aux dispositions du règlement du 27 décembre 1881 les concurrents devront s'inscrire au secrétariat des hospices, avant le 30 avril 1912.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Réouverture de la Faculté pour les étudiants de première et de deuxième année. — Le ministre de l'Instruction publique vient d'adresser au vice-président de l'Académie de Paris la lettre suivante :

Monsieur le vice-recteur,

« La Faculté de médecine sera rouverte pour les étudiants de première et deuxième année le 1er mars prochain.

Suivant les propositions que vous m'avez adressées d'accord avec M. le doyen, j'ai arrêté les mesures suivantes qui me paraissent de nature à concilier, autant que faire se peut, les divers intérêts en présence : ceux de la discipline gravement méconnue qui exigeait réparation; ceux des étudiants qu'il serait excessif de placer indéfiniment en cours irréguliers d'études; ceux enfin des études, où il faut combler la lacune résultant de la fermeture.

Etudiants de deuxième année.

Ces étudiants ne seront pas en situation de subir à la date ordinaire le premier examen de doctorat (anatomie); leur sixième inscription, qu'ils prendront seulement au début de mars, au lieu de l'avoir prise au commencement de janvier, ne sera pas révolue; ils n'auront pas les certificats réglementaires de dissection; enfin, il est douteux qu'après une interruption de deux mois dans leurs études théoriques et pratiques, ils soient en état de subir l'examen.

En ce qui les concerne, voici ce que j'ai décidé :

Ils seront appelés à reprendre les travaux pratiques de dissection dès le 1er mars et ils les continueront en mars et en avril.

Pendant cette période, des conférences d'anatomie leur seront faites, trois fois par semaine, par un agrégé de la Faculté.

L'époque du premier examen sera, exceptionnellement, reportée pour eux du mois de mars au mois de mai, à la date que fixera M. le doyen.

Etudiants de première année.

Ils n'ont pas d'examen à subir en 1912. — Ils prendront la deuxième inscription en mars et la troisième en juillet.

Leur instruction anatomique présente la même lacune. Il est impossible de la combler aux mêmes dates. La nécessité de pourvoir simultanément aux travaux pratiques de médecine opératoire et aux travaux supplémentaires de dissection des étudiants de deuxième année ne le permet pas.

Pour eux, les travaux pratiques d'anatomie commenceront en 1912-1913, non le 3 novembre, mais le 1er octobre, et, s'il y a lieu, ils pourront être continués au delà du 28 février. J'espère que les circonstances me permettront de les autoriser à prendre la sixième inscription en temps utile pour pouvoir subir, en 1913, le premier examen, à la date ordinaire.

Pour les étudiants de cette catégorie, une conséquence grave de la fermeture serait l'impossibilité de se présenter au concours de l'externat des hôpitaux, pour lequel quatre inscriptions sont requises et qui s'ouvre d'ordinaire à la fin de septembre. Sur votre demande, M. le directeur général de l'Assistance publique a bien voulu, et je l'en remercie, prendre exceptionnellement des mesures spéciales pour permettre à ceux qui le désireront de participer à ce concours.

Ils seront admis à s'y faire inscrire conditionnellement, à la date ordinaire, en justifiant seulement de trois inscriptions. Cette inscription deviendra définitive, si, entre le 1er et le 8 octobre, ils justifient de la quatrième inscription en vue du doctorat. A cet effet, le registre d'inscription sera ouvert à la Faculté, pour la quatrième inscription, du 1er au 5 octobre inclus.

Je compte pour assurer l'exécution de ces dispositions sur le dévouement de la Faculté et spécialement sur celui du personnel de l'Ecole pratique. Je compte aussi que, par leur travail et par la correction de leur attitude, les étudiants atteints par la fermeture me permettront, le moment venu, de compléter, en vue de la régularité de leurs études, les présentes mesures, dont le caractère bienveillant ne leur échappera pas. »

— Guist'hau.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — POITIERS. — Le concours pour une place de suppléant des chaires de médecine s'est terminé par la nomination de M. le docteur Le Blaye.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Linossier (de Vichy), professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Par arrêté ministériel, M. Léon Labbé, sénateur, membre de l'Institut, est nommé vice-président de la commission instituée en vue de répartir le prélèvement de 15 p. 100 opéré sur le produit des jeux en faveur des œuvres d'assistance, de prévoyance, d'hygiène ou d'utilité publique.

— Sont nommés membres du jury du concours qui doit avoir lieu à Paris le 26 mars 1912, pour la nomination d'un médecin titulaire de la clinique ophtalmologique des hospices de Limoges, MM. les docteurs Faivre, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur; Weiss, membre de l'Académie de médecine; Morax, médecin ophtalmologiste des hôpitaux de Paris; Chevallereau, médecin ophtalmologiste de l'hospice national des Quinze-Vingts; Reymond, sénateur de la Haute-Vienne, chirurgien honoraire et administrateur des hospices de Limoges.

M. le docteur Faivre remplira les fonctions de président.

LES FUNÉRAILLES DE LORD LISTER. — Vendredi a eu lieu à l'abbaye de Westminster, le service funèbre de lord Lister.

Outre un grand nombre de savants, on remarquait dans l'assistance sir Frederick Treves, représentant le roi, les membres du corps diplomatique, M. Asquith, premier ministre, et lord Lansdowne

Les universités et les sociétés médicales de l'Angleterre et de l'étranger s'étaient fait représenter. La France était représentée par MM. Gabriel Lippman, président en exercice de l'Académie des sciences; Chauveau, professeur au Muséum; Dastre, professeur à la Sorbonne, et Roux, directeur de l'Institut Pasteur. M. le professeur Pozzi représentait l'Académie de médecine.

SERVICE DE VACCINATION ANTITYPHIQUE. — Depuis le mois de juin dernier un service de vaccination préventive contre la fièvre typhoïde fonctionne tous les vendredis matins, à l'Hôtel-Dieu, service du professeur Chantemesse.

Les médecins qui désirent se procurer du vaccin antityphique sont priés d'en demander au laboratoire d'hygiène de la Faculté. Il est délivré gratuitement.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort du professeur Giuria (de Gênes).

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE. — M. le professeur Gilbert Ballet ne fera pas de leçons les dimanche 25 février et mercredi 28. Les cours du semestre d'été seront repris le dimanche 3 mars.

ÉTIENNE CESTAN

Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de notre ami le docteur Étienne Cestan, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Toulouse. Cestan disparaît à l'âge de quarante-quatre ans après une longue maladie qui depuis longtemps déjà le tenait éloigné de la chaire qu'il occupait si brillamment.

Grand travailleur, doué d'une intelligence vive et d'une grande faculté d'assimilation, Etienne Cestan avait acquis chez ses maîtres Verneuil, Ricard, Reclus, Guyon et Le Dentu, une grande expérience chirurgicale, en même temps que sous la direction de Farabeuf et de Poirier il devenait un anatomiste de premier ordre.

Nommé à trente ans agrégé et chirurgien des hôpitaux à Toulouse après de très brillants concours, professeur de clinique chirurgicale à trente-sept ans, Cestan apporta dans son enseignement ces qualités de clarté, d'originalité et de bonté qui étaient la caractéristique de son esprit, en même temps qu'il s'imposait comme opérateur.

Etienne Cestan était, nous l'avons dit, un grand travailleur.

Sa thèse sur les *hémorragies intrapéritonéales et l'hématocèle pelvienne considérées particulièrement dans leurs rapports avec la grossesse tubaire* est restée classique et nos lecteurs n'ont pas oublié la Revue générale qu'il publia sur le même sujet en 1896 dans la *Gazette des hôpitaux*.

Depuis il publia un grand nombre de travaux et d'ouvrages qui montrent tous le grand sens chirurgical, l'esprit critique judicieux de notre regretté collègue.

Nous adressons à sa veuve, à son père le docteur Eugène Cestan, à son frère notre excellent ami le docteur Raymond Cestan, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté de Toulouse, l'expression de notre très douloureuse sympathie.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Æsculape. — (N° 12, déc. 1911.) PEUGNIEZ : La suggestion par la beauté : Agnès Sorel et Charles VII. — CASSEUS : Pour la race noire (*fin*). — AVALON : Les enterrés vivants. — CHILOT : L'expansion française par les étudiants. — P. PUECH : La bête du Gévaudan.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 12, déc. 1911.) S. NICOLAU : Recherches biologiques sur la graisse cutanée. — A. CIVATTE : La chimie de la peau d'après les travaux récents de Unna et de ses collaborateurs. — PIED : Mastites gommeuses syphilitiques simulant le cancer du sein.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Déc. 1911.) VAILLARD : Les déchets utilisés sous le nom de lainette. — Gustave REYNAUD : Les hôpitaux actuels et futurs de Marseille. — Paul ADAM : Etablissements dangereux, insalubres et incommodes. — Charles PAUL et Maxime MÉNARD : De l'utilité de la radiographie dans les affaires relevant « du criminel ». — A. RODIET : Les actes des mélancoliques et leur étude médico-légale.

Archives d'électricité médicale. — (N° 323, 10 déc. 1911.) A. KÖHLER : A propos de la téléradiographie et de son outillage. — CHARTIER et DELHERM : Radiothérapie de la talalgie blennorragique. — JOSSERAND : Radiodiagnostic de la lithiase urinaire. — H. MARQUÈS : Lymphangite et ion zinc; — L'ion magnésium dans le traitement des verrues. — BUISSON : Exostose ostéogénique du genou. — DELHERM et LAQUERRIÈRE : Sonde pour le lavement électrique.

Archives de médecine des enfants. — (N° 12, déc. 1911.) Ch. LEROUX et R. LABBÉ : Le séro-diagnostic dans l'hérédo-syphilis infantile et la syphilis familiale. — ROZENBLAT : Contribution à l'étude des réactions locales à la tuberculine. — COMBY : Sarcomatose cutanée infantile.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 12, déc. 1911.) BASSÈRES et COSTE : Sept cas de mélitococcie observés dans les Pyrénées-Orientales. — GRYSEZ et DUPUICH : La rage et sa prophylaxie dans l'armée française. — O. LEVÊQUE : Notice sur un genre de traumatisme utilisé chez les Arabes.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 12, déc. 1911.) BARTET : Quatre ans au service de tuberculeux à l'hôpital maritime de Rochefort. — CAZAMIAN : Rapport médical d'inspection général du croiseur cuirassé *Amiral-Aube*. — GACHET : Prostatectomie transvésicale. Du rôle primordial, dans la rétention vésicale de la déformation prostatique comparée à l'augmentation de volume.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 12, déc. 1911.) ROUX et TAILLANDIER : Valeur séméiologique de la créatinine et sa diminution dans les urines de certains malades asthéniques. — LERICHE et BLANC-PERDUCET : Un cas d'occlusion aiguë gastro-duodénale primitive par compression actinomésentérique. — COURTELLEMONT : Diabète suraigu au cours d'une septicémie, coma acétonurique, mort.

GRANDEUR ET DÉCADENCE
DE LA
SÉRO-RÉACTION DE LA FIÈVRE DE MALTE

Le séro de Wright a-t-il une valeur diagnostique?

Par MM. EUZIÈRE et ROGER (*)
(de Montpellier).

La fièvre de Malte est la plus déconcertante des maladies. Ses allures cliniques sont des plus variables et il semble que les médecins aient pris plaisir à exagérer encore sa variabilité par leur façon de poser ce diagnostic. Il est rare que ce soit à cause d'une apparence clinique caractérisée, le plus souvent c'est quand une maladie a des allures anormales qu'on pense à la baptiser fièvre de Malte; ce n'est pas de la tuberculose, ce n'est pas de la fièvre typhoïde, ce n'est pas du rhumatisme... ce doit être de la melitococcie. Cette étiquette qu'on applique ainsi par élimination sert à couvrir les cas qu'on ne sait comment désigner; voilà comment la fièvre de Malte présentée par ce malade ressemble à une maladie de cœur et par cet autre à une affection abdominale. Si on réunissait les observations publiées on ferait un compendium d'anomalies pathologiques toutes différentes entre elles et réunies seulement par l'arrangement typographique, un titre commun et la constatation d'un séro de Wright positif. Ce séro était il y a quelques mois encore l'argument aux allures scientifiques devant lequel tout le monde s'inclinait. Aujourd'hui les temps sont changés; sitôt qu'un diagnostic s'appuie sur cette preuve, tout le monde s'empresse de formuler des réserves qui vont parfois jusqu'à la négation. Ne pouvant s'appuyer que rarement sur l'allure clinique, l'hémoculture n'étant pas toujours des plus commodes à pratiquer, si le séro de Wright est réellement sans valeur bientôt les médecins rougiront de porter ce diagnostic qu'ils ne pourront étayer sur aucune preuve; et voilà comment après avoir fait une entrée sensationnelle dans le monde des maladies journalières, avoir été quelque temps la maladie à la mode et menacé de devenir l'unique maladie, avoir fait parler beaucoup d'elle et changé cinq à six fois de nom, la melitococcie disparaîtra non pas devant les mesures hygiéniques mais devant le scepticisme médical.

Tant que les auteurs anglais furent seuls à parler de fièvre de Malte la valeur du séro de Wright ne fut guère contestée; il faut lire le mémoire fondamental d'Eyre (1) pour voir quelle confiance on avait alors dans cette méthode de diagnostic. Elle y est étudiée en détail et ses avantages longuement exposés, on y voit comment l'agglutination apparaît chez les méditerranéens dès la première semaine et arrive à se produire à des dilutions extrêmes (1/500 000). Alors que « le sérum d'individus sains ou atteints de maladies autres que la fièvre de Malte ne donne jamais une réaction complète pour une épreuve faite à la dilution de 1/10 (Birt et Lamb) ni une réaction partielle à la dilution de 1/20 », Eyre a autant de confiance dans la sensibilité et la spécificité du séro de Wright que dans celui de Widal, il utilise à la constatation du premier toutes les méthodes employées pour le second, la microscopique aussi bien que la macroscopique, pour lui enfin la recherche du taux d'agglutination peut servir de base à un séro pronostic de la fièvre de Malte, calqué sur celui de la fièvre typhoïde.

Une confiance aussi complète que celle traduite dans le travail d'Eyre se trouve dans nombre d'autres travaux, même récents; la conclusion naturelle au point de vue pratique est catégoriquement exprimée par cette phrase de Conor (2) : « Le diagnostic ferme de la maladie ne peut être posé que par la séro-réaction comme l'a montré Wright en 1897, cette réaction est spécifique et à la valeur de celle de Widal pour la typhoïde, elle est en général faible, variant de 1/10 à 1/20 le plus habituellement. » Du reste on est allé encore plus loin, Pollaci et Ceraulo (3), Modinos (4) ont pratiqué la réaction agglutinante non seulement avec le sérum sanguin mais encore avec la sérosité des vésicatoires ou même avec la salive. Cependant malgré les résultats fréquemment positifs de Spaquolio et Singer, cette dernière agglutination leur paraît trop inconstante pour être préconisée dans la pratique courante. Ils se contentent de lui trouver des indications dans les cas observés chez des enfants ou des sujets pusillanimes. Gillot (5), d'autre part, trouve le séro-diagnostic de Wright tellement sensible et particulier qu'il invente pour distinguer une fièvre de Malte d'une typhoïde la double séro-réaction : « Une même dilution de sérum peut agglutiner le seul micrococcus melitensis s'il s'agit de fièvre de Malte, le seul bacille typhique s'il s'agit de typhoïde. La double agglutination se reconnaîtrait s'il y avait association des deux maladies. Les agglutinations des deux espèces microbiennes sont en effet très différentes d'aspect, celle du micrococcus melitensis étant plus large et plus irrégulière que celle du bacille d'Eberth. »

Il est bien regrettable qu'une telle confiance n'ait pas été partagée par tout le monde et qu'entre les mains de tous les expérimentateurs les résultats n'aient pas été également favorables. Mais alors même que, à l'usage, les défauts du séro de Wright ne se seraient pas ouvertement révélés, certaines particularités inquiétantes de cette réaction devaient éveiller la méfiance. C'est ainsi qu'on peut la voir disparaître pendant un jour pour la retrouver ensuite sans qu'il soit possible d'expliquer raisonnablement ces variations. Voilà un premier fait déconcertant. On comprendrait très bien que l'agglutination ne soit jamais obtenue avec le sérum de tel malade melitococcique évident; le fait est bien connu pour la fièvre typhoïde et l'on sait qu'il est un signe d'assez fâcheux augure, puisqu'il indique l'absence d'un processus de défense, mais il est inexplicable que le pouvoir agglutinatif, qui met au moins cinq à six jours pour s'établir, puisse disparaître un jour pour réapparaître le lendemain. Une autre anomalie est ce qu'on appelle le phénomène paradoxal : « On rencontre parfois des

(*) Travail du laboratoire des cliniques de l'hôpital suburbain Saint-Eloi (service de MM. les professeurs Carrieu et Rauzier).

sérums qui ne produisent aucune agglutination à des dilutions faibles au 1/20 et même au 1/10 et qui par contre agglutinent nettement et complètement à des dilutions supérieures » [Dubois (6)], particularité qui elle non plus n'est pas faite pour inspirer confiance en une séro-réaction, car elle la met à part de toutes les autres. Mais on a relevé contre elles des faits bien plus graves et qui mettent en doute la qualité fondamentale d'une épreuve de cet ordre : la spécificité.

Les premières observations faites à ce sujet sont déjà anciennes, elles ne furent d'ailleurs pas toutes interprétées dans un sens défavorable. C'est ainsi que Critien (7) ayant constaté 9 agglutinations (à 1/10 ou 1/20) sur 14 cas de tuberculose avec bacilles dans les crachats admet non pas que le sérum des tuberculeux agglutine le micrococcus melitensis mais qu'il y a fréquemment association des deux maladies. C'est de la même façon que Lagriffoul, Arnal et Roger (8) interprètent la concomitance de l'agglutination pour l'Eberth et le melitensis. Mais le nombre des séro de Wright positifs constatés chez des sujets sains ou atteints d'autres maladies va en augmentant si bien que le doute sur sa valeur s'impose aux esprits. Les recherches de contrôle entreprises déjà sur une grande échelle lors de l'apparition du travail de Wright se multiplient, et c'est alors que les contradictions apparaissent aussi marquées qu'il est possible de l'imaginer. Les résultats des uns sont très favorables au séro de Wright alors que d'autres auteurs publient des statistiques déplorables.

Parmi les auteurs favorables, on peut citer : Gardon (9) [10 tuberculeux examinés, 10 résultats négatifs]; Evangelista (10) [32 tuberculeux examinés, 31 négatifs, 1 positif ancien méditerranéen]; Gillot (11) [le sérum de cobaye tuberculeux n'agglutine pas le mic-melit]; Basset, Smith, Nicolle qui étudient la séro-réaction chez les tuberculeux; Gardon, Lemaire (12), Wright et Smith, Durand [de Cottes] (13), Birt et Lamb (14) pour la typhoïde et la paratyphoïde; enfin, pour les sujets sains, Gardon, Birt et Lamb et bien d'autres. Pour tous ceux-là la valeur du séro de Wright ne saurait être mise en doute, mais les contradicteurs ne manquent pas. Nicolle et Comte (15) constatent « la présence fréquente du pouvoir agglutinatif vis-à-vis du micrococcus melitensis dans le sang de malades atteints de typhus exanthématique »; Bontley (16) trouve la séro-réaction positive au 1/20 et au 1/30 dans le kola-azar; Konrich (17) trouve la séro-réaction positive chez nombre d'individus sains, de même Nègre (18) qui est amené à dire « que les sérums d'individus normaux agglutinent fréquemment le micrococcus melitensis à 1/30 et même à 1/50 après quatre à cinq heures de contact à la température du laboratoire » et « que ce même pouvoir agglutinant se retrouve dans le sérum d'animaux sains ». Vallet (19) avait déjà abouti à la même conclusion : « L'agglutination du micrococcus melitensis est constatée dans un très grand nombre de cas, disait-il le 15 décembre 1910, et pour ma part c'est à peine si 5 à 10 p. 100 des sérums qui m'ont été envoyés sont restés inactifs vis-à-vis du melitensis. La majorité des sangs adressés ont fourni une séro-réaction positive au 1/50. »

Ce même auteur (20) a ultérieurement constaté une agglutination au 1/100 plus ou moins nette au cours d'une épidémie de paratyphoïde B.

Nous arrêtons là nos citations de recherches de contrôle, on voit assez combien elles sont contradictoires et quelle défiance inspirent les dernières citées. Aussi ne manqua-t-on pas de critiquer fortement le séro de Wright. Lucitelli (21) déclare que chez les animaux sains les réactions dites spécifiques existent comme chez l'animal malade : c'est une question de degré. Voilà une critique modérée qui laisse l'espoir d'une revision du procès sur une question de dilution ; mais la défiance ne s'est pas arrêtée en si beau chemin, la spécificité du séro de Wright étant devenue suspecte, Laplanche (22) a nié celle de tous les séro-diagnostics : « Etait-il besoin, disait-il, de ces résultats a posteriori pour faire songer à l'hypothèse de M. Vallet que peut-être l'agglutination du micrococcus melitensis est banale ? Est-ce qu'a priori le monde n'est pas d'accord pour admettre que la propriété agglutinative des sérums est un mode de réaction défensive de l'organisme ? Depuis longtemps Charrin a dit et prouvé que « les processus réactionnels dont dispose l'économie sont infiniment moins nombreux que les causes qui les actionnent » ; et peut-on encore ne pas s'étonner que la réaction agglutinante étant essentiellement une propriété du terrain on ait songé à en faire une caractéristique du germe ? »

L'anathème de Laplanche est peut-être le fruit d'une généralisation hâtive; il convient de ne pas se laisser entraîner à un élargissement aussi inattendu du problème. Mais pour se tenir dans les limites du procès du seul séro de Wright, il faut reconnaître combien sa cause est compromise par les contradictions que nous venons de signaler. Toutefois, avant de le rejeter complètement à cause d'elles, il est tout naturel de chercher à les expliquer ; c'est là que se trouve peut-être le terrain de conciliation et le salut du séro lui-même.

La première idée qui vient lorsqu'on envisage la question sous ce jour est d'incriminer des différences de technique. C'est l'explication la plus simple ; elle paraît rapidement n'être pas conforme à la vérité. La technique employée par les différents auteurs et que beaucoup rapportent en détail est à peu près la même chez tous. Il n'y a guère que les résultats de Nègre et Raynaud (23) qui, défavorables au séro de Wright, puissent être récusés à cause de la manière particulière d'opérer. Ils recherchent l'agglutination par le procédé microscopique alors que « le plus grand nombre des observateurs s'en rapportent à l'épreuve macroscopique qui comporte dans un temps déterminé non seulement l'agglutination microbienne, mais encore la classification totale de l'émulsion, par une sorte de précipitation massive des microcoques dans le fond du tube à expérience ». C'est là l'observation de Rouslacroix (24) qui avait déjà à plusieurs reprises (25) « signalé les erreurs qui pouvaient résulter de l'appréciation microscopique de l'agglutination. Cette façon de procéder, dit-il, excellente pour un bacille mobile

comme le bacille d'Eberth ou le vibrion diolengé, — dont l'immobilisation, puis la réunion en amas, ne laissent sur le champ du microscope aucun doute à l'observateur — devient défectueuse vis-à-vis de l'émulsion d'un fin coccus qui présente une tendance manifeste à la formation de faux amas, sous une influence dermiotactique des plus légères ».

L'objection de Rouslacroix est fort juste, mais elle ne s'applique qu'aux résultats de Nègre et ne peut expliquer comment d'autres auteurs qui ont employé le procédé habituel dans toute sa rigueur aboutissent aux résultats les plus contradictoires. Le problème reste donc entier et chacun sur ses positions. Aussi bien Nègre et Raynaud proclament-ils dans les termes que nous avons vu la faillite du séro de Wright et en même temps proposent sa réhabilitation en préconisant un artifice de technique de leur invention. Se basant sur les résultats de leurs recherches ils considèrent « comme essentiel de ne pratiquer la séroréaction de Wright qu'avec des sérums inactifs et de n'accepter comme réellement infectés par le micrococcus melitensis que ceux qui après chauffage à 56 degrés pendant une demi-heure, continuent à montrer une agglutination indiscutable ». Nous ne voulons pas discuter ici la valeur de la modification proposée par Nègre et Raynaud mais, quelle qu'elle soit, il est évident qu'elle n'explique pas pourquoi pratiqué selon l'ancienne formule le séro de Wright paraît aux uns excellent et détestable aux autres. Personnellement ayant dans notre pratique même rencontré la même discordance de résultats nous pensons devoir rapporter ici les conditions dans lesquelles elles se sont produites ; comme on le verra sans donner la clef définitive de leurs causes elles restreignent les hypothèses possibles et dirigent les recherches dans un sens particulier.

Depuis le commencement de l'année 1911, nous avons eu l'occasion de faire un nombre assez considérable de séro-réaction de Wright. Dans tous les cas la même technique a été suivie. Nous employons une émulsion dans l'eau distillée d'une culture sur gélose de micrococcus melitensis datant de trois à cinq jours. Toutes nos réactions ont été faites à 1/75. Pendant longtemps nous avons employé une culture de micrococcus provenant des collections de l'Institut Pasteur et nous avons avec elle fait une centaine de réactions dont nous donnons ici le détail.

I. *Cas positifs* :

1. — D... Baptiste, salle Fouquet, n° 8, service de M. le professeur Rauzier, habitant Montpellier, cultivateur. La durée de la maladie a été au moins de cinq mois, le malade étant sorti de l'hôpital encore malade, il est impossible de la préciser autrement. Les caractéristiques cliniques étaient les suivantes. Bon état général. Fièvre ondulante. Constipation opiniâtre, céphalée persistante. Arthralgies, douleurs à la base thoracique sans signes d'auscultation. Les antithermiques les plus variés n'ont eu aucune action sur la marche de la fièvre. Séro Widal négatif.

2. — V... Ernest, salle Fouquet, n° 4, service de M. le professeur Rauzier, cultivateur, habitant Soudarque (Gard), canton de Lassalle (région infestée), durée de la maladie, au moins cinq mois, fièvre ondulante atteignant jusqu'à 39°5. Sueurs abondantes. Douleurs sous-maxillaires. Constipation. Bon état général. Séro Widal négatif.

3. — Malade non hospitalisé. Homme plein de vigueur non suspect de tuberculose, se plaint de lassitude, d'anorexie, on songe à la fièvre typhoïde. La maladie a duré un minimum de trois mois, avec fièvre résistant aux antithermiques, sueurs abondantes, faiblesse générale. Séro de Widal négatif. Le malade est aujourd'hui tout à fait guéri.

4. — R. Auguste, salle Fouquet, n° 32, service de M. le professeur Rauzier. Garde champêtre à Caudillarque (pays infesté). Malade au minimum pendant trois mois et demi, fièvre peu élevée (maximum 39), constipation opiniâtre. Ancien paludéen mais sans accès actuels, sans augmentation du volume de la rate, sans que la quinine administrée ait la moindre action sur la température. Pas de bacillose, se plaignait de sueurs abondantes, de douleurs multiples épigastriques et articulaires (épaule, main, arti-sacro-iliaque.)

5. — F. Pierre, salle Combal, n° 12, service de M. le professeur Carrieu. Fièvre de Malte typique au point de vue clinique a été vérifiée par l'hémoculture.

6. — B. Abel, salle Combal, n° 11, service de M. le professeur Carrieu. Comme le précédent, ce malade, berger de son état a fait une fièvre de Malte caractéristique et le diagnostic a été confirmé par l'hémoculture.

7. — B. Antoine, salle Fouquet, 31, service de M. le professeur Rauzier. Ce malade, entré à la fin août 1911, est encore malade au 31 décembre, lassitude au début. Arthralgies, fièvre peu élevée avec ondulation, constipation, hémoculture positive.

II. *Cas négatifs*. — Soit dans un but de contrôle, soit à cause de l'allure clinique nous avons pratiqué un nombre assez important de séro-réaction qui ont été négatives. Les cas se répartissent comme suit :

Fièvre typhoïde	34
Embarras gastrique	9
Bacillose pulmonaire	11
Typho-bacillose	1
Pleurésie	7
Pneumonie	3
Gangrène pulmonaire	1
Pneumo-typhus	1
Broncho-pneumonie	1
Rhumatisme aigu et subaigu	3
Abcès du foie	1
Septicémie à tétragène	1
Obstruction intestinale	1
Cysto-urétéro-pyélite	1
Anémie pernicieuse	1
Névralgie lombo-abdominale	1

Auxquels il faut joindre 11 cas sur lesquels nous manquons de renseignements cliniques.

Comme on peut en juger les résultats donnés par le séro de Wright dans cette série d'épreuves sont parfaitement d'accord avec les données cliniques et favorables à la valeur de cette méthode de diagnostic. Nous n'avons eu dans cette première partie de nos essais qu'un seul cas dont l'interprétation fût difficile. Il s'agissait d'un jeune homme qui, après une fièvre typhoïde bien caractérisée à tous les points de vue, présenta pendant plus d'un mois une fébricule allant de 37°5 à 38 degrés et en même temps une séro-réaction de Wright positive. Ici nous ne pouvons rien affirmer ; mais on peut faire abstraction de ce cas et alors les résultats de cette première expérience sont singulièrement éloquents.

Nous étions donc parfaitement convaincus de la valeur diagnostique du séro de Wright et étonné des contestations qu'elle soulevait lorsque la culture que nous employons à la préparation de nos émulsions dut être remplacée. Nous nous servîmes alors de deux micrococci isolés par hémoculture. Les résultats devinrent dès lors tout à fait en désaccord avec la clinique. Sur 21 séro-réactions faites avec la même technique que précédemment, sept furent positives et cela chez des malades dont la plupart ne pouvaient pas être suspectés de fièvre de Malte : c'étaient une endocardite infectieuse, une cirrhose hypertrophique, trois dothiénentéries, des deux autres un est sûrement une fièvre de Malte, quant au septième le diagnostic est à son sujet encore hésitant.

Voilà quelle est notre expérience du séro-diagnostic; comme on le voit, pour nous, il mérite à la fois tout le bien et le mal qu'on en a dit. Suivant des conditions que nous ne pouvons préciser il donne des renseignements exacts ou erronés, cela dépend de l'échantillon que l'on possède. La conclusion pratique s'impose. Le séro de Wright n'est pas à rejeter, il peut donner d'utiles indications, mais en attendant de connaître de façon exacte les conditions qui le rendent infaillible, il faut choisir avec soin la culture qui doit être utilisée. Sa vérification patiente et sévère permettra seule d'avoir quelque confiance en cette méthode de diagnostic.

BIBLIOGRAPHIE

Dans ce travail nous ne citerons que quelques travaux sur la fièvre de Malte, on en trouvera une liste plus complète ainsi qu'une vue générale de la question dans le travail que l'un de nous publia ici même voici deux ans :

H. ROGER. La fièvre de Malte, *Gaz. des hôpit.*, 22 et 29 janv. 1910.

1. EYRE. *Bibliography of Mediterranean fever*, 1837-1907.
2. CONOR. *Soc. de méd. milit. franç.*, 5 janv. 1911.
3. POLLACI et CERAULO. La sero-diagnosi di vesicante nella febre medit., *Gaz. sic. di med. e chir.*, sept. 1908.
4. MODINOS. *Presse méd.*, 6 déc. 1911, p. 1006.
5. GILLOT. La fièvre de Malte, *Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences*, Cherbourg 1905; — De la double séro-réaction, *Bull. méd. de l'Algérie*, 1905, p. 375.
6. DUBOIS. *Etude sur la fièvre de Malte dans le Gard*, rapport au Conseil général, Nîmes, imprimerie coopérative La Laborieuse, 1910.
7. CRITIEN. Somme observation an blood serum reaction in tuber and medit. fever in Malta, *Journ. of trop. med. and hyg.*, 1er juin 1907.
8. LAGRIFFOUL, ARNAL et ROGER. Fièvre de Malte et fièvre typhoïde, *Soc. de biol.*, 29 janv. 1910.
9. GARDON. *Etude de la séro-réaction dans la fièvre méditerranéenne*, Th. de Montpellier, 1905-1906, n° 55.
10. EVANGELISTA. Le pouvoir agglutinant du sérum des tuberculeux sur le coccus melitensis, *Riforma med.*, 30 août 1904.
11. GILLOT. *Assoc. franç. pour l'avanc. des sciences*, 1905.
12. LEMAIRE. La fièvre de Malte à Alger, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1905; — Sur la spécificité de la fièvre de Malte, *Soc. méd. d'Alger*, 7 fév. 1906.
13. DURAND (de Cottes). *Clin. med. Zaragozza*, 1909.
14. BIRT et LAMB. *Lancet*, 1899, vol. II; — *The med. Review of Reviews*, 1899, n° 13.
15. NICOLLE et COMTE. *Soc. path. exot.*, 13 avril 1910.
16. BONTLEY. *The Journ. of trop. med.*, 1er janv. 1903.
17. KONRICH. *Zeit. f. Hyg. u. Infect.*, 1904.
18. NÈGRE. Sur l'agglutination du micrococcus melitensis par les sérums normaux, *Soc. de biol.*, 17 déc. 1910.
19. VALLET. Lettre lue par Bassères à la *Soc. de méd. milit. franç.*, 15 déc. 1910.
20. VALLET. *Montpellier méd.*, 3 déc. 1911.
21. LUCITELLI. Contribution à l'étude de l'infection expérimentale par le melitensis. Considération sur la spécificité des anticorps, *Riforma med.*, 12 juillet 1909, p. 757, analysé in *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1909, p. 1158.
22. LAPLANCHE. *Soc. de méd. milit. franç.*, 19 janv. 1911.
23. NÈGRE et RAYNAUD. La valeur de la séro-réaction de Wright dans le diagnostic de la fièvre ondulante ou melitococcie, *Presse méd.*, 23 août 1911, n° 67, p. 681.
24. ROUSLACROIX. A propos du séro-diagnostic de la melitococcie. Correspondance, *Presse méd.*, 6 sept. 1911, n° 71, annexes p. 862.
25. ROUSLACROIX. *C. r. de la Soc. de biol.*, 17 mars 1911, p. 398; — *Marseille méd.*, 1911, p. 393.

MÉDECINE PRATIQUE

EXPLORATION MANUELLE DE L'ESTOMAC, SA PALPATION DIRECTE ET PROFONDE

Dans les ouvrages classiques, même les meilleurs, le chapitre des maladies de l'estomac est, aujourd'hui encore, d'une assez « obscure clarté » ; sans doute certaines affections gastriques, l'ulcère, le cancer, les sténoses du pylore sont décrites avec précision ; mais, fait curieux à signaler, ce sont les affections les plus rares qui sont ainsi les mieux connues. Le médecin qui sera consulté par cent dyspeptiques, avant d'avoir l'occasion d'examiner un cancéreux, aimerait beaucoup mieux trouver dans les livres une doctrine sur les dyspepsies, une classification de ces affections, une symptomatologie suffisamment nette, enfin et surtout un traitement adéquat, lui permettant de guérir quelques malades, de soulager les autres.

L'accord n'est pas encore fait sur la physio-pathologie de ces maladies de l'estomac; parmi les spécialistes, les uns mettent au premier plan les fonctions motrices, les autres la sensibilité de la muqueuse, alors que, voici quelques années, l'étude de la sécrétion gastrique paraissait devoir tout primer. Mieux encore, l'accord n'est même pas fait sur la forme et les dimensions de l'estomac normal! Qui nous dira, décidément, si l'estomac est vertical ou horizontal?

Aurons-nous une opinion définitive sur ces questions discutées, après avoir lu l'ouvrage de M. Pron (1), consacré à l'exploration manuelle de l'estomac ? Je ne le crois pas; mais nous aurons certainement acquis quelques idées nouvelles d'un grand intérêt pratique. Après un premier chapitre de remarques sur l'inspection générale du malade venant consulter pour une affection gastrique, M. Pron étudie la *sensibilité objective* de l'estomac; on recherchera la sensibilité profonde de la région épigastrique, à la pression digitale ou avec l'esthésiomètre de Roux et Millon ; M. Pron préfère apprécier la douleur avec l'extrémité des doigts, en faisant une pression d'intensité moyenne, sans aller jusqu'à comprimer l'estomac, le pancréas et les filets nerveux qui les entourent sur le plan osseux vertébral, ce qui déterminerait une douleur traumatique, n'ayant aucune valeur séméiologique; on complétera cette recherche de la sensibilité profonde, par quelques tapotements ou chiquenaudes. A l'état normal, la région épigastrique est insensible, on peut y appuyer avec force sans déterminer

(1) L. PRON. *Exploration manuelle de l'estomac et en particulier sa palpation directe et profonde.* — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

aucune douleur. Au contraire, chez la plupart des gastropathes (70 p. 100), la région sous-xiphoïdienne est très sensible à la pression; la douleur provoquée est médiane ou latérale. La *douleur médiane* siège, en un point presque invariable, entre le tiers supérieur et le milieu de la ligne xipho-ombilicale, même si l'estomac est ptosé ; elle est presque toujours un peu à droite de la ligne médiane. Elle ne correspond d'ailleurs pas à l'estomac, mais au plexus solaire, et en particulier aux épais tractus nerveux qui descendent du ganglion solaire sur le tronc cœliaque (Leven, J.-Ch. Roux). Indépendamment d'une douleur d'intensité variable, la pression au creux épigastrique détermine souvent, chez les dyspeptiques, divers symptômes plus ou moins pénibles, sensation de constriction à la gorge, angoisse, tendance au vertige, impression d'anéantissement, ou encore une irradiation abdominale vers le cæcum, l'S iliaque. La *douleur latérale* est provoquée sur le tiers inférieur de la ligne xipho-ombilicale ou dans la région para-ombilicale, le plus souvent à droite, quelquefois à 6 ou 8 centimètres de l'ombilic et elle est alors nettement pylorique (périgastrite, ulcère), plus rarement à gauche, et, dans ce cas, son niveau correspond presque toujours au bord inférieur de l'estomac. Cette dernière variété de la douleur s'observe quand l'estomac ptosé forme à gauche une poche sous-ombilicale hypersensible.

Après examen de la sensibilité profonde, on cherchera l'état de la *sensibilité superficielle*. Quelquefois il existe une hyperesthésie localisée à l'épigastre, le malade ne peut supporter la moindre pression, le plus léger contact; cette hyperesthésie superficielle est en corrélation avec une phase aiguë de l'affection gastrique. Dans d'autres cas, c'est une hyperesthésie cutanée sans localisation, aussi prononcée à l'ombilic que dans les flancs ou l'épigastre; il s'agit alors d'un symptôme purement nerveux. Une hyperesthésie de tout l'abdomen est encore notée chez les femmes ayant une ptose de tous les organes sous-diaphragmatiques.

La recherche de la sensibilité gastrique peut servir à délimiter le bord inférieur de l'estomac. Ce procédé a été décrit par G. Leven : la douleur médiane, sur la ligne xipho-ombilicale diminue notablement et même disparaît, dès que le doigt atteint, pour la relever, la limite inférieure de l'estomac. Le malade se place debout devant le médecin; celui-ci détermine tout d'abord la région douloureuse à la palpation profonde et prie le malade de placer les deux pouces à ce point sensible pour y exercer la pression douloureuse; puis le médecin exerce des pressions sur la ligne médiane, de bas en haut, en commençant au-dessus du pubis, et en remontant peu à peu; le malade est prié d'avertir aussitôt que la douleur à la pression épigastrique diminue ou prend fin, au cours de ces pressions successives ; à cet instant, on a abordé et relevé la limite inférieure de l'estomac. Ce procédé de la *douleur-signal* donne des renseignements exacts, confirmés par la radioscopie; il n'est naturellement utilisable que dans la délimitation d'un estomac malade, puisque l'hyperesthésie solaire est nécessaire pour donner naissance à la douleur-signal.

M. Pron aborde ensuite l'examen de la motricité et de la tonicité gastrique, et par conséquent du *bruit de clapotage*. Pour rechercher ce bruit, il est nécessaire que la paroi abdominale soit relâchée le plus possible; au point de vue de la facilité avec laquelle se produit le clapotage, M. Pron distingue trois degrés : 1° la moindre secousse à la région sus-ombilicale et même la moindre pression exercée sur l'abdomen pendant la palpation d'un organe autre que l'estomac, produit le bruit de clapotage; cette facilité exagérée du clapotage devient même une gêne pour apprécier le niveau auquel il cesse de se produire; c'est un *clapotage atone* ou d'épuisement complet, indiquant non pas un estomac très dilaté, mais un estomac très atone et recouvert d'une paroi abdominale encore plus atone; sous cette légère enveloppe, l'estomac gît comme une vessie inerte ; 2° le bruit de clapotage est moyen c'est-à-dire assez facilement produit au niveau de l'estomac; 3° le bruit de clapotage est difficile à produire et, pour le provoquer, il faut s'adresser au procédé du glaçon, employé pour l'examen du foie; les doigts allongés, rigides et bien verticaux, sont enfoncés aussi profondément que possible dans la paroi, puis retirés vivement; le contenu gastrique déplacé fait entendre un bruit hydro-aérique en revenant à sa position primitive; ce dernier clapotage peut être désigné sous le nom de *clapotage tonique*. Il est essentiel, d'après M. Pron, de bien remarquer que le clapotage est, avant tout, un indice d'atonie musculaire, accessoirement un indice d'ectasie stomacale; il renseigne donc sur la motricité gastrique et sur la musculature de l'estomac et de la paroi abdominale. On peut avoir un estomac de grandes dimensions, dans lequel le clapotage fait défaut ou se perçoit difficilement; un estomac de dimensions moyennes ou petites donnant très facilement le clapotage. Il convient aussi de tenir compte du moment auquel on constate le bruit de clapotage; car, chez la plupart des sujets en bonne santé, on provoque, peu de temps après le repas, un bruit de clapotage, mais sourd et tonique. Le clapotage, cinq ou six heures après le repas, indique un estomac malade; de même pour le clapotage à jeun. On dit souvent que le clapotage n'est pathologique que s'il se produit au-dessous d'une ligne allant de l'ombilic aux fosses côtes gauches ; M. Pron estime que ces points de repère ont peu de valeur, car un estomac ptosé peut avoir des dimensions normales ou inférieures à la moyenne, et, d'autre part, la distance ombilico-costale n'a qu'une valeur très approximative pour apprécier les dimensions de l'estomac. Pour ce qui est de délimiter l'estomac par la recherche du bruit de clapotage, M. Pron admet que ce procédé donne des résultats exacts en cas de clapotage moyen et de clapotage tonique ; c'est surtout pour apprécier l'extension de l'estomac vers l'hypocondre droit que la localisation du bruit de clapotage est utile.

Dans un quatrième chapitre, M. Pron expose les résultats fournis par la *palpation de l'estomac*, et surtout par la palpation profonde (méthode de Haussmann) qui permet de différencier le côlon transverse du bord inférieur de l'estomac, et la région pylorique de la vésicule biliaire. Le malade est couché sur une chaise longue ou un divan plutôt dur, les épaules légèrement relevées, les jambes repliées à moitié, il respire simplement, lentement, en faisant une longue pause après l'expiration. Le médecin, assis à droite du malade, déprime la paroi abdominale avec la main allongée en pronation forcée et faisant effort de son bord radial; une fois la paroi déprimée, la main exécute des mouvements de palpation, en empêchant tout glissement de la peau; la main, la peau et la paroi sous-jacente doivent former un seul plan explorateur. Chez les sujets plutôt maigres et n'ayant pas une paroi abdominale trop tendue, cette méthode permet de palper l'estomac en bloc et surtout de limiter le bord inférieur de l'estomac. Les trois caractères fondamentaux du *bord inférieur de l'estomac* sont : un ressaut, comparable à ce que donne un pli de vêtement; un bruit de gargouillis, se produisant à chaque mouvement que la main exécute de haut en bas; un mouvement d'ascension ou de descente spontané, au contact des doigts, parce que la pression de la main détermine une contraction gastrique. A côté de ces caractères, il faut encore signaler la douleur à la pression tant qu'on appuie sur le bord inférieur de l'estomac ou au-dessus de lui, et qui cesse, dès que la pression porte au-dessous; l'abaissement du bord inférieur pendant l'inspiration, quand on diminue la pression exercée par la main tenue immobile.

En faisant la palpation profonde à droite de la ligne médiane, on sent, aussi bien à jeun qu'après un repas, une masse allongée, de consistance ferme, qui se continue vers la gauche avec le bord inférieur de l'estomac. C'est le *boudin pylorique*, avec une contractilité et une dureté intermittentes. Chez les sujets sains, le boudin pylorique est très haut, près

de l'appendice xiphoïde; chez les gastropathes ou les ptosés, il est au-dessus ou au-dessous de l'ombilic, mais toujours à droite.

Il faut distinguer le bord inférieur de l'estomac du côlon transverse : celui-ci donne l'impression d'un cylindre aplati, avec un bord inferieur faisant un ressaut beaucoup moindre que celui de l'estomac; le côlon transverse est rarement le siège d'un bruit de gargouillis; il ne change pas de niveau par contraction sous l'influence de la palpation profonde. Le boudin pylorique sera facilement différencié de la vésicule biliaire, la forme allongée du pylore, ses alternatives de contraction et de relâchement, sa continuation avec le bord inférieur de l'estomac constituent des caractères vraiment très nets.

Comment se présente le bord inférieur de l'estomac à la palpation? Le plus souvent c'est une ligne horizontale ou oblique, plus ou moins régulièrement concave en haut; quelquefois c'est une poche horizontale; rarement un sac pendant verticalement ou à peu près. Dans quelle proportion le bord inférieur et le pylore sont-ils palpables? Chez les sujets dont la paroi abdominale est atone, M. Pron a trouvé la palpation du pylore possible 30 fois sur 100 et la palpation du bord inférieur dans 70 p. 100.

C'est ensuite, dans le travail de M. Pron, une étude sur la *percussion de l'estomac*, et en particulier sur le procédé de la chiquenaude pour délimiter le bord inférieur; on obtient, en arrivant sur l'estomac, soit une ébauche de clapotage, soit un bruit de vessie incomplètement pleine, et presque toujours une augmentation du changement de tonalité.

Les résultats obtenus par la palpation et la percussion permettent d'apprécier la *forme* et la *direction* de l'estomac. Si le malade est couché, l'estomac affecte le plus souvent, d'après Pron, la forme d'une poire oblique à grosse extrémité gauche, il est fréquemment encore presque horizontal; rarement la direction est voisine de la verticale. Alors, comment interpréter les résultats fournis par la radioscopie, qui nous montre l'estomac comme un tube vertical? C'est que la radioscopie se pratique le plus souvent sur un malade à jeun, sur un malade debout; c'est que le bismuth ingéré pour l'examen radioscopique est un constricteur qui resserre l'organe et diminue son calibre. M. Pron croit que « l'estomac normal se rapproche de l'horizontale ». Le haut de la calotte gastrique correspond au sixième espace intercostal; le bord droit dépasse la ligne médiane de deux travers de doigt; le bord inférieur a une situation assez variable même chez les sujets normaux; on peut admettre qu'il est généralement situé à 3 ou 4 centimètres au-dessus de l'ombilic. Tout estomac dont le bord inférieur est sensiblement au-dessous de l'ombilic, dans la position couchée, est un organe malade depuis des années. Tout estomac, qui dépasse de 6 ou 8 centimètres la ligne médiane est atteint de dilatation transversale.

Pour terminer, M. Pron montre l'importance de l'exploration manuelle dans le diagnostic des affections gastriques. *Un estomac malade a toujours une symptomatologie objective*, qui peut exister alors que fait défaut, qu'est reléguée au second plan ou qu'a disparu toute symptomatologie subjective. On recherchera surtout : la douleur à la pression; le clapotage tardif ou à jeun; la dilatation ou la ptose.

Quelques-uns des résultats obtenus par M. Pron s'écartent notablement des notions classiques; leur valeur séméiologique sera donc sans doute discutée, elle l'a même été déjà, puisque M. Leblanc (1), parlant du procédé de la palpation directe du bord inférieur de l'estomac, soutient que ce procédé clinique est « peut-être un peu aventureux » et ajoute : « Aussi me paraît-il nécessaire d'écarter les erreurs incontestables qui en sont les conclusions. » D'après Leblanc, « il est, dans presque tous les cas, impossible d'arriver directement, par la palpation, sur le bord inférieur de l'estomac masqué par le côlon transverse et on évite difficilement de prendre ce dernier pour l'estomac lui-même ». La polémique ainsi engagée s'est poursuivie, M. Pron ayant naturellement répondu (1) à la critique de M. Leblanc; M. Pron reconnaît que la méthode qu'il cherche à vulgariser « n'est pas à l'abri de toute erreur »; mais « elle ne mérite pas l'épithète de procédé aventureux, ni les autres qualificatifs contenus dans l'argumentation purement théorique de M. Leblanc ». Mon rôle n'est point ici de prendre parti pour M. Pron ou pour M. Leblanc; je n'ai d'ailleurs aucune compétence pour le faire, connaissant depuis peu la méthode d'examen préconisée par Haussmann et Pron, et commençant seulement à m'exercer à la palpation de l'estomac. Mais il me semble que cette délimitation de l'estomac par le palper présente le plus grand intérêt clinique, et il me paraît très désirable que de nouveaux travaux viennent confirmer ou infirmer les conclusions de M. Pron. M. BRELET.

(1) LEBLANC. Le bord inférieur de l'estomac et le côlon transverse. *Le Bulletin médical de l'Algérie*, 25 août 1911.

(1) A propos du bord inférieur de l'estomac et du côlon transverse. *Le Bulletin médical de l'Algérie*, 25 se[illegible] 1911.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1912)

Emphysème et opération de Freund. — M. HIRTZ s'associe au scepticisme de M. Sicard à propos de l'opération de Freund. Avant d'opérer il est indispensable de se rendre compte si le malade se trouve dans les conditions où l'intervention chirurgicale est indiquée. Rien n'est plus difficile que de faire ce travail critique, et de bien préciser si le malade a chance de profiter d'une opération toujours émouvante et délicate, pendant laquelle il n'est pas toujours facile d'éviter l'effraction pleurale et la production d'un pneumothorax. Avant tout il faut bien distinguer entre les dyspnées emphysémateuses et les dyspnées asthmatiques, les premières continues avec exacerbations, les autres intermittentes. Les premières seules sont justiciables de l'opération. Les accès asthmatiques même subintrants ne tireront de l'opération aucun bénéfice définitif, ni même durable.

M. Hirtz apporte à l'appui de cette opinion l'histoire toute récente d'un malade opéré par une Freund unilatérale droite. L'intervention n'avait amené qu'une amélioration passagère. Ce n'était pas un emphysémateux vrai, mais un asthmatique à crises intermittentes, violentes, qui dans les phases intercalaires respirait librement.

Le malade entre dans le service médical pour une fièvre typhoïde grave et meurt d'hémorragies intestinales. A l'autopsie on trouve des poumons adhérents aux côtes, un emphysème partiel dans les lobes supérieurs seulement. Les crises asthmatiques s'expliquent par la présence de ganglions péribronchiques emprisonnant les deux pneumogastriques et l'origine du récurrent gauche. L'opération ne pouvait rien sur ces lésions.

M. Hirtz montre le *plastron sterno-costal*, dont l'autopsie est d'un grand intérêt. Du côté opéré droit, les deuxième et troisième côtes sont seules mobiles, les quatrième et cinquième sont immobilisées. Après l'intervention au niveau de la section, les quatrième et cinquième cartilages se sont ossifiés, l'adhérence chondro-costale est complète. Une épreuve radiographique très bien faite par le docteur Lesage montre nettement que le côté gauche intact a une transparence parfaite, tandis que le côté sectionné a subi une transformation calcaire. Dès lors l'inconvénient est certain, le bénéfice douteux, la dyspnée s'est accentuée. Il faut donc éviter la soudure chon-

dro-costale, en enlevant le périchondre complètement ou en interposant comme on l'a proposé, entre les fragments, des lambeaux musculaires.

Une femme franchement emphysémateuse, à dyspnée continue avec exacerbations asthmatiques, arrivée à la période d'asystolie et âgée de soixante-quatre ans fut soumise inutilement à toutes les médications plus ou moins spécifiques. M. Hirtz la confia au professeur Delbet, pour une opération de Freund. Celle-là, malgré la gravité de son état, malgré son âge, tira le plus grand bénéfice de l'intervention en tant qu'emphysémateuse vraie, et va bien après plus d'un an. Les côtes sont restées mobiles. M. Hirtz insiste sur le bénéfice qu'en a retiré le cœur et la circulation générale. Il croit que la distension cardiaque, une cardiopathie même sont des indications de plus pour l'intervention.

Il rappelle le remarquable résultat obtenu dans un cas de symphyse cardiaque publié par lui avec le professeur Delbet.

Un cas d'empoisonnement mortel par l'oxycyanure de mercure (étude clinique, anatomique et expérimentale). — MM. L. Rénon, E. Géraudel et J. Sevestre rapportent l'histoire clinique et anatomique d'un cas d'empoisonnement mortel causé par l'ingestion volontaire de 1 gramme d'oxycyanure de mercure.

Outre une céphalée et une stomatite légères, l'intoxication s'est manifestée par des douleurs abdominales, des vomissements, de la diarrhée, puis par de l'anurie. Le peu d'urine émis par la malade ne contenait aucun cylindre, mais seulement des cellules endothéliales vésicales.

Anatomiquement, les auteurs ont constaté des lésions intestinales intenses, caractérisées par une nécrose hémorragique de la muqueuse de certains segments de l'intestin grêle. Il existait, en plus, au niveau du gros intestin, une inflammation phlegmoneuse considérable de la sous-muqueuse. Les reins présentaient des lésions conjonctives et épithéliales de tout le système urinifère, surtout marquées au niveau du glomérule, du segment contourné et de la branche large de l'anse de Henle. Il faut encore noter l'absence de tout cylindre ainsi que la rapidité de l'épaississement du tissu conjonctif périglomérulaire et péritubulaire, la survie de la malade ayant été de neuf jours seulement.

Des recherches expérimentales faites sur 15 cobayes ont permis de reproduire les lésions intestinales observées.

Syndrome hémorragique mortel dans la fièvre typhoïde. Hémoglobinurie par hématurie. — MM. Achard et Saint-Girons ont observé un cas de fièvre typhoïde d'allure assez bénigne chez un jeune homme de dix-sept ans qui, au vingtième jour, se compliqua d'hémorragies multiples et abondantes : épistaxis, mélæna, hématuries, ecchymoses gingivales, labiales et cutanées. La mort survint au bout de six jours de ce symptôme hémorragique.

L'hématurie présenta des particularités intéressantes. L'urine fraîche étant souvent presque purement hémoglobinurique, l'hémoglobine dissoute s'y trouvait en proportion 10 fois et même 82 fois supérieure à l'hémoglobine restée fixée sur les globules. Mais dans les dernières heures de la vie, l'hématurie devint tout à fait pure.

Il est à remarquer que le sérum ni le plasma n'étaient laqués, que le sérum n'était nullement hémolytique et que les globules rouges n'étaient point fragiles. Il n'y a donc pas lieu de songer à une hémoglobinurie par hémoglobinémie. D'ailleurs, la coexistence d'hémorragies multiples et la présence d'hémorragies rénales vérifiée à l'autopsie montrent qu'il s'agissait d'une hémoglobinurie par hémolyse intra-urinaire.

La dissolution des globules rouges dans certaines urines est attribuée souvent à la réaction trop acide ou trop alcaline ainsi qu'à la teneur insuffisante en chlorures. En réalite, le plus grand nombre des urines ne sont pas hémolytiques et MM. Achard et Saint-Girons ont vu le taux des chlorures s'abaisser à 1g50 par litre sans entraîner l'hémolyse. Le mélange du sang à l'urine diminue d'ailleurs son pouvoir hémolytique. Si l'on verse directement du sang dans de l'eau distillée, il y a toujours une certaine hémolyse; mais si l'on prépare d'abord des dilutions homogènes de plasma et d'eau distillée pour ajouter ensuite les globules, on voit que le sang peut être mélangé avec son volume d'eau sans que les globules se dissolvent. C'est peut-être ce qui explique les cas où coexistent l'hémoglobinurie et l'hématurie : les globules qu'une hémorragie rénale verse dans l'urine hémolysante s'y dissolvent jusqu'à ce que la proportion de plasma devienne assez grande pour abolir le pouvoir hémolytique.

Comme les urines du malade ont renfermé jusqu'à plus de la moitié de sang, on ne peut attribuer l'hémolyse ni à une réaction trop acide ou trop alcaline, ni à une insuffisance de concentration minérale. L'hémoglobinurie relèverait d'un mécanisme analogue à celui qu'ont étudié MM. Achard et Feuillié dans l'hémoglobinurie expérimentale produite par l'injection de suc musculaire dans les veines.

Hydro-pneumocystes post-opératoires. — MM. Chauffard et Rousseau rapportent l'observation d'une malade porteur d'un grand kyste hépatique du foie qui fut opérée par M. Lejars. On constata sur une radiographie faite après l'opération, à la place du kyste, une collection hydro-aérique volumineuse, fait qui fut observé déjà par Devé. M. Chauffard propose de dénommer ces faits : hydro-pneumocystes post-opératoires.

Sur le dosage exact de la cholestérine dans le sérum. — MM. G. Lemoine et E. Gérard (de Lille). Depuis que les auteurs ont démontré le rôle antitoxique de la cholestérine dans l'organisme humain la connaissance du chiffre exact de ce produit contenu à l'état normal dans un litre de sang prend une importance de plus en plus grande. On ne peut en effet dire qu'il y a hypo ou hypercholestérinémie que lorsque les quantités trouvées chez un sujet sont supérieures ou inférieures à ce taux normal.

Toutes ces recherches n'ont de valeur que si elles sont exécutées avec un procédé exact de dosage de la cholestérine dans le sérum. Les auteurs indiquent une méthode de dosage rigoureusement exacte qui leur a permis d'établir que la quantité normale de cholestérine par litre de sang était de 40 à 50 centigrammes.

A leur avis, toutes les déductions basées sur des chiffres supérieurs donnés par d'autres procédés sont entachés d'une erreur fondamentale.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 9 février 1912)

Séro-diagnostic de la syphilis. — M. Hallion déclare que dans la méthode de Hecht l'amélioration attribuée à Weinberg (et qui consiste à tenir compte du pouvoir hémolytique du sérum à examiner) a été décrite antérieurement par MM. Hallion et Bauer.

M. Leredde insiste sur la nécessité de traiter tous les malades dont la réaction de Wassermann est positive jusqu'à la disparition définitive de celle-ci ; bien entendu, une réaction négative ne permet jamais de conclure à la disparition de la syphilis ou même à la disparition de sa virulence. Il est nécessaire, chez tous les syphilitiques traités, de contrôler les résultats du traitement par l'étude des modifications apportées à la réaction de Wassermann.

Traitement des furoncles. — M. P. Gallois considère que la furonculose est une maladie purement locale, résultant d'inoculations successives; le traitement de cette affection est donc exclusivement affaire de pansement.

Bannissant l'emploi de l'eau et des cataplasmes, l'auteur

préconise la méthode suivante. Pour faire avorter les furoncles si possible, employer une goutte d'iodacétone; appliquer localement une compresse de gaze largement imprégnée de glycérolé d'amidon additionné d'acide borique ou d'oxycyanure de mercure; recouvrir de coton hydrophile, en évitant surtout l'emploi d'un imperméable, et maintenir le tout par une bande. Ce pansement doit être renouvelé tous les jours ou deux fois par jour, puis, pour faire sécher, il suffit de saupoudrer la plaie avec de la poudre de talc additionnée d'un peu de paraffine.

Par ce procédé, on obtient une guérison du furoncle en moins de quinze jours, et on évite toutes les inoculations successives.

Les coliques hépatiques. — Par un nombre considérable d'observations personnelles, avec statistiques à l'appui, M. BOULOUMIÉ montre que la colique hépatique est souvent liée à la cholécystite, mais souvent aussi à la présence et à la migration des sables et des calculs biliaires. La colique hépatique fruste, à forme gastralgique surtout, plus fréquente chez la femme que chez l'homme, est souvent méconnue, mais précède ordinairement et accompagne parfois la colique hépatique franche. Dans le traitement, il faut tenir compte non seulement de la notion d'infection et de lithiase, mais encore de l'état général de la nutrition; l'arthritisme, notamment, est un facteur important qui, dans un grand nombre de cas, comme l'auteur a pu le constater à Vittel, donne lieu, chez les lithiasiques biliaires, à de multiples complications, la gravelle et la goutte entre autres.

Pour M. SALIGNAT, la cholécystite est la cause unique, du moins la cause la plus fréquente de la colique hépatique. Dans la grande majorité des cas, en effet, on trouve les symptômes de l'inflammation : la fièvre qui peut être de courte durée ou se manifester seulement le lendemain ou le surlendemain de la crise; l'hyperleucocytose, déjà constatée autrefois par M. Parmentier, et enfin la douleur localisée. La cholécystite est curable le plus souvent par un traitement médical, mais parfois aussi par la chirurgie.

M. GUELPA insiste sur les bienfaits de la glycérine dans le traitement de la colique hépatique et sur les bons résultats qu'il en a obtenus.

Les principaux produits de substitution du café. — M. Camille GUILLOT, à l'appui de sa candidature, fait une étude comparative sommaire des principaux produits de substitution du café : chicorée, glands, figues, céréales, châtaignes, pois chiches. Toutes ces substances qui ne s'emploient que torréfiées sont souvent douées de caractères organoleptiques très voisins de ceux du café; sans toutefois contenir la moindre trace de caféine, elles pourraient donc être en diététique utilisées avantageusement.

XIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

[*Lyon, 22-25 octobre 1911* (1)].

COMMUNICATIONS SUR LES MÉNINGITES ET LES MALADIES NERVEUSES (*fin*)

Etat histologique du cerveau humain dans deux cas mortels d'état de mal épileptique : recherches expérimentales sur l'état histologique du cerveau du chien, dans l'état de mal épileptique provoqué par l'absinthe. — MM. BOUCHUT et L. NOVÉ-JOSSERAND (de Lyon). Dans le cerveau de deux malades observés dans le service de MM. Mouisset et Péhu, et morts en état de mal épileptique, après avoir présenté respectivement pendant trois ans et onze ans une épilepsie tardive typique, nous avons trouvé une accumulation considérable de cellules jeunes dans l'épaisseur du parenchyme cérébral, accumulation diffuse, généralisée aux deux hémisphères, sans méningite.

Avant d'admettre qu'il s'agisse sûrement là d'une encéphalite, il fallait savoir si cette infiltration de cellules jeunes ne pourrait pas être un phénomène physiologique en quelque sorte, lié, par exemple, à une diapédèse abondante s'effectuant à la faveur et sous l'influence de la vaso-dilatation des vaisseaux du cerveau pendant les crises subintrantes. Cet état histologique, qui nous avait frappés, a déjà été vu et décrit par différents auteurs; mais, et c'est là le point original de notre travail, on n'avait pas songé à vérifier s'il n'était pas, par hasard, un effet des accès plutôt que leur cause.

Pour cela, nous avons examiné histologiquement le cerveau d'un sujet mort d'une encéphalite hémorragique avec vastes hémorragies en foyer de la corticalité, et ayant eu, pendant les trente-six heures qui se sont écoulées entre l'ictus et la mort, au moins une dizaine de crises épileptiques généralisées ; or, en dehors des régions avoisinant les foyers sanguins et où régnait une encéphalite localisée, il n'y avait pas, dans les parties voisines, d'infiltration leucocytaire diffuse, généralisée; celle-ci aurait dû exister si un pareil état histologique était sous la dépendance des crises.

Enfin, nous avons expérimenté sur deux chiens :

Chien A, 13 kilogrammes. — Etat de mal épileptique par injection intraveineuse d'essence d'absinthe; quinze crises en une heure et demie ; mort.

Chien B, 15 kilogrammes. — Etat de mal épileptique par le même procédé ; vingt-quatre crises en vingt-quatre heures; mort.

Dans les deux cas, la mort est survenue au cours d'une série de crises subintrantes, et le cerveau ne présentait pas d'infiltration leucocytaire autour ou en dehors des vaisseaux.

Quand, chez les malades morts en état de mal, on rencontre une infiltration leucocytaire diffuse et généralisée aux hémisphères, il ne faut pas interpréter cette lésion comme un effet des crises, mais comme un état inflammatoire tenant sous sa dépendance les crises subintrantes.

Les faits que nous rapportons plaident en faveur de l'organicité de l'état de mal épileptique.

Recherches dynamométriques à l'état normal et pathologique. — MM. Alph. BAUDOUIN et H. FRANÇAIS (de Paris). Il est intéressant dans bien des cas de pouvoir mesurer exactement la force musculaire. Aussi les auteurs se sont efforcés d'en réaliser une exploration aussi étendue et aussi précise que possible, grâce à un appareil composé d'un dynamomètre hydraulique, gradué de 1 à 100 kilogrammes, fixé au bord d'une table solide sur laquelle est étendu et immobilisé le sujet en expérience. L'effort exercé, réfléchi par une poulie que l'on peut placer à une hauteur variable, va actionner le dynamomètre.

Au moyen de cet appareil, les auteurs, se plaçant dans des conditions bien déterminées, toujours les mêmes, ont mesuré la force musculaire des divers segments du corps : abduction et adduction des bras, flexion et extension de l'avant-bras, flexion et extension de la main, de la cuisse, de la jambe et du pied.

Après avoir cherché à déterminer les moyennes de la force des principaux groupements musculaires, à l'état normal, les auteurs en ont étudié les variations à l'état pathologique. Ils ont examiné les hémiplégiques et constaté que le déficit moteur existe pour tous les groupements musculaires à peu près au même taux. Au membre postérieur, en particulier, ce déficit existe sur les extenseurs du pied, de la jambe et de la cuisse, au prorata de leur force normale. Les constatations ainsi faites ne s'accordent pas avec la loi de Mann et de Wernicke

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 125, p. 1784; n° 126, p. 1798; n° 127, p. 1814; n° 129, p. 1852; n° 132, p. 1889; n° 135, p. 1937; n° 139, p. 1997; 1912, n° 3, p. 35; n° 6, p. 71; n° 7, p. 87; n° 11, p. 148; n° 13, p. 176.

sur la prédominance de l'hémiplégie au niveau des muscles fléchisseurs.

Il résulte de leurs études chez les sujets atteints de myopathie qu'il ne paraît pas exister de forme de cette affection nettement localisée, et le dynamomètre apporte ainsi sa contribution à la négation de la doctrine de la spécificité étroite de chaque forme de myopathie.

L'exploration dynamométrique des malades atteints de paraplégie spasmodique retient encore l'attention des auteurs. Ils cherchent à dégager des types divers de paraplégie spasmodique certains caractères propres à chaque forme étiologique.

Sur un cas d'aphasie motrice. — M. Bernheim (de Nancy). L'auteur rapporte l'observation et le compte rendu d'autopsie d'une malade qui lui permit de tirer les conclusions suivantes : la région de Broca n'est pas un centre phonétique, la région lenticulaire n'est pas non plus, comme le pense P. Marie, un centre pour la coordination des mouvements phonétiques; de plus, la voie des deux capsules blanches, interne et externe, n'est pas la seule voie de transmission entre la parole cérébrale (lobe frontal) et le bulbe; il faut donc admettre que la transmission se fait dès le début par d'autres voies détournées et se perfectionne dans la suite.

Enfin cette observation montre que la fonction de l'évocation et de la réalisation de la parole articulée n'est pas proportionnelle au déficit intellectuel, la malade ayant perfectionné sa parole alors que l'intelligence déclinait.

M. Ballet considère l'observation comme ne correspondant pas à la vraie aphasie motrice. Il s'agit plutôt d'une surdité verbale incomplète.

La complexité pathologique de cette malade s'oppose à ce que l'on tire des conclusions nettes qui ne peuvent être formulées qu'à l'occesion de cas simples.

Le signe de Babinski dans la myopathie primitive progressive. — M. O. Crouzon (de Paris). Dans cette affection, l'état des réflexes est exactement parallèle à l'état des muscles, puisque cette myopathie est une affection musculaire. Or, M. Crouzon a pu observer un enfant de huit ans, myopathique, où le réflexe du gros orteil se faisait en extension, semblant indiquer par là une lésion du faisceau pyramidal; mais il faut bien tenir compte que le signe de Babinski existe chez l'enfant n'ayant pas marché, ce qui était presque le cas du malade observé. Aucune conclusion formelle ne peut donc être tirée.

La réflexothérapie. — M. Jaworski (de Paris) présente une communication sur la répercussion lointaine des lésions organiques (réflexopathie) et sur l'action thérapeutique utile que, par action réflexe, on peut produire à distance. Bons effets de la dilatation de l'urètre dans le tabes (réflexothérapie urétrale) et des cautérisations nasales (réflexothérapie nasale) dans les troubles menstruels, les entérites et l'asthme.

COMMUNICATIONS SUR LA SYPHILIS

Du traitement de la syphilis par le 606. — Jusqu'à nouvel avis, MM. Dubreuilh et Petges (de Bordeaux) concluent que le 606 est un antisyphilitique précieux, mais ses succès d'un an ne permettent pas de dire qu'il est en mesure de remplacer définitivement le mercure, connu et employé avec des résultats que l'on connaît depuis quatre cents ans.

Un an de pratique du 606 à la clinique vénéorologique de l'Antiquaille de Lyon. — MM. Joseph Nicolas et H. Moutot (de Lyon). Entre nos mains, l'arseno-benzol est resté inefficace dans 4 cas de psoriasis, 4 de néoplasmes, 3 de lupus nodulaire, mais, dans un cas présentant tous les caractères cliniques et histologiques de ce dernier, il a accusé une désinfiltration certaine et une guérison presque complète.

Par contre, il s'est montré tout particulièrement efficace contre des manifestations syphilitiques en évolution (136 fois sur 140), mais avec une rapidité très variable suivant les accidents.

Les chancres (48 cas) ont demandé souvent plusieurs injections et de vingt à trente jours pour se cicatriser complètement. L'adénopathie satellite, moins heureusement influencée, persiste souvent après quatre injections en un mois.

L'action sur les accidents de modalité secondaire (89 malades) est excellente : la roséole simple ou de retour, les syphilides érosives cutanées, les plaques muqueuses génitales ou bucco-pharyngées, la céphalée, les douleurs de périostite disparaissent en deux à cinq jours; les condylomes hypertrophiques en dix à douze jours, les syphilides granuleuses, lichenoïdes, papulo-squameuses en trois semaines à un mois. Les syphilides ulcéreuses, les syphilis secondaires malignes précoces sont le vrai triomphe de l'arseno-benzol avec la guérison en quinze jours à trois semaines. Les syphilides, dans tous ces cas, laissent comme séquelle des pigmentations très longues à disparaître. L'état général est très rapidement modifié, avec augmentation de poids, plusieurs kilogrammes en quelques jours.

Les lésions tertiaires (13 cas) sont rapidement guéries : gommes cutanées, infiltrations gommeuses, bucco-pharyngées, du nez, syphilides tertiaires cutanées.

La leucoplasie, les syphilides pigmentaires du cou ne sont pas influencées.

Le tabes (4 cas), la paralysie générale (6 cas) n'ont pas été améliorés.

L'arseno-benzol a donc une valeur curative certaine sur tous les accidents syphilitiques en évolution, et avec une rapidité d'action plus grande que celle du mercure. Il agit d'ailleurs dans des cas où celui-ci a échoué. Cependant, dans quelques cas (4 sur 140), il peut rester sans action.

La valeur préventive de l'arseno-benzol nous paraît moins certaine.

Les récidives sont fréquentes après une ou deux injections.

L'injection d'arseno-benzol n'est pas toujours sans danger.

Aussi, les contre-indications doivent être soigneusement respectées. Ce sont : l'âge avancé, les troubles nerveux graves, bulbaires surtout; les troubles circulatoires, les troubles oculaires, les cachexies non syphilitiques. L'albuminurie ne sera qu'une contre-indication relative; par une faible dose, on pourra tâter le terrain.

L'arseno-benzol a des contre-indications, il peut donner des accidents graves; aussi, malgré sa valeur curative réelle, il doit être réservé à certaines indications qui sont :

Les tentatives de stérilisation de la syphilis au début du chancre;

Les cas où le mercure a échoué;

Les cas où le mercure n'est pas toléré;

Les cas où il y a nécessité d'agir vite et fort, soit qu'il s'agisse d'accidents graves, soit qu'il s'agisse de conditions prophylactiques à remplir.

L'arseno-benzol est donc un médicament très actif qui mérite de rester dans la thérapeutique antisyphilitique, mais il ne saurait exclure le mercure. C'est avant tout un médicament d'attaque excellent contre les accidents en évolution. Aussi, même lorsqu'il est indiqué, le mieux est-il de lui associer le mercure comme médicament de fond.

Modifications des globules sanguins après injection de 606. — MM. Lucien Thévenot et E. Brissaud. L'étude des modifications déterminées dans le sang par les injections de 606 a été, jusqu'à ce jour, l'objet de peu de travaux. La plupart des auteurs signalent une leucocytose notable. Yakimoff, sur des rats et quelques singes, aurait noté une leucopénie, pendant vingt-quatre heures, par destruction globulaire et inhibition des organes hématopoïétiques, puis une hyperleucocytose; il conclut à une rénovation du sang par le 606, lequel détruirait les globules anciens et exciterait les organes hématopoïétiques.

Nous nous sommes attachés, depuis février 1911, à l'étude de cette question.

Voici les résultats de nos recherches faites sur huit malades :

1° Les hématies subissent, après l'injection de 606, une augmentation très accusée, précédée d'une diminution passagère.

2° Les globules blancs, contrairement à l'opinion de la plupart des auteurs, n'ont pas subi d'augmentation. Au contraire, il existait presque toujours une diminution de 1 000 à 3 000 leucocytes après deux à trois jours, moins accentuée en général après quinze jours.

3° La formule leucocytaire normale avant le traitement s'est très peu modifiée ; la leucopénie portait plus sur les mononucléaires que sur les polynucléaires.

4° La formule d'Arneth accusait, avant le traitement, une augmentation des II et III avec diminution des IV, souvent de plus de moitié ; on ne trouvait presque jamais de V.

Après l'arseno-benzol, on constatait une augmentation légère des IV et, seulement après quinze jours, les V apparaissaient dans 4 cas sur 8.

(*A suivre.*) FERNAND LÉVY.

JURISPRUDENCE

MÉDECINS ET ÉTABLISSEMENTS THERMAUX

Un de nos lecteurs nous a adressé la lettre suivante : « Je suis attaché à la personne d'une très grande notabilité étrangère. Tous les ans, je me rends, avec mon client, dans une ville d'eau, où celui-ci suit un traitement rigoureux ; mais il désire que moi seul le lui administre. Or j'ai reçu dernièrement une lettre de la direction de l'établissement thermal, me faisant pressentir que je ne serais plus admis comme autrefois dans toutes les dépendances de l'établissement, qu'il ne me serait plus permis d'administrer la douche et de manipuler les appareils en usage dans ledit établissement. Cette mesure serait prise à mon égard, pour éviter certains abus qui ne manqueraient pas de se produire, m'assure-t-on. Quels sont exactement mes droits ? »

La question qui nous est posée est assez délicate, et les tribunaux n'ont eu, à notre connaissance, qu'une seule fois à trancher ce cas tout particulier. En effet une espèce, visant le cas tout particulier qui intéresse notre correspondant, a été soumise, en 1896, à la cour d'appel de Besançon. Voici d'ailleurs le sommaire de cet arrêt rendu le 2 décembre 1896 et qui se trouve rapporté au *Dalloz*, 1897, 2e partie, page 25.

Le médecin particulier d'un malade a le droit, à la demande de celui-ci, de l'accompagner et de l'assister médicalement dans tout établissement d'eaux minérales naturelles sans avoir l'autorisation préalable de l'établissement. Dès lors, il peut pénétrer dans les divers cabinets de l'établissement, lorsqu'il y sera demandé, et donner au personnel technique les indications utiles à son malade relativement au dosage et au mode d'emploi des eaux à consommer sur place, à la température des bains, au mode d'application des douches et à leur durée, relativement enfin à tout ce qui touche à la médication balnéaire.

Mais s'il lui appartient de surveiller sur les lieux l'exécution conforme de ses prescriptions, il ne peut se servir lui-même des appareils qui sont la propriété de l'établissement ; spécialement il ne peut donner les douches à ses malades dans le cas où il reconnaîtrait que cette opération ne serait pas exécutée suivant ses prescriptions ou qu'elle serait faite suivant des procédés qu'il estime défectueux.

Les mesures d'ordre et de police de l'établissement, relatives notamment à la circulation et au stationnement des médecins particuliers des malades dans l'établissement appartiennent à l'autorité administrative ; l'autorité judiciaire ne saurait intervenir à cet égard sous peine de méconnaître le principe de la séparation des pouvoirs.

L'exercice non abusif d'un droit ne peut donner lieu à des dommages-intérêts.

Quelques commentaires ne sont certes pas inutiles pour compléter le sommaire précité. Il existe, dans les établissements thermaux, des médecins qui y sont attachés et leur mission est de soigner les malades qui viennent y subir le traitement. Vont-ils se trouver en présence d'un acte de concurrence professionnelle, susceptible d'être réprimé, et d'entraîner en leur faveur une action en dommages et intérêts, lorsqu'ils se rencontrent avec le médecin particulier du malade ? Ce médecin a-t-il le droit de pénétrer dans l'établissement thermal ? Tels sont les points délicats que l'arrêt de Besançon a tranchés.

Il est de toute évidence que les solutions données par la décision que nous citons sont absolument exactes et elles sont en conformité avec l'ordonnance du 18 juin-27 juillet 1823 et du décret du 28 janvier 1860 (art. 9), non abrogé par la loi du 13 février 1883.

On sait que, pendant la saison des eaux, le médecin inspecteur exerce la surveillance sur toutes les parties de l'établissement affectées aux traitements. Mais ces dispositions ne peuvent être entendues de manière à restreindre la liberté qu'ont les malades de suivre la prescription de leurs propres médecins, ou d'être accompagnés par lui, s'ils le demandent. L'article 9 précité le déclare expressément. Aussi une société thermale ne peut trouver dans son droit de propriétaire de l'établissement la faculté de prendre toutes les mesures utiles pour le bon fonctionnement, le fait de refuser l'accès dudit établissement aux médecins, ou de leur permettre qu'avec une autorisation.

L'administration préfectorale elle-même doit une protection toute particulière aux malades dans tout établissement (v. décret 28 janv. 1860, art. 16 ; Cassation crimin., 26 sept. 1856, *Dalloz périod.*, 1856, 1re partie, p. 421 ; Cassation civile, 28 janv. 1861, *Dalloz périod.*, 1861, 1. 121 ; Cassation crimin., 18 janv. 1866, *Dalloz périod.*, 1866, 5. 151).

Telle est, résumée, la réponse à la demande posée par notre correspondant, qui a, on le voit, une importance considérable pour les médecins des établissements thermaux comme pour les médecins particuliers.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TROUBLES GASTRIQUES DANS LA GROSSESSE

Dès qu'apparaissent des troubles gastriques chez une femme enceinte, instituer le traitement suivant :

Prendre, après chaque repas, un verre à liqueur d'Elixir ou 2 cachets de Trouette-Perret à la papaïne.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 22 — JEUDI 22 FÉVRIER 1912. 85e ANNÉE. JEUDI 22 FÉVRIER 1912. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Un emploi de chargé de cours complémentaire de climatologie et d'hydrologie médicale (fondation de l'Université) est vacant à la Faculté de médecine. Les candidats doivent faire parvenir leur demande avec titres à l'appui, à M. le recteur, président du conseil de l'Université.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE (XIIIe CONGRÈS DE MÉDECINE.) — Le XIIIe Congrès français de médecine se tiendra à Paris, du dimanche 13 octobre 1912 au mercredi 16 octobre inclusivement, sous la présidence de M. le professeur Chauffard. Le secrétaire général est M. le professeur Pierre Teissier.

Les questions choisies pour être l'objet de rapports et de discussions sont au nombre de trois :

1° *L'oxalémie et l'oxalurie.* — Rapporteurs. MM. Lœper (de Paris) : Exposé général du sujet; Lambling (de Lille) : Etude chimique de l'oxalémie et de l'oxalurie.

2° *Les colites infectieuses aiguës.* — Rapporteurs. MM. Cade (de Lyon) : Colites infectieuses aiguës chez l'adulte; Hutinel et Nobécourt (de Paris) : Colites infectieuses aiguës de l'enfance.

3° *Thérapeutique des syndromes hémorragiques.* — Rapporteurs. MM. Carnot (de Paris) : Exposé général du sujet; Sabrazès (de Bordeaux) : Examen du sang dans le diagnostic des syndromes hémorragiques; Nolf (de Liége) : Physio-pathologie de la coagulation du sang.

Le bureau estimant, sans vouloir rompre avec les traditions et s'opposer aux communications sur des sujets divers, qu'il est d'un réel intérêt scientifique d'éviter l'abus des communications dispersées et de favoriser leur groupement sur les questions d'actualité, propose à l'orientation des travaux des futurs adhérents du Congrès les deux questions suivantes :

1° Les états anaphylactiques en clinique;

2° La vaccination antityphique.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — M. le docteur Ch. Richet, professeur à la Faculté de médecine de Paris, a été élu correspondant étranger.

CONTRE L'ALCOOLISME. — Sur la proposition de MM. les docteurs Brouardel, Chauffard, Jacquet, Laubry, Lereboullet, Rist, Siredey, Vaquez et P.-Emile Weil, la Société médicale des hôpitaux, dans sa séance de vendredi dernier, a émis à l'unanimité le vœu suivant :

« La Société médicale des hôpitaux exprime le regret que la Chambre des députés, semblant se désintéresser du péril alcoolique, de plus en plus menaçant, ait prononcé le renvoi à la Commission des propositions de loi relatives à la limitation des débits de boisson. »

LES DENTISTES DES HOPITAUX ET L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La Société des dentistes des hôpitaux de Paris s'est pourvue contre une décision du directeur de l'Assistance publique qui a confié à l'Ecole dentaire de Paris le service de l'hospice de Brévannes.

La Société faisait remarquer qu'aux termes du règlement général du service de santé de l'Assistance publique, c'est aux dentistes des hôpitaux, nommés au concours que doit revenir le service dentaire dans tous les établissements qui dépendent de cette administration.

Le Conseil d'Etat, conformément aux conclusions du commissaire du gouvernement Helbronner, vient de lui donner raison.

Certes l'Assistance publique pourrait, tout en maintenant son règlement général, prendre des mesures concernant spécialement l'hospice de Brévannes, qui est situé hors Paris.

Mais en l'absence de toute exception de ce genre au règlement général, le directeur de l'Assistance publique devait se conformer aux dispositions en vigueur.

Le Conseil d'Etat vient donc d'annuler la décision attaquée qui confiait à l'Ecole dentaire le service de l'inspection sanitaire et du traitement du personnel à Brévannes. (*Le Temps.*)

NOUVELLE SOCIÉTÉ. — Il vient de se fonder à Toulouse, une Société de chirurgie qui prend le nom de Société de chirurgie de Toulouse. Le bureau est ainsi composé : président, M. Jeannel ; vice-président, M. Tapie; secrétaire général, M. Dambrin; secrétaire trésorier, M. Baudet.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 22 février 1911, à quatre heures et demie du soir, 12, rue de Seine, dans les locaux de la Société de chirurgie.

La séance est réservée à la discussion des accidents attribués à l'arsenobenzol.

Orateurs inscrits : MM. Leredde, Milian, Paul-L. Tissier (insuccès et accidents attribués au salvarsan), Lenglet, Maurice Faure (pourquoi l'arsenobenzol n'est pas un médicament de pratique courante), Salmon, Gastou, Lévy-Bing, Clément Simon.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le docteur Ch. Guende, professeur de clinique ophtalmologique à l'Ecole de médecine de Marseille.

LES

TUMEURS INFLAMMATOIRES DES MEMBRES

SIMULANT LE SARCOME

Par E. MÉRIEL,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse,
Chargé de cours de clinique chirurgicale,
Chirurgien en chef des hôpitaux.

L'impression qui demeure de la discussion qui eut lieu cette année à la Société de chirurgie sur cet intéressant sujet est que le domaine anatomo-clinique du sarcome est constitué d'éléments variés et dont le pronostic et la thérapeutique sont par suite très opposés. Les cas de prétendus sarcomes, méritant même cette étiquette histologique, et guérissant sans opération, ou par une simple incision, voire même par les rayons X, montrent bien le défaut d'une classification en bloc et trop rapide, à tel point qu'on ne peut plus se reconnaître dans ce « chaos pathologique » qu'est le sarcome. Le mot est de Tuffier, il est juste et frappe fort, pour montrer la pauvreté de nos connaissances ou tout au moins nous inviter à une sage réserve. L'histologiste ne peut, dans l'espèce, nous renseigner suffisamment sur la nature vraie du fragment de tumeur que nous lui envoyons puisque les coupes sont comparables, à s'y méprendre, s'il s'agit d'un sarcome vrai, tumeur maligne, ou d'une de ces étranges tumeurs inflammatoires dont on a parlé à la Société de chirurgie (1), et qui sont susceptibles de guérir par des moyens différents (intervention palliative, résection économique, traitement général, radio et radiumthérapie, etc.) et de présenter une guérison durable maintenue pendant des années. Il y aura même lieu de se demander si la nature particulière et par endroits encore indéterminée de ces tumeurs inflammatoires n'a pas utilement servi la cause de ces divers traitements, sans action généralement sur des sarcomes véritables, d'une si fatale malignité. Les succès bruyants et les échecs inavoués de certaines méthodes récentes trouveraient peut-être là une satisfaisante explication. Quoi qu'il en soit, on ne peut se défendre de constater que sous les coups que lui portent de toutes parts la tuberculose, la syphilis, les diverses mycoses et les inflammations chroniques, le vieil édifice du sarcome s'effondre et qu'il y a lieu d'espérer plus d'esprit critique dans la classification des faits disparates qui le constituaient.

A tort peut-être on a parlé de la faillite de l'histologie devant ces méprises de diagnostic : il semble plus sage de se garder d'admettre trop vite le diagnostic de sarcome. Ces erreurs de diagnostic ont une énorme importance puisqu'elles conduisent à des interventions opératoires excessives, telles que l'amputation d'un membre alors qu'il n'en était nul besoin, comme le démontre parfois l'abstention ou le refus d'opérer exprimé par le malade. J'ai eu l'occasion de faire ces réflexions à propos d'un cas personnel dont l'histoire ne manque pas d'intérêt. Les faits remontent déjà à deux ans, ce qui a bien sa valeur pour juger de la nature de la tumeur.

Au mois de février 1909, mon confrère et ami le docteur F..., de Saint-Sulpice (Tarn), m'adressait à l'Hôtel-Dieu un malade de quarante-sept ans, cultivateur vigoureux et bien portant, sans antécédents syphilitiques ni tuberculeux, et qui présentait à la racine de la cuisse droite, dans la région des adducteurs, une tuméfaction du volume des deux poings environ, ferme au toucher, dure même, et peu mobile dans le sens transversal. Cette tumeur s'était développée en quelques mois. Elle était peu douloureuse ; elle était dépendante de la peau, laquelle n'était pas chaude à ce niveau, mais laissait voir au-dessous d'elle de larges réseaux variqueux. Après avoir constaté sa relative immobilité dans le sens antéro-postérieur, on sentait que la masse était attachée par un large pédicule à la branche ischio-pubienne. Cette tumeur s'étendait un peu vers la région périnéale et l'index introduit dans le rectum ne pouvait trouver de signes d'extension, vers la fosse ischio-rectale. C'était donc bien dans la région des adducteurs, sans plus, qu'elle s'était nettement formée et développée. Pas d'adénopathie inguinale ou crurale ; pas d'autre manifestation morbide sur le reste du membre ou sur le bassin. Pas d'œdème des malléoles, mais une douleur dans la racine de la cuisse, évidemment dans le territoire du nerf obturateur. Le malade se plaignait en somme d'une gêne douloureuse pendant la marche ; mais à la pression, la tumeur était indolore. A aucun moment, il n'y avait eu de la fièvre ; jamais menace de suppuration, pas d'œdème local. La région était cependant plus chaude que du côté opposé.

Le diagnostic ne pouvait guère se limiter qu'entre deux affections : un néoplasme malin, le sarcome — dont tous les signes existaient — et une inflammation chronique, le phlegmon ligneux par exemple, puisque la syphilis, la tuberculose, l'actinomycose — d'après l'anamnèse et les signes cliniques — devaient être mises hors de cause.

Or le médecin traitant m'avait dit qu'avant l'apparition de la tumeur, le malade avait eu quelques accidents urinaires mal caractérisés ; il avait pensé à une prostatite ou à une péri-urétrite subaiguë qui aurait cédé à un traitement local anodin. Dans l'incertitude où nous fûmes plus tard de trouver une cause à la tuméfaction inflammatoire des adducteurs, nous pensâmes un instant à attribuer à ces accidents péri-urétraux une part étiologique ; mais on ne peut l'affirmer car il s'agit là d'un diagnostic rétrospectif, toujours critiquable, et d'autre part ce n'était guère l'évolution des infections péri-urétrales. Ces accidents inflammatoires se rapporteraient plutôt à une ostéite ischio-pubienne, dont la nature reste indéterminée.

Ce point de départ infectieux n'a été connu qu'après coup ; aussi en présence des symptômes objectifs a-t-on pensé tout de suite au sarcome, et la plupart de ceux qui successivement examinèrent la tumeur furent du même avis. Peu nombreux étaient ceux qui pensaient à une tumeur inflammatoire, à un phlegmon ligneux. Pour trancher le différend, je

(1) *Soc. de chir.*, séances des 24 juin, 26 juin, 22 et 29 novembre, 6 décembre 1911.

pratiquai le 6 mars 1909 une incision au milieu de la tumeur. Pas une goutte de pus ou de liquide n'en sortit, mais mon bistouri avait traversé un tissu épais, lardacé, gris blanc, très peu hémorragique. D'autres incisions en des directions différentes me montrèrent toujours le même aspect. Le diagnostic de phlegmon ligneux perdait donc du terrain au profit du diagnostic plus vraisemblable de sarcome.

En outre, la tumeur occupait entièrement la place des muscles dont il ne restait aucune fibre appréciable, et elle tenait solidement à l'os d'une part, aux vaisseaux d'autre part. Une extirpation totale s'annonçait pleine de périls et malgré tout incomplète, aussi décidai-je de ne pas la tenter, et après avoir prélevé en deux points des tranches de la masse lardacée, je bourrai la plaie avec une lanière de gaze et fis le pansement.

Les suites furent sans incidents; la brèche se referma assez vite et je fis part au médecin traitant de mes constatations opératoires et du mauvais pronostic qui en découlait. A quelques jours de là, je connus le résultat de l'examen histologique qui ne laissa pas de m'étonner. Il avait été confié à deux histologistes différents qui tous deux me demandaient des pièces à examiner. L'un d'eux me fit savoir qu'il s'agissait de sarcome fuso-cellulaire, tandis que le second, après avoir examiné diverses coupes de la tumeur ne pouvait se prononcer qu'en faveur du tissu fibreux qui la constituait. En présence de ces deux opinions radicalement opposées, sarcome et fibrome, j'étais bien embarrassé. Je demandai confirmation sur de nouvelles coupes de ce dernier diagnostic et de l'avis de plusieurs histologistes du même laboratoire on ne pouvait penser qu'à du tissu fibreux; quant au sarcome, on déclara qu'il n'y en avait point.

Impressionné toujours par les signes cliniques de la tumeur, un doute persista dans mon esprit et ce doute était favorable à l'idée du sarcome. Ne voulant pas toutefois entreprendre une intervention très grave, la désarticulation de la hanche, avec une telle incertitude, je renvoyai le malade chez lui, en faisant part à son médecin de mes craintes, des discordances histologiques et finalement expliquant ma conduite. Je pensais que le malade avait dû par la suite succomber aux progrès de sa tumeur lorsque huit mois après, de passage à Saint-Sulpice, j'en demandai des nouvelles à son médecin. Je ne pus dissimuler ma surprise et même ma confusion en apprenant que le malade se portait très bien, que sa tumeur — sans aucun traitement — avait peu à peu régressé, qu'elle avait ainsi fondu en presque totalité, et qu'actuellement notre homme marchait sans souffrance et menait la charrue dans son champ. Comme nous devisions sur cet étrange cas, le hasard nous fit rencontrer à la gare la fille aînée du malade qui confirma les excellentes nouvelles que je venais d'apprendre.

A l'heure où j'écris, il y a deux ans passés depuis le départ du sujet et les dernières nouvelles que j'en ai eues sont toujours satisfaisantes : il n'y a pas trace de récidive, et l'ancienne tumeur n'a laissé comme souvenir qu'une minime induration dans la région de la branche ischio-pubienne.

A vrai dire, si je n'avais été témoin d'un semblable fait, je pourrais le mettre en doute. Aussi cette curieuse histoire demeura-t-elle pour moi pleine de mystère jusqu'au moment où l'on apporta des faits analogues dans la discussion à la Société de chirurgie, à la suite du rapport de Lejars sur deux faits de tumeurs inflammatoires observés par M. Sénéchal. L'un concernait une inflammation chronique des gaines synoviales des tendons extenseurs de la main gauche, simulant un fibro-sarcome, et l'autre était un cas d'ostéomyélite subaiguë simulant un ostéo-sarcome de la cuisse. En dépit des apparences l'évolution clinique post-opératoire et l'examen histologique ont fait la preuve de la nature inflammatoire chronique de ces cas.

Celle-ci peut être la tuberculose, la syphilis, la sporotrichose, et l'inoculation dans ces cas lèverait bien des doutes. Mais à première vue, et par la clinique seule, le diagnostic à faire n'est plus, même dans des cas en apparence typiques, à l'abri de la critique, et l'on doit maintenant se montrer réservé dans le diagnostic de sarcome des muscles. Sans doute son existence n'est pas niable en tant que tumeur d'une haute malignité, mais il n'est pas rare aussi de trouver en clinique courante des faits de néoplasies inflammatoires pseudo-sarcomateuses. En trois séances de la Société de chirurgie les membres présents ont pu, en effet, apporter 16 observations inédites analogues (R. Picqué, Poncet, Tuffier, Morestin, Sébileau, Delbet, Arrou, Routier, Savariaud).

Au fond, la question n'était pas entièrement nouvelle, et l'on connaissait des faits comparables en d'autres points de l'organisme. De Bovis, il y a quelques années, et Lejars, en 1907, avaient déjà parlé de ces tumeurs inflammatoires juxta-intestinales dont la régression spontanée s'observait parfois. On peut voir aussi dans des cas qui sont nettement, au point de vue clinique comme au point de vue histologique, des cancers épithéliaux, des sarcomes généralisés, la maladie s'arrêter brusquement, les tumeurs fondre et disparaître, l'état général s'améliorer, l'embonpoint renaître. Cette amélioration peut être définitive ou n'être que momentanée ; dans ce cas, plusieurs mois après, la maladie reparaît et emporte le malade. Mais ce dernier ordre de faits qui est bien connu (Augagneur, Frenot, Pettit et Mouchet, Schwarz, Lenger, Bennet, Romme, Potel, etc.) n'est pas comparable avec le sujet qui nous occupe, car la réapparition de la tumeur fait la preuve de sa malignité. Or dans le cas que je rapporte et dans ceux donnés à la discussion de la Société de chirurgie, la guérison se maintenait depuis de longs mois, depuis même des années (quatre et huit ans dans deux cas de Morestin, onze ans dans celui d'Arrou, vingt ans dans celui de Routier). La guérison qui depuis plus de deux ans ne s'est pas démentie dans mon cas, pas plus que dans celui de Savariaud nous permet d'écarter l'hypothèse d'une régression momentanée d'une tumeur maligne. C'est donc une autre explication qu'il faut trouver.

Mayo Robson en 1908 (*Gazette des hôpitaux*) déclare aussi qu'il existe de nombreuses tumeurs inflammatoires simulant les tumeurs malignes, mais leur évolution montre qu'il s'agissait de tumeurs inflamma-

toires. Ces tumeurs se montrent partout, et des erreurs sont commises par les plus compétents au sujet des tumeurs du cou, du sein (1), du thorax, des membres, mais les plus fréquentes se trouvent dans l'abdomen (œsophage, côlon, estomac, foie et vésicule, ovaires).

Il y a donc de nombreuses *tumeurs inflammatoires* — mauvais mot si on le considère autrement que dans le sens descriptif — et qui prennent toutes les apparences des tumeurs malignes, à l'examen clinique, pendant l'opération et même sous l'objectif du microscope.

Les cas de Routier et d'Arrou sont, à ce dernier point de vue, absolument décevants. Je puis y ajouter le cas que j'ai relaté plus haut, car il est en tout comparable à celui d'Arrou, et cette analogie me surprit agréablement. Il s'agissait, dans le cas d'Arrou, d'une fillette de neuf ans qui portait dans le creux poplité une tumeur de 15 centimètres de diamètre, de consistance ferme, indolente, avec circulation veineuse sous-cutanée et que pour cela on avait cru pouvoir diagnostiquer sarcome développé dans le muscle biceps. Une partie de la tumeur enlevée fut envoyée à un laboratoire de la Faculté qui répondit à quelques jours de là qu'il s'agissait d'un sarcome musculaire. Une autre partie envoyée à Macaigne ne permit pas de confirmer cette réponse, car il déclara que les diverses préparations qu'il avait faites ne lui montraient partout que du tissu inflammatoire. L'avenir devait donner raison à Macaigne puisque la tumeur, loin de se généraliser et de tuer la malade, comme c'est le cas dans les sarcomes musculaires, n'a plus reparu et il y a onze ans de cela. Ce cas n'est-il pas superposable à celui que j'ai relaté où les diagnostics faits dans deux laboratoires de la Faculté furent sarcome d'une part et tissu fibreux d'autre part? A cela Quénu répondait qu' « il est souvent impossible aujourd'hui d'établir, sur le simple examen de quelques coupes histologiques, le diagnostic anatomique différentiel entre le groupe sarcome et le groupe tumeurs inflammatoire. Il faut ajouter à cet examen des coupes les inoculations et la séro-réaction; aussi ne suis-je pas étonné que deux histologistes aient émis sur le tissu présenté deux opinions différentes » (p. 1254).

Cette contradiction n'est peut-être au fond qu'apparente, et pourrait trouver une explication dans l'hypothèse — encore mal assise il est vrai — des rapports qui existent entre l'inflammation et le néoplasme. M. Poncet a abordé franchement la question mais à un point de vue spécial, la relation de la tuberculose avec les tumeurs.

Dans un premier groupe de faits, il montre que la tuberculose et la syphilis peuvent produire des tumeurs d'apparence sarcomateuse, et cependant manifestement inflammatoires, comme toute inflammation ou irritation chronique.

Un deuxième groupe de faits comprend des observations singulièrement troublantes dans lesquelles une tumeur osseuse ou synoviale est considérée par plusieurs chirurgiens comme un sarcome typique; l'intervention met en main une pièce qui a l'aspect caractéristique du sarcome, l'histologie confirme ce diagnostic; et l'évolution montre qu'il s'agit cependant d'une syphilis ou d'une tuberculose. La syphilis peut donc édifier des pseudo-sarcomes qui guériront par le traitement d'épreuve. J'ai vu cette année même, en ville, une malade qui présentait un épaississement fusiforme du tibia gauche qui a cédé à l'iodure et chez laquelle le Wassermann, fait après mon diagnostic, avait été positif. Ces faits sont monnaie courante en clinique, je n'y insiste pas, on en trouvera d'analogues dans la thèse de Cheselot [1910 (1)].

Poursuivant sa démonstration, Poncet déclare que la tuberculose, comme la syphilis, peut donner naissance à des sarcomes « reconnus valables par l'histologie, et que par sa poussée irritative elle crée peut-être bien des réactions sarcomateuses comme elle fait naître des adénomes ou des lipomes bénins » (2).

A son tour, Delbet affirme sa conviction des relations existant entre les myéloplaxes et les cellules géantes de la tuberculose; avec Gougerot, il a surpris des transitions histologiques entre les unes et les autres, et par suite coexistence sur une même coupe.

Dans mon cas, il n'y avait pas de myéloplaxes dans les coupes, et j'ai dit déjà que par la clinique on n'avait pu, depuis l'opération et depuis les contradictions des histologistes, rien découvrir pour suspecter tuberculose ou syphilis dans le reste de l'organisme. Je ne crois pas davantage que la sporotrichose ou l'actinomycose puissent être en cause. Reste donc l'inflammation chronique, banale, sans étiquette, si l'on veut, puisqu'il n'y a pas eu d'inoculation expérimentale; je crois cependant que l'idée d'une poussée d'ostéite antérieure au niveau de la branche ischio-pubienne n'est pas à écarter.

Il est vraisemblable que, sans cette cause, nous avons eu affaire à une sorte de phlegmon ligneux qui s'est résorbé après le débridement.

Il resterait à savoir, dit encore Lejars, « le pourquoi de ces inflammations d'ailleurs si particulières et d'apparence néoplasique ». Pourquoi ces réactions inflammatoires deviennent-elles une sclérose en masse? Quels agents septiques, de virulence atténuée sont en cause? Autant de problèmes dont la solution reste à découvrir. C'est l'œuvre de demain qui mettra un peu d'ordre dans le groupe confus et hétéroclite qui correspond au sarcome, mot de plus en plus dépouillé de sens précis et d'explication inattaquable.

En attendant, le clinicien devra se montrer circonspect en présence d'un sarcome des membres et ne négliger aucune ressource du laboratoire (inoculation, séro-réaction, etc.), avant de poser définitivement le diagnostic qui amène à l'amputation du membre. Ce ne seront plus de minimes prélèvements fragmentaires qui seront faits mais des lambeaux assez volumineux de la masse ou d'un segment périphérique (Lejars).

On connaît des cas de mutilations inutiles pour des

(1) M. le professeur Tapie a rapporté récemment (*Arch. méd. de Toulouse* 1911) un cas analogue de tumeur inflammatoire du sein chez l'homme simulant un cancer.

(1) Cheselot, *Gommes syphilitiques simulant les sarcomes*, Th. de Lyon, 1910.

(2) *Soc. de chir.*, 1911, p. 894.

pseudo-sarcomes inflammatoires [cas de Delbet (1)]. Combien Routier s'est applaudi de ne pas avoir dans un cas semblable écouté le conseil de Verneuil et de Tillaux, appelés en consultation et qui proposaient une amputation de cuisse chez un jeune enfant atteint d'une tumeur inflammatoire pareillement trompeuse. L'examen histologique avait été fait par Cornil et l'on concluait à une amputation fémorale ou à une désarticulation du genou. Routier craignant une récidive viscérale refusa d'opérer, envoya l'enfant à Berck, et il guérit. « L'enfant est aujourd'hui un homme, père de famille et se porte à merveille. Je frémis en pensant qu'il s'en est fallu de peu que j'en fisse un infirme. »

La conclusion à tirer est que le microscope est souvent impuissant à distinguer les lésions inflammatoires des simples sarcomes, peut-être parce qu'il y a coexistence ou transition des unes aux autres, suivant certaines idées qui font leur chemin, et qu'il ne faut jamais se presser pour amputer.

A mon tour, je dirai que la discordance dans le diagnostic histologique qui me fit reculer devant une désarticulation de la hanche a indirectement servi les intérêts de mon malade qui a guéri d'une façon inattendue et repris ses travaux agricoles depuis deux ans.

La clinique peut-elle nous donner de meilleurs indices pour dépister à temps ces productions inflammatoires capables de prendre les apparences morphologiques du cancer ? Lejars pense que les *poussées fébriles antérieures* auraient une certaine valeur pour faire penser à ces productions. A cela Tuffier objecte aussitôt que « la fièvre n'a ici aucune valeur diagnostique, elle peut exister dans le sarcome, ainsi que l'avait fait constater Verneuil », et cela non pas dans les infections sarcomateuses, ni dans les tumeurs inflammatoires mais dans des néoplasmes authentiques dont il avait constaté la généralisation. Il n'y a donc pas là un élément de diagnostic suffisant entre les productions néoplasiques d'une analogie aussi frappante. « Bien des tumeurs, répond Delbet, que l'on appelle sarcomes et auxquelles on conservera longtemps encore ce nom, donnent des élévations de température; mais il s'agit précisément de savoir si ces prétendues tumeurs ne sont pas des néoplasies inflammatoires. Toute la question est là. » Or le microscope ne peut souvent la trancher, nous l'avons vu; l'examen du sang d'autre part est bien souvent en défaut. Et finalement de toutes ces contradictions, la lumière n'est pas venue. Seule la généralisation reste jusqu'à présent le critérium valable de la malignité de ces productions. Or cette métastase, cette greffe spontanée viscérale sur l'individu lui-même peut tarder à se montrer et nous laisser ainsi pendant longtemps dans la cruelle incertitude de l'amputation ou de la conservation.

Cette discussion à la Société de chirurgie a montré ainsi que la question des tumeurs inflammatoires était entièrement à faire, car l'histologie et la clinique ne peuvent pas souvent s'entr'aider, et qu'en définitive nous ne pouvons demeurer dans l'incertitude pour formuler un traitement. Il semble cependant que l'origine inflammatoire des tumeurs malignes a été soutenue avec autorité et écoutée sans soulever d'objections de principe. Les preuves anatomiques fournies par Poncet et Delbet ont fait impression, et il n'est pas douteux que cette hypothèse ne soit bientôt reprise avec de nouvelles données. Peu à peu on enlèvera au sarcome ce qu'on lui avait jusqu'ici trop généreusement attribué et les productions tumorales se feront plus nombreuses. La tuberculose, la syphilis, les diverses mycoses qui les simulent et que nous apprenons chaque jour à mieux connaître auront sans nul doute une large part dans le chaos pathologique du sarcome. Et peut-être certains résultats thérapeutiques déconcertants apparaîtront sous un nouveau jour. Il n'est pas douteux que les réactions cellulaires de ces inflammations pseudo-sarcomateuses, précisément à cause de leur nature inflammatoire, puissent être favorablement influencées par les agents physiques. Delbet n'a-t-il pas vu une tumeur du crâne fondre sous les rayons X, alors qu'elle semblait une métastase d'une tumeur de l'humérus diagnostiquée sarcome par Weinberg et Herrenschmidt, et comme telle opérée par résection de la diaphyse humérale par P. Duval? Que devient, dans l'espèce, le critérium favorable au sarcome, tiré de la métastase, de la greffe spontanée sur l'individu lui-même ?

« Reprenez, dit Tuffier, toute l'histoire des rayons X et du radium, voyez les superbes photographies et les malades présentés, et vous constaterez que ces brillants résultats s'adressent le plus souvent à des tumeurs dites sarcomateuses. » Ce qui favorise de telles guérisons, c'est la nature inflammatoire indéterminée de ces pseudo-sarcomes. On a eu grand tort de conclure et de généraliser trop vite l'application de ces agents physiques au vrai sarcome et au cancer épithélial. Les déceptions ont suivi, mais on n'en a pas avoué le nombre. Et quand je parle des agents physiques, je pourrais parler aussi des interventions opératoires dites économiques qui sont un véritable recul dans la chirurgie du cancer et qui probablement ne doivent réussir que dans les formes pseudo-sarcomateuses.

Pour conclure, nous recevons de cette discussion une leçon de modestie concernant l'affirmation de nos diagnostics de sarcome ainsi que nos succès trompeurs contre ledit sarcome par des moyens thérapeutiques divers. Ce qu'il faut savoir c'est l'existence assez fréquente de ces productions, de nature inflammatoire variée et souvent indéterminée, qui simulent le sarcome pour le clinicien comme pour l'histologiste, et il faut que cette notion de l'inflammation préside pour tous deux à des recherches poussées davantage dans ce sens. La nature inflammatoire de ces pseudo-sarcomes doit donc être posée et résolue a priori, avant de conclure au sarcome, par exclusion, si l'on songe aux graves et irrémédiables déterminations opératoires qui en seront la conséquence. On voit par là la gravité autant que la difficulté du problème, et il était extrêmement utile

(1) Cornil reprit plus tard les coupes de ce sarcome qu'il avait ainsi dénommé et y retrouva des bacilles de Koch.

de provoquer de nouvelles recherches sur cette question bien mal connue des tumeurs inflammatoires simulant le sarcome.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1912)

Formes prolongées du diabète pancréatique expérimental. — MM. J. THIROLOIX et JACOB ont fait une série d'expériences qui montrent qu'il est possible, par une simple modification dans la technique de l'ablation du pancréas, de créer des formes diabétiques qui se rapprochent du diabète gras humain.

Sur quelques cas d'ossification de l'ovaire et de la trompe. — M. S. POZZI.

Sur la détermination de l'acidité urinaire. — MM. L. GRIMBERT et J. MOREL.

(SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1912)

Sur un sphygmo-oscillographe optique. — M. BOUCHARD, au cours d'essais qu'il a entrepris avec M. Balthazard en vue de la détermination de la tension moyenne du sang dans les artères périphériques, a eu la pensée de diminuer autant que possible l'inertie du sphygmographe de Marey.

C'est ainsi qu'il est arrivé, avec la collaboration de M. Weiss, à faire construire un appareil auquel il donne le nom de sphygmo-oscillographe optique et qui permet d'enregistrer des tracés photographiques.

L'appareil en question, dont la précision et la délicatesse sont extrêmes, est plutôt un appareil de laboratoire qu'un appareil d'un emploi courant.

Stérilisation des eaux d'alimentation par action de l'oxygène ozonisé et des composés chlorés à l'état naissant. — Depuis quelques années, de nombreuses villes d'Amérique, d'Angleterre, de Belgique emploient d'une façon permanente le chlore et ses dérivés pour la stérilisation des grandes masses d'eau d'alimentation publique. Les résultats obtenus sont satisfaisants.

On a utilisé ainsi les hypochlorites de chaux, de soude, de potasse, avec parfois addition de perchlorure de fer, sulfate d'alumine, etc.

Les eaux de la Marne, à Saint-Maur, ont été traitées l'été dernier par l'hypochlorite pour servir à l'alimentation en eau potable de Paris.

M. E. ROUQUETTE a obtenu les meilleurs résultats par l'action simultanée sur l'eau du peranhydrosulfate de sodium $S^2O^9Na^2$ et du chlorure de peroxyde de sodium Na^2O^2Cl, en proportions respectives de 1/10 en moyenne.

Il estime que c'est un excellent procédé de stérilisation rapide des eaux d'alimentation, procédé économique, d'une efficacité certaine pour prévenir les épidémies d'origine hydrique, dans les villes et agglomérations dépourvues d'installations filtrantes et de tout procédé de stérilisation nécessitant de longs travaux.

Le cæcum chez les mammifères. — M. MAGNAN, poursuivant chez les mammifères ses recherches sur l'influence du régime alimentaire sur le tube digestif, montre que les régimes herbivores et granivores développent le ou les cæcums. Ils paraissent jouer dans ce cas un rôle antitoxique contre les fermentations qui se forment chez les animaux par suite de la stase intestinale. Par contre, chez les espèces qui se nourrissent de chair, quelle qu'elle soit, le cæcum s'atrophie ou disparaît complètement, son action cessant d'être nécessaire dans ce cas.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1912)

M. LE PRÉSIDENT prononce l'éloge de Lister et de Caventou.

Le 606. — M. NETTER le considère comme un bon moyen de traitement et il croit que les accidents qui ont été constatés sont dus soit à un défaut d'asepsie, soit à l'inexpérience de ceux qui l'ont employé.

M. GAUCHER fait observer que les accidents mortels observés ont bien été dus à l'arsenic et non à des fautes d'asepsie. Il a, en outre, cité des cas de mort survenus entre des mains très expérimentées. Il ne nie pas que le 606 puisse avoir son utilité. Mais c'est, pour M. Gaucher, un médicament d'exception qui ne doit être employé que dans des cas spéciaux et avec la plus grande réserve.

Les aérophagies gastropathiques de l'homme et du cheval. — M. HAYEM fait un rapport sur un travail de M. Pécus, vétérinaire.

On sait que M. le professeur Hayem a distingué dans l'aérophagie humaine deux grands types :

1° Les sialophages ou avaleurs de salive, se remplissant le tube digestif d'air par avalage réflexe de salive pendant le cours des mauvaises digestions;

2° Les aérophages proprement dits qui avalent de l'air par spasmes pharyngo-œsophagiens.

M. Pécus qui s'est occupé de la question des tics aérophagiques chez le cheval en s'inspirant des travaux de M. le professeur Hayem a reconnu l'existence de ces deux grandes formes d'aérophagie chez les équidés, c'est-à dire :

1° Des animaux sialophages ayant en raison de leur état gastrique ou gastro-intestinal une exagération de la sécrétion salivaire;

2° Des avaleurs d'air par spasmes appelés tiqueurs proprement dits quand ces spasmes sont accompagnés d'un bruit éructant qui se produit comme chez l'homme dans la cavité pharyngienne.

Cette similitude entre les aérophagies humaine et équine présente un très grand intérêt au point de vue de la pathologie comparée et des différents modes de traitement qu'on peut opposer à cet état pathologique.

M. Pécus a déjà d'ailleurs obtenu des résultats pratiques :

1° En trouvant un procédé facile de diagnostic rapide et simple des gastropathies chroniques chez le cheval ;

2° En empêchant l'avalage spasmodique d'air, source de dilatation mécanique de l'estomac, en utilisant un appareil auto-éducateur « le contre-tic », dont il est l'inventeur, basé sur l'action des muscles antagonistes.

Persistance du diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic; excision par laparotomie; guérison. — M. E. KIRMISSON, rapporte l'observation d'un petit garçon âgé d'un mois, opéré par lui, le 16 janvier dernier, par laparotomie et excision du diverticule avec enfouissement du moignon dans les parois de l'intestin. L'enfant a guéri très simplement, sans complications. Il y a ceci de particulier dans le cas actuel que la ligature du cordon avait séparé en deux parties le diverticule, de sorte qu'on voyait à la surface de la tumeur ombilicale deux orifices muqueux, au lieu d'un seul, comme c'est le cas habituellement. De ces deux orifices, le supérieur seul

donnait issue aux gaz et aux matières fécales. Du reste, l'issue des gaz et des matières par l'orifice diverticulaire est loin d'être un fait constant. Dans bien des cas, il s'écoule uniquement du mucus ; c'est ce qui existait dans le cas opéré précédemment par M. Kirmisson, en mai 1901, à l'hôpital Trousseau, et qui s'est terminé également par la guérison.

Pendant longtemps, le traitement de ces fistules diverticulaires de l'ombilic a été une véritable pierre d'achoppement pour la chirurgie, qui n'avait à leur opposer que des méthodes à la fois dangereuses et insuffisantes, la compression, la cautérisation, la ligature. Aujourd'hui, le traitement classique, c'est l'excision du diverticule après laparotomie.

Dans une monographie sur ce sujet, MM. Forgue et Riche (de Montpellier) relèvent 25 opérations de cette nature, avec 4 morts, soit une mortalité de 16 p. 100. Depuis lors, M. Ardouin (de Cherbourg) a publié deux nouveaux succès, ce qui, avec le cas actuel, porte à 28 le nombre des cas opérés, et diminue le taux de la mortalité. Il est à croire d'ailleurs que les résultats iront en s'améliorant au fur et à mesure que les indications seront mieux comprises et mieux remplies. A cet égard, la distinction entre les cas dans lesquels il y a simple écoulement de mucus, et ceux qui s'accompagnent d'issue des gaz et des matières présente une grande importance. Dans ce dernier cas, en effet, il importe de commencer l'opération par la ligature de l'orifice fistuleux, de façon à s'opposer à l'issue des matières et des gaz, et à prévenir l'infection du champ opératoire.

Abcès pelviens d'origine appendiculaire. — M. Routier fait une communication sur ce sujet qu'il appuie de dix observations, toutes suivies de guérison. Pour l'intervention qui s'impose dans ces cas, deux voies s'offrent au chirurgien, la voie abdominale et la voie rectale. C'est à cette dernière que M. Routier donne la préférence.

Le traitement mécanique des psycho-névroses. — M. M. Sollier (de Boulogne-sur-Seine) lit un travail sur ce sujet. La solidarité étroite de la sensibilité et de la motricité au point de vue physiologique se traduit dans les névroses et les psycho-névroses par des troubles toujours associés de l'une et de l'autre.

Par suite de cette union intime, la modification de l'élément sensitif et affectif modifie l'élément moteur, c'est sur cette constatation qu'est basée la psychothérapie, d'autant que l'élément moteur des psycho-névroses (obsessions, phobies, doutes, délires émotifs, etc.) paraissait réduit à très peu de chose et était jusqu'ici négligé.

Or il présente, au contraire, des modifications très importantes dont la plus essentielle est un état de contraction musculaire, de tension physique, permanent, volontaire d'abord, puis automatique, liée à un état semblable au point de vue moral.

En agissant mécaniquement sur cet élément moteur — dont les signes sont multiples — on peut modifier l'élément affectif, émotionnel, moral, sans suggestion ni persuasion d'aucune sorte, ni même traitement psychothérapique sinon à titre secondaire et complémentaire quand le relâchement est obtenu.

Tel est en effet le but du traitement mécanique, car de la disparition de cette tension musculaire dépend celle de la tension morale. Ce but est obtenu par la réduction de la résistance passive des muscles, par leur assouplissement et leur adaptation plus aisée, par leur mise en activité et leur mise au repos alternativement et à volonté.

Les résultats de ce traitement sont une démonstration de la nature psycho-physiologique, et non pas seulement psychologique, des psycho-névroses et permettent de le considérer comme ayant une valeur aussi grande que la psychothérapie.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1912)

Accidents dus au 606 et anaphylaxie. — MM. Lesné et Lucien Dreyfus pensent que les accidents observés à la suite d'injections répétées de 606 ne doivent pas être considérés comme des accidents d'anaphylaxie, car ils en diffèrent par leur allure clinique. Ce sont des phénomènes d'intoxication relevant d'une hypersensibilité naturelle, d'une idiosyncrasie envers l'arsenic chez certains individus. Aussi bien les auteurs n'ont pu réaliser par injection au lapin et au cobaye l'anaphylaxie au 606 ; leurs expériences confirment donc cette règle générale, à savoir que seules les substances albuminoïdes peuvent anaphylactiser soit cliniquement soit expérimentalement.

Evaluation du taux de la chloruration des liquides de l'organisme par la mesure de leur conductivité. — MM. Javal et Boyet. Dans les liquides de l'organisme (sérum, liquide pleural, liquide céphalo-rachidien) les électrolytes non chlorés existent en petite quantité et varient peu. Les variations de la conductivité sont attribuables pour la plus grande part aux variations du NaCl.

On peut tirer de cette observation un procédé rapide et simple pour l'évaluation de la chloruration de ces liquides par la mesure de leur conductivité : il suffit de retrancher $12\ 10^{-4}$ de la conductivité totale et de voir sur un tableau à quelle chloruration correspond la conductivité résiduelle, ainsi que nous l'a montré une moyenne de cinquante expériences.

Influence de la voie d'administration sur la production de la diarrhée par le chlorure de baryum. — Au cours de ses recherches sur l'action physiologique et toxique du chlorure de baryum, le docteur Maurel a constaté que, sur le lapin et le pigeon, ce sel produit la diarrhée à dose plus faible par la voie musculaire que par la voie gastrique. Il en conclut que cette diarrhée ne peut pas être expliquée par une action directe sur l'intestin ; et il la considère comme un nouveau cas de *diarrhée d'élimination*, se plaçant après celles qu'il a déjà signalées pour la colchicine, l'arséniate de soude, et le bichlorure de mercure. Ces faits, comme ceux indiqués tout récemment par MM. Grigault et Charles Richet fils, pour la glucose, l'urée et le chlorure de sodium, établissent bien que l'intestin, au moins dans certains cas, peut devenir un organe d'élimination.

Extraction totale de la cholestérine du sérum sanguin. — M. H. Iscovesco montre que pour extraire la totalité de la cholestérine, il est indispensable de saponifier le sérum pendant deux heures avec un quart de son poids de soude caustique pure.

Election. — M. Wintrebert est nommé membre titulaire.

PRATIQUE MÉDICALE

LE DANGER DES PURGATIFS DITS SYNTHÉTIQUES A BASE DE PHÉNOLPHTALÉINE

Le praticien, submergé par le nombre toujours croissant des spécialités laxatives ou purgatives, ne sait plus lesquelles il doit prescrire et lesquelles il a le devoir d'écarter. Un cas d'intoxication, publié récemment par Kobert (*Deut. med. Woch.* 20 avril 1911, n° 16, page 743) et analysé dans la *Presse médicale* (octobre 1911), n'est pas fait pour lui donner confiance dans les laxatifs à base de phénolphtaléine.

Il s'agit d'un homme de soixante-sept ans qui, après avoir

pris trois jours de suite une, deux et trois tablettes d'un laxatif de ce genre, fut pris de douleurs abdominales violentes avec vomissements, pouls petit et fréquent, tendance à la syncope. La première évacuation ne se produisit qu'après une semaine et dans des conditions telles que le docteur Zabel de Rostock fut appelé. Il constata que les selles étaient rougeâtres, nettement sanguinolentes, avec une partie aqueuse couleur groseille. Cette coloration n'était pas due au sang mais, ainsi que le montra l'analyse chimique, à un produit de transformation du principe chromogène du purgatif du groupe de l'oxyméthylantraquinone.

La conclusion de l'auteur est qu'il faut se méfier de ces purgatifs à base de phénolphtaléine car, même pris à faibles doses mais répétées, on peut observer des accidents fâcheux dus à l'accumulation du produit.

Aucun danger de ce genre n'est à craindre avec les préparations végétales à base de mucilagineux. C'est ce qui explique le succès toujours croissant dans la pratique médicale des préparations à l'agar : « thaolaxine », « laxagarine » *simple ou belladonée*. Ni toxiques, ni irritantes, seulement adoucissantes, elles facilitent l'exonération du tube digestif et guérissent, par leur usage prolongé, les cas les plus invétérés de constipation chronique.

COURS ET CONFÉRENCES

HOPITAL SAINT-ANTOINE (Service de M. le docteur Albert Mathieu). — **LEÇONS SUR LES MÉTHODES D'EXPLORATION DE L'APPAREIL DIGESTIF**. — Sous la direction de M. le docteur Albert Mathieu, une série de leçons sur la valeur séméiologique des méthodes d'exploration et sur les indications thérapeutiques qu'elles fournissent commencera le 4 mars 1912.

Chaque leçon comportera des exercices pratiques.

Les leçons théoriques auront lieu dans la *salle de consultation de onze heures à midi, les lundi, mercredi, vendredi et samedi.*

Les exercices pratiques auront lieu les *mêmes jours de trois heures à cinq heures au laboratoire.*

S'inscrire au service de la consultation, tous les matins de huit heures à midi, 23, rue de Citeaux.

Les leçons théoriques et les exercices pratiques auront lieu dans l'ordre suivant :

1° *Lundi 4 mars.* — L'examen extérieur de l'abdomen, par M. Jean-Charles Roux.

2° *Mercredi 6 mars.* — L'examen du suc gastrique; les méthodes d'analyse, par M. Taillandier. — Travaux pratiques : Repas d'épreuve, son extraction. Recherches qualitatives : Acide chlorydrique libre, acide chlorydrique combiné, acides de fermentation (lactique, butyrique, acétique), pepsine, lab. ferment.

3° *Vendredi 8 mars.* — La sécrétion gastrique, ses viciations. Le chimisme normal et pathologique, par M. Taillandier. — Travaux pratiques : Acidité, son dosage. Dosage chlorométrique d'après MM. Hayem et Winter.

4° *Samedi 9 mars.* — Le transit stomacal. Appréciation de ses troubles, par M. Laboulais. — Travaux pratiques : Variations de la concentration. Méthode de mesure du volume total du contenu gastrique (méthode Mathieu-Remond). Le transit stomacal : Son appréciation.

5° *Lundi 11 mars.* — Applications cliniques et thérapeutiques des notions ainsi obtenues, par M. Jean-Charles Roux. — Travaux pratiques : Transit stomacal (*suite*). L'examen microscopique du contenu gastrique à jeun. Recherche du sang.

6° *Mercredi 13 mars.* — La digestion intestinale (physiologie), par M. Goiffon. — Travaux pratiques : Produits de la digestion gastrique des matières albuminoïdes et des matières amylacées. Dosage de la pepsine et du lab. ferment.

7° *Vendredi 15 mars.* — L'examen histologique des selles, par M. Goiffon. — Travaux pratiques : Préparation du régime d'épreuve. Examen extérieur des selles, examen macroscopique après trituration (mucus, tissus conjonctifs et musculaires, débris végétaux).

8° *Samedi 16 mars.* — L'examen clinique et biologique des selles, par M. Goiffon. — Travaux pratiques : Examen microscopique, fibres musculaires, amidon, cellules végétales, graisses neutres et acides gras, savon, levures, parasites.

9° *Lundi 18 mars.* — La motricité intestinale, ses troubles, par M. Moutier. — Travaux pratiques : Matières fécales, examen chimique, réaction, pigments biliaires, stercobiline, sang. Epreuve de la fermentation de la putréfaction.

10° *Mercredi 20 mars.* — L'application de la coprologie à la clinique, les syndromes coprologiques, par M. Jean-Charles Roux. —Travaux pratiques : Examens complets de selles.

11° et 12° *Vendredi 22 et samedi 23 mars.* — La rectoscopie, par M. Friedel.

13° *Lundi 25 mars.* — Le massage et l'électricité dans les affections du tube digestif, par M. Friedel. — (Les exercices pratiques ayant pour objet l'étude de la rectoscopie, du massage et de l'électricité auront lieu les 22, 23 et 25 mars.)

14° *Mercredi 27 mars.* — L'examen du sang, du sérum, de l'urine dans les maladies du tube digestif, par M. Moutier. — Travaux pratiques : Etude de coupes histologiques et pièces anatomiques.

15° *Vendredi 29 mars.* — La radioscopie, par M. Laboulais. — Travaux pratiques : Etude des coupes histologiques et pièces anatomiques.

HOPITAL DE LA PITIÉ (service du docteur Josué). — **MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX.** Leçons du mardi (dix heures) :

27 février : Leçon de choses. — 5 mars : Pronostic des affections du cœur. — 12 mars : Leçon de choses. — 19 mars : Pronostic des affections du cœur (suite).

CLINIQUE NATIONALE DES QUINZE-VINGTS (13, rue Moreau). — Le docteur J. Chaillous fera, à la clinique des Quinze-Vingts, une série de conférences (avec projections) sur les symptômes oculaires des tumeurs de l'encéphale. Ces conférences, qui auront lieu le mardi à une heure et demie, commenceront le 27 février.

27 février : Névrite œdémateuse. — 5 mars : Névrite œdémateuse. — 12 mars : Cécité sans lésions ophtalmoscopiques. Hémianopsie. Kératite neuro-paralytique. — 19 mars : Troubles dans la musculature intrinsèque et extrinsèque de l'œil. Ptosis. Lagophtalmos. — 26 mars : Troubles oculaires dans les principaux syndromes consécutifs aux tumeurs de l'encéphale. Syndromes : protubérantiel, bulbaire, ponto-cérébelleux, cérébelleux.

NOTES POUR L'INTERNAT

CAPSULES SURRÉNALES

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET HISTOLOGIE

Les *capsules surrénales* sont des organes glandulaires, à type de glandes closes, à systématisation paravasculaire, situées à la partie supéro-interne de la région rénale, dans la partie postéro-supérieure de l'abdomen, en arrière du péritoine. Leur dénomination est mauvaise pour Albarran ; en effet le terme de capsule est basé sur une erreur nécropsique : la substance interne s'altérant très vite après la mort, il se produit une fonte simulant une cavité centrale. De plus même in vivo on peut rencontrer une disposition cavitaire, mais seulement à la suite de processus infectieux.

« Les *organes* surrénaux sont des corps pleins qui ne se *capsulisent* qu'en présence de phénomènes infectieux » (Albarran).

Pour ce qui est du qualificatif de surrénal, l'étude des rap-

ports nous montrera qu'il est très inexact et que celui de *vertébro-rénal* lui est de beaucoup préférable.

NOMBRE. — Normalement au nombre de deux chez l'homme, droite et gauche, il peut exister des anomalies par *défaut*, c'est-à-dire qu'il n'existe qu'une surrénale, l'absence totale signalée par quelques auteurs étant des plus contestables ; ou des anomalies par *excès*. Dans ces cas il existe des surrénales *accessoires* très variables comme nombre, comme taille, comme situation, comme constitution. Il semble donc que l'on puisse décrire un *système surrénal*, analogue au système thyroïdien par exemple (Delamare).

FORME. — On compare habituellement la forme des capsules surrénales à celle d'un bonnet phrygien ou d'un casque. Mais cette description est inexacte, du moins chez l'adulte. Pouvant être triangulaires, ovoïdes, ellipsoïdales, en croissant, les capsules surrénales, pour Albarran et Cathelin, affectent le plus communément la forme d'une grosse virgule renversée dont la tête est au-dessus du pédicule rénal, la queue embrassant le rein par sa concavité et atteignant le pôle supérieur. Il faut noter l'asymétrie ordinaire de ces organes pairs. Sur la face antérieure existe un gros sillon plus ou moins vertical et médian, appelé classiquement hile de la glande. La glande ayant trois pédicules, ce terme est fort inexact et il est préférable de lui substituer celui de sillon antérieur médian.

COULEUR. CONSISTANCE. — Jaunâtre à l'état frais, grisâtre à l'état d'altération elle est très variable. De même la consistance diffère selon les cas : généralement friables, les capsules offrent parfois la sensation d'une glande lobulée comme le pancréas, par exemple, ou d'un organe élastique, comme la rate.

DIMENSIONS. POIDS. — La hauteur est d'environ 3 centimètres ; la largeur de 4cm5, l'épaisseur de 2 à 6 ou 8 millimètres. La hauteur est la plus variable mais ne dépasse pas 5 centimètres et ne descend pas au-dessous de 2 centimètres. Le poids, encore plus variable, est de 4 grammes en moyenne, pouvant atteindre 8 grammes. Le plus souvent la capsule gauche l'emporte sur la droite comme poids.

SITUATION. — Déjà Winslow, Henle, Frey, Constantinesco avaient figuré dans leurs travaux des capsules ne coiffant pas exactement le pôle supérieur rénal, selon la description classique. Albarran et Cathelin ont précisé la situation des capsules. Elles se trouvent situées en dedans du bord interne du rein, contre le flanc de la colonne vertébrale, au-dessus du pédicule rénal, flanquant les gros vaisseaux : aorte à gauche, veine cave à droite.

Chez l'embryon, la glande est peut-être surrénale, au sens propre, mais l'accroissement progressif des reins, la régression probable des capsules, expliquent cette situation chez l'adulte.

La description que nous venons de donner répond à la *position basse*, la plus fréquente pour Albarran et Cathelin. Dans la *situation haute*, plus rare et n'existant qu'à droite, la glande est logée dans le dièdre hépatico-cave, sans contact avec le pédicule rénal.

Enfin exceptionnellement on rencontre la *situation surrénale classique*, mais alors il existe toujours une *languette* descendante sus-pédiculaire.

DIRECTION. — Les capsules surrénales ne sont point transversales et aplaties d'avant en arrière, mais plaquées sur le flanc vertébral. C'est dire que leur axe est dirigé en arrière et en dehors, faisant avec le plan sagittal médian un angle de 30 degrés *au maximum* (Albarran et Cathelin). Cette direction est capitale : elle nous explique l'orientation des faces (postéro-interne, antéro-externe), des bords (antéro-interne, postéro-externe), des angles (supérieur, inféro-interne, inféro-externe). De plus nous voyons qu'elle est parallèle à celle du pédicule rénal qui s'enfonce du plan vasculaire prévertébral vers le hile rénal, parcourant un trajet situé dans un plan plus antérieur que celui des reins logés dans les fosses de Corbon.

RAPPORTS. — Nous commencerons par étudier les rapports médiats des capsules dans leur région vertébro-rénale. Nous verrons ensuite comment elles se trouvent fixées et maintenues dans leur situation.

A. LA FACE POSTÉRO-INTERNE presque lisse, plane ou légèrement convexe, peut être dite *vertébro-diaphragmatique*. Les rapports *squelettiques* sont variables avec la situation : en situation haute la capsule est en rapport avec la douzième vertèbre dorsale, les extrémités vertébrales des onzième et douzième côtes. En position basse ce sera plutôt avec la dernière côte et la première lombaire. Pour Albarran la capsule droite répond plus particulièrement à la douzième dorsale ; la première lombaire et le disque intervertébral séparant la première et la deuxième lombaire ; la capsule gauche repose sur le flanc gauche de la première et de la deuxième lombaire. Ces rapports squelettiques ne sont point directs. A droite la colonne vertébrale est recouverte par le *pilier droit* du diaphragme qui descend jusqu'à la troisième ou même quatrième lombaire. Plus en arrière nous trouvons successivement l'arcade du psoas, puis le ligament cintré du diaphragme. L'épaisseur du diaphragme sépare donc les capsules du dernier espace intercostal ; elle les sépare encore du cul-de-sac inférieur de la plèvre, *tissu costo-diaphragmatique*. On sait en effet que ce cul-de-sac descend sur les parties latérales de la colonne vertébrale à 1 centimètre et demi au-dessous du col de la douzième côte. Il se porte alors en bas et en dehors, coupe la douzième côte oblique à huit ou neuf centimètres de la ligne des apophyses épineuses, croise le dernier espace intercostal et aborde la onzième côte à 11 ou 12 centimètres de la ligne épineuse pour devenir horizontal puis ascendant. Cette face répond encore au *grand sympathique* qui s'insinue entre l'arcade du psoas et le bord externe du pilier correspondant (pilier externe et pilier moyen des Allemands). Mais entre la portion vertébrale et costale du diaphragme, c'est-à-dire en dehors de l'arcade du psoas, des fibres du ligament cintré peuvent manquer, d'où la constitution de l'*hiatus costo-lombaire de Farabeuf*, qui répond au tiers supéro-moyen du rein, mais qui néanmoins peut être très proche de la capsule, surtout à droite où la capsule « affleure la margelle du puits ». Enfin à droite nous trouvons la naissance *de l'azygos* aux dépens de la veine lombaire ascendante, la terminaison de la *veine diaphragmatique inférieure* droite ; à gauche le canal anastomotique veineux *réno-azygo-lombaire* de Tuffier et Lejars.

B. En suivant cette face en dedans nous arrivons sur le bord ANTÉRO-INTERNE OU VASCULAIRE, qui tantôt est rectiligne, vertical, tantôt convexe en dedans.

Ses rapports sont très importants. A droite le bord est séparé du pilier diaphragmatique par la *veine cave* inférieure, énorme, qui tend à cacher le pilier. Parfois cependant il s'insinue sous la face postérieure du vaisseau. Nous verrons dans un chapitre spécial les moyens d'union solides qui existent à ce niveau entre les deux organes, *ligament surréno-cave* d'Albarran. En avant de la veine cave inférieure se trouve la première portion du duodénum, puis l'hiatus de Winslow qui la sépare de la veine porte, dans le bord libre du petit épiploon. A gauche les rapports avec *l'aorte* sont moins directs. Les adhérences ne sont pas constantes. C'est le point de naissance du tronc cœliaque, de l'artère mésentérique supérieure, qui n'est séparée de la capsule gauche que par l'angle duodéno-jéjunal et le muscle de Treiz. Entre les deux capsules, en avant des gros vaisseaux se trouve le *plexus solaire* avec les deux *ganglions semi-lunaires* droit et gauche, et à droite *l'anse mémorable de Wrisberg* (qui pour Laignel-Lavastine existerait également à gauche). Ce plexus se confond à la périphérie avec les capsules, tellement sont abondants les filets qu'il leur abandonne. Un peu plus bas c'est *la région cœliaque* de Luschka. Du tronc cœliaque naissent, en plus de la coronaire stomachique, l'hépatique qui se dirigeant à droite croise très superficiellement la direction de la capsule, et la splénique qui chevauche le pancréas et que nous retrouverons aux rapports antérieurs de la capsule gauche.

C. Si nous suivons la face postérieure en dehors, nous arrivons sur le BORD EXTERNE, convexe, régulier ou sinueux dit encore BORD RÉNAL. Ce bord contourne l'extrémité sus-pédiculaire du bord interne du rein, séparé de lui par un tissu cellulaire lâche facilement décollable.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 23. — SAMEDI 24 FÉVRIER 1912. 85e ANNÉE. SAMEDI 24 FÉVRIER 1912. — N° 23.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — M. Guinon n'ayant pas accepté, le jury définitif est ainsi composé : MM. Mathieu, Brouardel, Tapret, Gaucher, Gouget, Parmentier, Vaquez, Hirtz, Galliard, Bezançon, Pierre Marie et Marion.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — M. Guillemard, agrégé, est nommé, en outre, du 1er janvier au 31 octobre 1912, chef des travaux de chimie organique, en remplacement de M. Sambuc, appelé à d'autres fonctions.

LA COMMISSION SUPÉRIEURE DES ÉTUDES MÉDICALES s'est réunie au ministère de l'Instruction publique.

Après un discours d'ouverture du ministre, M. Liard, vice-recteur de l'académie de Paris, a pris la présidence de la séance. La commission supérieure a décidé de nommer une sous-commission de huit membres, qui serait chargée, sous la présidence de M. Bayet, directeur de l'enseignement supérieur, de rédiger un rapport sur la question des examens. Cette sous-commission comprend, en outre de M. Bayet : les docteurs Chapon, Dignat, Gairal, les professeurs Courmont (de Lyon), Grasset (de Montpellier), Reclus (de Paris); Gley, professeur au collège de France; Regaud, agrégé. MM. Combemale, doyen de la Faculté de médecine de Lille, et Livon, directeur de l'école de médecine de Marseille, sont adjoints à la sous-commission.

Celle-ci a commencé immédiatement ses travaux.

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Le comité de santé. — Le ministère de la Guerre communique la note suivante :

Comme suite à un précédent avis du conseil d'Etat, un décret en date de ce jour vient d'apporter des modifications dans la composition du Comité de santé, qui ne comprendra plus, désormais, conformément à la loi du 16 mars 1882 sur l'administration de l'armée, que des membres du corps de santé des troupes métropolitaines et coloniales, à l'exclusion d'officiers d'autres armes ou services.

La mise en application de ce décret a provoqué certaines mutations au nombre desquelles figure celle du médecin inspecteur général directeur du service de santé au ministère de la guerre, qui est nommé membre du comité consultatif de santé.

Cette mutation était d'ailleurs prévue. Lors de sa promotion au grade supérieur, le directeur du service de santé au ministère de la guerre n'avait été maintenu qu'à titre provisoire en attendant qu'il lui soit attribué un autre emploi en rapport avec son grade.

Les quatre médecins inspecteurs généraux de l'armée, qui sont actuellement tous réunis à Paris, seront placés au fur et à mesure des vacances, à la tête des directions des services de santé des principaux centres de commandement, tels que Paris, Alger, Nancy, etc.

M. Troussaint, médecin principal de première classe, directeur du service de santé du 12e corps d'armée, à Limoges, remplace M. le médecin inspecteur général Février, à la direction du service de santé au ministère de la guerre.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la septième semaine, 1143 décès au lieu de 1210 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1124 moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole a causé 31 décès au lieu de 21 pendant la semaine précédente (moyenne 12); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins continue à être élevé, il atteint le chiffre de 519 comme la semaine précédente (moyenne 264).

La rougeole est rare dans les arrondissements du centre et n'est fréquente que dans les quartiers populeux de la périphérie. Les quartiers les plus atteints sont à peu près toujours les mêmes, ce sont : le Père-Lachaise, 26 cas nouveaux; Belleville, 20; Clignancourt, 19; les Grandes-Carrières, 25; les Epinettes, 25; Grenelle, 21; Necker, 17; Plaisance, 21. Les autres quartiers présentent des chiffres incomparablement moindres.

Devant la recrudescence de l'épidémie de rougeole l'Assistance publique a fait préparer des locaux nouveaux aux Enfants-Assistés.

Rappelons que pendant les trois dernières années la statistique a donné les chiffres suivants pour la rougeole au mois de janvier :

1910 : à Paris, 1269 cas ; en banlieue, 366.
1911 : — 275 cas ; — 47.
1912 : — 1426 cas ; — 218.

L'INCORPORATION DES MALINGRES. — M. Quesnel, sénateur de la Seine-Inférieure, avait appelé l'attention de M. le

RENSEIGNEMENTS

ministre de la guerre sur les inconvénients que présente l'incorporation des malingres dans l'armée. Il en résulte qu'on renvoie dans leurs familles 20 000 incorporés par an : « La plupart rentrent chez eux avec la réforme n° 2 qui n'est souvent que le droit de mourir à la charge de leur famille. »

M. Millerand, dans sa réponse à M. Quesnel, reconnaît que « si le nombre des militaires réformés annuellement est, en effet, voisin de 20 000, ce nombre comprend des hommes de toutes classes parmi lesquels certains engagés ou rengagés comptent plusieurs années de service et qu'un très grand nombre de réformes sont prononcées dans le mois qui suit l'incorporation et portent sur les jeunes gens venant d'arriver sous les drapeaux ».

Le ministre de la guerre estime que l'incorporation, même momentanée, des hommes impropres au service militaire est à éviter. Il fait dans ce but étudier un projet de loi aux termes duquel le fonctionnement simultané de deux ou plusieurs conseils de revision sera autorisé dans les départements où cette mesure sera justifiée par le grand nombre des jeunes gens inscrits sur les tableaux de recensement.

En attendant le vote de ce projet de loi, M. Millerand a apporté certaines améliorations. C'est ainsi que le nombre des médecins à désigner pour la visite des inscrits dans un même canton a été augmenté, et qu'il a été prescrit de régler les itinéraires de manière que les conseils de revision n'aient à examiner chaque jour que 30 hommes par heure au plus, en deux séances d'une durée maximum de trois heures chacune.

ASSOCIATION FRANÇAISE DES MÉDECINS INSPECTEURS DES ÉCOLES. — Cette association a pour but :

1° De créer des relations entre tous les médecins scolaires de France;

2° De défendre leurs intérêts professionnels;

3° D'étudier les questions se rattachant à leurs fonctions.

Elle se compose de membres titulaires (médecins inspecteurs des écoles français) et de membres associés (médecins scolaires de pays de langue française et médecins s'intéressant à la médecine et à l'hygiène scolaires).

Le prix de la cotisation annuelle est de 5 francs.

L'Association doit se réunir cette année à la fin du mois de mai en un congrès dans lequel seront mises à l'ordre du jour les deux questions suivantes :

1° Organisation de l'inspection médicale en France;

2° L'éducation physique.

Une fête en l'honneur des congressistes et organisée avec le concours de la Société des médecins inspecteurs des écoles de la Seine clôturera le congrès.

Le bureau de la nouvelle Association est ainsi constitué : MM. les docteurs L. Butte (de Paris), président; Weigert (de Lyon), vice-président; Meyer (de Paris), chargé des relations avec l'Association internationale des médecins scolaires, et Chapon (de Paris), chargé des relations avec les sociétaires français, secrétaires généraux; Fouineau (de Paris), trésorier.

Les médecins français ou de langue française qui, sans vouloir faire partie de l'Association, désireraient participer au Congrès, auront à verser une cotisation de 5 francs.

Les demandes de renseignements et les lettres d'adhésion soit à l'Association, soit au Congrès, doivent être adressées à M. le docteur Chapon, secrétaire général, 21, rue du Louvre à Paris. Les cotisations doivent être envoyées à M. le docteur Fouineau, trésorier, 108, boulevard Richard-Lenoir à Paris, soit directement, soit par l'intermédiaire du docteur Chapon.

ŒUVRE PARISIENNE DE SECOURS IMMÉDIAT ET D'ASSISTANCE A LA FAMILLE MÉDICALE. — DEMANDES D'EMPLOI. — 1° Veuve de médecin, quarante-cinq ans, bonne éducation, connaissant machine à écrire, comptabilité; excellentes références commerciales, désire situation commerciale ou dame de compagnie, à Paris ou en province.

2° Veuve de médecin, excellente éducation, habitude du monde, parlant un peu l'anglais, désire emploi dame de compagnie; accompagnerait jeunes filles, Paris et étranger.

3° Veuve de médecin, possédant brevet simple, ayant dirigé un grand hôtel, désire emploi directrice maison de santé ou dame de compagnie, Paris et banlieue.

4° Filles de médecin possédant talent d'aquarellistes, peinture sur porcelaine, désirent donner leçons. Feraient objet pour vente de charité.

5° Veuve de médecin. Caissière en province et à Paris, excellentes références. Demande situation commerciale.

6° Veuve de médecin. Ayant été caissière, demande cet emploi.

7° Fille de médecin, possédant machine à écrire, désire travaux dactylographiques ou emploi secrétaire.

8° Fille de médecin, quarante ans, brevet simple, demande emploi dame compagnie, garderait neurasthénique, commencerait jeunes enfants, irait à l'étranger.

S'adresser à Mme Berruyer, secrétaire des dames patronnesses, 177, boulevard Saint-Germain.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — La compagnie P.-L.-M. rappelle que de confortables voitures automobiles (coupés à deux places ou omnibus à six places) assurent le service à domicile des voyageurs débarquant à la gare de Paris-Lyon, ou venant y prendre un train.

Adresser les commandes :

1° Pour l'arrivée à Paris, par lettre à M. le chef de gare de Paris-Lyon ou par dépêche (Parlyo-Paris), en indiquant l'heure exacte d'arrivée du train, le type de la voiture demandée (coupé ou omnibus automobile), le nombre et le poids approximatif des bagages.

Les commandes remises à la gare initiale de départ ou à toute gare d'arrêt intermédiaire sont transmises gratuitement par dépêche.

2° Pour le départ de Paris, trois heures au moins à l'avance au bureau des omnibus à la gare de Paris-Lyon ou dans les bureaux de ville de la Compagnie, en indiquant l'heure à laquelle la voiture (coupé ou omnibus automobile) devra se présenter au domicile ainsi que le nombre et le poids approximatif des bagages.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 4 AU 9 MARS 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 4 mars, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, 1re, 2e, 3e et 4e séries).

Mardi 5 mars, à une heure. — 3e (oral, 2e partie, 1re et 2e séries).

4e.

Mercredi 6 mars, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, 1re, 2e, 3e et 4e séries).

Jeudi 7 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

3e (oral, 1re partie).

4e.

Vendredi 8 mars, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

Samedi 9 mars, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon.*

THÈSES

Mercredi 6 mars, à une heure. — M. PORRI. Repères métalliques externes dans les recherches et l'extraction des corps étrangers des extrémités à l'aide de la radiographie. (MM. Hartmann, président; Pierre Duval, Proust et Okinczyc.) — M. DE RIO BRANCO. Essai sur l'anatomie et la médecine opératoire du tronc cœliaque et de ses branches, de l'artère hépatique ou articulée. (MM. Hartmann, président; Pierre Duval, Proust et Okinczyc.)

Jeudi 7 mars, à une heure. — M. VIGDEROVITCH. Les hémorragies utérines justiciables du traitement électrique (courant continu). (MM. Pozzi, président; Bar, Gilbert Ballet et André Broca.) — M. PÉNARD. L'appendicite chez la femme enceinte. (MM. Bar, président; Pozzi, Gilbert Ballet et André Broca.) — M. COLLIN. Symptôme infantile normal psycho-neuromusculaire. (MM. Gilbert Ballet, président; Pozzi, Bar et André Broca.)

REVUE GÉNÉRALE

SÉRUMS ARTIFICIELS ET MÉDICAMENTEUX D'APPLICATION PRATIQUE

DÉFINITIONS, FORMULES & PRINCIPALES PROPRIÉTÉS

Par Ch. FLEIG (1).

SOMMAIRE. — *Définition* du terme « sérum artificiel ». Sérums artificiels *physiologiques*, sérums artificiels *thérapeutiques*, sérums artificiels *médicamenteux*.

Sérums artificiels à minéralisation complexe plus ou moins proche de la minéralisation du plasma sanguin (avec ou sans fer insoluble). Formules. Préparation. Modifications de ces formules suivant l'indication thérapeutique. Posologie et principales indications.

Sérums artificiels achlorurés sucrés. Formules. Posologie, propriétés et indications des sérums achlorurés *isotoniques* et *hypertoniques*. Sérums achlorurés *hypotoniques*.

Je désire donner ici un aperçu synthétique sur quelques sérums artificiels ou médicamenteux que j'ai étudiés depuis la publication de mes recherches antérieures sur les sérums artificiels à minéralisation complexe en général et que j'ai eu l'occasion d'utiliser où de faire utiliser en clinique à diverses reprises. Ces sérums, outre l'intérêt physiologique présenté par certains d'entre eux, peuvent être d'une application pratique très courante et sont susceptibles de rendre des services dans des cas cliniques extrêmement variés, où une intervention thérapeutique active est nécessaire.

Ils répondent, suivant leur nature, principalement aux indications générales suivantes : rétablissement de la masse du sang après les hémorragies, augmentation de la coagulabilité du sang, excitation hématopoïétique, lavage du sang, lavage ou drainage des cavités séreuses ou des organes creux, pansement des plaies atones ou ulcéreuses, excitation de la nutrition générale et réalisation d'un apport nutritif supplémentaire, augmentation de la diurèse, déshydratation tissulaire (dans les œdèmes, anasarque, épanchements séreux), désintoxication, augmentation de l'activité cardiaque et de la pression artérielle, etc.

Ainsi qu'on le voit, ces indications sont multiples ; elles seront précisées plus loin à propos de chaque formule de sérum. On peut remarquer dès maintenant que, de par leur nature, elles se présenteront souvent comme devant être remplies d'urgence et dans des états pathologiques fort différents : d'où l'intérêt général et le caractère essentiellement pratique des formules qui vont être étudiées.

*
* *

Mais, avant d'aborder cette étude proprement dite, il me paraît indispensable de préciser les termes de *sérum artificiel* et de *sérum médicamenteux*. La question a été déjà traitée avec détail dans un de mes précédents mémoires (1) ; j'en présenterai néanmoins ici les principaux points.

Théoriquement, il faudrait appeler sérum artificiel une solution de composition identique à celle du plasma ou du sérum sanguin, laquelle, on le conçoit, est impossible à réaliser. Donc, **pratiquement et rigoureusement**, on devrait déjà restreindre le terme de sérum artificiel à une solution contenant les principaux sels du plasma ou du sérum sanguin, dans les proportions respectives où ils se trouvent dans ces milieux et telles que le point cryoscopique de la solution fût de — 55 ou voisin de ce dernier. C'est ce que j'ai cherché à réaliser dans les sérums à minéralisation complexe que j'ai antérieurement étudiés. (Néanmoins, il faut bien remarquer que les sérums ainsi obtenus ne correspondront jamais à la minéralisation vraie du plasma sanguin, puisqu'ils sont préparés avec des sels représentant les groupements *hypothétiques* des acides et des bases trouvés à l'analyse du sang, alors qu'on ignore les groupements et l'équilibre chimique *vrais* de ces fragments moléculaires dans le sang, par suite de leur ionisation et de leurs combinaisons multiples avec les corps organiques du milieu.)

Mais, pour rester simplement et exclusivement sur le terrain **pratique** et s'affranchir de la rigueur étymologique d'une définition qui donnerait un sens encore trop étroit au terme à définir et ne permettrait pas de l'appliquer à la plupart des solutions que la clinique a depuis fort longtemps désignées sous ce terme, on peut considérer **d'une façon générale** comme **sérum artificiel** :

Toute solution artificiellement réalisée ou de provenance naturelle autre qu'une provenance animale, simple ou complexe, minérale organique ou organo-minérale, avec ou sans gaz dissous, avec ou sans éléments insolubles, radio-active ou non, pouvant :

a. **Soit entretenir la vie d'organe, de systèmes ou d'éléments cellulaires isolés de l'organisme** (de quelques heures à plusieurs jours, suivant l'élément vivant, la nature de la solution et de la température) *et, à cet effet, présentant un point cryoscopique voisin de celui du sang de l'espèce animale correspondante ;*

b. **Soit être injectée dans le sang en grande quantité sans effets toxiques beaucoup plus marqués que ceux du chlorure de sodium à 9 p. 1000 si elle est isotonique ou voisine de l'isotonie et être transfusée, après des saignées, avec des effets restaurateurs analogues à ceux de la solution chlorurée sodique ;**

c. **Soit, si elle est franchement anisotonique, être injectée aussi en assez grande quantité, mais à une vitesse plus lente que dans le cas précédent ou après addition d'eau distillée ou de chlorure de sodium.**

Cette définition *générale* a certes le grand défaut

(1) Travail du laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Montpellier.

(1) Cf. Charles Fleig. Encore sur le droit de cité d'une crénothérapie intratissulaire. Qu'est-ce qu'un sérum artificiel ? *Montpellier médical* (2e série, XXXI, 31 juillet 1910, 97-119). Extrait de *Notes critiques de crénothérapie intratissulaire*. In-8, 131 p. Paris, Maloine, 1910. On trouvera dans ce dernier ouvrage les indications bibliographiques concernant l'ensemble de mes recherches antérieures sur les sérums artificiels à minéralisation complexe, les eaux minérales en tant que sérums artificiels et les sérums achlorurés glucosés.

de n'être pas brève, mais elle a l'avantage de préciser les diverses conditions possibles, nécessaires et suffisantes, auxquelles doit satisfaire une solution injectable pour pouvoir être désignée sous le nom de sérum artificiel. Pour son explication détaillée, je renvoie au mémoire précédemment cité.

J'insiste seulement à nouveau sur le point suivant. Les solutions capables d' « entretenir la vie d'organes, de systèmes ou d'éléments cellulaires isolés de l'organisme » ou de faire réapparaître leurs manifestations fonctionnelles après qu'elles ont cessé de se montrer objectivement (1), doivent avoir un point cryoscopique voisin de celui du sang de l'espèce animale d'où provient l'élément ou le système cellulaire en question, c'est-à-dire ne présenter aucune action toxique par osmonocivité.

Cette dernière condition n'est au contraire pas nécessaire, lorsque les solutions étudiées, au lieu d'être mises au contact d'éléments vivants séparés de l'organisme, sont injectés dans l'organisme lui-même, car celui-ci est capable, de par son mécanisme de régulation *osmotique*, de rétablir rapidement l'*équilibre physique* modifié et de parer ainsi aux phénomènes d'osmonocivité.

De même, certaines solutions qui seraient *chimiquement* toxiques pour des éléments vivants séparés du corps, par conséquent privés des moyens de régulation et de défense généraux de l'organisme entier, ne le sont plus lorsqu'elles sont injectées dans ce dernier lui-même, car celui-ci peut rétablir spontanément son *équilibre chimique ;* elles sont au contraire capables d'effets très utiles, en particulier de le restaurer après des saignées abondantes, ce qui permet de les considérer aussi comme vrais sérums artificiels (2).

Enfin, des solutions qui, sans avoir aucunement la propriété d'entretenir la vie d'éléments vivants séparés du corps ni de pouvoir être injectées *telles quelles* en grande masse dans l'organisme, parce que, sans être toxiques à proprement parler, elles sont trop hypotoniques ou trop hypertoniques, peuvent néanmoins être rendues injectables en assez grande quantité si on les ramène au voisinage de l'isotonie par addition d'eau ou de sel *ou* si l'injection est faite à une vitesse assez lente ; elles sont susceptibles alors de rendre des services analogues à ceux des solutions injectables dans les mêmes conditions que la solution chlorurée sodique à 9 p. 1000 et d'être employées dans des cas de même genre que pour cette dernière. Si, pratiquement, elles sont, d'après leurs indications thérapeutiques spéciales, injectées telles quelles, c'est-à-dire anisotoniques, et à petites doses (sérothérapie dite « minima »), comme c'est le cas du sérum de Trunecek par exemple, théoriquement il n'est pas impossible, si on les ramène à l'isotonie ou si on les injecte très lentement, de les administrer à haute dose pour viser à des indications thérapeutiques différentes de leurs indications habituelles, et ce fait permet de les classer encore parmi les sérums artificiels.

Au contraire, il existe des solutions cataloguées classiquement dans l'arsenal thérapeutique comme sérums artificiels, tel le sérum de Chéron, qui contiennent, dans un but déterminé (antiseptique ou autre), des corps toxiques en proportions assez élevées (acide phénique dans le cas du sérum de Chéron) et qui dès lors ne me paraissent plus devoir être appelées logiquement sérums artificiels, puisqu'elles ne peuvent être injectées qu'à très petites doses, étant donnée leur toxicité. Je leur ai réservé le terme de **sérums médicamenteux**, que je conserve aussi pour les solutions à base de chlorure de sodium et additionnées de substances plus ou moins toxiques, telles que les sels de strychnine, de caféine, les cacodylates, etc. Dans ces dernières évidemment l'excipient est le plus souvent un sérum artificiel proprement dit, mais la solution totale ne répond plus aux conditions que j'ai établies précédemment; c'est un *mélange de sérum artificiel proprement dit et de substances d'une catégorie toute différente.* De même si l'on associe dans une solution unique un sérum artificiel et du sérum sanguin ou des sucs d'organes.

---

(1) C'est-à-dire capables de faire passer ces systèmes de l'état de « vie latente » ou « vie ralentie » ou « vie non manifestée » ou « mort apparente » à l'état de *vie manifestée* (action de *survie* et non de reviviscence proprement dite).

(2) J'ai fortement insisté sur cette notion dans mon livre sur les *Eaux minérales, milieux vitaux*, et, comme elle est de première importance, je cite ici un passage qui la développe :

Dans l'examen de l'action des eaux minérales ou des **milieux nutritifs artificiels en général**, *il est un point sur lequel il est utile d'insister pour prévenir des erreurs d'interprétation en présence de certains résultats obtenus. A un milieu qui maintiendra la vitalité normale d'un organe ou d'un système cellulaire isolé du corps, on pourra, sans aucun doute, attribuer la valeur de milieu nutritif vrai, de sérum artificiel, de milieu vital. Mais on ne pourra pas dire inversement qu'un milieu n'entretenant pas de façon normale le fonctionnement du système en question ne puisse pas avoir aussi la valeur d'un sérum artificiel proprement dit et l'on ne pourra pas conclure du résultat obtenu* in vitro *au résultat obtenu* in vivo, *c'est-à-dire sous l'influence de l'injection du même liquide dans l'organisme lui-même à l'individu entier.*

Il peut se faire en effet qu'une même solution saline complexe soit inapte à entretenir la vie d'un organe isolé du corps et exerce même sur cet organe une certaine action toxique et qu'au contraire elle réalise un excellent sérum artificiel, un vrai milieu vital même, lorsqu'elle est injectée dans un organisme tout entier, pourvu de ses moyens de défense et de régulation, soit physique, soit chimique. De ce que l'eau de mer isotonique, par exemple, exerce sur le cœur en circulation artificielle une action novice et l'arrête même, ainsi que je l'ai montré avec M. Hédon, peut-on lui refuser la valeur de milieu vital de premier ordre? Ce même milieu qui, en circulation artificielle, est mauvais pour le cœur, convient d'ailleurs très bien pour d'autres organes (intestin, etc.). Il ne peut donc pas être question de vouloir conclure de ses effets sur un organe isolé du corps à sa valeur en tant que sérum artificiel proprement dit.

Or, les mêmes considérations s'appliquent aux **résultats à tirer de l'étude des eaux minérales sur les organes séparés du corps : un fait positif démontre parfaitement la théorie de l'eau minérale, milieu vital, un fait négatif ne va nullement à l'encontre de cette théorie**. *Il peut se faire que certaines eaux soient de mauvais milieux pour un organe isolé du corps, par suite de la présence de petites quantités d'éléments toxiques ou de proportions anormales de certains de leurs éléments entre eux, alors que les mêmes corps toxiques sont fixés ou éliminés et rendus inoffensifs dans un organisme entier et que les éléments en proportions anormales, fortement dilués d'ailleurs dans celui-ci, peuvent rester sans nocivité aucune si l'eau est soumise aux actions régulatrices au moyen desquelles l'organisme maintient son intégrité de composition humorale* (pp. 224-226). (C. Fleig. *Les eaux minérales, milieux vitaux. Sérothérapie artificielle et balnéothérapie tissulaire par leur injection dans l'organisme.* In-8, 513 p., Paris, Maloine, 1909.)

Je répète que les conditions ici précisées pour spécifier la nature et les propriétés des solutions que l'on est en droit de désigner sous le terme de sérums artificiels visent à établir la *définition du terme dans son acception la plus large*. Dans cette définition, en effet, sont comprises les solutions les plus diverses, depuis la simple solution chlorurée sodique isotonique et les sérums à minéralisation complexe à composition très voisine de la composition minérale du plasma sanguin jusqu'aux solutions de constitution chimique extrêmement différente de ces dernières, minérales ou non, sucrées par exemple, et à point cryoscopique plus ou moins éloigné du taux isotonique. Mais si une définition aussi générale est autorisée et convient au point de vue *pratique*, une distinction importante s'impose à un point de vue scientifique plus rigoureux. Il y a lieu de considérer au terme sérum artificiel *un sens physiologique strict* d'une part et *un sens clinique* d'autre part.

Au sens physiologique strict, ne peuvent être définies comme sérums artificiels que les solutions injectables en grande quantité dans les tissus sans nocuité et capables d'entretenir pendant un temps appréciable la vie de systèmes ou d'éléments cellulaires séparés du corps, ce qui implique pour elles : 1° un état physique de concentration moléculaire au moins voisin de l'isotonie ; 2° une composition chimique appropriée *partiellement* minérale au moins, et *généralement* plus ou moins complexe (NaCl *pur* isotonique étant le plus souvent un milieu peu favorable à la survie prolongée d'éléments isolés du corps). De telles solutions sont naturellement très aptes à être substituées en proportions plus ou moins fortes au milieu vital normal, le sang, et permettent de vraies restaurations après des saignées importantes. Le terme de sérum artificiel est, dans ce cas, synonyme de *milieu nutritif* proprement dit, de *milieu vital, artificiel, vicariant*.

Au sens clinique, sont encore naturellement sérums artificiels les solutions précédentes, mais sont aussi à classer sous le même terme les solutions qui, bien que ne présentant pas les deux sortes de propriétés de ces dernières, sont cependant injectables en assez grandes quantités dans les tissus, soit en nature si l'injection n'est pas trop rapide, soit après isotonification si l'injection est rapide, et sont capables dans ces conditions d'être substituées dans une certaine mesure au milieu vital normal.

Pour fixer les idées, je propose d'étiqueter les trois sortes de solutions examinées par les termes suivants :

1° *Sérums artificiels proprement dits ou sérums artificiels physiologiques ;*
2° *Sérums artificiels thérapeutiques ;*
3° *Sérums médicamenteux.*

Il est d'ailleurs bien entendu que les sérums artificiels physiologiques eux-mêmes peuvent jouer le rôle de sérums artificiels thérapeutiques.

* * *

Dans l'exposé des formules de sérums que je vais grouper dans ce travail, je rappellerai tout d'abord, pour préciser la genèse de la question, les premières formules des principaux sérums artificiels *complexes* proprement dits, qui ont été les plus étudiés au point de vue physiologique.

Ce sont les suivantes :

Sérum de Sydney Ringer.	NaCl	6g000
	KCl	0g075
	$CaCl^2$	0g100
	CO^3NaH	0g100
	Eau d. q. s. p.	1000cc
Sérum de F.-S. Locke.	NaCl	9g0
	KCl	0g2
	$CaCl^2$	0g2
	CO^3NaH	0g2
	Glucose	1g0
	Eau d. q. s. p.	1000cc
	Oxygène dissous à saturation.	
Sérum de C. Fleig-E. Hedon.	NaCl	6g0
	KCl	0g3
	$CaCl^2$ (fondu)	0g1
	SO^4Mg (crist.)	0g3 *
	PO^4HNa^2 (crist.)	0g5 **
	CO^3NaH	1g5
	Glucose (crist.)	1g0
	Eau d. q. s. p.	1000cc
	Oxygène dissous à saturation.	

* Ou 0g146 en SO^4Mg anhydre.
** Ou 0g195 en PO^4HNa^2 anhydre.

Dans mes études, antérieurement publiées, sur les sérums à minéralisation complexe, avec ou sans fer insoluble, injectables dans les veines, j'ai proposé la formule suivante, comme *type de formule générale* :

Chlorure de sodium	6 à	8 grammes
Chlorure de potassium	0,2 à	0,5
Chlorure de calcium fondu	0,1 à	1,0 (1)
Sulfate de magnésium (crist.)	0,2 à	0,5
Glycérophosphate de soude	0,7 à	2,0
Bicarbonate de soude	0,5 à	2,5
Glucose (crist.)	1,0 à	5,0
Eau distillée q. s. p.		1000 cc (2)
Oxygène dissous à saturation.		

Partant de cette formule type, je me suis servi couramment en clinique des formules suivantes qui sont actuellement devenues d'un usage fréquent :

Sérum artificiel à minéralisation complexe, de Ch. Fleig.

Chlorure de sodium	6g50 ou	7g50
Chlorure de potassium		0g30
Chlorure de calcium (fondu)		0g20
Sulfate de magnésium (crist.)		0g30
Glycérophosphate de soude *		1g00
Bicarbonate de soude		1g00
Glucose crist. pur	1g00 ou	5g00
Eau distillée q. s. p.		1000cc
Oxygène dissous à saturation.		

* Partir de la solution officinale à 50 p. 100.

(1) Dans certains cas, on peut, pour les besoins cliniques, augmenter encore la dose de chlorure de calcium (jusqu'à 3 grammes par litre par exemple).

(2) J'ai parfois ajouté divers corps qui ne se trouvent dans le sang qu'à l'état de traces ou fixés sur les globules ou même ne paraissent pas y exister normalement, tels que la silice, l'iode, le fer, le manganèse, l'arsenic, le vanadium, les hyposulfites, etc. (certains d'entre eux pouvant se trouver dans le sérum à l'état insoluble). Si le corps ajouté n'est point de nature physiologique, ou si, tout en étant de nature physiologique, il est employé à des doses extra-physiologiques, le sérum réalisé est dit alors « médicamenteux ».

Sérum artificiel à minéralisation complexe et fer **insoluble**, *de Ch. Fleig, injectable dans les veines *.*

Chlorure de sodium.... 6g50 ou	7g50
Chlorure de potassium..........	0g30
Chlorure de calcium (fondu)......	0g20
Sulfate de magnésium (crist.).....	0g30
Glycérophosphate de soude......	1g00
Bicarbonate de soude...........	1g00
Chlorure ferrique..............	0g055 (en Fe^2Cl^6)
Glucose crist. pur..... 1g00 ou	5g00
Eau distillée q. s. p.............	1000cc
Oxygène dissous à saturation.	

* Pour obtenir la précipitation du fer sous un état physique suffisamment divisé pour permettre l'injection intraveineuse sans danger de nocuité d'ordre mécanique (par embolies), il faut suivre rigoureusement le procédé de préparation que j'ai antérieurement indiqué. Cette préparation est d'ailleurs délicate *et ne doit être confiée qu'à un pharmacien expérimenté.*

La *stérilisation* de ces sérums, qui sont isotoniques au sérum sanguin ou très voisins de l'isotonie, doit se faire *en ampoules scellées*, afin d'éviter la décomposition du bicarbonate (non caustique) en bicarbonate neutre (caustique).

Depuis la publication des précédentes formules, d'autres auteurs en ont fourni de plus ou moins voisines, qu'ils ont utilisées, au point de vue physiologique, pour l'étude de l'irritabilité de divers organes séparés du corps (Adler, Tyrode). Les formules de ces deux derniers se trouvent dans un mémoire dont je donne en note l'indication bibliographique (1).

Mais en réalité, bien que les formules en question, ainsi que toutes celles qui ont été précédemment citées, contiennent, en outre du glucose, les principaux éléments minéraux rencontrés en proportions appréciables dans le plasma sanguin, aucune d'entre elles ne les renferme aux doses et proportions respectives auxquelles ils se trouvent dans ce dernier.

J'ai donc cherché à donner à mes formules primitives de sérum artificiel à minéralisation complexe une *composition plus voisine encore de la composition minérale du plasma sanguin ou des transsudats physiologiques de l'homme et des mammifères.* Les formules suivantes contiennent les principales bases et les principaux acides décelés normalement dans ces derniers et à des doses et proportions sensiblement les mêmes que celles indiquées par les moyennes d'analyse chimique des milieux physiologiques en question. *Les sérums correspondants constituent donc les milieux artificiels de composition à prédominance minérale les plus physiologiques qui aient été actuellement réalisés au point de vue de la biologie animale.*

On a pu voir que, dans les formules ci-dessus rapportées, les sulfates et la magnésie du sang se trouvent sous forme de *sulfate de magnésium*; or, une molécule de sulfate de magnésium contient 80 parties de SO^3 et 40 parties de MgO, c'est-à-dire beaucoup plus d'acide sulfurique que de magnésie, à l'inverse des proportions normales du sérum sanguin ou des transsudats physiologiques (dans lesquels la magnésie est nettement plus abondante que l'acide sulfurique). C'est pour cette raison que, dans les formules qui suivent, j'ai substitué au sulfate de magnésium des proportions de *sulfate de soude* et de *chlorure de magnésium* rappelant de plus près celles des liquides physiologiques.

SÉRUMS A MINÉRALISATION COMPLEXE, DE CH. FLEIG RÉPONDANT D'AUSSI PRÈS QUE POSSIBLE A LA COMPOSITION MINÉRALE DU PLASMA SANGUIN ET DES TRANSSUDATS PHYSIOLOGIQUES

Formule A.

		=	
NaCl	0,80	Na^2O	4,350
KCl	0,30	K^2O	0,243
$CaCl^2$	0,20	CaO	0,100
$MgCl^2$	0,10	MgO	0,042
PO^4HK^2	0,10	Cl total en HCl	4,597
SO^4Na^2	0,05	Cl total en NaCl	7,369
CO^3NaH	2,00	CO^2	1,047
Glucose	1,50	P^2O^5	0,040
Eau distillée, q. s. p.	1000cc	SO^3	0,028
Oxygène dissous à saturation.			

Formule B.

		=	
NaCl	6,50	Na^2O	4,350
KCl	0,30	K^2O	0,243
$CaCl^2$	0,20	CaO	0,100
$MgCl^2$	0,10	MgO	0,042
PO^4HK^2	0.10	Cl total en HCl	4.410
SO^4Na^2	0,05	Cl total en NaCl	7,069
CO^3NaH	2,40	CO^2	1,257
Glucose	1,50	P^2O^5	0,040
Eau distillée, q. s. p.	1000cc	SO^3	0,028
Oxygène dissous à saturation.			

Formule C.

		=	
NaCl	6,60	Na^2O	4,288
KCl	0,30	K^2O	0,189
$CaCl^2$	0,20	CaO	0,100
$MgCl^2$	0,10	MgO	0,042
PO^4HNa^2	0,10	Cl total en HCl	4,272
SO^4Na^2	0,05	Cl total en NaCl	7,160
CO^3NaH	2,00	CO^2	1,047
Glucose	1,50	P^2O^5	0,050
Eau distillée, q. s. p.	1000cc	SO^3	0,028
Oxygène dissous à saturation.			

Formule D.

		=	
NaCl	6,60	Na^2O	4,288
KCl	0,40	K^2O	0,252
$CaCl^2$	0,20	CaO	0,100
$MgCl^2$	0,10	MgO	0,042
PO^4HNa^2	0,10	Cl total en HCl	4,522
SO^4Na^2	0,05	Cl total en NaCl	7,248
CO^3NaH	2,00	CO^2	1,047
Glucose	1,50	P^2O^5	0,050
Eau distillée, q. s. p.	1000cc	SO^3	0,028
Oxygène dissous à saturation.			

Formule E.

		=	
NaCl	6,40	Na^2O	4,263
KCl	0,40	K^2O	0,252
$CaCl^2$	0,20	CaO	0,100
$MgCl^2$	0,10	MgO	0,042
PO^4HNa^2	0,10	Cl total en HCl	4,397
SO^4Na^2	0,05	Cl total en NaCl	7,048
CO^3NaH	2,20	CO^2	1,152
Glucose	1,50	P^2O^5	0,050
Eau distillée, q. s. p.	1000cc	SO^3	0,028
Oxygène dissous à saturation.			

Formule F.

		=	
NaCl	6,40	Na^2O	4,336
KCl	0,40	K^2O	0,252
$CaCl^2$	0.20	CaO	0,100
$MgCl^2$	0.10	MgO	0,042
PO^4HNa^2	0,10	Cl total en HCl	4,397
SO^4Na^2	0.06	Cl total en NaCl	7,048
CO^3NaH	2.40	CO^2	1,257
Glucose	1,50	P^2O^5	0,050
Eau distillée, q. s. p.	1000cc	SO^3	0,028
Oxygène dissous à saturation.			

(1) Maurice Vejux Tyrode. The mode of action of some Purgative Salts. (*Arch. internat. de pharmacodynamie et de thérapie*, XXII, fasc. 3-4, 1910, pp. 205-223.)

Formule G.

NaCl	6,50	Na^2O	4,246
KCl	0,40	K^2O	0,252
$CaCl^2$	0,20	CaO	0,100
$MgCl^2$	0,10	MgO	0,042
PO^4Na^2	0,10	Cl total en HCl	4,459
SO^4Na^2	0,05	Cl total en NaCl	7,148
CO^3NaH	2,00	CO^2	1,047
Glucose	1,50	P^2O^5	0,050
Eau distillée, q. s. p.	1000cc	SO^3	0,028
Oxygène dissous à saturation.			

Formule H.

NaCl	6,50	Na^2O	4,319
KCl	0,40	K^2O	0,252
$CaCl^2$	0,20	CaO	0,100
$MgCl^2$	0,10	MgO	0,042
PO^4HNa^2	0,10	Cl total en HCl	4,459
SO^4Na^2	0,05	Cl total en NaCl	7,148
CO^3NaH	2,20	CO^2	1,152
Glucose	1,50	P^2O^5	0,050
Eau distillée, q. s. p.	1000cc	SO^3	0,028
Oxygène dissous à saturation.			

A chacun de ces sérums se rapportent deux formules, l'une répondant aux divers constituants employés pour la fabrication du sérum, l'autre à la quantité globale de chaque acide et de chaque base du même sérum.

Dans toutes ces formules, la dose de 0g10 de PO^4HNa^2 peut être remplacée, et souvent avec avantage, par une dose correspondante de **Glycérophosphate de soude**, *soit* **0g15**.

Les quantités de sels de ces formules sont calculées en *sels anhydres*. Pour certains d'entre d'eux, la quantité d'eau de cristallisation est extrêmement élevée et il est indispensable d'en tenir compte si l'on effectue les préparations en partant de sels cristallisés (1).

Dans la préparation elle-même, il faut avoir soin de ne mélanger les divers sels pouvant précipiter entre eux qu'après les avoir mis en solution suffisamment étendue (notamment en ce qui concerne $CaCl^2$, PO^4HNa^2 et CO^3NaH); cette précaution est cependant moins indispensable lorsqu'on se sert de glycérophosphate de soude au lieu de phosphate.

Les formules données, je le répète, sont celles qui répondent par excellence aux *sérums artificiels à minéralisation complexe dans le sens physiologique strict du mot* (2); mais il est bien évident qu'on peut les *modifier suivant l'indication thérapeutique* à laquelle on vise, augmenter la dose de glucose ou de certains sels (en particulier de $CaCl^2$ ou de glycérophosphate), ou ajouter de nouvelles substances dont on recherehe l'effet thérapeutique. Les sérums en question constituent en tout cas un excellent excipient pour beaucoup de substances médicamenteuses injectables dans les veines à un taux de dilution convenable.

En augmentant la dose de glycérophosphate de soude comme dans les formules précédentes de sérum à fer insoluble et en ajoutant les 0g055 de Fe^2Cl^6, on réalise un sérum du même genre, mais dont la texture générale de minéralisation se rapproche plus encore de la minéralisation physiologique du sang que dans les formules initiales de sérum ferrugineux.

Au point de vue clinique et même au point de vue physiologique, on peut d'ailleurs obtenir déjà de très bons résultats avec des sérums dont la formule s'éloigne notablement des types très physiologiques de formule que j'ai donnés. Je n'en cite pour preuve que le cas de certaines eaux minérales utilisables en tant que sérums artificiels, en particulier de l'eau de Balaruc, qui, comme je l'ai montré, est naturellement isotonique au sérum sanguin ($\Delta = -55$) et constitue à la fois un bon milieu nutritif pour les organes isolés du corps et un excellent sérum artificiel pour l'injection intratissulaire (1).

Tous les sérums artificiels dont il a été question jusqu'ici ne présentent *aucune toxicité d'ordre chimique*, puisqu'ils ne contiennent, et seulement en petites quantités, que des substances entrant normalement dans la composition des humeurs physiologiques.

Les doses maxima injectables sont donc représentées par la quantité d'eau salée que peut tolérer le malade en injection intratissulaire (intraveineuse ou autre). Expérimentalement, la tolérance de l'organisme à l'injection de liquide est même plus élevée, ainsi que je l'ai déjà montré, dans le cas de ces sérums à minéralisation complexe que dans le cas de la simple solution chlorurée sodique à 9 p. 1000 (l'élimination se faisant plus rapidement que pour cette dernière et l'équilibre chimique du milieu humoral normal étant moins profondément modifiée). C'est dire que ces sérums s'emploient *aux mêmes doses que le sérum artificiel ordinaire ou à doses plus fortes*, et par les mêmes voies que ce dernier.

Les doses peuvent être *faibles et fréquemment répétées* (10 à 50 centimètres cubes tous les deux jours par exemple), en injection sous-cutanée ou intramusculaire ; ou bien *plus élevées et moins fréquentes* (250 à 500 centimètres cubes); ou encore *massives* suivant les cas (750 à 1 000 centimètres cubes en injection intraveineuse).

---

(1) Poids moléculaires des sels anhydres et cristallisés : $CaCl^2 = 111$; $CaCl^2 + 6H^2O = 219$; $MgCl^2 = 95$; $MgCl^2 + 6H^2O = 203$; $SO^4Mg = 120$; $SO^4Mg + 7H^2O = 246$; $SO^4Na^2 = 142$; $SO^4Na^2 + 10H^2O = 322$; $PO^4HNa^2 = 142$; $PO^4HNa^2 + 12H^2O = 358$.

(2) Ces sérums, qui représentent d'excellents milieux nutritifs, ne contiennent pas de *substances azotées* ; l'effet de l'addition de minimes proportions de nitrates, de sels ammoniacaux, d'acides aminés, d'urée, de certains sels d'acides organiques (savons en particulier) ou de diverses matières extractives trouvées normalement dans le sérum sanguin ou dans les transsudats, pourrait faire l'objet de recherches spéciales au point de vue physiologique. Pour conserver aux sérums leur isotonie malgré la présence des différentes substances en question (ajoutées aux taux où on les rencontre dans les humeurs précitées), il suffirait d'abaisser légèrement le chiffre des chlorures.

Dans un ordre d'idées voisin, il serait intéressant, après avoir précisé la composition chimique qualitative et quantitative des différents *liquides obtenus par dialyse du sang ou par filtration de celui-ci sur des filtres de perméabilité variée, de ramener ces liquides à l'isotonie* et d'en étudier l'action physiologique, pour la comparer à celle des sérums artificiels proprement dits.

(1) A titre documentaire, et pour permettre la comparaison avec les formules de sérum précédemment données, voici, par litre, la quantité des principales matières minérales de l'eau de Balaruc (d'après Béchamp et Armand Gautier) :

NaCl	7g0451	Na^2O	3g933
$MgCl^2$	0,8890	K^2O	0,078
SO^4K^2	0,1459	CaO	0,698
SO^4Ca	0,9960	MgO	0,433
Bicarb. de chaux	0,8350	SO^3	0,653
— de magnésie	0,2167	Cl total en HCl	5,077
		Cl total en NaCl	8,139

Les principales *indications* de ces sérums sont celles du sérum artificiel ordinaire et de l'eau de mer. Leur emploi est plus particulièrement indiqué après les grandes hémorragies de quelque nature qu'elles soient (post-opératoires, du post-partum, des grands traumatismes, etc.), dans les cas d'anémies diverses ou lorsqu'on cherche à augmenter la coagulabilité du sang (1), à modifier la nutrition générale, à augmenter les moyens de défense dans les toxi-infections ou à augmenter la diurèse chez les sujets à reins normaux. Il est indiqué aussi pour le lavage du sang, pour le lavage des plaies de diverse nature, et, en irrigations locales, pour le lavage et le drainage des cavités purulentes, des cavités séreuses ou des organes creux (vessie, etc.); enfin, en applications locales sous forme de pansements, ces sérums peuvent hâter la cicatrisation des plaies ulcéreuses, réalisant au contact des tissus malades un milieu non irritant, non toxique, non caustique, vicariant en quelque sorte le milieu humoral normal.

Les indications des sérums à fer insoluble sont plus spécialement limitées aux hémorragies (d'origine post-opératoire, toxi-infectieuse ou dyscrasique) et aux états anémiques en général, dans lesquels les résultats thérapeutiques peuvent être très rapidement remarquables.

* * *

A part ces divers sérums, de nature très physiologique, j'ai proposé, sous le nom de **sérums artificiels achlorurés**, des solutions isotoniques ou hypertoniques de sucres, dépourvues par conséquent de tous sels minéraux et au sujet desquels je renvoie à mes articles spéciaux dont on trouvera l'indication bibliographique au début de l'ouvrage déjà cité dans ce mémoire.

Je me contente ici d'en rappeler seulement les formules, avec leurs principales propriétés et indications :

SÉRUMS ARTIFICIELS ACHLORURÉS, DE CH. FLEIG

ISOTONIQUES	*Sérum glucosé iodotonique.*	
	Glucose cristallisé pur...	47 grammes*.
	Eau distillée, q. s. p.....	1000 centim. cubes.
	Sérum lactosé isotonique.	
	Lactose cristallisée pure.	$92^{gr}5$ **.
	Eau distillée, q. s. p.....	1000 centim. cubes.
	Sérum à la mannite isotonique.	
	Mannite cristallisée pure.	50 grammes.
	Eau distillée, q. s. p.....	1000 centim. cubes.
HYPERTONIQUES	*Sérum glucosé hypertonique.*	
	Glucose cristallisé pur...	300 grammes.
	Eau distillée, q. s. p......	1000 centim. cubes.
	Sérum lactosé hypertonique.	
	Lactose cristallisée pure.	300 grammes.
	Eau distillée, q. s. p.....	1000 centim. cubes.
	Sérum à la mannite hypertonique.	
	Mannite cristallisée pure.	300 grammes.
	Eau distillée, q. s. p.....	1000 centim. cubes.

* Pratiquement, on peut prendre 45 grammes au lieu de 47 grammes.

** Pratiquement, on peut prendre 90 grammes au lieu de $92^{g}5$.

(1) Renforcer alors la proportion de $CaCl^2$.

Les sérums **achlorurés isotoniques**, et en particulier le sérum glucosé, sont *moins toxiques encore que les sérums artificiels minéraux.* Il n'est pas sans intérêt de souligner ici que, de toutes les substances connues, le glucose est de beaucoup la moins toxique (beaucoup moins toxique même que le chlorure de sodium).

Ils ont une *action diurétique* beaucoup plus marquée que celle des sérums minéraux isotoniques; dans le cas du sérum glucosé, la diurèse, *bien que plus active qu'avec le sérum chloruré*, s'accompagne en outre, ainsi que je l'ai démontré, d'un *travail rénal beaucoup moindre*, le glucose étant utilisé par l'organisme (fixation partielle et passagère dans le foie, utilisation par les muscles, et élimination sous forme d'eau et de CO^2 presque en totalité par les poumons et la sueur).

Leur action diurétique peut aider, par *lavage* des tissus, à *l'élimination de produits organiques chimiquement toxiques ou de sels minéraux* physiquement nocifs (élimination des chlorures dans un organisme en état de rétention chlorurée et diminution des œdèmes).

Le sérum glucosé représente pour l'organisme un apport *nutritif* important.

Il a enfin des propriétés *cardiotoniques*, le glucose étant un excellent aliment pour le cœur aussi bien que pour les muscles.

Les sérums **achlorurés hypertoniques** ont une action diurétique beaucoup plus intense encore que les sérums achlorurés isotoniques. Il s'agit ici, non plus d'une diurèse par lavage, comme dans le cas précédent, mais d'une *diurèse par déshydratation tissulaire*, due à l'attraction dans le sang de l'eau des tissus sous l'influence de l'excès de concentration moléculaire réalisé par l'injection intraveineuse de la solution hypertonique.

Cette déshydratation a pour résultat un certain degré de *désimprégnation* des tissus au point de vue des substances toxiques organiques ou minérales qu'ils peuvent retenir, et en conséquence une certaine *action* antitoxique, qu'on peut expérimentalement démontrer, vis-à-vis par exemple des substances injectées simultanément (bromures, iodures, etc.).

Le sérum glucosé hypertonique possède enfin la même action *nutritive* et *cardiotonique* que le sérum glucosé isotonique ; il est de plus nettement *hypertenseur*.

Au point de vue de l'emploi général des sérums achlorurés, ce sont les *sérums glucosés* qui me paraissent devoir être préférés, car le *glucose* représente le *sucre le plus physiologique de l'organisme* et c'est celui qui est le mieux utilisé.

La caractéristique des sérums sucrés est de n'apporter *aucune surcharge saline* à l'organisme, qu'ils arrivent au contraire, de par leur action diurétique, à **dessaler** plus ou moins.

Le *sérum glucosé isotonique*, étant encore moins toxique que tous les sérums minéraux, s'emploie naturellement au moins à doses égales à celles de ces derniers, et par toutes les voies.

Quelques-unes de ses indications sont représentées par les indications générales des sérums artifi-

ciels ordinaires; mais il est plus spécialement indiqué lorsqu'on cherche à réaliser une *diurèse par lavage du sang et des tissus* sans viser à une soustraction d'eau aux tissus eux-mêmes, ou lorsqu'on cherche à réaliser une *action nutritive importante*, par exemple dans les oliguries et anuries toxi-infectieuses ou les insuffisances rénales, dans le lavage du sang proprement dit (saignée-transfusion), dans les intoxications diverses, dans l'acidose (diabétique ou autre), dans l'éclampsie, dans les accidents de rétention chlorurée, dans les états asthéniques divers, dans l'alimentation des cachectiques, etc.

Le *sérum glucosé hypertonique s'emploie* uniquement en injection intraveineuse, par doses de 500 à 750 centimètres cubes (jusqu'à 1 500 centimètres cubes en vingt-quatre heures).

Au point de vue de son action diurétique, il est réservé aux cas où il y a indication urgente à *rétablir rapidement* la *diurèse* et à soumettre les tissus à une *déshydratation* importante, en vue d'une élimination aqueuse abondante ou d'une *désintoxication :* oliguries et anuries diverses, rétention chlorurée, œdèmes, asystolie, épanchements séreux, anasarque, urémie, éclampsie, états épileptiformes avec insuffisance rénale (1), acidose et coma diabétique, intoxications diverses (morphine), collapsus post-anesthésique, etc.

En ce qui concerne le *cas spécial de l'anesthésie*, l'intérêt des injections de sérum glucosé, isotonique ou mieux hypertonique, est multiple, ainsi que je l'ai montré : ces injections *diluent* l'anesthésique restant dans l'organisme, augmentent sa *désimprégnation* des tissus, par suite de la diurèse abondante qu'elles provoquent, atténuent en conséquence ses manifestations secondaires possibles et donnent lieu à un réveil plus rapide; elles ont de plus un effet *tonicardio-vasculaire* (2) qui s'oppose à l'abaissement de pression et au collapsus post-anesthésique et une action nutritive qui peut être des plus utiles. Au point de vue de l'action nutritive, le *lévulose* serait probablement la meilleure forme de sucre à employer (3); malheureusement le prix élevé de ce produit le rend peu maniable. En tous cas, l'action nutritive des sucres en question augmente tout spécialement l'*activité du foie* qui en fixe une partie sous forme de réserve; les fonctions antitoxiques de cet organe doivent être, de ce fait, hyperactivées aussi, et les troubles résultant de la toxémie chloroformique semblent pouvoir être ainsi atténués (4).

(1) Dans les cas de ce genre, soit qu'on emploie le sérum glucosé isotonique, soit qu'on emploie le sérum glucosé hypertonique, il faut se servir de sérum glucosé pur. M. Marie a par exemple utilisé dans l'épilepsie la formule suivante : glucose, 235; sulfate de soude, 18 grammes; eau distillée, 1 000 centimètres cubes. Ce n'est en l'espèce qu'un mélange de sérum sucré et de sérum salé, qui peut par conséquent donner lieu, non aux troubles de rétention chlorurée proprement dite, mais à des troubles de rétention minérale, la proportion de SO^4Na^2 du liquide étant assez élevée. Les mêmes essais seraient donc à refaire avec du sérum glucosé isotonique ou hypertonique pur.

(2) On associe dans ce but utilement le chlorure de calcium au glucose.

(3) De même dans le cas de coma diabétique.

(4) D'assez nombreux auteurs attribuant aujourd'hui les vomissements post-chloroformiques à la toxémie d'origine hépatique, on saisit l'importance pratique que pourraient avoir les injections sucrées pour lutter contre ces vomissements.

Les sérums achlorurés sucrés, isotoniques ou hypertoniques, présentent en somme une série d'avantages considérables, qui justifient et imposent même leur emploi dans une foule de cas cliniques où l'indication d'une thérapeutique par les sérums artificiels est nettement posée et où les sérums minéraux sont cependant formellement contre-indiqués. Ils me paraissent donc constituer une acquisition thérapeutique extrêmement importante, et d'autant plus précieuse que les **agents mis en œuvre sont les moins toxiques qui soient connus.** *Je ne saurais donc trop les recommander à l'attention des cliniciens qui en général les connaissent encore trop peu et ne les ont employés jusqu'à aujourd'hui que dans un nombre de cas beaucoup trop restreint* (1).

Il n'a été question jusqu'ici que des sérums achlorurés isotoniques ou hypertoniques. Dans certains cas cependant où, à la suite de spoliations aqueuses abondantes (vomissements, diarrhées, etc.), on a intérêt à hydrater l'organisme au lieu de le déshydrater, il y a lieu d'employer les mêmes sérums, mais à un titre *hypotonique*. Pour ne pas provoquer d'hémolyse, l'hypotonie ne doit naturellement pas descendre au-dessous d'un certain taux (20 grammes par litre de glucose par exemple, ou 40 grammes par litre de lactose). *Sous l'influence des injections hypotoniques, il y a fixation d'eau par l'organisme;* cette fixation, qui n'est que momentanée dans le cas d'un organisme normal, est plus ou moins durable ou définitive dans le cas d'un organisme préalablement soumis à un certain degré de déshydratation (2).

* * *

A côté des sérums sucrés purs, il peut y avoir avantage en clinique à utiliser des solutions injectables contenant, à côté de fortes proportions de sucre, certains sels minéraux ou organiques dont on recherche les propriétés plus ou moins spécifiques. J'en viens ainsi à quelques autres formules de sérums

(1) Je rappelle encore, pour montrer tout l'intérêt qui s'attache à la question, que les sucres m'ont servi aussi à réaliser l'isotonie des liquides médicamenteux mis au contact des surfaces cutanées ou muqueuses lésées ou des tissus profonds, dans les cas où il y avait incompatibilité chimique entre le chlorure de sodium (ou d'autres sels) et la substance médicamenteuse ou dans le cas où l'on avait intérêt à ne pas introduire de chlorures dans l'organisme.

Partant de ces données, Desmoulières et Lafay ont utilisé les solutions sucrées à la place du sérum artificiel dans les préparations des formules de benzoate de mercure et de biiodure et ont constaté que les injections de ces sels devenaient ainsi beaucoup moins douloureuses (sensiblement aussi indolores que celles qui sont faites avec des solutions additionnées de cocaïne).

Récemment encore, j'ai appliqué le sérum glucosé isotonique comme excipient de l'arsenobenzol en solution acide ou alcaline ou en suspension neutre, et, dans ces cas encore, sa substitution au sérum chloruré présente une série d'avantages des plus importants.

(2) Les mêmes solutions sont à employer, ainsi que je l'ai proposé, lorsqu'on cherche à provoquer une diurèse par *ingestion* de grandes quantités de liquides ou par *lavements* abondants, lorsque les muqueuses gastro-intestinales présentent des lésions qui contre-indiquent l'emploi de l'eau pure et lorsque l'organisme est suspect de rétention chlorurée. Lorsque cette dernière n'est pas à craindre, on peut employer aussi les solutions hypotoniques de NaCl.

que je propose de grouper sous le terme **de sérums artificiels glyco-minéraux**.

Les sérums artificiels à minéralisation complexe dont j'ai déjà donné les formules contiennent bien, outre les substances salines qui en font la base, un peu de glucose, mais ce dernier est en quantité beaucoup moins importante que dans les sérums dont il va être question ; aussi le terme de « sérums glyco-minéraux » me paraît-il bien convenir pour les nouvelles formules de solutions injectables qui suivent (1).

SÉRUMS ARTIFICIELS GLYCO-MINÉRAUX, DE CH. FLEIG

Isotoniques ou para-isotoniques.	I.	Glucose pur cristallisé..... 30 à	35g
		Chlorure de calcium (anh.). 2 à	4g
		Glycérophosphate de soude. 4 à	6g
		Eau distillée, q. s. p...........	1000cc
	II.	Glucose pur cristallisé.........	25g
		Bicarbonate de soude..........	7g
		Eau distillée, q. s. p...........	1000cc
	III.	Glucose pur cristallisé.........	25g
		Bicarbonate de soude..........	7g
		Eau distillée, q. s. p...........	1000cc
Hypertoniques...	I.	Glucose pur cristallisé.... 150 à	200g
		Chlorure de calcium (anh.). 3 à	5g
		Glycérophosphate de soude. 5 à	7g
		Eau distillée, q. s. p...........	1000cc
	II.	Glucose pur cristallisé.........	100g
		Bicarbonate de soude..........	30g
		Eau distillée, q. s. p...........	1000cc
	III.	Glucose pur cristallisé.........	100g
		Bicarbonate de soude..........	30g
		Eau distillée, q. s. p...........	1000cc

Les doses de ces sérums sont, par vingt-quatre heures, de 500 à 1000 centimètres cubes pour les sérums isotoniques, et de 300 à 600 centimètres cubes pour les sérums hypertoniques, en injections intraveineuses.

Les formules I sont indiquées surtout dans les cardiopathies à la période d'asystolie (bons résultats au point de vue de la diurèse et de l'état général), dans les toxi-infections, dans les états hémorragipares.

Les formules **II** et **III** sont indiquées dans l'acidose, dans le diabète avancé, avant la période de coma et pour le traitement du coma diabétique lui-même.

Il est bien évident que ces formules sont seulement données comme types du genre et que, suivant le cas clinique, on pourra avec avantage les modifier, ou réunir dans une même solution des doses convenables de glucose, de glycérophosphates, de chlorure de calcium, de bicarbonate de soude ou de phosphate de soude. Il suffit d'avoir soin, lorsqu'on met en présence des sels pouvant précipiter en solution concentrée par réaction réciproque, de ne les utiliser qu'en solution suffisamment étendue pour éviter la précipitation.

* * *

Je crois utile enfin de donner quelques formules de **sérums médicamenteux**, injectables dans les veines, et qui ne sont point sans rapport avec les précédents, puisque l'isotonie y est réalisée plus ou moins exclusivement par le glucose.

(1) Une formule simple de sérum glyco-minéral s'obtient *en associant à parties égales un des sérums à minéralisation complexe cités plus haut et le sérum glucosé isotonique.*

Voici par exemple une formule de *sérum bromuré* que j'ai fait utiliser récemment pour une injection intraveineuse dépressive (500 centimètres cubes) et qui peut être employée aussi pour l'injection intra-rachidienne :

Bromure de sodium..........	10 grammes.
Glucose	15 —
Eau distillée, q. s. p.........	1000 centim. cubes.

Les sérums dont je donne les formules ci-après présentent, en injections intraveineuses, des *propriétés diurétiques remarquables*, que j'ai vu se manifester après l'échec complet de diverses autres médications diurétiques (doses : 500 centimètres cubes).

Sérums médicamenteux diurétiques isotoniques.

A	Théobromine.....	1g
	Phosphate trisod.*	4g
	Glucose crist. pur.	20g
	Eau dist., q. s. p.,	500cc
B	Diurétine........	2g
	Glucose pur crist.	20g
	Eau dist., q. s. p..	500cc

Sérums médicamenteux diurétiques hypertoniques.

C	Théobromine.....	1g
	Phosphate trisod.	4g
	Glucose crist. pur.	120g
	Eau dist., q. s. p..	500cc
D	Diurétine........	2g
	Glucose pur crist.	120g
	Eau dist., q. s. p..	500cc

* Pour dissoudre la théobromine.

La combinaison des propriétés diurétiques de la théobromine ou de la diurétine avec les propriétés de même nature du glucose isotonique ou hypertonique, l'introduction directement dans le sang de ces agents diurétiques et le degré élevé de *dilution* auquel sont portées la théobromine et la diurétine, tels sont les facteurs qui expliquent d'une part l'activité thérapeutique de ces sérums, d'autre part leur innocuité.

De bonnes formules de sérum diurétique sont encore les suivantes (*sérum caféiné diurétique*) :

Sérum caféiné glucosé isotonique.

Caféine	0g50
Glucose pur crist...	20g
Eau dist., q. s. p....	500cc

Sérum caféiné glucosé hypertonique.

Caféine	0g50
Glucose pur crist...	120g
Eau dist., q. s. p....	500cc

Le sérum hypertonique, injectable seulement dans les veines (500 centimètres cubes), est particulièrement diurétique et cardiotonique.

D'une façon générale, la solution de glucose, à titre isotonique ou hypertonique, me paraît un excipient très approprié pour l'injection intraveineuse de substances médicamenteuses à toxicité assez élevée (strychnine, etc.) ; les propriétés des sérums glucosés, résumées plus haut, représentent en effet un ensemble de facteurs capables, suivant les cas, de compléter ou de modifier très heureusement l'action des agents employés. Il y a donc lieu, chaque fois que se pose l'indication d'une injection médicamenteuse dans les veines, de se demander si l'on ne doit pas mettre en pratique les notions précédentes : car, **schématiquement, on peut dire que les sérums glucosés présentent, au point de vue clinique général, à peu près tous les avantages des sérums chlorurés (en tous cas du sérum artificiel ordinaire)**, sans en

avoir les inconvénients, et possèdent d'importantes propriétés physiologiques et thérapeutiques que ces derniers n'ont pas.

Une précaution importante et générale à prendre dans la préparation de tous les sérums artificiels, c'est de n'employer que de l'*eau aussi fraîchement stérilisée que possible après sa distillation*. Une eau stérilisée longtemps après sa distillation contient en effet des impuretés organiques dues à la destruction, pendant la stérilisation, de la flore et de la faune qui s'y était développée ; or, c'est surtout à ces impuretés, d'après Wechselmann, que sont dus les phénomènes réactionnels consécutifs aux injections de sérum artificiel, ces phénomènes étant fortement atténués ou même complètement supprimés par l'emploi d'un sérum préparé avec de l'eau fraîchement distillée.

XIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

[*Lyon, 22-25 octobre 1911* (1)].

COMMUNICATIONS SUR LA SYPHILIS (*fin*).

Sur une nouvelle interprétation des lois de l'hérédo-syphilis à la lumière des recherches modernes. — M. Carle (de Lyon). 1° Certaines formules sont actuellement adoptées par tous les classiques pour résumer les faits observés au sujet de l'hérédo-syphilis. La loi de Colles assure l'immunité de la mère qui a engendré un enfant syphilitique. La loi de Profeta reconnaît cette même immunité chez l'enfant né de parents syphilitiques. Enfin, avec la syphilis conceptionnelle, on admet qu'un fœtus malade peut contaminer sa mère saine par l'intermédiaire de la circulation placentaire.

2° Déjà, avant la période expérimentale actuelle, quelques auteurs dont nous sommes (Augagneur et Carle) avaient déjà fait ressortir le caractère hypothétique de ces lois et combien cette immunité était inexplicable. Nous basant sur les nombreuses exceptions, la difficulté de l'observation réelle et les cas contrôlés par nous, nous soutenions que la loi de Colles et la syphilis conceptionnelle s'expliquaient beaucoup plus aisément par la syphilis méconnue de la mère, normalement contractée, mais passée inaperçue, cas très fréquent chez la femme, enceinte ou non. Et la loi de Profeta nous paraissait simplement explicable par la syphilis de l'enfant, dont le diagnostic, cas également fréquent, n'aurait pas été fait au cours des premiers mois.

3° Les recherches hématologiques sont venues donner un appui sérieux à ces conceptions. La réaction de Wassermann a permis de soupçonner la syphilis, même en l'absence de toute lésion. Depuis trois ans, on a systématiquement soumis à cet examen des mères et des enfants, tout à fait sains en apparence. Et, très souvent, la réaction fut nettement positive, même en l'absence de tout signe clinique. Souvent aussi, l'attention étant éveillée, on a vu survenir plus tard des accidents caractéristiques de la maladie. Il semblerait donc que, dans la plupart des cas prévus par les lois de Colles et de Profeta, il s'agisse, non pas d'immunité, mais bien de syphilis latentes susceptibles de se manifester plus tard, ou de syphilis insuffisamment observées. Du même coup peut s'expliquer la syphilis conceptionnelle qui serait due, non au fœtus, mais à un rapport sexuel normal, l'accident primitif ayant passé inaperçu, cas habituel, peut-on dire, chez la femme.

4° Dans ce sens ont déjà conclu d'intéressants travaux dont le nombre s'accroît chaque jour. Citons, parmi les plus complets, ceux de Bauer, Behring, Wassermann, Engelmann, Knœpfelmacher et Lehndorf, Harlund, Gurd, Carle.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 125, p. 1784; n° 126, p. 1798; n° 127, p. 1814; n° 129, p. 1852; n° 132, p. 1889; n° 135, p. 1937; n° 139, p. 1997; 1912, n° 3, p. 35; n° 6, p. 71; n° 7, p. 87; n° 11, p. 148; n° 13, p. 176, et n° 21, p. 296.

COMMUNICATIONS SUR LA TUBERCULOSE

Doit-on traiter les tuberculoses fébriles par la tuberculine. — M. Louis Rénon (de Paris). J'estime que la fièvre doit être prise en grande considération pour la décision d'une cure de tuberculine. Comme je n'ai cessé de le répéter depuis trois ans, la première indication pratique de la tuberculine me paraît être, d'abord et avant tout, l'apyrexie « relative » du malade dont la température rectale ne doit pas dépasser 37°8 le soir. L'expression « relative » indique suffisamment que je ne suis pas opposé au traitement des fébricules de 37°2, 37°3, 37°4, 37°5, et des fièvres légères de 37°6, 37°7, 37°8. On peut même traiter des malades atteints de 38 degrés, mais le traitement doit s'effectuer dans un sanatorium ou dans un hôpital, sous la surveillance exclusive et constante d'un médecin habitué à manier la tuberculine; cette condition est indispensable. Sinon, à part de rares exceptions, dans la pratique médicale courante il faut limiter la tuberculinothérapie aux tuberculoses franchement apyrétiques.

Quand, après mûre réflexion, on se sera décidé à traiter par la tuberculine une tuberculose subfébrile (37°4 à 37°8) il faudra recourir aux doses infinitésimales, les plus faibles, des diverses tuberculines, avec une prudence extrême dans la progression des doses.

Avec une bonne tuberculine, avec des soins attentifs, avec la grande habitude de la tuberculinothérapie, avec une surveillance incessante, le traitement des tuberculoses légèrement fébriles peut se faire sans trop de risques. Mais, dans la pratique courante, traiter, comme je l'ai vu faire récemment sous la foi d'opinions erronées, des tuberculoses vraiment fébriles par la tuberculine, quand on n'est pas rompu à la pratique de la médication, c'est faire courir de sérieux dangers aux malades, courir à des désastres et se créer des difficultés parfois insurmontables dans la direction du traitement.

De l'influence de la transplantation climatérique et de l'état évolutif actuel sur les combustions organiques des tuberculeux pulmonaires. [Recherches expérimentales faites comparativement à Lyon (180 mètres) et au sanatorium F. Mangini à Hauteville (900 mètres).] — MM. F. Dumarest et F. Maignon (de Lyon).

Vaccination antituberculeuse préventive et curative chez l'homme. — M. Duquaire (de Lyon). J'ai d'abord repris les expériences de vaccination préventive humaine de Maragliano qui n'avaient suscité aucun imitateur.

Dès avril 1910, je vaccinai contre la tuberculose cinq personnes, dont moi-même en tout premier lieu, afin de m'assurer de l'innocuité de cette petite intervention.

Or, l'un de ces sujets était légèrement atteint de tuberculose du poumon à la première période, il fut guéri très rapidement et son pouvoir agglutinant fut quadruplé. Ce fut le point de départ de mes essais de *vaccination curative*.

Je me mis alors à vacciner des tuberculeux aux différentes périodes, n'allant qu'avec la plus grande prudence lorsqu'il s'agissait de franchir un échelon dans l'échelle de la gravité. Je fis ces essais principalement dans ma clientèle, mais aussi dans le service du professeur Teissier, qui avait bien voulu le mettre gracieusement à ma disposition. J'obtins les résultats plus qu'encourageants que je viens de vous décrire.

Du vaccin Maragliano, uniquement préventif jusque-là, j'ai fait un agent thérapeutique de la tuberculose.

Le vaccin de Maragliano n'agit pas à la façon des sérums, en conférant une immunité passive, en apportant à l'organisme des anticorps tout formés. Il agit, au contraire, à la façon des tuberculines, en conférant une *immunité active*, en présentant à l'organisme des *antigènes* qui sollicitent de sa part la formation d'anticorps correspondants. Mais, comparativement aux tuberculines, le traitement par le vaccin est : a. *plus simple d'emploi* (une seule séance de scarifications comme pour la vaccination jennerienne, et non des injections hypodermiques graduées tous les deux ou trois jours); b. *plus inoffensif*, à cause de la faible quantité des éléments microbiens morts qui pénètrent dans l'organisme, aussi le vaccin de Maragliano ne m'a jamais donné un coup de fouet à une

lésion tuberculeuse, ce qui est fréquent avec les tuberculines; c. *plus rapidement efficace*, parce que ce petit nombre d'éléments microbiens travaillent continuellement; d. *applicable à des cas plus fébriles et plus évolutifs* que les tuberculines, qui n'admettent que des cas torpides; il est facile de voir, par ce qui précède, que les indications du procédé, que je ne suis pas encore à même de délimiter, sont assez étendues; e. *capable de fournir un réactif de la tuberculose*, comme la tuberculine, mais une seule opération, celle qui assure le diagnostic, sert également pour amener la guérison. On croit vacciner un prédisposé à la tuberculose, une belle éruption de pustules démontre qu'on a vacciné un tuberculeux latent, puis la pustule s'efface, non sans avoir entraîné avec elle la disparition de quelque malaise dont on n'avait pas soupçonné la nature tuberculeuse.

Quant à l'*action préventive* du vaccin Maragliano, je suis de plus en plus porté à la croire réelle et suffisante.

En effet, je constate le pouvoir agglutinant plus que triplé au bout d'un an après la vaccination; je constate, d'autre part, que le vaccin est capable de reprendre de l'activité sous l'influence d'une agression de toxines microbiennes très longtemps après n'avoir plus donné signe d'existence; je constate, dans les nombreuses observations qui précèdent, avec quelle facilité il guérit; j'en conclus qu'il est *très probable* qu'en présence d'une agression microbienne, le vaccin agirait comme s'il s'agissait de guérir, et cette efficacité préventive durerait, selon toute probabilité, d'après moi, aussi longtemps que persiste l'activité latente du vaccin se manifestant par l'augmentation du pouvoir agglutinant, c'est-à-dire de cinq à six ans, au moins, d'après Maragliano.

Etude comparative des procédés de coloration de Ziehl et de Much (Gram modifié) pour la recherche des bacilles de Koch dans les crachats. — MM. F. Dumarest et Ch. Murard (d'Hauteville).

Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire et auscultation. — M. Berthier.

Tuberculose, tuberculine et leucocytes. — M. Bauer (de Neuchâtel en Suisse). Les conclusions de ce travail sont les suivantes. La tuberculose interne, même à ses débuts, lorsqu'elle est floride, peut produire de l'hyperleucocytose. Par contre, lorsque cette maladie évolue lentement, on n'observe souvent pas d'augmentation des corpuscules blancs, même lorsque la maladie est relativement très avancée. Le chiffre des leucocytes du tuberculeux ne dépend pas tant du développement de la maladie que de la virulence de l'infection, bien que naturellement il soit plus fréquent de trouver de l'hyperleucocytose chez des malades avancés que chez des bacillaires du début.

L'augmentation des lymphocytes dans la tuberculose pulmonaire est en général d'un bon pronostic.

Le système leucocytaire du tuberculeux est d'une extrême sensibilité à l'égard de la tuberculine. Des doses minimes de tuberculine peuvent déja déclancher des variations dans le nombre absolu des globules blancs du malade et dans le rapport numérique des diverses formes de leucocytes. L'hyperleucocytose que produit l'inoculation de tuberculine dans l'organisme malade est de nature neutrophile. Cette hyperleucocytose a une courbe assez régulière; le nombre des leucocytes s'accroît insensiblement pour atteindre son maximum huit à vingt-quatre heures après celle-ci. Cette leucocytose peut se prolonger encore quarante-huit heures après l'injection de tuberculine. Il est donc utile d'intercaler entre deux inoculations un espace d'au moins trois jours afin de ne pas tomber encore, lors d'une nouvelle injection de tuberculine, en pleine phase leucocytaire.

L'étude du sang des malades tuberculinisés met enfin en relief l'extrême diversité de la sensibilité spécifique des tuberculeux à l'égard de la tuberculine. Cette sensibilité s'exprime par des réactions leucocytaires bien différentes; chez certains bacillaires, la répétition de la même dose amène, du moins pendant un certain temps, toujours la même leucocytose; chez d'autres, l'effet de la réaction leucocytaire s'épuise très vite si la dose de tuberculine n'est pas augmentée. Enfin il peut arriver que la répétition d'une même dose produise une leucocytose toujours plus intense. Il sera utile de tenir compte des indications que nous fournit l'image leucocytaire dans le mode d'emploi de la tuberculine.

L'étude de la leucocytose dans le cours d'une cure de tuberculinothérapie peut parfois être d'une grande utilité en indiquant d'une part le degré de sensibilité des malades à la tuberculine, et d'autre part leurs capacités de réaction leucocytaire à ce médicament.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Nouveaux arguments pour la genèse endothéliale des mononucléaires du sang. — M. Patella [de Sienne (Italie)].

Premières recherches urologiques sur l'albumine à l'aide des sérums précipitants. — MM. Bret et Ch. Porcher (de Lyon).

Autonomie clinique de « l'infantilisme tardif ». — MM. V. Cordier et Rebattu (de Lyon).

Contribution à la pathogénie et à la thérapeutique du syndrome de Basedow. — M. Maurice (de Lyon).

FERNAND LÉVY.

COURS ET CONFÉRENCES

MÉDECINE LÉGALE (professeur M. Thoinot.) — L'enseignement du semestre d'été comprendra :

1° Conférences de médecine légale pratique. Ces conférences auront lieu les lundis, mercredis, vendredis à deux heures, à la Morgue, à dater du 1er mars 1912.

Elles seront faites en mars et avril, par M. Balthazard, agrégé; en mai et juin, par M. Descout, chef des travaux.

2° Conférences pratiques d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la médecine légale et à la toxicologie.

Ces conférences seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf), les mardis, jeudis, samedis.

3° Conférences de médecine légale psychiatrique : les samedis à l'infirmerie spéciale du dépôt, 3, quai de l'Horloge, par M. Dupré, agrégé, médecin en chef adjoint de l'infirmerie du dépôt.

Ces conférences sont réservées aux docteurs en médecine, aux internes des hôpitaux et aux étudiants ayant subi le troisième examen du doctorat. Les cartes d'admission sont délivrées au secrétariat de la Faculté.

Des Fractures du rachis cervical sans symptômes médullaires, par MM. Jules Boeckel, chirurgien de l'hôpital de Strasbourg, correspondant de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie de Paris, lauréat de l'Institut, et André Boeckel, ancien interne des hôpitaux de Nancy, aide de chirurgie à la Faculté, lauréat de la Société de chirurgie de Paris. 1 vol. in-8° de 208 pages avec 20 planches radiographiques inédites, hors texte. — Prix : 8 francs. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 24. — MARDI 27 FÉVRIER 1912. 85e ANNÉE. MARDI 27 FÉVRIER 1912. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve écrite.* — Questions données : Symptômes et diagnostic des accidents cardiaques dans la fièvre typhoïde. — Anatomie pathologique et bactériologie des pancréatites aiguës. »

Le jury s'est divisé en deux parties pour la correction des copies.

Section de clinique. — MM. Vaquez, Parmentier, Brouardel, Marion, Gouget et Mathieu.

Section d'anatomie pathologique. — MM. Pierre Marie, Hirtz, Galliard, Bezançon, Gaucher et Tapret.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont et demeurent rapportées les dispositions de l'arrêté, en date du 25 novembre 1911, par lequel un congé d'inactivité pour l'année scolaire 1911-1912 a été accordé à M. Blanc, préparateur de parasitologie.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — RENNES. — Un concours s'ouvrira, le 4 novembre 1912, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant la date d'ouverture dudit concours.

— A partir du 1er novembre 1912, M. Lenormand, professeur de chimie, sera transféré dans la chaire de chimie analytique et toxicologie; M. Seyot sera nommé professeur de pharmacie; M. Laurent, professeur de pharmacie, sera transféré dans la chaire de chimie générale; M. Perrier est nommé suppléant des chaires de chimie.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE. — M. Delépine est chargé d'un cours d'hydrologie et minéralogie.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Anthony est nommé assistant de la chaire d'anatomie comparée.

GUERRE. — Un décret en date du 22 février dispose que le comité technique de santé, institué auprès du département de la guerre, en vertu des textes susvisés, portera désormais le nom de « comité consultatif de santé ».

Ce comité sera composé de onze membres, savoir :

Huit membres au plus choisis parmi les médecins inspecteurs généraux ou médecins inspecteurs du corps de santé militaire;

Deux membres au moins choisis parmi les médecins inspecteurs généraux ou médecins inspecteurs du corps de santé des troupes coloniales;

Le pharmacien inspecteur du corps de santé militaire.

— Par décision ministérielle, sont nommés membres du comité consultatif de santé :

M. Février, médecin inspecteur général.

M. Gallay, médecin inspecteur des troupes coloniales, disponible.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Médailles pour services exceptionnels rendus à l'Assistance publique :

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Pilleyre (de Prémontré), Ghisgant (du Nord), Baumgartner (de Paris.)

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Guichard (de Marciac), Gauja et Raulin (de Bordeaux), d'Aurelle de Paladines, H. Dufour et Golescéano (de Paris.)

LA RÉFORME DE L'AGRÉGATION. — Voici les dispositions adoptées par l'Association des membres du corps enseignant des facultés de médecine dans ses réunions des 19 et 20 février 1912. Elles seront soumises à l'agrément du ministre :

Le concours comprendra deux séries d'épreuves qui seront subies devant deux jurys différents :

Pour l'*admissibilité*, les candidats seront répartis entre quatre grands groupes : médecine, chirurgie, anatomie et physiologie, sciences physico-chimiques.

Les oto-rhino-laryngologistes pourront à leur choix, pour l'admissibilité, concourir en médecine ou en chirurgie.

Les épreuves consisteront en une composition écrite d'anatomie, une composition écrite de physiologie, et une épreuve orale d'une heure après quarante-huit heures de préparation libre. Pour la section d'anatomie et physiologie, les épreuves

écrites porteront sur un sujet de médecine, ce mot étant pris dans son sens le plus général.

Pour l'*admission* les sections suivantes ont été adoptées :

1° Médecine, huit sections, cinq jurys.

a. Médecine générale, y compris pédiatrie, neurologie, thérapeutique; *b.* dermatologie et syphiligraphie (un jury); *c.* médecine légale; *d.* psychiatrie (un jury); *e.* hygiène (un jury); *f.* anatomie pathologique (un jury); *g.* médecine expérimentale; *h.* bactériologie (un jury).

2° Chirurgie, quatre sections, quatre jurys.

a. Chirurgie générale comprenant la gynécologie et les voies urinaires; *b.* obstétrique; *c.* oto-rhino-laryngologie; *d.* ophtalmologie.

3° Sciences paramédicales, neuf sections, cinq jurys.

a. Anatomie; *b.* histologie (un jury); *c.* histoire naturelle; *d.* parasitologie (un jury); *e.* physiologie; *f.* pharmacodynamie (un jury); *g.* physique; *h.* chimie; *i.* pharmacie (un jury).

Les épreuves consisteront en : 1° titres et travaux scientifiques; 2° épreuves de trois quarts d'heure après trois heures de préparation sans livres; 3° épreuves pratiques.

Notation. — Depuis le concours de 1910, chaque épreuve est appréciée par un point rendu public après chaque séance. Il est apparu à l'assemblée que pour un concours aussi long que celui de l'agrégation, à candidats aussi nombreux, il est à peu près impossible d'établir la « cote » dès la première séance et de s'y tenir. Aussi, a-t-elle décidé de procéder, après la dernière séance, à une revision de classement.

Enfin, comme il était prévu, l'assemblée a émis le vœu à l'unanimité que les agrégés soient nommés à vie et non plus pour une période de neuf années.

A PROPOS DES TROUBLES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — M. Thiéry nous communique la lettre ouverte qu'il vient d'adresser à M. Léon Perrier, député de l'Isère, qui l'avait mis en cause le 9 février dans son interpellation sur les troubles de la Faculté :

« Paris, le 22 février 1912.

MONSIEUR LE DÉPUTÉ,

C'est seulement à la date du 16 février que, sur le conseil de maîtres et d'amis, j'ai lu dans l'*Officiel* votre interpellation sur les troubles de la Faculté; quoique inconnu de vous, j'y suis cité avec une désobligeante instance.

Ayant puisé sans contrôle vos documents à une source unique, malveillante et intéressée, il vous plaît de m'accuser sans preuves de désordres que des faits connus de tous suffisent à expliquer; il me faut vous dire que vous avez agi à la légère ou que votre bonne foi a été surprise.

Sachez que je n'ai pas à exciter les étudiants et que, lorsque j'ai des remarques à faire sur la décadence de l'enseignement de l'anatomie, je les fais courtoisement et fermement devant l'assemblée de la Faculté, dont vous avez négligé de consulter les procès-verbaux.

Vous me reprochez de n'avoir pas signé le « satisfecit », délivré à M. le professeur d'anatomie; j'ignorais, malgré le nombre d'adhésions recueillies et malgré quelques confidences, que la signature en fût *obligatoire* et qu'à côté de cette protestation on dût dresser une liste de *suspects*; non, je n'ai pas signé ce document dont le ton emphatique m'a paru inopportun.

Avions-nous un « anatomiste intégral, conducteur de jeunes hommes » ? Telle n'était pas ma conviction : mon abstention vous paraît accablante pour moi ; elle est seulement éloquente et loyale et, puisque le latin est entendu à la Chambre, permettez-moi de vous rappeler l'adage *Amicus Plato...*

Parmi les erreurs qui abondent dans votre discours, j'en relèverai une seule : nommé agrégé six ans avant M. Rieffel, trop âgé pour concourir, je n'ai jamais dû lui succéder comme chef des travaux anatomiques ; un jeune agrégé auquel son âge permettait le concours désirait cette succession. Il n'a donc pu y avoir, il n'y a eu ni combinaison entre M. Rieffel et moi, ni appétit inavouable et déçu ; sur ce point encore on vous a mal renseigné et quelques modestes succès d'enseignement m'ont valu une jalousie qui est devenue pour vous mauvaise conseillère.

En vous documentant d'une façon plus précise vous auriez pu trouver, très près de vous, les véritables causes du désordre, et vous auriez fait œuvre utile et méritoire en les dénonçant avec impartialité sans mettre en cause des collègues, des prosecteurs, des aides d'anatomie qui peuvent avoir leur opinion, mais n'ont ni ordres, ni conseils à recevoir de moi.

Votre interpellation, bien regrettable, a jeté le soupçon sur des hommes honorables, mais elle n'a pas résolu la crise évidente et maintes fois affirmée de l'enseignement de l'anatomie.

Veuillez agréer, monsieur le député, l'assurance de ma considération distinguée. Dr PAUL THIÉRY. »

L'ASSISTANCE AUX MÈRES. — A la prochaine session du Conseil municipal, MM. Dausset et Galli présenteront un projet d'assistance obligatoire aux femmes qui sont sur le point de devenir mères et dont les ressources ne dépassent pas 1 800 francs par an. On exigera en outre que les secourues soient domiciliées à Paris depuis deux ans au moins.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le docteur Bonnet (de Neuville).

ERRATUM. — N° 21 (article de MM. Euzière et Roger), p. 290, col. 2, ligne 55, au lieu de *classification*, lire *clarification*; p. 291, col. 1, ligne 1, au lieu de *diolengé*, lire *cholérique*; p. 291, col. 1, ligne 7, au lieu de *dermiotactique*, lire *chimiotactique*.

LIVRES NOUVEAUX

Le Péril alimentaire (1), par le docteur A. RAFFRAY, avec une préface du docteur LE GENDRE.

Il est devenu classique de répéter que l'homme meurt le plus souvent par intoxication, mais ce que l'on ne sait pas suffisamment c'est en quoi consiste cette intoxication. Comme l'écrit en sa préface le docteur Le Gendre, « il faut entendre ce mot dans le sens le plus large : poisons alimentaires introduits dans l'organisme, poisons qui se développent dans le tube digestif aux dépens des résidus d'aliments mal choisis ou trop copieux, poisons issus du fonctionnement même de nos organes ».

Cette intoxication, c'est le plus souvent une alimentation mal dirigée qui la réalise, aussi est-ce avec juste raison que l'auteur intitule son ouvrage le *Péril alimentaire*.

Si ce péril menace chaque individu, il ne menace pas tout le monde de la même manière ; c'est pourquoi l'auteur commence tout d'abord par établir une classification des individus en *normaux*, *sus-normaux*, *sous-normaux*.

Une fois cette classification bien exposée, l'auteur s'attache à mettre en évidence les divers symptômes par lesquels se traduit l'intoxication de l'organisme. C'est d'elle que relèvent le syndrome *fatigue*, les *crises vasculaires* par angiospasme ou vaso-dilatation; c'est à elle qu'il faut attribuer, pour une large part, l'*artério-sclérose*.

A l'aide d'observations très scrupuleusement dépouillées, l'auteur établit ces différentes conclusions, et tous ces chapitres sont d'une lecture particulièrement agréable, abondants en faits cliniques extrêmement intéressants, ainsi qu'en aperçus nouveaux, comme par exemple l'étude de la *densité de l'urine au réveil*.

Le livre se termine par l'exposé d'un traitement, très diversement envisagé suivant les cas et que l'on consultera toujours avec le plus grand intérêt, en raison des multiples indications fort judicieuses qu'il renferme. Nous avons trop brièvement résumé cet excellent ouvrage qui comprend plus de 500 pages, mais la notoriété de l'auteur déjà connue par son livre sur *Les Déséquilibrés du système nerveux* nous dispense d'insister plus longuement. L. BABONNEIX.

(1) In-8. — Paris, Asselin et Houzeau.

PHAGÉDÉNISME TUBERCULEUX DE LA VULVE

Par M. J. BRAULT,

Professeur de clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées à la Faculté de médecine d'Alger.

Les ulcérations tuberculeuses de la vulve sont relativement rares, on trouve cependant quelques observations, mais dans ces cas, il s'agit d'ulcérations plutôt peu étendues (1).

Au contraire, dans l'observation que nous allons relater, les lésions étaient très développées et présentaient le caractère envahissant d'un véritable phagédénisme.

Observation. — X..., sept ans, Française, née à Laghouat, a séjourné successivement à Bouira et à Alger. Elle entre dans le service, salle Leloir, le 9 janvier 1911, pour gangrène de la vulve de nature indéterminée; de fait elle présente un phagédénisme de la vulve occupant les petites lèvres, le clitoris et une bonne partie de la face interne des grandes lèvres qui est prise dans les deux tiers de sa hauteur.

Voici ce que nous apprenons au point de vue des antécédents, le père est en bonne santé, la mère se porte également bien, rien comme bacillose, deux frères plus jeunes sont en parfait état.

Personnellement, l'enfant en question, a eu des accès de paludisme à Bouira, mais la fièvre avait cessé depuis 1910.

En janvier 1911, à Bouira, la mère remarque des pertes jaune verdâtre, la petite malade au même moment souffre des yeux, nous ne relevons cependant aucune trace d'affection grave de ce côté. En somme sans être très affirmatif, il semble que la petite fille a présenté à ce moment une vulvo-vaginite peut-être gonococcique.

En avril, les parents commencent à remarquer des plaies sur les petites lèvres et le capuchon clitoridien, la malade est pâle, faible, mais n'a pas de fièvre.

Elle est soignée en ville, sans résultat, ni les cautérisations chimiques, ni les cautérisations ignées, ni l'air chaud, ne donnent d'amélioration notable.

C'est alors qu'elle entre dans le service, le 9 juin 1911. Nous avons déjà indiqué au début de l'observation quelle était l'étendue des lésions à ce moment; arrivons maintenant à leur aspect. Les bords étaient en pentes raides, non décollés, le fond des ulcérations rouge foncé et gris jaunâtre semblait un peu grenu et suppurait assez abondamment. Les parties atteintes par les lésions, lèvres, clitoris, étaient le siège d'une infiltration marquée, d'un œdème pseudo-éléphantiasique. Grosses adénopaties inguinales, la malade est apyrétique, les urines sont normales; à l'auscultation, on ne trouve aucune lésion pulmonaire.

Dans les frottis, nous ne décelons ni gonocoques, ni Ducrey (2), ni bacilles fusiformes, ni spirilles. Nous trouvons, par contre, du streptocoque et du pyocyanique, le streptocoque est surtout abondant.

Divers topiques sont appliqués: eau bouillie, poudre de charbon, quinquina et camphre, attouchements à la teinture d'iode et au nitrate d'argent, bleu de méthylène, etc.

Quelques jours plus tard, je quitte le service pendant la période des vacances, la malade sort elle-même, peu après, l'état local s'est peu amélioré, mais l'état général reste bon.

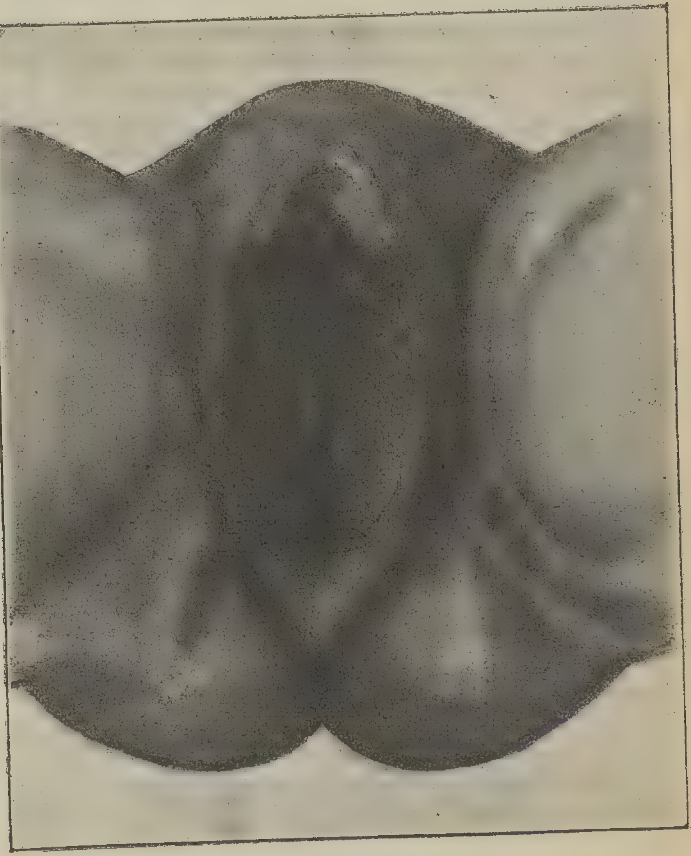
(1) Audry et Combeleran rapportent un cas personnel et citent un cas de Deschamps (*Soc. de dermat.*, 1906). Secchi donne aussi un cas (*Giorn. malat. della pelle*, 1901, p. 546). — Voir également Hamburger, *Semaine méd.*, 1906, p. 46.

(2) Bien que les parents parlent d'un attentat commis sur leur fille.

A ma rentrée, en octobre, la petite fille n'est plus hospitalisée, mais elle vient se montrer de temps à autre, à la clinique.

Bien qu'il n'existe aucun signe stéthoscopique, et qu'il n'y ait rien dans les antécédents, je pense à la tuberculose par élimination.

Les parents, eux, sont hantés par l'idée de syphilis (1) et, sur leurs instances répétées, nous faisons un Wassermann qui reste négatif. A ce moment, le phagédénisme vulvaire s'est étendu, le clitoris est disséqué, les faces internes des grandes lèvres sont prises à peu près dans leur totalité, les ulcérations droite et gauche se sont réunies au niveau de la fourchette et la plaie phagédénique gagne le vagin. (Voir le dessin ci-joint.) Les plaies sont très douloureuses, la petite pousse des cris quand l'on écarte ses cuisses pour la panser. Je pratique une biopsie.



Phagédénisme tuberculeux vulvaire à son dernier période.

L'état général périclite rapidement, amaigrissement notable, pouls très fréquent, fièvre hectique, urines albumineuses.

Comme topique modificateur, pour combattre le phagédénisme envahissant, on fait des applications de chlorure d'éthyle qui semblent améliorer l'état local.

Comme traitement général : toniques, antipyrétiques.

La petite malade ne peut plus être transportée, elle est soignée à domicile par mon chef de clinique. La fièvre continue, le pouls varie de 130 à 160; de gros ganglions sont sentis dans les fosses iliaques; la jeune X... est prise de vomissements et meurt avec des symptômes péritonéaux.

Bien entendu l'autopsie n'a pu être pratiquée.

Examen histo-bactériologique. — Au cours de l'observation, j'ai déjà parlé de nos premiers examens.

Dans les frottis, comme je l'ai indiqué on a trouvé du pyocyanique et surtout du streptocoque. Ainsi que je l'ai déjà

(1) Sauf peut-être certains caractères des bords des plaies, rien cependant, ni actuellement, ni dans les antécédents, ne vient corroborer cette opinion.

dit et écrit maintes fois, ce sont ces espèces et les fluorescents, que nous rencontrons le plus et le mieux : soit dans le phagédénisme *simple* (1), soit encore dans les lésions frambœsiformes que nous observons assez fréquemment comme complication de plaies diverses dans ce pays.

Biopsie. — L'examen des prélèvements biopsiques a été fait en partie double et à l'Institut Pasteur d'Algérie, par M. le docteur Nègre, et dans notre laboratoire. Nos conclusions ont été identiques.

L'examen histologique ne nous a pas permis de déceler des follicules constitués avec leurs trois zones classiques, mais par contre, dans les coupes colorées, soit par le Ziehl seul, soit par double coloration, nous avons trouvé au milieu de vastes amas de cellules rondes de très nombreux bacilles tuberculeux graciles et parfois incurvés.

Ce foisonnement des bacilles va bien avec le caractère un peu aigu de l'affection (2) ; mais à notre avis, ce qui explique surtout la tendance nettement phagédénique des lésions, c'est la présence des microbes secondaires : streptocoque, pyocyanique.

Inoculations. — Avec les fragments prélevés, M. le docteur Nègre a inoculé deux cobayes qu'il a sacrifié au bout d'une quinzaine de jours, tous les deux présentaient de gros ganglions tuberculeux ramollis.

Nous-même, nous avions également inoculé un cobaye le 15 novembre, ce cobaye a maigri et a présenté un chancre tuberculeux de l'aine avec une grosse nodosité. L'animal a succombé le 8 décembre. Les coupes de la nodosité dont nous venons de parler nous ont révélé la présence de nombreux bacilles tuberculeux.

Telle est cette observation de phagédénisme tuberculeux, je le nomme ainsi, parce que la tuberculose en était le fond ; mais, je le répète, le caractère phagédénique était commandé par des espèces secondaires bien définies que nous retrouvons depuis pas mal d'années, à la base de tout phagédénisme simple, non compliqué de pourriture d'hôpital et pouvant se greffer sur toutes les lésions de nos téguments, qu'elles soient spécifiques ou non.

MÉDECINE PRATIQUE

LES HÉMORRAGIES MÉNINGÉES DU NOUVEAU-NÉ ET LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

Depuis un certain nombre d'années les accoucheurs ont bien montré l'importance des hémorragies méningées produites au moment de l'accouchement. Elles sont une des causes les plus fréquentes de la mort au moment même de la naissance ou dans les quelques heures ou jours qui suivent.

A côté de ces hémorragies très graves et à pronostic très sombre, il en existe un nombre peut-être aussi considérable de gravité moindre. L'enfant guérit momentanément, puis plus tard on voit apparaître des lésions nerveuses variées. On a mis très longtemps à s'apercevoir de ce rapport entre les traumatismes de l'accouchement et les lésions nerveuses tardives. Cela tient à ce que, entre l'apparition de ces dernières et les accidents du moment de la naissance se place une période de calme parfois très longue, pouvant atteindre plusieurs années. Les neurologistes qui observent le petit enfant atteint de paralysie ont rarement connaissance de l'histoire de l'accouchement et des accidents qui l'ont suivi. Une des plus fréquentes de ces séquelles est la paraplégie spasmodique ou maladie de Little. Little avait bien vu que dans beaucoup de cas il s'agissait d'un accouchement anormal, en particulier de prématurés, aussi pense-t-il que l'affection est due à un arrêt de développement du système nerveux. C'est Sarah Mac Nutt qui semble avoir bien montré le premier le rapport entre la production de la maladie de Little et la présence de cicatrices résultant de l'organisation d'anciens foyers d'hémorragies méningés.

A côté de la paraplégie spasmodique on peut voir certaines hémiplégies spasmodiques, de l'hémiathétose, certains cas d'épilepsie jacksonienne ou non, des paralysies oculaires (strabisme), certaines formes de cécité, de surdité, probablement des cas de pieds bots et de torticolis, relever de la même origine.

L'état mental de ces malades est parfois intact ou ils peuvent présenter des altérations de l'intelligence allant de simples bizarreries du caractère, d'un peu de paresse intellectuelle jusqu'à une inintelligence absolue.

Ces hémorragies méningées, mais bien plus rarement que chez le nouveau-né, peuvent se produire dans la deuxième enfance à la suite de convulsions, d'une quinte de coqueluche, d'un traumatisme, parfois sans causes apparentes (voir d'Espine, Griolet).

La fréquence de ces hémorragies est considérable. Les accoucheurs qui les recherchent systématiquement au moyen de la ponction lombaire les rencontrent chez de nombreux enfants nés en état de mort apparente.

Après un accouchement pénible, et si, comme l'a fait Cushing, on les recherche systématiquement aux autopsies des mort-nés ou des nouveau-nés morts peu après la naissance, on les trouve dans un pourcentage de cas considérable. Cela ne veut pas dire qu'elles soient toujours la cause de la mort, mais leur existence est fréquente dans les cas où l'accouchement a pu être particulièrement pénible.

On trouve en effet toujours un accouchement difficile à la base de leur étiologie, soit qu'il s'agisse d'un enfant volumineux, à tête grosse, très ossifiée (Alphand) ou une présentation défectueuse, siège, épaule, soit qu'il y ait une cause de dystocie maternelle, première grossesse (la moitié des cas pour Gowers), surtout si c'est une primipare âgée à bassin étroit. Souvent on a été obligé de faire une intervention obstétricale, le plus souvent une application de forceps. Mais on ne s'entend pas très bien sur le rôle joué par le forceps, alors que les étrangers (Anglais, Américains) attribuent peu d'importance à l'action traumatisante directe de forceps dans la production de l'hémorragie et font surtout intervenir l'asphyxie de l'enfant, par suite de la longueur de l'accouchement, conditions qui ont nécessité l'application du forceps ; les accoucheurs français font jouer au contraire un rôle important au traumatisme du forceps appliqué brutalement ou mal appliqué et ayant dérapé. Dans ces cas, mais c'est l'exception, on peut voir des fractures ou des enfoncements du crâne. La version avec extraction de la tête dernière (un cinquième des cas d'après Gowers), surtout dans les bassins rétrécis, expose à l'enfoncement des bosses pariétales par l'angle sacro-vertébral ou le pubis. Il en est de même de la manœuvre de Moriceau ou celle de Champetier de Ribes (pression de haut en bas sur la tête fœtale) si elles sont faites sans ménagements. Cet enfoncement des pariétaux peut d'ailleurs exister dans l'accouchement des bassins rétrécis terminé sans intervention (voir Alphand).

En dehors de toute intervention dans les accouchements pénibles, ou encore dans un accouchement très rapide avec

---

(1) Non compliqué de pourriture d'hôpital. (Voir, en particulier, *Soc. de dermat.*, 27 avril 1908 ; *Id.*, 4 juin 1908, et janvier-août 1910, etc).

(2) Dans ces formes aiguës, soit pures, soit associées à une autre infection, on ne trouve parfois aucun des attributs histologiques de la tuberculose, mais on rencontre des bacilles à la coupe, et souvent on en rencontre de nombreux.

un prématuré dont le crâne est beaucoup plus fragile, la complication n'est pas rare.

Enfin, ces hémorragies peuvent se produire spontanément chez le nouveau-né en dehors de tout traumatisme obstétrical, peut-être par asphyxie par compression du cordon, ou même sans cause apparente. Demelin a observé une hémorragie méningée quelques heures après la naissance chez un enfant extrait par opération césarienne. Il semble donc qu'il y ait une prédisposition à l'hémorragie. On la voit chez les prématurés, les jumeaux, les débiles (Demelin), dans le cas d'alcoolisme, de saturnisme et surtout de syphilis des parents (Froin) ou encore par toxi-infection du fœtus (Lequeux).

Une statistique de Carmichaël résume bien la plupart de ces facteurs. Sur 14 cas de paralysie cérébrale d'origine traumatique avec dystocie, il a trouvé : 10 enfants mâles (têtes plus grosses), 2 prématurés, 10 premiers accouchements, 11 accouchements par le sommet, 1 siège, 2 épaules, 12 accouchements très pénibles, il y a eu 4 applications de forceps, et les enfants sont arrivés au monde 8 fois cyanosés et 2 fois en état de mort apparente.

D'après ces chiffres, l'auteur pense que l'asphyxie joue un rôle bien plus important que l'action traumatisante de l'accouchement.

Quoi qu'il en soit de l'interprétation pathogénique, la lésion primordiale est la rupture d'une des veines sous-arachnoïdiennes, le plus souvent de l'étage supérieur du crâne, exceptionnellement au-dessous de la tente du cervelet. Ces veines sortant de l'encéphale cheminent dans la pie-mère sur un long trajet avant d'aller se jeter dans les sinus. Les veines de la partie postéro-inférieure du cerveau se rendent au sinus latéral, celles de toute la partie antéro-supérieure au sinus longitudinal. Ce dernier, depuis son origine sur l'ethmoïde jusqu'à sa terminaison au pressoir d'Hérophile, reçoit dix à douze de ces veines de chaque côté, dont cinq à six volumineuses. Selon la remarque de Carmichaël, les plus volumineuses de ces veines sont situées au niveau des bords antérieur et postérieur du pariétal, c'est-à-dire des sutures lambdoïdes et coronaires, surtout de cette dernière. Ce fait expliquerait la possibilité de leur lacération dans le chevauchement des os pendant l'accouchement. De plus, ainsi que Cunningham et Horsley l'ont montré, chez le fœtus et le nouveau-né la suture coronaire correspond à la zone rolandique, aussi une hémorragie se produisant en ce point correspondra à la région des centres moteurs.

Les veines présentent la disposition anatomique particulière, au moins pour les moyennes et surtout les postérieures, de ne pas se terminer à angle droit dans le sinus, mais de cheminer dans la faux du cerveau, longeant le sinus d'arrière en avant pendant 1 ou 2 centimètres avant de s'y jeter. Il en résulte pour ces veines une partie fixe, rigide, succédant à une portion très souple dans l'intérieur de l'espace sous-arachnoïdien. De plus Carmichaël a observé plusieurs cas où le sinus ne siégeait pas sur la ligne médiane, les veines du côté opposé traversant par conséquent la suture sagittale avant de s'y jeter. On comprend combien ces dispositions peuvent favoriser la rupture de ces veines.

On peut concevoir au moment de l'accouchement deux mécanismes de rupture de ces veines : la rupture par augmentation de tension veineuse au cours de l'asphyxie, celle qui se produira plus tard au cours d'une convulsion ou d'une quinte de coqueluche, ou la rupture traumatique vraisemblablement par chevauchement exagéré des os du crâne. On sait que le crâne du fœtus subit pendant la traversée pelvienne une compression considérable. Il s'y adapte très bien par le chevauchement des os les uns sur les autres que permet la présence des fontanelles. La compression latérale surtout amène un chevauchement des deux bords supérieurs des pariétaux. Il est très marqué dans le cas de bassin rétréci, chez les primipares âgées, dans le cas de gros enfant, d'application de forceps, d'expulsion rapide de prématuré. Comme le remarque Cushing, le cerveau du nouveau-né supporte merveilleusement ces traumatismes, que ne tolérerait pas un cerveau d'adulte, parce qu'il est encore très peu développé ; c'est seulement dans les jours qui suivent la naissance que le cerveau se développe très rapidement et entre réellement en fonctions. Les veines du cerveau supportent moins bien le traumatisme ; tiraillées par le chevauchement, elles peuvent se déchirer au niveau de leur entrée dans la faux du cerveau. C'est là que d'ordinaire dans les opérations et les autopsies, on a trouvé le maximum des caillots, ce qui semble indiquer le siège primitif de l'hémorragie, ou, quand on a pu la voir, la déchirure vasculaire. Cushing l'a trouvée dans deux de ses premières opérations et, dans l'observation IV, le sinus lui-même était arraché.

Souvent un seul côté est atteint. Mais il semble que plus fréquemment l'hémorragie soit bilatérale, les autopsies et surtout la grande fréquence de la diplégie le démontrent. Bien plus rarement des fractures de la base du crâne entraînent une hémorragie au-dessous de la tente du cervelet ou à la partie inférieure du cerveau.

La symptomatologie de ces hémorragies est forcément extrêmement variée et nous ne pouvons en donner qu'un aperçu schématique. Cliniquement, on peut distinguer trois aspects très différents.

Dans certains cas, les symptômes existent dès le moment de la naissance. L'enfant est en état de mort apparente parfois blanc, le plus souvent cyanosé. On essaye de le ranimer, il respire un peu, fait quelques mouvements des membres, ouvre les yeux, mais, phénomène très important, ne crie pas; puis peu à peu il entre dans le coma, le pouls se ralentit, la respiration devient irrégulière avec des temps d'arrêt, et il meurt.

Dans d'autres cas, les efforts que l'on fait pour le ranimer réussissent à le sortir de l'état asphyxique où il se trouvait. Il s'agite, crie, mais reste hébété, et signe très important, on ne peut arriver dans les jours qui suivent à lui faire prendre le sein ou à avaler un peu de lait à la cuiller. Le pouls reste lent. Au bout de deux, trois, quatre, cinq jours, apparaissent les signes de la compression cérébrale, brusquement, par une crise d'épilepsie, ou progressivement.

Enfin dans les derniers cas, qui ne sont pas très rares, l'enfant est né en bon état apparent, un peu étourdi seulement, il se remet vite du traumatisme obstétrical et se porte bien pendant quelques jours (six jours dans un cas de Murphy). Puis apparaissent les signes de la lésion vasculaire.

Le plus souvent c'est le refus de prendre le sein, l'agitation, les cris, auxquels succèdent après quelques heures un aspect hébété, stupide, qui attirent l'attention, on constate alors que le pouls est ralenti à 100, 90, on peut trouver la raie vaso-motrice, la respiration devient rapide, superficielle, plus tard elle sera irrégulière. La température est en général normale ou abaissée, si elle s'élève dans les quelques jours qui suivent cela est d'un heureux pronostic (fièvre de résorption de l'épanchement, Froin). Les fontanelles sont tendues, les battements y ont plus ou moins complètement disparu. Elles peuvent être tellement tendues, saillantes qu'on ne peut délimiter leur rebord osseux (Cushing). On peut voir apparaître un léger suintement sanguin au niveau des narines (de Normandie, J. C. Hubbard, G. L. Morse). Il peut arriver que l'on ne constate que ces signes de compression cérébrale générale sans signes de localisation et sans qu'il y ait de paralysies et de modifications de la tonicité des muscles.

Plus souvent on observe des troubles moteurs, des secousses, des crises convulsives survenant spontanément ou en réponse à une excitation sensitive, irrégulières et généralisées au début, plus tard localisées à un côté ou à un membre, au membre inférieur surtout dont le centre est plus exposé. Dans l'intervalle des crises convulsives le membre frappé reste plus ou moins contracturé. Les réflexes sont exagérés,

on trouve le signe de Babinski. La pupille du côté atteint est dilatée, elle réagit paresseusement, de même que les réflexes palpébraux. En quelques heures ou quelques jours les symptômes s'aggravent, le pouls s'accélère, s'affaiblit, la respiration devient irrégulière et l'enfant succombe en état d'asphyxie; si au contraire la guérison spontanée doit survenir, on voit les crises convulsives disparaître, et les symptômes s'améliorer progressivement. Il peut cependant persister des séquelles. Plus tard, dans les années qui suivent on peut constater que l'intelligence ne se développe pas normalement, des crises d'épilepsie survenir, ou une maladie de Little évoluer.

Le diagnostic de ces hémorragies présente des difficultés sérieuses au début, mais il est capital de l'établir de façon précoce si l'on veut avoir recours avec quelque chance de succès aux méthodes de thérapeutique active préconisées dans ces dernières années.

Au moment de la naissance la distinction est très difficile à établir avec l'asphyxie simple. Lorsque les symptômes apparaissent tardivement, on pourrait penser à de la tétanie, de l'éclampsie, du tétanos par infection du cordon, mais surtout à des toxi-infections du nouveau-né ou aux résultats de l'inanition (Torbert, Murphy). L'attention devra être éveillée surtout par la tension de la fontanelle (Murphy), par les troubles du pouls et de la respiration, par l'écoulement de sang par le nez (Morse) et on devra alors pratiquer la ponction lombaire. Le rôle diagnostic de la ponction lombaire dans ces cas a été mis en évidence par Devraigne et plus récemment par Delmas. Ils ont insisté sur son innocuité et sa grande facilité chez le nouveau-né. Dans tous les cas d'asphyxie du nouveau-né, quand on ne peut ranimer rapidement l'enfant par les moyens ordinaires, il ne faut pas hésiter à pratiquer la ponction lombaire. Si le liquide est clair, c'est qu'il s'agit de phénomènes asphyxiques, le pronostic est favorable, et il faut poursuivre inlassablement pendant des heures la respiration artificielle. Si le liquide est hémorragique il ne faut pas conclure immédiatement à une hémorragie méningée. L'aiguille a pu ne pas pénétrer dans le cul-de-sac méningé mais a piqué une grosse veine sous la peau ou dans le rachis. Il s'écoule alors un sang pur qui se coagule vite dans l'aiguille, on s'aperçoit vite de l'erreur de technique. On a pu aussi pénétrer trop profondément et piquer une veine du côté opposé du rachis, du sang se mêlera au liquide céphalo-rachidien qui sortira fortement coloré.

Dans les hémorragies méningées, le liquide est souvent faiblement coloré, il reste en général rosé, parfois prenant une teinte verdâtre si l'hémorragie est déjà ancienne.

Pour faire un diagnostic complet, il reste à établir si l'hémorragie est bilatérale, ou, si un seul côté est pris, lequel est atteint.

Souvent on n'a aucun signe de localisation. C'est ce qui se produit vraisemblablement dans les cas d'hémorragie très abondante, bilatérale, ou débutant dans le groupe postérieur des veines cérébrales. Mais lorsque l'hémorragie a pour siège une veine voisine de la région rolandique, qu'elle se produit progressivement, comme dans les cas où les symptômes ne débutent qu'au bout de quelques jours, on observe parfois des signes de localisation : crises convulsives ou paralysie surtout sur un seul membre, hémiplégie, parfois déviation conjuguée de la tête et des yeux, inégalité pupillaire. Murphy a remarqué aussi dans un cas d'hémorragie unilatérale vérifiée à l'autopsie, qu'il existait une différence de tension manifeste entre les deux côtés de la fontanelle.

Jusqu'à ces dernières années, le traitement classique des hémorragies méningées, si graves immédiatement pour la vie même de l'enfant ou dans un avenir éloigné par les affections à peu près incurables qui peuvent en découler, a été à peu près négatif : saignée, sangsues derrière l'oreille, massages, frictions, bains, révulsifs, toutes médications qui ne s'adressaient pas à la cause même des accidents et devaient rester inefficaces. Depuis peu, les accoucheurs et les chirurgiens ont fait d'heureuses tentatives pour instituer un traitement plus rationnel et plus actif. En France, les bons résultats donnés par la décompression au moyen de la ponction lombaire, dans les fractures de la base du crâne chez l'adulte, ont donné à Devraigne l'idée de tenter cette médication chez le nouveau-né. A sa suite, Braillon, Cathala, Jeannin, Bonnaire, Delmas, ont préconisé la méthode. Elle donne dans beaucoup de cas d'excellents résultats, on note une amélioration instantanée des symptômes et parfois une guérison définitive, mais il y a des échecs. Dans la thèse récente de Montet sur ce sujet, sur 7 observations on note 5 guérisons, ce qui est très beau, mais 2 fois les signes de compression ont persisté et l'enfant a fini par succomber (obs. V et VII). L'autopsie montra une hémorragie diffuse.

La ponction lombaire, qui a pour elle les avantages énormes de sa facilité d'exécution et de son innocuité, est donc impuissante dans certains cas à évacuer une collection très étendue, on peut se demander si, en présence de son échec on ne doit pas tenter plus, et, à l'exemple de ce qu'ont fait les chirurgiens américains, s'il ne convient pas d'aller ouvrir largement le foyer hémorragique. — Cette manière de faire aurait de plus l'avantage d'enlever les caillots de la surface du cerveau, car, contrairement à ce que l'on a longtemps cru, le sang épanché chez les nouveau-nés se coagule très rapidement dans l'espace sous-arachnoïdien et à l'opération on y trouve toujours de très gros caillots. On peut se demander ce que ceux-ci deviendront plus tard chez les petits malades guéris par la ponction lombaire, ne sont-ils pas destinés à devenir l'origine d'adhérence et causer de l'épilepsie comme Harvey Cushing en a montré un bel exemple dans un de ses articles (*Amer. Journ. of the med. sc.*, octobre 1905).

C'est à ce chirurgien américain que revient le mérite d'avoir le premier proposé l'intervention chirurgicale large dans ces cas. Il l'a pratiquée 9 fois jusqu'à ce jour avec 5 décès et 4 guérisons. La technique opératoire est très simple. L'enfant, enroulé dans des couvertures, entouré de bouillottes d'eau chaude pour éviter le refroidissement, est placé sur la table d'opération la tête sur un coussin. On donne quelques bouffées de chloroforme. Le crâne a été préparé selon la technique habituelle. Un tourniquet est appliqué pour opérer sans perte de sang. Une large incision des téguments, concave en bas, est tracée en suivant les bords du pariétal, puis à l'aide de forts ciseaux courbes le tissu fibreux des fontanelles tout autour du pariétal est rabattu en dehors. On découvre ainsi la dure-mère sur une longue étendue. Elle apparaît tendue, immobile, noirâtre. Alors seulement on l'incise. Si on l'incisait plus tôt, avant d'avoir tracé tout son lambeau, selon la remarque de J. L. Morse, on aurait une hernie du cerveau qui rendrait difficile l'agrandissement de l'incision. Par l'ouverture de la dure-mère du sang et des caillots s'échappent. On lave rapidement la cavité sous-arachnoïdienne avec du sérum chaud, de façon à enlever les caillots le plus complètement possible. On enlève le tourniquet pour diminuer au maximum la tension sanguine et l'on referme la dure-mère et les téguments sans suture. En cas d'hémorragie bilatérale, la tension du côté non opéré peut empêcher la fermeture en faisant faire hernie au cerveau (Cushing) et on sera obligé d'ouvrir le second côté pour les fermer tous les deux ensuite.

La technique de Cushing a été suivie par différents chirurgiens avec peu de succès : Seitz (1 cas, 1 décès), Meara et Taylor (1 cas, 1 décès), Hubbard (1 cas, 1 décès), Murphy (3 cas, 2 décès, 1 guérison, mais décès peu de temps après de gastro-entérite).

Tout récemment, Channing C. Simmons (de Boston) vient de publier 2 cas avec 2 guérisons, dans lesquels il a employé une technique différente. Partant de ce principe que chez les êtres moribonds on doit réduire le traumatisme au strict minimum, il se contente d'ouvrir la fontanelle par une très

petite incision curviligne (2 centimètres à 2 centimètres et demi) le long du bord supérieur du pariétal, siège le plus habituel de l'hémorragie; la dure-mère est ouverte et le sang s'échappe; on referme ensuite l'incision. Cette méthode ne vise plus à être complète avec évacuation de tous les caillots, comme le conseille Cushing. Il est possible que par la suite on observe des adhérences causant des signes irritatifs, mais la bénignité de l'intervention est manifeste, et les deux observations de l'auteur sont là pour prouver son efficacité.

Au total, le traitement par l'incision a été pratiqué 17 fois avec 7 guérisons, ce qui donne un pourcentage de 41 p. 100. C'est déjà un beau résultat, si l'on considère l'état précaire dans lequel étaient les malades opérés. Mais, selon la remarque de ceux qui l'ont employée, la méthode est appelée à donner des résultats bien supérieurs lorsque le diagnostic aura été posé de façon beaucoup plus précoce. On sera alors amené à opérer dans des conditions bien meilleures et non chez des enfants qui n'ont pu prendre aucune alimentation depuis les cinq ou huit jours qui se sont écoulés depuis leur naissance, dans le coma, avec une respiration et un pouls sur le point de s'arrêter.

En résumé, nous voyons combien l'histoire clinique des hémorragies méningées du nouveau-né s'est éclairée depuis plusieurs années, combien le diagnostic en est facilité par l'emploi facile et anodin de la ponction lombaire. Celle-ci constitue aussi un mode de traitement qui suffit à faire disparaître les accidents dans les cas légers; mais dans les cas plus graves, elle échoue ou bien, après une rémission qui suit la décompression, les accidents se reproduisent, Dans ces cas, et sans attendre que l'enfant soit absolument moribond, il convient d'intervenir rapidement pour évacuer le foyer hémorragique; entre la technique de Cushing et celle de Simmons, jusqu'à nouvel ordre, nous donnons la préférence à cette dernière qui, simple, très rapide, donne le minimum de shock avec de grandes chances de succès. M. LANCE.

BIBLIOGRAPHIE

LITTLE. *Transact. of the London Obst. Soc.*, III, 1862. — MAC NUTT. *Am. Journ. of Obst.*, 1885; *Am. Journ. of Med. Sc.*, 1885, vol. LXXXIX, p. 58. — FROIN. Th. de Paris, 1904. — Harvey CUSHING. *Am. Journ. of Med. Sc.*, oct. 1905, vol. CXXX, p. 563. — DEVRAIGNE. *Presse méd.*, 1905. — BRAILLON. *Nord médical*, 1905. — DUTREIX. Th. de Paris, 1905. — CATHALA et DEVRAIGNE. *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, 1906. — COUVELAIRE. Soc. de biol., 1906. — HUTINEL. Th. de Paris, 1906. — CARMICHAËL. *Scottish med. and surg. Journ.*, 1906, vol. XVII, p. 524. — SEITZ. *Arch. f. Gyn.*, 1907, vol. LXXXII, p. 527. — ARCHIBALD. *Amer. Pract. Surg.*, 1908, vol. V, p. 208. — Harvey CUSHING. *Keen's Surgery*, 1908. — FRAZIER. *Progessive med.*, mars 1909. — James R. TORBERT. New England Pediatric Society, 23 janv. 1909, in *Boston med. and surg. Journ.*, 22 avril 1909, p. 500; discussion : F. T. Murphy, J. C. Hubbard, J. L. Morse, W. N. Bullard, in *Boston med. and surg. Journ.*, 22 avril 1909, p. 516. — MEARA et TAYLOR. *Arch. of Pediat.*, nov. 1909. — ALPHAND. Th. de Paris, 1910. — D'ESPINE. *Presse méd.*, 17 juin 1911. — MONTET. Th. de Paris, 1911, n° 71. — GRIOLET. *Progrès méd.*, 27 janv. 1912, p. 46. — Channing C. SIMMONS. *The Boston med. and surg. Journ.*, 11 janv. 1912, vol. CLXVI, n° 2, p. 43. — J. DELMAS. *Progrès méd.*, 17 fév. 1912, p. 88.

Nous avons reçu, trop tard pour pouvoir l'inserer dans notre article du 13 février sur l'hormon péristaltique, une lettre du docteur Bernal (de Nice) indiquant que le produit employé par lui dans les observations qu'il a publiées était l'« hormonal » de Zuelzer fourni par une maison de Nice qui s'est assuré le monopole de sa fabrication en France.

M. L.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1912) [*fin*]

Sur le dosage exact de la cholestérine dans le sérum. — MM. LEMOINE et GÉRARD (de Lille). (V. *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 21, p. 295.)

Discussion. — M. CHAUFFARD (1) fait remarquer que les chiffres donnés comme normaux par MM. Lemoine et Gérard sont assez semblables à ceux qu'avait obtenus M. Grigaut lorsqu'il employait le procédé d'extraction par le soxhlet. Or, par cette méthode, on n'extrait qu'une partie des lipoïdes du sérum. C'est une méthode longue, par cela même peu clinique, et qui ne donne qu'une extraction insuffisante.

M. Chauffard fait passer un échantillon du produit obtenu par M. Grigaut. Ce produit a toutes les constantes physiques de la cholestérine. C'est là un fait, on possède le corps obtenu, on le pèse. Si le chiffre normal est plus élevé que celui obtenu par MM. Lemoine et Gérard, c'est que le procédé d'extraction est supérieur au leur; en tout cas, rien ne peut autoriser ces auteurs à affirmer que les déductions basées sur des chiffres autres que les leurs sont erronées tant qu'ils n'auront pas démontré que le produit obtenu par M. Grigaut, et qui est présenté à la Société, n'est pas de la cholestérine.

De l'action du sélénium A colloïdal électrique sur les adénopathies épithéliomateuses secondaires du cancer. — MM. J. THIROLOIX et A. LANCIEN. Après la communication de von Wassermann et de von Hansemann (de Berlin), les auteurs ont étudié l'action du sélénium A colloïdal électrique sur un malade considéré en chirurgie comme inopérable et qui se trouvait dans le service du docteur Thiroloix, à l'hôpital de la Pitié. Il s'agissait d'un cancer de la langue, extrêmement grave, avec adénopathies. Le malade était dans l'impossibilité absolue de manger, si bien que l'on se proposait de le nourrir à la sonde. Il s'agissait d'un homme de trente-neuf ans, alcoolique, grand fumeur, non syphilitique.

Après avoir fait quelques injections de sélénium A colloïdal électrique, obtenu en partant du sélénium pur (pulvérisation cathodique et application de la technique A. Lancien) à des animaux pour en éprouver la toxicité, les auteurs ont fait le 17 janvier une injection intraveineuse de ce sélénium spécial, isotonique, infiniment stable et à particules de 6 $\mu\mu$, au malade. Une réaction grave s'ensuivit, et l'on eut un frisson énorme qui dura sept heures environ, et une fièvre de 39 à 40 degrés. Le lendemain le malade allait mieux, et à partir de ce jour jusqu'au 13 février on lui fit une injection de 5 centimètres cubes tous les huit jours, intraveineuse. Chaque fois il y a eu un grand frisson. Du 25 janvier au 2 février un ganglion devint un peu douloureux et très fluctuant. Une première ponction donna 3 centimètres cubes de liquide; le 15 février une deuxième ponction donna 10 centimètres cubes; le 16 février une troisième ponction donna 3 centimètres cubes. Après chaque ponction le ganglion s'affaisse et devient très flasque. Le liquide de la ponction est visqueux, rose, rempli de grumeaux; ce liquide est inodore et aseptique. Au point de vue histologique, il y a des masses amorphes non colorables, de gros mononucléaires, de grosses cellules épithéliales et endothéliales, avec vacuoles; le noyau de ces cellules est uniformément coloré. A l'ultramicroscope (outillage complet en quartz avec éclairage très ultraviolet) on décèle dans le liquide, à côté de ces grains colloïdaux naturels très gros, des grains très fins de sélénium, qui vibrent parfaite-

(1) Par suite d'une erreur de mise en pages, cette discussion n'avait pas été insérée dans le dernier compte rendu.

ment ; de plus les cellules petites et grandes contiennent des grains identiques de sélénium. On peut confirmer cette identification du sélénium A (après modification chimique) par les réactions très sensibles de la microchimie.

Il est un fait, c'est que le malade peut s'alimenter depuis ces injections, et que le sélénium A colloïdal électrique, inaltérable, non toxique et extrêmement fin, a considérablement modifié les adénopathies épithéliomateuses secondaires de ce cancer. Dans une affection aussi grave que le cancer où la thérapeutique actuelle est nulle, ce résultat est extrêmement intéressant.

Les auteurs poursuivent activement leurs recherches.

(SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1912)

Opération de Freund. — M. GARNIER présente un jeune homme qui a été opéré par M. Baudet. Ce malade, emphysémateux pur, sans crises d'asthme, a été considérablement amélioré par l'opération pratiquée en deux temps, d'abord à droite, puis à gauche, à trois semaines d'intervalle.

Réinfection syphilitique après traitement par le 606. — MM. BELIN, MILIAN et AMODRUT. Un malade, contaminé par sa femme, présente en novembre 1911 une angine syphilitique, de la céphalée nocturne, des syphilides ulcéro-croûteuses disséminées consécutives à un chancre syphilitique survenu deux mois auparavant.

Il reçoit en novembre 1911 quatre injections de 606, et le 3 janvier 1912 il sort de l'hôpital. Le 8 janvier, il reprend ses rapports avec sa femme syphilitique qui l'avait une première fois contaminé et qui présente encore des plaques muqueuses vulvaires, faute de traitement. Le 1er février, c'est-à-dire dans les délais requis pour la contamination, il présente un chancre syphilitique du méat typique accompagné de son ganglion satellite.

MM. LEMOINE et GÉRARD font une communication ayant pour titre : **Théorie de l'artério-sclérose basée sur la cholestérinémie.**

Cette communication de MM. Lemoine et Gérard donne naissance à une discussion à laquelle prennent part MM. Chauffard et Josué, et, au point de vue chimique, MM. Gérard et Grigaut, collaborateurs de MM. Lemoine et Chauffard.

M. CHAUFFARD, désirant ne pas insister sur la nouvelle théorie de M. Lemoine sur l'artério-sclérose, reprend les arguments qu'il a développés dans la dernière séance (voir plus haut) et demande la nomination d'une commission composée de trois chimistes et de deux médecins chargée de vérifier les procédés qu'emploie M. Grigaut pour extraire et doser de la cholestérine. M. Lemoine accepte cette proposition.

MM. GRIGAUT et GÉRARD engagent ensuite une discussion d'ordre chimique sur leurs procédés d'extraction de la cholestérine.

M. JOSUÉ, se plaçant exclusivement sur le terrain médical, déclare que s'il est intéressant de constater la présence de cholestérine dans les foyers athéromateux on ne peut, de là, établir une théorie générale cholestérinémique de l'artério-sclérose.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 21 FÉVRIER 1912)

Rupture du rein. — M. LEGUEU fait un rapport sur une observation de rupture traumatique du rein gauche chez un homme qui a été précipité violemment d'une voiture sur le sol. On le transporta à l'hôpital ; il avait de l'hématurie, mais l'état général restait bon. On mit de la glace, on fit des injections de sérum et on prescrivit du chlorure de calcium. M. Le Moniet, qui le reçut dans son service hospitalier, trouvant que l'état général restait bon, attendit malgré la persistance de l'hématurie. Mais le septième jour, le blessé devenant pâle, étant menacé de syncope, M. Le Moniet se décida à intervenir. Il mit le rein à nu et y trouva une fissure sur tout son bord externe. Il ferma cette fissure par quatre ou cinq points de suture, assura ainsi l'hémostase, remit le rein en place, draina et ferma la plaie. Le malade guérit. Il refusa de se laisser pratiquer le cathétérisme de l'uretère.

La rupture du rein, dans ce cas, n'a pas été le résultat d'une contusion directe par corps étranger, mais bien d'une simple chute sur le sol. C'est donc une rupture par pression hydraulique.

Quels sont, dans ces cas, les indications opératoires ? Il est souvent bien difficile de différencier les contusions du rein qui doivent guérir spontanément de celles qui ne doivent pas guérir sans intervention. La radiographie est, jusqu'ici, d'un faible secours. Cependant, on est arrivé à de tels résultats récemment qu'il y a lieu d'espérer qu'on pourra se rendre compte d'une lésion du rein, si l'on en juge par une radiographie que montre M. Legueu et sur laquelle on voit parfaitement les reins et les uretères sains. Le cathétérisme de l'uretère ne donne pas de renseignements utiles au point de vue de l'intervention. Nous en sommes donc réduits aux seules données cliniques.

L'hématurie n'est pas, à elle seule, un signe suffisant pour indiquer l'intervention. Il faut savoir, au reste, que dans la grande majorité des cas les contusions, même graves, du rein guérissent toutes seules. Depuis la discussion qui a eu lieu en 1908 à la Société, à l'occasion d'un rapport de M. Morestin, M. Legueu a vu six cas de contusions rénales avec hématurie ; il n'en a pas opéré un seul et tous ont guéri.

Dans son cas, M. Le Moniet, voyant le blessé s'affaiblir, pâlir et être menacé de syncope, a cru devoir intervenir. Il a bien fait. En cas d'hémorragie, on ne sent pas l'hématome. Mais on sent la contracture de la paroi, qui a une très grande importance. M. Legueu estime qu'en cas de rupture il faut recourir à la suture simple, plutôt qu'à la néphrectomie partielle. C'est ce qu'a fait M. Le Moniet. Il s'est montré conservateur dans l'indication et conservateur dans l'opération ; il a bien fait.

M. TUFFIER s'estime heureux de voir soutenir aujourd'hui les idées qu'il a défendues il y a vingt ans. Dans la grande majorité des cas, les ruptures du rein doivent être respectées. La grande difficulté réside dans l'indication opératoire. Avons-nous un signe pathognomonique qui puisse nous renseigner ? Non. C'est la persistance seule des accidents qui doit guider le chirurgien.

Suites éloignées de deux opérations de spina bifida. — M. PERIER, à propos d'un rapport de M. Savariaud sur une opération de spina bifida suivie de guérison rapporte deux cas de spina bifida qu'il a opérés il y a une vingtaine d'années et dont il est intéressant de constater les résultats éloignés. Dans le premier cas il s'agit d'une jeune femme, qui vient d'accoucher dans le service de M. Bonnaire d'un enfant pesant 3 425 grammes, et que M. Perier a opérée d'un spina bifida à l'âge de six semaines. Elle avait été élevée au sein par une nourrice mercenaire. M. Perier la revit à l'âge de dix ans ; elle avait de l'incontinence d'urine. Réglée à treize ans, elle fut opérée à Lariboisière ; on fit la dissection et la torsion de l'urètre. Après cette opération, elle n'eut plus que de l'incontinence nocturne. Elle présenta quelques ulcérations trophiques, des varices ; l'incontinence d'urine augmenta pendant la grossesse. L'accouchement fut lent, mais normal. La malade a été examinée au point de vue de son système nerveux par M. Babinski qui a constaté une parésie des membres inférieurs, une diminution des réactions électriques, pas de réaction de dégénérescence, des réflexes rotuliens plutôt exagérés, un mal perforant plantaire. A la suite de l'accouchement, il y eut un relâchement de la sphère génitale, du

prolapsus utérin. Il faudra une réparation périnéale. L'opération du spina bifida date aujourd'hui de vingt et un ans.

Le second cas a trait à un homme qui est né avec un spina bifida qui s'est rompu après treize années d'évolution. C'était un enfant vif et turbulent. Il n'a jamais porté d'appareils protecteurs. Il avait une incontinence d'urine diurne et nocturne, de la constipation. M. Perier l'opéra douze jours après la rupture. L'incontinence d'urine diurne a cessé deux ans après. L'incontinence nocturne a duré jusqu'à l'âge de vingt-deux ans. Aujourd'hui les fonctions urinaires sont parfaites, c'est un homme très robuste, dont les facultés intellectuelles sont très développées. Les fonctions viriles s'accomplissent régulièrement, cependant il est marié et n'a pas d'enfants.

M. Kirmisson demande à M. Perier quelques renseignements sur l'état anatomo-pathologique des spina bifida opérés par lui.

M. Perier répond que chez l'homme il n'y avait pas d'éléments nerveux dans le sac. Il y en avait chez la femme.

Paralysie radiale. — M. Auvray à propos de l'observation de M. Ferraton, communiquée dans la dernière séance, fait connaître un cas de paralysie radiale par contraction violente du triceps brachial. Ce sont là des faits rares. Cet homme fit une chute dans un escalier et tomba sur la main très pliée sur l'avant-bras et l'avant-bras en flexion et en abduction sur le bras, mais le bras lui-même n'ayant pas touché le sol.

Il ressentit aussitôt une violente douleur dans le bras et se trouva paralysé de ce bras, M. Auvray mit à nu le nerf au niveau de la gouttière de torsion. Il ne trouva rien de particulier. Quarante-trois jours après l'accident la sensibilité reparaît; puis les mouvements. Douze semaines après l'accident, ce malade était complètement guéri. M. Auvray ne croit pas pouvoir expliquer l'origine de cette paralysie radiale autrement que par la contraction musculaire.

M. Quénu rapproche de ce fait celui d'un malade observé dans le service de M. Tillaux. Il s'agissait d'une plaie du nerf médian suturée par M. Tillaux. Guérison. Cet homme tombe de nouveau sur la paume de la main et sa paralysie reparaît. M. Tillaux va pour l'opérer de nouveau, convaincu que sa suture s'est désunie sous l'influence du traumatisme et, contrairement à son attente, il trouve le nerf parfaitement normal et la suture parfaite. C'était là encore un cas de paralysie par contracture musculaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(séance du 15 février 1912)

Plaie par arme à feu de la face inférieure du foie. — M. Mercier rapporte l'observation d'un malade qui présente, à la suite d'une tentative de suicide par balle de revolver ayant pénétré au niveau du septième espace intercostal gauche, une plaie de la face inférieure du foie, qui guérit, malgré la gravité de la blessure après une laparotomie large pratiquée quinze heures après la blessure et un tamponnement profond.

Une année de 606 à la garde républicaine. — MM. Tersen et Dupuy signalent les résultats obtenus à la garde républicaine où ils ont eu l'occasion de pratiquer 130 injections intraveineuses de salvarsan sur 50 malades.

Après avoir indiqué le mode de préparation et le mode opératoire qu'ils ont employé, les auteurs montrent les résultats et les accidents du reste sans gravité qu'ils ont observé.

Sur 38 syphilitiques présentant des accidents, ils obtinrent dans 30 cas des guérisons sans récidives jusqu'à ce jour; les 8 autres ont dû être postérieurement traités par des injections d'huile grise.

92 injections n'ont été suivies d'aucune indisposition, 38 ont donné lieu à des incidents, d'ailleurs sans gravité. Parmi ces complications, MM. Tersen et Dupuy signalent un phlegmon du bras chez un malade atteint de chancre phagédénique, la céphalalgie dans 4 cas, des vomissements dans 6 cas, et de la diarrhée dans 6 cas; trois fois les malades ont présenté pendant quelques jours de l'albumine et deux fois des troubles auriculaires bénins. Ils observèrent également deux syncopes, un zona, un purpura localisé.

Malgré quelques récidives et ces divers incidents, les auteurs pensent que l'on peut considérer le 606 comme un excellent agent thérapeutique mais dont le maniement et la préparation sont délicats, son emploi doit être restreint, au moins dans le milieu militaire.

Paralysie faciale périphérique chez un syphilitique traité par le 606. — MM. Debombourg et Laffort ont observé un malade qui présenta, trois mois après un chancre induré et un mois et demi après 2 injections de 606, une paralysie faciale périphérique, qui céda sous l'influence du traitement mercuriel.

Bourse séreuse professionnelle des cavaliers indigènes d'Algérie. — M. Ouin signale l'existence d'une bourse séreuse professionnelle située à la partie antérieure du cou-de-pied « la bourse séreuse du spahi » qu'il a eu l'occasion d'observer en Algérie et qui serait déterminée par la pression répétée de l'arc supérieur de l'étrier.

Fracture parcellaire de la grosse tubérosité de l'humérus. — M. Billet relate l'observation d'un malade atteint de fracture parcellaire de la grosse tubérosité de l'humérus, longtemps méconnue et déterminant des troubles très graves dans le fonctionnement de l'épaule.

Fracture comminutive de l'humérus par balle M, avec destruction du nerf radial. — M. Rasse présente un blessé qui eut à la suite d'une blessure par balle M une fracture comminutive de l'humérus avec destruction du nerf radial au niveau de la gouttière de torsion. M. Ferraton pratiqua neuf mois après le traumatisme une suture du radial, quatorze mois après l'intervention la motilité de l'avant-bras et la sensibilité sont normales.

JURISPRUDENCE

LES MÉDECINS ATTACHÉS EXCLUSIVEMENT A UNE COMPAGNIE D'ASSURANCES, OU A UN ÉTABLISSEMENT DOIVENT-ILS LA PATENTE ? LES CAS D'EXEMPTION.

Tel est le point de droit, nouveau nous semble-t-il, que vient de trancher le Conseil d'Etat dans un arrêt du 19 janvier 1912. D'après la décision que vient de rendre cette haute assemblée statuant au contentieux, *n'exerce pas la médecine le médecin qui n'a pas de clientèle particulière mais est exclusivement au service d'une compagnie d'assurances contre les accidents et dont les fonctions consistent uniquement à examiner soit au siège de la compagnie, soit à leur domicile les personnes victimes d'accident et à donner à ladite compagnie son avis sur la nature, la gravité et les conséquences des blessures ou maladies dont elles sont atteintes. Rémunéré par un traitement fixe et non par des honoraires pour chaque cas, il est employé à gage de ladite compagnie. Par suite, il n'est pas imposable à la contribution des patentes en qualité de médecin.*

Voici du reste les principaux considérants :

...« Attendu que d'après la jurisprudence, sont seuls passibles de la contribution des patentes les médecins exerçant réellement leur profession; que l'exercice de la médecine comporte l'examen des malades et la prescription d'un traitement, ainsi qu'il résulte des travaux préparatoires de la loi du 30 novembre 1892; que le requérant n'a aucune clientèle et ne donne aucune consultation, qu se borne à examiner les malades

victimes d'accidents pour le compte de la Compagnie d'assurances « La Prévoyance » qu'il renseigne à l'égal des autres spécialistes, au concours desquels ladite compagnie fait appel; qu'il est d'ailleurs rémunéré par un traitement fixe et non par des honoraires pour chaque cas; qu'ainsi il est employé à gages de ladite compagnie; que, par suite, c'est à tort qu'il a été imposé et maintenu à la contribution des patentes;

... Considérant qu'il résulte de l'instruction que le sieur B... n'a pas de clientèle particulière et qu'il est exclusivement au service de la Compagnie d'assurances contre les accidents « La Prévoyance »; que ses fonctions consistent uniquement à examiner, soit dans le cabinet qui est mis à sa disposition rue de Londres, au siège de ladite Compagnie, soit à leur domicile, les personnes victimes d'accidents et à donner à la Compagnie son avis sur la nature, la gravité et les conséquences des blessures ou maladies dont elles sont atteintes: qu'il ne délivre pas d'ordonnance et qu'il ne prescrit aucun traitement; que dès lors, il ne saurait être regardé comme se livrant à l'exercice de la profession de médecin, au sens de la loi du 15 juillet 1880;

Considérant d'autre part que le sieur B... reçoit un traitement fixe que, dès lors, il a droit, tant à raison de ce mode de rémunération qu'eu égard aux conditions dans lesquelles il est au service de la Compagnie « La Prévoyance » à l'exemption établie par l'article 17 de la loi du 15 juillet 1880 en faveur des commis et personnes travaillant à gages; que, par suite, c'est à tort qu'il a été imposé et maintenu à la contribution des patentes en qualité de médecin et qu'il y a lieu de lui accorder décharge du droit proportionnel auquel il a été assujetti d'après la valeur locative du cabinet qu'il occupe rue de Londres;

Décide,

Il est accordé au sieur B..., décharge du droit proportionnel de patente auquel il a été imposé, pour l'année 1909, d'après la valeur locative du cabinet qu'il occupe rue de Londres, sur le rôle de la ville de Paris. »

L'importance de cet arrêt ne peut échapper. Tout d'abord il donne l'interprétation, au point de vue fiscal, de ce que l'on doit entendre par exercice de la médecine.

Ensuite il ajoute un nouveau cas d'exemption de patente à ceux qui sont prévus, et qu'il n'est pas inutile de rappeler. Pour qu'un médecin soit imposé, il faut qu'il ait une clientèle à lui, personnelle.

Tant qu'il ne soigne personne, ou lorsqu'il cesse complètement de le faire, il ne pratique pas la médecine; et la qualification inscrite sur sa plaque de porte ou ses cartes de visite n'est qu'un titre universitaire, dont l'usage est exempt d'impôt. En conséquence, la patente n'atteint pas le médecin prouvant qu'il s'abstient de pratiquer son art (C. E., 27 déc. 1854, *Dalloz périodique*, 1855, 3e part., p. 65), le pratiquerait-il même d'une façon purement accidentelle (C. E., 18 juin 1859, *D. P.*, 60. 3. 40; 22 mars 1895, Rec. arrêts C. E., 1895, p. 278); par exemple qu'un médecin qui, après avoir cessé de pratiquer son art, remplace quelquefois son fils (C. E., 13 mai 1852, *D. P.*, 52. 5. 406). On est donc d'accord pour reconnaître que c'est la profession médicale que la loi a voulu atteindre et non le titre de docteur en médecine.

La jurisprudence va plus loin. Lorsque le médecin prouve que les soins par lui donnés sont essentiellement gratuits (indigents, parents, amis), il est dispensé de payer patente (C. E., 24 juill. 1852, Rec. arrêts C. E., 1852, p. 315; 18 juin 1859, *D. P.*, 60. 3. 30; 15 août 1850, *Rec. Lebon*, p. 618). Cette solution est inattaquable depuis que la loi du 19 avril 1905 affranchit de la patente médicale les immeubles destinés à des cliniques gratuites (tableau D, § taux du 1/12 et du 1/15).

Mais une difficulté se présente à cet égard pour les médecins de certaines lignes de chemins de fer, qui, ne touchant aucune indemnité pécuniaire, reçoivent seulement une carte de circulation sur le réseau de leur compagnie. L'Administration des contributions directes voit de véritables appointements dans les avantages résultant de ces cartes, qui font rechercher les postes de médecin de chemin de fer. Mais cette carte de circulation n'est-elle pas un don rémunératoire, aussi elle ne doit pas être confondue avec des honoraires.

Un médecin est donc toujours patentable, même malgré la nature des actes de son ministère. On a été jusqu'à déclarer patentable un médecin se bornant à la pratique de la vaccination (C. E., 6 fév. 1880, *D. P.*, 80. 5. 274). Et en effet, la vaccination est un acte médical, permis seulement aux personnes spécialement autorisées par la loi ou par un long usage.

Exceptionnellement les médecins sont exempts de patente, comme fonctionnaires publics de l'Etat, des départements ou des communes, dans l'exercice de leurs fonctions (loi 1880, art. 17, 1°). Mais ils doivent non pas seulement collaborer d'une manière quelconque à l'exécution des services publics, ils doivent aussi faire partie intégrante du cadre officiel et permanent des agents de l'Etat, du département ou de la commune.

Ainsi sont affranchis de la patente les médecins militaires et ceux de la marine de l'Etat, les inspecteurs des eaux minérales, les médecins directeurs des asiles publics d'aliénés (C. E., 23 avril 1852, *D. P.*, 52. 3. 28; 13 avril 1843, Rec. arrêts C. E., 1853, p. 442). Au contraire, y sont assujettis les médecins de l'Institut national des sourds-muets (C. E., 27 nov. 1903, *D. P.*, 93. 5. 386), des chemins de fer de l'Etat (C. E., 14 mars 1890, *D. P.*, 91. 5. 386), des établissements de bienfaisance (C. E., 21 sept. 1863, *D. P.*, 64. 5. 275; 18 mars 1860, *D. P.*, 60. 3. 30), ou des asiles publics d'aliénés [autres que le directeur] (C. E., 1er juil. 1887, *S.* 87, 3. 37; 27 fév. 1852, *D. P.*, 52. 3. 21).

Aucune exemption n'est accordée pour les attributions exercées auprès d'un établissement ou d'une compagnie privilégiée par l'Etat, comme une compagnie de chemin de fer (C. E., 12 nov. 1902, *D. P.*, 04. 5. 502; 12 mars 1890, *D. P.*, 91. 3. 386), non érigé en service public.

D'un autre côté l'exemption ne profitant au fonctionnaire que dans l'exercice de ses fonctions, n'en bénéficierait pas pour sa clientèle libre le médecin qui exercerait son art indépendamment de ses attributions officielles. Il en est ainsi, lorsqu'ils font de la clientèle, des médecins militaires (C. E., 8 fév. 1890, Rec. arrêts C. E., 1890, p. 153), des inspecteurs des eaux minérales (C. E., 25 juil. 1860, *D. P.*, 60. 3. 82), des directeurs d'asiles d'aliénés (C. E., 27 déc. 1854, *D. P.*, 55. 3. 62), ou des médecins sanitaires (C. E., 31 janv. 1856, *D. P.*, 57. 3. 18).

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

ANALYSES

MÉDECINE

Le diagnostic clinique et sérologique des affections syphilitiques du rein. (R. BAUER. *Wien. klin. Woch.*, 19 oct. 1911, n° 42.) — L'auteur a recherché parmi les nombreux cas de néphrite observés dans le service du professeur Neusser (de Vienne), et notamment parmi les néphrites sans étiologie précise, celles qui pourraient être rattachées à la syphilis. Depuis deux ans il n'a pu en dépister que trois cas.

Ces trois cas présentaient certains caractères communs, que Bauer considère comme d'une grande importance pronostique: une albuminurie de 25 à 40 grammes p. 1000, coexistant avec une diurèse relativement abondante et un sédiment peu riche; d'autre part l'absence d'hypertension artérielle, d'hypertrophie cardiaque, de symptômes urémiques, et la présence d'hydropisies abondantes. De tels symptômes devaient faire penser à la dégénérescence amyloïde du rein: mais si cette

dégénérescence portant non seulement sur le rein mais sur la plupart des viscères fut établie par l'autopsie, l'amylase faisait défaut ou devait être très minime dans les deux autres cas qui guérirent sous l'influence du traitement spécifique.

La réaction de Wassermann fut fortement positive dans les trois cas avec le sérum des malades. Elle fut également fortement positive avec l'urine riche en albumine et l'auteur a pu établir que c'est dans les globulines que résidaient les anticorps spécifiques. Or, des recherches antérieures lui ont montré que ni l'urine des syphilitiques non albuminuriques, ni l'urine albumineuse et riche en globulines de sujets non syphilitiques ne donne la réaction de Wassermann.

Bauer se demande seulement si l'existence de cette réaction dans l'urine albumineuse d'un syphilitique indique sûrement que la lésion rénale est spécifique, causée par le spirochète lui-même; ou si une néphrite d'autre nature survenant chez un syphilitique, présentant dans son sérum la réaction de Wassermann, peut faire apparaître la réaction dans l'urine. Il manque encore de données certaines pour conclure.

A. LEMIERRE.

MÉDECINE INFANTILE

Un cas d'anasarque chez un nourrisson de deux mois, sans lésions rénales. (P. NOBÉCOURT et PAISSEAU. *Bull. de la Soc. de pédiat.*, juin 1911.) — Une enfant de deux mois est atteinte d'un œdème qui se généralise rapidement, résiste aux tentatives thérapeutiques, et entraîne la mort en trois à quatre semaines. Cet œdème est apparu sans cause nettement appréciable : d'autre part, on ne peut s'arrêter au diagnostic de *néphrite*, car les urines étaient abondantes, limpides, ne renfermant ni albumine, ni cylindres, ni aucun élément cellulaire.

A l'autopsie les lésions rénales étaient insignifiantes, au contraire il existait des lésions considérables du *foie*. Pour M. Hutinel, ces œdèmes relèvent plus de troubles profonds de la nutrition que de l'état du rein : il semble que les tissus de ces enfants acquièrent une aptitude spéciale à fixer le chlorure de sodium, d'où rétention d'eau, augmentation de poids et œdèmes. Plus l'enfant est jeune, plus il semble que l'attraction du chlorure de sodium pour les tissus soit manifeste. Les troubles digestifs même légers exagèrent encore cette tendance et modifient les éliminations salées.

Le rôle des lésions hépatiques, reste assez obscur. Ces lésions peuvent être considérées comme le témoin d'une toxi-infection initiale. Il serait hypothétique de les regarder comme une cause du trouble de la nutrition des tissus qui engendre la rétention chlorurée.

L. BABONNEIX.

Troubles de la diadococinésie dans la chorée. (MARFAN. *Soc. de Pédiat.*, 21 mars 1911.) — Dans la chorée commune la diadococinésie est constamment troublée : cette existence de dysdiadococinésie prouve la participation au processus choréique, du cervelet ou tout au moins des voies qui unissent le cervelet à l'écorce cérébrale. Ce signe permet en outre de juger l'évolution de la chorée ; il est en effet précoce ; on le constate pendant toute la durée de la maladie, et persiste même quelque temps après la guérison.

L. BABONNEIX.

THÉRAPEUTIQUE

Évolution des idées thérapeutiques dans l'emploi clinique des opiacés. (SONCOURT. Th. de Nancy, 20 janv. 1912.) — M. Soncourt a montré, dans sa thèse remarquablement documentée, que l'opium, employé de tout temps par les médecins, présente un certain nombre d'inconvénients : il est insoluble et, par conséquent, ne peut être injecté sous la peau; de plus, les principes actifs qu'il renferme y sont mélangés à des impuretés ou enrobés dans des substances inertes qui contrarient son action; il possède, en outre, des propriétés constipantes très intenses, ce qui est un grave inconvénient dans certains cas. Enfin, suivant son origine, sa composition est variable, de sorte qu'on ne peut doser ses effets avec certitude.

D'autre part, parmi les dérivés de l'opium, il n'en est point qui représente fidèlement sa composition ou son action, d'où l'emploi constant, dans ces dernières années, de la morphine, alcaloïde toujours identique à lui-même, mais dont on sait toutefois les multiples inconvénients.

Depuis quelque temps, une évolution se fait en thérapeutique; on tend à revenir à l'emploi de la substance totale elle-même, dont l'action est plus sûre, ou, en tout cas, plus complète que celle d'un des alcaloïdes qu'elle contient.

Partant de ce point de vue, M. Soncourt a étudié le pantopon qui représente, comme on le sait, tous les alcaloïdes de l'opium sous forme de chlorhydrates solubles. Ses essais ont été faits dans la Clinique médicale de M. le professeur Schmitt.

Au point de vue clinique, le pantopon, qui est de l'*opium total injectable, a réussi* dans tous les cas où l'on peut employer l'opium, la morphine ou leurs dérivés; il possède un certain nombre d'avantages sur ces divers produits : tout d'abord, son nom est inconnu du public; de plus, son emploi n'est jamais suivi d'actions accessoires désagréables telles que nausées, céphalée, somnolence au réveil; d'autre part, il ne possède pas d'action parésiante sur le péristaltisme intestinal, ce qui atteste son utilité dans les divers états post-opératoires; enfin, il ne détermine pas, comme la morphine, cette sensation d'euphorie qui pousse le malade à revenir toujours à son médicament favori.

M. Soncourt a donc pu, avec avantage, substituer le pantopon à l'opium, la morphine et leurs dérivés, dans tous les cas où il est nécessaire d'obtenir une action hypnotique, sédative ou analgésique. Mais ce n'est pas tout, le pantopon peut être employé comme adjuvant des anesthésiques généraux et se substituer efficacement à la scopolamine-morphine; de même, certains accoucheurs ont obtenu une action constante du pantopon, pour atténuer les douleurs de l'accouchement, sans danger pour la mère, ni pour l'enfant; enfin, son administration sous forme de comprimés ou de sirop, est particulièrement utile dans la thérapeutique des maladies mentales et chez les enfants.

L. GAYARD.

FORMULAIRE

BRONCHITE CHRONIQUE (CATARRHE BRONCHIQUE)

1° Tisane d'eucalyptus, édulcorée avec le sirop suivant :

Sirop de bourgeons de sapin...	150 grammes	
Sirop de codéine.............	100	—
Eau de laurier-cerise.........	10	—

2° Compresses térébenthinées sur la poitrine. Fumigations phéniquées.

3° Deux gouttes Livoniennes de Trouette-Perret à chaque repas, entre deux plats.

4° Soigner la diathèse (goutte, herpétisme, scrofule).

La Chirurgie des vésicules séminales, par les docteurs J. FIOLLE, professeur suppléant à l'Ecole de médecine, chirurgien des hôpitaux de Marseille, et P. FIOLLE, ancien interne des hôpitaux et de la clinique des voies urinaires de Marseille. In-8 de 36 pages (de l'Œuvre médico-chirurgical), avec figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Archives générales de chirurgie. — (N° 12, 25 déc. 1911.) LEGUEU et LORIN : L'éclatement sous-cutané traumatique de la paroi abdominale. — A. CHALIER et F. TOMASSET : Des ulcérations et des perforations intestinales à distance dans le cancer du rectum (*fin*). — MAUCLAIRE : Un cas de poignet à ressort par rétraction des tendons fléchisseurs.

Archives internationales de neurologie. — (Déc. 1911.) WINTERNITZ : Les agents physiques dans les maladies mentales et nerveuses. — A. MARIE et NACHMANN : Considérations sur les données obtenues avec l'appareil chronométrique enregistreur d'Arsonval au sujet de l'ouïe et du tact.

Archives médicales d'Angers. — (N° 12, 20 déc. 1911.) LEVIS : Abcès cérébral d'origine otitique. — LEGROS : Ecoulement spontané de liquide céphalo-rachidien par les fosses nasales. — GRIOS : Quelques indications de la thérapeutique par le mouvement.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 12, déc. 1911.) Maurice PIERRE : Les ptoses abdominales en pathologie infantile. — Henri HAMEL : Paralysie dans le domaine du crural avec réaction albumineuse du liquide céphalo-rachidien chez un malade adulte jadis atteint de paralysie infantile. — A. ORRILLARD et HÉRON : Invagination intestinale chez un enfant de six mois. Laparotomie douze heures après le début des accidents. Guérison. — I. DE FOURMESTRAUX : Les données actuelles sur le traitement des péritonites aiguës généralisées.

Gazette des praticiens. — (N° 412, 1er déc. 1911.) REVILLET : Le myxœdème endémique dans les Alpes dauphinoises. Ses causes expliquées par sa disparition. Son traitement prophylactique et curatif. — PICARD : Autoprotection de l'organisme par les lipoïdes. — V. PAUCHET : Etude sur le cancer du rein en général.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 49, 3 déc. 1911.) Paul LEMAIRE : Sur la composition et la prescription de quelques sirops officinaux. — Mme MERCIER-BELLEVUE : Zona facial et paralysie faciale. — (N° 50, 10 déc.) SABRAZÈS et Edgar DUBOURG : Neuro-fibromatose aiguë tégumentaire. Etude clinique et anatomo-pathologique (2 fig.). — (N° 51, 17 déc.) GINESTOUS : La lumière colorée en ophtalmologie. Test et rétablissement de la vision binoculaire. — BRANDEIS : L'interprétation des résultats d'analyse. — (N° 52, 24 déc.) R. DUPÉRIÉ : Sur un cas d'endocardite infectieuse à évolution prolongée chez un enfant de huit ans.

Gazette médicale de Nantes. — (N° 48, 2 déc. 1911.) TISSIER et LEBEAUPIN : Sur un cas de scarlatine fruste. — RENAUDIN : Du rôle de la virginité dans l'étiologie de la neurasthénie. — (N° 49, 9 déc.) Louis POISSON : Goitres multiples aberrants. — (N° 50, 16 déc.) LE CALVÉ et H. MALHERBE : Mélano-sarcomatose cutanée. — (N° 51, 23 déc.) Alphonse LABBÉ : La pathogénie de la maladie de Riga-Fede (subglossite diphtéroïde de Comby). — (N° 52, 30 déc.) A. MONNIER : Un cas de vomissement pituiteux hémorragique.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 49, 3 déc. 1911.) MONGOUR : Traitement de la tuberculose pulmonaire et des adénites tuberculeuses par le sérum de mannouk. — H.-L. ROCHER : Quatre cas d'ostéomes (ostéomes musculaires du brachial antérieur, du muscle iliaque, ostéome tendineux du quadriceps crural, ostéome cicatriciel de la jambe. — Mme MERCIER-BELLEVUE : Carcinomatose généralisée avec métastase rare. — (N° 50, 10 déc.) DUBREUILH et PETGES : Du traitement de la syphilis par le 606 d'Ehrlich. — (N° 51, 17 déc.) I. GOURDON : La clinique orthopédique de la Faculté de Bordeaux. — P. MAURIAC : En lisant les rapports sur les hémolysines en pathologie. — H.-L. ROCHER et SOUCHET : Fracture des deux extrémités supérieures tibiales.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 déc. 1911.) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Les attaques contre les Sociétés de secours aux blessés. Leur rôle. Les abus de cliniques gratuites et payantes.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 48, 2 déc. 1911.) A. BONNET-LABORDERIE : Etude sur les mamelles axillaires supplémentaires. — DESURMONT : Sur un cas de tumeur solide bilatérale de l'ovaire.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (N° 10, déc. 1911.) DELAUNAY : Le véritable mécanisme du diabète pancréatique. — FAIVRE : Anaphylaxie séro-hectinique.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 50, 12 décembre 1911.) FALTA et FLEMING : Sur l'action de l'adrénaline et de la pituitrine sur l'utérus de lapin survivant et sur l'utilisation de la méthode utérine pour la recherche de l'adrénaline dans le sérum. — L. HELL : Sur l'utilisation de la pituitrine dans l'avortement. — Félix DEUTSCH : Sur l'action de l'atophan sur les normaux et les goutteux. — H. HERZOG : Examen bactériologique du sang dans la thrombose du sinus. — Oscar GROS : Action bactéricide des préparations d'argent dans les milieux chlorurés. — Hans RITTER : Mesures quantitatives des rayons de Roentgen en thérapeutique. — Walther HANNES : Pathologie et thérapeutique de la hernie ombilicale. — S. WEINMANN : Sur l'atténuation des douleurs dans les accouchements normaux. — Ludwig NÜRNBERGER : Traitement de la tuberculose par le gaïacol et l'arsenic. — M. TUSCHINSKY et G. INVASCHENZOUD : Traitement du scorbut par le salvarsan. — Emil OBERHOLZER : Récidive de la méningite cérébro-spinale après le salvarsan. — Edward BORCHERS : Localisation des centres du langage dans le cerveau. — A. v. LICHTENBERG : Pince perfectionnée pour les sutures gastro-intestinales. — C. BACHEM : L'iodostarine, nouvelle préparation de l'iode. — (N° 51, 19 déc.) Hermann HOHLWEG : Diagnostic et traitement de la tuberculose rénale. — Heinrich WICHERN : Diagnostic des anévrismes perforants des artères cérébrales. — Max KLOTZ : Cure de froment ou d'avoine? — Frantz BEST et Otto COHNHEIM : Examen radiologique du tube digestif. — Emil VOGT : Expériences obstétricales avec la pituitrine. — SALZER : Pseudonévrites et autres anomalies congénitales des nerfs optiques. — Paul Th. MÜLLER : Teneur en bactéries de l'eau distillée des pharmacies. — HAMMER : Technique des mensurations dans les consultations. — HOFMANN : Nouvel instrument pour le cathétérisme tubaire péroral. — (N° 52, 26 déc.) Alfred HEGAR : Le martyre de l'appareil sexuel. — H. WOLFF et WIEWIOROWSKI : Clinique et traitement du charbon externe. — F. RÖVER : Sur l'hyperglobulie. — L. GRIN : Emanations de radium comme diurétique. — Paul SOMMERFELD : Excrétion du bleu d'indigo dans l'urine. — SCHURIG : Une pantoufle pliante pour faciliter l'ascension des escaliers. — MENDES DE LÉON : Sur le danger d'infection des plaies par la parole pendant l'opération. — Ernst FRITZSCHE : Sur la périmétrie des articulations. — ASEMANN : Conjonctivite et rosacées. — R. WERNER : Statistique badoise du cancer. — HELFERICH : Transplantation du cartilage intermédiaire. — DRENKHAHN : L'administration de l'extrait de fougère mâle.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


administration prolongée
de
GAÏACOL INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
par le THIOCOL "ROCHE"
Uniquement sous forme de
SIROP "ROCHE"
COMPRIMÉS "ROCHE"
CACHETS "ROCHE"
CACHETS ROCHE DE THIOCOL
COMPRIMÉS ROCHE DE THIOCOL
PRODUITS
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges PARIS

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve écrite.* — Questions restées dans l'urne : « Anatomie pathologique et bactériologie de la syphilis de l'aorte. — Anatomie pathologique et bactériologie de la syphilis pulmonaire. »

« Signes et diagnostic de la leucémie aiguë. — Signes et diagnostic de l'hémoglobinurie. »

Soixante-dix-sept copies ont été remises. Le jury, divisé en deux sections comme nous l'avons indiqué, procédera à la correction des copies les lundis et vendredis, à cinq heures, et les jeudis, à huit heures et demie du soir, à l'hôpital Beaujon.

— Concours pour la nomination : 1° à trois places d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes (Seine-et-Oise); 2° à deux places d'interne en médecine à l'institution Sainte-Périne et aux fondations Chardon-Lagache et Rossini, pour entrer en fonctions le 1er mai 1912.

Ce concours sera ouvert le mercredi 17 avril 1912 à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats qui désireront concourir se feront inscrire à l'administration centrale (service du personnel), à partir du lundi 18 mars jusqu'au samedi 30 mars, de dix heures à trois heures.

— CONCOURS DE L'INTERNAT EN PHARMACIE. — Le jury est composé de MM. Sommelet, Cousin, Héret, Guinochet, Coutière, Cordier, Ch.-P. Thibault.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — Un concours pour l'emploi de prosecteur d'anatomie s'ouvrira le lundi 22 juillet 1912, à neuf heures du matin, à la Faculté de médecine de Lille.

Les candidats à ces fonctions devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, avant le 13 juillet 1912.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 23 février 1912 :

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Demilly passe à la direction du service de santé du 3e corps d'armée; Deyrolle, au 28e d'art.; Picqué, au 11e d'art.; Gaud, au 22e d'art.; Dargein, au 83e d'inf.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Pérot passe au 1er zouaves; Ferras, au 65e d'inf.; Vincent, à la légion de la garde républicaine à Paris; Théron, au 134e d'inf.; Vendeuvre, aux hôpit. de la division d'Oran; de Brisson de Laroche, aux hôpit. de la division de Constantine; Wateau, à la compagnie saharienne du Touat.

COMMISSION SUPÉRIEURE DES ÉTUDES MÉDICALES. — La commission a terminé ses travaux, les principales résolutions prises sont les suivantes :

1° Introduction, dans les jurys d'examens de chirurgie, de médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux agréés par les Facultés comme chargés de cours de clinique annexe;

2° Interdiction à un étudiant de poursuivre ses études s'il a subi quatre échecs à un même examen (bien que votée par la Commission, cette disposition soulève certaines difficultés légales, aussi a-t-elle été envoyée à l'examen de la section de contentieux du conseil d'Etat);

3° Introduction, dans le dernier examen de fin d'année, d'une épreuve pratique très simple de stomatologie (autrement dit d'art dentaire);

4° Examen, à chaque examen de clinique, de deux à trois malades dont un atteint d'affections spéciales (yeux, oreilles, larynx, peau, maladies vénériennes, etc.);

5° Ajournement de tout candidat ayant mérité la note « mal », et obligation pour lui de recommencer pendant quatre mois son stage avant de pouvoir se présenter à nouveau au même examen ;

6° Epreuve pratique à chaque examen;

7° Maintien de la thèse.

La Commission se réunira probablement en juin prochain.

CONTRE LA TUBERCULOSE. — Un nouveau groupe vient de se constituer à la Chambre pour lutter contre la tuberculose.

Le bureau provisoire a été ainsi constitué : président, M. J. Reinach; vice-présidents, MM. de Villebois-Mareuil, Devèze et Maurice Spronck; secrétaires, MM. Borrel et Garat; questeur, M. Ch. Deloncle.

Le groupe a examiné quelles seraient les mesures législatives à prendre pour combattre la tuberculose, entre autres la création d'un enseignement tuberculeux, la construction de maisons à bon marché, la nécessité de la déclaration de maladie, etc.

CONTRE L'ALCOOLISME. — Le groupe antialcoolique s'est réuni sous la présidence de M. Joseph Reinach. Il a émis le vœu que la commission d'hygiène saisisse la Chambre, dans le plus bref délai possible, de la proposition tendant à la suppression de l'absinthe, et à nouveau de la proposition tendant à la limitation du nombre des débits.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES (professeur M. Déjerine). — M. le professeur Déjerine commencera son enseignement clinique des maladies du système nerveux, le vendredi 1er mars 1912, à dix heures du matin à l'amphithéâtre Charcot, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

A partir du mois d'avril il sera fait une série de conférences sur les affections oculaires et auriculaires dans leurs rapports avec les maladies du système nerveux et un cours de psychothérapie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DE L'ENSEIGNEMENT STOMATOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

La réforme des études médicales prévoit pour la Faculté de Paris (je ne parle que de celle-là et non de nos Facultés de province) un enseignement de la stomatologie destiné aux étudiants en médecine de quatrième ou cinquième année.

Mais sera-t-il aussi réservé aux étudiants dentistes ?

Autrement dit, la Faculté va-t-elle créer une chaire de stomatologie pour donner aux uns l'enseignement spécial *rudimentaire* indispensable à tout médecin, aux autres l'enseignement *complet* indispensable au spécialiste ?

La question est d'importance; car si la Faculté trouve dans les services hospitaliers de l'Assistance publique et dans ses laboratoires les éléments d'un enseignement à tous les degrés pour l'ophtalmologie et la laryngologie, il n'en est pas de même pour la stomatologie.

Cette dernière comporte sans doute des interventions que tout étudiant, quel qu'il soit, peut apprendre à pratiquer dans les cliniques de l'Assistance, mais il en est d'autres nombreuses et délicates (prothèse de cabinet, prothèse de laboratoire, incrustations d'or, de porcelaine) qui ne sont pas d'ordre hospitalier et réclament un long apprentissage dans les écoles professionnelles spéciales.

S'il ne s'agit que de faire connaître les **rudiments d'une spécialité** au futur médecin, *la chaire est absolument inutile.* Un enseignement rudimentaire ne comporte pas la création d'une chaire. Les cliniques des hôpitaux, les écoles existantes — beaucoup ont déjà fait leurs preuves et depuis longtemps — peuvent largement suffire aux exigences théoriques et techniques de cet enseignement, dont l'organisation me paraît répondre à une formule simple. Elle a déjà été en partie réalisée par l'Ecole de Lyon et le Val-de-Grâce.

S'il s'agit au contraire de l'**enseignement complet**, le problème mérite un examen approfondi. D'une façon générale, toute chaire d'une Faculté de médecine repose comme base d'enseignement sur deux éléments fondamentaux : l'un technique, l'autre scientifique.

Elle ne doit être ni exclusivement professionnelle ni exclusivement scientifique, elle doit être à la fois l'un et l'autre, graduant ce double enseignement suivant la qualité de l'étudiant auquel elle s'adresse, ainsi qu'il est pratiqué dans les chaires de cliniques médicale, chirurgicale, ophtalmologique et obstétricale.

Dans l'enseignement de la stomatologie, la technique et la théorie doivent marcher également de pair.

Pour donner l'enseignement technique complet, la Faculté disposera-t-elle des crédits nécessaires ? J'en doute. Il me suffit de rappeler qu'à l'Université de Berlin où cet enseignement existe, les dépenses annuelles (d'après les indications du professeur Dieck lui-même) s'élèvent à 181 250 francs. Sur cette somme, les malades, qui tous sont payants, fournissent 83 125 francs. Le reste est donné par l'Etat. Je ne vois pas notre Faculté entrant dans la voie d'une gestion financière et fixant des tarifs souvent élevés, comme ceux de Berlin et d'autres Universités allemandes.

L'enseignement scientifique, donné par la chaire de stomatologie, serait complété par les chaires d'anatomie, d'histologie, d'anatomie pathologique, etc.; mais serait-il alors suffisamment adapté aux étudiants dentistes, auxquels il s'adresserait? Cet enseignement existe, du reste, dans les écoles; il y est fait en grande partie par des agrégés de la Faculté.

D'après ce qui précède, il semblerait qu'en dehors de l'organisation simple d'un enseignement élémentaire pour les étudiants en médecine, la Faculté ne puisse rien pour la stomatologie et les étudiants dentistes. Je ne dis pas cela ; car la stomatologie par ses cliniques hospitalières, par ses écoles, n'est pas arrivée à la perfection pédagogique. Elle aurait besoin d'une intervention supérieure. Il y a dans l'élément technique et dans l'élément scientifique de l'enseignement privé, tel qu'il existe actuellement, des défauts auxquels notre Faculté peut remédier; enfin les recherches originales sont isolées et manquent de la haute direction qu'elle pourrait également leur donner.

Sans doute, au point de vue scientifique, l'enseignement des écoles est suffisant; mais, en raison du milieu professionnel où il est donné, il pousse peu aux travaux personnels et ne leur offre que des moyens de laboratoire tout à fait restreints. Ces travaux, quand il s'en manifeste, manquent de souffle; nulle part à Paris je ne vois encore l'effort scientifique coordonné, régularisé — *l'effort groupé* qui fait école.

Au point de vue technique, au contraire, le progrès est général et constant, car nous sommes sortis de la période d'empirisme et de virtuosité exclusive, nos méthodes sont devenues rationnelles. Je n'émets qu'une seule critique : les professeurs sont dévoués autant qu'instruits et habiles, mais ce qui fait défaut dans leur enseignement c'est une discipline supérieure basée sur une critique large et impartiale des diverses techniques; ils exposent leurs procédés de choix et leur enseignement s'en ressent — il est quelque peu particulariste.

Que pourra donc la Faculté contre cet isolement de la recherche scientifique et contre ce particularisme technique ? Ici j'entrevois pour elle un rôle bien intéressant, dont voici l'exposé rapide :

Elle nomme un chargé de cours, lui confie *en un cours dit supérieur* — cours hebdomadaire seulement mais qui durera toute l'année scolaire — la mise au point des grandes questions de la stomatologie : carie, pyorrhées, malpositions, stomatites, etc.; elle lui ouvre un *laboratoire* où il peut grouper tous les chercheurs et les diriger. C'est ce laboratoire qui alimente le cours.

Pour la technique, le chargé de cours, avec quatre ou cinq confrères délégués par les différentes écoles, forme un *comité directeur.* Ce conseil élabore pour ces écoles les programmes détaillés et précis de l'enseignement théorique, des procédés techniques, *et il en contrôle l'exécution.*

De la sorte, la Faculté de Paris tient la haute main sur l'évolution de la stomatologie et sur son enseignement. Elle profite des institutions existantes, mais leur donne le relief de sa direction supérieure.

Dégagée de l'encombrement scolaire, elle reste la tutrice et directrice qu'elle doit être.

Peu lui importent les luttes d'écoles concurrentes! Cette concurrence est une chose excellente en soi; la Faculté se contente de la surveiller, de la canaliser vers un idéal toujours plus élevé.

La combinaison que je propose possède les avantages sans présenter les inconvénients des diverses institutions odonto-stomatologiques de l'Etranger. C'est la libre et loyale concurrence des écoles anglaises et américaines; mais sous la haute direction scientifique et technique et sous le contrôle de la Faculté, le particularisme dont elles souffrent, elles aussi, n'est plus à craindre.

C'est le grand essor scientifique, comme en Allemagne, grâce au cours supérieur et grâce à son laboratoire; c'est le groupement discipliné de tous les chercheurs, mais sans aucune des énormes charges matérielles, sans aucun des détails administratifs fastidieux qui incombent aux universités allemandes.

En résumé : pour les étudiants en médecine, enseignement rudimentaire et formule tout à fait simple; pour les étudiants dentistes formule un peu plus complexe, mais facile à réaliser à Paris avec les éléments existants : un chargé de cours, un cours, un laboratoire, un comité directeur pour l'enseignement théorique et pratique dans les écoles — minimum de dépenses, maximum de rendement.

Dr LÉON FREY,
Ancien interne,
Dentiste des hôpitaux.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE
DES CHEFS DE CLINIQUE
DES INTERNES ET EXTERNES
POUR L'ANNÉE 1912-1913

A. Hôtel-Dieu. — 1. Médecin : M. le professeur Gilbert; chef de clinique : M. Lippmann ; chefs de clinique adjoints : MM. Jomier et Villaret; interne : M. Baufle; externes : MM. Pierquin, Mathieu, Andral, Pichancourt, Lubetzki, Schlemmer.

2. Médecin : M. Petit; interne : M. Kœchlin; externes : MM. Lempérière, Doulut, Peignaux, Deguignand.

3. Médecin : M. Chantemesse; internes : M. Mercier, Mlle Leven; externes : MM. Farhat, Gourcerol, Langlet, Ganachaud, Bruant, Andréoli, Perrin, Langagne.

4. Médecin : M. Roger; interne : M. Chevallier; externes : MM. Quiquandon, Toutey, Tarrius, Lucas.

5. Médecin : M. Dalché; interne : M. Vigot; externes : Mme Piness, MM. Loyauté, Kahn (Georges), Mandras, Beaud.

6. Médecin : M. Caussade; interne : Mlle Blanchier; externes : MM. Duroselle, Tiphine, Clémenceau, Pruvost (Paul).

7. Chirurgien : M. le professeur Reclus; chef de clinique : M. Piquand; chefs de clinique adjoints : MM. Kendirdjy et Poupardin; internes : MM. Bloch (Jacques), Lucas-Championnière, Charrier, Pollet; externes : MM. Thoyer, Coudy, Esseca, Capoulade, Moreau, Lavaux, Uzan, Suyeux.

8. Chirurgien : M. Potherat; internes : MM. Schoofs, Bardon; externes : MM. Lapidus, Laurent (Louis), Enriquez, Garnier, Pierson, Deschildre.

9. Chirurgien : M. le professeur de Lapersonne; assistant : M. Coutela; chef de clinique : M. Cerise; chef de clinique adjoint : M. Chenet; internes : MM. Prélat, Toulant; externes : MM. Lefort, Chéron, Leclerc, Boussin, Bralez, Besson, Farhat.

10. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Lereboullet; assistant suppléant : M. Chabrol; interne provisoire : M. Verdenal; externes : MM. Lorain, Benoist, Lannes, Moricand.

11. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Guibé; assistant suppléant : M. Gasne; externes : MM. Waisberg, Soubaigue, Goubert.

B. Hôpital de la Pitié. — 1. Médecin : M. Babinski; interne : M. Chauvet; interne provisoire : M. Lépine; externes : MM. Nora, Chaperon, Mlle Rosenblum, MM. Dagnan-Bouveret, Marx, Mlle Trélat.

2. Médecin : M. Lion; interne : M. Nicaud; externes : Mlles Besson (Marianne), Besson (Hélène), Popelin, MM. Levent, Guilhaman, Raison.

3. Médecin : M. Claisse; interne : M. Gillard; externes : MM. Bonnerot, Mordret, Petit (Raoul), Loiseau, Cornil, Thierry (Henry).

4. Médecin : M. Thiroloix; interne : M. Garsaux; externes : MM. Dehau, Boulanger, Quesnel, Dardanne, Errard, Bechmann.

5. Médecin : M. Enriquez; interne : M. Gutmann ; externes : M. Younès, Mlle Moiroud, MM. Collette (A.), Renardier, Barbier (G.-E.), Malet.

6. Médecin : M. Josué; interne : M. Godlewski; externes : MM. Gambier, Mercier (J.), Saint-Yves Ménard, Guillaume (Joseph), Gouriou, Dellac, Jacquelin (Ch.), Boulay.

7. Chirurgien : M. Walther; assistant : M. Baumgartner; internes : MM. Lechevallier, Mutel, Prigent; externes : MM. Mirine, Léonet, Gur, Oddo, Vignard, Mlle Denniel, MM. Samoyeau, Guillaume, Leroux.

8. Chirurgien : M. Arrou; internes : MM. Miégeville, Tsanck, Rougier; externes : Mme Honnoré, MM. Bocage, Frelizeau, Giraud (Alb.), Laurent (D.), Mlle Labeaume, MM. Picard (Joseph), Théodoresco.

9. Chirurgien : M. Thiéry; internes : MM. Lory, Photiadès, Le Roy (René); externes : MM. Polonowski, Surun, Lewinsohn, Caracache, Mordagne, Doumer (Armand), Jacques, Mlle Vinokour.

10. Accoucheur : M. Potocki; interne : M. Beloux; externes : MM. Lavalée, Monceau, Paillard, Casarès, Busson, Mlle Albessard.

11. *Consultation.* (*Ophtalmologie.*) — Ophtalmologiste : M. Monthus; externes : MM. d'Hotel, Laugier.

12. *Service d'oto-rhino-laryngologie.* — M. Bourgeois; assistant : M. Payet; externes : MM. Echavarria, Roulland.

13. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Delherm; externe : M. Baye.

14. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Michel; assistant suppléant : M. Lasnier; interne provisoire : M. Butin; externes : M. Lemoussu, Mlle Borch, M. Vinit.

15. (*Chirurgie.*) — Assistant ; M. Alglave; assistant suppléant : M. Bloch; externes : MM. Mallet (Lucien), Guérin, Mlle Lévy.

C. Hôpital de la Charité. — 1. Médecin : M. Moutard-Martin; interne : M. F. Bonnet; externes : MM. Bilbaut, Roullé, Mlle Schechter, MM. Brousse, Chauvel.

2. Médecin : M. Legry; interne : M. Malarte; externes : MM. Toupance, Salles, Marqueste, Mlle Caesar.

3. *Service temporaire de médecine.* — Externe : M. Ramadier (Fernand).

4. Médecin : M. Belin; interne : M. Amaudrut; externes : MM. Lépinay, Labrue, Mignot, Prunier.

5. Médecin : M. Bezançon; interne : M. Carrié; externes : MM. Giraud (Pierre), André, Mlle Romme, MM. Furet, Imbert (Georges).

6. Médecin : M. M. Labbé; interne : M. Gendron; externes : MM. Kahn, Dumet, Wallon (Emile), Mlle Samet, M. Dauphin.

7. Médecin : M. Sergent; interne : M. Philippon; externes : MM. Brossier, Ohier, Durand (Marcel), Mlle Sériot.

8. Chirurgien : M. Mauclaire; internes : MM. Dubois, Bloch (René), Maurel; externes : MM. Greder, Ill, Colombet, Cavaillès, Proust, Mlle Le Soudier.

9. Chirurgien : M. Souligoux; internes : MM. Latil, Plaisant, Durand (Gustave); externes : MM. Jeanjean, Boisnier, Foubert, Mineur, Buffet, Labarraque, Designole.

10. Accoucheur : M. Tissier; interne : M. Labourdette; externes : MM. Mercier (P.-H.), Vivier, Yacoël, Mlle Giboulot.

11. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Milian; assistant suppléant : M. Sauphar; externes : MM. Pautel, Sebenq, Patrikios, Yoyotte.

12. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Lardennois; assistant suppléant : M. Liné; externes : MM. Houssiaux, Delestre.

13. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Turchini; externe : M. Beaudequin.

14. *Electrothérapie.* — M. Labbé (D.)

D. Hôpital Saint-Antoine. — 1. Médecin : M. le professeur Chauffard; chef de clinique : M. Rendu; chef de clinique adjoint : M. Laroche; internes : MM. Brodin, Caillé; externes : MM. Detourbe, Walther, Debray, Lemoine, Chaisemartin.

2. Médecin : M. Siredey; interne : Mlle de Jong; externes : M. Lavergne, Mme Béclère (H.), Mlle German, MM. Arbassier, Coty.

3. Médecin : M. Béclère; interne : M. Dubois (Robert); externes : MM. Chevalley, Dufilhol, Bonnard, Malassez, Houlbert, Narcy.

4. Médecin : M. Vaquez; interne : M. Clarac; interne provisoire : M. Moulonguet (Pierre); externes : MM. Carrière, Giroux, Penot, Weiss, de Butler d'Ormond, Grimbert.

5. Médecin : M. Jacquet; interne : M. Durand (Albert); externes : M. de Léobardy, Mlle Thivolet, MM. Bruneau, Fischer, Blindmann.

6. Médecin : M. Le Noir; interne : M. Théry; externes : MM. Daudet, Morigny, Bretignier, Weill, Schoux, Sécheret.

7. Médecin : M. Mosny; interne : M. Pruvost; externes : MM. Stiassnie, Cavaillon, Picard (René), Dufraisse.

8. Médecin : M. Mathieu; interne : M. Girault; externes : MM. Duguet, Bouchet, Ulmann, Bardet (H.), Haristoy.

9. Médecin : M. Claude; interne : M. Porak; externes : MM. Mora, Fournier (Prosper), Gras, Mlle Safontzeff.

10. Médecin : M. Lermoyez; internes : MM. Moulonguet, Dutheilhet de Lamothe; externes : MM. Perrin (Lucien), Vautrain, Bazile, Capdevila, Solal.

11. Chirurgien : M. Lejars; internes : MM. Le Grand, Bougot, Bontemps; externes : MM. Binard, Guennou, Maire, Modiano, Think, Daspres.

12. Chirurgien : M. Ricard; assistant : M. Labey; internes : MM. Séguinot, Miginiac, Girou; externes : MM. Barreau, Latour, Parat, Mlle Fatte, MM. Crocquefer, Semelaigne.

13. Accoucheur : M. Doléris; assistant : M. Cathala; interne : M. Delivet; externes : MM. Bénit, Malleterre, Castex, Pierrot.

14. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Ramond; assistant suppléant : M. François; interne provisoire : M. Ceillier; externes : MM. Chevrolet, Cathala.

15. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Wiart; suppléant : M. Giret; externes : MM. Lucchini, Lesueur, Maleix, Quartier.

16. *Consultation d'ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Dupuy-Dutemps; assistant : M. Joseph; externes : MM. Alich, Lefort (R.).

E. Hôpital Necker. — 1. Médecin : M. Barth; interne : M. Petit (Henri); externes : MM. Herbland Morin, Mérigot de Treigny, Garnier (H.), Apard, Mlle Trouveller.

2. Médecin : M. Hirtz; interne : M. Croissant; externes : MM. Gallot-Lavallée, Dèche, Mlle Nawicka, MM. Calderon, Poucy.

3. Médecin : M. Achard; interne : M. Desbouis; externes : MM. Lavedan, Hudelo, Ollier, Silvestre.

4. Médecin : M. Rénon; interne : M. Thibaut; externes : MM. Mitton, Laloux, Xoudis, Turnesco.

5. Chirurgien : M. le professeur N...; chef de clinique : M. Picot; chef de clinique adjoint : M. Marsan; internes : MM. Huygues de Beaufond, Morisson-Lacombe, Besnard; externes : MM. Pineau, Marchand, Fontaine, Bouchard, Castera, Cerf, de Brun du Bois Noir, Forgeron, Lamarche, Thébaut.

6. Chirurgien : M. le professeur Delbet; chef de clinique : M. Cauchoix; internes : MM. Bruel, Brocq, de Berne-Lagarde; externes : MM. Jousseaume, Hissard, Marquézy, Sabadini, Mlle Kahn, MM. Cabonat, Barry.

7. Chirurgien : M. Routier; internes : MM. Richard, Jumon; externes : MM. Isch-Wall, Perrier, Pasquier, Ledrain, Boiteux.

8. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Pissavy; assistant suppléant : M. Lyon-Caen; interne provisoire : M. Chatellier; externes : MM. Serrand, Durand (René).

9. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Chevassu; assistant suppléant : M. Hautefort; externes : MM. Fouchard, Pidoux.

F. Hôpital Cochin. — 1. Médecin : M. Œttinger; interne : M. Baron; externes : MM. Coudray, Polony, Borel, Mlle Bredul, MM. Forestier, Le Poittevin, Jourdan-Corneille.

2. Médecin : M. Widal; internes : MM. Gautier, Weissenbach; externes : MM. Hutinel, Marie, Ach, Viala, Robinson, Simard, Imbert (Jean), Mme Pertat, M. Parisi.

3. Chirurgien : M. le professeur Quénu; chef de clinique : M. Mathieu; internes : MM. Gatellier, Métivet, Monod (R.); externes : MM. Gallois, Oberlin, Coulaud, Duchon, Grellety-Bosviel, Feuillié, Lauret, Mlle Kouriansky.

4. Chirurgien : M. Schwartz; internes : MM. Massart, Lefranc; externes : MM. Steibel, Koerner, Lefèvre, Gand, Laurent (Marcel), Kotsovas.

5. Chirurgien : M. Faure; internes : MM. Vincent (M.), Virenque; externes : MM. de Nabias, Réglade, Doumer, Lignac, Roubakine.

6. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Ribierre; adjoint : M. Duvoir; interne provisoire : M. Percepied; externes : Mlle Urion, M. Deville.

7. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Chevrier; assistant suppléant : M. Muret; externes : MM. Rousseau (J.), Odinet, Binet, Plait.

8. *Radiologie.* — Radiologiste : M. Ménard; externe : M. Boulva.

G. Hôpital Cochin annexe. — 1. Médecin : M. Queyrat; interne : M. Bouttier; externes : MM. Trifaud, Berthomieu-Lamer, Brabander, Michalowski, Aujay de la Dure, Bozonet.

2. Médecin : M. Fournier; interne : M. Duval; externes : MM. Courtois (R.), Favory, Rongier, Monod (L.), Chasseray.

3. Chirurgien : M. Michon; interne : M. Leroy (M.); interne provisoire : M. Fitte; externes : MM. Poisson, Schwarzfeld, Mlle Schmutz, MM. Bavachi, Anasievicz, Séguin.

8. *Consultation d'ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Cantonnet; externe : M. Selter.

H. Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. le professeur Debove; chef de clinique : M. Chiray; chefs de clinique adjoints : MM. Esmein, Lian; interne : M. Rolland; externes : MM. Neau, Rosset, Rousseau (Pierre), Tisné, Ratel, Guillemet (P.).

2. Médecin : M. le professeur A. Robin; chef de clinique : M. Gy; chefs de clinique adjoints : MM. Fiessinger, Cawadias; interne : M. Bith; externes : MM. Bureau, Bardet (D.), Bodet, Sartre.

3. Médecin : M. Oulmont; interne : M. Noël; externes : M. Caussé, Mlle Kaufmann, MM. Babalian, Stravopoulo.

4. Médecin : M. Faisans; interne : M. Barthélemy; externes : MM. Festal, Sebald, Mathelin, Murga, Fris-Larrouy.

5. Chirurgien : M. Bazy; internes : MM. Viel, Ramadier; externes : MM. Duchamp de Lageneste, Sfez, Dascalopoulos, Bougault, Mlle Gillot, MM. Gerschenovitsch, Marceron.

6. Chirurgie (chroniques). — Interne : M. Huc (Edouard); externe : Mlle Lempert.

7. Chirurgien : M. Tuffier; internes : MM. Vignes, Loewy; externes : MM. Besse, Moore, Périer, Besson (Henri), Féron, Raphaël.

8. Chirurgien : M. Michaux; internes : MM. Brouet, Pilatte; externes : Mlle Bagot, M. Sédillot, Mlles Verrier, Zvigoul, M. Nast.

9. Accoucheur : M. le professeur Ribemont-Dessaignes; chef de clinique : M. Villette; chef de clinique adjoint : M. Lecointe.

10. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Jousset; assistant suppléant : M. Gaultier; interne provisoire : M. Boyer; externes : Mlle Halperson, MM. Mégret, Parcheminey.

11. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Descomps; assistant suppléant : M. Planson; externes : M. Weisweiller, Mlle Lang, M. Boissier.

12. *Consultation d'ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Poulard; assistant : M. Canque; externes : MM. Boussi, Lavat.

13. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Desternes; externe : M. Le Cocq.

I. Hôpital Lariboisière. — 1. Médecin : M. Brault; interne : M. Desaux; externes : MM. Broussin, Leduc, Chavasse, Kermorgant, Lumière, Rousse.

2. Médecin : M. Galliard; interne : M. Weber; externes : MM. Dioudonnat, Cerni, Bouillette, Haddad, Delmas, Callot, Mlle Simon.

3. Médecin : M. Le Gendre; interne : M. Delort; externes : Mlle Brailowsky, MM. Renard (Jean), Marais, Mage, Mlles Le Conte, Ter-Grégoriantz, M. Pinault (A.).

4. Médecin : M. Launois; interne : M. Maréchal; externes : MM. Petit (Louis), Ledoux, Duvelleroy, Broussin (Pierre), Renard, Toupet.

5. Médecin : M. Florand; interne : M. Segard; externes : MM. Poissonnier, Riberolles, Codet, Major, Longevialle, Duneau.

6. Chirurgien : M. Reynier; internes : MM. Lascaux, Touchard, Sébillotte; externes : MM. Béon, Dariau, Pecker, Maliniak, Gourdin, Desfarges, Adam.

7. Chirurgie (chroniques). — Interne : M. Grandjean; externes : MM. Blondet, Dantheuil.

8. Chirurgien : M. Chaput; assistant : M. Lapointe; internes : MM. Vinay, Escudié; externes : MM. Duclos, Tournay, Coffin, Tzancoff, Salanier, Taberlet.

9. Chirurgien : M. Picqué; internes : MM. Bonnet, Alary; externes : MM. de Siéramski, Mouzon, Mlle Blechmann, MM. Boutelier, Morlot, Calvet.

10. Chirurgien : M. Marion ; assistant : M. Germain ; internes : MM. Pakowski, Paris; externes : MM. Lantier, Corbineau, Pena, Figowski, Pépin, Mlle Konichowsky, MM. Vidal, Larcher.

11. Chirurgien : M. Sebileau; assistant : M. Halphen; internes : MM. Passeau, Dufourmentel ; externes : MM. Géhard, Vigouroux, Chenet (H.), Zermati, Apard (Ed.), Dietz.

12. Ophtalmologiste : M. Morax ; assistants : MM. Magitot, Andrieux; internes : MM. Monbrun, Robert; externes : MM. Mouriès, Piémont, Lambert, David (H. S.).

13. Accoucheur : M. Boissard; interne : M. Villechaise; externes : MM. Rivet, Joyes-Nouguier, Vayssières, Autier.

14. *Service d'électrothérapie.* — Médecin : M. Hischmann; externes : MM. Dariaux, Gaillard.

15. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Sainton; assistant suppléant : M. Lian; interne provisoire : M. Vazeux; externes : MM. Gastaud, Grisoni, Cousin, Gardères.

16. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Chifoliau; assistant suppléant : M. Capette; externes : MM. Péroni, Saxe, Viard.

J. Hôpital Tenon. — 1. Médecin : M. Ménétrier; interne : M. Legrain; externes : MM. Gaujard, Remilly, Brunon, Lebrun (Ch.), Laburthe-Tolra.

2. Médecin : M. Klippel; interne : M. Lévy (Alfred); externes : MM. Lapique, Dalle, Daniel (Ch.), Marquet.

3. *Service temporaire de médecine.* — Externes : MM. Popoff, N...

4. Médecin : M. Parmentier; interne : M. Durand (H.); externes : MM. Michaniewski, Maufrais, Parturier, Rougeulle, Mlle Pommay, M. Marié.

5. Médecin : M. Gouget; interne : M. Moreau; externes : MM. Persillard, Rouffiac, Martin de Laulerie, Guédon.

6. Médecin : M. Macaigne ; interne : M. Girard; externes : MM. Broca, Bertaux, Chanson, Deffins, Pénoyée.

7. Médecin : M. Carnot; interne : M. Dumont; externes : MM. Balteau, Brachat, Mlle Hochberg, MM. Lebée, Zivy, Rabeau.

8. Médecin : M. Laffitte; interne : M. Nadal; externes : MM. Chemin, Claverie, Mlle Smiechovska, M. Touflet.

9. Médecin : M. Lesné, interne : M. Besset; externes : MM. Vivès, François, Texier, Renaud (Jean).

10. Chirurgien : M. Morestin; internes : MM. Maurer, Sourdille, Mondor; externes : MM. Letellier, Michon, Pierre, de Gaudart d'Allaines, Perriot, Wallet.

11. Chirurgien : M. Riche; internes : MM. Galop, Picard, Audain; externes : MM. Fouquet, Kleimann, Marmier, Lebreton, Migot, Lefort.

12. Chirurgien : M. Robineau; internes : MM. Léchelle, Guelfucci; interne provisoire : M. Achard; externes : MM. de Carvalho, Antony, Vincentelli, Tournadour d'Albay, Mouquin.

13. Accoucheur : M. Bouffe de Saint-Blaise; interne : M. Barraud; externes : MM. Gaymard, Vallerant, Petit (Ant.).

14. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Rathery; assistant suppléant : M. David; interne provisoire : M. Binet; externes : MM. Boucheron, Liénard, Coader.

15. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Grégoire; assistant suppléant : M. Delaunay; externes : MM. Denoyelle, Mozer, Le Rochais.

16. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Legros; externe : M. Roussel.

K. Hôpital Laennec. — 1. Médecin : M. le professeur Landouzy; chef de clinique : M. Pinard; chef de clinique adjoint : M. Sézary; interne : M. Salès; externes : MM. Berthelot (A.), Colombier, Ladroitte, Iscovesco, Pana.

2. *Crèche et femmes tuberculeuses.* — Interne : M. Lévy-Franckel; externes : MM. dell' Amore, Mlle Fremte, M. Grille, Mme de Tannenberg.

3. Médecin : M. Barié; interne : M. Colombe; externes : MM. Boyau, Thibon de Courtry, Fliniaux, Auclair.

4. Médecin : M. Bourcy; interne : M. Hischmann; externes : Mlle Moulard, MM. Bachelet, Posnel de Verneaux, Stock.

5. Médecin : M. Thoinot; interne : MM. Baumgartner et Donzelot (2e sem.); externes : MM. Konteschkweller, Funck, Dayras, Bigot.

6. *Quartier spécial de tuberculeux.* — N° 1. Médecin : M. Léon Bernard; interne : M. Cain; externes : MM. Lévi-Alvarès, Chick, Thierry (J.), Eltrich, Imbert (Maurice), Mlle Lecoq.

7. *Quartier spécial de tuberculeux.* — N° 2. Médecin : M. Rist; interne : M. Pignot; externes : M. Barabeau, Mlle Raphaël, MM. Vasselle, Malgat, Chabert, Mlle Halpern, MM. Dalsace, Granet.

8. *Dispensaire antituberculeux ou dispensaire Léon Bourgeois.* — Médecin : M. le professeur Landouzy; assistants : MM. L. Bernard, Rist.

8¹. Médecin : M. le professeur Landouzy; externes : MM. Payen, Chopinet.

8². Médecin : M. Bernard; externes : MM. Avramoff, Salasc.

8³. Médecin : M. Rist; externes : MM. Souplet, Joffroy.

9. Chirurgien : M. Legueu; internes : MM. Leveuf, Garcin, Bergeret; externes : MM. Gaume, Levesque, Chabanier, Mlle Hartmann, MM. Magnillat, Soupault.

10. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Rochon-Duvigneaud; assistant : M. Caillaud; adjoint : M. Godéchoux; interne : M. Rousseau (Ferdinand); externes : MM. Besnard, Basset, Boissier.

11. *Oto-rhino-laryngologie.* — Oto-rhino-laryngologiste : M. Lombard; assistant : M. Le Mée; interne : M. Bloch (André); externes : MM. Cuvillier, Anglès d'Auriac, Heurtel, Doumenge.

12. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Laignel-Lavastine; assistant suppléant : M. Vitry; externes : MM. Portret, Andrieu (Ray.).

13. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Schwartz (Anselme); assistant suppléant : M. Burgaud; externes : MM. Farrugia, Adler.

14. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Maingot; externe : M. Chopinet.

L. Hôpital Bichat. — 1. Médecin : M. Talamon; interne : M. Marcorelles ; externes : MM. Chailley-Bert, Reynaud, Chalut, Hemmerdinger.

2. Médecin : M. Bruhl; interne : M. Buc; externes : MM. Misrachi, Guiollot, Plichet, Mlle Chmerson.

3. Chirurgien : M. Hartmann; internes : MM. Legal-Lassalle, Couinaud (François) ; externes : MM. Cumine, Mélik-Parsadaniantz, Vinçotte, Caron, Le Basser, Lermoyez, Couinaud, Kahn.

4. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Coyon; assistant suppléant : M. Oppert; interne provisoire : M. Lebrun (Maxime); externes : MM. Monguilan, Mauranges.

5. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Lecène; assistant suppléant : M. Sénéchal; externes : MM. Beck, Rouché.

6. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Beaujard; externe : M. Renaud (Louis).

M. Hôpital Broussais. — 1. Médecin : M. Bergé; interne : M. Pernet; externes : M. Vallet, Mlle Denis, MM. Guyot, Charon, Baudet (Ch.).

2. Médecin : M. Dufour; interne : M. Mairesse; externes : MM. Lacaze, Andrieux (Albert), Legras, Dupuy (Lucien), Bertin-Mourot.

3. Chirurgien : M. Auvray ; internes : MM. Bel, Eudel; externes : MM. Fournier (L.), Moing, Dupêchez, Heitz, Hugon, Morice (André).

4. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Pagniez; assistant suppléant : M. Feuillié; externes : MM. Chicandard, Bertin.

5. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Desmarest; assistant suppléant : M. Lutaud ; externes : MM. Socquet, Guillot.

6. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Bonniot; externe : M. Bideaux.

N. Hôpital Boucicaut. — 1. Médecin : M. Letulle ; interne : M. Heuyer; interne provisoire : M. Hartmann; externes : Mlle Halberstadt, MM. Tourneix, Sibot, Lefèvre (G.), Bortnowsky, Cornet (D.), Evrard, Hartglass.

2. Chirurgien : M. Demoulin; internes : MM. Dedet, Luquet ; externes : MM. Lanos, Lowenthal, Trémolières, Morin (Alex.), Adler, Vérut, Camino, Frucht.

3. Accoucheur : M. Lepage; interne : M. Vaudescal; externes : MM. Gauchon, Moutier, Hiblot.

4. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Lœper ; assistant suppléant : M. Auburtin ; interne provisoire : M. Schulmann ; externes : MM. Buneau, Ranijean.

5. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Dujarier; assistant suppléant : M. Ehrenpreis ; externes : MM. Decrop, Faveret, Bardon, Bertrand (André).

6. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Aubourg; externe : M. Meugé.

O. Hôpital Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le professeur Gaucher ; chef de clinique : M. Levi-Franckel ; chefs de clinique adjoints : MM. Giroux, Bory ; internes : MM. Hébrard, Meaux Saint-Marc ; externes : MM. Duclos (Paul), Audebert, Maréchal, Valiadis (J.), Larrousse, Raout.

2. Médecin : M. Balzer; internes : MM. Belloir, Lamare; externes : MM. Deron, Hanriot, Féret, Deffaut, Amat.

3. Médecin : M. de Beurmann ; internes : MM. Feil, Larroque ; externes : MM. Eissen, Lidy, Gauthier (Ad.), Riffaud, Humbert.

4. Médecin : M. Brocq; internes : MM. May, Françon; externes : MM. Millet, Gros, Mlles Ricard, Mille, MM. Ziélinski, Balland (M.), Lafage.

5. Médecin : M. Thibierge; interne : M. Mignot; externes : MM. David (Em.), Huguet, Alajouanine, Roubeau, Géraud.

6. Médecin : M. Darier; interne : M. Morancé ; externes : Mme Rist, MM. Fournier (J.), Jamin, Libert, Mlle Bitchounsky, M. Oulié.

7. Chirurgien : M. Rochard; internes : MM. Pellot, Rousseau (Fernand), Pizon ; externes : MM. Laffineur, Lacourbes, Chirol, Doubrère, Blot, Roberti.

8. Chirurgien : M. Beurnier; internes : MM. Marchak, Colleville, Renault ; externes : MM. Soret, Meyer, Gourvitch, Mme Vérillotte (A.), M. Maupoix.

9. Chirurgien : M. Rieffel; internes : MM. Pont, Roy, Gouguet de Girac ; externes : MM. Capelle, Ohaniantz, Deschamps, Fornairon, Flot, de Pontich.

10. Accoucheur : M. Demelin ; interne : M. Samson; externes : MM. Orphanidès, Devaux, Bardet (Georges), Barbier (G. Ch. P.).

11. *Consultation. (Chirurgie.)* — Assistant : M. Mouchet ; assistant suppléant : M. Martin ; externes : MM. Guille, Rabreau, Gaufroy.

12. *Service d'ulcères variqueux.* — M. Rochard ; interne provisoire : M. Costantini ; externes : MM. Ernst, Bordier.

13. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Gastou ; externe : M. Cavaillès.

14. *Annexe Grancher.* — Médecin : M. Renault; interne : M. Lévy ; externes : MM. Robin, Chatenoud, Cornet (A.), Blum, Jolivet.

15. Chirurgien : M. Lenormant; internes : MM. Galland, Bourgeois (Maurice), Thibierge; externes : MM. Wallon (A.), Phocas, Gillard, Mlle Jacob, MM. Tafalis, Cardot, Mlle Demadières.

P. Hôpital Broca. — 1. Médecin : M. Jeanselme; internes : MM. Bloch (Marcel) (1er sem.), Jacquet (2e sem.) ; externes : MM. Loré, Pinard, Richon, Réau, Fatou, Dauptain, Thomas, Pradignac.

2. Médecin : M. Hudelo ; interne : M. Bodineau; externes : MM. Bernard (P.), Béthoux, Prieur, Vigneron, Morice, Klébansky, Brocheré, Jouet, Mlle Le Bouédec.

3. Chirurgien : M. le professeur Pozzi; chef de clinique : M. Deverre ; chef de clinique adjoint : M. Rouhier ; internes : MM. Séjournet, Küss, Buquet ; externes : MM. Jeannet, Alterman, Vallée, Pinalie, Majnoni d'Intignano, Plotkine, Lepelletier.

Q. Maison municipale de santé. — 1. Médecin : M. Courtois-Suffit ; interne : M. Gassier ; externes : MM. Delahaye, Cassan, Lautier, Schutzenberger, Jacquet.

2. Médecin : M. Brouardel ; interne : M. Masselot ; externes : MM. Braye, Bourdier, Woillez.

3. Chirurgien : M. Launay ; internes : MM. Vielle, Cassard, Bollach ; externes : MM. Chatellier, Féron, Viollet, Breitman, Abrial, Winter, Mlle Hourvitz, M. Rivalier.

4. Chirurgien : M. Cunéo ; internes : MM. de Cumont, Dufour ; externes : MM. Crétin, Ravina, Ruppe, Paris, Dax, Frémond.

5. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Bouchacourt; externe : M. Bertrand.

R. Hôpital des Enfants-Malades. — 1. Médecin : M. le professeur Hutinel ; chef de clinique : M. Lemaire ; chefs de clinique adjoints : MM. Harvier et Ferrand ; interne : M. Maillet ; externes : MM. Richard, Roussillon, Lesage, Mlle Chauvet, M. Wurtz, Mlle Feygin.

2. Médecin : M. Comby ; interne : M. de Vaugiraud ; externes : MM. Richoux, Balizeaux, Olivieri, Mlle Bruyère.

3. Médecin : M. Richardière ; interne : M. Reilly; externes : MM. Larangot, Mlle Ratuld, M. Monpin, Mlles Roudowska, Schapiro.

4. Médecin : M. Marfan ; interne : M. Saint-Girons ; externes : M. Vallery-Radot, Mlle Billoud, M. Poisvert, Mlle Reichenecker.

5. Médecin : M. Méry ; interne : M. Vilbort; externes : MM. Roustan, Trousset, Cojan, Petit (Ch.), Dragatzis.

6. Médecin : M. Aviragnet; interne : M. Jacquet (1er sem.), Bloch (M.) [2e sem.] ; externes : MM. Mollet, Pernet, Leroux (L.), Mlle Cosmovici, M. de Champs de Saint-Léger.

7. *Crèche.* — Médecin : M. Marfan ; interne provisoire : M. Goret.

8. Chirurgien : M. le professeur Kirmisson ; chef de clinique : M. Perrin ; chef de clinique adjoint : M. Bailleul; internes : MM. Avezou, Berthelot (A.), Bigot (Ch.) ; externes : Mlle Harel, MM. Eusèbe, Veaux, Eisenstein, Lehuche, Defiol.

9. Chirurgien : M. Broca ; assistant : M. Français (Ray.); internes : MM. Mossé, Monod (Raoul) ; interne provisoire : M. Braine ; externes : Mlles Dons-Kaufmann, Ber, Stakhevitch, MM. Lautmann, Denoël, de Galard, Daban, Kamer.

10. *Service ophtalmologique.* — Ophtalmologiste : M. Terrien; assistant : M. Hillion ; interne : M. Dantrelle ; externes : MM. Bertaux, Caillet, Mlle Cabiale, M. Logeais.

11. *Service de la sélection.* — Interne provisoire : M. Delotte.

12. *Service de la diphtérie.* — Chef de laboratoire : M. Bloch-Michel.

S. Hôpital Trousseau. — 1. Médecin : M. Netter; interne : M. Philbert; externes : MM. Meyerson, Boncompain, Gallas, Mlle Wahl, Mme Walfromm, Mlle Schmerling.

2. Médecin : M. Triboulet ; interne : M. Fabre ; externes : MM. Monprofit, Cléret, Resmond, Lebossé, Monestier, Gibert.

3. *Service de la diphtérie.* — Interne provisoire : M. Paraf; externe : M. Bouthillier.

4. Chirurgien : M. Savariaud ; internes : MM. Queyroi, Jacob, Monod (André) ; externes : MM. Lelongt, Chanut, César, Girardot, Tribaut, Mme Perl, MM. Duponchel, Chenet (Charles), Jeannest.

5. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Guillemot; suppléant : M. Bory ; interne provisoire : M. Boirac ; externes : MM. Goy, Le Hello, Mlle Goldenfann.

6. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Weil (Albert); externe : M. Netter (Fernand).

T. Hospice des Enfants-Assistés. — 1. Médecin : M. Variot ; assistant de puériculture : M. Grenet ; internes : MM. Sédillot, Rousselot ; externes : MM. Rabut, Gardies, Mougenc de Saint-Avid, Lacau Saint-Guily, Floquet, Bouhéret.

2. Chirurgien : M. Jalaguier ; assistant : M. Veau ; internes : MM. Montet, Rudelle ; externes : MM. Forget, Borrien, Piédelièvre, Crantin, Mlle Rappoport, M. Deniarue, Mlle Herment.

3. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Barret; externe : M. Rémonit.

U. Hôpital Andral. — 1. Médecin : M. Apert ; interne : M. Rouillard ; externes : MM. Declèty, Dohen, Bartement; Collin.

2. Médecin : M. de Massary ; interne : M. Gautruche ; externes : MM. Gasiglia, Vesselle, Guillouet, Gallerand.

3. *Consultation.* — Assistant : M. Comte ; assistant suppléant : M. Milhit ; interne provisoire : M. Brizard ; externes : MM. Donzé, Minvielle.

V. Hospice de Bicêtre. — 1. Médecin : M. Souques; internes : MM. Routier, Vallery-Radot (Pasteur).
2. Chirurgien : M. Duval; internes : MM. Clap, Tartois, Cleisz.
Service des aliénés. — 3. Médecin : M. Nageotte; interne : M. Mazzoleni; interne provisoire : M. Truffert.
4. Médecin : M. Roubinovitch ; interne : M. Borel ; interne provisoire : M. Gardin.
5. Médecin : M. Riche; interne : M. Fumet ; interne provisoire : M. Huc (Georges).
6. Médecin : M. Vurpas; interne : M. Wiart; interne provisoire : M. Claude.

X. Hospice de la Salpêtrière. — 1. Médecin : M. le professeur Déjerine; chef de clinique : M. Tinel; chefs de clinique adjoints : M. de Jumentié, Mme Long; internes : MM. Ducamp, Quercy, Mlle Peltier; externes : MM. Vincent (H.), Regnauld de la Soudière, Cochez, Manne, Barrès.
2. Médecin : M. le professeur Pierre Marie; internes : MM. Chatelin, Thiers; externes : M. Langle, Mlles Spanowski, Athanassiu, MM. Clément, Béhague.
3. Chirurgien : M. le professeur Segond ; chef de clinique : M. Sauvé; internes : MM. Lorin, Desplas, Madier; externes : M. Lozès, Mlle Romanet, MM. Breton, Chapotel, de Peretti della Rocca, Apechin.
4. *Service des aliénés.* — Médecin : M. Deny ; interne : M. Krebs; externes : MM. Rabourdin, Garnier (Gaston).
5. Médecin : M. Séglas; interne : M. Barat; externes : MM. Evintaris, Barrieu.
6. Médecin : M. Chaslin; interne : Mme Hovelacque; externes : M. Liacre, Mme Liacre.

Y. Hôpital Bretonneau. — 1. Médecin : M. Guinon; interne : Mme Vaudet; externes : MM. Guibert, Mugel, Proust (J.), Guillard, Mlle Bouderlique, M. Philardeau.
2. Médecin : M. Boulloche; interne : M. Ferry; externes : MM. Plaut, Radenac, Allot, Constantin, Monnot, Mlle Tasserie.
3. Chirurgien : M. Ombrédanne ; internes : MM. Coppin, Gouverneur, Dupradeau ; externes : M. Romain, Mlle Cramer, MM. Herdner, Fradkine, Solente, Morlotz, Sikorav.
4. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Weill-Hallé (B.); assistant suppléant : M. Vigneron d'Heucqueville ; interne provisoire : M. Feldstein ; externes : MM. Bricaire, Lantuéjoul, Besnard (Jacques).
5. *Service de radiologie.* — Radiologiste : M. Lobligeois, externe : M. Gilson.

Z. Hospice des Incurables (Ivry). — 1. Médecin : M. Sicard ; interne : M. Leblanc; interne provisoire : M. Cambessédès; externe : M. Senèque.
2. Chirurgien : M. Gosset; internes : MM. Caudrelier, Bachy; externe : MM. Jacquot, N....

Aa. Hôpital de la Maternité. — 1. Accoucheur : M. Bonnaire; assistant : M. Jeannin ; accoucheur adjoint : M. Brindeau; internes : MM. Ecalle, Carpanetti; externes : MM. N...
2. Médecin : M. Garnier; interne : Mlle Condat; externes : MM. Sasportès, Jacquelin, Deschamps, Guillaume.

Ab. Hôpital Hérold. — 1. Médecin : M. Barbier; interne : M. Aine; externes : Mlle Jacquey, MM. Morel, Simon, Fritz, Vicente, Gresset.
2. Médecin : M. Lesage; interne : M. Gauchery; externes : MM. Le Gouellec, Hufnagel, Boucher, Eschalier, Mlle Armand, M. Epstein.
3. Service de la garde et de la sélection. — Internes provisoires : MM. Marcassus, Bisson.

Ac. Hôpital Claude-Bernard. — 1. Médecin : M. Teissier; internes : MM. Huber, Pierret, Donzelot; externes : MM. Durand (Jacques), Wilmoth, Goudet, Laget, Le Gac, Joanny, Malherbe, Muller.

Ad. Hôpital de la Clinique d'accouchements (Tarnier). — 1. Accoucheur : M. le professeur Bar ; chef de clinique : M. Chirié; chefs de clinique adjoints : MM. Lemeland, Marioton; externes : MM. Guillermain, Papillon, Ignard, Mlle Dvoretzky, M. Noël (H.).

Ae. Clinique Baudelocque. — 1. Accoucheur : M. le professeur Pinard; chef de clinique : M. Pottet; chef de clinique adjoint : M. Le Masson ; externes : MM. Powilewicz, Lartigau, Mlle Schmiergeld, MM. Philip, Geigermacher, Gaulène.

Af. Hospice des Ménages (Issy). — 1. Médecin : M. Wurtz; interne : M. Pichon ; interne provisoire : M. Lascombe ; externe : M. Breger.

Ag. Hospice Debrousse. — 1. Médecin : M. Gandy; interne : M. Le Maux.

Ah. Bastion 29. — 1. Médecin : M. Auclair; interne : Mlle de Pfeffel; externes : MM. Wroczinski, Pignet, Hourquet, Gaumet.
2. Médecin : M. Papillon ; interne : M. Parin; externes : MM. Jay y Ruiz, Barois, Schilman, Lipschitz.

Ai. Institution Sainte-Périne et maisons de retraite Chardon-Lagache et Rossini. — 1. Médecin : M. Morel-Lavallée ; internes : MM. N...

Aj. Maison de retraite de Larochefoucauld. — 1. Médecin : M. Dupré ; interne : M. Logre ; externe : M. Gerber.

Ak. Hôpital de Berck-sur-Mer. — 1. Chirurgien : M. Ménard; chirurgiens-adjoints : MM. Andrieu et Calvé; internes : M. Héricourt, Mlles Pouzin, Landesmann, Léger.

Al. Hospice de Brévannes. — 1. Médecin : M. René Marie ; adjoints : MM. Clément, Carton, Ferrand; internes : MM. Rouèche, Ecot, Vosy, Durville.

Am. Asile Sainte-Anne. — 1. Médecin : M. le professeur Gilbert Ballet; chef de clinique : M. Barbé; chef de clinique adjoint : M. Boudon.

An. Fondation Vallée. — 1. Médecin : M. Nageotte; interne : M. Ecot.

Ao. Sanatorium d'Angicourt. — 1. Médecin : M. Küss.

Ap. Sanatorium d'Hendaye. — 1. Médecin : M. Camino; internes : MM. Achard et Burguet.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° chefs de service (médecins, chirurgiens, accoucheurs, service des consultations); 2° chefs de clinique (médecine, chirurgie, accouchements); 3° internes titulaires; 4° internes provisoires; 5° externes.

N.-B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*

Exemple : M. Coppin, Y-3 = Y. Hôpital Bretonneau, 3. Service de M. Ombrédanne.

MÉDECINS
et assistants de consultation.

Legry, C-2.
Le Noir, D-6.
Lereboullet, A-10.
Lermoyez, D-10.
Lesage, Ab-2.
Lesné, J-9.
Letulle, N-1.
Lion, B-2.
Lœper, N-4.
Macaigne, J-6.
Marfan, R-4 et R-7.
Marie (A.), Al-1.
Marie (P.), X-2.
Massary (de), U-2.
Mathieu, D-8.
Ménétrier, J-1.
Méry, R-5.
Michel, B-14.
Milian, C-11.
Morel-Lavallée, Ai-1.
Mosny, D-7.
Moutard-Martin, C-1.
Nageotte, V-3 et An-1.
Netter, S-1.
Œttinger, F-1.
Oulmont, H-3.
Pagniez, M-4.
Papillon, Ah-2.
Parmentier, J-4.
Petit, A-2.
Pissavy, E-8.
Queyrat, G-1.
Ramond (F.), D-14.
Rathery, J-14.
Renault (J.), O-14.
Rénon, E-4.
Ribierre, F-6.
Richardière, R-3.
Riche (A.), V-5.
Rist, K-7 et K-8.
Robin, H-2.
Roger, A-4.
Roubinovitch, V-4.
Sainton, I-15.
Séglas, X-5.
Sergent, C-7.
Sicard, Z-1.
Siredey, D-2.
Souques, V-1.
Talamon, L-1.
Teissier, Ac-1.
Thibierge, O-5.
Thiroloix, B-4.
Thoinot, K-5.
Triboulet, S-2.
Vaquez, D-4.
Variot, T-1.
Vurpas, V-6.
Weill-Hallé (B.), Y-4.
Widal, F-2.
Würtz, Af-1.

CHIRURGIENS
et assistants.

Alglave, B-15.
Andrieu, Ak-1.
Arrou, B-8.
Auvray, M-3.
Baumgartner, B-7.
Bazy, H-5.
Beurnier, O-8.
Broca, R-9.
Calvé, Ak-1.
Chaput, I-8.
Chevassu, E-9.
Chevrier, F-7.
Chifoliau, I-16.
Coutela, A-9.
Cunéo, Q-4.
Demoulin, N-2.
Descomps, H-11.
Desmarest, M-5.
Dujarier, N-5.
Duval (Pierre), V-2.
Faure, F-5.
Français, R-9.
Gosset, Z-2.
Grégoire, J-15.
Guibé, A-11.
Halphen, I-11.
Hartmann, L-3.
Jalaguier, T-2.
Kirmisson, R-8.
Labey, D-12.
Lardennois, C-12.
Launay, Q-3.
Lecène, L-5.
Legueu, K-9.
Lejars, D-11.
Lenormant, O-15.
Marion, I-10.
Mauclaire, C-8.
Menard, Ak-1.
Michaux, H-8.
Michon, G-3.
Morestin, J-10.
Mouchet, O-11.
Ombrédanne, Y-3.
Picqué, I-9.
Potherat, A-8.
Pozzi, P-3.
Quénu, F-3.
Reclus, A-7.
Reynier, I-6.
Ricard, D-12.
Riche, J-11.
Rieffel, O-9.
Robineau, J-12.
Rochard, O-7 et O-12.
Routier, E-7.
Savariaud, S-4.
Schwartz, F-4.
Schwartz (Anselme), K-13.
Sebileau, I-11.
Segond, X-3.
Souligoux, C-9.
Thiéry, B-9.
Tuffier, H-7.
Veau, T-2.
Walther, B-7.
Wiart, D-15.

ACCOUCHEURS
et assistants.

Bar, Ad-1.
Boissard, I-13.
Bonnaire, Aa-1.
Bouffe de Saint-Blaise, J-13.
Brindeau, Aa-1.
Demelin, O-10.
Doléris, D-13.
Jeannin, Aa-1.
Lepage, N-3.
Pinard, Ac-1.
Potocki, B-10.
Ribemont-Dessaignes, H-9.
Tissier, C-10.

OPHTALMOLOGISTES
et assistants.

Andrieux, I-12.
Caillaux, K-10.
Canque, H-12.
Cantonnet, G-4.
Dupuy-Dutemps, D-16.
Godechoux, K-10.
Joseph, D-16.
Hillion, R-10.
Lapersonne (de), A-9.
Magitot, I-12.
Monthus, B-11.
Morax, I-12.
Poulard, H-12.
Rochon-Duvigneaud, K-10.
Terrien (F.), R-10.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES
et assistants.

Bourgeois, B-12.
Lombard, K-11.
Le Mée, K-11.
Poyet, B-12.

ÉLECTROTHÉRAPEUTES ET RADIOLOGISTES

Aubourg, N-6.
Barret, T-3.
Beaujard, L-6.
Bonniot, M-6.
Bouchacourt, Q-5.
Delherm, B-13.
Desternes, H-13.
Gastou, O-13.
Hischmann, I-14.
Labbé (D.), C-14.
Legros, J-16.
Lobligeois, Y-5.
Maingot, K-14.
Ménard, F-8.
Turchini, C-13.
Weil (A.), S-6.

SUPPLÉANTS
de consultations.

MÉDECINE

Auburtin, N-4.
Bory, T-5.
Chabrol, A-10.
David, J-14.
Duvoir, F-6.
Feuillié, M-4.
François, D-14.
Gaultier, H-10.
Lasnier, B-14.
Lian, I-15.
Lyon-Caen, E-8.
Milhit, U-3.
Oppert, L-4.
Sauphar, C-11.
Vigneron d'Heucqueville, Y-4.
Vitry, K-12.

CHIRURGIE

Bloch, B-14.
Burgaud, K-13.
Capette, I-16.
Delaunay, J-15.
Ehrenpreis, N-4.
Gasne, A-11.
Giret, D-14.
Hautefort, E-9.
Liné, C-11.
Lutaud, M-4.
Martin, O-11.
Muret, F-6.
Planchon, H-10.
Sénéchal, L-5.

CHEFS DE CLINIQUE

Barbé, Am-1.
Cauchoix, E-6.
Cerise, A-9.
Chiray, H-1.
Chirié, Ad-1.
Deverre, P-3.
Gy, H-2.
Lemaire, R-1.
Lévy-Franckel, O-1.
Lippmann, A-1.
Mathieu, F-3.
Perrin, R-8.
Picot, E-5.
Picquand, A-7.
Pinard, K-1.
Pottet, Ae-1.
Rendu, D-1.
Sauvé, X-2.
Tinel, X-1.
Villette, H-9.

Adjoints et aides.

Bailleul, R-8.
Bory, O-1.
Boudon, Am-1.
Cawadias, H-2.
Chenet, A-9.
Esmein, H-1.
Ferrand, R-1.
Fiessinger, H-2.
Giroux, O-1.
Harvier, R-1.
Jumentié (de), X-2.
Kendirdjy, A-7.
Laroche, D-1.
Lecomte, H-9.
Le Masson, Ae-1.
Lemeland, D-1.
Lian, H-1.
Marioton, D-1.
Marsan, E-5.
Poupardin, A-7.
Rouhier, P-3.
Sézary, K-1.

INTERNES

Achard, Ap-1.
Aine, Ab-1.
Alary, I-9.
Amaudrut, C-4.
Audain, J-11.
Avezou, R-8.
Bachy, Z-2.
Barat, X-5.
Bardon, A-8.
Baron, F-1.
Barraud, J-13.
Barthélemy, H-4.
Baufle, A-1.
Baumgartner, K-5.
Bel, M-3.
Belloir, O-2.
Beloux, B-10.
Bergeret, K-9.
Berne-Lagarde (de), E-6.
Berthelot (A.), R-8.
Besnard, E-5.
Besset, J-9.
Bigot (Ch.), R-8.
Bith, H-2.
Blanchier (Mlle), A-6.
Bloch (A.), K-11.
Bloch (Jacques), A-7.
Bloch (M.), (1er sem.), P-1; (2e sem.), R-6.
Bloch (René), C-8.
Bodineau, P-2.
Bonnet (F.), C-1.
Bonnet, I-9.
Bontemps, D-11.
Bougot, D-11.
Bourgeois (Maurice), O-15.
Bouttier, G-1.
Brocq, E-6.
Brodin, D-1.
Brouet, H-8.
Bruel, E-6.
Buc, L-2.
Buquet, P-3.
Caillé, D-1.
Cain, K-6.
Carpanetti, Aa-1.
Carrié, C-5.
Cassard, Q-3.
Caudrelier, Z-2.
Charrier, A-7.
Chatelin, X-2.
Chauvet, B-1.
Chevallier, A-4.
Clap, V-2.
Clarac, D-4.
Cleisz, V-2.
Colleville, O-8.
Colombe, K-3.
Condat (Mlle), Aa-2.
Coppin, Y-3.
Costantini, O-12.
Couinaud, L-3.
Croissant, L-2.
Cumont (de), Q-4.
Dantrelle, R-10.
Dedet, N-2.
Delivet, D-13.
Delort, I-3.
Desaux, I-1.
Desbouis, E-3.
Desplas, X-3.
Donzelot, Ac-1, (1er sem.), K-5, (2e sem.).
Dubois (J.), C-8.
Dubois (Robert), D-3.
Ducamp, X-1.
Dufour, Q-4.
Dufourmentel, I-11.
Dumont, J-7.
Dupradeau, Y-3.
Durand (Albert), D-5.
Durand (Gustave), C-9.
Durand (H.), J.-4.
Durville, Al-1.
Dutheilhet de Lamothe, D-10.
Duval, G-2.
Ecalle, Aa-1.
Escudié, I-8.
Eudel, M-3.
Fabre, S-2.
Feil, O-3.
Ferry, Y-2.
François, L-3.
Françon, O-4.
Fumet, V-5.
Galland, O-15.
Galop, J-11.
Garcin, K-9.
Garsaux, B-4.
Gassier, Q-1.
Gatellier, F-3.
Gauchery, Ab-2.
Gautier, F-2.
Gautruche, U-2.
Gendron, C-6.
Gillard, B-3.
Girard, J-6.
Girault, D-8.
Girou, D-12.
Godlewski, B-6.
Gouguet de Girac, O-9.
Gouverneur, Y-3.
Grandjean, I-7.
Guelfucci, J-12.
Gutmann, B-5.
Hébrard, O-1.
Héricourt, Ak-1.
Heuyer, N-1.
Hischmann, K-4.
Hovelacque, X-6.
Huber, Ac-1.
Huc (Edouard), H-6.
Huygues de Beaufond, E-5.
Jacob, S-4.
Jacquet (1er sem.), R-6; (2e sem.), P-1.
Jong (Mlle de), D-2.
Jumon, E-7.
Koechlin, A-2.
Krebs, X-4.
Küss, P-3.
Labourdette, C-10.
Lamare, O-2.
Larroque, O-3.
Lascaux, I-6.
Latil, C-9.
Leblanc, Z-1.
Léchelle, J-12.
Lechevallier, B-7.
Lefranc, F-4.
Legal-Lassalle, L-3.
Legrain, J-1.
Legrand, D-11.
Le Maux, Ag-1.
Leroy (M.), G-3.
Leroy (René), B-9.
Leven (Mlle), A-3.
Leveuf, K-9.
Lévy, O-14.
Lévy (Alfred), J-2.
Lévy-Franckel, K-2.
Loewy, H-7.
Logre, Aj-1.
Lorin, X-3.
Lory, B-9.
Lucas-Championnière, A-7.
Luquet, N-2.
Madier, X-3.
Maillet, R-1.
Mairesse, M-2.
Malarte, C-2.
Marcorelles, L-1.
Maréchal, I-4.
Marchak, O-8.
Massart, F-4.
Masselot, Q-2.
Maurel, C-8.
Maurer, J-10.
May, O-4.
Meaux-Saint-Marc, O-1.
Mercier, A-3.
Métivet, F-3.
Miégeville, B-8.
Miginiac, D-12.
Mignot, O-5.
Monbrun, I-12.
Mondor, J-10.
Monod (André), S-4.
Monod (Raoul), R-9.
Monod (R.), F-3.
Montet, T-2.
Morancé, O-6.
Moreau, J-5.
Morisson-Lacombe, E-5.
Mosset, R-9.
Moulonguet, D-10.
Mutel, B-7.
Nadal, J-8.
Nicaud, B-2.
Noël, H-3.
Pakowski, I-10.
Parin, Ah-2.
Paris, I-10.
Passeau, I-11.
Pellot, O-7.
Peltier (Mlle), X-1.
Pernet, M-1.
Petit (Henri), E-1.
Pfeffel (Mlle de), Ah-1.
Picard, J-11.
Pichon, Af-1.
Pierret, Ac-1.
Pignot, K-7.
Pilatte, H-8.
Philbert, S-1.

Philippon, C-7.
Photiadès, B-9.
Plaisant, C-9.
Pollet, A-7.
Pont, O-9.
Porak, D-9.
Prélat, A-9.
Prigent, B-7.
Pruvost, D-7.
Quercy, X-1.
Queyroi, S-4.
Ramadier, H-5.
Reilly, R-3.
Renault (A.), O-8.
Richard, E-7.
Robert, I-12.
Rolland, H-1.
Rouèche, Al-1.
Rougier, B-8.
Rouillard, U-1.
Rousseau (Ferdinand), K-10.
Rousseau(Fernand), O-7.
Rousselot, T-1.
Routier, V-1.
Roy, O-9.
Rudelle, T-2.
Saint-Girons, R-4.
Salès, K-1.
Samson, O-10.
Schoofs, A-8
Schulmann, N-4.
Sébillotte, I-6.
Sédillot, T-1.
Ségard, I-5.
Séguinot, D-12.
Séjournet, P-3.
Sourdille, J-10.
Tartois, V-2.
Théry, D-6.
Thibaut, L-4.
Thibierge, O-15.
Thiers, X-2.
Touchard, I-6.
Toulant, A-9.
Tzanck, B-8.
Vallery-Radot-Pasteur, V-1.
Vaudescal, N-3.
Vaudet (Mme), Y-1.
Vaugiraud (de),R-2.
Viel, H-5.
Vielle, Q-3.
Vignes, H-7.
Vigot, A-5.
Vilbort, R-5.
Villechaise, I-13.
Vinay, I-8.
Vincent (M.), F-5.
Virenque, F-5.
Vosy, Al-1.
Weber, I-2.
Weissenbach, F-2.

NOTA — *Dans la liste ci-dessus figurent quelques internes provisoires qui occupent des places habituellement réservées aux titulaires.*

INTERNES PROVISOIRES

Achard, J-12.
Binet, J-14.
Bisson, Ab-3.
Boirac, S-5.
Borel, V-4.
Boyer, H-10.
Braine, R-9.
Brizard, U-3.
Butin, B-14.
Cambessédès, Z-1.
Ceillier, D-14.
Chatellier, E-8.
Claude, V-6.
Delotte, R-11.
Ecot (F.), Aa-1.
Feldstein, Y-4.
Fitte, G-3.
Gardin, V-4.
Goret, R-7.
Hartmann, N-1.
Huc (Georges), V-5.
Lebrun (Maxime), L-4.
Lépine, B-1.
Marcassus, Ab-3.
Mazzoléni, V-3.
Moulonguet (Pierre), D-4.
Paraf, S-3.
Percepied, F-6.
Truffert, V-3.
Vazeux, I-15.
Verdenal, A-10.
Wiart, V-6.

EXTERNES

Abrial, Q-3.
Ach, F-2.
Adam, I-6.
Adler (E.), K-13.
Adler (H.), N-2.
Alajouanine, O-5.
Albessard (Mlle), B-10.
Alich, D-15.
Allot, Y-2.
Alterman, P-3.
Amat, O-2.
Anasievicz, G-3.
Andral, A-1.
André, C-5.
Andréoli, A-3.
Andrieu (Raymond), K-12.
Andrieux (Albert), M-2.
Anglès-d'Auriac, K-11.
Antony, J-12.
Apard, E-1.
Apard (Ed.), H-11.
Apechin, X-3.
Arbassier, D-2.
Armand(Mlle), Ab-2
Athanassiu, X-2.
Auclair, K-3.
Audebert, O-1.
Aujay de la Dure, G-1.
Autier, H-13.
Avramoff, K-8[2].
Babalian, H-3.
Bachelet (Mlle), K-4.
Bagot, H-8.
Balizeaux, R-2.
Balland (M.), O-4.
Balteau, J-7.
Barabeau, K-7.
Barbier (G.-E.),B-5.
Barbier (G.-Ch.-P.), O-10.
Bardet (D.), H-2.
Bardet (Georges), O-10.
Bardet, D-8.
Bardon, N-5.
Barois, Ab-2.
Barrès, X-1.
Barrieu, X-5.
Bartement, U-1.
Basset, K-10.
Baudet (Ch.), M-1.
Bavachi, G-3.
Baye, B-13.
Bazile, D-10.
Beaud, A-5.
Beaudequin, C-13.
Bechmann, B-4.
Beck, L-5.
Beclère (Mme), D-2.
Béhague, X-2.
Benit, D-13.
Benoist, A-10.
Beon, I-6.
Ber, R-9.
Bernard (P.), P-2.
Bertaux (A.), R-10.
Bertaux (R.), J-6.
Berthelot, K-1.
Berthomieu-Lamer, G-1.
Bertin, M-4.
Bertin-Mourot, M-2.
Bertrand, Q-5.
Bertrand (André), N-5.
Besnard, K-10.
Besnard (Jacques), Y-4.
Besse, H-7.
Besson (E.), A-9.
Besson (H.), H-7.
Besson (Hélène), B-2.
Besson (Marianne), B-2.
Béthoux, P-2.
Bideaux, M-5.
Bigot, K-5.
Bilbault, C-1.
Billoud (Mlle), R-4.
Binard, D-11.
Binet, F-7.
Bitchounsky (Mlle), O-6.
Blechmann (Mlle), I-9.
Blindmann, D-5.
Blondet, I-7.
Blot, O-7.
Blum, O-14.
Bocage, B-8.
Bodet, H-2.
Boisnier, C-9.
Boissier, K-10.
Boiteux, E-7.
Boncompain, S-1.
Bonnard, D-3.
Bonnerot, B-3.
Borch (Mlle), B-14.
Bordier, O-12.
Borel, F-1.
Borrien, T-2.
Bortnowski, N-1.
Bouchard, E-5.
Boucher, Ab-2.
Boucheron, J-14.
Bouchet, D-8.
Bouderlique (Mlle), Y-1.
Bougault, H-5.
Bouhéret, T-1.
Bouillette, I-2.
Boulanger, B-4.
Boulay, B-6.
Boulva, F-8.
Bourdier, Q-2.
Boussi, H-12.
Boussin, A-9.
Boutelier, I-9.
Bouthillier, S-3.
Boyau, K-3.
Bozonet, G-1.
Brabander, G-1.
Brachat, J-7.
Braïlowsky, I-3.
Bralez, A-9.
Braye, Q-2.
Bredul (Mlle), F-1.
Breger, Af-1.
Breitman, Q-3.
Brétignier, D-6.
Breton, X-3.
Bricaire, Y-4.
Broca, J-6.
Brocheré, P-2.
Brossier, C-7.
Brousse, C-1.
Broussin, I-1.
Broussin (P.), I-4.
Bruant, A-3.
Brun du Bois Noir (de), E-5.
Bruneau, D-5.
Brunon, J-1.
Bruyère (Mlle), R-2.
Buffet, C-9.
Buneau, N-4.
Bureau, H-2.
Busson, B-10.
Butler d'Ormond (de), D-4.
Cabiale, K-10.
Caesar (Mlle), C-2.
Caillet, R-10.
Calderon, E-2.
Callot, I-2.
Calvet, I-9.
Camino, N-2.
Capdevila, D-10.
Capoulade, A-7.
Cappelle, O-9.
Caracache, B-9.
Cardot, O-15.
Caron, L-3.
Carrière, D-4.
Carvalho (de), J-12.
Casarès, B-10.
Cassan, Q-1.
Castera, E-5.
Castex, D-13.
Cathala, D-14.
Caussé, H-3.
Cavaillès, O-13 et C-8.
Cavaillon, D-7.
Cerf, E-5.
Cerni, I-2.
César, H-2.
Chabanier, K-9.
Chabert, K-7.
Chailley-Bert, L-1.
Chalut, L-1.
Champ de Saint-Léger (de), R-6.
Chanson, J-6.
Chanut, S-4.
Chaperon, B-1.
Chapotel, X-3.
Charon, M-1.
Chasseray, G 2.
Chatellier, Q-3.
Chatenoud, O-14.
Chauvel, C-1.
Chauvet (Mlle), R-1.
Chavasse, I-1.
Chemin, J-8.
Chenet (Ch.), S-4.
Chenet (H.), I-11.
Chéron, A-9.
Chevalley, D-3.
Chevrolet, D-14.
Chicandard, M-4.
Chick, K-6.
Chirol, O-7.
Chmerson (Mlle), L-2.
Chopinet, K-8[1].
Chopinet, K-13.
Claverie, J-8.
Clémenceau, A-6.
Clément, X-2.
Cléret, S-2.
Coader, J-14.
Cochez, X-1.
Codet, I-5.
Coffin, I-8.
Cojan, R-5.
Collette (A.), B-5.
Collin, U-1.
Colombet, C-8.
Colombier, K-1.
Constantin, Y-2.
Corbineau, I-10.
Cornet (A.), O-14.
Cornet (P.), N-1.
Cornil, B-3.
Cosmovici (Mlle), R-6.
Coty, D-2.
Coudray, F-1.
Coudy, A-7.
Couinaud, L-3.
Coulaud, F-3.
Courtois (R.), G-2.
Cousin, H-15.
Cramer (Mlle), Y-3.
Crautin, T-2.
Crétin, Q-4.
Crocquefer, D-12.
Cumine, L-3.
Cuvillier, K-11.
Daban, R-9.
Dagnan-Bouveret, B-1.
Dalle, J-2.
Dalsace, K-7.
Daniel (Ch.), J-2.
Dantheuil, I-7.
Dardanne, B-4.
Dariau, I-6.
Dariaux, H-14.
Dascalopoulos, H-5.
Daspres, D-11.
Daudet, D-6.
Dauphin, C-6.
Dauptain, P-1.
David (Enn.), O-5.
David (H.-I.), H-12.
Dax, Q-4.
Dayras, K-5.
Debray, D-1.
Dèche, E-2.
Decléty, U-1.
Decrop, N-5.
Deffaut, O-2.
Deffins, J-6.
Defiol, R-8.
Deguignand, A-2.
Dehau, B-4.
Delahaye, Q-1.
Delestre, C-12.
Dellac, B-6.
Dell'Amore, K-2.
Delmas, I-2.
Demadières (Mlle), O-15.
Deniarue, T-2.
Denis (Mlle), M-1.
Denniel (Mlle), B-7.
Denoël, R-9.
Denoyelle, J-15.
Deron, O-2.
Deschamps, Aa-2.
Deschamps, O-9.
Deschildre, A-8.
Desfarges, I-6.
Designole, C-9.
Detourbe, D-1.
Devaux, O-10.
Deville, F-6.
Dietz, H-11.
Dioudonnat, I-2.
Dohen, U-1.
Dons-Kauffmann R-9.
Donzé, U-3.
Doubrère. O-7.
Doulut, A-2.
Doumenge, K-11.
Doumer (Armand), B-9.
Doumer, F-5.
Dragatzis, R-5.
Duchamp de Lageneste, H-5.
Duchon, F-3.
Duclos (Paul), O-1.
Duclos, I-8.
Dufilhol, D-3.
Dufraisse, D-7.
Duguet, D-8.
Dumet, C-6.
Duneau, I-5.
Dupêchez, M-3.
Duponchel, S-4.
Dupuy (Lucien), M-2.
Durand (J.), Ac-1.
Durand (Marcel, C-7.
Durand (René), E-8.
Duroselle, A-6.
Duvelleroy, I-4.
Dvoretzky (Mlle), Ad-1.
Echavarria, B-12.
Ecot, Al-1.
Eisenstein, R-8.
Eissen, O-3.
Eltrich, K-6.
Enriquez, A-8.
Epstein, Ab-2.
Ernst, O-11.
Errard, B-4.
Eschalier, Ab-2.
Eseca, A-7.
Eusèbe, R-8.
Evintaris, X-5.
Evrard, N-1.
Farhat, A-3.
Farhat, A-9.
Farrugia, K-13.
Fatou, P-1.
Faveret, N-5.
Favory, G-2.
Féret, O-2.
Féron, H-7.
Féron, Q-3.
Festal, H-4.
Feuillié, F-3.
Feygin (Mlle), R-1.
Figowski, I-10.
Fischer, D-5.
Fliniaux, K-3.
Floquet, T-1.
Fontaine, E-5.
Forestier, F-1.
Forgeron, E-5.
Forget, T-2.
Foubert, C-9.
Fouchard, E-9.
Fouquet, J-11.
Fournier (J.), O-6.
Fournier (L.), M-3.
Fournier (Prosper), D-9.
François, J-9.
Frelizeau, B-8.
Frémond, Q-4.
Fremte (Mlle), K-2.
Fris-Larrouy, H-4.
Fritz, Ab-1.
Frucht, N-2.
Funck, K-5.
Furet, C-5.
Gaillard, H-14.
Galard (de), R-9.
Gallerand, U-2,
Gallas, S-1.
Gallois, F-3.
Gallot-Lavallée, E-2.
Gambier, B-6.
Ganachaud, A-3.
Gand, F-4.
Gardères, H-15.
Gardies, T-1.
Garnier (Gaston), X-4.
Garnier (H.), E-1.
Garnier, A-8.
Gasiglia, U-2.
Gastaud, H-15.
Gauchon, N-3.
Gaudart d'Allaines (de), J-10.

Roussel, J-16.
Roustan (Mlle), R-5.
Ruppe, Q-4.
Sabadini, E-6.
Safontgeff (Mlle), D-9.
St-Yves-Ménard, B-6.
Salanier, I-8.
Salasc, K-8.
Salles, C-2.
Samet (Mlle), C-6.
Samoyeau, B-7.
Sartre, H-2.
Sasportès, Aa-2.
Saxe, H-16.
Schapiro (Mlle), R-3.
Schechter (Mlle), C-1.
Schilmann, Ah-2.
Schlemmer, A-1.
Schmerling, S-1.
Schmiergild (Mlle), Ae-1.
Schmutz, G-3.
Schoux, D-6.
Schutzenberger, Q-1.
Schwarzfeld, G-3.
Sebald, H-4.
Sebenq, C-11.
Sécheret, D-6.
Sédillot, H-8.
Seguin, G-3.
Selter, G-4.
Semelaigne, D-12.
Sénèque, Z-1.
Seriot (Mlle), C-7.
Serrand, E-8.
Sfey, H-5.
Sibot, N-1.
Siéramska (de), I-9.
Sikorav, Y-3.
Silvestre, E-3.
Simard, F-2.
Simon (Mlle), I-2.
Simon, Ab-1.
Smieckowska (Mlle), J-8.
Socquet, M-5.
Solal, D-10.
Solente, Y-3.
Soret, O 8.
Soubaigué, A-11.
Soupault, K-9.
Souplet, K-8.
Spanowski (Mlle), X-2.
Stakhevich, R-9.
Stavropoulo, H-3.
Steibel, F-4.
Stiassnie, D-7.
Stock, K-4.
Surun, B-9.
Suyeux, A-7.
Taberlet, I-8.
Tafalis, O-15.
Tannenberg (Mme de), K-2.
Tarruis, A-4.
Tasserie (Mlle), Y-2.
Ter-Grégoriantz (Mlle), I-3.
Texier, J-9.
Thébaut, E-5.
Thibon de Courtry, K-3.
Thierry (Henri), B-3.
Thierry (J.), K-6.
Think, D-11.
Thivolet (Mlle), D-5.
Thomas, P-1.
Thoyer, A-7.
Tiphine, A-6.
Tisné, H-1.
Touflet, J-8.
Toupance, C-2.
Toupet, I-4.
Tournadour d'Albay, J-12.
Tournay, I-8.
Tourneix, N-1.
Toutey, A-4.
Trélat (Mlle), B-1.
Trémolières, N-2.
Tribaut, S-4.
Trifaud, G-1.
Trousset, R-5.
Trouveller (Mlle), E-1.
Turnesco, E-4.
Tzancoff, I-8.
Ulmann, D-8.
Urion (Mlle), F-6.
Uzan, A-7.
Valiadis (J.), O-1.
Vallée, P-3.
Valleraut, J-13.
Vallery-Radot, R-4.
Vallet, M-1.
Vasselle, K-7.
Vautrain, D-10.
Vayssières, H-13.
Veaux, R-8.
Vérillotte (Mme), O-8.
Verrier (Mlle), H-8.
Vérut, N-2.
Vesselle, U-2.
Viala, F-2.
Viard, H-16.
Vicente, Ab-1.
Vidal, I-10.
Vignard, B-7.
Vigneron, P-2.
Vigouroux, I-11.
Vincent (H.), X-1.
Vincentelli, J-12.
Vinçotte, L-3.
Vinit, B 14.
Vinokour (Mlle), B-9.
Viollet, Q-3.
Vives, J-9.
Vivier, C-10.
Wahl (Mlle), S-1.
Waisberg, A-11.
Wallet, J-10.
Wallon (A.), O-15.
Wallon (Emile), C-6.
Walther, D-1.
Weill, D-6.
Weiss, D-4.
Weisweiller, H-11.
Wilmoth, Ac 1.
Winter, Q-3.
Woillez, Q-2.
Wolfromm (Mme), S-1.
Wroczinski, Ah-1.
Wurtz, R-1.
Xoudis, E-4.
Yacoël, C-10.
Younès, B-5.
Yoyotte, C-11.
Zermati, I-11.
Ziélinski, O-4.
Zivy, J-7.
Zvigoul (Mlle), H-8.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1912)

606 et hectine. — M. HALLOPEAU, rappelant les cas de mort causés par le 606, montre que l'hectine peut être administrée sans danger, elle est plus efficace que le mercure. Injectée dans la période primaire, au voisinage de l'accident initial, elle fait, six fois sur sept, avorter la maladie. Celle-ci peut récidiver après une nouvelle infection.

Eaux minérales. — M. MÉNIÈRE donne lecture du rapport sur les eaux minérales.

Les ascarides. — M. PERRONCITO, l'illustre parasitologue de Turin, assiste à la séance. Il expose ses recherches sur les raisons pour lesquelles les ascarides étaient tantôt inertes et immobiles, tantôt animés de mouvements et erratifs. Ayant pris des ascarides sortis de l'économie et inertes, il les a placés dans de l'eau à 35 degrés et les a vus reprendre aussitôt leurs mouvements. Il en conclut qu'ils ne sont animés de mouvements que quand ils trouvent un milieu favorable.

L'hypodipsie et les oligopotes. — M. Paul FABRE (de Commentry), correspondant national. Le nombre des cas d'adipsie, d'oligadipsie — termes qu'il propose de remplacer par ceux d'*oligopotisme* et d'*oligopotes* — commencent à représenter un chiffre sérieux depuis que l'attention a été attirée sur ce sujet.

Il ne paraît pas absolument indispensable de boire souvent et beaucoup, même en mangeant ; c'est plutôt une habitude qu'une nécessité. Les potages, soupes, sauces, fruits, entremets peuvent fournir à l'organisme une quantité de liquide suffisante à favoriser la mastication, la déglutition et la digestion stomacale. Cependant la privation ou une diminution exagérée d'aliments, les fatigues musculaires extrêmes, l'exposition à une température élevée, les transpirations abondantes, l'usage exclusif d'aliments secs, les évaporations pulmonaires excessives peuvent justifier le besoin d'ingestion de liquides. Mais la présence d'un grand verre, et souvent de plusieurs verres, sur les tables en face de chaque convive ne semble-t-elle pas une concession servile à des habitudes dès longtemps prises, au désir de satisfaire le goût, la mode, par une sorte d'accoutumance enracinée qui crée une sorte d'entraînement irrésistible, plutôt que par un besoin réel de l'organisme normal, sain, bien équilibré ? Le régime sec contre l'obésité, et la facilité avec laquelle est supportée par les obèses l'abstention presque absolue de liquides pendant les repas, justifieraient suffisamment l'opinion que nous buvons trop, beaucoup plus que nos besoins physiologiques ne le réclament.

La lithiase rénale. — M. HARTMANN lit un travail sur les opérations dirigées contre la lithiase rénale. S'appuyant sur une statistique de 50 opérations, sur 40 malades, dont 22 hommes et 18 femmes, il fait observer que grâce, aujourd'hui, aux renseignements de la radiographie sur le volume et le siège des calculs rénaux on peut trouver des indications précises de telle ou telle intervention.

CONGRÈS

VIIe CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE (LILLE, 25-29 mars 1913). — Le VIIe Congrès de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie se réunira à Lille, du 25 au 29 mars 1913, sous la présidence de M. le professeur Pozzi, président de la section de gynécologie.

La section d'obstétrique sera présidée par M. le professeur Audebert (de Toulouse) ; la section de pédiatrie, par M. le professeur Gaudier (de Lille).

Questions mises à l'ordre du jour. — « Chorio-épithéliome. » [Rapporteurs : M. le professeur Aug. Pollosson (de Lyon), MM. le docteur Bender et le professeur agrégé Proust (de Paris)].

« Kystes de l'ovaire et grossesse. » [Rapporteurs : MM. le professeur Puech (de Montpellier) et le professeur agrégé Vanverts (de Lille)].

« Evolution de la tuberculose chez le nourrisson. » [Rapporteurs : MM. les professeurs agrégés Frœlich (de Nancy) et Cruchet (de Bordeaux)].

Secrétaire général du Congrès : M. le professeur Oui, 201, rue Solférino, à Lille.

NOTES POUR L'INTERNAT

CAPSULES SURRÉNALES

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET HISTOLOGIE (1)

D. De tous ces rapports il va résulter que la face ANTÉRIEURE (antéro-externe, HÉPATIQUE) va nous apparaître encadrée véritablement entre le rein et les gros vaisseaux. Mais avant de l'aborder dans cette région toute postérieure et rétropéritonéale il faudra écarter de nombreux organes qui varient à droite et à gauche.

A droite si on soulève le foie on voit que la capsule se met en rapport avec le bord postéro-inférieur (face postérieure des modernes, face inférieure des classiques) du *lobe droit.* Il existe là une facette surrénale, plus ou moins triangulaire, en arrière, au-dessus de la facette quadrilatère rénale. Le foie et la capsule peuvent être en rapport *immédiat,* le péritoine passant directement du rein sur le foie, et, comme le fait remarquer Charpy, quand on extrait le foie, on trouve souvent la capsule adhérente. Dans quelques cas on trouve au contraire un cul-de-sac péritonéal qui s'est insinué entre les organes, dépendant du ligament coronaire, c'est le *ligament hépato-surrénal,* continué par les ligaments duodéno-rénal et hépato-rénal. En avant nous trouvons encore l'*angle sous-hépatique* du duodénum et l'hiatus de Winslow, dont nous avons déjà parlé, prolongé parfois à droite par le prévestibule d'Ancel et Sencert.

A gauche la capsule surrénale est divisée en deux portions par le bord supérieur du pancréas. Au-dessus de ce bord, la capsule recouverte par le péritoine pariétal postérieur qui forme le fond de l'arrière-cavité des épiploons, répond, par l'intermédiaire de cette cavité, à la face postérieure de la grosse tubérosité stomachale. Le bord postérieur de la rate n'atteint la capsule qu'exceptionnellement. Au-dessous du bord supérieur du pancréas, la capsule est recouverte par la queue du pancréas, ou par l'épiploon pancréatico-splénique selon que la queue pancréatique est courte ou longue.

Les vaisseaux spléniques qui chevauchent le bord supérieur du pancréas croisent cette face antérieure. Albarran et Cathelin ajoutent : la face antéro-externe est toujours en rapport avec la face inférieure du lobe gauche du foie, tout à fait en arrière. Pour Lecène et Delamare le lobe gauche est toujours séparé de la surrénale gauche par la grosse tubérosité gastrique.

E. L'angle supérieur, diaphragmatique (pôle supérieur) répond seul à la coupole diaphragmatique proprement dite. A gauche il effleure le pôle supérieur rénal.

La base de la capsule, nous l'avons dit, repose le plus souvent sur le pédicule rénal: l'angle inféro-interne est logé dans le dièdre formé par la veine cave et la veine rénale à droite, l'aorte et la veine rénale à gauche; l'angle inféro-externe est logé dans le dièdre formé par la veine rénale et le bord interne au rein.

Tels sont les rapports des glandes surrénales. Elles occupent donc la région dite *quadrilatère surrénal* par Albarran et Cathelin, comprise entre le bord interne du rein et la colonne vertébrale, le foie et le pédicule rénal.

MOYENS DE FIXITÉ. — Il nous reste à voir comment les capsules sont fixées en cette région de façon solide. On sait que jamais le rein mobile n'entraîne avec lui la capsule surrénale : c'est dire la qualité de ses moyens d'attache. Albarran a pu dire que la capsule surrénale est un des organes les plus fixes de l'organisme. Si l'on dissèque la capsule on voit que parmi ces cordages et ligaments, les uns lui sont propres, les autres dépendent du fascia périrénal.

En effet alors que pour les classiques et Sappey le fascia propria de Velpeau, qui s'était dédoublé en fascias pré et rétrorénal pour engainer cet organe, se reformait en s'insinuant entre le rein et la capsule surrénale, les recherches de Glanteray et Gosset ont montré que chez le nouveau-né on peut détruire cette erreur, provenant en général de la présence de graisse intermédiaire aux deux organes. Les deux feuillets pré et rétro-rénal montent au contraire en avant et en arrière de la capsule surrénale, et contractent des adhérences solides avec la face inférieure du diaphragme. Si nous ajoutons que la glande surrénale est unie à la loge fibreuse par de nombreux tractus fibreux, nous comprenons que Gerota ait signalé cet organe comme un moyen de fixation du rein.

De plus existent des ligaments propres : A. *ligament surréno-cave* (surréno-aortique à gauche) membrane transversale et résistante étendue de la veine à la capsule; B. *ligament surréno-hépatique* véritable feutrage fibreux dans l'angle hépatico-cave; C. *ligament surréno-diaphragmatique,* le plus résistant le mieux visible. C'est un faisceau doublement triangulaire qui joue le rôle actif dans la suspension de la glande.

Comme autres moyens de fixité il faut citer : *a.* avec Albarran et Cathelin la masse intestinale ; *b.* le péritoine pariétal; *c.* le lacis nerveux solaire; *d.* les vaisseaux. Ce sont eux que nous allons étudier maintenant.

ARTÈRES ET VEINES. — Très largement vascularisées, les capsules surrénales reçoivent *trois artères* d'origine différente, richement anastomosées.

A. ARTÈRE CAPSULAIRE SUPÉRIEURE. — Née de la diaphragmatique inférieure, cette artère longe le bord supérieur, se bifurquant bientôt pour donner des rameaux à la face antérieure et au bord externe.

B. ARTÈRE CAPSULAIRE MOYENNE. — Née de l'aorte abdominale, au-dessus de la rénale, la plus importante, pouvant manquer, cette artère atteint le bord interne et se ramifie sur les deux faces. La droite passe sous la veine cave.

C. ARTÈRE CAPSULAIRE INFÉRIEURE. — Née de l'artère rénale, ou d'une de ses branches, ou issue du pôle rénal, elle monte vers la base de la glande.

Ces vaisseaux forment un *plexus péri-capsulaire* d'où partent des rameaux intra-capsulaires, les uns nourriciers allant jusqu'à la substance médullaire, les autres capillaires de la corticalité.

Le *système veineux* comprend une veine principale et des veines accessoires.

La *veine glandulaire principale ou collective* (veine centrale de Testut) est le tronc collecteur. Elle émerge du tiers inférieur de la face antérieure de la glande après avoir suivi le sillon médian. La glande fait légèrement pont au-dessus d'elle, d'où un véritable *cul-de-sac sous-operculaire* (Albarran et Cathelin). Elle émerge au niveau du tiers inférieur, avons-nous dit : elle n'est donc point *centrale* mais plutôt *marginale.* Elles se dirigent ensuite, la droite oblique en haut, la gauche oblique en bas vers la veine cave. Mais la gauche se jette plutôt dans la veine rénale gauche. Cette veine grosse comme la basilique est avalvulée.

Les *veines accessoires* ont été décrites par Lejars. Veines de la substance corticale, en nombre variable, elles sont tributaires de la veine principale, des veines diaphragmatiques, des veines rénales, des veines de la capsule adipeuse.

Par suite des anastomoses on peut décrire un canal réno-capsulo-diaphragmatique — on note encore la voie d'union entre les deux systèmes caves — et signalons le groupe capsulo-surrénal de Lejars, terminaison de l'arc périrénal de Tuffier et Lejars.

LYMPHATIQUES. — Nés par de fins capillaires dans la substance corticale et dans la substance médullaire, les lymphatiques forment un riche réseau capsulaire et un autre réseau satellite de la veine centrale. Pour Cunéo et Marcille ces lymphatiques se résument en trois troncs collecteurs. Le *plus antérieur* passe devant la veine cave et aboutit au groupe latéro-aortique précave. Le *deuxième groupe* se termine, en dedans, dans un ganglion situé sur le pilier du diaphragme, groupe *latéro-aortique rétrocave.* Le troisième groupe traverse le diaphragme avec le petit splanchnique et gagne un ganglion *latéro-vertébral.* Pour Grégoire les lymphatiques se disposent de chaque côté en deux groupes : l'un est *antérieur* par rapport aux vaisseaux prévertébraux et *sous-pédiculaire,* l'autre est *postérieur* et *sus-pédiculaire.* (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voy. *Gaz des hôpit.*, 1912, n° 22, p. 309.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** D. — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — M. le docteur Argaud, docteur en médecine et ès sciences naturelles, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Clermont, est chargé des fonctions d'agrégé (section d'anatomie et embryologie) pour les années scolaires 1911-1912 et 1912-1913 (fondation de l'Université).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — M. le docteur Léon, oto-rhino-laryngologiste de l'Hôtel-Dieu, a été chargé d'un cours libre de clinique oto-rhino-laryngologique.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE. — Un congé, pour le deuxième semestre de l'année scolaire 1911-1912, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Bouchardat, professeur d'hydrologie et minéralogie.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — Concours d'internat. — Le concours annuel sera ouvert à l'hôpital, 7, rue Pierre-Larousse (Paris, XIVe), dans la deuxième quinzaine de juin 1912 (une affiche ultérieure fera connaître la date exacte du concours), pour la nomination de sept internes titulaires dont un pour les spécialités (maladies des oreilles, du larynx et du nez) et de plusieurs internes provisoires. Les internes titulaires sont nommés pour deux ans, les provisoires pour un an.

Pour les inscriptions et tous renseignements, écrire à M. l'administrateur délégué, à l'hôpital, 7, rue Pierre-Larousse.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Acquaviva (de Marseille), Baudoin (de Tours), Benoit (de l'Arba), Bloch (de Neuilly-sur-Seine), Bories (de Marseille), Brindel (de Bordeaux), Brongniart (d'Asnières), Cayrol (de Paris), Colombani (d'Oran), Cortot (de Paris), Daniel (de Mila), Dejean (de Decize), Dupouy (de Paris), Duvivier (de Caen), Eudlitz (de Paris), Gélibert (du Moulin-à-Vent), Gobillot (de la Trimouille), Harlay (de Paris), Huchard (d'Alger), Husson (d'Offranville), Jacowsky (de Vermaud), Jacques (de Saint-Bonnet), Lajotte (de Longjumeau), Lebrun (de Paris), Lecoq (de Meudon), Lefèvre (de Paris), Liagre (de Constantine), Menier, Millant et Moundlic (de Paris), Mouly (de Canet-d'Aude), Péradon (de Paris), Peraldi (de Toulon), Petit (de Saint-Cyr), Piétri (de Nice), Poulain et Radiguet (de Paris), Saizy (de Rouillac), Simon (de Dinard), Souffrain (de Longuyon), Testevin (de Paris), Testevuide (de Bourbonne-les-Bains), Vanderquand (de Dolus), Verliac (de Rochefort-sur-Mer), Vimont (de Paris), et M. André Maillard, chef des services administratifs de l'Association générale des médecins de France, qui s'est consacré depuis vingt-cinq ans avec tant de dévouement aux services de l'Association.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Ahond (du Mont-Dore), Amat, ancien médecin-major, à Courbevoie; Andret (d'Aubusson), Aune, médecin-major au 91e d'infanterie; Beaussenat (de Mussidan), Bernard (de Chauny), Bessière (de Mende), Billon (de Marseille), Bordes (de Prades), Botcazo (de Marcoussis), Bouvier (de Saint-Chaptes), Buizard (de Paris), Carretier (de Saint-Domineuc), Carrus (de Nice), Chanoine-Davranches (de Paris), Cohen-Solal (de Paris), Condo de Satriano, Constantin (P.-A.-D.) et Constantin (P.-M.) (de Marseille), Crapez (de Landrecies), David (de Montreuil-Bellay), Delsaux (de Portovecchio), Drouart (de Béthéniville), Duboucher (de Teniet-el-Haâd), Dumont (de l'Isle-de-Noé), Florenville (de Paris), Fraisse (de Feurs), Giliard, médecin-major de 1re classe au 110e régiment d'infanterie; Goldenberg (de Nîmes), Gontard (de Serres), Graziani (d'Herbillon), Guilloteau, médecin-major (de Rabat), Guiraud (de Marseille), Halbron (de Paris), Hannebelle (de Friville-Escarbotin), Jambon (de Rennes), Juillet (de Villepreux), de Lacombe (de Digne), Landaud (de Verneuil-sur-Vienne), Lannois (de Lyon), Lartet (de Dieppe), Latreille (de Rennes), Lenoir (de Saulx), Malosse (d'Alger), Meynet (de Marseille), Millat (de Paris), Noble (de Lalinde), Nogier (de Paris), Patin (de Bresle), Patte (d'Alby-Saint-Chéron), Patterson, médecin-major à Settat (Maroc); Pellissier (de Marseille), Peyrou (de Paris), Piollene (de Marseille), Poisson (de Paris), Proby (de Oullins), Proust (de Paris), Reynès (de Marseille), Rives (de Perpignan), Rupeau (de Bordeaux), Sacreste (de Bourges), Schmitt (de Nancy), Sécheret et Sénéchal (de Paris), Siou (du Pré-Saint-Gervais), Sondaz (d'Albertville), Topart et Traverse (de Paris), Trilhes, médecin principal de l'armée; Vassal (de Charleville), Vialard (de Frontenac), Voutier (de Chambéry), Worms, aide-major au 79e d'infanterie.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la huitième semaine, 1044 décès au lieu de 1143 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1124 moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole a causé 39 décès au lieu de 31 pendant la semaine précédente (moyenne 12); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 717, au lieu de 519 la semaine précédente (moyenne 264). Les quartiers les plus atteints sont à peu près toujours les mêmes; tous sont des quartiers pauvres de la périphérie : Charonne, 23 cas nouveaux; Père-Lachaise, 24; Combat, 23; Goutte-d'Or, 35; Clignancourt, 34; Grandes-Carrières, 45; Epinettes, 28; Plaisance, 29.

REVUE GÉNÉRALE

LES FRACTURES DE L'ASTRAGALE

Par MM. A. FORAZ et L. SALLE,
Internes des hôpitaux de Saint-Etienne.

I

Historique. — C'est un truisme de dire que la radiographie a révolutionné l'étude des fractures, une banalité s'il s'agit des fractures de l'astragale.

Avant 1898, considérées comme très rares et n'allant pas sans délabrements considérables de la région, elles sont mal connues. Rognetta en signale deux cas chez le vivant (1833 et 1843), Malgaigne en donne une description très sommaire.

Parmi les premières études de quelque importance, citons les thèses de Monahan (Buffalo, 1858), de Psarrat (Montpellier, 1868), Dupeyroux (Paris, 1880), l'article de Lallé dans le *Dictionnaire encyclopédique* (1867). En 1880, Daniel Mollière attire l'attention sur les déformations consécutives aux fractures anciennes de l'astragale. Shepherd, en 1882, décrit un type spécial. En 1890 paraît le travail consciencieux de Ballenghien.

Kummer, en 1898, réunit 94 cas antérieurs; la thèse de Bergeret précise les divers types de lésions, montre la fréquence des fractures isolées, inappréciables à l'examen clinique.

Depuis, les travaux se sont multipliés à Paris, à Lyon, à l'étranger. Successivement se sont élucidés :

— La pathogénie : articles de Bastian, d'Ombrédanne dans la *Revue de chirurgie*, nombreux travaux de Destot.

— Les formes symptomatiques : thèse de Joubaire (Paris, 1901), sur les fractures simples; de Petit (Lyon, 1900), sur la fracture avec luxation du pied en avant; de Paget (Lyon, 1901), sur les fractures malléolaires et astragaliennes combinées et les cals vicieux qui en résultent; de Petiteau (Paris, 1909), sur les fractures avec déplacement.

— Le traitement enfin. Les indications de l'astragalectomie s'étendent de plus en plus sous l'influence de l'Ecole lyonnaise (thèses de Louis, de Rollet, 1903, article de Gayet dans le *Lyon chirurgical*, 1909).

II

Etiologie. — La fracture de l'astragale est beaucoup moins rare qu'on ne l'avait admis jadis et l'ancienne statistique de Leisrink (1872), 1 fracture sur 500, doit être augmentée de tous les cas inconnus aujourd'hui décelés par la radiographie. C'est ainsi que Destot en put réunir 30 cas en quatorze mois.

Il ne paraît pas y avoir de prédisposition particulière. C'est une fracture de l'âge adulte, plus fréquente chez l'homme en raison de son genre de travail.

Quelques cas de fracture spontanée ont été observés par Lévy chez les tabétiques.

La cause occasionnelle ordinaire est une chute d'un lieu élevé, cependant la torsion de plain-pied a pu causer une fracture du col de l'astragale.

III

Mécanisme. — C'est par l'astragale que le poids du corps se répartit sur la voûte du pied, mais d'une façon très diverse suivant qu'appuient la plante dans la station, la marche en avant, ou la pointe dans le saut, la descente d'un escalier, le pas à reculons.

Dans le premier cas, l'astragale n'est qu'une superstructure de l'arche postérieure de la voûte, formée par le calcanéum et il transmet intégralement la force à cet os, en arrière par son corps au thalamus, en avant par son col et sa tête à la grande apophyse. On n'observe guère sa fracture isolée dans cette attitude de chute, exception faite de certaines fractures du col par torsion. Ordinairement ce sont les malléoles ou le calcanéum qui cèdent.

Par contre, dans la flexion plantaire ou dorsale du pied, simple ou compliquée de torsion, l'astragale prolongeant le scaphoïde et les trois premiers métatarsiens forme le sommet d'un ressort en arc de cercle qui supporte la majeure partie du poids. C'est alors que s'observent les fractures de l'astragale.

Mais le trauma agit-il directement ou par l'intermédiaire des ligaments? Y a-t-il écrasement (Erichsen, Destot) ou arrachement (Ombrédanne)? Etudions successivement le mécanisme dans les différentes attitudes de flexion plantaire, de flexion dorsale, de torsion, d'aplomb du pied.

1° Chute en flexion plantaire. — Il y a fracture de la tête astragalienne ou fracture du corps.

Sur la première l'accord paraît établi. La mortaise tibio-péronière appuie violemment sur le quadrant postérieur de la poulie astragalienne et tend à chasser l'os en avant, suivant le plan incliné du thalamus, et en dedans, en raison de l'angle de déclinaison. Il se produit alors soit une luxation de l'astragale (expériences de Rochet), soit une luxation du scaphoïde (observations de Bœckel), soit le plus souvent un télescopage des deux os. L'astragale veut passer en dessous ne pouvant fuir en dedans en raison du tubercule du scaphoïde, d'où subluxation avec fractures complexes prédominant tantôt sur le scaphoïde, tantôt sur la tête astragalienne. C'est le type astragalo-scaphoïdien de Destot et Bergeret, observé chez des tabétiques par Lévy (Soc. chir., Breslau, 1909). Il se fait un pied plat traumatique où le rôle du tassement semble avéré.

Il n'en va plus de même si dans cette attitude c'est le corps de l'astragale qui se fracture.

A. Ombrédanne compare l'os à un levier dont la résistance appliquée à l'extrémité antérieure est représentée par le plancher de la loge de la tête astragalienne : petite apophyse du calcanéum, facette calcanéenne antérieure et ligament glénoïdien solidement inséré au scaphoïde. Les ligaments tibio et péronéo-astragaliens postérieurs, tirant sur le bras postérieur du levier, se tendent et cassent l'astragale contre la lèvre antérieure du tibia immédiatement en arrière du ligament en haie, à la jonction du col et du corps. Secondairement ce bord antérieur de la mortaise disjoint les fragments en pénétrant entre eux comme un coin.

Les principaux arguments que donne l'auteur en faveur de cette théorie sont :

a. L'expérimentation sur le cadavre;

b. L'insertion constante du ligament en haie au fragment antérieur;

c. L'intégrité des ligaments tibio et péronéo-astragaliens postérieurs, qui exclut la possibilité d'une pression énergique primitive du bord antérieur de la mortaise sur le col astragalien;

d. L'existence de tous les intermédiaires entre cette sorte d'arrachement bilatéral du grand bras du

levier astragalien et les arrachements unilatéraux, avec trait de fracture sagittal.

B. Les partisans de l'écrasement direct répondent avec Destot.

a. Les recherches expérimentales ne peuvent guère élucider ce qui se passe chez le vivant. Un corps mort ne se reçoit point sur le sol comme un corps vivant qui tombe. Deux choses capitales ne le peuvent remplacer : la tonicité et la contraction musculaire qui maintiennent la fixité de l'attitude de chute.

b. Les constatations cliniques montrent l'existence de fractures comminutives où le fragment postérieur est écrasé et le tibia se trouve fixé dans l'os : 1 cas de Vallas, 1 cas de Villard (charpentier qui tombe d'une voiture, soldat qui saute le mur).

c. Dans certains cas il se joint à la fracture astragalienne un tassement ou une fracture de la lèvre antérieure du tibia, signature de son rôle dans le traumatisme.

d. Les observations publiées de fractures sagittales concernent en réalité soit des fissurations longitudinales, épiphénomène d'une fracture type, soit simplement des fractures obliques. Cette obliquité du trait de fracture, rencontrée 9 fois sur 11 cas par Destot, est presque la règle et correspond précisément à une obliquité pareille de la lèvre antérieure du tibia, l'axe bimalléolaire faisant un angle de 30 degrés avec le plan transversal. L'empreinte se marque sur le quadrant postérieur de la poulie en raison de la flexion plantaire qui en découvre la partie antérieure.

2° Chute en flexion dorsale. — Le quadrant antérieur de la poulie astragalienne se trouve ici recouvert et c'est à la limite du corps et du col que le pilon tibial vient décapiter l'os.

3° Chute avec torsion. — Si l'avant-pied est refoulé de bas en haut avec la tête astragalienne, tandis que le pilon tibio-péronier fixe en tombant la partie postérieure, le col tend à s'ouvrir et se rompt au point le plus faible soit dans son insertion ligamenteuse, soit en avant de celle-ci. Ce mécanisme est très net dans un cas où Durand fit la reposition sanglante (Soc. chir., Lyon, 1909) : un ouvrier déchargeait des sacs de farine par une planche formant pont entre la voiture et le quai d'embarquement. La planche casse, notre homme tombe de façon que le bord interne de son avant-pied bute sur le fragment de planche, alors que le talon porte à faux et sous le choc tend à s'enfoncer dans le vide. Il y eut fracture compliquée du col.

4° Chute d'aplomb. — C'est alors, nous l'avons vu, que le choc s'épuise dans la mortaise tibio-péronière ou le calcanéum, mais souvent l'astragale porte la trace des coups reçus. D'où lésions combinées à type malléolaire ou calcanéen. Nous insisterons sur ce dernier type en raison de la discussion pathogénique qu'il soulève. Il s'agit de la fracture de l'apophyse postérieure de l'astragale, constatée pour la première fois par Shepherd, et coïncidant en général avec un tassement ou une fracture du thalamus.

Pour Bergeret et Destot cette apophyse en forme d'onglet resterait sur le dos du calcanéum tandis que l'astragale s'enfonce dans cet os et le fait éclater (thèse de Morel).

Jaboulay a montré que cette apophyse postérieure se formait par un point d'ossification spécial, l'os trigonum et il y aurait pour lui décollement épiphysaire.

Enfin pour Ombrédanne, c'est un arrachement des lèvres de la gouttière osseuse du fléchisseur propre par les lames fibreuses qui s'y insèrent respectivement, avec fréquence égale des lésions des deux tubercules, et souvent coexistence de l'arrachement des deux.

IV

Anatomie pathologique. — Nous étudierons successivement dans les fractures de l'astragale, les fractures de la tête, celles du col et celles du corps. Ces dernières sont de beaucoup les plus communes : 35 cas pour 5 fractures du col dans les observations de Destot. Le type astragalo-scaphoïdien est intermédiaire comme fréquence.

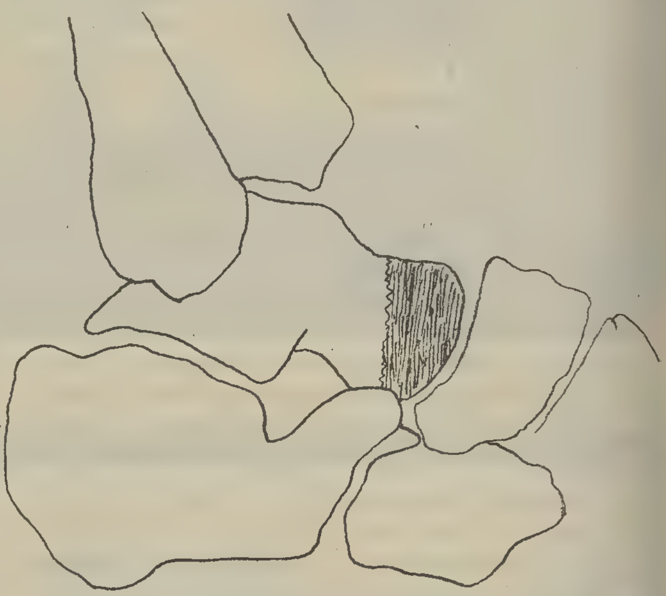


Fig. 1. — *Fracture de la tête astragalienne.* — Type astragalo-scaphoïdien (schématique).

1° Fractures de la tête. — L'astragale est subluxée dans la voûte du pied, la tête écrasée a tamponné le scaphoïde dont la partie inférieure est arrachée, laminée, tandis que la partie supérieure remonte sur le col de l'astragale. Il se fait un pied plat traumatique.

2° Fractures du col. — Cette fracture est définie par deux caractères anatomo-cliniques essentiels.

A. Sa *délimitation.* — Le col, partie moyenne du trépied astragalien, est une sorte d'arche jetée pardessus le sinus du tarse, entre l'articulation calcanéo-astragalienne postéro-externe et les deux articulations antérieures : antéro-interne avec la petite apophyse, antéro-externe avec la grande apophyse du calcanéum. Au delà de cette dernière, le col se continue avec la tête astragalienne ; la limite postérieure est beaucoup plus difficile à fixer par suite de l'obliquité du sinus du tarse. Il est suffisant et commode, parce que facile à noter sur les radiographies, de prendre le point de repère que propose Destot, le tubercule externe de l'astragale. On aura fracture du col toutes les fois que ce tubercule restera en arrière du trait de fracture ; si par contre le fragment antérieur l'a entraîné, il y a fracture du corps, fracture articulaire.

B. La *nature*, en effet, de la fracture du col est de

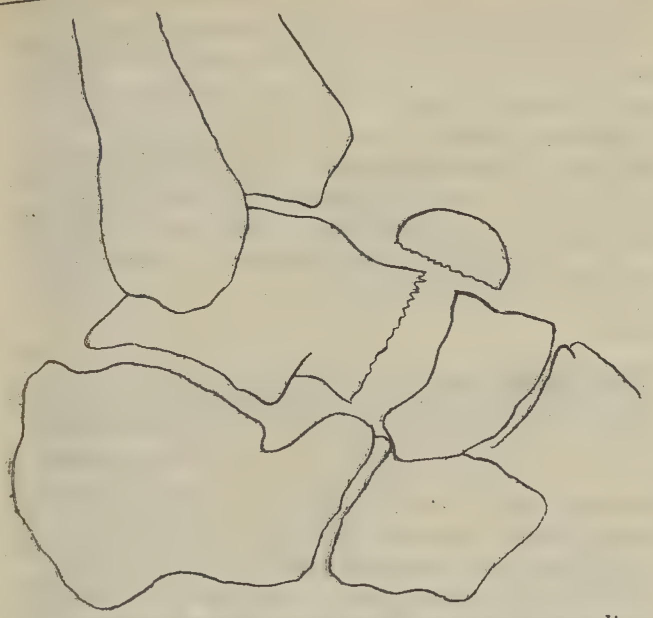


FIG. 2. — *Fracture du col avec luxation de la tête astragalienne sur le dos du pied.*



FIG. 3. — *Fracture du col sans déplacement.*

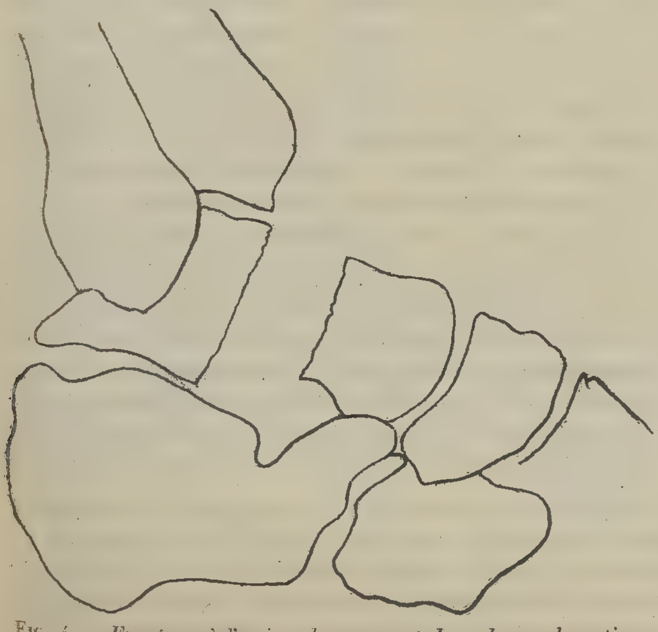


FIG. 4. — *Fracture à l'union du corps et du col avec luxation antérieure du pied.*

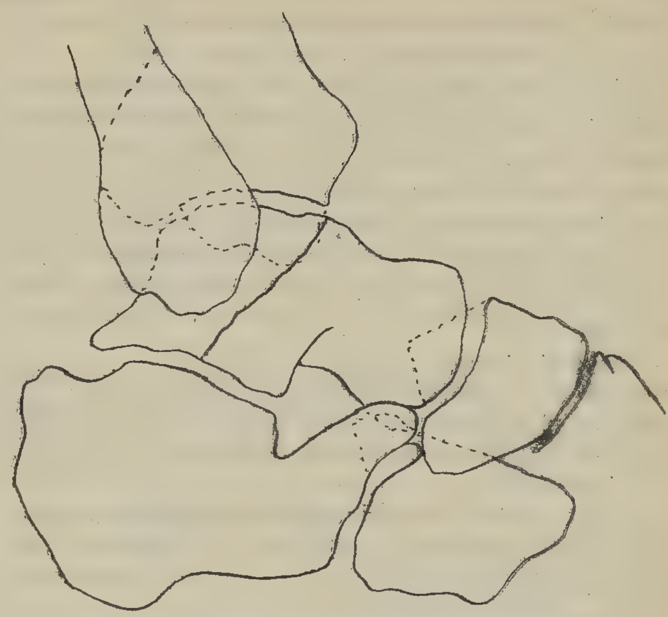


FIG. 5. — *Fracture du corps sans déplacement.*



FIG. 6. — *Fracture du corps avec écrasement du fragment postérieur.*

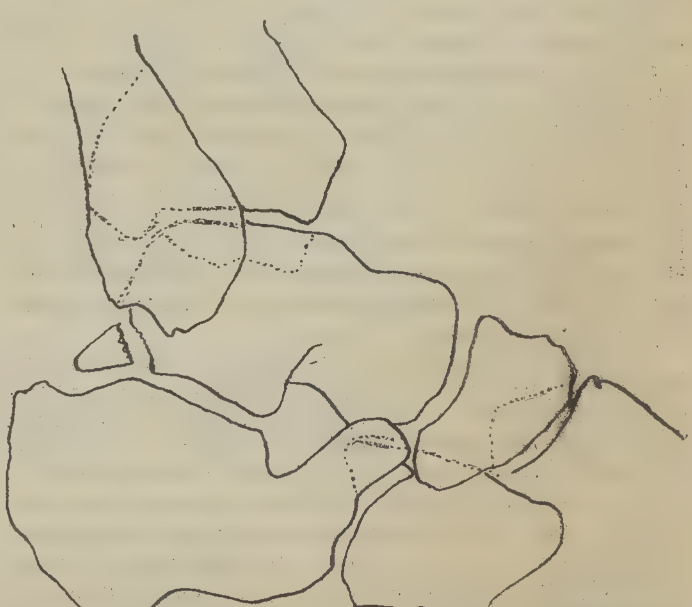


FIG. 7. — *Fracture de l'apophyse postérieure.*

laisser intacte toute articulation, médio ou tibio-tarsienne, sous-astragalienne postéro-externe.

Nous adopterons la division de Destot en fractures pré, intra ou rétro-ligamentaires par rapport au ligament en haie tout en remarquant que si, dans les cas légers, ce ligament est respecté, il se trouve arraché dans les traumatismes graves et la distinction devient alors assez factice. C'est ainsi que dans le cas de Durand, déjà cité, il existait un déplacement notable et visible à travers une plaie transversale au niveau même de la fracture, bien que celle-ci fût intraligamentaire.

a. Le trait de fracture passe en avant du ligament interosseux. La tête détachée est mobile, elle peut rester en place, mais le plus souvent elle se luxe sur le dos du pied, directement sous la peau, ou même à travers une plaie.

b. Le trait passe au milieu du ligament interosseux. Les fragments maintenus en place ne subissent souvent aucun changement jusqu'au jour où un cal exubérant vient faire exostose.

c. Le trait est postérieur. Le col est séparé du corps à sa limite suivant un trait dont l'obliquité se dirige en arrière et en dedans. Le col reste en général en place; quant au corps, son sort dépend de l'état de ses attaches ligamenteuses ou ce qui revient au même de la violence du traumatisme. Si tous les ligaments résistent, à peine voit-on sur le cliché un léger glissement suivant le plan incliné de la surface thalamique. Si les ligaments péronéo-calcanéens sont arrachés, le corps de l'os est entraîné avec le plateau tibial sur le dos du calcanéum. Si, au contraire, les lésions des ligaments tibio et péronéo-astragaliens prédominent, le corps de l'os devient mobile « comme la roulette d'un grelot » : tantôt il vient faire saillie au-devant des malléoles, tantôt il s'énuclée en arrière sous le tendon d'Achille (Albertin, Destot, Durand), ou encore se retourne complètement, la face inférieure en l'air (cas de Molin).

3° Fractures du corps. — Le corps de l'astragale se trouve compris entre la surface thalamique et la mortaise tibio-péronière de sorte que son atteinte crée une fracture articulaire dont les effets se font sentir, et dans la tibio-tarsienne, et dans la sous-astragalienne.

La forme du trait est la même dans la plupart des cas. Il traverse obliquement la face supérieure de la poulie, de dedans en dehors, d'avant en arrière, de telle sorte que l'extrémité antérieure vient couper la face interne à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs, tandis que l'extrémité postérieure divise la face externe en deux parties inégales, l'antérieure représente les deux tiers de la face externe, la postérieure est très petite. Sur la face inférieure de l'os le trait passe obliquement et partage en deux parties égales la surface articulaire calcanéo-astragalienne postérieure.

Tantôt les fragments restent en place, le postérieur bascule légèrement, l'angle d'inclinaison est effondré, l'astragale s'est simplement aplati et allongé. Ailleurs le fragment postérieur fuit en arrière sur le dos du calcanéum, ou s'écrase directement, le tibia restant fixé dans le foyer de fracture. Dans ces derniers cas où le trait général se trouve compliqué d'écrasement, on voit souvent une fissuration longitudinale qui s'étend jusque sur le col, comme si l'astragale voulait se partager en deux à la partie antérieure.

Pour terminer cet exposé anatomo-pathologique, il nous reste à dire que les fractures de l'astragale sont quelquefois bilatérales et symétriques, comme dans le cas de Vallas.

Enfin survenant à l'occasion de traumatismes violents, elles s'accompagnent volontiers d'autres fractures, sur lesquelles nous reviendrons. Signalons la fréquence de la fracture de l'apophyse postérieure de l'astragale unie à une fracture du calcanéum ou une luxation sous-astragalienne.

V

Symptomatologie. — Les formes cliniques se superposent assez exactement aux formes anatomiques.

1° *Type astragalo-scaphoïdien.* — Le gonflement et les douleurs prédominent au niveau de la médio-tarsienne. Par contre l'examen des malléoles et du calcanéum ne révèle aucune déformation, aucun point douloureux. Tout se passe dans l'avant-pied : la plante est affaissée, comme on le voit dans un pied plat typique, mais le pied est plus cambré que normalement. Le bord interne est épaissi, douloureux, plus court que celui du côté opposé, le tubercule du scaphoïde, si on peut le percevoir, est rapproché de la malléole interne.

C'est un cas qu'il faut savoir reconnaître, car la bascule de l'astragale et sa subluxation dans la voûte du pied entraînent des troubles fonctionnels durables. La douleur et l'impotence persistent indéfiniment. Il se produit de l'arthrite médio-tarsienne. La marche et la station sont pénibles et douloureuses.

2° *Fractures du col.* — La fracture siège en avant du ligament interosseux, la tête de l'astragale est mobile et souvent vient faire saillie sur le dos du pied en se luxant. On la sent alors très facilement, qu'il existe ou non une plaie. Le symptôme dominant est le ballottement du pied auquel on peut imprimer de grands mouvements de latéralité, surtout en dedans où on peut obtenir un varus considérable.

— Le trait siège au niveau de l'insertion ligamenteuse, les symptômes sont très frustes au moment de l'accident. On croit avoir affaire à une entorse banale. Un seul signe peut attirer dès l'abord l'attention : une douleur exquise en pinçant entre deux doigts le col de l'astragale, au point où il devient accessible, immédiatement en avant de la malléole externe. Mais, plus tard, quand le cal se forme, son exubérance détermine des exostoses appréciables au palper. Les mouvements de flexion et d'extension du pied se limitent et deviennent douloureux. La radiographie donne la clef des symptômes.

La fracture passe à l'union du corps et du col. La symptomatologie se confond sensiblement avec celle des fractures du corps proprement dites et la distinction peut paraître subtile. On y songera néanmoins si l'on constate un déplacement considérable du fragment postérieur, seul ou accompagné du fût de la jambe, si la mobilité du pied se trouve conservée ou exagérée. Par contre la rigidité dans l'attitude de déformation est plutôt en faveur de la variété suivante.

a. Dans un premier type, les ligaments péronéo et tibio-calcanéens ont cédé, le corps de l'astragale est entraîné avec le plateau tibial sur le dos du calcanéum. Ce qui frappe à l'examen, c'est la luxation du pied en avant. Le talon paraît avalé, les malléoles sont plus élevées au-dessus du sol, les gouttières

malléolaires disparues. Sur le dos du pied on sent sous le gonflement considérable le col de l'os douloureux.

b. Dans un second type, les ligaments latéraux qui rattachent l'astragale à la mortaise ont cédé à leur tour, on a un pied ballant, donnant la sensation d'un sac de noix (signe de Rognetta) et le corps de l'os peut prendre toutes les positions. La plus fréquente est son énucléation sous le tendon d'Achille où on peut très facilement le percevoir. Les malléoles ne sont plus à leur place : au lieu de se trouver à leur hauteur normale, elles sont abaissées et la déformation est typique. On voit ainsi que les mouvements du pied n'ont plus lieu dans la tibio-tarsienne, mais beaucoup plus bas. D'ailleurs on peut imprimer des mouvements anormaux.

3° Fractures du corps. — Elles succèdent en général à des traumatismes considérables : chute ou précipitation. Nous n'insisterons point sur certains signes ordinaires des fractures, que l'on retrouve de manière inconstante : gonflement, ecchymoses, crépitation perçue directement ou dans les mouvements provoqués, douleur rendant la marche impossible et réveillée par la pression autour de la tibio-tarsienne. Nous nous bornerons essentiellement aux variations du tableau clinique, suivant que les fragments restent en place, que le pied est déplacé, ou simplement le fragment antérieur.

A. Il n'y a pas déplacement des fragments. Pas de déformation apparente. On pense à une simple entorse et la lésion reste inaperçue. Cependant le fragment postérieur a basculé légèrement, l'angle d'inclinaison s'est effondré, il se fait de l'arthrite sèche tibio et médio-tarsienne. Le malade continue à souffrir indéfiniment, la région reste un peu globuleuse ; cela ressemble à une ancienne tumeur blanche jusqu'au jour où la radiographie précise les lésions.

B. On constate un déplacement du pied variable avec les cas : subluxation en avant, fixation en équinisme ou en varus, abaissement de la jambe dans le foyer de fracture.

a. Ordinairement le fragment postérieur glisse sur le dos du calcanéum et l'on constate une subluxation du pied en avant avec allongement apparent du pied et avalement du talon. Cette déformation est caractéristique et ne se rencontre qu'ici et dans les fractures marginales antérieures du tibia, mais alors le fût du tibia est considérablement augmenté, le fragment détaché vient faire saillie sous les tendons extenseurs, il existe des lésions des malléoles. Il faudra néanmoins envisager la possibilité de lésions combinées que précisera la radiographie.

Mais le fragment postérieur peut s'écraser, le pilon tibial pénètre dans le foyer de fracture et le pied se trouve bloqué dans une attitude fixe qui est :

b. L'*équinisme*. Le cas de Vallas est fort instructif à cet égard. Un charpentier tombe d'une toiture, est apporté à l'hôpital les deux pieds symétriquement fixés en extension, comme s'il existait une contracture des jumeaux. Comme il y avait en même temps fracture de la colonne et des deux extrémités inférieures du radius, on avait pensé qu'il s'agissait d'une contracture secondaire à une fracture médullaire. Mais les signes locaux permettaient d'éliminer cette pathogénie : en effet les malléoles étaient très rapprochées du talon, la gouttière anté-malléolaire avait disparu et on sentait à sa place une grosse tumeur, le corps de l'astragale. Le tubercule du scaphoïde était très éloigné de la pointe de la malléole interne ; les mouvements étaient abolis dans la tibio-tarsienne et on pouvait se rendre compte que la masse du mollet était flasque et sans contracture. La résection de l'os confirma le diagnostic.

c. Le *varus*. Le pied se trouve transporté en dedans et renversé sur son bord externe. L'axe de la jambe tombe sur le cinquième orteil ou même complètement en dehors. La conséquence est la saillie énorme de la malléole externe et l'excavation du bord interne du pied qui, plus creux, semble raccourci.

Les malléoles sont intactes et ce fait coïncidant avec le siège très bas du sommet de la courbe du varus permet de rapporter la lésion au corps de l'astragale en éliminant la fracture malléolaire avec adduction, les éclatements du tibia, les fractures sus-malléolaires. La radiographie est d'ailleurs d'un secours nécessaire et inappréciable.

d. L'*abaissement de la jambe* qui se trouve fixée par le traumatisme dans le foyer de fracture. Les mouvements de flexion et extension sont abolis au même titre que ceux de latéralité dans la sous-astragalienne. Les malléoles sont rapprochées du sol, les gouttières sous-malléolaires effacées. En avant et en arrière on peut voir saillir des fragments osseux appartenant à l'astragale brisé. Seule la radiographie tranche le différend entre écrasement de l'astragale ou du calcanéum.

C. Il y a déplacement du fragment antérieur seul. C'est un type classique et très anciennement connu. La ligne supérieure du pied ou ligne de cambrure apparaît totalement changée par une masse comprenant le col et une partie du corps de l'astragale masse qu'il est facile de délimiter et de reconnaître.

VI

Associations et complications. — Nous avons étudié surtout la fracture unilatérale et simple. Mais elle est souvent associée soit à d'autres fractures, soit à d'autres lésions.

1° Association. — A. *Fractures bilatérales.* — Elles sont rares, mais il en existe quelques observations. Elles sont en général symétriques.

B. *Fractures malléolaires et de l'astragale.* — La coexistence est assez fréquente. Nous avons vu la plus ordinaire, la fracture marginale antérieure, mais d'autres combinaisons peuvent se rencontrer. En général les signes de fracture astragalienne dominent la scène. On trouve le signe de Rognetta, le ballottement en sac de noix de l'astragale. Les clichés de face et profil montrent exactement la répartition des lésions.

C. *Fracture du scaphoïde et de l'astragale.* — Il y a pied plat traumatique avec exagération de la cambrure. C'est le type astragalo-scaphoïdien que nous avons étudié, où l'écrasement de la tête va avec une fracture ou une luxation scaphoïdienne.

D. *Fracture du calcanéum et de l'astragale.* — Nous étudierons à ce propos la fracture de Shepherd ou fracture de l'apopophyse postérieure de l'astragale en raison de sa très fréquente association avec un tassement ou une fissuration du calcanéum. A vrai dire elle a pu se voir quelquefois isolée ou venir compliquer une luxation sous-astragalienne dont elle aggrave le pronostic.

Cette fracture n'a, immédiatement après l'accident, aucun signe caractéristique : c'est le tableau de l'entorse grave. Mais l'évolution est bien spéciale ;

au lieu de diminuer avec le temps, les douleurs et l'impotence persistent, réalisant le type de l'achillodynie ou de la talalgie. Un signe permet de soupçonner la lésion : quand la main à plat, sous le calcanéum, le refoule vers la mortaise tibio-tarsienne, le malade accuse une souffrance très vive, analogue à celle d'un clou qu'on enfoncerait dans le pied par la face plantaire.

2° Complications. — Elles sont fréquentes et ordinairement sérieuses.

Immédiatement la peau peut être ulcérée par le fragment luxé, les articulations communiquer avec l'extérieur et s'infecter, nécessitant une astragalectomie de drainage immédiate.

Plus tard les phénomènes d'arthrite sèche, dans la médio-tarsienne pour les fractures antérieures, la tibio-tarsienne pour les fractures du corps, les cals vicieux exubérants pour les fractures du col, viennent limiter les mouvements et entretenir les douleurs. Peu à peu astragale, calcanéum, pilon tibial peuvent se souder en un seul bloc, soit en bonne, soit en mauvaise position.

Enfin dans certains cas ce sont de véritables névrites avec troubles trophiques qu'ont observées Bérard et Patel.

VII

Pronostic. — C'est depuis la loi sur les accidents du travail que l'on s'est occupé surtout du pronostic des fractures. En ce qui concerne l'astragale, il nous apparaît comme sérieux.

Une fracture du col sans luxation, ou avec déplacement bien réduit, peut guérir sans laisser de troubles, mais le plus souvent, nous l'avons vu, il y a trait de fracture articulaire, arthrite interminable.

Même à la suite d'une astragalectomie immédiate, un long temps s'écoule avant que la brèche opératoire se soit cicatrisée, que le pied se soit plié à une statique nouvelle par redressement du calcanéum et assouplissement des articulations du tarse antérieur.

VIII

Diagnostic. — Le diagnostic d'une fracture isolée de l'astragale suppose qu'en présence d'un traumatisme de l'arrière-pied on compare soigneusement les données de la vue et du palper et qu'au moindre soupçon une épreuve radiographique vienne appuyer l'examen clinique.

Trois repères sont à considérer : en vue cavalière la ligne de jambe, en profil interne les lignes supérieures ou inférieures du pied, ligne de cambrure et ligne de voûte.

On appréciera bien la ligne de jambe (état des malléoles, prédominance du gonflement) en faisant mettre le malade à genoux sur le bord du lit, les pieds en dehors. Si les malléoles sont intactes, le gonflement surtout sous-malléolaire et interne, la pointe du talon ayant conservé son relief arrondi, il faut soupçonner une lésion de l'astragale.

On passe alors à l'étude du profil que l'on compare à celui du pied sain. Trois résultats sont possibles : il n'existe pas de déformation — il y a modification de la voûte plantaire — ou changement de la seule cambrure.

1° Pas de déformation apparente. — Se défier du diagnostic d'entorse, chercher les points douloureux en avant des malléoles, faire une radiographie.

2° Il y a disparition de la voute plantaire avec exagération de la cambrure. Le bord interne du pied est épaissi. Il s'agit d'une fracture astragalo-scaphoïdienne, la seule qui s'accompagne de symptômes du côté de la voûte.

Il faut cependant éliminer la luxation médio-tarsienne et la fracture de la grande apophyse du calcanéum, dans laquelle l'astragale en se luxant a écrasé cet os. Mais dans ce cas, le talon est étalé, les malléoles noyées dans une masse irrégulière qui les déborde de toutes parts.

La luxation médio-tarsienne se caractérise par des lésions de l'arc externe du pied qui n'existent point dans la fracture astragalienne ; il sera bon néanmoins de recourir à une radiographie.

3° Tout se passe dans la ligne de cambrure. Le calcanéum est sain. Si les malléolaires apparaissent cliniquement intactes et que leurs rapports avec la pointe du talon, le tubercule du scaphoïde ou le sol soient changés, il y a lésion de l'astragale. Mais est-ce une fracture, une luxation sons-astragalienne, une luxation de l'astragale ?

Dans la luxation sous-astragalienne, le peu de douleurs et de réaction contrastant avec une grosse déformation, l'immobilité de la tête de l'astragale que la main perçoit sur le dos du pied, souvent la faiblesse du traumatisme causal permettent le diagnostic.

Une luxation de l'astragale intacte sur le dos du pied sera enfin facilement différenciée par la palpation d'une fracture avec luxation du fragment antérieur.

Par contre s'il existe des lésions malléolaires associées, le diagnostic sera toujours très difficile et souvent confirmé par la seule radiographie.

IX

Traitement. — Cette question du traitement en présence d'une fracture de l'astragale a fait l'objet d'une multitude de travaux ces dernières années. Connaissant de longue date les excellents résultats fonctionnels après l'ablation d'astragales tuberculeux, il était naturel d'appliquer même conduite à des lésions différentes, et c'est surtout à préciser les indications de l'astragalectomie qu'ont visé les auteurs.

1° Il y a affaissement de la voute plantaire, pied plat traumatique par type astragalo-scaphoïdien. Il faut chercher à rétablir l'arc interne du pied.

On tentera la réduction non sanglante sous anesthésie : pression directe, écartement de l'astragale et des cunéiformes par traction sur le bord interne du pied, augmentation de la béance de l'intervalle en déroulant le pied dans le sens du valgus. Le résultat sera maintenu par un plâtre qui pourra se borner à une attelle plantaire remontant à mi-jambe. Après vingt-cinq ou trente jours, on commencera les massages en prescrivant dès les premiers essais de marche le port d'une semelle pour pied plat.

Dans les cas anciens ou impossibles à maintenir réduits, on aura recours à une intervention orthopédique : résection cunéiforme (telle qu'opération d'Ogston) ou astragalectomie.

2° Il y a lésions de la cambrure : fracture du col ou du corps. Les interventions mises en œuvre se réduisent à quatre : réduction non sanglante, reposition sanglante avec ou sans suture osseuse, astragalectomie partielle, astragalectomie totale dont nous

essaierons de schématiser les indications respectives.

A. Réduction simple : elle semble pouvoir être appliquée à quelques fractures du col sans luxation ou avec luxation facilement réductible, ce dont il faudra s'assurer par une bonne radiographie sous appareil plâtré. On enlèvera le plâtre vers le trentième jour pour commencer mouvements et massages. La marche ne sera guère permise avant le soixantième jour.

B. Reposition sanglante avec ou sans suture osseuse. Il s'agit d'une méthode encore à l'étude pour les fractures du col avec luxation (partie moyenne ou limite entre col et corps). Elle fut employée quatre fois avec succès (Urban, Helfench, Müller, Durand), mais il est bon d'attendre de nouvelles observations avant de se prononcer définitivement.

C. L'astragalectomie partielle, par contre, semble bien devoir être délaissée en faveur de l'ablation totale plus réglée, plus sûre dans les effets, plus bénigne dans son pronostic.

Ce n'est guère qu'au cas où le cliché aurait montré une fracture de l'apophyse postérieure dans une achillodynie rebelle qu'on pourra simplement aller chercher le fragment osseux, cause des accidents par une incision sur le bord externe du tendon d'Achille.

D. L'astragalectomie totale tend à être appliquée dans une mesure de plus en plus large.

a. Dans les fractures récentes :

S'il y a plaie ouvrant les articulations à l'extérieur.

Si la luxation est irréductible.

Pour les fractures du col avec fragments irréguliers et impossibles à maintenir en place.

Pour toutes les fractures du corps.

Quand un fragment saillant sous la peau en menace la vitalité.

b. Dans les fractures anciennes, quand les douleurs, les ostéophytes, l'ankylose entraveront gravement la fonction.

Enfin, certains cas relèveront d'une opération plus large : amputation de jambe ou désarticulation de Syme : âge trop avancé pour un long séjour au lit, suppurations endogène ou exogène, troubles trophiques, etc.

En règle générale, l'astragalectomie est donc l'opération de choix, opération délicate et longue dans ses soins consécutifs, mais qui parvient à donner des résultats fonctionnels parfaits.

BIBLIOGRAPHIE

Pour les travaux antérieurs à 1898 nous renverrons en grande partie à la consciencieuse statistique de KUMMER (*Revue méd. de la Suisse romande*, 1898, p. 365).

ROGNETTA. *Arch. gén. de méd.*, 1833-1843. — MONAHAN. Th. de Buffalo, 1858. — Daniel MOLLIÈRE. *Lyon méd.*, 1880. — SHEPHERD. *Journ. of anat. and physiol.*, 1882. — JABOULAY. *Lyon méd.*, 1889. — BALLENGHIEN. *Les Fractures du tarse*, Th. de Paris, 1890. — ROCHET. Luxations doubles, in *Revue d'orthopédie*, 1890. — GAUPP. Die Fraktur des Talus, *Beitr. z. klin. Chir.*, 1894. — DESFOSSES. Fracture de l'astragale, *Arch. gén.*, 1894.

A partir de 1898 consulter :

BERGERET. Th. de Lyon, 1898. — MENISSE. Th. de Paris, 1898. — BASTIAN. *Revue de chir.*, 1899. — MORESTIN. *Bull. de la Soc. anat.*, 1899 et 1902. — PETIT. Th. de Lyon, 1900. — JOUBAIRE. Th. de Paris, 1901. — PAGET. *Fractures bimalléolaire et astragalienne*, Lyon 1902. — OMBRÉDANNE. *Revue de chir.*, 1902. — DESTOT. Fracture du tarse postérieur, *Revue de chir.*, 1902; — Nombreuses communications à la *Soc. de chir. de Lyon*, 1896, 1906, 1909, 1911; — *Traumatisme du pied et rayons X*, Maloine 1909. — LOUIS. *Astragalectomie pour fracture astragalienne*, Th. de Lyon, 1903. — ROLLET. *Id.* — NICOLIEFF. Th. de Montpellier, 1903. — VILLARD. *Soc. de chir. de Lyon*, 1903. — BÉRARD et PATEL. Fracture ancienne et trouble trophique, *Lyon méd.*, 1904. — HERBET. *Soc. anat.*, Paris 1905. — GRÆFF. *Reposition sanglante*, Th. de Kief, 1905. — COUTEAUD. *Gaz. des hôpit.*, 1906. — LAMBOTTE. *Traité des interventions dans les fractures*, 1907. — DURAND. Fracture du col compliquée, *Soc. de chir. de Lyon*, 1908. — BAUMGARTNER et HUGUIER. Luxation sous-astragalienne, *Revue de chir.*, 1907. — PATEL. *Soc. de chir. de Lyon*, 1908. — GAYET. Astragalectomie dans les fractures astragaliennes, Revue critique, *Lyon chir.*, 1909. — PETITEAU. *Fracture avec déplacement*, Th. de Paris, 1909. — LÉVY. *Soc. de chir. de Breslau*, 1909. — ABADIE et RAUGÉ. Fracture du scaphoïde tarsien, *Revue de chir.*, 1910. — BŒCKEL. Luxation traumatique du scaphoïde tarsien, *Revue de chir.*, 1910.

ERRATUM. — N° 23, article de M. Charles FLEIG intitulé « Sérums artificiels et médicamenteux, etc. » :

A la page 317, ajouter au sommaire les lignes suivantes, omises : « *Sérums artificiels glyco-minéraux*. Types de formules. Posologie et indications.

Sérums médicamenteux diurétiques ou autres ».

Même page, 1re col., 9e ligne du second paragraphe : après « supplémentaire », ajouter « *augmentation des moyens de défense dans les toxi-infections* » ; — 2e col., 10e ligne, premier paragraphe : au lieu de « — 55 », lire « — 0°55 » ; à la deuxième avant-dernière ligne du paragraphe, au lieu de « tonisation », lire « *ionisation* ».

Page 318, note au bas de la 1re col., 6e ligne, à partir du bas : au lieu de « action novice », lire « action *nocive* ».

Page 320, formule C, au lieu de « Cl total en HCl... 4,272 », lire « Cl total en HCl... 4,472 » ; formule F, au lieu de « SO^4Na^2... 0,06 », lire « SO^4Na^2... 0,05 ».

Page 321, formule G, au lieu de « PO^4Na^2 », lire « PO^4HNa^2 » ; — seconde col., au lieu de « $\Delta =$ — 55 », lire « $\Delta =$ — 0°55 ».

Page 322, 1re formule : au lieu de « sérum glucosé *iodotonique* », lire « sérum glucosé *isotonique* ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1912)

Influence des heures de repas sur la dépense énergétique de l'homme. — M. Jules AMAR a examiné l'influence des heures de repas sur la dépense d'énergie de l'homme à deux points de vue :

1° En variant la nature de l'alimentation;

2° En effectuant un travail constant à des moments de plus en plus éloignés de celui du repas.

Il résulte de ses recherches que la production d'un même travail est plus onéreuse avec une alimentation azotée qu'avec une alimentation par hydrates de carbone. On calculerait un excès moyen de 4,50 p. 100 par jour de travail.

Enfin, il n'est pas indifférent que le travail s'effectue *tardivement* dans le premier cas et *immédiatement* dans celui du régime hydrocarboné.

Expériences sur la vie sans microbes. — M. Michel COHENDY. La vie sans microbes est-elle possible? En 1885, Pasteur plaça cette question parmi celles que la bactériologie avait grand intérêt à résoudre. Depuis lors, plusieurs savants cherchèrent à y répondre; ils aboutirent à cette conclusion que certains insectes peuvent se développer normalement sans le secours des bactéries, et que par contre les vertébrés semblent ne pouvoir se passer d'elles.

Ayant repris à l'instigation de M. Metchnikoff l'expérimentation sur les vertébrés (poulets), M. Cohendy est arrivé aux conclusions suivantes :

La vie sans microbes est possible pour un vertébré, le poulet, pourvu normalement d'une riche flore microbienne.

Cette vie aseptique n'entraîne, par elle-même, aucune déchéance de l'organisme.

Culture du bacille de Koch en milieu chimiquement défini. — MM. ARMAND-DELILLE, A. MAYER, G. SCHAEFFER

et E. Terroine. Le bacille tuberculeux peut parfaitement se développer, rapidement et abondamment, en conservant tous ses caractères morphologiques et biologiques, sur des bouillons composés de substances chimiquement définies, contenant à la fois de l'azote à l'état d'acide aminé et sous forme de substances extractives.

Sur la mesure de l'élasticité artérielle en clinique. — M. A. Moutier.

Monstre humain parasitaire. — MM. R. Toupet et A. Magnan.

— Sur l'invitation de M. le ministre de l'intérieur, l'Académie dresse une liste de proposition de trois de ses membres pour un siège vacant au Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Sont proposés : 1° M. E. Roux; 2° MM. Dastre et Laveran.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES (hôpital Saint-Louis. Professeur : M. Gaucher). — M. le professeur Gaucher continuera ce cours le dimanche 3 mars 1912, à dix heures du matin, à l'hôpital Saint-Louis (amphithéâtre des cliniques), et les mercredis et dimanches suivants, à la même heure.

Objet du cours. — Dimanche, leçon didactique : dermatoses diathésiques (suite) [jusqu'à Pâques], hérédo-syphilis quaternaire et quinternaire (après Pâques); mercredi, leçon clinique.

— M. Gougerot, agrégé, fera le vendredi 8 mars, à dix heures, et tous les vendredis suivants dans le même amphithéâtre, des conférences élémentaires sur les maladies cutanées.

Il fera les lundis et mardis, à neuf heures et demie, dans les salles Henri-IV et Saint-Louis, les samedis à neuf heures et demie et les lundis à deux heures, à la consultation externe, des conférences cliniques à l'usage des élèves stagiaires et de tous les médecins ou étudiants en médecine.

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS (hôpital des Enfants-Malades. Professeur : M. Hutinel). — M. le professeur Hutinel continuera son enseignement clinique sur les maladies infantiles le lundi 4 mars 1912, à neuf heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres).

Les leçons à l'amphithéâtre auront lieu les mercredis et samedis, à deux heures.

Programme de l'enseignement. — Tous les matins, à neuf heures, visite des malades et interrogation des élèves dans les salles.

Lundi, à dix heures et demie, conférence sur l'hygiène infantile par M. Nobécourt, professeur agrégé.

Mardi, à dix heures et demie, conférence sur les maladies nerveuses chez les enfants, par M. Babonneix, ancien chef de clinique.

Mercredi, à dix heures, leçon clinique par M. le professeur Hutinel. — A onze heures, consultation des nourrissons.

Jeudi, à dix heures et demie, leçon pratique d'oto-rhino-laryngologie et examen des malades.

Vendredi, à dix heures et demie, conférence de dermatologie par M. Marcel Ferrand, chef de clinique adjoint.

Samedi, à dix heures, leçon clinique par M. le professeur Hutinel.

Des cours de perfectionnement seront faits sous la direction de M. Nobécourt.

CLINIQUE MÉDICALE DE SAINT-ANTOINE (Professeur : M. A. Chauffard). — Étude clinique et biochimique des grands syndromes hépatiques gastro-intestinaux et rénaux : diagnostic, pronostic, méthodes pratiques d'investigation clinique. — Cours de perfectionnement, par MM. H. Rendu et Guy Laroche, chefs de clinique; Rivet, ancien chef de clinique et MM. J. Troisier, Grigaut et Ronneaux, chefs de laboratoire.

1° Les méthodes d'examen clinique des organes de la cavité abdominale; 2° le foie et le pancréas; 3° le tube digestif (estomac, intestin); 4° les reins; 5° radioscopie.

Ce cours est réservé aux docteurs français et étrangers et aux étudiants titulaires de 16 inscriptions. Il sera complet en 20 leçons environ. Des certificats seront délivrés à la fin des exercices. Au cours de chacune de ces leçons, des malades, en rapport avec le sujet traité, seront montrés aux élèves qui seront individuellement exercés à l'examen clinique et aux démonstrations pratiques des méthodes de dosage ou des recherches biologiques et cytologiques.

Le cours commencera le lundi 4 mars 1912 et aura lieu tous les jours, à quatre heures, sauf le dimanche.

Le droit à verser est de 100 francs. Le nombre d'élèves est limité.

Les inscriptions seront reçues, dès à présent, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

COURS DE MÉDECINE OPÉRATOIRE (Faculté de médecine, Professeur : M. Hartmann.) — M. Hartmann commencera le cours de médecine opératoire le lundi 4 mars 1912, à quatre heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Opérations de pratique courante.

CONFÉRENCES DE PHYSIOLOGIE (Faculté de médecine). — M. Jean Camus, agrégé, commencera ces conférences le lundi 4 mars 1912, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis, à la même heure.

Sujet des conférences. — Physiologie du système nerveux. — Physiologie du muscle.

COURS COMPLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE EXTERNE (Faculté de médecine). — M. Lenormant, agrégé, commencera ce cours complémentaire le lundi 4 mars 1912, à six heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Sujet du cours. — Affections chirurgicales du thorax et de l'abdomen.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 11 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

1er (oral).

3e (oral, 2e partie).

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.

Mardi 12 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

1er (oral).

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.

Mercredi 13 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e.

3e (oral, 2e partie).

4e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

5e (2e partie), *Laënnec*.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Vendredi 15 mars, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 16 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

4e (1re et 2e séries).

5e (2e partie), *Beaujon* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon*.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 27 — MARDI 5 MARS 1912. 85e ANNÉE. MARDI 5 MARS 1912. — N° 27.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE — MARSEILLE. — Le concours pour une place de médecin adjoint des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur J. Monges.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Le concours pour une place d'aide d'anatomie et de physiologie s'est terminé par la nomination de M. Aubert.

— ANGERS. — Un concours sera ouvert le 4 novembre 1912, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — Le concours, qui devait s'ouvrir le 4 novembre 1912 devant l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes, est reporté au 11 du même mois.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

STATISTIQUE DES TITRES UNIVERSITAIRES DÉLIVRÉS EN 1911 (*titres universitaires institués en exécution de l'article 15 du décret du 21 juillet 1897*). — UNIVERSITÉ DE PARIS. — Doctorat de l'Université de Paris : médecine 44, pharmacie 18; diplôme de médecine légale, 12; diplôme de médecine coloniale, 34.

UNIVERSITÉ D'AIX-MARSEILLE. — Diplôme d'études médicales coloniales, 5.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX. — Diplôme de médecin colonial, 10; diplôme de chirurgien-dentiste, 8; doctorat, mention *pharmacie*, 3.

UNIVERSITÉ DE LILLE. — Doctorat, mention *pharmacie*, 5.

UNIVERSITÉ DE LYON. — Doctorat de l'Université de Lyon : médecine 5, pharmacie 3; certificat d'études d'hygiène, 17.

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER. — Doctorat : mention *médecine* 19, mention *pharmacie* 7.

UNIVERSITÉ DE NANCY. — Doctorat, mention *médecine*, 6; diplôme de chirurgien-dentiste, 15.

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE. — Doctorat : mention *médecine* 2, mention *pharmacie* 1.

MARINE. — Le ministre de la marine a accordé les récompenses énumérées ci-après aux officiers du corps de santé dont les noms suivent pour services rendus en novembre 1911 lors de l'épidémie qui s'est déclarée à bord du *Marceau* :

A M. le médecin principal Gastinel, médecin-major du *Marceau*, une proposition extraordinaire d'avancement pour le grade de médecin en chef de deuxième classe et la médaille d'honneur des épidémies en vermeil.

A M. le médecin de deuxième classe Moreau, en sous-ordre sur le *Marceau*, un témoignage officiel de satisfaction avec inscription au calepin et la médaille d'honneur des épidémies en argent.

— Les jurys de concours qui doivent s'ouvrir à Rochefort et Toulon, les 27 mars et 3 avril prochains, sont ainsi composés : concours de Rochefort, pour deux emplois de professeur d'anatomie, l'un à l'école annexe de Rochefort, l'autre à l'école annexe de Toulon : président, l'inspecteur général du service de santé; membres, les médecins principaux Barrat et Chabaud; concours de Toulon, pour un emploi de chef de clinique médicale à l'école d'application des médecins et pharmaciens de troisième classe : président, l'inspecteur général du service de santé; membres, les médecins en chef Trabaud et Valence.

CONTRE L'ALCOOLISME. — Après la Société médicale des hôpitaux, la Société de médecine publique et de génie sanitaire a cru devoir exprimer son regret d'une décision qui constitue un recul dans la lutte contre l'alcoolisme et elle a, dans sa séance du 28 février 1912, adopté à l'unanimité le vœu suivant :

« La Société de médecine publique et de génie sanitaire;

Considérant qu'en renvoyant devant la commission la proposition de loi relative à la limitation des débits de boissons, la Chambre des députés a paru se désintéresser du péril alcoolique, de plus en plus menaçant;

Emet le vœu que les représentants du pays veuillent bien envisager, avant tous autres, ses intérêts hygiéniques si étroitement liés à sa vie économique, à sa défense et à son développement. »

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de MM. les docteurs Boisseau du Rocher et de Cours (de Paris) et Abel Lafforgue (de La Tresne).

LES CONVULSIONS DE L'ENFANCE

ET L'ÉPILEPSIE INFANTILE (1)

Par M. René CRUCHET,
Professeur agrégé à l'Université de Bordeaux,
Médecin des hôpitaux.

Je ne connais pas de question qui soit plus complexe que celle des convulsions dans l'enfance. Ce fait est d'autant plus remarquable que les observations de ce genre sont innombrables et qu'il n'est pas de praticien, des temps anciens comme des temps modernes, qui n'ait eu à en examiner, dans sa vie médicale, de fréquents exemples. Actuellement, la convulsion, dite essentielle, tend à disparaître des traités; on ne parle guère plus que de convulsion symptomatique, et toute la difficulté est de préciser son origine. Un moment, on crut que la convulsion, dite essentielle, devait se confondre avec l'épilepsie; mais les auteurs contemporains tendent également, de plus en plus, à ne considérer que des épilepsies symptomatiques. Le résultat de ces conceptions nouvelles n'est point fait pour simplifier la compréhension du lecteur : il en arrive à se demander quelle différence il existe réellement entre les convulsions et l'épilepsie; car, s'il lui prend fantaisie de lire, dans la plupart des traités infantiles récents, ces deux chapitres à la file, il lui est absolument impossible, avec le moindre sens critique, d'établir une distinction entre les deux descriptions. C'est que, chez l'enfant surtout jeune, la crise épileptique avec tous ses signes classiques est rare; que, d'autre part, un accès de convulsion, même unique, peut la simuler en tous points; qu'enfin il n'est point exceptionnel de voir de courts accès convulsifs se transformer ultérieurement, avec l'âge, en crises épileptiques franches : c'est ainsi qu'on a été logiquement entraîné à considérer des crises épileptiques frustes, et l'on conçoit pourquoi le diagnostic dans les cas de ce genre est, pendant de longues années, absolument impossible; le temps seul apporte la solution du problème, et encore il faut alors admettre l'incurabilité de l'épilepsie, notion qui actuellement n'est pas acceptée par tous les auteurs.

* * *

Formes de l'épilepsie infantile. — Dans l'épilepsie confirmée, on décrit chez l'enfant, comme chez l'adulte, trois formes principales : la *grande attaque convulsive* ou haut mal; le *petit mal*; les *équivalents épileptiques*.

1° La GRANDE ATTAQUE ne se différencie guère de la crise convulsive, telle qu'elle est décrite dans tous les ouvrages classiques. Elle est seulement plus schématique, si on peut dire, en ce sens que la phase tonique précède nettement la phase clonique, à laquelle fait suite la phase de résolution et de stertor. L'aura peut exister et l'enfant sentir venir sa crise, mais c'est moins net à déterminer que chez l'adolescent et l'adulte. Cette aura ne manque, dit-on, que chez les tout petits : il vaudrait mieux convenir qu'on ne sait pas si elle existe, car je ne vois pas très bien un nourrisson et même un enfant jusqu'à trois ans expliquer une sensation de ce genre. S'il est difficile d'être fixé sur l'aura *sensitive* avant huit à dix ans, à cause de l'élément subjectif qu'elle met en cause, il semble que l'aura *motrice* soit à peu près aussi fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. Enfin, on peut dire, de façon générale, que la période stertoreuse est plus rare, ou tout au moins plus courte, l'enfant se remettant toujours plus vite des atteintes qu'il reçoit, sous quelque forme que ce soit.

Cependant, quand la grande crise est très prolongée, et à plus forte raison quand elle est suivie de plusieurs crises subjectives constituant un véritable état de mal, on observe certains phénomènes d'épuisement (affaiblissement des réflexes tendineux, paralysies transitoires, difficultés du langage, paresse de l'intelligence, amnésie). Les phénomènes digestifs sont des plus communs, ce qui rapproche une fois de plus la réaction épilepsie des convulsions proprement dites; quant aux modifications de la température, de la tension artérielle, de la formule hématologique, de la toxicité du sérum, de la sueur et des urines, il est assez difficile de dire qu'elles sont particulières à l'épilepsie, étant donné qu'on ne les a pas recherchées dans les convulsions infantiles, sauf en ce qui concerne la température, dont les particularités sont identiques dans les deux cas. Des conclusions analogues s'imposent pour le liquide céphalo-rachidien, dont la tension est généralement très élevée aussi bien dans l'épilepsie que dans les convulsions, et dont l'examen toxique, le cyto-diagnostic, n'a donné, dans les deux cas, que des résultats contradictoires comparables.

2° Le PETIT MAL est constitué par deux variétés principales : *a.* le *vertige* dans lequel l'enfant s'arrête brusquement au milieu de ses jeux, pâlit, a le regard fixe, tandis que sa paupière se dilate, perd connaissance (on peut piquer le sujet et lui enfoncer une aiguille sans qu'il sente), tombe à terre et présente fréquemment des convulsions limitées à la face (rire brusque, accès court de larmes), à un membre ou seulement à quelques muscles du visage (paupières), ou des membres (doigts, bras), avec parfois incontinence urinaire. Cet état ne dépasse jamais une minute et demie à deux minutes, et l'enfant revient à lui ne se souvenant de rien.

b. Le plus petit mouvement convulsif peut même manquer, comme si la crise était trop courte pour que ses phases aient le temps de se produire : c'est ce qu'on appelle l'*absence*, laquelle ne dépasse guère trente à quarante-cinq secondes de durée, mais est souvent plus courte. On a décrit, chez de jeunes enfants de cinq à dix ans, des absences pouvant atteindre jusqu'à vingt, trente, cinquante, par jour : c'est absolument exceptionnel, et mon expérience personnelle me permet de penser que bien souvent on a commis des erreurs de diagnostic avec l'absence hystérique.

3° Dans les ÉQUIVALENTS ÉPILEPTIQUES, ainsi appelés

(1) Cet article formera un chapitre de *La Pratique des maladies des enfants*, fascicule V, sous presse. J.-B. Baillière et fils.

parce qu'ils remplacent la crise d'épilepsie, on considère les équivalents *moteurs*, *sensitifs*, *sensoriels* et *vaso-moteurs*, *viscéraux*, *psychiques*. Cette énumération, tirée de l'examen de l'adulte, doit être fortement simplifiée chez l'enfant, étant donnée chez lui la difficulté d'appréciation des éléments sensitifs, sensoriels, vaso-moteurs et même viscéraux. L'incontinence nocturne d'urine, par exemple, qui, chez l'adulte, doit faire suspecter souvent une épilepsie fruste, a une importance bien diminuée chez l'enfant, car on note la persistance de cette mauvaise habitude chez beaucoup de sujets de cinq à douze ou treize ans, qui ne sont ou ne seront jamais épileptiques.

Seuls, les équivalents *moteurs* et *psychiques* ont une certaine valeur. Pour les moteurs, on pourrait aussi bien les considérer comme de petits accès convulsifs frustes; les plus répandus sont : *a.* le tic de Salaam, mauvais terme que nous avons proposé de remplacer par celui de *rythmie salutatoire* (1), dans laquelle les mouvements de salutation au nombre de trois à quarante ou soixante, rythmés à la manière d'un métronome, s'accompagnent durant leur exécution des signes habituels de l'accès épileptique, déjà mentionné; *b.* la crise *procursive*, ou fugue, dans laquelle l'enfant s'en va droit devant lui, sans savoir où, ou pourquoi, et s'arrête au bout d'un temps variable de quelques secondes à plusieurs minutes, sans avoir conscience de ce qui s'est passé. Pour certains auteurs cette fugue pourrait être semi-consciente : il est vraisemblable qu'il s'agit alors d'aura préépileptique plutôt que d'accès épileptique franc. Pour être vraiment épileptique, cette fugue devra donc être *bi-inconsciente*, comme je l'ai dit (2), c'est-à-dire n'être consciente ni à l'état de veille, ni à l'état de sommeil. Cette inconscience, admise par Parant père, Pitres, Régis, est importante à considérer, car les fugues conscientes de l'enfant, même normales, sont les plus fréquentes.

Les équivalents dits psychiques (épilepsie mentale des Allemands, ou convulsion mentale de Maudsley), peu décrits chez l'enfant, sont bien connus des médecins d'hospices d'anormaux. On peut les considérer, avec Stettiner, suivant qu'ils se produisent par de la dépression, par de l'excitation ou le mélange de ces deux états. Les enfants ont des craintes, des frayeurs subites ; ils sont pris d'un accès de profonde tristesse, ou bien, au contraire, ils sont agités, colères : ces accès de violence, généralement courts, surviennent soudain, sans raison, et donnent lieu parfois à des scènes pénibles ; les enfants se déchirent le visage, ou mettent en pièces leurs vêtements, cassent leurs jouets, se précipitent sur leurs camarades, les griffent, les brutalisent, les bourrent de coups, allant jusqu'à l'homicide, ou bien ils mettent le feu, ou volent, ou se suicident : l'accès terminé, ils ne se souviennent de rien. Enfin, dans les cas mixtes, qui sont les plus fréquents, on les voit passer de l'excitation à la dépression, ou réciproquement : un garçon de neuf ans, observé par Stettiner, pleurait d'abord, puis urinait dans son pantalon, ronflait quelques instants et s'endormait ; à son réveil, il restait hébété ou se montrait de mauvaise humeur, allant jusqu'à battre son jeune frère, briser les objets ou mettre le feu.

(1) René Cruchet. Sur un cas de rythmie salutatoire d'origine épileptique, *Gaz. des hôpit.*, 11 février 1909.

(2) René Cruchet. Les fugues, en particulier chez l'enfant, *Congr. neurol. de Nantes*, 2 août 1909, et *Prov. méd.*, 28 août 1909, p. 360.

Ces divers équivalents épileptiques n'ont de valeur qu'autant qu'ils se montrent chez des épileptiques vrais et qu'ils sont modifiés par le bromure. Cela limite beaucoup leur importance, qui a été singulièrement exagérée. On les a confondus notamment, faute d'examen suffisamment prolongé, avec des réactions d'ordre hystérique. D'autre part, il est permis à un épileptique, surtout un enfant, d'être triste ou colère suivant les heures et les jours, sans que pour cela l'épilepsie soit en cause. C'est, du reste, le propre des enfants normaux d'avoir ainsi de ces sautes du caractère ; enfin on voit tous les jours des enfants psychiquement anormaux, sans épilepsie, qui ont des instincts pervers, vicieux, qui sèment le désordre partout et sont susceptibles de porter tort à eux-mêmes et aux autres. Pour ces différentes raisons, j'estime que les équivalents épileptiques sont beaucoup plus rares chez l'adulte qu'on ne le dit, et qu'ils sont plutôt exceptionnels chez l'enfant.

*
* *

Peut-on reconnaître l'épilepsie de la convulsion? — Il est classique d'établir un diagnostic entre les convulsions et l'*épilepsie*. Ce diagnostic est basé sur les caractères suivants, que je reproduis d'après d'Espine :

1° Au moment de l'attaque, l'existence d'une *aura*, le cri initial, la morsure de la langue, la décomposition des traits pendant l'attaque (facies hideux), le stertor et le sommeil après l'attaque, le passage brusque au réveil à un état presque normal ;

2° Entre les attaques, toutes les manifestations du petit mal (vertiges, absences, tic de Salaam, l'épilepsie procursive, etc.) qui sont plus caractéristiques que les grandes attaques pour l'épilepsie ;

3° Les modifications de l'intelligence et du caractère. A ces caractères, l'école allemande ajoute ce fait, qui aurait une énorme importance, c'est que, dans l'épilepsie, il n'y a jamais hyperexcitabilité galvanique, alors que cette réaction électrique existe dans l'éclampsie. Les Allemands font encore valoir que l'éclampsie est surtout fréquente, à l'hiver et au printemps, qu'elle est provoquée par l'allaitement au biberon et coïncide souvent avec le rachitisme, qu'elle s'accompagne fréquemment de laryngo-spasme et de tétanie, caractères qui manqueraient dans l'épilepsie, qui se montre indifféremment dans toutes les saisons, frappe le nourrisson au sein maternel, apparaît en dehors des troubles digestifs et d'accidents de laryngo-spasme ou de tétanie.

Il me paraît inutile d'insister sur le peu de valeur différentielle des signes qui précèdent. Avant cinq ou sept ans, la grande attaque épileptique franche avec ses trois phases classiques, son début par un cri, etc., est exceptionnelle ; il est impossible, en bonne nosologie, de la distinguer d'une crise con-

vulsive. En ce qui concerne les manifestations du petit mal, la difficulté est aussi considérable, car, chez un enfant avant six ou sept ans, et souvent après, il est à peu près impossible de juger s'il a eu un vertige, une absence de quelques secondes, etc., et d'ailleurs, des faits analogues ont été signalés dans les formes convulsives simples. Quant aux modifications de l'intelligence et du caractère, elles sont contingentes, pouvant manquer dans l'épilepsie et exister en dehors d'elle ; on doit en dire autant de la tétanie et du laryngospasme ; quant à l'hyperexcitabilité galvanique, elle n'est pas davantage pathognomonique : c'est une illusion allemande.

En réalité, jusqu'à cinq ou sept ans, et surtout jusqu'à deux ou trois ans, il est impossible d'établir une distinction entre la crise de convulsions et la crise épileptique : c'est exactement et identiquement le même syndrome clinique. Mais quand on voit des convulsions continuer à se reproduire à partir de trois à quatre ans, et surtout de cinq ou sept ans, c'est alors seulement qu'on commence à parler d'épilepsie. C'est d'ailleurs ce dont est bien obligé de convenir d'Espine lui-même. « Il est parfois impossible, dit-il, de distinguer les attaques épileptiformes éclamptiques des véritables attaques d'épilepsie ; la marche seule renseignera, et l'on pourra considérer l'épilepsie comme probable si les attaques continuent au delà de la cinquième année, sans causes occasionnelles déterminées. »

La seule différence qui existe donc entre la convulsion infantile et l'épilepsie est une question d'évolution, ainsi que l'avaient indiqué déjà Rilliet et Barthez. Quand la convulsion persiste au delà de cinq ou six ans, ou croît à partir de cet âge ou au delà pour se reproduire ensuite, on dit qu'elle est épileptique. Il n'y a par conséquent que de mauvaises raisons à fournir pour écrire un chapitre spécial de l'épilepsie ; et, si on l'écrit, l'on est fatalement entraîné à des redites continuelles, à une véritable tautologie. Je crois simplement que la réaction convulsive, à mesure que l'organisme avance en âge, ou bien disparaît complètement, c'est ce qui arrive surtout jusqu'à l'âge de deux ou trois ans ; ou bien persiste, et alors se régularise en quelque sorte, revêt un tableau clinique de plus en plus fixe et semblable à lui-même, qui est celui de l'épilepsie classique.

Il y a longtemps que J.-P. Franck, Hasse, Baumez, et plus récemment, Hénoch, Féré, Moon ont défendu l'identité de la convulsion et de l'épilepsie. Les opinions de Pierre Marie, de Lemoine, de Monod, se rapprochent beaucoup de la précédente ; Marie insiste en particulier sur la fréquence des convulsions infantiles dans les antécédents des épileptiques.

Mais les statistiques de ce genre sont extrêmement variables, puisqu'elles indiquent un pourcentage qui oscille de 75 à 80 p. 100 (Pierre Marie), 34 p. 100 (Féré), 33 p. 100 (Osler), 22,7 p. 100 (H. Dufour), à 20 p. 100 (Habermaas, Berger), 17 p. 100 [Moreau (de Tours), H. Gillet], 16 p. 100 (Bullard et Townsend), 12,5 p. 100 (Gowers) et beaucoup moins encore, puisque Coutts n'accuse que 7,6 p. 100 et d'Espine 7,4 p. 100, ce dernier se basant cependant sur une statistique personnelle de 5.447 observations. Aussi d'Espine conclut-il que « dans l'immense majorité des cas les convulsions infantiles sont l'expression d'une diathèse nerveuse transitoire et doivent être, au point de vue clinique, séparées complètement de l'épilepsie... Je me refuse à admettre que l'épilepsie soit créée de toutes pièces par une maladie aussi fréquente et aussi banale que l'éclampsie infantile, maladie qui, très souvent, lorsqu'elle guérit, finit par disparaître sans laisser de traces dans la majorité des cas. »

Cela prouve simplement, ainsi que je le disais plus haut, qu'il existe des convulsions même répétées, qui guérissent, et qu'elles guérissent d'autant mieux que le sujet est plus jeune ; Celse enseignait déjà que « l'épilepsie qui survient avant la puberté guérit assez facilement ». Mais cela prouve aussi que les convulsions ne débutent pas nécessairement dans le bas âge ; elles peuvent naître encore soit dans la période scolaire, soit dans celle de la puberté.

Si les convulsions, dites épileptiques, ont évidemment de moins en moins de chances de guérir au fur et à mesure que leur éclosion s'éloigne de la naissance, et qu'elles ont une tendance à passer à l'état chronique, il y a cependant une exagération manifeste à prétendre qu'elles ne guérissent jamais. Si on admet, en effet, qu'un malade peut n'avoir que deux ou trois crises dans sa vie — et c'est une opinion classique — je ne vois pas très bien pourquoi il ne pourrait pas en avoir une seule, suivie de guérison. De même pourquoi une série de trois à quatre ou six crises ne serait-elle pas curable ?

Néanmoins, ce qui fait surtout l'épilepsie, c'est sa tendance à la chronicité plutôt que sa symptomatologie, son étiologie, son anatomie pathologique, sa pathogénie et même son traitement qui ne se différencient en rien de ceux de l'éclampsie ou convulsion infantile proprement dite. En résumé, l'épilepsie n'est pas autre chose qu'un accès éclamptique à grand éclat, ou fruste, qui se montre épisodiquement dans tout le cours de l'existence.

MÉDECINE PRATIQUE

A PROPOS DU DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

Lorsque le début de la fièvre typhoïde est progressif, avec quelques jours de malaise, avec une ascension lente de la température, avec toute la symptomatologie classique, le diagnostic précoce de cette affection ne présente aucune difficulté ; mais à côté de ces cas, très fréquents sans doute, il en est d'autres dans lesquels des symptômes insolites sont au premier plan, ce qui entraîne presque fatalement une erreur de diagnostic. Il faut, par exemple, bien connaître la possibilité de fièvre typhoïde à *début brusque* ; chez les adultes, ces cas sont rares, on les a observés surtout en Algérie (Vincent), alors que les malades étaient antérieurement surmenés ou entachés de paludisme ; le début brusque est plus fréquent dans la fièvre typhoïde des enfants ; il a été fort bien décrit par Cadet de Gassicourt (1). Sans aucun prodrome, un enfant est pris tout à coup de vomissements et de fièvre ; la tempé-

(1) CADET DE GASSICOURT. *Traité clinique des maladies de l'enfance*, t. II, p. 500.

rature atteint rapidement son fastigium, ce qui est une exception à la loi de Wunderlich. Griesinger dit avoir observé, dans la fièvre typhoïde des enfants, 40 degrés et au delà dès le deuxième jour; Roger (1) cite un cas avec 40°2 le premier jour de la maladie. Cette invasion brutale fait songer à la grippe, à la pneumonie, bien plus qu'à la fièvre typhoïde; quelquefois, c'est un diagnostic d'angine ou de scarlatine qui sera posé, car, avec ce début brusque, l'enfant peut se plaindre de la gorge, et à l'examen on constate alors une *angine rouge ou pultacée*. Fièvre élevée, vomissements, angine sont en effet des symptômes de scarlatine; mais on se souviendra que, dans la fièvre scarlatineuse, l'accélération du pouls est considérable, ce qui n'existe pas, au contraire, dans la fièvre typhoïde.

Parfois, avec ce début brusque et cette fièvre élevée, surviennent, surtout encore chez l'enfant, des *réactions méningées*, par exemple des convulsions localisées ou généralisées. Ces réactions ne sont pas spéciales à la fièvre typhoïde, elles peuvent être observées dans toutes les infections de l'enfance, pour peu que le petit malade y soit prédisposé de par une excitabilité congénitale ou acquise du système nerveux central. C'est dans ces circonstances qu'il ne faut pas prononcer trop vite le mot de méningite; il est vrai qu'après avoir fait ce diagnostic inexact, le médecin aurait ensuite la satisfaction imméritée de recueillir des louanges pour avoir bien guéri « un commencement de méningite ».

D'autres cas sont beaucoup plus embarrassants. En pleine santé ou à la suite de quelques vagues troubles digestifs, un malade est pris de frissons violents et répétés; il vomit, et les vomissements, d'abord alimentaires, deviennent rapidement bilieux; il souffre du ventre, à droite; au palper, on reconnaît que le maximum de la douleur siège dans la fosse iliaque droite, parfois très nettement au point de Mac Burney; le ventre est plus ou moins ballonné; constipation; température entre 39 et 40 degrés. Ce tableau ressemble singulièrement à celui d une *appendicite*; la ressemblance est telle que plusieurs fois une intervention chirurgicale a été faite dans ces conditions. Mais, si on laisse évoluer l'affection, il arrive, après trente-six ou quarante-huit heures, que les vomissements cessent, que la douleur diminue dans la fosse iliaque droite en même temps qu'elle diffuse dans l'abdomen; que la constipation est remplacée par de la diarrhée; que le malade prend l'aspect d'un typhique. C'est la fièvre typhoïde à début brusque simulant l'appendicite qui a été bien décrite par Moizard (2), puis par Coulomb (3), Widal (4), François (5).

Le diagnostic est très délicat; il ne peut être basé que sur des nuances. Dans la fièvre typhoïde, la défense musculaire est moins prononcée, l'hyperesthésie cutanée moins marquée que dans l'appendicite; les symptômes généraux n'ont pas, en cas de dothiénentérie à début appendiculaire, le caractère et l'intensité de ceux qui se montrent rapidement dans une appendicite ayant d'emblée une apparence aussi grave; on n'observe pas, en particulier, ce facies abdominal si caractéristique de l'appendicite (Moizard). Mais la distinction est souvent subtile, d'autant plus que parfois cette symptomatologie appendiculaire du début de la fièvre typhoïde est sous la dépendance d'une véritable appendicite avec des lésions de l'appendice et du péritoine voisin.

Il semble qu'on peut trouver dans l'appendiculo-typhus toute une variété de lésions, depuis une simple fluxion intestinale et péritonéale autour des altérations habituelles à la dothiénentérie et prédominant dans la région iléo-cæcale, jusqu'à l'abcès péri-appendiculaire en passant par des lésions légères d'appendicite.

François a relaté, dans sa thèse, plusieurs observations de Lance dans lesquelles les symptômes appendiculaires marquant le début de la fièvre typhoïde n'avaient pas cédé ou avaient été d'une telle intensité que le chirurgien avait dû intervenir; et, dans un cas, on trouva une collection purulente autour de l'appendice. Mais ce cas est exceptionnel; presque toujours les signes d'appendicite s'atténuent vite et le malade devient très nettement un typhique.

Nous n'en avons pas encore fini avec les surprises du diagnostic au début de la dothiénentérie. Nobécourt et Paisseau (1) ont publié des observations d'enfants ayant commencé la fièvre typhoïde par un *torticolis*; Mineff (2) a publié une thèse sur ce sujet (3). Il s'agit d'enfants qui sont pris brusquement de torticolis et de fièvre; le torticolis dure quelques jours puis disparaît progressivement, en même temps que les symptômes de la fièvre typhoïde se constituent. Nobécourt et Paisseau expliquent ce torticolis du début par une arthrite séreuse des articulations vertébrales; c'est donc une variété d'arthro-typhus. Ce torticolis n'a aucune signification fâcheuse pour le pronostic; il est donc bien différent du torticolis qui, joint à d'autres phénomènes nerveux, indique une lésion méningée, du torticolis dépendant d'une complication articulaire ou d'une myosite typhique; dans tous ces cas d'ailleurs, le torticolis n'apparaît qu'à la période d'état ou même à la convalescence.

Tout ceci nous montre qu'il faut examiner très complètement les malades, rechercher de parti pris les symptômes de la dothiénentérie chez ceux qui ont une affection fébrile à début brusque, faire appel aux diverses méthodes de laboratoire, non seulement au séro-diagnostic, mais aussi à l'hémoculture.

Sans même employer ces procédés de laboratoire, un examen clinique méthodique et minutieux peut mettre sur la bonne piste et permettre de soupçonner la fièvre typhoïde.

Etudions donc bien nos typhiques; et malgré qu'on ait écrit de très gros volumes sur la dothiénentérie, nous arriverons peut-être à découvrir encore quelque chose d inédit, un signe nouveau de la fièvre typhoïde. C'est ce que vient de faire, à Lyon, le professeur Lesieur. Il a décrit (4) un signe « très net et très fréquent de la fièvre typhoïde », signe qui peut être parfois constaté « de façon très précoce, au quatrième jour par exemple ». C'est une *submatité de la base droite* que M. Lesieur a dénommée submatité infrathoracique droite ou *submatité rétro-hépatique*. Si l'on percute superficiellement la base droite du thorax, on constate une submatité notable qui ne s'explique pas par des lésions pleuro-pulmonaires et qu'on ne retrouve pas à la base gauche. Il faut *percuter superficiellement* et employer, de préférence à la percussion classique faite des deux mains, la percussion immédiate d'Avenbrügger avec le bout des doigts recourbés en crochet ou avec la main frappant à plat le thorax; la submatité est *notable*, car elle existe non seulement à l'extrême base, mais sur une assez grande hauteur, jusqu'à la pointe de l'omoplate au moins, souvent plus haut jusqu'à la moitié de cet os; la submatité se prolonge aussi vers l'aisselle. Après l'avoir constatée, on devra rechercher s'il n'existe pas quelque lésion pleuro-pulmonaire, par conséquent palper, ausculter, sans oublier le signe du sou, et même faire au besoin une ponction exploratrice.

Le signe de Lesieur n'a en effet d'intérêt pour le diagnos-

(1) Roger, *Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance*, t. I, p. 275.
(2) Moizard, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1899, p. 485.
(3) Coulomb, Th. de Paris, 1899-1900.
(4) Widal, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1901, p. 368.
(5) François, Th. de Paris, 1903-1904.

(1) Nobécourt et Paisseau, *Soc. de pédiat.*, 1909.
(2) Mineff, Th. de Paris, mars 1910.
(3) Rivet et Cotoni ont observé ce même symptôme chez un adulte, *Bulletin méd.*, 31 janv. 1912.
(4) Lesieur. La submatité à la base droite (submatité rétro-hépatique) signe de fièvre typhoïde, *Lyon méd.*, 11 fév. 1912.

tic de la fièvre typhoïde qu'en cas de submatité ne pouvant être expliquée par l'existence de lésions pleuro-pulmonaires. Pourquoi alors cette submatité dans la dothiénentérie? Lesieur l'attribue à la présence d'un foie hypertrophié et peut être, dans certains cas, repoussé vers le thorax par le météorisme abdominal; mais, le plus souvent, c'est seulement une hypertrophie hépatique, hypertrophie d'élimination et de défense, puisque, dans la dothiénentérie, l'envahissement des voies hépato-biliaires par le bacille d'Eberth est précoce et constant.

Ce signe est très fréquent; Lesieur l'a trouvé dans 80 à 90 p. 100 des cas de fièvre typhoïde à la période d'état; il est souvent précoce, plus précoce que les taches rosées, que la diarrhée, que l'hypertrophie splénique, que la séro-réaction; il persiste pendant la maladie, et parfois même après la chute thermique dans les formes qui vont aboutir à une rechute, d'où une certaine importance pour le pronostic.

Sans prétendre que la submatité rétro-hépatique sans lésions pleuro-pulmonaires soit spéciale à la fièvre typhoïde, Lesieur croit que cette submatité est un bon signe de dothiénentérie, car il ne l'a jamais constatée dans les autres maladies infectieuses (grippe, angine, granulie, érysipèle). Mais certaines conditions d'hypertension abdominale (grossesse, ascite, péritonite tuberculeuse) peuvent donner naissance à la même submatité, sans doute par refoulement du foie de bas en haut.

Le signe de Lesieur a encore une valeur thérapeutique; au moment de la convalescence, pour la reprise de l'alimentation, Lesieur conseille d'être très prudent si la submatité rétro-hépatique persiste, avec un peu de sensibilité du foie ou de la vésicule à la palpation sous les fausses côtes droites; une rechute est à craindre; il est alors utile de faire ou de continuer l'antisepsie hépato-biliaire en prescrivant l'urotropine.

M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 1er MARS 1912)

Ulcération phagédénique chancriforme du scrotum et du gland survenue en dehors de toute contamination syphilitique nouvelle au niveau de la cicatrice d'un chancre syphilitique traité deux mois auparavant par les injections d'arsenobenzol. — M. THIBIERGE présente un homme de trente et un ans qui, après avoir reçu les 7, 14 et 21 décembre 1911 trois injections d'arsenobenzol de 30, 40, 30 centigrammes pour un chancre syphilitique phagédénique de la base de la verge, a vu apparaître vers le 15 février, au niveau même de la cicatrice du chancre initial, une ulcération à caractère phagédénique rappelant un chancre infectant par l'aspect de son fond avec infiltration des bords. Au-dessous de l'ulcération principale, deux petites ulcérations chancriformes sans tendance phagédénique. Œdème considérable du scrotum. Ganglions lymphatiques peu volumineux. Pas de spirochètes au niveau de l'ulcération.

Le malade n'ayant eu depuis le début de sa maladie aucun rapport sexuel, on ne peut admettre qu'il s'agisse d'une réinfection syphilitique. Ce fait montre une fois de plus combien il faut être réservé dans l'interprétation des lésions ulcéreuses survenant chez les syphilitiques traités par l'arsenobenzol à la période primaire.

Syphilides ulcéreuses chancriformes du prépuce pouvant être prises pour une réinfection chez un syphilitique traité antérieurement par le 606. — M. RAVAUT présente un malade qui a reçu en mars 1911 trois injections (0g60) de 606 pour des syphilides ulcéreuses. En janvier 1912, ce malade est atteint d'une lésion chancriforme du gland, la lésion indurée; il existe des ganglions dans l'aine. On pourrait penser qu'il s'agit d'une réinfection syphilitique, mais en raison de l'absence de spirochète en surface d'une biopsie montrant que la lésion n'a pas caractère du chancre, de l'absence de spirochète recherché au nitrate d'argent dans les tissus, de l'absence d'accident secondaire quarante-sept jours après le début de cet accident, l'auteur élimine ce diagnostic. En laissant évoluer la lésion, il a constaté l'apparition de nouveaux accidents chancriformes trente et quarante jours après le premier. Par des inoculations au bras il a été possible de les reproduire. L'auteur insiste sur ce fait que les récidives des malades traités par le 606 reprennent très souvent le type des lésions antérieures et lorsque les accidents se produisent au niveau de la verge il est nécessaire de les laisser évoluer avant de porter un diagnostic définitif.

Néphrite chronique avec azotémie progressive. Valeur diagnostique et pronostique de l'azotémie. — MM. E. DE MASSARY et Pasteur VALLERY-RADOT. MM. Decloux et Gauducheau présentaient, le 8 décembre dernier à la Société médicale, un malade atteint de néphrite chronique à forme azotémique qu'ils qualifiaient du type ambulatoire. Ce malade qui se trouvant très amélioré après un séjour à l'hôpital voulait reprendre son travail avait alors dans son sérum un chiffre d'urée oscillant entre 2g75 et 2g48.

M. Widal, dans la séance du 22 décembre, portait sur ce malade un pronostic redoutable et prévoyait que la fin de cette observation serait apportée d'ici quelques mois. C'est la fin de cette observation que relatent les auteurs qui ont pu suivre ce malade depuis un an. Voici la courbe de son urée : 1g30 au mois de mars; 2g75 en novembre; 3g3, en décembre; 3g55 puis 3g73 en janvier; 4g75 l'avant-veille de sa mort survenue le 2 février. Les vomissements et la dyspnée furent les deux symptômes prédominants pendant ces dernières semaines; une phase de torpeur puis d'excitation précéda le coma qui ne dura que quelques heures. A l'autopsie, on trouva un petit rein granuleux de néphrite chronique.

Les auteurs relatent deux autres cas : l'un est presque identique au précédent avec 3g60 d'urée dans le sérum trois jours avant la mort. L'autre concerne un homme présentant comme unique symptôme de la céphalée, et chez lequel l'examen du liquide céphalo-rachidien révéla 1g80 d'urée. Ici l'azotémie est le seul signe permettant le diagnostic.

Le sélénium colloïdal dans le cancer. — M. NETTER lit au nom du docteur Gascuel (du Havre) une note sur l'emploi du sélénium colloïdal dans le cancer, et sur les heureux résultats qu'il a obtenus dans un cas.

La réactivation biologique de la réaction de Wassermann comme moyen de diagnostic. — M. Henri-Aug. VOISIN (d'Aix-les-Bains) présente deux cas de réactivation biologique de la réaction de Wassermann, selon la formule du docteur Milian, employée comme moyen de diagnostic dans des cas de syphilis anciennes et ignorées des malades. Il s'est servi d'hectine Naline A facile à manier et d'emploi inoffensif.

Dans un premier cas, il s'agit d'une femme, mariée à vingt-huit ans à un mari qui présente quelques troubles au cœur et qui meurt à cinquante ans de congestion cérébrale. Elle eut sept grossesses dont trois fausses couches entre trois et cinq mois. Les quatre enfants nés à terme sont :

Garçon, âgé aujourd'hui de vingt ans, nerveux.

Fille, dix-sept ans, obèse, sujette à des crises épileptiformes, mélancolique et maniaque.

Fille, quatorze ans, obèse, intelligente.

Garçon, douze ans, obèse.

La mère présente depuis l'âge de trente et un ans une cé-

cité de l'œil gauche avec atrophie blanche de la rétine. Réflexes normaux.

Le 25 juillet 1911, première prise de sang. Wassermann fait par le docteur Girauld : négatif.

La malade reçoit douze injections intramusculaires d'hectine.

Le 10 août, seconde prise de sang : Wassermann très positif, ce qui permit de poser le diagnostic certain de syphilis tant pour la mère que pour la fille aînée.

Le deuxième cas est celui d'une femme présentant une atrophie musculaire considérable avec douleurs musculaires. Son premier mari meurt cinq ans après son mariage de congestion cérébrale. Son médecin ayant parlé de syphilis, elle demande un diagnostic précis. Un premier Wassermann donne négatif. Après une série de douze injections d'hectine, second Wassermann qui donne très positif.

Ce procédé permettrait de remplacer avantageusement les anciens traitements antisyphilitiques dits d'épreuve dans les cas où la syphilis est soupçonnée et est restée ignorée du malade.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 29 FÉVRIER 1912)

Lésion du centre des mouvements conjugués de la tête et des yeux. — M. CHIRAY. Pendant les vingt-quatre heures qui avaient précédé la mort, on avait constaté des crises de déviation de la tête avec nystagmus survenant toutes les trois à cinq minutes. A l'autopsie, hémorragie sur la frontale ascendante au niveau de l'insertion de F 2, à l'endroit indiqué par Horsley comme étant le centre des mouvements conjugués.

Atrophie croisée du cervelet après lésion traumatique de la capsule interne par balle de revolver. — M. CLAUDE et Mlle LOYEZ. Le malade présentait une hémiplégie spasmodique à type infantile, consécutive à un coup de revolver tiré douze ans auparavant, et qui, à l'autopsie, avait laissé une cicatrice scléreuse sectionnant la capsule interne, avec dégénération du faisceau pyramidal. Or l'hémisphère cérébelleux opposé présente une atrophie des circonvolutions surtout du lobe quadrilatère, et du noyau dentelé; l'olive bulbaire est également atrophiée. L'atrophie croisée du cervelet peut donc résulter d'une lésion limitée, détruisant la capsule interne aussi bien que des lésions cérébrales étendues; elle est peut-être due à la suppression du stimulus moteur, étant donnée l'atrophie de la moelle du côté correspondant à la pyramide dégénérée.

Monoplégie d'origine cérébrale. — MM. JUMENTIÉ et Michel REGNARD. Monoplégie du bras gauche par kyste de la frontale ascendante dans sa partie moyenne, 2 cas de monoplégie crurale par gliomes des circonvolutions motrices à leur partie supérieure, l'un atteignait surtout la frontale ascendante, l'autre, la pariétale. Dans les 3 cas, existaient en plus des crises jacksoniennes.

Hémorragie méningée à forme convulsive. — MM. JUMENTIÉ et AUBERT. Les convulsions s'expliquent par un gros caillot sous-méningé non adhérent, localisé au niveau des circonvolutions motrices. Nombreuses suffusions sous-pie-mériennes des lobes sphéno-temporal et orbitaire.

Poliomyélite antérieure chronique. — MM. DÉJERINE et LONG. Amyotrophie ayant débuté à cinquante-huit ans, chez une femme, et ayant présenté une marche progressive, pendant les treize années que passa la malade à la Salpêtrière. Intégrité des muscles innervés par le bulbe. A l'autopsie, lésions classiques de poliomyélite chronique, avec lésions interstitielles analogues à celles de l'artério-sclérose. Sur une question de M. Marie, M. Long déclare qu'il pense à des lésions primitives de cellules plutôt qu'à des altérations diffuses.

Un cas de poliomyélite de la région lombaire avec hémiatrophie de la moelle. — MM. LHERMITTE et KINDBERG. Une femme de soixante-cinq ans n'ayant jamais marché à cause de la paralysie, elle présenta en outre des maux perforants, puis la nécrose du tarse, l'incontinence des sphincters, enfin, une escarre sacrée. Hémiatrophie de la moelle surtout dans sa partie inférieure, avec dans la corne antérieure, réticulum vasculaire formé de nombreux vaisseaux à parois épaisses et en dégénérescence hyaline. Cette lésion remonte jusqu'à la quatrième dorsale.

Dégénération combinée subaiguë de la moelle épinière. — M. LONG. Femme de quarante-huit ans, ataxo-spasmodique depuis dix-huit mois, incontinence terminale des sphincters et escarre. Intégrité des racines et de la substance grise : lésions essentiellement parenchymateuses des cordons antéro-latéraux et des postérieurs.

Les lésions radiculo-ganglionnaires des vieillards. Les kystes radiculaires. — MM. LHERMITTE et PASCASSO. Dilatation des espaces sous-arachnoïdiens des nerfs radiculaires, pouvant subir la transformation kystique par oblitération de la communication avec la grande cavité sous-arachnoïdienne, due à une prolifération du tissu sous-arachnoïdien. Aucune lésion inflammatoire. L'existence d'hydrocéphalie permet d'envisager l'hypothèse d'une hypertension intracranienne agissant par un mécanisme analogue à celui indiqué par M. Lejonne pour les lésions radiculaires des tumeurs. — M. THOMAS a vu des lésions semblables dans des cas de tabes et de syringomyélie avec, parfois, une névrite transverse assez intense sans dégénération des cordons postérieurs, ce qui montre l'insuffisance de la théorie de Nageotte sur la genèse des lésions tabétiques.

Tumeur de la queue de cheval. — M. JUMENTIÉ. Il s'agit d'un sarcome à cellules rondes, ayant évolué cliniquement en six mois, avec douleurs des membres inférieurs puis paraplégie flasque, troubles sensitifs dans le domaine des dernières racines sacrées, abolition des réflexes achilléens et du rotulien droit.

Evolution des pigments sanguins dans les hémorragies des centres nerveux. — M. CLAUDE et Mlle LOYEZ. Etude des transformations et de la répartition des pigments noir, ferrugineux et ocre.

Zona ophtalmique. — MM. THOMAS et HEUYER. Les lésions dégénératives sont systématisées aux racines sensitives du trijumeau, le ganglion ciliaire présente de grosses lésions hémorragiques, ses nerfs sont très lésés sans signe d'Argyll.

Un cas de polynévrite tuberculeuse. — M. TINEL. Sclérose et lésions parenchymateuses des principaux nerfs et du névraxe, l'auteur envisage l'hypothèse des poisons tuberculeux produisant toutes les lésions.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1912)

Dosage clinique de la cholestérine du sérum. — M. H. ISCOVESCO. La cholestérine, extraite du sérum par la méthode indiquée dans la séance précédente, est dissoute dans 5 centimètres cubes d'acide acétique anhydre. On ajoute 2 centimètres cubes de chlorure d'acétyle et 50 centigrammes de chlorure de zinc. On chauffe pendant cinq minutes au bain-

marie bouillant et on a une belle couleur rouge fluorescente qu'on n'a plus qu'à doser au colorimètre.

De la désinfection par les agents chimiques. — M. A. Rochaix montre qu'il n'y a pas d'antinomie entre la théorie de l'ionisation et celle de l'adsorption pour expliquer les processus germicides. Dans l'action des électrolytes sur les bactéries, les deux phénomènes interviennent successivement. S'il s'agit de corps non dissociés et de métaux à l'état colloïdal, c'est l'adsorption seule qui entre en jeu, suivant les lois qui régissent l'adsorption entre molécules et colloïdes et entre colloïdes. La mort des bactéries serait due tantôt à une oxydation, tantôt à une coagulation du protoplasma vivant.

Le bacille de Koch a-t-il un pouvoir hémolytique? — MM. H. Dufourt et Gaté. On sait que l'on a retiré des hémolysines d'un grand nombre de microbes. Les auteurs ont recherché si le bacille de Koch renfermait aussi des substances hémolysantes. Ils ont opéré sur des extraits alcooliques de bacilles et sur des émulsions de cultures sur pomme de terre glycérinées. Les globules rouges du lapin, du mouton et de l'homme ont été essayés à tour de rôle. Dans aucun cas le bacille de Koch ne s'est montré hémolytique. Les anémies graves de la tuberculose ne semblent donc pas relever d'une hémolysine produite par ce microbe.

Action de la nicotine sur le cœur isolé de quelques mammifères. — MM. A. Clerc et C. Pezzi ont expérimenté sur le lapin, le chien et le macaque. Ils ont constaté que la nicotine, en solution assez étendue (de 1/10000 à 1/100000) détermine un arrêt du cœur en diastole suivi d'une tachycardie accentuée avec augmentation souvent considérable de l'amplitude des pulsations. Cet effet tonique peut être mis en évidence même après que les autres actions se sont épuisées; au même titre que ces dernières, il est caractéristique de l'action de la nicotine.

Etude expérimentale des cavités spinales consécutives à une compression de la moelle épinière. — MM. J. Lhermitte et P. Boveri. S'il est avéré que, dans certains cas, une compression de la moelle peut provoquer la formation des cavités spinales soit au-dessus soit au-dessous de la région comprimée, on est mal fixé sur la pathogénie du processus cavitaire lui-même. Dans le but d'éclairer la genèse de ces cavités, les auteurs ont reproduit chez quatre chiens une compression aseptique de la moelle dorsale en introduisant dans le canal vertébral ouvert par une laminectomie des fragments de laminaire. Chez deux animaux ils purent constater l'existence *au-dessus* de la compression d'un ramollissement hémorragique de la substance grise centro-postérieure se prolongeant jusqu'au quatrième segment médullaire sus-jacent. Dans l'un de ces faits, il existait même une véritable cavité rétro-épendymaire visible à l'œil nu. Histologiquement il s'agissait de foyer nécrobiotique aseptique. Les auteurs insistent sur ce fait que la myélomalacie présentait exactement la topographie de la syringomyélie la plus authentique. Ces faits démontrent qu'une compression de la moelle dorsale chez le chien peut provoquer un foyer ascendant de myélomalacie grâce aux perturbations vasculaires qu'elle provoque dans le segment spinal sus-jacent. Il n'est pas interdit de rapprocher ces constatations de celles que plusieurs auteurs ont faites chez l'homme et de penser que certaines cavités spinales développées au cours du mal de Pott par exemple sont reliées par leur pathogénie aux cavités spinales que l'expérimentation permet de réaliser.

Sur le pouvoir hémolytique du sérum des enfants en bas âge à l'égard des hématies de lapin. Applications à la réaction de Wassermann. — MM. J. Détié et Saint-Girons, chez dix-huit enfants âgés de vingt jours à dix mois, ont recherché quel était le pouvoir hémolytique du sérum à l'égard d'une dilution à 10 p. 100 d'hématies de lapins. Dans 16 cas ce pouvoir était notoirement inférieur au pouvoir de l'adulte et il était, en général, d'autant plus faible que l'enfant était moins âgé. Les auteurs concluent que, chez les enfants de moins de dix mois, la réaction de Wassermann suivant la technique de Bauer-Hecht-Foix est souvent impossible et qu'il vaut mieux recourir à la méthode classique.

L'indoxylhémie. — MM. Jean Troisier et Albert Berthelot montrent qu'il est possible de déceler par une technique particulière l'indoxyle dans le sérum sanguin. L'excès de cette substance dans le sang relève de deux processus différents. L'un lié à l'hypergenèse indoxylique intestinale, l'autre à la rétention rénale. Les auteurs exposent les recherches cliniques et expérimentales qui leur ont permis d'établir cette double origine de l'hyperindoxylhémie. Se référant aux travaux de Metchnikoff sur l'intoxication chronique par l'indol, ils estiment que la présence continue des composés indoxyliques dans le sang doit sans doute jouer un rôle dans le déterminisme de certaines lésions viscérales et artéritiques chroniques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 24 février 1912)

Réaction de Hecht dans le séro-diagnostic de la syphilis. — MM. Leredde et Hallion présentent quelques observations au sujet de la priorité de l'application du procédé de Hecht avec détermination de l'index hémolytique du sérum à examiner et sont tous deux d'accord sur les résultats importants qu'on peut en tirer.

Traitement des furoncles. — M. Leredde insiste sur la nécessité de l'incision précoce et des pansements aseptiques dans les furoncles à marche aiguë, qui ne doivent pas être pressés, contrairement à ce que l'on fait d'habitude. Le traitement des formes communes comprend un nombre illimité de moyens, mais il y a toujours certaines règles à respecter.

Bain de lumière local. — MM. Laquerrière et Delherm présentent un nouvel appareil pour l'application de bain de lumière local; grâce à un dispositif spécial, cet appareil peut s'adapter exactement à la forme de la région à traiter.

Deux cas d'élimination anormale de bleu de méthylène au début de l'attaque de goutte. — A l'appui de sa candidature, M. Félix Ramond communique les observations de deux malades chez lesquels la crise de goutte a été précédée d'une rétention de bleu de méthylène, de chlorure de sodium et d'acide urique; cette imperméabilité n'a été que temporaire, car sitôt la crise de goutte passée, le bleu, le chlorure de sodium et l'acide urique ont réapparu en proportions normales.

Appareil en aluminium pour fractures de membres. — M. Raoult-Deslongchamps présente des appareils en aluminium laminé pour le traitement des fractures des membres; l'aluminium, étant perméable aux rayons X, rend possible le contrôle par la radioscopie de la situation exacte des fragments osseux; si ces fragments sont en mauvaise position, l'auteur emploie de petits ballonnets en caoutchouc dans lesquels on comprime de l'air et qui permettent d'exercer une pression facilement supportable.

M. Aubourg rappelle que l'examen radioscopique peut être rendu difficile par l'application de deux épaisseurs de lames d'aluminium et que la radiographie au contraire donne des renseignements très nets.

De l'impuissance génitale. — M. Le Fur décrit un certain nombre de variétés d'impuissance intéressantes à étudier chez les neurasthéniques, les psychasthéniques, les malades atteints d'affections génito-urinaires, de troubles de la nutrition, dont l'obésité, et les impuissances par modification ou déviation de la fonction génitale (continence, excès, nanisme, homo-

sexualité). Il pense qu'il existe, bien que rarement, un certain nombre d'impuissances essentielles d'origine psychique pure, momentanées et facilement curables. Mais presque toujours les impuissances sont sous la dépendance de lésions de l'urètre, de la prostate ou de l'appareil séminal... et ce sont ces lésions qu'il faut soigner pour obtenir une guérison. En dehors de l'impuissance complète, il faut accorder une grande importance à l'éjaculation prématurée qui conduit à la longue à l'impuissance. Le pronostic de l'impuissance génitale est souvent grave par les conséquences individuelles, familiales et sociales qu'elle entraîne.

Pour M. G. Luys, la plupart des impuissances qui ne sont pas dues à un trouble du système nerveux sont causées par des lésions du verumontanum; lorsque par l'urétroscopie on peut constater des altérations de cet organe, le traitement direct par les cautérisations donne des résultats remarquables.

M. Paul Guillon insiste sur la complexité du traitement des impuissants; il faut toujours examiner complètement l'appareil uro-génital, et très souvent on constate une lésion, de l'urètre postérieur par exemple; ces cas si fréquents doivent être considérés comme curables.

M. Bérillon décrit les bons résultats obtenus par la psychothérapie; mais il faut recourir à une suggestion « armée » qui amplifie l'action suggestive par l'adjonction de sensations physiques; dans le traitement de l'impuissance sexuelle, une telle suggestion « armée » d'allure symbolique (sous forme de talismans, d'amulettes, de médicaments d'allure bizarre) se montre particulièrement efficace.

Emploi de l'extrait de guaco dans les névralgies rebelles. — M. Butte. Le guaco est une plante mexicaine qui appartient à la famille des aristolochiacées. M. Butte en a fait le premier l'étude physiologique et, de ses expériences, il résulte que l'extrait de guaco fait perdre rapidement aux nerfs de la vie de relation leur pouvoir sensitif et possède aussi des propriétés analgésiques. L'auteur a donc songé à utiliser ce nouveau médicament dans certains cas de névralgies rebelles, comme celles qui sont consécutives au zona ou à des affections grippales, et les résultats obtenus furent excellents.

Bains de lumière et tension artérielle. — Pour M. Pariset, les bains de lumière employés dans le traitement de l'hypertension ou de l'hypotension artérielles agissent comme régulateurs de cette tension, et, selon la technique employée, peuvent avoir, soit un effet sédatif, soit un effet tonique sur le cœur et les vaisseaux.

JURISPRUDENCE

DIFFAMATION ET MÉDECINS

Un de nos lecteurs nous écrit : « Je suis inspecteur des enfants du premier âge, et au cours d'une de mes tournées, j'ai été insulté, diffamé par un groupe de mes inspectés. Je les ai menacés de la Cour d'assises, et j'ai déposé une plainte régulière entre les mains du Parquet. Suis-je un fonctionnaire public, et par suite les diffamations sont-elles de la compétence de la Cour d'assises? »

D'après une jurisprudence constante, sont considérés au sens de l'article 31 de la loi du 29 juillet 1881, soit comme fonctionnaires publics, soit comme citoyens chargés d'un service public, « tous les agents détenteurs dans une mesure quelconque d'une portion de l'autorité publique, mais non les personnes qui ne participent pas à cette autorité, encore bien qu'un intérêt public s'attache à leurs services » (V. Cass., 29 déc. 1898, *Sirey*, 1899, 1. 302).

Un certain nombre de décisions ont attribué justement ce caractère officiel aux médecins inspecteurs des enfants du premier âge (Cass., 8 juin 1888, *Gaz. Pal.*, 1888. 2. 188; 19 mai 1899. *S.* 99. 2. 480; Bourges, 1er déc. 1898, *S.* 99. 2. 123; Orléans, 25 juil. 1899, *S.* 99. 2. 292). Les inspecteurs des eaux minérales (Cass. 19 mai 1860, *D. P.* 60. 1. 363), les médecins assermentés pour donner des certificats aux fonctionnaires publics, les professeurs et agrégés des Facultés ou Ecoles de médecine, les médecins des armées de terre et de mer, etc., en sont également revêtus.

N'en sont point revêtus au contraire les inspecteurs des enfants assistés (Cass., 24 mai 1898, *D. P.* 98, 1. 381), les médecins experts (Cass. 1er juin, 1893, 95. 1. 16), les directeurs d'asiles privés d'aliénés (Cass., 29 mai 1884, *S.* 87. 1. 390), les médecins de l'assistance médicale gratuite (Rennes, 15 juil. 1901, *S.* 02. 2. 40), des hôpitaux (Cass. 27 mars 1897, *S.* 98. 1. 254), des bureaux de bienfaisance (Paris, 16 nov. 1892, *D. P.* 93. 2. 238), des chemins de fer de l'Etat (Poitiers, 3 fév. 1905, *S.* 05. 2. 213), à plus forte raison les médecins ordinaires déclarant à l'autorité publique les cas de maladies transmissibles par eux constatés (Cass., 22 oct. 1896, *D. P.* 98. 1. 204).

Cependant la jurisprudence n'est pas d'accord en ce qui concerne les médecins directeurs d'asiles publics d'aliénés. Le caractère officiel leur a été accordé par le Tribunal civil de la Seine (18-28 juillet 1882, *Le Droit*, 29 juillet 1882, motifs); il leur a été refusé par la Cour de cassation dans un arrêt du 16 septembre 1886 (*S.*, 1887, 1.397).

Lorsque les médecins sont chargés d'un service ou d'un mandat publics, à raison de leurs fonctions ou de leur qualité, la Cour d'assises est seule compétente, d'après les dispositions de l'article 45 de la loi du 29 juillet 1881. Dans le cas contraire c'est le tribunal correctionnel qui sera appelé à statuer.

Si le médecin veut obtenir des dommages-intérêts, il devra en cas de poursuites criminelles se porter partie civile et non introduire une action au civil; il ne serait pas recevable. En effet d'après un arrêt de la Cour de cassation du 5 décembre 1911 (*Revue de droit médical*, 1912, 44) l'action civile en réparation du dommage causé par des imputations diffamatoires poursuivie séparément de l'action publique, n'est pas recevable. En cas de poursuites correctionnelles il pourra intenter une action devant les tribunaux civils (Cass. 24 mai 1898, *Gaz. Pal.*, 1898, 2.19).

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

FORMULAIRE

FIÈVRE DE DIGESTION CHEZ LES ENFANTS

Régime sévère. Pas de viande faisandée, de vin, de sauces épicées. Prescrire pain grillé, panades et soupes épaisses, légumes secs, œufs, lait, fruits cuits. Si l'enfant a la langue saburrale, donner par jour quatre à cinq des paquets suivants :

Calomel... 0,01 cent. à 0,03 cent.
Lactose... 0,50 pour un paquet (Comby).

— Après chaque repas, donner à l'enfant 1 à 2 cuillerées à dessert de sirop de Trouette-Perret à la papaïne.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — M. le docteur Piéry est chargé, du 1er février au 31 octobre 1912, des fonctions d'agrégé.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Le *Journal officiel* du 3 mars 1912 publie un décret, en date du 16 février, complétant le décret du 2 février 1910, réglementant le concours annuel des médecins adjoints des asiles publics d'aliénés :

« Article premier. — L'article 1er du décret du 2 février 1910, réglementant le concours annuel des médecins adjoints des asiles publics d'aliénés, est complété par les dispositions suivantes, qui en formeront le quatrième paragraphe.

« La même exception pourra être consentie, sous les mêmes réserves, pour les nominations directes à effectuer par le ministre aux emplois du service médical des asiles publics départementaux nouvellement créés, en faveur des médecins du quartier d'hospice situé dans le département et où jusqu'alors les aliénés du département auront été hospitalisés, qui justifieront, en outre des conditions exigées par le paragraphe précédent, d'un minimum de dix ans de services dans ce quartier d'hospice. Le ministre fixera, par l'arrêté de nomination, la classe du cadre administratif où ces médecins seront directement inscrits. »

HYGIÈNE DES MINES. — MM. les docteurs Calmette, directeur de l'Institut Pasteur à Lille; Langlois, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Laveran, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine; Reymond et Vagnat, sénateurs, sont nommés membres de la commission spéciale chargée de l'étude des questions concernant l'hygiène dans les mines.

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — Les récompenses honorifiques ci-après sont accordées pour services rendus à la mutualité aux personnes dont les noms suivent :

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Breucq (de Bayonne), Mayard (de Paris) et Ravarit (de Poitiers).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Belgrand (de Paris), Cuénod (de Tunis), Ferrand (de Paris), Jablonski (de Poitiers), Lambilliotte (de Douai), Louyriac (de Lyon), Limperopoulo et Parmentier (de Paris) et Turgard (de Lille).

Mentions honorables. — MM. les docteurs Bleuzé (de Lille), Bonnet (de Romans), Brulant (de Saulzoir), Clément (de Marseille), Cordebart (de Pantin), Deschamps, Graziani, Hutinet, Labrevoit, Malméjac, Sénac et Spourgitis (de Paris) et Vallée (de Rouen).

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle :

Médecins principaux de première classe. — MM. Labit est nommé directeur du service de santé du 12e corps d'armée; Loup, adjoint au directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris; Dupard, adjoint au directeur du service de santé au ministère de la guerre; Sabatier, à la section technique du service de santé.

— Ont été désignés pour être détachés pendant les saisons thermales de 1912 aux hôpitaux d'eaux minérales ci-après :

Hôpital de Bourbonne-les-Bains (du 15 mai au 15 septembre). — MM. Lévy, médecin principal de deuxième classe, hôpital militaire de Belfort, médecin chef; Dieu, médecin-major de première classe, hospice mixte d'Epinal; Marie, médecin-major de première classe, 72e d'inf.; Pellet, médecin aide-major de première classe, 11e dragons; Mangenot, médecin aide-major de première classe, 13e dragons.

Hôpital de Vichy (du 1er mai au 13 septembre). — MM. Collinet, médecin principal de deuxième classe, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand,

RENSEIGNEMENTS

médecin chef; Biscons, médecin-major de première classe, salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Mihiel; Pous, médecin-major de première classe, 6e d'art. de campagne; Canel, médecin-major de deuxième classe, 140e d'inf.; Rouzaud, médecin aide-major de première classe, 38e d'art.

Hôpital de Bourbon-l'Archambault (du 15 mai au 15 septembre). — MM. Vielle, médecin-major de deuxième classe, 40e d'inf., médecin chef; Schangel, médecin aide-major de première classe, 5e chasseurs à cheval.

Hôpital de Barèges (du 12 juin au 15 septembre). — MM. Sanglé-Ferrière, médecin principal de première classe, médecin chef de l'hôpital militaire de Bordeaux, médecin chef; Pinat, médecin-major de deuxième classe, 12e d'inf.; Cruzel, médecin aide-major de première classe, 15e dragons.

LA ROUGEOLE A PARIS. — Par suite de l'épidémie de rougeole qui sévit actuellement dans les quartiers de la périphérie et, plus particulièrement, dans le 20e arrondissement, on vient d'ordonner la fermeture des écoles situées 104, rue de Belleville, 56, rue Planchat, rue de la Barre, et 29, rue des Pyrénées. Les locaux vont être désinfectés.

POUR LES SAVANTS PAUVRES OU MALADES. — Le duc de Loubat, membre de l'Institut, vient d'aviser l'Académie des inscriptions et belles-lettres, dont il est membre, de la donation qu'il fait à cette compagnie de deux titres de rente annuelle de 3000 francs chacun « pour venir en aide aux savants momentanément arrêtés dans leurs travaux par le manque de ressources matérielles ou par la maladie ».

On se souvient que le duc de Loubat a déjà fait bénéficier l'Institut de France d'un acte de munificence semblable et dans un but identique, le soulagement de quelques savants malades ou peu fortunés.

LES FONCTIONAIRES ATTEINTS DE TUBERCULOSE. — Un article de la loi de finances pour l'année 1911 dispose qu'une loi promulguée avant le 31 décembre 1912 assurera des congés de longue durée, avec traitement donnant droit à pension, aux fonctionnaires des administrations publiques atteints de tuberculose.

En vue d'assurer aussi promptement que possible l'exécution de ces intentions humanitaires, le ministre des finances vient de constituer une commission interministérielle chargée de réunir tous les renseignements utiles et de préparer un projet de texte à soumettre à l'approbation du Parlement.

La question intéressant toutes les grandes administrations, cette commission comprend des fonctionnaires de tous les départements ministériels.

UNE DOCTORESSE CHINOISE. — La *Revue de thérapeutique* dit que Mme Yamei Kui, la première femme chinoise qui ait passé sa thèse de doctorat en médecine (il y a déjà seize ans de cela, à New-York) voyage actuellement en Europe et visite notamment les hôpitaux anglais. Après avoir pratiqué quelque temps au Japon, elle fut appelée par le gouvernement chinois qui la chargea de l'éducation des infirmières; Mme Yamei Kui organisa plusieurs hôpitaux dans le nord de la Chine qui comptent un nombre respectable d'infirmières au courant des exigences de l'art de soigner les malades.

P.

LES TOURS D'HOSPICE ET LES INFANTICIDES. — Au cours d'une audience de la Cour d'assises à Chartres, le jury d'Eure-et-Loir a émis le vœu que les tours d'hospice, complètement supprimés à l'heure actuelle, soient rétablis. Les jurés estiment que cette mesure rendrait les infanticides moins fréquents. P.

PRIX HORACE WELLS. — Il sera décerné, s'il y a lieu, en 1915, un prix de 300 francs à l'auteur du meilleur mémoire ayant trait à l'amélioration notable des procédés anesthésiques chirurgicaux actuels ou à l'auteur de la découverte d'un agent jugé digne de retenir l'attention du jury, ainsi qu'aux inventeurs d'appareils, procédés ou méthodes facilitant notablement les narcoses.

Dès maintenant, les mémoires, etc., peuvent être adressés provisoirement chez M. Quincerot, président du comité Horace Wells, 28, rue de Moscou, Paris 8e.

N. B. — Aucune restriction n'est faite en ce qui concerne la profession des candidats ni sur leur nationalité, toutefois les mémoires ou descriptions devront être écrits en français; une devise accompagnera l'envoi ainsi qu'une enveloppe scellée portant en exergue la devise correspondante et inclus les nom, prénoms et adresse du candidat.

Pour plus amples renseignements, s'adresser ou écrire au président du comité.

CONGRÈS DE PHYSIOTHÉRAPIE DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE (DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT PAR LES AGENTS PHYSIQUES). — Le IVe congrès de physiothérapie des médecins de langue française se tiendra les 9, 10 et 11 avril 1912, à Paris, à la Faculté de médecine; les adhésions doivent être adressées, accompagnées du montant des cotisations, aux docteurs Laquerrière et Delherm, secrétaire et trésorier du congrès, 2, rue de la Bienfaisance.

QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR. — Trois questions ne seront pas l'objet de rapports, ce sont: *I. Pied bot congénital. — II. Diabète. — III. Insomnie.*

Trois autres questions donneront lieu aux rapports suivants:

Les agents physiques dans les rhumatismes chroniques. — 1° Diététique, M. Laumonier (de Paris). — 2° Electrothérapie, M. Rocques (de Bordeaux). — 3° Hydrologie, MM. Ch. et L. Lavielle (de Dax). — 4° Hydrothérapie, M. Falibois (de Paris). — 5° Kinésithérépie manuelle, M. Rosemblith (de Paris). — 6° Mécanothérapie, M. Sandoz (de Paris). — 7° Radiodiagnostic, M. Desternes (de Paris). — 8° Radiothérapie, M. Jaugeas (de Paris). — 9° Radiumthérapie et boues radioactives, M. Haret (de Paris). — 10° Thermothérapie, M. Miramond de Laroquette (de Mâcon).

Les agents physiques dans l'obésité. — 1° Climatothérapie, Hygiène et Sports, M. Heckel (de Paris). — 2° Diététique, M. Marcel Labbé (de Paris). — 3° Electrothérapie, M. Speder (de Bordeaux). — 4° Hydrologie et Hydrothérapie, M. Darbois de Jubainville (de Brides-les-Bains). — 5° Kinésithérapie manuelle, M. Danjou (de Nice). — 6° Mécanothérapie, M. Gommaertz (de Gand). — 7° Thermothérapie et Luminothérapie, M. Amblard (de Vittel).

Les agents physiques dans le goitre exophtalmique. — 1° Electrothérapie, M. Chartier (de Boulogne). — 2° Thérapeutique hydrominérale, M. Piatot (de Bourbon-Lancy). — 3° Hydrothérapie, M. Dubois (de Saujon). — 4° Radiothérapie, M. Ledoux-Lebard (de Paris).

La question « couperose, angiome, nævi », qui a été retirée de l'ordre du jour en raison du Congrès de dermatologie qui se tient à Rome, à la même époque, sera néanmoins l'objet d'un certain nombre de communications.

HOPITAL DE LA PITIÉ (NOUVELLE). (Service du docteur Ed. ENRIQUEZ.) — A neuf heures et demie.

Mardi et samedi : Visite et examen des malades du service (maladies générales).

Mercredi : Visite et examen des malades du service (maladies du tube digestif).

Mardi et jeudi : Consultation externe (tube digestif).

Lundi et vendredi : Examens radioscopiques.

Les examens endoscopiques (œsophagoscopie et rectoscopie) sont faits par M. le docteur R. Bensaude, médecin des hôpitaux.

COURS PRATIQUE DE PATHOLOGIE GASTRIQUE. — A partir du 22 avril 1912, par M. le docteur Ed. Enriquez, assisté de MM. Ambard et G. Durand (clinique), Barret et Carrié (radioscopie).

Examen du dyspeptique. Les troubles fonctionnels, leur valeur séméiologique. Les différents procédés d'exploration. Examen radioscopique.

Les grands syndromes gastriques. Crises gastriques. Syndromes sécrétoires. Syndromes pyloriques.

Les dyspepsies.

Le cours comprendra une dizaine de leçons. Les leçons auront lieu les mardis, jeudis et samedis, à trois heures de l'après-midi.

Pour s'inscrire, s'adresser à l'interne du service, M. Carrié, tous les matins.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le docteur Debrie, médecin principal de première classe, ancien directeur du service de santé au Maroc.

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES
(Hôpital Saint-Louis.)

ÉTIOLOGIE ET SYMPTOMES DU PSORIASIS

Par M. le professeur GAUCHER (1).

Le psoriasis constitue la *dartre sèche* des anciens auteurs, par opposition à l'eczéma qui représentait la *dartre humide* : il fait partie des dermatoses papulo-squameuses, la papule constituant la lésion initiale, et la squame un processus secondaire ; cliniquement, le psoriasis nous apparaît sous forme de squames sèches, d'un blanc mat, micacées, épaisses et adhérentes, reposant sur des élevures ou papules rouges, congestionnées, de forme et d'étendue variable : par le grattage de ces éléments on détermine un aspect blanc, brillant, nacré, caractéristique, et, si l'on prolonge le grattage de la papule, on obtient un piqueté ou un suintement hémorragique, ainsi qu'Hébra le montra, je crois, le premier.

Cette affection appartient au groupe des dermatoses diathésiques, qui présentent, comme nous le savons, des rapports étroits avec d'autres manifestations très disparates, comme l'asthme, la goutte, le rhumatisme chronique, l'artériosclérose, les bronchites chroniques, l'emphysème ; comme toutes ces branches d'une même grande famille, le psoriasis est constitué essentiellement par un vice de la nutrition.

A la base de toutes ces affections, nous trouvons, en effet, une altération de l'état humoral, une auto-intoxication pour employer une expression moderne, dont l'analyse chimique nous révèle la nature ; il s'agit d'une auto-intoxication par une forte proportion de matières extractives azotées, de purines, corps à la fois très toxiques et très peu solubles ; l'analyse des urines nous montre, en effet, un abaissement marqué du rapport azoturique et nous renseigne ainsi sur la nature chimique exacte des modifications nutritives ; c'est là qu'est le danger ; pour le dire en passant, on ne saurait, dans la question des rétentions azotées, conclure à l'intoxication, lorsqu'on a constaté dans le sang une forte proportion d'urée ; l'urée est un corps soluble et non toxique ; sa rétention dans l'organisme nous apparaît seulement comme le témoin d'une rétention azotée plus complexe et infiniment plus grave, en supposant même qu'il y ait un parallélisme étroit entre la proportion de l'urée et la proportion des matières extractives azotées ou purines.

Mais, parmi toutes ces maladies de la nutrition, le psoriasis s'individualise par des caractères qui lui sont plus particuliers : chez les psoriasiques, en effet, en dehors des troubles chimiques précédents, on constate une *déminéralisation excessive*, ainsi que nous l'avons montré avec M. Desmoulière ; poussant plus loin l'analyse, on reconnaît que cette déminéralisation porte surtout sur le chlorure de sodium et cela principalement pendant les périodes de guérison des poussées éruptives : le chlorure de sodium en effet est un corps indispensable à l'organisme ; il ne faut pas ne voir en lui qu'une substance nocive ; grâce à lui, peuvent être éliminés les matériaux azotés toxiques qui ne dialyseraient pas sans lui ou qui ne dialyseraient que d'une façon insuffisante, ainsi que l'a montré déjà le professeur A. Gautier ; c'est pourquoi l'élimination chlorurée nous apparaît surtout abondante aux périodes de guérison du psoriasis.

Mais cette déminéralisation excessive et surtout la perte abondante de chlorure de sodium affaiblissent la résistance de l'organisme ; aussi le psoriasis, comme je l'ai constaté et comme je l'ai dit depuis longtemps, nous apparaît-il fréquent dans les familles de tuberculeux, et inversement la tuberculose guette-t-elle le psoriasique ; il ne faut pas en effet, au point de vue chimique, envisager seulement dans la tuberculose la question de la déminéralisation calcique, que l'on cherche aujourd'hui à combattre par la méthode de la recalcification ; le déficit chloruré sodique n'a pas moins d'importance dans la constitution du terrain tuberculeux.

En dehors de toute interprétation pathogénique, les faits cliniques sont nombreux à l'appui de cette affirmation que tuberculose et psoriasis s'associent étroitement ; j'ai vu bien souvent les enfants d'une même famille entachée de tuberculose présenter les uns du psoriasis, les autres des manifestations franchement tuberculeuses ; le psoriasique lui-même, primitivement indemne de localisations bacillaires, présente bien des fois dans le cours de son existence des atteintes de la tuberculose : en particulier, j'ai vu tous les psoriasis aigus ou suraigus, à variété scarlatiniforme, transformés en pityriasis rubra secondaire, évoluer tous vers une tuberculose pulmonaire mortelle.

Il résulte des aperçus précédents que le psoriasis rentre parmi les affections diathésiques : c'est dire qu'il peut se transmettre par hérédité, comme toutes les dermatoses diathésiques : tantôt il s'agit d'une hérédité directe (la plus fréquente), le psoriasique engendre un psoriasique, tantôt il s'agit d'une hérédité de diathèse : le père est psoriasique, le fils devient goutteux, le petit-fils reprenant le premier chaînon de la chaîne diathésique peut présenter du psoriasis. Dans un certain nombre de cas le terrain diathésique peut se traduire par la succession dans la même famille d'eczéma et de psoriasis.

Mais, cette alternance de manifestations diathésiques n'intéresse pas seulement plusieurs générations : elle peut se montrer chez le même individu et donner lieu à des métastases ; c'est ainsi que chez un psoriasique, guéri de son psoriasis, peuvent apparaître des accidents pulmonaires ou gastriques, qui peuvent faire regretter la disparition du psoriasis !

J'ai vu autrefois un malade presque condamné avec le diagnostic de cancer de l'estomac, rejetant des vomissements noirâtres, recouvrer la santé dans les circonstances suivantes : ce malade présentait des traces de psoriasis au coude, je le fis couvrir de sinapisme, à tout hasard, espérant le retour des accidents cutanés ; et en effet le psoriasis réapparut,

(1) Leçon recueillie et publiée par MM. Bricout et Salin, internes des hôpitaux.

tandis que guérissait le prétendu néoplasme gastrique qui n'était autre qu'une gastrite ulcéreuse hémorragique.

Nous connaissons aussi l'alternance de l'asthme et du psoriasis : tel jeune homme qui souffre depuis longtemps d'un asthme rebelle peut guérir de cette manifestation par l'apparition d'un psoriasis à l'âge de vingt ou vingt-cinq ans !

J'en dirai autant de la succession du psoriasis et du rhumatisme articulaire aigu, bien que cette dernière affection ne rentre pas absolument dans le même cadre nosologique ; on la considère aujourd'hui comme liée à une infection spécifique, mais peut-être des maladies très différentes sont-elles englobées sous la dénomination générale de rhumatisme articulaire aigu.

J'attirerai encore l'attention sur l'évolution assez particulière que peuvent présenter les psoriasiques, atteints de psoriasis chronique et persistant toute la vie, sans transformation en pityriasis rubra secondaire (et c'est la grande majorité), ou même sans transformation en une autre métastase ; ces malades peuvent vivre longtemps avec leur psoriasis ; mais j'ai noté que s'ils ne meurent pas de métastase, de complication cardiaque, séquelle de rhumatisme articulaire aigu, ils succombent presque tous de deux façons :

Ou bien par l'*artériosclérose* et la néphrite interstitielle, ou bien par un *cancer du rectum*. Cette dernière affirmation peut surprendre et je serais bien en peine d'en fournir l'explication ; mais le fait brutal est là ; je l'ai déjà écrit, je l'ai vérifié depuis sur de nouveaux cas !

Disons maintenant quelques mots des autres théories émises sur la nature du psoriasis ; on a dit qu'il s'agissait d'une affection nerveuse en raison de l'étiologie émotive parfois mentionnée et des arthropathies, qu'on a voulu rapprocher des arthropathies tabétiques ; mais ces manifestations articulaires ressemblent à celles du rhumatisme chronique déformant ; peut-être, en raison du terrain tuberculeux, si fréquemment associé au psoriasis, convient-il de les rapprocher des arthropathies tuberculeuses chroniques sur lesquelles Poncet a tant insisté.

On a soutenu également l'origine parasitaire du psoriasis ; l'aspect serpigineux, l'extension des lésions par la périphérie ont pu plaider en ce sens ; mais où ne trouve-t-on pas, sur les téguments, de ces microcoques rencontrés sur le psoriasis, spores banales, que l'on n'a pu parvenir à inoculer, si bien qu'il n'est pas un cas probant de contagion.

A quel âge se développe le psoriasis ? Il peut apparaître pendant l'enfance, l'adolescence, et constitue, après l'impetigo, une manifestation cutanée commune chez les enfants. Il s'agit là de psoriasis par hérédité directe.

Le plus souvent c'est à la puberté que se montre le psoriasis, désolation des jeunes filles dont les coudes, les genoux se couvrent peu à peu d'éléments psoriasiques !

Chez l'adulte, nous le voyons survenir à l'occasion d'un trouble physiologique, grossesse, puerpéralité ; j'ai connu une femme dont chaque grossesse était accompagnée d'une poussée de psoriasis, qui guérissait dans l'intervalle.

La maladie une fois apparue dure toute la vie ; mais elle présente une série de poussées, dont nous ignorons souvent la raison ; on peut incriminer tantôt un vice ou un excès d'alimentation, et tantôt l'influence du froid. Les psoriasiques savent très bien que leurs manifestations durent plus longtemps en hiver qu'en été.

Les irritations cutanées peuvent localiser le psoriasis sur certains points du corps ; c'est la raison de l'apparition de ces éléments sur les genoux, les coudes, la ceinture comprimée par le corset ; l'hyperkératose des genoux chez les sujets qui s'agenouillent longtemps peut devenir le point de départ d'un véritable psoriasis, chez les prédisposés.

Quels sont les rapports entre la séborrhée et le psoriasis ? Unna et Hallopeau les ont notés ; il existe en effet des formes de transition entre ces deux affections : si le psoriasis apparaît chez un sujet séborrhéique, il peut prendre le masque de l'eczéma séborrhéique, c'est le psoriasis séborrhéique ; mais, quels que soient les points de ressemblance et les intermédiaires, il existe des barrières tranchées entre les deux affections.

Symptômes. — L'élément initial du psoriasis est une papule squameuse. Ces papules sont généralement réunies en placards squameux plus ou moins confluents, aussi est-il souvent difficile d'observer le psoriasis à l'état élémentaire.

Si ces papules sont nettement isolées les unes des autres, il s'agit de *psoriasis punctata*, et chaque petit élément est couvert d'une squame blanche, brillante, nacrée, assez épaisse, et complètement sèche.

Quand on a détaché les squames, les papules sont rouges, aplaties, et saignent très facilement par le grattage.

Mais c'est là un aspect rare de psoriasis qui, dans la majorité des cas, revêt le type de *psoriasis guttata*. Les papules, agminées, sont réunies, forment des plaques plus ou moins grandes. Les squames sont, elles aussi, plus larges et la lésion prend par le grattage l'aspect bien connu de la tache de bougie et saigne assez facilement.

Suivant la configuration des placards, on a pu décrire des *psoriasis orbiculaires, diffusa, gyrata*, etc. Le *psoriasis circiné* était décrit par les anciens auteurs sous le nom de *lèpre vulgaire ;* Willau avait consacré cette erreur et malgré la protestation d'Alibert, il faut arriver à Gibert pour distinguer de la lèpre le psoriasis circiné.

Siège. — Le psoriasis est seulement une affection de la peau. On ne peut l'observer sur les muqueuses. Certaines leucoplasies buccales ou linguales chez des psoriasiques ne sont pas des lésions de psoriasis des muqueuses, il s'agit simplement d'une coïncidence.

Quoi qu'il en soit, la lésion a son point d'élection à la face d'extension des articulations du coude et du genou ; on voit là de grosses papules aplaties, groupées et squameuses.

Les éléments peuvent exceptionnellement siéger sur la face de flexions des articles, ils sont alors, plus rouges, les squames sont plus molles, plus humides, il peut y avoir des croûtes, la peau peut présenter des fissures douloureuses; ces psoriasis atypiques sont de véritables lésions séborrhéiques et peuvent servir de formes de transition.

Une autre forme atypique de psoriasis est le psoriasis palmaire et plantaire. Cette forme rare. La squame est formée de larges lambeaux épidermiques. On pourrait confondre cette affection avec l'eczéma palmaire, mais, dans le psoriasis, la squame est plus épaisse et, surtout, la peau sous-jacente est plus rouge et plus sèche; mais c'est surtout avec les syphilides palmaires et plantaires que le diagnostic est difficile.

La syphilide est plus papuleuse, moins squameuse, a une disposition plus fréquemment circinée; mais, malgré ces caractères distinctifs, le diagnostic est souvent très difficile, et la grande fréquence des syphilides psoriasiformes palmaires et plantaires devra souvent faire pencher la balance du côté de la spécificité.

A la face, le psoriasis ressemble souvent à l'eczéma séborrhéique : mêmes plaques rouges, recouvertes de squames un peu grasses, mais ces squames sont plus épaisses et moins superficielles que celles de l'eczéma. Dans les deux cas, il y a presque toujours participation du cuir chevelu.

Si la lésion psoriasique est nettement papuleuse, limitée, le diagnostic est facile, mais si elle est, comme il est fréquent, diffuse, il est très difficile de la distinguer de l'eczéma séborrhéique, du pityriasis capitis. Celui-ci s'accompagne de démangeaisons et de chute de cheveux, et ce sont là les deux caractères principaux qui permettront de le reconnaître.

Le psoriasis peut s'étendre aux tempes, aux oreilles, où les squames peuvent s'accumuler dans le conduit auditif; dans tous ces cas la ressemblance avec l'eczéma séborrhéique est grande.

Le psoriasis est très fréquent sur le tronc; on observe des placards sur les lombes, au sacrum, dans le dos, où il peut affecter le type de *psoriasis scutata* (en bouclier).

Chez la femme, les lésions sous-mammaires simulent l'intertrigo, les squames sont molles, se détachent facilement.

Aux organes génitaux la difficulté diagnostique est variable.

Chez l'homme, sur le scrotum, sur le gland, le diagnostic est facile; il est quelquefois plus délicat pour les éléments que l'on peut observer sur le prépuce.

Chez la femme, à la vulve, les papules du psoriasis sont recouvertes de squames fines et molles, que l'on peut confondre avec des syphilides squameuses; mais, tandis que, dans le psoriasis, la peau sous-jacente est sèche et seulement rouge lorsque la squame tombe, dans la syphilis on constate une surface nettement exulcérée.

Sur les ongles, il sera facile de reconnaître des lésions de psoriasis, s'il en existe aussi sur la peau, sinon ce sera très difficile, car la strie, l'aspect ponctué, le décollement, la friabilité sont des caractères communs au psoriasis comme à l'eczéma unguénal.

Evolution. — Le psoriasis est une affection essentiellement chronique, absolument incurable. Il s'accompagne de très peu de réaction locale et procède par poussées successives. Dans l'intervalle des poussées, les placards squameux laissent des taches pigmentées, parfois même en l'absence de traitement.

Quelquefois il n'y a pas de rémission entre les poussées, c'est le psoriasis *inveterata*, et cette éruption persistante peut s'accompagner, surtout sur les jambes variqueuses, de papillomatose secondaire.

Les poussées de psoriasis peuvent être plus ou moins intenses; parfois il s'agit de poussées aiguës, pouvant se faire à l'occasion de causes diverses, excès de table, fatigue, un voyage en mer par exemple, comme dans un cas que j'ai observé. L'éruption peut alors se généraliser, affecter le type scarlatiniforme. Les plaques sont rouges, douloureuses, desquament d'une façon incessante.

Ces larges plaques peuvent se généraliser et alors peut évoluer secondairement un pityriasis rubra chronique secondaire ou herpétide exfoliatrice de Bazin. Cette complication rare du psoriasis est très importante par son évolution. Les malades qui en sont atteints meurent tous de tuberculose pulmonaire; nous avons longuement insisté précédemment sur la coexistence fréquente chez le même sujet de lésions bacillaires et de psoriasis.

Les autres complications sont exceptionnelles, sauf toutefois les arthropathies, dont la nature est si discutée. Ces arthropathies ressemblent tout à fait à celles du rhumatisme chronique déformant, aussi ont-elles servi à édifier la théorie nerveuse du psoriasis. Mais leur étiologie est au moins aussi obscure que celle de cette dernière affection, Poncet a soutenu la fréquence de son étiologie tuberculeuse et a appuyé cette hypothèse, pour un certain nombre de cas, sur un ensemble de faits assez probants; peut-être est-ce aussi à la bacillose qu'il faut rattacher certaines arthropathies des psoriasiques. En tous cas, l'histoire clinique de cette affection envisagée dans son ensemble plaide souvent en faveur de cette théorie.

Tels sont, messieurs, dans leur ensemble et brièvement résumés les causes et les symptômes du psoriasis.

Beaucoup d'inconnues restent encore dans le problème posé par l'étiologie de cette affection diathésique. Il est néanmoins un fait sur lequel j'ai tenu à attirer votre attention et sur lequel j'insiste en terminant cette leçon, c'est la *coexistence de psoriasis et de tuberculose*. Le psoriasique est un terrain sur lequel la tuberculose évolue assez fréquemment, et ce fait, qui a son importance doctrinale, a aussi un grand intérêt pronostic et prophylactique, par conséquent un intérêt pratique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 FÉVRIER 1912)

Infection généralisée de la souris par la Leishmania Donovani. — M. A. LAVERAN.

Immunisation antityphique de l'homme par voie intestinale. Modifications spécifiques du sérum. — MM. J. COURMONT et A. ROCHAIX. L'introduction dans l'intestin de l'homme de cultures d'Eberth tuées à + 53 degrés fait apparaître dans son sérum sanguin des propriétés *agglutinante, bactériolytique* et *bactéricide*; ces propriétés présentent généralement leur maximum environ trois semaines après le premier lavement.

Le maximum atteint par chacune de ces trois propriétés humorales est très différent suivant chacune d'elles. Le taux des pouvoirs agglutinant et bactériolytique reste assez faible, alors que l'action bactéricide, acquise par le sérum, est relativement bien plus élevée.

Le pouvoir agglutinant subit assez fréquemment des variations d'un examen à l'autre. La couche d'accroissement et de décroissance des pouvoirs bactériolytique et bactéricide paraît beaucoup plus régulière.

Les courbes d'évolution (apparition, croissance, décroissance et disparition) de ces trois pouvoirs ne sont pas absolument parallèles et ne peuvent se superposer.

On peut mettre en évidence les propriétés agglutinante, bactériolytique et bactéricide au bout de six mois, quoique fortement atténuées à cette époque. Passé ce délai, elles ont à peu près disparu.

La date d'apparition et la durée de la présence des anticorps dans le sang sont à peu près les mêmes dans la vaccination par voie intestinale que par l'emploi des autres méthodes; mais les taux paraissent un peu moins élevés que par l'inoculation sous-cutanée d'autolysats de bacilles vivants.

Etude sur les causes du caillage du lait observé pendant les périodes orageuses. — M. TRILLAT. On a observé depuis longtemps que le lait se caillait plus rapidement après l'orage; et même la viande, le bouillon, les levures de boulangerie s'altèrent plus vite pendant ou au cours des périodes orageuses. On avait, jusqu'à maintenant, attribué la cause de ces phénomènes qui contrarient nos habitudes à l'électricité, à l'ozone ou à des conditions plus favorables de température et d'humidité. M. Trillat démontre que ce sont les odeurs ou les émanations gazeuses se dégageant dans le voisinage des corps d'origine végétale en voie de putréfaction qui jouent le rôle d'excitants sur le ferment lactique. Les dépressions barométriques ont pour effet de faire ressortir du sol et des objets les gaz qui y sont enfermés, et leur mélange avec l'air constitue une ambiance favorable à l'ensemencement du ferment lactique qui se trouve abondamment répandu dans l'air. Il en est de même pour la viande, le gibier, le bouillon.

M. Trillat ne peut s'empêcher d'établir un rapprochement entre ces résultats et les observations si souvent signalées sur l'aggravation des plaies et l'extension subite des épidémies à la suite de perturbations météorologiques.

Sur un nématode des tissus fibreux chez le b uf. — M. Maurice PIETTRE.

— La section de médecine et de chirurgie, par l'organe de son doyen M. Bouchard, présente la liste suivante de candidats à la place vacante par le décès de M. O.-M. Lannelongue.

En première ligne, M. Ch. Richet.

En deuxième ligne, par ordre alphabétique, MM. Delorme, Le Dentu, A. Lucas-Championnière, S. Pozzi et Paul Reclus.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 MARS 1912)

Les eaux minérales et les stations climatiques. — M. POUCHET, dans son rapport sur cette question, insiste sur la nécessité que les communes obtiennent l'autorisation de l'Académie pour se déclarer stations d'eaux minérales ou stations climatiques.

Cette proposition est adoptée.

Inondation péritonéale déterminée par la rupture d'un follicule de de Graaf. — M. CRANWEL (de Buenos-Aires) communique l'intéressante observation d'une jeune femme de vingt-quatre ans qu'il dut opérer d'urgence d'une inondation péritonéale qu'il croyait devoir attribuer à la rupture d'une grossesse extra-utérine. Or, il ne trouva comme source de l'hémorragie qu'un gros ovaire présentant un petit orifice par lequel le sang s'écoulait. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait de la rupture d'un follicule de de Graaf normal. Des recherches bibliographiques auxquelles s'est livré M. Cranwel il résulte que, dans un certain nombre de cas, l'hématocèle ou l'inondation péritonéale, attribuées aujourd'hui presque toujours à une grossesse extra-utérine, ont parfois été causées par la rupture d'un follicule de de Graaf. La théorie pathogénique de Nélaton, au point de vue de l'hématocèle, contient donc une part de vérité.

Chloroformisation et capsules surrénales. — M. Pierre DELBET, en son nom et au nom de MM. Herrenschmidt et Beauvy, fait connaître le résultat de recherches expérimentales d'où il résulte : 1° la fixation du chloroforme sur les capsules surrénales; 2° son action sur les graisses de ces capsules surrénales; 3° son action sur la substance chromogène et l'adrénaline. Par ces expériences, on peut expliquer certaines morts subites post-opératoires, après chloroformisation, morts subites qui sont mises le plus souvent sur le compte de l'embolie et qui en diffèrent cependant par certains signes cliniques (absence de douleur, de cris, etc.).

Pour parer à ces accidents possibles, M. Delbet fait maintenant, chez tous ses opérés, après l'opération, une injection sous-cutanée de 4 dixièmes de milligramme d'adrénaline.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. CAPITAN sur les titres des candidats à la place vacante dans la section des associés libres.

La liste de présentation de la commission porte : en première ligne, ex æquo, MM. Castex et Mesureur; en deuxième ligne, ex æquo, MM. Coudray et Valude; en troisième ligne, ex æquo, MM. Cabanès et Sollier.

L'Académie a proposé d'ajouter à cette liste M. Bertrand, inspecteur général du service de santé de la marine.

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES SUR LA TUBERCULOSE

(SÉANCE DU 8 FÉVRIER 1912)

Episodes méningés curables tuberculeux. — M. BARBIER. A côté des cas de méningites tuberculeuses avérées terminés par la guérison et qui en réalité constituent une rareté, il existe une série d'accidents méningés transitoires qu'on doit rattacher à la même origine.

Ces « épisodes méningés » se caractérisent par des convulsions, par de la somnolence, de la céphalée, des troubles des réflexes, etc. Ils durent quelques jours, sont sujets aux récidives et se retrouvent souvent dans les antécédents des malades succombant plus tard soit à la méningite, soit à la tuberculose.

Ces épisodes peuvent revêtir la forme mono-symptomatique, soit par exemple le zona ou des douleurs névralgiques à type

radiculaire plutôt qu'à type névritique, qu'on observe spécialement chez les petits enfants et qui sont d'une interprétation difficile quand on ne songe pas à la possibilité de leur origine méningo-radiculaire.

Ces épisodes sont probablement dus à des méningites congestives, ou à des méningites séro-fibrineuses à faible épanchement.

On en trouve des traces plus tard chez des enfants qui succombent à la méningite ou à la tuberculose, se traduisant par des plaques d'épaississement laiteux de la base. Celles-ci peuvent causer des arrêts du développement intellectuel, des céphalées par accès qu'on étiquette céphalées de croissance ou migraine.

La connaissance de ces faits est très importante pratiquement, car il est nécessaire de soumettre ces enfants à une hygiène cérébrale et générale en rapport avec la nature soupçonnée des lésions.

Les plages excitantes et certaines stations minérales leur sont particulièrement néfastes.

Le pronostic de la tuberculose par la cuti-réaction, mécanisme général des réactions tuberculiniques. — M. André JOUSSET. Si la tuberculine n'a pratiquement pas grande valeur en médecine humaine pour le diagnostic de la tuberculose, elle peut rendre de très grands services pour le pronostic.

M. A. Jousset a effectué ses recherches sur la valeur du cuti-pronostic au moyen de la cuti-réaction de von Pirquet en se servant de la vieille tuberculine glycérinée de Koch. Cette méthode donne des résultats identiques à ceux de l'intradermo-réaction. Elle a pour elle sa grande simplicité et son innocuité parfaite.

Il faut distinguer, dans l'appréciation des résultats, la tuberculose infantile de celle de l'adulte. Chez celui-ci on peut poser en principe qu'une tuberculose en évolution est d'autant plus bénigne que la cuti-réaction y est plus forte.

Ainsi les cavitaires cachectiques ne réagissent jamais; les pleurétiques (pleurésies *a frigore*) réagissent toujours. Chez l'enfant la loi de proportionnalité inverse est moins formelle, il ne faut tenir compte que des cas extrêmes.

On a considéré jusqu'ici la cuti-réaction comme un fait d'anaphylaxie. L'auteur est si peu de cet avis qu'il la range dans les réactions d'immunité.

Il fait à ce sujet le procès général de l'anaphylaxie dont on a fait le *caput mortuum* de tous les phénomènes biologiques un peu obscurs et critique plus encore le nom que la chose.

Dans la pratique le cuti-pronostic rend d'immenses services en permettant de sélectionner les cas justiciables de la sérothérapie antituberculeuse.

M. KUSS fait observer : 1° que l'analogie des réactions locales à la tuberculine avec le « phénomène d'Artus », peu évidente dans les cuti-réactions, apparaît, au contraire, très manifestement, dans les oculo-réactions, dont le mécanisme de production ne peut être séparé de celui des cuti-réactions;

2° Qu'un grand nombre de tuberculoses latentes inactives de l'enfant, immobilisées au niveau et au voisinage de la porte d'entrée pulmonaire (qui est de beaucoup la plus fréquente) présentent tous les caractères de vraies tuberculoses locales, ce qui ne les empêche pas de donner naissance cliniquement à des cuti-réactions positives.

M. Jousset admet que chez l'enfant il y a toujours une phase septicémique qui suit l'inoculation locale et qui peut créer une certaine immunité.

M. BEZANÇON croit qu'il est impossible de conclure des résultats de la cuti à une immunité quelconque. Nous ignorons ce qu'est l'immunité antituberculeuse chez l'homme, et la cuti ou l'intradermo sont trop variables pour permettre un cuti-pronostic.

M. RIST regrette qu'on emploie si peu le terme d'allergie créé par von Pirquet. Il ne croit pas à la valeur pronostique de la cuti-réaction.

Tuberculose spontanée des centres nerveux chez les carnivores. — M. le professeur G. PETIT (d'Alfort) commente, à l'aide de nombreux dessins, trois faits remarquables de tuberculose spontanée des centres nerveux, chez le chien.

Un cas, déjà tout exceptionnel, de *tuberculose ulcéreuse de l'aorte* se complique de la dissémination, par bacillémie, d'un nombre incroyable de follicules invisibles dans la totalité du tissu nerveux encéphalo-médullaire. Les préparations histologiques se prêtent à merveille à l'étude, notamment, des *réactions vasculaires* se traduisant par l'édification, au point d'arrêt des bacilles, des *follicules épithélioïdes* d'origine strictement leucocytique, sans cellules géantes.

Mais cette réaction se poursuit également le long des capillaires, sous forme d'une *périvascularite* progressivement décroissante, qui traduit bien l'extraordinaire sensibilité des globules blancs, à distance même des points d'arrêts bacillaires.

Les deux autres faits relatés par le professeur G. Petit se rapportent à une localisation bulbo-cérébelleuse d'apparence humorale et à un cas aussi rare qu'évident d'épendymite tuberculeuse localisée aux ventricules cérébraux.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 2 MARS 1912)

Nouvelles recherches sur la dose minima mortelle du chlorure de baryum donné au lapin par la voie sous-cutanée. — Vu l'écart considérable signalé par M. CAMUS entre la dose minima mortelle de ce sel pour le lapin en l'injectant dans le liquide céphalo-rachidien, soit 1/20 de milligramme, et celle qu'il avait trouvée lui-même de 0gr05 par la voie sous-cutanée, le docteur MAUREL a refait une autre série d'expériences qui a confirmé ses premiers résultats ; et il conclut en faisant ressortir l'importance du fait signalé par M. Camus : celui de l'extrême sensibilité de la voie céphalo-rachidienne au moins pour cet agent et pour cet animal.

Conservation du virus de la poliomyélite chez les animaux réfractaires à la maladie. — MM. LEVADITI et DANULESCO ont étudié la conservation du virus de la paralysie infantile chez les animaux (rat, cobaye, lapin) qui ne contractent pas habituellement la maladie. Le virus fut inoculé dans le péritoine du rat et du cobaye ; il fut retrouvé dans l'exsudat péritonéal du cobaye vingt-quatre heures après l'inoculation; mais, quelques jours après, les organes ne conféraient plus l'infection au singe. Les auteurs ont introduit dans la chambre antérieure de l'œil, chez le lapin, des fragments de ganglions rachidiens provenant de simiens paralysés, ganglions qui renferment des quantités relativement considérables de virus. Ces fragments, retirés de l'œil à des intervalles variables, se montrèrent virulents, après trois à vingt-trois jours de conservation. La présence du virus dans l'œil du lapin ne provoque aucune réaction particulière.

Inoculation de la scarlatine à un orang-outang. — MM. LEVADITI, LANDSTEINER et DANULESCO ont inoculé du virus scarlatineux à un jeune orang-outang et ont observé chez lui un syndrome morbide dont la ressemblance avec la scarlatine humaine est frappante. Ils ont injecté sous la peau de cet animal 10 centimètres cubes de sang pris dans la veine d'un enfant atteint de scarlatine et lui ont badigeonné la gorge avec du dépôt amygdalien. Après une incubation de dix jours, l'orang-outang fut pris de fièvre, et l'on constata chez lui une rougeur de la gorge et un léger érythème cutané. Au quinzième jour, apparut la desquamation, qui dura plus de soixante jours. L'examen histologique de la peau montre des altérations comparables à celles décrites par Lach dans la scarlatine.

Présence de la capsule dans les cultures de pneumocoque et de pneumobacille sur milieux artificiels. — M. Hardouin, en employant un procédé de coloration spécial à l'encre de Chine, a pu mettre en évidence, constamment, de très belles capsules autour des pneumocoques et pneumobacilles cultivés sur gélose, eau peptonée et bouillon.

Antianaphylaxie par la voie buccale. — M. Grineff. Il résulte de l'ensemble de ses expériences que, chez les cobayes sensibilisés au blanc d'œuf chauffé, on peut provoquer, conformément au principe établi par Besredka, une immunité antianaphylactique à l'égard du blanc d'œuf chauffé, en leur administrant par la bouche du blanc d'œuf cru ou chauffé.

Vitesse d'excitabilité et courant induit. — MM. G. Bourguignon et H. Laugier. Les auteurs rappellent qu'ils ont décrit leur technique de mesure de la vitesse d'excitabilité chez l'homme, par le rapport des quantités d'électricité donnant le seuil pour l'onde induite d'ouverture et l'onde induite de fermeture.

Ils ont montré la constance du rapport pour un muscle donné, avec une même instrumentation, non seulement sur un même sujet d'un côté à l'autre et d'un jour à l'autre, mais encore d'un sujet à l'autre.

Ils apportent maintenant les résultats de la recherche du rapport suivant les conditions de l'excitation. Ils montrent que le rapport, pour un muscle donné, est le même, qu'on fasse porter l'excitation au point moteur, ou en dehors du point moteur, ou sur le nerf.

Ces recherches montrent donc qu'on peut mesurer la vitesse d'excitabilité chez l'homme avec le champ d'induction et sont en conformité avec les résultats des expériences de Lapicque qui ont montré que la vitesse d'excitabilité caractérise les tissus et que le muscle est isochrone avec son nerf.

Autres communications :

Extraction de l'antithrombine de la rate. — MM. Doyon et Policard.

Action des vapeurs de liquides anesthésiques sur le foie. Rapprochement avec les effets du gel. — M. Doyon.

Apparente accoutumance du cœur isolé de cobaye normal pour le sérum de cheval. — M. Launoy.

Théorie de la désinfection par les agents chimiques. — M. Rochaix.

Formations mitochondriales de l'épiderme humain. — MM. Regaud et Favre.

Pratique et interprétation de la réaction de fixation. — M. Weinberg.

Variations du potassium et du sodium dans la sécrétion gastrique. — MM. Frouin et Gérard.

ANALYSES

MÉDECINE INFANTILE

Note sur la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans la chorée chez les enfants. (Richardière, Jules Lemaire et Marcel Sandel. *Soc. de Pédiat.*, 21 mars 1911.) — La chorée, considérée autrefois comme une névrose, tend de plus en plus à être envisagée comme une maladie organique, infectieuse, intéressant l'encéphale. Il était naturel de chercher dans l'étude des résultats fournis par la ponction lombaire une confirmation de ces hypothèses, mais jusqu'ici les résultats publiés sont assez discordants. Les auteurs ont pu recueillir 15 observations, et chez tous ces malades, le liquide céphalo-rachidien examiné dans des conditions toujours identiques, a permis de constater d'une manière presque absolue la présence d'*une lymphocytose*, très nette surtout chez les choréiques vrais en évolution; les auteurs posent même cette conclusion que cette lymphocytose est un signe plus constant que l'un quelconque des signes de lésions organiques jusque-là signalés; d'autre part enfin cette ponction ne présente aucun danger spécial; elle paraît même dans certains cas améliorer l'état choréique et hâter la guérison.

L. BABONNEIX.

Un cas de « purpura fulminans » de Henoch. (E. Weil et Mouriquand. *Arch. de méd. des enfants*, août 1911.) — Il s'agissait d'un enfant de six mois, de belle santé, atteint depuis dix jours de vagues troubles intestinaux, et chez lequel éclatait brusquement une infection uniquement caractérisée au début, par de la fièvre et de la tachycardie. Huit heures après ce début apparaissait la convulsion oculaire initiale en même temps que deux taches purpuriques punctiformes se développant sur l'abdomen. Puis les taches se multipliaient et diffusaient avec une rapidité incroyable, au point qu'en deux heures de larges placards ecchymotiques s'étaient développés. L'enfant mourait quinze heures après le début des accidents.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Sur la dystrophie adiposo-génitale dans les néoplasmes dans le territoire de l'hypophyse particulièrement au point de vue de la pratique chirurgicale. (L. Pick. *Deut. med. Wochen.*, 19 oct. 1911, nº 42, p. 1930; 26 oct. 1911, nº 43, p. 1978; 2 nov. 1911, nº 44, p. 2036 et 9 nov. 1911, nº 45, p. 2086.) — A. Fröhlich a décrit en 1901, sous le nom de *dystrophia adiposo-genitalis*, un syndrome clinique, qui semble avoir avec les tumeurs de l'hypophyse un rapport analogue à celui que P. Marie a établi en 1886 pour l'acromégalie. Ce syndrome indépendamment des signes locaux provoqués par une tumeur dans la région hypophysaire se caractérise par un développement rapide et exubérant du tissu adipeux sous-cutané du tronc, de l'abdomen, des organes génitaux externes, par des troubles des fonctions génitales, dysménorrhée ou aménorrhée, frigidité et impuissance, par la chute des cheveux, de la barbe, des poils des aisselles et du pubis, et si l'affection se montre chez des enfants par l'arrêt de développement du squelette pouvant aller jusqu'au nanisme et à la persistance de l'infantilisme.

D'autres symptômes peuvent également se montrer : hypospadias, cryptorchidie, développement anormal des seins et conformation féminime du bassin dans le sexe masculin; parfois manifestations de myxœdème, sécheresse de la peau et des cheveux, friabilité des ongles.

Frölich a attribué tous ces symptômes à un trouble de fonctionnement de l'hypophyse.

Mais quelle place tient la dystrophie adiposo-génitale à côté de l'acromégalie? Pourquoi les lésions hypophysaires donnent-elles soit de l'acromégalie, soit de la dystrophie adiposo-génitale?

Il est certain tout d'abord qu'il n'y a pas antagonisme entre les deux affections et l'on ne peut considérer avec certains auteurs (Marburg, Biedl, Melchior) la dystrophie adiposo-génitale comme la conséquence d'un hypofonctionnement de l'hypophyse, tandis que l'acromégalie est la suite d'un hyperfonctionnement de la glande : en effet les deux syndromes peuvent se combiner chez un même sujet.

Peut-on dire que l'acromégalie d'une part et la dystrophie adiposo-génitale de l'autre sont la conséquence de deux viciations distinctes de la glande pituitaire?

Pick semble attacher une plus grande importance aux travaux de Fischer et de Erdheim, dont la conception est sensiblement différente. L'anatomie pathologique et le résultat des interventions opératoires mettent hors de doute que l'acromégalie est à mettre sur le compte de tumeurs frappant le lobe antérieur de l'hypophyse et entraînant probablement un hyperfonctionnement de cette glande.

Le syndrome adiposo-génital semble au contraire se développer lorsqu'une lésion quelconque vient intéresser la portion nerveuse de l'hypophyse : le lobe postérieur et la tige

pituitaire. Dans certains cas il s'agit de tumeurs du corps pituitaire lui-même ayant une tendance à se développer vers le haut, vers la base de l'encéphale; mais dans d'autres cas le corps pituitaire est intact dans toutes ses parties, tant à l'œil nu qu'au microscope, et l'on trouve des tumeurs de la dure-mère à la base du crâne, du cervelet, des tubercules quadrijumeaux, de l'épiphyse même. Toutes ces tumeurs exerçaient une compression plus ou moins nette sur le *lobe postérieur de l'hypophyse*, la *tige pituitaire* et le *plancher du troisième ventricule*. Dans un cas même (Goldstein) il s'agissait simplement d'hydrocéphalée chronique.

Au point de vue chirurgical cela présente un intérêt considérable. Tandis que dans l'acromégalie l'intervention présente les plus grandes chances de réussite, puisque la tumeur siège sûrement dans la selle turcique, elle se présente, en cas de dystrophie adiposo-génitale, dans des conditions beaucoup moins favorables. La variabilité du siège de la tumeur, confirmée par l'examen des 34 observations publiées jusqu'ici, rend plus problématique la découverte et l'extirpation de cette tumeur.

Pourtant il existe actuellement une série de cas de dystrophie adiposo-génitale pure ou associée à l'acromégalie, qui ont rétrocédé après l'ablation d'une tumeur hypophysaire; il est certain en effet que cette intervention peut provoquer la décompression des territoires importants : si ces territoires étaient simplement irrités et non pas détruits, l'intervention chirurgicale a les plus grandes chances d'être suivie de succès.

Le facteur le plus important pour la réussite de l'intervention, en cas de dystrophie adiposo-génitale, est que la tumeur siège, comme dans l'acromégalie, au niveau du lobe antérieur de l'hypophyse. Les kystes de ce lobe antérieur, de même que les tumeurs parahypophysaires de la dure-mère présentent un pronostic particulièrement favorable. Au moment de l'intervention, il faut avoir soin, comme dans les interventions pour acromégalie, d'épargner le lobe postérieur de la glande et la tige pituitaire.

Ce n'est pas l'existence de la dystrophie adiposo-génitale elle-même qui doit commander l'opération, mais bien les symptômes cérébraux et oculaires.

Même les tumeurs d'aspect carcinomateux, donnant naissance au syndrome adiposo-génital, peuvent avoir une évolution extrêmement lente, et les individus qui en sont atteints peuvent atteindre un âge avancé; Pick en rapporte une belle observation. A. LEMIERRE.

Une nouvelle méthode simple pour enlever un calcul rénal. (Howard A. KELLY. *Journ. Amer. med. Assoc.*, vol. LVII, n° 1, 1er juillet 1911, p. 19.) — La néphrolithotomie bien faite est une bonne opération; mal faite, elle peut entraîner la mort. Le risque d'hémorragie est assez grand. La pyélolithotomie est avantageuse pour les gros calculs bas situés. Kelly se sert d'une néphrolithotomie transversale qu'il considère comme plus simple et plus rapide qu'une pyélotomie. Cathétérisme uretéral cystoscopique préalable. Incision lombaire. Dénudation du rein. A ce moment, un assistant distend le bassinet au moyen de la sonde uretérale avec du nitrate d'argent à 1 p. 1200. Alors le chirurgien incise la capsule, puis plonge un couteau à pointe et bords mousses à travers le cortex de la partie postérieure du rein, un peu au-dessous de l'équateur du rein et fait une incision transversale d'un peu moins de deux centimètres, qui pénètre très facilement jusqu'au bassinet, et par où le doigt va délayer les calculs. Puis, quand tout est enlevé, on remplit le bassinet de nouveau par la sonde pendant que le doigt bouche l'orifice de la néphrotomie. Puis on enlève le doigt brusquement, et le jet qui sort lave le bassinet et les débris calculeux qui s'y trouvent. On peut répéter ce lavage plusieurs fois. La petite incision se ferme très vite, quelquefois en vingt-quatre heures, même sans aucune suture. F. GARDNER.

NEUROLOGIE

Un cas de maladie de Friedreich avec autopsie. (A. LAMBRIOR. *Revue neurol.*, 1911, t. II, p. 525-540 [3 fig.].) — Maladie de Friedreich à type familial, avec, deux ans avant la mort, atrophie des éminences thénar, hypothénar et des interosseux, expliquées par des lésions de poliomyélite chronique du dernier segment cervical et de la première dorsale. Le malade avait une myocardite que l'auteur rattache à la diphtérie.

A remarquer que, malgré la disparition presque totale des cylindraxes du cordon de Goll à la région cervicale, la sensibilité était conservée sur les membres inférieurs (moins sur la région plantaire) et que la localisation était exacte.

En rapprochant ce fait de la trentaine de cas déjà étudiés anatomiquement et publiés par les auteurs, M. Lambrior conclut que dans la maladie de Friedreich les lésions ne seraient pas toujours identiques et superposables d'un cas à l'autre : les unes, celles des faisceaux pyramidaux, cérébelleux et de Gowers, ainsi que celles de la corne antérieure, sont variables et contingentes; les autres, fondamentales, sont représentées, non seulement par la dégénération des cordons postérieurs, mais encore par celle des racines postérieures et des nerfs périphériques. Il faut y joindre les lésions de la colonne de Clarke. L. ALQUIER.

PRATIQUE MÉDICALE

L'IODE COLLOIDAL EN THÉRAPEUTIQUE

Par M. BLANC.

L'iode est un très vieux médicament resté en faveur auprès des médecins parce qu'il active et fluidifie les sécrétions broncho-pulmonaires (G. Sée), exerce une action lymphagogue puissante (G. Pouchet) et accroît notablement la leucocytose (Heinz) qui constitue un procédé défensif énergique contre les microbes. Mais la forme sous laquelle on l'utilise a varié, et on a substitué aux iodures alcalins, qui agissent énergiquement mais brutalement, les iodes organiques qui ne déterminent que plus difficilement l'intolérance. Nous avons pensé qu'il serait intéressant, maintenant que les métaux colloïdaux sont entrés dans la thérapeutique courante, de rechercher si l'iode colloïdal n'ajoute pas, grâce à son état, quelque nouvelle propriété à celles que possèdent les autres médicaments iodés.

L'iode colloïdal chimique qui nous a servi pour ces recherches est en suspension huileuse, stabilisé à l'aide d'un hydrocarbure de la série camphénique et stérilisé par tyndallisation. Connu sous le nom d'iodéol Viel, il a été utilisé depuis une dizaine d'années déjà par MM. Lhuissier, professeur à l'Ecole de médecine, Hervéou, Leclerc et Philouze (de Rennes), Héry et Nimier, médecin et chirurgien de l'hôpital de Saint-Brieuc, Le Norcy, Corson, Neumager (de Guingamp), Coupu, Lugaud, Jocet (de Quimper), Cordonnier et Kallier du Baty (de Lamballe), Béchet (d'Avranches), Dubost (de Sartilly), Bécigneul, médecin du dispensaire des tuberculeux de Nantes et Chantenay, Miraillé, médecin de l'hôpital de Nantes, Orjuben (de Saint-Nazaire), etc. Environ 350 cas ont été traités par l'iodéol Viel, dont près de 100 n'ont pu être suivis jusqu'au bout, les malades ayant été perdus de vue avant la fin de la maladie. Le chiffre des décès est faible, 2-3 p. 100, et cependant, dans nombre de cas, l'état était extrêmement grave, parfois désespéré, et avait résisté à toutes les autres médications, même aux colloïdes électriques. C'est dire que les résultats ont été constants et remarquables, notamment dans la pneumonie, la congestion pulmonaire, la bronchite et la broncho-pneumonie grippales, la tuberculose ganglionnaire, pulmonaire et osseuse. Dans cette dernière, il semble dès à présent pouvoir se substituer avantageusement au liquide du docteur Calot.

Voici quelques observations qui nous paraissent mériter de fixer l'attention du praticien.

Observation I. (Docteur Nimier, chirurgien chef de l'hôpital de Saint-Brieuc. *Tuberculose.*) — Jeune homme, seize ans, entre à l'hôpital pour ostéite du fémur avec fistule et abcès au-dessus du creux poplité. L'affection remontait à trois mois. L'intervention était décidée, quand l'abcès s'ouvrit avec fistule. Injection d'iodéol tous les jours. Au bout de huit jours, amélioration notable et l'opération est remise. On a repris les injections et actuellement les fistules sont guéries et la suppuration tarie.

Obs. II (pers.). — Mlle S. P..., quatorze ans. *Pneumonie lobaire* qui débute le 13 septembre par maux de tête, saignements de nez, frissons prolongés, point de côté. Le 14, à dix heures du matin, température 39°9. Enfant très abattue; injection d'iodéol; dans la journée, dyspnée intense; à six heures du soir, 40°1; le 15, peu d'amélioration, température 39°8; nouvelle injection d'iodéol; la prostration s'accroît, injection de caféine à dix heures du soir, état extrêmement grave. Le 16, à deux heures du matin, commencent des sueurs abondantes, de la diarrhée et une diurèse hyperchlorurique, puis la fillette s'endort. A huit heures, température 36°9. L'amélioration persiste toute la journée du 17; râles crépitants de retour; la nuit du 17 au 18 est moins bonne et le thermomètre remonte à 38°8. Le 18, au matin, troisième et dernière injection d'iode colloïdal; le soir, 38°5; le 19, 36°6 le matin; la convalescence se poursuit dès lors sans accident. Entre temps, deux examens du sang avaient été pratiqués. Voici les formules leucocytaires qu'ils ont fourni. On se rappellera que la pneumonie est une infection à hyperleucocytose neutrophile.

Sang du 14 septembre, deuxième jour de la maladie (température 39°8). Pour 100 : polynucléaires neutrophiles, 87; éosinophiles, 0; petits lymphocytes, 6; lympholeucocytes, 7; myélocytes ?; nombre total des globules blancs par millimètre cube, 13 000. C'est très sensiblement la formule leucocytaire des pneumonies franches à leur période d'état.

Sang du 16 septembre, quatrième jour de la maladie (température 37 degrés). Pour 100 : polynucléaires neutrophiles, 85; éosinophiles, 1,5; petits lymphocytes, 6; grands lymphocytes, 5; lympholeucocytes, 2,3; myélocytes, 0,2; nombre total des leucocytes par millimètre cube, 19500.

Cette formule répond à la période critique qui, normalement, se produit du sixième au dixième jour. Ici, elle apparaît dès le quatrième jour, c'est-à-dire en avance d'au moins quarante-huit heures sur ce qui se passe ordinairement dans les pneumonies. Et cependant les symptômes généraux furent particulièrement sévères, et les signes locaux éloignaient toute idée de pneumonie abortive ou de congestion à forme pneumonique.

Obs. III (pers.). — M. V. R..., soixante et un ans. *Pneumonie double* chez un vieux goutteux. Etat d'emblée très grave. Température 39 degrés, pouls petit, langue rôtie, urines rares, légèrement albumineuses (0g50 par litre), prostration; injection de spartéine le 2 octobre au soir; le 3, au matin, injection d'iodéol; journée et nuit mauvaises; le 4, nouvelle injection d'iode colloïdal; à midi, état syncopal; le soir, surviennent des sueurs, une diurèse abondante; température 38 degrés; nuit meilleure; le 5, au matin, température 36°9. Amélioration évidente; néanmoins troisième injection d'iodéol; le cœur est un peu irrégulier mais résiste bien. La température, les jours suivants, reste aux environs de 37 degrés, l'albumine disparaît le dixième jour. L'évolution de cette pneumonie double chez un vieillard, à la vérité vigoureux et dont le cœur était encore solide, est remarquable par sa rapidité et sa simplicité et par la forme de la courbe thermique, si rare à cet âge, alors que l'on pouvait craindre, par la gravité des symptômes au début, une issue fatale.

Obs. IV, V, VI et VII. (Docteur Orjuben.) — *a.* Garçon de paquebot, atteint de tuberculose pulmonaire au premier degré, ayant beaucoup maigri; après traitement à l'iodéol, pendant un mois et demi, a engraissé de 5 kilos; a repris son service, les lésions paraissant très bien cicatrisées; *b.* Boulanger de paquebot, tuberculose au deuxième degré, a repris son service après un mois de traitement, ayant augmenté de 4 kilos; *c.* Un autre garçon, à lésions moins nettes, mais amaigrissement, sueurs nocturnes, a repris son service après un mois de traitement, paraissant guéri; *d.* Capitaine au cabotage, convalescent de fièvre typhoïde, est pris de bronchite suspecte, avec sueurs nocturnes, fièvre vespérale, toutes les apparences de la tuberculose. Dès la première injection, la fièvre diminua et céda à la troisième. Pendant trois semaines, il a engraissé régulièrement de plus d'un kilo par semaine.

Des observations précédentes, on peut conclure :

1° Que l'iodéol raccourcit considérablement la durée de la maladie, pneumonie, bronchite grippale, congestion, etc.;

2° Qu'il abaisse, au bout de quelques heures, la température, diminue la toux, modifie l'aspect des crachats et, dans la tuberculose, augmente le poids et tend à faciliter la cicatrisation des lésions;

3° Qu'il exerce une action leucocytopoïétique énergique et élève notablement l'index opsonique (malade de l'observation II);

4° Qu'il est sans effet fâcheux sur le rein; étant hypotenseur, il produit une diurèse abondante sans toucher au filtre rénal et tend ainsi à supprimer les albuminuries d'origine toxique (obs. III);

5° Enfin qu'il s'absorbe avec une extrême rapidité, puisque quelques minutes après l'injection le malade perçoit nettement le goût du médicament, lequel, loin de nuire à la digestion, semble augmenter l'appétit et l'activité des échanges.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mercredi 13 mars, à une heure. — Mme Nadine Dobrovolsky. Contribution à l'étude de l'ostéomyélite du calcanéum. (MM. Kirmisson, président; Hartmann, Retterer et Zimmern.) — M. Darrieux. L'énucléation dans le traitement de la panophtalmie traumatique ou métastatique. (MM. Hartmann, président; Kirmisson, Retterer et Zimmern.) — M. Pauvert. Les tumeurs néoplasiques de la dure-mère crânienne. (MM. Hartmann, président; Kirmisson, Retterer et Zimmern.) — M. Thibout. La question de l'opium à l'époque contemporaine. (MM. Déjerine, président; Gaucher, Marcel Labbé et Gougerot.) — M. Wagon. De l'aménorrhée dans la syphilis secondaire. (MM. Gaucher, président; Déjerine, Marcel Labbé et Gougerot.) — M. Morin. Etude de gastro-entérites toxiques dues à l'ingestion du lait provenant de vaches nourries de résidus industriels. (MM. Gaucher, président; Déjerine, Marcel Labbé et Gougerot.) — M. Fournier. La désinfection du champ opératoire et des mains du chirurgien par la teinture d'iode sans lavage préalable. (MM. Reclus, président; Segond, Lejars et Proust.) — M. Berger. La maladie de Volkmann (myosite rétractile des muscles, courts fléchisseurs des doigts et des pronateurs). (MM. Segond, président; Reclus, Lejars et Proust.)

Samedi 16 mars, à une heure. — M. Lebrun. Les urètres doubles. (MM. Pozzi, président; Quénu, Lenormant et Chevassu.) — M. Basset. L'épithélioma primitif du clitoris. Son retentissement ganglionnaire et son traitement opératoire. (MM. Quénu, président; Pozzi, Lenormant et Chevassu.) — M. Catrice. Les traitements successifs de la fièvre typhoïde à l'hôpital de Dunkerque depuis soixante ans. Mortalité réduite à 6 p. 100 par l'alimentation ovo-lactée. (MM. Alb. Robin, président; Widal, Achard et Rathery.) — M. Matveeff. Thrombose de la veine cave supérieure et de ses branches au cours des asystolies. (MM. Widal, président; Albert Robin, Achard et Rathery.) — M. Lafon. Des difficultés du diagnostic de l'appendicite chronique. (MM. Achard, président; Albert Robin, Widal et Rathery.) — M. Mordkwitsch. Crises intestinales des aortiques. (MM. Achard, président; Albert Robin, Widal et Rathery.)

NOTES POUR L'INTERNAT

CAPSULES SURRÉNALES

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET HISTOLOGIE (1)

NERFS. — Les nerfs viennent du *plexus solaire* et du *plexus rénal* surtout, secondairement du *pneumogastrique* et du *phrénique*. Fort nombreux (35, Kölliker) ils pénètrent dans l'organe et émettent des rameaux fins et des rameaux longs. Les premiers forment un plexus dans la substance corticale, surtout autour des glomérules. Les autres, volumineux, suivent les travées conjonctives et atteignent la moelle. Là elles s'arborisent en plexus médullaire. Les fibrilles se terminent par de petits renflements. Dans la moelle et même dans l'écorce, on trouve des cellules nerveuses isolées ou agminées ; dans la moelle en général, des formations ganglionnaires.

CAPSULES SURRÉNALES ACCESSOIRES. — Depuis les travaux de Grawitz les capsules surrénales accessoires ont acquis une grosse importance. De volume variable, tête d'épingle à un pois, de forme arrondie, on peut les trouver : 1° dans l'intérieur de la capsule ou l'intérieur même du rein ; 2° au voisinage des capsules surrénales ; 3° au niveau du plexus solaire ; 4° le long des vaisseaux spermatiques ; 5° sur l'ovaire ; 6° dans le testicule et l'épididyme. L'embryologie explique ces situations. Quant à leur structure elle est un peu spéciale au niveau du plexus solaire où il n'existe que la couche médullaire ; et au niveau des organes génitaux où il n'existe que la couche corticale.

ÉTUDE HISTOLOGIQUE. — L'histologie des capsules surrénales a été tout particulièrement étudiée durant ces dernières années ; bien des points restent discutés, et avec Darré, dont nous suivrons le travail, nous ne parlerons que des notions bien établies.

A. EXAMEN MACROSCOPIQUE. — Sur la surface de section d'une glande surrénale de cobaye coupée transversalement, on distingue trois couches concentriques de coloration différente : couche périphérique, jaune clair ; intermédiaire, brun foncé ; centrale, blanc grisâtre. Les deux premières couches constituent la substance corticale, la couche blanche représente la substance médullaire. Les épaisseurs sont variables, la couche jaune clair représente le tiers de la surface totale ; la couche brun foncé la moitié de l'épaisseur totale ; quant à la surface médullaire ce n'est qu'une bande linéaire étroite, variable selon le niveau. Assez développée en plein milieu, très réduite aux pôles, elle peut parfois se tasser en certains points, d'où la nécessité de débiter presque toute une capsule surrénale pour étudier la substance médullaire.

B. EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Nous décrirons successivement la capsule qui entoure l'organe, la substance corticale, la substance médullaire.

a. *Capsule conjonctive*. — Elle est formée de fibres conjonctives parallèles à la surface de l'organe. On y voit quelques fibres musculaires lisses, quelques fibres élastiques, par place un petit amas lymphocytaire. Rappelons la présence possible de glandes surrénales accessoires et de petits ganglions nerveux. Dans cette capsule se trouve le réseau artériel, d'où partent des branches qui pénètrent perpendiculairement dans le parenchyme de la glande en entraînant des prolongements capsulaires, le tout constituant le squelette conjonctivo-vasculaire.

b. *Couche corticale*. — On divise ordinairement cette couche en trois zones superposées de dehors en dedans : *couche glomérulaire, couche fasciculée, couche réticulée*. Mais avec Guieysse, il faut distinguer deux zones dans la couche fasciculée : une zone périphérique dite *spongieuse* et une zone centrale dite *fasciculée* proprement dite. α. La couche *glomérulaire*, sous-jacente immédiatement à l'enveloppe conjonctive, est formée de pelotons cellulaires arrondis rappelant l'aspect d'acini glandulaires sans lumière centrale. Par place ces pelotons se continuent sans ligne de démarcation avec les cellules de la couche fasciculée. Il n'existe qu'une rangée de ces pelotons. Les cellules, petites, à protoplasma homogène, contiennent un noyau volumineux, ovalaire, dans lequel Mulon a observé des figures de mitose. Cet auteur en fait une couche généralisée, destinée à remplacer les cellules se détruisant au niveau de la couche réticulée. β. La couche *fasciculée* comprend des travées cellulaires, formées chacune de deux ou trois rangées de cellules, séparées les unes des autres par un capillaire radié, et convergeant de la périphérie vers le centre. La zone spongieuse, périphérique, est constituée par les *spongiocytes de Guieysse*. Ce sont des cellules grosses de forme cubique. Chaque corps cellulaire est formé de travées protoplasmiques limitant des trous très petits et nombreux. Le contour de la cellule est nettement indiqué et le noyau est arrondi et vésiculeux. Ces cellules sont en quelque sorte soufflées (Darré). La disposition radiée est en partie masquée, les capillaires étant cachés par les cellules tassées les unes contre les autres. La zone fasciculée proprement dite est au contraire nettement trabéculaire. Les cellules moins grosses ont un protoplasma plus dense et les capillaires, larges, délimitent nettement les travées. Parmi ces cellules, les unes, sous l'influence des colorants, apparaissent sombres, les autres claires d'où un aspect dichroïque (Bernard et Bigard). On a pu mettre en évidence, avec certains procédés de coloration, des corps spéciaux dits sidérophiles, considérés par les uns comme des formations spéciales, par les autres comme le fait de mauvaise fixation. γ. La couche *réticulée* est formée par un réseau de cordons cellulaires anastomosés. Les capillaires volumineux sont compris dans les mailles et sont doublés d'une lame conjonctive avec quelques fibres musculaires lisses. Les cellules de cette couche ont le même aspect que celles de la couche précédente, mais ce qui distingue les deux couches, c'est l'existence du *pigment*. Le pigment surrénal est un pigment brun ou jaunâtre, dont Mulon a décrit plusieurs variétés et ne présentant pas les réactions du pigment ferrique. Tantôt sous forme de fines granulations, tantôt en masse volumineuse, sa nature est très discutée.

c. *Couche médullaire*. — La substance médullaire est constituée par tout un lacis de cordons cellulaires, anastomosés et en continuité avec la couche réticulée. Les cordons cellulaires comprennent deux ou trois rangées de cellules cylindriques, à volumineux noyau avec un ou deux centrotomes. On rencontre des capillaires volumineux, véritables sinus sanguins, et de grandes cellules à gros noyaux : cellules nerveuses. Pour terminer, rappelons la pénétration intime des substances médullaire et corticale avec des enclaves fréquentes.

Mais à l'*état d'activité* de nombreuses modifications apparaissent. L'*adrénaline* pour la substance médullaire, la *graisse* et le *pigment* pour la substance corticale, tels sont les produits de sécrétion indiscutables, à côté d'autres plus douteux (substance oxyphile de Ciacco, etc.). Nous n'insisterons pas sur le pigment étudié par Mulon et dont on ignore le rôle et l'origine.

La sécrétion graisseuse est mieux connue depuis les travaux de Bernard et Bigard, Mulon et Bonnamour. Il existe dans la substance corticale deux variétés de graisse : l'une colorée en noir par l'acide osmique, ne se dissolvant pas dans le xylol : graisse indélébile ; l'autre colorée en gris par l'acide osmique, se dissolvant dans le xylol : graisse labile. MM. Bernard, Bigard, Labbé ont montré que cette dernière est une lécithine, opinion confirmée par Mulon à l'aide de la lumière polarisée.

La graisse indélébile existe dans les cellules glomérulaires, en fines gouttelettes. Les spongiocytes restés vingt-quatre heures dans le xylol sont criblés de trous ; si le séjour a été bref ces trous sont remplacés par de la graisse labile. Dans les couches fasciculée et réticulée certaines cellules sont homogènes, d'autres présentent un mélange de graisse labile et indélébile.

Pour MM. Bernard et Bigard, la sécrétion graisseuse a divers stades. Les cellules se chargent d'abord de graisse indélébile sous forme de fines gouttelettes, qui augmentent de volume, et se transforment en graisse labile qui envahit la cellule devenue un spongiocyte, et le produit utile de la sécrétion est la graisse labile, c'est-à-dire la lécithine. Quant à l'adrénaline, elle est nettement caractérisée par une série de réactions, dont quelques-unes sont spécifiques : coloration verte par le perchlorure de fer (Vulpian), jaune par les bichromates (Henle), teinte rose, puis brune, puis noire par l'acide osmique (Mulon).

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1912, nos 22 et 25.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Biologica. — (N° 12, 15 déc. 1911.) Et. RABAUD : Le peuplement des cavernes et le comportement des êtres vivants. — Francis MARRE : L'hygiène et la vinification moderne.

Bulletin général de thérapeutique. — (8 déc. 1911.) A. ROBIN : Traitement de la tuberculose (*suite*). — (15 déc.) A. ROBIN : Traitement de la tuberculose (*suite*). — (23 déc.) A. ROBIN : Traitement de la tuberculose (*suite*). — (30 déc.) A. ROBIN : Traitement de la tuberculose (*suite*).

Bulletin médical. — (N° 94, 2 déc. 1911.) BENSAUDE : Sur le syndrome de Hirschsprung ou mégacolon (à propos de deux observations chez l'adulte). — BABONNEIX : Les encéphalopathies infantiles (*fin*). — (N° 95, 6 déc.) Léon BÉRARD : Chirurgie d'urgence et accidents du travail. — NOËL : L'insuffisance numérique des infirmiers militaires. — (N° 96, 9 déc.) BRINDEAU : Des difficultés dans le diagnostic de la grossesse avant la fin du troisième mois. — (N° 97, 13 déc.) HUTINEL : Méningite cérébro-spinale basilaire. — (N° 98, 16 déc.) Ed. LAVAL : Les grandes décisions chirurgicales dans la pratique journalière. — (N° 99, 20 déc.) A. MANQUAT : Méthode de respiration rythmée, préventive de l'essoufflement pendant la marche ascendante ou rapide. Son importance éducative. — (N° 100, 23 déc.) Léon BÉRARD : Les grands traumatismes du membre inférieur. Amputation ou conservation. — (N° 101, 27 déc.) Jacques ROUBINOVITCH : Sur la physionomie et la mimique des aliénés. — (N° 102, 30 déc.) SIREDEY : Le professeur Dieulafoy.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 19, 10 déc. 1911.) J. POUJOL : Nouvelle étude épidémiologique du typhus exanthématique dans la circonscription d'Aïn Bessem. — DUMOLARD et AUBRY : A propos des états méningés dans le paludisme aigu. — H. SOULIÉ : La vaccination antityphoïdique. — ZOELLER : Rapport sur les quelques cas de peste constatés à Philippeville.

Clinique. — (N° 48, 1er déc. 1911.) DELBET : A propos de crises douloureuses abdominales. — A. GUILLON : Situation morale des lépreux de l'Acarouany. — LEBON et AUBOURG : Contractions intestinales électriquement provoquées, et lavement électrique. — LEURVILLE : Du rhodium colloïdal électrique. — (N° 49, 8 déc.) BOSQUIER : La gastrosuccorrhée, analyse et synthèse du syndrome. — MARION : La pyélo-néphrite de la grossesse. — Léon MAC-AULIFFE : Une œuvre médicale en Chine. — Paul CLAISSE : L'empoisonnement par les champignons. — (N° 50, 15 déc.) E. RÉGIS : Le rôle du médecin dans l'assistance éducative des anormaux psychiques. — DÉJERINE : L'hématomyélie. — R. SABOURAUD : Traitement de l'éphidrose plantaire par l'acide chromique et de l'éphidrose palmaire par les rayons X.

Echo médical du Nord. — (N° 49, 3 déc. 1911.) DELAHOUSSE et OUI : Dystocie par hystéropexie abdominale. Opération césarienne et hystérectomie. — VANVERTS : Traitement des pleurésies purulentes aiguës. — (N° 50, 10 déc.) DELÉARDE et FONTAN : Polyarthrite déformante chez une fillette de quatorze ans. — M. GÉRARD : Quelques cas de calculs urétraux. — COURTELLEMONT : Des tumeurs du corps pituitaire. — (N° 51, 17 déc.) INGELRANS : Origine sanguine des infections biliaires. — MOTY : Un nouveau symptôme de l'ictère grave. — (N° 52, 24 déc.) SCHERRER et LATOUR : Fractures transversales de l'astragale. Recherches sur leur pathogénie. Fracture par rotation du pus en dehors. — DELÉARDE et BONN : Sur l'intoxication par la tête de pavot. — (N° 53, 31 déc.) CARLIER : A propos des kystes du rein.

Encéphale. — (N° 12, 10 déc. 1911.) DÉJERINE et André THOMAS : Deux cas d'aphasie de Broca suivis d'autopsie (4 planches). — E. RÉGIS : Un cas de myxœdème des adultes avec aspect mongoloïde et psychose hallucinatoire chronique (2 planches). — A. RODIET et R. MASSELON : Quelques considérations sur l'étiologie de la mélancolie et sur la place de cette affection dans le cadre nosographique. — René CHARON et Paul COURBON : Anomalies psychiques de l'enfance et maladies somatiques.

Journal des praticiens. — (N° 48, 2 déc. 1911.) DEBOVE : L'évolution de la pathologie. — RATHERY : Les alcalins dans le diabète. — (N° 49, 9 déc.) H. CLAUDE : Déterminations méningo-encéphalitiques de la syphilis chez les tabétiques. — VARIOT : L'examen des nourrissons. — LEREDDE : Indications du mercure et du salvarsan dans le traitement de la syphilis. — (N° 50, 16 déc.) GUIBÉ : Diagnostic des affections abdominales qui nécessitent un traitement chirurgical d'urgence. — PILLET : Bistournage d'un testicule en ectopie interstitielle. — (N° 51, 23 déc.) BROCA : Les fractures du radius. — N. FIESSINGER : Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les tuberculines. — (N° 52, 30 déc.) P. RECLUS : La teinture d'iode et l'antisepsie. — NOBÉCOURT : Sur quelles bases établir la ration alimentaire. — Noël FIESSINGER : Le traitement de la tuberculose pulmonaire par les tuberculines (*fin*).

Journal médical de Bruxelles. — (N° 49, 7 déc. 1911.) Henri COPPEZ : Un cas de paralysie oculo-motrice après l'injection de salvarsan. — LIBOTTE : La d'arsonvalisation dans l'hypertension. Conditions de succès. — LIBOTTE : Le traitement de choix de l'artériosclérose appartient à l'électrothérapie. — (N° 50, 14 déc.) Léon DE KEYSER : La physiothérapie du lupus. — (N° 51, 21 déc.) Oscar WEILL : Utilité de la réaction de Wassermann dans un service de médecine interne. — L. DE KEYSER : La physiothérapie (*suite*).

Journal médical français. — (N° 12, 15 déc. 1911.) AUBERTIN : L'examen du sang dans le diagnostic des splénomégalies chroniques. — GILBERT, LEREBOULLET et CHABROL : L'origine splénique des ictères acholuriques simples. — CHAUFFARD : Les réactions hépatiques d'origine splénique. — SABRAZÈS : Surprises du diagnostic, méconnaissance et simulation des états leucémiques et pseudo-leucémiques avec splénomégalie. — CASTAIGNE et HEITZ : La cyanose tardive avec splénomégalie et hyperglobulie (érythrémie, maladie de Vaquez), nouvelle observation avec douleurs érythromélalgiques chez une malade atteinte de néphrite chronique. — VAUVERTS : Les interventions chirurgicales dirigées contre les splénomégalies chroniques, leurs résultats, leurs indications. — CASTAIGNE et GOURAUD : Traitement des leucémies.

Journal de médecine interne. — (N° 34, 10 déc. 1911.) TÉMOIN : Traitement des péritonites aiguës. — (N° 35, 20 déc.) TÉMOIN : Traitement des péritonites aiguës (*suite*). — (N° 36, 30 déc.) TÉMOIN : Traitement des péritonites aiguës (*suite*).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 29. — SAMEDI 9 MARS 1912. 85e ANNÉE. SAMEDI 9 MARS 1912. — N° 29.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — M. Lesieur, agrégé près la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé, à partir du 1er mars 1912, professeur de pathologie et thérapeutique générales à ladite Faculté.

— Nancy. — M. Heully a été nommé chef de clinique chirurgicale.

M. Nosbaume, étudiant en chirurgie dentaire, a été nommé préparateur de prothèse dentaire.

— Toulouse. — M. Soulié, agrégé des Facultés de médecine, chargé d'un cours d'anatomie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé, à partir du 1er mars 1912, professeur d'anatomie à ladite Faculté.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Une place d'auditeur au conseil supérieur d'hygiène publique de France est déclarée vacante.

Le ministre nomme les auditeurs sur une liste double de présentation dressée par le conseil supérieur. Le règlement intérieur de cette assemblée prescrit que les places d'auditeur sont réparties entre diverses catégories de savants, savoir : 1° les médecins ; 2° les bactériologistes ; 3° les chimistes, physiciens et pharmaciens ; 4° les fonctionnaires sanitaires ; 5° les hydrologues et géologues ; 6° les ingénieurs et architectes.

La vacance actuelle s'est produite, par la démission de M. le docteur Chassevant, parmi les places d'auditeur réservées aux chimistes, physiciens et pharmaciens, c'est donc parmi les chimistes, physiciens et pharmaciens que les candidats à présenter au ministre seront choisis par le conseil supérieur.

Les candidats ont été invités à produire leur demande accompagnée de leurs titres dans un délai de quinze jours expirant le 12 mars 1912, au ministère de l'intérieur (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques) (4e bureau).

LA COMMISSION PERMANENTE DE RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES ET L'OPINION. — La formation de la nouvelle commission supérieure pour la réforme des études médicales soulève de nombreuses protestations, non seulement de la part des étudiants, mais aussi des praticiens et de toutes les organisations intéressant leur corporation.

Une affiche, placardée la nuit dernière au quartier latin, expose la question et relate les griefs élevés contre la récente décision de M. Guist'hau.

En outre, l'Association corporative des étudiants en médecine a organisé pour ce soir vendredi, à huit heures, à l'hôtel des Sociétés savantes, un grand meeting, où prendront la parole, en plus des délégués spéciaux de plusieurs groupements professionnels, des médecins membres du Parlement.

LA MORBIDITÉ DANS LES ARMÉES EUROPÉENNES. — Le docteur Binet-Sanglé publie dans *Le Matin* une statistique navrante.

Période quinquennale 1903-1907. — Morbidité pour 1 000 hommes d'effectif :

Rougeole.

ARMÉES	
Française	12,31
Italienne	6,34
Roumaine	2,99
Du Royaume-Uni	1,42
Autrichienne	0,70
Bavaroise	0,67
Belge	0,66
Allemande	0,62
Russe	0,28

Oreillons.

ARMÉES	
Française	18,66
Espagnole	5,53
Roumaine	3,16
Russe	2,66
Bavaroise	2,08
Autrichienne	1,82
Allemande	0,83
Belge	0,75
Du Royaume-Uni	0,54

Rhumatisme articulaire aigu.

ARMÉES	
Française	18,27
Espagnole	17,29
Roumaine	15,98
Belge	14,46
Autrichienne	11,00
Bavaroise	10,54
Allemande	7,68
Russe	5,22
Du Royaume-Uni	0,97

Scarlatine.

ARMÉES	
Française	3,70
Du Royaume-Uni	1,50
Bavaroise	0,78
Allemande	0,68
Roumaine	0,35
Espagnole	0,25
Autrichienne	0,22
Russe	0,10

Diphtérie.

ARMÉES	
Française	1,37
Allemande	0,54
Du Royaume-Uni	0,42
Belge	0,19
Bavaroise	0,15
Roumaine	0,15
Russe	0,09
Autrichienne	0,04
Espagnole	0,02

Dysenterie.

ARMÉES	
Française	1,95
Roumaine	1,15
Russe	0,74
Du Royaume-Uni	0,54
Autrichienne	0,50
Allemande	0,12
Espagnole	0,12
Belge	0,03
Bavaroise	0,01

A qui revient la responsabilité de cette lamentable supériorité de l'armée française?

Le service de santé doit être mis hors de cause; il fait tout

ce qu'il peut. Le grand coupable est la loi de 1902 qui n'est pas appliquée et qui aurait besoin en outre d'être complétée.

LIVRES NOUVEAUX

Le Mécanisme de l'immunité. Les poisons tuberculeux et leurs rapports avec l'anaphylaxie et l'immunité (1), par M. le docteur F. ARMAND-DELILLE.

Dans un premier chapitre, l'auteur expose les notions aujourd'hui acquises, sur la constitution chimique du bacille tuberculeux et sur les principaux corps qu'on en a isolés ; puis il étudie les réactions anatomo-pathologiques locales ou les manifestations générales que produisent leur introduction dans l'organisme par différentes voies de pénétration; un troisième chapitre est consacré ensuite aux propriétés de la tuberculine, dont la connaissance permet d'envisager le problème de l'immunité tuberculeuse.

Avec sa compétence bien connue en matière de tuberculose, l'auteur étudie d'abord les *substances adipocireuses du bacille* (l'éthéro-bacilline et la chloroformo-bacilline), il montre les résultats obtenus par injection de ces divers produits, et discute ensuite la nature et les propriétés de ces substances adipocireuses ; la conclusion de cet intéressant chapitre est la suivante : les produits adipocireux ont, parmi les éléments constitutifs du bacille tuberculeux, la propriété exclusive de provoquer les lésions anatomiques qui caractérisent le processus tuberculeux ; d'autre part ces poisons adhérents sont totalement dépourvus de pouvoir pathogène général, et ne possèdent pas les propriétés anaphylactisantes ou toxogénétiques qui caractérisent la tuberculine.

Les pages qui suivent sont consacrées aux propriétés de la *tuberculine*, et au diagnostic clinique de la tuberculose par la tuberculine (cuti-réaction, intradermo-réaction, ophtalmo-réaction), puis à l'*immunisation* antituberculeuse (méthode de vaccination de Calmette, de Vallée, d'Arloing) qui conduit l'auteur à conclure que jusqu'ici on ne possède encore aucun moyen de conférer à l'animal ou à l'homme l'immunité contre la tuberculose. Par contre la tuberculino-thérapie semble fournir des résultats intéressants.

Après avoir énuméré quelques-uns de ces résultats obtenus par la tuberculino-thérapie et la séro-thérapie, l'auteur envisage la conception des processus pathogènes tuberculeux, d'après les données actuelles. Le bacille agit d'une manière locale grâce à ses poisons adhérents, et il retentit sur l'organisme grâce à ses poisons diffusibles ; chez le tuberculeux le moindre traumatisme, la moindre modification d'équilibre humoral, peut provoquer des réactions tuberculiniques qui se traduisent par la fièvre tuberculeuse et les troubles de l'état général. Ce sont ces poussées que l'on a appelé les *poussées évolutives* de la tuberculose.

Ceci démontre que pour obtenir dans l'organisme les réactions curatrices, il faudrait à la fois neutraliser les poisons à action locale et les poisons diffusibles ; il faudrait arriver à obtenir une anti-anaphylaxie tuberculeuse, en paralysant les réactions d'hypersensibilité. L. BABONNEIX.

Formulaire thérapeutique (2), par MM. G. LYON, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine, et P. LOISEAU, ancien préparateur à l'Ecole supérieure de pharmacie, avec la collaboration de L. DELHERM et Paul-Emile LÉVY, anciens internes des hôpitaux de Paris.

Il suffit, je pense, de signaler l'apparition de cette nouvelle édition — la huitième — du formulaire de MM. Lyon et Loiseau, car elle rencontrera auprès des praticiens le même succès que ses devancières.

Dans cette édition de nombreuses suppressions de médicaments tombés en désuétude ont été faites, et tout le reste du texte a été soigneusement revu, et complété là où de récentes découvertes rendaient une mise au point nécessaire.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Monographie de l' « Œuvre médico-chirurgical ». — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.
(2) Huitième édition, conforme au Codex de 1908. Un vol. de 788 p. — Prix : 7 francs. — Paris, Masson et Cie.

La Pratique de l'opothérapie : principes, indications. Posologie (1), par M. HALLION.

Les progrès de l'opothérapie ont été tels en ces dernières années, que bon nombre de médecins éprouvent le besoin d'avoir à leur disposition un guide facile à consulter sur ce chapitre spécial de l'arsenal thérapeutique. Ce petit livre répond à merveille à leurs desiderata. Sous un volume réduit, cet ouvrage traite en effet spécialement les trois questions qui dominent toute pratique de l'opothérapie : les principes généraux de la méthode, les indications, la posologie.

Le premier chapitre traitant des principes généraux de l'opothérapie contient, en quelques pages, une exposition lumineuse de cette nouvelle méthode qui a modifié si profondément un grand nombre de nos conceptions pathogéniques ; avec sa compétence bien connue, l'auteur y expose successivement le mécanisme de l'opothérapie substitutive, de l'opothérapie homostimulatrice, symptomatique, et régulatrice, puis les propriétés des divers organes et de leurs extraits ; vient ensuite, tout naturellement, l'énumération des indications de l'opothérapie, enfin la posologie spéciale de cette opothérapie.

Ce sont surtout ces deux derniers chapitres qui sont longuement développés ; ce sont, en effet, les côtés du problème les plus intéressants pour tous ceux qui, ne désirant pas s'encombrer de théories doctrinales, veulent simplement savoir dans quel cas cette médication est utile, comment il faut l'employer, et comment enfin il faut en surveiller les incidents ou les accidents.

Nul doute que ce formulaire pratique d'opothérapie n'obtienne le plus vif succès. L. BABONNEIX.

Précis de thérapeutique et de pharmacologie (2), par A. RICHAUD, professeur agrégé à la Faculté de médecine, docteur ès sciences.

Le remarquable et si pratique ouvrage de M. Richaud est trop connu et trop hautement estimé pour qu'il soit utile d'en faire ici l'éloge, et la nouvelle édition qui vient de paraître rencontrera auprès du public médical un succès égal à celle qui l'a précédée. Nous sommes heureux, quant à nous, d'avoir l'occasion de dire tout le bien que nous pensons de cet ouvrage clair, précis, méthodique, scientifiquement pensé et conduit, où l'auteur ne se perd pas en discussions interminables sur les propriétés des médicaments, avec un grand renfort d'expériences souvent contradictoires à l'appui, et où cependant on est sûr de trouver tous les renseignements dont on a besoin.

Tout ce qui est chimie est en particulier merveilleusement exposé dans le livre de M. Richaud, et l'auteur a réalisé ce prodige de rendre clairs, et nous dirons même attrayants, les éléments de cette science indispensable pour faire de bonne et utile pharmacologie. C'est là un ouvrage qui peut remplacer, pour le praticien toute une série de traités spéciaux concernant la pharmacologie et la pharmacodynamie, et nous sommes d'autant mieux à notre aise pour exprimer cette opinion que nous ne connaissons pas personnellement l'auteur.

C'est là un de ces ouvrages que tout médecin place dans sa bibliothèque sur le rayon le plus à portée de sa main.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Précis d'anatomie et de dissection, par H. ROUVIÈRE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Préface de M. le professeur A. NICOLAS. 2 vol. in-8° (de la Collection de Précis médicaux). Tome I : *Tête, Cou, Membre supérieur.* 1 vol. in-8° de 431 pages, avec 197 figures, presque toutes en plusieurs couleurs, cartonné toile souple. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

Thérapeutique usuelle des maladies de la nutrition, par les docteurs Paul LE GENDRE, médecin de l'hôpital Lariboisière, et Alfred MARTINET, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° (de la Bibliothèque de thérapeutique clinique) de 429 pages, avec figures. — Prix : 5 francs. — Paris, Masson et Cie.

(1) Paris, Masson et Cie.
(2) Deuxième édition revue et mise au courant. Un vol. de 984 p. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.


ELIXIR de
VIRGINIE
NYRDAHL
Souverain contre :
VARICES -:- HÉMORROÏDES
VARICOCÈLES -:- PHLÉBITES
ACCIDENTS de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE
(Congestions et Hémorragies)
Échantillon gratuit : PRODUITS NYRDAHL, 20, rue de La Rochefoucauld, PARIS
EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

REVUE GÉNÉRALE

FORMES ANORMALES DU CANCER DE L'ESTOMAC

Par M. THIBAUT,
Interne des hôpitaux de Paris.

Le cancer de l'estomac sera pour nous l'ensemble des néoplasies gastriques à évolution fatale, quelle que soit leur structure histologique.

Cette définition, basée exclusivement sur la clinique, est plus compréhensive que celle donnée par la plupart des traités. Admise par Bard, elle nous paraît en outre répondre davantage à l'idée qui s'attache au mot cancer.

Le but poursuivi dans cette étude est de résumer les nombreuses anomalies du néoplasme de l'estomac et de montrer leur polymorphisme. C'est là un caractère essentiel de l'affection qui nous occupe et la fréquence de cette dernière apparaîtra ainsi plus grande encore que ne le disent les auteurs classiques.

L'évolution de la maladie peut être troublée de bien des façons ; il faut ici incriminer une complication, là la prédominance d'un symptôme, ailleurs la structure même de la tumeur. Enfin il est des cas plus complexes où la nature même du processus morbide que présente le sujet reste inconnue ou à peine soupçonnée jusqu'à l'autopsie.

Il est donc nécessaire d'envisager successivement :

1° Des formes compliquées ;

2° Des formes anatomiques ;

3° Des formes en rapport avec la prédominance de certains symptômes, ce fait étant quelquefois expliqué soit par l'âge du sujet, soit par un certain état physiologique tel que la grossesse ;

4° Des formes qu'il est permis d'appeler non néoplasiques.

Cette classification nous permettra de grouper dans un seul chapitre les différents types cliniques cités dans les ouvrages et présentant quelques analogies.

I

Formes compliquées. — La complication qui vient troubler le cours de la maladie peut être le résultat de métastases cancéreuses : ce sont les complications métastatiques qui correspondent aux formes à métastases précoces de Bouveret, de Hayem et Lion.

Si l'infection joue le rôle important, les complications seront dites infectieuses. Enfin il en est dont l'étiologie et la pathogénie restent obscures et discutées, nous les examinerons en dernier lieu.

A. Complications métastatiques. — C'est une notion courante que les lésions de l'estomac ne laissent jamais le foie indifférent ; la parenté entre ces deux organes s'affirme encore quand il s'agit de cancer ; les métastases hépatiques au cours du carcinome gastrique sont fréquentes. Elles deviennent quelquefois très importantes, à ce point qu'elles dominent tout le tableau clinique et constituent la forme hépatique, laquelle se caractérise soit par de l'ascite, soit par de l'ictère.

Celui-ci est capable d'atteindre un degré intense, effaçant tout ce qui permettait de penser à une tumeur de l'estomac : c'est pour cette raison que l'on a isolé la forme ictérique dont l'explication se trouve soit dans une compression des voies biliaires par un ganglion néoplasique, soit dans une métastase hépatique. L'ascite est un accident assez fréquent, elle peut ou non s'associer à l'ictère. Le mécanisme de sa production est complexe ; il s'agit soit d'une compression ganglionnaire de la veine porte, soit d'un cancer nodulaire du foie, cas de beaucoup le plus ordinaire, soit d'une endophlébite portale.

Dans les deux formes précédentes la cause est souvent absolument latente et il arrive que, même en la recherchant avec attention, on ne puisse la déceler. Lorsque l'ascite est hémorragique, il faut penser à la péritonite cancéreuse ; lorsqu'elle est chyleuse, on doit incriminer la compression ou l'envahissement du canal thoracique.

Nous devons une mention à la forme thoracique admise par Chesnel ; elle simulerait à s'y méprendre la tuberculose, celle-ci d'ailleurs pouvant très bien coexister avec le néoplasme, et le dissimuler. Elle reconnaît le plus souvent pour cause une angioleucite cancéreuse qui se traduit par la dyspnée, la cyanose et quelques râles sous-crépitants. La ponction exploratrice révélera fréquemment la participation de la plèvre en faisant constater la présence d'un épanchement hémorragique.

Le tube intestinal, surtout dans ses parties iliaque et pelvienne, peut être le siège de noyaux secondaires. M. Bensaude en a rapporté 60 à 70 cas. Le plus souvent les symptômes intestinaux passent inaperçus. Mais il n'est pas exceptionnel de les voir prédominants et s'affirmer par des phénomènes d'occlusion tels que la constipation opiniâtre avec débâcles diarrhéiques, météorisme, péristaltisme, syndrome de Kœnig.

MM. Landouzy et Quénu ont signalé des faits analogues, tout au moins au point de vue fonctionnel ; car chez les sujets observés par ces auteurs les phénomènes d'occlusion ne relevaient pas de métastases intestinales, l'autopsie ayant seulement révélé la présence d'un néoplasme du pylore.

Dans cette occurrence, il faudra pour plus de renseignements avoir recours aux procédés récents d'investigation, rectoscopie et radioscopie.

M. Lejars a également bien insisté sur les localisations intestinales et sur les renseignements donnés par l'exploration digitale du rectum. Le doigt perçoit sur la paroi rectale antérieure une plaque indurée immobile, intrapéritonéale, formée de plusieurs nodosités qui ne tardent pas à se fusionner.

Les adhérences qui se forment facilement entre le côlon transverse et l'estomac expliquent la production de fistules gastro-coliques. Celles-ci peuvent être la première manifestation du néoplasme, elles se caractérisent par des vomissements fécaloïdes, de la lientérie et par l'altération rapide de l'état général.

Le système lymphatique constamment envahi, au cours du néoplasme de l'estomac, peut l'être d'une

façon paradoxale; les constatations de M. Troisier ont démontré que le plus souvent l'adénopathie sus-claviculaire apparaît à gauche. Il n'en n'est pas toujours ainsi et Hesch signale un cas, où, malgré une situation absolument normale du canal thoracique, l'hypertrophie ganglionnaire se trouvait du côté droit. S'il ne faut pas attacher trop d'importance au siège de l'adénopathie, sa valeur séméiologique n'en n'est pas moins grande, témoin cette observation de Worms où elle était la seule expression clinique d'un cancer de l'estomac absolument latent.

Dans son excellente thèse, Metzger insiste avec raison sur les métastases cancéreuses qui se font dans les ovaires ; cette localisation, souvent passée sous silence, est cependant assez fréquemment rencontrée.

En général c'est l'appareil génital qui paraît le premier atteint. Le début se fait chez des femmes jeunes par les troubles menstruels, des douleurs abdominales ; puis se montrent l'augmentation du volume du ventre avec ascite et les vomissements. En dernier lieu apparaît l'amaigrissement ainsi que l'œdème des jambes.

Le toucher révèle dans le cul-de-sac de Douglas en arrière de l'utérus une masse, que dans certains cas on pourra reconnaître comme bilatérale. Cette métastase ovarique a attiré l'attention des chirurgiens et certains pensent qu'au cours d'une intervention curative d'un cancer de l'estomac il serait bon de pratiquer l'extirpation des ovaires.

Le tissu osseux n'est pas épargné, les généralisations peuvent s'y faire soit par contiguïté (envahissement des vertèbres par des ganglions néoplasiques), soit par voie vasculaire.

Le fémur est atteint avec une certaine prédilection : une douleur tenace et une tuméfaction plus ou moins prononcée se manifestent ; un peu plus tard se produit un phénomène tout à fait significatif ; la fracture osseuse spontanée.

S'il s'agit de la colonne vertébrale, on voit se réaliser le mal de Pott cancéreux ; si ce sont les os du crâne, il en résulte des symptômes variés : strabisme externe et ptosis.

Il ne faut pas confondre ces faits avec ceux signalés par Gallavardin et Viray dans la *Revue de médecine*. Ces auteurs rapportent quelques cas de cancer du cerveau secondaires à un cancer de l'estomac.

Moins fréquents que ceux qui apparaissent à la suite d'un néoplasme du sein ou du poumon, ils se révèlent par les symptômes habituels des tumeurs cérébrales c'est-à-dire de l'épilepsie Bravais-jacksonnienne, de la céphalée, des vomissements et des troubles oculaires ; mais il suffira souvent d'une aphasie, d'une hémiplégie, pour attirer l'attention, ne pas considérer cet accident comme banal et le relier à sa véritable cause. Celle-ci peut n'être pas reconnue pendant la vie, ainsi qu'en témoigne une observation de M. Mathieu où à un carcinome latent du pylore et du foie succède une tumeur secondaire siégeant à la partie supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendante gauche. Il ne faut pas se dissimuler que ce sont là de véritables raretés cliniques. Il en est de même du malade de M. Gouget, qui présentait tous les caractères de l'addisonisme : pigmentation de la peau et des muqueuses, hypotension artérielle, et adynamie progressive. L'autopsie montra qu'il s'agissait d'un néoplasme gastrique avec nombreux noyaux secondaires disséminés dans différents organes et en particulier dans les capsules surrénales.

La peau ou le tissu cellulaire sous-cutané peuvent être le siège de généralisations ; elles affectent l'aspect de nodosités cutanées ou sous-cutanées, le plus souvent indolores, celles qui siègent dans le derme donnent la sensation de grains de plomb ; elles en ont la consistance et la dureté. Quelquefois existent des plaques cancéreuses violacées, d'où partent des traînées de lymphangite de même nature. M. Lejars attribue une haute signification symptomatique au cancer de l'ombilic, il le considère presque comme pathognomonique d'un cancer gastrique ou abdominal ; il insiste sur l'aspect spécial que prend la région ombilicale, laquelle devient dure et finement bosselée ; auparavant apparaît une asymétrie dont l'importance ne doit pas échapper.

B. Complications infectieuses. — Dans cette classe rentre la forme fébrile ou septicémique, dont la première observation a été rapportée par Hanot ; la fièvre qui se montre au cours d'une affection essentiellement apyrétique ne trouve pas son explication dans un accident infectieux quelconque et revêt le plus souvent le type intermittent paludéen ; elle se présente sous la forme de grands accès fébriles avec 3 stades de pression, de chaleur, de sueur. Mais elle peut affecter le type continu.

Beaucoup plus facile à expliquer est la température élevée de la forme pyohémique, dans laquelle les oscillations thermiques reconnaissent pour cause la constitution de collections suppurées dans les différents organes et en particulier dans le cerveau ou dans la parotide. Elles acquièrent un intérêt tout spécial lorsqu'elles siègent dans le foie. Elles sont dues souvent à des microbes anaérobies et ont permis à MM. Gilbert et Lippmann d'isoler une forme hépato-gangréneuse.

Le sujet est déjà porteur depuis un temps assez long d'un cancer de l'estomac, lorsque apparaissent des symptômes d'une violence extrême. La douleur exactement localisée au creux épigastrique est pongitive et lancinante. Il y a une recrudescence dans l'intensité des phénomènes gastriques ; ce sont des vomissements abondants, noirâtres. La diarrhée, noire également, est fétide. L'hypocondre droit et l'épigastre deviennent le siège d'une tuméfaction de consistance ferme, mate à la percussion.

L'état général ne tarde pas à s'altérer profondément, le facies se grippe, le nez s'effile et le malade meurt dans le coma en hypothermie. La mort survient en quelques jours.

C'est dans ces formes infectieuses qu'il faut faire rentrer un cas signalé par Derville à la Société anatomique ; il s'agit d'un malade dont les forces déclinaient déjà depuis un certain temps. Puis apparut au creux épigastrique une douleur d'intensité croissante. A l'entrée à l'hôpital on note une tuméfaction très nette

siégeant à l'épigastre, la peau est violacée, chaude au toucher, il existe de la fluctuation ; après incision de l'abcès, le malade meurt dans le coma et à l'autopsie on trouve un néoplasme de l'estomac avec des noyaux cancéreux hépatiques et des abcès du foie. Il existait en même temps de la méningite.

D'autre part, Feulard insiste sur la coexistence possible du cancer de l'estomac et d'une fistule ombilicale, laquelle a été consécutive à un abcès qui s'est ouvert à la peau après s'être annoncé par les signes ordinaires c'est-à-dire par de la tuméfaction, de la rougeur, de la fluctuation. Le siège de la tumeur est presque toujours la région du pylore. Quelquefois on voit sortir par l'orifice des matières alimentaires; la quantité de pus qui s'écoule après l'ouverture est plus ou moins abondante.

La production de la fistule est un accident grave qui annonce la mort à brève échéance; les dimensions de l'orifice cutané sont variables, on a pu y voir apparaître des bourgeons cancéreux.

Dans tous les cas, les symptômes gastriques sont suffisamment marqués pour qu'on puisse rapporter l'abcès à sa véritable cause.

Quelquefois les manifestations sont plus graves encore et peuvent consister en une péritonité généralisée. Enfin, c'est sur le compte d'une infection atténuée qu'il faut placer la production de la phlegmatia alba dolens. Celle-ci peut être le signal symptôme d'un cancer jusque-là absolument latent, la phlébite n'empruntant d'ailleurs à son étiologie aucun caractère spécial.

C. Complications de pathogénie complexe. — Elles concernent surtout la peau et le système nerveux.

M. Klippel a signalé la possibilité de voir apparaître des polynévrites, lesquelles se présentent avec leurs caractères ordinaires.

Un autre accident est le coma dyspeptique; après une période d'agitation apparaît une période de dépression, où le pouls devient rapide, où la respiration prend le type dit de Cheynes Stokes. L'haleine est acétonique, l'urine acide contiendrait de l'acétone.

Ce syndrome s'observe toujours à la période terminale et se montre exclusivement au cours des cancers de la région pylorique. Il en est de même de la tétanie qui affecte trois aspects différents; ou bien les contractures sont localisées aux extrémités, aux mains en particulier, ou bien elles sont généralisées et réalisent le type tétanique, ou bien enfin il existe des convulsions toniques et cloniques semblables à celles de l'épilepsie.

On a distingué des formes abortives qui se limiteraient à des paresthésies, des fourmillements et des états tétaniformes, sans excitabilité exagérée des muscles et des nerfs.

Est-ce à dire que ces symptômes soient toujours le fait de carcinomes pyloriques non douteux ? S'il en est le plus souvent ainsi, cette règle souffre quelques exceptions bien mises en évidence par une observation de M. Gouget et une autre de Reuvers.

Il faut donc admettre une forme tétanique des sténoses du pylore, c'est-à-dire que la tétanie peut être la première manifestation apparente de ces symptômes.

Les manifestations nerveuses précédentes sont évidemment d'un mécanisme difficile à comprendre, plusieurs théories ont été proposées, toutes soulèvent des objections. On a invoqué la déshydratation du sang (Russmaül), la déchloruration, un réflexe stomacal.

Celle qui est la plus en faveur est la théorie de l'intoxication. Bouveret et Devic ont tenté de l'étayer par l'expérimentation mais la valeur de leurs expériences a été contestée.

La même difficulté d'interprétation subsiste pour une affection cutanée, qui est souvent le seul signe révélateur d'un cancer abdominal latent et en particulier d'un cancer de l'estomac. Elle a été isolée par M. Darier sous le nom d'atrophie papillaire et pigmentaire, encore appelée acanthosis nigricans.

Elle est caractérisée par un état rugueux de la peau avec végétations papillomateuses disséminées ou agminées et une pigmentation foncée. Le début consiste en un aspect crasseux du cou et des aisselles, l'évolution est rapide, la mort survient au bout d'un an au milieu de la cachexie. La nuque, l'anus, les organes génitaux constituent les sièges les plus fréquents. La femme est plus souvent atteinte que l'homme. D'autre part MM. de Beurmann et Gougerot ont constaté au cours d'un épithélioma gastrique un syndrome rappelant le xeroderma pigmentosum; il y avait de petits angiomes multiples disséminés sur les parties découvertes.

II

Formes anatomiques. — Ces formes sont celles où le tissu néoforme ne présente pas la structure habituelle; c'est ce qui existe dans le cancer colloïde, dans la linite plastique, et dans le sarcome de l'estomac.

Le cancer colloïde qui siège toujours au pylore s'extériorise par des signes d'insuffisance pylorique, l'estomac ne peut être insufflé et ne se dilate jamais. Si l'on fait ingérer de l'eau, quelle qu'en soit la quantité, elle se maintient au même niveau dans la cavité gastrique.

La linite plastique se traduit cliniquement par des douleurs de dyspepsie chronique et des vomissements à type œsophagien.

La région épigastrique est le siège d'un empâtement diffus ou d'une tumeur à grand axe transversal.

Il n'existe pas d'adénopathies et de localisations secondaires.

L'état général est très longtemps satisfaisant et ne commence à s'altérer que lorsque apparaissent des symptômes de voisinage.

Le sarcome gastrique ne peut être différencié durant la vie du malade que lorsqu'il a pris un développement exogastrique. Bard le décrit sous le nom de forme sous-péritonéale du cancer de l'estomac. Son individualité est alors incontestable, comme le démontre un travail de Lecène et Petit. Les troubles digestifs sont ici à peine marqués et le premier signe est souvent l'apparition de la tumeur.

Elle se montre insidieusement, progressivement,

comme toute tumeur abdominale sans caractère distinctif. Elle occupe soit la région ombilicale, soit l'hypocondre gauche, soit la région hypogastrique. La forme est suivant les cas régulière ou irrégulière, ordinairement solide, peu élastique. Quelquefois on perçoit des parties solides et liquides. Le volume varie de la grosseur du poing à celle d'une tête d'adulte. La mobilité est souvent très grande car la tumeur est pédiculée. L'état général s'altère et bientôt apparaissent l'amaigrissement et l'asthénie.

Dans cette forme l'état du sang est-il particulier? Pour certains une hyperglobulie avec une leucocytose portant sur les polynucléaires serait en faveur d'un lympho-sarcome à grandes cellules, une hyperglobulie avec hypoleucocytose en faveur d'un sarcome globo-cellulaire. Le pronostic dans le sarcome paraît un peu moins sombre; il y a une extension moindre, moins de métastases ganglionnaires.

Par la rapidité avec laquelle se développe la tumeur on peut opérer avant que la cachexie ne se montre. De plus les fonctions gastriques ne sont pas gênées. Aussi on obtient par l'intervention une survie assez prolongée et peut-être la guérison complète.

L'association de deux cancers primitifs est un fait rare, mais elle peut s'observer: nous citerons la coexistence d'un cancer tubulé de l'estomac avec un cancer lobulé de la langue, ou encore d'un cancer lobulé de l'œsophage avec un épithélioma cylindrique du cardia. Peut-on voir un cancer de l'estomac secondaire? C'est là une chose bien exceptionnelle, néanmoins de Castro, John S. Ely ont pu en constater, et en trouvent d'autres rapportés par quelques auteurs; c'est l'œsophage qui est de préférence le siège du cancer primitif, puis viennent le sein, le testicule, les ovaires. Les trois ou quatre cas de cancer mélanique de l'estomac doivent sans doute être métastatiques.

Parmi les sièges anormaux des carcinomes gastriques nous ne voulons retenir que le cancer déterminant une sténose médio-stomacale; cette forme admise par Bard se caractérise par la production d'un syndrome de sténose pylorique avec quelques signes particuliers tels que le clapotage persistant même après cathétérisme et par la formation d'un estomac biloculaire surtout après insufflation. L'examen radioscopique fournira des renseignements précis. Ce qu'il est particulièrement intéressant de signaler, ce sont les rapports qui existent entre l'ulcère et le néoplasme de l'estomac; il est d'abord extrêmement difficile dans certaines occasions de les distinguer l'un de l'autre, d'autant que l'on peut voir la première de ces affections se confondre avec la seconde et présenter une symptomatologie analogue.

Pendant une période, phase d'ulcère, existent des douleurs vives, des vomissements abondants, des hématémèses de sang rouge. Ces symptômes s'amendent à tel point qu'on peut croire à la guérison, puis ils réapparaissent, ils persistent quelque temps et regressent comme la première fois.

Au bout d'un temps plus ou moins long, l'état général du sujet se modifie, les forces diminuent progressivement, le teint devient jaune paille, à ce moment la nature néoplasique de la maladie n'est plus douteuse et vient souvent se confirmer par l'apparition d'une adénopathie.

La forme précédente est connue sous le nom d'ulcéro-cancer, dont le mécanisme est très discuté.

Deux théories sont en présence : l'une admettant la possibilité d'ulcères transformés en cancers, l'autre tendant à démontrer qu'il s'agit de cancers ulcérés. Telle est la thèse défendue par Duplant.

III

Formes à symptômes prédominants. — A côté des formes anatomiques, il en est toute une série qui résultent de l'exagération d'un symptôme. Ce fait ne peut d'ailleurs être expliqué ni par la situation de la tumeur, ni par sa structure. Une forme a été isolée par M. Hayem sous le nom de forme gastralgique, qui pour beaucoup ne serait que l'ulcéro-cancer. L'auteur insiste sur la difficulté à explorer la région gastrique à cause de la rigidité de la paroi abdominale, il faudrait se méfier de ces « ventres fermés ». Les formes dyspeptiques douloureuses de Bouveret et de Bard sont à rapprocher de la précédente : il en est de même des formes nauséeuses de Mathieu, de celles avec vomissements incessants de Bouveret. Ce dernier en a signalé une où il y avait association d'hémorragies et de douleur.

La forme cachectique, admise par Chesnel et Bard, est assez difficile à définir; elle consisterait surtout en un amaigrissement rapide, l'émaciation serait bientôt le phénomène dominant. Néanmoins la confusion avec la forme anémique est fréquente.

Est-il possible de rencontrer un cancer absolument latent? Nous entendons par ce terme un néoplasme, dont la constatation post mortem constituera une véritable surprise d'amphithéâtre. Ainsi compris, les cas de cancer latent sont d'une grande rareté.

Chesnel n'a pu en réunir que six de valeur discutable. La mort survient alors causée par une affection intercurrente. Il en est ainsi pour la malade de Bouveret qui meurt de broncho-pneumonie. A l'autopsie, on constate sur la paroi antérieure de l'estomac un squirrhe large comme la moitié de la main.

Il est utile de savoir que la marche du cancer de l'estomac n'est pas toujours progressive, il peut exister des rémissions assez longues et importantes à connaître, car si la nature de l'affection est démasquée, on doit tirer profit de ces rémissions pour intervenir : c'est là la forme rémittente.

La plupart des cliniciens avec Hayem et Lion, Bouveret, admettent une forme juvénile bien décrite dans la thèse de Mathieu. Le cancer précoce présente certaines particularités : les vomissements sont rares, la conservation relative de l'appétit est la règle. La tumeur est rare, l'amaigrissement est précoce, les douleurs et les hémorragies manquent constamment, il en est de même de la teinte jaune paille. Plus fréquents sont l'œdème et l'ascite, la durée de l'affection est beaucoup plus courte : deux à trois mois est le temps ordinaire. MM. Hayem et Lion admettent une évolution également un peu spéciale chez la femme enceinte et créent une forme des femmes enceintes.

Les vomissements acquièrent ici une intensité tout à fait exceptionnelle et sont attribués à la grossesse.

Pour les autres caractères, ce cancer se rapproche de celui qui évolue chez les jeunes gens.

Nous arrivons enfin aux cas où le néoplasme évolue sous un aspect absolument différent de celui qu'il a habituellement, on peut alors penser à une tout autre maladie chronique.

IV

Formes simulant d'autres maladies, ou formes non néoplasiques. — *Forme avec hydropisie.* — Dans cet ordre d'idées, il faut signaler celle où le sujet prend l'aspect d'un brightique, il en présente la pâleur, l'anémie et l'œdème des jambes. Le dernier symptôme peut tenir une place prépondérante, l'existence d'une ascite concomitante a été signalée, de sorte qu'en présence de ce tableau clinique on pense soit à une néphrite chronique soit à une cardiopathie. MM. Clerc et Gy ainsi que MM. Sergent et Lemaire ont rapporté des observations où l'œdème avait atteint les proportions d'un véritable anasarque. D'ailleurs cette forme est bien connue des classiques puisque MM. Hayem et Lion la désignent sous le nom de forme avec anasarque, tandis que pour Bouveret c'est la forme avec hydropisie et pour Chesnel la forme cardiaque.

Forme anémique. — La forme qui a de beaucoup le plus préoccupé les esprits est la forme anémique. Les observations la concernant sont nombreuses, tant en France qu'à l'étranger et peut-être règne-t-il à ce sujet quelque confusion, certains donnant le nom de forme anémique à l'anémie simple qui accompagne tout processus néoplasique, d'autres réservant cette dénomination au cancer de l'estomac qui évolue sous le masque de l'anémie pernicieuse.

Ces deux types, qui reconnaissent la même cause et qui ne se distinguent que par le degré plus intense de la déglobulisation, doivent être décrits séparément.

La forme anémique simple qui est celle de Hayem, de Villebrun, de Blanc est de beaucoup la plus fréquente. Elle se caractérise par la décoloration des téguments, par une diminution relativement modérée des globules rouges, par l'absence de souffles cardio-vasculaires et d'hémorragies rétiniennes.

M. le professeur Hayem insiste également sur une propriété que posséderaient les globules rouges : la contractilité. Ils se présentent sous différents aspects, il en résulte la formation de quatre types principaux :

Premier type : globules contractiles dans toute leur masse, contour irrégulier, étranglement de la masse protoplasmique ;

Deuxième type : globules avec prolongements mobiles, sortes de tentatules ;

Troisième type : globules nains ;

Quatrième type : pseudo-parasites c'est-à-dire que les globules se déplacent par un véritable mouvement de reptation.

L'anémie pernicieuse d'origine cancéreuse rejetée autrefois par Hayem n'est plus à mettre en doute. A peine, en effet, Biermer avait-il isolé la maladie qui porte son nom que beaucoup d'observateurs la trouvèrent provoquée par des cancers de l'estomac passés inaperçus. Elle présentait la même physionomie clinique, la même formule hématologique que l'anémie pernicieuse protopathique.

En effet le malade se montre avec une pâleur cireuse. Les muqueuses sont pâles, et leur teinte se confond presque avec celle de la peau. L'amaigrissement n'est pas très appréciable car il est masqué par un œdème dont les sièges de prédilection sont le visage, le tronc et les malléoles. La tension est faible, les syncopes fréquentes. Il existe des souffles cardio-vasculaires, un bruit de galop, un souffle oculaire, un souffle systolique de la pointe, et surtout des hémorragies rétiniennes. Celles-ci manquent très rarement et sont quelquefois accompagnées d'épistaxis, d'hémorragies gingivales. L'asthénie s'ajoute aux symptômes précédents, elle peut atteindre un degré considérable, à tel point que tout mouvement, tout changement de position devient impossible. L'attention peut se porter du côté de l'estomac ; en effet, si l'interrogatoire est fait avec minutie, il est possible de retrouver une hématémèse d'ailleurs le plus souvent minime. D'autres troubles tels que renvois, éructations gazeuses, nausées, vomissements glaireux peuvent indiquer le diagnostic, à moins qu'on ne les mette sur le compte de l'anémie elle-même, car ils existent aussi marqués dans la maladie de Biermer.

La confusion est d'autant plus aisée que la formule sanguine est identique.

Le nombre des hématies est inférieur à un million, la valeur globulaire est augmentée, il existe des globules déformés c'est-à-dire de la poïkilocytose, de l'anisocytose, de la polychromatophilie. Les hématoblastes sont nombreux et le caillot rétractile. Ce fait n'est pas admis par M. Hayem qui croit à la diminution considérable des hématoblastes et à l'irrétractilité du caillot. Il existe des myélocytes, des cellules de Turk et des globules rouges nucléés. On voit même apparaître dans le sang cet élément identifié par Engel et connu sous le nom de métrocyte ; c'est un volumineux globule rouge nucléé orangeophile avec un petit noyau fermé excentrique. On le voit, les analogies sont complètes entre la maladie de Biermer et l'anémie pernicieuse d'origine néoplasique. Celle-ci cependant présenterait quelques caractères différentiels ; il y aurait toujours plus de 500.000 hématies et plus de normoblastes que de mégaloblastes ou de microblastes. D'autre part Veyrassat, dans sa thèse, indique que dans les cancers de l'estomac la résistance globulaire est augmentée ou normale, mais jamais diminuée ; la diminution existerait au contraire dans les anémies graves protopathiques, l'auteur voit là un moyen de distinguer deux affections qui ont tant de points communs.

Ce ne sont que des nuances bien délicates à apprécier. La polynucléose serait une chose plus importante, elle est en effet courante ; mais MM. Hartmann et Silhol ont bien montré que dans certains cas la leucocytose du cancer peut porter sur les mononucléaires. C'est ce qui a lieu également dans une observation de MM. Ménétrier et Aubertin. De tout ce qui précède il faut retenir que l'anémie cancéreuse peut affecter toutes les formes.

Il est à ce sujet une observation de M. Hayem qui nous paraît tout à fait suggestive. Cet auteur a pu sous l'influence du traitement transformer une anémie à type protopathique observée chez un néoplasique en une anémie à type symptomatique, cette modification de la formule sanguine sous l'influence des agents thérapeutiques serait un élément de diagnostic différentiel.

Voici les résultats des deux numérations faites à deux époques différentes.

Hématies	762.000	2.480.000
Valeurs globulaires	1,35	0,8
Leucocytes	4.650	8.575
Polynucl. neutrophiles	57	71
Mononucléaires	25	13
Lymphocytes	17	15
Polynucl. éosinophiles	1	1
Formes de transition	6	0
Hématoblastes	0	très nombr.

D'après M. Aubertin, ce qu'il y a de plus fréquent au cours des cancers gastriques, ce sont les anémies par destruction globulaire, mais il est possible de rencontrer des anémies par anhématopoïèse, c'est-à-dire par insuffisance de formation des globules rouges.

Ce fait s'observe surtout dans les cas où il y a des métastases osseuses.

Pour être rares ces dernières ont été plusieurs fois observées, ainsi qu'en témoignent Otto Frese, Schleipp, Epstein, Marcorelles. Cette forme rare du cancer de l'estomac fait penser au syndrome de MM. Weil et Clerc isolé sous le nom de splénomégalie chronique avec anémie et myélémie, encore appelée par MM. Vaquez et Aubertin anémie splénique myéloïde.

Les symptômes qui permettent de faire prévoir la localisation de la métastase sont des hémorragies rétiniennes ou cutanées et des douleurs osseuses à siège variable : côtes, sternum, membres inférieurs, ces douleurs sont spontanées parfois violentes exagérées par la pression au niveau du point douloureux. L'hypertrophie de la rate est souvent un symptôme concomitant, comme le démontre l'observation de MM. Parmentier et Chabrol.

Le sang présente les modifications suivantes : les hématies se maintiennent aux environs de 1 à 2 millions, la quantité d'hémoglobine varie de 15 p. 100 à 6 p. 100, la valeur globulaire dépasse souvent l'unité, il y a de la poïkilocytose et de l'anisocytose. Les mégalocytes sont fréquents et les hématies nucléées constantes avec prédominance des normoblastes.

La leucocytose est la règle (20.000 à 30.000), mais elle ne porte pas sur les polynucléaires. Les myélocytes manquent rarement, ils sont soit neutrophiles, soit éosinophiles.

Les réactions sanguines dont est capable le cancer de l'estomac sont donc aussi multiples que variées et c'est dans cette variabilité qu'il faut chercher la raison des différentes opinions qui ont été émises à leur sujet.

BIBLIOGRAPHIE

DEBOVE, ACHARD et CASTAIGNE. *Manuel des maladies du tube digestif*. — BROUARDEL et GILBERT. *Traité de médecine et de thérapeutique*, art. HAYEM et LION. — BOUCHARD et BRISSAUD. *Traité de médecine*, art. d'Albert MATHIEU. — BERGÉ, LAFFITE, ENRIQUEZ et LAMY. *Traité de médecine*. — SOUPAULT. *Traité des maladies de l'estomac*. — MATHIEU. *Les Maladies de l'estomac et du tube digestif*. — ROBIN. *Les Maladies de l'estomac*.

ABRAMS. Progressive pernicious anæmia and malignant disease of the stomach, *Med. record*, 28 avril 1900, p. 78. — ACHARD. Contribution à l'étude des complications infectieuses du cancer de l'estomac, *Soc. méd. des hôpit.*, 26 juillet 1895. — AGASSE-LAFONT. *Anémie pernicieuse protopathique*, Th. de Paris, 1906. — AUBERTIN. *Les Réactions sanguines dans les anémies graves symptomatiques et cryptogénétiques*, Th. de Paris, 1905; — La rétraction du caillot et les hématoblastes dans les anémies, *Soc. de biol.*, 15 janv. 1905; — Les anémies par anhématopoïèse, *Semaine méd.*, 15 juillet 1908.

BADUEL et PAGONELLI. La febre nel carcinoma gastrico, *Revue interne de clin. méd.*, Florence 1906, t. VII, p. 485-488. — BARD. Les formes cliniques du cancer de l'estomac, *Semaine méd.*, 24 août 1904. — BARIÉ et BILLAUDET. Parotidite double suppurée dans le cancer de l'estomac, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1906. — BRAGA. Sul potero emolitico degli estratti di tessuti carcinomatosi, *Bull. della Soc. med. di Parma*, nov. 1909, 2e série, 3e année, n° 8. — BARLOW. Disease of carcinoma with progressive pernicious anæmia, *Med. Times and Gaz.*, 1882, p. 579. — BEAURAIN. A propos de l'évolution insidieuse des néoplasmes de l'estomac chez les vieillards ; cancer de l'estomac simulant une mégalosplénie, *Revue méd. de Normandie*, Rouen 1907. — BENSAUDE et RIVET. Cancers multiples du tube digestif, *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 11. — BENSAUDE. Etude clinique des métastases intestinales du cancer de l'estomac, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1910. — BERNOUILLI. Le cancer de l'estomac et de l'intestin dans les vingt premières années de la vie, *Semaine méd.*, 1907, p. 20. — BERTRAND. *Le Sarcome de l'estomac*, Montpellier 1908. — BEZANÇON et LABBÉ. *Traité d'hématologie*. — BLANC. *De la Forme anémique du cancer de l'estomac*, Th. de Paris, 1901. — BEURMANN (DE) et GOUGEROT. Syndrome rappelant le xeroderma pigmentosum au cours d'un épithélioma gastrique, *Bull. du la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, Paris 1906, t. VII, p. 391. — BOINET et PŒSY. Cancer latent de l'estomac, *Marseille méd.*, 1906, t. XLIII, p. 369. — BOURQUELOT. *Cancer de l'estomac. Généralisations extrathoraco-abdominales*, 1909-1910. — BRUEHL et VAEGLIN. A case of cancer of the stomach with secondary cancer of the liver without gastric symptoms, *Med. Brief*, Saint-Louis 1909. — BURGAUD. *Sarcome primaire de l'estomac*, Th. de Paris, 1908, p. 401.

CABOT. Anémie pernicieuse. Etude de 110 cas, *Amer. Journ. of the med. sc.*, août 1900. — CASTAIGNE. Cancers secondaires à l'ulcère de l'estomac, *Revue gén. de clin. et de thérap.*, Paris 1909. — CHAUFFARD et Jean TROISIER. Contribution à l'étude des hémolysines dans leurs rapports avec les anémies graves, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 10 juillet 1908, n° 25. — CHESNEL. *Cancer latent de l'estomac*, Th. de Paris, 1877. — CLERC et GY. Cancer latent de l'estomac à type anémique, *Soc. méd. des hôpit.*, 26 mars 1909; — Cancer gastrique et anémie pernicieuse, *Arch. des mal. du cœur, des vaisseaux et du sang*, avril 1909, n° 4, p. 223. — COUILLAUD. Dystrophie papillaire et pigmentaire ou acanthosis dans ses relations avec la carcinose abdominale, *Gaz. des hôpit.*, 1897, n° 42.

DARIER. *Traité de dermatologie*. — DÉJERINE. Carcinome gastrique et hémiplégie gauche, *Soc. anat.*, 1880. — DERVILLE. Cancer du foie et de l'estomac. Abcès du foie et fistule épigastrique. Méningite suppurée, *Soc. anat.*, 1884. — DUPLANT. *De la Prétendue transformation de l'ulcère rond en cancer*, Th. de Lyon, 1897-1898.

EPSTEIN. Etude du sang dans la carcinose métastatique de

la moelle osseuse, *Zeit. f. klin. Med.*, 1896, Bd. XXX, p. 121.
FEULARD. Fistule ombilicale et cancer de l'estomac, *Arch. de méd.*, 1887. — FRESC. Ueber schwere Anemia bei metastatischer Kuochen Carcinose, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1900, Bd. LXVII, p. 387, 3-4.
GASSET. *Contribution à l'étude des néoplasmes de l'estomac, du cancer conjonctif sous-muqueux*, Th. de Lyon, 1892. — GALLAVARDIN et VIRAY. Cancer secondaire du cerveau, *Revue méd.*, 1903. — GAILLARDON. *De la Douleur dans le cancer de l'estomac*, Paris 1911-1912. — GILBERT et LIPPMANN. Du cancer de l'estomac à forme gangréneuse, *Soc. méd. des hôpit.*, 17 juillet 1903. — GOUGET. Forme tétanique du cancer du pylore, *Soc. méd. des hôpit.*, 8 mai 1903. — GOUGET et THIBAUT. Forme addisonienne du cancer de l'estomac, *Soc. anat.*, 9 déc. 1910.
HARTMANN et SILHOL. *Soc. de chir.*, 1901. — HAYEM. *Leçons sur les maladies du sang*, Paris 1900; — Forme anémique du cancer de l'estomac, *Arch. gén. de méd.*, sept. 1904, et *Presse méd.*, 1898; — Sur un cas d'anémie symptomatique extrême, *Gaz. des hôpit.*, 28 mai 1907. — HOSCH. Ganglions cancéreux sus-claviculaires droits dans le cancer de l'estomac, *Semaine méd.*, 1908.
JABOULAY. Métastase cranienne dans un cancer de l'estomac (fongus de la dure-mère), *Lyon méd.*, 1906. — JOUSSIER. *Les Perforations du cancer de l'estomac.*
LABBÉ et SALOMON. Les anémies pernicieuses, *Revue de méd.*, 10 mai 1908. — LEGLAND. Carcinome latent de l'estomac; mort par hématémèse foudroyante, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1906, p. 533-537. — LETULLE. Sarcome primaire de l'estomac, *Bull. de la Soc. anat.*, 25 mai 1906. — LECÈNE et PETIT. Sarcome de l'estomac, *Revue de gyn.*, 1908. — LEGENDRE. *Cancer gastro-hépatique anasarque*, 26 juin 1903. — LE MOUCHE. Sur une forme rare de néoplasme de l'estomac à marche rapide chez une jeune fille de vingt-sept ans, *Gaz. des hôpit.*, Paris 1905, t. LXXVIII, p. 1576. — LEJARS. Les signes à distance des cancers abdominaux, *Semaine méd.*, 1900. — LYONNET et GARDIN. Néoplasme de l'estomac avec noyau de généralisation cérébrale, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 1909, t. VIII, p. 10-15.
MATHIEU. *Du Cancer précoce de l'estomac*, Th. de Lyon, 1884. — MARCORELLES. *Anémie et cancer de l'estomac*, Th. de Paris, 1909-1910. — MÉNÉTRIER et AUBERTIN. Sur un cas de cancer de l'estomac à forme anémique, *Arch. gén. de méd.*, juin 1902, p. 658. — METZGER. *Métastases ovariques des cancers digestifs*, Th. de Paris, 1910-1911. — MICHAUX. Epithélioma gastrique; cancer secondaire du mésentère ; ascite laiteuse, *Soc. anat. de Paris*, 1909. — MOLLIÈRE. De quelques complications péritonéales du néoplasme de l'estomac, *Lyon méd.*, 1906, t. CVII, p. 714-717.
PARMENTIER et CHABROL. Anémie grave et métastases cancéreuses dans la moelle des os, *Soc. méd. des hôpit.*, 30 juillet 1909; — La forme anémique du cancer de l'estomac, *Paris méd.*, 1911.
QUENTIN. *Les Accidents infectieux pulmonaires au cours du cancer de l'estomac.*
ROVENNA. Sur les cancers multiples primitifs, *Semaine méd.*, 1907, n° 3. — REGNAULT. *Cancer de l'estomac et anémie pernicieuse*, Lyon 1905. — ROUSSEAU. Th. de Paris, 1911-1912.
SERGENT et LEMAIRE. Anémie profonde et anasarque dans un cas de cancer latent de l'estomac, *Soc. méd. des hôpit.*, 23 oct. 1903.
TROISIER. *Arch. gén. de méd.*, 1889.
VAQUEZ et AUBERTIN. L'anémie pernicieuse d'après les conceptions actuelles, *Soc. méd. des hôpit.*, 18 mai 1904. — VEYRASSAT. *Résistance des hématies dans l'anémie pernicieuse et dans les cancers gastriques*, Th. de Lyon, 1902. — VILLEBRUN. *Le Cancer de l'estomac à forme anémique*, Th. de Paris, 1904-1905.
WORMS. Cancer des ganglions sus-claviculaires gauches secondaires à un néoplasme latent de l'estomac, *Soc. anat.*, Paris 1908.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1912)

Appareils amovo-inamovibles. — M. POTHERAT fait un rapport sur un travail de M. Salutrynski (de Genillé) relatif à un certain nombre d'appareils qu'il a imaginés pour le traitement des fractures et des affections articulaires. Ces appareils consistent surtout en manchons plâtrés incomplets, véritables gouttières réunies l'une à l'autre par des lames métalliques. D'ailleurs la forme et la disposition de ces appareils varient suivant les cas. Grâce à ces armatures, la région se trouve à la fois immobilisée et à découvert. C'est là, nous semble-t-il, le grand avantage de ces appareils.

Kyste dermoïde du mésentère. — M. KIRMISSON analyse un travail de M. Soubeyran (de Montpellier). Il s'agit d'une femme de quarante ans présentant les signes d'une péritonite et, à gauche de l'ombilic, une tumeur arrondie, rénitente, du volume du poing. La laparotomie montre que la tumeur était située dans le dédoublement des feuillets du mésentère, recouverte par l'épiploon adhérent et par le péritoine du mésentère aussi très adhérent. Ne pouvant isoler la paroi propre du kyste, M. Soubeyran l'incise, en extrait une matière sébacée jaunâtre et peut alors isoler le kyste et l'enlever en totalité. Suture du mésentère, suture de la paroi en trois plans. Le soir même la température tomba. Guérison sans incident.

M. Soubeyran considère l'extirpation totale comme la méthode de choix, la marsupialisation ne devrait être considérée que comme un pis-aller.

M. Kirmisson rapproche d'autres cas de celui-ci, ceux, entre autres, de M. Launay qui a fait un rapport sur une observation de MM. Schmidt (de Nice), d'Houzel (de Boulogne), de MM. Hosnier et Howzhip Dickinson, etc.

Selon M. Kirmisson on doit considérer, comme kystes du mésentère, uniquement ceux qui se développent entre les deux feuillets mésentériques et non les kystes adhérents à l'un des feuillets du mésentère.

Quant au traitement, M. Kirmisson se rallie à l'opinion de M. Soubeyran et préfère l'extirpation complète à la marsupialisation.

M. OMBRÉDANNE a observé, avec M. Boulloche, chez une enfant de dix ans, une tumeur lisse, mobile, qu'il considéra comme un kyste du mésentère. Il s'agissait d'un tuberculome suppuré siégeant bien entre les deux feuillets du mésentère que M. Ombrédanne ouvrit et marsupialisa.

M. SAVARIAUD se basant sur ce signe classique, l'extrême mobilité de la tumeur, a pris pour un kyste du mésentère un kyste de l'ovaire à long pédicule.

M. TUFFIER estime que le plus ou moins de mobilité des kystes du mésentère dépend surtout de leur siège plus ou moins élevé.

Il rapporte deux cas de kystes chileux du mésentère qui ont été publiés dans la thèse de Klefstad Sillonville.

M. MICHAUX trouve très juste la distinction établie par M. Tuffier au point de vue de la mobilité des kystes du mésentère.

Quant aux tuberculomes ganglionnaires mésentériques, sur lesquels M. Ombrédanne a appelé l'attention, ils siègent plutôt à la partie inférieure du mésentère, près du cæcum.

Déchirure du rein. Néphrectomie. — M. LEGUEU fait un rapport sur une observation de M. Le Jemtel (d'Alençon). Un jeune cultivateur de dix-sept ans reçoit un coup de pied de cheval dans le flanc gauche; douleur vive, hématurie le soir; transport le lendemain dans la clinique de M. Le Jemtel qui trouve le jeune homme dans un état grave avec des signes plutôt abdominaux que rénaux, mais n'indiquant pas une

intervention immédiate. On applique de la glace et on injecte du sérum. L'hématurie avait disparu. Le malade alla aussi bien que possible et la guérison paraissait assurée, quand vingt-deux et trente jours après le traumatisme il fut repris, les deux fois, d'hématurie très abondante. Quinze jours après, nouvelle hématurie; alors M. Le Jemtel n hésite plus à intervenir. Il trouva un rein déchiré, dont la capsule n'existait plus et qu'il put extraire par lambeaux. Le pédicule est attiré en dehors et lié, le bout attenant de l'uretère est cautérisé et abandonné au fond de la plaie. Suites bonnes, guérison.

M. Legueu fait observer, à propos du cas, que l'hématurie n'a, dans les contusions du rein, qu'une valeur indicative. Ainsi, dans ce cas de contusion très grave du rein où il y aurait eu avantage à opérer tout de suite, la cessation puis la récidive éloignée de l'hématurie ont induit en erreur.

Du traitement des infections par les injections intramusculaires de mercure. — M. Souligoux peu satisfait du collargol, de l'électrargol, etc., dans le traitement des infections, a eu recours au mercure, surtout dans les cas de septicémie puerpérale. Sans lavage intra-utérin, sans curettage, sauf dans les cas de rétention placentaire, M. Souligoux immobilise la malade, applique de la glace sur le ventre et fait chaque jour, pendant sept jours, une injection de 1 centimètre cube de la solution suivante :

Cyanure de mercure..	0g01
Stovaïne............	0g01
Eau distillée.........	1 centimètre cube.

La malade est surveillée au point de vue des accidents mercuriels. S'il s'en produit, on remplace les injections hydrargiriques par des injections de sérum physiologique. Sur 148 malades ainsi traitées, 4 sont mortes en moins de quarante-huit heures, avant que le traitement ait pu agir, 3 sont décédées malgré le traitement. C'est donc sur 144 malades traitées, 3 morts seulement.

M. Souligoux est convaincu que ce traitement est excellent. Il cite plusieurs exemples, deux malades, entre autres, qu'il a trouvées dans le service de M. Demoulin, à la Charité, l'une atteinte d'infection puerpérale, l'autre probablement d'infection tuberculeuse, toutes deux dans un état très grave et qui ont rapidement guéri.

M. Quénu trouve que les observations de M. Souligoux manquent de précision. Il y a infection et infection. Pour juger de la gravité d'une infection, il faut distinguer un cas où il existe de la septicémie de ceux où il n'y a pas de microbes dans le sang. Le pronostic ne peut être basé que sur la fertilité ou la stérilité du sang. Ces dernières sont indispensables pour juger de l'efficacité d'un traitement.

M. Sébileau, puisque M. Souligoux prétend appliquer le traitement mercuriel à toutes les infections, a remarqué que les infections souvent graves qui succèdent aux trépanations mastoïdiennes pour suppurations guérissent spontanément. Peut-être les malades qu'a citées M. Souligoux auraient-elles fini par guérir de même.

M. Lucas-Championnière partage l'avis de M. Quénu sur l'importance de l'examen du sang. Mais cela n'enlève rien à l'intérêt de la communication de M. Souligoux. M. Lucas-Championnière a vu ses maîtres se servir autrefois de l'onguent napolitain à outrance, du calomel à l'intérieur. Il a vu traiter, avec quelques succès, les fièvres puerpérales avec le sulfate de quinine et les frictions mercurielles. Aujourd'hui qu'au point de vue de la médication mercurielle nous sommes en possession de moyens plus actifs et plus rapides, il y a lieu de poursuivre cette étude et d'imiter M. Souligoux.

M. Rochard fait observer qu'il n'y a pas que le mercure qui donne ces chutes de température. Il a obtenu les mêmes résultats avec des injections d'argent colloïdal.

M. Souligoux répond à M. Quénu qu'il aurait bien voulu faire faire l'examen bactériologique du sang; mais il n'est pas outillé comme lui pour le faire. Quoi qu'il en soit, les observations qu'il a présentées semblent bien probantes, d'autant qu'avant la défervescence fébrile on observe chez ces malades une amélioration de l'état général dès les premières injections.

(SÉANCE DU 6 MARS 1912)

Traitement des infections. — M. Demoulin apporte de nouveaux renseignements sur les deux malades de la Charité dont a parlé M. Souligoux et qu'il a eues dans son service avant que ne lui succédât M. Souligoux. Dans le premier cas il s'agissait d'une jeune femme qui entra le 16 décembre dernier avec des signes d'infection consécutive à un accouchement prématuré. Elle présentait un écoulement sanguinolent et fétide. M. Demoulin fit un curettage doux et des injections goménolées. Pendant quelques jours la malade conserva de la fièvre. Puis survint le changement de service, et M. Souligoux fit à cette femme des injections mercurielles. Quelques jours après, la fièvre tomba. Mais nous savons bien que dans ces cas d'infection moyenne, le plus souvent, la fièvre finit par tomber d'elle-même. Ce cas ne saurait donc être bien probant en faveur de l'efficacité des injections mercurielles. Quant à la seconde malade, c'était une étrangère ne parlant pas le français et ne pouvant donner aucun renseignement sur ses antécédents. Elle présentait des symptômes de septicémie, mais l'examen le plus attentif ne révélait pas la cause de cette septicémie. Si bien que M. Demoulin en était réduit à soupçonner une affection typhoïdique ou une tuberculose suraiguë. Il fit faire des injections de collargol et de sulfate de quinine. La fièvre persista.

M. Souligoux vint alors à la Charité et fit des injections mercurielles. L'état de la malade semble s'être amélioré. Quoi qu'il en soit, ces deux faits n'entraînent pas la conviction de M. Demoulin sur les bons effets des injections mercurielles.

M. Routier dit qu'il faut distinguer diverses variétés d'infection puerpérale. Bien différentes sont les infections consécutives à des avortements de quelques semaines, les infections chez les femmes qui ont avorté après le quatrième ou le cinquième mois de leur grossesse. C'est chez ces dernières surtout que l'infection puerpérale est grave et qu'il y aurait lieu de se rendre compte de l'efficacité des injections mercurielles.

M. Souligoux complète les renseignements fournis par M. Demoulin. La première malade avait 37°2 le matin et 39°5 le soir. Cela a duré ainsi pendant onze jours. On fait les injections mercurielles et, après quelques jours, la fièvre tombe. On cesse les injections. La fièvre reparaît après deux semaines. On reprend de nouveau les injections et la fièvre tombe de nouveau, et la malade guérit. Il semble difficile de ne pas admettre, dans ces cas, une influence du mercure.

Quant à la seconde malade, elle était dans un état très grave, poussait des cris et avait du délire. On fait six injections mercurielles, et six jours après la malade est guérie. Là encore, qui oserait affirmer que les injections mercurielles n'y sont pour rien?

Kyste du mésentère. — M. Souligoux, à propos du rapport de M. Kirmisson, relate l'observation d'un homme de cinquante ans, chez lequel tous les médecins qui l'ont vu ont porté le diagnostic de cancer de l'intestin. La constipation, les douleurs, les pertes de sang par l'intestin, l'amaigrissement semblaient bien confirmer ce diagnostic. M. Souligoux opéra ce malade et trouva un kyste entre les deux feuillets du mésentère, sans adhérences, dont l'ablation fut assez facile. Suture du mésentère, fermeture de la paroi, suites simples, guérison en trois semaines. M. Souligoux estime que, dans ces cas, l'extirpation totale du kyste est la méthode de choix. Dans cette extirpation, il faut se méfier de la ligature de l'arcade mésentérique, qui pourrait entraîner du sphacèle de l'intestin.

Traitement chirurgical du prolapsus du rectum. — M. Quénu fait un rapport sur un travail de M. Lenormand, basé sur onze cas de prolapsus du rectum traités chirurgicalement, les uns par la méthode de Thiersch, d'autres par la colopexie, d'autres par la méthode de Delorme.

M. Quénu étudie, en détails, chacun de ces faits et discute chacune des opérations proposées pour remédier aux prolapsus du rectum.

Ligature de la carotide primitive. — M. Potherat présente une jeune fille qui a reçu une balle de revolver traversant

la bouche et venant se loger sous la peau au niveau de l'apophyse mastoïde. Elle fut transportée à l'hôpital et, quand on la reçut, elle avait un jet de sang par la bouche. On fit de la compression et l'hémorragie s'arrêta. Le lendemain matin, à la visite, M. Potherat ayant enlevé le tampon qui comprimait, reconnut que l'hémorragie restait en activité. Il fit une incision le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien et reconnut l'existence d'une plaie de la carotide primitive.

Il fit la ligature de la carotide primitive après l'avoir dénudée sur une certaine longueur. Après cette ligature la jeune fille présenta une paralysie faciale totale du côté droit, de l'aphasie et de l'hémiplégie droite. Il y a quinze jours que cette ligature a été pratiquée et l'état s'est déjà beaucoup amélioré. Les phénomènes de paralysie s'amendent.

PRATIQUE MÉDICALE

LE KÉPHALDOL, ANTINÉVRALGIQUE, ANTIPYRÉTIQUE, ANTISUDORIFIQUE

Le képhaldol, découvert par le docteur Stohr (de Vienne), est le traitement spécifique, comme l'étymologie de son nom l'indique, des migraines, des névralgies faciales, mais s'il ne jouissait que de cette propriété il viendrait augmenter la liste déjà longue des médicaments préconisés à cet effet, il serait leur égal, alors qu'il leur est supérieur.

En effet à cette propriété s'en joignent d'autres non moins importantes, telles que : *antinévralgique*, *antipyrétique* et *antisudorifique*. Nous ne connaissons aucun médicament qui réunisse seul tant d'avantages thérapeutiques.

Depuis qu'il a été introduit en France tous les résultats obtenus sont concordants avec ceux qu'ont rapportés nos confrères d'Autriche, d'Angleterre, d'Allemagne et de Russie.

Contre la douleur, le képhaldol agit toujours efficacement et rapidement sous les diverses formes qu'elle affecte, dans les névralgies faciales, intercostales, ou d'une autre région ; dans les névrites telles que la sciatique, où nous savons pourtant combien la douleur peut être violente, dans le lumbago, les douleurs fulgurantes du tabes.

La dose employée est de 0g50 à 3 grammes selon l'intensité de la douleur et celle-ci se calme au bout d'une demi-heure à trois quarts d'heure, parfois en moins de temps.

L'accalmie dure plusieurs heures et le résultat peut être obtenu autant de fois que la dose est renouvelée.

Contre la fièvre, le képhaldol n'est pas moins efficace, nous l'avons vu abaisser la température dans les cas de pneumonie, de pleurésie, de fièvre typhoïde, d'influenza, d'érysipèle, où nous savons que la température atteint souvent son plus haut degré, et même dans les tuberculoses très graves.

La plupart des antithermiques n'abaissent la température qu'au détriment du cœur, le képhaldol au contraire peut être employé dans les cas d'endocardite et de péricardite, car son action sur le muscle cardiaque est nettement fortifiante.

Pour obtenir ces résultats, à la dose d'un gramme l'abaissement thermique dure de deux à six heures, il se produit presque subitement. Si l'on emploie des doses successives de 0g50 à une ou deux heures d'intervalle la défervescence se produit en lysis, la transition est ainsi progressive et mieux supportée par le malade.

Contre les sueurs, le képhaldol a donné des résultats qu'on était loin d'espérer. Les antisudorifiques sont certes assez nombreux, mais ils ont presque tous de graves inconvénients et sont même parfois toxiques. Aucun de ces troubles n'a été provoqué par le képhaldol.

Pour les sueurs nocturnes des tuberculeux, par exemple, le docteur Rosenthal (de Vienne), qui l'a expérimenté sur 140 malades environ, a constaté que la dose d'un gramme prise le soir, avant le coucher, ou au commencement de la transpiration, suffit à arrêter celle-ci.

Ce médicament a la même action sur les sueurs occasionnées par les autres maladies. Le malade éprouve une sensation de fraîcheur qui se prolonge pendant plusieurs heures, ce qui permet le repos et le sommeil.

Les tuberculeux qui présentent souvent de l'intolérance gastrique, ou de la diarrhée profuse, peuvent aussi sans inconvénient utiliser le képhaldol qui n'a aucune action nuisible ni sur l'estomac ni sur le tube digestif. Je pourrais en dire autant des albuminuriques qui se voient refuser de nombreux médicaments toxiques pour le rein, le képhaldol n'a pas d'influence sur le rein, il n'a en aucune circonstance augmenté l'albuminurie.

D'où viennent donc au képhaldol tant de propriétés bienfaisantes et pourquoi est-il dépourvu de toxicité ? C'est qu'il résulte de la combinaison de divers sels, qui en réunissant leurs propriétés thérapeutiques, diminuent et annihilent réciproquement leur toxicité.

Le képhaldol se présente, de plus, au malade, sous la forme agréable de comprimés dosés à 0g50 et enrobés avec une très légère couche de sucre. On peut même ainsi le faire prendre comme un bonbon aux enfants qui refusent souvent cachets, pilules ou potions.

Les praticiens nous sauront gré, j'en suis convaincu, de leur avoir fait connaître un médicament aussi actif, dont les indications sont multiples et qui est dépourvu de toxicité.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 18 AU 23 MARS 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 18 mars, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 19 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

4e (1re et 2e séries).

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

Mercredi 20 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e.

3e (oral, 2e partie).

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

Jeudi 21 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

3e (oral, 1re partie).

4e.

Vendredi 22 mars, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

2e (oral).

3e (oral, 2e partie).

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 23 mars, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon*.

THÈSES

Mercredi 20 mars, à une heure. — M. Cramouzaud-Donnarien. Contribution à l'étude de l'avenir lointain du prématuré. (MM. Pinard, président; Segond, Couvelaire et Zimmern.) — M. Legrand. Traitement de choix des fractures de la diaphyse fémorale chez l'enfant par les grands appareils. (MM. Segond, président; Pinard, Couvelaire et Zimmern.) — M. Meslier. Indications d'une incision de décharge dans le traitement de la péritonite aiguë. (MM. Segond, président; Pinard, Couvelaire et Zimmern.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale. — (N° 324, 25 déc. 1911.) J. Belot et P. Hadengue : Traitement radiothérapique des sycosis simples et parasitants. — H. Bordier : Remarques sur l'évaluation des doses faibles de rayons X par le chromoradiomètre de Bordier. — Zimmern, Battez et Dubus : Analyse microscopique des effets de l'irradiation sur le corps thyroïde du lapin.

Clinique. — (N° 51, 22 déc. 1911.) G. Lyon : Le mouvement médical scientifique et professionnel. — Thomas : L'influence des climats sur le nervosisme. — Legry : Des moyens usuels d'exploration clinique du foie. — Carle Rœderer : Les complications tardives après la réduction de la luxation de la hanche. — P. R. Joly : Veines et appareil génital. — Lesné et Françon : Le rein dans l'érysipèle. — (N° 52, 29 déc.) Sabouraud : L'acide carbonique neigeux, en dermatologie. — Claude : Paralysie partielle du nerf radial. Paralysie du membre supérieur droit d'origine névropathique. Tumeur cérébrale. — Bodin : Remarquable action du dioxydiamido-arsenobenzol (606) dans un cas de cancer de la langue. — Rudaux : Syphilis et grossesse.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 53, 31 déc. 1911.) Guérin : Quelques erreurs de diagnostic à éviter. — Authier et Soum : Idiotie. Epilepsie. Etat paréto-spasmodique. Porencéphalie.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 50, 16 déc. 1911.) Delassus : Les pessaires. Notions théoriques. Technique d'application et de fabrication. — I. Fiévez : Hypertrophie thymique chez un nouveau-né, mort trente-six heures après sa naissance. — (N° 51, 23 déc.) Delassus : Les pessaires (*fin*).

Lyon chirurgical. — (N° 6, 1er déc. 1911.) Cantas : Du maintien de la réduction de certaines fractures et de certaines sections osseuses, suite d'interventions chirurgicales, par l'enclouage temporaire (5 fig.). — F. Barjon : Traitement radiothérapique des polyadénites inflammatoires et suppurées. — Th. Nogier et S. Reynard : Injection de collargol dans le bassinet suivie de radiographie pour servir au diagnostic de certaines affections rénales. — L. Thévenot et Ch. Rey : Abcès de la fosse iliaque interne et adénites inguinales au cours des prostatites suppurées. — R. Leriche : L'urétroplastie par greffe veineuse doit-elle être conservée ?

Lyon médical. — (N° 49, 3 déc. 1911.) Jaboulay : Réaction de la teinture d'iode avec la gaze blanche, l'alcool et l'eau. — L. Dor : Tuberculinothérapie de la tuberculose oculaire. — (N° 50, 10 déc.) Bériel : L'anatomie pathologique du système nerveux (*suite*). — Duvernay : Le traitement de la sciatique par l'hydrothérapie chaude.

Paris médical. — (N° 1, 2 déc. 1911.) P. Lereboullet et G. Schreiber : Les maladies des enfants en 1911. — Hutinel : Troubles cardiaques consécutifs aux infections graves chez l'enfant. — A. Broca : Le scorbut des nourrissons. — Haushalter et Hoche : Néoplasme cérébral congénital. Epilepsie infantile avec troubles mentaux. — Comby : Traitement des abcès amygdaliens et rétro-pharyngiens. — Nobécourt et G. Schreiber : Les sucres dans l'alimentation du nourrisson. — Nové-Josserand : Indications opératoires dans la coxalgie chez l'enfant. — Méry : Les écoles de plein air. — (N° 2, 9 déc.) Hayem : Considérations sur l'organisation de l'enseignement clinique. — P. Sébileau : Un signe ordinaire et précoce des cancers de la gorge. — Marcel Garnier : Nanisme et gigantisme. — (N° 3, 16 déc.) Branca : Les idées nouvelles sur la structure et l'origine des leucocytes. — Jeannin : Traitement de l'éclampsie. — — M. Perrin : Opothérapie hépatique et diurèse. — Anselme Schwartz : Traitement de la péricardite purulente. — (N° 4, 23 déc.) Apert : La génétique. Lois de Mendel et descendances morbides. — Jeanselme, Vernes et Bertrand : Traitement de la syphilis du nourrisson par le lait de chèvre salvarsanisée. — Barthélemy et Perdrizet : Cure de la hernie inguinale. — (N° 5, 30 déc.) Gougerot : Une nouvelle mycose. L'acrémoniose de Potron et Noisette. — De Martel : La boxe anglaise. — Cayrel : Un cas de méningite ourlienne ayant précédé les oreillons.

Pédiatrie pratique. — (N° 34, 5 déc. 1911.) Hutinel : Bacillémie et typho-bacillose. — Guinon et Fauquez : Invagination intestinale à marche subaiguë chez un enfant de cinq mois et demi. — Weber : De l'aprosexie des adénoïdiens. — (N° 35, 15 déc.) Terrien : Conjonctivite purulente du nouveau-né. — Ménard : Radiographie et diagnostic de la tuberculose ostéo-articulaire. — (N° 36, 25 déc.) G. Benoit : Subluxations et luxations congénitales tardives de la hanche. — Ménard : Radiographie et diagnostic de la tuberculose ostéo-articulaire.

Presse médicale. — (N° 96, 2 déc. 1911.) Jeanselme : Les nouvelles médications antilépreuses. — M. Vignat : La douche d'air chaud en thérapeutique. Instrumentation. Indications. Technique. — (N° 97, 6 déc.) A. Gouget : Athérome expérimental et silicate de soude. — Modurós : L'autosérothérapie dans les maladies infectieuses. — A. Barré : Traitement spécifique des arthropathies diabétiques. — (N° 98, 9 déc.) Ardin-Delteil, L. Nègre et M. Raynaud : Traitement du typhus récurrent par le dioxydiamido-arsenobenzol. — L. Matout : L'évolution de la matière dans l'univers. — (N° 99, 13 déc.) Louis Lagane : Le syndrome artério-scléreux de l'intestin. — Alfred Martinet : Pression artérielle et viscosité sanguine. Le rapport sphygmo-viscosimétrique. — (N° 100, 16 déc.) L. Rist : Percussion thoracique et résistance au doigt. — H. Danlos : Essai d'une conception nouvelle de la parasyphilis. — R. Benon : Assistance hospitalière spéciale et états mentaux aigus ou subaigus. — Miramond de Laroquette : Principes physiques et physiologiques du surchauffage lumineux. — (N° 101, 20 déc.) Savariaud : Fracture du col méconnu ou coxa-vara essentielle de l'adolescence ? — G. Cany : Circulation collatérale thoracique et adénopathie trachéo-bronchique. — (N° 102, 23 déc.) Jeanselme : Prophylaxie et lutte antilépreuse. — F. Balzer : Dosages et contre-indications de l'hectine. Précautions pour la conservation des ampoules et des solutions. — Lafforgue : La typho-bacillose de Landouzy. Son diagnostic par les inoculations massives de sang avec exclusion préalable du sérum. — (N° 103, 27 déc.) R. Lhomme : Nouvel appareil de fortune à extension continue pour fracture de jambe. — A. Rochaix : Quelques notes sur l'organisation sanitaire et l'hygiène dans les îles anglo-normandes. — Emile G. Socor : L'action de la stovaïne dans les solutions de concentrations différentes sur la conductibilité et l'excitabilité des nerfs à myéline. — (N° 104, 30 déc.) E. Helme : Les contradictions de l'âme moderne. Petit discours de fin d'année. — L. Lortat-Jacob : La vie chère et le rôle du froid dans la conservation des denrées alimentaires.

Progrès médical. — (N° 48, 2 déc. 1911.) Labbé et Bith : L'amnio-acidurie chez les diabétiques. — Lereboullet : L'épigastralgie, signe précurseur du coma diabétique. — (N° 49, 9 déc.) Ribadeau-Dumas et Harvier : Remarques sur la pathogénie des entérites infectieuses. — (N° 50, 16 déc.) Weil, Mouriquand et Chalier : Les hémolysines de la sangsue. — Roux : La tuberculose caséeuse et ulcéreuse considérée comme déterminée par une défaillance enzymatique, protéolytique et lipolytique des glandes digestives. — (N° 51, 23 déc.) Villandu et Gatellier : Les artères mésentériques. — Garin : Le pouvoir hétérolytique des sujets piqués par la sangsue officinale. — (N° 52, 30 déc.) Malherbe : L'étude des tumeurs. — Sarvonat et Roubier : Sur un cas d'ostéomalacie sénile. — Gaucher : Les lésions osseuses de l'hérédo-syphilis tertiaire. — Reynès : L'enfumage iodé en gynécologie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 30. — MARDI 12 MARS 1912. 85e ANNÉE. MARDI 12 MARS 1912. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Candidats* — 1. MM. Marcille, Okinczye, P.-A. Mathieu, Heitz-Boyer, Gernez, Küss, Capelle, Martin, J.-L. Roux, E.-H. Gasne,

11. Mercadé, Mocquot, P.-R.-F. Hallopeau, Kendirdjy, Bréchot, Muret, Guimbellot, Bazy, Sauvé, Rouhier,

21. Picot, Deniker Barbier, Piquand, J.-P.-Raymond Français, Poupardin, Reynès, Bailleul.

— MÉDAILLE D'OR (MÉDECINE). — *Notes des mémoires.* — MM. André Weill, 29; Kindberg, Marie et Salin, 28; Pelissier et Richet, 27; Bricout, 25; Lutembacher, 29; Sourdel, 26; Flandin, 28; Cotoni, 27; Sevestre, 25; Ménard et Gastinel, 29; Bénard, 26.

HOPITAUX DE PROVINCE — MARSEILLE. — A l'occasion de la petite épidémie de choléra qui a eu lieu à la fin de 1911, la commission administrative des hospices a décerné des médailles d'argent à MM. les docteurs Henri Alezais, Jean François, Paul Sépet, Jean Combes, médecins des hôpitaux; Cauderie Jordy, directeur de la Conception; Eloi Barbin, directeur de Sainte-Marguerite; Charles Sénez, Jean Payan, Fernand Petit (actuellement incorporé au 112e de ligne, à Draguignan), Philippe Sauvan, internes des hôpitaux; Maurice Périot, Georges Végeas, externes des hôpitaux; Henri Fouques, interne en pharmacie.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — POITIERS. — M. le docteur Le Blaye est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— RENNES. — Un concours s'ouvrira, le 4 novembre 1912, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris pour l'emploi de suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. - MM. les docteurs Sicard, agrégé, médecin des hôpitaux de Paris; Renault, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, et Roche (d'Oradour-sur-Vayres).

MARINE. — M. le docteur Le Bot, médecin de deuxième classe de réserve, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

COMITÉ MÉDICAL DE L'AVIATION MILITAIRE. — Sur l'initiative de l'Union des syndicats médicaux de France une réunion a lieu ce soir, lundi 11 mars 1912, au siège de l'Union, 28, rue Serpente, sous la présidence de notre confrère le docteur Reymond, sénateur, président du comité national de l'aviation militaire.

Cette réunion a pour but la formation d'un comité d'organisation en vue d'ouvrir une souscription, dans tous les groupements professionnels, en faveur du comité national de l'aviation militaire.

COMMISSION SUPÉRIEURE DE RÉFORMES DES ÉTUDES MÉDICALES. — Le meeting que nous avons annoncé a eu lieu vendredi soir aux Sociétés savantes. L'ordre du jour suivant a été voté :

« Les praticiens et les étudiants réunis le 8 mars 1912, salle des Sociétés savantes,

1° Protestent contre la composition de la commission supérieure de réformes des études médicales, où les praticiens sont en infime minorité et où nul délégué des associations professionnelles d'étudiants en médecine n'est admis, et contre le mode de nomination de cette commission, dont tous les membres sont arbitrairement choisis par le ministre et « non mandatés » par leurs groupements professionnels;

2° Protestent contre le fonctionnement de cette commission, dont nul texte officiel ne fixe la tâche, et qui a remis tous ses pouvoirs à une sous-commission, seule permanente et entièrement dans les mains de l'administration;

3° Protestent enfin contre le mode de discussion de la commission qui, dès sa première séance, réglemente des examens portant sur un enseignement qu'elle n'a pas encore élaboré.

Les praticiens et les étudiants font appel à tous ceux qui reconnaissent, en matière médicale, l'incompétence de l'administration et la compétence du corps médical, pour imposer à la première la collaboration effective du second.

Ils réclament la formation d'un conseil médical supérieur selon la formule des congrès des praticiens. »

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la neuvième semaine, 973 décès au

lieu de 1044 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1124 moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole continue à se répandre. On remarque la rareté des maladies de l'appareil de la respiration.

La fièvre typhoïde a causé 9 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 46, au lieu de 42 pendant la semaine précédente (moyenne 30).

La variole a causé 1 décès. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 13, au lieu de 8 pendant la semaine précédente (moyenne 9).

La rougeole a causé 49 décès au lieu de 39 pendant la semaine précédente (moyenne 12); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 781, au lieu de 717 la semaine précédente (moyenne 264). Comme précédemment elle est beaucoup plus répandue dans les quartiers pauvres de la périphérie que dans le centre de la ville (556 cas dans l'ensemble des dix arrondissements excentriques, et seulement 225 dans l'ensemble des dix arrondissements du centre). Les quartiers les plus atteints sont à peu près toujours les mêmes : Père-Lachaise, 35 cas nouveaux; les trois quartiers contigus de Clignancourt, 29; Grandes-Carrières, 35; Épinettes, 28; Plaisance, 38; Montparnasse, 23; la Roquette, 24.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de MM. Jean Roux et Jean Guillemard, élèves à l'Ecole du service de santé de la marine.

PHYSIOTHÉRAPIE. — COURS DE VACANCES. — La VIIIe session des cours de physiothérapie, organisés par MM. Albert Weil, Dausset, Degrais, Durey, Dominici, Kouindjy, Leroy, Sandoz et Wetterwald, aura lieu du 15 avril au 7 mai 1912, à l'Ecole des hautes études sociales, 16, rue de la Sorbonne, et dans divers hôpitaux et cliniques.

Ce cours est divisé en deux séries de vingt leçons :

La première série comprend : l'électro, la radio, la photo, la radiumthérapie et l'hydrothérapie;

La deuxième série comprend : le massage, la gymnastique, la rééducation et la méthode de Bier.

Le prix de chacune des séries de vingt leçons est de 50 fr. On peut s'inscrire pour une ou les deux séries ou avoir tous les renseignements complémentaires chez MM. Vigot frères, libraires, 23, place de l'École-de-Médecine.

LA DÉCANTATION ET LA GAZÉIFICATION DES EAUX MINÉRALES. — Certains propriétaires de sources du bassin de Vichy ayant adressé une pétition en vue d'obtenir l'autorisation de décanter et de gazéifier l'eau minérale provenant de leurs sources, l'Académie de médecine, consultée, vient de répondre, conformément à l'avis de sa commission permanente des eaux minérales, que l'autorisation réclamée ne doit pas être accordée.

Comme le dit, en effet, le rapporteur M. Meillère, « pour le cas particulier de l'eau de Vichy, le précipité qui se forme dans les bassins de décantation entraîne, avec une partie de la chaux, la totalité de l'alumine, du fer et de l'arsenic. La séparation de ces éléments importants provoque une modification radicale de la minéralisation originelle qui ne peut être tolérée ». P.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Régates internationales de Cannes, Nice et Menton. Vacances de Pâques.* — Billets d'aller et retour de 1re et 2e classes, à prix réduits, délivrés du 16 mars au 16 avril 1912.

Paris à Cannes, 1re classe : 177 fr. 40; 2e classe : 127 fr. 75; Paris à Nice, 1re classe : 182 fr. 60; 2e classe : 131 fr. 50; Paris à Monaco-Monte-Carlo, 1re classe : 185 fr. 45; 2e classe : 133 fr. 55; Paris à Menton, 1re classe : 186 fr. 65; 2e classe : 134 fr. 40.

Validité 20 jours (dimanches et fêtes compris) à compter du départ ou du dernier jour de la période d'émission si le voyage est commencé après cette période, avec faculté de prolongation une ou deux fois de dix jours moyennant supplément de 10 p. 100 par période.

Droit à deux arrêts en cours de route à l'aller et au retour.

Admission des porteurs de billets de 1re classe, sans supplément, dans le « Côte d'azur rapide » et dans le « train de nuit extra-rapide ». Toutefois les voyageurs empruntant le Côte d'azur rapide ne pourront profiter de la faculté des arrêts qu'à partir de Marseille à l'aller; au retour aucun arrêt ne sera autorisé.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de matière médicale (pharmacographie), par J. HÉRAIL, docteur ès sciences, agrégé des écoles supérieures de pharmacie, professeur de matière médicale à la Faculté de médecine et de pharmacie d'Alger. 2e édit. entièrement remaniée. 1 vol. in-8 de 847 p. avec 488 fig. — Prix : 18 francs. — Paris, J.-B. Baillière.

Traité de désinfection, par F. COREIL, directeur, et V. DEVILLE, médecin du Bureau d'hygiène de Toulon. Préface de A. CHASSEVANT. 1 vol. in-8 de 647 p., avec 146 fig. dans le texte. — Prix : 16 francs. — Paris, J. Rousset.

Statische Gelenkerkrangungen, par le docteur Georg PREISER (de Hamburg). 1 vol. in-8 avec 272 fig. — Prix : 10 marks. — Stuttgart, Ferdinand Enke, édit.

Consultations de nourrissons et Gouttes de lait. Rôle social et pratique du fonctionnement, par J. JANICOT. 1 vol. gr. in-8 de 327 p. — Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Oto-rhino-laryngologie du médecin-praticien, par le docteur Georges LAURENS. 1 vol. in-8 de VIII-410 p. avec 560 fig. dans le texte, relié toile. — Prix : 8 francs. — Paris, Masson et Cie.

Technique opératoire physiologique : Tube digestif et ses annexes, par Albert LE PLAY, docteur ès sciences et en médecine, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine, chef de laboratoire à l'hôpital Laënnec. Préface de M. le professeur Ch. RICHET. 1 vol. in-8, de VIII-160 p. avec 132 fig. dans le texte par Reignier. — Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

La Fatigue et le Repos (la fatigue, la conservation des forces, la médication par le repos), par le docteur Fernand LAGRANGE, lauréat de l'Institut, avec le concours du docteur DE GRANDMAISON. 1 vol. in-8. — Prix : 6 francs. — Paris, F. Alcan.

Les Opiomanes, mangeurs, buveurs et fumeurs d'opium. Etude médico-littéraire, par le docteur DUPOUY, médecin de l'asile de Charenton. Préface du professeur Régis. 1 vol. in-8. — Prix : 6 francs. — Paris, F. Alcan.

Morphologie médicale. Étude des quatre types humains. Applications à la clinique et à la thérapeutique, par les docteurs A. CHAILLOU, de l'Institut Pasteur, et Léon MAC-AULIFFE, maître de conférences à l'Ecole des hautes études. 1 vol. in-8 raisin de 250 p., avec 132 fig. dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Règlement sur le service de santé à l'intérieur (4e édition). Prix : 4 francs franco. — Paris, Lavauzelle.

Cent soixante consultations médicales pour les maladies des enfants, par le docteur Jules COMBY, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. 3e édit. 1 vol. in-16, de IV-314 p., cart. toile. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Masson et Cie.

Exploration manuelle de l'estomac, et en particulier sa palpation directe et profonde, par le docteur L. PRON (d'Alger), membre de la Société de médecine de Paris. 1 vol. in-8, 90 p., avec 16 schémas. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

La Culture de la santé, santé apparente et santé réelle, beaucoup d'hygiène, un peu de science, par le docteur H. PITOY, ancien chef de clinique du docteur Bouchard. 1 vol. gr. in-18 jésus, de 200 p. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

Contribution à l'étude du traitement de la sclérose de l'oreille moyenne, par le docteur Marcel JARDIN. In-8, 60 p. — Prix : 2 francs. — Paris, J. Rousset.

L'Enseignement de l'hygiène à l'école et à la caserne, par le docteur CENSIER. Thèse de Paris. — Paris, Jouve.

ALCOOLISME ET MYOCLONIE

Par M. LAFFORGUE,
Professeur agrégé au Val-de-Grâce.

C'est une notion aujourd'hui banale que chaque sujet réagit vis-à-vis de l'alcool suivant ses prédispositions individuelles, innées ou acquises. Dans le domaine du système nerveux en particulier, se révèle l'importance souvent prépondérante du coefficient personnel pour orienter dans un sens ou dans l'autre les déterminations morbides. Tel sujet n'aura jamais de lésion névritique, mais présentera des réactions corticales, délirantes ou motrices, précoces ; tel autre au contraire localisera exclusivement ses manifestations éthyliques sur les nerfs périphériques, mais c'est tantôt la sensibilité qui sera le plus atteinte, tantôt la motricité. Et les mêmes variations se retrouvent en ce qui concerne les doses de toxique nécessaire pour « forcer » la résistance organique ; ici, de fortes doses d'alcool absorbées pendant des années n'aboutissent que tardivement à une névrite limitée, marquant peu de tendance à l'extension, à rétrocession spontanée souvent rapide ; là, des excès alcooliques moins accusés, de date trop récente pour avoir produit une imprégnation toxique massive, sont néanmoins capables d'engendrer une polynévrite diffuse, touchant gravement les fonctions sensitivo-motrices, parfois compliquée d'atrophie et créant une impotence de longue durée. En cette matière, rien n'est variable comme la réaction individuelle. On ne saurait donc être surpris qu'entre tant de syndromes polymorphes imputables à l'alcoolisme, celui-ci puisse devenir la cause efficiente d'un paramyoclonus. L'observation suivante se rapporte précisément à un cas de cette espèce.

H..., sujet de vingt-quatre ans, cultivateur, entre à l'hôpital militaire Desgenettes (Lyon) en mai 1906, se plaignant de faiblesse dans les membres inférieurs.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique invétéré, mère ayant des crises de neurasthénie, deux sœurs bien portantes, sans tares nerveuses manifestes.

Antécédents personnels. — Pas de maladies infectieuses de la première enfance ou de l'adolescence. Pas de syphilis. De bonne heure, éthylisme très accusé ; dès son enfance, le sujet était un grand buveur de vin, et depuis l'âge de seize ans, il ingérait journellement de deux à quatre litres de vin, plusieurs absinthes et parfois des apéritifs d'autre nature.

A l'examen actuel, bon état général, aspect robuste ; facies rubicond avec couperose légère du visage, humeur joviale ; l'abstinence forcée à l'hôpital est assez bien supportée. L'examen des divers organes ne révèle presque pas de troubles appréciables. Rien d'anormal du côté de l'appareil respiratoire. Le cœur est légèrement hypertrophié : pointe dans le cinquième espace un peu en dedans du mamelon, avec impulsion précordiale vive ; éclat du second bruit à l'aorte, tension : 16. Foie débordant de quelques centimètres le rebord costal. Rate non perceptible. Appétit normal, pituites matutinales, pas de dilatation gastrique. Pas de troubles intestinaux. Urines non albumineuses, légère opsiurie.

Les seuls troubles notables sont relevés du côté du système nerveux. Le sujet accuse des accès assez fréquents de céphalée frontale, sus-orbitaire, le matin au réveil, qui durent quelques heures. Pas de phénomènes associés : ni vertiges, ni troubles de la vue, ni vomissements. Le fond de l'œil est normal. Pas de modifications du champ visuel. Aucun trouble de la musculature, ni des réflexes oculaires. L'intelligence, assez développée, est intacte ; il n'existe aucun trouble de la mémoire. Les nuits sont calmes, le sommeil peu agité ; parfois quelques cauchemars, des réveils en sursaut, mais pas de zoopsie.

A un examen superficiel, la motricité paraît indemne. Les masses musculaires sont bien développées, la force s'accuse normale au dynamomètre ; on ne constate ni amyotrophie ni parésie dans aucun territoire musculaire. Par contre, certains groupes de muscles sont agités de *secousses cloniques.* Ces groupes sont assez étroitement circonscrits et siègent exclusivement dans le segment jambier des deux membres inférieurs ; *seuls, les muscles de la région antéro-externe de la jambe, extenseur propre du gros orteil, extenseur commun, jambier antérieur, péroniers* sont intéressés. Les secousses cloniques y sont très fréquentes, mais leur intensité est, suivant la coutume, très variable. Parfois réduites à de simples mouvements fibrillaires ou fasciculaires, elles intéressent souvent la totalité d'un muscle ou même plusieurs muscles voisins, et prennent alors assez d'énergie pour produire un mouvement à distance : extension des orteils, flexion dorsale du pied dans sa totalité. Par leur quasi-continuité et par leur amplitude éventuelle, ces mouvements constituent pour le sujet une gêne fonctionnelle considérable qui a motivé son entrée à l'hôpital. Il peut marcher sans peine et se tenir debout même les yeux fermés, mais les secousses cloniques augmentent de fréquence à l'occasion de ces mouvements volontaires ; de ce fait, la démarche, quoique non spasmodique ni titubante, revêt un certain caractère d'hésitation et d'incertitude.

Réactions électriques normales dans les muscles intéressés. Pas de troubles de la sensibilité objective superposés aux troubles moteurs précédents. La sensibilité est intacte sur la totalité du tégument. Le sujet accuse seulement quelques phénomènes paresthésiques : fourmillement, sensations alternantes de chaud et de froid dans les extrémités distales des membres inférieurs.

Tous les réflexes sont normaux, en particulier ceux de la rotule et du tendon d'Achille.

Pas de troubles vaso-moteurs ou sécrétoires.

Au point de vue purement descriptif, ce cas représente un paramyoclonus banal. Ce qui lui donne une physionomie propre, c'est que les secousses myocloniques s'y montrent étroitement localisées à un territoire spécial, les muscles de la région antéro-externe de la jambe, et c'est précisément ce territoire qui est le lieu d'élection de la paralysie alcoolique. N'est-il pas plausible d'admettre que chez H..., alcoolique invétéré, fils d'alcoolique, les secousses musculaires constituaient une sorte d'*équivalent clonique* de la paralysie ? Il est assez exceptionnel, en effet, si l'on s'en réfère à la plupart des observations publiées, que le paramyoclonus intéresse d'une façon isolée les muscles de la région antéro-externe de la jambe et il est vraisemblable que cette modification symptomatique curieuse se soit produite chez notre sujet précisément en raison de son grand alcoolisme. Le rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie du paramyoclonus ne semble pas être fréquemment signalé. Dans leur mémoire très documenté, MM. Lemoine et Lemaire (1) relatent que l'alcoolisme a été signalé une fois chez le père d'un des sujets (Kowalesky),

(1) Lemoine et Lemaire. Etude clinique et sémiologique du paramyoclonus multiplex. *Revue de médecine*, 1889, p. 1018, et 1890, p. 109.

mais « les observateurs mentionnent presque tous ce fait que, chez leurs malades, ils n'ont découvert aucune trace d'alcoolisme, ni d'ailleurs de syphilis »... « Il s'est produit plusieurs fois ce phénomène intéressant que l'alcool pris en petite quantité modérait ou faisait disparaître les convulsions (Starr, Homen) ; au contraire, chez d'autres, l'alcool absorbé à haute dose jusqu'à l'ivresse produisait le lendemain une exagération considérable des crises. » Notre cas tend à montrer que l'alcoolisme peut, non seulement exagérer les secousses myocloniques, mais être une cause déterminante de myoclonie. Il nous a paru intéressant à rapporter parce qu'il montre, sous une forme très spéciale, l'influence spasmogène de l'alcool. Le rôle épileptogène de cette substance est bien connu ; mais les tableaux cliniques, couramment observés et décrits dans l'épilepsie alcoolique, ne sauraient prêter à confusion avec les spasmes à physionomie si particulière du paramyoclonus. Tout au plus la distinction pourrait-elle être malaisée — et d'ailleurs de façon provisoire — avec l'épilepsie alcoolique partielle, quand celle-ci, comme c'est parfois le cas, se manifeste par des convulsions localisées à un seul groupe musculaire. Le diagnostic différentiel pourra être facilement établi en observant : 1° que les crises d'épilepsie partielle affectent en bloc et de façon synchrone les muscles intéressés (à la différence du paramyoclonus qui procède par secousses successives, frappant à intervalles variables et irréguliers des muscles ou fragments de muscles différents) ; 2° que les secousses du paramyoclonus sont permanentes, comportant seulement des variations d'intensité, tandis que les spasmes épileptiques sont périodiques, séparés par des phases intercalaires d'intégrité motrice complète.

L'épilepsie alcoolique, généralisée ou partielle, est d'origine corticale ; elle résulte d'une imprégnation toxique de la zone psycho-motrice. Le paramyoclonus éthylique, qui se différencie de l'épilepsie au point de vue descriptif, en diffère-t-il au point de vue pathogénique ? Reconnaît-il une origine corticale ou bien sa lésion causale doit-elle être recherchée dans une autre région du système nerveux ?

La question se pose à propos du paramyoclonus en général, indépendamment de l'origine éthylique que nous lui assignons dans notre cas particulier. Or, des opinions tout à fait divergentes ont été émises sur le siège de la lésion ou du trouble fonctionnel dans les myoclonies. Cortical pour les uns, bulbo-médullaire pour les autres, il est possible que le siège varie suivant les cas considérés. Chez notre sujet, c'est une localisation médullaire qui semble le mieux rendre compte des faits observés. En effet, les territoires musculaires intéressés par les secousses myocloniques sont précisément ceux qui sont frappés de parésie ou de paralysie au cours de la névrite alcoolique. Or, à mesure que les constatations anatomiques se précisent, on en vient à considérer de plus en plus la paralysie alcoolique comme une atteinte de tout le neurone périphérique, cellule centrale et expansions centrifuges comprises. Ce sont tantôt les lésions périphériques, tantôt les lésions cellulaires qui sont prépondérantes, et ceci explique en grande partie les variétés du tableau clinique ainsi que les différences d'évolution. Mais quel que soit le point spécialement touché, c'est un déficit fonctionnel ou organique du neurone qui est à la base de la paralysie alcoolique. Au lieu d'un neurone en déficit par action adultérante, partiellement destructive, de l'alcool à hautes doses, supposons un neurone soumis à l'influence de doses plus modérées : en vertu d'une loi générale qui se vérifie pour tous les toxiques, les doses faibles pourront exercer une influence stimulante, excitatrice, éventuellement spasmogène, sur les territoires mêmes où des doses plus massives font de la paralysie. En partant de ces idées, on est logiquement conduit à admettre que les mêmes régions tiennent sous leur dépendance le spasme ou la paralysie, suivant la dose toxique qui agit sur eux, et c'est pourquoi il est légitime d'assigner à notre paramyoclonus une origine médullaire. Il serait d'ailleurs erroné de réduire à une simple question de doses l'action variable du toxique sur le système nerveux ; toutes choses égales d'ailleurs, la prédisposition individuelle joue un rôle primordial dans le déterminisme symptomatique.

Pour résumer brièvement ce qui précède, nous dirons que, dans ses territoires d'élection aux membres inférieurs, la paralysie alcoolique peut avoir un « équivalent clonique » sous forme de paramyoclonus. Celui-ci semble reconnaître dans ce cas une origine médullaire et constitue une forme d'épilepsie spinale à rapprocher de celle, plus banale, que produit l'éthylisme au niveau du cortex.

PROCESSUS D'ATTAQUE

DANS

LA CARIE DENTAIRE

Par M. A. HERPIN,

Dentiste des Quinze-Vingts.

Les dents, d'après leur structure, sont adaptées à une fonction de résistance, et il semblerait que, en dehors de toute cause vulnérante de nature traumatique, elles ne puissent être le siège de lésions. Mais ces organes, adaptés pour la résistance, ne le sont qu'à la condition que leur structure et le milieu qui les enveloppe soient normaux.

Leur structure varie sous de nombreuses influences, les troubles de l'état général, les diverses affections dystrophiques pouvant agir à des degrés divers sur l'état du système dentaire et créer des prédispositions morbides en diminuant la résistance de ce système ; d'autre part, le milieu buccal, par sa composition chimique, a, pour effet, à l'état normal, de conserver intacts les organes dentaires ; mais, lorsque cette composition varie sous une influence d'ordre général ou local, ou à cause de la présence anormale de substances chimiques vulnérantes par elles-mêmes, vis-à-vis des tissus de la dent, on pourra voir survenir des altérations de ces tissus dentaires. En outre, la

flore bactérienne, très abondante même dans un milieu buccal normal, n'attend qu'une condition favorisante pour attaquer ces tissus sur lesquels elle ne pourrait pas agir directement. Il est vrai de dire que cette flore bactérienne elle-même peut être l'agent modificateur des qualités chimiques du milieu buccal.

Ainsi donc deux conditions essentielles favoriseront le développement de la carie dentaire : d'une part, des modifications structurales, diminuant la résistance de la dent; d'autre part, des modifications chimiques ou biologiques, diminuant le rôle protecteur du milieu buccal ou même le rendant vulnérant.

Ces deux facteurs étiologiques présentent de très nombreuses variations, suivant certaines conditions particulières qui ressortissent à l'ethnologie, la climatologie, l'hygiène, la pathologie générale des individus; mais, outre ces données étiologiques générales, ces deux facteurs présentent encore chez le même sujet, au cours de son existence, des variations remarquables. Au cours de la croissance, les organes dentaires, poursuivant eux-mêmes leur formation définitive, riches encore en tissus organiques, ne peuvent offrir qu'une faible résistance à l'action des agents extérieurs, et suivent ordinairement les variations pathologiques de l'organisme, qui se traduisent par une diminution de leur résistance. A l'âge adulte, de par sa calcification plus complète, la dent subit moins facilement l'influence de ces variations, et résiste mieux à l'action d'un milieu buccal dont la virulence s'est accrue avec l'âge. Chez le vieillard, où cette virulence a atteint son maximum, la dent, complètement dentifiée, offre une résistance toute particulière, en même temps que sa vitalité considérablement diminuée ne permet plus que très exceptionnellement les variations de constitution sous l'influence de l'état général.

Ces deux facteurs sont essentiels dans la mise en action des processus d'attaque initiaux.

La surface de la dent est primitivement soumise à l'acidité du milieu buccal, et cette acidité relève de l'introduction dans la cavité buccale de substances acides, de la formation d'acide (acide lactique) à la suite de la fermentation de substances hydrocarbonées sous l'influence des diverses bactéries, et surtout de la sécrétion acide des microbes. C'est surtout cette sécrétion qui joue un rôle efficient dans les processus d'attaque, qu'elle agisse seule ou que s'ajoute à son action celle déjà exercée directement par le milieu buccal.

Isolée ou combinée à un autre mécanisme, l'action microbienne est toujours évidente. Primitivement, ou secondairement à une altération chimique ou mécanique de l'émail, on voit des colonies microbiennes se fixer à la surface de ce tissu; elles adhèrent à la membrane de Nasmyth et pénètrent même dans la substance de cette cuticule. Cette adhérence se produit par le moyen de plaques gélatineuses, sécrétées par les bactéries, qui leur forment une enveloppe isolante du milieu buccal et celui-ci ne peut aller diluer leurs autres produits de sécrétion et supprimer ainsi leur action; ces enveloppes gélatineuses portent le nom de pellicules. Williams attribue le ramollissement de l'émail pour la plupart des cas aux acides ainsi sécrétés, in situ, par les bactéries. Black est plus exclusif encore, en faveur des actions microbiennes : « La carie des dents commence quand les conditions de la bouche sont devenues telles que les microorganismes, cause de la carie, forment des plaques gélatineuses par l'intermédiaire desquelles ils se collent à la surface des dents. » Ce seraient les microorganismes qui, emprisonnés entre la substance gélatinoïde et la surface de la dent, et ainsi soustraits à l'action de la salive, produiraient les lésions de la cuticule et de l'émail. Black réalisait ces plaques expérimentalement; il entourait de rubans des dents d'individus exempts de carie; entre le ruban et la dent se développaient des microorganismes; les acides sécrétés par ceux-ci ne pouvant diffuser, la carie se produisait dans les points recouverts.

Miller, tout en considérant qu'on accorde aux plaques gélatineuses une valeur pathogénique trop importante, s'est attaché à rechercher la présence de ces plaques. Et ainsi il a pu voir des colonies microbiennes ainsi accolées à la membrane de Nasmyth et des microorganismes pénétrer dans l'épaisseur de cette membrane; il a rencontré aussi des plaques dans les points où l'émail et la dentine sont mis à nu par suite d'usure mécanique, dans des points où le cément est mis à découvert par le processus du déchaussement. Mais, d'autre part, il a constaté que des taches de carie sur l'émail pouvaient être exemptes de pellicules microbiennes. Aussi conclut-il « que les pellicules accompagnent presque invariablement l'altération des dents, mais que des recherches attentives montrent des zones d'altération dépourvues de pellicule, ou tout au moins sur lesquelles la pellicule ne se développe pas en même temps que la lésion. Il semble possible cependant que la pellicule puisse exister à un certain moment et disparaître à un autre. » Il semble rationnel d'admettre que l'abri qu'offrent ces plaques gélatineuses aux colonies microbiennes favorise l'accélération du processus destructeur.

Selon le cas, l'action de ces colonies microbiennes s'adresse primitivement à la cuticule de Nasmyth ou à l'émail sous-jacent, lorsque cette cuticule a été détruite antérieurement.

La membrane de Nasmyth est très ténue, mais elle est très résistante. Cependant sous l'influence des acides, elle arrive à se détacher de la masse d'émail sous-jacent; de plus les microorganismes des plaques gélatineuses la pénètrent et la désagrègent. L'action microbienne est encore marquée par la pigmentation de cette membrane; elle paraît donc exercer un double processus : décollement, désagrégation.

L'émail soit primitivement, soit après le décollement de la membrane de Nasmyth est soumis à l'action de ces mêmes microorganismes.

Certaines régions du tissu adamantin paraissent plus particulièrement prédisposées à l'éclosion des lésions. Ce sont les zones atteintes de pigmentation anormale, d'aplasie se manifestant surtout par un manque d'épaisseur, les points fissurés, anfractueux, les zones où les prismes ayant subi une calcification imparfaite se présentent sous forme d'une tache

blanche, d'aspect crayeux. Quant aux zones atteintes d'hypoplasie, quant aux lacunes cunéiformes du collet, elles semblent douées d'une très grande résistance à l'invasion.

La première action des acides du milieu buccal ou des sécrétions microbiennes est de dissoudre la substance cimentaire, de fragmenter les prismes, de mettre en liberté les globules intraprismatiques. Le point attaqué se transforme en une rugosité, en une dépression, en une anfractuosité, caractérisée le plus souvent par sa teinte foncée. Dans le fond de ces lacunes pathologiques existent des débris de prismes de l'émail qui offrent sur les coupes microscopiques une coloration très foncée; de ces points, des traînées de microorganismes pénètrent dans la substance de l'émail.

MÉDECINE PRATIQUE

LA FERMETURE DE LA PLAIE CUTANÉE APRÈS LES OPÉRATIONS LARGES POUR LE CANCER DU SEIN

De récentes publications (Morestin, *Journ. de chir.*, t. VII, n° 5, nov. 1911; d'Este, *Revue de chir.*, t. XXXII, n° 2, 10 février 1912) ont attiré l'attention sur ce point très important de la cure large du cancer du sein. La cause des opérations étendues, à la manière américaine, semble définitivement gagnée. Malgré les critiques dont elle a été l'objet à l'association française pour l'étude du cancer (*Bull. de l'Ass.*, janvier 1910), de la part de MM. Renaud, Pierre Delbet, Lucas-Championnière, Schwartz, Vanverts, Walther, l'ablation systématique des deux pectoraux reste admise pour la grande majorité des chirurgiens. D'une part, l'extension du cancer aux pectoraux est établie cliniquement et anatomiquement (voir E. Tournier, *Province méd.*, 2 juin 1911). Leur extirpation est indispensable pour permettre une dissection complète des creux axillaire et sous-clavier. En raison de larges suppléances musculaires, elle n'entraîne aucune impotence fonctionnelle. La limitation des mouvements du bras après l'opération provient soit de l'adhérence de la cicatrice de la peau, ou de la blessure des nerfs du grand dentelé et grand dorsal, qui doivent être respectés (voir Gosset, *Journ. de chir.*, juillet 1908), et qui auront bien plus de chance d'être lésés dans un curage de l'aisselle fait du bout des doigts au fond d'une excavation mal découverte. Enfin, et cette considération est suffisante, les résultats éloignés des opérations larges donnent un pourcentage de guérisons et de longueur de survie bien supérieur de celui des méthodes dites économiques. Il suffit de parcourir les statistiques présentées au Congrès de Bruxelles en 1908 pour s'en rendre compte. C'est ainsi que, réunissant les résultats de plusieurs chirurgiens, Depage montre l'augmentation progressive du nombre des guérisons maintenues après trois ans qui de 9,4 p. 100 dans la période de 1865-1875 passe à 46,3 p. 100 en 1895-1905. Le nombre des récidives locales passe dans le même temps de 76 p. 100 à 29 p. 100, le chiffre des récidives ganglionnaires est peu modifié, mais celui des récidives à distance passe de 7,5 à 23 p. 100. Cette augmentation des récidives à distance, inquiétante au premier abord, est rassurante car les récidives sont bien plus tardives que les récidives locales, et certaines se produisent après un temps énorme (quatorze ans, Mac Neill, *British med. J.*, 3 avril 1909; seize ans, Wiess, Duchamp et Viannay, *Loire méd.*, 15 juillet 1909; dix-sept ans et demi, Ch. Powers, *Boston med. and surg.*, 27 janvier 1910).

Dans la statistique de Jeannel, Tournier relève pour les opérations économiques 5 p. 100 de guérisons et 84 p. 100 de récidives, alors que l'opération de Halsted lui a donné 45 p. 100 de guérisons après trois ans et 47 p. 100 de récidives. Donc la cause est gagnée pour l'ablation large, en masse, d'une seule pièce, des muscles pectoraux avec tout le contenu cellulo-graisseux de l'aisselle, glande mammaire et tissu cellulaire de la région. Mais quelle est l'étendue du sacrifice de la peau?

Doit-on s'en tenir à une simple incision ovalaire circonscrivant le pourtour supposé de la glande et se prolongeant vers l'aisselle par une queue de raquette droite ou plus ou moins courbée dans le but de ménager un lambeau supérieur ou inférieur? Doit-on en pratiquant l'incision cutanée avoir à se préoccuper de la possibilité de la réparation de la brèche cutanée et être obligé de diriger le sens et l'étendue de l'incision selon un plan tracé d'avance? Cela a été jusqu'à ces derniers temps l'opinion généralement admise et que M. Depage résumait ainsi au Congrès de Bruxelles : « Le lambeau de peau à retrancher doit être suffisant; toutefois, dans les cas ordinaires, il ne doit pas dépasser les limites d'une réunion possible, la propagation du carcinome ne se faisant pas par la peau. »

Ainsi comprise l'exérèse ne peut pas être considérée à coup sûr comme une opération radicale; on ne peut être sûr d'atteindre ce but, même à la période initiale du cancer du sein, qu'en enlevant la glande en entier, et avec elle tout son territoire lymphatique. Les travaux d'Heidenhain, de Stiles, de Rotter, ont montré que la glande mammaire, non limitée par une capsule, loin de former un organe compact, était composée de groupes glandulaires dont certains, aberrants, s'étendaient très loin dans toute la région thoracique antéro-latérale. On trouve de ces ramifications jusque dans le grand pectoral. Pour Rotter les limites de la région glandulaire sont en bas, sur la ligne du mamelon la sixième côte, et dans la ligne axillaire antérieure la huitième côte, en dedans la ligne parasternale, en dehors la ligne axillaire antérieure. Pour Stiles elle s'étend en hauteur de la deuxième côte au sixième cartilage costal et transversalement de la ligne marginale du sternum à la ligne médio-axillaire dans le cinquième ou sixième espace intercostal. Ces limites atteignent en bas les aponévroses du grand dentelé, du droit antérieur et les digitations supérieures du grand oblique.

Les travaux de Heidenhain, de Stiles, de Sampson Handley ont d'autre part bien montré la disposition du réseau lymphatique de la glande, mettant en particulier en évidence l'importance du plexus du fascia profond de la peau recevant directement presque tous les lymphatiques de la glande et de la peau. Les connexions intimes de la peau avec le tissu cellulaire sous-cutané imposent le sacrifice d'une étendue considérable de peau si on veut pouvoir extirper dans toute son étendue le fascia de la région.

On sait, d'autre part, combien sont battues en brèche les anciennes théories de la récidive du cancer : aux deux théories de la dissémination sanguine et de l'embolisme rétrograde par les lymphatiques, est venu s'ajouter le processus de cheminement de proche en proche par les voies lymphatiques, la perméation de Handley (voir Fidelin, Th. Paris 1909 et *Arch. gén. de chir.*, 25 oct. 1909). De plus le rôle de l'inoculation opératoire de la plaie soit par les instruments (voir Levesque, Th. Paris 1893; Guinard, *Union méd.*, 1895, p. 467; Mauclaire, *Trib. méd.*, 1905; Jacoulet, *Arch. gén. de chir.*, 25 oct. 1909, p. 1026), soit par des cellules cancéreuses libres, mises en liberté par les traumatismes qui ont précédé ou accompagné l'acte opératoire (voir Pierre Nadal, *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, juillet 1910, p. 712; *Journ. de méd. de Bordeaux*, 13 mars 1910; *Arch. gén. de chir.*, 25 mars 1911, n° 241), s'appuie sur un faisceau de faits vraiment troublant, et vient plaider en faveur d'un cheminement du bistouri aussi loin que possible de tout tissu malade pour rester sûrement et constamment en tissu sain. Les statistiques opératoires confir-

ment ces vues qui peuvent sembler un peu théoriques et imposent la nécessité d'une ablation large du tissu cellulaire et de la peau de la région mammaire. Jonnesco au Congrès de Bruxelles montre que cancers du sein opérés par lui de 1898 à 1908, dont 64 guérisons opératoires qui ont pu être suivies, il trouve 2 guérisons sur 20 opérations économiques (10 p. 100), 5 guérisons sur 22 opérations de Halsted (22,7 p. 100) et 7 guérisons sur 22 opérations de Halsted avec une large exérèse cutanée à la Balacesco (32 p. 100).

On peut donc dire que l'opération, aussi radicale que l'on peut la concevoir aujourd'hui, comporte l'ablation : 1° de la plus grande partie de la peau de la région mammaire; 2° de toute la glande avec le tissu cellulo-adipeux et les fascias de toute la région; 3° du muscle grand pectoral, au moins dans sa portion sterno-costale, et *toujours* du petit pectoral; 4° au besoin des fascias du grand dentelé et du grand oblique avec les faisceaux superficiels de ces muscles; 5° de toute la masse cellulo-adipeuse et lymphatique de la cavité axillo-sous-clavière et la lame cellulo-adipeuse interscapulo-thoracique; 6° cette exérèse doit être faite en bloc, sans morcellement et dans une direction uniforme, sans reprises. Il est avantageux de débuter par la dissection du sommet de l'aisselle pour lier d'emblée directement sur les vaisseaux axillaires les troncs veineux ou artériels qu'on aura à sectionner, ce qui diminue notablement la perte de sang et de temps en évitant de les couper à plusieurs reprises.

Une telle exérèse laisse après elle une perte de substance énorme de forme elliptique à sommet placé sur la partie supérieure du bras, et dont la base atteint la partie inférieure de la cage thoracique, dont le bord interne atteint parfois ou même dépasse légèrement la ligne médiane et le bord externe la ligne axillaire moyenne (grande incision elliptique de Cheyne, de Kocher, de Tansini), soit une longueur de 30 à 35 centimètres sur 20 centimètres de largeur.

Ces dimensions peuvent encore s'accroître dans une direction variable, si le néoplasme a débuté par un point périphérique de la glande (Bell), à sa partie tout à fait interne, inférieure ou externe, ce qui force à donner plus d'ampleur à l'incision dans cette direction.

Quels moyens avons-nous de combler cette perte de substance? Nous n'avons plus le droit, à l'heure actuelle, de songer à laisser une telle plaie, même sur une partie de son étendue, se réunir par seconde intention. C'est exposer la malade à l'infection, prolonger une convalescence qui doit être brève chez un malade dont le temps de survie est peut-être compté, enfin on obtient une cicatrice mauvaise, adhérente, qui limitera les mouvements du bras quand elle ne causera pas de l'œdème chronique du membre supérieur par compression de la veine axillaire.

La méthode des greffes de Thiersch, défendue encore par Warren, est passible des mêmes reproches. La cicatrice très rétractile gênera les mouvements du bras; de plus, très friable, elle menace de s'écorcher par le frottement des vêtements.

On devra donc fermer par une suture de la peau, et de plus cette suture doit se faire sans tension marquée des téguments. On attribue non sans vraisemblance à la constriction thoracique qui suit les affrontements « quand même », au moyen de tractions violentes avec des fils métalliques profonds sur des lambeaux trop courts, une partie des complications pulmonaires ou du shock qui peut suivre l'opération. De plus, les lambeaux tiraillés qui deviennent d'un blanc cireux à la fin de l'opération se nécrosent partiellement et la réunion complète ne sera obtenue que par deuxième intention.

Il faut donc tailler des lambeaux autoplastiques assez vastes d'emblée pour obtenir leur affrontement facile. L'esprit inventif des chirurgiens a imaginé un nombre considérable de tracés de ces lambeaux plus ou moins ingénieux. On trouvera décrits et discutés dans la thèse de Cléret (Paris, 23 juin 1909) les plus connus de ces procédés.

Comme le fait prévoir leur multiplicité, la plupart sont sujets à des critiques sérieuses.

Tout d'abord certains d'entre eux entraînent la nécessité de ménager les téguments en certains points définis de la région mammaire, ce qui les fera écarter d'emblée (tracés de S. Handley, Barker, Rodman, Warren, Roux, Ombrédanne, Halsted, etc.).

D'autres (tracé de Marion, de Quénu et Robineau) semblent pouvoir s'appliquer à tous les cas, mais si on donne de vastes dimensions à ces lambeaux, libérés de trois côtés, et reliés seulement aux téguments par un pédicule assez étroit, on court le risque de les voir se mortifier en grande partie. Enfin la place du lambeau laisse une vaste surface cruentée qui va nécessiter dans beaucoup de cas une deuxième autoplastie. Les incisions, les chances d'infection, la perte de sang, le nombre des sutures sont considérablement augmentées, ce qui, joint à la longueur de l'anesthésie, constitue un danger réel pour la malade.

Une seule des méthodes d'autoplastie à lambeau semble échapper en grande partie à ces critiques, c'est la méthode de Tansini, exposée et défendue récemment par d'Este dans la *Revue de chirurgie*. Deux autres méthodes semblent aussi devoir nous donner toute satisfaction : la transplantation du sein du côté opposé, et enfin le procédé des grands décollements superficiels, sans incision, préconisé par M. Morestin.

C'est entre ces trois seuls procédés que nous aurons à choisir pour combler notre perte de substance.

Voyons d'abord l'autoplastie par transport de la mamelle saine.

Pratiquée d'abord par Legueu (*Congrès de chir.*, 1898; Th. de Cornilus, 1898-1899, n° 73) et Grœve (*Centralb. für chir.*, oct. 1898, t. XXV, p. 1.003), puis par Joseph Wiener (*Ann. of surg.*, nov. 1909), Morestin (*Arch. gén. de méd.*, 1903), Jonnesco (*Congrès de Bruxelles*, 1908), Assaky (*Münch. med. Woch.*, t. XLV, 1910), elle est d'exécution facile. On pratique deux incisions horizontales, au-dessus et au-dessous du sein, ou mieux, comme l'a montré M. Morestin, une seule incision curviligne sous-mammaire, de façon à mieux assurer la nutrition du lambeau ; puis on décolle rapidement la mamelle au niveau du tissu cellulaire lâche qui la sépare du thorax. Si la mamelle est flasque et pendante, une ou deux incisions à angle droit sur la première permettront de pratiquer un véritable étalement des téguments à son niveau. Sans tiraillements notables on pourra amener le lambeau vers le côté malade de telle façon que le mamelon atteigne ou même dépasse la ligne médiane, réalisant une véritable « cyclopie mammaire ».

Cette méthode, si séduisante au premier abord, présente des inconvénients. Tout d'abord, elle est inapplicable dans certains cas où la mamelle est très peu développée; on retombe dans une méthode à lambeau thoracique ordinaire. On a aussi objecté des considérations d'esthétique qui, ici, doivent cependant entrer pour bien peu en ligne de compte. Mais ce qui, pour nous, doit d'emblée faire rejeter cette méthode, c'est ce fait que le cancer des deux seins n'est pas une rareté. Tantôt les deux tumeurs évoluent simultanément (voir Lecène, *Bull. de la Soc. anat.*, 1900; Mauclaire, in Th. Katznelenbogen, Paris 1904; Chaput, *Soc. de chir.*, 1907); et dans ces cas, la présence d'un deuxième cancer ignoré de l'autre sein, lors de l'exérèse du premier, expliquerait d'après M. Morestin (*Soc. anat.*, séance du 1er juillet 1910, p. 729) les fameuses adénopathies croisées du cancer du sein. Tantôt, ce qui est bien plus fréquent, on voit la deuxième glande se prendre après l'ablation de la première, et il s'agit alors soit d'une nouvelle manifestation de l'aptitude de l'organisme à faire du cancer, ou bien on a affaire à une récidive à distance.

C'est ainsi que Jeannel (de Toulouse), sur 140 opérés de cancer du sein, a vu, sur 98 récidives, celle-ci se produira 9 fois du côté opposé, soit près de 10 p. 100. Dans le travail de Fidelin sur les résultats éloignés de l'ablation du sein pour

cancer (*Arch. gén. de chir.*, 25 oct. 1909) où nous trouvons les statistiques de MM. Mauclaire, Routier, Guinard et Schwartz, on constate que, sur 160 malades, ces chirurgiens sont intervenus 3 fois pour des cancers bilatéraux d'emblée (Mauclaire, Routier, Schwartz), soit 2 p. 100; et sur 141 malades, dont l'histoire a pu être suivie, on a constaté 60 récidives, dont 6 dans le sein du côté opposé, soit exactement 10 p. 100.

Il est facile de concevoir les inconvénients de la méthode dans le cas de néoplasme méconnu ou de récidive dans le sein transplanté. C'est un gros argument contre l'emploi du procédé.

La méthode de Tansini, peu connue en France, remonte déjà à une quinzaine d'années, et s'est peu à peu répandue en Italie, comme en témoigne la bibliographie qui suit le travail de S. d'Este. Elle consiste à séparer la brèche opératoire, aussi large soit-elle, par un lambeau de dimensions suffisantes, taillé dans la région scapulaire du même côté, doublé de muscles à sa partie supérieure, ce qui garantit sa nutrition quelle que soit son étendue. Le lambeau est ensuite attiré dans la plaie par-dessus un pont de peau qui le sépare de la brèche mammaire et suturé en place. C'est ce pont de peau qui, libéré à sa partie supérieure, vient combler la brèche du lambeau dorsal sans qu'il soit nécessaire de faire de deuxième autoplastie. Il y a simple croisement de lambeau. Tout l'intérêt de la méthode réside dans la confection du lambeau dorsal. De forme ovalaire allongée, il présentera un pédicule supérieur large de 6 à 7 centimètres, dont le centre correspondra à un point placé à 3 centimètres en arrière de la ligne axillaire postérieure; sa direction est oblique en bas et en arrière, et il est circonscrit par une ligne ellipsoïdale qui, partie du milieu de la fosse sous-scapulaire, descend à 8 ou 10 centimètres au-dessous de l'angle de l'omoplate pour remonter rejoindre dans l'aisselle la partie postérieure de la brèche mammaire. Le lambeau, disséqué de bas en haut, est formé par la peau, une lame superficielle du grand dorsal, le grand rond et le sous-épineux désinsérés de l'omoplate; le petit rond a aussi été désinséré pour permettre sa mobilisation. La base du lambeau contient ainsi la circonflexe postérieure dont les rameaux assurent sa vitalité. C'est ce qui fait la supériorité de cette méthode sur les autres méthodes, car on peut donner au lambeau des dimensions considérables sans craindre de le voir se sphacéler. De plus, le tracé du lambeau est toujours le même, applicable à tous les cas, puisqu'il est pris en dehors de la région atteinte par le néoplasme. La brèche qu'il occasionne se comble facilement par un simple croisement de lambeaux. On aurait pu craindre que la désinsertion des muscles sous-scapulaires n'entraînât un trouble du fonctionnement de l'épaule. Il n'en est rien, et si l'on commence la mobilisation de bonne heure, on obtient, dit d'Este, des résultats fonctionnels parfaits.

Cependant, malgré la grandeur du lambeau, la réunion n'est peut-être pas toujours aussi facile qu'on pourrait le penser. Voici ce que d'Este est obligé d'avouer : « Il arrivera rarement de laisser une petite brèche à l'extrémité inférieure afin de ne pas trop tirer sur les bords; en ce cas, comme elle resterait fort limitée, on la recouvrira avec des greffes à la Thiersch, ou bien on la laissera se cicatriser spontanément. » Enfin le procédé n'échappe pas au reproche commun à tous les procédés à lambeau, d'augmenter la perte de sang, les chances d'infection par l'étendue des incisions, la longueur de l'opération par la multiplicité des sutures à effectuer.

Seul le procédé des décollements cutanés étendus de M. Morestin nous paraît à l'abri de toutes critiques et constituer la technique idéale pour la reconstitution du tégument au niveau des vastes pertes de substance, en particulier après l'amputation du sein.

Il y a déjà longtemps que M. Morestin avait été frappé de voir que, à la suite de traumatismes entraînant de vastes décollements de la peau, celle-ci ne se mortifiait pas. Si on évacuait par un drainage de vingt-quatre à quarante-huit heures l'épanchement séro-sanguin produit, la peau ne tardait pas à s'appliquer de nouveau sur les parties profondes, en conservant sa mobilité normale. Dès 1900 il eut l'idée d'utiliser ces décollements cutanés étendus pour combler les pertes de substance après exérèse de lupus de la face. Depuis il a étendu la méthode à toutes les reconstitutions de téguments à proximité de zones décollables, c'est-à-dire près du cou, du thorax et de l'abdomen, régions où se trouve une véritable réserve de peau. (Voir Th. de Cléret, Paris, 23 juin 1911, et Morestin, *Journ. de chir.*, nov. 1911, t. VII, n° 5, où l'on trouvera l'indication de toutes les publications sur ce sujet.)

De son expérience déjà longue, M. Morestin conclut qu'un décollement étendu de la peau dans ces régions n'est pas nocif; contre toute attente, la peau se nourrit parfaitement par ses propres capillaires, *pourvu qu'une traction violente ne vienne pas y interrompre la circulation.*

Il faut donc faire un décollement plutôt trop étendu que pas assez, et toujours affronter facilement. Le succès est assuré, même s'il n'y a pas un contact très exact entre la face cruentée du décollement et la surface à recouvrir.

Avec un pansement légèrement compressif, la peau se modèle rapidement sur les tissus à recouvrir et s'y adapte de façon parfaite. Le décollement s'accompagne d'une perte de sang très minime et ne nécessite en général que quelques ligatures. Mais il occasionne un suintement séreux très abondant, aussi il est indispensable d'établir un drainage temporaire de quarante-huit heures au point exactement le plus déclive. L'adhérence de la peau décollée sur les plans avec lesquels elle contracte de nouveaux rapports se fait par un tissu qui reprend rapidement la souplesse et la mobilité du tissu cellulaire sous-cutané, donnant ainsi une cicatrice idéale.

Appliquée au comblement de la brèche d'amputation du sein, la méthode donne des résultats vraiment remarquables. La plaie à combler est située entre deux régions, le cou et l'abdomen, où le décollemeut est facile. On commence par le cou d'abord. Prenant avec la pince à disséquer, puis à pleine main lorsque la prise est devenue suffisante, la lèvre supérieure de la plaie, on la décolle au bistouri d'abord, en ayant soin de passer en plein tissu cellulaire sous-cutané et ménageant l'intégrité du derme. Si l'écoulement sanguin devient abondant on s'arrête, et, bourrant de compresses le sinus du décollement, on attend que la compression ait arrêté l'hémorragie. Lorsqu'on a atteint la clavicule, M. Morestin conseille de remplacer le bistouri par les ciseaux. On est là exposé à atteindre des veines plus volumineuses tributaires des jugulaires antérieure et externe ; si l'hémorragie ne s'arrête pas par la compression, on pratiquera quelques ligatures. De ce côté, le décollement peut être poussé jusqu'à l'os hyoïde. Du côté de l'abdomen, aucun obstacle; au bistouri, rapidement la peau peut être décollée jusqu'à l'ombilic et à la crête iliaque. On s'arrêtera lorsque, sans traction, l'affrontement des deux bords de la plaie sera facile. On installera le drainage au point le plus déclive du sinus inférieur.

La suture de la peau s'effectue rapidement et facilement puisqu'il y a une seule incision dont les bords s'affrontent bien.

On applique un pansement ouaté compressif, et, pour éviter le tiraillement de la plaie, la malade sera maintenue le tronc incurvé du côté opéré, soit avec des coussins, soit avec des bandeaux de flanelle réunis par des liens élastiques.

Nous avons eu l'occasion d'utiliser cette méthode à plusieurs reprises, nous avons été frappés de sa facilité d'exécution.

Les résultats définitifs sont excellents. La méthode est applicable à tous les cas (sauf pour les récidives), elle laisse au chirurgien sa liberté d'action pour l'étendue de l'exérèse puisqu'il est toujours sûr de pouvoir réunir, enfin elle est d'une facilité d'exécution qui ne peut se comparer avec toutes les

autres méthodes de reconstitution de la paroi. Nul doute que son utilisation ne se répande rapidement lorsque les chirurgiens auront pu l'apprécier comme elle le mérite.

M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 MARS 1912)

Rétrécissement mitral avec crises de tachycardie paroxystique. — MM. O. JOSUÉ et P. CHEVALIER. Le malade, atteint de rétrécissement mitral, présente de temps en temps des crises de tachycardie paroxystique identiques en apparence mais présentant cependant des différenees mises en lumière par la méthode de graphique. Dans deux accès le pouls veineux était à type ventriculaire avec absence de tout indice de contraction auriculaire; en même temps le pouls radial (200 pulsations à la minute) était irrégulier. Ces particularités du tracé appartiennent à la fibrillation auriculaire, état spécial des oreillettes qui sont animées de trémulations désordonnées, rapides et non effectives, déterminant des contractions irrégulières des ventricules. La fibrillation auriculaire est le substratum physiologique de l'arythmie perpétuelle. Les tracés d'un troisième accès sont différents. On constate le soulèvement auriculaire dans les tracés jugulaires et le pouls radial est régulier.

Cette observation vient à l'appui de la conception récente de la tachycardie paroxystique. Th. Lewis distingue les contractions cardiaques *homogénétiques et hétérogénétiques*. Les contractions homogénétiques prennent naissance dans les régions habituelles. Les contractions hétérogénétiques sont anormales et ont des origines diverses. Elles naissent parfois d'un seul point; dans ces cas elles peuvent être isolées (extrasystoles) ou en séries plus ou moins.

Dans d'autres cas elles émanent d'endroits multiples et déterminent la fibrillation. Dans leur cas, les contractions hétérogénétiques se sont montrées chez le même malade tantôt sous la forme de tachycardie paroxystique, tantôt sous l'aspect de fibrillation. Tous ces troubles du rythme sont de même nature, ils sont particulièrement fréquents dans le rétrécissement mitral.

L'épreuve de l'atropine pratiquée dans l'intervalle des accès n'a pas déterminé d'accélération du pouls.

Les tracés ont montré qu'il n'y a cependant pas de dissociation auriculo-ventriculaire, car on n'observe pas d'accélération des contractions auriculaires. L'absence d'accélération du pouls à la suite de l'épreuve ne suffit donc pas à démontrer l'existence du heart-block, les tracés jugulaires sont nécessaires pour avoir une certitude.

Fait remarquable, l'atropine ne détermine pas d'accélération chez ce malade sujet à des crises spontanées de tachycardie.

Les syphilis réinoculées. — M. MILIAN. La lésion présentée par M. Thibierge était indubitablement une syphilide chromiforme ou mieux encore un chancre redux, puisqu'elle s'est développée au lieu même de l'ancien chancre. L'observation de M. Ravaut est moins caractéristique et, en l'absence de la confrontation du malade avec le contaminant possible, elle restera toujours insoluble.

Les syphilis réinoculées après traitement par le 606 ont, en effet, le plus souvent une physionomie particulière de syphilis avortée : le chancre est le plus ordinairement érythémateux ou ulcéreux, la roséole est généralement retardée et discrète. Elle peut même manquer et être remplacée par quelques accidents secondaires discrets.

Aussi est-il nécessaire pour admettre la réinfection syphilitique de se baser moins sur l'apparition de la roséole que sur la forme clinique de la nouvelle lésion initiale, l'existence de l'adénopathie satellite, la notion d'un nouveau contage, la juxtaposition du nouveau chancre à la lésion contaminante, l'incubation de quinze jours à quatre semaines du nouveau chancre, enfin l'apparition d'accidents secondaires au moins quarante-cinq jours après la deuxième lésion initiale.

Ictère hémolytique acquis. — MM. Marcel LABBÉ et BITH rapportent le cas d'une femme atteinte d'une anémie intense avec poussées d'ictère hémolytique dans l'intervalle desquelles le sang reprenait tous ses caractères normaux. Pendant ses crises le nombre des globules rouges tombait à un million avec 3 à 4 p. 100 d'hématies nucléées et 6 p. 100 de myélocytes. Il y avait un ictère très léger, un sérum avec pigments et tous les caractères hématologiques bien décrits par M. Widal (hématies granuleuses et fragilité globulaire, sang total et hématies déplasmatisées).

Le foie était gros sans qu'on puisse trouver d'origine nette à cette hypertrophie et sans qu'on puisse lui faire jouer un rôle dans la constitution des lésions. La rate n'était pas hypertrophiée.

La congestion pulmonaire et les troubles gastro-intestinaux qui étaient très marqués ne paraissent pas avoir été la cause de la déglobulisation intense et de l'hémolyse.

M. WIDAL fait remarquer que le cas rapporté par M. Labbé intéressant à plus d'un titre peut être considéré comme un type d'ictère hémolytique acquis, tel qu'il l'a décrit avec MM. Abrami et Brulé. Il rappelle l'intérêt qui s'attache à la distinction entre cette forme, où il n'est pas rare d'observer sous l'influence du traitement ferrugineux des retours à la normale, et les ictères hymolytiques congénitaux qui ne rétrocèdent et ne se modifient jamais.

M. Widal rappelle l'observation d'une malade qui a servi de type à sa description et qu'il a toujours suivie depuis cette époque ; il a pu assister chez elle à de complètes réparations et à de nombreuses poussées aiguës ; on a été obligé de pratiquer à cette malade un anus iliaque à la suite d'une occlusion par rétrécissement du rectum. Actuellement il semble que sa bouche intestinale règle ses poussées d'ictère qui reparaît dès qu'il y a obstruction.

Dans le cas de M. Labbé il n'y avait pas de splénomégalie, fait rare et qui mérite d'être signalé, étant donné le rôle que certains auteurs font jouer à la rate dans le processus hémolytique.

Enfin M. Widal insiste sur le rôle thérapeutique du fer dans les cas d'ictère hémolytique acquis. Il a montré avec MM. Abrami et Brulé que le fer était le seul médicament capable d'amener la rétrocession des poussées.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

MALADE DE SITUATION AISÉE OPÉRÉ GRATUITEMENT DE CATARACTE DANS UN HOPITAL. POURSUITES ADMINISTRATIVES. OBTENTION DE 1000 FRANCS DE DOMMAGES-INTÉRÊTS.

Le Syndicat général des oculistes français (28, rue Serpente, Paris) nous adresse la lettre suivante :

« Le Syndicat général des oculistes français a l'honneur de porter à la connaissance du corps médical et plus particulièment des médecins oculistes les faits suivants :

Au cours du premier semestre 1911, M. X..., *de situation aisée*, s'est fait hospitaliser et opérer de la cataracte, *à titre gratuit*, dans le service d'ophtalmologie d'un hôpital. En agissant ainsi, non seulement il frustrait le corps médical des honoraires dont un de ses membres aurait légitimement béné-

ficié, mais encore il accaparait, au détriment d'un malade nécessiteux, un lit de l'hôpital où il se faisait opérer.

Ce fait ayant été signalé à notre Syndicat, celui-ci a adressé une énergique protestation au directeur de l'établissement hospitalier qui, après une enquête établissant la situation aisée de M. X... et avec l'autorisation du ministre de l'intérieur, le poursuivit en paiement de la somme de 1000 francs à titre de dommages-intérêts.

Afin d'éviter les poursuites dont il était menacé, *M. X... dut se soumettre et payer les 1000 francs qui lui étaient réclamés par l'Administration.*

Le ministre de l'intérieur, reconnaissant le tort subi par le corps médical, a autorisé le directeur de l'hôpital à verser, sur cette somme, 500 francs à notre caisse syndicale.

Le Syndicat général des oculistes français pense qu'il est inutile d'insister auprès de ses membres et du corps médical tout entier sur l'importance d'un pareil précédent qui, s'il est suivi d'autres exemples de ce genre, ne tardera pas à détourner les malades aisés de se faire soigner, sans scrupule, dans les hôpitaux uniquement créés pour les nécessiteux.

Le Syndicat général des oculistes français demande instamment à tous les ophtalmologistes, à tous les membres du corps médical, à tous les syndicats et groupements professionnels médicaux, de faire connaître à son secrétaire général les cas qu'ils pourraient apprendre et dans lesquels des personnes aisées se seraient fait soigner ou opérer d'affections oculaires dans les services des hôpitaux. Des démarches identiques à celles dont M. X... a été l'objet seront faites, avec la plus grande énergie, auprès des pouvoirs publics, pour que des sanctions analogues soient poursuivies.

Pour le Syndicat général des oculistes français :

Le secrétaire général,
Dr F. COSSE,
2, rue George-Sand, Tours.

Le 25 février 1912. »

LIVRES NOUVEAUX

Précis de médecine infantile (1), par le professeur agrégé NOBÉCOURT.

La deuxième édition de ce *Précis de médecine infantile* ne manquera pas d'avoir le même succès que la première, et l'on peut prédire à ce traité de nombreuses éditions successives que justifient largement et la compétence bien connue de M. Nobécourt en matière de médecine infantile, et la conscience avec laquelle, très sobrement mais avec une clarté parfaite, tous les chapitres de cet ouvrage sont développés. Souvent l'on peut reprocher à l'auteur d'un pareil traité, d'avoir spécialement développé certains chapitres, plus neufs, plus intéressants, au détriment d'autres questions plus rapidement esquissées. Un tel reproche ne serait pas de mise ici... Certes la seconde édition consacre quelques développements à des chapitres écourtés volontairement dans la première édition, ainsi qu'à des faits plus récemment étudiés, et mieux connus maintenant, mais l'on serait mal venu de reprocher ces modifications, qui donnent à tout l'ouvrage le caractère d'actualité, que réclament, à juste titre d'ailleurs, praticiens et étudiants.

Ce précis contient 900 pages, c'est donc qu'il constitue déjà un véritable traité ; mais néanmoins comme il se présente, au maximum, avec le caractère d'une simplicité pratique, il mérite bien pour cette raison le nom de précis. Chaque chapitre sobrement exposé, débarrassé d'une érudition souvent fastidieuse pour le médecin qui cherche un fait précis, comme pour l'étudiant qui commence, est d'une lecture facile ; les faits principaux, cardinaux, se fixent ainsi à merveille et ne s'oublient plus. D'excellentes figures, de nombreuses courbes, agrémentent encore cette lecture ; enfin, ce qui est loin d'être négligeable, ce volume est luxueusement édité. Pour toutes ces raisons, cette seconde édition doit être particulièrement signalée aux praticiens comme aux étudiants, qui désirent avoir un guide facile à consulter, et parfaitement au courant des recherches les plus récentes. L. BABONNEIX.

(1) Deuxième édition. — Paris. Masson et Cie.

Pathologie externe. Organes génito-urinaires (1), par SCHWARTZ et MATHIEU.

Les étudiants d'aujourd'hui comprennent-ils leur bonheur ? Tous les éditeurs rivalisent d'activité pour leur faciliter la besogne, et les manuels deviennent de plus en plus nombreux ; il en est d'excellents parmi ceux qui sont entre les mains de nos élèves ; le livre de Schwartz et Mathieu ne le leur cède en rien ; il est écrit avec sobriété, illustré comme il convient, son aspect extérieur est engageant ; une bonne demi-reliure lui permettra de résister sans difficultés au surmenage qui attend d'habitude ce genre de manuels ; et amélioration à recommander, il est pourvu d'une table alphabétique qui facilite singulièrement les recherches.

Me sera-t-il permis toutefois de regretter les beaux volumes d'antan ? Si la même librairie publie en fascicules la troisième édition du *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, je ne vois guère actuellement d'autres publications importantes concernant la chirurgie tout entière. L'époque est aux manuels et, comme les éditeurs ont assurément d'excellentes raisons pour les faire paraître, il faut bien croire que le public les préfère aux traités. Peut-être cependant Schwartz et Mathieu eussent-ils eu plus de satisfaction à utiliser leurs solides connaissances et leur art d'exposition en des articles où le défaut de place ne les eût pas gênés. Et je suis bien convaincu que les étudiants eussent pris eux aussi plus d'intérêt et surtout plus de peine à lire une étude soigneuse et détaillée d'une affection chirurgicale plutôt qu'à absorber un consommé qui fait grand honneur au talent de ceux qui l'ont écrit, mais qui devrait être plutôt un aide-mémoire qu'un livre d'apprentissage.

Mais toutes ces réflexions sont superflues, les étudiants continueront sans doute à regarder sans enthousiasme les gros livres ; je leur souhaite de se rabattre sur des manuels aussi bien conçus que celui de Schwartz et Mathieu.

L. IMBERT.

L'Affaiblissement intellectuel chez les déments (2), par G. REVAULT D'ALLONNES.

La démence est la déchéance des fonctions psychiques, quel qu'en soit le degré, qu'elle soit légère ou profonde, pourvu qu'elle soit irrémissible. Dans ce syndrome M. Revault d'Allonnes a cru devoir laisser de côté les troubles de l'affectivité et de la mémoire, des perceptions et de l'imagination, pour limiter son étude à celle de l'intelligence proprement dite.

Trois parties principales composent cet ouvrage. La première est consacrée à l'exposé des règles de méthode suivies dans cette étude de l'activité intellectuelle. Ce qu'on doit, dit l'auteur, s'efforcer de démêler, de définir et de mesurer, ce sont les phénomènes d'insuffisance vraie, non par les sondages isolés et momentanés de la méthode expérimentale des tests, mais par une analyse de tout le bilan mental du sujet. Comme il le remarque fort justement, l'observation doit en psychopathologie passer avant l'expérimentation.

La seconde partie comprend l'étude analytique des troubles du comportement de la pensée et de l'activité intellectuelle. Les principaux symptômes d'affaiblissement intellectuel sont désignés par l'auteur de façon assez pittoresque, sous les noms de mobilité mentale démentielle et de viscosité mentale, caractérisée par la persistance inopportune des images ou des idées et la lenteur des réactions d'attention. Il décrit à ce propos un procédé d'exploration clinique pour la mesure des temps d'attention conjuguée. Puis ce sont les défaillances de la direction des substrats mentaux, l'incontinence démentielle des idées, des paroles et des actes, l'antagonisme mental ou inhibition volontaire ou automatique et enfin les troubles du travail.

Bien des manifestations contingentes surajoutées peuvent masquer ou exagérer l'état d'affaiblissement des déments, ce sont des perturbations parадémentielles telles que le délire, les hallucinations, l'agitation ou la dépression et la confusion

(1) Bibliothèque Gilbert et Fournier. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-8 de 285 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, Félix Alcan.

mentale. Il faut savoir les écarter pour dépister derrière elles le déficit intellectuel réel et permanent.

L'observation de l'activité laborieuse du dément est l'un des meilleurs modes d'appréciation de ses reliquats de capacité. Elle doit primer comme importance la notion des troubles de l'activité verbale objective et de ceux de l'idéation subjective. C'est d'après l'état de désintégration partielle ou totale de ces modes d'activité que l'auteur, dans la troisième partie de l'ouvrage, propose d'évaluer le « cubage intellectuel » des malades et de classer les degrés de l'affaiblissement intellectuel chez les déments.

Les deux mérites principaux de cette étude nous paraissent être d'une part celui d'être basée sur des observations cliniques nombreuses et d'autre part celui de reconnaître que la place et l'importance de l'expérimentation en psychologie morbide sont bien secondaires par rapport à celles de l'observation médicale.

P. CAMUS.

Les Méthodes d'exploration de l'estomac (1), par E. Schütz.

Après une courte introduction dans laquelle l'auteur expose le plan général de ses recherches, le livre débute par un chapitre de généralités et l'énumération des symptômes subjectifs. Le deuxième chapitre est consacré aux méthodes physiques d'exploration de l'estomac.

Successivement l'auteur passe en revue les renseignements que l'on peut tirer de l'inspection, de la palpation, de la percussion et de l'auscultation de l'estomac, ainsi que de la combinaison de la percussion à l'auscultation.

Ce chapitre se complète en outre par un exposé de la gastrodiaphanie, de la gastroscopie et de tous les renseignements que peut fournir l'exploration de l'estomac grâce aux rayons Rœntgen.

Le troisième chapitre est consacré à l'étude du liquide de sécrétion de l'estomac. Tout d'abord l'auteur expose longuement la technique du sondage de l'estomac et précise les indications et les contre-indications de ce procédé d'exploration.

Avec une grande méthode, il indique ensuite comment l'on doit pratiquer les recherches sur ce liquide stomacal : c'est tout d'abord un examen macroscopique, puis microscopique qui doit être fait, ensuite l'on peut alors aborder les recherches chimiques (dosage de l'acidité, des ferments, de la pepsine, du lobe ferment), puis sans le secours de la sonde on pourra procéder à différentes épreuves, permettant d'apprécier le bon fonctionnement de l'estomac : épreuve de Schmidt, épreuve de Sahli ; recherche du sang dans les matières fécales (épreuve de la teinture de gaïac, de la benzine, de la phénophtaléine).

Le quatrième chapitre est consacré à l'étude des fonctions motrices de l'estomac. Le cinquième chapitre enfin comprend les renseignements fournis par la radioscopie gastrique (forme, mouvement, diagnostic de l'ulcère et du cancer). Dans ce même chapitre sont étudiées les modifications du sang au cours des affections gastriques, ainsi que les procédés biologiques qui permettent de parvenir au diagnostic de cancer de l'estomac (recherche des hémolysines, des précipitines, et des propriétés anaphylactiques).

Cet ouvrage de 240 pages est luxueusement édité, illustré de 27 gravures qui en facilitent la lecture, déjà très attrayante grâce à un texte suffisamment concis et clairement exposé.

L. BABONNEIX.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 18 AU 23 MARS 1912

THÈSES

Mercredi 20 mars, à une heure (suite). — M. Bernier. Contribution à l'étude de la dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac. (MM. Segond, président; Pinard, Couvelaire et Zimmern.) — M. Paris. De l'orchydopexie transcrotale (procédé du docteur Ombrédanne). (MM. Reclus, président; Hartmann, Marfan et Richaud.) — M. Arnal. De la cure radicale des sinusites maxillaires chroniques par voie endonasale (méthode de Réthi-Claoué complétée par Mahu). (MM. Hartmann, président; Reclus, Marfan et Richaud.) — M. Bouchage. Essai sur les glycosuries dans leurs rapports avec le foie. (MM. Marfan, président; Reclus, Hartmann et Richaud.)

Jeudi 21 mars, à une heure. — M. Nédey. Le transit stomacal des diverses formes médicamenteuses. Application de l'iodure de potassium. (MM. Gilbert, président; Bar, Widal et Carnot.) — M. Klein. Les césariennes suprasymphysaires (revue critique). (MM. Bar, président; Gilbert, Widal et Carnot.) — M. Letulle. Etude des réactions humorales dans le diagnostic et la thérapeutique de l'infection tuberculeuse. (MM. Widal, président; Gilbert, Bar et Carnot.) — M. Dalle. Hématémèses tabétiques et fausses hématémèses tabétiques. (MM. Widal, président; Gilbert, Bar et Carnot.)

(1) Berlin, Urban et Schwarzenberg.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 12, déc. 1911.) Launois : Diagnostic de l'abcès cérébelleux et de la pyo-labyrinthite. — Claoué : La meilleure voie naturelle d'accès direct vers le segment postérieur du larynx. — Mahu : Cure radicale de la sinusite maxillaire chronique par la voie nasale. — Massia et Charvet : Des chancres syphilitiques de l'oreille externe. — Marcellos : Pansinusite nécrotique. — Cyril Horsford : La fixation de l'épiglotte par un fil. Sa valeur dans la laryngoscopie indirecte.

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal* de la séance du 30 déc. 1911.) Goebel : Trois années de pratique médicale dans le Haut-Katanga. — Cohen et A. Brunard : La méningite cérébro-spinale dans l'agglomération bruxelloise. — C. Moreau : Note à propos du traitement de la syphilis par l'arsenobenzol. — Lamal : Action de l'eau oxygénée sur le bioxyde de manganèse et sur les acides oxalique et formique. Observations sur quelques essais de l'eau oxygénée.

Bulletins et mémoires de la Société anatomique. — (N° 9, nov. 1911.) M. Chevassu : L'origine anatomique de l'hypertrophie prostatique.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 32, 31 déc. 1911.) E. Leuret : Rôle des hémolysines en pathologie.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 52, 30 déc. 1911.) Duriau et J. Villette : Lipomes profonds du cou à évolution thoracique. Accidents respiratoires et cardiaques. Opération. Guérison.

Lyon médical. — (N° 52, 24 déc. 1911.) Garel et Cignoux : Les hémoptysies à répétition non tuberculeuses et les fausses hémoptysies. — (N° 53, 31 déc.) Bériel : L'anatomie pathologique du système nerveux (*suite*.)

Marseille médical. — (N° 23, 1er déc. 1911.) Escat : Cowpérite blennorragique, abcès péri-urétral et infiltration d'urine. — P. Fiolle : Corps étranger de la vessie au cours

d'une prostatectomie. — F. Corsy : Conformation curieuse des seins. — J.-M. Martin : Les bureaux de santé de la ville de Tarascon (*fin*). — (N° 24, 15 déc.) I. Escat : Indications de l'urétrotomie interne.

Montpellier médical. — (N° 49, 3 déc. 1911.) G. Vallet : Une épidémie de paratyphus due au bacille paratyphique B. — Gayraud : Le cancer dans les premières années de la vie (*fin*). — (N° 50, 10 déc.) Ch. Fleig : Sur la survie du trypanosoma brucei dans quelques milieux d'origine biologique et non biologique. Essai sur une méthode physiologique de culture des parasites du sang en général. — Cavalié : Cuisine médicale. — (N° 51, 17 déc.) Gaussel : Les injections d'électro-cuprol chez les tuberculeux fébriles. — (N° 52, 24 déc.) Ch. Fleig : Sur la nocuité comparée des solutions acides concentrées et diluées d'arsenobenzol ; la dilution en thérapeutique intraveineuse (avec présentation de pièces). — H. Guibert : L'hypertension artérielle et la médication hypotensive à Balaruc-les-Bains (eaux chaudes, chlorurées sodiques fortes, cuivreuses et magnésiennes. — (N° 53, 31 déc.) S.-N. Œconomos : Quelques observations de glycuries gravido-puerpuérales. — Diffre : De l'anesthésie chirurgicale et plus particulièrement de l'anesthésie générale par l'éther goutte à goutte.

Policlinico. — (Janv. 1912, fasc. 1.) *Section médicale.* Marina : Les théories sur le mécanisme des mouvements associés de convergence et de latéralité, étudiées à la lumière des résultats obtenus expérimentalement, au moyen de greffes des muscles oculaires pratiquées chez les singes. — Egidio Morandi : Contribution à l'étude de l'équilibre circulatoire dans l'artériosclérose sénile. — Rinaldo Pellegrini : Contribution à l'étude clinique de la tuberculose du cœur ; — Un cas de cardiopexie spontanée. — *Section chirurgicale.* Riccardo Della Vedova : Quelques recherches expérimentales sur la greffe libre ostéo-articulaire. — Ramberto Malatesta : Le resserrement permanent des mâchoires par ankylose osseuse temporo-maxillaire. — Otello Finzi : Un cas très rare de synovite papillaire syphilitique considéré comme forme initiale d'un lipome arborescent des gaines tendineuses.

Province médicale. — (N° 48, 2 déc. 1911.) Rappin : Sérothérapie et vaccination antituberculeuses. — Brisset : Anesthésie rachidienne à la novocaïne et injections intraveineuses massives de sérum dans les amputations après traumatismes atteignant les membres inférieurs et dans les amputations de nécessité avec état général grave. Six observations personnelles. — (N° 49, 9 déc.) Maurice Perrin : Utilité pour certains enfants de la fréquentation scolaire précoce. — Carle : Sur une nouvelle interprétation de la loi de Colles. — (N° 50, 16 déc.) Lesieur : Pleurésie parapneumonique à lymphocytes chez une cardiaque. — (N° 51, 23 déc.) Dumarest et Murard : Etude comparative des procédés de coloration de Ziehl et de Much (Gram modifié) pour la recherche des bacilles de Koch dans les crachats. — Savy et Roubier : Tuberculose des voies biliaires intrahépatiques. — (N° 52, 30 déc.) Duquaire : Nouveau traitement de la tuberculose chez l'homme par la vaccination curative.

Revue de chirurgie. — (N° 12, 10 déc. 1911.) E. Vincent (d'Alger) et Max Vincent : De la pachy-pleurite échinococcique et du traitement des kystes hydatiques de la plèvre. — L. Clément : Sur le traitement des plaies du poumon. Etude statistique. — C. Canestro : Le procédé d'hémostase de Momburg et les capsules surrénales. — M. Guibé : Des lésions des vaisseaux de l'aisselle qui compliquent les luxations de l'épaule. — Ch. Monod et J. Vanverts : Le traitement conservateur des anévrismes des hématomes.

Revue de la tuberculose. — (N° 6, déc. 1911.) Klippel et Chabrol : Formes anatomiques des hépato-pancréatites tuberculeuses. — H. Stévenin : Le pouvoir antitryptique du sérum sanguin chez les tuberculeux.

Revue de médecine. — (N° 12, 10 déc. 1911.) F. Monisset, L. Nové-Josserand et Bouchut : Une observation d'épilepsie tardive avec autopsie. Considérations sur sa pathogénie (5 fig.) — Piéry et Roshem : La phtisiothérapie au XIXe siècle. De la saignée au sanatorium.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 48, 2 déc. 1911.) Trétrop : Du traitement conservateur des suppurations chroniques de l'oreille moyenne avec ou sans lésions de la paroi labyrinthique. — (N° 49, 9 déc.) Th.-L. Torrini : Note préliminaire sur la cure radicale et esthétique des sinusites frontales par le plombage du sinus. — (N° 50, 16 déc.) Trétrop : Cas de sinusites frontales simples ou doubles guéries par le traitement endonasal. — (N° 51, 23 déc.) Maurice Constantin : Technique de l'examen auditif dans la première enfance et dans la première partie de la deuxième enfance. — H. Massier : Séquestration totale de la mastoïde chez un diabétique. Evidement partiel. Guérison. — (N° 52, 30 déc.) Bourguet : Voie d'accès sur le sinus caverneux. — De Champeaux : Abcès de la loge parotidienne simulant une otite moyenne.

Revue médicale de l'Est. — (N° 23, 1er déc. 1911.) Schneider : Le service de santé militaire (*suite et fin*). — (N° 24, 15 déc.) Parisot et Spire : La médication hypophysaire en obstétrique, recherches cliniques et expérimentales.

Revue neurologique. — (N° 23, 15 déc. 1911.) Serge Soukhanoff : Troubles mentaux dans la staphylococcémie (1 fig.). — Pierre Bonnier : A propos du signe de Ch. Bell. — (N° 24, 30 déc.) Numéro consacré au tabes.

Semaine gynécologique. — (N° 49, 5 déc. 1911.) R. Pichevin : De la rupture utérine pendant le travail. — (N° 50, 12 déc.) R. Pichevin : Bande de Momburg et procédé de la Torre. — R. Pichevin : Fécondation artificielle. — (N° 51, 19 déc.) R. Pichevin : A propos des sutures abdominales.

Semaine médicale. — (N° 49, 6 déc. 1911.) Chauffard, Laroche et Grigaut : Evolution de la cholestérinémie au cours des infections aiguës. — Lejars : La coudure iléale d'Arbuthnot Lane et la péricolite membraneuse de Jackson. — (N° 50, 13 déc.) Savariaud : Tuberculomes et abcès froids primitifs de la paroi abdominale. — Van Ermengem : Rapport de la sous-commission du choléra à la conférence sanitaire internationale. — (N° 51, 20 déc.) Trunecek : Les chocs des artères sous-clavières comme signe de la sclérose de l'aorte thoracique. — (N° 52, 27 déc.) Jacobovici : Des autoplasties de la face au moyen de lambeaux sans torsion du pédicule.

Tribune médicale. — (N° 12, déc. 1911.) Bazy : Traitement du goitre vasculaire par l'exothyropexie.

Tunisie médicale. — (N° 12, 15 déc 1911.) Porot : Les crises viscérales dans le paludisme. Le rôle des associations organiques (*fin*). — S. Durand : Eviscération spontanée chez une malade atteinte de hernie sous-ombilicale. — Authier : Quelques observations de maladies mentales, dans le sud tunisien. — Porot : Méningite cérébro-spinale à forme intermittente chez un jeune paludéen.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 23, 15 déc. 1911.) G. Colleville : A propos de l'arsenobenzol. — (N° 24, 30 déc.) G. Colleville : A propos de l'arsenobenzol (*suite et fin*).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 31. — JEUDI 14 MARS 1912. 85e ANNÉE. JEUDI 14 MARS 1912. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. les docteurs Rochard, Legueu, Gosset, Ombrédanne, Mauclaire, Thiéry et Brault.

— MÉDAILLE D'OR (MÉDECINE). — *Oral.* — Séance du 11 mars. — MM. Ménard, 19; Lutembacher et L. Kindberg, 18; Flandin, 17; Salin et A. Weill, 16.

L'écrit aura lieu le 15 mars, à neuf heures du matin, à l'administration centrale, avenue Victoria. Lecture le 16 mars, à quatre heures et demie, à la Charité.

HOPITAL D'ALGER-MUSTAPHA. — Le concours pour une place de médecin adjoint s'est terminé par la nomination de M. le docteur Benhamou.

— M. le docteur Lemaire, médecin des hôpitaux d'Alger, est nommé chef du Bureau d'hygiène de la ville d'Alger.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 29 avril 1912, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves de la Faculté, français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au 20 avril inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1912.

— Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 6 mai 1912, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au 25 avril inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1912.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — REIMS. — M. le docteur Villemin est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Dans sa séance de lundi dernier, l'Académie des sciences a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. le professeur Lannelongue.

La section avait présenté les candidats dans l'ordre suivant : en première ligne, M. le professeur Charles Richet; en deuxième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Delorme, Lucas-Championnière, Le Dentu, Pozzi et Reclus.

Deux tours de scrutin ont été nécessaires.

Au premier tour, sur 59 votants, ont obtenu :

MM. Charles Richet........ 27 suffrages
Lucas-Championnière.. 25 —
Pozzi................ 4 —
Le Dentu............. 3 —
Reclus............... 1 —

Au second tour, sur 60 votants, ont obtenu :

MM. Lucas-Championnière.. 32 suffrages (Elu)
Charles Richet........ 26 —
Pozzi............... 2 —

Nous sommes particulièrement heureux du choix de l'Académie. Notre vénéré maître, M. Lucas-Championnière, est un des chirurgiens qui ont le plus honoré notre profession, et nul plus que lui n'était désigné pour représenter la chirurgie française à l'Institut.

COLLÈGE DE FRANCE. — L'assemblée générale des professeurs du collège de France a présenté au choix du ministre, pour la chaire d'histologie (ancienne chaire d'anatomie générale, rendue vacante, en novembre dernier, par la démission de M. Ranvier), en première ligne, M. le docteur Nageotte,

professeur à l'Ecole pratique des hautes-études; en deuxième ligne, M. le docteur Jolly, directeur adjoint à la même école.

Deux tours de scrutin ont été nécessaires. Au premier tour, MM. Nageotte et Jolly ont obtenu chacun 15 voix. Au deuxième tour, M. Nageotte a obtenu 18 voix et M. Jolly 15.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — PERSONNEL MÉDICAL DES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS. — Article 1er. — L'article 16 du décret du 2 février 1910 (voir *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 30, p. 419) est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Les médecins adjoints, sauf ceux qui ont été rétrogradés du poste de directeur médecin ou de médecin en chef par application des dispositions de l'article suivant ou dont la promotion se trouve retardée à titre de mesure disciplinaire conformément au même article, sont nommés à l'ancienneté aux postes de directeurs médecins ou de médecins en chef.

Le point de départ de l'ancienneté dans le grade de médecin adjoint est déterminé, pour les médecins d'un même concours, par le rang d'admission à ce concours. Toutefois, le médecin qui, dans le délai d'un mois après la proclamation des résultats du concours, n'aurait pas pris possession d'un des postes qui lui ont été offerts, perd le droit aux avantages que lui confère son rang d'admission. Cette disposition est applicable à partir du concours de 1913.

Les dispositions spéciales de l'arrêté du 11 septembre 1907 concernant le personnel des médecins des asiles de la Seine, restent provisoirement en vigueur. »

Art. 2. — Le paragraphe 6 de l'article 18 du décret du 2 février 1910 est supprimé et remplacé par la disposition suivante :

« Trois directeurs médecins ou médecins en chef élus pour trois ans par leurs collègues, qui sont en outre appelés à élire un suppléant. »

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 8 mars 1912 :

Médecin principal de première classe. — M. Sanglé-Ferrière est nommé médecin chef des salles milit. de l'hospice mixte de Limoges.

Médecin principal de deuxième classe. — M. Brisse Saint-Macary est nommé médecin chef de l'hôpit. milit. de Bordeaux.

Médecin-major de première classe. — M. Garret passe au 2e d'inf.

Médecin aide-major de première classe. — M. Charton passe au 128e d'inf.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Saulnier passe au 15e chass. à cheval; Ballet, aux hôpit. de la division d'Oran.

POUR L'AVIATION. — La réunion que nous avons annoncée dans notre dernier numéro a eu lieu lundi soir à l'hôtel des Sociétés savantes.

Après une allocution de M. le docteur Reymond, sénateur de la Loire et président du Comité national de l'aviation, un comité médical de l'aviation a été constitué.

Il est ainsi composé : président d'honneur, M. le docteur Reymond; membres : MM. les docteurs Paul Guillon, d'Ayrenx, de Pradel, Bellencontre, Tollemer, Darras, Levassort, Chapon, Regnault, Lucien Nass, Siredey, Bazy, Renon, Hartmann, Ferrand, chirurgien dentiste, un étudiant représentant le groupement médical de l'Association générale des étudiants et un représentant de la corporative; secrétaire, M. le docteur Lepaître. Le bureau sera incessamment formé, ainsi qu'un comité d'honneur et un appel sera adressé à tous les médecins de France.

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE *du 17 mars 1912.* — Ordre du jour : 1° Allocution du président.

2° Rapport du secrétaire général.

3° Répression de l'exercice illégal (rapport du docteur Acheray).

4° Projet de la Commission des finances au sujet de la caisse de défense professionnelle (M. de Spéville, rapporteur).

5° Rôle du médecin dans les dispensaires (MM. d'Ayrenx et Barbier, rapporteurs).

6° Double certificat initial dans les accidents du travail, et revision de la loi de 1898 (M. Régis, rapporteur).

7° Election de cinq membres du Conseil.

8° Nomination du conseil de famille.

L'AGE DES PARISIENS. — D'après le recensement du 5 mars 1911, les 2847229 personnes qui constituent la population de fait de la capitale se répartissent en 1337121 hommes et 1510108 femmes. Le nombre des Parisiennes dépasse donc de 172987 celui des Parisiens.

Au point de vue de l'âge, le recensement a fourni les indications suivantes : 34529 habitants avaient, le 5 mars 1911, moins de un an; 130100, de un à quatre ans; 555913, de cinq à dix-neuf ans; 1202415, de vingt à trente-neuf ans; 690341, de quarante à cinquante-neuf ans; 224620 étaient âgés de plus de soixante ans. On n'avait pas de renseignements pour 9311 personnes.

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS (HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES, 149, rue de Sèvres.) — *Conférences d'hygiène infantile*, par M. P. NOBÉCOURT, agrégé (les lundis matins, à dix heures et demie). — 18 mars : Consultations de nourrissons. Gouttes de lait. — 25 mars : Crèches. Pouponnières. — 22 avril : Rôle du médecin scolaire. L'enfant à la période scolaire. — 29 avril : Hygiène des locaux scolaires. Mobilier scolaire. — 6 mai : Hygiène physique de l'écolier. — 13 mai : Hygiène intellectuelle de l'écolier. — 20 mai : Ecoles de plein air. Colonies scolaires. Collèges climatiques. — 3 juin : Les anormaux psychiques. — 10 et 17 juin : Prophylaxie des maladies infectieuses dans les écoles et dans les crèches. — 24 juin : Protection de l'enfant dans l'industrie.

HOTEL-DIEU (service du docteur CAUSSADE). — Le docteur G. Leven fera une leçon sur la syphilis gastrique (formes, fréquence, traitement), le jeudi 21 mars, à dix heures quarante-cinq, salle Sainte-Monique.

CONFÉRENCES PRATIQUES DE PSYCHIATRIE ÉLÉMENTAIRE (hospice de Bicêtre. Docteur J. ROUBINOVITCH). — M. le docteur J. Roubinovitch, médecin de l'hospice de Bicêtre, continuera en mars, avril, mai et juin 1912, à diriger dans son service, tous les mardis, jeudis et samedis, de neuf heures et demie à onze heures et demie du matin, des exercices pratiques individuels de psychiatrie, à l'usage des étudiants et des docteurs désireux d'acquérir les notions élémentaires de pathologie mentale.

Programme des exercices. — 1° Interrogatoire et examen des malades (adultes et enfants) atteints d'affections ou d'anomalies mentales et nerveuses;

2° Discussion du diagnostic, des indications thérapeutiques, médico-pédagogiques et médico-légales;

3° Rédaction de consultations, de certificats et de rapports médico-légaux.

Nota. — Pour suivre ces exercices, il est nécessaire de s'inscrire à Bicêtre, dans le cabinet de consultation du chef de service.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Atlas de Rœntgen-Diagnostic, par le docteur Ch. BLES, de l'Université d'Amsterdam. 1 beau volume in-4° raisin, cartonné toile, tête dorée, de 96 planches renfermant la reproduction grandeur naturelle de 258 radiographies. — Prix : 30 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Précis de thérapeutique et de pharmacologie, par A. RICHAUD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, docteur ès sciences. 2e édition, revue et mise au courant. 1 volume in-8° de la Collection de Précis médicaux, de XXXIV-984 pages, avec figures, cartonné toile souple. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

Traité de thérapeutique, par A. MANQUAT, membre de l'Académie de médecine. 3 volumes in-8 de 600 pages. Chaque volume se vend séparément. — Prix : broché, 10 francs; relié maroquin souple, 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Régime de l'enfant, par le docteur René COÜETOUX. In-18 jésus de 80 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin et fils.

L'OPPOSITION SEXUELLE
DU SOMA ET DU GERMEN

Par M. J. LAUMONIER.

Certains individus éprouvent de l'attirance génitale pour les personnes de leur sexe. On les appelle homosexuels, invertis, uranistes, etc. Jusqu'ici l'opinion générale avait été sévère pour cette déviation regardée comme essentiellement morale, mais, dernièrement, des psychologues et des sociologues, W. James, Havelock Ellis, E. Carpenter, E. Westermack, etc., ont prétendu, sinon la réhabiliter, du moins la ramener à une affaire de goût et d'esthétique qu'on ne saurait avoir le droit de blâmer sous prétexte qu'elle est l'apanage d'une minorité. Quoique élégante, la thèse est paradoxale et non sans analogie avec celle de l' « artistisme » de la tuberculose que soutenaient les romantiques. La fonction des organes génitaux est la reproduction de l'individu et la conservation de l'espèce ; la mettre dans l'impossibilité, par la manière dont elle est remplie, d'atteindre ce double but, constitue une anomalie et parfois une maladie. Aucune autre interprétation n'est soutenable, au moins par des arguments de raison. Tenons-nous en donc là. Mais alors la question se pose de savoir en quoi consistent ces troubles et quelle en est l'origine.

Westphal a défini l'inverti : « Une personne qui se *sent* étrangère au sexe auquel elle appartient. » Cet auteur admettait en effet que, au sexe somatique attesté par la nature des organes génitaux, se superposent certaines dispositions, tendances et affinités d'ordre psychique, se referant au besoin génital et constituant une sorte de sexe moral. D'ordinaire, le sexe moral ou psychique et le sexe somatique sont de même signe ; mais il peut se faire aussi qu'ils soient de signes contraires ; c'est le cas pour les homosexuels, l'état psychique jouant souvent un rôle capital dans le mode de satisfaction du besoin génital. Cette opposition entre le sexe psychique et le sexe somatique, qui rend compte de l'inversion, se justifie-t-elle, objectivement, par quelque chose d'appréciable, anomalies structurales ou modifications corrélatives ?

En ce qui concerne le premier point, nous ne savons rien de précis. La théorie de Mantegazza, qui invoque un déplacement de trajets nerveux, celle de Krafft-Ebing, fondée sur le voisinage, dans le cerveau, de la sphère génitale et de la sphère olfactive et sur les relations constatées entre les impressions odorantes et l'excitation sexuelle, ne s'appuient, jusqu'à présent et à ma connaissance, sur aucun document certain. Quant à l'hypothèse de Magnan et de Gley, laquelle suppose qu'il y a des cerveaux d'hommes à *fonctionnement féminin* et réciproquement, elle se rattache à celle de Westphal et demeure surtout d'ordre psychologique ; elle n'explique les traits du caractère, les goûts, les tendances, observés chez les invertis, que par une pétition de principes qu'il s'agirait avant tout de justifier. En résumé, s'il y a un substratum anatomique ou histochimique à la déviation sexuelle du système nerveux, du psychisme, nous ne le connaissons pas actuellement.

Il n'en est pas de même des modifications corrélatives en opposition avec le sexe des glandes génitales. Les auteurs allemands, et Krafft-Ebing en particulier, ont cité des cas d'effémination des formes, développement des seins, défaut de pilosité, effacement de la « pomme d'Adam », petitesse des extrémités, etc., chez les invertis, et, chez les tribades et les viragos, l'étroitesse du bassin, l'atrophie des glandes mammaires, l'accentuation de la musculature, la prédominance du type respiratoire abdominal, etc. J'ai moi-même rapporté le cas d'un uraniste qui, depuis l'âge de dix-sept ans, éprouvait tous les mois des malaises, maux de tête, courbature lombaire, avec hyperthermie légère, et épistaxis spontanées et assez abondantes (1). Ces faits ne sont, je crois, niés par personne, mais l'on cesse de s'entendre quand il s'agit de la signification exacte qu'il convient de leur donner.

Deux écoles sont en présence. L'école française, avec F. Raymond et Pierre Janet, déclare que l'homo sexualité est toujours *acquise* et représente une forme de l'idée obsédante à point de départ génital. Les modifications corporelles que l'on y observe sont donc secondaires et, pour ainsi dire, artificielles ; elles résultent de ceci que les uranistes se *croient* femmes (ou inversement) et s'efforcent en conséquence de leur ressembler en tout et pour tout. Au contraire, l'école allemende, Krafft-Ebing et A. Moll, soutiennent que l'inversion est souvent congénitale, et que, dans ce cas, les modifications corrélatives sont antérieures aux habitudes, lesquelles ne font parfois qu'accentuer leur relief. Qui a raison, des Français ou des Allemands ? Il est très difficile d'en juger, parce que les modifications corrélatives sont tardives, n'apparaissent qu'après la mise en activité des glandes génitales. L'homosexualité des enfants n'existe pas, ne peut pas exister somatiquement ; il n'y en a que l'apparence psychologique, facile à expliquer par leur état mental, émotif et affectif. Dès lors, comment savoir si les modifications, d'ailleurs inconstantes et d'ampleur variable, qui se montrent après la nubilité, chez les invertis, sont dues à des caractères congénitaux latents devenus manifestes ou à l'influence de simples habitudes surajoutées ? Aussi contentons-nous, pour le moment, de noter que les patientes recherches de l'une et l'autre école tendent à substituer, chez les invertis, à l'antagonisme sexuel de l'âme et du corps total, imaginé par Westphal, une opposition plus formelle entre le sexe, d'une part des glandes génitales effectives, et d'autre part du corps et de l'esprit.

Hirschfeld (2) a beaucoup contribué à préciser cette notion en analysant et dissociant les éléments que nous synthétisons sous l'appellation de sexe. Ces éléments ou caractères sexuels peuvent se grou-

(1) J. Laumonier. L'inversion sexuelle, *Bull. de thérap.*, 23 et 30 août 1906.

(2) Hirschfeld. Les types sexuels intermédiaires, *Revue des idées*, 16 déc. 1910.

per en quatre catégories : les caractères primaires ou fondamentaux, représentés par les glandes génitales ; les caractères secondaires, par les organes et fonctions complémentaires, glandes mammaires, etc., et les caractères tertiaires et quaternaires par les modalités individuelles de l'instinct génital et les tendances du psychisme sexuel. Or, Hirschfeld a montré que, si on examine minutieusement à ce point de vue une série quelconque d'individus, on s'aperçoit que, parfois les caractères secondaires, assez souvent les caractères tertiaires et quaternaires ne sont pas tous du même signe que les glandes génitales. De là résultent des types sexuels intermédiaires (sexuelle Zwischenstufen), ou *ambigus*, comme dit Simae, dans lesquels le sexe hésite et se contredit, et qui, bien plus nombreux qu'on le croit, fournissent naturellement à l'homosexualité le contingent de ses victimes.

Mais des types sexuels intermédiaires, isolés par Hirschfeld, nous pouvons rapprocher d'autres types, non moins intéressants, bien que placés en dehors du cadre de l'inversion : la femme à la ménopause ou ovariotomisée jeune ; le castrat, qui tend avec l'âge à ressembler, somatiquement et psychiquement, à une vieille femme ; le dégénéré infantile cryptorchide ou microrchide, et surtout l'enfant avant la nubilité, quelle que soit la nature de ses organes génitaux. Toutefois, une différence est à souligner : chez ces derniers types, l'absence des hormones génitales, qui tiennent sous leur dépendance, d'après les idées actuelles, la production des caractères sexuels secondaires et autres, et chez ceux d'Hirschfeld au contraire, l'intégrité apparente des glandes génitales et, par conséquent, l'activité vraisemblable de leurs hormones. La différence est-elle réelle ? Il est permis d'en douter. Le jeune castrat ressemble plus à une femme, de toute manière, qu'aucun inverti, même supposé congénital. Si donc la suppression des hormones génitales tend à déterminer, comme l'homosexualité, l'apparition de caractères du sexe opposé, on doit supposer que, dans l'homosexualité, ces hormones sont aussi, sans qu'on s'en doute, insuffisantes, soit en qualité, soit en quantité, pour imprégner tous les éléments du soma et masquer ses tendances propres et sexuellement contraires.

Ainsi se dégage et se précise peu à peu cette idée de l'opposition sexuelle totale entre le soma et le germen, que Weissmann et de Vries ont indiqué d'une manière un peu obscure, mais que Klotz (de Paris) a nettement formulée de la manière suivante : « Notre corps est du sexe opposé à celui de nos glandes génitales (1). »

Il est curieux de constater que les recherches récentes de R. Robinson (2) semblent apporter à cette formule une vérification indirecte. Cet auteur a découvert que le sexe de l'enfant est masculin quand le fonctionnement des surrénales des femmes enceintes est bon, c'est-à-dire quand on trouve de l'adrénaline dans le sang ; il est féminin dans le cas contraire. Dans l'hypothèse de l'opposition sexuelle, cela signifie que, à un bon fonctionnement des surrénales, est liée la coexistence d'un soma féminin et d'un germen masculin. Or, chez les femmes qui ont présenté pendant la vie certains attributs masculins, pilosité, moustaches, etc., l'autopsie révèle des altérations des surrénales. L'insuffisance adrénalinique est donc un phénomène comparable à l'insuffisance des hormones génitales, puisqu'elle permet au soma masculin de la femme d'extérioriser quelques-unes de ses propriétés.

Quelque modernisées que soient ces idées, elles ont leur source dans la vieille conception de l'hermaphrodisme primitif, en vertu de laquelle tous les êtres sont porteurs des deux sexes, mais peuvent souvent n'en manifester qu'un seul. Beaucoup d'animaux, en effet, sont réellement hermaphrodites ; on peut citer comme occupant une place à part les insectes et les crustacés *gynandromorphes*, qui sont extérieurement mi-partie mâles, mi-partie femelles ou présentent une mosaïque compliquée des caractères des deux sexes, avec soit exclusivement des testicules, soit exclusivement des ovaires, soit encore un testicule dans la partie mâle et un ovaire dans la partie femelle. Cependant, hors le cas où les deux espèces de glandes génitales sont portées par le même individu, l'hermaphrodisme originel ne semble guère, biologiquement, acceptable. Considérons, par exemple, un crabe mâle, qui, parasité par la sacculine, a pris certains caractères sexuels femelles, bien que ses testicules continuent à produire des spermatozoïdes vivants et actifs. On nous dit que l'action du parasite a mis en évidence des caractères sexuels jusque-là latents. N'est-il pas plus simple de supposer que les modifications survenues traduisent la réaction somatique à l'influence parasitaire ? Comment admettre que les parasites, certains traumatismes (cas de Blasius), des poisons, l'adrénaline, qui n'ont rien de commun avec les hormones génitales, soient capables de déterminer l'apparition de caractères *sexuels* antagonistes ?

En réalité, le soma est indifférent, au même titre que l'ovule, qui ne reçoit son sexe, au moment de la fécondation, que du seul spermatozoïde. Toutefois les glandes génitales, qui constituent de véritables parasites, provoquent en lui, par les sécrétions qu'elles versent dans le milieu intérieur, des modifications réactionnelles, corrélatives, que nous appelons, à cause de ces relations, caractères sexuels *secondaires*. Ces modifications s'écartent de l'indifférence en sens contraire (par suite de leurs qualités chimiques complémentaires), et tout ce qui altère la production ou l'effet des hormones génitales tend à les atténuer, à les ramener au type neutre intermédiaire ; il en résulte donc un retour apparent vers les caractères du sexe opposé. L'homme le plus efféminé ne reproduit nullement les formes réelles correspondantes de la femme normale, mais il s'en éloigne moins que l'homme normal, et c'est ce qui nous induit en erreur. Il n'y a donc point opposition sexuelle entre le soma et le germen ; le soma réagit au sexe sans être sexué lui-même, comme la rétine réagit à la lumière sans être lumineuse. Il réagit

(1) Klotz. Quelques hypothèses sur la cellule et le sexe, *Soc. de méd. de Paris*, 8 mai 1910.

(2) R. Robinson. *C. r. de l'Acad. des sc.*, 20 nov. 1911.

violemment, complètement, quand le sexe est fort, médiocrement quand il est faible, et donne alors, dans cette dernière occurrence, ces caractères ambigus, voisins de l'indifférence, que l'on observe chez les invertis, les castrats, les dégénérés infantiles. Je ne puis mentionner ici les preuves que la karyogamie, le bourgeonnement, la parthénogénèse, la fécondation chimique et les conditions de la détermination du sexe apportent à cette théorie, car mon but, en la rappelant, était surtout de montrer qu'elle explique plus simplement que l'hypothèse de l'opposition les retentissements somatiques de la castration naturelle ou artificielle et les divers aspects cliniques de l'homosexualité.

LE SÉRO DE WRIGHT
CONSERVE SA VALEUR DIAGNOSTIQUE

Par A. ROUSLACROIX,

Chef du laboratoire des cliniques à l'École de médecine de Marseille, Médecin des hôpitaux.

Attaqué depuis quelques mois de divers côtés, le séro-diagnostic de la mélitococcie ne jouit pas précisément d'une bonne presse et j'aurais désiré entendre une voix plus autorisée que la mienne prendre sa défense et lui rendre le prestige auquel il a légitimement droit. On est, en effet, surpris de la pauvreté des arguments qui lui sont opposés et vraiment, si la séro-réaction de Widal, dont nul ne songe à contester les éminents services, avait rencontré de pareils adversaires, elle aurait risqué de succomber injustement sous leurs coups.

Ne voit-on pas que l'agglutination du bacille d'Eberth, comme d'ailleurs celle de la plupart des espèces microbiennes, ne présente pas de valeur spécifique aux taux faibles de 1/20, 1/30? Ne connaît-on pas les variations d'aptitude bio-chimique que peut présenter, après repiquages successifs, une même culture du microbe : perte du pouvoir d'agglutination, agglutination par les sérums normaux, par l'eau salée, agglutination spontanée, etc. ?

Ce sont là autant d'écueils que le bactériologiste doit connaître et savoir éviter, autant de causes d'erreur dont l'interprétation scientifique est encore entourée d'obscurités, mais qui ne permettent en rien de révoquer en doute la valeur du séro de Widal au point de vue diagnostic de la fièvre typhoïde.

Le séro de Wright, d'abord écrasé sous le titre retentissant de l'article de MM. Euzière et Roger (*Gaz des hôp.*, 20 février 1912), se trouve heureusement réhabilité par les conclusions mêmes des auteurs; il ne semble pourtant pas inutile de venir à nouveau témoigner qu'il n'est point encore passé de la grandeur à la décadence et qu'il conserve tous ses droits à la première place dans le diagnostic de la mélitococcie.

Assurément, le point capital pour pratiquer le séro de Wright est d'avoir une culture *fraîche* et *authentique* de micrococcus melitensis. Cette affirmation, enfantine et superflue au premier abord, prend une grande importance si l'on réfléchit à la banalité des caractères morphologiques ou culturaux de ce microbe, et à l'absence complète de criterium permettant l'identification objective du germe.

Il pousse mal en bouillon peptoné, lentement sur gélose, alcalinise fortement les divers milieux, ne fait pas virer la teinture de tournesol, ne coagule pas le lait, etc., mais ces caractères d'ordre négatif n'offrent rien de pathognomonique.

D'autre part le développement difficile en bouillon et la rareté fréquente du microcoque dans le sang rendent l'hémoculture très délicate, souvent infructueuse. L'ensemencement du sang obtenu par ponction de la rate donne de meilleurs résultats.

De toutes façons, si l'on parvient par ces procédés à isoler un microcoque, le meilleur et presque le seul procédé pratique, que nous possédions pour l'identifier au micrococcus melitensis, consiste à vérifier son agglutination par un sérum antimélitococcique.

Si le germe est agglutiné, comme l'ont vu Euzière et Roger, par le sérum de malades dont la plupart ne pouvaient être suspectés de fièvre de Malte, il ne doit aucunement servir pour le séro-diagnostic, puisque son identification reste douteuse. Accepterait-on, comme méningocoque légitime, un coccus isolé sur gélose ascite, présentant vis-à-vis d'un sérum spécifique et des sérums les plus divers une pareille simultanéité d'agglutination?

Pour ma part, depuis trois ans environ, j'ai pratiqué un très grand nombre de séro de Wright avec deux cultures, l'une, provenant de l'Institut Pasteur, la seconde obtenue par hémoculture splénique (École de santé coloniale). Les résultats ont toujours été excellents et ont comporté une réelle valeur diagnostique.

En réalité, les divergences obtenues proviennent de différences d'appréciation ou de technique.

L'observation de l'agglutination sous le microscope est un phénomène intéressant au point de vue biologique; Nègre et Raynaud en ont déduit des résultats scientifiques importants (*C. r. de la Soc. de biol.*, 17 fév. 1912). Mais, appliquée au diagnostic clinique, elle peut entraîner de nombreuses erreurs. Euzière et Roger reconnaissent qu'elle doit être rejetée.

Il conviendra sans doute de faire une exception pour le procédé d'agglutination en gouttes sur lame dont notre distingué collègue et ami M. Costa n'a eu qu'à se louer (*Réunion biologique de Marseille*, 27 fév. 1912).

Actuellement, l'appréciation *macroscopique* de l'agglutination reste la meilleure façon de procéder.

A 1/50, la clarification totale de l'émulsion en cinq heures, à la température du laboratoire, m'a paru suffisante, dans la plupart des cas, pour porter le diagnostic de fièvre de Malte (*Soc. de biol.*, 17 mars 1911).

Cependant je dois reconnaître avoir eu deux fois à constater le phénomène dit *paradoxal*, c'est-à-dire agglutination moindre à 1/50 qu'à des taux plus élevés. Ce phénomène n'est pas l'apanage du micrococcus melitensis; il peut se produire pour l'émulsion de vibrion cholérique, ainsi que je l'ai remarqué

l'été dernier, étant détaché au laboratoire de la Santé ; il n'est d'ailleurs paradoxal qu'en apparence et provient de ce que les amas à 1/50 sont de petit volume et restent en suspension, sans se précipiter au fond du tube.

L'émulsion demeurant trouble on porterait alors un diagnostic négatif, alors que les dilutions supérieures montrent une agglutination intense.

Il convient donc de pousser la réaction jusqu'à 1/400, 1/500 ; pour cela II gouttes de sérum suffisent et voici la technique adoptée au laboratoire de l'Hôtel-Dieu :

1° Emulsionner avec soin IV öses de culture fraîche sur gélose dans 5 centimètres cubes environ d'eau salée physiologique à 7g5 p. 1000.

2° Dans un tube à hémolyse mettre en contact XLIX gouttes d'émulsion avec I goutte de sérum du malade (tube 1 à 1/50).

3° Faire ensuite dans un verre de montre une dilution à 1/10 (IX gouttes émulsion + I goutte sérum).

4° Pousser la réaction aux taux élevés avec les mélanges suivants :

Tube 2 à 1/100, XXVII gouttes émulsion + III gouttes dilution à 1/10 ;

Tube 3 à 1/200, XIX gouttes émulsion + I goutte dilution à 1/10 ;

Tube 4 à 1/300, XXIX gouttes émulsion + I goutte dilution à 1/10 ;

Et ainsi de suite. En tenant compte de III gouttes pour le mouillage de la pipette, on va facilement jusqu'à 1/500.

5° Joindre un tube témoin contenant de l'émulsion vierge de toute addition de sérum et laisser en contact vingt à vingt-quatre heures.

Dans ces conditions, l'appréciation de l'agglutination ne laisse place à aucun doute ; en admettant même que le tube 1 à 1/50 soit resté trouble, les autres se montrent complètement clairs, les micro-coques en grumeaux au fond ou sur les parois inférieures du petit récipient. Le témoin reste trouble ou n'offre qu'une sédimentation insignifiante.

Ainsi pratiqué, le séro de Wright me paraît toujours être le signe le plus simple permettant de porter rapidement un diagnostic de mélitococcie. Il constitue un symptôme constant et fidèle et je n'ai encore jamais eu l'occasion de constater, dans le cours de la maladie, sa disparition subite et momentanée que certains auteurs ont signalée.

Telles sont les raisons pour lesquelles, jusqu'à plus ample informé, les praticiens peuvent conserver toute leur confiance au séro-diagnostic de la fièvre de Malte. Cette épreuve de laboratoire possède à son actif des états de service qu'il serait injuste et dangereux de lui contester ; grâce à elle nos confrères sont à même de dépister facilement une maladie nouvelle dont les ravages menacent de s'étendre et qui nécessitera des mesures prophylactiques sérieuses.

Au début de l'année dernière, avec les docteurs Lieutier et Sivan, nous dénoncions une petite épidémie caprine et humaine sévissant à Brue-Auriac (Var) [*C. r. de la Soc. de biol.*, t. LXXI, p. 37]. L'abattage du troupeau contaminateur a fait disparaître le mal comme par enchantement.

Ne nous hâtons pas de détruire les idoles auxquelles nous avions foi.

MÉDECINE PRATIQUE

ORDONNANCES SCHÉMATIQUES POUR LE TRAITEMENT DES DIVERSES FORMES DE L'ARTHRITE BLENNORRAGIQUE

Nous empruntons au livre récent de MM. Paul Le Gendre et Alfred Martinet, la *Thérapeutique usuelle des maladies de la nutrition* (1), les ordonnances schématiques ci-dessous. Elles seront souvent utiles aux praticiens.

I. ARTHRITE BLENNORRAGIQUE SÉREUSE AIGUË. — A. *Traitement de l'urétrite causale.*

B. *Traitement local de l'arthrite.* — a. *Immobilisation* soignée de l'articulation malade en gouttière ouatée ou même avec un plâtre léger temporaire par-dessus un bon pansement ouaté. L'immobilisation ne sera pas prolongée trop longtemps par crainte d'ankylose, et *dès que les douleurs sont atténuées* il faut procéder à la mobilisation graduelle par très courtes séances quotidiennes.

b. Appliquer trois fois par jour sur l'articulation malade une cuillerée à soupe de ce liniment :

Acide salicylique	} *àà*	10 grammes
Essence de térébenthine		
Axonge		
Lanoline		80 —

Ou bien une couche d'*onguent napolitain belladoné.* Recouvrir d'ouate et de taffetas gommé.

c. En cas de *grandes douleurs* recourir aux *cataplasmes de glace*, c'est-à-dire à des fragments de glace dans un cataplasme froid de farine de lin. A la rigueur s'adresser à la morphine.

C. *Traitement interne.*

a. Salicylate de soude	20 grammes
Cognac vieux	40 —
Sirop des cinq racines	120 —
Julep simple .... Q. s. p.	300 cent. cubes

Quatre cuillers à soupe dans les vingt-quatre heures avec une tasse d'infusion diurétique (orge, chiendent, queues de cerises, etc.).

b. *Globules glutineux de bleu de méthylène titrés* à 0g05 : 2 à 4 par jour.

c. Régime lacté, boissons abondantes.

D. *Traitement spécifique.* — Dans les cas violents ou rebelles, on sera autorisé à tenter :

a. Une injection de 20 centimètres cubes de *sérum antiméningococcique de Wassermann.*

b. *Les injections répétées à doses progressives d'un stock-vaccin gonococcique.*

II. ARTHRITE BLENNORRAGIQUE SUPPURÉE OU AVEC MENACE DE SUPPURATION. — A. *Traitement de l'urétrite causale.*

B. *Traitement local.* — Tenter la *méthode de Bier* et les applications locales d'*onguent napolitain belladoné.*

C. *Traitement spécifique : sérum antiméningococcique de Wassermann* ou *stock-vaccin antigonococcique.*

En cas d'arthrite purulente avérée : *arthrotomie large avec lavage et drainage.*

III. ARTHRITE BLENNORRAGIQUE AVEC TENDANCE A L'ANKYLOSE. — A. *Traitement local* par séances méthodiques de :

(1) Un vol. de 429 pages. — Paris, Masson et Cie.

a. *Ionisation salicylique*, pôle négatif à l'articulation malade, intensité 40 à 80 milliampères, durée une demi-heure à une heure suivie de :
b. *Massage* (effleurage, pétrissage) suivi de :
c. *Mobilisation progressive* manuelle ou mécanique.
Accessoirement, dans l'intervalle :
a. *Faradisation* des muscles péri-articulaires.
b. *Bains de sable chaud* ou de lumière et chaleur, ou *bains sulfureux*.
c. Le soir : onctions, frictions avec du vasogène iodé.

B. *Traitement général* :

a. Arséniate de soude.......... 10 centigr.
Iodure de potassium......... 5 grammes
Eau distillée.............. 300 cent. cubes

Une cuillerée à soupe le *matin* et à *midi* au moment des repas.
b. Ultérieurement : saison à Dax ou Saint-Amand, Bourbonne ou Néris, Aix ou Luchon.

On trouvera dans le remarquable ouvrage de MM. Le Gendre et Martinet chacun des points de ces divers traitements expliqué et développé avec tous les détails nécessaires.

Nous ne dirons ici qu'un mot au sujet des injections de sérum antiméningococcique de Wassermann.

Cette méthode, basée sur l'affinité qui existe entre le gonocoque et le méningocoque, a été tentée surtout en Allemagne et en Roumanie. On pratique généralement quatre injections de 10 à 20 centimètres cubes chacune, à deux jours d'intervalle, dans les muscles de la région fessière. Les résultats paraissent favorables, et un certain nombre de cas rebelles ont guéri en huit à quinze jours. Il y a souvent des accidents sériques après la troisième ou quatrième injection. Plus le traitement est précoce et moindres sont, semble-t-il, les risques d'ankylose.

La sérothérapie antiméningococcique s'est jusqu'ici montrée plus efficace que la vaccinothérapie, mais il faut songer aux accidents possibles d'anaphylaxie, aussi les deux excellents cliniciens auxquels nous devons la *Thérapeutique usuelle des maladies de la nutrition* déconseillent-ils les injections multiples.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 12 MARS 1912)

Trois lectures faites au milieu du bruit des conversations, malgré les appels réitérés de M. le Président, devant quelques membres épars, puis une salle comble pour l'élection, au milieu du plus grand silence, d'un membre associé libre, tel est le bilan de cette séance qui n'est pas faite pour relever le prestige scientifique de notre première Société médicale.

Orchidopexie. — M. Monod analyse un travail de M. Walther sur un procédé d'orchidopexie qui, depuis une dizaine d'années, lui donne de très bons résultats. Ce procédé se décompose dans les sept temps suivants : 1° incision cutanée remontant jusqu'au canal inguinal et descendant sur le scrotum à deux travers de doigt au-dessous de la racine des bourses; 2° incision du canal de façon à bien libérer l'anneau inguinal; 3° libération complète du cordon, traction sur le paquet veineux et, au besoin, petites incisions libératrices; 4° cure radicale de la hernie; 5° effondrement du tissu cellulaire des bourses et incision de la cloison; 6° passage du testicule ectopié à travers la boutonnière de la cloison et suture de cette boutonnière; 7° suture de la peau.

M. Monod discute les divers temps de l'opération de M. Walther, la compare à d'autres procédés et conclut à l'efficacité du procédé de M. Walther.

De la vie alternante des tissus d'après les expériences de Carrel. — M. Pozzi, répondant à une question qui lui a été posée relativement au procédé de conservation des tissus employé par M. Carrel, donne des explications complémentaires sur ce procédé dans le plasma sanguin ou dans un sérum particulier.

Du murmure vésiculaire avant et après le traitement chirurgical de l'obstruction des fosses nasales. — M. Sieur lit, sur ce sujet, un travail d'où il résulte que l'obstruction des fosses nasales apporte un trouble dans la physiologie de la respiration pulmonaire. En levant l'obstruction nasale par une intervention appropriée, et en rétablissant la perméabilité du nez, on redonne au murmure vésiculaire son rythme régulier.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre associé libre. La liste de présentation portait : en première ligne, MM. Castex et Mesureur; en deuxième ligne, MM. Coudray et Valude ; en troisième ligne, MM. Cabanès et Sollier; adjoint par l'académie, M. Bertrand.

Au premier tour, le nombre des votants étant de 92, majorité 47, M. Mesureur obtient 43 suffrages; M. Castex, 19; M. Bertrand, 17; M. Valude, 13. Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité absolue, il est procédé à un second tour : nombre de votants 90, majorité 46. M. Mesureur obtient 54 suffrages; M. Castex, 25 ; M. Bertrand, 8; et M. Valude, 3.

En conséquence, M. Mesureur est proclamé élu.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 9 MARS 1912)

Influence de la bile sur les fermentations microbiennes. — M. Roger. Si la bile est incapable d'entraver le développement des bactéries, elle influence très notablement les fermentations microbiennes. C'est ce qu'on peut établir très facilement en opérant avec l'amidon.

Dans des tubes contenant de l'eau peptonée, l'auteur ajoute de l'eau amidonnée, du carbonate de chaux et des proportions variables de bile. Il ensemence avec des cultures polymicrobiennes, obtenues en semant des matières fécales dans de l'eau peptonée. Au moyen du réactif iodo-ioduré on peut suivre facilement les transformations de l'amidon. On constate ainsi que des doses élevées de bile (20 à 40 p. 100) favorisent considérablement l'action microbienne; en vingt-quatre ou quarante-huit heures, tout l'amidon a disparu, tandis que dans les tubes témoins il faut quatre ou cinq jours pour obtenir ce résultat. Au contraire, les faibles doses de bile (1 à 10 p. 100) retardent le processus; il faut dix et douze jours pour que l'amidon soit transformé.

Quand les putréfactions sont moins intenses, soit parce que les ensemencements sont pratiqués dans du bouillon sans peptone, soit parce que les liquides ne sont pas additionnés de carbonate de chaux, la transformation de l'amidon dans les tubes témoins est lente et incomplète. Dans les tubes additionnés de bile, elle se produit très régulièrement; c'est l'action activante qui est manifeste.

Influence de la voie d'administration sur la production des vomissements chez le pigeon. — Sous l'influence du chlorure de baryum, de la quinine, de la strophantine et de la convallamarine, les vomissements se produisent avec des doses plus faibles par la voie musculaire que par la voie gastrique. Le docteur Maurel fait donc remarquer que les vomissements ne sont pas dus à une action de contact; et il rapproche ces vomissements des flux intestinaux qui se produisent dans les mêmes conditions; de sorte qu'à côté des

diarrhées d'élimination, il y aurait ainsi des *vomissements d'élimination*.

Les substances chimiques solubles peuvent-elles être éliminées par l'intestin? — MM. Breton, Bruyant et Mézie. Chez les cobayes *sains*, les substances chimiques injectées dans la circulation sanguine ne peuvent généralement pas être décelées dans le contenu intestinal par les procédés ordinaires de recherche et dans les limites de temps indiquées. La seule exception notée, celle du chlorure de lithium, peut aisément s'expliquer par l'extrême sensibilité de la méthode spectroscopique. On peut donc en conclure que chez le cobaye *sain* la voie biliaire ne joue qu'un très faible rôle et la voie intestinale un rôle d'importance encore plus négligeable dans l'élimination des substances solubles introduites dans la circulation. Ces substances solubles s'éliminent surtout par l'urine.

Pouvoir hémolytique de l'extrait de rate. — MM. Achard, Foix et Salin ont cherché si certaines conditions de technique n'expliqueraient pas les résultats contradictoires obtenus par les divers observateurs en ce qui concerne le pouvoir hémolytique de la rate normale.

Dans leurs expériences, l'extrait splénique de chien, fraîchement préparé, s'est montré toujours inactif pour les globules de même espèce. Au bout de quarante-huit heures il a produit une hémolyse faible et sans rapport avec la quantité des globules. Cette hémolyse n'était pas due à une véritable hémolysine, car elle n'était pas influencée par le chauffage à 55 degrés ni par l'addition de complément. De plus, l'extrait devenu hémolytique était fortement acide et renfermait des microbes.

Deux extraits furent alors préparés avec la même rate : l'un d'une manière rigoureusement aseptique; l'autre sans précautions spéciales. De ce dernier, une partie fut mise à la glacière, l'autre dans l'étuve à 37 degrés. L'extrait aseptique au bout de trois jours était resté inactif. L'extrait septique de la glacière devint légèrement hémolytique après deux jours et fortement au bout de trois. Quant à l'extrait septique de l'étuve, il était hémolytique dès le lendemain.

La septicité de l'extrait splénique paraît donc jouer un rôle dans son pouvoir hémolytique.

Action physiologique comparée de la nicotine et de la nicotéine. — M. Charles Fleig (de Montpellier) a étudié l'action physiologique comparative de la *nicotine* et du principal alcaloïde accessoire du tabac, la *nicotéine* de Pictet et Rotschy, en particulier au point de vue cardio-vasculaire.

Sur le cœur de mammifère perfusé en circulation coronaire avec du liquide de Locke, la nicotéine provoque qualitativement les mêmes modifications que la nicotine: ralentissement ou arrêt du cœur en diastole (suivant les doses), puis accélération avec augmentation d'amplitude considérable, enfin diminution d'amplitude consécutive. Mais pour des doses égales d'alcaloïde, les modifications cardiaques sont beaucoup moins accusées avec la nicotéine qu'avec la nicotine. Après atropinisation, le ralentissement n'a plus lieu, mais l'accélération persiste seule avec l'augmentation d'amplitude.

L'action sur la pression sanguine et les vasomoteurs est encore pour la nicotéine qualitativement la même que pour la nicotine et le mécanisme identique (persistance de l'effet hypertenseur et vasoconstricteur après section sous-bulbaire de la moelle et même après destruction complète de cette dernière) ; mais l'intensité des phénomènes est nettement moins marquée avec la nicotéine qu'avec la nicotine.

Avis. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

ANALYSES

MÉDECINE

L'hydrémie des brightiques et des cardiaques œdémateux. (E. Vaucher, Thèse de Paris, 1911. J. Rousset, édit.) — Dans cet important travail, entrepris sous la direction du professeur Widal, M. Vaucher a recherché si, chez les brightiques et les cardiaques atteints d'œdème, il existait de l'hydrémie, c'est-à-dire si la masse liquide du sang était augmentée.

Pour apprécier le degré de dilution ou de concentration du sang, et par conséquent pour mesurer l'hydrémie, l'auteur a employé la *méthode réfractométrique ;* en évaluant la réfraction que subit un rayon lumineux passant à travers un sérum sanguin, on peut connaître la quantité d'albumine contenue dans ce sérum ; or, comme la quantité totale des albumines en incubation dans le sang reste à peu près invariable, il est facile de savoir si la quantité d'eau a augmenté ou diminué dans le sang, par le rapport de l'albumine à la masse sanguine.

Cette méthode relativement simple ne nécessite qu'une prise de sang au bout du doigt, ce qui permet de faire, pendant une longue période, des examens quotidiens.

Chez les malades hydropiques, on peut donc apprécier par les balances le degré d'infiltration des tissus, et, parallèlement, à l'aide du réfractomètre de Pulfrich, se rendre compte du degré de l'hydrémie en mesurant le taux de la dilution sanguine. L'infiltration du tissu cellulaire s'accompagne chez les malades œdémateux chlorurémiques (brightiques et cardiaques) d'une dilution sanguine proportionnelle à l'intensité des œdèmes. A l'œdème des tissus correspond l'œdème du sang. Au contraire, la rétention azotée des brightiques azotémiques ne provoque ni œdème du sang ni œdème du tissu cellulaire.

Au moment de la diminution des œdèmes, le sang se concentre en même temps que le poids du malade s'abaisse. Aux variations de poids correspondent des variations de la couche de dilution sanguine. Le plus souvent, c'est la chute du poids qui survient la première et précède de quelques jours la concentration du sang. La balance annonce donc la déshydratation avant le réfractomètre ; il est d'ailleurs plus facile de peser un malade que de chercher chaque jour l'hydrémie.

La méthode réfractométrique permet encore d'apprécier les résultats donnés par l'emploi de la digitale et de la théobromine chez les cardiaques et les brightiques œdémateux. Elle fournit enfin des indications chez ces mêmes malades soumis à la cure de déchloruration : soit un malade déchloruré, revenu à son poids normal et remis à une alimentation salée, on peut voir le poids remonter ou par réhydratation, conséquence de la chlorurie alimentaire, ou par engraissement chez ce malade libéré de ses œdèmes; dans le premier cas, le réfractomètre permet d'affirmer un retour d'hydropisie et impose l'obligation de revenir au régime déchloruré ; dans le second la courbe réfractométrique oscille entre les chiffres normaux, par conséquent le malade engraisse sans œdèmes et peut continuer l'alimentation salée.

Il est facile de se rendre compte, par cette courte analyse de la thèse de M. Vaucher, que l'étude de l'hydrémie chez les brightiques et les cardiaques présente une réelle utilité. Ainsi se complètent et se précisent peu à peu les données nouvelles qui, depuis quelques années, nous ont fait mieux connaître la physiologie pathologique des œdèmes, et nous permettent aujourd'hui de mieux soigner les malades atteints d'affections rénales et cardiaques. M. Brelet.

MÉDECINE INFANTILE

Exanthèmes après vaccination chez les enfants. (Mme Mahilde de Biehler, de Varsovie. *Arch. de méd. des enfants*, avril 1911.) — Von Pirquet qui, le premier, étudia d'une manière suivie ces exanthèmes, les rapproche de ceux que l'on observe après une injection de sérum : c'est à une conclusion

analogue que l'auteur de cette importante étude arrive; en effet, les symptômes que l'on observe à la suite d'injection de sérum comme de vaccination se résument en un léger mouvement fébrile, quelques douleurs articulaires, de l'albuminurie et des œdèmes, enfin des exanthèmes, du prurit et, dans la plupart des cas, une leucopénie assez nette.

A la suite de vaccination, c'est, comme à la suite de la piqûre de sérum, également au niveau de la piqûre qu'apparaissent les premiers symptômes. La pathogénie de ces accidents, difficile à préciser, est encore assez obscure. Pour von Pirquet, tous ces accidents dépendraient de l'apparition dans le sang de substances virulentes se formant par la réunion de la lymphe avec les anticorps spécifiques.

La réaction post-vaccinale est souvent accélérée au cours d'une revaccination.

Il n'existe pas de traitement de ces accidents : on calme les démangeaisons par des frictions à l'alcool salicylé à 1 p. 100 ou mentholé. L. BABONNEIX.

OBSTÉTRIQUE

Grossesse dans un utérus double. (KLAGES. *Centralb. f. Gynækol.*, XXXV, n° 25, 24 juin 1911.) — **Grossesse gémellaire dans un utérus bicorne.** (PHELPS G. HURFORD. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, vol. LVII, n° 18, 28 oct. 1911, p. 1450.) — **Grossesse gémellaire dans un utérus double.** (A. E. ACHER. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, vol. LVII, n° 3, 15 juillet 1911, p. 213.) — Dans le cas d'Acher, femme de trente-sept ans, six accouchements antérieurs, quatre fausses couches, un curettage, sans qu'on ait découvert rien d'anormal. Deux cols, deux utérus distincts, deux enfants vivants.

Dans le cas de Hurford, femme de trente-quatre ans, deux accouchements antérieurs, tous deux prématurés. A un troisième, prématuré également, un enfant vivant et un mort, extraits par version. Un seul col, utérus divisé jusqu'au col par un septum médian. Très profonde échancrure du fond.

Cas de Klages : diagnostic de grossesse extra-utérine. A l'opération, on trouve que la tumeur para-utérine est l'autre moitié d'un utérus double. Un seul col. Guérison sans interruption de la grossesse.

Dans aucun de ces trois cas, le diagnostic n'avait été fait d'avance. F. GARDNER.

Utérus bicorne à grossesses multiples. (LAUWERS et F. DAELS. *Procès-verbaux de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 30 sept. 1911.) — Il s'agissait d'un utérus bicorne, dont les deux cornes étaient gravides au moment de l'intervention. La corne principale (droite), allongée, mollasse, munie à son sommet d'une trompe et d'un ovaire normaux, contenait un fœtus vivant, à six mois. La corne accessoire (gauche), sphénoïdale, dure, renfermait à la fois dans sa cavité un fœtus à terme, mort depuis onze mois, et dans sa paroi supérieure un petit fœtus à deux mois et demi.

Abstraction faite de la présence de ce fœtus papyraceus, le diagnostic avait été posé, grâce à un commémoratif très précis et à un examen minutieux.

L'opération suivie de guérison consista dans la résection de la corne gauche. Trois mois plus tard, l'opérée accoucha d'un enfant vivant, bien conditionné.

L'examen, pratiqué par M. Daels, de la pièce enlevée, révéla les particularités suivantes : le pédicule d'union entre les deux cornes était musculeux, compact, sans aucune trace de canalisation; la trompe, sectionnée au cours de l'opération, pénétrait par la paroi postérieure; l'ovaire, très allongé, étalé sur la paroi inférieure, présentait un volumineux corps jaune. L'ovule fécondé de la corne rudimentaire provenait donc de cet ovaire. Quant au spermatozoïde, il a dû remonter par la corne utérine droite et voyager par le péritoine pour pénétrer, avant ou après fécondation, dans la corne accessoire. Le placenta était inséré dans la partie inférieure de la corne utérine. L. GAYARD.

HYGIÈNE SOCIALE

La lutte contre la tuberculose dans le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande. (Maurice GUERBET. Th. de Paris, Jouve et Cie.) — Cette thèse est le résultat d'une mission confiée à l'auteur pour étudier dans le Royaume-Uni les mesures employées pour lutter contre l'extension de la tuberculose.

L'auteur a étudié successivement *comme mesures directes*, la législation, la déclaration de la maladie, l'hospitalisation des tuberculeux, les sanatoriums, les dispensaires; *comme mesures indirectes*, la surveillance des laits, l'inspection médicale des écoles, les écoles en plein air, le problème de l'habitation hygiénique, les efforts des mutualités et des associations. De cette étude, il résulte qu'en vingt ans l'Angleterre a vu sa mortalité par tuberculose s'abaisser de 49 p. 100, l'Ecosse de 35 p. 100, l'Irlande de 20 p. 100. Ces proportions ont pu atteindre 40 et 50 p. 100 dans les grandes villes telles que Londres et Edimbourg. Si l'on compare ces chiffres aux statistiques françaises, on trouve que 130 décès par tuberculose en Angleterre correspondent à 220 dans notre pays. Bien plus, tandis que le rapport entre la mortalité par tuberculose pulmonaire et la mortalité générale est de 9 p. 100 à Londres, cette proportion atteint 20 p. 100 à Paris. Et cependant les conditions climatiques sont plus défavorables en Angleterre, la population des centres industriels y est plus dense qu'en France, la misère y est plus cruelle.

Pour M. Guerbet, les résultats obtenus sont attribuables aux mesures prises, dont plusieurs pourront être efficacement mises en œuvre dans notre pays. Telles sont la déclaration obligatoire de la tuberculose pulmonaire chez les malades assistés, l'isolement des écoliers tuberculeux, la surveillance des laits, la reconstruction des quartiers insalubres, la création de *garden-cities*. On sait qu'on appelle ainsi des villes ou villages établis sur un plan préconçu, composé de cottages entourés de jardins, de boutiques, quelquefois d'une ou plusieurs usines, de bâtiments communs, de terrains de jeux, etc.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

THÉRAPEUTIQUE

Sur l'élimination des sels de quinine et en particulier du tannate de quinine. (André GUILLAUMIN. Société de thérapeutique, séance du 10 janvier 1912.) — On sait que l'absorption et l'élimination des sels de quinine varient suivant leur constitution chimique et leur mode d'administration. Ainsi, tandis que certains commencent à apparaître dans les urines trente minutes et même quinze minutes après qu'ils ont été ingérés, le tannate ne peut être décelé qu'au bout de plusieurs heures, et son élimination s'effectue très lentement.

Dans cette course des sels de quinine à travers l'organisme, le chlorhydrate en solution gazeuse se classe le premier, alors que la dernière place revient au tannate; entre ces deux extrêmes figurent les autres sels.

De ces différences dans la rapidité d'absorption et d'élimination résultent, au point de vue thérapeutique, des indications précises et bien différentes.

Veut-on obtenir une action rapide et frapper un grand coup? C'est aux sels de quinine les plus solubles qu'il faut s'adresser. Si, au contraire, on désire soumettre l'organisme à une médication fébrifuge moins intensive mais plus continue, le tannate devient l'agent de choix.

A cette indication générale le tannate de quinine joint ces importants avantages : innocuité absolue, tolérance parfaite, absence d'amertume.

Comme médicament préventif des accès de fièvre palustre, le tannate de quinine à la dose de 3 grammes par jour, convenablement espacés, donne d'excellents résultats.

Il est également indiqué dans les fièvres pernicieuses accompagnées de sueurs, contre les diarrhées, quelle qu'en soit la nature, et contre les sueurs des phtisiques.

Sa lente élimination et sa parfaite tolérance peuvent encore être mises à profit quand on désire abaisser la pression artérielle.

Il est également à recommander contre la grippe et la coqueluche, comme tonique et stimulant des fonctions digestives, sans parler de toutes les autres applications thérapeutiques anciennes ou récentes, que les autres sels de quinine ont reçues et que le tannate de quinine mérite de partager avec eux. L. GAYARD.

FORMULAIRE

PRURIT ANAL

Lotion chaude boriquée suivie d'application de :

Menthol	1 gramme	
Oxyde de zinc	5	—
Lanoline } *ââ*	10	—
Vaseline }		

Prendre par jour deux à quatre cuillerées de sirop de Nisaméline de Trouette-Perret.

Conseiller aussi l'application de compresses imbibées d'une solution de deux à quatre cuill. à café de Poudre de Nisaméline par demi-litre d'eau tiède.

LIVRES NOUVEAUX

Traité élémentaire de physiopathologie clinique (1), par le docteur GRASSET. Tome III : fonctions de réception, élaboration et émission de l'énergie ; neurobiologie ; fonctions de reproduction, ontogénie et phylogénie, hérédité.

Ce volume termine le cours de pathologie générale fait à la Faculté de Montpellier par le professeur Grasset. Il a déjà été publié deux volumes qui ont été analysés en leur temps dans ce journal.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude du neurone et des fonctions psychiques divisée de la manière suivante : fonctions psychiques de réception et de représentation, fonctions de réflexion et d'élaboration intellectuelle, fonctions de volition et d'expression, etc.

La deuxième partie comprend l'étude des fonctions psychomotrices et psychosensitives ; nous signalons tout spécialement l'excellent exposé clinique des paralysies (hémiplégies, monoplégies, paraplégies), des anesthésies, des contractures, etc.

La lecture de cette partie de l'ouvrage intéressera tout spécialement les médecins qui, peu familiarisés avec certains syndromes cérébraux et médullaires, arriveront très facilement après avoir lu ce chapitre à se faire une idée générale des phénomènes de pathologie nerveuse et à comprendre le pourquoi des signes observés. L'auteur étudie ensuite tous les grands problèmes de la pathologie nerveuse (apraxie, aphasie, etc.).

La troisième partie s'adresse aux fonctions psycho-sensorielles, la vision et les troubles de la vision, l'ouïe, le goût, l'odorat.

Dans une quatrième partie, l'auteur étudie l'anatomie et la physiologie du système nerveux visceral (splanchnique).

La cinquième partie est le couronnement naturel du *Traité de pathologie générale* ; elle est consacrée à l'exposition des fonctions de reproduction et d'embryologie générale et à l'étude du problème toujours si passionnant de l'hérédité. Citons en terminant la conclusion du professeur Grasset : « La vie n'est pas caractérisée par la naissance, l'évolution, l'involution et la mort ; les problèmes de l'origine et de la fin de la vie sont inaccessibles au biologiste ; la vie telle que nous l'étudions se continue indéfiniment par la reproduction et la génération... Elle se continue toujours semblable à elle-même dans chaque espèce, se défendant contre l'étranger et contre les causes de déviation et de destruction par l'hérédité qui est la grande fonction antixénique de l'espèce... L'hérédité est une grande fonction de défense sociale et de développement social. » L. BABONNEIX.

(1) In-8 de 1170 pages. — Montpellier, Coulet et fils.

La Scarlatine (1), par LESAGE.

Dans la collection Léauté, le docteur Lesage a déjà publié, avec le succès que l'on sait, un volume sur le choléra. Nul doute que le succès de cet opuscule sur la scarlatine ne soit aussi grand, en raison de l'originalité même de l'exposition du sujet, et des innombrables faits cliniques nouveaux qui y sont relatés.

En ce qui concerne tout d'abord la contagion, l'auteur s'élève contre la doctrine autrefois classique de la contagion par les squames, pour établir d'une manière incontestable que la contagion s'effectue surtout au moment de l'exanthème bucco-pharyngé. Quelques pages sont consacrées ensuite à la bactériologie, à l'expérimentation et à l'anatomie pathologique de cette affection. Mais c'est surtout le chapitre consacré à l'étude clinique générale, qui est particulièrement intéressant ; signalons d'une manière spéciale la description de la langue aux différents stades de la maladie, et des différents types de fièvre que l'on peut rencontrer, ainsi que l'énumération des multiples complications, très heureusement groupées.

Un chapitre spécial est consacré aux réactions méningées, à la surrénalite infectieuse, à l'association de la rougeole et de la scarlatine, à l'albuminurie tardive, si fréquemment observée dans les années qui suivent.

Le diagnostic doit être fait avec la rubéole scarlatiniforme (quatrième maladie), avec la cinquième maladie, avec l'érythème scarlatiniforme toxique, survenant au cours des infections et des intoxications médicamenteuses ou à la suite des injections de sérum, avec l'érythème scarlatiniforme récidivant, avec la dermite exfoliatrice de Ritter (maladie du nouveau-né), avec l'érythrodermie desquamative de Leiner (maladie de l'enfant au sein, avant le troisième mois), avec la suette scarlatiniforme, avec le rash variolique, avec le purpura scarlatiniforme.

La lecture de ce livre est très attrayante, en raison même du soin qu'a pris l'auteur d'écrire sans s'encombrer d'une bibliographie ennuyeuse, bien que tout ce qui a été dit en ces dernières années sur la scarlatine se retrouve dans cet ouvrage. Aussi pouvons-nous prédire à l'auteur un très brillant et très légitime succès. L. GAYARD.

Précis d'anatomie et de dissection (2), par H. ROUVIÈRE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, préface de M. le professeur Nicolas. Tome I : tête, cou, membre supérieur.

Cet ouvrage qui fait partie de la collection des précis médicaux et qui sera complet en 2 volumes est conçu sur un plan original. Son but est de résumer entre les mains de l'étudiant les notions, indispensables à la dissection, de l'anatomie descriptive, de l'anatomie topographique, et de le guider dans la dissection. Pour chaque région on trouve donc successivement la description du squelette, des muscles, aponévroses, vaisseaux et nerfs de la région, les rapports avec les viscères, puis dans une seconde partie les règles qui président à la dis-

(1) Encycl. scientif. des aide-mémoire de la collection Léauté. — Paris, Masson et Cie.

(2) In-8 de 431 pages, avec 197 figures dont la plupart en couleur, cartonné toile souple. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

section de la région sont brièvement énumérées. Le texte est éclairé par de nombreuses figures en partie originales, en partie empruntées aux gros traités d'anatomie.

Nul doute que ce petit manuel ne rende de grands services à l'étudiant à l'amphithéâtre, parce qu'il condense clairement un grand nombre de renseignements. M. LANCE.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Biologica. — (N° 13, 15 janv. 1912.) A. BERGET : L'apparition de la vie sur les mondes et l'hypothèse d'Arrhénius. — L. MAYET : Goitre et crétinisme endémique.

Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. — (N° 1, 1er janv. 1912.) SARGNON : Contribution à l'étude du traitement préventif et curatif de certaines sténoses chroniques des voies aériennes supérieures laryngo-trachéales. — PAUTRIER et RICHON : Sporotrichose du nez (lésions multiples osseuses, endonasales et cutanées, simulant les accidents syphilitiques tertiaires et la tuberculose verruqueuse).

Bulletin général de thérapeutique. — (8 janv. 1912.) Ed. LAVAL : La scoliose essentielle des jeunes gens et son traitement. — (15 janv.) A. ROBIN : Traitement de la tuberculose (huitième leçon). — (23 janv.) A. ROBIN : Traitement de la tuberculose (*suite*). — VIRÈS : Les syndromes ictériques hépatobiliaires.

Bulletin médical. — (N° 1, 3 janv. 1912.) DEBOVE : Un cas de cirrhose de Laënnec. — NOËL : Le service de santé au Maroc. — (N° 2, 6 janv.) CLAUDE : Syphilis médullaire à forme de sclérose en plaques. — (N° 3, 10 janv.) MARFAN : Sur la pleurésie purulente tuberculeuse (à propos d'un cas guéri après dix-neuf ponctions simples). — (N° 4, 13 janv.) Léon BÉRARD : Les grands traumatismes des membres supérieurs. — FAUCHER : Du mécanisme des ptoses abdominales et de leur curabilité par un procédé orthopédique rationnel. — (N° 5, 17 janv.) BABINSKI et JARKOWSKI : Sur la localisation des lésions comprimant la moelle. De la possibilité d'en préciser le siège et d'en déterminer la limite inférieure au moyen des réflexes de défense. — (N° 6, 20 janv.) E. LESNÉ et L. DREYFUS : L'anaphylaxie alimentaire. — LAQUERRIÈRE : La gymnastique électrique généralisée (méthode de Bergonié). — (N° 7, 24 janv.) Pierre DELBET : Sténose pylorique. — (N° 8, 27 janv.) Ch. ESMEIN : Les douleurs de la région précordiale. — SEREINS : Anthrax diffus enrayé par le formol. — LANEL : De la nécessité de créer des écoles d'instruction pour les praticiens des agents physiques et de réglementer leur champ d'action.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 1, 10 janv. 1912.) H. ABOULKER : Méningite consécutive à un évidement pétromastoïdien (*fin*). — L. PRON : Les hémorragies gastriques occultes. Divers procédés de recherche et valeur séméiologique. — (N° 2, 25 janv.) E. VINCENT et Max VINCENT : De la pachypleurite échinococcique et du traitement des kystes hydatiques de la plèvre.

Clinique. — (N° 1, 5 janv. 1912.) EMERY et LACAPÈRE : Des accidents imputés au salvarsan et des moyens de les éviter. — MAUCLAIRE : Pronostic et traitement des fractures fermées du crâne. — NOBÉCOURT et DARRÉ : Rhumatisme cérébral à forme de confusion mentale aiguë chez un enfant de sept ans. Constatation de l'acide salicylique dans le liquide céphalo-rachidien. — LESNÉ et FRANÇON : Les abcès dans l'érysipèle. — SABOURAUD : L'huile de cèdre comme succédané de l'huile de Cade. — (N° 2, 12 janv.) CAUSSADE et LEVEN : Les sténoses du pylore sans vomissements. — TERRIEN : Tumeur de l'orbite. — DELBET : Fracture de jambe, traitement par la marche directe. — RUDAUX : Phlegmatia alba dolens au cours de la grossesse. — (N° 3, 19 janv.) KENDIRDJY : Traitement de l'hémarthrose du genou par la ponction et la marche immédiate. — DEBOVE : Sur un cas de cirrhose de Laënnec. — CASTAIGNE : Les diabètes d'origine hépatique. — LEMOINE : Sur un cas de méningite cérébro-spinale purulente et aseptique. — A. MARIE et NACHMANN : Nouveaux dispositifs simples s'adaptant au chronomètre d'Arsonval pour enregistrer les temps de réaction visuelle et olfactive. — DALCHÉ : Des métrorragies après la ménopause. — (N° 4, 26 janv.) P. BARBET : De la reconstitution du tibia détruit par transposition du péroné voisin. Opération de Hahn-Huntington. — H. PAILLARD : Quelques remarques sur la technique des ponctions pleurales. — Jules REGNAULT : Les causes déterminantes du sexe. — H. NOIRÉ : Traitement des métrites par les applications de haute fréquence. — F. ADAM et G. PAYER : Mort rapide consécutive à la ponction lombaire dans un cas de fracture de la base du crâne. — PAUCHET : Rôle du goménol comme antiseptique externe.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 1, 4 janv. 1912.) RIEDEL : Les plaies de l'abdomen. — PAL : Les réactions toxiques des artères coronaires et des bronches. — BIERMANN : Traitement de la leucémie par les rayons X. — REICHER et KENZ : Nouvelles contributions à l'emploi de l'adrénalinémie comme protecteur dans la radio et la radiumthérapie. — DENKER : Sur la syphilis pulmonaire diagnostiquée par la bronchoscopie. — SCHILLING : Nouveau procédé d'immunisation contre les affections à trypanosomes. — BELTZ : Emploi intraveineux du sérum antipneumococcique. — BITTROLFF et MOMOSE : Sur la question du virus tuberculeux. — HERXHEIMER : Les maladies professionnelles de la peau. — ALKWIST : Causes des manifestations réactionnelles après les injections de salvarsan. — DREUW : Onguents adhérents. — SCHALL : Nouveautés techniques en médecine et hygiène.

Paris médical. — (N° 6, 6 janv. 1912.) Albert WEIL : Le physiodiagnostic en 1912 (radio et électro-diagnostic). — BERGONIÉ et SPÉDER : Le radiodiagnostic des bursites de l'articulation de l'épaule. — BARJON : Le radiodiagnostic de l'arthrite blennorragique; — Diagnostic différentiel des anévrismes de l'aorte et des tumeurs du médiastin. — DESTERNES : Le diagnostic différentiel des tumeurs osseuses. — RAFIN et ARCELIN : Indications radiographiques et cliniques de la pyélotomie. — (N° 7, 13 janv.) GRIMBERT : Détermination qualitative des diverses albumines dans une urine. — DOPTER : Pratique bactériologique. — DORLENCOURT : La rétention de l'acide urique. — POULARD : Examen des parties externes de l'œil. — (N° 8, 20 janv.) SACQUÉPÉE : La vaccination antityphique. — CARRIEU : D'arsonvalisation, tension artérielle, diurèse. — Anselme SCHWARTZ : Traitement des plaies thoraco-abdominales. — GRANGÉE : Deux formes rares d'hémorragie. — (N° 9, 27 janv.) JUVARA : Opération de la hernie crurale. — PAISSEAU et TIXIER : 1 900 cas d'intradermo-réaction à la tuberculine chez l'enfant. — JEANNIN : Traitement des vomissements incoercibles. — BRUCKER : Thérapeutique des affections respiratoires par les volatilisations médicamenteuses.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 1, 4 janv. 1912.) CHIARI : Modification de l'opération de Schloffer dans les tumeurs de l'hypophyse. — CHVOSTEK : Constitution des glandes sanguines. — DIMMER : Traitement opératoire du strabisme. — V. EISELSBERG : Résultats de mes opérations dans les tumeurs cérébrales. — EXNER : Essai sur la théorie des couleurs de Gœthe et son explication. — FINGER : Remarques sur l'étiologie des dermatoses. — FRAENKEL : Asepsie, antisepsie. — FROHLICH et MEYER : Innervation

sensitive de l'intestin et de la vessie. — FRUCH : L'hématurie dans l'appendicite. — FUCHS : Sur la photophobie. — HOCHENEGG : Un cas de blessure par coup de feu de l'œsophage dans la poitrine. — JOANNOVICS : Les carcinomes transplantés chez les souris anémiées artificiellement. — KOLISKO : Délire fébrile d'un pneumonique. — LUDWIG : Les parties constitutives rares des sources thermales. — PALTAUF : Leucosarcomatose et leucémie à myéloblastes. — V. PIRQUET : La nouvelle clinique infantile de l'Université de Vienne. — RIEHL : Furoncle, furonculose et son traitement. — SCHAUTA : Faut-il extraire les restes de placenta. — V. JAUREGG : Traitement de la paralysie progressive par les toxines. — WEICHSELBAUM : Pancréatite chronique alcoolique. — WERTHEIM : Opérations après récidive du cancer utérin opéré.

NOTES POUR L'INTERNAT

CAPSULES SURRÉNALES

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET HISTOLOGIE (1)

PHYSIOLOGIE. — Le rôle des capsules surrénales fut méconnu jusqu'en 1855. A cette époque Addison indiqua les signes cliniques résultant de la suppression fonctionnelle de la glande. Puis Brown-Sequard établit que la suppression bilatérale entraîne la mort au milieu de phénomènes paralytiques, puis convulsifs. Il conclut par l'hypothèse d'une sécrétion interne détruisant des substances toxiques créées par le travail musculaire et nerveux. Abelous et Langlois établirent que la mort arrive plus vite si l'on fatigue l'animal. L'extirpation unilatérale entraîne une hypertrophie compensatrice du côté opposé ; un fragment seul persistant d'un côté permet la survie, et ainsi s'expliquent des échecs expérimentaux, par suite de présence de surrénales accessoires (Oppenheim). Enfin l'on peut retarder la mort par une greffe capsulaire sous-cutanée, avant l'extirpation bilatérale.

Ce rapide résumé établit donc la certitude de l'existence d'*une fonction surrénale* essentiellement nécessaire à la vie.

Nous allons maintenant étudier la nature même de cette fonction surrénale.

A. FONCTION ANTITOXIQUE. — La sécrétion glandulaire neutralise l'auto-intoxication résultant du travail musculaire (Abelous et Langlois). Pour Bernard et Bigard ce serait la graisse labile qui réaliserait cette neutralisation.

L'intoxication par ablation des surrénales ressemble à celle du curare, et le sang des animaux acapsulés est toxique pour d'autres animaux (Abelous et Langlois). Cette fonction antitoxique est encore prouvée : par l'hypertrophie glandulaire dans les infections ; par la diminution de toxicité des alcaloïdes mis en présence de tissu surrénal ; diminution des désordres chez les animaux acapsulés par l'injection d'extraits de glande surrénale.

B. FONCTION ANGIOTONIQUE. — L'injection d'extrait capsulaire, par son adrénaline, amène une vaso-constriction intense, d'où une forte hypertension artérielle. Cette vasoconstriction n'atteint pas le foie et le poumon ; elle agirait sur les centres bulbaires et spinaux. Elle est suivie d'une légère hypotension. L'injection renforce et ralentit les battements du cœur. On observe d'abord de l'oligurie, puis de la polyurie. Des troubles psychiques peuvent apparaître, ainsi que de la glycosurie. On a décrit un diabète adrénalinique par diminution de la fonction glycolitique du pancréas, par glycémie d'origine pancréatique.

On a isolé un extrait surrénal complet et des extraits partiels, dont l'un réalisé par Takamine et qui est l'adrénaline.

On peut se demander en résumé quel est le rôle des différentes zones de la capsule.

Pour Lépine le rôle hypertenseur serait dévolu à la substance médullaire. La zone corticale aurait un rôle indéterminé. Pour Bernard la zone corticale a un pouvoir antitoxique, la zone médullaire un pouvoir angiotonique.

Or dans ces derniers temps cette division nette a paru peut-être un peu outrancière. On sait en effet que dans la pathogénie de l'œdème aigu du poumon on fait jouer un rôle primordial à l'hyperfonctionnement surrénal, à l'hypersécrétion adrénalinique. Or la suractivité corticale est parfois seule en cause ; d'autrefois la substance médullaire est détruite (Læderich). Pour expliquer ces faits il suffit de rappeler (Josué et Bloch) que si la couche corticale ne sécrète pas d'adrénaline elle renferme des substances possédant des propriétés hypertensives analogues.

On a donné le nom d'hyperépinéphrie aux cas de suractivité des glandes surrénales (maladie infectueuse, néphrite) et d'hypoépinéphrie aux cas inverses (maladie d'Addison, symptôme d'insuffisance surrénale).

Rappelez que l'on a attribué à la capsule surrénale une fonction pigmentaire (on est loin d'être fixé même sur l'origine de ces pigments) et une fonction hématopoïétique sur laquelle on n'a, non plus, aucune notion nette.

Enfin pour M. Sajous, le produit de sécrétion déversé directement dans le système veineux et apporté au cœur agit directement sur cet organe et en favorise le dynamisme. Transporté au poumon il favoriserait la fixation de l'oxygène et ferait partie intégrante de l'hématie.

DÉVELOPPEMENT. — Le développement des capsules surrénales est encore l'objet de multiples discussions. La corticalité et la moelle, fonctionnellement et morphologiquement si différentes, proviennent-elles d'une ébauche unique, secondairement différenciée ou de deux ébauches fusionnées dans la suite ?

Pour les *unicistes* les cellules médullaires dérivent des cellules corticales. Cette substance corticale elle-même naît pour les uns *du tissu mésodermique* situé au niveau du sommet du corps de Wolff (Balfour, Kölliker, Remak) ; pour les autres elle naît de l'*épithélium germinatif du cœlome* ; enfin pour certains elle naîtrait du mésonéphros ou du pronéphros.

Quant à la moelle, les *dualistes*, qui acceptent telle ou telle des opinions précédentes pour la corticalité, sont tous d'accord pour la faire venir des *éléments ganglionnaires du grand sympathique*. La fusion avec l'écorce serait précoce pour Balfour, Kölliker et Remak ; plus tardive pour d'autres. Pour Otto Richel la différenciation apparaît nettement chez un embryon humain de trois mois, époque à laquelle il ne saurait être parlé d'immigration sympathique. Il y aurait donc pour cet auteur un seul tissu primitif et l'immigration ultérieure possible contribue simplement à former les grandes cellules nerveuses que l'on trouve en si grand nombre dans la surrénale de l'adulte.

BIBLIOGRAPHIE. — LÉVI-SIRUGUE. Rôle des capsules surrénales en pathologie et en thérapeutique, *Gaz. des hôpit.*, 1904, no 80. — C.-E. DE M. SAJOUS. Rôle du produit des sécrétions des glandes surrénales dans la circulation et la respiration, *Gaz. des hôpit.*, 1907, no 118. — H. DABRÉ. *De l'influence des altérations du rein sur les glandes surrénales*, Th. de Paris, 1907. — BERNARD et BIGARD. *Presse méd.*, 1905, p. 637. — POIRIER. *Traité d'anatomie humaine*, V. — ALBARRAN et CATHELIN. *Revue de gynécol. et de chir. abdom.*, 1907. — LANGLOIS. *Sur les fonctions des capsules surrénales*, Th. Fac. des sc., 1897. — GRÉGOIRE. Lymphatiques et ganglions de la capsule surrénale, *Bull. de la Soc. anat.*, déc. 1904, et Th. de Paris, 1905.

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1912, nos 22, p. 309 ; 25, p. 358, et 28, p. 397.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 32. — SAMEDI 16 MARS 1912. 85e ANNÉE. SAMEDI 16 MARS 1912. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. les docteurs Rochard, Ombrédanne, Mauclaire, Brault (qui acceptent), Lejars, Gosset et Thiéry (qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation).

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Concours de l'adjuvat. — Le concours annuel pour les emplois de médecin adjoint des asiles d'aliénés, qui s'est ouvert au ministère de l'intérieur le 26 février 1912, vient de se terminer.

Dix-huit candidats s'étaient fait inscrire; quatorze seulement se sont présentés aux épreuves.

Ont été reconnus aptes, par ordre de mérite, aux emplois de médecin adjoint :

Pour les asiles publics : MM. les docteurs Gassiot (Faculté de Toulouse), Lerat (Faculté de Paris), Prince (Faculté de Paris), Fouque (Faculté de Paris), Jabouille (Faculté de Paris), Guichard (Faculté de Paris), Beaussart (Faculté de Paris).

Pour les asiles privés : M. le docteur Courjon (Faculté de Lyon).

CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA TUBERCULOSE. (Rome, 14-20 avril 1912.) — *Comité français.* — On sait que le prochain Congrès international de la tuberculose aura lieu à Rome, du 14 au 20 avril prochain, sous le haut patronage de LL. MM. le roi et la reine d'Italie.

La séance d'inauguration se tiendra au Capitole et les séances du Congrès au château Saint-Ange.

Le gouvernement italien accorde sur les chemins de fer de l'Etat et sur ses lignes de navigation une réduction de 60 p. 100. Le comité italien, d'accord avec l'association des hôteliers italiens, a obtenu des réductions sur le prix des logements.

Sur les réseaux français, la réduction accordée aux congressistes est de 50 p. 100 (aller jusqu'à la frontière à tarif plein et retour gratuit).

Les compagnies françaises ne permettent aucun arrêt sur leur parcours. Les compagnies italiennes autorisent l'aller et le retour par des voies différentes avec deux arrêts de vingt-quatre heures à l'aller et au retour. En France, comme en Italie, la validité des billets est de trente-cinq jours (du 1er avril au 5 mai. Le retour (sur le territoire français) doit se faire par la même route que l'aller.

Le comité français, présidé par M. le doyen Landouzy, fait un dernier appel aux médecins et aux philanthropes qu'intéresse la question de la tuberculose, envisagée au point de vue scientifique ou au point de vue social.

Rappelons que la cotisation est de 25 francs pour les congressistes et de 10 francs pour les membres de leur famille.

Prière d'adresser les adhésions, soit au comité italien (M. le professeur Ascoli, 36, via in Lucina, à Rome), soit au secrétaire général du comité français (M. le docteur Maurice de Fleury, 139, boulevard Haussmann).

1er CONGRÈS INTERNATIONAL EUGÉNIQUE. (Londres, du 24 au 30 juillet 1912.) — Programme général. — I. *Les recherches biologiques et leurs rapports avec la science eugénique.* — Faits d'hérédité. Aspects physiologiques de l'hérédité. Variations, leur nature, leurs causes et leurs effets. Mélange des races.

II. *Les recherches sociologiques et historiques et leurs rapports avec la science eugénique.* — Les témoignages historiques par rapport aux changements des caractères dans les races. Statistiques de natalité et de mortalité. Les traitements

RENSEIGNEMENTS

médicaux et chirurgicaux dans leurs rapports avec l'inaptitude à la procréation.

III. *Les lois et coutumes sociales et leurs rapports avec la science eugénique.* — Lois et coutumes du mariage. Taxes. Conditions économiques. Assurances. Unions ouvrières.

IV. *Applications pratiques des principes eugéniques.*

Un programme général, avec tous les détails d'organisation locale, sera envoyé à tous les membres, au moins un mois avant la réunion du Congrès.

Le comité français est présidé par M. Edmond Perrier, de l'Institut, directeur du Muséum d'histoire naturelle.

Le titre de membre du Congrès s'acquiert par le paiement d'une cotisation de 25 francs.

On peut aussi participer au Congrès comme associé, en payant une cotisation de 12 fr. 50. Les associés ne prennent pas part aux votes et ne reçoivent pas les publications gratuitement; mais ils peuvent assister à toutes les séances du Congrès.

Les reçus de cotisation sont envoyés dès la réception du montant de la souscription, laquelle peut être payée en espèces, par mandat-poste ou chèque adressé au trésorier du Congrès, Mme Gotto, 6, York Buildings, Adelphi, London, W. C.

HOMMAGE A M. CHAMPETIER DE RIBES. — Le médaillon offert au docteur Champetier de Ribes par ses amis et par ses élèves lui sera remis le dimanche 24 mars 1912, à dix heures et demie du matin, chez le docteur Bouffe de Saint-Blaise, 7, rue Balzac.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE. — La prochaine séance aura lieu à l'asile clinique (amphithéâtre de l'admission), le lundi 18 mars à trois heures et demie très précises.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la dixième semaine, 982 décès au lieu de 973 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1056 moyenne ordinaire de la saison.

Les autres maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

La rougeole continue à se répandre. Elle a causé 39 décès au lieu de 49 pendant la semaine précédente (moyenne 16); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 829, au lieu de 781 la semaine précédente (moyenne 347).

Comme précédemment, les arrondissements du centre sont incomparablement moins atteints par cette fièvre que les quartiers pauvres de la périphérie et surtout ceux du nord de la ville. Les quartiers les plus éprouvés sont toujours à peu près les mêmes. Ce sont : Charonne, 42 cas nouveaux; Père-Lachaise, 30; Belleville, 21; Combat, 34; Amérique, 21; l'immense quartier de Clignancourt, 49; Grandes-Carrières, 24; Epinettes, 26; Auteuil, jusqu'alors plus favorisé, 39; Plaisance, 33; Roquette, 21. Les autres quartiers présentent des chiffres beaucoup plus faibles. Le XIIIe arrondissement, l'un des plus pauvres de Paris, est pourtant de ceux qui ont jusqu'à ce jour presque entièrement échappé à l'épidémie.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 1, 2 janv. 1912.) V. Herff : Castration opératoire ou castration par rayons X. — Zangemeister : Sur la question de l'infection des blessures. — De Quervain : Nature et traitement de la tendovaginite sténosante. — Arnsperger : Résultats durables et récidives après intervention pour lithiase biliaire. — Riedel : Le calcul biliaire dans la vésicule stérile. — Willige et Landsbergen : Diagnostic histologique des affections cérébrales diffuses par la ponction cérébrale. — Adler : Tentatives avec le mammium de Pœhl. — Bürker : Etude de l'hématomètre de Sahli. — Kochmann : Toxicité du salvarsan en injection intraveineuse. — Beck : Expériences sur la question de l'action neurotoxique du salvarsan. — Zilz : Traitement local par le salvarsan. — Müller : Cures abortives par le calomel et le salvarsan et neurorécidives. — Von Hoesslin : Nouveau symptôme de l'anévrisme aortique. — Thilo : Pied plat et pied creux. — Case : Rontgénoscopie de l'estomac et de l'intestin. — Spiess : Tumeur de la région hypophysaire extraite par voie endonasale avec succès.

Presse médicale. — (N° 1, 3 janv. 1912.) Reclus : Tuberculose et accidents du travail. — Martinet : La dyspnée méthodiquement réglée en thérapeutique. — (N° 2, 6 janv.) Arthus : Etudes sur la spécificité des sérums antivenimeux. — Jonnesco : La rachianesthésie générale (rachi-strychno-stovaïnisation. — Jeannin : Des résultats donnés par le salvarsan en obstétrique. — (N° 3, 10 janv.) M. Letulle : Leçon d'ouverture du cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. — (N° 4, 13 janv.) Gilbert Ballet et Laignel-Lavastine : Diabète maigre par sclérose atrophique du pancréas. — Guido Lerda : L'appendice iléo-cæcal ectopique. — Fernand Lévy : Le syndrome gassérien. — (N° 5, 17 janv.) Chauffard : Stabilité et conditions de variation des espèces morbides (leçon inaugurale de la clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine). — Pozzi : La vie alternante des tissus en dehors de l'organisme d'après les nouvelles expériences de M. Alexis Carrel. — (N° 6, 20 janv.) Castaigne : Le rôle du médecin dans le traitement de la tuberculose rénale. — Emile Feuillié : Albuminuries leucopathiques. — Alfred Martinet : Traitement de l'hyperchlorhydrie. Les alcalins, le bismuth et les graisses. — (N° 7, 24 janv.) Ch. Achard : Notions générales sur les prédispositions et les immunités morbides. Les mots. Les faits. Les théories. — (N° 8, 27 janv.) A. Mayor : Le traitement préventif de l'asystolie par les doses minimes de digitale. — Molle : Quelques considérations sur le mécanisme de l'action curative du pneumothorax artificiel (méthode de Forlanini) dans la tuberculose pulmonaire chronique. — A. Mongeot : Recherches sur la diurèse comparée de l'eau et des chlorures chez l'homme sain sous l'influence des bains carbo-gazeux naturels à température indifférente de Royat. — (N° 9, 31 janv.) De Lapersonne : Sporotrichose oculaire. — J. Castaigne : A propos d'un article sur les albuminuries leucopathiques. — J. Camus et Ph. Pagniez : A propos de l'article de M. Feuillié. La question des hémoglobinuries.

Progrès médical. — (N° 1, 6 janv. 1912.) Damaye : La paralysie générale. Ses rapports avec les psychoses toxiques. — Porak : Un cas de septicémie à paracolibacille. — Weill : Le traitement de la chorée de Sydenham. — (N° 2, 13 janv.) J. Roux : La tuberculose caséeuse et ulcéreuse considérée comme déterminée par une défaillance enzymatique, protéolytique et lipolytique des glandes digestives (*suite*). — Paillasse et Roubier : Sur une observation de coma diabétique avec convulsions. — (N° 3, 20 janv.) Wassermann, Keysser et Michaël Wassermann : Contribution au problème de la chimiothérapie des tumeurs. — G. Mouriquand : La compression inspiratoire du thorax. — Lucien Thévenot et E. Brissaud : Modification des globules sanguins après injection de 606.

Province médicale. — (N° 1, 6 janv. 1912.) J. Brault : Cancer chez les indigènes aux colonies; l'épithélioma chez les indigènes musulmans en Algérie. — (N° 2, 13 janv.) Ch. Audry : Pour et contre l'arsenobenzol. — Ledoux : La lymphocytose des thyrotoxicoses. — (N° 3, 20 janv.) Ch. Lesieur et J. Marchand : Erythèmes polymorphes éberthiens sans dothiénentérie. (Contribution à l'étude pathogénique de l'érythème polymorphe.) — Bayle : Sur la technique du pneumothorax artificiel. — (N° 4, 27 janv.) J. Grasset : Les vertiges. — Cantaloube : Obsession et idées de contraste chez un albuminurique.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 1, 15 janv. 1912.) Lardennois : L'emploi du liquide d'hydrocèle en injections dans les infections graves et hémorragies. — (N° 2, 30 janv.) Herrmann : Trois cas de cancer du sein chez l'homme.

REVUE GÉNÉRALE

LA DÉMENCE ÉPILEPTIQUE

Par M. A. BARBÉ,
Chef de clinique des maladies mentales à la Faculté.

La démence est le terme à peu près fatal auquel viennent aboutir les formes diverses du mal comitial; J.-P. Falret a pu dire qu'elle était une conséquence tout aussi naturelle de la maladie principale que les paralysies partielles si fréquentes à la suite des attaques d'épilepsie, et que, par suite, elle ne devait pas être séparée de la maladie dont elle dépendait.

L'exhaustion post-paroxystique se produit surtout à la suite des absences et des vertiges; elle s'accentue au fur et à mesure que les attaques se répètent et se rapprochent. Après quelques périodes d'amélioration qui impriment au trouble mental une évolution rémittente, la dépression psychique peut aboutir à la démence confirmée, c'est-à-dire à l'effacement définitif de toutes les qualités intellectuelles ou morales : psychiquement, c'est une sorte de stupeur qui porte sur la généralité des fonctions nerveuses, mais il n'est pas jusqu'aux fonctions physiques sur lesquelles elle ne puisse retentir. Delasiauve l'a bien caractérisée en ces termes : « Suivant la gravité de cet état, l'attention est faible, inefficace, nulle ; la mémoire est confuse, infidèle, entièrement perdue; le jugement incertain, défectueux, aboli; les conceptions obscures, avortées ou fausses; l'enchaînement des actes pénible, incorrect, impossible; les déterminations inertes, fuguées, non motivées, les désirs sans portées comme sans bases. De cette mutilation intellectuelle découle comme conséquence nécessaire l'anéantissement des manifestations morales, sentimentales, affections, instincts. »

I

Etiologie et pathogénie. — La démence épileptique est d'une extrême fréquence, puisque l'on a pu dire qu'elle était la terminaison habituelle des psychopathies épileptiques. Elle peut survenir à tout âge, mais c'est surtout chez les adolescents qu'on l'observe; quand elle survient avant la puberté, elle prend le nom d'idiotie, et ce n'est que plus tard qu'elle prend le nom de démence. Les progrès vers la démence sont en rapport avec le nombre des années, à partir de l'apparition du premier accès; il semble d'ailleurs qu'à égalité de paroxysmes la démence soit d'autant plus rapide que le sujet est plus âgé.

Certaines causes prédisposantes peuvent influer sur son apparition : c'est ainsi que les dégénérés, les alcooliques, les malades à graves atteintes de psychoses y sont plus fréquemment sujets; on a même voulu faire jouer un rôle au traumatisme cranien.

Quoi qu'il en soit, la démence épileptique ne doit assez souvent pas être attribuée au mal comitial lui-même, mais à des troubles concomitants, soit que la lésion qui a produit l'épilepsie soit par elle-même capable d'engendrer aussi la démence, soit qu'à côté de l'épilepsie il y ait à la fois un autre processus morbide susceptible d'entraîner la déchéance des facultés cérébrales.

La fréquence des accès a une influence manifeste sur la genèse des troubles mentaux de nature démentielle. On a soutenu que cette démence était surtout causée par la fréquence des vertiges, et que ceux-ci auraient une influence plus active que ce que l'on appelle le grand mal. Il n'en est rien en réalité, car s'il est vrai que la répétition fréquente des paroxysmes mineurs (vertiges, absences, secousses) amène fréquemment la démence, elle est due simplement à ce fait que les équivalents épileptiques sont plus courants que les grands accès; mais si les grandes attaques se répétaient aussi souvent, elles entraîneraient plus rapidement la démence que les paroxysmes incomplets.

Chaque accès ajoute à l'affaiblissement de l'intelligence, et les progrès sont plus à craindre et plus rapides quand les accès se rapprochent : l'intelligence peut même s'altérer à la suite d'un seul accès. Indépendamment des troubles passagers qui précèdent, accompagnent ou suivent immédiatement les attaques, et qui en font en quelque sorte partie intégrante, la plupart des auteurs ont noté en effet que les accès d'épilepsie fréquemment répétés, à intervalles très rapprochés, amènent peu à peu un affaiblissement intellectuel de plus en plus prononcé, et conduisent progressivement les malades qui en sont atteints à la démence et à l'idiotisme.

Le mode d'apparition de la démence épileptique est variable; ou bien, elle apparaît d'une façon lente et continue, ou bien, elle procède par bonds successifs avec des rémissions.

La pathogénie de cette affection, ou plutôt de cet aboutissant de l'épilepsie, est assez obscure : chez certains sujets, elle se développe rapidement, tandis que chez d'autres elle ne s'établit jamais, malgré les accès fréquents. Quand la démence est réellement due à l'épilepsie, elle est consécutive à un processus d'intoxication. Il y a, en effet, des toxines dans le sang des épileptiques, et la crise serait due à un phénomène d'intoxication spécifique. La démence s'expliquerait ainsi par une imprégnation toxique des cellules nerveuses.

II

Symptômes. — Avant d'aborder l'étude méthodique et détaillée des symptômes de la démence épileptique, il n'est pas inutile de donner un tableau d'ensemble de cette affection, et pour cela nous ne saurions mieux faire que citer les lignes que Tardieu lui consacrait.

« Quand l'épilepsie a duré de longues années, écrivait-il, sous la forme convulsive de haut ou de grand mal, la raison en reçoit une atteinte profonde, le caractère change et s'aigrit, les facultés s'affaiblissent, la mémoire se perd, et le malade tombe dans un état de véritable démence. Cette dégradation morale se montre parfois beaucoup plus tôt et à une époque assez rapprochée du début de l'épilepsie,

surtout chez les jeunes sujets, sans que cela paraisse tenir à la violence des attaques; car c'est souvent lorsque la maladie reste bornée au petit mal, au simple vertige épileptique, que la démence arrive le plus tôt. Elle est souvent précédée d'accès de délire aigu, qui cessent et se reproduisent sous formes de paroxysmes plus ou moins éloignés. La folie épileptique est alors constituée; elle est marquée par un affaiblissement notable de l'intelligence et une perversion quelquefois profonde des fonctions affectives, l'oubli de tous les sentiments, l'insensibilité la plus complète; quelquefois au contraire une irritabilité de caractère plus grande et une véritable méchanceté. Les attaques de convulsions suivent leur marche accoutumée, et quelques-unes, seulement à des époques irrégulières, sont suivies d'une véritable excitation maniaque avec délire furieux et tendance au suicide. A mesure que la maladie fait des progrès, l'aliénation mentale, qui persiste pendant les intervalles des paroxysmes, prend un caractère plus général et plus constant. »

L'étude des symptômes de la démence épileptique présente à considérer :

1° Les troubles intellectuels tant dans le domaine des facultés normales que dans celui des idées délirantes;

2° Les troubles physiques.

Troubles intellectuels. — Dans le domaine des facultés normales, ces troubles sont surtout évidents chez les malades dont l'intelligence était brillante et dont la déchéance psychique a été rapide. Les actes intellectuels, même les plus simples, sont faux et affaiblis, les conceptions pénibles et lentes, les anciennes associations d'idées dissoutes. Le jugement ne peut plus reposer que sur un nombre restreint d'idées acquises autrefois, et sur des perceptions récentes, mais superficielles. Les anciennes règles du raisonnement sont devenues automatiques; la compréhension diminue, le temps de toutes les réactions intellectuelles s'allonge, la sphère des intérêts se rétrécit de plus en plus, et tout ce qui ne touche pas au « moi » échappe à l'attention de l'épileptique. La mémoire, progressivement diminuée, finit par être aussi affaiblie que chez les autres déments (Féré), bien que les malades s'efforcent au début de leur démence de masquer les lacunes de leur mémoire. Enfin, les écrits de ces malades se ressentent à la fois de la faiblesse de l'attention et de la perte de la mémoire : la faiblesse de l'attention se traduit surtout dans la copie effectuée en dehors de l'exhaustion post-paroxystique, les troubles de la mémoire par l'oubli des règles syntaxiques, et l'effacement des images graphiques (Rogues de Fursac).

Les troubles délirants sont ceux que l'on peut observer dans tous les états démentiels; ils n'ont rien de spécial à l'épilepsie.

L'exhaustion psychique est telle parfois que le malade tombe dans un état de démence aiguë avec stupeur, il répond à peine aux excitations périphériques et les phénomènes de dépression ne disparaissent que peu à peu. Cet état de stupeur peut également succéder à une période d'exaltation intellectuelle, période pendant laquelle l'humeur est déprimée, excitable, pouvant même pousser le sujet à des actes immoraux.

Troubles physiques. — Ceux-ci n'ont qu'une importance tout à fait secondaire, on constate assez souvent du tremblement de la langue et des mains, tremblement qui, dans les cas les plus graves, peut devenir tellement intense, que les malades ne peuvent plus parler ni articuler nettement; ils ne font que balbutier ou bégayer.

III

Formes cliniques. — Dans ce chapitre nous étudierons successivement :

1° Les formes d'après l'âge;

2° Les formes d'après l'évolution;

3° Les formes d'après les troubles nerveux associés;

4° Les formes d'après l'association de la démence épileptique avec d'autres affections mentales.

1° Formes d'après l'âge. — *Enfant.* — Chez les enfants épileptiques, la fréquence des accès arrête le développement de l'intelligence, et l'on jugera de l'importance de l'épilepsie dans l'étiologie de l'idiotie, quand on saura qu'un tiers environ des idiots sont épileptiques. Quand les accès apparaissent dans les premières années, ils ont pour conséquence un arrêt de développement des facultés intellectuelles, et la perte des notions déjà acquises: il s'agit en somme d'un enfant épileptique devenu dément, le petit malade est voué à une déchéance définitive, car la suspension ou l'éloignement des crises n'amènent qu'une amélioration imparfaite. Voisin et Dubosc ont signalé chez un enfant présentant de fréquents états de mal épileptique, convulsifs ou vertigineux, l'apparition, d'une part d'une déchéance intellectuelle de plus en plus marquée, d'autre part des phénomènes de paralysie spasmodique, souvent à type hémiplégique; cette affection évoluait par bonds successifs, avec rémission des symptômes pendant des périodes de plus en plus courtes; suivant les auteurs, le mot d'idiotie acquise serait plus applicable que celui de démence.

Adulte. — Nous ne dirons que très peu de chose de cette forme, puisque c'est elle qui nous a servi de type de description clinique. Même si l'épilepsie n'apparaît que tardivement chez l'adulte, elle n'en amène pas moins un affaiblissement notable des facultés intellectuelles. Marchand et Olivier ont décrit un cas d'épilepsie ayant débuté à trente-six ans, sans caractères jacksonniens: le malade eut par la suite une hémiparésie droite ultérieure et mourut à soixante-neuf ans, avec un affaiblissement intellectuel prononcé.

Vieillard. — Chez celui-ci, la démence évolue très rapidement, et cette épilepsie tardive brûle les étapes.

2° Formes d'après l'évolution. — La démence épileptique peut suivre une marche intermittente ou continue : il y aurait donc lieu de distinguer une forme de démence par épuisement consécutive aux accès et sujette à des rémissions, et une autre forme

définitive, sans répit, qu'il est permis de rapporter aux lésions cérébrales observées chez les épileptiques ; celle-ci mériterait le nom de démence dégénérative.

3° FORMES D'APRÈS LES TROUBLES NERVEUX ASSOCIÉS. — Sous le nom de démence épileptique paralytique et spasmodique, Voisin et Legros ont décrit le syndrome suivant, survenant à la suite de plusieurs accès ou d'un état de mal : troubles intellectuels (démence avec hébétude) et troubles moteurs (paralysies partielles, hémiplégie, monoplégie, avec contracture et exagération des réflexes); ces troubles, d'abord passagers, finissent par devenir permanents.

4° FORMES D'APRÈS L'ASSOCIATION DE LA DÉMENCE ÉPILEPTIQUE AVEC D'AUTRES AFFECTIONS MENTALES. — *Alcoolisme.* — Nous n'insisterons pas sur cette association de l'épilepsie et de l'alcoolisme ; les malades atteints de ces deux causes de troubles mentaux sont plus sujets à la démence rapide, par le fait d'une double influence dégénérative.

Démence sénile. — L'association de l'épilepsie avec la démence sénile est rare et mal connue. Les accès convulsifs semblent apparaître surtout à la dernière période de la démence sénile, ils ont les caractères classiques des accès épileptiques, ne sont accompagnés ni de vertiges, ni d'absences, mais s'associent souvent à des troubles du langage.

Démence précoce. — Les déments précoces peuvent, au cours de leur affection, présenter des accès épileptiques, surtout dans les formes hébéphrénique et catatonique, plus rarement dans la paranoïde. Les accès peuvent apparaître dès le début de la maladie mentale, ils peuvent être le premier signe de la psychose, mais le plus souvent ils surviennent au cours de la démence confirmée. Les accès sont généralement peu nombreux et sont toujours un symptôme épisodique ; ils ont les caractères classiques de l'accès comitial, parfois l'aspect d'un accès atypique. Cette démence précoce des épileptiques serait pour J. et R. Voisin une démence dégénérative, réveillée et activée par les phénomènes d'intoxication propres à l'épilepsie. Le diagnostic entre la démence précoce compliquée d'épilepsie et la démence épileptique peut présenter des difficultés, surtout quand les accès sont fréquents, et apparaissent dès le début de la démence précoce.

Syphilis cérébrale. — M. Séglas a observé un cas de méningo-encéphalite syphilitique avec accidents épileptiques, amnésie rétroantérograde sans confabulation ni délire et démence progressive. Le malade mourut en état de mal épileptique. Cette forme est distincte par son évolution de la méningo-encéphalite syphilitique, qui est le substratum anatomique de la paralysie générale, mais elle n'est pas essentiellement différente si l'on considère la nature du processus.

IV

Evolution. Terminaison. — La démence épileptique évolue soit d'une façon rapide, ce qui est rare, soit d'une façon lente, ce qui s'observe le plus habituellement. Mais quel que soit le mode d'évolution des symptômes démentiels, le malade en arrive toujours à tomber dans un état d'apathie complète, de gâtisme avec contractures, en un mot à se trouver dans une situation semblable à celles que l'on constate parfois dans les formes les plus graves de l'idiotie.

L'épilepsie perd alors son caractère délirant pour se fondre, suivant l'heureuse expression de Morel, dans l'universalité des symptômes qui signalent la démence, les malades ne sortent alors de leur état de torpeur que pour présenter des périodes d'excitation passagère, pendant lesquelles ils s'agitent surtout sous l'influence de leurs hallucinations.

Pour en arriver à cet état terminal de démence incurable et profonde le malade passe en général par toutes les étapes de l'affaiblissement intellectuel, n'ayant tout d'abord qu'une conception difficile par moments, avec des lacunes à peine sensibles, à des intervalles de lucidité presque complète. Ces intervalles, que l'on peut considérer comme de véritables rémissions, donnent à l'évolution de la démence épileptique une allure assez irrégulière en apparence; en somme, cette évolution a deux caractères essentiels :

1° Elle est irrégulièrement progressive, c'est-à-dire qu'elle procède par poussées successives aux attaques.

2° Elle est dans une certaine mesure rémittente, puisque l'affaiblissement intellectuel diminue quand les crises viennent à s'espacer.

La dépression psychique s'accentue donc au fur et à mesure que les accès se répètent et se rapprochent davantage, tandis que l'état mental s'améliore quand les accès ont tendance à s'espacer, c'est ce qui explique les phases de rémission dont nous avons parlé plus haut. Mais ce ne sont pas des rémissions franches ; un malade qui aura été pendant des années incapable d'avoir aucun rapport avec le monde extérieur, retrouvera une partie au moins de ses facultés intellectuelles quand ses attaques viendront à se suspendre ou à s'éloigner notablement ; mais, outre qu'il n'en est pas toujours ainsi, on pourra facilement constater à l'examen clinique du sujet que son intelligence a baissé entre chaque rémission, et que celle-ci n'est en somme qu'un arrêt momentané dans l'évolution de sa déchéance physique et mentale.

Que la démence suive une marche continue et progressive, ou qu'elle évolue par à-coups, il n'en est pas moins vrai que la fréquence des attaques ou même des équivalents épileptiques a une influence considérable sur son évolution. Qu'il s'agisse de vertiges, d'absences, ou de crises comitiales nettes, la déchéance sera d'autant plus rapide et plus profonde que la fréquence des accès sera plus grande, bien qu'à nombre égal de paroxysmes la démence soit plus rapide et plus profonde quand l'intensité des accès est plus grande et le sujet plus âgé.

V

Diagnostic. — Le diagnostic positif de la démence épileptique sera basé sur la connaissance de l'état antérieur du sujet, sur la constatation des stigmates de l'épilepsie, et sur la notion de l'affaiblissement

intellectuel survenu à la suite d'accès nombreux et répétés. Ce diagnostic sera, dans la majorité des cas, assez aisé à porter; les seules affections que l'on devra éliminer sont le delirium tremens, les états d'obnubilation passagère dans l'alcoolisme chronique, les accès délirants de la paralysie générale, et les accès d'agitation catatonique.

Le delirium tremens sera facilement éliminé par la notion de l'état antérieur du sujet, par l'intensité des hallucinations visuelles, par les symptômes physiques, tels que le tremblement, l'agitation extrême du malade, et l'état d'inquiétude dans lequel se trouve l'alcoolique, par opposition à l'état de méfiance qui caractérise l'épileptique.

Les états d'obnubilation passagère de l'alcoolisme chronique seront éliminés par l'anamnèse, l'absence de stupeur consécutive, et le retour plus ou moins complet des facultés psychiques.

Ce sera avec les accès délirants de la paralysie générale que le diagnostic sera de beaucoup le plus important et souvent le plus délicat. La démence épileptique peut en effet revêtir chez certains sujets l'aspect de la démence paralytique, au point de rendre le diagnostic parfois difficile. Ce diagnostic différentiel sera d'autant plus difficile à établir que les manifestations épileptiques et démentielles peuvent être des symptômes précoces d'une paralysie générale; Marchand est même d'avis qu'il existe une démence épileptique symptomatique de méningo-encéphalite diffuse subaiguë. Dans une observation publiée à propos du diagnostic de l'épilepsie avec la paralysie générale, MM. Séglas et Français déclarent que le diagnostic est difficile quand les troubles intellectuels se manifestent chez les épileptiques déjà en voie de démence, surtout qu'il y a des signes physiques rappelant ceux de la paralysie générale, et qu'il y a coïncidence possible des deux affections ; il faudrait dans ces cas se baser sur la longueur du temps, et sur les modifications des symptômes par les accès épileptiques. Ajoutons que la ponction lombaire et la réaction de Wassermann pourront donner d'utiles indications.

Quant aux accès d'agitation catatonique, ils seront éliminés par les stéréotypies, le maniérisme, le caractère monotone de l'agitation, et la conservation assez exacte de l'orientation.

VI

Anatomie pathologique. — La démence épileptique a toujours pour substratum soit un processus toxique, soit une lésion anatomique.

1° Dans le premier cas, on se trouve en présence de ces cas d'épilepsie dite essentielle ou encore idiopathique, c'est-à-dire survenant chez des individus qui n'ont aucune lésion cérébrale capable d'engendrer par elle-même des accès épileptiques. Il faut bien admettre que dans ces cas la démence épileptique est la conséquence d'un épuisement nerveux consécutif aux décharges successives. Or, ces décharges ne laissent en général derrière elles aucune trace grossière, même lorsqu'elles sont intenses et répétées comme dans un état de mal ; il n'y a donc pas lieu de s'étonner que dans la démence épileptique on n'ait pas encore découvert de lésions caractéristiques (Féré).

2° Quant aux lésions anatomiques, elles paraissent être des lésions primitives et non des lésions consécutives.

Au niveau des méninges, on observe de la méningo-encéphalite chronique soit diffuse, soit, mais plus rarement, localisée. On a signalé de l'épaississement ou du gonflement transparent, surtout sur l'arachnoïde, épaississement qui peut d'ailleurs être le reliquat d'une méningite de la première enfance. Ces lésions méningées peuvent à elles seules produire des altérations au niveau des éléments nerveux sous-jacents, et c'est ainsi que dans un cas elles ont pu déterminer au niveau de la moelle une myélite qui guérit, mais dont il resta des noyaux inflammatoires dans la région cervicale (Toulouse et Marchand).

Le liquide céphalo-rachidien, examiné à propos d'un cas douteux par Séglas et Français, ne présentait pas de lymphocytose.

Les vaisseaux présentent des lésions marquées, soit qu'il s'agisse de petites hémorragies avec points jaunes isolés, siégeant de préférence sur la convexité des hémisphères, soit que l'on trouve des lésions banales d'artériosclérose cérébrale.

Au niveau de l'écorce cérébrale on peut trouver des lésions diverses, soit qu'il s'agisse de sclérose superficielle diffuse, soit que la sclérose névroglique se soit localisée sur certains points, occasionnant par exemple une disparition des éléments nerveux au niveau des circonvolutions motrices gauches, ou bien amenant une atrophie des lobes pariétaux et frontaux, avec élargissement des sillons. Les lésions cérébrales que l'on observe dans l'association de la démence sénile avec épilepsie consistent dans une sclérose cérébrale superficielle diffuse, avec altérations profondes des fibres tangentielles et foyers de sclérose en rapport avec l'athéromasie cérébrale. De même, l'alcoolisme, la syphilis, la tuberculose déterminent fréquemment des lésions corticales qui se traduisent cliniquement par la démence et l'épilepsie ; on peut également trouver des lésions banales de paralysie générale.

Enfin, il n'est pas rare de trouver une tumeur cérébrale, c'est ainsi que Marchand et Petit (de Blois) ont trouvé, dans un cas d'épilepsie tardive avec démence, un angio-sarcome développé au niveau des méninges, recouvrant les lames criblées et l'apophyse crista galli, comprimant et même détruisant les lobes supra-orbitaires droit et gauche des lobes frontaux.

VII

Traitement (MÉDECINE LÉGALE). — Bien que l'on ne doive guère espérer améliorer ou même atténuer l'état mental d'un épileptique tombé dans la démence, il n'en faut pas moins essayer un traitement méthodique et suivi, car on a pu voir les grandes attaques devenir plus rares sous l'influence du traitement, et l'état mental devenir de ce fait plus satisfaisant.

Ce traitement sera, bien entendu, celui de l'épilepsie ; l'hygiène, le régime déchloruré, les bromures seront conseillés, il n'y a rien de spécial à la démence épileptique.

L'internement d'un épileptique dément s'impose comme une mesure également utile pour le malade et pour l'entourage ; quant à la question de la responsabilité de ces malades, elle n'a même pas besoin d'être soulevée ; il est très évident qu'un épileptique devenu dément doit être considéré comme absolument irresponsable.

Enfin, les idiots épileptiques devront toujours être soumis au traitement intensif, car si celui-ci ne guérit pas le malade, il peut tout au moins limiter sa déchéance intellectuelle.

BIBLIOGRAPHIE

Condomine. *Contribution à l'état de la démence chez les épileptiques aliénés*, Th. de Lyon, 1908.

Delasiauve. *Traité de l'épilepsie*, Masson, Paris 1854. — Dutil. Article : Troubles mentaux dans l'épilepsie, in *Traité de pathologie mentale* de Gilbert Ballet, Doin, Paris 1903, p. 861 ; — Article : Epilepsie in *Traité de médecine* Charcot-Bouchard-Brissaud, 2e édit., t. X, Paris 1905.

Esquirol. *Des maladies mentales*, Baillière, Paris 1838.

Falret (J.-P.). *Leçons cliniques de médecine mentale*, Baillière, Paris 1834 ; — *Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Baillière, Paris 1890. — Féré. *Les épilepsies et les épileptiques*, Alcan, Paris 1890 ; — *Epilepsie*, in collection Léauté, Masson, Paris.

Marcé. *Traité pratique des maladies mentales*, Baillière, Paris 1862. — Marchand. De l'idiotie acquise et de la démence chez les épileptiques, *Revue de psych.*, juin 1907. — De l'épilepsie chez les déments précoces, *Revue de psych.*, n° 8, 1908. — Marchand et Olivier. *Bull. de la soc. anat.*, oct. 1906, p. 576. — Marchand et Petit. De l'épilepsie chez les déments séniles, *Revue de psych.*, février 1909. — Epilepsie tardive et démence chez une femme atteinte d'angio-sarcome de la fosse cérébrale antérieure, *Soc. de psych. de Paris*, 24 juin 1909. — Marie (A.). *La démence*, Doin, Paris 1906. — Morel. *Traité des maladies mentales*, Masson, Paris 1860.

Régis. *Précis de Psychiatrie*, 4e édit. Doin, Paris 1909. — Rogues de Fursac. *Les écrits et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales*, Paris, 1905 ; — *Manuel de psychiatrie*, 4e édit. Alcan, Paris 1911.

Séglas. Méningo-encéphalite syphilitique ; accidents épileptiques, amnésie rétro-antérograde sans confabulation, ni délire, démence progressive ; mort en état de mal épileptique, *Encéphale*, octobre 1909 ; — Note sur un cas d'épilepsie tardive, *Revue de méd.*, Paris, 1884. — Séglas et Français. A propos de diagnostic de l'épilepsie et de la paralysie générale, *Presse méd.*, n° 77, 24 sept. 1902.

Tardieu. *Etude médico-légale sur la folie*, Baillière, Paris 1872. — Toulouse et Marchand. Anomalies médullaires et démence chez un épileptique. *Revue de psych.*, sept. 1906, p. 381.

Voisin (Jules et Roger). Une forme rapide de démence épileptique de l'adolescence et ses rapports avec la démence précoce, *Presse méd.*, 13 juillet 1907 ; — Voisin et Dubosc. Idiotie acquise. Epilepsie spasmodique infantile et démence épileptique spasmodique juvénile, *Soc. de psych.*, 18 juin 1908. — Voisin et Legros. *Ann. méd. psych.*, nov. 1899 ; — *Gaz. hebd.*, 24 déc. 1899 ; — *Congrès intern. de méd.*, août 1900.

Weygandt-Roubinovitch. *Atlas manuel de psychiatrie*, Baillière, Paris 1904.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 MARS 1912)

Sur le traitement spécifique des plaies. — MM. Leclainche et Vallée. A de rares exceptions près, la sérothérapie spécifique est restée limitée jusqu'ici dans ses applications au traitement des infections ou des intoxications généralisées.

MM. Leclainche et Vallée ont tenté d'utiliser les propriétés d'un sérum spécifique dans le traitement des plaies.

Ce sérum doit à la fois recouvrir les surfaces d'un enduit protecteur favorable à la vitalité des cellules et apporter aux phagocytes des anticorps stimulant leur action phagogène.

Un tel sérum doit être polyvalent et capable d'assurer la destruction des germes qu'on rencontre habituellement dans les plaies infectées.

Les auteurs ont employé un sérum de cheval soumis à un traitement immunisant à l'aide d'un certain nombre d'espèces microbiennes. Ils s'en sont servis dans le traitement des plaies les plus diverses. Après un lavage à l'eau bouillie, on fait une application de sérum liquide ou de sérum desséché et pulvérulent.

Les résultats ont été surprenants. Comme on peut le prévoir, la médication n'est pleinement efficace que si les plaies traitées ne renferment comme agents actifs de désintégration des tissus que des espèces ayant servi au traitement des producteurs de sérum.

Le poids de l'estomac chez les mammifères. — M. A. Magnan, poursuivant ses recherches biologiques sur l'estomac des 280 mammifères qu'il a déjà étudiés pour la longueur de l'intestin (*Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 17, p. 233), montre que ce sont les insectivores qui ont l'estomac le moins pesant. Les herbivores en possèdent la plus grande quantité. A côté se placent les granivores et les omnicarnivores. Or c'est justement de cette façon que se classent les mammifères quand on étudie la longueur de l'intestin.

Cela vient donc à l'appui de l'hypothèse émise par M. Magnan à savoir que c'est la quantité et la qualité de l'aliment qui distend le tube digestif tout entier. Les végétaux agissent mécaniquement par leur poids et les résidus qu'ils laissent.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 13 MARS 1912)

Fracture de l'olécrâne. — M. Demoulin fait un rapport sur une observation adressée par un de nos confrères du Havre : il s'agit d'un homme de trente ans qui fait une chute sur le coude. Un médecin met son bras dans un appareil plâtré. Il en résulte une ankylose presque complète à angle droit. C'est dans cet état que ce malade vient trouver notre confrère qui juge une opération nécessaire, trouvant une fracture de l'olécrâne mal consolidée avec une luxation en avant des deux os de l'avant-bras. Le succès de l'opération fut complet ; un mois et demi après, ce malade avait recouvré tous ses mouvements.

A ce propos, M. Demoulin rappelle les diverses opinions qui ont été défendues, les uns admettant que la luxation en avant des deux os de l'avant-bras était impossible sans fracture de l'olécrâne, les autres soutenant, avec des faits à l'appui, qu'on pouvait observer des cas de luxation en avant des deux os de l'avant-bras sans fracture de l'olécrâne. Quoi qu'il en soit ces faits sont rares.

Comment traiter cette lésion ? Les avis ici encore sont par-

tagés, les uns étant pour l'abstention, les autres pour la résection typique du coude.

Notre confrère du Havre trouvant les uns trop timorés et les autres trop audacieux choisit un moyen terme et pratiqua une résection atypique du coude. Il fit une incision postérieure, ouvrit l'articulation, réduisit la tête du radius et sutura la fracture de l'olécrâne. Cette opération fut pratiquée quarante-neuf jours après l'accident. Les mouvements sont revenus un mois et demi après l'opération.

Paralysie du nerf radial par contracture musculaire. — M. Auvray, à l'appui de la communication qu'il a faite dans la dernière séance, apporte deux nouvelles observations qui lui ont été transmises par M. Tissier. Il s'agit de deux jeunes femmes primipares, qui au cours d'un accouchement très long firent de tels efforts pour se tenir à la tête du lit pendant les douleurs, qu'elles présentèrent une paraplégie du nerf radial.

M. Lucas-Championnière, qui au début de sa carrière a eu des services d'accouchements, n'a jamais vu se produire de paralysies radiales par ce mécanisme.

M. Quénu a vu une fracture de l'humérus par contraction musculaire sans paralysie radiale.

Luxation carpo-métacarpienne du pouce. — M. Potherat fait un rapport sur un travail de M. R. Regnault (de Toulon). Il s'agit d'un cas de luxation carpo-métacarpienne sans troubles fonctionnels, réduite une première fois vingt jours après l'accident, puis s'étant reproduite et datant de deux ans quand M. Regnault la vit pour la première fois. M. Regnault n'a pu réunir, dans ses recherches bibliographiques, que 28 cas de ce genre. Une seule fois la luxation s'était faite en avant. Les autres fois elle s'était faite en arrière. Elle était tantôt complète, tantôt incomplète. Il semble que, dans ces cas, la réduction soit très facile à obtenir, mais très difficile à maintenir.

M. Arrou apporte un vingt-neuvième cas dans lequel il n'a pas cru devoir intervenir.

Anévrisme de l'artère palmaire superficielle. — M. Potherat analyse également deux observations d'anévrismes de l'arcade palmaire superficielle adressées également par M. Regnault. Un homme de trente-sept ans s'aperçoit de l'existence d'une petite tumeur à la partie supérieure de l'éminence hypothénar. C'était une petite tumeur molle, réductible, légèrement expansive, animée de battements isochrones avec la radiale et présentant un léger souffle. M. Regnault reconnut là un anévrisme de l'arcade palmaire superficielle. Mise à nu de la tumeur, ligature de l'artère au-dessus et au-dessous; ablation de la tumeur, pas d'accidents consécutifs.

M. Regnault n'a pu réunir que 26 cas d'anévrismes artériels de l'arcade palmaire superficielle. Comment se développent ces anévrismes? On a invoqué des causes directes, des contusions violentes et répétées sur la paume de la main. Comme traitement, la méthode de choix est l'extirpation. A son défaut, on peut essayer la compression directe.

Absence congénitale du vagin. — M. Routier fait un rapport sur une observation adressée par M. Dreyfus et qui a trait à une jeune infirmière de vingt-deux ans qui se plaignait de n'avoir pas ses règles. Le 10 juillet 1910, M. Dreyfus débride l'orifice vaginal et ne trouve rien. Dans la profondeur, il sent une tumeur qui lui paraît être l'utérus rempli du sang des règles.

Le 17 novembre 1910, M. Dreyfus tenta de refaire à cette femme un vagin avec un sac herniaire. Il pratiqua d'abord un décollement entre le rectum et la vessie et forma un tunnel de 11 centimètres. Au fond de ce tunnel, il ponctionna la tumeur et en tira du sang rouge artériel. Il fait un tamponnement.

Le lendemain, ayant réséqué un grand sac herniaire et l'ayant recueilli dans une compresse, il combla le tunnel pratiqué la veille à l'aide de ce sac herniaire rempli de compresses aseptiques. Il ne fit pas de sutures. Après cinq jours, le pansement et le tampon de compresses sont enlevés. La greffe avait pris. Il n'y eut pas d'élévation de température. La cicatrisation était complète. Un an après, on constata un vagin normal, admettant deux doigts, souple et indolore. C'est la première fois qu'on refait un vagin tapissé par une séreuse. M. Dreyfus s'est arrêté avant d'atteindre l'utérus. Le résultat eût peut-être été plus beau encore s'il avait pu atteindre l'utérus.

M. Quénu fait observer qu'il eût été intéressant de prélever un fragment de cette séreuse pour voir ce qu'elle est devenue.

M. Kirmisson ne peut accepter cette observation que sous bénéfice d'inventaire. Il y a eu de l'hématométrie. Cette femme a-t-elle jamais eu ses règles? Il serait bien nécessaire d'être fixé sur ces points.

M. Tuffier est très frappé de voir que, dans le cas de M. Dreyfus, il n'y ait pas eu de rétrécissement du vagin après deux ans. C'est en général ce qui a lieu. Dans un cas de ce genre, M. Tuffier ne s'est pas contenté de greffer un sac herniaire. Il a établi un anastomose entre ce nouveau vagin et l'utérus, en passant par le ventre, en ouvrant l'utérus et en anastomosant le col avec le périnée. Quand il y a de l'hématométrie, on a alors une large cavité utérine et cela facilite beaucoup l'opération. Celle-ci, au contraire, devient bien plus difficile quand on a affaire à de petits utérus.

M. Potherat a eu l'occasion de refaire trois fois des vagins. Il s'est toujours appliqué à arriver jusqu'à l'utérus pour assurer l'écoulement des règles. Il est toujours passé par le périnée. Il n'a pas fait de greffes; c'est par la dilatation progressive qu'il est arrivé à obtenir un tunnel suffisant pour pouvoir cheminer jusqu'à l'utérus.

Tuberculose cutanée, excision, autoplastie. — M. Morestin présente un malade qui était atteint d'une tuberculose cutanée étendue du pli du coude. Excision, vaste perte de substance que M. Morestin est arrivé à combler fort heureusement en maintenant l'avant-bras plié sur le bras et en suturant ainsi les deux surfaces avivées en contact. Résultat parfait. Le malade jouit de tous ses mouvements.

— Au début, de la séance, M. le Président a félicité, au nom de la Société, M. Lucas-Championnière de son élection à l'Académie des sciences.

En remerciant M. Bazy, M. Lucas-Championnière se félicite de cette élection, non pas seulement à son point de vue personnel, mais au point de vue de la Société de chirurgie où sont nés tous ses travaux. Il était important que les chirurgiens ne perdissent pas une place en faveur des médecins et des physiologistes.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 7 mars 1912)

Chorée de Sydenham avec lésions pyramidales. — M. Lian et Mlle Landesmann. A gauche, où la chorée prédomine, on trouve des oscillations marquées du membre supérieur soulevé, puis abandonné à lui-même. A l'inférieur, exagération du réflexe rotulien, flexion combinée de la cuisse et du tronc, signe de Grasset et Gaussel, l'opposition complémentaire de Hoover, l'adduction et l'abduction associées de Raimiste. Ce fait s'ajoute à ceux qui tendent à faire rayer la chorée de Sydenham du cadre des névroses.

Réflexe olécranien paradoxal chez une tabétique. — M. Lian. Ce cas montre que, dans le tabes, l'inversion du réflexe olécranien peut exister sans qu'il y ait hémiplégie, contrairement à ce qu'avait vu M. Souques.

Inversion du réflexe radial et réaction de dégénérescence dans les muscles biceps et long supinateur. — MM. Souques et Duhem. La constatation simultanée de ces deux phéno-

mènes (le malade est atteint de syringomyélie) vient confirmer l'hypothèse de M. Babinski sur le centre du réflexe radial au niveau de C5, puisqu'on place généralement dans C5 et C6 le centre des muscles biceps et long supinateur.

MM. MAILLARD et HEUYER présentent deux faits analogues. Une femme atteinte de pachyméningite cervicale présente l'inversion du réflexe radial en même temps qu'une diminution de force des muscles deltoïde, biceps et triceps. Le deuxième malade, atteint de quadriplégie avec spasticité des membres inférieurs, présente en même temps que l'inversion incomplète du réflexe radial gauche l'atrophie des muscles deltoïde, triceps et des extenseurs des doigts avec troubles de la sensibilité dans le domaine des racines cervicales 5, 6 et 7.

M. SICARD fait remarquer que ces deux malades, chez lesquels on a porté le diagnostic de méningite bacillaire, présentent dans le liquide céphalo-rachidien la dissociation entre l'albumine et les éléments figurés sur laquelle il a insisté et qui lui a permis le diagnostic précoce dans trois cas, alors que le tableau clinique était encore tout à fait insuffisant.

Compression de la queue de cheval. — M. Roger VOISIN montre une jeune fille de dix-huit ans qui, étant tombée en octobre dernier dans le fossé des fortifications, fit une paraplégie dont elle guérit en six semaines. Actuellement, elle présente à gauche une sciatique, à droite l'atrophie des muscles de la cuisse avec réaction de dégénérescence dans ceux du groupe postérieur, et des troubles sensitifs dans le domaine des racines sacrées. Ces troubles augmentant d'intensité, M. Voisin se demande si une intervention ne serait pas justifiée. — M. Charpentier conseille la radiothérapie.

Atrophie Aran-Duchenne et hémianopsie. — MM. SOUQUES et POLLACK. Il y a douze ans, sont apparus les troubles oculaires et l'atrophie Aran-Duchenne avec quelques secousses fibrillaires du deltoïde et hypoesthésie des membres supérieurs descendant jusqu'à D4-5. Aux membres inférieurs, troubles moins prononcés avec exagération des réflexes et quelques secousses fibrillaires des cuisses, légère cyanose. Pas de troubles bulbaires, sauf du nasonnement, hémianopsie bitemporale avec scotome du segment nasal inférieur. Les troubles ont progressé trois à quatre ans et sont stationnaires depuis. Double lésion aortique. Wassermann positif. Dans le liquide céphalo-rachidien, albumine sans réaction cellulaire. Les auteurs écartent l'hypothèse d'une sclérose latérale ou d'une syringomyélie.

Myopathie avec atrophie Aran-Duchenne et réaction de dégénérescence. — MM. MERKLEN et SCHOEFFER. Début à quatorze ans par des douleurs fulgurantes, le dérobement et l'atrophie progressive des membres inférieurs. Actuellement le malade est âgé de cinquante-six ans, il ne peut marcher, l'atrophie présente aux membres supérieurs le type Aran-Duchenne, les réflexes sont affaiblis ; enfin, aux membres supérieurs, on trouve la réaction myopathique et la tétanisation avec des courants électriques peu intenses.

Monoplégie corticale. — M. THOMAS. En janvier, le malade remarque que sa main refuse son service, et quelques heures après fait un petit ictus. Actuellement, on trouve la parésie des muscles de la main et des fléchisseurs avec hypoexcitabilité faradique, exagération du réflexe périosté du poignet, pas de troubles des sensibilités superficielles et profondes. Au membre inférieur, réflexe rotulien assez vif, pas de Babinski, mais l'orteil se met en extension lorsque le malade s'assied.

Infantilisme et organes génitaux. — M. SOUQUES montre cinq malades chez lesquels l'infantilisme est lié à une dystrophie génitale, ce qui serait, dit-il, la vraie cause de l'infantilisme en général. L'un a une tumeur hypophysaire, un deuxième est infantile depuis un mal de Pott, survenu à l'âge de onze ans, avec suppuration et cachexie; un troisième présente, depuis l'âge de seize à dix-sept ans, la réduction des organes génitaux avec gynécomastie; un homme de soixante-six ans, après une vie génitale normale, a subi, voici dix ans, un traumatisme rachidien à la suite duquel ses organes génitaux et le système pileux diminuent. Ces mêmes troubles ont apparu chez le dernier malade après une fièvre typhoïde survenue à seize ans et à la suite de laquelle les organes génitaux et les poils ont cessé de se développer. — M. MEIGE s'élève contre l'extension abusive donnée au terme d'infantilisme, et M. CLAUDE dit que les caractères sexuels secondaires ne sont pas toujours en rapport avec le développement des organes génitaux; deux de ses malades n'ont pas les attributs de la virilité avec des organes génitaux bien développés.

Exagération des réflexes cutanés de défense dans la maladie de Friedreich. — MM. BABINSKI, VINCENT et JARKOWSKY ont constaté chez quatre malades atteints de cette affection que les réflexes cutanés de défense sont très exagérés aux endroits où les réflexes tendineux sont abolis, et d'une manière d'autant plus vive que la maladie est plus avancée.

Zona de l'oreille et paralysie faciale. — MM. DÉJERINE, TINEL et HEUYER. La paralysie faciale est survenue brusquement, suivie le soir même de douleurs d'oreille. Le zona est limité à la conque, les troubles de la sensibilité bien plus étendus que l'éruption, ils envahissent la branche auriculaire postérieure.

Tétanie de l'adulte. — MM. DÉJERINE et TINEL. La malade présente une main succulente avec cyanose; les crises sont provoquées par l'application de la bande d'Esmarch; elles peuvent se généraliser. Signes d'Erb et de Chvostek.

Mal perforant plantaire. Tabes. — MM. DECLOUX et GOURICHAU. L'examen montre seulement une ostéite condensante de la tête humérale avec douleurs, un peu d'aortite, les pupilles sont seulement paresseuses, la réaction de Wassermann est positive, depuis quatre ans existent des troubles sphinctériens. Pas de lymphocytose céphalo-rachidienne.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 8 MARS 1912)

Traitement des fractures des membres. — M. COUDRAY. Les appareils en aluminium laminé peuvent être d'un usage commode pour le transport des blessés, mais ne donnent pas une contention aussi parfaite que les appareils plâtrés ; quant aux fractures qui restent mobiles assez longtemps, il faut voir par la radiographie si elles ne sont pas incomplètement réduites et, dans ce cas, utiliser au besoin le chloroforme et poser un appareil plâtré.

M. MOUCHET donne la préférence à l'appareil plâtré qui a fait ses preuves depuis longtemps, permet tout aussi bien le contrôle de la réduction aux rayons X et assure une contention beaucoup plus efficace.

Bains de lumière et tension artérielle. — M. LAUSSEDAT apporte le résultat de ses observations personnelles prises à Royat ; ses conclusions sont en conformité absolue avec la loi suivante de Martinet : dans les phénomènes de réaction obtenus chez les hypertendus, les courbes de tension maxima et de tension variable sont parallèles. Toutefois, l'auteur a pu constater que la tension minima s'abaisse toujours beaucoup moins que la tension maxima mais en revanche qu'elle ne s'élève jamais.

Des huiles sulfureuses en thérapeutique. — A l'appui de sa candidature, M. HUERRE montre les avantages des huiles sulfurées sur le soufre dans le traitement des dermatoses ; ces

préparations huileuses seraient bien mieux tolérées par la peau. Ainsi, l'huile de ricin sulfurée à 7 p. 100, soluble dans un grand nombre de dissolvants, est d'un usage facile et donne des résultats excellents.

Traitement de l'impuissance génitale. — M. LE FUR. Ce traitement est très variable suivant les formes observées : tout d'abord, il faut savoir qu'une sage hygiène génitale doit être conseillée à l'aurore et au déclin de la vie génitale comme au moment de la puberté. L'impuissance des névropathes neurasthéniques et psychasthéniques devra être traitée par la psychothérapie et la suggestion parfois ; l'impuissance si souvent associée à des lésions locales de l'urètre postérieur et de la prostate guérit presque toujours par le traitement des lésions locales. Enfin, il faudra dans tous les cas recourir à l'opothérapie soit sous forme de cachets, soit plutôt sous forme d'injections d'extrait orchitique ou prostatique.

Pour M. KLOTZ, le traitement local devra être fait avec douceur : il faut se contenter d'une légère dilatation de l'urètre ou d'une fine cautérisation du verumontanum.

M. KOLBE insiste sur trois points particuliers : 1° l'homme ne devient pas le plus souvent impotent par l'intervention d'une femme dans des situations critiques, l'histoire des peuples et des troupes coloniales démontre facilement le courage des combattants malgré la présence des femmes; 2° chez les obèses impotents, la culture physique ne parvient pas à entraver l'impuissance génitale; 3° les traumatismes du périnée ont une influence manifeste sur la décadence génitale.

Pour M. BUVAT, il faut distinguer les psychopathies sexuelles d'allure mélancolique, justiciables d'un traitement local joint à la psychotérapie, et les psychopathies sexuelles accompagnées du délire de la persécution, chez lesquelles toute opération est inopérante et peut transformer le malade non soulagé en un persécuté persécuteur.

M. DARTIGUES relate l'influence fréquente de l'état des organes génitaux externes de la femme sur les cas d'impuissance élective de la part de l'homme. Pour lui, une quantité innombrable de femmes ayant accouché ont un périnée ou effondré ou déchiré ; outre que la déchirure du périnée maintient une laxité, une béance de la vulve et prédispose à tous les désordres locaux que l'on connaît, elle contribue par le relâchement génital externe à provoquer une inappétence vénérienne de la part de l'homme.

Et ainsi, peuvent s'expliquer, entre tant d'autres causes, nombre de délaissements et d'abandons génitaux de l'épouse avec toutes ses conséquences pour le foyer domestique et le bonheur conjugal.

M. MOUCHET ne croit pas à une fréquence aussi grande de l'effondrement périnéal chez des femmes qui ont eu des enfants; en tout cas, il se demande dans ces conditions, à quel moment de la vie, il faudrait pratiquer la périnéorraphie.

Radiographie de l'appendice iléo-cæcal. — M. DESTERNES présente une série de clichés prouvant tout l'intérêt que présente la radiographie au cours des affections typho-appendiculaires ; cette méthode permet d'éliminer les fausses appendicites, de vérifier le siège, la forme et la mobilité du cæcum; elle donne souvent l'image de l'appendice lui-même, elle renseigne enfin sur la cause des accidents qui peuvent persister après l'intervention.

M. KOLBE conclut à l'importance de la radiographie intestinale pour le diagnostic et le pronostic pré et post-opératoires.

AVIS. — Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DU SERVICE MILITAIRE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

Il m'a maintes fois été donné de constater que les étudiants en médecine, obligés de par la loi à accomplir, soit au début, soit à la fin de leurs études, deux années de service militaire, étaient pour la plupart mal avertis des notables avantages qu'ils seraient susceptibles de retirer de la fréquentation des « sociétés de préparation militaire ».

C'est donc faire œuvre utile, à mon sens, que de signaler à nos jeunes camarades l'existence de ces sociétés et de leur donner quelques détails sur le but qu'elles poursuivent.

Elles ont pour objet de donner aux jeunes gens, avant leur incorporation, les premières notions théoriques et pratiques d'instruction militaire, de telle sorte qu'ils arrivent au régiment déjà physiquement entraînés et n'ayant plus à apprendre les rudiments du métier.

Or, comme chacun sait, surtout en ce qui concerne les troupes à cheval, c'est cette période d'initiation, de « débourrage », pour employer un terme technique, qui constitue l'étape la plus pénible du service.

Les cours se poursuivent chaque année pendant une période de huit mois environ; ils ont pour couronnement un examen subi par les élèves devant un jury composé d'officiers de l'armée active. Cet examen comporte une série d'épreuves portant sur la marche ou l'équitation, le tir, la gymnastique, des éléments de topographie et quelques notions d'hygiène. Il a pour sanction, s'il est satisfaisant, la délivrance du BREVET D'APTITUDE MILITAIRE.

Le diplôme ainsi obtenu assure à son titulaire, en tenant compte de son classement, un certain nombre d'avantages, notamment le droit de devancer l'appel, le choix du corps, des tolérances de poids et de taille pour certaines armes, la nomination au grade de brigadier ou de caporal après quatre mois de service, l'affectation à des emplois spéciaux.

Ce sont là des prérogatives peu négligeables à notre époque égalitaire où tout le monde étant astreint à servir pendant une durée égale il importe d'employer ces deux années d'une façon aussi utile et aussi agréable que possible.

En ce qui concerne spécialement les futurs médecins, je me permets de leur donner le conseil de se faire inscrire dans une société de *préparation pour les troupes à cheval*. Un des desiderata du corps de santé est, en effet, d'obtenir que les étudiants fassent leur service militaire dans la cavalerie ; d'un autre côté, étant forcément destinés à devenir médecins de réserve, il est absolument certain qu'à une époque quelconque de leur carrière ils seront pourvus d'un emploi monté et obligés de posséder de sérieuses notions d'équitation, sous peine de se montrer inférieurs à leur tâche quels que puissent être par ailleurs leurs mérites techniques.

Les cours d'équitation ont lieu en général deux fois par semaine le soir.

On ne saurait donc objecter qu'ils puissent apporter une entrave quelconque au travail soutenu que nécessitent les études médicales et les préparations des concours ; bien au contraire, ils constituent un salutaire repos cérébral en même temps qu'un exercice physique de premier ordre.

L'instruction y est donnée par des officiers et des sous-officiers de réserve qui n'hésitent pas à consacrer le plus clair de leurs loisirs à cette tâche patriotique et éminemment utile.

Les frais entraînés par la participation aux cours sont des plus minimes.

Il existe, tant à Paris qu'en province, un assez grand nombre de ces sociétés; mais je tiens à signaler, parce que je le connais pour en faire partie depuis longtemps, l'escadron de Saint-Georges dont le siège est à Paris, 104, rue de Riche-

lieu, et qui a déjà reçu l'adhésion d'un certain nombre de nos jeunes camarades.

AM. COYON,
Médecin des hôpitaux de Paris.

ANALYSES

MÉDECINE INFANTILE

Sur les œdèmes par le sel chez les grands enfants. (F. HAMBURGER. *Münch. med. Wochens.*, 21 nov. 1911, n° 47, p. 2500.) — On sait déjà que chez les nourrissons exempts de toute lésion cardiaque ou rénale, l'introduction dans l'économie de fortes doses de chlorure de sodium suffit à provoquer des œdèmes simplement à l'occasion de troubles aigus ou chroniques de la nutrition.

Mais on sait moins qu'un phénomène semblable peut s'observer chez de plus grands enfants, exempts aussi d'affections du cœur ou des reins; et que ces œdèmes sont curables par le régime déchloruré.

Le premier cas semblable observé par Hamburger concerne un enfant de cinq ans qui souffrait de troubles digestifs ayant entraîné de l'amaigrissement et de l'asthénie. L'administration d'eau de Carlsbad (120 grammes par jour de Mühlbrunnen) fit disparaître immédiatement les vomissements et l'inappétence : en huit jours, le poids du corps s'éleva de 15 kilos à 18 kilos. Mais en même temps apparurent des œdèmes étendus. L'enquête démontra que l'enfant consommait de grandes quantités de potage, fait à l'aide de cubes de bouillon, tellement salé que les deux derniers jours il commençait à le refuser. Un régime déchloruré amena en trois jours une chute de poids de 2k250 et la disparition des œdèmes. L'examen minutieux du cœur et des reins n'avait rien montré d'anormal.

Depuis cette première observation, Hamburger a plusieurs fois réussi à provoquer l'œdème chez des enfants amaigris et cachectiques, mais sans aucune tare cardio-rénale, par ingestion de sel à haute dose. Chez certains enfants cachectiques, le sel a provoqué de la diarrhée et dans ces cas il n'y a pas eu d'œdème.

A. LEMIERRE.

Réaction de forme digestive succédant à une émotion prolongée chez une fillette de huit ans. (MERKLEN. *Soc. de Pédiat.*, 21 mars 1911.) — A la suite d'une colère *violente* et *prolongée*, une fillette présente des accidents digestifs (vomissements, anorexie, modifications légères des selles), accompagnés d'herpes labial, de troubles de l'élimination urinaire et de fatigue générale. Ce qu'il convient ici de remarquer ce n'est point autant la réaction émotionnelle digestive, très fréquente à la suite des accidents post-émotifs, que l'existence même de la réaction organique, succédant à l'émotion prolongée, rare chez l'enfant. qui présente d'habitude plus volontiers un choc fugace et passager, sans conséquences sérieuses : le rôle de l'émotion vient précisément d'être discuté à plusieurs reprises devant la Société de pédiatrie, en ce qui concerne la pathogénie de l'ictère émotif, la conclusion qui s'est dégagée de ces discussions est que chez l'enfant l'émotion ne joue qu'un rôle assez effacé, aussi est-il intéressant de signaler ce cas, qui paraît une sorte de contre-partie et peut fournir un nouvel appoint à cette discussion.

L. BABONNEIX.

Spasme de la glotte, manifestation unique de tétanie. (TRIBOULET et HARVIER. *Bull. de la Soc. de pédiat.*, juin 1911.) — Le laryngospasme peut s'observer chez l'enfant, en dehors de tout autre phénomène tonique ou clonique, sans contracture des extrémités, sans convulsions, et seul l'examen électrique des nerfs peut permettre de le rattacher à la tétanie. Il est cependant possible cliniquement de reconnaître la tétanie; en effet le signe de Chvosteck, recherché à maintes reprises non seulement pendant les accès de spasmes, mais en dehors d'eux, existe le plus souvent : les auteurs rapportent cependant une observation, où ce signe faisait défaut, et dans laquelle la tétanie ne put être affirmée que par les résultats fournis par l'examen électrique.

L. BABONNEIX.

NEUROLOGIE

Diagnostic différentiel entre l'hydrocéphalie aiguë sans augmentation de volume de la tête et les tumeurs cérébrales au moyen des rayons de Rœntgen. (Mario BERTOLOTTI. *Revue neurol.*, 1912, p. 68-72, 1 fig.) — L'auteur résume en quelques mots l'étude radiologique du crâne hydrocéphalique dans l'hydrocéphalie aiguë de la deuxième enfance et même de l'âge adulte, dans laquelle l'hypertension cérébrale n'altère pas le volume de la tête, les soudures osseuses étant terminées. En quelques jours se produit alors une usure de la table interne, aux points correspondants à l'empreinte des circonvolutions. Il en résulte à la radiographie un aspect spécial caractérisé par des impressions digitiformes correspondant aux points les plus atrophiés de l'os. L'exactitude de ces faits a été vérifiée dans un cas avec autopsie. Dans plusieurs cas de tumeurs cérébrales, l'auteur n'a rien trouvé de semblable à l'examen radiologique.

L. ALQUIER.

CHIRURGIE

Le diagnostic du contenu des sacs herniaires par l'examen radioscopique. (Geo. A. PIRIE. *Edimburgh med. Journ.*, fév. 1912, nouv. série, vol. VIII, n° 2, p. 137.) — C'est par hasard que, en examinant un malade atteint de sténose pylorique à la radioscopie, l'auteur vit le lait de bismuth traverser une anse intestinale contenue dans une hernie scrotale. Il constata que la masse bismuthée se segmentait au niveau du collet et que sa progression était plus lente dans l'anse herniée que dans les anses intra-abdominales.

Cette méthode d'examen pourra rendre des services pour étudier dans les cas difficiles le contenu d'un sac herniaire et être fixé avant l'opération sur la présence ou non de l'intestin dans sa cavité.

M. LANCE.

PRATIQUE MÉDICALE

UTILITÉ D'UN TRAITEMENT PULMONAIRE DANS LE SCROFULO-LYMPHATISME

Par M. E. DELZAL.

L'ancienne scrofule n'existe plus comme entité morbide; une part de ses altérations appartient à la syphilis; une part plus large encore appartient à la tuberculose. Mais une chose persiste, c'est le tempérament lymphatique ou scrofulo-lymphatique, qui n'est en somme qu'une déchéance de l'individu.

Or les gens lymphatiques sont plus spécialement prédisposés aux altérations scrofulo-tuberculeuses et à la phtisie pulmonaire; cela prouve, d'une part, que le terrain lymphatique est favorable à l'éclosion et au développement de la tuberculose et, d'autre part, qu'il faut se méfier de toute bronchite, même d'apparence banale, chez les scrofuleux.

Il n'est pas utile d'insister ici sur la fréquence des bronchites chez ces malades : le moindre coryza, chez eux, gagne les bronches, le moindre rhume les fait tousser pendant des semaines et des mois, et il n'est pas rare de voir, après cela, évoluer très rapidement une bacillose pulmonaire. On comprend donc l'importance du diagnostic de ces bronchites et la nécessité d'un traitement énergique dès qu'on a entendu une inspiration humée et quelques râles fins, disséminés un peu partout.

Le sirop Roche de Thiocol (2 à 4 cuillerées à soupe par jour) rendra, dans ces cas, les plus grands services; il amè-

nera la sédation de la toux et il empêchera l'installation définitive d'une lésion peut-être irrémédiable; après quelques jours, on pourra lui substituer les comprimés Roche de Thiocol (2 à 8 par jour); chez les adultes, les cachets Roche de Thiocol (2 à 8 par jour) seront souvent préférés, car le cachet est absorbé plus facilement par certaines personnes qui sont désireuses de ne pas trouver la moindre saveur au médicament utilisé. Sous ces trois formes, le Thiocol Roche est un médicament devenu aujourd'hui classique.

Puis, on complétera cette cure par les préparations iodées ou phosphatées, l'huile de foie de morue, les bains de mer, les eaux salines, la vie au grand air et par une alimentation choisie, principalement composée de viandes, de légumes frais et d'aliments gras.

LIVRES NOUVEAUX

Recherches sur la structure des cellules du sang (1), par A. Decastello et Kynkoff, avec 8 chromolithographies.

Dans leur introduction les auteurs annoncent que ce travail est la mise au point d'un cours professé à Innsbrück, pendant l'année scolaire 1909-1910. Si la publication en a été retardée, la cause en est aux tableaux en couleurs qui figurent à la fin. Mais en réalité ces tableaux en couleurs sont si bien venus, ils servent tellement à la lecture du texte, que l'on comprend très bien le désir qu'avaient les auteurs de les voir en bonne place dans leur ouvrage.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude des diverses variétés de leucocytes, puis à celle des divers types d'érythrocytes, enfin à celle des plaquettes sanguines.

La deuxième partie, qui répond en quelque sorte à une application à la clinique de l'examen du sang, comprend l'étude d'un cas de carcinome de la prostate et d'un cas de leucémie myéloïde aiguë. Pour chacun de ces deux cas, les modifications de chaque élément cellulaire du sang sont très longuement envisagées.

La troisième partie traite spécialement du noyau de ces cellules et du polymorphisme de ces noyaux.

A la fin de l'ouvrage se trouvent les planches en couleur, merveilleusement reproduites, et longuement expliquées, dans leurs moindres détails, par plusieurs pages de texte.

Nous ne saurions trop engager le lecteur à lire cet ouvrage très luxueusement édité, et très clairement conçu, tant dans son ensemble, que dans chaque point spécial abordé.

L. Babonneix.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ASYSTOLIE

Quatre granules à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou L gouttes de la solution au millième — ce qui représente 1 milligramme de digitaline — en une ou deux fois pendant un seul jour (2).

Ou : XX gouttes le 1er jour et X gouttes les 3 jours suivants.

Ensuite, on laisse reposer le malade quinze jours ou même moins lorsque le cœur est fortement touché. Après ce délai, la digitaline est donnée aux doses de 2 granules à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou X gouttes de solution au millième 4 jours de suite, de façon à maintenir l'action cardio-tonique.

(1) Berlin, Urban et Schwarzenberg.

(2) Si le myocarde est très altéré, il y a intérêt à donner des doses plus faibles.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 25 AU 30 MARS 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 25 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).
3e (oral, 2e partie).
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*.
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Mardi 26 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).
2e.
3e (oral, 2e partie, 1re et 2e séries).
4e.
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).
5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

Mercredi 27 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).
2e. — 4e.
5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).
5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

Jeudi 28 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).
3e (oral, 2e partie).
4e (1re et 2e séries).

Vendredi 29 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
2e. — 4e.
5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 30 mars, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).
2e.
5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Médecine hermétique des plantes, ou l'extraction des quintessences par art spagyrique, par Jean Mavéric. 1 volume in-8 avec tableaux hors texte. — Prix : 7 francs. — Paris, Dorbon-Aîné.

Formulaire thérapeutique, par G. Lyon, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, et P. Loiseau, ancien préparateur à l'Ecole supérieure de pharmacie. 8e édition, conforme au Codex de 1908. 1 volume in-12, de 788 pages, tiré sur papier indien très mince, relié maroquin souple. — Prix : 7 francs. — Paris, Masson et Cie.

Les Frictions de haute fréquence ou frictions hertziennes, par le docteur Patouret. (Thèse de Paris.) — Paris, Jouve.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. les docteurs Rochard, Gosset, Ombrédanne, Mauclaire, Thiéry, Brault (qui acceptent) et Lejars (qui n'a pas encore fait connaître son acceptation).

— Médaille d'or (médecine). — *Epreuve écrite.* — Questions données : « Capsules surrénales. — Hypertension artérielle. »

Questions restées dans l'urne : « Lobule hépatique. — Coma diabétique. » — « Corps opto-strié. — Epilepsie jacksonienne. »

— (Chirurgie et accouchements). — *Notes des mémoires.* — Ont obtenu : MM. Moure, 30; Sorrel, 29; Girode, 28; Douay, 27; Mornard et Lugoir, 26.

Epreuve orale. — Séance du 14 mars. — Ont obtenu : MM. Moure, 20; Girode, 19; Sorrel, 18; Douay, 16.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Grenoble. — Trois concours seront ouverts, dans le courant de juillet 1912, pour la nomination :

D'un chirurgien urologiste et d'un adjoint;
D'un chirurgien oto-rhino-laryngologiste et d'un adjoint;
D'un médecin dermatologiste et d'un adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices avant le 1er juin 1912.

— Bordeaux. — Une place de chirurgien adjoint des hôpitaux et hospices de Bordeaux est mise au concours. Les épreuves commenceront le mardi 18 juin 1912, à huit heures du matin.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. Sellier, docteur en médecine et docteur ès sciences naturelles, chargé d'un cours complémentaire d'anatomie et de physiologie élémentaires à la Faculté de médecine de Bordeaux, est chargé à cette Faculté du cours complémentaire de climatologie et d'hydrologie médicale fondé par l'Université.

— Lyon. — Un congé, du 1er mars au 30 juin 1912, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Poncet, professeur de clinique chirurgicale.

M. Leriche, agrégé, est chargé, en outre, du 1er mars au 30 juin 1912 (durée du congé accordé à M. Poncet), d'un cours de clinique chirurgicale.

— Toulouse. — Une place de professeur titulaire est déclarée vacante à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

BANQUET DE L'INTERNAT. — Le Banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 20 avril, à sept heures et demie, au Palais d'Orsay, 9, quai d'Orsay, sous la présidence de M. le professeur Segond.

Le prix de la souscription est fixé à 15 francs pour les anciens internes et à 12 francs pour les internes en exercice. S'inscrire auprès du docteur Verchère, 101, rue du Bac.

PROTECTION AUX ÉTATS-UNIS DE L'INSIGNE DE LA CROIX-ROUGE. — Il est interdit à toute personne, dans la juridiction des Etats-Unis, de se donner, se représenter ou se prétendre faussement ou frauduleusement membre ou agent de la Croix-Rouge américaine dans le but de demander, collecter ou recevoir de l'argent ou des dons en nature; il sera de même interdit de porter ou d'exhiber le signe de la Croix-Rouge, ou tout autre insigne de couleurs qui en constituerait une imitation, dans le but frauduleux de faire croire à sa qualité de membre ou agent de la Croix-Rouge.

Il est interdit à toute personne, corporation ou association autre que la Croix-Rouge américaine, autre que ses employés dûment autorisés et ses agents, que les autorités médicales, sanitaires et hospitalières de l'armée et de la marine des Etats-Unis, de se servir sur le territoire des Etats-Unis et ses possessions extérieures, dans le but de recommander la vente d'un article quelconque, ou même pour toute affaire ou but charitable, de l'emblème de la croix rouge grecque sur fond blanc, ou de tout signe ou insigne fabriqué ou colorié pouvant constituer une imitation, de faire usage des mots « Croix Rouge » ou « Croix de Genève » ou de toute autre combinaison de ces mots.

Toute personne, corporation ou association, qui s'est servie ou dont le représentant s'est servi jusqu'ici dudit emblème, signe ou insigne de ces mots dans un but licite antérieurement au 5 janvier 1905, sera considérée comme n'ayant plus le droit, dès la promulgation de cet acte, de continuer à en faire usage dans le même but, pour la même catégorie de marchandises.

Toute personne qui contreviendra aux présentes disposi-

tions et sera convaincue de faute et condamnée par une Cour fédérale sera passible d'une amende pouvant s'élever de 1 à 500 dollars ou de l'emprisonnement pour une année au plus ou de l'une et l'autre peine pour chaque cas de contravention.

P.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le docteur Paul Bourgeois, ancien député.

ENSEIGNEMENT DE LA RADIOLOGIE MÉDICALE (15e année). — COURS DE VACANCES, par le docteur A. BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, tous les jours de la semaine avant Pâques, du dimanche 31 mars au samedi 6 avril.

Matin, dix heures : Enseignement des notions théoriques et techniques, indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Matin, onze heures : Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques et abdominaux.

Soir, deux heures : Exercices pratiques de radiographie, simple et stéréoscopique, des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine; il commencera le *dimanche 31 mars*, à dix heures du matin, dans le laboratoire de radiologie médicale du docteur Béclère, à l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 100 francs; ils auront lieu à partir du lundi 1er avril. (En raison du nombre forcément restreint des personnes qui pourront y participer simultanément, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.)

HOPITAL NECKER (service de la consultation de médecine. Docteur A. PISSAVY). — Tous les jours, à partir de neuf heures et demie, examen des malades par les élèves du service.

Le mercredi et le vendredi, à dix heures et demie, présentation de malades.

Le samedi, à onze heures, leçon de thérapeutique usuelle.

Cet enseignement est spécialement réservé aux étudiants de première année. Leur nombre est limité à *dix*.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fêtes de Pâques.* — A l'occasion des fêtes de Pâques, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 28 mars 1912 seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 18 avril, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 25 AU 30 MARS 1912

THÈSES

Mercredi 27 mars, à une heure. — Mlle GOLDBERG. Le torticolis de naissance est-il d'origine obstétricale ou congénitale. (MM. Pinard, président; Delbet, Ombrédanne et Couvelaire.) — M. TOFFIN. Contribution à l'étude des anomalies de la dilatation du col utérin, au cours de l'accouchement à terme, après ruptures prématurée ou précoce des membranes (étude statistique). (MM. Pinard, président; Delbet, Ombrédanne et Couvelaire.) — M. SCOFFIER. L'arsenobenzol chez la femme enceinte et les nourrissons dans le traitement de l'hérédo-syphilis. (MM. Pinard, président; Delbet, Ombrédanne et Couvelaire.) — M. BERTHIER. Des ulcérations des artères et plus spécialement de l'artère iliaque externe au contact des drains. (MM. Delbet, président; Pinard, Ombrédanne et Couvelaire.) — M. VERDUN. Etude anatomo-clinique sur les complications méningées des tumeurs cérébrales. (MM. Déjerine, président; Roger, Letulle et Guillain.) — Mlle FERTYK. Les œdèmes chez les diabétiques (action du bicarbonate de soude). (MM. Roger, président; Déjerine, Letulle et Marcel Labbé.) — Mlle BOUDEILLE. Du pouvoir réducteur et de la dialyse des urines. (MM. Roger, président; Déjerine, Letulle et Marcel Labbé.) — M. CREPIN. La pleurésie des vieillards. (MM. Letulle, président; Déjerine, Roger et Marcel Labbé.) — M. CONTE. Sur le mécanisme des ruptures traumatiques de l'intestin sans lésions des parois abdominales. (MM. Reclus, président; Segond, Zimmern, et Rouvière.) — M. BARBASTE. Du décollement traumatique de l'épiphyse humérale supérieure. (MM. Segond, président; Reclus, Zimmern et Rouvière.) — M. PUGET. Le menthol en oto-rhino-laryngologie. (MM. Segond, président; Reclus, Zimmern et Rouvière.) — M. DUMAS. Contribution à l'étude du pronostic et du traitement des fractures des deux os de l'avant-bras. (MM. Segond, président; Reclus, Zimmern et Rouvière.)

Jeudi 28 mars, à une heure. — M. GAUDUCHEAU. L'exploration radiologique du thorax et le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. (MM. Debove, président; Roger, André Broca et Rathery.) — M. BERNARD. Une œuvre de charité française à l'étranger. L'hôpital français de Londres, son annexe de Brighton. (MM. Debove, président; Roger, André Broca et Rathery.) — M. TOURAINE. Les anticorps syphilitiques. Essais de séro-agglutination de la syphilis. (MM. Debove, président; Roger, André Broca et Rathery.) — M. CHEVREAU. Un grand chirurgien au XVIIIe siècle. Frère Côme. (MM. Roger, président; Debove, André Broca et Rathery.) — M. BRUNETIÈRE. Contribution à l'étude des infections pleurales d'origine appendiculaire. (MM. Hutinel, président; Chauffard, Nobécourt et Gougerot.) — M. ALFÈS. Contribution à l'étude de la sclérodermie chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Chauffard, Nobécourt et Gougerot.) — Mlle ETTINGER. De l'association du salvarsan et du mercure dans le traitement de la syphilis au début. (MM. Chauffard, président; Hutinel, Nobécourt et Gougerot.) — M. DUFOUR. Contribution à l'étude de l'accouchement prématuré provoqué d'après quelques résultats obtenus à la maternité de Rennes. (MM. Bar, président; Quénu, Jeannin et Chevassu.) — M. THÉBAULT. Contribution à l'étude des ruptures spontanées des voies biliaires dans le péritoine. (MM. Quénu, président; Bar, Jeannin et Chevassu.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies de la vessie et du pénis, par F. LEGUEU, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et E. MICHON, chirurgien des hôpitaux. 1 volume grand in-8 de 324 pages, avec 90 figures. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Vade-mecum de poche du jeune praticien et des remplaçants, par le docteur Roger HYVERT. 1 volume, 608 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, Maloine.

Description, emploi, valeur en clientèle des traitements nouveaux, médicaments, médications, spécialités pharmaceutiques, par le docteur Roger HYVERT. 4e édition. 1 volume de 316 pages. — Paris, Maloine.

L'oblitération cancéreuse du canal thoracique, par le docteur Albert PIOT. (Thèse de Paris.) 12 planches hors texte. — Paris, Jouve.

Gymnastique orthopédique, par le docteur REDARD. 1 volume de 220 pages, 129 figures, 2 planches. — Paris, Maloine.

Traitement prophylactique de la phtisie et autres affections des voies respiratoires, par le docteur René COÜETOUX. 2e édition revue, corrigée et augmentée. Grand in-8 de 100 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin et fils.

L'Ophtalmologie du praticien, par le docteur A. CANTONNET, ophtalmologiste des hôpitaux (hôpital Cochin). 1 volume relié toile souple, in-16, 112 pages, 50 figures. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Berthier; E. Bougault, successeur.

Examen des traumatismes oculaires, guide-schéma avec table optométrique, par le docteur J. DE LANTSHEERE. — Bruxelles, Lamertin.

L'Alimentation rationnelle du nourrisson (*Consultations médicales françaises*, fasc. 36), par le docteur E. TERRIEN, ancien chef de clinique infantile de la Faculté à l'hôpital des Enfants-Malades. In-16 de 16 p. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

ROLE DU LAVAGE-SAVONNAGE & BROSSAGE

DANS LA

DÉSINFECTION DES MAINS

Par E. MARQUIS,
Professeur suppléant de clinique chirurgicale
à l'École de médecine de Rennes.

A toute époque de civilisation même primitive, l'homme se servit d'eau pour se laver les mains ; cet usage, bien que nettement postérieur à celui des bains, se retrouve chez les Egyptiens, les Hébreux, les Grecs et les Romains. Si bien que pendant de longs siècles l'eau fut pour l'homme le symbole de la purification.

Quand à une époque relativement peu reculée (1er siècle de notre ère) on y eut adjoint le savon, un important progrès parut obtenu ; puis quand les chirurgiens y eurent ajouté le brossage systématique et prolongé, on crut réalisée la propreté absolue, bactériologique, si bien que Wolkmann put dire sans être contredit: « L'asepsie des mains tient tout entière dans la brosse à ongles. »

Ainsi envisagé dans l'ordre chronologique, le problème de la désinfection des mains est mal posé. Sans doute le brossage-savonnage et lavage, débarrasse le chirurgien des grosses saletés cutanées, mais il n'en a que faire. Au sens vulgaire du mot le chirurgien a les mains propres. Ce n'est pas contre des saletés macroscopiques apparentes qu'il dirige la préparation de ses mains avant l'opération, mais contre des hôtes microscopiques de la peau, susceptibles de déterminer chez son malade des pyémies ou même des septicémies.

Ce que nous devons donc étudier, après un court aperçu historique, c'est le rôle vis-à-vis de ces germes du lavage-brossage-savonnage employé seul ou préludant à l'usage des antiseptiques.

I

Historique. — Dès l'avènement de l'ère antiseptique le dogme, sacro-saint pour beaucoup, du lavage-savonnage subit de premiers assauts.

Lister (1) en Angleterre, Lucas-Championnière (2) en France proclamaient que la désinfection de la peau par l'eau phéniquée forte ne doit être précédée d'aucun lavage à l'eau et au savon.

En 1906, Heussner [de Barmen (3)] préconisa des frictions du champ opératoire pendant cinq minutes avec la benzine iodée à 1/100. Il insistait sur la nécessité de ne faire aucun savonnage antérieur, car il avait vu qu'employée à sec la benzine iodée donnait l'asepsie dans 77 p. 100 des cas, et seulement dans 52 p. 100 quand elle succédait à un lavage-savonnage.

Mais, par la facilité avec laquelle elle faisait explosion, la benzine iodée était vraiment trop dangereuse, et Wederhake [de Dusseldorf (1)] semble avoir porté le coup de grâce à cette méthode en citant 25 morts et 80 brûlures qui lui étaient imputables.

C'est deux ans plus tard que Grossich (2) faisait connaître sa fameuse méthode en disant: « J'ai remarqué ce fait paradoxal à savoir que la réunion par première intention était moins constante quand on avait lavé à l'eau savonneuse avant d'appliquer la teinture d'iode. »

Ces deux procédés visaient surtout l'asepsie du champ opératoire, au contraire l'emploi exclusif de l'alcool fut préconisé principalement pour la désinfection des mains. En Allemagne, berceau de la méthode, 9 p. 100 des chirurgiens d'après Kutner l'auraient adoptée. Pour être complètement exact, je dois dire que la très grande majorité d'entre eux ne l'ont pas appliquée en fait. Ils n'ont pu, sans doute par atavisme, renoncer à un court lavage-savonnage antérieur. Nous allons voir s'ils ont eu tort ou raison.

II

Rôle du lavage-savonnage-brossage isolé. — Avant d'étudier le résultat du lavage-savonnage-brossage des mains, il est nécessaire de savoir ce qu'on lui demande. Nous connaissons bien aujourd'hui les ennemis qu'il a à combattre, mais parmi eux il nous faut faire deux classes.

Il y a d'abord celle des invulnérables constituée par les germes sporulés. Ce serait témoigner d'une injuste sévérité vis-à-vis du brossage-savonnage que de lui demander d'anéantir ceux-là mêmes qui résistent à tous les antiseptiques employés. Chaque fois qu'en se mettant à l'abri des erreurs de technique, c'est-à-dire en n'employant pas le sublimé ou en le neutralisant par du sulfhydrate d'ammoniaque, on a expérimenté avec des sporulés, chaque fois des cultures ont poussé.

Le professeur Delbet (3) se désinfecte les mains préalablement souillées par du subtilis (germe sporulé), avec brossage-savonnage, alcool et eau oxygénée à 12 volumes ; 514 tubes sont ensemencés et 514 tubes cultivent.

Après m'être trempé les mains dans une culture de subtilis, je me les désinfecte à l'alcool, grattages épidermiques et raclages sous-unguéaux ensemencés donnent des cultures dans toutes les plaques de Petri et tous les tubes de bouillon.

Dans une seconde expérience répétée deux fois avec le même résultat, je m'infecte avec le subtilis, désinfecte avec l'alcool et le *sublimé* au millième, le bouillon ensemencé ne donne aucune culture ; mais *sans me réinfecter* les mains, je les passe dans du sulfhydrate d'ammoniaque qui neutralise les dernières traces de sublimé restées adhérentes à la peau, les tubes de bouillon ensemencés poussent dans la proportion de 100 p. 100.

(1) Lister. In Lucas-Championnière. *Pratique de la chirurgie antiseptique*, 1909, p. 154.
(2) Lucas-Championnière. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1909, t. XXXV, p. 349.
(3) Heussner. *Centralbl. f. Chir.*, 1906, no 8.

(1) Wederhake. *XXXVIIIe Congrès de la Soc. all. de chir.*, Berlin, 21-24 avril 1908.
(2) Grossich. *Centralbl. f. Chir.*, 31 oct. 1908.
(3) Delbet. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 5 déc. 1911, p. 1208.

Kutscher (1), après avoir rasé la peau du ventre d'un cobaye, la frotte avec de la bactéridie charbonneuse; il attend vingt-quatre heures et au bout de ce temps la badigeonne de deux couches de teinture d'iode à quinze minutes d'intervalle; dix minutes après il neutralise l'iode. Avec des fragments de cette peau ainsi traitée il inocule quatre souris, trois meurent d'infection charbonneuse et la quatrième est fort malade.

Gebbert (2) a montré qu'une culture de germes sporulés présentait après vingt-quatre heures de séjour dans une solution aqueuse de sublimé un grand nombre de spores encore virulentes.

Seul l'autoclave peut donc nous mettre à l'abri de ces spores.

Sans nier leur danger il ne faut pas exagérer leur fréquence. Parmi les sporulés nous n'avons guère *que trois ennemis : la bactéridie charbonneuse, le vibrion septique et le bacille de Nicolaïer*. On les rencontre, c'est vrai, toutefois ils ne sont habituellement pas embusqués dans nos replis épidermiques. Contre eux évidemment le brossage-savonnage sera aussi inefficace que tous les autres modes de désinfection cutanée.

Mais les germes que nous avons pratiquement à combattre sont moins résistants. Plusieurs travaux ont permis de les déterminer.

Reverdin et Massol (3) trouvent sur les mains des staphylocoques, des streptocoques, du colibacille, du proteus et parfois du pyocyanique.

Tessé (4), des streptocoques, des staphylocoques et des colibacilles.

Neisser et Germano (5) décèlent dans l'air des salles d'opération, à côté de germes saprophytes qui comme tels nous intéressent peu, des staphylocoques et des streptocoques.

Si bien que ce que nous avons à redouter d'une façon habituelle, c'est *le staphylocoque, le colibacille et le streptocoque*.

Cependant il serait dangereux de ne tenir aucun compte des saprophytes; dans la production des pyémies ce sont des auxiliaires. En symbiose ils paralysent la phagocytose et entravent ainsi la défense de l'organisme contre ses véritables ennemis (6). Mais leur résistance, à part celle des sporulés comme le subtilis, égale celle des pyogènes : ce qui détruit ceux-ci doit donc détruire ceux-là.

Quand on examine microbiologiquement des mains désinfectées, on procède de deux façons différentes. Dans l'une de beaucoup la meilleure on s'infecte préalablement dans des cultures de ces trois pyogènes ou tout au moins dans une culture de l'un d'eux ; la prédominance sur les saprophytes habituels, du staphylocoque, du streptocoque ou du coli est telle que pratiquement les cultures qui poussent après prélèvement sont des cultures de l'un de ces germes.

Dans l'autre méthode on examine des mains qui avant d'être désinfectées étaient normales. Dans les cultures qui alors se développent et dont on n'isole pas les divers éléments parce que ce serait trop long, il y a très vraisemblablement en nombre égal saprophytes et pathogènes.

Ce sont donc les recherches faites dans l'une et l'autre condition sur des mains savonnées, brossées et lavées que j'exposerai; et pour entraîner une conviction qui doit aller contre des idées généralement admises, je multiplierai les exemples.

Paul et Sarwey (1) se brossaient, lavaient et savonnaient les mains jusqu'à trente-cinq minutes sans réussir à diminuer la quantité des germes cutanés.

Schaeffer (2), Engel (3) obtenaient des résultats identiques.

Schumacher (4) se brossant et savonnant pendant dix minutes les mains sous un courant d'eau chaude n'obtenait aucune diminution dans le nombre des germes, s'il se lavait dans une cuvette il le voyait augmenter. Les rares fois où il vit la quantité des germes diminuer c'est que les brosses avaient conservé un peu de solution phéniquée.

Mais les chiffres par leur précision seront plus éloquents.

Dans un certain nombre d'expériences Otto (5) avait fait des prélèvements avant et après un savonnage de cinq minutes :

AVANT LE SAVONNAGE	APRÈS LE SAVONNAGE
6.400	1.674
261.200	303.400
25.940	309.200
1.004	1.338
2.430	3.780

Naetel (6) après un lavage-brossage-savonnage de dix minutes obtient :

AVANT LE LAVAGE	APRÈS LE LAVAGE
12.343	8.429
38.533	69.425
64.222	58.922
73.855	38.533
77.066	48.166
327.555	256.888

Kutscher (7) en employant des brosses et du savon stérilisés, en plongeant les mains après le savon-

(1) KUTSCHER. In BRÜNING. Essai de désinfection comparative par la teinture d'iode et l'alcool, *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. LXIV, 1911, p. 594.

(2) GEBBERT. In C. Greene CUMSTON. Etude sur la stérilisation des mains, *Boston med. and surg. Journ.*, 1909, n° 12, p. 375.

(3) REVERDIN et MASSOL. De l'asepsie des mains en chirurgie, *Revue méd. de la Suisse Romande*, p. 36.

(4) TESSÉ. *Le savonnage des mains en chirurgie*, Th. de Lyon, 1909-1910, n° 64.

(5) NEISSER et GERMANO, in thèse de GAILHARD. *De l'infection sudorale des plaies par les mains du chirurgien*, Th. de Lyon, 1900-1901, n° 109.

(6) Voir à ce sujet BODIN. *Biologie générale des bactéries*, ch. IV; et *Les Bactéries de l'air, de l'eau et du sol*, p. 45, Masson, Paris, 1905.

(1) PAUL et SARWEY. *Münch. med. Wochen.*, 1900, n° 27.

(2) SCHAEFFER. L'alcool dans la désinfection des mains, *Berlin. klin. Wochens.*, 1902, nos 9 et 10.

(3) ENGEL. *Klin. Jahrbuch*, Bd. XIV, 1905.

(4) SCHUMACHER. Rapport sur l'efficacité de l'alcool dans la désinfection des mains. *Veroffentlichungen aus dem Gebiete d. Militar Sanitaswesens*, Berlin, 1910, Heft 44, p. 84-88.

(5) OTTO. *Id.*, p. 47-57.

(6) NAETEL. Rapport sur l'efficacité de l'alcool dans la désinfection des mains, *Veroffentlichungen aus dem Gebiete d. Militar Sanitaswesens*, Berlin 1910, Heft 44, p. 58-70.

(7) KUTSCHER, *Id.*, p. 1-43.

nage dans de l'eau stérilisée, puis en les frottant avec un essuie-main stérilisé, a les résultats suivants :

AVANT LE SAVONNAGE	APRÈS UN SAVONNAGE DE CINQ MINUTES
24.300 germes.	22.275 germes.
302.500 —	70.500 —
111.925 —	24.200 —
42.450 —	15.126 —
63.625 —	13.000 —

AVANT LE SAVONNAGE	APRÈS UN SAVONNAGE DE DIX MINUTES	
52.727 germes.	81.675 germes.	
19.062 —	63.223 —	
16.020 —	45.325 —	
1.015 —	24.200 —	
78.620 —	412 —	Les mains étaient ici frottées très énergiquement avec l'essuie-main pour éliminer mécaniquement les écailles épidermiques ramollies.
160.850 —	7.870 —	
174.450 —	108.900 —	
216.625 —	121.000 —	
640 —	49 —	
51.425 —	37.840 —	

Hecht et Kohler (1) en s'entourant des précautions les plus minutieuses, changeant leurs brosses plusieurs fois, trouvent pour l'extrémité d'un doigt :

AVANT LE SAVONNAGE	APRÈS CINQ MINUTES DE SAVONNAGE	APRÈS DIX MINUTES DE SAVONNAGE
25 à 30	20	30 à 50
281	127	481
120	54	600

Si bien qu'ils arrivent à cette conclusion à coup sûr imprévue : un court savonnage diminue légèrement le nombre de germes, mais un savonnage prolongé l'augmente.

A la réflexion ces résultats ne sauraient beaucoup surprendre. Les brosses bien que stérilisées deviennent peu de temps après le début de la désinfection des réservoirs microbiens, et après trois minutes d'emploi Hecht et Kohler ont constamment trouvé sur elles un grand nombre de germes cutanés. Le savon tel qu'on l'emploie n'est pas antiseptique, mieux quand il n'est pas stérilisé il est microbien. Guillot (2) a montré que certains savons liquides contiennent du sucre ou de la gélatine qui en font d'excellents milieux de culture. Et ceux qui comme Rodet (3) prêtent au savon de Marseille des propriétés bactéricides sont obligés de convenir qu'elles n'existent qu'avec une solution concentrée à 5 p. 100 et non pas avec la concentration de 1 à 2 p. 100 obtenue généralement en se brossant les mains dans l'eau.

C'est que les nombreuses propriétés attribuées au savonnage sont beaucoup plus théoriques que pratiques. La preuve en est dans cette expérience de Reverdin et Massol (1) qui, se brossant les mains avec de l'eau simple *sans savon*, n'ont ni plus ni moins de germes qu'avec le brossage et le savonnage.

III

Le lavage-brossage-savonnage pour préparer le rôle des antiseptiques. — Mais beaucoup ne croient plus à l'action isolée du savonnage ; s'ils l'emploient c'est qu'ils sont persuadés qu'ils vont ainsi décaper l'épiderme, saponifier et émulsionner les graisses, bref préparer la voie aux antiseptiques.

Nous verrons donc le résultat que donne un antiseptique sur des mains sèches, puis sur des mains préalablement lavées, savonnées et brossées.

Trois antiseptiques sont surtout employés en chirurgie : le *sublimé*, la *teinture d'iode* et l'*alcool*.

On ne peut comparer les résultats obtenus par l'emploi du *sublimé seul* et du *sublimé précédé de lavage* ; car si Reinicke (2), si Fürbringer (3) nous ont montré que le sublimé (dont les dernières traces sur les mains avaient été neutralisées par le sulfhydrate d'ammoniaque), précédé de lavage-brossage-savonnage et même de l'usage de la pierre ponce, donne des résultats très peu satisfaisants, personne n'a recherché, tant son inefficacité est alors évidente, ce que donne le sublimé sur des mains sèches.

Par contre l'action du lavage-savonnage avant l'application de la *teinture d'iode* a été bien démontrée par les travaux histologiques et bactériologiques de Walther et Touraine (4).

Ils ont vu sur des coupes que, après application directe de la teinture d'iode, « la peau montre une imprégnation massive, profonde, de l'iode qui pénètre dans les espaces lymphatiques, les glandes, s'infiltre très loin dans les follicules pileux ».

Au contraire quand la peau a été au préalable lavée et savonnée, « on ne trouve que de très rares granulations dans la partie superficielle des follicules pileux, et les larges couches d'iode qui se déposaient dans le premier cas dans le stratum disjunctum et la couche basale sont remplacées ici par des amas clairsemés de granulations ».

Leurs résultats bactériologiques confirment ces données histologiques : « Les ensemencements de fragments de toute l'épaisseur de la peau, restant stériles après application directe de l'iode, donnent au contraire des cultures lorsque l'iode a été appliquée après lavage. »

De nombreuses recherches permettent de bien déterminer l'influence du lavage-brossage-savonnage avant l'emploi de l'*alcool* dans la désinfection des mains.

Si dans les expériences d'Otto (5) on prend celles qui ont trait à l'alcool et qu'on dresse une moyenne de tous les chiffres qu'il donne, on trouve :

(1) Hecht et Kohler. Recherches sur l'asepsie. Contribution à la revision bactériologique des opérations aseptiques, *Wiener klin. Wochen.*, 16 mars 1911, n° 11, p. 371-379.

(2) Guillot. Le savon liquide en chir., *Arch. méd.-chir. de Normandie*, 5 décembre 1910.

(3) Rodet, in Lance. Le savonnage des mains en chirurgie, *Gaz. des hôp.*, 7 mars 1911.

(1) Reverdin et Massol. Loc. cit., p. 23.

(2) Reinicke. Recherches bactériologiques sur la désinfection des mains, *Centralbl. f. Gyn.*, 1894, n° 47 ; — *Arch. f. Gyn.*, 1895, n° 11.

(3) Fürbringer. *Recherches sur la désinfection des mains*, Wiesbaden, 1888.

(4) Walther et Touraine. *C. r. du XXIIe Congrès de chir.*, Paris 1909, p. 746.

(5) Otto. Loc. cit., p. 50-57.

1° Pour un brossage-savonnage de cinq à dix minutes suivi de frictions à l'alcool rectifié ou dénaturé pendant trois à cinq minutes une diminution des germes de 97,49 p. 100.

2° Pour l'alcool à 96 degrés employé pendant deux à cinq minutes sur des mains *sèches* 98,35 p. 100.

3° Enfin pour l'alcool à brûler employé pendant le même temps sur des mains *sèches* un abaissement des germes qui atteint 99,86 p. 100.

Des expériences de Jacobitz et Hammer (1) on retire les moyennes suivantes :

1° Avec lavage-brossage de trois minutes, suivi de frictions à l'alcool très concentré pendant trois minutes, diminution de 92,10 p. 100 ; 2° avec l'alcool très concentré employé sur des mains *sèches*, diminution de 99,62 p. 100.

Meissner (2) examina les mains immédiatement après leur désinfection et après l'opération : 1° après l'opération celles qui n'avaient subi que l'*action de l'alcool* présentaient deux ou trois germes, celles qui auparavant l'alcool avaient été *brossées et savonnées* en avaient six à sept ; 2° après l'opération la désinfection *exclusive par l'alcool* donnait une moyenne de huit germes, la désinfection par le *brossage-savonnage et l'alcool*, une moyenne de vingt.

Et cette persistance plus grande dans la diminution des germes quand on n'a employé ni savonnage ni brossage est encore confirmée par les expériences de Kutscher (3).

Sans doute en expérimentation bactériologique, il ne faut pas attribuer aux chiffres plus de valeur qu'ils ne méritent, et je connais trop les différences que donnent deux expériences rigoureusement semblables pour oublier ce principe. Mais les chiffres précités ne sont pas l'expression d'expériences isolées, ce sont des moyennes tirées d'un grand nombre, et leur concordance parfaite a une grosse valeur.

Du reste les résultats cliniques confirment ces faits bactériologiques : si tous les auteurs qui ont employé la désinfection des mains par l'alcool accusent de bons résultats même quand ils l'ont fait précéder d'un court lavage-savonnage, il n'en est pas moins vrai que ceux qui signalent encore de temps à autre des « purulences dans leurs points de suture » sont ceux-là mêmes qui ont employé le lavage préalable.

Le plus puissant facteur pour le maintien du savonnage est la phobie des grosses saletés. Sous l'influence de cette hantise la grande majorité des chirurgiens allemands l'ont maintenu.

Cependant l'alcool seul les en débarrasserait mieux que le lavage-savonnage. Plusieurs fois, il m'est arrivé de désinfecter à l'alcool des mains qui par l'aspect grisâtre des premiers tampons employés pouvaient mériter l'épithète de réceler des grosses saletés ; le résultat final était le même, seule la quantité d'alcool devait être augmentée.

Et ceux-là mêmes qui viennent de démontrer bactériologiquement les inconvénients du lavage antérieur, qui n'ont pas hésité pour leurs expériences à employer l'alcool sur des mains rigoureusement sèches, ne peuvent, quand ils passent du domaine théorique au domaine clinique, se priver (tant est grande la force de l'habitude) d'un bref savonnage antérieur. Mais c'est le parent pauvre dont on parle peu : « Il va de soi qu'antérieurement on s'est lavé très brièvement les mains » ; « sans doute un très court lavage antérieur a été pratiqué ». La majeure partie opère ainsi : ils se lavent et savonnent les mains sans brosse pendant une minute à une minute et demie ; puis les essuient minutieusement.

En réalité il est impossible, en procédant ainsi, de déshydrater instantanément un épiderme qu'on vient de laver, il est impossible de soustraire aux cellules cornées l'eau qui vient de les gonfler, comme il est impossible par ce frottement en surface d'enlever l'eau des replis microscopiques de l'épiderme ou de l'embouchure des follicules pileux.

Dans une comme dans dix minutes, l'eau et le savon ont plus que le temps de prendre la place du premier occupant et de barrer à l'alcool la route des repaires microbiens. Schumburg (1) fait à ce lavage deux griefs : le premier c'est de diminuer la concentration de l'alcool par l'eau qui reste sur ou dans la peau, même après séchage et de le rendre moins efficace, le second c'est d'attendrir la peau qui devient ensuite plus ratatinée sous l'action de l'alcool, il en trouve la preuve dans ce fait que les chirurgiens qui n'ont pu renoncer complètement au lavage-savonnage ont les mains sèches et cassantes, tandis que ceux qui n'emploient que l'alcool ont la peau nette et lisse.

En résumé, le rôle du lavage-savonnage et brossage sur les hôtes habituels de la peau est pratiquement nul ; employé avant l'usage d'un antiseptique, il est plutôt nuisible, car il entrave la pénétration de ce dernier.

IV

MÉTHODES RIVALES. — Supprimer le lavage-savonnage dans la désinfection chirurgicale des mains n'est pas une solution, il faut le remplacer. Pour remplir ce but nous avons à notre disposition de multiples antiseptiques en *solutions aqueuses* ou en *solutions alcooliques*.

Parmi les premières, il faut tout d'abord rejeter le sublimé, car si son rôle n'est vraisemblablement pas grand sur des mains lavées, il est certainement nul sur des mains sèches.

Reste l'acide phénique, M. Lucas-Championnière vante son pouvoir pénétrant, et il a bien quelque autorité pour le faire. Mais d'autres raisons l'ont fait abandonner, il ne nous appartient pas de le réhabiliter.

Les *solutions alcooliques* sont nombreuses ; mais

(1) JACOBITZ et HAMMER. Rapport sur l'efficacité de l'alcool dans la désinfection des mains, *Vereffentlich. aus dem Gebiete d. Militar Sanit.*, Berlin 1910, heft 44, p. 73-79.

(2) MEISSNER. Désinfection seulement par l'alcool, *Beitr. z. klin. Chir.*, 1908, n° 58, p. 191-215.

(3) KUTSCHER. *Id.*, p. 1-43.

(1) SCHUMBURG. L'esprit de savon et l'alcool dans la désinfection des mains, *Deut. med. Woch.*, 18 mai 1911, p. 921-922.

voulant nous limiter à l'étude de la désinfection des mains, nous ne dirons rien de toutes celles préconisées pour la désinfection du champ opératoire (1).

La teinture d'iode appartient plutôt à ce dernier groupe, car nul épiderme ne pourrait résister à son action répétée une ou plusieurs fois chaque jour. Pour le champ opératoire, c'est le procédé idéal, mais pour les mains c'est un procédé de fortune, ce ne peut être un procédé usuel.

Zabloudowsky et Tatarinof (2) ont préconisé une solution de tanin à 5 p. 100 dans de l'alcool à 95 degrés. Après essais consciencieux et répétés de cette méthode je puis affirmer que ses inconvénients surpassent ses avantages.

Le naphtol tribomé de Lehmann (3) [1/2 p. 100 de naphtol tribomé dans de l'alcool à 70 degrés] a sur les mains l'inconvénient de déterminer fréquemment des eczémas spéciaux qui présentent un aspect ortié.

Mikulicz avait recommandé une solution alcoolique de savon faite de 6 parties d'huile d'olive, 7 parties de lessive de potasse, 30 d'alcool et 17 d'eau. Mais les recherches de Schumburg, puis de Kutscher, montrèrent que les résultats de cette méthode, égaux, comme l'avaient prouvé Paul et Sarvey, à ceux de la méthode d'Ahlfeld, étaient par contre inférieurs à ceux des méthodes dont il nous reste à parler.

Viennent donc une série de solutions alcooliques dont l'efficacité dans la désinfection des mains, comme en témoignent les recherches de Kutscher, Thoele, Jacobitz et Hammer, Schumacher, Otto, est sensiblement la même.

Schumburg avait d'abord préconisé le mélange d'alcool 100 parties, éther 50 et acide nitrique 0,75; mais sous son influence les mains se fissuraient fréquemment. Il recommanda alors : alcool très concentré 100 centimètres cubes, et acide nitrique 0cc5. Puis il vanta l'alcool à 96 degrés avec 1 p. 100 de formol. De l'avis de Thœle les mains supportaient assez difficilement ce dernier, qui suivant Lœw irrite très désagréablement les yeux et le nez du chirurgien.

Herf préconisa le mélange de 2 parties d'alcool pour 1 d'acétone, ce qui, d'après Lœw, serait très agréable à la peau.

Enfin Otto a expérimenté une solution alcoolique de sublimé, puis un mélange d'alcool avec 10 p. 100 d'eau oxygénée. La présence de ces antiseptiques dans l'alcool n'a aucune influence.

Si, quel que soit l'antiseptique ajouté à l'alcool, le résultat est le même, il semble inutile de compliquer une méthode par l'addition, par le dosage d'une substance, qui comme l'éther ou le formol ne sont pas sans inconvénients.

C'est par l'étude de la solution alcoolique de savon, de ce savon que l'emploi de l'alcool tend à faire disparaître en chirurgie, que Schumburg, l'un des rares Allemands défenseurs de la méthode intégrale sans aucun savonnage préalable, découvrit (après Reinicke, Espraheim et V. Bruns) les propriétés désinfectantes de l'alcool. Par ce qu'il appelle l'esprit de savon (mélange d'huile, d'alcool et d'eau) il obtenait une diminution des germes de 90 p. 100. Pour savoir à qui du savon ou de l'alcool était dû ce résultat, il les étudia séparément. Avec un savonnage prolongé fait avec cinq brosses stérilisées résultat nul, avec l'alcool absolu une diminution des germes dans la proportion de 99 p. 100 à 99,99 p. 100.

De cette méthode, j'ai ailleurs (1) raconté l'historique et établi par des expériences bactériologiques personnelles la réelle efficacité. Je me contenterai ici d'en donner la technique.

Auparavant je dois dire que le terme alcool s'entend aussi bien pour le dénaturé que pour le rectifié. Les résultats obtenus par l'un comme par l'autre sont identiques. Ils ont réciproquement leurs avantages et leurs inconvénients, pour ne parler que de ces derniers, l'un a celui d'un prix relativement élevé, l'autre d'une odeur peu agréable.

La simplicité de cette méthode est extrême : de l'alcool, un bol et quelques tampons suffisent. J'insiste sur la nécessité de ces derniers. Si l'on se contente de frotter les mains l'une contre l'autre, la désinfection est toujours inférieure à celle obtenue avec les frictions par l'intermédiaire des tampons.

Donc 200 centimètres cubes d'alcool sont versés dans le bol flambé. Cette quantité suffit toujours sauf pour les cas où les mains sont notoirement sales. Avec des tampons plongés dans cet alcool, on frotte mains et avant-bras, il importe de ne pas replonger dans l'alcool un tampon usagé, ni d'y laisser retomber les gouttes qui s'échappent des mains.

La durée pour tous les Allemands varie entre deux et cinq minutes; j'ai toujours consacré dix minutes avant chaque opération, mais des expériences bactériologiques m'ont montré qu'on pouvait réduire ce temps.

Pendant l'opération on trempe les mains de temps à autre non pas dans du sublimé ou de l'eau stérilisée mais dans l'alcool, puis on les essuie avec une compresse stérilisée.

Après l'opération le sang reste fixé sur les mains, pour s'en débarrasser il faut employer soit de l'eau avec du carbonate de soude, celle qui a bouilli les instruments remplit admirablement ce rôle, soit de l'eau oxygénée.

On obtient ainsi, non pas la disparition absolue des germes sur toute la main (aucun procédé chimique ne peut la réaliser, seul l'usage des gants passés à l'autoclave permet de l'obtenir), mais leur diminution dans la proportion de 99 à 99,99 p. 100.

Les résultats sont excellents. Au lieu de ma statistique personnelle rapportée ailleurs (2), je citerai celle de Grekow comprenant 300 opérations avec une seule suppuration dans un cas de hernie ombilicale étranglée.

C'est cette méthode qui constitue à l'heure actuelle,

(1) Pour celles-ci voir l'article très documenté de M. Lance. Les travaux récents sur la désinfection du champ opératoire, *Gaz. des hopit.*, 17 janv. 1911, p. 81. On y trouvera, avec l'étude de diverses solutions alcooliques, celle de l'acétone iodé et de l'excellent chloroforme iodé de Chassevant.

(2) Zabloudowsky et Tatarinof. *Chirurgica*, t. XXXI, nº 47.

(3) Lehmann. Le naphtol tribromé dans la désinfection des mains, *Beitr. z. klin. Chir.*, 1911, Bd. LXXIV.

(1) Marquis. La désinfection exclusive des mains par l'alcool. *Rev. de chir.*, fév. 1912, p. 312.

(2) Marquis. Loc. cit., mars 1912.

vis-à-vis du lavage-brossage-savonnage suivi de l'emploi d'antiseptiques, une rivale très redoutable. Car le procédé classique a contre lui non seulement des résultats généralement inférieurs, mais encore le temps perdu et la complexité de la technique. Chirurgiens, praticiens, et médecins militaires ont à leur disposition mieux qu'ils n'avaient avec lui.

Si l'*homme* conservera toujours l'usage du lavage et savonnage, il est possible, il est probable que triomphant de la force de l'habitude le *chirurgien* l'abandonne dans la désinfection de ses mains, pour l'emploi exclusif de l'alcool.

MÉDECINE PRATIQUE

L'ALBUMINURIE DES DIABÉTIQUES

L'albuminurie est fréquente au cours du diabète; on l'observe dans 50 p. 100 des cas, d'après Lecorché et Talamon, et même dans 64 p. 100 d'après Teissier. Mais les conditions dans lesquelles elle survient sont très diverses, sa pathogénie est complexe, ce qui fait que son pronostic est assez variable. On n'admet plus aujourd'hui, avec Dupuytren, que l'apparition d'albumine dans les urines d'un diabétique constitue un signe favorable indiquant la rétrocession et peut-être même la guérison complète du diabète. Ce serait également une erreur de considérer l'albuminurie comme une complication très grave mettant en danger presque immédiat la vie des diabétiques. En réalité, l'observation méthodique et longtemps poursuivie des diabétiques albuminuriques permet de distinguer plusieurs formes cliniques; le professeur Teissier (de Lyon), qui étudie depuis longtemps cette question et qui a inspiré la thèse de Sallès (1), a proposé une classification des albuminuries diabétiques qui est aujourd'hui classique (2); le professeur Robin en a indiqué une autre également très bonne et très pratique (3). Ces deux classifications présentent un grand intérêt clinique; elles sont basées sur la pathogénie de l'albuminurie et conduisent à instituer un traitement rationnel.

Teissier divise les cas d'albuminurie dans le diabète en trois catégories : albuminuries alternantes, concomitantes et substitutives. Avec cette division, on peut, sitôt le diagnostic porté, prévoir des évolutions dissemblables et par conséquent établir un pronostic. L'*albuminurie alternante* est celle qui remplace la glycosurie pendant une certaine période et d'une façon en quelque sorte rythmique; il s'agit de diabétiques gras, dont la glycosurie est intermittente, et dont les périodes aglycosuriques sont marquées par l'apparition d'une albuminurie peu abondante; notons qu'il existe d'autres malades, atteints de ce diabète dit intermittent ou alternant, qui ont, pendant les périodes intercalaires, de la phosphaturie. L'albuminurie alternante est toujours bénigne; qu'elle dépende d'une excitation bulbaire atteignant alternativement les régions du plancher du quatrième ventricule dont l'excitation est susceptible expérimentalement d'entraîner la glycosurie ou l'albuminurie, qu'elle soit une albuminurie d'origine digestive ou hépatique, un fait est certain, c'est qu'elle rentre dans le cadre des albuminuries fonctionnelles et n'influence en rien l'évolution du diabète auquel elle est associée; ce diabète est lui-même un diabète arthritique, diabète plutôt léger et dans quelques cas même curable. La quantité d'albumine n'est jamais très élevée, elle atteint rarement le gramme; pas de cylindres; le rein est bien perméable.

L'*albuminurie concomitante* représente la catégorie de beaucoup la plus nombreuse des cas de diabète compliqués d'albuminurie (Teissier). Dans cette classe, il faut établir des distinctions : voici d'abord l'*albuminurie concomitante passagère*, survenant à la suite d'écarts de régime, de congestion du foie; elle ne dure que quelques jours; elle est très bénigne. Viennent ensuite les *albuminuries concomitantes durables*, et permanentes, dont les unes ne semblent pas se rattacher à des lésions rénales ayant le caractère d'altérations brightiques avérées, tandis que les autres relèvent nettement d'une lésion rénale définitivement constituée. L'albuminurie permanente ne paraissant pas dépendre d'une lésion brightique a les caractères suivants : urines fortement colorées, globulinurie, pas d'azoturie anormale, pas de cylindrurie; l'épreuve du bleu et l'examen cryoscopique montrent que le rein est perméable; c'est une albuminurie dyscrasique ou fonctionnelle, sans doute d'origine hépatique ou toxi-alimentaire; peut-être les altérations rénales décrites dans le diabète par Armanni, par Ehrlich, expliquent-elles parfois cette albuminurie; dans tous ces cas, l'albuminurie n'exerce aucune influence sur la marche et les complications du diabète. Au contraire, l'albuminurie permanente relevant d'une lésion brightique a un pronostic grave; c'est une véritable complication du diabète; on observe surtout les caractères cliniques de la néphrite diffuse avec gros rein à lésions épithéliales prédominantes; le cœur grossit, l'hypertension s'accentue, les urines contiennent une dose croissante d'albumine, des cylindres; le rein devient imperméable. Pendant ce temps, la glycosurie persiste; le malade maigrit et perd ses forces, mais il meurt en diabétique plutôt qu'en albuminurique, le plus souvent de tuberculose, quelquefois de coma diabétique. Teissier décrit encore une *albuminurie concomitante terminale* survenant chez un diabétique soit à l'occasion d'une suppuration rénale ou d'une pyélonéphrite, soit avec une tuberculose rapide; cette albuminurie terminale a une signification très grave et annonce que l'issue fatale est prochaine.

L'*albuminurie substitutive* est beaucoup plus rare; un malade est diabétique, puis il commence à avoir un peu d'albumine; celle-ci augmente, tandis que la glycosurie diminue; un jour vient où le sucre disparaît complètement; l'ancien diabétique est devenu un rénal présentant tous les symptômes de la néphrite atrophique, et il mourra comme un brightique, c'est-à-dire d'urémie, d'hémorragie cérébrale, d'œdème aigu du poumon ou de défaillance cardiaque.

Voyons maintenant les recherches de Robin sur l'albuminurie des diabétiques. Robin distingue les albuminuries curables, difficilement curables et incurables. Les *albuminuries curables* relèvent de plusieurs causes : fatigue du rein par suite de la polyurie et de la glycosurie, troubles dyspeptiques, phosphaturie, déminéralisation, consommation exagérée d'œufs et d'aliments azotés, désassimilation viciée des tissus. Le traitement devra être dirigé en conséquence et viser celle de ces causes qui paraît exister en tel ou tel cas.

L'albuminurie par fatigue du rein s'atténue ou disparaît à mesure que le traitement fondamental du diabète diminue l'intensité de la polyurie et de la glycosurie; l'albuminurie d'origine dyspeptique sera améliorée par le traitement des troubles gastriques; en un mot, pour tous ces cas, il faut faire le traitement général du diabète et le traitement de la cause de l'albuminurie bien plus que celui de l'albuminurie.

Les *albuminuries difficilement curables* sont toutes celles dans lesquelles on ne trouve aucune des causes précédentes, mais qui ne s'accompagnent cependant pas de signes suffisants pour faire admettre une lésion rénale. Il s'agit donc d'albuminuries d'origine indéterminée; Robin conseille alors de commencer par traiter le diabète; on ordonne ensuite le régime lacté absolu, qui fait céder l'albuminurie, mais fait

(1) SALLÈS. *De l'albuminurie dans le diabète*, Th. de Lyon, juin 1893.

(2) TEISSIER. Valeur séméiotique de l'albuminurie chez les diabétiques, *La Province méd.*, 19 juin 1909.

(3) ROBIN. Traitement de l'albuminurie des diabétiques, *Bull. gén. de thérap.*, 23 et 30 mai 1911.

revenir le sucre ; il faut alors reprendre le traitement du diabète ; par conséquent le malade sera soumis à un traitement alternant dirigé successivement contre l'albuminurie et contre la glycosurie.

Dans d'autres cas, il existe des signes évidents d'une lésion rénale ; alors l'albuminurie est *incurable*. Tantôt les reins sont atteints de ces lésions spéciales au diabète, et qui consistent en métamorphose hyaline (Armanni) ou en infiltration glycogénique (Ehrlich) des cellules du rein ; tantôt, il s'agit de néphrites banales, avec les lésions habituelles des néphrites chroniques. Pour ces albuminuries incurables, Robin met au premier plan le traitement de l'albuminurie et prescrit le régime lacté absolu ; quand on constate, avec ce régime, ou que l'albumine augmente, ou qu'elle demeure stationnaire, ou que, après avoir diminué d'abord, elle reste à un taux invariable, il faut remplacer le lait par un régime végétal, et si, au bout de quelques jours, l'albuminurie reste identique, on permettra, avec le régime végétal, le poisson frais et le poulet. Aux malades qui supportent mal le lait, on donnera un régime à prédominance végétale. Comme médicaments des albuminuries chez les diabétiques, A. Robin conseille le lactate de strontium et l'acide gallique. Une autre question importante se pose dans la pratique : à quelle station hydrominérale envoyer les diabétiques albuminuriques ? Si l'albuminurie est d'origine digestive ou hépatique, le malade ira à Vichy, à Pougues, à Carlsbad. Dans d'autres cas, Saint-Nectaire, Royat, La Bourboule peuvent être utiles. La cure thermale est plutôt contre-indiquée dans les albuminuries graves.

Cette question du traitement de l'albuminurie des diabétiques présente, on le voit, de très grandes difficultés. Voici encore quelques conseils donnés par Le Gendre et Martinet, dans leur excellente *Thérapeutique usuelle des maladies de la nutrition* : « Si l'albuminurie est peu importante (0g25 à 0g50 par jour), on se contentera de faire intervenir dans le régime le lait dans une certaine mesure, de supprimer l'alcool et restreindre le vin, de ne pas donner trop de viande. Si l'albumine atteint un gramme, on donnera un litre de lait par jour et on supprimera le vin. Si le lait augmente de façon notable la glycosurie — ce qui est fréquent — on aura recours au régime mixte déchloruré. Si l'albuminurie s'accompagne de signes évidents d'insuffisance rénale, le malade est un brightique et devra être traité comme tel. »

D'une façon générale, chez les diabétiques albuminuriques, Le Gendre et Martinet instituent périodiquement pendant quelques jours le régime lacté intégral pour essayer de ramener l'albuminurie à un taux insignifiant ; dans l'intervalle, régime mixte modérément carné avec œufs, graisses et végétaux. On ne doit pas imposer le régime lacté absolu pendant de longues périodes aux diabétiques albuminuriques ; car bien souvent ce régime lacté prolongé accélère la cachexie.

M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 MARS 1912)

Ictère hémolytique acquis à rechutes. Origine intestinale du processus hémolytique. — MM. F. WIDAL, P. ABRAMI et M. BRULÉ. Bien que présentant le même syndrome fondamental que l'ictère hémolytique congénital, les ictères hémolytiques acquis en diffèrent, comme les auteurs l'ont montré, par deux caractères principaux : d'une part, la rétrocession et même la disparition possible et prolongée de tous les symptômes cliniques et hématologiques ; d'autre part leur étiologie éminemment variable. Les ictères hémolytiques acquis forment donc un groupe de types morbides, de causes fort diverses, complètement différents de l'ictère congénital et familial, maladie de nature sans doute toujours identique et dans laquelle on n'observe pas de guérison, même temporaire.

L'histoire d'une de leurs malades met bien en évidence ces caractères spéciaux de l'ictère hémolytique acquis. Chez cette femme, suivie depuis cinq ans et dont ils ont publié déjà l'observation en partie, l'affection, qui revêtait au début le type de l'anémie pernicieuse avec ictère, a rétrocédé jusqu'à disparaître complètement pendant près de deux ans.

D'autre part, l'observation de cette malade leur a montré que les poussées d'ictère hémolytique étaient liées, chez elle, à l'évolution d'une rectite sténosante. C'est à la suite d'un abcès ischio-rectal que les premiers troubles anémiques et ictériques apparurent ; la malade fut améliorée par le régime lacto-végétarien et le traitement ferrugineux et put reprendre sa vie normale. Après une guérison de deux ans, survint une nouvelle poussée de rectite, et de nouveau, l'ictère hémolytique apparut. Or, ce syndrome s'atténua en quelques jours, jusqu'à disparaître complètement, lorsque la création d'un anus iliaque eut mis fin aux phénomènes d'obstruction intestinale chronique. Depuis cette époque, c'est l'état de la bouche intestinale qui règle l'évolution de l'ictère, de l'anémie et de la splénomégalie.

Cette évolution tend à montrer que chez cette malade, au moins, l'anémie et l'ictère relèvent bien d'une étiologie intestinale.

Étude clinique et bactériologique d'un cas de néphrotyphus. — MM. GARNIER et THIERS rapportent l'observation d'un cas de fièvre typhoïde à début brusque par une néphrite hémorragique ; dès le lendemain de l'entrée de la malade à l'hôpital, au septième jour de la maladie avant l'apparition des taches rosées, l'urine recueillie aseptiquement dans la vessie renfermait des quantités énormes de bacilles d'Eberth. Ce bacille fut caractérisé par ses réactions de culture et par l'agglutination : il était en effet agglutiné au 1/50 par le sérum d'un autre malade atteint de fièvre typhoïde et qui agglutinait un bacille d'Eberth légitime. La fièvre typhoïde évolua rapidement chez cette malade. L'apyrexie était complète au vingt et unième jour ; le sang disparut de l'urine le vingt-septième jour et l'albumine le trente et unième jour. Des prises successives d'urine montrèrent que le bacille d'Eberth existait encore dans ce liquide au trente-quatrième jour de la maladie, après quinze jours d'apyrexie.

Le néphrotyphus constitue un type bien spécial de la forme rénale de la fièvre typhoïde : dans les différentes observations publiées, comme dans celle qui fait l'objet de cette communication, il n'y avait pas d'œdèmes et pas de symptômes urémiques. Les phénomènes rénaux se bornent à des douleurs lombaires et aux modifications de l'urine : il semble donc qu'il s'agisse de congestion rénale aiguë plutôt que de néphrite véritable. Comme le démontrent les recherches de MM. Garnier et Thiers, cette congestion est liée à l'élimination massive de bacilles d'Eberth par l'urine. Cette élimination semble bien être un processus de défense de l'organisme contre la septicémie éberthienne. On conçoit que dans certains cas, comme dans celui rapporté par M. Bovin, l'atteinte reste localisée au rein ; l'on a alors une néphrite éberthienne. Mais le plus souvent des phénomènes intestinaux apparaissent et la dothiénentérie évolue avec ses symptômes habituels. Ainsi le néphrotyphus peut être rapproché du pneumotyphus. Le diagnostic pourra être posé dans ces cas avec certitude, même avant l'apparition de la réaction agglutinante dans le sérum par l'ensemencement de l'urine qui renferme le bacille d'Eberth dès le début de la maladie, alors que dans les formes ordinaires de la dothiénentérie il ne s'y montre que vers la troisième semaine.

Aménorrhée récente. Masculisme régressif. — M. P. Dalché. Une jeune femme de vingt-huit ans, sur un corps présentant tous les caractères extérieurs de la sexualité féminine (seins, taille, bassin, direction oblique du fémur, etc.), portait une tête absolument masculine; face et traits du jeune homme avec moustaches et collier de barbe. Cette apparence datait seulement de cinq ans; à l'âge de vingt-trois ans, les règles jusqu'alors très normales s'étaient supprimées à la suite d'une fausse couche et la barbe commença à pousser. La malade a maigri, les yeux sont en exorbitis léger, la thyroïde est plutôt petite, le pouls rapide. L'utérus est très petit, pubescent, en rétroflexion, et il existe une légère salpingo-ovarite droite.

Cet état de la matrice, malgré une grossesse, permet de demander, sans l'affirmer, s'il n'y a pas eu un certain degré d'hyperinvolution rétrograde.

Quoi qu'il en soit, il ne s'agit pas seulement d'insuffisance ovarienne. La thyroïde peut être incriminée, mais une semblable hypertricose est rare dans l'hyperthyroïdie. Dans les syndromes hypophysaires, l'adiposité est habituelle, tandis que la malade est très maigre; de même son état ne correspond pas exactement aux dystrophies d'origine surrénalique. Il y a donc plutôt lieu d'invoquer un syndrome polyglandulaire.

Néphrite aiguë accompagnée d'hémorragies multiples chez un hémophile. — MM. Claisse et Thibaut. La néphrite a évolué avec ses symptômes ordinaires, c'est-à-dire l'albuminurie, l'hypertension artérielle et des vomissements incessants. La malade a succombé à des phénomènes urémiques. Les hémorragies se sont faites en différents endroits : dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans la cavité pleurale, dans l'intestin et enfin dans les fosses nasales. L'examen du sang pratiqué à diverses périodes de la maladie a démontré une leucocytose très appréciable (45 000) et, de plus, une forte polynucléose portant sur les polynucléaires neutrophiles. En outre la coagulation est retardée. Ce fait est expliqué par l'hémophilie attestée par les antécédents personnels et familiaux du sujet. Les constatations anatomiques démontrent qu'il s'agit d'une néphrite aiguë typique.

Il est bon de faire remarquer que les hémorragies sont tout à fait anormales et qu'elles reconnaissent pour cause la prédisposition morbide du sujet. Les lésions épithéliales du rein provoquant souvent des troubles de la coagulation chez des individus normaux, il en sera à plus juste raison ainsi chez un hémophile.

M. Weil se demande si l'on ne doit pas distinguer ces cas, qui sont des états hémophiliques au cours de syndromes infectieux, de l'hémophilie vraie.

M. Achard a observé récemment un cas analogue : il s'agissait d'une hémophilie avec troubles marqués de la coagulation, chez un syphilitique atteint d'hémiplégie et de néphrite spécifique.

Le 606 et les troubles de l'ouïe. — M. G. Milian. S'il est aujourd'hui prouvé que le 606 ne touche jamais le nerf optique, il reste beaucoup d'hésitation en ce qui concerne son action sur le nerf auditif.

L'auteur a eu beaucoup de peine à se faire une opinion sur ce point, car dès les débuts du 606, en novembre 1910, il a pu observer et il a publié un cas de surdité survenu chez une femme *non syphilitique* ayant reçu deux injections de 606. Il est vrai que cette perte unilatérale de l'ouïe dura seulement quatre jours.

Après une expérience de vingt mois, et en revoyant soigneusement à ce point de vue tous les cas qui se sont présentés à son observation, M. Milian a pu arriver à se former une opinion ferme à ce sujet.

Parmi les cas où l'appareil auditif a été touché, trois le furent antérieurement au traitement par le 606 du fait de la *syphilis*. Deux fois, il s'agissait de lésions de la trompe d'Eustache, une fois de labyrinthite syphilitique. Dans ces trois cas, l'administration du 606 amena une guérison ou une amélioration de la lésion.

Deux fois, il s'agit d'*accidents auditifs* survenus au cours du traitement mais *entièrement indépendants du 606*.

Cette surdité l'effraya tout d'abord : mais l'examen local fait par un otologiste le rassura rapidement. Dans un cas, il s'agissait d'un bouchon de cérumen (docteur Castex); dans un autre, d'un abcès de l'oreille externe, qui laissa postérieurement un polype du conduit auditif externe (docteur Lombard).

Cinq fois il s'agit de *neuro-récidives*, soit pour 1 200 malades 0,41 p. 100. Il s'agit presque constamment de lésions du nerf auditif survenues à la période secondaire, de deux à cinq mois après le 606, en l'absence de tout nouveau traitement. Ces troubles s'accompagnaient de vertiges et en outre d'autres lésions des nerfs craniens : paralysie faciale particulièrement. Cette coexistence de lésions des nerfs craniens moteurs est caractéristique de récidives de syphilis.

Ces neuro-récidives sont dues à des doses insuffisantes de 606 et à l'absence de tout traitement ultérieur.

Enfin dans sept cas, 0,58 p. 100, il y eut des *troubles de l'ouïe* imputables au 606. Ces troubles se développèrent en cours de traitement, vingt-quatre ou trente-six heures après l'injection. Il s'agit de surdité incomplète généralement unilatérale, qui dura seulement de quelques jours à deux semaines, et guérit entièrement sans le moindre reliquat. Il est facile de se prémunir contre ces accidents, en graduant les doses et en s'abstenant de faire d'emblée des doses fortes. Leur superficialité permet de supposer qu'il s'agit là simplement de phénomènes congestifs et non de lésions véritablement toxiques.

M. Sainton rapporte à ce propos le cas d'un malade qui un mois après la dernière injection de salvarsan fut pris d'une paralysie faciale totale, avec anesthésie du trijumeau, et d'une surdité complète, de l'oreille opposée à la paralysie. L'albuminurie qui était faible avant l'injection augmenta considérablement.

Sous l'influence du biiodure de mercure, tous les phénomènes rétrocédèrent, ce qui était le meilleur argument en faveur de leur nature spécifique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 7 MARS 1912)

Syndrome hémoglobinurique observé dans les pays chauds. — M. Abbatucci montre qu'à son avis l'hypothèse malarienne dans l'étiologie de la fièvre bilieuse hémoglobinurique est celle qui a des chances maxima d'être certifiée exacte par les recherches de l'avenir. Les phénomènes d'hémolyse qui se produisent chez les paludéens dès que la destruction globulaire a atteint 1/57 de la masse totale du sang sont favorisés par le froid et le surmenage. D'après l'auteur de la communication la quinine ne produirait l'hémoglobinurie qu'exceptionnellement et seulement chez des sujets ayant une fragilité globulaire anormale.

Les mastites dans l'armée. — M. Levêque admet que dans l'armée la proportion des gynécomastes atteint 1/200 en tenant compte non seulement des hommes porteurs d'une hypertrophie apparente mais aussi de ceux chez qui la palpation seule permet de relever cette hypertrophie.

Dans la grande majorité des cas une seule mamelle s'hypertrophie, l'hypertrophie est localisée presque exclusivement au tissu fibreux, fibromes plutôt qu'adéno-fibromes.

L'hyperthrophie mammaire ne semble pas devoir être considérée comme un signe de dégénérescence, le traumatisme semble jouer un grand rôle dans les évolutions mais surtout en fixant dans la glande un agent infectieux (syphilis, grippe,

tuberculose) pronostic bénin, traitement : expectative dans la majorité des cas.

Fracture du cubitus. Myosite traumatique du nerf médian. — MM. ALBOUZE et COUDRAY relatent l'observation d'un blessé qui, à la suite d'une fracture sous-périostée du cubitus, présente une myosite traumatique avec paraplégie du nerf médian. Guérison après intervention.

Corps étranger de l'urètre. Phlegmon diffus gangréneux. — MM. DUVAL et DUCASTAING relatent l'observation d'un malade qui présente un phlegmon diffus gangréneux consécutif à une urétrotomie externe par corps étranger de l'urètre retiré et préalablement infecté.

Désinfection des mains et du champ opératoire. — M. MALAFOSSE relate des expériences dont il a été témoin pour la désinfection des mains par l'alcool et la teinture d'iode et montre les avantages que l'on pourrait utiliser en campagne de l'alcool comme antiseptique et comme combustible.

LIVRES NOUVEAUX

Oto-rhino-laryngologie du praticien (1), par le docteur LAURENS.

Vademecum parfait de l'étudiant et du praticien, spécialement du praticien de campagne ; auto-enseignement fort aisé du savoir regarder et interpréter, d'où l'indication du traitement et, dans certains cas, son institution : tel est en résumé le but cherché et réalisé par le docteur Laurens dans son « oto-rhino-laryngologie du médecin praticien ».

Ce manuel a 400 pages ! Ne vous récriez pas. Près de 600 figures ou schémas en allègent singulièrement le texte, parlent aux yeux mieux qu'une démonstration. La technique qui les encadre est un modèle de clarté et de précision. Lisez-la, vous tournerez le dernier feuillet sans avoir éprouvé le moindre sentiment de lassitude et vous aurez appris, en vous jouant, beaucoup de choses.

Au cours des différents chapitres vous y verrez la condamnation de nombreux et trompeurs aphorismes, si funestes pour le malade, et qui ont acquis droit de cité sans raison aucune. L'auteur vous signalera aussi l'écueil des ordonnances incomplètes, le danger des manœuvres inutiles et souvent nuisibles. Ce qu'il faut faire il vous le décrira avec un souci minutieux des détails, sans crainte de s'abaisser à des démonstrations élémentaires, puériles, semble-t-il, en apparence seulement. C'est de la bonne clinique pratique et de la bonne thérapeutique.

Pour ce faire, point n'est besoin d'un matériel encombrant ou dispendieux. L'éclairage, la position à donner au malade, le maniement des instruments, tout cela est approfondi avec beaucoup de soin. Chaque sphère de notre spécialité est ensuite passée en revue. Dans chacune, une sorte de prologue nous donne quelques notions indispensables de l'anatomie et de la physiologie de la région. Puis c'est la technique de l'examen clinique et des procédés thérapeutiques, ici beaucoup de conseils pratiques. Vient ensuite le défilé pathologique, description, pronostic, traitement des affections les plus souvent observées.

Ce qui ressort surtout, à la lecture de ces pages, c'est la double préoccupation de l'auteur de bien montrer ce qu'il faut éviter de faire dans le domaine de votre spécialité et, corollairement, j'allais dire accessoirement, si le terme n'était impropre, ce qu'il faut faire et comment il le faut faire. Ce double but est magistralement atteint par le docteur Laurens.

Il a fait mieux encore. Cet enseignement à double voie, si précieux dans la pratique médicale, il l'a observé dans la rédaction même de son ouvrage. En effet, il a su tisser avec art ce fil d'Ariane dont il parle dans sa préface et dont la solidité et la souplesse guideront avec sécurité le praticien dans les sinueux dédales et le labyrinthe de la spécialité. Mais surtout il a su éviter la prolixité des détails par trop techniques et purement scientifiques, la nomenclature ou la discussion des théories et des procédés opératoires. Enfin il a su éviter la note trop personnelle, quoique légitime pour qui a conscience de sa valeur. Par là, son livre garde le caractère avant tout humanitaire, qu'il a voulu lui imprimer.

P. FOURNIÉ.

(1) In-8 de VIII-410 p., avec 560 fig. dans le texte, relié toile. — Prix : 8 francs. — Paris, Masson et Cie.

PRATIQUE MÉDICALE

SYMPTOMES ET TRAITEMENT DE L'HYGROMA AIGU

Par M. LIARRAS.

L'hygroma ou bursite est l'inflammation des bourses séreuses. Les débuts sont ceux de toute inflammation c'est-à-dire caractérisés par des symptômes locaux et généraux. Un épanchement se forme qui évolue de deux façons ou bien il se résorbe ou bien il passe à l'état chronique.

Mais il existe une autre évolution très fréquente et qu'il faut connaître en raison de son importance. L'hygroma très souvent passe à la suppuration et on se trouve en présence d'un abcès circonscrit; au bout de quelques jours la poche se rompt et donne issue au pus.

Dans certains cas, cette suppuration au début circonscrite se développe, s'étend, gagne le tissu cellulaire ambiant et peut être alors le point de départ d'un phlegmon diffus, parfois très grave. Il faut savoir que cette complication est assez fréquente au niveau de la bourse séreuse rétro-olécranienne.

Quel traitement doit-on utiliser contre la bursite aiguë? D'abord il faut mettre le membre au repos et même l'immobiliser. Contre les phénomènes inflammatoires des compresses antiseptiques ou des compresses humides devraient être placées continuellement. Dès que les phénomènes aigus ont disparu, on se trouvera bien de recouvrir la lésion de pommade iodée afin de faciliter la résorption et empêcher le passage à l'état chronique. Dans ce cas l'Iodex est un bon topique à utiliser; il contient 5 p. 100 d'iode libre et n'a aucun inconvénient. Il n'irrite pas la peau et par conséquent ne provoque pas sur elle la formation de portes d'entrée pour les infections microbiennes et il autorise un traitement aussi prolongé que possible.

On entoure la lésion, recouverte d'une couche assez épaisse d'Iodex, avec une bande Velpeau légèrement serrée et au bout de peu de temps il est fréquent d'observer la disparition de l'hygroma.

Si la suppuration apparaissait, il est évident que l'incision large s'imposerait sans retard, on laverait la poche avec un liquide antiseptique.

A l'intérieur on devra donner à ces malades la médication salicylée surtout dans le cas d'hygroma rhumatismal. Le traitement iodé interne ne paraît utile que dans les formes d'hygroma chroniques existant avec des arthropathies rhumatismales. Et encore dans ce cas nous préférons l'usage de l'Iodex, employé alors, non seulement sur la bursite chronique mais aussi sur les arthrites concomitantes, la non causticité de ce topique permettant une utilisation aussi longue que possible sans inconvénients.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal* de la séance du 27 janv. 1912.) Ch. GORIS et VAN GEHUCHTEN : Intervention sur l'hypophyse pour tumeur sellaire avec symptômes acromégaliques.

Æsculape. — (N° 1, janv. 1912.) CABANÈS : Destins tragiques on mystérieux. — RABIER-LAROCHE : François Déhérain peintre, sculpteur et médecin. — Roger de CAZANOVE : Un mystère expliqué. — PUECH : La bête du Gévaudan. — VERDIER : Notes médicales sur Léonard de Vinci. — Ed. PERRIER : La gynécocratie. — LAIGNEL-LAVASTINE : L'utilité des études classiques pour la carrière médicale.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 1, janv. 1912) L. BROCQ : Etude critique sur l'érythème polymorphe et les dermatites polymorphes. — DU BOIS : Parasite cryptogamique des dermatoses érythémato-squameuses du type pityriasis rosé de Gibert (3 planches).

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 1, janv. 1912.) CITELLI : Sur les rapports physiopathologiques entre le système hypophysaire et les lésions du larynx. Durée du pharynx nasal et du sinus sphénoïdal. — LAUFMANN : L'examen fonctionnel de l'appareil vestibulaire. Revue générale de quelques travaux récents.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Janv. 1912.) LAIGNEL-LAVASTINE : Les troubles psychiques dans les accidents du travail. — H. MARTEL : Les clos d'équarrissage et d'hygiène. — BEAUSSARD : Epilepsie et dégénérescence mentale : vertiges, syndromes épisodiques, idées de persécution, dépression mélancolique. Réactions dangereuses, importance médico-légale.

Annales médico-psychologiques. — (N° 1, janv. 1912.) MAIRET : Le vagabondage constitutionnel des dégénérés (*fin*). — LATAPIE et CIER : De l'importance de l'aura psychique dans le déterminisme des actes impulsifs commis en période crépusculaire. — Paul VOIVENEL : L'alcool, la femme et le pantin. — Roger DUPOUY : Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses, leur traitement par la psychothérapie.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 325, 10 janv. 1912.) F. BARJOIS : Examen radioscopique de trois cas de mégacôlon. — G. CERESOLE : La valeur pratique en radiothérapie de l'estimation de l'effet Villard à la lumière artificielle. — I. DE NOBELE : Action physiologique et thérapeutique de l'émanation du radium. — ROYCOURT : Chalumeau triplex à gaz pour l'osmotage et le flambage des tubes. — (N° 326, 25 janv.) DESTERNES et BAUDON : Quelques radiographies de l'appendice iléo-cæcal. — I. FABRE : Traitement par le radium d'un cas de lupus vulgaire datant de trente-deux ans. — H. MARQUÈS : Traitement de la pelade par l'ion zinc. — MORLET : Action physiologique et thérapeutique de l'émanation du radium.

Archives de médecine des enfants. — (N° 1, janv. 1912.) Mme DE BIEHLER : Sur l'infantilisme. — APERT : Un livre sur les maladies des nouveau-nés écrit en 1472. — FRANÇOIS : Ostéomyélite aiguë du maxillaire supérieur chez le nourrisson.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 1, janv. 1912.) FRIANT : De la pleurésie purulente aiguë grippale à streptocoques et de son traitement par les injections intrapleurales de collargol. — PESME, BARRIER, FORTINEAU et RIBEREAU : Epidémie de fièvre paratyphoïde au 65e régiment d'infanterie. — MOUREAUX : Transport des malades et blessés en montagne.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 1, janv. 1912.) BARTET : Quatre ans au service de tuberculeux à l'hôpital maritime de Rochefort (*suite*). — LAVERAN : Leishmanioses. — R. HENRY : Vert de Schweinfurth en pâte à la benzine. — FÉRET : Note sur les établissements hospitaliers de Sabang (île de Weh, côte nord de Sumatra, détroit de Malacca).

Archives des maladies de l'appareil digestif. — (N° 1, janv. 1912.) GILBERT et LEREBOULLET : L'opsiurie dans les maladies du foie. — EINHORN : L'agar-agar comme véhicule en thérapeutique intestinale. — GOIFFON et TALLARICO : Le dosage simple et rapide de l'amylase fécale. — URRUTIA : Un cas de fistule jéjuno-colique par ulcération peptique du jéjunum.

Archives générales de chirurgie. — (N° 1, 25 janv. 1912.) Gaston MICHEL : Ligatures des artères thyroïdiennes pour goitre exophtalmique. — LE MONIET : Un cas de kyste pancréatique. — A. RIVÈS : Le traitement chirurgical de la médiastine péricardite. — MAUCLAIRE et AMAUDRUT : L'iliopsoïte appendiculaire.

Archives générales de médecine. — (Janv. 1912.) Ch. SABOURIN : Interlobites et pleurites sèches chez les phtisiques. — MARCOU : Tour de poitrine et poitrinaires. — GALLOIS : Les infections adénoïdiennes.

Pédiatrie pratique. — (N° 1, 5 janv. 1912.) BABONNEIX : La chorée. — Marcel NATIER : Ozène, nutrition et respiration. Etiologie et pathogénie. — H. HALLOPEAU : Données nouvelles sur le traitement abortif et curatif de la syphilis par l' « hectine ». — (N° 2, 15 janv.) KIRMISSON : Ectopie testiculaire. — NOBÉCOURT et DARRÉ : Rhumatisme cérébral à forme de confusion mentale aiguë chez un enfant de sept ans. Constatation de l'acide salicylique dans le liquide céphalo-rachidien. — (N° 3, 25 janv.) HUTINEL : Bronchopneumonies pseudo-tuberculeuses. — P. CHATIN et GAULIER : Traitement héliothérapique de la péritonite tuberculeuse. — PLAUCHU et RENDU : Etude du beurre dans le lait de femme par la centrifugation.

Semaine gynécologique. — (N° 1, 2 janv. 1912.) LE DENTU : Les psychoses chirurgicales d'origine infectieuse; la stupeur primitive des opérés. — PICHEVIN : Réorganisation des études médicales. — (N° 2, 9 janv.) P. REYNIER : Tuberculose de l'appareil tubo-ovarien de la femme. — (N° 3, 16 janv.) REYNIER : Tuberculose de l'appareil ovarien de la femme (*fin*). — PICHEVIN : A propos des fibromyomes de la trompe. — (N° 4, 23 janv.) PICHEVIN : La guérison du cancer. — P. SEGOND : Sur un cas d'appendiculo-salpingite.

Semaine médicale. — (N° 1, 3 janv. 1912.) DE BOVIS : La décapsulation rénale et ses résultats dans l'éclampsie puerpérale. — (N° 2, 10 janv.) LHERMITTE et KLARFELD : La structure réelle des nerfs craniens et des racines rachidiennes de l'homme et ses relations avec les processus pathologiques : les inflammations et les néoplasies en particulier. — (N° 3, 17 janv.) F. LEJARS : La valeur pratique du drainage abdominal. — (N° 4, 24 janv.) CHERVIN : Du rôle de l'émotion en pathologie verbale : bégaiement, blésité. — (N° 5, 31 janv.) R. DE BOVIS : La thérapeutique de la rétention des débris ovulaires après l'accouchement à terme. — J. LHERMITTE : Les modifications du sang chez les radiologues.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 34. — JEUDI 21 MARS 1912. · 85e ANNEE. JEUDI 21 MARS 1912. — N° 34.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. les docteurs Brault, Rochard, Lejars, Gosset, Ombrédanne, Mauclaire et Thiéry.

— Concours de médecin des hôpitaux. — MM. les candidats sont prévenus que la séance publique dans laquelle il sera procédé à l'identification des copies et au relevé des points attribués à chacune d'elles aura lieu le jeudi 21 mars, à huit heures trois quarts du matin, à la salle des concours, 49, rue des Saints-Pères.

— Médaille d'or (médecine). — *Classement.* — Premier prix, médaille d'or : M. Ménard (75 points).

Deuxième prix, médaille d'argent : M. Lutembacher (74 points).

Accessit (livres) : M. Léon Kindberg (73 points).

M. Léon Kindberg bénéficie en outre de la fondation Zambaco.

— (Chirurgie et accouchements). — *Epreuve écrite.* — Séance du 18 mars. — Question donnée : « Glande sous-maxillaire (anatomie et physiologie). — Grenouillette. »

MM. Girode, 30; Moure et Sorrel, 29.

Classement. — Premier prix, médaille d'or : M. Moure (79 points).

Deuxième prix, médaille d'argent : M. Girode (77 points).

Accessit : M. Sorrel (76 points).

HOPITAUX DE PROVINCE. — Saint-Etienne. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'une sous-maîtresse sage-femme à la maternité de l'hôpital de Bellevue.

Se faire inscrire jusqu'au mercredi 10 avril prochain, à six heures du soir, au secrétariat général des hospices, rue Badouillère; y déposer son diplôme de sage-femme ainsi que ses différents titres scientifiques ou note de services.

IIe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE (Paris, 20-21 mai 1912). — Le IIe Congrès de médecine légale de langue française se tiendra à Paris, les 20 et 21 mai 1912, sous la présidence du professeur Lacassagne.

Deux importantes questions d'intérêt professionnel seront discutées à ce Congrès : la « Réforme des honoraires des experts » et la « Répartition des affaires entre les experts ».

Les rapports de MM. les docteurs Vibert et Rousselier sur ces questions, ainsi que celui des docteurs Etienne Martin et Ribierre sur les « Hémorragies cérébrales traumatiques » seront adressés aux congressistes les premiers jours de mai.

IIe CONGRÈS DE L'INTERNAT FRANÇAIS. — Le IIe Congrès de l'internat des hôpitaux se tiendra à Nancy les 24 et 25 mai prochain.

Dans les séances de travail, on étudiera les questions suivantes qui sont l'objet de rapports :

1° Recrutement de l'internat;
2° Organisation matérielle de l'internat;
3° Organisation scientifique de l'internat;
4° Organisation sociale de l'internat et création d'une fédération des associations des internes et anciens internes.

Des réceptions sont déjà organisées par la municipalité, la commission administrative des hospices, l'association des étudiants.

Une soirée artistique sera donnée dans les salons de l'hôtel de ville.

Un banquet présidé par M. le professeur Bernheim aura

RENSEIGNEMENTS

lieu en l'honneur du centenaire de l'internat de Strasbourg.

Les journées du dimanche et du lundi seront consacrées à une excursion à Plombières, Remiremont, Gérardmer, la Schlucht, le Honek; de là toutes facilités seront données aux congressistes pour terminer leur voyage par une visite à Strasbourg.

Les adhésions doivent être adressées à M. le docteur Sabotier, 24, rue Jeanne-d'Arc, à Nancy, pour le 1er avril au plus tard.

ŒUVRE PARISIENNE DE SECOURS IMMÉDIAT ET D'ASSISTANCE A LA FAMILLE MÉDICALE. — Une veuve de médecin, très bonne éducation, parlant et écrivant le scandinave, l'allemand, l'anglais, désire emploi dans le commerce, interprète ou secrétaire, ferait traduction.— S'adresser à Mme Berruyer, secrétaire des dames patronnesses, 177, boulevard Saint-Germain.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le docteur Charles Lobligeois (de Paris).

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 1, 6 janv. 1912.) Schmidt : Désinfection de l'intestin par insufflation d'oxygène dans le duodénum. — (N° 4, 27 janv.) Arnold : Le tractus digestif accomplit-il un travail mécanique de morcellement. — (N° 8, 24 fév.) Grund : Sur les modifications chimiques du muscle sous l'influence de la dégénération.

Lyon chirurgical. — (N° 1, 1er janv. 1912.) Bérard et Murard : Des complications urinaires au cours du cancer du gros intestin et des indications opératoires qui en découlent. — Duroux et Mangini : Volvulus du côlon pelvien. — Gaston Cotte : A propos de la péricolite membraneuse.

Lyon médical. — (N° 1, 7 janv. 1912.) Regaud et Crémieu : Sur l'involution du thymus produite par les rayons X. Résultats expérimentaux. Déductions thérapeutiques. — Arnaud : L'hormon péristaltique dans le traitement des constipations chroniques.—(N° 2, 14 janv.) Gallavardin : Contribution à l'étude des arythmies extrasystoliques bénignes. — (N° 3, 21 janv.) Balvay et Arcelin : Evolution d'un pneumothorax artificiel (type normal). — (N° 4, 28 janv.) P. Chatin et R. Rendu : Recherches sur l'influence dite galactogène des injections sous-cutanées du lait (méthode de Nolf).

Marseille médical. — (N° 1, 1er janv. 1912.) Daniel Constantin : Guérison d'un mal de Pott dorso-lombaire par la méthode du redressement progressif. — Gauthier et Zwirn : Réduction d'une luxation de la hanche par le procédé du professeur Delanglade. — Ch. Mattei : Un cas d'entérorragie post-opératoire. — (N° 2, 15 janv.) Corsy : Les éléments figurés du sang chez les animaux de laboratoire (cobaye, lapin, rat, chien et chat). — Thibault : Hystéro-traumatisme d'origine opératoire. — Raybaud : Cas sporadique de maladie de Heine-Medin. — Sauvan : Anomalie morphologique du foie. — Vayssière : Anévrismes de la crosse de l'aorte.

Medizinische Blätter. — (N° 1, 6 janv. et n° 2, 20 janv. 1912.) Marion : Les calculs vésicaux.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 2, 9 janv. 1912.) V. Dungern : Sérodiagnostic des tumeurs par la déviation du complément. — Schittenhelm et Weichhardt : Rôle de l'hypersensibilité dans l'infection et l'immunité. — Esch : L'accouchement est-il un processus anaphylactique? — Neu et Wolff : Sur la question du myome cardiaque. — Schæfer : Expériences avec le pituglandol. — Hamm : Extrait hypophysaire comme médicament des contractions utérines dans l'accouchement à terme et prématuré. — Kreuzfuchs : Examen radiologique des sommets pulmonaires. — Abelin : Le salvarsan dans le sang après injection intraveineuse. — Malaisé : Diagnostic des contractures unilatérales. — Gudden : L'adaline, nouveau sédatif et hypnotique. — Grohn : Traitement des paralysies diphtériques par le sérum. — Perlmann : Traitement de l'eczéma des nourrissons par l'air chaud. — Meuzer : Traitement de la gonorrhée chez l'homme. — Bürker : Etude sur l'hémomètre de Sahli.

Normandie médicale. — (N° 1, 1er janv. 1912.) Jeanne : Déformation et troubles fonctionnels de la supination à la suite des fractures de l'avant-bras. Traitement préventif et curatif.

Revue de chirurgie. — (N° 1, 10 janv. 1912.) E. Quénu : Etude critique sur les fractures du cou-de-pied. — Guyot et Parcelier : Contribution à l'étude du traitement chirurgical des tumeurs primitives de la plèvre et du poumon (3 fig.). — G. Pascalis : Tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux. Indications opératoires et traitement chirurgical (20 fig.).

Revue de droit médical. — (N° 1, janv. 1912.) Louis André : La prostitution des mineurs. — Jules Socquet : A propos de la responsabilité atténuée. — Marcel Petit : Médecins et sérums.

Revue de médecine. — (N° 1, 10 janv. 1912.) Bernheim : Sur les évolutions cliniques diverses des myélites toxi-infectieuses. — Ch. Roubier et L. Nové-Josserand : Un cas d'hémorragie cérébrale bilatérale récente de la corticalité (4 fig.). — J. Cecikas : Considérations étiologiques et thérapeutiques sur les algies abdominales. — Bouchut et Bouget : Une variété rare de kyste intracranien.

Revue de psychothérapie et de psychologie appliquée. — (N° 7, 1er janv. 1912.) Bérillon : L'intimidation visuelle et la phobie du regard. — Et. Jourdan : De l'élimination dans la cure de démorphinisation. — H. Gosset : Le bégaiement et la rééducation motrice. — Paul Farez : Un mériciste avaleur de grenouilles.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. —(N° 1, 6 janv. 1912.) F. Laval : Essai de rhinoscopie postérieure directe d'après le procédé d'Arpal de Gyergyai.— I. Duverger : Phlegmon ligneux sous-maxillaire consécutif à une avulsion dentaire. — (N° 2, 13 janv. 1912.) L. Bar : Etude sur les abcès du cerveau otogènes et contribution à cette étude par de nouveaux cas. — (N° 3, 20 janv.) Sargnon : Quelques cas d'endoscopie et de chirurgie des voies aériennes et de l'œsophage.

Revue médicale de l'Est. — (N° 1, 1er janv. 1912.) Bernheim : De la psychothérapie dans les psychoses. — Herrgott : Quelques considérations sur les diverses variétés de prématurés. — I. Parisot et A. Spire : La médication hypophysaire en obstétrique, recherches cliniques et expérimentales (*fin*). — (N° 2, 15 janv.) Etienne et H. Robert : La chaux du sang chez les sujets âgés. — Jacques : Guérison opératoire d'une surdité bilatérale par coups de feu dans les deux conduits. — M. Perrin : Diabète maigre sans lésions du pancréas.

Revue neurologique. — (N° 1, 15 janv. 1912.) J. Babinski, Lecène et Bourlot : Tumeur méningée. Paraplégie crurale par compression de la moelle. Extraction de la tumeur. Guérison (2 fig.). — Dide et Gassiot : Pathogénie de la presbyophrénie (presbyophrénie et syndrome occipital). — P. Loude : La maladie de Little. — (N° 2, 30 janv.) Lenoble et Aubineau : Monoplégie brachiale et paralysie faciale du côté gauche ; dérivation conjuguée des yeux vers la droite. — Mario Bertollotti : Diagnostic différentiel entre l'hydrocéphalie aiguë sans augmentation de volume de la tête et des tumeurs cérébrales au moyen des rayons de Röntgen.

Tunisie médicale. — (N° 1, janv. 1912.) R. Leriche : Les résultats du traitement chirurgical du cancer de l'estomac. — R. Broc : Essai sur le langage médical populaire tunisien.

LA TUBERCULOSE INFLAMMATOIRE

DES GAINES SYNOVIALES DES BOURSES SÉREUSES, DES MUSCLES & DES APONÉVROSES

Par MM. ANTONIN PONCET et RENÉ LERICHE (1).

I. Tuberculose inflammatoire des gaines synoviales : elle est souvent primitive ; on doit toujours suspecter l'origine tuberculeuse d'une synovite, survenant sans cause apparente, qu'elle soit, séreuse, sèche, végétante : pachy-synovites, synovites : chronique, proliférante, crépitante et lipome arborescent.
II. Tuberculose inflammatoire des bourses séreuses : ce sont des hygromas séreux, secs ou végétants. Parmi les formes sèches, il en est qui s'accompagnent de craquements, perceptibles à distance : les craquements sous-scapulaires ; que faut-il penser de leur pathogénie ?
III. Tuberculose inflammatoire des muscles.

> La tuberculose inflammatoire est cette forme de tuberculose dans laquelle le poison bacillaire, plus ou moins atténué, ne produit, dans les tissus, que les réactions banales de l'inflammation.
> Elle est donc dépourvue de la spécificité anatomique : follicules tuberculeux, cellules géantes, etc. : considérée jusqu'à nos recherches, comme indispensable, pour affirmer la nature bacillaire d'une lésion.
> Elle frappe tous les tissus, tous les appareils, tous les organes.
>
> Antonin PONCET.

I

SYNOVIALES TENDINEUSES. — Il est assez fréquent, en clinique, d'observer des synovites, sèches, hydropiques, proliférantes; elles sont presque aussi banales que les synovites fongueuses ou à grains riziformes. Elles reconnaissent, du reste, très souvent, la même origine. On peut poser en règle générale : que toute synovite survenant spontanément, hors de tout traumatisme, en l'absence de toute irritation professionnelle, chez un sujet qui n'est ni blennorragique, ni syphilitique, est une synovite tuberculeuse.

Et voici pourquoi.

Les synovites fréquemment multiples ou récidivantes chez un même malade se voient habituellement chez d'anciens tuberculeux, chez des tuberculeux du moment, chez de futurs tuberculeux. Si l'on scrute le passé, si l'on examine soigneusement l'état actuel d'un malade porteur d'une synovite séreuse simple, ou si on le suit dans l'avenir, il est rare qu'il n'ait pas été, qu'il ne soit pas, ou qu'il ne devienne pas tuberculeux.

Nous pensons que le devenir en matière de tuberculose n'est qu'une apparence : presque toujours la tuberculose est une infection de l'enfance, mais, très souvent, elle ne jette le masque que tardivement, sous des influences secondaires, à l'occasion de facteurs divers.

Comme l'a dit R. Lépine, il faut, d'habitude, beaucoup de causes pour faire une maladie, l'infection seule n'y suffit pas toujours. Voici pourquoi il arrive volontiers qu'après s'être manifestée sourdement pendant des années, sous des aspects torpides, insolites, la tuberculose ne se démasque que tardivement.

Et dans le cas particulier des synovites, il en va souvent ainsi. Au reste, quand on cherche par l'un quelconque des procédés de laboratoire (séro-diagnostic, intradermo-réaction, ophtalmo-réaction) la tuberculose latente chez ces malades, on la trouve, au moins, 90 fois sur 100.

Enfin, autre argument, il est assez courant de voir une synovite, séreuse, simple, associée à une arthrite synovite fongueuse (1). La coïncidence nous paraît démonstrative.

On peut dans ces conditions observer des variétés différentes de synovites :

1° Les synovites *séreuses* ont souvent des allures rhumatismales; fréquemment, elles sont multiples. Quand on ouvre la synoviale dans ces cas, on la trouve survascularisée, comme œdémateuse. Il n'existe, à sa surface, ni granulations, ni tubercules. Le liquide qu'elle renferme est séreux, transparent ou citrin, ou bien, visqueux, gélatiniforme. Son inoculation est rarement positive, mais la coïncidence avec d'autres lésions bacillaires fait la preuve de l'origine.

Quand elles sont chroniques d'emblée, ou quand elles sont devenues chroniques, les polysynovites ne changent guère de caractères; on voit quelquefois se résorber leur liquide; elles demeurent à l'état de sérosites sèches; la synoviale est dépolie, a des adhérences, des végétations ou des corps étrangers.

2° La *forme sèche* peut survenir d'emblée, ou succéder à une forme hydropique. Le fin dépoli de la séreuse donne, dans ces formes, un bruit de froissement qui, au niveau de la tabatière anatomique, constitue le classique *aï* douloureux. On sait que, en pareille occurrence, le siège de la lésion est discuté : gaine des radiaux pour les classiques; bourse séreuse interposée entre les radiaux et les muscles du pouce pour Poirier, Debierre et Rochet; gaine du long adducteur et du court extenseur du pouce pour Rochet et Carrel. Peut-être s'agit-il même d'une cellulite simple et non d'une synovite? Peu importe, ce qui est certain c'est que la synovite crépitante est souvent, nous dirions volontiers généralement, fonction de tuberculose. Dernièrement encore, nous en avons observé un exemple démonstratif : *aï* crépitant chez un vieux tuberculeux rhumatisant.

3° Les *formes végétantes* des synovites semblent, de plus en plus, devoir être rattachées à la syphilis et à la tuberculose. C'est le cas des myélomes des gaines, de la téno-synovite proliférante, et du lipome arborescent des synoviales.

Les *myélomes* décrits par Heurteaux et Malherbe, par Bonjour, comme des tumeurs voisines des tumeurs à myéloplaxes, ne sont, vraisemblablement, que des produits inflammatoires comme l'ont soutenu A. Poncet, L. Dor et Bonhomme. Une observation récente de Forgue et Massabuau en a fait la preuve : l'examen histologique minutieux d'un myélome typique leur a permis de le rattacher à une tuberculose hypertrophique, de virulence atténuée, mais encore spécifique. Nous avons vu une semblable tu-

(1) *La Tuberculose inflammatoire*, par MM. Antonin PONCET et René LERICHE. — Paris, O. Doin, éditeur. (*Sous presse.*)

(1) *Le Rhumatisme tuberculeux*, par MM. A. PONCET et R. LERICHE, Paris 1909.

meur, sans signature histologique, survenir chez un tuberculeux. Il est donc probable, qu'entre la cellule géante et le myéloplaxe du myélome, il y a tous les termes de passage. En tout cas, c'est dans ce sens, selon nous, que doivent s'orienter les recherches de l'avenir.

La téno-synovite proliférante, décrite par König, la téno-synovite, fibreuse, sténosante, de Duplay, ne sont probablement, elles aussi, le plus souvent, que l'expression toxique d'une tuberculose latente ; mais les observations nous ont manqué pour en faire la preuve.

Mêmes réflexions sont de mise pour le lipome arborescent. Longtemps décrite comme un néoplasme para-articulaire ou synovial, cette tumeur curieuse est certainement rattachable à l'inflammation chronique et à la tuberculose. Dès 1886, Schmolch avait vu des granulations tuberculeuses envahir un lipome du genou ; cette évolution histologique l'avait frappé.

En 1894, Kümmer, se basant sur l'existence possible de grains hordéiformes dans ces lipomes, se demandait s'il n'y avait pas là une forme particulière de tuberculose des gaines synoviales ? Cependant, en présence d'examens histologiques et bactériologiques négatifs, il avait cru devoir rejeter la tuberculose en prononçant le mot, étiologiquement vague, de : *synovite proliférante chronique*.

A peu près à la même époque, Steinberg discutait, lui aussi, le rôle de l'infection bacillaire, et rapportait quelques cas de lipomes nettement tuberculeux.

Plus près de nous, enfin, Kouzinie aurait signalé, dans une nouvelle observation, l'existence de tubercules, à des degrés divers de développement. L'auteur russe relève, sur douze cas de lipomes articulaires du genou, cinq fois, une tuberculose évidente ; quatre fois, elle existait dans le voisinage, et trois fois, elle survint tardivement dans l'articulation.

Aussi Lejars, rappelant qu'un malade de Sendler mourut de tuberculose pulmonaire, quelques mois après l'opération, est-il d'avis, malgré le caractère, constamment négatif jusqu'ici, des examens histologiques, qu'on ne saurait rejeter toute idée de connexion entre le lipome arborescent et la tuberculose.

Dans des travaux plus récents, cette notion s'affirme encore.

En 1901, Deiterichs, dans une étude d'ensemble, basée sur des faits personnels, recueillis à la clinique de Weljaminow, considère le lipome arborescent comme un produit réactionnel relevant, suivant les cas, du traumatisme, de la tuberculose, de la syphilis ou du rhumatisme. Pour lui, le terme même de lipome arborescent ne signifie rien. Il demande une épithète pathogénique.

En 1902, Tichow conclut à la nature tuberculeuse, à propos d'une observation nouvelle. En 1903, Painter et Erving croient, eux aussi, à une inflammation chronique, maintes fois imputable à la tuberculose.

Comme tant d'autres chirurgiens, nous avons, nous aussi, observé un lipome arborescent du genou, de structure banale, chez une malade ayant eu antérieurement des hémoptysies.

En présence de tous ces faits, de toutes ces opinions concordantes, la conclusion s'impose : *le lipome arborescent, quelle que soit sa formule histologique, doit être tenu pour fonction d'infection, et spécialement, de tuberculose, dans le plus grand nombre des cas.*

II

Bourses séreuses. — La tuberculose inflammatoire se localise volontiers au niveau des *bourses séreuses*, normales ou anormales. Elle crée ainsi des bursites, aiguës ou chroniques, qui sont des hygromas.

On sait que les bourses séreuses, qui sont le résultat d'une fissuration du tissu conjonctif à l'occasion de mouvements répétés, ont un revêtement incomplet de cellules aplaties, rappelant les cellules endothéliales, et que leurs parois se trouvent, en somme, directement taillées dans le tissu cellulaire ambiant. Normalement, quelques gouttes d'un liquide filant, analogue à la synovie, exsude dans la cavité ainsi formée.

Quand elle frappe une ou plusieurs de ces bourses séreuses, l'intoxication tuberculeuse peut exagérer cette exsudation anormale ou faire végéter les parois. On a ainsi, soit l'hygroma séreux banal, identique à l'hygroma professionnel, avec ou sans une pachy-bursite comparable à la pachy-vaginalite hémorragique, soit l'hygroma à tendance fibro-formative, crépitant ou proliférant. Rien dans leur symptomatologie ou leur structure ne décèle la tuberculose. Mais le malade qui les porte est un tuberculeux qui réagit à la tuberculine, dont le séro-diagnostic est positif... quelquefois, d'ailleurs, le liquide de la poche tuberculise le cobaye.

1° Les *formes séreuses* sont fréquentes, elles se voient en n'importe quel point de l'organisme, elles se rencontrent surtout au poignet et au creux poplité : elles y constituent les kystes synoviaux. Les classiques français considèrent ces kystes comme formés aux dépens de prolongements des gaines synoviales tendineuses ou des synoviales articulaires. Il n'en est rien le plus souvent : les examens histologiques contemporains ont montré qu'ils se développent surtout en dehors de toute cavité préformée, et qu'à leur face externe le revêtement endothélial, quand il existait, n'était jamais continu (Lecène, Leriche). Il faut donc avec Payr, Ledderhose, admettre que, le plus souvent, les kystes synoviaux n'ont aucune relation synoviale, et sont de simples hygromas.

Quoi qu'il en soit de cette question de siège, nous avons montré, dans ces dernières années, que ces kystes étaient, très fréquemment, d'origine tuberculeuse, et relevaient de la tuberculose inflammatoire.

Nous avons vu, en effet :

a. Que ces kystes pouvaient voisiner avec des synovites fongueuses (nous avons opéré un malade, entre autres, ayant une synovite fongueuse de la paume de la main et un kyste synovial sur sa face dorsale, les articulations et les os étant indemnes).

b. Qu'ils coïncidaient, quelquefois, avec des synovites siégeant sur d'autres membres et dont la nature tuberculeuse n'était pas douteuse.

c. Que, quand ils étaient isolés, formant, à eux seuls, toute la maladie, ils existaient chez des gens jeunes, à séro-diagnostic tuberculeux positif (six observations personnelles).

d. Que parfois le contenu de la poche tuberculisait le cobaye, ou le tuait par cachexie progressive.

On peut observer, également, des kystes hémorragiques dont l'évolution est conditionnée par la tuberculose. Nous en avons examiné dernièrement un, au niveau du creux poplité, chez un jeune homme de dix-sept ans. La poche ressemblait à une paroi d'hématocèle vaginale. L'examen histologique décela uniquement de la pachy-synovite sans caractères spécifiques. La séro-agglutination fut positive. Ce fait a été publié par Cotte et Pillon, l'année dernière, dans la *Gazette des hôpitaux* (1).

2° Les *formes sèches* peuvent apparaître à la suite d'une hygromite séreuse, ou se montrer d'emblée, de même qu'une pleurésie est sèche primitivement ou secondairement. Lorsqu'on les observe sur des bourses séreuses péri-articulaires, on les voit donner naissance à la symptomatologie de la péri-arthrite, c'est le cas des bourses séreuses de l'épaule et de la hanche.

Lorsqu'elles siègent dans le tissu cellulaire, elles y font naître des craquements, que l'on a observés, plus particulièrement, à la région sous-scapulaire.

Signalés pour la première fois, par Boinet en 1867, ces craquements sous-scapulaires furent attribués, par Demarquay, au frottement de l'omoplate contre une exostose costale. On sait aujourd'hui, qu'une telle étiologie est exceptionnelle, qu'il ne s'agit pas d'un bruit osseux, mais d'un froissement du tissu cellulaire qui se trouve sous le muscle sous-scapulaire.

En 1873, Galvani (de Bologne), ayant trouvé ces frottements chez des tuberculeux émaciés, émit l'hypothèse qu'ils étaient dus à l'atrophie des muscles de l'épaule, et en particulier, du sous-scapulaire et du grand dentelé.

Bassompierre voulant, peu après, contrôler les assertions de Galvagni, fit des recherches sur des gens vigoureux et bien musclés; après l'examen de 72 soldats, il arriva à cette conclusion : que l'atrophie musculaire ne provoquait rien, et que le frottement s'expliquait par l'existence d'une bourse séreuse sous-scapulaire, à parois plus ou moins cartilagineuses!

Depuis lors, les uns, comme Terrillon, ont parlé d'exostoses costales ou scapulaires, d'autres ont admis une anomalie des insertions du grand dentelé, permettant le frottement du bord interne de l'omoplate sur l'angle postérieur des côtes...

On a émis d'autres théories encore, mais l'opinion la plus répandue, à l'heure actuelle, les rapporte à l'inflammation d'une bourse séreuse sous-scapulaire.

Effectivement, il existe là, chez certains sujets, une bourse séreuse, plus ou moins développée, et dans cette bourse enflammée les mouvements de l'épaule peuvent produire des froissements bruyants. Mais cette bourse manque très souvent. Nous l'avons vainement cherchée sur une dizaine de cadavres. De plus, nous ne l'avons même pas trouvée à l'autopsie d'une tuberculeuse atteinte de frottements sous-scapulaires intenses.

Bref, la bourse sous-scapulaire peut faire défaut, et ce paraît être la règle. Mais il existe toujours entre les muscles et le thorax un tissu cellulaire abondant, dont les larges mailles font comme une bourse séreuse rudimentaire, dont l'inflammation sèche donne naissance à des bruits plus ou moins intenses.

Quel est donc l'agent infectieux qui produit cette cellulite bruyante, plus pathologique qu'anatomique?

Dans la thèse de notre élève Ducroux (Lyon 1905), nous avons soulevé l'hypothèse d'une cellulite d'origine tuberculeuse, et nous rapportions, à l'appui de cette manière de voir, huit observations inédites, signalant des bruits sous-scapulaires chez des tuberculeux, et six observations identiques recueillies dans la littérature (1).

Depuis lors, et en oubliant, quelque peu, nos propres constatations, Rénon et Moncany ont redécouvert les relations de la tuberculose et des frottements sous-scapulaires. Dans une communication récente (1909) à la *Société d'études scientifiques de la Tuberculose*, ils ont déclaré qu'ils les avaient recherchés, sans succès, chez 500 sujets n'offrant aucun signe clinique de tuberculose, et que, par contre, dans 8 cas de craquements sous-scapulaires, ils avaient trouvé une tuberculose fibreuse en évolution. La conclusion qu'ils en tiraient est que la constatation de ce bruit devait faire craindre une tuberculose latente!

De même Tedeschi, à la clinique de Maragliano, a recherché la tuberculose chez 58 malades qui présentaient des bruits sous-scapulaires; il en a trouvé 23 porteurs d'une tuberculose au début.

On le voit, toutes les recherches sont concordantes : elles nous permettent d'affirmer, avec plus de certitude encore, la relation pathogénique que nous avions indiquée; *les bruits sous-scapulaires sont fonction d'une cellulite sèche, dont la tuberculose inflammatoire donne la clef* (2).

Dans un ordre d'idées très voisin, le docteur G.-V. Perez (de Ténériffe) nous a signalé un signe auscultatif nouveau, en relation avec les affections du médiastin. C'est une sorte de craquement médiastinal, rattachable, par analogie, avec ce que nous avions décrit, à une bursite rétro-sternale pré-péricardique. En 1895, il remarqua, pendant l'auscultation cardiaque d'une femme, souffrant depuis longtemps de médiastino-péricardite, que dans les mouvements d'élévation des bras au-dessus de la tête et d'abaissement consécutif, il se produisait une sorte de « bruit de friction »,

(1) COTTE et PILLON. Kyste hémorragique du creux poplité (pachy-synovite hémorragique), *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 127, p. 1813.

(1) Cette origine, tuberculeuse, des craquements sous-scapulaires a été également défendue par L. Thévenot : *Tuberculose des articulations, des gaines tendineuses, des bourses muqueuses*, Bibliothèque de la tuberculose, Paris 1910.

(2) Depuis la rédaction de ce chapitre, Miramond de la Roquette, Pallasse, ont publié de nouvelles études sur ce sujet; nous ne pouvons qu'en faire mention pour l'instant.

analogue aux frottements péricardiques, mais bien plus intenses et plus forts, plus « grossiers », et plus hauts de tonalité. Il est probable qu'il s'agit là d'un frottement de médiastinite sèche, qui est de même nature que la péricardite causale.

3° Les *formes végétantes des hygromas* sont mal connues; on a décrit des fibromes avec éléments bacillaires; il existe, aussi, des lipomes arborescents, qu'il serait particulièrement intéressant d'étudier aujourd'hui. On les voit au niveau des bourses séreuses comme dans les gaines tendineuses et dans les articulations. Chassaignac les avait étudiés sous le nom d'hygromas lipomateux. Leur paroi externe, épaissie et fibreuse, est recouverte de végétations graisseuses, qui donnent, à l'ensemble, l'apparence d'un lipome. Ce que nous avons dit de l'origine tuberculeuse de certains lipomes doit faire rechercher, par tous les moyens possibles, l'étiologie bacillaire, a priori vraisemblable, de ces lipomes des séreuses.

III

Tissu musculaire. — On observe chez les tuberculeux, et ceci se voit souvent chez les tuberculeux rhumatisants, des myalgies, de siège variable, plus ou moins rebelles, répondant à des myosites toxiques, susceptibles d'aller jusqu'à l'induration fibreuse et à la sclérose diffuse; d'habitude, ces myosites se résolvent très simplement, d'une façon si brusque, si rapide, que seule une origine toxinienne permet de les expliquer.

C'est cet ensemble de troubles, décrits par E. Weill pour la première fois, que notre élève Dez a étudié, dans le rhumatisme tuberculeux, comme une véritable métastase abarticulaire.

Les *myalgies*, mobiles, fugaces, sont assez fréquentes, elles peuvent précéder toutes les localisations tuberculeuses graves, prenant ainsi une valeur diagnostique spéciale. L'hyperesthésie musculaire existe rarement seule. Elle s'accompagne, ordinairement, d'hyperesthésie tégumentaire, mais toujours, c'est la pression de la masse musculaire, ou sa contraction, qui éveille la douleur.

Elle existe surtout aux membres supérieurs et sur le pourtour de la cage thoracique. Les biceps et les pectoraux sont fréquemment atteints. Ce sont, à leur niveau, des sensations de brisure, de fatigue, analogues à celles que ressentent les gens qui commencent à faire de la gymnastique. Les malades disent, eux-mêmes, qu'ils sont comme roués de coups.

Ces douleurs ont un caractère franchement intermittent, avec paroxysmes, quelquefois très violents. En général, elles cèdent avec l'apparition d'une localisation plus virulente de la tuberculose. Parfois elles persistent, et c'est alors qu'on peut voir apparaître, lentement, de l'*induration scléreuse* et de la *rétraction tendino-musculaire*.

Un de nos malades était, à ce point de vue, des plus curieux. Agé de vingt-six ans, il avait fait, en quelques mois, trois crises de rhumatisme articulaire aigu, particulièrement sévère au membre supérieur droit; la dernière parut se prolonger à ce niveau, et, petit à petit, s'installèrent des déformations très bizarres.

Elles étaient, en somme, constituées par de la flexion permanente à angle aigu de l'avant-bras sur le bras, de la flexion palmaire du carpe sur l'avant-bras avec subluxation dorsale médio-carpienne et hyperextension dorsale des doigts; l'ensemble rappelant l'aspect des mains des danseuses cambodgiennes.

Ces déformations, comme il était facile de s'en rendre compte par la palpation des masses musculaires, tenaient surtout, à une sclérose rétractile du biceps, du grand palmaire et des fléchisseurs des doigts.

L'anesthésie ne les fit point céder, et il fallut, pour en triompher, rompre des adhérences fibreuses, et faire une sorte de massage musculaire forcé.

Une épididymo-orchite tuberculeuse et de la micropolyadénite cervicale indiquaient l'origine exacte de toutes ces lésions.

Nous avons vu récemment un cas du même genre. Il s'agissait d'un homme de quarante-cinq ans, entré à la clinique du professeur Roque, pour une double ankylose en flexion des genoux. Elle était survenue en suite d'un rhumatisme, chez un ancien pleurétique, dont le séro-diagnostic tuberculeux était positif. En réalité, ce n'étaient que de fausses ankyloses, cet homme avait les jambes immobilisées en position vicieuse par une rétraction tendino-musculaire de presque tous les muscles voisins de l'articulation du genou. Nous avons pu nous en rendre compte très nettement au cours de ténotomies et de myotomies multiples qui nous ont permis de le redresser. Le rhumatisme tuberculeux avait transformé ses muscles et ses aponévroses en véritables cordes fibreuses.

Actuellement, cet homme est à peu près guéri, il peut marcher de façon très satisfaisante eu égard à la gravité de son infirmité.

En définitive, la tuberculose inflammatoire crée dans les muscles deux sortes de lésions : de l'inflammation, aiguë, congestive, que Durante a décrite sous le nom de myosite inflammatoire, ou de la sclérose lente, que l'on prend parfois pour des reliquats cicatriciels; c'est ce que Durante a appelé la cirrhose musculaire tuberculeuse, sans lésions spécifiques.

Essentiellement caractérisée par l'absence de lésions folliculaires, la myosite inflammatoire s'observe dans la tuberculose secondaire des muscles, aussi bien que dans la tuberculose musculaire primitive. Elle se montre, soit dans le voisinage de lésions tuberculeuses spécifiques, soit à l'état isolé.

Le muscle atteint est transformé en un bloc fibreux dont il est souvent difficile d'affirmer la nature bacillaire.

La tuberculose inflammatoire peut encore engendrer, au niveau des muscles, d'autres lésions, plus déroutantes dans leur pathogénie. Elle peut amener des infiltrations qui épaississent le muscle, et lui donner l'*aspect sarcomateux*. Dans ces cas on fait infailliblement le diagnostic de : *sarcome*, même pièce en

main, même histologiquement. En réalité, il s'agit d'un sarcome inflammatoire, d'un sarcome tuberculeux.

Une très intéressante observation de Delorme en est un bel exemple :

Il s'agit d'un soldat, soigné, en 1886, à l'hôpital militaire Saint-Martin. Au milieu de la région pectorale droite, depuis huit à dix jours, il présentait une tuméfaction, indolore, bien circonscrite, dure, peu saillante qu'on avait prise pour un phlegmon chronique. A l'incision, on vit que la tumeur était constituée, exclusivement, par une masse de tissu fongueux, sans pus ni sang, beaucoup plus étendue qu'elle ne paraissait au premier examen, ayant envahi la plus grande partie du grand pectoral, et ressemblant à du sarcome. L'examen histologique montra qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur, mais l'on ne trouva pas, non plus, de follicules tuberculeux. Peu après, cependant, des ulcérations tout à fait caractéristiques, au niveau de la cicatrice, permettaient d'affirmer la nature bacillaire des lésions. Deux mois après, on constata de l'induration des sommets des poumons, bientôt suivie de pleurésie et de péricardite. Au bout de quatre mois, la plaie opératoire était encore fistuleuse. Le triceps brachial, le long dorsal, le grand rond, les muscles antérieurs de l'avant-bras se laissèrent peu à peu, envahir par le même processus, et finalement, le malade succomba aux progrès de la cachexie tuberculeuse, après avoir présenté encore une ostéo-arthrite du poignet et une ostéite du sternum.

Dans les faits de ce genre il faut étudier les antécédents du malade et attendre les résultats de l'inoculation. S'ils sont positifs, dit Durante, le doute n'est pas permis. Mais s'ils sont négatifs, il ne faut pas se hâter de conclure à la syphilis. Il semble, dans bien des cas, que les toxines tuberculeuses seules soient en jeu.

La tuberculose, comme la syphilis, peut déterminer des lésions de sclérose dans le tissu musculaire. Il importe donc d'étudier désormais les faits cliniques avec beaucoup d'attention, et de voir si là, comme ailleurs, on n'a pas accusé, à tort, le spirochète des méfaits du bacille de Koch.

Il nous resterait à dire un mot, en terminant, de la *myosite ossifiante* ou maladie de Münchmeyer. Il nous est difficile de faire autre chose que des hypothèses à son sujet, n'ayant pas eu l'occasion d'observer de semblables myopathies, mais il nous semble logique de lui attribuer une origine infectieuse et d'en chercher la cause du côté de la syphilis, et surtout de la tuberculose, qui n'est pas rare chez de tels sujets.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 MARS 1912)

De l'anesthésie générale par voie rectale à l'aide de mélanges titrés d'air et de chloroforme ou de vapeurs de chlorure d'éthyle. — MM. Victor DUPONT et Jean GAUTRELET. La pensée de substituer la voie rectale à la voie pulmonaire pour l'absorption des anesthésiques n'est pas nouvelle. Roux l'émettait dès 1847, mais jusqu'à ce jour l'éther surtout fut utilisé (Vidal, Villard, etc.). On sait aussi que Dubois injecta dans le rectum une solution huileuse de chloroforme.

Les expériences de MM. Dupont et Gautrelet ont porté sur des mélanges titrés d'air et de chloroforme.

Leurs expériences sur le lapin (dont on connaît la susceptibilité au chloroforme) sont particulièrement intéressantes. Pas d'agitation prémonitoire, pas de syncope primitive à craindre, mais par contre la distension de l'abdomen qui se produit avant la résolution complète semble un facteur au moins gênant pour pratiquer une laparotomie, aussi ne peut-on encore penser à l'utilisation chirurgicale du procédé.

Des essais avec des vapeurs de chlorure d'éthyle, sans mélange d'air, donnèrent une anesthésie moins parfaite qu'avec le chloroforme.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 19 MARS 1912)

La syphilis chez les femmes enceintes. — Une intéressante discussion a été soulevée sur ce sujet par M. PAMARD (d'Avignon) qui apporte quatre observations dans lesquelles il a pu suivre la syphilis chez le mari, avant le mariage, chez la mère, pendant la gestation, et chez l'enfant. Dans la première de ces observations, il soigne un jeune homme de la syphilis. Ce jeune homme, malgré sa défense, se marie. Sa femme devient enceinte et accouche d'un enfant mort. Il fait prendre à cette femme des pilules contenant un milligramme de sublimé, sous un prétexte thérapeutique quelconque. Elle a, de nouveau, deux grossesses, et accouche, à terme, d'enfants vigoureux que M. Pamard a pu suivre, qui se sont élevés sans jamais avoir présenté le moindre signe de syphilis, qui se sont mariés à leur tour et qui ont eu des enfants parfaitement bien portants.

Dans le second fait, c'est encore un mari syphilitique, une femme devenant enceinte, accouchant d'un enfant qui meurt vingt-huit jours après avec un foie syphilitique. Même traitement de la femme par le sublimé ; nouvelle grossesse, accouchement à terme d'un enfant hydrocéphale, qui subit un traitement mercuriel énergique, ne présente plus aucun accident, se marie et a de beaux enfants.

Troisième fait. Père syphilitique, mère faisant une fausse couche, traitement par le sublimé, deux grossesses consécutives normales et enfants indemnes ayant eux-mêmes de beaux enfants.

Dans ces trois faits, la mère semble n'avoir jamais présenté elle-même d'accidents personnels syphilitiques.

M. Pamard attribue cet heureux résultat au traitement mercuriel auquel il restera fidèle et qu'il n'abandonnera jamais pour le 606.

M. PINARD insiste sur l'intérêt de cette observation. Ces faits prouvent de nouveau que, ainsi que l'a bien souvent soutenu M. Pinard, la syphilis d'origine paternelle est beaucoup plus fréquente que la syphilis d'origine maternelle. C'est incontestablement la syphilis du père qui est la plus dangereuse au

point de vue de l'hérédité. La conclusion à tirer de ces faits, c'est qu'il faut avoir recours à la puériculture avant même la procréation. Le traitement de l'hérédité s'impose, c'est-à-dire le traitement du père avant la gestation de la mère et le traitement de celle-ci avant la gestation.

Comme démonstration de l'importance de la syphilis du père au point de vue de l'hérédité, M. Pinard rapporte le fait suivant dont il vient d'être témoin : une femme a deux enfants superbes d'un premier procréateur; elle prend un second procréateur syphilitique, elle a deux enfants morts. Elle prend un troisième procréateur, non syphilitique; elle en a deux beaux enfants. Cette femme a eu dans son utérus deux petits syphilitiques; elle n'en est pas moins restée, elle-même, indemne de syphilis. Il y a lieu de se demander, cependant, ce que devint l'organisme de cette femme au point de vue de la syphilis.

M. Pamard croit que, dans ces cas, l'utérus est infecté et que, dans les cas qu'il a rapportés, c'est au traitement qu'il faut attribuer l'arrêt de la syphilis.

M. Balzer estime également que les femmes dont on vient de rapporter l'histoire sont des syphilitiques, même la femme dont vient de parler M. Pinard.

M. Bar, en intervenant dans ce débat, y apporte quelques lumières de nature à éclairer cette importante question. Il cite d'abord l'exemple de femmes ayant accouché d'enfants syphilitiques et qui ont eu elles-mêmes des plaques muqueuses sans jamais avoir eu de chancre. Voici encore un fait d'observation : une femme devient enceinte du fait d'un homme syphilitique. Elle accouche d'un enfant mort. Elle ne présente, elle-même, comme symptôme que le collier de Vénus et c'est tout. Enfin, et c'est là que l'argumentation de M. Bar présente un vif intérêt, chez les femmes ayant accouché d'enfants syphilitiques, bien qu'elles ne présentent elle-même aucun signe de syphilis, la réaction de Wassermann se montre souvent positive, au moins pendant un certain temps. De là à conclure que la mère, dans ces cas, peut avoir éte immunisée par son propre enfant, il n'y a qu'un pas et M. Bar semble bien près de le franchir. En effet, chez cette femme qui va accoucher d'un enfant syphilitique, le Wassermann se montre négatif au cours de la grossesse, positif après l'accouchement et redevient négatif quelques semaines après. Cette question est à l'étude dans le service de M. Bar et nous ne doutons pas, ainsi que l'a fait observer M. Pinard, que M. Bar ne nous apporte quelque jour des données exactes du plus haut intérêt à ce point de vue.

M. Balzer ne saurait admettre qu'une femme puisse porter dans son utérus un enfant syphilitique pendant neuf mois sans devenir elle-même syphilitique et il est convaincu que beaucoup de ces femmes présentent des accidents tertiaires ou plus ou moins éloignés.

Conjonctivite phlycténulaire d'origine phthiriasique. — M. Blanchard fait un rapport sur un travail de M. Font-Reaulx relatif à de nombreux cas de conjonctivites phlycténulaires auxquels il a reconnu pour origine la phthiriase.

Rapport sur les épidémies. — M. Mosny en lisant ce rapport déplore, comme ses prédécesseurs, la pénurie des documents envoyés à l'Académie. Pour remédier à cet état de choses, il propose un certain nombre de vœux qui seront soumis au vote de l'Académie.

Eaux minérales. — M. Meillière lit une série de rapports sur les eaux minérales.

Transplantation et greffes articulaires. — M. Tuffier lit un travail sur ce sujet. Ce travail comprend les observations, les radiographies et la présentation de deux opérés depuis plus d'un an. Elles démontrent la possibilité de remplacer une articulation malade ou une ankylose par une articulation saine prise chez un autre sujet amputé, par exemple. La nouvelle articulation conserve sa forme et sa fonction.

Le point capital c'est la *permanence* de la greffe qui au bout d'une année est aussi nette que le premier jour. L'articulation greffée reste mobile.

Chez un premier jeune homme de vingt-trois ans, ankylosé du coude et impotent depuis deux ans, M. Tuffier réséqua l'ankylose et fit un nouveau coude au moyen de l'articulation tibio-tarsienne enlevée à une femme qu'il avait amputée. Depuis un an et un mois le coude fonctionne et ce malade travaille en se servant de l'articulation du pied de la femme amputée. La greffe examinée à la radiographie ne s'est pas modifiée depuis l'opération.

Chez un autre jeune homme de vingt et un ans même opération, pour tuberculose grave du coude, mais là le résultat est plus intéressant, car les cartilages greffés avaient été enlevés cinq jours avant sur une jambe amputée, et avaient été conservés à la glacière. Depuis quatorze mois le résultat est parfait et la greffe ne s'est pas modifiée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 16 MARS 1912)

Considérations sur la réaction de fixation et sur le kyste hydatique suppuré. — M. Parvu. La réaction de fixation se montre constamment dans le kyste hydatique, suppuré et le sérum est très riche en anticorps, car, même dilué, il dévie le complément. Ces données trouvent leur explication dans le fait que la membrane hydatique ne jouant plus le rôle d'un filtre, l'antigène passe en très grande quantité dans la circulation générale. Ce kyste depuis longtemps suppuré peut être confondu avec d'autres collections purulentes. La réaction de fixation peut nous rendre de grands services au point de vue du diagnostic étiologique.

Sur le pouvoir auto-hémolytique du suc de rate. — MM. A. Gilbert, E. Chabrol et Henri Bénard. Dans une communication récente, MM. Achard, Foix et Salin, recherchent les causes d'erreur qui peuvent intervenir dans l'étude des hémolysines spléniques et mettent en cause la septicité du milieu. L'action des microbes qui se ferait sentir très faiblement au bout de quarante-huit heures ne deviendrait manifeste que trois jours après la préparation de l'extrait. Les auteurs se bornent à rappeler que leurs résultats positifs ont été obtenus soit immédiatement après préparation du suc de rate, soit au plus tard le lendemain, après conservation de l'extrait à la glacière. Cet extrait ne présentait ni réaction acide, ni réaction alcaline.

Influence du poids moléculaire sur la toxicité des composés organiques azotés. — MM. Desgrez et Dorléans présentent une nouvelle note sur cette question qui intéresse la pathologie de la nutrition. Leurs déterminations ont porté sur une douzaine de substances azotées, acides, basiques ou neutres et formées par la soudure d'un nombre variable de groupements carbonés sur l'azote.

En opérant sur le cobaye, par voie sous-cutanée ou intra-péritonéale, ou sur le lapin, par voie intraveineuse, les auteurs démontrent que la toxicité des corps doués d'une constitution chimique analogue décroît à mesure que leur molécule se simplifie par détachement progressif des atomes de carbone rattachés à l'azote.

Action comparée de quelques extraits d'organes sur l'hémolyse. — MM. Achard, Foix et Salin. L'extrait du poumon normal, de même que celui de la rate, lorsqu'il est frais et aseptique, est dépourvu de pouvoir hémolytique, mais il peut en acquérir sous l'influence de la fermentation microbienne. Il devient assez rapidement acide, mais moins que celui de la

rate; il est aussi moins putrescent. Le pouvoir hémolytique de ces deux extraits n'est pas dû, d'ailleurs, à une véritable hémolysine, car il n'est influencé ni par le chauffage à 55 degrés, ni par l'addition de complément.

Les extraits de foie et de surrénale non seulement sont dépourvus de pouvoir hémolytique à l'état frais, mais encore n'en acquièrent pas avec le temps et sont même antihémolytiques. Ajoutés à un sérum naturellement hémolytique, ils empêchent l'hémolyse. De même ils contrarient l'effet hémolytique de la saponine, celui de surrénale plus encore que celui de foie.

Recherches des anticorps dans les pleurésies séro-fibrineuses et leur point de vue pronostic. — M. PARASKÉROPOULOS. 1° Quand l'indice opsonique de l'épanchement est supérieur de 0,25 à 1,00 et plus encore, à celui du sérum du malade, on peut dire qu'il s'agit en général de pleurésies primitives avec pronostic bénin.

2° Quand l'indice opsonique du sérum est supérieur à l'indice de l'épanchement et en supériorité constante, on peut dire que ces pleurésies séro-fibrineuses en général sont secondaires et d'un pronostic assez sévère, surtout au point de vue de l'étendue et de l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

Donc, la gravité du pronostic est en rapport inverse avec l'indice opsonique de l'épanchement, et en rapport direct avec celui du sérum.

En ce qui concerne la thérapeutique, son avis est que les épanchements riches en anticorps peuvent être utilement employés pour le traitement des pleurésies secondaires ou de toute autre localisation de la tuberculose.

L'indice opsonique du sérum des malades atteints de pleurésies secondaires, fait par série chez le même malade, est variable, mais il reste toujours supérieur à l'indice de l'épanchement qui est moins variable.

Les anticorps du sérum et de l'épanchement diminuent considérablement quelques jours avant la mort.

Les lois de l'élimination des chlorures pendant le sommeil. — M. CHAUSSIN expose et indique un criterium pour l'institution du régime hypochloruré.

Radioscopie. — MM. GUISEZ et STODEL montrent par la radioscopie que les injections intrabronchiques faites par la voie transglottique pénètrent dans tout l'arbre aérien et imprègnent le parenchyme pulmonaire.

ANALYSES

MÉDECINE INFANTILE

Etude sur les tuberculoses latentes et particulièrement celle des ganglions trachéo-bronchiques chez les enfants. (FAIRISE. Thèse de Nancy, 1911, 151 pages et 4 planches hors texte.) — D'après les recherches de Fairise, portant sur 511 autopsies, le pourcentage des tuberculoses latentes actives croît de zéro à cinq ans (0 à 22 p. 100) pour rester stationnaire jusqu'à vingt-cinq ans, puis décroître. Le pourcentage des tuberculoses latentes inactives, presque nul jusqu'à cinq ans, s'élève sans cesse après cet âge, lentement jusqu'à vingt-cinq ans, rapidement ensuite. Les lésions guéries, scléreuses ou calcifiées, que l'on trouve chez l'adulte proviennent très souvent de l'enfance. Chez les jeunes, presque toujours les ganglions trachéo-bronchiques sont frappés, alors même que la lésion pulmonaire est minime ou introuvable.

Cependant il existe toujours une lésion pulmonaire, un « chancre », en relation avec l'adénopathie. Chez les jeunes, l'adénopathie trachéo-bronchique indiquera la tuberculose latente, dont elle peut demeurer longtemps la seule manifestation.

L'auteur a recherché cliniquement sur 1121 enfants hospitalisés en deux ans dans le service du professeur Haushalter, sur 55 écoliers de village et 50 soldats, les symptômes de la tuberculose latente. Ce n'est que bien rarement que l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse donne des troubles bruyants. Généralement, il n'existe que des signes physiques qu'il faut rechercher avec méthode et minutie. Les idées de Grancher concernant le diagnostic du début de la tuberculose seraient donc souvent en défaut. En ce qui concerne le diagnostic de l'adénopathie, le signe indiqué par le professeur d'Espine (chuchotement à l'auscultation de la voix dans la région interscapulaire) est de grande valeur. La percussion ne fournit aucun renseignement. Les pourcentages de tuberculeux latents aux divers âges sont un peu plus forts, d'après la clinique, que d'après les autopsies. L'auteur explique le fait.

Les 1121 enfants hospitalisés ont été soumis à l'intradermo-réaction. Pour chaque âge, le pourcentage de réactions positives coïncide à peu près avec celui des enfants trouvés porteurs de lésions bacillaires (actives ou latentes) à l'autopsie.

La radiographie, la fluoroscopie ont été employées chez certains sujets.

En dehors de ses recherches personnelles, l'auteur rapporte les résultats nécropsiques et cliniques trouvés par les auteurs qui se sont occupés de la question. L'anatomie, la physiologie des ganglions du médiastin, leur mode de tuberculisation, l'anatomie pathologique des lésions, sont exposés et discutés. En ce qui concerne l'étiologie et la pathogénie de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, l'auteur conclut à la fréquence de la voie d'infection pulmonaire. La voie entéro-mésentérique intervient moins souvent. L'amygdale, la cavité bucco-pharyngienne sont rarement la porte d'entrée. Chez le chien, l'auteur renouvelant les expériences de Beitzka, a vu que les ganglions du hile pulmonaire n'ont pas de relations avec ceux du cou et de la cavité bucco-pharyngienne.

La découverte d'une adénopathie trachéo-bronchique bacillaire ne doit pas rendre le médecin trop pessimiste. Dans la majorité des cas, la lésion est destinée, sinon à disparaître totalement, du moins à devenir stérile. Peut-être crée-t-elle alors une certaine immunité ?

Il est cependant important pour le médecin, de savoir qu'un enfant soumis à son examen pour une maladie quelconque est un tuberculeux latent... Cette notion peut permettre, dans certains cas, de dépister certaines formes de l'infection, de l'évolution tuberculeuse, en particulier la typho-bacillose. Elle peut être utile pour diagnostiquer au début la nature d'une méningite, etc. Dans bien des cas un traitement opportun pourrait prévenir une évolution ultérieure, souvent fatale.

Ce travail des plus remarquables accompagné d'uue bibliographie consciencieuse et importante, est venu à son heure pour mettre au point une question jusqu'ici bien confuse.

E. GELMA.

Un cas de délire infectieux sans confusion mentale et sans amnésie de fixation chez une enfant de treize ans. (LESAGE et COLLIN. *Arch. de méd. des enfants*, juillet 1911.) — L'intérêt de cette observation réside surtout dans le fait que ce délire infectieux apparut au cours d'une *dothiénentérie* peu fébrile et s'accompagna de *tétanie et de polynévrite*.

Il ne s'agissait pas de psychose de Korsakoff, puisque l'amnésie de fixation faisait défaut, pas davantage d'ailleurs que de confusion mentale; il n'y eut aucun reliquat, et comme dans un cas consécutif à la grippe, signalé par Beaudoin et Chaslin, la guérison fut totale et absolue.

L. BABONNEIX.

Péritonite tuberculeuse et syndrome appendiculaire. (A. GALLIOT. *Arch. de méd. des enfants*, juillet 1911.) — Le début fut brusque, simulant absolument l'*appendicite*; l'appendice était à peu près sain, alors qu'au contraire, dans la plupart des observations analogues rapportées, l'appendice était le siège

de granulations tuberculeuses. L'auteur pense que cette crise pseudo-appendiculaire n'a été qu'un épiphénomène au cours d'une tuberculose péritonéale en évolution.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Corps étranger expulsé après quatre ans de séjour dans la bronche droite. Guérison. (P. Ercolani. *Il Policlinico*, section pratique, fascicule 38, 17 septembre 1911.) — Le docteur P. Ercolani, après avoir rappelé, en se basant sur les statistiques, tous les risques que font courir les corps étrangers des voies aériennes, rapporte le cas d'une fillette de huit ans qui avait mis dans sa bouche un œillet métallique pour chaussures. Dans un éclat de rire l'œillet franchit la glotte. Il y eut d'abord une sensation intense d'asphyxie qui cessa un peu après. Le lendemain s'installait un sifflement inspiratoire perceptible à distance, et l'enfant accusait une sensation d'oppression douloureuse au niveau du manubrium. Au sifflement succéda une toux sèche qui dura quelques mois, et qui s'accompagnait parfois d'un léger mouvement fébrile, surtout vers le soir. Ces phénomènes, joints à un peu d'amaigrissement, firent croire à un début de phtisie. Puis à la toux sèche succéda une toux avec sécrétion discrète et muqueuse, puis muco purulente, puis purulente et très abondante; enfin survint la vomique. Chaque nuit la fillette était obligée de se lever, de s'asseoir et n'avait de repos qu'après avoir expulsé de grandes quantités de muco-pus. Il s'agissait d'une bronchectasie droite, révélée par tous les signes habituels.

Au bout de quelques mois la malade commença à avoir des crachats sanglants, puis à cracher du sang pur. De 1906 à 1907 cet état de choses persista, puis survint une hémorragie considérable qui mit la vie de l'enfant en danger et nécessita une thérapeutique énergique; en même temps, la température s'élevait à 40 degrés, accompagnée d'un violent point de côté à droite, sur la ligne axillaire au-dessous du mamelon, et une pleurésie aiguë avec épanchement s'installait.

L'enfant fut transportée à l'hôpital de Spolète où des ponctions répétées donnèrent issue à un liquide d'abord séreux, puis purulent. Une intervention chirurgicale s'imposait, et elle fut pratiquée sous forme de résection costale et de pleurotomie droite, qui donnèrent issue à deux litres et demi environ d'un liquide purulent très fétide. En une cinquantaine de jours la plaie se ferma, et pendant ce temps la fièvre était tombée, le poumon droit reprenait son expansion et l'état général de la malade s'améliorait considérablement, quoique la toux, sèche, persistât, et qu'il y eût de temps en temps quelques stries sanglantes dans les crachats, et quelques légers mouvements fébriles. Un jour enfin l'enfant eut un accès de toux accompagné de dyspnée intense et elle expulsa par la bouche l'œillet qui, quatre ans auparavant, avait pénétré dans ses voies aériennes. Il persista pendant quelques jours un peu de douleur à droite, puis elle disparut et à l'heure actuelle l'enfant ne tousse plus du tout et jouit d'une excellente santé.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Observations complémentaires sur la cautérisation par la haute fréquence des tumeurs de la vessie. (E. L. Keyes jr. *Interstate Med. Journ.*, vol. XVIII, n° 10, oct. 1911, pp. 1012-1017.) — Cet article continue et complète celui publié par Keyes l'année dernière, où il exposait ses premiers résultats. Il se sert maintenant d'un résonateur Oudin, d'un cystoscope à eau dont le cathéter uretéral a été remplacé par une électrode formée par un fil de cuivre bien isolé avec de la gutta percha et dont le bout est amené au contact de la tumeur. Les séances durent plus ou moins longtemps, suivant la patience du malade. La cautérisation de chaque point séparé ne doit pas durer plus de trente à soixante secondes. Les séances sont renouvelées tous les quinze jours, ou peut-être une fois par semaine, mais pas plus. Il s'agit d'une simple cautérisation; il n'y a pas d'action électrolytique spéciale. La cautérisation est quelquefois suivie d'hémorragie ou d'œdème vésical qui disparaît de lui-même. Les résultats sont très bons dans les cas de papillomes, nuls dans les cas de carcinome. Keyes a traité, depuis octobre 1909, douze cas de papillomes. Trois sont encore en traitement. Huit ont pu être suivis et sont restés guéris, la guérison étant vérifiée par la cystoscopie, les premiers cas plus de dix-huit mois après la cessation du traitement.

F. GARDNER.

VARIÉTÉS

SUPERSTITIONS MÉDICALES EN ANDALOUSIE

Nous avons exposé ici même, voici plusieurs mois, des croyances et des pratiques superstitieuses ayant cours en Espagne, et relatives aux nouveau-nés et aux femmes récemment accouchées (1); aussi nous semble-t-il intéressant d'en rapprocher des superstitions d'ordre médical, fréquentes en Andalousie, et que le docteur D. Miguel Guirao Gea vient de décrire dans la *Gaceta Médica del Sur de Espana*.

Voici tout d'abord un procédé pour guérir les hernies des enfants. Le petit hernieux est conduit dans la campagne pendant la nuit de la Saint-Jean par un homme et une femme qui doivent, c'est une condition *sine qua non*, s'appeler Jean et Jeanne. Ces deux compères choisissent un jeune figuier et en arrachent les branches, de telle façon que la déchirure atteigne le tronc et que celui-ci soit fendu en deux moitiés. L'enfant est alors passé plusieurs fois des mains de l'un aux mains de l'autre à travers le tronc fendu, pendant que se récite un dialogue que je demande la permission de reproduire en espagnol, ainsi que les différentes formules que l'on trouvera plus loin, car la traduction leur fait perdre une grande partie de leur originalité, et ceux de nos lecteurs à qui les dialectes méridionaux sont familiers auront plus de plaisir à les lire ainsi.

Voici donc le dialogue rituel :

> *Él.* — Tómalo, Juana.
> *Ella.* — Dámelo, Juan.
> *Él.* — Quebrado te lo entrego
> sano me lo has de dar.

(Prends-le, Jeanne. — Donne-le moi, Jean. — Je te le livre blessé tu dois me le donner sain.)

Si Jean et Jeanne ne trouvent pas de figuier au cours de leur expédition nocturne, tout n'est pas perdu, car ils peuvent se repasser l'enfant par-dessus des ronces à mûres.

Le « mal d'œil », *mal de ojo*, n'est pas, comme on pourrait croire, une affection oculaire, c'est un mal mystérieux, un affaiblissement progressif accompagné d'amaigrissement et suivi de mort, qui frappe un enfant ou un animal domestique quand certaines personnes les ont regardés avec insistance en vantant leur beauté. En un mot c'est une variété du *mauvais œil*, de la *jettatura* si redoutée des Italiens.

Pour en préserver un enfant, il suffit de lui suspendre au cou un petit sachet de toile renfermant quelques grains de sel ordinaire. Mais si cette précaution a été omise et si l'enfant est victime du *mal de ojo*, on peut le sauver en le soumettant aux prières d'une personne *ayant la grâce*, et tout le monde ne la possède pas, comme nous le verrons tout à l'heure!

Avec le traitement de l'ictère nous revenons aux formules versifiées. Le patient est couché, et une personne ayant la grâce — toujours — s'approche de lui et murmure mystérieusement à son oreille, sans que les assistants s'en aperçoivent, les paroles suivantes :

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 30 juin 1910, n° 74.

¡ Cristo, el mal he visto!
¡ Muera el mal y viva Cristo!
Estas son las palabras de Nuestro Señor Jesucristo.

(Christ! J'ai vu le mal! Meure le mal et vive Christ! Ce sont là les paroles de Notre-Seigneur Jésus-Christ.)

Le procédé, paraît-il, est infaillible.

Mais guérir l'ictère n'est rien à côté de guérir la rage, et cela c'est l'apanage du *saludaor*. Le terme de saludaor ou *saludador* s'applique, disent les dictionnaires espagnols, « à certains hommes qui, nés en état de grâce, guérissent par l'intermédiaire de cette puissance surnaturelle la terrible maladie appelée rage ». Le moment est donc venu pour nous d'expliquer quelles sont les conditions requises pour naître en état spécial de grâce, laquelle n'a rien de commun, bien entendu, avec la classique « grâce andalouse ». Ces conditions sont au nombre de sept, les voici. Il faut être mâle, s'appeler Jean, être né par les pieds, être né le Vendredi saint, être le septième enfant mâle, posséder un *Santo Cristo* ou une croix à la voûte du palais, avoir traversé trois fois le golfe de León!

On conçoit aisément que les individus réunissant toutes ces conditions ne soient pas des personnages ordinaires, et on peut même s'étonner qu'on en rencontre encore assez fréquemment dans les campagnes de l'Andalousie. Il est probable qu'il est avec le saludaor des accommodements, et après tout il n'y a que la foi qui sauve.

Notons en passant l'importance du prénom de Jean. Nous l'avons déjà rencontré deux fois, et sachons maintenant que lorsqu'on fait le pain et que la pâte tarde à lever, il suffit de placer le pantalon d'un *Jean* quelconque parmi les toiles qui la recouvrent d'ordinaire, pour que la fermentation se produise.

Mais revenons à la guérison de la rage. Lorsque quelqu'un a été mordu par un animal enragé ou soupçonné de l'être, on appelle le saludaor. Celui-ci lèche d'abord la plaie, puis *salue* un vase rempli d'eau, en faisant à diverses reprises le signe de la croix et en prononçant certaines paroles cabalistiques. C'est de cette action de saluer, *saludare* en espagnol, que vient le terme de saludador. Cette sorte d'incantation terminée, l'officiant saisit le vase rempli d'eau et lance celle-ci sur la plaie.

Le saludador peut d'ailleurs opérer sur d'autres substances que sur l'eau, notamment sur le pain, et ainsi traité celui-ci devient un talisman précieux contre les douleurs de tête.

Pour terminer, nous citerons deux formules en vers qui doivent, elles aussi, être prononcées par des personnes ayant la grâce. La première, qui semble n'avoir aucun sens, s'applique aux adénites torpides :

Seca, sécate
por la Santa Emperatriz;
donde tienes la cabeza
se te seque la raiz.

(Sèche, sèche-toi par la Sainte Impératrice ; où tu as la tête que la racine se sèche.)

La seconde formule est spécifique de l'épilepsie ; elle doit être murmurée à l'oreille du patient.

En el nombre de la Santísima Trinidad,
Padre, Hijo y Espíritu Santo,
Y en el de los tres Reyes Magos
Melchor, Gaspar y Baltasar
¡ Que se te quite el mal!

(Au nom de la Très Sainte Trinité, Père, Fils et Saint-Esprit, et au nom des trois Rois Mages, Melchior, Gaspard et Balthazard. Que le mal te quitte!)

Et maintenant je n'ose pas trop recommander aux médecins d'essayer la vertu de ces diverses méthodes ; non pas que je doute de leur efficacité, comme bien l'on pense, mais je crains que fort peu d'entre nous réunissent les sept conditions nécessaires pour posséder la grâce.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

TUBERCULOSE PULMONAIRE : ALIMENTATION SUPPLÉMENTAIRE ET REMINÉRALISATION

Chez les malades où cette double indication se trouve posée, prescrire la Poudre de Viande de Trouette-Perret phosphatée, de préférence comme apéritif, soit deux heures avant chaque repas. Une à deux cuillerées à soupe dans de l'eau sucrée aromatisée, et même davantage en cas d'alimentation insuffisante. Le malade soumis à ce traitement se reminéralise, cesse de maigrir, retrouve l'appétit et digère.

LIVRES NOUVEAUX

Atlas des maladies externes de l'œil, à l'usage des praticiens et des étudiants (1), par le docteur R. GREEF, traduit par le docteur C. HAHN, préface du docteur V. MORAX.

Très luxueusemect édité, cet atlas comprend 54 planches avec 84 reproductions en couleur avec texte explicatif. Ces planches admirablement venues, tirées d'après des moulages très habilement exécutés, rappellent, par leur facture, les moulages de l'hôpital Saint-Louis.

Le texte qui accompagne chacune de ces planches est clair, très succint, ne s'embarrasse pas de longs développements, précise en quelques mots les signes importants, indique rapidement les principales erreurs de diagnostic à éviter, et donne, par contre, au traitement la plus grande part.

Nous trouvons, tout d'abord, une superbe planche représentant un érysipèle de la face avec œdème des paupières, puis traitée en quatre couleurs une hémorragie sous-cutanée et sous-conjonctivale. Nous signalons, tout spécialement, pour sa netteté, la planche représentant la pustule maligne, le chancre induré de la paupière. Bien mieux qu'une longue description, ces planches servent à graver aussi bien dans l'esprit des étudiants que dans celui des praticiens, les caractères principaux de ces deux affections. Il nous faudrait énumérer, en raison de leur intérêt, la totalité des planches, qui figurent dans cet atlas. Signalons, en raison des services qu'elles ne manqueront pas de rendre, les belles planches concernant les kératites, les conjonctivites, les cataractes.

Nous pensons qu'il n'est pas nécessaire d'être un ophtalmologiste de profession pour consulter avec intérêt et profit cet atlas, qui nous semble au contraire devoir rendre surtout des services aux étudiants et aux praticiens; il sera pour eux, en effet, un guide extrêmement sûr, dans le diagnostic des affections oculaires externes, que tous sont appelés, plus ou moins, à observer et à traiter.

Aussi cet atlas est-il un ouvrage extrêmement utile à avoir dans sa bibliothèque, il n'est pas inutile de répéter qu'il est extrêmement réussi comme édition, aussi peut-on lui prédire le plus vif succès, et ce ne sera que justice.

L. BABONNEIX.

Recherches statistiques sur l'étiologie du cancer, par le docteur KLEFSTAD-SILLONVILLE. (Thèse de Paris.) — Paris, Leclerc.

(1) Paris, Hortala et Gittler, 12, rue Jacob.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES COMAS

DÉFINITION. — « Le coma est caractérisé par l'abolition des fonctions psychiques, avec conservation de la circulation et de la respiration » (Achard). La soudaineté du début, qui caractérise l'apoplexie, ne se retrouve pas nécessairement au cours du coma; aussi l'apoplexie n'est-elle qu'une des formes du coma, caractérisée par la brusquerie du début.

Nous allons tout d'abord essayer, non pas de décrire complètement un type de coma dont nous rapprocherions ensuite différentes formes cliniques rappelant plus ou moins ce schéma, mais simplement indiquer rapidement les principaux signes qui caractérisent le coma en général, qui permettent d'en établir le diagnostic positif, et suffisent à le différencier des états analogues qui peuvent le simuler.

Une fois ce premier point établi, nous énumérerons les différents examens spéciaux auxquels le médecin devra recourir (examen des urines, ponction lombaire, etc.) avant de discuter le diagnostic étiologique du coma, diagnostic qui est de beaucoup le problème le plus intéressant à résoudre, en raison surtout des déductions thérapeutiques urgentes, que ce diagnostic doit entraîner.

LE COMA EN GÉNÉRAL. — Le début peut en être brusque; le plus souvent il s'agit alors de l'apoplexie, dans d'autres cas, il est en quelque sorte progressif; une fois constitué, le coma peut être très profond : il est alors caractérisé par l'abolition complète du sentiment, la résolution musculaire, l'absence de perception sensitive, la paralysie des sphincters, avec conservation (plus ou moins modifiée) de la respiration et de la circulation, c'est le *carus* des anciens auteurs. Le coma peut présenter divers degrés : il peut être très léger, consistant alors dans une abolition incomplète de la connaissance, simple torpeur permettant un réveil partiel de l'intelligence. Sous le nom de coma *vigil*, on désigne enfin un état dans lequel du *délire*, manifestant la persistance d'une certaine activité des fonctions psychiques, coïncide avec le coma. La durée, l'évolution du coma sont essentiellement liées à la cause provocatrice du coma. Lorsque le malade guérit, il n'est pas exceptionnel d'observer ensuite, soit des rechutes, soit une infirmité durable (hémiplégie, aphasie, débilité mentale, etc.).

Diagnostic positif. — Il est en général facile, même à un examen sommaire, de porter le diagnostic positif de coma, et de le différencier de la *syncope*, de la *somnolence*, du sommeil véritable, de la simulation; le diagnostic est peut-être plus délicat avec certains états, comme la léthargie par exemple, dans laquelle la respiration est lente, superficielle, les bruits du cœur peu perceptibles, les réflexes abolis; il faudra penser aussi, à l'asphyxie subite, à l'ictus laryngé, affections de diagnostic en général aisé. Mais s'il n'est, en somme, rien de plus facile que de poser le diagnostic de coma, il n'en n'est plus de même, lorsqu'il s'agit de rechercher la cause du coma observé.

Diagnostic étiologique. — Pour parvenir à ce diagnostic, il est indispensable que l'examen clinique sommaire, fait au début, soit alors complété; le clinicien devra examiner son malade avec la plus vive attention. Il notera l'état plus ou moins complet du coma, l'aspect du facies, pâle ou vultueux, l'état des pupilles, l'attitude du malade, la manière dont il respire, s'il existe des contractures ou des convulsions, ou des paralysies, si la sensibilité est modifiée; puis il prendra le pouls, la température, il auscultera le cœur et les poumons et examinera les urines, enfin il sera quelquefois amené à pratiquer la ponction lombaire. Il ne faudra pas manquer enfin d'interroger, lorsque ce sera possible, l'entourage du malade, sur les commémoratifs de l'accident.

Il est des cas où le diagnostic étiologique du coma est facile. A la suite d'une chute d'un lieu élevé, d'un traumatisme violent, on constate chez le blessé un coma complet. Le coma est incontestablement le résultat de ce traumatisme; le problème qui se pose alors est celui de savoir s'il s'agit simplement d'une commotion cérébrale, ou d'une hémorragie méningée ou d'une fracture du crâne; l'écoulement de liquide céphalo-rachidien, de sang, surtout de matière cérébrale, par le nez, les oreilles, la constatation d'ecchymoses (mastoïdienne, conjonctivale, etc.), de paralysies (facial, moteur oculaire externe, etc.), la présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien enfin, conduiront au diagnostic de fracture du crâne.

Rappelons cependant que l'accident a pu être déterminé par une hémorragie cérébrale ayant entraîné à sa suite la perte de connaissance, puis la chute d'un lieu élevé par exemple. Le coma pourra encore s'observer à la suite de contusion violente ayant intéressé l'abdomen, le creux épigastrique, etc.

Le diagnostic est également facile lorsque le coma s'observe à la suite d'une *insolation* ou d'un coup de froid; la ponction lombaire montre qu'il s'agit souvent alors d'hémorragie sous-arachnoïdienne s'accompagnant d'hyperthermie considérable.

Encore aisé est le diagnostic du coma, lorsqu'il apparaît chez un sujet traité depuis quelque temps déjà pour une méningite tuberculeuse; le coma annonce l'approche de la phase terminale; assez facile encore ce diagnostic lorsque le coma survient chez une femme enceinte; il s'agit alors de *coma éclamptique*; le plus souvent on constate de l'albumine dans les urines, et une tension artérielle très élevée.

Mais en dehors de ces cas, assez rares en somme, bien plus souvent la constatation d'un coma soulève un problème toujours difficile à résoudre. Pour y parvenir, il faudra tout d'abord éliminer le *coma hystérique*, puis orienter ses recherches d'une manière aussi conforme que possible à la clinique.

Avec beaucoup de raison, bon nombre d'auteurs distinguent deux grandes catégories de coma, suivant qu'il y a ou qu'il n'y a pas de *fièvre*. Nous préférons, pour étudier successivement toutes ces variétés, aller simplement des causes qui sont le plus fréquentes à celles qui le sont beaucoup moins, en terminant par quelques indications tirées de l'âge du sujet.

COMA HYSTÉRIQUE. — Le coma hystérique fait partie du groupe d'accidents variés réunis sous le nom d'attaques de sommeil hystérique et qui vont, depuis la forme légère de la perte de connaissance passagère, jusqu'aux cas de ces dormeurs dont le sommeil se prolonge pendant des mois; le coma hystérique apparaît brusquement, souvent à l'occasion d'une émotion; le sujet s'affaisse sans connaissance; la respiration, le pouls restent habituellement normaux; lorsque le malade se réveille, il est, en général, hémiplégié, assez fréquemment il présente aussi de l'hémi-anesthésie. Le diagnostic est souvent difficile avec l'apoplexie qui reconnaît pour cause une origine organique; il se basera sur la recherche des stigmates d'hystérie, la notion de manifestations antérieures de névrose, et surtout sur le fait que dans l'hystérie, à forme comateuse, l'on n'observe jamais ni la respiration stertoreuse ni le visage congestionné et vultueux qui accompagnent l'apoplexie par lésion organique du cerveau; enfin la constatation de battements rapides et faibles des paupières constituent un signe de grande valeur en faveur de l'hystérie.

Certes le clinicien devra toujours penser au coma hystérique dans le but d'éviter de lourdes erreurs de diagnostic, mais en réalité, ce n'est pas là une des formes très fréquentes du coma, et lorsqu'il se trouvera en face d'un malade plongé dans le coma, les diagnostics qui se présenteront bien plus volontiers à son esprit, ceux auxquels il devra toujours penser d'ailleurs, seront ceux de coma apoplectique, urémique, diabétique, épileptique et toxique que nous allons décrire maintenant.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 35. — SAMEDI 23 MARS 1912. 85e ANNÉE. SAMEDI 23 MARS 1912. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Liste des candidats admis à subir l'épreuve clinique : MM. Laederich, Darré, Sézary, Gougerot, Lemierre, Aubertin, Babonneix, Harvier, Monier-Vinard, Rivet, Faure-Beaulieu, Malloizel, François, Chabrol, Ramond, Abrami, Halbron, Debré, Courcoux, Boidin, Nathan, Paisseau, Israëls de Jong, Armand-Delille, Gaultier, Froin, Lemaire (Henry), Tixier, Lian, Baudouin, Vincent, Lévy (Fernand), Bloch, Ameuille, Giroux, Nattan-Larrier, Salomon, Paris, Fiessinger.

La première séance de l'épreuve clinique aura lieu à l'hôpital Beaujon, le lundi 22 avril à quatre heures et demie.

Le jury prévient les candidats admis à subir l'épreuve clinique que les hôpitaux suivants, Hôtel-Dieu, La Charité, Necker, Beaujon, Lariboisière, leur sont interdits pendant la durée du concours à partir du 15 avril prochain.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Promotions de classes. — *Professeurs titulaires.* — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 18 mars 1912, pris par application des décrets des 12 février 1881, 16 juillet 1881 et 6 mai 1893, de l'arrêté du 24 octobre 1901, et vu les présentations faites par le comité consultatif de l'enseignement public (1re section) sont promus pour prendre rang à partir du 1er janvier 1912 :

Faculté de médecine de Paris. — Il résulte du procès-verbal de la séance du 8 juin 1911 que la première promotion doit être faite à l'ancienneté.

De la deuxième à la première classe : MM. Chauffard, professeur de clinique médicale (ancienneté); Weiss, professeur de physique (choix); Delbet, professeur de clinique chirurgicale (ancienneté).

Facultés de médecine et facultés mixtes de médecine et de pharmacie. — Il résulte du procès-verbal de la séance du 8 juin 1911 que la première promotion doit être faite dans la première classe au choix, dans la deuxième classe à l'ancienneté, dans la troisième classe au choix.

De la deuxième à la première classe : MM. les professeurs Testut, Lyon (choix); Lescœur, Lille (ancienneté); Pitres, Bordeaux (choix); Tourneux, Toulouse (ancienneté).

De la troisième à la deuxième classe : MM. les professeurs Viault, Bordeaux (ancienneté); Jeannel, Toulouse (choix); Garnier, Nancy (ancienneté); Herrgott, Nancy (choix); Carrieu, Montpellier (ancienneté); Granel, Montpellier (choix); Mairet, Montpellier (ancienneté).

De la quatrième à la troisième classe : MM. les professeurs Beille, Bordeaux (choix); Charmeil, Lille (ancienneté); Verdun, Lille (choix); Carlier, Lille (ancienneté); Roque, Lyon (choix); Villar, Bordeaux (ancienneté); Oui, Lille (choix); Dubreuil, Bordeaux (ancienneté); Ancel, Nancy (choix); Rollet, Lyon (ancienneté); Nicolas, Lyon (choix); Fabre, Lyon (ancienneté).

GUERRE. — Service de santé. — Les médecins dont les noms suivent sont affectés aux troupes d'occupation des confins marocains :

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Randon, du 7e d'inf.; Chevrant, du 30e d'inf.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Querleux, du 1er d'art. de montagne; Bellot, du 102e d'inf.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la onzième semaine, 1044 décès au lieu de 982 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1056 moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole, qui a fait de nouveaux progrès dans les quartiers pauvres de la périphérie, a causé 59 décès au lieu de 39 pendant la semaine précédente (moyenne 16); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 720, au lieu de 829 la semaine précédente (moyenne 347).

Les quartiers les plus atteints sont comme précédemment : Charonne, 32 cas nouveaux; Père-Lachaise, 25; Belleville, 31; Clignancourt, 50; Grandes-Carrières, 39; Auteuil, 19; Necker, 20; Saint-Lambert, 22; Plaisance, 24; Roquette, 18; Porte-Saint-Martin, 20. Les autres quartiers présentent des chiffres bien moindres.

CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE (149, rue de Sèvres). — Programme du cours de perfectionnement (1er-20 avril 1912). — *1er avril.* — Dix heures et demie : M. Nobécourt. Cœur dans les infections aiguës. Endocardites aiguës. — Cinq heures : M. Tixier. Hypertrophie chronique du tissu lymphoïde du pharynx.

2 avril. — Quatre heures : M. Tixier. Colites. — Cinq heures : M. Nobécourt. Endocardites chroniques.

3 avril. — Quatre heures : M. Tixier. Tuberculose du nourrisson. — Cinq heures : M. Merklen. Coqueluche.

4 avril. — Quatre heures : M. Tixier. Diagnostic et traitement de la fièvre typhoïde. — Cinq heures : M. Lemaire. Laits utilisés chez les nourrissons.

5 avril. — Quatre heures : M. Lemaire. Technique de l'allaitement. — Cinq heures : M. Merklen. Adénopathies trachéo-bronchiques.

6 avril. — Quatre heures : M. Darré. Diagnostic des an-

gines aiguës. — Cinq heures : M. Voisin. Diagnostic clinique des méningites.

9 avril. — Quatre heures : M. Darré. Diagnostic des laryngites aiguës. Traitement de la diphtérie. — Cinq heures : M. Nobécourt. Cardiopathies congénitales. Traitement des cardiopathies.

10 avril. — Quatre heures : M. Harvier. Scarlatine. Varicelle (diagnostic, complications, traitement). — Cinq heures : M. Merklen. Diagnostic et traitement des pleurésies.

11 avril. — Quatre heures : M. Harvier. Rougeole. Erythèmes toxi-infectieux. — Cinq heures : M. Nobécourt. Péricardites.

12 avril. — Quatre heures : M. Ferrand. Erythèmes, impétigo, eczéma des nourrissons. — Cinq heures : M. Merklen. Diagnostic et traitement de la pneumonie et des bronchopneumonies.

13 avril. — Quatre heures : M. Ferrand. Diagnostic et traitement de l'hérédo-syphilis. — Cinq heures : M. Voisin. Ponction lombaire. Traitement des méningites.

15 avril. — Quatre heures : M. Paisseau. Rachitisme. — Cinq heures : M. Harvier. Paralysie infantile.

16 avril. — Quatre heures : M. Babonneix. Encéphalopathies infantiles. — Cinq heures : M. Lemaire. Etude clinique des troubles digestifs des nourrissons.

17 avril. — Quatre heures : M. Paisseau. Purpuras. Maladie de Barlow. Hémophilie. — Cinq heures : M. Babonneix. Chorée. Tétanie.

18 avril. — Quatre heures : M. Paisseau. Anémies. Leucémies. — Cinq heures : M. Babonneix. Epilepsie.

19 avril. — Quatre heures : M. Paisseau. Hypertrophie du thymus. Myxœdème. — Cinq heures : M. Babonneix. Albuminuries. Diagnostic et traitement.

20 avril. — Quatre heures : M. Lemaire. Traitement des troubles digestifs des nourrissons. — Cinq heures : M. Harvier. Tumeurs cérébrales.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 15 AU 20 AVRIL 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 15 avril, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

1er (oral).

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.*

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mardi 16 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).

3e (oral, 1re et 2e parties).

4e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.*

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mercredi 17 avril, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e.

3e (oral, 1re et 2e parties).

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec.*

5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Jeudi 18 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).

3e (oral, 2e partie, 1re et 2e séries).

Vendredi 19 avril, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).

1er (oral).

4e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Samedi 20 avril, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

4e.

5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon.*

THÈSES

Jeudi 18 avril, à une heure. — M. Marmier. Les perversions instinctives. Origine et débuts de cette notion. (MM. Gilbert Ballet, président; Chauffard, Claude et Balthazard.) — M. Santrot. Contribution à l'étude des formes de la paralysie générale. (MM. Gilbert Ballet, président; Chauffard, Claude et Balthazard.)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives internationales de neurologie. — (Janv. 1912.) Sikorsky : Notice sur les nouvelles conceptions du processus de la pensée. — Mac Pherson : Les différentes sortes d'assistance psychiatrique. — Varenne : Essai sur la psychologie ethnique de quelques races asiatiques.

Archives médico-chirurgicales de province. — (No 1, janv. 1912.) D'Oelsnitz : L'hypertrophie du thymus et l'adénopathie trachéo-bronchique dans la première enfance. — Foisy : Le traitement radiothérapique des adénites tuberculeuses. — H. Hamel : Symptômes et diagnostic des ulcères juxtapyloriques et pyloriques.

Gazette médicale de Nantes. — (No 1, 6 janv. 1912.) Letoux : Grossesse ectopique ayant évolué jusqu'au terme. Rétention fœtale de trente-trois ans. Extraction par laparatomie. Description d'un lithopédion. — (No 2, 13 janv.) Thibault et Collet : Méningite tuberculeuse anormale de l'adulte. Forme comateuse. — (No 3, 20 janv.) Thibault et Collet : Méningite tuberculeuse anormale de l'adulte. Forme comateuse (*fin*).

Medical Record. — (No 1, 6 janv. 1912.) Ch. Lester Leonard : Compensation par déplacement des viscères thoraciques dans la tuberculose pulmonaire. — Herman B. Sheffield : Myélocystocèle. Spina bifida occulta. — J. Benley Squier : Acidose consécutive à la néphrectomie. — John Bethune Stein : Martinus van Hille et son traitement de la gonorrhée et de la syphilis au xviie siècle. — Aspinwall Judd : Traitement post-opératoire de la péritonite suppurée généralisée. — Abraham Levinson : Quelques points pratiques dans le diagnostic et le traitement de la diphtérie d'après l'observation de quatre cents cas. — Samuel Horton Brown : Névrite optique rétro-bulbaire. — (No 2, 13 janv.) J. Leonard Corning : La mémoire musicale et ses troubles (amusic). — W. D. Hamilton : Le traitement chirurgical du goitre. — S. H. Blodgett : Les toxémies de la grossesse. — John H. Richards : Omphalorragie des nouveau-nés. — M. Zigler : Un cas inusité de sclérose fibroïde des corps caverneux. — (No 3, 20 janv.) George E. Bushnell : Quelques bruits extrapulmonaires simulant les râles. — Charles Edward Nammach : Le traitement de la pneumonie lobaire aiguë. — Cornelius Doremus Van Wagenen : Télangiectasie multiple héréditaire de la langue, des cornets et de la cloison. — William Francis Campbell : Le traitement de la hernie inguinale dans l'enfance. — Samuel B. Childs : Importance des rayons X dans le diagnostic des maladies des os. — Mary L. H. Arnold Snow : La thérapeutique physique dans la presse médicale. — A. C. Burnham : Les eaux radio-actives dans le traitement de la goutte. — Leonard W. Ely : Un cas mortel d'empoisonnement par la pâte au bismuth.

REVUE GÉNÉRALE

L'HÉMOPHILIE

Par M. René A. GUTMANN,
Interne des hôpitaux de Paris.

Définition. — L'hémophilie est un état caractérisé par des hémorragies incoercibles, internes ou externes. L'abondance de l'écoulement sanguin est hors de proportion avec le traumatisme causal, souvent si minime que l'hémorragie paraît spontanée. Au contraire du purpura, c'est l'hémorragie *provoquée* qui est le signe principal.

L'hémophilie peut être soit congénitale, revêtant alors un caractère *héréditaire* et familial, soit acquise, *sporadique*.

L'hémophilie familiale est un syndrome bien défini cliniquement; son substratum hématologique constitué essentiellement par une coagulabilité sanguine diminuée paraît constant.

L'hémophilie sporadique comprend au contraire un grand nombre de faits qui, plus ou moins semblables cliniquement, s'apparentent par leurs réactions sanguines aux autres syndromes hématologiques : purpura, scorbut, etc.; et même comme nous essaierons de le montrer, aux états hémoglobinuriques. Ils forment un groupement d'attente que l'étude d'observations plus nombreuses permettra sans doute de démembrer un jour.

Historique. — En 1007, un médecin arabe, Alsa Harzavi (cité par Carrière), rapporte l'histoire d'une famille où des enfants, sous l'influence de traumatismes légers, avaient saigné jusqu'à la mort.

Nous avons noté dans une « Pathologie » de Gaubius, traduite en 1770, quelques passages où il nous a paru curieux de trouver comme l'ébauche des connaissances hématologiques actuelles : « Le vice de la fibre du sang vient de ce qu'elle n'a pas assez de forces *pour rapprocher ses parties*; ce qui fait *qu'elle ne se sépare que peu à peu*, ou *très tard, du sérum*, et ne *forme aucune isle*; ou, si elle en forme une, elle est beaucoup trop lâche et n'a point de globules bien formés, *ni qui lui soient unis*... Le fluide, en général léger... *donne lieu à des hémorragies, par sa disposition à sortir facilement des vaisseaux.* »

En 1793, les « Medicinischen Ephemeriden » de Westphalie publient l'observation d'une famille hémophile.

Grandidier en France en 1832, Wickham Leigh en Angleterre, Lebert en France en 1837, donnent quelques descriptions d'hémophilies constitutionnelles. Vulpian en 1883 signale un cas d'hémophilie non héréditaire et T. Dunns en Amérique décrit une forme légère, utérine, d'hémophilie chez la femme. Avec Hayem commence l'étude des modifications du sang. Hayem 1884, Wright 1895, Klippel et Lhermite en 1904, Sahli en 1905, étudient la diminution de coagulabilité, Lossen en 1905 reprenant l'étude faite sur les quatre générations de la fameuse famille Mampel, de Kirchheim, déjà suivie par Chelius (1827), Matzenbrecher (1841) et Lossen en 1876, contribue à éclaircir le problème de la transmission de la maladie.

Dans ces dernières années plusieurs travaux parmi lesquels nous citerons ceux de Carrière, le rapport et les articles de Marcel Labbé, les différents mémoires de Nolf, et surtout les très nombreuses communications de P. Emile-Weil (Société médicale des hôpitaux, 1905 à 1911) ont apporté aux points de vue clinique, pathogénique et thérapeutique, d'importants éclaircissements à la question si complexe de l'hémophilie.

I

L'hémophilie familiale. — Etiologie. — L'hémophilie est une maladie exceptionnelle chez l'animal (chien, cheval, vache). Il y en a une dizaine de cas connus, l'un seulement avec examen de sang qui montra, chez une jument présentant des hématomes, une coagulation très retardée (Zschokke). L'hémophilie est rare dans l'espèce humaine. Elle prédomine dans les régions septentrionales, elle est peu fréquente et s'atténue dans les climats chauds. Les races anglo-saxonnes y sont particulièrement sujettes.

Les causes prédisposantes sont peu nettes. L'hérédo-syphilis peut être invoquée pour Carrière, la cholémie familiale pour Gilbert et Lereboullet. La consanguinité des parents n'a que peu de valeur.

Dans les antécédents personnels des hémophiles, on relève souvent le rhumatisme articulaire aigu; mais ne s'agit-il pas parfois de pseudo-rhumatisme hémophile? On a insisté sur les maladies d'enfance, sur la tuberculose (Blumeneau), le froid, les privations, les tares nerveuses, tous facteurs vraisemblablement peu importants.

D'une bien plus grande valeur est le coefficient familial, et l'hémophilie héréditaire occupe environ 50 p. 100 des cas d'hémophilie. L'étude des lois de transmission de la dyscrasie est facilitée par l'extraordinaire fécondité des femmes hémophiles (8 enfants en moyenne). Ces lois ont été bien établies par Lossen, d'après les tableaux de la famille Mampel.

a. L'hémophilie est transmise de génération en génération.

b. La transmission se fait aux garçons; les filles sont très exceptionnellement atteintes (1).

c. La transmission peut sauter une ou deux générations.

d. La maladie se transmet par les femmes de souche hémophile, mais saines elles-mêmes. Cette transmission par les femmes seules explique la règle précédente.

Le sexe a, on le voit, une très grande importance. Sur les 212 membres de la famille Mampel, il y avait 111 mâles dont 37 hémophiles (33 p. 100) et pas une des femmes ne parut atteinte.

Parfois aussi on peut surprendre directement la transmission héréditaire. Une hémophile de Bouffe

(1) Nous verrons ce qu'il faut penser de cette immunité des femmes à l'hémophilie.

de Saint-Blaise, présentant des ecchymoses, donna le jour à un enfant porteur lui aussi d'ecchymoses, chez qui la vaccination produisit une énorme pustule hémorragique.

Parfois on observera, comme Weill eut l'occasion de le faire, un sujet, sans aucun antécédent hémophilique, qui cliniquement et hématologiquement se présente comme un hémophile familial. Peut-être alors assiste-t-on au début d'une hémophilie familiale qui pourra se transmettre aux descendants.

Symptomatologie. — L'hémophilie familiale peut rester légère et ne s'extérioriser tout à fait qu'à l'occasion d'un traumatisme, d'une intervention chirurgicale dont elle aggrave inopinément le pronostic. Nous y reviendrons. Le plus souvent, « dès que l'enfant s'échappe des bras maternels, ses premières rencontres avec le monde sont marquées par des accidents » (Emile-Weil). La persistance ou l'abondance insolite d'une hémorragie fait alors pratiquer l'examen du sang. D'ailleurs chez un garçon de souche hémophile, il faut tabler sur l'apparition toujours possible d'accidents, et même instituer une surveillance spéciale pour éviter les heurts et les traumatismes.

Le caractère principal de l'hémophilie est la tendance aux hémorragies; l'hémorragie provoquée est le signe *capital*, l'hémorragie spontanée reste au second plan, au contraire de certains cas de purpura chronique.

Les causes de l'hémorragie sont parfois insignifiantes : l'ouverture d'une gerçure, la circoncision, la vaccination (Bouffe de Saint-Blaise); la chute du cordon est souvent mortelle, l'avulsion dentaire est très fréquemment rapportée comme cause d'hémorragie grave. Wachsmuth cite une jeune fille chez qui la défloration fut cause de mort par hémorragie. Une malade à qui Toussaint réséqua une épiplocèle saigna pendant huit jours de son moignon épiploïque. Parfois la toux, la défécation, le vomissement, la marche, l'acte de s'appuyer peuvent être hémorragipares et l'on conçoit que souvent l'hémorragie spontanée puisse n'être que cryptogénétique.

Les caractères de l'écoulement sanguin ne sont pas bien spéciaux. Le malade saigne en nappe et l'on note des signes banaux : hypotension, tachycardie, pâleur, vertiges, syncope enfin. L'écoulement moins abondant pourra donner un syndrome d'anémie grave avec souffles vasculaires, voire d'anémie pernicieuse secondaire qu'on devra diagnostiquer d'une anémie pernicieuse essentielle, elle-même hémorragipare. Ou bien c'est à l'intérieur d'un viscère ou d'une cavité naturelle qu'une tuméfaction, brusquement apparue, ne sera diagnostiquée hématome que par la ponction et les anamnèses.

Nous allons passer en revue les diverses sortes d'hémorragies.

Hémorragies par les cavités naturelles. — L'épistaxis est de beaucoup la plus fréquente. Puis viennent les gingivorragies à l'occasion d'une carie dentaire, d'une gingivite, de la simple toilette de bouche; les entérorragies, surtout fréquentes chez le nourrisson où elles peuvent simuler le purpura pseudo-péritonéal de Guinon, Emile-Weil en a vu survenir à la suite d'un simple massage abdominal; les hémoptysies; les hématuries rénales ou vésicales (Weil); les hématemèses (Legueu).

Les métrorragies paraissent rares; rareté toute relative, due à l'exception de l'hémophilie chez les femmes. En réalité chez elles la métrorragie est au premier plan, comme nous le verrons en étudiant l'hémophilie féminine.

Hémorragies cutanées. — Elles sont nettement provoquées dans 63 p. 100 des cas, spontanées ou paraissant telles dans 37 p. 100. *L'ecchymose de pression* est, pour beaucoup, un signe *capital* de l'hémophilie. Carrière y a insisté. Chez deux hémophiles de Sicard et Gutmann, guéris cliniquement et hématologiquement l'un depuis un mois, l'autre depuis quatorze ans, le signe de l'ecchymose cutanée à la pression digitale existait seul encore. L'ecchymose survient aux fesses chez un malade qui s'assied, à l'épaule chez un malade portant un fardeau. Les muqueuses peuvent comme la peau être le siège d'ecchymoses plus ou moins larges. Les pétéchies et les vibices sont plutôt le fait du purpura.

Hémorragies interstitielles. — Leurs sièges sont extrêmement variés. Elles peuvent occuper le bord postérieur des poumons, la face inférieure du foie, le cerveau, les méninges, la rétine, le labyrinthe et se traduire par des hémiplégies, de l'hémorragie méningée, de la cécité, un syndrome de Ménière.

Le tissu cellulaire peut s'infiltrer : on a des épanchements périnéphrétiques, palpébraux, rétroorbitaires avec exorbitisme. De l'aphonie ou de l'enrouement peuvent traduire un hématome des cordes vocales.

Les hématomes musculaires sont fréquents. Umbreit opéra d'urgence un malade dont la langue, remplie par un énorme hématome, dure comme du bois, sortait de la bouche et empêchait la respiration. Legueu, Mouchet ont cité des cas d'hématomes lombaire, fessier, simulant une tumeur. Enfin l'hématome du psoas a été plusieurs fois signalé. Brusquement apparaît un gonflement considérable du triangle de Scarpa, affleurant sous la paroi abdominale, s'accompagnant de psoïtis, de névralgies et d'anesthésie, par compression du crural, pouvant simuler aussi le mal de Pott avec abcès froid (Legueu). De tels épanchements peuvent d'ailleurs comprimer d'autres nerfs et donner des névralgies diversement localisées. Dans un cas de Gaza Faludi un hématome produisit de la gangrène par compression vasculaire.

Hémorragies articulaires (hémarthroses). — Elles sont, par leur fréquence et leur importance diagnostique un *symptôme de premier plan* de l'hémophilie.

Kœnig en 1891, dans une étude restée classique, y distingua une phase d'hémarthrose simple, d'arthrite chronique et enfin d'ankylose avec déformation. Cette classification a le défaut de laisser supposer que l'ankylose est l'aboutissant régulier de toute hémophilie articulaire. Les hémarthroses ont

été bien étudiées par Piollet, par Meynet et par P. Cruet en 1908.

Souvent, premier signe de la dyscrasie, elles apparaissent entre un et seize ans, période où les épiphyses sont congestionnées physiologiquement. Elles diminuent de fréquence après la puberté. Elles seraient plus rares en hiver qu'en été (Cruet).

Il faut distinguer dans leur étude les hémorragies articulaires provoquées par un traumatisme, entorse, fracture, possibles chez les sujets normaux, simplement aggravées par l'hémophilie et les arthropathies hémophiliques vraies. Celles-ci peuvent suivre une marche un peu prolongée, un trauma insignifiant. Elles touchent par ordre de fréquence les genoux, les coudes, les chevilles, les hanches, l'épaule, le poignet. Elles sont moins fréquentes aux petites articulations. Elles récidivent souvent *in situ*. « Chaque hémophile a son articulation fragile » (Cruet). Les récidives semblent parfois se faire à intervalles égaux, tous les mois, tous les deux mois, par exemple.

L'hémarthrose légère se traduit par une sensation de pesanteur, un empâtement insignifiant, le tout disparaissant en quarante-huit heures.

A un degré plus fort on a l'hémarthrose bénigne non douloureuse, avec sensation de tension, gonflement des culs-de-sac qui se dessinent sous la peau, ecchymose consécutive ; en une huitaine tout a disparu.

Dans l'hémarthrose grave, douloureuse, le tableau est tout autre. Rapidement la tension devient une douleur intolérable, térébrante, à peine calmée par la morphine, il y a un peu de température, une impotence fonctionnelle absolue, le membre en demi-flexion est tuméfié, on note de la circulation collatérale, de la crépitation neigeuse. La régression se fait en une huitaine de jours, mais fréquemment il reste de l'atrophie musculaire.

Le retour fréquent de pareilles crises peut enfin mener à l'hémarthrite chronique déformante avec atrophie musculaire, ankylose, parfois même subluxation.

Quelques arthropathies prennent du fait de leur localisation un aspect clinique spécial.

L'arthropathie grave douloureuse de la hanche, extrêmement pénible, peut s'accompagner de paralysie du quadriceps et d'anesthésie ou de paresthésie dans le domaine du crural ; l'impotence fonctionnelle est absolue et le réflexe rotulien peut même être aboli par compression du crural à la face antérieure de l'article.

L'arthropathie médiotarsienne, véritable tarsalgie hémophilique, peut simuler la tarsalgie des adolescents.

Les hémarthroses, consécutives à un traumatisme violent (entorse), réalisent le tableau exagéré de l'hémarthrose banale : gonflement énorme, douleur atroce, ankylose consécutive ; nous n'y insisterons pas.

Tels sont les symptômes cliniques de l'hémophilie. L'examen général du malade ne fournit aucun renseignement. On a noté de la phosphaturie, de l'urobilinurie, mais ce sont là des signes peu importants. Enfin Chauffard en 1896 a mis en valeur certains symptômes télangectiasiques qui pour Gilbert ressortissent à l'insuffisance hépatique.

Formes. Évolution. — 1. *Forme latente*. — Quelques hémophilies jusque-là inaperçues peuvent ne s'extérioriser que tard, à l'occasion d'un fort traumatisme, d'une intervention chirurgicale.

Ces formes très légères sont plutôt le fait de l'hémophilie acquise. Mais on peut exceptionnellement les rencontrer dans la familiale, c'est la petite hémophilie familiale. Emile-Weil a montré ainsi une famille d'hémophiles de 39 membres, avec une morbidité de 30 p. 100 et une mortalité nulle. Les trois membres de cette famille examinés présentaient des troubles de coagulation nets (visibles seulement à l'examen du sang veineux).

Chez la femme la rareté de l'hémophilie n'est vraisemblablement qu'apparente, et l'étude plus approfondie des malades permet de dépister des formes larvées.

En 1883 déjà, en Amérique, T. Dunn décrivait une forme légère d'hémophilie de la femme, liée surtout à la menstruation et s'accompagnant d'hémorragies cutanées.

P. Emile-Weil, dans ses observations, cite plusieurs exemples : la tante d'un de ses hémophiles a manqué mourir de métrorragie au moment d'une fausse couche, la mère a de fréquentes ecchymoses cutanées et ses règles sont longues et abondantes. On trouvait chez l'une de ces femmes une coagulation normale (douze minutes), chez l'autre une coagulation en vingt-cinq minutes avec début de sédimentation.

De Boris a bien montré que l'hémophilie de la femme était surtout cantonnée dans le domaine utérin ; malgré leur grande fécondité, les hémophiles avortent fréquemment ; leurs règles sont très abondantes et anormalement prolongées.

On peut d'ailleurs se demander si les hémorragies menstruelles ne constituent pas une sauvegarde contre des hémorragies des autres organes et même si elles ne peuvent pas expliquer l'immunité relative des femmes contre l'hémophilie. Sahli a vu, au moment des hémorragies, le sang de ses malades coaguler *plus vite* que le sang des sujets sains. Weil observe que chez l'homme normal et chez l'hémophile la coagulabilité du sang s'accroît lors de pertes sanguines, de saignées. Peut-être, chez les femmes, se produit-il périodiquement dans le sang un processus réactionnel, capable d'influencer heureusement la diathèse hémorragique. Un fait milite toutefois contre cette hypothèse ; chez des hémophiles non encore réglées, on peut voir les accidents disparaître lors de la puberté.

2. *Formes moyennes*. — Ce sont ces formes où l'on observe des hémorragies multiples, des ecchymoses au moindre heurt. Le tout peut s'atténuer ou guérir à la puberté. Il pourra y avoir ultérieurement encore quelques reprises hémorragiques.

3. La *forme grave* se traduit dès le début de la vie par des accidents sérieux. La chute du cor-

don, les divers heurts, les accidents dentaires sont autant d'événements qui peuvent entraîner une mort rapide, ou bien une anémie pernicieuse mortelle à plus longue échéance.

PRONOSTIC. — Le pronostic de l'hémophilie doit donc toujours être réservé. En dehors de la mort rapide ou subite, on observe souvent l'anémie pernicieuse et la tuberculose surajoutée, 11 p. 100 des hémophiles meurent avant vingt ans, 64 p. 100 des décès surviennent dans les premières années de la vie.

Comme éléments pouvant permettre de porter un pronostic, il faut citer :

L'âge (plus les symptômes sont précoces, plus la maladie est grave).

La forme (l'hémophilie à ecchymoses est moins grave que l'hémophilie à hémorragies).

La notion d'hérédité (l'hémophilie familiale est plus grave que la sporadique).

Le sexe (dans les familles hémophiliques on peut prédire aux garçons qu'ils seront frappés et aux filles qu'elles seront épargnées. Chez elles d'ailleurs la vie génitale pourra être l'occasion d'accidents sérieux).

La coagulation sanguine. Pour Weil, les grands retards se voient surtout dans des cas sévères.

Mais le hasard peut déjouer toutes les prévisions et il faudra se rappeler que l'hémophile est à la merci du moindre traumatisme. D'ailleurs une hémorragie légère peut frapper un organe important (hémorragies cérébrales, rétiniennes, etc.).

PATHOGÉNIE. — C'est une des plus complexes de la pathologie du sang. Un grand nombre d'hypothèses d'inégale valeur ont été émises pour expliquer ce syndrome anormal. Les diverses théories microbienne, nerveuse, cardiaque ne peuvent guère s'appliquer à l'hémophilie héréditaire. Nous les passerons en revue en étudiant les hémophilies acquises.

Il n'en est pas de même des théories vasculaire et sanguine.

La théorie vasculaire est basée sur certaines modifications décrites par les auteurs. Virchow a vu chez un hémophile une aorte infantile, sclérosée et graisseuse. Hoope, Listen, etc., ont décrit des parois artérielles en état de dégénérescence graisseuse. Buhl, Birch-Hirschfeld, Forster, Kidd ont aussi insisté sur des altérations diverses des capillaires. Peut-être faut-il voir dans ces diverses lésions un effet de l'hérédo-syphilis (Carrière). M. Labbé fait observer que chez des sujets sains après rupture vasculaire les hémorragies s'arrêtent par production de caillots et que d'ailleurs les lésions décrites sont inconstantes. Pourtant il faut bien remarquer que la fragilité vasculaire est presque seule à pouvoir expliquer le signe si important de l'ecchymose de pression. Nous verrons, que la théorie de Nolf réalise une intéressante synthèse des théories de l'hémophilie vasculaire et de l'hémophilie par altérations sanguines.

Celles-ci ont été l'objet des plus nombreux travaux : ils ont mis en lumière un fait capital, le *retard de la coagulation.*

Grandidier, Lossen, Hayem, Wright, le signalèrent les premiers, Sahli en 1905 dans son important mémoire, plus récemment Weil, en étudièrent les particularités et la signification.

Pour observer ce signe important, divers procédés ont été proposés.

On peut mettre une goutte de sang sur une lame de verre et en apprécier la coagulation en inclinant la lame. Cette méthode est infidèle et de plus, dans les grands retards, la goutte sèche avant qu'elle coagule.

Wright aspire du sang dans des pipettes capillaires. On souffle toutes les minutes. Le moment où le sang ne sort plus, marque le début de la coagulation.

Sabrazès dans les mêmes pipettes marque comme début de la coagulation l'instant où, si l'on casse les tubes capillaires, un fil de fibrine s'élève entre les deux tronçons. Sahli, Hayem recueillent dans des tubes d'un centimètre de diamètre 3 centimètres cubes de sang pris par piqûre profonde du doigt. Mais la peau et surtout la plaie contiennent des substances fortement coagulantes qui faussent l'évaluation.

P. E.-Weil a montré que les hémophiles subissaient sans danger le traumatisme de la ponction veineuse (non de l'incision), intervention jugée auparavant si dangereuse que Morawitz avant de la pratiquer écrivit à Sahli pour le consulter. En recueillant le sang par une aiguille, Weil a pu en bien étudier les caractères.

Ce sang est *visqueux.* Il s'écoule lentement, goutte à goutte, et l'écoulement, après quelques centimètres cubes, tend naturellement à cesser, bien qu'aucun caillot ne vienne boucher l'aiguille.

Il *coagule très lentement* en deux heures, cinq heures, neuf heures dans les observations de Weil; le lendemain dans une observation de Nolf. C'est là le fait important. Le retard est plus marqué chez les sujets jeunes que chez les sujets plus âgés. Les éléments figurés ont le temps, dans le plasma encore fluide, de se déposer au fond du tube, de se *sédimenter.* Dans ce sang composé d'une partie inférieure globulaire rougeâtre, d'une partie supérieure plasmatique jaunâtre, la gélification commence à la partie supérieure.

C'est la *coagulation plasmatique* de Gilbert et Weil. Elle débute par les bords et la surface libre du plasma qui « se trouble, s'épaissit, se gélifie ». Puis il s'opacifie; le caillot blanc ainsi formé immobilise la masse globulaire qui se solidifie ensuite brusquement. Un temps prolongé s'écoule entre le début et la fin de la coagulation.

Du caillot total tombent alors peu à peu au fond du tube un certain nombre d'hématies, parce que « le réseau fibrineux n'est pas assez parfait, ou bien qu'il prédomine dans le caillot blanc et manque dans le caillot rouge » (Weil). Ce phénomène pourrait être appelé *sédimentation secondaire* pour le distinguer du précédent.

Le caillot une fois formé est rétractile, peut-être pourtant un peu moins que normalement, pour Weil, moins en tous cas dans la portion inférieure que dans la supérieure.

Le sang du doigt se comporte comme le sang de la veine; mais tout est moins net, en raccourci, « en miniature ».

On a recherché la raison de ces curieux phénomènes dans une absence des diverses substances qui interviennent lors de la coagulation normale du sang. Il nous paraît indispensable de les rappeler brièvement.

La théorie classique de la coagulation fondée sur les expériences d'Arthus et Pagès est la suivante : le plasma circulant contient du *fibrinogène*, élément passif, et un proferment, la *prothrombine*. Dès que le sang est sorti des vaisseaux le proferment se transforme en un ferment actif, la *thrombine* (ou fibrinferment ou plasmase) qui en présence de *sels calciques* dissous transforme le fibrinogène en fibrine.

Fuld et Spiro, Morawitz, Delezenne ont modifié et complété ces données.

Le plasma contient, outre le *fibrinogène* d'A. Schmidt, une substance enzymatique, le *thrombogène*. Les *leucocytes*, les *plaquettes sanguines* et plus généralement *toutes les cellules* contiennent une autre enzyme, la *thrombokinase* que la moindre détérioration cellulaire met en liberté. La thrombokinase, en présence d'*ions calciques*, transforme alors le thrombogène en *thrombine*. Celle-ci, comme dans l'ancienne théorie, transforme le fibrinogène en *fibrine*.

Chacune de ces substances a été le point de départ de théories.

1. *La fibrine*. — Elle est en quantité normale. Recklinghausen cite les chiffres suivants 5 p. 1000 (Heyland), 2,6 p. 1000 (Gavoy-Ritter), 4,3 (Otte). Sahli trouve une moyenne de 6 p. 1.000, tous chiffres subnormaux (2 grammes p. 1000 de fibrine sèche pour Gley). D'ailleurs il n'apparaît pas qu'il y ait un rapport entre la coagulabilité et la fibrine.

2. *Le fibrinogène* ne paraît pas diminué, puisque, une fois la coagulation faite, la fibrine est en quantité normale.

3. *Les sels de chaux*. — Sahli, Weil ont montré que *in vitro* et *in vivo* le chlorure de calcium peut corriger légèrement le retard de la coagulation, sans en modifier toutefois la forme anormale. De Stella mentionne des cas « d'hémophilie acalcique » où la médication calcique aurait donné de bons résultats. L'action du calcium est au contraire contestée par Morawitz et par Lossen. Pour Wright d'ailleurs, ce chlorure de calcium augmente dans de légères proportions la coagulabilité même d'un sang normal.

4. *La thrombine* est peut-être en cause. En ajoutant *in vitro* du sérum normal à un sang hémophile, on abrège le temps de la coagulation et de même ce temps est raccourci par l'injection *in vivo* de sérum frais.

5. *La thrombokinase*. — Elle est sécrétée par les cellules de l'organisme et spécialement par les leucocytes et les cellules endovasculaires. Comme le retard de coagulation pourrait aussi bien ressortir à la diminution de thrombokinase qu'à celle de thrombine on a cherché des modifications du côté des cellules qui l'élaborent.

α) *Leucocytes*. — Le nombre des leucocytes est en général inférieur à la normale (Wright, Sahli, Weil). Mais Litten, Nolf, Morawitz pensent que là n'est pas la clef des phénomènes. Assez souvent les leucocytes sont en nombre ordinaire (Morawitz). D'autre part, Nolf fait remarquer qu'après des périodes hémorragiques, alors qu'on note de la leucocytose réactionnelle, le défaut de coagulabilité peut n'être pas modifié. Enfin Wright ayant thérapeutiquement provoqué de la leucocytose par de la nucléine n'a point observé de modification de coagulation.

β) Sahli incrimine les *cellules endovasculaires*. Chez certains hémophiles après une hémorragie, on peut voir une coagulation normale *in vitro*, alors qu'au niveau de la plaie le sang continue à suinter. Il y aurait donc défaut de thrombokinase de l'endothélium lésé.

Cette insuffisance fonctionnelle traduit une altération organique du vaisseau qui explique bien sa friabilité aux chocs (ecchymose de pression).

Cette hypothèse est séduisante, mais n'a pas reçu encore de démonstration expérimentale ou chimique. Nous verrons comment elle se rapproche des idées de Nolf.

6. Y a-t-il peut-être dans le sang une *substance anticoagulante* qui donnerait la clef du phénomène? Weil ajoute quelques gouttes d'un sérum hémophilique à du sang normal et en retarde parfois la coagulation, il pense que l'hypothèse d'une substance anticoagulante peut être admise.

Or, Doyon et Kareff enlevant le foie chez l'animal ont vu diminuer la coagulabilité sanguine. L'injection de peptone de Witte à l'animal produit le même effet. Delezenne a montré que la peptone de Witte (propeptone) n'a pas une influence anticoagulante directe, mais qu'elle agit, comme le sérum d'anguille, en provoquant une leucocytolyse intense, dont témoigne la leucopénie. Cette destruction lance dans la circulation une quantité considérable de substances coagulantes et anticoagulantes. C'est sur les premières seules que le foie exerce son influence d'arrêt.

En rapprochant ces faits expérimentaux des faits cliniques, Gilbert et Lereboullet ont émis l'hypothèse de l'origine hépatique, cholémique de l'hémophilie, origine qui pourrait rendre compte du caractère familial de l'affection. Pour ces auteurs, même « certain nombre de cas, qualifiés autrefois d'hémophilie, seraient mieux désignés désormais sous le nom de cholémie familiale à forme hémorragique ». On peut en effet rapprocher de l'hémophilie, les faciles hémorragies de cholémiques et plus généralement la moindre coagulabilité du sang chez les hépatiques, faits bien connus des chirurgiens et sur quoi Quénu insiste souvent.

A côté de cette action du foie on a cherché à savoir si les autres tissus peuvent exercer une action sur la coagulation. Foa et Pellacani, Woolbridge (cités par M. Labbé) ont montré que des extraits de thymus, de testicule, etc. déterminaient, par injection intraveineuse des coagulations massives. Weil et Claude, par des recherches analogues avec du sang humain ont vu que certains extraits (thyroïde, rate, estomac, foie, duodénum, pancréas, surrénale, lobe

antérieur de l'hypophyse du bœuf) retardent la coagulation, que d'autres (ovaires, testicule, thymus) agissent de façon variable, que d'autres enfin (lobe postérieur de l'hypophyse du bœuf) agissent comme le sérum en corrigeant le retard de la coagulation. Nous avons signalé d'autre part que la peau, le tissu cellulеux sous-cutané, le liquide de la plaie accéléraient la coagulation, par exemple, dans la prise de sang par piqûre du doigt.

Enfin Gilbert et Lereboullet ont noté dans certains cas, outre les troubles hépatiques, de la dysthyroïdie, de la dysovarie, de la dysorchidie, etc., constatations cliniques à placer à côté des constatations expérimentales précédentes.

Tels sont les faits complexes cités en faveur d'une participation des divers organes à l'hémophilie, mais peut-être cette action, qui paraît dans certains cas assez certaine, n'est-elle pas spécifique, et se rattache-t-elle aux actions thromboplastiques que nous exposerons plus loin.

Le rôle de l'antithrombine hépatique dans l'hémophilie a d'ailleurs été nié par divers auteurs. Nolf, Morawitz et Lossen ont bien pu constater dans le plasma *normal* la présence d'une antithrombine et pu l'identifier avec cette substance qui, déversée abondamment par le foie, lors de l'intoxication propeptonique, rend le sang incoagulable. Mais dans le sang des hémophiles, étudiée par divers procédés de dosage et dans de nombreux examens, cette substance s'est toujours montrée en quantité normale, ou même *inférieure* à la normale (Nolf).

La question des influences tissulaires, et en particulier hépatiques, est donc encore à l'étude.

7. La *théorie thrombozymatique* de Nolf et Herry découle de la conception personnelle des auteurs sur la coagulation.

Woldridge a vu que le plasma isolé coagulait; il contient donc en soi tous les éléments nécessaires à cette coagulation, en dehors de tout apport cellulaire. La coagulation se résume en l'insolubilisation des trois colloïdes du plasma : thrombogène, fibrinogène et thrombozyme. La thrombozyme dérive uniquement des leucocytes, des plaquettes et des endothéliums vasculaires. Ces substances se combinent pour donner de la fibrine et de la thrombine, élément accessoire manquant même dans certaines coagulations de plasmas animaux. La coagulation est déclanchée par le contact de la paroi de verre ; dans certains plasmas plus stables (plasmas de poisson) il faut multiplier la surface de contact en introduisant de la poudre de verre, des corps poreux ou des solutions colloïdales (extraits d'organes par exemple) qu'on peut considérer comme de très fines suspensions, ces substances sont dites thromboplastiques. L'intermédiaire entre les substances coagulables et les agents thromboblastiques est faite par la thrombozyme pour qui ces agents possèdent une forte affinité de surface.

Le plasma de l'hémophile est, pour Nolf et Herry, semblable au plasma d'oiseau ou de poisson ; c'est un plasma stable qui en tube de verre coagule très lentement. Ceci vient de ce qu'il y a diminution ou altération de la thrombozyme.

En prenant un agent thromboblastique dépourvu totalement de thrombozyme, comme est par exemple le vitellus de l'œuf de poule, on provoque, par l'addition d'une goutte, une coagulation rapide des plasmas humains, une coagulation retardée de dix-huit heures à quatre jours de tous les plasmas hémophiles. Or la thrombozyme provient des plaquettes, des leucocytes, des endothéliums vasculaires. Ainsi s'expliquent, par une altération anatomique de la paroi, et le vice de coagulation du sang et la fragilité vasculaire. L'hémophilie est un syndrome qui traduit l'insuffisance des « cellules à thrombozyme », sanguines et endovasculaires, embryologiquement de même origine.

Nous avons tenu à citer cette théorie qui tire de la haute compétence de Nolf un intérêt particulier. Mais il est actuellement très difficile de décider en faveur d'une opinion ou d'une autre. L'accord n'étant même pas encore fait sur le mécanisme normal de la coagulation du sang, l'est forcément encore moins sur celui des troubles de cette coagulation.

II

L'hémophilie acquise. — Des causes mal connues et vraisemblablement très diverses, des caractères hématologiques très variés, affectant avec les autres grands syndromes hématologiques des rapports toujours plus nombreux, des caractères cliniques très proches des purpuras et parfois des anémies, tel se présente le groupe de faits provisoirement désignés sous le nom d'hémophilie acquise, ou mieux d'états hémophiliques acquis.

Etiologie et pathogénie. — Les causes qu'on lui a assignées sont multiples et encore peu précisées pour la plupart. Aussi toutes les théories précédemment exposées à propos de la grande hémophilie peuvent-elles ici de nouveau s'appliquer selon les cas. D'autres facteurs parfois peuvent peut-être aussi intervenir. L'hémophilie acquise est l'expression clinique d'états sans doute multiples.

W. Koch a émis une théorie microbienne, faisant de l'hémophilie une maladie infectieuse. Les observations ne confirment pas cette opinion ainsi présentée.

Mais dans les antécédents des hémophiles on trouve souvent des maladies infectieuses sur lesquelles les auteurs ont insisté : l'hérédo-syphilis pour Carrière, la tuberculose pour Blumeneau, le rhumatisme articulaire aigu, les toxi-infections gastro-intestinales, les maladies éruptives (scarlatine, rougeole, etc.). Quelle en est l'importance étiologique, il est impossible de le dire.

Peut-être comme le veut Carrière, une infection, telle que l'hérédo-syphilis, pourrait-elle léser les parois vasculaires. Nous avons exposé plus haut l'importance de ces lésions pour les partisans d'une théorie vasculaire de l'hémophilie familiale qui pourrait être invoquée ainsi dans certains cas d'états hémophiliques acquis.

Peut-être des maladies troublant le cours des échanges peuvent-elles agir sur la crase sanguine. Chez un certain nombre de sujets atteints de néphrite

hémorragique, P.-E. Weil a trouvé une coagulation retardée parfois assez notablement.

Certaines substances peuvent donner lieu à un syndrome hémophilique très net. Parmi elles il faut citer l'hirudine qui pénètre dans la circulation au moment de l'application de sangsues. Cette nucléo-protéide à dose infime rend in vitro le sang incoagulable, et in vivo provoque des hémorragies profuses chez le cobaye (Weil et Mouriquand). Chez le lapin, P. Emile-Weil et Boye produisirent, par application de sangsues une hémophilie transitoire durant sept ou huit jours, avec hémarthrose, ecchymose de pression, hémorragies incoercibles par les plaies. Chez plusieurs typhiques qui avaient été traités par des sangsues, Lesieur a noté du retard de la coagulation. Chez six malades de Weil et Mouriquand on observa des hémorragies tardives et peu abondantes après application de une ou deux sangsues, abondantes, précoces et récidivantes, au contraire, après application de six ou huit sangsues. Chez de tels sujets, Weil a observé que le sang de la plaie présente une coagulation plasmatique avec retard de la coagulation, et également de l'irrétractibilité du caillot avec redissolution secondaire. Tous les malades de Weil et Mouriquand avaient le foie lésé et, sans pouvoir en tirer de conclusion, il convient de rapprocher ce fait des opinions diverses précédemment exposées sur le rôle du foie dans l'hémophilie.

Chez le chien, Emile-Weil et Boyé ont pu par des injections de peptone produire un tableau analogue à celui qu'ils avaient provoqué par les sangsues chez le lapin.

Schönlein, Schneider, Gavoy ont voulu voir dans l'hypertrophie du ventricule gauche, plusieurs fois observée par Sahli aux autopsies, la cause de l'hémophilie sporadique.

Les hémorragies rentreraient ainsi dans le cadre de celles que l'on peut observer chez les brightiques hypertendus. Mais l'hypertrophie ventriculaire, loin d'être constante d'ailleurs, ne donne pas toujours lieu à de l'hypertension et surtout elle est incapable d'expliquer l'incoercibilité des hémorragies.

Lancereaux, Lapeyre voient dans l'hémophilie la conséquence d'altération du système nerveux, Recklinghausen une névrose des vaso-moteurs.

En effet Vulpian et Olivier sectionnant l'isthme du cerveau observèrent chez l'animal de la congestion abdominale et des apoplexies de divers organes; chez des malades atteints d'hémorragie cérébrale peuvent survenir des hémorragies viscérales ou cutanées. Peut-être en effet un élément vaso-moteur intervient-il dans l'hémophilie, comme selon Faisans il intervient dans le purpura; mais il n'explique en rien la moindre coagulabilité du sang et le caractère d'incoercibilité des hémorragies.

Clinique. — Le début de l'hémophilie sporadique est souvent plus tardif que celui de la familiale. Les premières années peuvent être normales, ce que l'on comprend facilement en admettant qu'à côté d'hémophilies congénitales il en est d'autres créées de toute pièce par un facteur tard venu; au contraire la chute du cordon et ses hémorragies graves revêtent déjà la tare de l'hémophile héréditaire.

Une fois déclarée, l'hémophilie sporadique peut présenter les mêmes accidents que nous avons précédemment décrits dans la familiale.

C'est surtout dans l'hémophilie sporadique que peuvent exister des formes longtemps latentes. L'hémophilie du sujet ne s'extériorise qu'à l'occasion d'un traumatisme ou d'une intervention chirurgicale, comme dans les faits de Walter et Guillot. Ces cas de formes latentes sont vraisemblablement plus nombreux qu'on le croit. Il s'agit de sujets qui ont facilement des « bleus », qui saignent trop aisément quand ils se coupent en se rasant, etc. Mais il n'y a pas d'occasions chez eux à faire le diagnostic, ce sont, pourrait-on dire, des hémophiles virtuels. Chez un typhique du service de notre maître, le docteur A. Bergé, typhique qui se heurtant contre son lit s'était fait une forte ecchymose, nous avons observé, à l'occasion d'une hémoculture, une coagulation du sang en trente minutes, sans aucun antécédent d'hémophilie. Chez un tuberculeux cavitaire présentant depuis trois mois une néphrite hématurique, nous avons pu constater, avec notre collègue et ami D. Routier un retard de vingt minutes dans la coagulation qui affectait d'une façon typique le mode plasmatique.

Au point de vue du sang, Weil a indiqué dans l'hémophilie acquise un certain nombre de signes qu'il considère comme caractéristiques.

Le sang, extrêmement fluide, coule très facilement, sans tendance à l'arrêt spontané. Par suite de cette fluidité la coagulation plasmatique se fait plus complètement. Le caillot blanc est moins mou que dans l'hémophilie familiale et le sérum exsude plus abondant.

La chaleur (Hayem), le chlorure de calcium à petites doses (Wright) accélèrent cette coagulation sans la corriger tout à fait, tandis que le sérum d'homme, de bœuf, de cheval, de lapin (Weil) à raison de IV gouttes pour 3 centimètres cubes de sang, la rend absolument normale.

Enfin l'adjonction de sérum hémophile dans un sang de sujet sain n'en retarde pas la coagulation.

Ces caractères, importants quand ils existent, sont loin d'être constants.

Il y a en effet un certain nombre de cas où les réactions sanguines s'écartent absolument des règles classiques, soit qu'il n'y ait pas de troubles de la coagulation, soit qu'il puisse exister des caractères du sang qui rapprochent l'hémophilie d'autres syndromes hémorragiques.

a. M. Labbé, Nolf et Herry, etc., ont montré que l'on « pouvait être hémophile tout en possédant un sang qui coagule aussi rapidement et même plus rapidement que le sang normal ». Pour Emile-Weil d'ailleurs cette règle n'est vraie qu'en ce qui concerne le temps de coagulation, car au point de vue du caillot, il y aurait toujours quelque anomalie (redissolution, fragmentation, etc.).

b. Parmi les cas mixtes, les plus nombreux sont ceux de transition avec le purpura.

Marcel Labbé et Laignel-Lavastine ont observé des

malades chez qui coexistaient l'hémophilie (retard de la coagulation, hémorragies provoquées) et le purpura (hémorragies spontanées, irrétractibilité du caillot); chez certains d'entre eux le sérum corrigeait le vice hémophilique sans agir sur le vice purpurique.

Weil a montré de semblables associations. L'un des cas (obs. VI) présentés par lui à la Société médicale des hôpitaux (26 oct. 1906) nous paraît d'ailleurs rentrer dans ce cadre, puisque le malade avait un caillot irrétractile, stigmate purpurique que le traitement par le sérum ne modifia pas.

L'association peut se faire avec l'anémie pernicieuse et Labbé et Laignel-Lavastine ont vu une malade ayant à la fois les réactions anatomo-cliniques du purpura, de l'hémophilie et de la maladie de Biermer.

Plehn a décrit une forme spéciale d'anémie pernicieuse progressive « s'accompagnant d'hémorragies et d'un état scorbutique » qui est à rapprocher des cas précédents.

Le scorbut à son troisième période se présente cliniquement comme une purpuro-hémophilie symptomatique. On y observe les hémorragies spontanées et provoquées des deux syndromes : gingivales, pleurales, articulaires, sous-périostées, sous-cutanées. « Toute lésion cutanée ou muqueuse laisse suinter le sang » (Tollemer), et même Hayem a trouvé aux autopsies des dégénérescences granulo-graisseuses des parois capillaires, fait signalé également dans l'hémophilie.

Il semble que le nombre des syndromes auxquels l'hémophilie est connexe doive encore s'étendre. Une malade de Sicard et Gutmann cliniquement hémophile (hémarthrose, hématome du bras, ecchymose à la pression digitale) avait un sang qui coagulait et rétractait normalement, mais présentait une fragilité globulaire prononcée (H_1 : 0,58 — H_3 : 0,50); d'autre part les épreuves de Donath et Landsteiner et d'Ehrlich étaient fortement positives. Par la fragilité globulaire ce cas s'apparente donc aux ictères hémolytiques, les autres caractères sont exactement ceux considérés jusqu'ici comme spéciaux aux hémoglobinuries.

Notre collègue et ami Marcel Bloch (service de M. le professeur Chantemesse) a bien voulu nous communiquer l'observation encore inédite d'un nouveau cas-frontier entre le purpura, l'hémophilie et l'hémoglobinémie (irrétractibilité du caillot, retard de la coagulation). L'épreuve de Donath et Landsteiner était négative, mais celle d'Erlich positive, comme si un facteur vasculaire fût intervenu de façon nécessaire. De plus les hématies, de résistance normale vis-à-vis des solutions salines, étaient fragiles vis-à-vis d'un sérum humain étranger.

En résumé, si au milieu des maladies du sang, l'hémophilie familiale forme, nosologiquement, un syndrome autonome, les divers cas précédents montrent bien combien sont artificielles les barrières étendues entre les divers syndromes hématologiques et ce qu'on appelle l'hémophilie acquise. Plus les faits deviennent nombreux, plus multiples se montrent les causes dont ces états hémophiliques ne sont que la traduction clinique, plus continue aussi apparaît la chaîne qui les relie au scorbut, au purpura, à la maladie de Biermer, et même aux états hémoglobinémiques. C'est par une conception uniciste des grands syndromes du sang que pourront sans doute s'expliquer des faits et des réactions sanguines d'apparence actuellement paradoxale.

III

Traitement. — Nous passerons rapidement sur les moyens hémostatiques habituels qui donnent en général peu de résultats : compression (arthropathies), tamponnement, élévation du membre, etc., injections vaginales chaudes; attouchements au nitrate d'argent, etc. L'adrénaline à un demi-milligramme en injection sous-cutanée a agi dans quelques cas.

Le sérum gélatineux a produit des modifications peu probantes, et M. Labbé en rejette l'emploi. Pour Richaud la gélatine, dans les cas où elle agit, ne le fait que grâce à ses sels de chaux. D'ailleurs la gélatine est douloureuse, se résorbe lentement et parfois a pu provoquer le tétanos.

Partant de conceptions pathogéniques diverses on a essayé de l'opothérapie. Le traitement thyroïdien a agi dans des cas qui paraissent plutôt ressortir au purpura. L'extrait hépatique n'a pas paru très efficace en général, il a pu valoir dans des cas où le foie était nettement lésé. Schmidt a arrêté des hémorragies par application locale de tissus desséchés. Le sérum physiologique, les injections d'eau de mer, le traitement par les sérums à minéralisation complexe (de Rouville et Fleig) ont donné des résultats qui paraissent positifs, mais dans un nombre de cas encore très restreints.

Les travaux d'Arthus et Pagès montrant le rôle des ions calciques dans la coagulation ont fait employer le chlorure de calcium au traitement des hémorragies (Wright). Localement l'application d'une solution au centième favoriserait la coagulation. Par l'absorption (2 à 8 grammes par jour) ce sel, après quelques heures, arrête d'après Wright l'hémorragie. Mais son action est transitoire; et si l'on prolonge son emploi au delà de quatre ou cinq jours la coagulabilité du sang peut être au contraire diminuée. Sa valeur thérapeutique est d'ailleurs mise en doute par Sahli et M. Labbé.

Le lactate de calcium (Boggs, Wright et Paramure) serait aux mêmes doses mieux toléré et plus efficace.

Se basant sur la leucopénie habituelle dans l'hémophilie, Sicard et Gutmann ont traité par le nucléinate de soude en injections intramusculaires deux hémophiles sporadiques. Ils ont observé un retour complet du sang à la normale avec disparition des signes cliniques, l'injection est peu douloureuse et donne une très légère réaction fébrile (injection intramusculaire de 0,15).

Les théories sanguines de l'hémophilie ont suscité une méthode thérapeutique qui compte à son actif de nombreux succès.

Fry en 1898 guérit trois hémophilies familiales par injections sous-cutanées de sérum de cheval.

P. Emile-Weil a longuement étudié l'action du sérum sur l'hémophilie, nous n'y insisterons pas, car nous en avons déjà montré l'effet en examinant les

modifications sanguines. Les injections se font sous-cutanées (20 à 30cc) ou intraveineuses (10 à 15cc), moitié chez les enfants. On peut se servir du sérum antidiphtérique, antitétanique, etc.; il vaut mieux employer du sérum de cheval non préparé. Les sérums d'homme, de lapin agissent comme le sérum de cheval. Le sérum de bœuf est à rejeter ; c'est le seul qui donne lieu à des incidents : réaction fébrile intense avec rachialgie, vomissements. Les sérums frais agissent mieux que les sérums plus anciens. L'action de l'injection sérique est sur le vivant comme in vitro plus complète en cas d'hémophilie sporadique qu'en cas d'hémophilie familiale. Dans la première le temps de la coagulation, pour Weil, redevient absolument normal, alors qu'il n'est que raccourci dans la familiale. Les hémorragies disparaissent chez les hémophiles sporadiques, s'atténuent considérablement chez les hémophiles familiaux. L'action thérapeutique est donc très marquée, l'action préventive l'est également et après injections sériques, l'on a pu sans danger pratiquer des interventions diverses chez des hémophiles, fait des plus importants au point de vue chirurgical. Marfan a montré qu'un sérum s'élimine de l'organisme en un mois environ; c'est en effet la période d'activité du traitement que l'on devra reprendre à cette échéance. Pour Weil, chez les hémophiles, les accidents anaphylactiques résultant des injections répétées tous les deux mois seraient peu à redouter.

Pourtant cette considération n'est point négligeable ; de plus il est des cas, où le traitement sérique reste sans aucun résultat. Nolf, puis Nobécourt et Tixier, en en citant des cas typiques, ont préconisé l'emploi des injections de peptone de Witte.

Pour éviter les accès thermiques signalés par Nobécourt et Tixier, il faut employer la peptone de Witte utilisée dans les laboratoires pour la préparation des milieux de cultures et qui contient une forte proportion de propeptone. On fait à l'ébullition la solution suivante : peptone, 5 grammes ; NaCl, 0g50; eau distillée, 100 centimètres cubes. On filtre à chaud. On stérilise à 120 degrés pendant un quart d'heure. On injecte 10 centigrammes environ. Il faut n'injecter que les solutions *claires*. Pour Nolf les solutions troubles seules donnent des accidents, d'ailleurs insignifiants.

L'injection de peptone rend la coagulation du sang hémophilique normale, d'une façon plus constante pour Nolf que l'injection sérique; elle a de plus l'avantage de ne pas épuiser son action, comme on pourrait le voir dans le traitement par le sérum et de ne pas donner d'anaphylaxie.

L'action thérapeutique de la peptone peut paraître paradoxale à qui se rappelle que l'injection de cette même substance est utilisée chez l'animal pour rendre le sérum incoagulable. Mais elle est en réalité d'accord avec les faits expérimentaux. Schmidt et Mühlheim (1886) avaient vu que l'injection de peptone chez le chien ne diminue la coagulabilité que si elle est poussée avec rapidité. Nolf a montré que des doses même très considérables (1 à 2 gr. par kilog d'animal) allongent le temps de coagulation du sang si on l'injecte lentement dans la veine ou par voie sous-cutanée ou péritonéale. D'ailleurs le sérum lui aussi, injecté rapidement dans la veine d'un chien, rend son sang incoagulable, même si ce sérum est du sérum de chien (Camus et Gley, 1904).

La pathogénie de cette action de la peptone est peu connue; il n'y a en tous cas pas apport de ferments puisque l'on chauffe à 120 degrés. Pour Nolf, la peptone n'est en rien spécifique. Elle exciterait simplement la réaction des organes chargés de l'élaboration des albumines; du plasma et des substances protéiques différentes pourraient agir dans le même sens.

A côté de ces médications diverses il ne faudra pas négliger l'état général, et on ordonnera les médications arsenicales et ferriques, une alimentation abondante (surtout viande, œufs, légumes verts) ; on conseillera le séjour à la mer ou à la montagne, bons agents de rénovation sanguine; enfin l'on se rappellera que le séjour dans les climats chauds a guéri plusieurs malades.

BIBLIOGRAPHIE

Boris (de). L'hémophilie chez la femme, *Semaine méd.*, 6 sept. 1905. — Bouffe de Saint-Blaise. Hémophilie congénitale héréditaire, *Soc. d'obst.*, 14 janv. 1907. — Boyé. *Contribution à l'étude de la pathogénie de l'hémophilie*, Th. de Paris, 1909. — Brissaud (Et.). *La Coagulabilité du sang*, Th. de Paris, 1911.

Carrière. L'hémophilie, rapport au *Congrès de méd. de Paris*, oct. 1907. — Cruet. L'hémophilie articulaire, *Presse méd.*, 1908, n° 73.

Donath et Landsteiner. Ueber paroxysmale Hæmoglobinurie, *Münch. med. Woch.*, 1904, p. 1590. — Dunn (T.). Hémophilie, *Amer. Journ. of med. sc.*, janv. 1883.

Emile-Weil (P.). Etat du sang dans un cas d'hémophilie, *Acad. des sc.*, 16 oct. 1905 ; — Sérothérapie de l'hémophilie, *Acad. des sc.*, 30 oct. 1905 ; — L'hémophilie, *Presse méd.*, 1905 ; — Etudes des réactions sanguines dans l'hémophilie, *C. r. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 oct. et 2 nov. 1906 ; — Des injections de sérum sanguin dans les états hémorragiques, *Id.*, 18 janv. 1907 ; — Un cas d'hémophilie spontanée à type de grande hémophilie familiale, *Id.*, 23 oct. 1908 ; — Quelques remarques sur l'hémophilie, *Id.*, 28 oct. 1910. — Emile-Weil (P.) et Boyé. La petite hémophilie familiale, *Id.*, 23 oct. 1908 ; — L'hémophilie expérimentale, *Id.*, 3 déc. 1909 ; — Emile-Weil (P.) et O. Claude. Les hémorragies et les troubles de coagulation du sang dans les néphrites, *Id.*, 19 avril 1907.

Fry. Successfull treatment of hæmophilia by the injections of serum, *New-York Acad. of Med.*, 2 juin 1898.

Gilbert et Carnot. Opothérapie hépatique dans les hémorragies, *Soc. de biol.*, 1897. — Gilbert et Lereboullet. La cholémie simple familiale, *Semaine méd.*, 24 juillet 1901 ; — Des hémorragies dans l'ictère acholurique simple, *C. r. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 15 mars 1901. — Goodman. Transfusion of blood in hemophilia, *New-York Acad. of med.*, 5 nov. 1909. — Grandidier. *De Dispositione ad hemoph. hered.*, Thèse, 1832. — Gaubius. *Pathologie* de M. Gaubius, traduite du latin en français par M. Sue Le Jeune, maître en chirurgie, etc., Paris 1770.

Hayem. *Du Sang et de ses altérations anatomiques*, Paris.

Labbé (M.). L'hémophilie, rapport au *Congrès de méd. de Paris*, oct. 1907 ; — L'hémophilie, *Revue de méd.*, 1908, n° 2 ; — Un cas d'hémophilie sporadique, *La Clinique*, 1909, n° 53 ; — *C. r. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 21 oct. 1910 et 9 fév. 1912 (discussion). — Labbé (M.) et Laignel-Lavas-

TINE. Les syndromes hématiques associés, *Arch. des mal. du cœur*, janv. 1911, n° 1.

MORAWITZ. Die Chemie der Blutgerinnung, *Ergebn. d. Phys.*, 1905, B. I. — MORAWITZ et LOSSEN. Ueber Hæmophilie, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1908, t. XCIV. — MOUCHET. *Soc. méd. de Paris*, 10 nov. 1911.

NOBÉCOURT et TIXIER. Un cas d'hémophilie familiale traitée par la peptone de Witte, *C. r. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 21 oct. 1910. — NOLF. Nature et traitement de l'hémophilie, *Le Scalpel*, août 1908; — Contribution à l'étude de la coagulation du sang (six mémoires), *Arch. intern. de phys.*, 1908-1909; — Injections sous-cutanées de propeptone dans le traitement de l'hémophilie, *C. r. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 18 nov. 1911. — NOLF et HERRY. L'hémophilie, *Revue de méd.*, 10 déc. 1909, 10 janv. et 10 fév. 1910.

PIOLLET. Arthropathies hémophiliques, *Gaz. des hôpit.*, 1902, n° 39.

RECKLINGHAUSEN. *Allg. Pathol. des Kreis. und der Ernährung*, 1883. — ROUVILLE (DE) et FLEIG. Métrorragies arrêtées par des injections intraveineuses de sérum artificiel à minéralisation complexe, *Congrès de chir. de Paris*, oct. 1908.

SAHLI. Ueber das Wesen der Hæmophilie, *Zeit. f. klin. Med.*, 1905, t. LVI, 1, p. 53. — SICARD et GUTMANN. Deux cas d'états hémophiliques acquis. Etude des réactions sanguines. Traitement par le nucléinate de soude, *C. r. de la Soc. méd. des hôpit.*, 9 fév. 1912. — STELLA (DE). Pathogénie et traitement de l'hémophilie, *Soc. de méd. de Gand*, 2 juin 1908.

TOUSSAINT. *Bull. de la Soc. de chir.*, 13 mars 1907.

UMBREIT. Glossite hémorragique dans l'hémophilie, *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1910, t. CV, p. 608.

VULPIAN. Un cas d'hémophilie non héréditaire, *Revue de méd.*, 1883, p. 53.

WALTER et GUILLOT. Trois cas d'hémophilie révélée à l'occasion d'une intervention chirurgicale, *Soc. de chir.*, 20 avril 1910. — WEIL et MOURIQUAND. L'hémophilie hirudinée, *Presse méd.*, 1911, n° 87. — WRIGHT. On a method of determining blood coagubility and of the effet of the administration of calcium salt in hæmophilia, *Brit. med. Journ.*, juillet 1893.

ZSCHOKKE. Hémophilie chez' le cheval, *Œsterr. Monat.*, 1904.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 20 MARS 1912)

Prolapsus du rectum. — M. DELORME fait une communication importante sur le traitement des prolapsus volumineux du rectum par la résection de la muqueuse, procédé qu'il a décrit et préconisé.

M. Quénu, dans sa communication, le considère comme une méthode de complément. M. Delorme s'élève contre cette opinion en se basant sur des faits et des interprétations pathogéniques et contre cette autre, soutenue encore par M. Quénu, qui regarde la fixation abdominale du côlon, la colopexie, comme la méthode de choix.

La résection muqueuse par la méthode de Delorme a donné deux morts au début de l'emploi de la méthode. Depuis que ses indications et sa technique sont fixées, il n'y a plus eu de léthalité. L'opération a été pratiquée 33 fois. Les résultats immédiats et consécutifs sont satisfaisants.

Conformément à ce que disait M. Lenormant en 1907, M. Delorme pense que cette opération qui a tenu ses promesses est l'une des meilleures qui soit applicable aux gros prolapsus. Elle est supérieure à la colopexie, car cette dernière opération, quel que soit le mode de fixation, a le plus souvent besoin d'être complétée par des opérations périnéales : la colopexie laissant d'ordinaire une portion de prolapsus, préoccupante pour le malade.

La résection muqueuse n'exposant pour ainsi dire pas à la récidive, alors que les autres traitements sont passibles de ce reproche très souvent, étant facile, de léthalité presque nulle, cette opération, pour M. Delorme, représente l'un des meilleurs modes de traitement des gros prolapsus rectaux.

M. PICQUÉ a souvent observé des prolapsus du rectum dans les asiles d'aliénés. Il en a confié un certain nombre à M. Lenormant. Sur 33 opérés par le cerclage, il compte 27 guérisons. M. Picqué n'a pas d'objections directes à opposer à la colopexie, mais le cerclage lui paraît une opération simple, rapide et d'une parfaite innocuité. M. Picqué peut en faire connaître les résultats éloignés : il y a des malades opérés par le cerclage seul qui sont, jusqu'ici, restés vingt mois sans récidive. Plusieurs autres malades, morts de leur affection mentale, sont restés jusqu'à la fin sans récidive. L'un d'eux opéré par le procédé de Marchant a eu une récidive ; M. Lenormant lui a fait une myopexie secondaire, récidive ; M. Picqué a fait un cerclage, pas de récidive. De ces faits, M. Picqué ajoute trois observations personnelles dans lesquelles le cerclage a donné de bons résultats qui se sont maintenus jusqu'à six, quinze, vingt et trente et un mois après l'opération.

M. SOULIGOUX apporte au débat une observation de M. Dionis du Séjour (de Clermont-Ferrand). Il s'agissait, dans ce cas, d'une tumeur grosse comme une orange qui siégeait dans l'ampoule rectale. M. Dionis du Séjour pensa qu'il s'agissait d'une invagination du côlon. Il fit la laparotomie en position de Trendelenburg, trouva une masse intestinale volumineuse dont la désinvagination fut assez facile ; il s'agissait d'une anse sigmoïde géante longue de 60 centimètres. M. Dionis du Séjour fit une colopexie. Le résultat fut parfait et date aujourd'hui de trois ans et demi.

M. LEGUEU communique une observation de prolapsus arrivé à un état d'irréductibilité absolue chez un homme de quarante-trois ans. Il essaya vainement de réduire. Comme il n'y avait pas d'étranglement vrai, il attendit quelques jours. Il intervint par en haut. Il fit une laparotomie, dilata la partie rétrécie et put alors remonter le prolapsus et faire une colopexie très ample. Puis il fit une opération complémentaire périnéale. Cette opération date aujourd'hui de quatre mois et il n'y a pas de récidive.

Rupture extra-péritonéale de la vessie. — M. LEGUEU présente un malade qui eut une rupture traumatique de la vessie ayant déterminé plusieurs perforations par éclatement. Suture des diverses perforations. Guérison.

De l'emploi des greffes adipeuses après les résections articulaires. — M. CHAPUT présente d'abord une jeune fille qui était atteinte d'une arthrite gonococcique du coude avec ankylose consécutive complète. Résection du coude, greffe de tissu adipeux emprunté à la cuisse, résultat fonctionnel très bon. Il présente également un jeune homme qui a subi une résection du coude pour arthrite tuberculeuse. Greffe adipeuse. Bon résultat fonctionnel datant maintenant d'un an.

M. QUÉNU estime que le malade tuberculeux présenté par M. Chaput n'offre pas grand intérêt puisqu'on obtient les mêmes résultats après la simple résection chez les tuberculeux. Quant à l'autre malade elle est plus intéressante, parce que le retour de l'ankylose est beaucoup plus à redouter dans ces cas. MM. Quénu et Duval ont fait beaucoup de transplantations musculaires et, après un résultat immédiat parfait, ont vu l'ankylose se reproduire. M. Tuffier a observé les mêmes faits après des greffes cartilagineuses.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE ne voit aucun intérêt à ces greffes celluleuses ou cartilagineuses, à ces interpositions musculaires, puisque la mobilisation précoce sans douleur,

après des résections économiques, lui donne de très bons résultats fonctionnels.

M. Arrou, comme M. Championnière, estime qu'il ne faut pas laisser tranquille un coude réséqué pour ankylose. A condition qu'on résèque assez et qu'on mobilise de bonne heure, sans douleur et longtemps, on obtient de très bons résultats.

Pour M. Tuffier qui a fait des interpositions musculaires, des greffes de Chaput, des greffes fibreuses, etc., la meilleure substance à interposer est incontestablement le cartilage.

Amputation partielle de la verge. — M. Jacob présente un homme encore jeune auquel il a pratiqué une amputation partielle de la verge pour un épithélioma reconnu tel à l'examen histologique. Il y a quatre ans que cette opération a été pratiquée. Il n'y a aucune trace de récidive et ce jeune homme qui est marié et qui vient d'avoir un enfant accomplit toutes ses fonctions génitales et urinaires d'une façon très satisfaisante.

Fibrome du sciatique. — M. Potherat présente un fibrome du nerf sciatique qu'il a enlevé au niveau du creux poplité. Les suites de l'opération ont été des plus simples.

Anévrisme du creux poplité. — M. Souligoux présente une tumeur anévrismale du creux poplité qu'il a enlevée. Suites parfaites.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de diagnostic des maladies chirurgicales de l'abdomen. Le gros diagnostic à faire. Diagnostic de l'intervention, par le docteur E. Rochard, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, secrétaire général de la Société de chirurgie. Un joli volume in-18 jésus, cartonné toile pleine, tranches couleur, de 250 pages avec 27 figures dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Technique de l'examen fonctionnel de l'œil et correction des amétropies (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie, etc., et leur traitement optique), par M. le docteur M. Caillaud, assistant d'ophtalmologie des hôpitaux de Paris. Un joli volnme in-18 jésus, cartonné toile, de 208 pages, avec 34 figures dans le texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17

N° 36. — MARDI 26 MARS 1912. 85e ANNÉE. MARDI 26 MARS 1912 — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Aujourd'hui s'est ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon un concours pour une place de médecin des hôpitaux.

Les candidats inscrits sont au nombre de quinze.

Le jury est composé de MM. Barjon, Devic, J. Courmont, P. Courmont, Leclerc, Lyonnet, Mollard, médecins des hôpitaux; Renaut, médecin honoraire; Weill, professeur de clinique médicale; Bérard, Delore, Plauchu, chirurgiens et accoucheur des hôpitaux.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Limoges. — M. Eymeri, professeur de physiologie, est chargé, en outre, pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1911-1912, des fonctions de chef des travaux de physiologie.

— Marseille. — Un congé, du 1er mars au 31 mai 1912, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Lop, chargé d'un cours complémentaire d'accouchements.

M. Vinckler, chef de clinique obstétricale, est chargé, en outre, du 1er mars au 31 mai 1912 (durée du congé accordé à M. Lop), d'un cours complémentaire d'accouchements.

— Reims. — Un concours s'ouvrira le 4 novembre 1912 devant l'école supérieure de pharmacie de l'université de Nancy pour un emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

GUERRE. — Service de santé. — M. le médecin principal Lafille, directeur du service de santé du 5e corps d'armée, est nommé médecin inspecteur.

Sont nommés au grade de médecins principaux de première classe, les médecins principaux de deuxième classe Couillaut, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Lunéville, maintenu; Clavelin, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de La Fère; Duval, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Poitiers, maintenu; Carlier, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Orléans, maintenu.

Sont nommés médecins principaux de deuxième classe, les médecins majors de première classe Krantz, des salles militaires de l'hospice mixte d'Angoulême, maintenu; Bich, de l'hôpital militaire de Bourges, maintenu; Murie, médecin chef de l'hôpital militaire de La Rochelle, maintenu; Fasquelle, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Arras, maintenu.

Sont nommés médecins-majors de première classe, les médecins-majors de deuxième classe Mennessier, des hôpitaux de la division de Constantine, maintenu; Serre, du 13e d'infanterie, maintenu; Rispal, du 83e d'infanterie, maintenu; Baumelou, du 16e d'artillerie, maintenu; Lefebvre, du 31e d'artillerie, maintenu.

ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE DE LA SEINE. — Cette association, qu'on désigne généralement sous le nom de son fondateur le docteur Galley-Lagoguey, a tenu son assemblée générale dimanche dernier dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Cette intéressante mutuelle, où tous les jeunes médecins du département de la Seine ont le plus grand intérêt à solliciter leur admission, compte à l'heure actuelle 878 membres et possède un capital réserve de 821 606 francs. Ses recettes annuelles, soit 130 688 francs pour le dernier exercice, ont toujours suffi largement à payer les indemnités aux sociétaires malades sans toucher aux revenus. L'indemnité est cependant élevée puisqu'elle est de 10 francs par jour quelle que soit la durée de la maladie, même chronique.

L'assemblée générale a approuvé les actes du conseil et, par ses applaudissements, a exprimé sa gratitude au bureau, présidé avec tant de zèle et de dévouement par le docteur Descoust.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX. — Prix Jean Dubreuilh. — Suivant l'intention du fondateur, ce prix devant être décerné au meilleur mémoire sur un sujet de pratique obstétricale, la Société de médecine et de chirurgie met au concours le sujet suivant : « Nature, diagnostic et traitement des polynévrites de la puerpéralité. »

Le prix n'ayant pas été décerné en 1907, sa valeur sera cette année de 800 francs.

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, francs de port, à M. Frèche, secrétaire général de la Société, 42, cours de Tourny. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concur-

rent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Les mémoires seront reçus jusqu'au 1er décembre 1912.

LE XIIe VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES AUX STATIONS HYDROMINÉRALES ET CLIMATIQUES DE FRANCE aura lieu du 1er au 14 septembre 1912, sous la présidence effective du professeur Landouzy.

Il comprendra les stations du Centre et de l'Auvergne, visitées dans l'ordre suivant :

La Motte-Beuvron (sanatorium), La Roche-Posay, Néris, Evaux, La Bourboule, Mont-Dore, Saint-Nectaire, Vic-sur-Cère et Le Lioran (stations climatiques), Royat, Durtol (sanatorium), Chatel-Guyon, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré-les-Bains, Pougues.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, ou au docteur Jouaust, 4, rue Frédéric-Bastiat, Paris.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 28 mars 1912, à quatre heures et demie du soir, 12, rue de Seine, dans les locaux de la Société de chirurgie.

A cinq heures et demie, conférence de M. Méry : « L'Œuvre de préservation familiale contre la tuberculose », œuvre de Grancher (avec projections).

CONTRE LE CHARBON. — Un arrêté ministériel fixe les termes d'un avis qui devra être affiché dans les établissements dont le personnel est exposé à l'infection charbonneuse.

AVIS

« Le charbon est une maladie très grave.

Elle guérit cependant quand elle est soignée immédiatement. Elle débute par un petit bouton qu'il faut brûler dans les vingt-quatre heures.

Sans soins, le charbon peut entraîner la mort en quelques jours.

Donc soignez-vous à temps.

Si vous avez un bouton, une coupure, écorchure ou gerçure, prévenez de suite la direction de l'établissement.

Voyez de suite le médecin si vous avez un bouton.

Faites-vous panser de suite si vous avez la moindre écorchure.

Elle laisserait entrer la poussière, et une poussière presque invisible contient peut-être le microbe qui peut vous tuer.

Défiez-vous des marchandises poussiéreuses que vous avez à manipuler.

Nettoyez-vous soigneusement.

Nettoyez-vous les mains avant de manger ou de boire : vous pouvez prendre le charbon par la bouche.

Nettoyez-vous avant de quitter l'atelier : vous pouvez rapporter le charbon chez vous.

Nota. — M. le docteur demeurant à est chargé du service médical de l'établissement en ce qui concerne la préservation et le traitement de l'infection charbonneuse.

Une boîte de secours pour le pansement immédiat se trouve dans l'établissement. »

Le ministre du travail
et de la prévoyance sociale,
LÉON BOURGEOIS.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de MM. les docteurs Brissy (de Garches); Triaire (de Tours); Tessonneau (de Saint-Christoly).

COURS D'ÉLECTRO, RADIO ET RADIUMTHÉRAPIE. — Le docteur Foveau de Courmelles, lauréat de l'Académie de médecine, licencié ès sciences physiques et naturelles, commencera la vingtième année de son cours libre d'électrologie, à l'école pratique de la Faculté de médecine de Paris, amphithéâtre Cruveilhier, le mercredi 17 avril à six heures du soir et le continuera les mercredis à la même heure.

Leçon du 17 avril : La lumière en thérapeutique et en hygiène, chromothérapie, hélio et photothérapie, ultraviolet et stérilisation.

Leçons suivantes : Rayons X, repas opaque de l'auteur, thérapie par les rayons X et le radium, et les diverses modalités électriques.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Gazette des praticiens. — (No 414, 1er janv. 1912.) LEMOINE : Note sur l'action diurétique de l'Adonis vernalis. — A. ROBIN : Les préparations ferrugineuses. — (No 415, 15 janv.) G. LEMOINE : Des résultats éloignés obtenus dans la tuberculose par l'action thérapeutique des lipoïdes biliaires. — BOISSART : Considérations pratiques sur l'anaphylaxie.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (No 1, 7 janv. 1912.) ARNOZAN et VENOT : Opération de Freund pour emphysème pulmonaire suivi de mort. — (No 2, 14 janv.) Roger LABEAU : Résultats obtenus par la radiothérapie intensive dans le traitement du lupus et des épithéliomas cutanés. — (No 3, 21 janv.) LACOUTURE : Sur un cas d'appendicite chronique à forme gastralgique. — (No 4, 28 janv.) E. LOUMEAU : Gros kyste hydatique du rein guéri par la néphrectomie partielle.

Montpellier médical. — (No 1, 7 janv. 1912.) GAUSSEL : La notion graphique des signes fournis par l'examen de l'appareil respiratoire. — H. DIFFRE : De l'anesthésie chirurgicale et plus particulièrement de l'anesthésie générale par l'éther goutte à goutte (*suite*). — (No 2, 14 janv.) BURGUES : Abcès du lobe temporal du cerveau d'origine otique. — H. DIFFRE : De l'anesthésie chirurgicale et plus particulièrement de l'anesthésie générale par l'éther goutte à goutte (*suite*). — (No 3, 21 janv.) Em. FORGUE : Comment devons-nous comprendre le choc traumatique. — H. DIFFRE : De l'anesthésie chirurgicale et plus particulièrement de l'anesthésie générale par l'éther goutte à goutte (*fin*). — (No 4, 28 janv.) JEANBRAU et JOURDAN : Urètre accessoire infecté. Dissection. Examen histologique du canal anormal. — MOURGUE : De la méthode dans les théories néovitalistes contemporaines.

Journal de médecine de Bordeaux. — (No 1, 7 janv. 1912.) AUBARET : Conservation des cadavres à l'Institut anatomique de la Faculté de médecine. — AUBARET : Procédé de conservation des cadavres au formol salpêtré. — JEANNENEY et CELLES : Articulation coraco-claviculaire et trou coracoïdien chez un métis de vingt-deux ans. — (No 2, 14 janv.) R. CRUCHET : Les tests de Binet dans le tout jeune âge. — (No 3, 21 janv.) VENOT : Extirpation du rectum par les voies naturelles avec conservation du sphincter. — SOUM et AUTHIER : Une rémission très complète de paralysie générale. — (No 4, 28 janv.) P. CARLES : Un engrais viticole idéal. — SÉGUINAUD : Sur un cas de tuberculose verruqueuse de la fesse.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (25 janv. 1912.) FAUCHER : Du mécanisme des ptoses abdominales et de leur curabilité par un procédé orthopédique rationnel.

Journal des praticiens. — (No 1, 6 janv. 1912.) GUIBÉ : Diagnostic des affections abdominales qui nécessitent un traitement chirurgical d'urgence. — HUTINEL : Quelques considérations pratiques sur le rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant. — HAYEM : Dyspepsie et cirrhose du foie. — DÉJERINE : Névrite radiale dissociée. — (No 2, 13 janv.) G.-H. LEMOINE : Causes diverses du développement des maladies infectieuses d'origine hydrique. — CATHELIN : De l'éclectisme dans la pratique urinaire. — (No 3, 20 janv.) BAUMEL : Lupus de la face chez un nourrisson. — CATHELIN : De l'éclectisme dans la pratique urinaire (*suite*).

Journal médical de Bruxelles. — (No 1, 4 janv. 1912.) VAN DER VOORDT : A propos d'un cas de dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac. — (No 2, 11 janv.) A. BAYET : Le pronostic général de la syphilis. — (No 3, 18 janv.) MAHILLON : L'assurance du risque colonial au Congo belge. — (No 4, 25 janv.) BLUMENTHAL : Quelques remarques sur le traitement de la syphilis par l'arsenobenzol. — Léon DEKEYSER : La physiothérapie du lupus.

LES APPLICATIONS DIRECTES ET INDIRECTES DE L'ÉLECTRICITÉ

Par M. A. ZIMMERN (1),
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Nous ne sommes plus à l'époque où l'électrophysiologie se bornait à l'excitation des nerfs de la grenouille pour différencier par l'amplitude de la contraction des gastrocnémiens les propriétés des courants ascendants ou descendants.

Notre électrophysiologie s'adresse aux muscles de l'homme. Elle étudie les réactions des nerfs et des muscles, les réponses des organes sensoriels, les actions circulatoires, les effets thermiques des courants.

Elle a pour portée pratique : le diagnostic. Depuis Duchenne (de Boulogne), depuis Erb, nous savons que parmi les affections neuro-musculaires, un certain nombre sont susceptibles de se traduire par des écarts dans les réactions électriques normales et nous connaissons l'importance de ces anomalies pour le *diagnostic des affections du système nerveux*.

Plus récemment nous avons appris à connaître les modifications que peuvent provoquer dans les réactions normales, les lésions de l'appareil auditif : je veux parler du nystagmus galvanique, du vertige voltaïque.

Enfin notre électrophysiologie ne s'attarde pas à l'étude des courants d'action ou de l'oscillation négative, mais elle va jusqu'à extérioriser les courants autogènes du muscle cardiaque. Par l'introduction dans le laboratoire du galvanomètre à corde s'est ouvert un chapitre tout nouveau d'électrodiagnostic, l'*électrocardiographie*.

Peu d'années seulement nous séparent de l'époque où quelques électrothérapeutes, disciples directs ou par le livre de Duchenne (de Boulogne), fréquentaient les services hospitaliers pour y appliquer du courant faradique, selon les principes édictés par l'auteur de l'électrisation localisée, et cela souvent au milieu des sourires ironiques des élèves.

Mais nous sommes déjà bien loin de ces temps où l'électricité médicale à l'hôpital se bornait à l'emploi d'une petite bobine d'induction, transportable, dont le mécanisme était souvent en défaut quand on voulait s'en servir, et qu'on appliquait sans discernement au traitement des affections les plus disparates.

Chacune des découvertes de la physique dans le domaine électrologique, qui se sont succédées dans ces dernières années, a été suivie d'une ou plusieurs applications, soit au diagnostic, soit à l'hygiène, soit à la thérapeutique. C'est du reste un fait général que les progrès de la médecine procèdent bien souvent des découvertes des sciences réputées accessoires.

L'électricité médicale pure s'est enrichie des courants de haute fréquence, de la diathermie, et à côté d'elle se sont élevées toute une série de méthodes nouvelles, le radiodiagnostic, la radiothérapie, la photothérapie, la finsenthérapie, la radiumthérapie, qui ont considérablement étendu son domaine, et qui continuent à soulever une foule de problèmes des plus intéressants.

Si bien qu'aujourd'hui en raison de cette extension de l'électrologie appliquée à la médecine nous sommes amenés à en diviser les applications en deux grandes classes, les applications directes et les applications indirectes.

Les applications directes se définissent d'elles-mêmes. Ce sont les applications à l'organisme, et sans transformation préalable du courant de la pile, du courant d'induction, des courants de haute fréquence, de l'électricité statique.

Sans doute quand on entend des médecins électriciens, parler de courants continus, de décharges statiques, de courant sinusoïdal, de courant rythmé ou ondulé, d'électrolyse, d'ionisation, de diathermie, de fulguration, d'effluvation de haute fréquence, on est un peu effrayé du nombre de modalités des courants et des variétés de leurs applications ; aussi le médecin praticien non prévenu a-t-il tendance à se désintéresser de l'électricité médicale comme d'une chose réservée exclusivement au spécialiste. Mais il en est de l'électricité médicale comme de toutes les thérapeutiques spéciales : une partie des applications nécessite l'intervention d'un spécialiste familiarisé avec l'emploi d'appareils coûteux et encombrants, mais une autre partie n'exige qu'un outillage simple et se trouve à la portée de tout médecin, à condition qu'il veuille bien se pénétrer de certains principes essentiels et qu'il ne s'imagine pas, comme on l'a cru pendant longtemps, que faire de l'électrothérapie se borne à secouer vigoureusement quelques masses musculaires ou à ébranler douloureusement la sensibilité des malades.

* * *

La biologie nous apprend qu'il existe pour chaque organe un excitant particulier qui déclenche sa fonction : on l'appelle l'excitant spécifique ou excitant adéquat : c'est la vibration des corps sonores pour l'oreille, les ondes lumineuses pour l'œil, la volonté pour le muscle strié : nous parlons d'influx nerveux pour les autres.

Et les organes sont spécialement adaptés à la réception de ces excitations.

Mais quel que soit à cet égard leur degré de perfection, ils répondent tous au courant électrique. L'électricité mérite donc bien la dénomination d'excitant général de la matière organisée, puisqu'elle est propre à réveiller toutes les activités cellulaires.

C'est ainsi qu'elle provoque des sensations visuelles, auditives, mais toutefois d'un caractère rudimentaire par rapport à celles que produit l'excitant spécifique.

Il est bien certain en effet qu'elle ne crée pas d'images sur la rétine et que par aucune de ses modalités, nous ne pouvons reproduire la gamme. Par contre, elle se substitue admirablement à l'excitation volontaire, à l'influx nerveux.

A l'instar de l'influx nerveux, elle fait contracter les muscles et nous avons même des procédés qui nous permettent d'imiter de très près le rythme de la contraction volontaire (courants ondulés).

Cela ne veut pas dire qu'elle soit le seul agent d'excitation et qu'il n'y en ait point d'autre. Il y a sans doute des excitants mécaniques (le choc par exemple), qui sont susceptibles de mettre en jeu la contraction musculaire, des excitants chimiques : les acides provoquent la sécrétion glandulaire, dans la bouche, dans l'intestin.

---

(1) Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris et recueillie par le docteur Gaullieur L'Hardy.

Mais de tous ces agents, c'est l'électricité qui, par la profondeur de son action, par sa facile graduation, par la remarquable souplesse de son emploi, se place au premier rang.

Toutes les fois que nous mettons en jeu sur le muscle strié l'action excito-motrice de l'électricité, nous faisons ce que l'on appelle aujourd'hui la gymnastique électriquement provoquée.

C'est la base du traitement des paralysies, et, depuis Duchenne (de Boulogne), nous savons qu'il n'est pas de meilleur procédé pour conserver la fonction momentanément suspendue des organes contractiles, comme dans les névrites par exemple.

Il n'est pas besoin du reste que les neurones moteurs soient altérés pour justifier l'emploi de l'électrisation. Bergonié a montré récemment qu'en provoquant la contraction artificielle de l'ensemble de l'appareil locomoteur, on pouvait obtenir tous les effets, sur la nutrition générale, du travail musculaire physiologique, sans fatigue pour le système nerveux, sans surcroît de travail pour le muscle cardiaque.

Et cette méthode, il l'a appliquée avec succès au traitement des maladies par ralentissement de la nutrition, et en particulier à l'obésité.

En somme, grâce à l'*action excito-motrice* des courants électriques, nous faisons travailler les muscles avec tous les privilèges attachés à cette fonction alors que la contraction volontaire a diminué, disparu ou se trouve contre-indiquée.

Le courant se trouve être ainsi un précieux agent d'orthopédie.

L'activité de la fibre musculaire lisse elle-même peut être accrue. Boudet (de Paris) a mis à profit cette propriété dans l'obstruction intestinale lorsqu'il a imaginé le lavement électrique, et j'ai eu l'occasion de l'étudier dans mes recherches sur l'excitabilité de la fibre musculaire utérine.

Les effets *excito-sécrétoires* de l'électricité paraissent avoir jusqu'ici préoccupé davantage le physiologiste que le médecin-électricien.

Il est cependant vraisemblable que l'avenir nous réserve des surprises, lorsque nous saurons, mieux que nous le faisons aujourd'hui, exciter d'une façon durable la glande mammaire, les glandes intestinales et même les glandes à sécrétion interne comme le corps thyroïde.

Les courants électriques agissent aussi sur les nerfs sensibles et sont susceptibles d'effets sédatifs.

Pour les obtenir, on s'adresse, soit au courant continu qui paraît dans certaines circonstances jouir d'un certain pouvoir anélectrotonique, soit aux modalités qui par transformation engendrent de la chaleur.

J'ajoute qu'au point de vue analgésique on a rapporté de bons résultats des applications de radium, de rayons bleus et de l'utilisation locale d'une variété particulière de courant, le courant de Leduc qui est constitué par la succession très rapide d'ondes galvaniques.

Toutefois, il faut faire des réserves sur l'anesthésie générale que l'on a essayée en chirurgie avec cette dernière modalité. Elle ne me paraît pas exempte de dangers, d'autant plus que, comme je l'ai montré avec Dimier, ses caractères la rapprochent singulièrement du coma épileptique.

La production de chaleur par l'électricité exige des intensités considérables. Aussi la transformation immédiate de l'énergie électrique en chaleur au sein de l'organisme par le courant n'était-elle réalisable que si, malgré leur intensité, les courants n'étaient pas ressentis ou ne provoquaient aucune destruction de tissu. C'est à ce desideratum que répondent les courants alternatifs de haute fréquence — courants de haute intensité, mais qui, parce que alternatifs, ne déterminent pas de destruction électrolytique, et, parce que de haute fréquence, ont une période d'oscillation trop courte pour exciter nos nerfs et nos muscles.

Déterminée par le passage du courant dans les tissus mêmes, ou plus exactement sur la résistance que lui oppose l'organisme, la chaleur se développe au sein des tissus par *effet joule*, ce qui constitue un mode de thermothérapie entièrement distinct des applications courantes de la thermothérapie, hydrothérapie, balnéothérapie, cataplasmes, etc., où la chaleur n'arrive dans les parties profondes que par conductibilité calorifique.

Au delà de certaines limites d'intensité, cette *diathermie électrique* peut devenir destructive : si la température intratissulaire dépasse 55 ou 60 degrés, la coagulation de l'albumine se produit; la cellule se nécrose. Cette thérapeutique, assez appréciée en Allemagne où on l'utilise à la destruction des tumeurs, a été récemment réimportée en France. Je l'ai vu appliquer en particulier dans le service du professeur Delbet.

Je dis réimportée, parce que c'est à d'Arsonval que nous devons les principes et les premières démonstrations physiologiques de cette application des courants de haute fréquence.

Destructive encore, l'électricité apparaît par les *phénomènes électrolytiques* du courant continu. Mais, à un moindre degré, les phénomènes chimiques peuvent déterminer seulement des modifications particulières du métabolisme cellulaire, et les échanges d'ions à travers les multiples membranes de l'édifice cloisonné qui constitue notre organisme nous expliquent bien des résultats thérapeutiques.

Il est une action remarquable du pôle négatif, l'action sclérolytique, que l'on utilise pour la cure des rétrécissements des conduits de l'organisme, l'assouplissement des tissus scléreux ou la résorption des tissus plastiques. La théorie de l'électrolyse nous permet de les rapporter à des phénomènes chimiques péripolaires et à des effets de transport.

La question des accidents de l'électricité atmosphérique et surtout de l'électricité industrielle qui, avec le développement des usines électriques, des canalisations d'éclairage et de force augmentent de fréquence tous les jours, offre un intérêt particulier. Elle ne ressortit pas seulement à l'hygiène publique du fait des prescriptions à édicter dans les usines ou des recommandations à faire à l'occasion d'un accident; elle intéresse encore tout particulièrement le physiologiste du fait des théories qui ont été avancées pour expliquer le mécanisme de la mort, comme aussi l'ophtalmologiste qui, dans la multiplicité des accidents oculaires de l'énergie électrique, trouve un champ d'étude des plus attrayants.

*
* *

Les *applications indirectes* de l'électricité sont le résultat de la transformation de l'énergie électrique en une autre forme d'énergie utilisable dans les diverses branches de la médecine.

Nous savons transformer l'énergie électrique en chaleur dans un fil de résistance appropriée et non

fusible. C'est le principe de l'électro-cautère, procédé élégant et modernisé de la thérapeutique par le feu. Faisons passer sur ce fil un courant d'air et nous obtiendrons ainsi de l'air à haute température dont les effets thérapeutiques sont aujourd'hui très appréciés.

Au lieu de provoquer l'incandescence à l'air libre, produisons-la dans le vide, et nous avons la lampe électrique qui nous intéresse, nous, médecins, à un double point de vue :

D'abord relativement au problème de l'éclairage des lieux habités, de la prophylaxie des troubles oculaires chez les écoliers, etc., ensuite parce que sous un volume réduit elle devient un auxiliaire précieux de nos moyens d'exploration.

Grâce à elle, nous pouvons explorer la transparence de certains tissus, les sinus de la face ou les parois gastriques par exemple, ou bien, pénétrant dans les cavités profondes nous pouvons commettre les plus utiles indiscrétions.

Depuis Nitze l'on a porté la lampe dans la vessie ; depuis peu d'années nous éclairons ainsi le rectum, les bronches, l'œsophage et l'on sait les services que ces méthodes d'exploration rendent tous les jours au diagnostic.

Avec les incessants perfectionnements de l'instrumentation, on peut se demander du reste où s'arrêtera cette course à l'exploration directe, puisque maintenant grâce au prisme à réflexion totale introduit dans l'estomac, selon la méthode de Lœning-Stieda, modifiée par Moure, on peut parcourir de l'œil la paroi interne de cet organe, avec la même facilité qu'on explore l'horizon avec le périscope en navigation sous-marine.

La lampe à incandescence a naturellement pénétré en thérapeutique.

On a parlé tout d'abord de photothérapie, de bains de lumière ; puis on s'est rendu compte que leur action était surtout due à des effets calorifiques, à l'échauffement de l'air au contact des ampoules dans une enceinte fermée, beaucoup plus qu'à la radiation elle-même (chaleur radiante lumineuse, bains Dowsing, thermo-luminothérapie, etc.).

Si, au lieu de dépenser l'énergie électrique dans un fil, nous l'utilisons à produire l'incandescence des gaz à l'air libre ou dans une atmosphère raréfiée, nous recueillerons un produit de transformation qui, dans les applications de l'électricité aux sciences médicales, mérite aujourd'hui les développements les plus étendus.

L'arc électrique, ou plus exactement l'incandescence de la vapeur de carbone, les arcs métalliques, la vapeur de mercure dans le vide sont des sources puissantes de rayons chimiques, particulièrement de *rayons ultraviolets*.

Ces radiations nous les retrouvons dans la nature : dans l'émission solaire.

Aussi, au point de vue biologique, l'étude des radiations naturelles est-elle inséparable de celle des radiations engendrées par la transformation de l'énergie électrique.

Dans la nature, nous rencontrons ces rayons comme le disait Finsen, promoteurs de vie et d'énergie : nous disons aujourd'hui *eubiotiques*.

On a même été jusqu'à dire que l'ultraviolet est indispensable à la vie. Mais, ainsi présentée, la proposition n'est pas rigoureusement vraie. Si parmi les radiations quelques-unes sont indispensables à la vie ce sont les radiations de grande longueur d'onde, les rayons chauds.

Peut-être dira-t-on que la chaleur radiante, émanée directement de sa source pour venir frapper les organismes vivants, ne leur arrive pas à l'état de pureté et que les radiations thermiques, avant de nous atteindre, rencontrent toujours des couches d'air, de vapeur d'eau, ou des liquides dans lesquels elles s'amortissent en élevant leur température. Sans doute recevons-nous un mélange de chaleur de convection et de chaleur radiante, la première, au point de vue biologique, l'emportant de beaucoup en importance sur la seconde ; il n'en est pas moins vrai cependant qu'à l'origine nous retrouvons l'énergie thermique sous forme de chaleur radiante.

Si celle-ci n'existait pas la vie serait impossible sur notre globe.

Lorsqu'on dit que l'ultraviolet est indispensable à la vie, c'est que l'on a spécialement en vue la vie des êtres supérieurs, et que l'on a reconnu depuis peu son rôle et sa puissance comme agent de défense dans la lutte contre les microorganismes. Ou du moins l'a-t-on reconnue scientifiquement, car, depuis des siècles, on connaît le pouvoir assainissant des rayons du soleil : le peuple expose inconsciemment ses linges souillés à la lumière et met à l'air les vêtements ; certaines peuplades des pays chauds rendent potables les eaux de leurs marais en les exposant dans des récipients aux rayons du soleil ; des deux côtés d'une rue inégalement ensoleillée celui où la mortalité est la plus accusée est le plus obscur. Là où le soleil n'entre pas, dit le proverbe italien, entre la maladie et le médecin.

Pasteur a montré que l'air des montagnes était plus pauvre en germes que l'atmosphère des plaines. Au fur et à mesure que l'on s'élève dans l'atmosphère, l'air est en effet de moins en moins chargé de poussières qui absorbent les radiations les plus réfrangibles.

Sur l'eau, l'action du spectre chimique s'exerce à plusieurs mètres de profondeur et des prises comparatives faites dans l'eau de rivière à une certaine distance d'une grande ville, comme dans la Seine à Mantes (Pasteur et Miquel) et dans l'Isar en aval de Munich (Prausnitz), ont toujours montré que le nombre des bactéries était moindre le jour que la nuit.

Il n'est donc pas surprenant que l'hygiène et la thérapeutique aient cherché à tirer parti des enseignements de la nature et à utiliser les puissants effets de la radiation chimique pour la cure de certaines affections bacillaires (sanatoria d'altitude). Et lorsque l'industrie a su réaliser des sources artificielles puissantes d'énergie actinique, les sciences médicales se sont proposé d'imiter la nature et d'utiliser le plus puissant agent de destruction microbienne que nous connaissions : le spectre chimique. La désinfection locale a été la pensée primitive de Finsen ; la stérilisation des eaux potables est entrée dans la pratique courante grâce à la découverte de la lampe à vapeur de mercure.

Enfin, il est quelques chirurgiens très modernes qui, pour aseptiser l'air de leur salle d'opération, n'ont pas hésité à y introduire une source puissante d'ultraviolet.

Le rôle et l'avenir de l'ultraviolet au point de vue de l'hygiène est donc immense.

Notre organisme s'est adapté par accoutumance et hérédité aux radiations normalement émises par le soleil. Mais si dans l'énergie physique extérieure se produit un changement brusque et que l'adaptation

ne puisse se faire, l'organisme se trouve en état d'infériorité ; l'énergie extérieure engendre des désordres. Si, venant de la plaine, nous montons sans transition sur un glacier, où les radiations actiniques sont diffusées de la manière la plus intensive, nous contracterons rapidement sur nos téguments non protégés un coup de soleil, accident qu'il ne faut pas confondre avec le coup de chaleur. Celui-ci est en effet un accident qui résulte de l'insuffisance de nos moyens de défense contre l'excès de température : la vaso-dilatation périphérique et la sudation.

A dose élevée ou dans des conditions insolites la radiation chimique naturelle devient donc pour la cellule épidermique, *nocive*, *abiotique*. Et si nos organes profonds ne sont pas atteints par le coup de soleil c'est que l'ultraviolet est rapidement absorbé par les couches les plus superficielles, qu'il n'a qu'un faible pouvoir de pénétration.

Cette nocivité de l'ultraviolet naturel existe aussi avec les sources artificielles. C'est même à celles-ci que nous devons sa connaissance.

C'est en observant les accidents survenus aux ouvriers s'occupant de la soudure des métaux avec l'arc électrique que Charcot eut l'idée que ce qu'on considérait jusque-là comme des brûlures par la radiation thermique pouvait bien être dû à la radiation chimique.

L'ultraviolet artificiel détermine donc des ophtalmies, des érythèmes : c'est le coup de soleil électrique. Ce coup de soleil électrique, cet érythème artificiel photo-électrique, la thérapeutique se l'est appropriée et c'est par lui que nous traitons le lupus dans la finsenthérapie, ou que nous nous attaquons aux dermatoses, quand nous employons la lampe à vapeur de mercure, plus connue peut-être sous le nom de son principal promoteur en Allemagne : *la lampe de Kromayer*.

Mais l'énergie physique extérieure ne procède pas toujours avec violence et elle laisse quelquefois à l'organisme le temps de s'accoutumer, de s'adapter. Si l'organisme en a le temps, il se défend ou, pour employer un néologisme à la mode, il répond par ses fonctions antixéniques.

En matière de radiation, la peau se défend contre les atteintes faibles mais répétées par la pigmentation. Le cultivateur, le guide de montagne, le marin n'attrapent jamais de coup de soleil en raison du pigment que recèle leur enveloppe cutanée. Nous nous hâlons temporairement lorsque nous allons faire un séjour au bord de la mer ou à l'altitude. Le pigment peut être en effet considéré comme un corps noir, et le corps noir absorbe toutes les radiations : il protège donc les cellules épidermiques sous-jacentes.

Or c'est cette accoutumance progressive, et la production de pigment *que recherche l'héliothérapie*, cette méthode de traitement de la tuberculose chirurgicale ou pulmonaire dont les résultats sont si remarquables et qui semble avoir conquis aujourd'hui une faveur légitime.

Est-ce à dire que l'héliothérapie soit une conquête récente de la thérapeutique ?

De fait, on pourrait remonter jusqu'à l'héliose d'Hérodote, ou du moins citer des auteurs du XVIIIe siècle qui savaient parfaitement qu'avec le soleil on contrariait la scrofule.

En faisant ces dernières années renaître l'héliothérapie de ses cendres, on a voulu lui donner une origine helvétique, et attribuer l'honneur de sa renaissance à Bernhardt (de Samaden). Question de mode sans doute, ou habitude de laisser passer inaperçus les travaux d'origine française, car bien avant Bernhardt, Ollier et Poncet (de Lyon) exposaient des arthrites ou des ostéo-arthrites bacillaires aux rayons du soleil lyonnais.

*
* *

Lorsqu'on fait passer la décharge électrique dans une ampoule dont l'air a été raréfié jusqu'au millionième d'atmosphère, le courant électrique dissocie le gaz résiduel.

Les éléments négatifs ou électrons sont projetés par la cathode et viennent frapper la paroi.

L'arrêt brusque des électrons libère une forme d'énergie rayonnante spéciale : les rayons de Röntgen.

Contrairement aux radiations que nous venons d'étudier, les rayons de Röntgen n'existent pas dans la nature.

En cherchant bien cependant, on peut trouver dans la nature un corps dont les propriétés offrent certaines analogies, le radium, et un produit de transformation de ce corps, l'émanation, véritable gaz, au point de vue physique, qui paraît être le principal agent de l'efficacité de certaines eaux minérales, si longtemps inexplicable par leur seule composition chimique.

Le radium et les rayons X n'intéressent donc pas l'hygiène, mais par contre ils occupent aujourd'hui en thérapeutique une place considérable.

L'un et l'autre sont des agents vulnérants au premier chef : dans bien des cas ils ont une similitude d'action qui rappelle leur analogie physique ; dans d'autres ils montrent des effets dissemblables qui tiennent sans doute à ce fait que la radiation du radium est polymorphe, qu'il émet des rayons anodiques et cathodiques qu'avec nos moyens actuels nous ne pouvons pas faire sortir du tube de Crookes, et qu'enfin ses rayons X, ou plutôt leurs homologues, les rayons γ, ont un pouvoir de pénétration moyen très supérieur.

Quoi qu'il en soit, l'un et l'autre sont des agents nocifs dont nous connaissons les dangers depuis que nous connaissons les radiodermites et les radiumdermites.

Mais c'est précisément aussi à la connaissance de ces accidents que nous devons celle de leur action thérapeutique.

Les premières découvertes dans l'ordre nocif des rayons de Röntgen et des rayons de Becquerel-Curie, en montrant la facilité des lésions cutanées, avaient dès le début fait attribuer aux éléments cellulaires de la peau une sensibilité en quelque sorte élective.

Ultérieurement, les travaux de Albert Schœnberg et de Halberstædter en attirant l'attention sur la vulnérabilité des *organes reproducteurs*, ceux de Heinecke en nous montrant le défaut de résistance des éléments cellulaires des organes hématopoïétiques, obligèrent rapidement à déplacer le point de vue initial.

Bergonié et Tribondeau ont en effet montré dans la suite, par une loi aujourd'hui devenue classique, le rôle de l'activité karyokinétique et l'importance pour chaque cellule de son éloignement du stade de fixité, du stade de fonction élevée et accomplie.

Désormais, et bien qu'elle prête encore à quelques objections, la loi de Bergonié-Tribondeau nous donne la mesure de la sensibilité cellulaire vis-à-vis des rayons X.

C'est grâce à ces différences de sensibilité de nos cellules, aux conditions toutes particulières de cette action cytolytique, que la radiologie est entrée dans le domaine thérapeutique.

A l'instar d'un bistouri invisible et intelligent, comme l'a dit M. Pierre Marie, l'émission du tube de Crookes sépare, en la frappant de mort, la cellule nuisible par son activité reproductrice désordonnée de la cellule saine voisine qui reste inaltérée.

Et ce travail, elle peut l'accomplir à toute profondeur de l'organisme, pourvu que la diminution d'énergie röntgénienne (qui résulte de la loi du carré des distances et de la loi exponentielle d'absorption) soit suffisamment compensée par la grande sensibilité de la cellule à détruire.

La radiothérapie et la radiumthérapie ont fait faire des progrès considérables à la thérapeutique des cancers, des leucémies. Et depuis peu d'années nous utilisons cette méthode avec succès dans le traitement des adénopathies qui jusqu'ici n'étaient que du ressort chirurgical, dans la maladie de Basedow, et certaines affections du système nerveux, comme la syringomyélie, et certaines formes de sciatique-névrite.

Les effets physiologiques et thérapeutiques des rayons X nous montrent que la sensibilité des éléments cellulaires est d'autant plus grande qu'ils sont plus voisins de la phase embryonnaire. Dans la rate, les rayons s'attaquent plus spécialement aux organes formateurs des globules blancs, dans la lignée séminale, aux spermatogonies, dans l'épiderme, à la couche basale génératrice.

Mais ce n'est pas là une propriété exclusive des rayons X.

C'est au contraire une propriété très générale de l'énergie rayonnante, et il est probable que les rayons ultraviolets arrêteraient tout aussi bien l'évolution de la leucémie, s'ils étaient assez pénétrants.

C'est en effet aussi sur la couche basale de l'épiderme que les rayons ultraviolets présentent leur maximum d'action vulnérante, comme le prouvent les faits observés avec ce genre de radiations, frappant un organe assez mince pour être traversé par elles : une oreille de lapin par exemple (Purkhauer).

Dans ces conditions, on voit les couches basales de l'épiderme détruites du côté de la sortie des radiations aussi bien que sur la face d'entrée, alors que les autres tissus sont indemnes.

Là ne s'arrête pas l'analogie. Dans toute l'épaisseur des téguments où peuvent pénétrer les rayons ultraviolets, on les voit amener des réactions semblables à celles des rayons X. Ceux-ci provoquent parfois un *érythème précoce*, baptisé préérythème ou préréaction qui rappelle singulièrement l'érythème solaire et doit être interprété comme une congestion banale et commune à toutes les causes d'excitation.

Après une période de latence plus longue avec les rayons X qu'avec les radiations actiniques qui s'amortissent bien plus nombreuses dans les couches superficielles de l'épiderme, on voit apparaître un *mode de défense identique, la pigmentation*. La peau, en effet, ne possède contre l'excès d'énergie radiante, quelle qu'en soit la source ou la nature, qu'un seul et même mode défensif : l'hyperémie contre les atteintes brutales, la pigmentation contre les atteintes moyennes répetées. Elle ne différencie pas la radiation röntgénienne de la radiation actinique.

Si les cellules sont frappées par des radiations insuffisantes pour en nécroser à la fois toute une assise, *il peut arriver, ou bien que quelques cellules isolées disparaissent*, ou bien que, *blessées seulement*, elles réagissent à cette excitation anormale par une suractivité vitale exagérée. Dans l'un ou l'autre cas on verra survenir de véritables *monstruosités cellulaires* comparables à celles que produisent les agents physiques en embryogénie.

Regaud et Blanc ont trouvé, dans les cellules de la lignée spermatique, de véritables tératocytes, noyaux de spermatides multiples, géants et nains, des têtes de spermatozoïdes difformes.

Sur les mains, atteintes de radiodermite chronique, on aura, à côté d'ulcérations répondant à des destructions partielles, de la couche basale, des *monstruosités hyperplasiques*, sous forme de *verrues*, de *papillomes*, et même d'*épithéliomes*.

Et considérant cette analogie d'action des rayons X et des radiations ultraviolettes, on ne peut s'empêcher de faire un rapprochement entre la main de Röntgen (*Rœntgenhand*) et la peau de marin [*Seemannshaut* (1)].

On admet aussi depuis longtemps l'influence de la lumière sur le *xeroderma pigmentosum*, ce cancer du jeune âge que Quinquaud appelait l'épithéliomatose présénile, sur la papillomatose, sur l'*ulcus rodens*, qui ne se montrent guère chez les vieillards que sur les régions découvertes.

Donc avec les rayons X, comme avec les rayons actiniques, irritation de la peau, amenant les cellules de l'épiderme au stade d'hyperkératose et de cancer.

Ces réflexions de pathologie générale constituent une réponse à la question si souvent posée : les rayons X donnent-ils le cancer ? Oui sans doute, au même titre que toutes les causes extérieures d'irritations répétées ; mais de toute façon si quelqu'un doit être impressionné par l'éventualité de ce danger, ce n'est pas le malade traité par les rayons X, et qui n'est passible que de la radiodermite aiguë, mais le radiothérapeute qui les manie sans se protéger suffisamment. Nous en connaissons, malheureusement parmi nos collègues, et surtout parmi les pionniers de la première heure de trop nombreux exemples.

*
* *

La place que les rayons de Röntgen se sont acquis parmi les procédés d'exploration cliniques n'est pas moins considérable que celle qu'ils occupent en thérapeutique.

Les rayons X se propagent en ligne droite à partir de leur centre d'émission, et le faisceau issu de l'anticathode est un faisceau conique.

Or tout corps opaque placé sur le trajet d'un faisceau semblable détermine sur un écran approprié la production d'une ombre. Cette ombre sera perçue par l'écran rétinien quand il s'agira d'un faisceau

---

(1) Unna a donné ce nom aux altérations chroniques du revêtement cutané chez les gens de mer et qui consistent dans un *épaississement de la couche cornée*, la production de crevasses et de verrues qui peuvent devenir le point de départ d'*ulcus rodens*.

lumineux, mais l'absence de sensibilité de notre œil pour les rayons X nous oblige à transformer ceux-ci en radiation pour lesquelles notre œil est adapté.

Cette transformation nous l'opérons par l'écran fluorescent en radioscopie, par la plaque photographique en radiographie. C'est ainsi que nous décelons les *corps étrangers* opaques, les *lésions multiples* qui modifient la transparence des tissus, vis-à-vis de la radiation röntgénienne.

Et lorsque les organes que nous examinons ne sont pas par eux-mêmes susceptibles de porter ombre sur l'écran, nous les y obligeons parfois en les moulant sur une substance opaque et inerte au point de vue chimique, ou en augmentant leur transparence par une insufflation gazeuse.

L'injection de bismuth nous révèle aujourd'hui mieux que le stylet les méandres des trajets fistuleux, l'injection intra-urétrale de collargol, les anomalies du bassinet : c'est la pyélographie.

Enfin l'ingestion dans les voies digestives nous conduit au diagnostic de bien des altérations de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin.

Grâce à la radioscopie nous pouvons étudier le fonctionnement des organes, établir leurs rapports, les mesurer même comme nous le faisons par exemple pour le cœur avec l'orthodiagraphe.

Ce n'est pas à dire que ce moyen d'exploration doive remplacer la percussion, l'auscultation et la palpation, mais il mérite dans la plupart des cas de s'y ajouter, tant il est vrai qu'un grand nombre de surprises ont été révélées par l'examen radiologique.

C'est ainsi que depuis bien longtemps on palpait l'estomac, et qu'on se méprenait sur sa forme et sa situation exactes.

De plus en plus les médecins reconnaissent l'importance de ce procédé d'exploration, *de moins en moins* ils pourront s'en passer ; dans un avenir très proche, chaque service d'hôpital ou chaque cabinet médical aura comme annexe un petit coin sombre, au même titre qu'un stéthoscope ou un appareil à mesurer la tension artérielle.

CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE DU SYNDROME DE LITTLE

Par M. L. BABONNEIX.

Le rôle des infections gravidiques dans le développement de la maladie de Little est aujourd'hui bien démontré, et tous les articles classiques mentionnent, comme causes efficientes de la rigidité paraplégique congénitale, la tuberculose, la syphilis, l'érysipèle (Roux), le choléra (Fragnito). Dans cette liste, ne figurent pas les oreillons, bien que ceux-ci frappent avec une prédilection singulière le névraxe ou ses enveloppes. Et cependant l'infection ourlienne peut, dans des cas assurément exceptionnels, être l'origine d'un syndrome de Little, comme le montre le fait suivant que nous avons pu suivre avec M. le professeur Hutinel.

* * *

Observation. — Mme X..., d'une bonne santé habituelle, est atteinte d'oreillons le 1er avril 1909. Elle croit avoir été contagionnée par un collégien qui, quelque quinze jours auparavant, se trouvait à côté d'elle dans le métro. Ses oreillons évoluent normalement : à signaler seulement que Mme X..., qui, à ce moment, était enceinte de quatre mois et demi à cinq mois et avait déjà senti le fœtus remuer, remarqua que, pendant toute la période fébrile, les mouvements actifs avaient disparu.

Dix-sept jours après, le *mari*, qui avait soigné sa femme et n'avait pas cessé de partager sa chambre, malgré toutes les recommandations, est atteint à son tour. Le 21, sa température s'élève à 40 degrés ; en même temps, il se plaint d'une vive douleur dans le testicule droit ; toute la partie correspondante du scrotum est tuméfiée, tendue, rouge foncé, le testicule et l'épididyme sont augmentés de volume, il y a un peu d'épanchement dans la vaginale. Le côté gauche est normal. Il existe un état gastrique accusé, de l'abattement, de la tachycardie, mais pas de délire. M. Hutinel prescrit des bains frais qui sont bien supportés. On ordonne aussi un suspensoir bien ouaté et des frictions à l'onguent napolitain. Peu à peu, tous les symptômes locaux et généraux s'atténuent, et le malade entre en convalescence, mais il est très affaibli, il a maigri d'une façon extraordinaire, et plusieurs mois s'écoulent avant qu'il soit revenu à son état de santé antérieur. Notons que, dans les derniers jours de la maladie, il a éprouvé quelques vertiges et perçu quelques bruits subjectifs (cloches, etc.) ; ces phénomènes auriculaires n'ont d'ailleurs pas persisté. Il est revu en août par le docteur Detot qui constate une *atrophie complète du testicule droit*.

La *fillette* a été vue par M. Hutinel en novembre 1909. Sa mère raconte que, vers huit mois et demi, elle a eu une petite hémorragie. *L'accouchement, pratiqué par M. Delestre, s'est bien passé ; l'enfant n'est pas né en état d'asphyxie apparente.* Rien ne permettait de penser à la syphilis. Cependant, on est immédiatement frappé par l'aspect des yeux, qui sont *révulsés en bas*, de telle sorte qu'il existe un espace assez considérable entre le bord libre de la paupière inférieure et la circonférence de la cornée ; de plus, il existe une *raideur généralisée* occupant la nuque et les membres, et qui a été remarquée par la famille elle-même. Il n'y a pas de convulsions, pas de mouvements athétoso-choréiques, pas de troubles intellectuels. L'expression du visage est intelligente. Les réflexes tendineux sont partout exagérés. Le crâne est brachycéphale. En somme, il s'agit de syndrome de Little typique.

Ultérieurement, les phénomènes nerveux ont rétrocédé spontanément. La raideur a diminué ; les réflexes tendineux sont devenus moins vifs ; l'intelligence s'est développée d'une façon normale. La petite malade a commencé à parler et à marcher à l'âge habituel, si bien qu'à l'heure actuelle un diagnostic rétrospectif serait à peu près impossible.

* * *

En somme, sous l'influence d'une infection ourlienne, survenue au cinquième mois de la grossesse, est apparu un syndrome de Little évident, quoique léger, et spontanément curable. Ce fait nous a semblé intéressant à deux titres : il montre que les traumatismes obstétricaux ne sont pas tout, quoi qu'on en ait dit, dans le déterminisme de la maladie de Little ; il établit de plus qu'à côté de la syphilis qui joue dans le développement de cette maladie, ainsi que nous nous sommes efforcé de le prouver avec M. Hutinel (1), un rôle prépondérant, il est d'autres infections, comme les oreillons, qui peuvent, à l'occasion, intervenir elles aussi.

---

(1) Hutinel et Babonneix. La maladie de Little, *Assoc. franç. de pédiat.*, Congrès de 1911.

MÉDECINE PRATIQUE

EXAMEN CLINIQUE DE LA FONCTION DIAPHRAGMATIQUE

Par Henri PAILLARD,
Ancien interne lauréat des hôpitaux.

Il est des cas où l'atteinte du muscle diaphragme s'affirme avec la plus grande netteté, soit qu'une névralgie phrénique intense avec immobilisation de l'abdomen décèle l'absence de son fonctionnement, soit au contraire que le hoquet traduise son irritation. Mais, dans un plus grand nombre de cas encore, la fonction diaphragmatique pourra être altérée sans qu'apparaissent des symptômes aussi bruyants et aussi directs ; il faut alors rechercher par l'examen comment se comporte le diaphragme et le clinicien ne devrait considérer comme terminée l'exploration physique du thorax et de l'abdomen qu'après avoir vérifié ce point particulier. Il est souvent évident que le diaphragme se contracte : l'abdomen se soulève et se dilate à chaque inspiration, témoignant la souplesse des régions thoracique inférieure et abdominale supérieure ; si la respiration diaphragmatique est peu nette, on peut demander au malade de l'exagérer en « gonflant son ventre à chaque fois qu'il respire » et cela est encore suffisant pour l'examen.

Les cas très difficiles sont justiciables de la radioscopie; elle seule peut trancher définitivement en pareille matière. Mais sans recourir à cet examen, dont l'application n'est pas à la portée de tous, on peut, par quelques simples procédés cliniques, recueillir des renseignements utiles et déjà satisfaisants.

Il faut se proposer de savoir :

1° Si le malade présente couramment le type respiratoire diaphragmatique ;

2° En l'absence de ce fait, si le malade peut, lorsqu'on l'y invite, directement ou indirectement, contracter son diaphragme;

3° Si les contractions diaphragmatiques étant, malgré tout, peu évidentes, on peut affirmer la souplesse du muscle et de son voisinage immédiat, par conséquent l'absence de processus inflammatoire et douloureux à ce niveau.

Le malade doit être examiné dans le décubitus dorsal ; debout, les muscles de la paroi abdominale exagèrent leur tonicité et il convient qu'ils soient aussi relâchés que possible.

I. Il faut se rendre compte du type respiratoire adopté par le malade, sans le prévenir qu'on le regarde respirer ; trop souvent, en effet, quand on demande à un sujet de respirer, il prend immédiatement le type costal supérieur et, dans le cas particulier, ce type sera artificiel et momentané. Il convient, en laissant le malade aussi immobile que possible, d'examiner sa respiration en attirant son attention sur autre chose. Voici un procédé que l'on peut employer : après quelques mots, après une palpation « erratique qui permet juste de découvrir suffisamment le malade, on prend le pouls et on paraît le compter avec soin ; en réalité, pendant ce temps, on note le type respiratoire, costal supérieur avec ascension des clavicules, costal inférieur avec dilatation de la base du thorax, ou abdominal avec élargissement du ventre dans tous les sens. Il faut également noter la fréquence des mouvements respiratoires ; en cas de polypnée, le type respiratoire devient toujours moins franc ; toute la cage thoracique participe aux mouvements et la faible amplitude de ceux-ci empêche souvent de les définir avec netteté.

II. Supposons que l'examen précédent n'ait montré aucun soulèvement abdominal, à peine une faible dilatation de la base du thorax ; on en conclut que le diaphragme ne fonctionne pas. Peut-il néanmoins se contracter ? En demandant au malade de « gonfler son ventre » à chaque inspiration, on peut mettre en évidence la contraction diaphragmatique dans beaucoup de cas, mais ce ne sont pas ceux-là qui sont litigieux.

Voici un malade qui présente des douleurs à la base du thorax, douleurs imprécises, pariétales, thoraciques, abdominales, peut-être diaphragmatiques ; voici un autre malade qui se plaint de phénomènes douloureux très marqués dans la région épigastrique ; ces douleurs peuvent faire penser par exemple à une péritonite sous-phrénique par perforation d'ulcus stomacal.

Est-il possible, dans ces cas, de savoir si le diaphragme est ou non immobilisé ; suivant l'une ou l'autre éventualité, le diagnostic topographique et le diagnostic de gravité sont singulièrement facilités. Or il nous a paru que chez beaucoup de malades, on peut provoquer la contraction diaphragmatique en refoulant par une palpation large et profonde, les viscères abdominaux de bas en haut ; on refoule ainsi le diaphragme lui-même et celui-ci répond en se contractant plus ou moins



fortement et en soulevant l'abdomen à chaque inspiration (1). Précisons la technique : il faut poser la main à plat sur le ventre, perpendiculairement à l'axe du corps, à cheval sur l'ombilic, mais le débordant plus en bas qu'en haut ; puis il faut appuyer progressivement et profondément, le bord inférieur de la main (ici le bord cubital) s'enfonçant toujours le premier, de manière à refouler les viscères surtout de bas en haut ; au bout de quelques secondes, le malade fait une inspiration abdominale hésitante, puis une autre plus marquée, enfin le diaphragme se contracte d'une façon telle qu'à chaque mouvement inspiratoire la main est largement soulevée, et le phénomène devient évident à la simple inspection.

Tel est ce que l'on peut appeler le réflexe diaphragmatique. Lorsqu'on le constate d'une façon très nette chez un individu dont le diaphragme paraissait immobilisé on en conçoit tout l'intérêt ; mais faut-il conclure de son absence que le diaphragme est forcément le siège d'un processus pathologique ? Certainement non.

---

(1) Il est intéressant de rapprocher notre conception sur ce point de celle de Thooris. Cet auteur insiste sur la nécessité d'un certain degré de tension abdominale pour le fonctionnement utile du diaphragme ; chez les soldats atteints de coup de chaleur, il réveille et régularise les contractions diaphragmatiques en appliquant les deux poings fermés sur le bas-ventre et en exerçant une pression progressive. De plus, il fait de cette compression abdominale une méthode de rééducation respiratoire. D'après lui, « le thorax s'en va parce que le ventre s'écroule ». En comprimant l'abdomen il fournit au diaphragme un meilleur point d'appui sur la masse intestinale.

François-Franck (*Société de Biologie*, 30 janvier 1904) a noté que l'on supprime la respiration diaphragmatique du chien anesthésié lorsqu'on le place dans la position verticale. Mais on rend au diaphragme sa fonction si l'on soutient les viscères abdominaux en appliquant une large ceinture.

On ne peut empêcher le malade de se contracter; il résiste à la sensation d'étouffement que produit le refoulement du diaphragme, il respire avec ses côtes supérieures, il se plaint d'une douleur au point d'application de la main et celle-ci doit être enlevée. Au reste, il est inutile d'annoncer au malade que l'on examine sa respiration ; simplement, lorsqu'au cours de la recherche il se plaint d'étouffer un peu, il faut lui recommander « de respirer à son aise ». Très commun chez l'homme, le réflexe diaphragmatique est plus délicat à provoquer chez la femme habituée au corset. Néanmoins, la fréquence globale avec laquelle on le rencontre en fait un signe d'application vraiment pratique.

III. Les procédés que nous venons de décrire ne sont pas d'une grande complexité ; il ne sera ni long ni difficile de les compléter par une épreuve encore : l'épreuve de la toux. Lorsqu'un individu tousse franchement, il vide ses poumons non seulement avec ses muscles thoraciques, mais avec son diaphragme, ou plus exactement avec les muscles de la paroi abdominale qui, en se contractant, refoulent le diaphragme en haut. Il y a donc là un moyen indirect d'exploration de ce muscle, puisque, s'il est malade ou douloureux, il ne se laissera pas mobiliser. Aussi bien il y a deux manières de tousser qu'il est assez curieux d'opposer : soit un malade atteint d'une péritonite généralisée, d'une pleurésie diaphragmatique, etc. ; lorsqu'on lui demande de tousser, il fait avec hésitation une expiration timidement bruyante, qui n'a rien de l'éclat glottique de la toux ; l'abdomen reste entièrement immobile et sa paroi se contracte sur place.

Soit au contraire un individu sain : celui-ci toussera surtout « avec son ventre » et c'est une forte contraction de la paroi abdominale qui déterminera la chasse d'air ; pour percevoir le phénomène avec plus de netteté, il est bon de déprimer un peu l'abdomen avec la main appliquée à plat ; puis on demande au malade de tousser et la main est soulevée par l'abdomen qui devient globuleux. Cela est tout à fait net chez un individu normal ; cela l'est peut-être plus encore chez les sujets dont la paroi est flasque, les obèses, les cirrhotiques ponctionnés ; ils doivent, pour tousser franchement, « ramasser leur ventre de tous les côtés », opération pénible et ne donnant pas toujours une toux bien éclatante.

***

Tel est, brièvement exposé, le principe des quelques procédés cliniques que nous avons voulu, non pas décrire, car il n'y a rien là qui nous semble tout à fait nouveau, mais adapter d'une façon plus précise à l'étude de la fonction diaphragmatique. Les applications en sont nombreuses, ainsi que nous l'a montré l'examen journalier et nos observations cliniques ont toujours été d'accord avec la radioscopie ; il est certain que celle-ci permet de mieux définir le fonctionnement du diaphragme et surtout de mesurer exactement ce qui, dans la contraction du muscle, revient au côté droit et au côté gauche. Elle est donc à la fois un élément de contrôle et de précision ; il ne faut pas oublier cependant qu'il y a des cas où elle ne renseigne nullement : les pleurésies ou congestions pulmonaires qui donnent une opacité de toute la base du thorax. L'examen clinique, tel que nous l'avons décrit, peut rendre service dans ces circonstances.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 MARS 1912)

Ostéo-arthropathie hypertrophiante et polyurie. — M. APERT montre un jeune homme de dix-sept ans dont les quatre extrémités sont très hypertrophiées ; la radiographie montre que les os prennent une grande part à cette augmentation de volume et sont surtout augmentés de dimension en épaisseur ; il y a en outre des arthropathies des petites articulations des doigts qui sont très lâches, et des genoux qui sont atteints d'hydarthrose. Il s'agit d'ostéo-arthropathie hypertrophiante type de Pierre Marie, et non pas d'acromégalie, car la tête est indemne, la selle turcique n'est pas augmentée de volume, et le fond de l'œil est normal. Pourtant ce malade a de la polyurie ; il urine deux litres et demi par jour, sans glycosurie, ni albuminurie, ni aucun signe d'insuffisance rénale.

Cette association d'ostéo-arthropathie hypertrophiante te de polyurie existait également dans un cas de Frœntzel.

M. Antonin PONCET dit que ce malade est un bel exemple de rhumatisme articulaire tuberculeux à forme hypertrophiante, tel que l'a décrit un de ses élèves, le docteur Alarmatine, dans la *Revue de médecine*. Ce rhumatisme tuberculeux peut être, comme dans le cas actuel, indépendant de toute lésion de l'appareil respiratoire.

Un tel diagnostic s'impose d'autant mieux que le jeune homme a une hérédité bacillaire chargée, et que, chez lui, la cuti-réaction est positive, et par contre, le Wassermann négatif.

Labyrinthite double chez un syphilitique après traitement au 606. — MM. SICARD, FAGE et GUISEZ rapportent l'observation d'un malade atteint de syphilis secondaire et qui, trois semaines après avoir reçu deux injections intraveineuses de salvarsan (à 0g30), présenta des troubles de labyrynthite bilatérale grave. Le Wassermann était négatif et la ponction lombaire faite à plusieurs reprises montra toujours un liquide céphalo-rachidien normal. Les auteurs pensent qu'il s'agit bien d'une affinité toxique du salvarsan pour le labyrinthe et non d'une neuro-réaction syphilitique.

A l'appui de cette opinion, ils citent un autre cas, où les mêmes accidents labyrinthiques se produisirent chez un paludéen non syphilitique, traité par trois injections intraveineuses de salvarsan (à 0g40). Chez ces deux malades la guérison des troubles auriculaires fut relativement rapide.

Aussi, la rareté et l'évolution favorable de tels accidents permettent-elles de ne pas bannir de la thérapeutique syphilitique cette excellente médication qu'est le 606.

Maladie mitrale; tachycardie paroxystique, bradycardie intercalaire. — MM. O. JOSUÉ et Paul CHEVALLIER. Cette observation est un nouvel exemple de tachycardie paroxystique survenant chez un malade atteint d'une affection mitrale. Cette association morbide semble assez fréquente.

D'après les descriptions classiques, la dyspnée ne fait pas partie du tableau de la tachycardie paroxystique ; si la dyspnée survenait parfois, ce serait dans les accès prolongés, et tardivement, comme conséquence de la dilatation cardiaque.

Dans ce cas, au contraire, on observe, dès le début de l'accès, une angoisse respiratoire extrême avec sensation de barre transversale dans la poitrine ; les respirations sont au nombre de 75 à 78 par minute. On pourrait intituler les accès *tachycardie avec tachypnée paroxystique.*

Un des accès a pu être arrêté brusquement en faisant déglutir au malade une grosse boulette de mie dans du pain azyme.

Un deuxième accès n'a pu être enrayé par ce moyen, mais il a cessé après un vomitif.

La digitale a paru sans action.

Les tracés ont démontré que les accès de tachycardie sont d'origine auriculaire.

Dans l'intervalle des accès, le pouls varie entre 47 et 55 à la minute. Ces tracés permettent de constater que la bradycardie est totale, portant à la fois sur les oreillettes et les ventricules.

Il n'y a donc pas de dissociation auriculo-ventriculaire et la cause de la bradycardie ne réside pas dans une lésion du faisceau de His; ce sont les excitations du noyau sinusal qui sont plus exposées qu'à l'état normal. Cette bradycardie est sous la dépendance du système nerveux, comme le démontre l'épreuve de l'atropine (accélération du pouls sous l'influence de l'atropine).

Ramollissement de l'écorce cérébrale s'accompagnant de leucocytose du liquide céphalo-rachidien. — MM. BABINSKI et A. GENDRON rapportent trois observations sur ce sujet. Cette leucocytose peut passer rapidement par les trois phases suivantes : d'abord polynucléose, puis lymphocytose, enfin retour à l'état normal. Les polynucléaires peuvent être tellement nombreux que le liquide est louche.

Il s'agit de polynucléaires intacts. L'albumine du liquide céphalo-rachidien ne leur a pas paru en rapport avec l'importance de l'exode cellulaire, comme dans les autres méningites.

A la période de lymphocytose, on rapporterait à tort les phénomènes nerveux à la syphilis.

Tabes fruste. Disparition de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. — MM. Henri CLAUDE, Cl. VINCENT et COTONI. Une malade, ancienne syphilitique, ressent depuis 1902 des douleurs à type fulgurant dans les membres inférieurs et le côté gauche du thorax. L'examen du système nerveux montre l'intégrité de tous les réflexes tendineux, un signe d'Argyll bilatéral, une ébauche de signe de Romberg, des troubles vésicaux légers, des troubles de la sensibilité thermique dans le domaine des racines L^4, L^5, S^1, S^2, de l'hyperesthésie cutanée à la partie inférieure gauche du thorax, il s'agit donc d'un tabes fruste, d'une radiculite ; le terme exact varie selon la conception qu'on se fait du tabes.

Plus intéressante est la série de constatations qu'on a pu faire depuis plusieurs années chez cette malade. Elle a séjourné en 1909 et 1911 à la Salpêtrière. En 1909 le double signe d'Argyll était constaté en même temps qu'une lymphocytose abondante du liquide céphalo-rachidien avec augmentation de l'albumine ; en 1911 cette lymphocytose avait complètement disparu et la réaction de Wassermann était négative dans le sang. Une troisième et une quatrième ponctions lombaires faites l'année dernière et cette année ont donné les mêmes résultats que la seconde. Réaction de Wassermann de nouveau négative dans le sang. Il est intéressant de saisir chez cette malade de la disparition de la lymphocytose. On a signalé son absence dans le tabes, souvent sans l'avoir constatée auparavant. La réaction méningée consécutive à l'inflammation des racines a-t-elle prédominé au niveau des gaines radiculaires, celles-ci étant peut-être isolées de la grande cavité méningée par des adhérences secondaires ? On expliquerait ainsi l'absence de réaction du liquide céphalo-rachidien, bien que les accidents douloureux persistent. Ou bien s'agit-il de lésions purement scléreuses du tissu nerveux ? Quelle que soit l'hypothèse, ce fait clinique vaut la peine d'être rapporté. Il engage à instituer le traitement mercuriel quand les signes cliniques le commandent, sans s'arrêter à un examen négatif du liquide céphalo-rachidien.

Etat méningé et ictère infectieux. — MM. Noël FIESSINGER et SOURDEL rapportent un fait dont l'évolution a reproduit schématiquement la marche d'une affection décrite en 1910 par Guillain et Ch. Richet fils. Cette affection se caractérise par l'évolution rapide sur un même malade au milieu d'un grand cortège infectieux d'un état méningé puis d'un ictère infectieux.

Le pronostic est toujours bénin. Les auteurs insistent sur l'intensité de l'état méningé qu'ils ont observé chez un malade de vingt-cinq ans (délire, torpeur cérébrale, amaigrissement rapide) et sur la gravité apparente de l'ictère infectieux qui suivit (épistaxis, purpura, sécheresse de la langue, urines très diminuées en quantité).

La guérison survint cependant, avec une surprenante rapidité; les auteurs ont isolé du sang et du liquide céphalo-rachidien de ce malade un petit bacille peu mobile ne prenant pas le Gram qu'ils n'ont pu repiquer.

M. DE MASSARY a observé un cas analogue à celui que viennent de rapporter MM. Fiessinger et Sourdel, mais dans lequel l'ictère fut le premier symptôme et la méningite secondaire.

M. GUILLAIN croit qu'il est possible de rapprocher ces observations, du syndrome qu'il a décrit avec M. Richet, l'été dernier, où il lui fut donné d'observer à l'hôpital Cochin quatre malades atteints d'ictère infectieux avec état méningé.

Prix Gingeot (décerné par la Société médicale des hôpitaux). — La Commission a décidé de mettre au concours la question suivante : « Du foie dans l'appendicite. »

Les mémoires devront être envoyés au secrétaire général avant le 1er novembre.

PRATIQUE MÉDICALE

DE LA VALEUR DES FERMENTS DIGESTIFS DANS LES DYSPEPSIES

On a longtemps discuté et l'on discute encore la valeur des ferments digestifs dans le traitement des dyspepsies. Il nous semble qu'il est assez facile d'expliquer pourquoi, aux yeux de certains cliniciens, une sorte de discrédit atteint ces ferments digestifs, et surtout la pepsine animale, le seul ferment que quelques médecins connaissent. Nous savons, en effet, que la pepsine est principalement employée dans les dyspepsies à forme putride qui reconnaissent pour cause, soit une diminution de la sécrétion du suc gastrique, soit un défaut d'acidité de ce suc. Or, la pepsine n'agit bien qu'en présence d'un excès d'acide ; en l'utilisant dans un milieu hypoacide, ne commettrait-on pas une erreur ? Cette remarque, qui paraît n'avoir jamais été nettement formulée, peut donner, à notre avis, l'explication de bien des échecs.

Mais à côté de la pepsine animale, il est une pepsine végétale, la papaïne, qui est active dans tous les milieux, qu'ils soient acides ou alcalins. C'est cette papaïne que Wurtz, d'illustre mémoire, étudia dans des travaux qui, il y a une trentaine d'années, firent sensation et que, récemment, des auteurs allemands — le docteur Caroll Chase entre autres — ont de nouveau préconisée.

La papaïne est surtout remarquable par son merveilleux pouvoir digestif; elle digère mille fois son poids de fibrine, ainsi que le professeur Wurtz l'a démontré, et bien d'autres expérimentateurs — dont le docteur Caroll Chase — ont confirmé l'exactitude des résultats obtenus par Wurtz. Mais ce n'est pas tout : si la papaïne transforme les substances albuminoïdes alimentaires en peptones, après les avoir hydratées, elle transforme aussi l'amidon en maltose, elle émulsionne des graisses, elle peptonise le lait de vache sans le coaguler comme le suc gastrique, c'est-à-dire en reproduisant la digestion naturelle du lait maternel.

Depuis trente ans les observations cliniques ont été en com plet accord avec les expériences de laboratoire. La papaïne a réalisé toutes les espérances que ces expériences avaient fait concevoir. Elle a été utilisée avec succès dans toutes les dyspepsies, aussi bien chez les hypo que chez les hyperchlorhydriques. Chez ces derniers malades on peut, si l'on y tient, l'associer au bicarbonate de soude, parce que nous savons qu'elle agit dans les milieux neutres ou alcalins. On l'a donnée avec le plus grand profit dans la tuberculose pour conserver ou faire récupérer aux malades l'intégrité de leurs fonctions digestives. Les dermatologistes l'emploient dans beaucoup d'affections qui reconnaissent pour cause primitive les troubles de la digestion. Elle est prescrite dans tous les états qui peuvent conduire à la cachexie par insuffisance de l'assimilation des aliments.

Ce produit est donc une arme que le médecin doit avoir sous la main et dont il doit se servir.

La maison Trouette-Perret a, pour ainsi dire, monopolisé la bonne papaïne, la seule qui donne des résultats certains et constants, et présente le produit sous trois formes pharmaceutiques principales : 1° les cachets utilisés à la dose de deux après chaque repas; 2° l'élixir (préparation bien peu alcoolisée, malgré son nom) qui constitue une liqueur exquise et peut être utilisée avec avantage chez les dyspeptiques qui ont la fâcheuse habitude du petit verre après les repas; 3° le sirop, qu'on donne chez l'adulte à la dose d'une cuillerée à soupe après le repas, et, chez l'enfant, par cuillerées à dessert, par cuillerées à café et moins suivant l'âge.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Magie et la sorcellerie en France, par Th. DE CAUZONS. Tome IV et dernier. Un vol. in-8 écu de VIII-724 pages. — Prix : 7 francs. — Paris, Dorbon-Aîné.

Hygiène infantile. Notions pratiques à l'usage des mères. Deuxième édition, par le docteur P. LASSABLIÈRE, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris, lauréat de la Faculté de médecine de Paris (prix Jeunesse, 1909), et de l'Académie de médecine (prix Vernon : hygiène, 1910). Honoré d'une souscription de la ville de Paris. Un vol. in-8, 64 p. — Prix : 1 franc. — Paris, Jouve et Cie.

La Position genu-pectorale, signe pathognomonique de la forme dyspnéique des péricardites. Gros épanchement, par le docteur Marc FRENKEL. Th. de Paris. — Paris, Steinheil.

De quelques formes rares et cas rares du cancer de l'estomac, par le docteur Emile ROUSSEAU. Th. de Paris. — Paris, Leclerc.

Anatomie topographique et chirurgie du thymus, par le docteur OLIVIER, avec 16 figures et 2 radiographies. Th. de Paris. — Paris, Steinheil.

La Métrite. Son traitement, par le docteur Albéric BOUCHET, avec une préface du professeur Stéphane LEDUC et un exposé de la théorie des ions et de l'électro-ionisation. Un vol. in-18 de 120 p. — Prix : 2 francs. — Paris, Jouve.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. 17





Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hopitaux de Paris. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Composition écrite.* — Séance du 25 mars. — Question donnée : « Sinus caverneux. — Les ankyloses de la hanche. »

La première séance de lecture est fixée au 15 avril. Ces séances auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à cinq heures, à la salle de la rue des Saints-Pères.

Académie des sciences. — L'Académie des sciences avait à élire un membre étranger en remplacement de sir Dalton Hooker.

M. Metchnikoff, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Paris, a été élu au premier tour par 36 voix contre 2 à sir Norman Lokyer, 5 à M. Schwendener, et 1 à sir D. Gill.

Guerre. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 24 mars 1912 :

Médecins-majors de première classe. — MM. Gruson passe à l'hôpit. milit. de Lille; Sabatier, nommé secrétaire du comité consultatif de santé et chef de la section technique du service de santé; Barbot, affecté aux confins algéro-marocains; Mignon passe à l'hôpit. milit. de Maubeuge (médecin chef); Lanusse-Crousse, au 57e d'art.; Haury, au 53e d'art.; Gorse, au 43e d'inf.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Vigné passe au 31e d'inf.; Jodry, au 30e d'inf.; Barège, au 7e d'inf.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Pilliot passe au 44e d'inf.; Batier, aux hôpit. de la division de Tunisie; Fidon, aux hôpit. de la division d'Alger.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Violet passe au 4e spahis; Remy, au 15e bat. de chass. à pied; Guilmain, au 62e d'inf.; Raymondaud, au 1er cuiras.

— Par décret en date du 23 mars 1912, sont promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Brissé Saint-Macary et Vincent.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Alvernhe, Arnaud, Lapeyre, Chameroy et Talayrach.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Jenny, Grall, Marlier et Besse.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Balme, Rolin, Lannes-Dehore, Geay, Boyé, Pérot, Zemb et Renaud.

— Par décision ministérielle du 23 mars 1912 :

M. le médecin inspecteur Calmette, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, membre du comité consultatif de santé, a été nommé directeur du service de santé du 19e corps d'armée à Alger, en remplacement de M. le médecin inspecteur Pitot, placé, sur sa demande, dans la position de disponibilité.

M. le médecin inspecteur général Février, membre du conseil consultatif de santé, a été nommé, tout en conservant ses fonctions actuelles, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, en remplacement de M. le médecin inspecteur Calmette.

M. le médecin inspecteur Lafille, nouvellement promu, a été maintenu dans les fonctions de directeur du service de santé du 5e corps d'armée à Orléans.

La fabrication de l'absinthe. — La commission sénatoriale qui s'occupe de la fabrication de l'absinthe a terminé ses travaux qui duraient depuis 1908. La commission, d'un commun accord, a décidé :

1° Que l'essence de thuyone serait supprimée de toute liqueur ;

2° Que la nomenclature des plantes contenant de la thuyone serait officiellement établie et que leur commerce en serait interdit.

En ce qui concerne l'absinthe, deux ans seront accordés à la fabrication pour utiliser les approvisionnements et trois ans au commerce de la vente pour l'écoulement des produits.

La commission s'est montrée favorable à l'octroi d'une indemnité en faveur des cultivateurs et fermiers s'occupant de la culture de l'absinthe. Elle demandera la discussion de la proposition de loi avant les vacances de Pâques.

RENSEIGNEMENTS

VIRULENCE ET CONTAGIOSITÉ DE LA SUEUR DES TUBERCULEUX

Par le docteur M. PIÉRY (1).

Cette étude est née de l'observation clinique. Chargé pendant douze ans des fonctions de médecin du bureau de bienfaisance en des quartiers particulièrement populeux de Lyon, il nous avait été donné de faire les observations suivantes :

Appelé à donner nos soins à de nombreux phtisiques, la plupart habitant avec femme et de nombreux enfants, un logement, réduit souvent à une chambre unique, nous fûmes bientôt frappé par cette double constatation, dont l'une du moins en opposition formelle avec les données de l'école : l'absence de contagion tuberculeuse, chez ces enfants, jouant à terre au milieu des crachats, portant à leurs bouches ustensiles culinaires et autres objets amplement souillés par le bacille de Koch, bref mis dans les conditions idéales de contamination ; et, d'autre part, par contre, la contagion fréquente de la femme ou du mari aussi exposés, peut-être, en apparence, mais capables cependant de prendre instinctivement ou par éducation des précautions prophylactiques inconnues des enfants. Cette opposition — dont nous ne pouvons malheureusement pas fournir la preuve statistique — nous frappa au point que nous nous efforçâmes d'en établir la cause. Sur ces entrefaites les recherches du professeur Poncet (2) et de ses élèves touchant la septicité de la sueur des mains voyaient le jour et l'idée nous vint de rechercher, dans la virulence possible de la sueur des tuberculeux, la raison de la fréquence de la tuberculose coujugale.

I

Expériences antérieures. — Nos recherches dans la littérature ne furent pas d'abord encourageantes puisque les deux seules indications que nous trouvâmes nous indiquaient un résultat négatif.

C'est ainsi que di Mattei (3), recueillant de la sueur pure dans des verres de montre chez des tuberculeux, y trouve des bacilles ; mais chez d'autres tuberculeux il pratique une désinfection soigneuse de la peau et ne rencontre plus aucun bacille de Koch.

Surmont (4) vers la même époque inocule la sueur de 15 tuberculeux à des cobayes et obtient 15 résultats négatifs, mais un détail de sa technique nous frappe : pour recueillir la sueur sur la peau, il a recours à l'application d'une couche d'ouate hydrophile stérilisée, dont il exprime ensuite la sueur par compression. Nous croyons que cet usage du coton hydrophile est au contraire précisément le plus capable de retenir les bacilles sudorant à l'instar d'un filtre, le filtre princeps de Pasteur en fait.

II

Technique expérimentale. — Nous crûmes donc devoir reprendre les recherches précédentes sur la virulence de la sueur des tuberculeux à l'aide de la technique suivante comprenant les opérations successives suivantes.

1° Désinfection de la peau des tuberculeux par l'un des deux procédés : désinfection chirurgicale et préparation de la région à soumettre à la sudation, comme pour une opération chirurgicale (opération faite par l'infirmier chargé de cette fonction à la clinique chirurgicale du professeur Poncet), ou bien bain général sulfureux d'une demi-heure avec abondant savonnage.

2° Sudation soit par le bain général de caisse (un quart d'heure à cinquante minutes) soit par le chauffage électrique de la région malade à l'aide de l'appareil Miramond de Laroquette.

Ce dernier procédé a le grand inconvénient de ne donner qu'une bien faible quantité de sueur (quelques centimètres cubes opposés aux 50 et 100 centimètres cubes obtenus par le bain de caisse).

3° Inoculation immédiate (1) de la sueur à deux cobayes pour chaque malade dans le tissu cellulaire sous-cutané, après centrifugation réduisant à 10 centimètres cubes la quantité de sueur inoculée à chacun d'eux.

4° Autopsie des cobayes après un mois et demi et réinoculation à deux nouveaux cobayes (par cobaye tuberculisé) des organes tuberculeux.

C'est à l'aide de cette technique que nous avons recherché la virulence de la sueur chez les deux séries de tuberculeux suivantes :

1° Nous nous adressâmes tout d'abord à des tuberculeux pulmonaires à lésions ouvertes ou fermées plus capables selon nous de nous fixer d'emblée sur la présence possible de bacilles de Koch dans la sueur.

2° Dans une seconde série, c'est à des tuberculeux chirurgicaux aux lésions strictement et sûrement fermées que nous nous sommes adressé.

III

Inoculation de la sueur de tuberculeux pulmonaires à lésions ouvertes ou fermées. — Voici d'abord ces observations résumées.

Nous les classons en : a. *Résultats positifs ;* b. *Résultats négatifs*, suivant la tuberculisation ou la non infection des cobayes inoculés pour chacune des deux catégories :

1° *Tuberculoses pulmonaires ouvertes ;*

2° *Tuberculoses pulmonaires fermées.*

Mais nous ajouterons de suite que nous ne tablerons nullement sur cette notion de lésions ouvertes ou fermées, l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration nous semblant incapable d'établir d'une façon certaine l'existence d'une tuberculose fermée.

(1) Travail de la Clinique de M. Antonin Poncet. — Note communiquée à l'Académie de médecine, le 26 mars, par M. A. Poncet.

(2) Poncet. De l'infection sudorale des plaies chirurgicales par les mains du chirurgien, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 5 mars 1901, n° 18, et Gailliard. Th. de Lyon, 1901.

(3) Di Mattei (E). Sulla transmissibilità della tuberculosa per mezzo del sudore dei tisici, *Arch. per le sc. mediche*, 1888, p. 293-307, analysé in *Bull. méd.*, 1888, p. 1714.

(4) Surmont. *Recherches expérimentales sur les sueurs des tuberculeux. Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose de Verneuil*, t. II, 2e fascicule, p. 534-546.

(1) De la sueur, inoculée quelque huit heures après son obtention sur un tuberculeux, a déterminé dans un cas une septicémie, mortelle aux deux cobayes inoculés.

1° Tuberculoses pulmonaires ouvertes. — a. *Injection de sueur avec résultat positif :*

Observation I. — B... Salle Maurice. Tuberculose pulmonaire à prédominance caséeuse. Mort par perforation intestinale.

Inoculation de la sueur à deux cobayes 1 et 2.

Cobaye 1. — A l'autopsie, ganglions inguinaux, caséeux et suppurés, rate farcie de tubercules.

Inoculation du pus ganglionnaire à un cobaye (cobaye 3). A l'autopsie : ganglions inguinaux suppurés et tubercules miliaires dans la rate.

Cobaye 2. — Ganglions inguinaux gros, nombreux et caséeux, tubercules dans la rate. Inoculation du pus ganglionnaire au cobaye 4. A l'autopsie : volumineux ganglions inguinaux caséeux et suppurés, rate farcie de tubercules.

Obs. II. — L... Salle Maurice 19. Tuberculose pulmonaire, fibro-caséeuse.

Inoculation de la sueur à deux cobayes 1 et 2.

Cobaye 1. — Mort de septicémie le lendemain de l'inoculation.

Cobaye 2. — Gros ganglions caséeux inguinaux, petits tubercules dans la rate. Inoculation du pus ganglionnaire au cobaye 3 : volumineux ganglions inguinaux caséeux et suppurés, rate farcie de tubercules.

Obs. III. — G... Salle Maurice 1. Tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse (fin d'une poussée évolutive).

Inoculation de la sueur à deux cobayes 1 et 2.

Cobaye 1. — Ganglions inguinaux caséeux. Inoculation à cobaye 3 : volumineux ganglions caséeux et tubercules dans la rate.

Cobaye 2. — Ganglions inguinaux caséeux suppurés et tubercules nombreux dans la rate.

Obs. IV. — Salle des femmes. Tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse apyrétique (température à 37 degrés, 37°5.)

Inoculation de la sueur à deux cobayes 1 et 2.

Cobaye 1. — Ganglions inguinaux caséeux, tubercules spléniques. Inoculation à cobaye 3 du pus ganglionnaire et à cobaye 4 d'un fragment de rate : à l'autopsie des deux cobayes 3 et 4, tuberculose ganglionnaire et splénique.

Cobaye 2. — Ganglions inguinaux et lombaires caséeux, nombreux tubercules spléniques. Inoculation du pus ganglionnaire à cobaye 5 : volumineux ganglions inguinaux caséeux, rate farcie de tubercules.

Obs. V. — A... Salle Maurice 3. Tuberculose pulmonaire à tendance fibreuse.

Inoculation de la sueur à deux cobayes 1 et 2.

Cobaye 1. — Ganglions inguinaux caséeux, tubercules spléniques, hépatiques et pulmonaires. Inoculation du pus ganglionnaire à cobaye 3. Tubercules dans la rate, le foie et les poumons.

Cobaye 2. — Autopsie négative.

b. *Cas à inoculation négative :*

Obs. VI. — L... Salle Maurice 26. Tuberculose pulmonaire à prédominance fibreuse avec poussée de bronchite actuelle.

Inoculation de sueur à deux cobayes 1 et 2. Autopsie des deux cobayes négative au point de vue des lésions tuberculeuses.

Obs. VII. — P... Tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse.

Inoculation de la sueur à deux cobayes 1 et 2. Autopsies négatives.

Obs. VIII. — G... Salle Maurice 8. Tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse.

Inoculation de la sueur à deux cobayes 1 et 2. Autopsies négatives.

Obs. IX. — B... Salle Maurice 6. Tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse.

Absence de bacille de Koch dans les crachats.

Inoculation négative de la sueur à deux cobayes.

2° Tuberculose pulmonaire fermée (absence de bacilles dans les crachats). — a. *Cas d'inoculation sudorale positive :*

Obs. X. — L... Salle Maurice 28. Tuberculose pulmonaire fibreuse bilatérale.

Absence de bacilles dans l'expectoration.

Inoculation à deux cobayes 1 et 2.

Cobaye 1. — Gros ganglions inguinaux caséeux, tubercules gros et rares dans la rate. Inoculation du pus ganglionnaire à deux cobayes (3 et 4) l'un et l'autre présentant à l'autopsie des ganglions inguinaux caséeux et des tubercules miliaires dans la rate.

Cobaye 2. — Pas d'autopsie (disparu).

b. *Cas à inoculation sudorale négative :*

Obs. XI. — G... Salle Maurice 19. Pleurésie sèche.

Tuberculose pulmonaire douteuse. Absence de bacilles de Koch dans l'expectoration.

Inoculation de la sueur à deux cobayes 1 et 2.

Absence de lésions tuberculeuses à l'autopsie.

Si nous résumons les faits précédents contenus dans le long protocole précédent, nous notons les résultats suivants :

1° *Tuberculoses pulmonaires ouvertes : 9 cas.*

Résultats positifs.......... 5 cas
Résultats négatifs......... 4 cas

2° *Tuberculoses pulmonaires fermées : 2 cas.*

Résultat positif .... 1 cas
Résultat négatif............ 1 cas

En résumé donc, si nous réunissons (pour les raisons que nous avons dites) tuberculoses pulmonaires ouvertes ou fermées, nous constatons que la sueur provenant de 11 tuberculeux pulmonaires a tuberculisé le cobaye dans 6 cas, soit dans une proportion de 54 p. 100.

Mais nous avouons que ces résultats sont de nature à fournir seulement une *présomption* touchant la virulence de la sueur des tuberculeux. Malgré les soins de désinfection minutieux pris par nous, nous croyons, en effet, qu'on pourra toujours nous objecter que nous avions affaire à des phtisiques capables de contaminer leurs téguments par leurs crachats eux-mêmes, que nous ne pouvions être sûrs de la destruction de tels bacilles de Koch, ainsi déposés sur la peau, et qu'en fin de compte c'est de la sueur souillée et non pure que nous avons inoculée à nos cobayes.

Nous nous bornerons donc prudemment à conclure — et cette conclusion n'est pas sans importance déjà — que la sueur des tuberculeux peut être dans 54 p. 100 des cas le *véhicule* du bacille de Koch.

IV

Inoculation de la sueur de tuberculeux chirurgicaux à lésions sûrement fermées. — Mais nous croyons,

par contre, que le second groupe de nos expériences qui réunit exclusivement des tuberculeux chirurgicaux, à lésions sûrement fermées, échappe tout à fait aux objections précédentes.

Voici d'ailleurs les résultats que nous avons obtenus classés en :

a. Résultats positifs ;
b. Résultats négatifs.

a. *Injections sudorales avec résultats positifs :*

Obs. XII. — N... A. Clinique du professeur Poncet. Rhumatisme tuberculeux polyarticulaire, sudation locale par l'appareil Miramond de Laroquette, après désinfection chirurgicale.

Inoculation de la sueur à deux cobayes 1 et 2.

Cobaye 1. — Pas de tuberculose ganglionnaire, points blancs dans la rate. Inoculation d'un fragment de rate à cobaye 3. Autopsie négative.

Cobaye 2. — Ganglions inguinaux caséeux avec péri-adénite considérable, rate farcie de tubercules. Inoculation du pus ganglionnaire à deux cobayes 4 et 5. Ganglions inguinaux caséeux suppurés, tubercules du foie et de la rate.

Obs. XIII. — L... Clinique du professeur Poncet. Ostéite tuberculeuse du troisième métacarpien non ouverte. Sudation locale par l'appareil de Miramond de Laroquette, après désinfection chirurgicale.

Inoculation de la sueur aux cobayes 1 et 2.

Cobaye 1. — Un seul ganglion inguinal caséeux énorme (noix). Inoculation du pus ganglionnaire aux cobayes 3 et 4, volumineuses adénites suppurées et rate farcie de tubercules chez les deux cobayes.

Cobaye 2. — Autopsie négative.

Obs. XIV. — L... IIIe femmes, docteur Lyonnet. Pleurésie et péritonite tuberculeuses.

Inoculation à deux cobayes 1 et 2.

Cobaye 1. — Deux petits ganglions inguinaux caséeux dont l'un affleurant la peau ulcérée, formant un petit abcès ouvert. Inoculation du pus ganglionnaire aux cobayes 3 ou 4 : adénites inguinales, volumineuses et caséifiées, rate, foie et poumons farcis de tubercules.

Cobaye 2. — Quatre gros ganglions inguinaux caséeux, semés de petits tubercules spléniques. Inoculation du pus ganglionnaire à cobaye 4 : volumineux ganglions inguinaux caséeux, pas de tubercules de la rate, le foie ni les poumons.

Obs. XV. — P... Clinique du professeur Poncet. Tumeur blanche du genou.

Inoculation de la sueur à deux cobayes 1 et 2.

Cobaye 1. — Petits ganglions inguinaux caséeux. Inoculation du pus ganglionnaire à cobaye 3. Volumineux ganglions inguinaux caséeux, quelques tubercules discrets dans la rate.

Cobaye 2. — Ganglions inguinaux caséeux, tubercules douteux dans la rate. Inoculation du pus ganglionnaire à cobaye 4. Nombreux ganglions caséeux dans les deux aines, nombreux tubercules dans la rate, quelques tubercules dans le foie.

b. *Injections de sueur avec résultats négatifs :*

Obs. XVI. — M... Clinique du professeur Poncet. Synovite fongueuse du genou droit. Sueur recueillie par le chauffage électrique à l'aide de l'appareil de Miramond de Laroquette.

Inoculation de la sueur au cobaye 1. Autopsie négative sauf quelques petits grains blancs hépatiques qu'on inocule à cobaye 2 sans résultat.

Obs. XVII. — A... Clinique du professeur Poncet. Tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne droite avec fièvre. Typho-bacillose il y a deux mois. Sueur obtenue avec l'appareil de Miramond de Laroquette.

Inoculation de la sueur à cobaye 1 : autopsie négative.

Obs. XVIII. — C... Clinique du professeur Poncet. Tumeur blanche du pied avec fièvre (38°-38°2).

Inoculation de la sueur à cobaye 1 : autopsie négative.

Obs. XIX. — J... Service du professeur Collet. Péritonite tuberculeuse avec ascite.

Inoculation de la sueur à deux cobayes 1 et 2 : autopsies négatives.

Obs. XX. — L... Clinique du professeur Poncet. Tumeur blanche du poignet droit. Inoculation de la sueur à deux cobayes : autopsies négatives.

Obs. XXI. — V... Clinique du professeur Poncet. Rhumatisme tuberculeux ankylosant.

Inoculation de la sueur à deux cobayes 1 et 2.

Cobaye 1. — Autopsie négative.

Cobaye 2. — Autopsie non faite.

Obs. XXII. — R... Clinique du professeur Poncet. Coxalgie avec abcès par congestion.

Inoculation de la sueur à deux cobayes 1 et 2.

Cobaye 1. — Mort quelques jours après inoculation.

Cobaye 2. — Autopsie négative.

Obs. XXIII. — P... Clinique du professeur Jaboulay. Lymphadénie d'origine tuberculeuse probable.

Inoculation de la sueur à deux cobayes : autopsies négatives.

Obs. XXIV. — R... Clinique du professeur Poncet. Mal de Pott avec abcès par congestion.

Inoculation de la sueur à deux cobayes : autopsies négatives.

Les faits précédents se résument simplement de la façon suivante :

Tuberculoses chirurgicales fermées : 13 cas.

Résultats positifs.......... 4 cas
Résultats négatifs......... 9 cas

Ainsi donc la sueur recueillie chez quatre tuberculeux chirurgicaux (1) à lésions fermées (rhumatisme tuberculeux, ostéite, tuberculose d'un métacarpien, pleurésie et péritonite ascitique tuberculeuses, tumeur blanche du genou) s'est montrée incontestablement virulente, alors que, chez d'autres tuberculeux, à lésions chirurgicales comparables, fermées elles aussi, l'inoculation n'a pu révéler la présence de bacilles de Koch. C'est donc la proportion de 30,76 p. 100, très grande si l'on tient compte du caractère faiblement évolutif des lésions présentées par nos malades et des difficultés considérables pour la mise en évidence de la virulence d'une quantité restreinte de sueur.

La conclusion qui s'impose donc *c'est la virulence de la sueur des tuberculeux.*

V

Les conséquences théoriques et pratiques de la virulence de la sueur des tuberculeux. — Sur le terrain de la *pathologie générale*, ces résultats ne sont pas

(1) Des difficultés matérielles d'exécution seules nous ont empêché de recueillir un plus grand nombre de faits positifs. Nous comptons d'ailleurs ultérieurement poursuivre ces recherches.

aussi surprenants qu'ils le paraissent, si l'on tient compte des travaux récents qui ont mis en évidence la fréquence de la septicémie bacillaire.

C'est ainsi que R.-C. Rosenberger (1), à l'aide d'une technique personnelle, dans 300 cas de tuberculose se rapportant non seulement à la tuberculose pulmonaire, mais à diverses autres localisations bacillaires, a toujours pu mettre en évidence le bacille de Koch dans le sang. Ch.-E.-P. Forsyth (2) qui a recherché, d'après le procédé de Rosenberger, le bacille de la tuberculose dans le sang de 12 sujets atteints de tuberculose pulmonaire, sur 10 d'entre eux (4 seulement étaient d'ailleurs fébricitants) a obtenu un résultat positif.

La fréquence de la *bacillurie* tuberculeuse, en dehors de toute lésion rénale, est également un fait désormais connu (recherches de Jousset, L. Bernard et Salomon, de A. Philibert, de Widal, de Bertier).

La fréquence du bacille de Koch dans la sueur des tuberculeux n'a pas une autre signification : les glandes sudoripares ne sont-elles pas un émonctoire pour les produits du milieu sanguin, au même titre que la glande rénale ?

Les sueurs des tuberculeux, ce symptôme si fréquent dans les diverses formes de l'infection tuberculeuse, et dont la cause n'a pu jusqu'ici être établie, apparaissent donc logiquement comme la conséquence d'une décharge bactérienne par les glandes cutanées.

Sur le terrain de l'*hygiène et de l'épidémiologie*, la sueur virulente des tuberculeux semble, non seulement, comme le *véhicule* fréquent dans 41,66 p. 100 des cas (10 cas sur 24) du bacille de Koch, souillée par d'autres produits infectés, crachats, mais aussi comme un *agent de contagion* par elle-même. Cette constatation nous apparaît grosse de conséquence pour la pratique de la prophylaxie antituberculeuse, puisque l'entourage n'est plus seulement menacé par les produits de l'expectoration du tuberculeux, mais par ses sueurs.

L'agent du contage, en l'espèce le bacille de Koch, peut, en effet, infecter autrui de deux façons : soit indirectement en souillant linges, draps et vêtements, imprégnés par la sueur, et qui, par dessèchement, pourront ultérieurement libérer des poussières bacillifères, soit, plus souvent encore, directement. Les recherches expérimentales récentes de MM. J. Courmont et Lesieur (3) ont, en effet, bien mis ce fait en évidence, de la pénétration du bacille de Koch à travers la peau intacte du cobaye, et par suite l'origine périphérique fréquente de certains cas de tuberculose pulmonaire.

Nos constatations de la virulence de la sueur jointe à cette dernière notion de la peau porte d'entrée de la tuberculose nous donnent pour ainsi dire la clef de la tuberculose conjugale dont la fréquence nous avait frappé : ne connaissons-nous pas maintenant ces deux termes qui établissent la contagiosité d'une maladie, l'origine du contage et sa porte d'entrée.

Ce n'est plus, non plus le seul phtisique aux lésions ouvertes qui est menaçant, c'est aussi le tuberculeux en apparence inoffensif, le tuberculeux chirurgical, simplement atteint de tumeur blanche, de rhumatisme tuberculeux, le pleurétique, le péritonique (1) tuberculeux.

Si cette contagiosité de la sueur n'est pas admise, à l'heure actuelle, dans les milieux scientifiques, il n'en est pas de même dans les milieux populaires où nous avons trouvé cette croyance fort répandue et exprimée couramment par l'entourage. La croyance au danger plus général de la contagion par la poignée de main est une donnée non moins fréquemment admise dans certaines contrées.

Quoi qu'il en soit, sur le terrain de la pratique prophylactique, la contagiosité de la sueur impose des mesures qui ont trait, soit à la désinfection permanente autour du tuberculeux, soit à l'habitation elle-même de ce dernier.

Il apparaît d'abord, en effet, que la désinfection doit se faire sans cesse autour d'un tuberculeux et non pas un peu vainement après son départ, puisqu'il émet, par ses excreta, crachats et sueurs, des bacilles de Koch. Et ces mesures de désinfection ne doivent plus seulement s'adresser aux objets souillés par les crachats, mais aux linges de corps, aux vêtements, aux draps de lit, à la literie contaminée par la transpiration.

Nous comprenons mieux maintenant l'une des causes qui rend le logement dit insalubre ou surpeuplé, générateur de tuberculose, les deux conditions d'insalubrité ou de surpeuplement agissant surtout, croyons-nous, par le contact nocturne, la cohabitation, et nous comprenons admirablement pourquoi le conjoint est frappé avec tant de prédilection (2). C'est aussi l'explication de la fréquence de la tuberculose chez ces maçons de la Creuse, domestiques et autres, qui, pour une modique somme, logent en garni, non seulement en des dortoirs surpeuplés, mais partagent, à deux ou trois, un même lit.

C'est donc l'*isolement du tuberculeux au moins dans un lit à part* qui s'impose, comme conseil donné par le médecin à tout tuberculeux, tuberculeux latent, chirurgical ou pulmonaire.

Et dans le domaine de la prophylaxie *sociale*, il y a là un argument nouveau et précis pour tous ceux qui poursuivent la lutte en faveur du logement salubre et de l'habitation à bon marché de l'ouvrier.

Conclusions. — 1° La sueur des tuberculeux (sueur pure c'est-à-dire mise à l'abri de toute contamination extrinsèque) est virulente, et contient le bacille de la tuberculose. Nous avons constaté cette virulence dans 30,76 p. 100 des cas (soit 4 sur 9), chez

(1) Rosenberger. Nouvelles recherches sur la présence du bacille de la tuberculose dans le torrent circulatoire, *New-York med. Journ.*, 19 juin 1909.

(2) P. Forsyth. *Brit. med. Journ.*, in *Semaine méd.*, 8 sept. 1909.

(3) J. Courmont et Lesieur. Sur l'origine périphérique fréquente de certains cas de tuberculose pulmonaire, *Bull. de la Soc. des sc. méd. de Paris*, 18 fév. 1910, p. 128. — Chanoine. *De l'Origine périphérique de la tuberculose pulmonaire chronique. Etude expérimentale de clinique et prophylactique*, Th. de Lyon, 1908-1909, n° 55.

(1) Fonssagrives (cité par Surmont) estime déjà que les sueurs de la péritonite tuberculeuse étaient dangereuses.

(2) Potain avait déjà insisté sur ces faits. De la transmission de phtisie entre époux, *Revue de méd.*, 1885, p. 499.

des tuberculeux atteints de lésions chirurgicales, de rhumatisme tuberculeux, de péritonite tuberculeuse, c'est-à-dire avec lésions sûrement fermées et faiblement évolutives.

2° La sueur des tuberculeux peut être plus souvent encore, dans 41,66 p. 100 des cas, le véhicule du bacille de Koch.

3° Cette élimination sudorale du bacille de la tuberculose se relie à la nature septicémique fréquente de l'infection tuberculeuse, elle est, en tout cas, un argument en faveur de cette notion. Les sueurs des tuberculeux peuvent donc être considérées comme des crises d'élimination bacillaire.

4° La sueur est un *agent de contagion*, dangereuse par elle-même, soit par voie directe (contagion par contact direct et pénétration par la voie cutanée chez le contagionné), soit par voie indirecte (souillure du linge, des draps, de la literie, des vêtements, etc.).

5° Le pouvoir contagieux de la sueur impose des *mesures prophylactiques* spéciales vis-à-vis de tout tuberculeux, même à lésions chirurgicales fermées, bénignes ou latentes.

6° Ces mesures sont d'abord la désinfection permanente de tous les objets souillés par la sueur du tuberculeux (linge, literie, vêtement, etc.), puis l'isolement du tuberculeux réalisé, pour le moins et d'abord, dans un *lit séparé*, la lutte contre le surpeuplement des habitations par l'établissement des habitations à bon marché s'impose avec une urgence, maintenant précisée, dans le domaine de la prophylaxie sociale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 MARS 1912)

Etudes sur le cancer des souris. Propriétés humorales différentes chez les souris réfractaires de diverses lignées. — MM. L. CUÉNOT et L. MERCIER.

Influence de la nature des gaz dissous dans l'eau sur la vitalité des microbes. Cas du B. typhique. — MM. A. TRILLAT et FOUASSIER.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 26 MARS 1912).

La rigidité cadavérique précoce. — M. LAVERAN fait un court rapport sur un travail relatif à la rigidité cadavérique survenant immédiatement après la mort dans les cas de surmenage musculaire.

M. DELORME rappelle un travail important de M. Chenu sur cette question après la guerre de Crimée.

De la décortication pulmonaire. — M. DELORME fait un rapport sur un travail présenté par M. Picqué. Ce travail a été communiqué à l'Académie à propos de l'observation suivante :

Il s'agit d'une femme de cinquante-sept ans qui avait eu deux plaies de poitrine par coups de couteau. Elle eut par la suite de la pleurésie purulente. Un empyème avec résection costale n'amène pas la guérison. M. Picqué pratique alors, trois mois et demi après la blessure, la décortication pulmonaire. La radioscopie montra que le poumon, une fois débarrassé de la coque épaisse qui l'enveloppait, reprit son extensibilité et fonctionna régulièrement. Vingt-six jours après, la malade était complètement guérie. Ce succès fait honneur à M. Picqué.

M. Delorme fait suivre cette observation de réflexions générales sur l'efficacité de la décortication pulmonaire qui n'est pas, selon lui, appliquée en France autant qu'elle devrait l'être.

Des dangers croissants de l'alcoolisme. — M. DEBOVE rappelle que les vœux plusieurs fois émis par l'Académie à ce sujet n'ont pas été entendus. Il estime que l'Académie doit faire une nouvelle manifestation et il propose de mettre aux voix les propositions suivantes :

1° L'Académie émet le vœu que le vote des lois et l'exécution des mesures destinées à combattre l'alcoolisme soient accélérés.

2° Elle attire l'attention des pouvoirs publics sur un péril qui va toujours grandissant et menace l'avenir de la nation.

Ce vœu est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

Virulence et contagiosité de la sueur des tuberculeux. — M. PONCET fait au nom de M. PIÉRY une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 531.)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 23 MARS 1912)

Méthode de la perfusion intestinale. — MM. Paul CARNOT et Roger GLÉNARD relatent dans une première note la technique qu'ils ont employée pour étudier la motricité, la sécrétion, l'absorption et les transformations qui se produisent dans une anse intestinale isolée, lorsqu'on fait parcourir ses vaisseaux par une solution de Ringer-Loke oxygénée.

Aussitôt le courant établi à travers les vaisseaux mésentériques, l'intestin se ranime, est le siège de contractions péristaltiques de grande amplitude qui aboutissent à son évacuation périodique par un mécanisme qui ressemble à celui de la défécation.

L'augmentation de la vitesse et du débit du courant perfuseur accélère les contractions et la transsudation intestinale. Une trace de sulfate de soude augmente considérablement les mouvements tandis que le sulfate de magnésie les inhibe aussitôt. Le séné, la phtaléine du phénol, l'aloès accroissent les contractions.

Les auteurs reviendront prochainement sur le mécanisme de l'action purgative, ainsi que sur divers phénomènes que cette technique permet d'étudier.

Immobilisation de l'hémi-diaphragme gauche et vomissement. — MM. H. PAILLARD et A. LE PLAY ont étudié expérimentalement, chez le chien, la gêne apportée au vomissement par l'immobilisation de l'hémi-diaphragme gauche ; le muscle a été fixé à la paroi thoracique par une série de points de suture et la réalité de l'immobilisation vérifiée graphiquement. L'ingestion de doses relativement élevées d'émétique n'a produit le vomissement chez ces animaux que grâce à des efforts pénibles et prolongés. Il semble donc que l'immobilisation de l'hémi-diaphragme gauche protège l'estomac dans une certaine mesure contre les variations de pression thoraciques et abdominales qui provoquent le vomissement et les auteurs rapprochent cette constatation d'un fait clinique observé par l'un d'eux : la rareté de la toux émétisante et du vomissement chez les tuberculeux dont le diaphragme gauche a été immobilisé par une pleurésie antérieure.

Elimination des chlorures pendant le sommeil. — M. CHAUSSIN examine ce que deviennent les lois de l'élimination des chlorures pendant le sommeil en régime hypochloruré et hyperchloruré et donne un argument en faveur d'une théorie mixte de l'élimination des chlorures.

Sur le craniotabes du nourrisson. — MM. A. Lesage et M. Cléret. Le craniotabes est considéré par tous les auteurs comme un ramollissement du crâne, une craniomalacie disparaissant sans laisser de traces vers le dixième mois. Cette affection serait une manifestation précoce du rachitisme. Elle se localiserait de préférence à l'occipital.

En examinant systématiquement un grand nombre de nourrissons, les auteurs ont vu que cette affection est extrêmement fréquente, qu'elle siège plus souvent au pourtour de la suture pariéto-temporale qu'au niveau de l'occipital, et que le craniotabes revêt une disposition en bandes ou en trous, suivant l'étendue de la surface osseuse atteinte.

Cette affection n'est pas un ramollissement survenant secondairement au niveau d'un os primitivement dur. Il n'y a pas de relations de cause à effet entre le craniotabes et le rachitisme.

L'étude histologique du craniotabes montre qu'il est dû uniquement à un retard de l'ossification des os de la voûte. Dans les points dépressibles, les systèmes traversiens ne sont pas encore développés, alors qu'ils sont nettement constitués dans un os du crâne dur, chez le même enfant. On est en présence d'un retard de l'ostéogénèse des os de membrane, ce qui explique pourquoi les os de la voûte seuls sont atteints, et pourquoi l'affection disparaît spontanément, sans laisser de traces, vers la fin de la première année. A ce moment, l'os a achevé son développement.

JURISPRUDENCE

L'AFFAIRE DES SÉRUMS

L'arrêt de la Cour de Rouen du 30 décembre 1911.

Tous nos lecteurs savent à quel mouvement a donné lieu l'interprétation de la loi de 1895 sur les sérums. Nous-même nous avons discuté le point de savoir si le médecin avait le droit d'injecter au malade un sérum de sa composition (voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 21, p. 308; voir égal. *Revue de droit médical*, 1912, p. 9, 38).

Aujourd'hui, nous publions l'arrêt de la Cour de Rouen qui, fixant définitivement une jurisprudence inaugurée par la Cour de cassation dans son arrêt du 28 juillet 1911, dénie au médecin ce droit.

La Cour,

Attendu qu'il résulte de l'information et des débats que, dans le courant de mai 1910 à Paris, le docteur L... a, dans sa clinique de la rue Lamartine, 12, prescrit et injecté à plusieurs clients, à la suite de consultations rétribuées, un sérum thérapeutique par lui préparé.

Attendu qu'aux termes de l'article premier de la loi du 25 avril 1895, les sérums thérapeutiques ne peuvent être débités à titre gratuit ou onéreux, sans une autorisation du gouvernement donnée au point de vue, soit de la fabrication, soit de la provenance;

Attendu que le docteur L... n'avait aucune autorisation de cette nature;

Attendu que le docteur L... soutenant avoir été dans son droit en injectant ce sérum, prétendrait en vain que son sérum était non un remède nouveau, mais un mélange de deux sérums précédemment autorisés (1° sérum antidiphtérique et 2° sérum antistreptococcique) provenant de l'Institut Pasteur de Paris;

Qu'il a reconnu le 28 mai 1910, qu'à ce mélange il ajoutait une troisième substance qu'il a déclaré provenir de l'Institut Pasteur de Lille et dont il a refusé de révéler la nature;

Attendu que cette composition susceptible de modifier les effets de chacun de ces trois sérums pris isolément et destinée, d'après lui-même, à la guérison d'une maladie (la tuberculose) constituerait un remède nouveau, un sérum thérapeutique distinct, soumis dès lors, pour son débit, à une autorisation spéciale;

Attendu qu'en plaidoirie au nom du docteur L..., il a été déclaré que ces trois sérums autorisés avaient été employés non en un seul mélange, mais séparément et successivement au moment même des injections;

Attendu que devant le commissaire de police et le pharmacien inspecteur Rudais, le docteur L... n'avait pas, le 28 mai 1910, soutenu ce système, que, spontanément, il avait dit que ces trois sérums étaient par lui mélangés, préparés, puis injectés;

Qu'invité, lors de la susdite visite du 28 mai 1910, à remettre des échantillons de son sérum, le docteur L... a répondu ne pouvoir le faire sur l'heure, se trouvant pour le moment démuni de ce produit, mais a offert de faire le mélange et de remettre ultérieurement des échantillons de ce *sérum* dont, disait-il, la *préparation* par voie de *mélange* exigeait des manipulations assez longues; que postérieurement il fit parvenir comme échantillon trois flacons d'un même et unique sérum;

Que chaque flacon était enveloppé d'un papier portant des indications *manuscrites* pour l'emploi de ce sérum, et que l'instruction ne vise que l'emploi de ce sérum dit « antituberculeux » (toxyline), qu'il est donc constant que le docteur L... a fait usage d'un sérum spécial, par lui composé et préparé, sans se borner à faire des injections avec des sérums précédemment autorisés et tels que ces sérums se comportaient;

Attendu que le docteur L..., prétendant avoir eu le droit de prescrire à ses malades et de faire lui-même les injections de son sérum, confond à tort le libre exercice de la profession du médecin avec le droit de préparation et de fabrication des remèdes;

Que les conseils et ordonnances du médecin muni de ses diplômes, ainsi que l'institution de ses traitements et ses pratiques opératoires, sont des actes essentiels de sa profession accomplis dans son indépendance, sous sa responsabilité et selon sa conscience; que la loi de 1895 ne porte aucune atteinte à des droits aussi respectables, ni aucune entrave à l'exercice de cette profession;

Attendu au contraire que la provenance et la fabrication des remèdes par les pharmaciens, chimistes ou toutes autres personnes sont l'objet d'une surveillance et d'une protection spéciales de la part des pouvoirs publics;

Que, notamment, la loi du 25 avril 1895, dans un but de protection de la santé générale, a prescrit des mesures de sage prévoyance pour la distribution et la fabrication de produits, des plus utiles, mais souvent aussi des plus dangereux et susceptibles de falsification ou de fraude, comme « les virus atténués, sérums thérapeutiques, toxines modifiées et produits analogues pouvant servir à la prophylaxie et à la thérapeutique des maladies contagieuses »;

Que la loi de 1895 n'a donc pas porté atteinte aux attributions professionnelles du médecin, mais seulement édicté à l'égard de tous les citoyens des mesures de surveillance pour la préparation et le débit des sérums thérapeutiques et autres produits analogues;

Attendu qu'elle ne constitue pas davantage une entrave aux expériences scientifiques toujours possibles dans les laboratoires, officines ou autres lieux privés, sans intervention de l'administration et dans les établissements hospitaliers avec l'assentiment de l'autorité; que la loi de 1895 n'intervient qu'au moment où le produit préconisé comme remède sort du domaine de l'expérience pour entrer dans le commerce et être livré au public;

Attendu que le docteur L... ne s'est pas contenté d'instituer le traitement qui lui paraissait devoir convenir, au cours de consultations dans sa clinique; qu'il a, en outre, fabriqué et employé son nouveau sérum dénommé par lui « sérum antituberculeux »;

Attendu que le docteur L... soutient que le fait par lui d'avoir injecté son sérum à des malades au cours de traitements ne constituerait pas, en tous cas, un *débit*, et que la loi de 1895, n'ayant prohibé que le *débit*, son texte ne pourrait être élargi, tout étant de droit étroit en matière pénale;

Attendu que ce principe élémentaire n'est nullement violé par le fait de l'application de la loi de 1895 en l'espèce;

Attendu, en effet, que cette loi est conçue en termes généraux et impératifs, qu'elle concerne indistinctement tous ceux qui se livreront à la préparation, à la vente et à la distribution des sérums thérapeutiques et autres produits analogues;

Que, complément et accessoire des lois et règlements visant l'exercice de la pharmacie et la vente des remèdes, elle s'applique non seulement au pharmacien proprement dit, mais aux chimistes, médecins ou autres personnes quelconques, se livrant à la fabrication et au débit des susdits produits, qu'elle ne contient aucune exception en faveur du médecin, stipule même, dans son article 3, que ces produits seront délivrés au public par les pharmaciens, ajoutant que, en cas d'urgence seulement, les médecins sont autorisés à fournir à leur clientèle ces mêmes produits;

Attendu que le docteur L... prétend que dans les conditions où il a agi, il n'y a pas eu « débit » de sa part;

Attendu que ce mot « débit » doit être pris non dans un sens restreint et vulgaire de vente au détail, mais dans son acception générale de distribution, remise ou livraison, à titre onéreux ou gratuit;

Qu'il importe peu que la distribution de la substance injectable soit faite au malade ou à un tiers pour l'utiliser ultérieurement ou que, délivrée au malade, elle soit immédiatement injectée par le médecin lui-même;

Que, dans un cas comme dans l'autre, il y a distribution de sérum suivie seulement, dans le deuxième cas, d'emploi par ce médecin;

Que, de toute façon, les conséquences de la fabrication et du

débit de ce sérum seront les mêmes, que les mesures de contrôle s'imposent donc dans l'un ou l'autre cas et que, par suite, l'autorisation préalable était nécessaire;

Que c'est ainsi que l'article 3 de la loi précitée prohibe la *livraison* de ce sérum, à *quelque titre qu'elle soit faite, livraison qu'il assimile à la vente*;

Attendu d'ailleurs que le sérum injecté par le docteur L... au cours de consultations était aussi destiné à la vente et à un emploi des tiers;

Qu'il ne peut subsister de doute à cet égard à la lecture de l'*instruction* manuscrite (remise par lui au commissaire de police et jointe au dossier, concernant l'*emploi* de son *sérum antituberculeux* « toxyline »);

Que dans ces conditions la remise du sérum, quoique injecté par le docteur L... lui-même, dans certains cas, constitue, en réalité, un véritable *débit*, au sens de la loi de 1895;

Qu'il ne pouvait dès lors distribuer ainsi et employer ce sérum puisque ce produit n'avait pas été autorisé;

Attendu, enfin, qu'il convient d'observer que si le médecin pouvait, comme le prétend le docteur L..., faire usage d'un sérum par lui confectionné, sans aucun contrôle ni autorisation, l'inspection prescrite par le dernier alinéa de l'article premier deviendrait complètement illusoire, au détriment parfois de la santé publique;

Attendu que les circonstances mêmes de la cause suffisent à justifier l'utilité de ce contrôle et de cette inspection; que d'après le rapport dressé le 6 juin 1910 par le pharmacien inspecteur Radais, « la fabrication (par le docteur L...) de la substance injectable n'était pas entourée des garanties de pureté qui doivent présider à ces sortes de manipulations »:

Que le docteur L... paraissait avoir reconnu implicitement la nécessité de cette autorisation puisqu'il avait, avant la lettre du ministre de l'Intérieur, en date du 7 janvier 1910, demandé cette autorisation sur laquelle il n'avait pas encore été statué le 26 mai suivant;

Que devant le commissaire de police et le pharmacien inspecteur, ledit docteur L... avait (procès-verbal du 28 mai 1910, et rapport du 6 juin 1910) « reconnu qu'il s'agissait d'un sérum injectable dont la fabrication et la vente étaient réglées par la loi de 1885 et qu'il ne possédait pas l'autorisation prévue par ladite loi, qu'il avait adressé au ministère de l'Intérieur une lettre tendant à obtenir cette autorisation, sans avoir jusqu'ici reçu aucune réponse... »

Attendu que, dans ces conditions, les conclusions prises à l'audience par le docteur L... ne sont pas fondées et que la prévention est établie;

Par ces motifs : La Cour, après en avoir délibéré conformément à la loi;

Statuant en suite de l'arrêt de la Cour de cassation en date du 28 juillet 1911;

Dit à tort et mal fondées les conclusions du docteur L..., l'en déboute;

Dit qu'il a été mal jugé, bien appelé;

Réformant le jugement du Tribunal correctionnel de la Seine en date du 27 octobre 1910;

Déclare le docteur L... coupable d'avoir à Paris, depuis moins de trois ans et notamment en mai 1910, fabriqué, débité et livré sans autorisation du gouvernement des sérums thérapeutiques;

Et par application des articles 1, 4 loi du 25 avril 1895, ainsi conçus... et dont lecture a été donnée à l'audience par M. le Président (suit la teneur desdits articles);

Condamne L... à cinquante francs d'amende.

A l'heure où nous reproduisons les attendus de cet arrêt si grave de conséquences, nous recevons une brochure de 40 pages du Syndicat des médecins de la Seine, *Les Sérums et la Loi*, due à la collaboration de M. Geoffray, avocat à la Cour d'appel de Paris, et de M. Charles Levassort, qui est un commentaire considérable de cette question.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

DYSPEPSIE PAR FERMENTATION

Pâtes alimentaires, légumes en purée; aliments très cuits, préparés à l'eau et au sel. Ajouter beurre frais au moment de servir. Eau pure et infusion aromatique chaude après le repas (Robin).

— Comme médication, Elixir ou cachets de Trouette-Perret, à la papaïne, surtout au moment de la reprise du régime carné.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 2, 11 janv. 1902.) Riedel : Les plaies de l'abdomen. — Salomon et Saxl : Réaction du soufre dans les urines des cancéreux. — Pinkuss : Diagnostic sérologique, évolution et traitement du carcinome. — Grunmach : Nouveau cinématographe pour le diagnostic radiologique des affections internes. — Cohn et Peiser : Quelques troubles de la sécrétion interne dans les affections du pancréas. — Rindfleisch : Cachexie mortelle sans fondement anatomique grossier. — Joseph et Siebert : La radiothérapie en dermatologie. — Loos : Guérison de la bilharziose par le salvarsan. — Furstenberg : Progrès dans le domaine de l'hydro, thermo et émanationthérapie.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 1, 6 janv. 1912.) Sablé et Danel : Hérédo-syphilis. Anémie hémolytique acquise à tendance ictérique. — Fourdinier : Kystes dermoïdes ovariens bilatéraux à développement très inégal. Concomitance d'une perforation appendiculaire et de la suppuration du kyste gauche. — (N° 2, 13 janv.) R. Bosquier : La gastrosuccorrhée; analyse et synthèse du syndrome. — (N° 3, 20 janv.) Maurice d'Halluin : La stéréoscopie. Projections et illustrations en relief. — Fourdinier et Lescaux : Malformation congénitale du deuxième orteil droit. — (N° 4, 27 janv.) Maurice d'Halluin : La stéréoscopie. Projections et illustrations en relief (*fin*). — F. Le Huéron : Ecchymose sous-conjonctivale et circulaire du cordon. — Gobrecht : Un cas de pneumonie évoluant en trois jours.

Journal de médecine interne. — (N° 1, 10 janv. 1912.) Salignat : La diurèse et les diurétiques. — (N° 2, 20 janv.) Paul Dalché : Prurit vulvaire. — (N° 3, 30 janv.) Mauclaire : Les ostéites tuberculeuses.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 3, 16 janv. 1912.) Neue : Liquide céphalo-rachidien et réaction de Wassermann. — Yakimof : Influence des microbes sur l'action du salvarsan. — Jannsen : Soins de la vessie après la section haute. — Heuschen : Remplacement de l'anneau de Thiersch par des rubans de soie nattés dans l'intervention sur le prolapsus rectal. — Heilé : L'opération de Förster. — Van Herff et Hell : Secacornine et pituitrine à l'accouchement. — Brünner : Attention à la scopolamine! — Retter : Emploi rationnel des tubes en radiothérapie. — Dessauer : Technique de la radiographie. — Hüber et Walter : Sur le trichorrexis nodosa. — Forell : Epidémie d'affections aiguës inflammatoires du cœur dans l'enfance. — Kraemer : Traitement de l'hypertrophie prostatique par l'extension de la prostate. — Knocke : Traitement des phlegmons de l'extrémité supérieure par l'incision circulaire.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 2, 11 janv. 1912.) Haudek : Points de différences entre l'ulcère et le cancer gastrique aux rayons X. — Perutz : Action antagoniste des sensibilisateurs photodynamiques à la lumière ultraviolette. — Heyrowski : Examen de la muqueuse gastrique dans l'ulcère et le cancer de l'estomac. — Breitner : Causes et nature du goitre. — Roesler : Traitement du trachome par la neige carbonique. — Kras : Nouveau procédé de traitement du tétanos. — Kanngiesser : Sur la pathographie de la dynastie julienne. — (N° 3, 18 janv.) Karplus et Kreidl : Singes sans cerveau. — Wein : Fixation et traitement de l'infection tuberculeuse par les moyens antitoxiques. — Sabatowski : Action de l'hurumnal sur la motricité intestinale. — Dantwitz : Sur les porteurs de radium de Joachimsthal et sur quelques actions des rayons. — Tenzer : Nouveau procédé pour l'extirpation radicale des amygdales.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES COMAS (1)

COMA APOPLECTIQUE. — Il peut s'agir de coma consécutif soit à une hémorragie cérébrale, soit à un ramollissement : le coma par hémorragie est en général plus brusque que le coma par ramollissement, mais il n'y a là rien d'absolu et, bien souvent, ce n'est que la constatation d'une affection cardiaque ou d'une artériosclérose généralisée qui plaideront en faveur du ramollissement.

Dans certains cas, au lieu d'être brusque, le début du coma aura été précédé d'une phase prodromique (phase méïopragique), et ce n'est que petit à petit que se sera installé le coma.

Le tableau clinique de ce coma est assez caractéristique : le malade est dans la résolution musculaire à peu près complète, le facies est *congestionné,* vultueux; il existe du *stertor*, le malade fume la pipe : les veines du cou, de la face sont turgescentes, souvent les lèvres sont un peu violettes; on note fréquemment de la *déviation conjuguée de la tête et des yeux.* La *température* est en général au-dessus de la normale; son élévation progressive est l'indice d'un mauvais pronostic : il n'est pas rare de constater de l'albumine et même du sucre dans les urines. Le pouls est ample; le plus souvent, la tension artérielle est élevée. Si l'on constate des convulsions, des contractures précoces, il faut redouter une inondation ventriculaire, d'un pronostic toujours fatal. Dans ces cas, la ponction lombaire peut donner quelquefois issue à un liquide séro-sanglant, uniformément teinté : il s'agit de la variété *cérébro-méningée* de l'hémorragie méningée, à pronostic presque toujours fatal (Chauffard et Froin).

La constatation de cette forme de coma doit inviter le clinicien à résoudre plusieurs problèmes : tout d'abord quelle est la cause de cette apoplexie, en second lieu quel sera le côté paralysé, s'il doit y avoir paralysie, enfin quel est le pronostic immédiat de ce coma.

La *cause* de cette apoplexie est soit une *hémorragie*, soit un *ramollissement;* nous avons déjà signalé la difficulté du diagnostic de ces deux causes, et les constatations qui plaident en faveur de l'une ou de l'autre. L'apoplexie pourra résulter quelquefois d'une hémorragie méningée; alors il n'y aura le plus souvent pas d'accidents convulsifs, ni de signes de lésions de foyer, mais plutôt une série d'ictus successifs; le diagnostic d'hémorragie sous-arachnoïdienne se fera par la ponction lombaire.

Il sera souvent difficile d'apprécier pendant le coma quel sera le côté paralysé; les membres du côté paralysé retombent plus lourdement, que ceux du côté sain; du côté paralysé on peut observer la disparition du réflexe abdominal et du réflexe cornéen, signalons surtout l'épreuve de Raïmiste : le bras étant posé sur un plan résistant, si l'on met l'avant-bras à angle droit avec le bras, et si on porte la main allongée dans le prolongement de l'avant-bras, du côté sain la main reste dans cette position, elle retombe au contraire du côté qui sera paralysé. Quelquefois dès cette période le signe de Babinski existe du côté paralysé.

Le *pronostic* immédiat se basera sur les éléments suivants : l'élévation de la température, l'apparition de contractures précoces, de convulsions, de troubles trophiques (*decubitus acutus*), l'incontinence absolue des sphincters; la constatation de ces symptômes est du plus fâcheux pronostic.

Une dernière question reste encore à résoudre, celle du traitement : il est classique d'opposer d'urgence à ce coma, la saignée, soit générale, soit plutôt locale (sangsues derrière les apophyses mastoïdes), une dérivation intestinale à l'aide d'un purgatif drastique (eau-de-vie allemande, lavement purgatif, etc.), une révulsion périphérique, sinapismes, etc.

Si l'on soupçonne la syphilis on pourra dès ce début du coma instituer le traitement spécifique.

COMA URÉMIQUE. — Le coma urémique est l'aboutissant de presque toutes les diverses formes cliniques de l'urémie, mais il s'observe surtout au cours de l'urémie aiguë, à symptômes nerveux prédominants, et aussi comme épisode terminal des urémies lentes, dans leur variété azotémique.

Le malade est dans la résolution musculaire la plus complète, exceptionnellement il est agité de convulsions, de tremblements; le facies est *pâle*, blafard, souvent les paupières sont un peu *œdématiées*; dans d'autres cas, le sujet est largement infiltré; les yeux présentent un *myosis* toujours assez net; ce qui frappe encore l'observateur, c'est un type respiratoire bien spécial; il est constitué par une série d'inspirations et d'expirations de plus en plus amples et de plus en plus précipitées qui font place tout à coup à une pause respiratoire (apnée) qui se prolonge souvent assez longtemps avant que la respiration ne se rétablisse; c'est le *rythme de Cheyne-Stockes.*

Le plus généralement, la *température est au-dessous de la normale*; mais il s'en faut, que la constatation d'une température égale à la normale ou même supérieure suffise pour éliminer le diagnostic de coma urémique. Il en est de même des paralysies qui, niées autrefois au cours de l'urémie, sont parfaitement admises aujourd'hui (importance de l'aphasie, dont la recherche est impossible d'ailleurs au cours du coma). Le pouls est dur, tendu; la tension artérielle est toujours très élevée; au cœur, l'on constate le plus souvent un bruit de galop caractéristique; les urines sont albumineuses, pauvres en chlorures, le plus souvent hypotoxiques, quelquefois riches en cylindres. Le sang est hypertoxique, hyperchlorurique, souvent riche en azote; ce qui est toujours d'un pronostic fatal, si l'azotémie dépasse 1 à 2 p. 100. Le liquide céphalo-rachidien est souvent hypertendu, légèrement albumineux, il contient lui aussi des chlorures, de l'azote (importance au point de vue pronostic).

Dans certains cas, il se fait, au niveau des méninges, une fluxion blanche de leucocytes non altérés, sans microbes; l'examen du fond de l'œil montre les lésions bien connues de la rétinite albuminurique.

Nous rapprochons du coma urémique le COMA ÉCLAMPTIQUE (voir *Gaz. des hôpit*, Revue gén. par Stern et Burnier, 1905) en raison des liens pathogéniques étroits qui unissent le coma éclamptique et le coma urémique.

Pronostiquer ce qu'il adviendra d'un coma urémique est chose difficile, cependant depuis que nous connaissons mieux la valeur de certains produits toxiques retenus par l'organisme au cours de l'urémie, en particulier des produits azotés, il est possible de tenter ce pronostic. Si la *rétention azotée* est nulle ou inférieure à 1 p. 100, aussi bien dans le sang que dans le liquide céphalo-rachidien, le pronostic est relativement favorable; au contraire, il est à peu près fatal, si cette rétention azotée est supérieure à ce chiffre.

Le *traitement* est un traitement d'urgence : il faut saigner largement, et sans perdre de temps, d'où la nécessité d'un diagnostic précoce et rigoureusement établi. (*A suivre.*)

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 34, p. 494.

N° 38. — SAMEDI 30 MARS 1912. 85e ANNÉE. SAMEDI 30 MARS 1912 — N° 38.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-82

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Un concours pour la nomination à deux places de dentiste adjoint des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 6 mai 1912, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au service du personnel de l'administration de l'assistance publique de dix heures à trois heures, du jeudi 4 avril 1912 au samedi 20 avril inclusivement.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Rennes. — Un concours sera ouvert devant l'école supérieure de pharmacie de Paris, le 11 novembre 1912, pour l'emploi de professeur suppléant de pharmacie et de matière médicale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'école supérieure de pharmacie de Paris un mois avant l'ouverture du concours.

GUERRE. — Par décret en date du 24 mars 1912, sont promus :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Couillault, Clavelin, Duval et Carlier.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Krantz, Bich, Murie et Fasquelle.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Mennessier, Serre, Rispal, Baumelou et Lefebvre.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Charrier, Fulcrand, Villard, Clerc, Dizac, Royer, Chon et Guillois.

Est rappelé à l'activité M. Damond, médecin-major de deuxième classe (affecté au 63e d'inf.).

— M. le docteur Laveran, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, et membre de la commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires, a été nommé vice-président de ladite commission, en remplacement de M. le médecin inspecteur Vallin, de la section de réserve.

M. le médecin inspecteur Richard, de la section de réserve, a été nommé membre de la commission supérieure consultative d'hygiène et d'épidémiologie militaires, en remplacement de M. le docteur Laveran.

— Augmentation des indemnités des médecins auxiliaires. — L'indemnité en marche des sous-officiers à solde mensuelle et les primes d'alimentation nos 3 et 4 (marches et manœuvres) des sous-officiers à solde journalière sont portées de 90 centimes à 1 fr. 50 pour les adjudants et assimilés.

Pendant les manœuvres alpines l'indemnité est portée à 1 fr. 80.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la douzième semaine, 988 décès au lieu de 1044 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1056 moyenne ordinaire de la saison. La rougeole, toujours très répandue dans les quartiers pauvres de la périphérie, est en légère régression.

Elle a causé 48 décès au lieu de 59 pendant la semaine précédente (moyenne 16); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 750, au lieu de 720 précédemment, de 829 pendant la semaine antérieure, et au lieu de la moyenne 347.

Les quartiers les plus atteints sont toujours à peu près les mêmes. Ce sont : Charonne, 26 cas nouveaux; Père-Lachaise, 33; Belleville, 51; Clignancourt, 52; Grandes-Carrières, 34; Epinettes, 20; Necker, 24; la Roquette, 20. Nous avons déjà cité ces quartiers, tous pauvres, tous excentriques, et presque tous situés au nord et à l'est de la ville, dans nos précédents bulletins. Il est remarquable que la rougeole se soit montrée constamment rare ou bénigne depuis le commencement de l'année dans les quartiers de Saint-Fargeau, Pont-de-Flandre, Petit-Montrouge, Santé, Sainte-Marguerite, etc., quoique ces quartiers soient voisins de quartiers très mal traités, ou bien qu'ils soient très pauvrement habités. Les XIIe et XIIIe arrondissements, quoique très pauvres aussi, n'ont pas été gravement atteints.

Les autres maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès, la scarlatine 6, la coqueluche 8, la diphtérie 8, la diarrhée infantile 18, les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration 150.

REVUE GÉNÉRALE

LE TÉTANOS

ÉTUDE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

Par M. X. COLANÉRI,
Interne de la Maison départementale de la Seine.

Le tétanos est une maladie infectieuse, commune à l'homme et aux animaux. Cliniquement, il est caractérisé par des contractures musculaires et des redoublements convulsifs, atteignant presque tous les muscles volontaires. Son étiologie se résume à la présence du bacille de Nicolaïer, au niveau du point d'inoculation, et à la diffusion dans l'organisme du poison bacillaire, dans certaines conditions que nous étudierons.

Affection d'une gravité très grande, elle est combattue depuis une quinzaine d'années par un traitement dont la valeur spécifique tant au point de vue préventif qu'au point de vue curatif est encore discutée à l'heure actuelle. Nous essaierons de dégager une conclusion pratique des opinions diverses émises à différentes reprises et des éclaircissements nouveaux, peu nombreux à la vérité, apportés à la pathogénie et à l'étiologie du tétanos.

I

Historique. — Le tétanos est connu et décrit depuis longtemps : Hippocrate, Celse, Galien ont défini ses principaux symptômes, cependant les observations ne se sont multipliées qu'à partir de la fin du XVIIIe siècle. Heurteloup dans son précis en 1793 résume les connaissances de son époque. Les guerres de l'empire permettent à Larrey de compléter abondamment l'histoire clinique de l'affection. Celle-ci est définitivement fixée par la thèse de Richelot en 1875 et l'article de Mathieu en 1885.

L'étiologie restait obscure, elle se réduisait à l'énumération des circonstances où survient le tétanos. Stuzt, Martin de Pedro, lui supposent une origine musculaire; Saucerotte, Vulpian, Brown-Sequard, Verneuil admettent une origine réflexe nerveuse. Cependant le caractère toxique des accidents avait depuis longtemps attiré l'attention des médecins! Aritée, Ambroise Paré conseillaient la propreté des pansements. Boerhave (1753) avait entrevu l'existence d'une matière irritante. P. Dufouart (1801) parle de la rétention du pus ; mais le mérite revient à Simpson (1854) d'avoir posé nettement l'hypothèse de l'origine infectieuse du tétanos. Celui-ci conseille de rechercher si le sang d'un animal tétanique est capable de produire cette affection chez d'autres animaux et admettait l'idée d'un poison pénétrant dans la plaie. L'année suivante, B. Travers fils émet la même opinion, adoptée un peu plus tard par Bilroth et Richardson. Betoli en 1859 parle d'un ferment animal. Mais les expériences de ces auteurs et celle d'Antona, de Rose, d'Arloing et Tripier (1870) au sujet de la transmission du tétanos par injection de sang tétanique aux animaux restent négatives. Ces échecs n'empêchèrent pas certains observateurs, tels que Lehmann, E. Labbé, Stadfedt, de déclarer le tétanos transmissible. Nocard, en 1882, ne réussit pas davantage à l'inoculer aux animaux, employant soit une émulsion du bulbe rachidien, soit du liquide céphalo-rachidien.

Il faut arriver à l'année 1884 pour pouvoir affirmer l'origine infectieuse du tétanos. En effet, Carl et Rattone en démontrent l'inoculabilité : ils injectèrent vingt et un lapins avec le contenu d'un bouton d'acné, point de départ d'un tétanos mortel. Onze de ces animaux moururent tétaniques. Ces auteurs conclurent de leurs expériences que « le tétanos est une maladie infectieuse, transmissible de l'homme au lapin et du lapin au lapin ».

La même année, Nicolaïer démontrait que certaines espèces de terre, de rue ou de jardin, étaient douées de propriétés tétanigènes considérables, et déterminaient de violents phénomènes tétaniques si on les inoculait à des cobayes ou à des lapins. De plus, cet auteur rencontra dans le pus de la poche d'inoculation des bacilles, minces, allongés, renflés à l'une des extrémités, et cela de façon constante et parfois prédominante. Il ne put l'isoler, mais démontra sa nature anaérobie, sa présence dans la terre et sa transmission d'un animal à l'autre. Ce microbe parut à Nicolaïer l'agent spécifique du tétanos.

Rosenbach en 1885 confirme les expériences précédentes. Il identifie le tétanos expérimental et le tétanos humain. Le premier, il conclut de l'absence constante du bacille dans les organes à l'existence probable d'une ptomaïne dont la résorption engendrerait le tétanos. Une foule d'auteurs confirment la découverte de Nicolaïer; il faut citer parmi eux : Socin, Bonome, Hochsinger, Beumer, Giordano, Peiper, Reuter, Rietsch, etc. Nocard, en France, inocule le tétanos avec le produit du raclage de plusieurs casseaux ayant servi à la castration de chevaux morts du tétanos. Il admet l'opinion de Rosenbach suivant laquelle le bacille agit à distance par l'intermédiaire d'un poison très actif. Brieger vers la même époque (1887) essaya d'isoler cette substance. Il parvint par des procédés chimiques à démontrer l'existence d'une substance albumineuse, capable de donner des contractures.

Cependant, il restait à démontrer l'action pathogène spécifique du bacille de Nicolaïer. C'est à Kitasato que revient cet honneur (1889). Le premier il isola et cultiva ce microbe, en employant la méthode anaérobie. Il étudia plusieurs milieux liquides, remarqua la production des gaz dans la gélatine, étudia la résistance des spores et décrivit avec soin la forme en épingle « stecknadelförmig ». Il insista enfin sur la localisation du bacille au point d'inoculation. Belfanti et Pescarollo confirmèrent ces travaux.

L'hypothèse, émise déjà par Nicolaïer et Rosenbach, de la sécrétion *in loco* d'un poison soluble dont la diffusion produisait les contractures, ne tarda pas à être démontrée après la découverte de Kitasato. En 1890, Kund Faber, isola la toxine tétanique. Il l'obtint en filtrant sur porcelaine une culture en bouillon de bacilles tétaniques. Il rapproche cette toxine de la toxine diphtérique et des venins. La même année, Tizzoni et Cattani étudient le poison tétanique, sa solubilité dans l'eau, sa résistance à la chaleur.

Entre temps, nombre d'auteurs avaient contribué à définir plus complètement microbe et toxine ; tels sont Niesen, Bossano, Jeannel et Laulanié, René Colin, Guelpa, Lampiasi, Shakespeare, Sormani, Courmont et Doyon (1893) qui assimilent la toxine à une diastase, Conrad, Brunner qui contredit ces résultats. L'Académie de médecine (1889) discutait longuement l'opinion de Verneuil sur l'origine équine du tétanos. Verneuil soutenait alors cette ori-

gine contre la majorité de ses confrères qui affirmaient l'origine tellurique du tétanos. Le cheval, pour cet auteur, n'est pas toujours tétanigène, mais il est constamment tétanifère. S'il n'est pas toujours l'intermédiaire direct, du moins la terre ou tout autre objet ont-ils été infectés par un cheval tétanique (1). Nous verrons à l'étiologie que le bacille de Nicolaïer est avant tout un bacille de la terre et que les animaux herbivores s'infectent par elle et ne sont que des dépositaires du bacille ou de sa spore. Le cheval n'est donc plus qu'un agent de contagion médiat entre la terre et le blessé (Sanchez, Toledo et Veillon). Enfin Vaillard, Vincent et Rouget complètent la connaissance des conditions où apparaissent le tétanos et la production de la toxine. Mais l'étude thérapeutique suivit de près l'étude bactériologique de l'étiologie du tétanos. C'est à son sujet et au sujet de la diphtérie que Behring et Kitasato découvrirent les sérums antitoxiques. En 1890, ils réussirent la vaccination de l'animal contre le tétanos. Ils firent connaître les propriétés remarquables du sérum des animaux rendus réfractaires. Ils affirmèrent la guérison d'accidents même très prononcés. Roux et Vaillard perfectionnèrent la vaccination antitétanique (1891). Malheureusement, les promesses de Behring au point de vue curatif ne furent pas réalisées; même expérimentalement et sur l'homme, Kitasato échoua d'abord, et Tizzoni et Cattani n'enregistrèrent pas que des succès en Italie.

Cependant, en 1893, Roux et Vaillard reprirent la question du sérum antitétanique. Leurs premiers résultats relatés avec Rénon, Barth et Mayet furent incertains (2). Ils obtinrent des liquides à grand pouvoir antitoxique et immunisant et les employèrent fréquemment soit chez l'homme, soit chez l'animal au traitement du tétanos déclaré : ils échouèrent dans les cas aigus ou graves. Leurs conclusions sont formelles quant aux propriétés préventives et curatives du sérum. Action préventive certaine, démontrée par les travaux de Nocard et les statistiques des vétérinaires; action curative douteuse.

Bazy, en 1896, propose l'injection préventive systématique : elle est, depuis cette époque, pratiquée par la grosse majorité des chirurgiens et revient souvent dans leurs discussions tant au Congrès de chirurgie de 1902 qu'à la Société de chirurgie en 1907 et à l'Académie de médecine en 1908.

De nombreux auteurs s'appliquent à la question du traitement, soit pour trouver une voie plus rapide d'absorption à l'antitoxine ; voie sous-cutanée : Kitasato; voie intraveineuse : Morax; voie nerveuse : Kuster; voie sous-arachnoïdienne : Sicard, Rollin; voie épidurale : Apert et Lhermitte ; voie intracérébrale : Roux et Borrel; soit pour instituer d'autres modes de traitement : Roger et Josué proposent le chlorhydrate de bétaine ; Wassermann et Takaki, le traitement opothérapique ; Langenbeck et Verneuil avaient étudié l'action du chloral qui est devenu classique; Bacelli et les médecins italiens emploient l'acide phénique; Meltzer et Auer et Blake (1906) ont démontré l'action dépressive du sulfate de magnésie sur le système nerveux.

Enfin le traitement chirurgical s'attaque à la cause première de la maladie. Cautérisation, curettage, excision du foyer, amputation, tout a été tenté. Berger et Mauclaire ont défendu l'amputation en 1902 et 1904. Larrey avait préconisé la névrotomie, elle n'a pas été suffisamment réhabilitée par Létiévant.

Nous avons réuni intentionnellement dans un même chapitre les différents points de l'histoire du tétanos. C'est surtout le traitement qui a fait les frais des dernières discussions, et notamment l'action préventive du sérum. Nous la discuterons en son temps, après avoir passé rapidement en revue la symptomatologie si nette du tétanos, son diagnostic, l'étiologie et les circonstances où apparaît l'infection.

II

Anatomie pathologique. — Nous serons brefs sur ce chapitre. Le tétanos ne présente aucune lésion caractéristique. Nous verrons que la toxine possède une affinité toute spéciale pour le système nerveux. On tend aujourd'hui à admettre qu'elle se localise surtout au niveau des centres plutôt que sur les extrémités périphériques. Comme le voulaient Courmont et Doyon, ces lésions des centres nerveux se rencontrent dans d'autres intoxications : œdème, congestion légère, état vacuolaire de quelques cellules. Il est difficile de tirer une conclusion des résultats discordants obtenus par les auteurs au sujet de la localisation de ces lésions. Elles semblent pourtant avoir une préférence pour les cellules pyramidales des cornes antérieures de la moelle, pour les noyaux moteurs du bulbe (1). Joukowsky (2) y a trouvé du pigment jaune clair en grande quantité, ce qui n'est pas caractéristique. Peut-être l'accumulation de cellules rondes migratrices autour des cellules nerveuses a-t-elle plus de valeur. Les neurones sensitifs et la corticalité paraissent indemnes (3).

Ces altérations sont d'ailleurs inconstantes. De même celles rencontrées dans le tissu musculaire. Ruptures fibrillaires, rupture complète même d'un muscle doivent plutôt être l'effet que la cause de la contracture trop brusque. Gaetano (4) [1902] a signalé une myosite parenchymateuse, une multiplication des noyaux du sarcolemme. Odier (5) a trouvé de la dégénérescence puis de la destruction des terminaisons motrices dans les muscles.

III

Symptomatologie. — Les symptômes du tétanos sont à peu près fixés depuis longtemps et les traités classiques varient peu dans leurs éditions successives au sujet de la description clinique de cette affection.

Son tableau en est d'ailleurs dramatique. Il est essentiellement caractérisé par la contracture tonique et douloureuse des muscles, les spasmes paroxystiques qui l'exagèrent, et par des troubles de la calorification, de la circulation et de la respiration.

Phase prodromique. — Il ne se produit aucun phénomène immédiat à la suite de la blessure, point d'inoculation du bacille tétanique. Il y a là une période insidieuse, plus ou moins longue, où rien ne décèle l'envahissement de l'organisme par la toxine. Cependant, on a soigneusement relevé quelques indices permettant de soupçonner l'évolution vers le

(1) J. Teissier. Revue générale. *Sem. méd.*, 25 mars 1893.
(2) Teissier. Revue générale, Loc. cit.

(1) Ziuno. *Arch. de méd. expérim.*, mai 1903.
(2) Joukowsky. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet 1900.
(3) Flechter. *Brain*, 1903, p. 38.
(4) Gaetano. *Gazz. degli osp.*, 14 déc. 1902.
(5) Odier. *Arch. de méd. expérim.*, juillet 1904.

tétanos; l'état de la plaie paraissait avant l'ère antiseptique devoir fournir quelques prodromes : sécheresse, lividité. Aujourd'hui, mieux pansée, elle n'offre plus de modifications suffisantes. Tout au plus, signale-t-on des élancements douloureux, des brûlures cuisantes au niveau de la plaie précédant de vingt-quatre heures l'apparition du tétanos, accompagnées d'un malaise général et d'une sensation persistante de froid.

Evler (1) a cherché à préciser des petits signes précurseurs dont le rapport avec le trauma est difficilement reconnu : certaine inquiétude, besoin d'agir puis désir de se reposer; tressaillements; vertige par spasmes des muscles oculaires; hyperémie locale et même contractures cloniques, non douloureuses au niveau d'un membre; plus tard, légers spasmes œsophagiens et laryngiens et accentuation des signes oculaires : strabisme, impossibilité de soulever les paupières, troubles de l'accommodation. Il en a reconnu lui-même l'inconstance et la recherche peu commode, mais assure qu'on les trouve au moins cinq à six jours avant l'apparition du trismus.

Début clinique. — Celui-ci est nettement marqué par l'apparition des contractures musculaires. Elles surviennent en moyenne six à douze jours après l'inoculation. Il y a, d'ailleurs, des tétanos précoces éclatant deux ou trois jours après la blessure, et l'on connaît le cas toujours cité du nègre de Bardeleben mourant tétanique un quart d'heure après s'être blessé avec un morceau de porcelaine. Larrey a signalé des périodes de deux, trois et cinq heures. Le tétanos peut se déclarer tardivement et on a noté des périodes d'incubation de quinze, vingt, trente jours et plus, la plaie étant le plus souvent cicatrisée à ce moment.

De façon presque constante, ce sont les masséters et les ptérygoïdiens internes qui sont pris les premiers. Très rarement, il se produit une réaction localisée sur les territoires musculaires correspondant au point d'inoculation, comme cela est la règle chez l'animal. Puis ce sont les muscles de la nuque qui sont atteints en second lieu. Ces contractures sont d'abord légères : le trismus marqué par une gêne de l'ouverture de la bouche que le blessé constate au réveil. Les efforts qu'il fait pour le vaincre lui montrent bientôt qu'il est invincible, qu'il s'exagère à leur occasion. Il devient rapidement douloureux, en même temps que la tête moins mobile engage le médecin à rechercher la contracture.

Les muscles de la nuque sont enraidis, la colonne vertébrale tend à devenir rigide. Progressivement, les contractures se généralisent, gagnent les muscles de la face, ceux des membres et de la paroi abdominale et même atteignent la musculature digestive, les sphincters, les muscles de la respiration.

L'intensité de la contracture d'un muscle augmente dans le même temps; il devient impossible de vaincre sa rigidité. Mais déjà celle-ci n'est pas continue également, elle est entrecoupée de secousses convulsives rapides, saccadées, mais extrêmement douloureuses et très rapprochées parfois.

Période d'état. — Nous analyserons successivement les différents ordres de troubles résultant de l'intoxication tétanique.

Troubles moteurs. — Les contractures que nous venons de voir s'installer entraînent des déformations de l'attitude naturelle du corps. Le trismus traduit la crampe des masticateurs; si les petits muscles de la face sont pris, ce qui est moins constant, le blessé présente une expression grimaçante typique connue sous le nom de rire sardonique. Les contractures du tronc et des membres prédominent en général sur les extenseurs : la tête est renversée en arrière ainsi que le tronc. Le corps décrit parfois un véritable arc de cercle à concavité postérieure, étendu du vertex aux talons, exagérant ainsi l'*opisthotonos*. Plus rarement est constitué l'*emprosthotonos*, produit au contraire par la contraction des fléchisseurs de la tête et du tronc, rappelant la position du fœtus dans l'utérus. Si la contracture est égale des deux côtés du corps, on a l'*orthotonos* ou tétanos droit de Larrey; si elle est plus intense d'un côté, le corps est incurvé latéralement : c'est le *pleurosthotonos*. Ces deux derniers cas sont plus rares.

L'intensité de la contracture est variable : elle peut parfois permettre certains mouvements, ou bien créer une rigidité invincible. Tantôt elle est continue, sans rémission; tantôt elle présente des périodes de détente, surtout si le tétanos évolue vers la guérison. Mais de toutes façons et d'une manière constante, ces contractures sont coupées de *redoublements convulsifs* (paroxysmes, exacerbations spasmodiques). Ils surviennent soit spontanément, soit à l'occasion de la moindre excitation périphérique : attouchement léger, simple frôlement de la peau, lumière un peu vive, ébranlement du lit, un bruit quelconque, un effort du malade. Parfois précédés d'un aura douloureux au niveau de la plaie, ils peuvent irradier autour d'elle. Mais le plus souvent ils débutent au niveau d'un groupe de muscles donnés et se généralisent ensuite à tous les muscles contracturés. Ils durent quelques secondes, au plus une demi-minute. Ils sont constitués par des secousses brèves, peu étendues, très rapprochées mais très douloureuses; parfois la violence de la secousse provoque la rupture d'un muscle.

Troubles fonctionnels. — Examinons de suite les troubles fonctionnels que causent ces troubles moteurs si profondément accentués. Les premiers sont en effet déterminés par les localisations plus spéciales des seconds.

Le trismus gêne l'alimentation dès le début. La dysphagie va ensuite en augmentant. Les aliments introduits dans la bouche provoquent une crise convulsive et le malade en arrive à ne plus pouvoir avaler sa salive. Et même la simple idée de la déglutition ou la vue d'un verre d'eau provoque un spasme pharyngien : c'est une véritable forme « hydrophobique » du tétanos.

La musculature du tube digestif peut être atteinte et certains malades se plaignent de crampes épigastriques douloureuses. On note de la constipation opiniâtre due surtout à la contraction des sphincters. Pour la même raison, il y a de la rétention d'urine qui nécessite souvent des sondages répétés et difficiles.

Les muscles respirateurs peuvent être intéressés par la contracture tétanique. Cela crée un danger redoutable. Si les muscles respiratoires accessoires seuls sont pris, il se produit une gêne peu marquée. Au contraire si le diaphragme entre en contraction permanente ou intermittente à la suite des muscles accessoires, une dyspnée vive entraînant

(1) Evler. *Soc. de méd. berlinoise*, 4 mai 1910.

une asphyxie progressive s'installe. La contracture des muscles de la glotte peut ne causer qu'une dyspnée légère ou bien entraîner la mort en quelques minutes par spasme glottique intense.

Il est vraisemblable d'attribuer à un spasme du muscle cardiaque les syncopes dont meurent parfois les tétaniques.

Enfin, signalons ici que ces troubles moteurs d'excitation sont très rarement remplacés par des troubles dépresseurs, de véritables paralysies, telles qu'on en rencontre dans la forme céphalique de l'affection. « Il est possible cependant que certains phénomènes graves du tétanos, certains troubles respiratoires et certaines syncopes cardiaques, soient liés au moins autant à des troubles paralytiques qu'à des phénomènes de contracture (1). »

Signalons rapidement les *troubles sensitifs*. Nous avons vu l'hypersensibilité du malade à la moindre excitation extérieure ; les impressions périphériques deviennent rapidement douloureuses. C'est au niveau de la blessure que se font les irradiations les plus pénibles.

Les *troubles réflexes* sont caractérisés par de l'exagération, qui d'ailleurs n'est pas constante. Il faut d'ailleurs être très prudent dans la recherche des réflexes ; elle peut provoquer une crise de spasmes généralisés. Au milieu de cet état grave, il est remarquable que l'*état intellectuel* du malade demeure intact. Ses facultés psychiques sont entières et le martyre du patient est d'autant plus pénible pour lui et angoissant pour son entourage qu'il souffre de ses contractures, les prévoit, assiste à son asphyxie progressive et par sa propre appréhension augmente le retour de ses crises.

Troubles généraux. Troubles thermiques. — La fièvre existe habituellement dans le tétanos ; mais elle n'est pas constante. On peut en distinguer trois modalités avec Richelot : la première où la température reste aux environs de la normale ; une seconde où elle monte progressivement, en rapport le plus souvent avec la gravité de l'affection ; une troisième enfin où la température, montée vers 39 degrés, s'y maintient pour redescendre au moment de la convalescence. Cependant ce schéma est loin d'être absolu ; on a vu des tétanos mortels apyrétiques (Terrier) et des tétanos aigus ont présenté une hyperthermie notable : 42-43 degrés (Wunderlich). Enfin, de manière à peu près constante, tous les auteurs ont noté une élévation de la température post mortem.

On a voulu faire jouer un rôle important aux contractures musculaires pour expliquer l'hyperthermie. D'Arsonval et Charrin ont constaté que chez les animaux elle existait au moment des crises convulsives. Mais aujourd'hui on tend à considérer que l'hypothèse la plus rationnelle est celle d'un trouble des centres régulateurs de la chaleur.

Troubles circulatoires. — Dans le tétanos le pouls est en général accéléré, battant vers 90 ou 100. Il n'est pas nécessairement en rapport avec la température ; cependant dans les formes moyennes ou bénignes pouls et température concordent généralement. Son accélération permanente en dehors des paroxysmes vers 110, 120, 140 est un signe de gravité, surtout si elle est en contradiction avec la réaction thermique.

Nous avons vu plus haut la description des troubles respiratoires, dont l'apparition en dehors des crises est également d'un pronostic fatal.

Troubles urinaires. — L'excrétion urinaire peut être troublée. Nous avons signalé la rétention. Il peut y avoir de l'incontinence d'urine. La sécrétion urinaire est en général diminuée ; sa composition demeure à peu près normale ; le chiffre de l'urée varie peu ; il n'y a pas de sucre ; l'albumine est rare ou apparaît à la période ultime (1).

IV

Formes cliniques. — Nous étudierons dans ce chapitre tout à la fois les formes cliniques véritables du tétanos et les aspects différents que peut revêtir cette affection selon le siège du point d'inoculation. Les premières dépendent de l'intensité et de la rapidité de l'évolution ; les seconds entraînent un pronostic particulier tiré de l'allure particulière de la maladie, de la localisation des contractures, de l'âge du malade ou de l'absence d'une plaie initiale.

TÉTANOS AIGU ET SURAIGU. — La rapidité d'évolution du tétanos est parfois foudroyante. Vaillard (2) cite un cas où l'évolution a été si prompte et les accidents si restreints que le diagnostic n'en fut affirmé qu'après inoculation du sang au cobaye. Les contractures d'emblée intenses apparaissent vingt-quatre heures après l'inoculation. La température est très élevée, le pouls irrégulier, filiforme. La mort survient en quelques heures, vingt-quatre ou trente-six au plus. Le tétanos aigu est une des formes les plus habituelles. Il apparaît en général de trois à six jours après la blessure. La température monte à 40 degrés régulièrement, l'accélération du pouls est considérable, la respiration irrégulière est fréquente, les contractures s'étendent rapidement et les spasmes paroxystiques sont répétés, incessants. Des crises de suffocation surviennent et le malade est emporté en trois, quatre ou cinq jours par asphyxie progressive ou par syncope brusque.

TÉTANOS CHRONIQUE. — Caractérisé par la lenteur de son évolution, le tétanos chronique s'observe dans un quart des cas. Il apparaît tardivement, dix, quinze, vingt jours après la blessure. Dès le début les accidents sont modérés : contractures peu intenses, s'établissant lentement, se généralisant rarement, entrecoupées même de périodes de rémission. Les redoublements convulsifs sont sans violence ou n'existent pas. Les membres supérieurs ne participent le plus souvent ni aux uns ni aux autres. La température ne dépasse pas 38 degrés ou reste normale ; le pouls ne présente pas d'accélération, la respiration n'est pas troublée. Cet état persiste pendant des semaines avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Puis, ou bien la guérison survient le plus souvent, cette forme ne tuant que les trois cinquièmes ou la moitié des sujets ; ou bien les accidents tournent court, prennent la forme aiguë et aboutissent à la mort. En général, plus longtemps a duré la période d'état, plus la guérison est probable, surtout au-delà de trois semaines.

Il nous faut encore signaler *une forme chronique prolongée et traînante.* Brun, en 1896, avait rapporté le cas de trois malades qui avaient présenté des tétanos graves suivis de guérison. Mais ils avaient con-

(1) P. DELBET et M. CHEVASSU. Tétanos, in *Nouveau Traité de chirurgie.*

(1) SENATOR. *Berlin. klin. Wochen.*, 30 oct. 1905.
(2) VAILLARD. *Nouveau traité de médecine.* Art. TÉTANOS.

tinué à présenter de la contracture des muscles de la mâchoire, du tronc et même des extrémités, entraînant une gêne de la marche et de l'alimentation. Ces symptômes avaient persisté pendant trois, quatre mois et même cinq ans.

Grober (1) qui cite ces cas en décrit un personnel. Une fillette de douze ans contracte le tétanos à la suite d'une petite plaie du gros orteil. Le trismus et la contracture généralisée dure deux semaines. Pendant quatre mois persistent les contractures des muscles abdominaux et thoraciques, au bout desquels se produit une légère amélioration. Mais les mêmes contractures, le même trismus, les mêmes troubles de la déglutition ont existé pendant deux ans, laissant après eux une impotence générale relative.

Tétanos céphalique. — Celui-ci a été décrit pour la première fois et bien isolé par Rose en 1870, puis étudié par Worms, Terrillon et Schwartz, Verneuil, Janin qui lui donnèrent des dénominations diverses. Le terme de tétanos céphalique créé par Rose est aujourd'hui généralement adopté. Villar en 1888 et Poan de Sapincourt en 1904, dans sa thèse, en donnèrent une description presque définitive. Il est consécutif à l'inoculation du bacille de Nicolaïer au niveau de la face ou des gencives, dans la sphère d'innervation commune du facial et du trijumeau.

De même nature que le tétanos généralisé, le tétanos céphalique en diffère par trois signes essentiels : ses symptômes sont représentés par des contractures localisées à la région cervico-faciale ; il s'accompagne de paralysie faciale ou oculaire ; il évolue de façon chronique, sans fièvre, en respectant l'état général (2).

Le trismus survient dans la première huitaine qui suit l'époque de la blessure. La contracture, unilatérale un instant, devient bientôt bilatérale. Elle est généralisée à tous les muscles masticateurs, entrecoupée de quelques spasmes douloureux. Elle est suivie de la contracture des muscles de la nuque très rapidement. Ces contractures prédominent en général du côté blessé.

La paralysie faciale, elle, siège du même côté que la blessure initiale. Si cette dernière est localisée sur la ligne médiane, la paralysie faciale est alors bilatérale. C'est une paralysie complète, intéressant le facial supérieur et le facial inférieur, répondant à la description classique : fixité de la moitié de la face déviée du côté opposé, œil ouvert et larmoyant, joue flasque et inerte se soulevant à chaque expiration, effacement des plis naso-labial et naso-jugal, bouche fermée du côté de la lésion et attirée de l'autre côté. De plus, l'autre côté est souvent contracturé. Cette hémicontracture a suivi ou précédé la paralysie. Il faut la rechercher parfois, mais quand elle existe elle donne à la physionomie une expression typique : un des côtés est plissé, ridé, aussi immuable d'ailleurs dans son masque de fureur que l'autre côté est fixé dans sa placidité, les traits détendus, les saillies effacées. De plus, notons que cette paralysie faciale du type périphérique est légère, fugace, ne s'accompagne jamais de troubles trophiques, peut apparaître avant le trismus et ainsi doit faire songer au tétanos céphalique si elle coïncide à quatre ou cinq jours de distance avec une blessure même légère de la face. Cette paralysie est rarement localisée ou partielle ; mais elle peut se compliquer d'hyperacousie ou de troubles de la gustation, probablement par névrite ascendante atteignant les rameaux nés plus haut sur le tronc du nerf. Ce qui est plus constant ce sont les phénomènes vaso-moteurs et sécrétoires, dans le domaine du facial [retard de la sudation] (1). Beaucoup plus rarement, on a signalé une paralysie de l'hypoglosse ou des nerfs moteurs de l'œil. Cependant, il faut savoir que le moteur oculaire commun, le pathétique, le moteur oculaire externe peuvent être pris simultanément ou isolément, entraînant une forme ophtalmoplégique du tétanos à laquelle on peut songer lorsque la chute des paupières, le strabisme, l'amblyopie apparaissent à la suite d'une blessure du globe oculaire avant tout trismus ou toute paralysie faciale (2). Enfin, ajoutons que quelques observateurs, notamment Goubeau (3), ont vu des cas de tétanos céphalique aigu avec l'absence complète de trismus au début et de raideur de la nuque dans toute l'évolution. Mais ce sont des exceptions.

L'évolution du tétanos céphalique est en général moins grave, que celle du tétanos généralisé. Mais elle s'en rapproche : ses contractures peuvent se généraliser, atteindre le système respiratoire ou le tube digestif supérieur et cette généralisation brusque des contractures peut se faire vers le quarantième ou cinquantième jours après le début des accidents céphaliques (4). Le tétanos de Rose a une tendance marquée vers la chronicité, ce qui rend son pronostic moins grave. Sa statistique ne donnerait qu'une mortalité de 38 à 47 p. 100. La pathogénie de la paralysie faciale n'est pas nettement déterminée. La théorie mécanique du gonflement du nerf facial, la théorie réflexe, la théorie infectieuse enfin ont été successivement invoquées. On tendrait à admettre aujourd'hui une lésion nucléaire (5) par fixation de la toxine tétanique au niveau des noyaux bulbo-protubérantiels, surtout au niveau des noyaux du facial, celui-ci servant de vecteur au virus. Son degré de virulence différent expliquerait la contracture par excitation du noyau de la cinquième paire, et la paralysie par annihilation des cellules du noyau plus rapproché du facial.

Tétanos splanchnique. — Dans celui-ci, le point d'inoculation se trouve au niveau d'un viscère, sur le territoire du grand sympathique : les blessures de l'intestin, du rectum, de l'urètre, du vagin, de l'utérus l'engendrent, et on l'a signalé à la suite de laparotomies, de cures radicales de hernie, d'ovariotomies, de plaies utérines. Ce sont surtout ces dernières, provoquées par un avortement ou un accouchement septiques qui causent le plus souvent cette forme spéciale de tétanos, au point que l'on en avait créé une variété : le tétanos puerpéral. A propos de l'infection survenant à la suite de l'accouchement, une distinction s'impose. Dopter (6) la signale avec raison. Le tétanos des femmes en couches peut provenir soit de la plaie utérine, soit d'une plaie cutanée intéressant le périnée, les grandes lèvres. A ces deux foyers, correspondent deux formes de tétanos : la plaie périnéale, vulvaire produit le tétanos ordi-

(1) Grober. *Médecine moderne*, 1903, p. 304.
(2) Binet et Trénel. Considérations sur le tétanos céphalique, *Revue de chir.*, 10 sept. 1909.

(1) Villar. *Gaz. des hôpit.*, 1888, n° 147.
(2) Hadlich. *Berl. klin. Woch.*, 1885. — Solmsen. *Deut. med. Woch.*, 1897, n° 17.
(3) Goubeau. *Progrès méd.*, 1910, p. 497.
(4) Worms. Th. de Lyon, 1905.
(5) Bernhardt. *Neurol. Centralbl.*, 1898, n° 4.
(6) Dopter. *Gaz. des hôpit.*, 1900, n° 49.

naire ; la plaie utérine, le tétanos viscéral ou splanchnique qui seul nous occupe en ce moment.

D'ailleurs, quel que soit le viscère atteint, le tétanos splanchnique se révèle toujours par les mêmes signes et la même évolution. Il en est de même chez l'animal, où cette forme de tétanos reste toujours identique à elle-même chez le même animal. Binot (1) a remarqué que les viscères atteints étaient innervés en totalité ou en partie par le grand sympathique et sa conclusion transposable chez l'homme est que « le tétanos splanchnique est un tétanos du système sympathique opposable au tétanos du système nerveux moteur ».

Le tétanos splanchnique a un début tardif, vers le huitième ou le dizième jour après la blessure, mais son évolution est rapide, toujours mortelle. Le même trismus et la même raideur de la nuque en marquent le plus souvent le premier signe. Mais ils sont suivis à bref délai — parfois précédés — de contractures localisées essentiellement sur les muscles du système viscéral. Douze ou vingt-quatre heures après les accidents initiaux, la dysphagie est très accentuée. Sa prédominance ou son apparition précoce avant les autres symptômes ont fait penser à une angine. Mais bientôt au bout de quelques heures surviennent des crises de dyspnée, violentes, répétées ; de véritables crises d'hydrophobie, causée par des spasmes glottiques à la vue même d'un simple verre d'eau, se produisent. La déglutition est impossible, les crises d'étouffement se multiplient, deviennent subintrantes ; la face est cyanosée ; le pouls peu fréquent au début est monté rapidement à 120-130 degrés. Il est devenu irrégulier. Les battements cardiaques sont faibles et le malade succombe en vingt-quatre ou quarante-huit heures, par asphyxie ou par syncope.

Tétanos des nouveau-nés. — Nous décrivons ici cette forme clinique, parce que, en dehors de l'âge du malade, qui lui donne sa physionomie particulière, celle-ci est complétée par la plaie originelle, qui est toujours la plaie ombilicale. Le tétanos se développe indifféremment sur les garçons ou sur les filles. Il apparaît le plus souvent dans les jours qui suivent la chute du cordon ombilical. En général il débute du sixième au quatorzième jour après la naissance (Finkler, Papienski, Henoch, Baginski), rarement avant la chute du cordon ou le jour même de sa chute, survenant alors dans les quatre ou cinq premiers jours de la vie. Car, si les microbes pénètrent plus facilement dans la plaie au moment de la chute du cordon, ils peuvent y pénétrer plus tôt, grâce à l'artérite et à la phlébite ombilicale, qui se sont déjà développées (Burmenter).

L'enfant agité prend le sein avec avidité ou le quitte aussitôt en criant. Mais son cri est étouffé, on l'entend à peine. Puis le trismus survient. C'est surtout par la palpation que l'on apprécie la dureté des masséters. Les mâchoires sont fortement appliquées l'une contre l'autre ; on ne peut y introduire l'extrémité du doigt. Le front plissé, les yeux fermés, les commissures labiales tiraillées sans cesse par des mouvements convulsifs, les lèvres très rapprochées formant une légère saillie en avant en forme de trompe, le petit malade présente un masque douloureux et pénible (2). Puis, s'installe les autres phénomènes semblables à ceux de l'adulte : contracture du tronc, du cou et des membres, attitudes particulières du corps, peut-être plus typiques chez l'enfant, rémissions momentanées des contractures et redoublements convulsifs. Ces derniers se produisent le plus souvent sans cause appréciable, sur simple contact, le moindre bruit. La face se cyanose, de la mousse blanche apparaît au coin des lèvres, le pouls est rapide, incomptable, la respiration courte, superficielle. On remarque, chez l'enfant, les mêmes variations dans la température que chez l'adulte. On a également signalé, au cours du tétanos chez les nouveau-nés, de l'ictère et de la diarrhée. Le tétanos à cet âge a une évolution presque toujours rapide : la mort survient du deuxième au quatrième jour, par asphyxie, le thorax étant immobilisé par la tétanisation des muscles respiratoires. Les cas sont rares que l'on a vu durer trois ou quatre semaines. D'ailleurs, cette forme est presque toujours, mortelle. Baginsky n'a jamais vu guérir d'enfants atteints du tétanos, Soltmann en a vu guérir 1 sur 6, Jderchscœld (de Stockholm), 2 sur 44.

(1) Binot. Th. de Paris, 1899.

(2) J. Renault. Art. tétanos, *Traité des maladies de l'enfance.*

Tétanos sans plaie. Tétanos médical. — Enfin, nous signalerons cette forme de tétanos, où la plus minutieuse investigation n'a pas permis de découvrir une porte d'entrée évidente. A l'encontre de toutes les formes précédentes, cette variété de tétanos ne présente à l'origine aucune plaie, aucune excoriation, si minime fût-elle. Nous verrons, au chapitre de l'étiologie, le rôle du refroidissement, de l'humidité. Donnons simplement ici une courte description clinique de ce tétanos sans plaie, appelé encore tétanos spontané, médical. Nous l'empruntons à la thèse de Chaillous (1). Parfois quelques signes prémonitoires précédant le début : frissons, malaises, courbatures, rachialgie. L'incubation est courte : soixante-douze heures au plus après le refroidissement. Le trismus apparaît le plus souvent en premier, mais la contracture peut commencer par les membres inférieurs. Quand elles se généralisent, les membres supérieurs sont toujours respectés. La température reste modérée, oscillant entre 37°5 et 38°5. Le pouls ne dépasse pas 100 pulsations. Les facultés intellectuelles restent intactes. Les paroxysmes douloureux existent, mais moins fréquents que dans la forme ordinaire. Et il faut remarquer que les contractures sont également moins intenses ; on peut arriver à écarter les mâchoires : on peut vaincre les attitudes vicieuses, en déployant une certaine force ; et le malade lui-même arrive par instant à s'asseoir sur son lit, à mobiliser ses membres.

Il y a souvent coexistence de congestion pulmonaire ou de pneumonie. Le malade tousse, mais crache peu.

En général, l'évolution du tétanos médical est chronique. Il s'atténue progressivement en trois ou quatre semaines, et guérit dans une proportion de 60 p. 100. Sa mortalité est en effet bien moindre que celle du tétanos ordinaire. Quand la marche du tétanos spontané prend un caractère aigu, le malade succombe dans le coma rapidement.

V

Diagnostic. — Le diagnostic positif du tétanos est en général facile. Les circonstances du début de l'affection, l'existence d'une blessure, sa localisation,

(1) Chaillous, Th. de Paris, 1899.

son évolution, les commémoratifs le plus souvent assez nettement remarqués par le malade, l'apparition du trismus rendent le diagnostic rarement hésitant. L'évolution typique, contracture permanente et douloureuse, spasmes paroxystiques, troubles thermiques et état intellectuel intact, vient lever les doutes. Les recherches de laboratoire sont très rarement nécessaires pour compléter le diagnostic et d'ailleurs trop lentes pour que l'on attende leur résultat avant l'établissement d'une thérapeutique. Le diagnostic différentiel paraît donc se réduire à une courte discussion. Trois affections principalement peuvent être cause d'erreurs ou d'hésitation : ce sont l'intoxication par les strychnés, la méningite cérébro-spinale, et dans une certaine mesure l'hystérie. Cependant à chaque étape de la maladie, notamment au début, on doit éliminer quelques contractures « de protection », et plus tard des convulsions d'origine infectieuse ou des affections méningées se compliquant d'un état convulsif.

A la période de début, le trismus et la dysphagie peuvent être confondus avec des contractures qui sont nettement sous la dépendance de causes locales. Il importe de rechercher ces dernières, si les commémoratifs peu clairs n'ont pas éveillé de suite l'idée d'un tétanos. Une affection gingivale, périostite alvéolo-dentaire, éruption vicieuse de la dent de sagesse, peut entraîner une contraction musculaire énergique. Il en est de même pour une affection amygdalienne ou pharyngienne : angine, phlegmon de l'amygdale, abcès rétro-pharyngien. Une parotidite peut immobiliser les muscles masticateurs, une arthrite temporo-maxillaire peut empêcher l'abaissement du maxillaire inférieur. Enfin au niveau du cou, une affection rhumatismale, arthrite de la colonne cervicale supérieure, torticolis musculaire, ou la présence de ganglions enflammés, causent une certaine raideur de la nuque qu'il faut distinguer de la raideur de la nuque. Plus rarement, chez l'enfant, un mal de Pott sous-occipital sera l'occasion d'une hésitation.

Outre les signes particuliers à chacune de ces affections, deux caractères séparent les contractures tétaniques de celles provoquées par les localisations énumérées ci-dessus. Et si ces phénomènes peuvent être embarrassants lorsqu'ils apparaissent chez un blessé, du moins le caractère de la douleur, nettement localisée au niveau d'un organe, d'une dent, d'une amygdale, d'un muscle, d'un ganglion, d'une articulation cervicale ou temporo-maxillaire permet-il de les éliminer. En effet dans le tétanos, « tout le muscle enraidi est sensible, sans qu'il y ait en aucun point de douleur sensible ». En second lieu, dans ces affections, l'écartement graduel des mâchoires peut être obtenu sans provoquer de redoublements convulsifs, alors que nous avons vu les spasmes survenir dans le tétanos à chaque effort fait pour vaincre la contracture. De plus, dans le tétanos les contractures sont envahissantes, et souvent le masséter et le temporal contracturés dessinent un relief que l'on ne retrouve pas notamment dans les affections rhumatismales.

A la période d'état, l'*intoxication par les strychnés* simule le tétanos. A la suite de convulsions répétées, provoquées par la moindre impression sur le tégument externe, les convulsions toniques arrivent à ne plus cesser, à se réunir sans rémission, produisant un état de contracture analogue au tétanos. D'où la confusion. Cependant, même si la notion étiologique manque, on aura l'attention attirée par la différence du début : l'empoisonnement par la strychnine éclate brusquement ; les contractures sont d'emblée généralisées au tronc et aux membres ; les muscles de la face et du cou sont pris en dernier. Nous avons vu que l'envahissement des contractures suivait la marche inverse dans le tétanos. De plus, il n'y a pas de trismus dans l'intoxication strychnique et Tardieu considérait comme un signe caractéristique la coloration verte uniforme sous laquelle le malade empoisonné aperçoit tous les objets.

Le diagnostic du tétanos et de la *méningite cérébro-spinale* est souvent difficile. Il l'est en effet au point que Chaillous (1) a attribué au tétanos a frigore une origine pneumococcique, attirant par là l'attention sur la ressemblance très grande entre les réactions médullaires et bulbaires de l'inflammation méningée et du tétanos. Il y a dans les deux cas de la raideur de la nuque et du tronc, de la contracture des muscles du dos et des membres inférieurs, des douleurs de la mastication, de la dysphagie, de la dyspnée, des convulsions, de l'hyperesthésie et de l'hyperthermie. Cependant, dans la méningite cérébro-spinale, les contractures de la face et du cou sont moins intenses que dans le tétanos et il n'y a pas dans celle-là de trismus ni de rire sardonique. Les secousses n'ont rien de comparable aux spasmes tétaniques qui sont permanents ; les douleurs occupent le rachis et les extrémités et sont réveillées par la pression et les mouvements de la colonne vertébrale. Le signe de Kernig est important à déceler. Mais dans le tétanos où il manque d'ailleurs, sa recherche en est difficile et dangereuse. De plus, dans le tétanos, la contracture est impossible à vaincre, la température est plus régulièrement élevée et les facultés intellectuelles demeurent intactes, alors qu'elles sont le plus souvent troublées chez le méningitique. Enfin, la ponction lombaire vient lever les doutes : en cas de méningite, le liquide céphalo-rachidien est trouble et contient des éléments figurés ; dans le tétanos il reste clair.

Signalons ici une forme de la méningite tuberculeuse de l'adulte, décrite par Boix (2), et dont le principal caractère est de débuter par le trismus, à la suite duquel les contractures se généralisent au dos et à la nuque. Mais, les spasmes convulsifs n'existent pas, les signes propres à une réaction méningée spécifique ne se montrent pas et l'histoire du début n'est pas la même.

La *simulation hystérique* est en général facile à reconnaître. Cependant le diagnostic peut devenir délicat lorsqu'un tétanos vrai se déclare chez un hystérique ou lorsqu'un blessé prend le tétanos hystérique. Dopter rappelle le fait de Caillaud (3) où un hystérique, ayant vu l'un des siens devenir tétanique à la suite d'une plaie, s'auto-suggestionne après une blessure et contracte un pseudo-tétanos. Ce dernier se différencie du tétanos vrai par des rémissions totales des contractures que l'on ne rencontre pas dans le second, par des spasmes convulsifs très rares. La difficulté du diagnostic se pose surtout au début de l'affection, mais alors la recherche des stigmates hystériques, des zones hystérogènes, des antécédents ou des crises antérieures, vient

(1) Chaillous. Loc. cit.
(2) Boix. *Revue de méd.*, 1893.
(3) Caillaud. *Médecine moderne*, 18 déc. 1897.

lever l'hésitation. Il n'y a dans le pseudo-tétanos, ni élévation de température, ni troubles marqués de la respiration et du pouls. De plus, la face est le plus souvent respectée, et si elle est prise, c'est une paralysie spasmodique qui s'y installe dans l'hystérie. Enfin, l'évolution capricieuse, l'influence de la suggestion et l'application de courants faradiques qui a rapidement raison de tous les troubles viennent affirmer la nature hystérique de l'affection, dont le pronostic est donc bénin.

A côté de ces trois principaux diagnostics différentiels, d'autres moins importants sont à étudier. Le tétanos ne saurait être confondu avec une *épilepsie* consécutive à une plaie de la tête : l'attaque d'épilepsie débute par une perte de connaissance, symptôme inconnu dans le tétanos. L'éclampsie *post partum* est d'une distinction aussi facile.

L'*hydrophobie rabique* doit être séparée de la dysphagie intense du tétanos. Dans la rage, l'incubation est plus longue. les spasmes sont cloniques, la résolution est complète entre les accès, l'écartement des mâchoires est facile ; il y a de la salivation et des crachotements. L'accès, chez un rabique, est bruyant, il menace et se débat : rien de semblable dans le tétanos.

L'intégrité des fonctions intellectuelles et cérébrales jusqu'à la mort du tétanique empêche toute confusion avec les maladies convulsives par *lésion cérébrale*.

La forme tétanique de l'*urémie* peut encore donner le change, mais l'examen complet du malade permettra rapidement de reconnaître l'existence d'un état urémique.

Le diagnostic avec la *crise d'alcoolisme aigu*, le delirium tremens, sera basé sur les commémoratifs, sur les antécédents, sur l'odeur caractéristique exhalée par le malade, sur l'état d'exaltation et de trouble intellectuel, sur le tremblement généralisé, véritable frémissement musculaire.

Ajoutons que certaines *maladies infectieuses*, notamment la fièvre typhoïde, peuvent avoir un début à forme tétanique et Caussade (1) a signalé des fièvres typhoïdes avec contractures qui ne seraient que des dothiénentéries compliquées d'infection tétanique. Guinon (2) a rapporté le cas d'un enfant qui, à la suite d'une petite plaie de la malléole interne droite faite quinze jours auparavant, a présenté du trismus et quelques jours plus tard tous les signes cliniques et de laboratoire d'une fièvre typhoïde avérée. Babonneix (3) relate les deux observations de Bitot et de Moussous où, chez des nouveau-nés ayant eu des convulsions tétaniformes, on découvrit le bacille de Löffler dans la suppuration du cordon ombilical. Le sérum antidiphtérique guérit un de ces cas. C'est principalement chez les enfants que se discutera ce diagnostic, quand la maladie infectieuse se compliquera de *tétanie*. Celle-ci sera assez facilement distinguée du tétanos vrai. La tétanie débute au niveau des membres supérieurs, par les doigts le plus souvent.

La contracture se localise ensuite aux extrémités et se limite même parfois à l'une d'elles, de préférence les supérieures. Dans les formes graves, elle se généralise au tronc, puis à la face et même aux muscles de la vie organique. Dans la tétanie, la contracture est encore caractérisée par son intermittence,

(1) Artaud. Th. de Paris, 1901.
(2) Guinon. *Revue des mal. de l'enf.*, 1906, p. 409.
(3) Babonneix. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1905.

les accès survenant toutes les cinq, dix ou quinze minutes, suivis d'une assez longue période de repos. Ces accès peuvent d'ailleurs être provoqués à volonté. Il suffit pour cela, dit Trousseau, d'exercer une compression sur les membres affectés, soit sur le trajet des principaux cordons nerveux qui s'y rendent, soit sur les vaisseaux, de manière à gêner la circulation artérielle ou veineuse. De plus, il y a dans la tétanie augmentation de l'excitabilité mécanique des nerfs et des muscles (signe de Chvostek et signe de Weiss) qui manque dans le tétanos. Enfin l'examen électrique de l'excitabilité des nerfs peut fournir un élément décisif pour le diagnostic. Dans la tétanie, il y a augmentation de l'excitabilité électrique (signe d'Erb) et elle est surtout manifeste lorsqu'on emploie le courant galvanique. Mais Bonniot (1) a montré le premier que dans le tétanos cette hyperexcitabilité galvanique manquait constamment. De même, Babonneix (2) a été amené à conclure que, dans le tétanos expérimental, l'hyperexcitabilite électrique aux courants de fermeture comme aux courants d'ouverture n'existait jamais. Cependant « chez l'adulte atteint de tétanos aigu, il y aurait sans doute quelque inhumanité à rechercher l'état des réactions électriques ». Par contre, chez l'enfant, où il n'y a pas à redouter d'action « psychique » et où le diagnostic peut présenter des difficultés insurmontables, il suffira, dès lors, pour arriver à la solution, d'étudier les réactions galvaniques des nerfs du petit malade (3).

Chez le nouveau-né, le tétanos doit encore être distingué des *convulsions* essentielles ou symptomatiques. Celles-ci s'accompagnent de phénomènes cérébraux, de vomissements, de douleurs de tête et de troubles des sens : leur apparition est plus tardive que le tétanos. L'*éclampsie tétaniforme* des nouveau-nés est assez facile à différencier. Elle apparaît à la fin de l'athrepsie, au cours des diarrhées fébriles ou du choléra infantile. Elle débute comme le tétanos par le cri et l'impossibilité de téter ; mais au lieu d'être progressif, les accidents éclamptiques arrivent d'emblée à leur maximum : raideur généralisée, arrêt de la respiration, cyanose du visage. Puis, les convulsions cloniques durent peu, sont très espacées, et il existe une période terminale comateuse avec de l'insensibilité, du strabisme, de la mydriase.

Enfin, chez le nouveau-né, les *hémorragies encéphalo-rachidiennes*, principalement les épanchements rachidiens au moment de la naissance, présentent des phénomènes tétaniformes : raideur de la nuque, parfois généralisée à la partie postérieure du tronc. En même temps, il existe souvent du trismus et de la dysphagie. Cependant la cyanose intense de la face et des extrémités aidera au diagnostic, surtout quand l'hémorragie méningée n'est pas exclusivement spinale, mais cranienne. De plus, les secousses musculaires sont ou fugaces et peu marquées, ou bien ce sont des tremblements épileptiformes, siégeant surtout aux membres supérieurs. Le nouveau-né est somnolent, il ne crie pas. Il présente de l'exagération des réflexes patellaire et plantaire, de la rétention du méconium. A moins de complications septiques, la température reste normale ou s'abaisse. Enfin, le plus souvent, l'évolution est très rapide, et fatale.

Pour terminer, disons que la distinction entre

(1) Bonniot. *Soc. de neurol.*, 10 janv. 1907.
(2) Babonneix. *Soc. de biol.*, 24 juillet 1909.
(3) Babonneix. *Gaz. des hôpit.*, 1909, p. 1375.

le tétanos vrai et *le tétanos a frigore* se fera par l'existence de prodromes, la durée de l'incubation, la rapidité d'extension des contractures, leur rémission et la facilité avec laquelle on peut les vaincre.

Les méthodes de laboratoire sont pour la plupart négatives dans le tétanos. Rarement on retrouve le bacille ou sa spore au point d'inoculation. L'examen du sang ne donne rien. Le séro-diagnostic n'est pas applicable au tétanos. Il n'y a pas agglutination du bacille (1). Il n'est d'ailleurs pas plus possible avec la méthode de fixation du complément ou à l'aide de la recherche des antilysines (2).

VI

Pronostic. — Le tétanos était et est resté une affection essentiellement grave. Sa léthalité est d'ailleurs appréciée différemment, surtout si l'on réunit en un seul bloc toutes les formes de tétanos. La statistique de l'armée allemande pendant la guerre de 1870 arrive au chiffre de 90 p. 100 de mortalité. Behring adopte celui de 80 à 90 p. 100, Vaillard admet celui de 65 à 70 p. 100. Par contre les statistiques italiennes sont notablement inférieures : Sormanni cite la moyenne de 44 p. 100 en réunissant les chiffres des hôpitaux italiens de 1882 à 1887. Albertoni parle même de 24 p. 100. Mais ces pourcentages sont trop faibles : peut-être la moindre gravité du tétanos italien est-elle en cause, alors que les statistiques de l'armée allemande sont un peu chargées, car elles portent sur une époque où l'antisepsie n'existait pas encore. Il faut admettre le chiffre moyen de 70 à 75 p. 100 de mortalité dans la pratique de la chirurgie journalière.

Mais ces moyennes globales sont moins intéressantes que le pronostic particulier à chaque forme. Nous les résumons ici : le tétanos aigu qui est la forme la plus commune est aussi la forme la plus grave. Sa mortalité est de 97,8 p. 100. Tandis que la léthalité afférente aux formes chroniques se chiffre par 50 p. 100 et atteindrait même une moyenne de 40 p. 100 dans le tétanos médical qui en est la forme la plus prolongée.

Le tétanos splanchnique est toujours mortel. Chaillous sur 50 observations de tétanos viscéral compte exactement 50 morts.

Le tétanos céphalique revêt volontiers la forme de tétanos chronique et c'est le moins grave des tétanos. Poan de Sapincourt donne une mortalité de 47 p. 100; Binet et Trénel de 38 p. 100.

Nous avons vu la gravité énorme du tétanos des nouveau-nés; sa fréquence cependant a diminué depuis l'ère antiseptique.

VII

Étiologie. — L'étude de l'étiologie du tétanos comprend l'examen des circonstances où peut apparaître cette affection et en second lieu la description de l'agent pathogène, le bacille de Nicolaïer, de sa toxine et du mécanisme de l'infection qui en sera l'explication pathogénique.

Le tétanos traumatique survenant après une plaie est le plus fréquent. Toutes les blessures le peuvent occasionner. Leur *siège* a cependant une importance, car les plaies des extrémités — doigts et orteils — sont les plus dangereuses. Elles entrent dans une proportion de 41,5 p. 100 parmi les plaies des diverses régions du corps. Viennent ensuite par ordre de fréquence les blessures de la continuité des membres, de la face, du cuir chevelu, des organes génitaux. Celles du tronc paraissent inoffensives. La *nature* du traumatisme a une plus grande importance, car certaines plaies permettent de prévoir l'apparition du tétanos, au moins de la redouter, alors que d'autres ne la feront même pas soupçonner. Les caractères de la plaie, en dehors des commémoratifs, peuvent faire craindre l'infection : une plaie contuse, à bords irréguliers, déchiquetés, une blessure par écrasement ou arrachement, occasionnent un foyer anfractueux, souillé de terre ou de débris de corps étrangers; les plaies par arme à feu par exemple ou les fractures compliquées exposent plus volontiers au tétanos qu'une plaie, même profonde mais propre, nette et ne renfermant aucune poussière. La plaie tétanigène est le plus souvent cutanée, rarement muqueuse. Ses dimensions n'ont aucune valeur, car la plaie la plus petite suffit : piqûre d'aiguille, éraillure, écorchure du nez. Le plus fréquemment, le tétanos est causé par la pénétration dans les tissus de corps vulnérants tels que écharde, épine, caillou, fragment de verre, clou, ou encore par les blessures faites par les instruments aratoires. C'est la « plaie de rue » dont parle Bazy, si minime soit-elle d'ailleurs. Les brûlures et les gelures ont servi également de porte d'entrée au bacille de Nicolaïer.

Les injections hypodermiques de sels de quinine ont parfois déterminé le tétanos. Vincent (1) a signalé l'action favorisante du sulfate de quinine sur le développement du tétanos expérimental. Debayle (2) a confirmé cette hypothèse en pathologie humaine : dans les pays chauds l'injection sous-cutanée et concentrée de quinine favorise l'éclosion du tétanos. Les injections intramusculaires et diluées n'auraient au contraire aucune influence.

Dieulafoy, dans son traité classique (3), s'étend sur l'apparition du tétanos à la suite d'injection de sérum gélatiné. En mai 1903, il en réunit 23 cas, à la suite du rapport de Chauffard (4) à l'Académie de médecine sur le cas de Lop et Murat. Le bacille de Nicolaïer et ses spores furent à cette époque retrouvés dans la gélatine du commerce. Le sérum gélatiné fut dès lors délaissé comme hémostatique ou l'on surveilla de plus près la stérilisation de la gélatine.

Nous avons vu plus haut que le tétanos apparaissait à des périodes très variables après le traumatisme. Mathieu fixe la date moyenne d'éclosion du sixième au huitième ou douzième jour. Cependant il peut survenir plus tôt ou plus tard : quelques heures après la blessure ou du trente au trente-cinquième jour. Les tétanos à début rapide sont graves et presque toujours mortels; ceux survenant tardivement ont une tendance marquée à l'évolution chronique et à la guérison.

Il est très difficile d'apprécier la fréquence du tétanos après les traumatismes.

Mathieu (5) réunit les chiffres des différentes statistiques militaires et donne le chiffre moyen de 3,3 cas de tétanos pour 1.000 blessés. Les statistiques hospitalières sont presque impossibles à établir,

(1) Jullien. Th. de Lyon, 1898.
(2) Kreuter. *Arch. f. klin. Chir.*, 1909, n° 2.

(1) Vincent. *Ann. de l'Institut Pasteur*, déc. 1904.
(2) Debayle. *Soc. de méd. et hyg. trop.*, 14 avril 1910.
(3) Dieulafoy. Art. tétanos, *Traité de pathologie interne*, t. IV, p. 317, 15e édition; — *Acad. de méd.*, mai 1903.
(4) Chauffard. *Acad. de méd.*, avril 1903.
(5) Mathieu. Art. tétanos, *Dict. encycl. des sc. méd.*

surtout parce qu'elles comprennent les cas de tétanos post-opératoire. L'impression actuelle est que la moyenne ci-dessus n'a peut-être pas beaucoup diminué, principalement parce que les petites plaies de rue, guérissant rapidement, n'ont pas été nettoyées par la méthode antiseptique — qui, elle, a fait disparaître presque complètement le tétanos à la suite d'une intervention — et n'ont pas été soumises au traitement préventif — dont la valeur est à peu près établie. Demoulin (1) n'a pas vu un cas de tétanos chez ses blessés survenir pendant la période 1897-1904.

Le TÉTANOS POST-OPÉRATOIRE est en effet devenu très rare aujourd'hui. Autrefois, de véritables épidémies de tétanos sévissaient dans certains services de chirurgie comme dans la clientèle de certains vétérinaires : bistouris et casseaux étaient les moyens de transport de l'agent infectant. L'antisepsie remédia dans la plus large mesure à cet état de choses. Les opérations sur les organes génitaux de l'homme ou de la femme sont celles que l'on mentionne encore quelquefois comme circonstances du tétanos. Le catgut fut incriminé comme devant être cause d'épidémicité. Lucas-Championnière ne croit pas que le catgut stérilisé à l'acide phénique puisse communiquer le tétanos. Vaillard a examiné un grand nombre de catguts et ne les a jamais trouvés tétanigènes (2).

Vincent (3) a démontré que la narcose chloroformique ou éthérée ne joue aucun rôle dans la production du tétanos. Par contre, il a montré que chez l'animal le catgut ou le crin mal stérilisé, et souillé ou du bacille seul ou de spores, ne peut amener le tétanos que s'il existe un hématome où le bacille a pullulé. Il serait donc probable que chez l'homme, après une opération antiseptique et une cicatrisation normale, le tétanos se développerait dans les mêmes conditions.

Rudolf Matas (de la Nouvelle-Orléans) communiquait, au Congrès de l'Association américaine de chirurgie (4), son hypothèse de l'origine alimentaire de certains cas de tétanos post-opératoire. Outre ses deux cas personnels, Matas a établi une longue enquête pour lui permettre d'élucider l'étiologie possible du tétanos et d'écarter les fautes d'asepsie ou d'antisepsie. Et lors d'interventions pratiquées dans les régions susceptibles de contamination directe ou indirecte par les matières fécales, il a noté que les malades avaient, immédiatement avant leur opération, ingéré de grandes quantités de légumes ou de fruits crus. Il fut frappé de cette coïncidence, sachant que le bacille tétanique peut vivre et exalter sa virulence dans l'intestin, comme nous le verrons tout à l'heure. Et il propose de faire subir aux malades une préparation antitétanique quand on opérera sur une région contaminable par les matières intestinales. Elle consistera en une purgation trois jours auparavant et la suppression de tout légume ou fruit non cuit et dans les cas d'urgence en une injection préventive de sérum.

Le TÉTANOS PUERPÉRAL succède à l'accouchement naturel ou provoqué ou à l'avortement. Nous avons vu qu'il fallait distinguer entre les blessures du périnée ou du vagin qui provoquent un tétanos ordinaire et les plaies utérines qui donnent un tétanos splanchnique. Il a disparu des maternités, mais, même depuis l'antisepsie, il persiste en ville ou à la campagne ; notamment à la suite de manœuvres abortives. Scherb (1) signale le cas d'un tétanos à point de départ viscéral à la suite d'un avortement provoqué au moyen de la tige du petroselinum sativum (tige de persil). Le tétanos utérin est presque toujours opératoire.

TÉTANOS DES NOUVEAU-NÉS. — Nous avons vu qu'il avait pour point de départ la plaie ombilicale et qu'il se déclarait en moyenne dans les quatre ou cinq jours qui suivent la chute du cordon. Il se développe indifféremment sur les garçons ou sur les filles. Il sévit avec une très grande fréquence dans les pays chauds. Plus rare, dans nos climats, il a cependant été signalé dans quelques régions du nord de l'Europe, où il aurait éclaté sous forme de véritables épidémies. Là encore, l'antisepsie fut la grande cause de la domination du trismus neonatorum.

TÉTANOS SANS PLAIE, MÉDICAL. — Il est parfois impossible de retrouver, même après un examen minutieux, la porte d'entrée du bacille de Nicolaïer. Nulle plaie, nulle éraillure, récente ou guérie depuis peu, ne peut expliquer l'apparition de phénomènes tétaniques. On a rangé ces faits sous le nom de tétanos spontané ou médical. Ce sont de beaucoup les plus rares ; les différentes statistiques oscillent entre 4,37 p. 100 et 7,8 p. 100 comme moyenne des tétanos spontanés. Elles doivent néanmoins encore être au-dessus de la vérité ; car on a fait rentrer dans leur total des faits que l'on sait aujourd'hui devoir rapporter au tétanos traumatique.

Les auteurs n'ont pas alors tenu assez compte de l'importance des plaies minimes, ou de blessures insignifiantes déjà guéries, ou de lésions buccales, d'angine ulcéreuse, ou d'ulcère stomacal, duodénal. Les lésions du tube digestif à la suite de fièvre typhoïde, de dysenterie ont passé inaperçues dans l'étiologie de ces faits. Cependant, il faut reconnaître que le tétanos peut se produire en l'absence de toute solution de continuité en évolution ou récemment cicatrisée, cutanée ou muqueuse.

L'explication de ces cas reçoivent aujourd'hui une explication rationnelle, sinon définitive. Le froid avait déjà été invoqué comme favorisant l'infection ; nous verrons que Vincent (2) a bien démontré son influence dans l'étiologie du tétanos. Le froid est en effet une des conditions agissant avec le plus d'efficacité pour empêcher l'économie de réagir aux maladies infectieuses. Mais, seul, il n'est pas cause efficiente. C'est une cause associée à d'autres facteurs éteints ou latents dont l'action a déjà diminué la résistance organique. La réunion de plusieurs causes secondes, trauma, infection fugace, fatigue prolongée, refroidissement, diminue l'activité leucocytaire, et affaiblit les pouvoirs opsoniques et alexiques du sérum. Ceci est vrai pour le refroidissement général, qui suscitera ainsi l'apparition du tétanos chez un surmené, par exemple, alors que la porte d'entrée n'aura pas été soupçonnée, et qu'elle a pu être l'une de celles signalées plus haut; ou même l'on peut invoquer l'état latent des spores tétaniques dans l'organisme, que Canfora (3), entre autres, a

(1) DEMOULIN. *Soc. de chir.*, 1907, p. 383.
(2) VAILLARD. *Acad. de méd.*, nov. 1907.
(3) VINCENT. *Acad. de méd.*, nov. 1907.
(4) R. MATAS. *Ass. am. de chir.*, juin 1909.

(1) SCHERB. *Bull. méd. de l'Algérie*, 1908, nº 8.
(2) VINCENT. *Acad. de méd.*, 11 fév. 1908.
(3) CANFORA. *Centralbl. f. Bakt.*, 20 déc. 1907.

démontré chez l'animal. L'origine digestive n'est pas à mettre en doute, puisqu'on a noté la présence du bacille au niveau de l'intestin. Quant au refroidissement périphérique local, il peut avoir une influence adjuvante puissante sur l'étiologie du tétanos chez l'homme, surtout si, sur le membre refroidi, il y a eu une minime plaie à bacilles de Nicolaïer. Enfin, il semble que l'on puisse, dans certains cas de tétanos sans plaie, survenu notamment à la suite de contusions plus ou moins étendues, expliquer l'infection par le phénomène d'appel ou phénomène de Max Schüller. Celui-ci met en lumière l'influence favorisante des traumatismes locaux sur l'éclosion des infections microbiennes (1). Il s'agirait dans ce cas d'infection tétanique latente réactivée par un trauma. Vincent insiste de nouveau sur la nécessité de causes adjuvantes associées, le tétanos n'éclatant chez un animal, à qui d'une part on a injecté des spores sous la peau et d'autre part que l'on a soumis à un traumatisme, que si l'on fait intervenir une cause générale de diminution de résistance organique, le froid par exemple.

La raison pathogène du tétanos médical paraît donc assez complexe; mais cette variété tend à diminuer d'importance depuis les récentes acquisitions physiologiques de la latence des spores tétaniques et de l'influence des causes adjuvantes. En effet, des spores ont été amenées au contact d'une plaie passant inaperçue ; elles sont englobées par les leucocytes, mais toutes ne sont pas détruites. Quelques-unes restent vivantes, trois mois et plus, selon l'expérimentation. Si un accident local ou général vient diminuer la vitalité des leucocytes portant des spores non digérées encore, les spores libérées deviendront le point de départ d'une culture où le poison sera élaboré. Et le tétanos éclatera. *(A suivre.)*

DOCUMENTS OFFICIELS

DÉCRET ABROGEANT LE DÉCRET DU 16 JUILLET 1908 RELATIF A L'ÉCOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS.

Le président de la République française,
Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,
Vu le décret du 31 janvier 1912;
Vu la loi du 27 février 1880;
Vu l'avis de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Les dispositions du décret du 16 juillet 1908, relatif au personnel de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, cesseront d'avoir leur effet à partir du 1er novembre 1912.

ART. 2. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 25 mars 1912.

A. FALLIÈRES.

Par le président de la République :
Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,
GUIST'HAU.

ARRÊTÉ RELATIF AUX FONCTIONS DE CHEF DES TRAVAUX ANATOMIQUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,
Vu le décret du 31 janvier 1912;
Vu la loi du 27 février 1880;
Vu l'avis de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique,

Arrête :

ARTICLE PREMIER. — A la Faculté de médecine de l'Université de Paris les travaux pratiques d'anatomie sont dirigés par un chef des travaux anatomiques.

ART. 2. — Le chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est nommé, par arrêté ministériel, et pour cinq ans. Il peut être prorogé pour des périodes de même durée après avis, émis au scrutin secret, du conseil de la Faculté de médecine.

ART. 3. — Le chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est chargé de l'administration de l'Ecole pratique, du personnel de service, et de l'enseignement pratique de l'anatomie, sous la direction et le contrôle du professeur d'anatomie, d'après un programme arrêté de concert avec le professeur d'anatomie et approuvé, suivant les règlements généraux, par le conseil de la Faculté.

ART. 4. — Le chef des travaux anatomiques a sous ses ordres les prosecteurs et les aides d'anatomie.

ART. 5. — Le concours pour les fonctions de chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de l'Université de Paris a lieu au siège de la Faculté.

ART. 6. — L'ouverture du concours est fixée par le ministre et annoncée au *Journal officiel* trois mois à l'avance.

Des affiches énonçant les conditions et le programme du

(1) VINCENT. *Journ. de phys. et de path. gén.*, 8 juillet 1908.

concours sont adressées au recteur par le ministre pour être apposées dans chaque ressort académique.

Art. 7. — Nul ne peut être admis à concourir s'il n'est Français, pourvu du grade de docteur en médecine et âgé de vingt-cinq ans accomplis.

Les candidats se font inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine de l'Université de Paris. Le registre d'inscription est clos quinze jours avant l'ouverture du concours.

Les candidats joignent aux justifications des conditions précédentes l'indication de leurs années de service et de leurs travaux et déposent un exemplaire de chacun des ouvrages ou mémoires qu'ils ont publiés.

La liste des concurrents est arrêtée par le ministre.

Art. 8. — Le jury se compose de cinq membres :

Deux membres de droit : le professeur d'anatomie et le professeur d'opérations et appareils;

Trois membres désignés par le sort:

Un parmi les professeurs de clinique chirurgicale générale;

Un parmi les professeurs des cliniques chirurgicales spéciales y compris les cliniques obstétricales;

Un parmi les professeurs de clinique médicale générale et d'anatomie pathologique.

Trois juges suppléants sont, en outre, désignés par le sort, savoir :

Deux parmi les professeurs de cliniques chirurgicales générales ou spéciales, y compris les cliniques obstétricales;

Un parmi les professeurs de clinique médicale générale et d'anatomie pathologique non désignés comme juges titulaires.

En cas de récusation ou d'empêchement le jury se complète, dès la première séance, par voie de tirage au sort.

Ne peuvent siéger dans un même concours deux parents ou alliés jusqu'au degré de cousin germain inclusivement.

Doit se récuser tout parent ou allié au même degré d'un des candidats.

Cesse de faire partie du jury tout membre qui a été empêché d'assister à une des opérations du concours.

Le jugement ne peut être rendu par moins de trois juges.

Art. 9. — Le président du jury est nommé par le vice-recteur de l'Académie de Paris, sur la proposition du doyen. Il fixe l'heure des séances, il convoque les juges et les candidats.

La direction et la police du concours lui appartiennent.

Art. 10. — Dans la première séance, le jury désigne un secrétaire.

Après la constitution définitive du jury, il est fait appel des candidats admis à concourir.

Chaque candidat inscrit son nom et son adresse. Le registre est clos par le président.

Ne peut prendre part au concours tout candidat qui n'a pas répondu à l'appel de son nom.

Les candidats sont tenus sous peine d'exclusion de subir les épreuves aux jours et heures indiqués; aucune excuse n'est admise si elle n'est jugée valable par le jury.

Art. 11. — Les épreuves du concours sont :

1° Appréciation des titres et travaux scientifiques;

Cette épreuve est éliminatoire.

2° Une leçon d'une demi-heure sur une pièce anatomique, préparée en quatre heures par le candidat;

3° Une épreuve de technique anatomique, dans les conditions fixées par le jury.

Chacune des épreuves est cotée par le jury, après délibération consignée au procès-verbal, sous peine de nullité, de 0 à 20.

Le coefficient 3 est attribué à la première épreuve.

Chacune des deux autres épreuves est affectée du coefficient 2.

Art. 12. — Le jury classe les candidats par ordre de mérite.

Art. 13. — Les procès-verbaux des séances du concours sont transmis au ministre, avec le rapport du président, par l'intermédiaire du vice-recteur.

Art. 14. — Un délai de dix jours est accordé à tout concurrent qui a pris part à tous les actes du concours pour se pourvoir devant le ministre contre les résultats dudit concours, mais seulement à raison de violation des formes prescrites.

Si le pourvoi est admis, il est procédé, entre les mêmes candidats, à un nouveau concours dont l'époque est fixée par le ministre.

Art. 15. — Les fonctions de chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de l'Université de Paris sont incompatibles avec les fonctions de chirurgien, de médecin et d'accoucheur des hôpitaux.

Art. 16. — Le traitement du chef des travaux anatomiques de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est fixé à 6000 francs.

Fait à Paris, le 26 mars 1912.

GUIST'HAU.

ARRÊTÉ OUVRANT UN CONCOURS POUR L'EMPLOI DE CHEF DES TRAVAUX ANATOMIQUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS.

Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 26 mars 1912, un concours s'ouvrira, le 1er juillet 1912, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à ladite Faculté.

Le registre d'inscription sera clos le 15 juin 1912, à trois heures.

FORMULAIRE

RECALCIFICATION

Alterner l'arsenic et les sels de chaux, dix jours de chaque médication :

1° Avant chacun des deux principaux repas, une cuillerée à café de :

Arséniate de soude......	0g03
Eau distillée............	100 grammes.

(Comby.)

2° Les dix autres jours, deux cuillerées à café de Ternose de Trouette-Perret, granulé recalcifiant (chaux, magnésie, fluorure).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 22 AU 27 AVRIL 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 22 avril, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 23 avril, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.*

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mercredi 24 avril, à une heure. — 2e.

3e (oral, 1re partie).

3e (oral, 2e partie, 1re, 2e et 3e séries).

4e.

5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

Jeudi 25 avril, à une heure. — 2e.

3e (oral, 2e partie, 1re, 2e et 3e séries).

4e.

Vendredi 26 avril, à une heure. — 3e (oral, 2e partie, 1re, 2e, 3e et 4e séries).

4e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Samedi 27 avril, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon.*

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Une session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira à la Faculté de médecine de l'Université de Paris le 1er juillet 1912.

Les consignations seront reçues, au secrétariat de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, les vendredi 21, samedi 22 et lundi 24 juin 1912.

Les candidats consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par les décrets des 14 février 1894 et 26 février 1907 (40 francs pour le premier examen, 30 francs pour les deuxième et troisième examens, 20 francs pour chaque certificat d'aptitude et 100 francs pour le diplôme).

Il sera fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de diplôme selon les cas.

Les examens auront lieu à partir du 1er juillet 1912.

— M. Chevassu, agrégé, est chargé, en outre, du 19 janvier au 31 octobre 1912, d'un cours de clinique des maladies des voies urinaires.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Un congé, du 10 mars au 9 juin 1912, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Bénech, agrégé.

— LYON. — L'arrêté en date du 30 novembre 1911, accordant un congé d'inactivité, du 1er janvier au 30 décembre 1912, à M. Bard, professeur de clinique médicale, cessera d'avoir son effet à partir du 1er avril 1912.

M. Bard, professeur de clinique médicale, est mis à la disposition du ministre des affaires étrangères à partir du 1er avril 1912.

— MONTPELLIER. — M. Cabannes, agrégé, est nommé, en outre, à partir du 1er mars 1912, chef des travaux d'histoire naturelle.

— TOULOUSE. — M. Desforges-Mériel, agrégé des facultés de médecine, est chargé, à partir du 3 février 1912, d'un cours de clinique chirurgicale.

M. Dambrin, agrégé des facultés de médecine, est chargé, à partir du 1er novembre 1912, d'un cours de médecine opératoire.

M. Martin, agrégé, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1911-1912, d'un cours de médecine opératoire.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — DIJON. — M. Voisenet, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est prorogé, pour trois ans, dans lesdites fonctions, à partir du 8 juin 1912.

M. Voisenet, chef des travaux physiques et chimiques, est prorogé, pour trois ans, dans lesdites fonctions, à partir du 11 mai 1912.

— LIMOGES. — L'arrêté du 27 novembre 1911, instituant M. Golse suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, n'aura son effet qu'à dater du 1er octobre 1913.

M. Mallet, pharmacien de première classe, est chargé, du 16 mars au 31 octobre 1912, des fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

— MARSEILLE. — Un congé, du 16 mars au 31 octobre 1912, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Heckel, professeur d'histoire naturelle.

M. Cotte, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est chargé, en outre, du 16 mars au 31 octobre 1912 (durée du congé accordé à M. Heckel), d'un cours d'histoire naturelle.

— POITIERS. — M. Guitteau, chargé des fonctions de chef des travaux de physique et de chimie, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1911-1912, du service de la suppléance des chaires de physique et de chimie.

— RENNES. — Un congé, du 1er avril au 30 octobre 1912, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Bertheux, professeur de clinique médicale.

M. Le Damany, professeur d'hygiène et médecine légale, est autorisé à faire, aux lieu et place de son enseignement, un cours de clinique médicale, du 1er au 30 octobre 1912 (durée du congé accordé à M. Bertheux, professeur).

M. Chevrel, suppléant des chaires de pathologie et de cli-

RENSEIGNEMENTS


ELIXIR de
VIRGINIE
NYRDAHL
Souverain contre :
VARICES -:- HÉMORROÏDES
VARICOCÈLES -:- PHLÉBITES
ACCIDENTS de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE
(Congestions et Hémorragies)
Échantillon gratuit : PRODUITS NYRDAHL, 20, rue de La Rochefoucauld, PARIS
EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

nique médicales, est chargé, en outre, du 1er avril au 30 octobre 1912 (durée de la délégation de M. Le Damany dans la chaire de clinique médicale) d'un cours d'hygiène.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE MONTPELLIER. — M. Tarbouriech, agrégé, est chargé, en outre, du 1er mars au 31 octobre 1912, d'un cours complémentaire de chimie biologique.

CONGRÈS DU FROID. (TOULOUSE, 23-25 SEPTEMBRE 1912.) — L'Association française du froid organise actuellement le IIe Congrès national du froid, qui aura lieu à Toulouse les 23-24-25 septembre prochain, sous la présidence du ministre de l'Agriculture.

Une section spéciale des applications du froid à la médecine a été créée en vue de ce congrès.

Le président en est M. le professeur Gariel, le vice-président M. Lortat-Jacob.

PROGRAMME DE LA SECTION DES APPLICATIONS DU FROID A LA MÉDECINE. (*Hygiène. Laboratoire. Thérapeutique.*) — I. Les méthodes cryologiques appliquées à la conservation des cadavres : *a.* Dans les hôpitaux; *b.* Dans les facultés de médecine; *c.* Dans les morgues.

II. Applications aux méthodes de laboratoire : *a.* Congélation des pièces histologiques; *b.* Rôle du froid pour la conservation des sérums; *c.* Emploi du froid pour la préparation des extraits organiques; *d.* Toxicité des sérums, influence des basses températures; *e.* Conservation des vaccins par les méthodes cryologiques; *f.* Action des basses températures sur les cultures microbiennes.

III. Applications à la thérapeutique : *a.* Application de l'acide carbonique dans le traitement des dermatoses; *b.* Traitement de la lèpre par l'acide carbonique solide; *c.* Action du froid sur les tissus animaux vivants.

IV. Applications à l'hygiène : Le froid et l'hygiène des habitations.

HYGIÈNE DU TRAVAIL. — COMPOSITION DES BOITES DE SECOURS. — Un arrêté du ministre du travail, en date du 11 mars, fixe ainsi la composition des boîtes de secours dans les usines :

« La boîte de secours prévue par l'article 2, paragraphe 3, du décret du 22 août 1910, doit contenir les objets énumérés ci-dessous :

Composition de la boîte de secours. — La boîte de secours doit fermer convenablement par emboîtement et contenir :

1° 30 grammes de teinture d'iode, au titre du Codex, dans un flacon à large ouverture fermé par un bouchon à l'émeri vaseliné ;

2° Un pinceau placé dans un tube de verre fermé par un bouchon ou un tampon d'ouate ;

3° Deux pansements individuels, chaque pansement étant constitué par une enveloppe hermétique en taffetas gommé, renfermant une compresse de gaze, une feuille d'ouate, une feuille de taffetas gommé, une petite bande de tarlatane, deux épingles de sûreté, le tout aseptique ;

4° Un paquet fermé de 60 grammes d'ouate hydrophile ;

5° Une bande de tarlatane de 6 centimètres de large et de 2 mètres de long ;

6° Une paire de ciseaux courbes ;

7° Une instruction.

Instructions accompagnant la boîte de secours. — Toute écorchure, érosion ou bouton suspects doivent être traités immédiatement par un badigeonnage avec la teinture d'iode pure renfermée dans le flacon. Le pinceau servant à ce badigeonnage sera renouvelé, de manière à être maintenu en bon état.

Inutile de laver au préalable la plaie; si elle est dans les cheveux ou la barbe, il est préférable de couper les poils sans essayer de couper ras.

Aussitôt le badigeonnage fait, panser avec les pièces du pansement individuel, mettre la compresse sèche, la feuille d'ouate, le taffetas imperméable, la bande, et maintenir fixé avec l'épingle de sûreté.

Ce pansement est essentiellement provisoire et ne saurait retarder l'examen par le médecin. »

A. P. M. — CONFÉRENCES DU DEUXIÈME SEMESTRE 1912. — *Lundi 1er avril.* — M. le docteur Desternes, radiologiste de l'hôpital Beaujon : Les aventures d'une bouchée de pain, indiscrétions radiographiques (projections).

Lundi 6 mai. — M. le docteur Loir, conservateur du musée d'océanographie du Havre : Les missions Pasteur en Australie, Rhodésie, Canada (projections).

Lundi 3 juin. — M. le professeur agrégé Jeanselme : Souvenirs médicaux et paramédicaux de Chine, d'Indochine et de Java (projections).

Lundi 1er juillet. — M. le professeur Raphaël Blanchard : Un voyage médico-scientifique dans les Balkans et en Orient (projections).

La conférence du lundi 1er avril aura lieu à la Faculté de médecine de Paris, à neuf heures du soir.

LA RUE « DU DOCTEUR BUDIN ». — Le nom de Budin va être donné à une rue de Paris. Cette rue raccorde la rue Léon et l'impasse d'Oran, dans le XVIIIe arrondissement.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de MM. les docteurs Chotin, médecin honoraire des hôpitaux de Lille; Jules Hommey (de Sées), et Mlle Louise Brinck, interne des hôpitaux du Havre.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Excursion en automobile dans les Alpines* (*Saint-Rémy, Les Baux, Montmajour*). — La Compagnie des chemins de fer P.-L.-M. a organisé un service d'auto-cars pour cette merveilleuse excursion dans une des belles parties de la Provence, que recommande l'intérêt exceptionnel de ses antiquités romaines et du moyen âge.

Cette excursion qui aura lieu tous les jours, du 31 mars au 31 mai 1912, emprunte l'itinéraire suivant :

Avignon (départ de la gare à 8 heures du matin), Tarascon, Arles, Les Baux, Saint-Rémy, Maillane, Avignon (retour à 6 h. 30 soir).

Durée du trajet 10 h. 30, y compris le temps nécessaire pour le déjeuner et la visite des localités.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 22 AU 27 AVRIL 1912

THÈSES

Mercredi 24 avril, à une heure. — M. SERMENSAN. Les sels de quinine dans le traitement de la maladie de Basedow. (MM. Pinard, président; Déjerine, Segond et Richaud.) — M. AUBERT. Les hémorragies méningées. Revue étiologique, clinique et diagnostique. (MM. Déjerine, président; Pinard, Segond et Richaud.) — M. DURAND. Le ferment lactique dans les suppurations nasales. (MM. Segond, président; Pinard, Déjerine et Richaud.)

Jeudi 25 avril, à une heure. — M. BRAC. Etude critique sur les frontières de l'érythème polymorphe de Hebra. (MM. Thoinot, président; Gilbert Ballet, Claude et Gougerot.) — M. GALLAIS. Le syndrome génito-surrénal. (MM. Gilbert Ballet, président; Thoinot, Claude et Gougerot.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Traitement de la syphilis. Mercuriaux, iode et iodures, arsenicaux, hectine, énésol, salvarsan (606), méthodes anciennes, méthodes modernes, par Paul-L. TISSIER et P. BLONDIN. 1 vol. in-8 de 396 pages. — Prix : 9 francs. — Paris, A. Maloine.

Bréviaire de l'Arthritique, par le docteur Maurice DE FLEURY, membre de l'Académie de médecine. 1 vol. in-16 de la Collection médicale, cartonné à l'anglaise. — Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

La Nucléo-albuminurie. Sa recherche rapide et sa signification pathogénique et clinique, par le docteur BUSY. (Th. de Paris.) — Paris, Maloine.

PERFORATION INTESTINALE

AU COURS D'UNE PARACENTÈSE ABDOMINALE

Par MM. ROGER et JOURDAN,
Chefs de clinique à la Faculté de Montpellier.

Opération de petite chirurgie journellement pratiquée, la paracentèse abdominale est une intervention extrêmement bénigne. On la voit cependant se compliquer, dans quelques cas exceptionnels, d'*accidents mortels*, bien connus depuis Festy (1) et bien étudiés récemment par Perrin (2).

La mort peut être due à une *syncope*, à de l'*infection péritonéale*. Déjà exceptionnelle avant l'ère aseptique, cette péritonite ne se rencontre plus guère aujourd'hui.

L'exitus survient plus fréquemment après une *hémorragie*. C'est parfois une *hémorragie intestinale*, par décompression trop brusque des viscères abdominaux, hémorragie a vacuo. Le plus souvent *le sang provient de la paroi* : suintement en nappe, ponction d'une grosse veine dilatée, surtout embrochement de l'artère épigastrique par le trocart. Le malade meurt d'une façon rapide avec tous les signes d'une hémorragie interne. Parfois une hémorragie externe survient par l'orifice de ponction, aussitôt après qu'on a retiré le trocart; elle doit mettre sur la voie du diagnostic et commande une intervention immédiate, compression ou mieux ligature du vaisseau lésé. Cet accident pourrait être évité, si, au lieu de pratiquer la ponction sur le milieu de la ligne ombilico-iliaque, on la reportait plus en dehors, à l'union du tiers externe et du tiers moyen, comme le conseillent Boidin (3), Lian (4), Mignaçabal (5), ou si on choisissait la ligne médiane avec Trzebicky (6), Fatome (7), Quénu (8).

Certains ascitiques succombent au *collapsus cardiaque* dû, chez des sujets au myocarde affaibli, soit à des tiraillements du sympathique cardiaque, soit à une dilatation cardiaque a vacuo (Perrin), le cœur se laissant entraîner par l'abaissement brusque du diaphragme.

Les injections de tonicardiaques avant la ponction et surtout l'application d'un bandage de corps suffisamment serré après la ponction préviendront cet accident.

(1) Festy. *Complications de la paracentèse abdominale*, Th. de Paris, 1873.

(2) Perrin. La mort des ascitiques après la paracentèse, *Presse méd.*, 23 sept. 1908, p. 609. — Consulter également la thèse de Mlle Grunwald. *Complications mortelles de la paracentèse chez les ascitiques* (faite sous l'inspiration de l'un de nous), Montpellier 1912.

(3) Boidin. Embrochement de l'artère épigastrique, *Bull. de la Soc. anat.*, 1903, p. 145.

(4) Lian. La perforation de l'artère épigastrique dans la paracentèse abdominale, *Presse méd.*, 1907, p. 330.

(5) Mignaçabal. *Embrochement de l'artère épigastrique au cours de la paracentèse*, Th. de Paris, 1907, n° 175.

(6) Trzebicky. Du choix du point d'élection dans la paracentèse abdominale, *Arch. f. klin. Chir.*, 1891, t. XL, p. 850-855.

(7) Fatome. Hémorragies dues à la paracentèse latérale de l'abdomen, *Soc. de méd. milit. franç.*, 3 nov. 1910.

(8) Quénu. Le siège d'élection de la ponction de l'ascite, *Tribune méd.*, mai 1911.

Chez les sujets présentant de l'insuffisance hépatique, en particulier chez les cirrhotiques, la paracentèse peut être compliquée par l'apparition d'un *ictère grave* ou l'*aggravation d'un ictère préexistant* (Perrin). L'hypohépatie joue le rôle primordial, la paracentèse n'est que la cause occasionnelle. D'où la nécessité d'instituer un traitement opothérapique chez de pareils malades.

Les ponctions répétées entraînent une *adynamie spéciale* [V. Widal (1)], une *anémie séreuse chronique* [Gilbert et Garnier (2)] caractérisée par un visage amaigri, un nez pincé, des traits tirés, un teint plombé, une peau sèche; les « forces baissent de plus en plus, et cette déchéance progressive de l'organisme va conduire le malade à l'issue fatale ». Ce tableau est dû à la perte d'eau et de substances albuminoïdes soustraites à l'organisme par chaque nouvelle ponction.

Au point de vue hématologique, il se traduit par une hypoalbuminose du sérum et une concentration sanguine qui a pour conséquence une hyperglobulie relative.

La menace de l'anémie séreuse doit rendre prudent le médecin qui ne recourra aux ponctions répétées que lorsque l'indication sera bien réelle (3).

En dehors de tous les accidents mortels que nous venons de passer en revue, il en est un que nous n'avons pas vu signaler par les auteurs, c'est la *perforation de l'intestin* au cours de la paracentèse abdominale. Pareille mésaventure est arrivée à une de nos malades.

Nous allons en rapporter la longue et intéressante histoire.

Observation. — *Mort par perforation intestinale au cours d'une paracentèse chez une cirrhotique ascitique ayant déjà subi une opération de Talma.* — Vald... Blanche, âgée de vingt-neuf ans, entre à l'hôpital suburbain dans le service du professeur Forgue, salle Dubreuilh, n° 4, le 9 janvier 1911 pour l'augmentation du volume de son ventre.

Le *début* remonte au mois d'avril 1910 : la malade éprouve, après le repas, quelques troubles dyspeptiques; le ventre devient tendu et augmente de volume; les règles, qui avaient été jusqu'ici régulières, manquent pendant deux mois. Le médecin consulté prescrit un régime et, ayant sans doute constaté un peu d'ascite, il ordonne quelques diurétiques. Sous l'influence de cette médication, le volume du ventre paraît diminuer et les règles réapparaissent.

En août, le ventre se remet à augmenter et atteint le volume qu'il a actuellement, sans qu'il ait été toutefois nécessaire de faire la ponction. Les règles ont disparu ces deux derniers mois.

La malade a bon appétit, digère bien, n'a jamais eu de vomissements et va régulièrement à la selle. Elle présente

(1) V. Widal. Art. paracentèse, in *Dict. des sc. méd.*, 1884.

(2) Gilbert et Garnier. De l'anémie séreuse, *Bull. de la Soc. de biol.*, 29 janv. 1896, p. 115-119.

(3) Il y a cependant des malades qui supportent sans préjudice aucun des soustractions de liquide fréquentes et abondantes; tel le malade de Mead (1920 litres en six ans et demi), celui de Lecanu (886 ponctions). L'un de nous a publié l'histoire d'un cirrhotique qui subit dans l'espace de onze ans un total de soixante-douze ponctions et à qui on avait évacué plus de 10 hectolitres de liquide. (Roger et Chauvin. De l'autosérothérapie de l'ascite. Insuccès dans un cas de cirrhose de Laënnec, *Montpellier méd.*, 2 mai 1910, p. 481-490.)

une dyspnée considérable due vraisemblablement à son ballonnement abdominal. Elle ne tousse pas, ne crache pas. Pas d'hémorragie d'aucune sorte; léger œdème des membres inférieurs.

Antécédents personnels. — Fièvre de croissance à sept ans. Rougeole dans l'enfance, pas d'éthylisme ni de vinisme : la malade boit un verre et demi de vin à chacun de ses repas.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à cinquante-deux ans, un mois et demi après un traumatisme; père mort d'affection pulmonaire aiguë. Un enfant bien portant actuellement âgé de quatre ans; grossesse et accouchement normaux, allaitement de vingt mois. Pas de fausse couche.

L'EXAMEN DE L'ABDOMEN, pratiqué par le professeur Forgue, donne les résultats suivants :

« *Inspection.* — Ce qui frappe, c'est le développement considérable du ventre. La tuméfaction qui s'étend jusqu'à la région épigastrique est telle qu'au niveau de l'ombilic la dimension circonférentielle est de 114 centimètres. La forme du ventre est globuleuse, non étalée dans les flancs. L'ombilic pointe légèrement. Il existe de la circulation veineuse collatérale sous la forme d'un réseau à larges mailles, surtout dessiné dans la région sus-ombilicale. La coloration est normale. Pas d'œdème des grandes lèvres. Pas de hernie. Il existe de l'œdème de la paroi. Développement considérable du système hémorrhoïdal inférieur.

Percussion. — La courbe des zones mates et sonores est celle d'une ascite, c'est-à-dire que la zone mate se présente sous la forme d'une demi-lune occupant tout l'hypogastre jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic et remontant dans les deux flancs à peu près symétriquement, ainsi que l'indique la mensuration, par rapport à l'axe médian, de deux bords internes de la ligne mate. Mais il est à considérer que, tandis qu'à gauche tout le flanc est mat, à droite on observe une bande de sonorité qui occupe la région externe du flanc et qui répond évidemment au cæcum et au côlon ascendant météorisés.

Palpation. — Nous recherchons d'abord si la palpation nous donne dans tous les points une sensation de résistance uniforme, ou si, au contraire, nous percevons la présence de gâteaux, de parties un peu plus résistantes ; cette sensation est à peu près uniforme; il y a cependant une nuance; la dépressibilité est beaucoup plus considérable à l'hypogastre et même dans le flanc gauche que dans le flanc droit, où surtout au niveau de l'hypocondre se trouve une résistance un peu plus profonde. A l'hypogastre, j'ai l'impression que, déprimant une nappe d'ascite, j'arrive dans la profondeur sur une poche plus résistante (???). Dans les flancs, cette indication n'est pas perçue, à cause de la tension des flancs. Si l'on percute, on a, par la chiquenaude, la sensation très nette du flot abdominal. Ce flot, très net, très superficiel, nous indique qu'il y a une nappe de liquide qui est libre, qui est superficiellement placée et qui, par conséquent, répond à de l'ascite.

L'exploration par le toucher vaginal ne relève rien : ni refoulement des viscères, ni tumeur perceptible dans les culs-de-sac, ni déviation de l'utérus. En aucun point on ne trouve de ballottement.

L'exploration des appareils respiratoire, circulatoire et urinaire est négative. Pas de signes de lésion cardiaque. Pas d'albumine ni de sucre dans les urines. Il y a de l'œdème des membres inférieurs qui s'explique par la compression du système cave inférieur. La malade n'a jamais présenté de fièvre, elle a assez considérablement maigri. »

DISCUSSION DU DIAGNOSTIC. — Il s'agit nettement d'une ascite. Quelle en est la cause? On peut éliminer d'emblée l'ascite par lésion cardiaque ou rénale, puisque ces deux organes, cœur et rein, sont indemnes.

S'agit-il d'*ascite cirrhotique?* En faveur de ce diagnostic nous avons les quelques troubles dyspeptiques du début et le développement des hémorrhoïdes. Le faible développement de la circulation veineuse collatérale, l'évolution relativement rapide de l'affection, l'absence d'antécédents éthyliques ne sont point en faveur de cette hypothèse.

S'agit-il d'*ascite tuberculeuse?* On peut objecter le volume énorme du ventre, la circulation veineuse collatérale, l'œdème des membres inférieurs, l'absence de réaction pleurale concomitante.

Le diagnostic le plus vraisemblable serait celui de *carcinome ovarien avec ascite secondaire* et peut-être généralisation. Mais il n'y a pas de tumeur ballottant dans la profondeur, l'exploration vaginale est négative, il n'y a pas de refoulement des culs-de-sac latéraux ni de prolapsus vaginal si fréquent en pareil cas.

INTERVENTION LE 15 JANVIER 1911. — Rachianesthésie à la novocaïne. Laparotomie médiane remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On fait écouler lentement l'ascite qui a la coloration jaune citrin habituelle (environ 15 à 16 litres). Puis on ouvre largement le péritoine qui est sain.

Ce qui frappe aussitôt c'est la congestion des intestins qui ont une teinte hortensia très marquée. L'épiploon, en particulier, est extrêmement congestionné, d'une couleur lie de vin. On le voit parcouru par des veines d'un volume considérable. Tous les vaisseaux sont gorgés de sang.

Les anses intestinales ne présentent pas d'adhérence entre elles ni avec l'épiploon.

L'utérus est un peu gros, fibromateux, mais ses lésions ne suffisent pas à expliquer l'ascite. Les ovaires sont sains, peut-être un peu durs, scléreux, d'aspect lavé. En somme, rien de ce côté n'explique l'abondance du liquide.

La congestion intestinale et épiploïque avait immédiatement fait penser à une lésion hépatique, comme d'ailleurs le développement du réseau hémorrhoïdaire l'avait suggéré avant l'opération.

On va donc explorer le foie qu'on trouve atrophié, cirrhotique, présentant de petites traînées blanches dans son parenchyme, visibles sur sa surface. Il s'agit manifestement d'une cirrhose atrophique de nature indéterminée (peut-être tuberculeuse).

On se décide, en raison de la congestion de l'épiploon traduisant l'hypertension portale, à faire l'opération de Talma. On fixe le grand épiploon à la paroi abdominale antérieure par deux surjets, mais pour faciliter la formation d'adhérences vasculaires on insère le péritoine pariétal de chaque côté de l'incision opératoire et on glisse ainsi l'épiploon dans le tissu sous-séreux rétro-musculaire.

Fermeture de la paroi par trois plans de catgut. Crins sur la peau.

Suites opératoires. — Légère ascension thermique le lendemain de l'opération (38 degrés axillaire). Pouls à 140.

On prescrit 0,001 de digitaline.

Il se produit de l'œdème des grandes lèvres et des jambes.

Le 28 janvier, légère fièvre oscillant entre 37 degrés et 37°8; pouls toujours rapide : 130 à 140. Premier pansement. Réunion par première intention. L'ascite s'est reformée; il n'y a pas d'accroissement de la circulation complémentaire abdominale.

Le 3 février on est obligé d'évacuer l'ascite. *Ponction* au niveau de la fosse iliaque gauche : soustraction de 7 litres de liquide citrin normal.

Le 11 février la malade passe en médecine dans le service du professeur Rauzier (1), salle Esperonier, n° 5. Elle ne se plaint que de l'augmentation du volume de son ventre. Bon

(1) M. le professeur Rauzier avait eu l'occasion d'examiner, avant l'acte opératoire, cette malade dans son cabinet, et de constater les limites particulières de la matité.

tube digestif, pas de douleur dans l'hypocondre droit, jamais d'ictère, jamais d'urticaire. Un peu de dyspnée d'effort; deux épistaxis abondantes, pas de purpura, pas d'autre hémorragie. Pas d'albumine, pas de fièvre.

L'*examen* de l'abdomen montre un ventre très volumineux et très tendu, à circulation collatérale nettement marquée. La percussion montre surtout du météorisme et un peu d'ascite. Le foie est difficile à délimiter, plutôt diminué, la rate paraît augmentée de volume. On prescrit le régime lacté.

Œdème des membres inférieurs. Rien au cœur. Obscurité respiratoire à la base droite.

15 février. — Ventre très ballonné, la matité remonte à mi-hauteur entre l'ombilic et l'épigastre et s'élève plus dans les flancs que sur la ligne médiane; au-dessus se trouve une quantité assez considérable de gaz.

23 février. — La malade se plaint de quelques douleurs dans la partie gauche du ventre. Diarrhée.

24 février. — On permet quelques purées. Analyse d'urine; quantité : 600 centimètres cubes (la malade a la diarrhée), réaction acide; densité, 1007; urée, 8,08 par litre; chlorures, 2,10; pas de sucre; traces d'albumine.

Ponction le 25 février 1911, à dix heures et demie du matin.

Le ventre est ballonné; la percussion montre une zone de matité continue, remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et limitée en haut par une courbe à concavité supérieure. Circulation collatérale très marquée.

La région de la fosse iliaque gauche est occupée par un placard œdémateux et induré, consécutif à une légère irritation cutanée par le collodion appliqué au niveau de la première ponction; pour cette raison, au lieu de faire la ponction au lieu d'élection, on se décide à la faire à droite.

On choisit un point dépourvu d'arborisation veineuse, assez bas, à l'union du tiers externe et du tiers moyen de la ligne unissant l'épine iliaque à l'ombilic. On emploie un trocart de l'appareil Potain de petit calibre à deux tubulures; l'on adapte à l'une un tuyau de caoutchouc conduisant dans un ballon autoclavé destiné à recueillir l'ascite.

La ponction est faite par l'externe du service sous les indications et sous la surveillance de l'un de nous. Le trocart est enfoncé d'environ 3 centimètres sans effort aucun. L'aiguille est retirée et le mandrin laissé en place. L'on est étonné que le liquide ne coule pas dans le ballon. On déplace légèrement le mandrin. Pas d'écoulement. Attribuant ce défaut d'écoulement à la résistance de la colonne d'air emmaganisée dans le tube de caoutchouc et le ballon de verre, on fait une légère aspiration dans le ballon par l'intermédiaire du tube qui le relie à l'extérieur. Le siphon étant amorcé, il s'écoule un liquide citrin, ne contenant pas de sang, auquel sont mélangées au début quelques bulles gazeuses; on attribue ces bulles à l'air contenu dans les tuyaux ou à celui qui peut y pénétrer par les divers ajustages du verre et du caoutchouc.

Le liquide ascitique s'évacue ensuite normalement; on en recueille environ 5 à 6 litres, et l'on n'a pas évacué tout le liquide.

A la fin de la ponction, quand on retire le mandrin, il se fait une légère hémorragie qui paraît uniquement pariétale et qui se tarit rapidement par une légère compression. Le pouls n'est pas accéléré. On applique un bandage de corps.

A trois heures, la malade a une selle peu abondante et tirant sur le brun. Vers quatre heures, elle se plaint de douleurs peu vives dans le flanc gauche et elle a une selle assez abondante franchement noire. Elle a ensuite deux autres selles sans coloration noire. La malade se trouve bien et reste même assise sur son lit en train de faire du crochet; mais elle se plaint d'une sensation de défaillance et a quelques lipothymies, elle a un peu de dyspnée et un pouls rapide. Dans la nuit, quelques nausées, n'aboutissant pas au vomissement, pas de selle de toute la nuit. La malade est un peu agitée et s'éteint sans phénomènes nouveaux à six heures du matin.

Autopsie vingt-six heures après la mort.

Incision médiane suivant la cicatrice de la laparotomie.

Dès qu'on a dépassé la couche musculaire on arrive sur les adhérences créées par l'opération de Talma entre toute la masse du grand épiploon et la paroi. Les adhérences sont intimes tant sur les parties latérales que sur la ligne médiane; elles descendent presque à mi-hauteur entre l'ombilic et le pubis. On les dissèque du côté de la paroi, en gardant le plus de tissu possible adhérent à l'épiploon épaissi, mais pas très vascularisé.

Quand on approche, à droite, du point où a été faite la ponction, on trouve, à la limite de la symphyse pariéto-épiploïque, une anse de l'intestin grêle, adhérente par place avec la paroi, mais d'une façon moins intime que l'épiploon; on peut assez facilement l'en détacher. Dès l'ouverture du péritoine, du liquide ascitique fait issue à l'extérieur : il en restait encore environ 2 à 3 litres après la ponction. Ce liquide est jaunâtre, un peu louche, sans odeur : il n'est pas mélangé à des gaz. Il n'y a pas eu d'hémorragie dans l'intérieur de la cavité péritonéale.

La paroi abdominale ne présente extérieurement que l'orifice de la ponction sans hémorragie ni inflammation locale.

Sur la face péritonéale on aperçoit l'orifice de la ponction situé plus haut et plus en dedans que l'orifice cutané : le trocart a donc suivi un trajet incliné de bas en haut et de dehors en dedans. Au niveau de l'orifice péritonéal, il y a une légère ecchymose.

L'anse grêle, adhérente à la paroi, présente, en un point qui correspond exactement à la paracentèse, une petite perforation circulaire, comme taillée à l'emporte-pièce, obturée par un caillot sanguin qui fait légèrement saillie à l'extérieur et a la dimension d'une lentille. Tout autour, la tunique externe de l'intestin offre une teinte légèrement ecchymotique. L'anse intestinale présente, sur la paroi opposée à celle qui a été perforée par le trocart, une éraillure superficielle de la muqueuse, vraisemblablement due à ce que le trocart est arrivé jusqu'à cette paroi, sans toutefois la perforer.

La masse épiploo-intestinale est enlevée en bloc, avec la paroi, en décollant le mésentère. On constate alors, accollées à la face postérieure du tablier épiploïque, un grand nombre d'anses intestinales, dont certaines sont en outre adhérentes entre elles; ces adhérences ne se laissent pas facilement détacher. En un point, une sorte de cordon étroit, de 2 centimètres de long environ, réunit deux anses : il est rougeâtre et renferme un vaisseau à son intérieur; il s'agit là vraisemblablement d'une adhérence récente.

Le *foie* est petit, il pèse 1230 grammes. La face supérieure de son lobe droit est adhérente au diaphragme sur la largeur d'une paume de main. Extérieurement, il est pâle, grisâtre, sa surface est parsemée de petites dépressions ressemblant aux vermoulures du bois. La capsule est adhérente. La coupe est un peu dure et offre une coloration noix muscade. La *rate* est petite (170 grammes), également grisâtre, et présente les mêmes dépressions superficielles. Sa capsule est légèrement épaissie, sa consistance est accrue.

Les *reins* sont congestionnés, un peu violacés. Poids : 120 grammes.

Les *poumons*, également congestionnés, mais normaux, n'offrent pas trace de tubercule.

Le *cœur* est petit et contracté.

Examen microscopique dû à l'obligeance du professeur Bosc.

1° Les *adhérences lâches entre l'intestin et la paroi* sont constituées par un tissu conjonctif au stade muqueux avancé avec des traînées conjonctives plus épaissies autour des artérioles. La vascularisation est intense, formée de vaisseaux de nouvelle formation à cellules endothéliales saillantes et à grosses cellules périthéliales; en certains points, les capillaires sont extrêmement dilatés, se touchent au point de ne rien laisser

voir du tissu conjonctif (état télangiectasique). Les espaces lymphatiques très dilatés renferment des lymphocytes et de gros mononucléaires.

2° *Adhérences entre la paroi abdominale et l'épiploon.* — Mêmes phénomènes d'organisation conjonctive ayant dépassé le stade muqueux et formant autour des vaisseaux des traînées fibreuses denses. Il existe une endopérivascularite prononcée avec formation d'espaces remplis de grosses cellules du type plazmazellen ou de grands macrophages et constituant une infiltration dense avec par place des amas arrondis de cellules épithélioïdes et de grandes cellules multinucléées qui ont l'aspect de *cellules géantes*. Les lymphatiques très abondants et formant de larges lacunes sont remplis de *lymphocytes* et de grands *mononucléaires*.

Cette infiltration se marque très nettement à mesure qu'on va vers l'épiploon qui est d'abord parcouru de larges travées fibreuses à grandes cellules qui remplacent peu à peu les éléments adipeux; puis les traînées fibreuses se font plus minces autour des vaisseaux néoformés, tandis que l'infiltration lymphocytaire se fait dans et autour des cavités lymphatiques sous forme d'amas irréguliers ou arrondis plus espacés; en outre, on assiste à la prolifération et à l'hypertrophie des cellules conjonctives et à la disparition progressive des cellules adipeuses.

Foie. — Cirrhose biveineuse qui fragmente le lobule et s'accompagne d'une infiltration de lymphocytes indiquant une réaction inflammatoire jeune par foyer diffus. La capsule est très épaissie et on note à la surface du foie une réaction jeune, vasculaire et lymphatique.

Dans cette longue observation un grand nombre de points mériteraient d'être commentés : notamment les difficultés du diagnostic, les conditions étiologiques assez imprécises et l'aspect macroscopique spécial de cette cirrhose atrophique ; l'opération de Talma (qui n'a pas donné les résultats qu'on aurait pu en attendre) et les communications vasculaires épiploo-pariétales qu'elle a pu créer (?). En attendant de revenir ailleurs sur ces divers points, nous ne retiendrons ici que la fin de cette malade par perforation de l'intestin au cours de la paracentèse.

Il s'agit, *au point de vue anatomique*, d'une perforation de tout petit calibre n'ayant intéressé que la paroi antérieure de l'intestin et ayant éraillé la muqueuse de la paroi postérieure; elle était en partie bouchée par un petit caillot sanguin faisant hernie à l'extérieur.

Au point de vue clinique, la malade s'est éteinte rapidement, en une vingtaine d'heures, avec simplement un peu de dyspnée, de tachycardie, quelques lipothymies, quelques nausées et des hémorragies intestinales. La perforation ne s'est donc point accompagnée du tableau habituel des péritonites aiguës : pas de douleurs abdominales vives, pas de vomissements. Nous retrouvons là, chez cette femme qui, quelques heures avant sa mort, faisait du crochet dans son lit, le type de ces « accalmies traîtresses » bien étudiées par Dieulafoy dans certaines perforations intestinales (péritonite appendiculaire).

La malade a présenté des hémorragies intestinales qui se sont traduites par l'émission de deux selles noires quatre et cinq heures après la ponction. Ces hémorragies n'ont été ni très abondantes ni persistantes. Les deux selles noires ont été suivies de selles normalement colorées; l'intestin ne contenait pas de sang à l'autopsie.

Quelle a été la cause de la mort? Est-ce l'hémorragie? Il y a bien un tableau clinique rappelant assez celui de l'hémorragie interne : sensation de défaillance, dyspnée, tachycardie, lipothymie ; mais l'hémorragie intestinale, qui ne s'est traduite que par un peu de melæna, n'est pas suffisante pour l'expliquer; or, il n'y a pas eu d'autre hémorragie (pas d'hémorragie externe importante de la paroi, pas de sang dans le péritoine ni dans l'intestin).

Est-ce la péritonite par perforation? L'on sait que les perforations de tout petit calibre s'accompagnent rarement de péritonite: n'a-t-on pas proposé de combattre le météorisme abdominal par les ponctions capillaires de l'intestin (1)? La perforation par le fin trocart de Potain était petite, et l'autopsie l'a montrée obturée par un caillot sanguin formant bouchon, suffisant pour empêcher l'issue des matières fécales. Toutefois il y a bien eu péritonite, comme en témoigne la sérosité péritonéale louche prélevée à l'autopsie. L'infection péritonéale a pu se faire de deux façons : ou bien le liquide péritonéal a été ensemencé par le trocart quand, après avoir pénétré dans l'intestin, il en a été retiré; ou bien le caillot sanguin, obturant à l'autopsie la perforation, ne s'est formé que tardivement. L'évolution sournoise du tableau péritonéal n'est pas, lui non plus, pour nous étonner.

Le mécanisme de la mort n'est pas toujours univoque : plusieurs facteurs se surajoutent souvent pour provoquer celle des ascitiques après paracentèse. Ici, à l'hémorragie et à la péritonite, il faut encore surajouter l'hypohépatie (à peine 8 grammes d'urée par litre) et l'état de dépression et d'anémie qu'ont pu causer à la fois l'affection causale (cirrhose atrophique) et le traumatisme opératoire assez récent.

Le *diagnostic* de cette complication (perforation intestinale) était-il possible? Le suintement sanguin survenu à la fin de la ponction aurait pu faire croire à une hémorragie de la paroi : il n'y en a pas eu. Le melæna aurait pu faire penser à la perforation intestinale; mais la paracentèse, même bien faite, peut produire des hémorragies a vacuo sans lésion de l'intestin par le trocart. Nous n'avions pas, d'autre part, le tableau de la péritonite aiguë pouvant mettre sur la voie du vrai diagnostic : le passage de bulles gazeuses dans l'appareil destiné à recueillir l'ascite aurait dû attirer plus vivement notre attention; car il s'agissait sans nul doute des gaz de l'intestin et non de bulles d'air pénétrant par de mauvais ajustages.

Un mot du *traitement*, qui aurait dû être institué si le diagnostic de perforation avait été porté. C'est l'intervention chirurgicale : la brèche, étant minime, aurait été rapidement suturée. Mais déjà le péritoine était ensemencé et nous ne sommes pas sûrs que chez cette femme débilitée la péritonite déjà instal-

(1) Tout dernièrement encore, Adams publiait le cas d'un iléus paralytique traité par la ponction de l'intestin grêle avec une fine aiguille (*Ann. of Surg.*, 1910, Cf. *Gaz. des hôpit.*, 1910, p. 1425).

lée ne l'ait pas aussi rapidement emportée ; la présence de toutes ces adhérences épiploo-intestino-pariétales aurait singulièrement compliqué, sinon rendu impossible, l'acte opératoire.

En ce qui concerne la *prophylaxie* de pareil accident, quelle leçon devons-nous retirer de notre cas malheureux ?

Tout d'abord cette perforation intestinale n'a point, à notre connaissance, été signalée comme complication de la ponction d'ascite. Est-ce à dire qu'elle ne se soit jamais produite ? Il est fort possible que ceux à qui cet accident est arrivé se sont gardés de le publier, quoiqu'il soit du plus haut intérêt pour le praticien de connaître les insuccès ou les accidents d'une méthode thérapeutique, afin de pouvoir les prévenir.

Il semble, a priori, un peu, sinon excessivement maladroit, de ponctionner l'intestin en faisant la paracentèse abdominale : l'intestin est généralement refoulé à la partie postérieure par le liquide ascitique, et, quand des adhérences le rapprochent de la paroi, il donne une sonorité très nette que l'on a soin de rechercher en percutant au point où l'on doit enfoncer le trocart. Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi, sans qu'il soit possible de prévoir ni de bien expliquer l'absence de cette sonorité.

Dans notre cas, l'erreur est d'autant plus excusable que la cirrhose atrophique n'est pas, comme la péritonite tuberculeuse, une de ces affections qui provoquent des adhérences intestinales : et l'intervention chirurgicale n'en avait point découvert. L'opération de Talma, à elle seule, ne paraît pas susceptible d'en causer, puisqu'elle porte simplement sur l'épiploon ; il a fallu probablement un très léger degré d'irritation péritonéale postopératoire.

En tout cas l'autopsie a montré qu'elles existaient un peu partout entre le grand épiploon et les anses, voire même directement entre les anses et la paroi, en dehors et à droite de la région d'implantation de l'épiploon sous le péritoine pariétal : c'est justement cette anse qui a été perforée par le trocart. La ponction avait été faite d'ailleurs assez bas et assez en dehors afin d'éviter les communications vasculaires qu'aurait pu établir le Talma. Une paracentèse faite plus en dedans ou même sur la ligne blanche aurait eu le même sort. La première ponction faite en chirurgie avait eu lieu sans inconvénient, et par suite ne mettait nullement en garde contre des accidents lors d'une ponction ultérieure, c'est qu'à gauche il n'existait pas, comme à droite, d'adhérence de l'intestin avec la paroi.

L'enseignement qu'il faut retenir de cette observation, c'est que non seulement le Talma ne donne pas toujours de bons résultats dans la cure de l'ascite cirrhotique, mais peut être dangereux lorsque de nouvelles paracentèses sont nécessaires, en devenant le point de départ d'adhérences anormales intestino-pariétales.

Le Talma est la cause... indirecte... de la mort de notre malade, déjà fortement affaiblie ; nous n'avons, malgré toutes nos recherches, pas trouvé relaté ce nouvel inconvénient du Talma.

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DE L'ÉCLAMPSIE PAR LA DÉCAPSULATION DU REIN

Il semble bien qu'à l'heure actuelle il soit difficile de se faire une conception pathogénique bien nette de l'éclampsie (voir le rapport du professeur Bar à la *XIVe session de la Soc. d'obst. de France*, 5-7 oct. 1911).

Cependant, il existe un fait indéniable, c'est que, à la toxémie d'origine inconnue qui est la cause première de l'éclampsie, il se surajoute, plus ou moins tardivement mais d'une façon constante, des phénomènes d'insuffisance rénale se traduisant, entre autres symptômes, par une suppression partielle ou totale des urines. Il est non moins certain que, lors des cas de guérison spontanée, l'amélioration des symptômes coïncide avec une reprise de la sécrétion urinaire qui tend à redevenir normale comme quantité et comme qualité.

A la suite des travaux de Harrison et d'Edebohls sur le traitement des accidents urémiques graves au cours des néphrites chroniques et aiguës par la décapsulation du rein, il était logique de tenter d'appliquer cette méthode au traitement des formes graves d'éclampsie.

C'est Edebohls qui, en 1903, fit la première décapsulation rénale, et Pousson (1905) la première décapsulation avec néphrotomie pour accès éclamptiques.

Depuis lors, les interventions se sont multipliées presque exclusivement en Allemagne, des études expérimentales ont été entreprises sur l'action de la décapsulation du rein. De ces travaux peut-on déjà tirer une conclusion pratique qui permette de rejeter ou de faire adopter, dans les limites de ses indications, une telle opération ?

Nous allons tâcher de l'examiner brièvement.

Avant d'examiner les faits, voyons tout d'abord quelle peut être théoriquement l'utilité de la décapsulation rénale dans l'éclampsie.

Il ne faut pas quitter ce point de vue que l'action thérapeutique sur le rein dans l'éclampsie ne peut être qu'une action symptomatique ; elle ne vise pas à détruire la cause de la toxémie qui nous est inconnue, mais à parer à l'un de ses effets, la fermeture du rein.

Dans le début, Edebohls pratiquait la décapsulation du rein dans les néphrites, dans le dessein d'établir des adhérences entre sa capsule adipeuse et lui, et, par leur intermédiaire, d'augmenter la circulation collatérale de l'écorce rénale. L'expérimentation a montré (Albarran, Erzbischoff, Liek, Flœrken, Hall et Herxheimer, etc.) que ce développement de voies collatérales ne se produisait pas dans la capsule de nouvelle formation, même si le rein était enveloppé dans le grand épiploon (Müller). Les résultats obtenus dans les néphrites chroniques ont été médiocres, et la plupart des chirurgiens ont abandonné l'opération d'Edebohls dans ces cas. Ses indications se sont restreintes considérablement, la principale restant l'anurie d'origine calculeuse où son action semble être la même que dans l'éclampsie, la production rapide d'une diurèse abondante.

Cette action diurétique ne s'exerce pas et ne peut s'exercer par l'intermédiaire des épithéliums. Lorsque le rein présente des lésions épithéliales plus ou moins anciennes la décapsulation reste sans effet sur elles. On a étudié les effets de la décapsulation sur différentes intoxications expérimentales, en particulier Ferrero pour l'intoxication par le sublimé, et dans tous les cas la décapsulation s'est montrée sans effet sur la qualité et la quantité des urines émises.

On ne peut donc expliquer ce rôle diurétique que de deux manières : soit par l'intervention du système nerveux, soit par une influence mécanique directe sur la circulation du rein.

Edebohls (dans une de ses dernières publications), Jabou-

lay, Albarran pensent que l'action diurétique de la décapsulation rénale est le résultat d'une vaso-dilatation consécutive aux manipulations subies par l'organe, à l'acte opératoire, et s'exerçant par l'intermédiaire du plexus rénal.

Un des phénomènes les plus constants dans le cours de l'éclampsie est l'élévation de la tension sanguine causée par la vaso-constriction des artérioles viscérales et périphériques (voir Harold C. Bailey, H. Oliphant, Nicholson). La plupart des médications actives utilisées dans l'éclampsie sont des médications hypotensives (saignées, hirudine, veratrum viride, iodure, chloral, opiacés, bains chauds, etc.). Le rein n'échappe pas à cette vaso-constriction et il en résulte une anurie plus ou moins complète. Cependant un gros argument contre cette action vaso-constrictive est tirée de ce fait (Zangemeister) qu'aux opérations on ne trouve pas un petit rein contracté. Le rein éclamptique se présente sous trois formes distinctes (Sippel) : tantôt un gros rein, congestionné, dur, bleuâtre, au parenchyme tendu dans sa capsule, tantôt un gros rein blanc, mou, œdémateux, avec une capsule large et plissée, tantôt enfin un petit rein blanc, pâle et mou.

Le plus grand nombre des auteurs admet que la décapsulation joue un rôle purement mécanique sur la circulation rénale.

La tension intrarénale, qu'elle soit le résultat de l'obstacle apporté à l'évacuation de l'uretère (surtout le droit) comprimé par l'utérus gravide (Braak, Mijnlieff, Sippel), qu'elle soit le résultat de l'obstacle apporté à la circulation en retour par l'arrêt de la circulation artérielle dans le rein [Nicholson, Sippel, voir expérimentation de Chirié dans sa thèse (Paris 1908) sur la production de phénomènes éclamptiques par la ligature temporaire des veines rénales], qu'elle résulte de poussées d'œdème interstitiel aigu de l'organe (Bar, *Leçons de pathologie obstétricale*, 1907, fasc. 2, p. 146), entraîne rapidement, de toute façon, l'étranglement du tissu rénal dans sa capsule inextensible, c'est le « glaucome du rein » (R. Harrisson).

La décapsulation, en détruisant cette tension intracapsulaire, permet le rétablissement de la circulation veineuse, un nouvel afflux de sang artériel dans le glomérule : les œdèmes interstitiels disparaissent rapidement, la compression de l'épithélium sécréteur cesse, tous les éléments sécrétoires recouvrent leurs fonctions physiologiques, la diurèse se rétablit.

En réalité, dans certaines des opérations on a trouvé ce rein « glaucomateux » dont le tissu faisait hernie après incision de la capsule et quittait sa couleur bleuâtre pour prendre la coloration rouge normale. Mais on trouve plus souvent des reins blancs, mous, œdémateux, gros ou petits, à capsule trop large, semble-t-il, pour eux, et Reiffercheid a noté que les résultats de la décapsulation sont aussi bons dans ces cas que dans les gros reins congestionnés. Sippel explique l'action de la décapsulation dans les reins mous, par la mise en liberté du liquide d'œdème interstitiel de l'organe; mais, comme le remarque Gminder, cet écoulement de liquide, lors de la décapsulation, n'a pas été signalé dans les observations.

Il règne donc encore dans beaucoup de cas une certaine obscurité sur l'action possible de la décapsulation. Faut-il admettre, en dernier ressort, que, de même que dans l'ablation des seins pour éclampsie (Sellheim, Herrenschneider), ce serait surtout la saignée opératoire qui agirait utilement en abaissant brusquement la tension sanguine et en retirant une quantité notable de substances toxiques de la circulation?

L'action des deux méthodes opératoires vantées jusqu'ici contre l'éclampsie serait la même que celle de la saignée massive qui jouit d'une grande faveur chez nous (Macé et Chirié, 1908; Potocki, Bouffe de Saint-Blaise, *Soc. d'obst., de gyn. et de péd.*, 13 juin 1910; Boissard, *Soc. obst. de France*, 7 oct. 1911). C'est peut-être aller un peu loin, mais il faut avouer que l'explication théorique des faits reste obscure. L'expérimentation va-t-elle nous permettre de l'éclairer?

Hugo Ehrenfest a publié récemment un important travail dans lequel il expose l'étude expérimentale qu'il a entreprise chez le chien des effets de la décapsulation du rein. Décapsulant le rein d'un seul côté, il a pu comparer l'excrétion des deux reins en recueillant leur urine par des fistules uretérales. Sur l'ouverture des uretères étaient liés des tubes fins de calibre identique par où l'urine s'échappait goutte à goutte. La numération de ces gouttes à la minute permettait une comparaison rigoureuse de la sécrétion des deux côtés. Puis sur ces chiens il essayait de reproduire les différentes conditions pathologiques invoquées comme cause des troubles rénaux de l'éclampsie et voyait ainsi la modification qu'elles apportaient dans le rein sain et dans le rein décapsulé.

Voici les principales conclusions de ces expériences :

1° L'effet immédiat de la décapsulation est une suppression temporaire de la fonction sécrétoire du rein opéré, et aussi un retard réflexe marqué de la diurèse dans le rein opposé, pouvant aller parfois à l'anurie complète. Cet effet réflexe se produit aussi si ce deuxième rein a été décapsulé quarante-huit heures auparavant, mais peut-être à un moindre degré.

2° De vingt-quatre à quarante-huit heures après l'opération, le rein décapsulé présente à peu près la même activité sécrétoire que le rein normal.

3° Entre vingt-quatre et quarante-huit heures après la décapsulation, l'effet diurétique d'une injection de sérum intraveineuse ou d'une augmentation brusque artificielle de la tension sanguine, est identique dans les deux reins, décapsulés ou non, du même animal.

4° Chez un chien, un rein décapsulé depuis vingt-quatre heures ne montre pas de différences notables avec le rein normal dans différentes conditions artificielles. C'est dans ce groupe d'expériences que l'auteur a cherché à reproduire les conditions invoquées comme action diurétique de la décapsulation dans l'éclampsie. Par le massage du rein, on a cherché à provoquer l'excitation mécanique du plexus rénal, sans résultat appréciable sur la sécrétion.

La théorie du « glaucome du rein » implique que la décapsulation du rein, en augmentant la quantité du sang qui peut passer dans le rein, augmente la quantité d'urine émise. Ehrenfest a cherché à vérifier ce fait. Le rein décapsulé doit sécréter plus abondamment que le rein sain si la tension sanguine s'élève. Or, après injection intraveineuse de sérum, d'adrénaline, de digitaline, la sécrétion du rein décapsulé n'est pas supérieure à celle du rein sain.

Reste la théorie de la compression uretérale. L'anurie résulte dans ces cas de la compression des capillaires de la substance corticale entre la tension de l'urine dans le bassinet et les tubes excréteurs, et la capsule inextensible. La décapsulation, en faisant disparaître cette dernière, amène une amélioration immédiate de la circulation capillaire. Ehrenfest a produit une augmentation artificielle de la tension intra-uretérale dans les deux reins (rein décapsulé et rein sain) en plaçant verticalement un tube gradué à l'extrémité de chaque fistule uretérale. L'urine, en s'accumulant, monte dans le tube en produisant une tension de plus en plus élevée. Or la colonne d'urine est toujours restée moins élevée du côté décapsulé que du côté sain; de plus, tandis que dans ce dernier l'ascension se faisait régulièrement, du côté décapsulé on notait certaines oscillations dans la sécrétion. Enfin, la seule constatation anatomique notée à l'autopsie des chiens en expérience est la présence d'une hyperémie notable dans la substance corticale du rein décapsulé un peu plus gros, un peu plus mou, contenant plus de sang que son congénère.

L'auteur conclut qu'actuellement la valeur de la décapsulation rénale, dans l'éclampsie, ne présente aucune base expérimentale et repose seulement « sur l'assurance positive de certains auteurs, qu'ils ont vu guérir après cette opération des

malades qu'ils avaient pensé devoir mourir si on n'avait pas opéré ».

Il reste donc à voir les résultats cliniques qu'elle a fournis.

Cette étude a été faite d'une façon très complète et judicieuse dans une revue générale de Chirié et Cornélius en 1909 que l'on consultera avec beaucoup de fruit. Les auteurs ont réuni les observations au nombre de 33, publiées jusqu'alors et en ont discuté avec soin les résultats.

Ceux-ci ne sont pas très encourageants. La mortalité reste très élevée : seize morts sur 33 cas; mais trois de ces morts n'ayant aucun rapport avec l'affection ou l'opération, il reste à considérer 30 cas avec treize morts soit 44,66 p. 100 de mortalité. La gravité semble bien différente selon que les crises éclamptiques ont débuté avant ou après l'accouchement. Dans le premier cas la mortalité n'a été que de 2 cas sur 12 cas (16,16 p. 100), tandis que lorsque l'éclampsie avait débuté après l'accouchement, malgré l'expulsion fœtale spontanée ou opératoire, puis la décapsulation, sur 14 cas on a enregistré 7 morts (50 p. 100). Cette mortalité est beaucoup plus élevée que celle qu'on relève dans toutes les statistiques globales d'éclampsie. C'est ainsi que M. Pinard accuse à Baudelocque, de 1889 à 1911, sur 129 cas d'éclampsie, 28 morts (21, 7 p. 100), et de 1907 à 1911, 22 cas avec un seul décès. Il y a des séries heureuses comme celle de Pfannenstiel qui sur 35 malades de la ville n'a eu aucun décès. Il faut remarquer que la statistique des cas traités par décapsulation ne comporte que des cas graves, jugés désespérés, après emploi des méthodes ordinaires. L'action de la décapsulation n'est pas la même sur les divers phénomènes morbides de l'éclampsie. Très inconstante sur les accès qui disparaissent parfois complètement après la décapsulation ou se reproduisent très nombreux malgré l'amélioration et la guérison finale de la malade, au contraire elle est souvent assez nette sur les œdèmes, sur le retour à la conscience des malades dans le coma, et surtout sur la diurèse. Il faut noter ici cependant que cette action diurétique n'est pas immédiate, qu'en général il y a pendant les vingt-quatre premières heures un état stationnaire ou même une diminution de la quantité d'urine et que c'est seulement le deuxième ou troisième jour que la diurèse s'établit abondante. Si elle ne s'est pas établie dans certains cas d'anurie, c'est vraisemblablement qu'on est intervenu trop tard, la malade est morte avant que cette diurèse ait pu s'établir.

Après analyse des faits, Chirié et Cornélius constatent qu'il n'existe pas d'indications nettes pour intervenir. « Il semble, disent-ils, qu'en Allemagne, où à l'heure actuelle cette opération est surtout pratiquée, elle soit employée en quelque sorte systématiquement après échec de l'accouchement spontané ou forcé. Toute éclamptique est, en effet, traitée par l'évacuation de l'utérus, qu'elle soit en travail ou non, indépendamment des traitements médicaux (chloral, morphine, sérum, etc.), puis, si les accès persistent, si l'albumine augmente, si la quantité d'urine diminue, si l'état général s'aggrave on intervient sur le champ. »

Encore faut-il intervenir à temps, aussi Gauss conseillait-il de faire l'évacuation de l'utérus et la décapsulation rénale dans une seule opération. L'anurie, qui pour M. Pinard constitue la *seule* indication opératoire, et qui pour beaucoup constitue la principale, est à la vérité infidèle. Chirié et Cornélius indiquent par exemple 2 cas (cas de Minjlieff et Braak, de Wallich et Lecène) où l'on voulait opérer pour anurie, l'opération n'ayant pas eu lieu, les malades guérirent cependant. D'autre part sur 5 cas d'anurie dans l'éclampsie et 2 cas dans des néphrites, on a observé six morts.

Depuis le travail de Chirié et Cornélius, de nouveaux documents ont été publiés dont on trouvera l'énumération à la fin de cet article; ont-ils apporté quelques modifications aux indications précédentes? Un fait nous a frappé, c'est la diminution constante de la mortalité dans les statistiques de cas récents, si bien qu'en ajoutant successivement des statistiques de plus en plus favorables aux statistiques primitives, le chiffre global de la mortalité va en s'abaissant.

Chirié et Cornélius sur 33 cas publiés relèvent 16 morts (mortalité, 46,66 p. 100); peu après Sippel réunit 38 cas avec 17 morts (mortalité 45,75 p. 100), puis Lichtenstein sur 43 opérations trouve 18 décès (mortalité 41,86 p. 100) et en retranchant de la mortalité tout ce qui n'est pas imputable à l'éclampsie (32,55 p. 100). Sitzenfrey en 1910 réunit 58 observations avec 23 morts (mortalité 39,6 p. 100) avec une mortalité de 45 p. 100 pour l'éclampsie ayant débuté avant l'accouchement et 28 p. 100 pour celle qui a éclaté dans le post partum. Si nous ajoutons à cette dernière statistique les cas publiés par Baisch, Reinhardt, Zweifel, Lichtenstein, de Lee, Bollenhagen, Friedman, C. Longard, soit 20 observations, nous arrivons à un total de 78 cas avec 30 morts, soit 38,46 p. 100 de mortalité, et en ne conservant que les morts attribuables à l'éclampsie ou aux complications opératoires, 22 morts soit 28,20 p. 100.

Il ne faut attacher qu'une médiocre confiance aux statistiques. Cependant ici le fait semble évident et il vaut la peine qu'on cherche à l'expliquer. Il ne peut s'agir ici de progrès dans la technique qui est simple et fixée depuis longtemps. Il ne peut être question que du choix des cas, de la précision dans les indications.

Il ressort des récentes publications que l'on tend à établir un certain nombre de contre-indications et d'indications plus précises pour le choix des cas d'éclampsie justiciables de la décapsulation.

Tout d'abord il semble nettement admis que, dans l'éclampsie débutant avant ou pendant le travail, l'intervention ne sera jamais tentée avant l'évacuation de l'utérus, celle-ci est la première indication à remplir.

On s'attache à n'intervenir que dans les cas où le rein semble particulièrement en cause dans les accidents. La présence de lésions hépatiques importantes et certaines ferait écarter l'intervention pour certains auteurs (Halliday Croom) comme donnant peu de chances de guérison.

L'absence d'albumine ne constitue pas une contre-indication car sa présence peut faire défaut à certains moments. Il convient de la rechercher plusieurs fois (Longard). Au contraire, si la diurèse est suffisante, il n'y a pas de raison d'intervenir, même au cas de crises subintrantes et de coma (Sitzenfrey). Enfin, la présence de lésions antérieures anciennes de néphrites, sur lesquelles la décapsulation n'a aucune prise immédiate, doit faire déconseiller la décapsulation.

On ne doit pas attendre pour intervenir une fois l'utérus évacué qu'il y ait de l'anurie totale, il serait trop tard pour que la décapsulation donnât des chances de guérison. Il faut intervenir si après l'évacuation utérine la quantité d'urine et d'albumine restent stationnaires, à plus forte raison si l'urine diminuant de quantité le taux de l'albumine augmente. La présence de gros œdèmes est en faveur de l'intervention. L'élimination des azotes et des chlorures est aussi un bon guide pour indiquer le moment d'intervenir (Sippel). Enfin la présence d'augmentation de volume de l'un ou des deux reins, décelable à la palpation, est une raison de plus d'opérer.

Faut-il admettre qu'avec ces données la mortalité des éclamptiques avec prédominance de phénomènes rénaux va disparaître par l'emploi de la décapsulation? Ou faut-il considérer comme des séries heureuses les statistiques comme celle de Longard, qui sur 11 cas opérés a eu 4 morts, dont 2 seulement dues à l'éclampsie (18,18 p. 100), et qui, en comparant ses statistiques des cinq dernières années (opérations) avec celles des cinq années précédentes (sans opération), trouve les chiffres suivants : 18,7 p. 100 de mortalité (32 cas, 6 morts) pour la première; 55 p. 100 pour la deuxième? Faut-il adopter le septicisme de Langemeister qui montre par ses statistiques que le pourcentage de mortalité des soi-disant cas désespérés est loin d'être plus élevé quand on ne les opère pas que quand on les

opère? Et si un effet diurétique semble se produire après l'opération c'est, d'après Langemeister, qu'on ignore trop qu'il existe normalement dans le post partum une oligurie normale qui peut aller à l'anurie complète; et que nécessairement suit spontanément une diurèse abondante. Rien d'étonnant à ce que l'on observe cette polyurie si l'on intervient peu de temps après l'accouchement.

En résumé on voit que, tant au point de vue expérimental que clinique, la valeur de la décapsulation rénale dans l'éclampsie est loin d'être établie d'une façon absolue. Cependant, il semble que les résultats, peu brillants au début, soient plus favorables à mesure que ses indications et contre-indications se précisent. En tout cas, malgré l'enthousiasme de certains auteurs allemands, il semble sage de rester dans l'attitude réservée qu'ont adoptée les accoucheurs français : ne conserver cette méthode que comme une dernière ressource lorsque, après évacuation de l'utérus, tous les moyens médicaux, y compris la saignée massive, n'auront donné aucun résultat.

M. LANCE.

BIBLIOGRAPHIE

J.-L. CHIRIÉ et R. CORNÉLIUS. Décapsulation et néphrotomie dans l'éclampsie puerpérale, Revue générale, *L'Obstétrique*, t. XIV, mai et juin 1909, p. 324 et 419 (contient 41 indications bibliographiques).

Nous ne donnons ci-contre que les travaux parus depuis.

1908. GMINDER. La décapsulation rénale dans l'éclampsie, *Münch. med. Woch.*, n° 51, 22 déc.

1909. Sir J. Halliday CROOM. La décapsulation rénale dans l'éclampsie, *Edimb. med. Journ.*, t. II, n° 5, mai, p. 443. — R. C. BUIST. La décapsulation rénale dans les cas puerpéraux, *Id.*, p. 452. — H. Oliphant NICHOLSON. Les bases physiologiques pour la décapsulation rénale dans l'anurie éclamptique, *Id.*, p. 457. — ALSBERG. La décapsulation du rein dans l'éclampsie, *Centralbl. f. Gyn.*, t. XXXIII, n° 27, 3 juillet. — ALEXANDROFF. Résultats de la décapsulation du rein dans l'éclampsie, *IIIe Congrès des gynécologues et accoucheurs russes*, Kieff, 2-5 avril (discussion), in *Roussky Vratch*, t. VII, n° 44, 31 oct., p. 1506. — SIPPEL, STŒCKEL, STRAUSS, SCHWERIN, KAYSER et VON FRANQUÉ. Décapsulation du rein dans l'éclampsie, *Soc. d'obst. et de gyn. du Moyen-Rhin*, 15 mai, in *Monat. f. Geb. und Gyn.*, t. XXX, f. 5, nov. 1903, p. 625. — ZIEMENDORFF. Décapsulation rénale dans l'éclampsie, *Deut. med. Woch.*, t. XXXV, n° 45, 11 nov. — JOHNSEN. *Id.*, n° 50, 16 déc.

1910. LICHTENSTEIN. La décapsulation des reins comme traitement de l'éclampsie, *Cent. f. Gyn.*, n° 2, p. 34. — STŒCKEL. Les résultats de la décapsulation rénale dans l'éclampsie, *Soc. de méd. de Marburg*, 19 janv., in *Münch. med. Woch.*, t. LVII, n° 9, 1er mars, p. 998. — HEIN. Traitement de l'éclampsie par la décapsulation du rein, *Saint-Petersb. med. Woch.*, t. XXXV, n° 21, 22 mai. — SIPPEL. Sur la décapsulation des reins dans l'éclampsie, *Zeit. f. Gyn. Urol.*, t. IV, f. 5. — ZANGEMEISTER. Critique sur l'emploi de la décapsulation du rein dans l'éclampsie, *Id.* — STŒCKEL. Sur la décapsulation du rein dans l'éclampsie, *Id.* — EISENREICH. *Id.* — BAISCH. Un cas d'éclampsie puerpérale guérie par la décapsulation rénale, *Centralbl. f. Gyn.*, t. XXXIV, n° 3, 4 juin. — SITZENFREY. Décapsulation rénale dans l'éclampsie, *Soc. de méd. de Giessen*, 11 janv., in *Deut. med. Woch.*, t. XXXVI, n° 23, 9 juin, p. 1108-1110. — CALMANN. Décapsulation du rein dans l'éclampsie, *Soc. de méd. de Hambourg*, in *Deut. med. Woch.*, t. XXXVI, n° 26, 30 juin, p. 1251. — GAUSS. Résultats de la décapsulation du rein dans l'éclampsie, *Zeit. f. Gyn. Urol.*, t. II, f. 3, juillet. — CHOLMOGOROFF. Sur la décapsulation rénale dans l'éclampsie, *Centralbl. f. Gyn.*, t. XXIV, n° 28, 9 juillet. — GOBIET. *Id.*, n° 36, 3 sept. — FERRERO. La décapsulation du rein dans les intoxications expérimentales par le sublimé, *Riforma med.*, t. XXV, n° 40, 5 oct. — BOLLENHAGEN. Décapsulation rénale pour l'éclampsie, *Centralbl. f. Gyn.*, t. XXIV, n° 45, 5 nov. — BAISCH. La décapsulation rénale dans le traitement de l'éclampsie, *Soc. gyn. de Münich*, 15 mai, in *Monat. f. Geb. und Gyn.*, t. XXXII, f. 6, déc., p. 738. — PROZAROVSKY. Etude sur la décapsulation des reins dans l'éclampsie, *Soc. de gyn. et d'obst. de l'Université de Moscou*, 10 mars, in *Pract. Vratch*, t. IX, n° 5, 12 déc., p. 830.

1911. REINHARDT. Un cas d'éclampsie puerpérale guérie par la décapsulation rénale, *Centralbl. f. Gyn.*, n° 3, 21 janv. — FRANZ. La décapsulation rénale dans l'éclampsie, *Wiener klin. Woch.*, t. XXIV, n° 13, 30 mars. — FRIEDMAN. Un cas infructueux de décapsulation rénale pour éclampsie, *Zeit. f. Gyn. Urol.*, t. II, f. 5, mars. — Th. GÜMBELL. Décapsulation dans l'urémie, *Deut. med. Woch.*, t. XXXVII, n° 13, 30 mars. — BAUMM. Des indications de la décapsulation rénale dans l'éclampsie, *Soc. de gyn. de Breslau*, 24 janv., in *Monat. f. Geb. und Gyn.*, t. XXXVIII, f. 4, avril, p. 520. — PROZAROVSKY. Décapsulation des reins dans l'éclampsie post partum, *Soc. de gyn. et d'obst. de Moscou*, 10 mars, in *Roussky Vratch*, t. X, n° 28, 3 juillet, p. 1159. — Hugo EHRENFEST. Etude expérimentale sur la décapsulation rénale dans l'éclampsie, *Surg., gyn. and obst.*, vol. XIII, n° 3, sept., p. 296. — LONGARD. Le traitement de l'éclampsie par la décapsulation du rein, *Monat. f. Geb. und gyn.*, t. XXXIV, f. 4, oct. — BAR. *Soc. obst. de France*, XIVe session, 5-7 oct. (rapport sur la pathogénie de l'éclampsie). — COMMANDEUR. *Id.* (rapport sur le traitement de l'éclampsie). — Harold C. BAILEY. La pression sanguine dans l'éclampsie, *Surg., gyn. and obst.*, vol. XIII, n° 5, nov., p. 505.

1912. Joseph B. DE LEE. Le traitement chirurgical de l'éclampsie, *The Journ. of the amer. med. ass.*, vol. LVI, n° 1, 7 janv.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 29 MARS 1912)

Sur un cas d'hypertrophie du thymus traitée par la radiothérapie. — MM. RIBADEAU-DUMAS et ALBERT-WEIL ont eu l'occasion d'appliquer les méthodes radiothérapiques à un enfant de deux mois qui présentait des symptômes graves d'hypertrophie du thymus. Ils y étaient encouragés par les recherches expérimentales de Heineke, de Rudberg, d'Aubertin et Bordet, de Regaud et Crémieu, et les quelques observations cliniques publiées par Myers, Friedlander, Weill et Péhu. Dans leur cas, il s'agissait d'une forme grave, l'enfant amenée pour une bronchite avec fièvre présentait du cornage, du tirage, des accès de suffocation avec cyanose. La percussion leur avait montré l'augmentation de la matité thymique, et sur les radiographies on voyait l'ombre médiastinale nettement élargie dans la région normalement occupée par le thymus. Lorsque la bronchite fut guérie, la mère hésitant à faire pratiquer une opération, on fit deux séances de radiothérapie. A partir de la deuxième séance, les crises disparurent. Il ne persista qu'un léger cornage qu'une troisième irradiation fit disparaître. Malgré une broncho-pneumonie intercurrente, l'enfant se remit parfaitement, augmenta de poids et on se félicitait des résultats si facilement obtenus quand survint dans le service un bébé atteint de rougeole à la période d'invasion. L'enfant prit la rougeole et mourut d'une double broncho-pneumonie. A l'autopsie, le thymus pesant 4 grammes présentait tous les signes d'une involution scléreuse. Etant donnés les incidents morbides qui semèrent l'histoire de leur malade, les auteurs ne peuvent conclure que cette involution du thymus est uniquement due aux rayons X. Toutefois par comparaison avec les radiographies qui ont montré pendant la vie la régression de l'organe il n'est pas douteux que ceux-ci y aient puissamment contribué.

On sait que dans ces derniers temps on a discuté de la valeur respective de la radiothérapie et de la thymectomie. Le cas unique que MM. Ribadeau-Dumas et Albert-Weil rapportent n'est pas suffisant pour qu'ils aient pu se faire sur ce point une opinion précise. Ils se bornent à noter que chez un enfant présentant la forme complète de l'hypertrophie du thymus avec crises de suffocation et cyanose ils ont obtenu en quarante-huit heures la sédation des accidents graves, et à la troisième séance la disparition du cornage. En présence d'un

pareil résultat, acquis très simplement sans grandes doses de rayons, ils pensent qu'il serait utile de pratiquer la radiothérapie aussi souvent qu'une intervention urgente ne paraîtra pas absolument nécessaire.

Cancer de l'utérus. — MM. Siredey et Petit présentent deux pièces anatomiques de cancer de l'utérus. Le cancer de l'utérus est un de ceux qui donnent le meilleur résultat opératoire quand il est opéré d'une façon précoce.

Dans un des cas des auteurs le cancer siégeait sur le corps qui n'était pas très augmenté de volume. Le col était intact. La malade a été opérée hâtivement dans d'excellentes conditions. Dans le même utérus existaient deux petits fibromes qui étaient de sérieuses causes d'erreur.

Chez la deuxième malade, le premier symptôme fut un suintement tout à fait insignifiant; une seule fois elle eut une hémorragie un peu plus intense. A la suite de cette perte, elle fut examinée; le col était intact; deux jours plus tard on pratiqua l'hystérectomie; or, la pièce démontra que le cancer siégeait tout à fait au fond de l'utérus; la masse est très peu volumineuse et s'accompagnait à la fois de fibromes multiples et d'un polype muqueux. On comprend quelles causes d'erreur ces autres lésions pouvaient provoquer. Ces pièces montrent la localisation très réduite du cancer dans ces deux cas.

Tabes avec crises gastriques et troubles urinaires. — MM. Le Noir et Desbouis communiquent l'observation d'une malade atteinte de tabes avec crises gastriques et troubles urinaires frustes qui, étant à l'hôpital, contracta la fièvre typhoïde grave dans le cours de laquelle se présentèrent quelques incidents relevant de l'affection médullaire : accélération du pouls, rétention d'urine, éruption purpurique, escarre profonde, vomissements avec chute de la température simulant une perforation. La maladie se termina par la guérison et les crises gastriques parurent s'espacer.

Les auteurs insistent sur les modifications que le tabes peut apporter à l'évolution d'une maladie intercurrente, les difficultés de diagnostic qui en résultent et aussi sur la résistance des tabétiques aux injections, résistance qui ne paraît pas être inférieure à celle des autres sujets.

La tuberculose inflammatoire de l'appareil urinaire. — M. A. Poncet communique à la Société un travail relatif à la tuberculose inflammatoire de l'appareil urinaire. La tuberculose inflammatoire étant cette forme de tuberculose dans laquelle le poison bacillaire, plus ou moins atténué, ne produit dans les tissus que les réactions banales de l'inflammation, elle peut frapper tous les appareils, tous les organes. Il faut lui attribuer sans doute beaucoup de néphrites aiguës, beaucoup de néphrites scléreuses et l'albuminurie orthostatique.

Présentation d'appareils. — MM. Variot et Lavialle. Calorimétrie des nourrissons atrophiques et débiles.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 26 mars 1912)

Anévrismes artériels de la paume de la main. — M. Monod, à propos d'un rapport de M. Potherat, rappelle un travail qu'il a fait sur ce sujet et dans lequel il étudiait la valeur comparative de l'extirpation et de la ligature des deux bouts de l'artère. La conduite à tenir peut varier selon qu'on a affaire à un anévrisme de l'arcade superficielle ou à un anévrisme de l'arcade profonde.

M. Mauclaire apporte deux observations : dans la première il s'agissait d'un anévrisme de la terminaison de l'artère cubitale, qu'il traita par l'extirpation et qui guérit sans incident; dans le second cas, il s'agissait d'une blessure ancienne de l'arcade palmaire superficielle, qui avait donné lieu à une hémorragie assez abondante qu'on avait pu cependant arrêter par la compression. Puis est survenu un anévrisme de cette arcade superficielle que M. Mauclaire a traité par l'extirpation et qui a guéri.

En rapprochant ces faits de ceux qui ont été publiés dans le travail de M. Monod, des 17 ou 18 observations publiées dans la thèse de M. Lautaret et du rapport de M. Potherat, on arrive à un chiffre assez important d'anévrismes de la paume de la main guéris par l'extirpation.

M. Tuffier a opéré, par l'extirpation, chez un jeune homme, un anévrisme de la terminaison de l'artère cubitale avec succès.

Prolapsus du rectum. — M. Moty communique un cas de prolapsus rectal, avec le cône d'invagination qu'il a guéri par le procédé classique.

Des interprétations musculaires, adipeuses ou cartilagineuses. — M. Chaput admet que les interpositions de tissu cellulaire peuvent donner d'aussi bons résultats que les interpositions musculaires.

Tumeur végétante de l'ovaire et grossesse. — M. Chaput fait un rapport sur une observation de M. Le Jemtel. Il s'agit d'une femme qui était atteinte d'une tumeur végétante de l'ovaire et qui devint enceinte. Elle devint gravement malade et tomba dans un état cachectique. M. Le Jemtel l'opère le 20 mars 1911. Il trouve une grosse masse entre le rectum et l'utérus qui n'était autre qu'un kyste végétant de l'ovaire droit. Il l'enleva. Le surlendemain, la malade accouche d'un enfant mort et succombe elle-même peu de temps après.

M. Le Jemtel fait suivre cette observation de quelques réflexions : il se demande s'il n'aurait pas mieux valu faire, chez cette femme, l'hystérectomie. S'il ne l'a pas fait, c'est que l'enfant était encore vivant à ce moment, il espérait ainsi lui donner plus de chances de survivre. M. Chaput n'est pas de cet avis et il estime que M. Le Jemtel a bien fait de s'en tenir à l'ablation de la tumeur. Cette malade, d'ailleurs, était perdue quoi qu'on fît. Mais, d'une manière générale, avant huit mois de grossesse, il vaut mieux enlever seulement la tumeur et respecter l'utérus.

Anesthésie générale. — M. Faure pratique maintenant l'anesthésie générale avec le mélange de Schleich, c'est-à-dire 60 grammes d'éther, 20 grammes de chloroforme et 10 grammes de chlorure d'éthyle. Il s'est d'abord servi de l'appareil de Ricard. Mais l'ayant trouvé insuffisant comme débit, il l'a remplacé par l'appareil de Gauthier (de Luxeuil). Cette anesthésie et cet appareil donnent à M. Faure toute satisfaction.

Accident mortel à la suite d'une injection sous-cutanée de sérum antitétanique. — M. Riche fait observer qu'on prend l'habitude, en chirurgie, de recourir à des pratiques rituelles sans plus se soucier des accidents possibles qu'elles peuvent donner. Il en est ainsi des injections préventives de sérum antitétanique. Il est, pour ainsi dire, de règle aujourd'hui de recourir à ces injections dans la plupart des services hospitaliers. C'était cependant sans grande conviction sur l'utilité de ces injections que Guinard disait qu'on pouvait y recourir puisqu'on avait reconnu leur innocuité. Or voici l'observation que le docteur Louyriac a envoyée à M. Riche. Une fillette de huit ans se pique la main gauche avec une fourche. Aucun accident, aucune réaction, petite plaie pansée aseptiquement et, par mesure de prudence, injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique provenant de l'Institut Pasteur. Le soir, l'enfant est très mal; céphalée, diarrhée, vomissements et, malgré injection de caféine, d'huile camphrée, elle succombe à dix heures le soir même. Voilà le fait dans sa brutalité. M. Louyriac ne croit pas pouvoir attribuer la mort à d'autre cause que l'injection elle-même.

Il ne faudrait pas plusieurs faits de ce genre, ajoute M. Riche, pour nous faire renoncer aux injections préventives de sérum antitétanique.

M. Lucas-Championnière regretterait que cette observation — qui ne prouve rien — poussât les chirurgiens à renoncer à une méthode prophylactique excellente comme celle des injections préventives de sérum antitétanique. C'est grâce à elles qu'on ne voit plus de tétanos ni chez les humains, ni chez les chevaux.

M. Routier, depuis les communications faites à la Société par M. Bazy sur ce sujet, fait pratiquer systématiquement, dans son service, ces injections. Il n'a jamais eu d'accidents. Il n'a eu qu'un seul cas de tétanos chez un malade chez lequel on avait oublié de pratiquer l'injection.

M. Schwartz proteste également contre une tendance quelconque à abandonner ces injections.

M. Delbet s'associe à ces protestations, mais il rappelle que l'injection ne protège que pendant cinq à six jours. Il faut donc la renouveler. M. Delbet reste un partisan convaincu de l'efficacité de ces injections.

M. Savariaud se rapprocherait plutôt de l'avis de M. Riche et trouve cette observation très troublante. Quant à lui, il n'a pas recours aux injections de sérum antitétanique.

M. Kirmisson fait remarquer qu'il y a deux questions, celle de la sérothérapie, en général, et la question particulière du sérum antitétanique. L'enfant dont on vient de rapporter l'observation n'est pas morte du tétanos. Cette mort ne saurait donc incriminer le sérum antitétanique. M. Kirmisson reste donc et restera fidèle aux injections préventives de sérum antitétanique.

— La discussion se poursuit encore, MM. Quénu, Lucas-Championnière, Demoulin défendant énergiquement ces injections.

M. Mauclaire ne les pratique que dans les cas de plaies d'origine tellurique.

M. Sieur rappelle que dans les dernières guerres, au Maroc, en particulier, ces injections ont supprimé le tétanos des blessés si fréquent dans la guerre de 1870.

M. Thierry est loin de partager cet enthousiasme pour les injections préventives de sérum antitétanique. Il n'y a jamais recours.

Luxation de la rotule traitée par une opération nouvelle. — M. Chaput a pratiqué l'opération suivante pour une luxation de la rotule.

Il a d'abord corrigé le genu valgum par l'ostéotomie du fémur. Il a débridé l'aileron externe rétracté et il a affaibli intentionnellement le vaste externe taillant aux dépens de ce muscle un lambeau à pédicule adhérent qu'il a fixé aux lèvres du débridement de l'aileron externe.

Il a enfin réséqué un large lambeau de l'aileron interne et il a rétréci cet organe par des sutures au catgut.

Actuellement le résultat est aussi satisfaisant que possible, la luxation ne s'est pas reproduite, la malade fléchit le genou à angle aigu, l'extension est complète et vigoureuse et le genu valgum est parfaitement corrigé.

Election. — M. Cunéo est élu membre titulaire par 30 voix sur 41 votants; M. Lenormant a obtenu 8 suffrages, M. Gosset 2, et un bulletin blanc.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Echo médical du Nord. — (N° 1, 7 janv. 1912.) A. Calmette et M. Breton : Hémo-diagnostic de la tuberculose. — (N° 2, 14 janv.) Vanverts et Dervide : Un cas de luxation médio-tarsienne partielle. — A. Calmette et M. Breton : Hémo-diagnostic de la tuberculose (*fin*). — (N° 3, 21 janv.) Lagache : Sauvegarde des nourrissons de Tourcoing (année 1910). — (N° 4, 28 janv.) Pierret et Bocquillon : Le zona symptomatique d'une tuberculose pulmonaire latente. — Vanverts : Moyen d'éviter la « disparition » des laminaires dans l'utérus.

Encéphale. — (N° 1, 10 janv. 1912.) Gilbert Ballet et Laignel-Lavastine : Nouveau cas d'acromégalie avec autopsie. — Séglas et Logre : Délire imaginatif de grandeur avec appoint interprétatif. — Conos et Xanthopoulos : Hémorragie méningée curable. Valeur diagnostique du liquide céphalo-rachidien. — Nonna-Baranow : Sur le phénomène de retrait du membre inférieur provoqué par la flexion plantaire des pieds et des orteils.

Journal médical français. — (N° 1, 15 janv. 1912.) Lequeux : Pathogénie de l'éclampsie. — Pinard : Du traitement prophylactique de l'éclampsie puerpérale. — Commandeur : Le traitement médical de l'éclampsie puerpérale. — C. Jeannin : Traitement obstétrical et chirurgical de l'éclampsie. — Andérodias : Les vomissements incoercibles de la grossesse. — F. Castaigne et X. Gouraud : Etude de la cholestérine au point de vue pathologique et thérapeutique. Cholestérinémie de la femme enceinte.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (Janv. 1912.) Delaunay : La possibilité de la rage humaine d'origine alimentaire. — Larauza : L'ionisation thermale et la radioactivité.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 4, 23 janv. 1912.) Müller : Forme bulbaire de la paralysie infantile épidémique. — Marchand : Contribution casuistique au traitement de l'intoxication acide. — Zœppritz : Recherche des traces de sang par la réaction du gaiac. — Schott : Procédé de coloration polychrome des particules figurées de l'urine. — John : Traitement des hémorragies, des diathèses hémorragiques et de l'anémie pernicieuse par l'injection de sérum ou de sang défibriné d'individus sains. — Pick : Traitement de l'impetigo et de la conjonctivite eczémateuse. — Traugott : Technique et importance pratique de l'examen bactériologique de la sécrétion utérine. — Hoffmann : Hémiplégie mortelle après une injection de salvarsan dans une gomme de la moelle. — Becker : Traitement du charbon. — Wiedemann : Tétanos traumatique guéri par l'antitoxine Höchst et le sérum d'un tétanique guéri. — Dreyfuss : Mort par le sérum à la suite d'anaphylaxie. — Thilo : Traitement des cicatrices cutanées. — Jodbauer : Etude expérimentale sur les tablettes de digitale. — Salomon : Réaction cutanée caractéristique du pou de tête. — (N° 5, 30 janv.) Boas : Traitement extraanal des hémorroïdes. — Heuke : Importance du carcinome des souris. — V. Dungern : Biologie du sarcome à cellules rondes du chien. — Pribram : Sur le colloïde azoté de l'urine. — Koujetzny : Pathologie des angiomes. — Isenschmidt : Symptômes cliniques de l'angiome cérébral. — Kimura : Sur la suture tendineuse. — Fœrster : Sur l'action de l'alcool méthylique. — Schulz : Une cause d'erreur dans la recherche du sucre par le procédé de Trommer. — Friediger : Intoxication aiguë par la benzine chez le nourrisson. — Mertens : La péritonite purulente ascendante. — Sieber : Traitement par l'air chaud en gynécologie. — Fein : Ablation des fragments d'amygdale insuffisamment extirpés. — Pfaundler : Enfants affamés?

Riforma medica. — (N° 1, 6 janv. 1912.) A. d'Antona : Tuberculose gastro-intestinale. — C. Martelli : Etude sur les « gitterfasern » des tumeurs. — C. Mantelli : Kyste hématique du creux axillaire simulant la récidive ganglionnaire d'un carcinome mammaire. — (N° 2, 13 janv.) G. Adamo : La digestion intestinale chez une femme ayant subi la gastrectomie. — Pasquale Longo et Antonino Speciale : Etiologie et pathogénie du pemphigus végétant. — Casanello Rinaldo : Invagination de l'intestin grêle chez un adulte, consécutive à un lipome de la paroi intestinale. Résection de deux mètres quinze d'intestin. Guérison. — (N° 3, 20 janv.) A. Libroia : La reconstitution de la vaginale du testicule au moyen de lambeaux de péritoine. — P. Pisani : Les altérations du cœur provoquées par l'adrénaline.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT DE BRÉVANNES, SAINTE-PÉRINE ET CHARDON-LAGACHE. — Le jury est composé de MM. Ramond, Emile-Weil et Lardennois.

ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Le jury de ce concours est composé de MM. Goizet, Richard, Poupon, Dupuy (Antoine-Louis) et Pelisse.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — THÈSES RÉCOMPENSÉES. — Voici la liste des thèses soutenues en 1910-1911 récompensées par le conseil des professeurs de la Faculté :

Médailles d'argent (21). — MM. Abrami, Bailleul, Bobeau, Bourdier, de Brunel de Serbonnes, Carvallo, Chabrol, Cottin, Debré, Duvoir, Ehrmann, Foix, Glénard, Labbé, Laroche, Mme Marie Long, MM. Mallet, Pottet, Railliet, Stern, Vosgien.

Médailles de bronze (23). — MM. Barbier, Baudran, Bénard, Birotheau, Braun, Chenet, Cléret, Combier, Ducrotoy, Fenard, Guillaume, Jacoulet, Joltrain, Lafaix, Mélamet, Merle, Périneau, Piot, J.-L. Roux, Schaeffer, Schreiber, Mme Louis Tinel, M. Toupet.

Mentions honorables (20). — MM. Bertrand, Bidault, Chenot, Closier, Delpy, Dubosc, Duval, Flurin, Foy, Gery, Grosgeorge, Houzel, Jacq, Azer Kaminzer, Marc Leconte, Mireur, Rouhier, Ruaud, Saissi, Woimant.

LE NOMBRE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE EN FRANCE EN 1912. — Le *Bulletin administratif du ministère de l'instruction publique* publie la statistique des étudiants des différentes facultés et écoles d'enseignement supérieur au 15 janvier 1912.

Les facultés de médecine avaient, au 15 janvier, 8265 étudiants; hommes : 7400 dont 742 étrangers; femmes : 865 dont 357 françaises et 508 étrangères.

Les écoles de médecine comptaient 1522 étudiants hommes dont 1481 français, et 134 étudiantes femmes dont 116 françaises et 18 étrangères.

Les facultés viennent dans l'ordre suivant d'après le nombre des étudiants inscrits au 15 janvier :

Paris, 4170; Lyon, 1601; Bordeaux, 791; Montpellier, 681; puis viennent Toulouse, Nancy, Lille et Alger.

Parmi les écoles, Marseille tient la tête avec 240 inscrits; puis viennent Rennes et Nantes avec 147 et 116.

Les autres écoles ont un nombre d'élèves variant de 30 à 50.

Les étudiants étrangers les plus nombreux sont les Russes : 816 dont 602 à Paris et 128 à Montpellier; puis viennent les Turcs, 87 dont 71 à Paris; les Bulgares, 63 dont 20 à Lyon, 18 à Montpellier, 18 à Nancy; les Roumains, 57 dont 53 à Paris. Toutes les nationalités sont d'ailleurs représentées à l'exception du Japon qui va sans doute chercher ses lumières en Allemagne.

Les étudiants en pharmacie sont au nombre de 1358 dont 1334 français pour les écoles supérieures de pharmacie (Paris, 691 dont 670 français; femmes, 32 dont 30 françaises).

Les écoles ont 250 inscrits dont 3 étrangers et 1 femme française.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le professeur Renaut (de Lyon) vient d'être nommé grand officier de l'ordre de Saint-Stanislas de Russie.

HOMMAGE AU PROFESSEUR GRASSET. — La cérémonie officielle de la remise du buste et de la médaille commémorative au professeur Grasset, à l'occasion de sa trentième année de professorat, aura lieu à Montpellier le jeudi 18 avril, à trois heures et demie de l'après-midi, sous la présidence de

M. le recteur Benoist, dans la salle des fêtes du palais universitaire.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de MM. les docteurs Paul Brousse, directeur de l'asile de Ville-Evrard, ancien président du Conseil municipal de Paris, ancien député; Schneider, médecin-major, professeur agrégé libre au Val-de-Grâce, attaché à la direction du service de santé au ministère de la guerre.

HOPITAL TROUSSEAU. (Service du docteur H. Triboulet.) — A partir du samedi 11 mai et les samedis suivants mai, juin et 6 juillet, à dix heures du matin : Questions de pédiatrie (coqueluche, pneumonie) et études de coprologie chez l'enfant.

PHYSIOTHÉRAPIE. — Cours de vacances. — Le cours de physiothérapie organisé par MM. Albert-Weil, Dausset, Degrais, Durey, Kouindjy, Leroy, Sandoz et Wetterwald, à l'école des Hautes Etudes sociales et dans divers hôpitaux et cliniques, aura lieu du 15 avril au 7 mai 1912.

S'adresser pour les inscriptions ou pour l'envoi du programme détaillé à MM. Vigot, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Voyages, à itinéraires facultatifs, de France en Algérie, en Tunisie, en Corse et aux Echelles du Levant, ou vice-versa.* — Carnets individuels ou collectifs, 1re, 2e et 3e classes, délivrés pour voyages pouvant comporter des parcours sur les réseaux métropolitains, départementaux (réseau de la Corse), algériens et tunisiens, ainsi que sur les lignes maritimes desservies par la Compagnie générale transatlantique, par la Compagnie de navigation mixte (Compagnie Touache), par la Société générale de transports maritimes à vapeur, par la Compagnie marseillaise de navigation à vapeur (Fraissinet et Cie) ou par la Compagnie des messageries maritimes. Ces voyages doivent comporter, en même temps que des parcours français, soit des parcours maritimes, soit des parcours maritimes et algériens, tunisiens ou corses.

Minimum de parcours sur les réseaux métropolitains : 300 kilomètres.

Les parcours maritimes doivent être effectués par les paquebots de l'une seulement des compagnies de navigation participantes; ils peuvent cependant être effectués à la fois par les paquebots de la Compagnie des messageries maritimes ou de la Compagnie marseillaise de navigation à vapeur (Fraissinet) et par ceux de l'une quelconque des trois autres compagnies de navigation.

Validité : 90 jours; 120 jours, lorsque les carnets comprennent des parcours sur les lignes desservies par la Compagnie des messageries maritimes. Faculté de prolongation moyennant paiement d'un supplément.

Arrêts facultatifs dans toutes les gares du parcours.

Demander les carnets cinq jours à l'avance à la gare de départ.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXVI, n° 1, 4 janv. 1912.) Maurice Vejux Tyrode : Les relations de l'appendicite chronique à la colite. — H.-W. van Allen : L'examen de l'intestin aux rayons X (3 fig.). — J. Collins Warren, John Bapst Blake, David Cheever : A la mémoire de Thomas Dwight. — Justus G. Hanson : Un cas d'opération césarienne pour placenta prævia. — (N° 2, 11 janv.) H. W. Marshall : Quelques notes sur le traitement opératoire des tumeurs blanches du genou. — Channing C. Simmons : Deux cas d'hémorragie cérébrale intracranienne chez le nouveau-né guéries par l'opération. — Samuel Delano : L'alimentation des enfants « au naturel ». — William N. Bullard : Un cas de poliomyélite antérieure atténuée. — Tom A. Williams : Deux cas de poliomyélite pris par erreur pour de la névrite. — (N° 3, 18 janv.) Henry F. Hewes et Arthur I. Kendal : Le bacillus ærogenes capsulatus comme agent de fermentation intestinale et de diarrhée. — Jones B. Hawes : Le traitement des adénites tuberculeuses avec la description de 56 cas dans la section spéciale du Massachusetts general hospital et en clientèle privée. — Walter M. Boothby : L'anesthésie générale au protoxyde d'azote-oxygène. Description d'un nouvel appareil (1 figure). — C. L. Lowman : Relation de la musculature de la cuisse et de la jambe avec les positions vicieuses du pied (2 figures). — Albert C. Getchell : Les hémorragies de la gorge. — Frederick S. Grossfield : Le status lymphaticus. Infection syphilitique envahissant le plancher du quatrième ventricule.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 3, 18 janv.) Frankenhäuser : Technique et indications des bains contenant de l'acide carbonique et de l'oxygène. — Perlslendsen : Technique de l'appareil plâtré. — Wilms : Sténose du pylore par brides fibreuses. — Plehn : L'atophane dans la goutte. — Braun et Teichmann : Immunisation contre les trypanosomes. — Strassmann : Sur les intoxications survenues dans l'asile municipal de Berlin. — Fuld : La constipation habituelle. — Moeller : Salvarsan. — Reissert : Salvarsan et œil. — Hilgermann : Réaction de Wassermann et saturnisme. — Pinkus : Diagnostic sérologique, évolution et traitement du carcinome. — Blumenthal : Fermeture primitive de la blessure après l'ouverture de l'apophyse mastoïde.

Riforma medica. — (N° 4, 27 janv. 1912.) E. Preti : Un cas de méralgie paresthésique par névrite noueuse. — G. Carere : Recherches expérimentales sur la tuberculose du foie et des voies biliaires. — U. Grimaldi : Une petite modification à la méthode de Bassini pour la cure radicale de la hernie inguinale. Adjonction d'un point de ligature à la soie.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 4, 25 janv. 1912.) Vystavel : L'hémolyse des streptocoques comme propriété variable. — Raubitschek : Pathogénie de l'intoxication par le cyanure de potassium. — Zak : Nouveau mode d'emploi de l'hexaméthylènetétramine fondé sur son élimination. — Sachs : L'emploi de l'urotropine. — Bauer : Sur l'emploi de la réaction de Wassermann. — Ulmann : Le salvarsan en thérapeutique. — Aichbergen : Sur la question de l'infection par contact du crétinisme. — (N° 5, 1er fév.) Freund : Action de la lumière sur la peau. — Lipschütz : Examen microscopique des dermatoses bulleuses. — Scherbak : Recherches sur la sécrétion interne de la mamelle. — Rochelt : Traitement opératoire des affections pulmonaires. — Saidmann : Action des solutions de ferment tryptique sur les tuberculoses locales chirurgicales. — (N° 6, 8 fév.) Hecke : Le cancer des plantes. — Botteri : Recherches expérimentales sur la filtrabilité du germe du trachome. — Arzt : Sur la connaissance d'un cas de sexe douteux. — Graves : Quelques remarques sur l'omoplate scaphoïde et ses manifestations accessoires. — Redwitz : Sur la tuberculose de la muqueuse buccale. — (N° 7, 19 fév.) Sluka : La tuberculose du hile chez l'enfant aux rayons X. — Hamburger : Sur l'albuminurie lordotique. — Herz : Influence du sexe sur l'origine et la forme des affections cardiaques. — Krokiewicz : Sur le cancer. — Wiener : Etudes de quarantaine. — (N° 8, 22 fév.) Karplus : Sur un plombage du crâne après lésion de la base du crâne. — Verson : Sur la gastrectomie totale. — Barrenscheen : Sur la leucémie aiguë. — Barrenscheen : Sur la lymphogranulomatose. — Hutter : Tuberculose laryngée, tuberculine et traitement local. — Cecikas : Maladie de Bamberger aiguë.

LES FRACTURES DU RACHIS CERVICAL CHEZ LES PLONGEURS

Par M. A. DEJOUANY,

Médecin-major de deuxième classe à l'hôpital du Belvédère, à Tunis.

L'intérêt, qui s'attache à l'étude des grands traumatismes rares, m'a engagé à présenter à la Société de chirurgie (1) deux cas de fractures du rachis cervical, observés chez des plongeurs l'année dernière dans mon service, à quelques mois d'intervalle, et dont mon excellent maître M. F. Lejars a bien voulu accepter d'être le rapporteur.

Observation I. — Le soldat C..., du 16e escadron du train des équipages à Tunis, en plongeant vigoureusement le 5 juin 1911 à quatre heures du soir dans un endroit du port qu'il ne connaissait pas, touche de la tête le fond rocailleux à moins d'un mètre de la surface. Syncope de courte durée. Sorti de l'eau, il reprend aussitôt connaissance, parle avec lucidité, mais il ne peut faire aucun mouvement. Pendant son transport à l'hôpital du Belvédère il se plaint de violentes douleurs à la nuque et aux épaules.

Je le vois le 5 juin à sept heures du soir. Au sommet de la tête, à 5 centimètres en arrière du bregma, le blessé porte une vaste plaie du cuir chevelu, large comme la paume de la main, irrégulière et déchiquetée, laissant le périoste cranien à découvert. On ne constate aucun écoulement de sang par le nez, la bouche ou les oreilles.

Transporté à la salle d'opération sur le champ, le blessé est anesthésié au chlorure d'éthyle : je procède à un examen attentif de la voûte cranienne qui est largement ruginée. Cette recherche ne décèle aucune lésion, aucune fissure. Désinfection de la plaie régularisée, fermeture par quelques crins.

Ramené dans son lit, C... est sondé et immobilisé sans plâtre, le plus exactement et le plus prudemment possible; les précautions usuelles sont prises.

Le blessé est un peu somnolent, mais il répond bien et clairement aux questions qu'on lui pose; il ne présente aucune amnésie et se rappelle très bien les détails de son accident. Pas de céphalée, mais douleurs vives spontanées à la nuque.

L'examen de la colonne vertébrale ne révèle qu'une douleur exquise à la pression au niveau des cinquième et sixième cervicales; pas de gibbosité, pas de déformation. Les mouvements du cou sont impossibles, le blessé s'immobilisant dès qu'on le déplace même doucement. Le toucher pharyngien révèle « à bout de doigt » une douleur vive de la colonne antérieure, sans déformation de la ligne des corps vertébraux.

Les membres inférieurs sont inertes; les muscles de l'abdomen, les intercostaux sont paralysés. Aux membres supérieurs, les mouvements des épaules, des bras, du coude, sont à peu près normaux (deltoïde, biceps, brachial antérieur); il en est de même de ceux du cou et de la tête; les muscles fléchisseurs des doigts, les extenseurs, les muscles intrinsèques de la main sont paralysés; les supinateurs sont épargnés. Le membre supérieur est en abduction et légère rotation externe. Le diaphragme fonctionne.

L'anesthésie aux trois modes est complète aux membres inférieurs, à l'abdomen et remonte jusqu'au niveau des mamelons. Aux membres supérieurs, l'anesthésie est complète aux mains, incomplète aux bras et aux avant-bras dont elle n'intéresse que la moitié interne (brachial cutané interne). La sensibilité persiste complète ou atténuée dans la zone externe du bras et de l'avant-bras (musculo-cutané), au cou, aux épaules, à la tête.

Les réflexes tendineux sont complètement abolis au-dessous de la lésion; pas de clonus du pied, pas de Babinski, pas de contractures. Le réflexe crémastérien un peu diminué mais persistant.

Paralysie complète de la vessie et du rectum : ni fèces ni urines. Pas de vomissements.

La verge est en demi-érection constante sans éjaculation. Pas d'amblyopie, pas de diminution de la fente palpébrale, léger myosis et nystagmus horizontal; pas d'ecchymose sous-conjonctivale.

La respiration est lente et pénible, diaphragmatique.

Le pouls est bon, plein et régulier à 92.

La température du 6 juin fut de 39°6 le matin, de 40°7 le soir. Une ponction lombaire pratiquée le matin évacue 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien sous pression, fortement sanglant. (Polynucléaires 80 p. 100, mononucléaires 20 p. 100.)

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie de Paris.* Rapport Lejars. Discussion : 19 décembre, 26 décembre 1911, 2 janvier 1912.

Je porte le diagnostic de fracture probable des cinquième et sixième cervicales avec rupture complète de la moelle brachiale.

7 juin. — La nuit a été mauvaise, sans sommeil, subdélire. Température, 38 degrés; pouls 95, moins plein et un peu irrégulier. La somnolence s'est accentuée mais le blessé a toute sa connaissance et il répond clairement aux questions. Les épaules et les bras remuent lentement et se soulèvent sans trop de difficultés au-dessus de l'horizontale. L'anesthésie s'étend et s'accentue.

Les réflexes restent entièrement abolis.

Une nouvelle ponction lombaire ramène 15 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien sanguinolent, moins rouge que celui de la veille.

Le soir, température, 39°3; pouls, 100; respiration, 30.

8 juin. — Délire la nuit, persistant le matin par courts intervalles. La parole est lente, bien que l'intelligence paraisse lucide. L'état ne s'est guère modifié; il s'est cependant un peu aggravé quant à l'étendue des phénomènes d'anesthésie et de paralysie. *Les réflexes tendineux sont toujours abolis; le réflexe crémastérien reste conservé.* Température, 39 degrés; pouls, 100; respiration, 40.

La respiration est rapide et pénible; facies asphyxique. L'état s'aggrave d'heure en heure. A neuf heures du matin, syncope. Puis le blessé revient à lui, cause raisonnablement; mais ces phénomènes asphyxiques s'accentuent rapidement et C... meurt à onze heures du matin, soixante-six heures après l'accident.

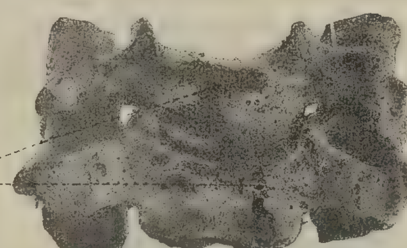


Fig. 1. — Observation I. *Face antérieure*: — A, écrasement des corps vertébraux.

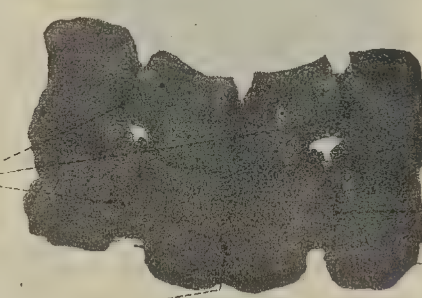


Fig. 2. — Observation I. *Face postérieure.* — A, les trois traits de fracture des lames postérieures; B, trait de fracture artificiel pour dégager le canal rachidien; C, trait de fracture vertical des deux corps vertébraux.

Autopsie. — Elle est pratiquée le 8 juin à trois heures de l'après-midi. Raideur accentuée de tous les muscles; les régions anesthésiées se sont refroidies plus vite que celles qui avaient conservé leur sensibilité.

a. *Crâne.* — Aucune lésion ni de la voûte osseuse, ni des méninges, ni du cerveau, ni du cervelet, ni du bulbe.

b. *Colonne vertébrale.* — Dissection des muscles postérieurs du cou qui présentent, çà et là, des ecchymoses peu étendues, mise à nu de toute la ligne des apophyses épineuses du rachis cervical et des gouttières vertébrales. L'ensemble paraît régulier, sans déformations, sans luxation ou subluxation des vertèbres traumatisées. On relève aussitôt trois traits de fracture verticaux sur les lames postérieures des cinquième et sixième cervicales; le premier trait siège à l'union de la lame postérieure gauche de la cinquième cervicale avec l'apophyse articulaire, le second trait est symétriquement placé sur la lame droite de la même vertèbre, le troisième trait intéresse au même niveau la lame gauche de la sixième cervicale.

Apophyses épineuses normales non déviées.

Ouverture du canal rachidien de la quatrième à la septième cervicales. Pas d'hématome extradure-mérien. Le *fourreau dure-mérien est intact sans compression, sans coudure*, il est ouvert et laisse écouler du liquide céphalo-rachidien sanglant. La moelle est réduite en une bouillie sanglante sur toute la hauteur des cinquième et sixième cervicales; la coupe redevient macroscopiquement normale au niveau des quatrième et septième cervicales.

Muscles antérieurs du cou, infiltrés de sang surtout en avant du grand ligament commun antérieur qui est déchiré.

Apophyses transverses saines, mais les corps vertébraux témoignent de lésions profondes. Sur leur face extérieure il y a des traces manifestes d'écrasement, surtout sur la cinquième cervicale, la lame du tissu compact est éclatée sur plusieurs points, montrant le tissu spongieux désorganisé et infiltré de sang. La face postérieure médullaire porte une *fracture verticale profonde de 4 à 5 millimètres, exactement médiane*, qui occupe le corps des cinquième et sixième cervicales et s'arrête nettement au niveau des disques extrêmes qui limitent ces deux vertèbres; la fente s'exagère notablement lorsqu'on essaie d'écarter les deux moitiés des corps vertébraux.

Obs. II (due à l'obligeance de M. le médecin-major Loubet qui a donné ses soins au blessé). — Le cavalier F..., du 4e chasseurs d'Afrique à Tunis, fait le 15 septembre 1911, vers huit heures du soir, une chute sur la tête en plongeant dans la mer d'un lieu assez élevé en un point où la profondeur de l'eau n'était que de 0m60 environ.

Pas de perte de connaissance, mais F... ressent aussitôt une vive douleur à la nuque et se trouve dans l'impossibilité de se relever. Il entre à l'hôpital du Belvédère, le 16 septembre, à huit heures du matin.

A son entrée, le blessé ne présente aucune lésion superficielle ou profonde de la voûte cranienne, mais il souffre beaucoup de la région de la nuque, dont la palpation est très douloureuse au niveau de la cinquième cervicale. Il existe là un enfoncement sensible du rachis; l'apophyse épineuse de la cinquième cervicale est mobile latéralement et paraît abaissée : un espace vide plus considérable que normalement sépare les apophyses épineuses des quatrième et cinquième cervicales. Le toucher pharyngien révèle un gonflement anormal et douloureux de la partie médiane de la colonne cervicale à deux travers de doigt de la tubérosité antérieure de l'atlas sans déplacement précis d'un corps vertébral.



Fig. 3. — Observation II. *Face antérieure.* — A, écrasement du corps vertébral.

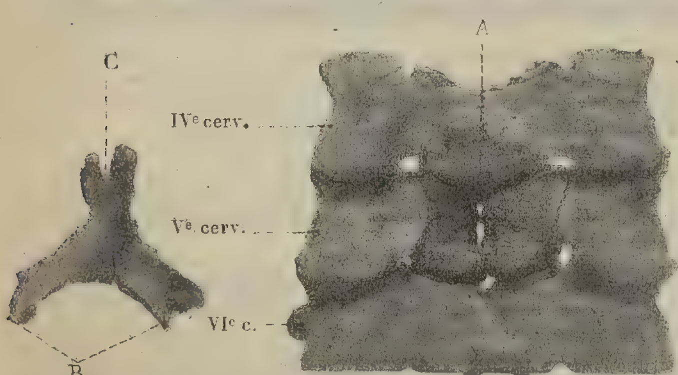


Fig. 4 et 5. — Observation II. *Face postérieure.* — A, trait de fracture vertical du corps vertébral; B, traits de fracture des lames postérieures; C, apophyse épineuse de la Ve cervicale.

L'intelligence est conservée complète ainsi que la mémoire. La lucidité d'esprit est parfaite avec une tendance à l'excitation. Paralysie complète des membres inférieurs, des muscles abdominaux, des pectoraux, des intercostaux. La motilité est conservée aux épaules, aux bras, au cou, à la tête. Les muscles fléchisseurs des doigts et intrinsèques de la main, sans être complètement paralysés, sont fortement parésiés, accusant une diminution notable de la force musculaire. Le diaphragme fonctionne.

L'anesthésie est complète aux membres inférieurs, et à l'abdomen jusqu'à l'ombilic : hypoesthésie entre l'ombilic et les mamelons. La sensibilité est diminuée à la main, aux bras, aux avant-bras surtout dans la moitié interne; elle est conservée aux épaules, au cou, à la face.

Paralysie complète de la vessie et du rectum : ni fèces, ni urines.

Pas de vomissements.

Verge en demi-érection sans éjaculation.

Abolition complète des réflexes des membres inférieurs y compris le réflexe crémastérien.

Les pupilles ne réagissent plus à la lumière et présentent un myosis très accentué sans nystagmus.

Les mouvements respiratoires sont légèrement précipités, mais se font néanmoins sans gêne.

Le malade accuse des fourmillements et des crampes dans les muscles des épaules et des bras.

Une ponction rachidienne donne issue à 20 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien sanglant et sous pression.

Température, 38°4; pouls, 96; respiration, 25.

Le diagnostic de fracture de la colonne cervicale, probablement de la cinquième cervicale avec lésion profonde de la moelle brachiale, est porté.

Le blessé, dûment sondé, est immobilisé prudemment dans une minerve plâtrée.

Cinq heures du soir. — La gêne respiratoire augmente avec excitation cérébrale croissante : lucidité d'esprit cependant complète.

Température, 39 degrés; pouls, 100; respiration, 30.

Onze heures du soir. — Le malade perd connaissance et expire à deux heures du matin par arrêt des fonctions respiratoires, avec une température de 40 degrés, trente heures après l'accident.

Autopsie. — L'autopsie est pratiquée dans la matinée du 17 septembre. Après dissection des muscles de la nuque, on met à nu la colonne cervicale et on constate les lésions profondes de la cinquième cervicale. L'apophyse épineuse est mobile et abaissée par suite du ligament interépineux, sans compression de la moelle; elle est séparée des masses latérales par trois traits de fracture verticaux, un sur la lame postérieure gauche, deux sur la lame droite.

L'ouverture du canal rachidien ne décèle aucun hématome extra-dural; le *fourreau dure-mérien est intact*, mais à son intérieur, au niveau de la cinquième cervicale, la moelle est réduite à une bouillie sanglante avec une infiltration peu étendue de la zone sus et sous-traumatisée. Liquide céphalo-rachidien sanguinolent. La moelle enlevée, le corps de la vertèbre apparaît avec une *fracture verticale postérieure sur la face médullaire*, fracture limitée par les deux disques intervertébraux voisins et intéressant presque toute l'épaisseur du corps; la face antérieure du corps présente un écrasement notable avec écaillement de la lame compacte, mettant à nu sur plusieurs points le tissu spongieux sous-jacent, désorganisé et gorgé de sang.

Ces deux observations confirmées par l'autopsie, nous ont paru assez complètes pour justifier quelques considérations sur plusieurs points de l'histoire de ces traumatismes.

Etiologie. — Les fractures du rachis, en général, sont déjà peu fréquentes [0.33 p. 100 fractures totales (1)] : celles du rachis cervical sont proportionnellement plus rares encore, puisque les tableaux de Chipault (2) ne comprennent que 22 cas de fractures de vertèbres cervicales sur 168 cas de fractures de la colonne vertébrale. Aussi la littérature médicale ne contient-elle que de rares observations de fractures du rachis cervical chez les plongeurs.

Réveillon (3) paraît avoir rapporté le premier en date. Un jeune soldat, ayant plongé d'une hauteur de sept ou huit pieds dans une eau de trois pieds de profondeur seulement, en fut retiré sans connaissance et paralysé de tous les membres; il mourut dans la nuit : à l'autopsie, fracture transversale de la cinquième cervicale et des deux lames postérieures. South (4), cité par Hamilton, rapporte également chez un plongeur un cas de fracture des quatrième et cinquième cervicales : mort. Wilson (5) raconte qu'un

(1) Brüns. Fractures, in *Dict. de chir.* de Billroth et Luecke, 1886.

(2) Chipault. *Etude de chirurgie médullaire*, 1893.

(3) Réveillon. *Journ. de méd.*, t. XCVIII, p. 418, et in Malgaigne, t. I, p. 417.

(4) South. In Hamilton. *Traité des fractures et des luxations*, p. 169.

(5) Wilson. *The Lancet*, 1880, p. 362.

jeune homme de seize ans ayant plongé dans une eau peu profonde de trois à quatre pieds présenta une anesthésie et une paralysie complète des membres inférieurs, de l'abdomen, et du thorax jusqu'aux mamelons : il y avait de la paralysie complète des membres supérieurs, de la rétention d'urine et du priapisme. La respiration diaphragmatique était conservée. Il y eut une survie de cinq mois : l'autopsie montra une moelle détruite au niveau de la cinquième cervicale avec une fracture verticale du corps de la vertèbre. Scheede (1), cité par Lannelongue et Coudray, avait également observé chez un plongeur une fracture du corps de la quatrième cervicale : mort.

Dans leur récent mémoire, si original, MM. J. et A. Bœckel (2) ont rapporté trois observations de fractures du rachis cervical chez des plongeurs, *mais sans symptômes médullaires graves.*

Obs. VI du Mémoire (Sonnenburg). — H. M..., en plongeant dans un lac, éprouve une perte de connaissance momentanée et des douleurs vives à la nuque. A son entrée à l'hôpital, il reprend connaissance, mais la sixième cervicale qui est fort douloureuse immobilise le cou du blessé ; on y perçoit une crépitation fine au niveau de l'apophyse épineuse dans les mouvements de latéralité. Motilité normale, réflexes rotuliens légèrement exagérés, miction et défécation normales. Sensibilité tactile diminuée dans le bras gauche et dans la moitié gauche du corps, à partir du menton jusqu'au pli inguinal. Entre l'épine de l'omoplate, la grosse tubérosité de l'humérus et la clavicule, existe une zone d'hyperesthésie très marquée. Suspension. Guérison rapide.

Obs. XLVI du Mémoire (Ringrose, *The Lancet*, 1904). — X..., garçon de quatorze ans, en plongeant dans une piscine pense (?) s'être cogné contre un autre baigneur ; il éprouve une légère perte de connaissance avec des douleurs vives dans la nuque, il ne présente ni vomissements, ni paralysie, sensitive ou motrice. Le premier diagnostic porté de contusion légère de la moelle fut reconnu par la suite inexact grâce à la radiographie ; il s'agissait en réalité d'une fracture des corps des cinquième et sixième cervicales. Guérison.

Obs. XLVIII du Mémoire (Sonnenburg, sixième cas). — X..., plongeant dans un bassin de natation qu'il croyait plus profond, ne perd pas connaissance, mais éprouve des douleurs de la nuque très vives. Bras et jambes insensibles. On porte le diagnostic de fracture de la cinquième cervicale. Le blessé traité d'abord par l'extension continue est immobilisé ensuite par un collier plâtré. Au bout de six mois guérison avec déviation de la cinquième cervicale en avant (toucher pharyngien).

Telles sont les sept observations de fractures vertébrales chez les plongeurs que nous avons pu relever au cours des recherches, peut-être incomplètes, auxquelles nous nous sommes livré ; dans tous les cas c'était le rachis carvical qui était intéressé et toujours de la quatrième à la septième vertèbre (3).

Anatomie pathologique et mécanisme. — Dans nos deux observations le traumatisme s'est traduit par des lésions anatomiques portant à la fois sur le corps et sur les lames postérieures des vertèbres : dans le premier cas sur les cinquième et sixième cervicales, dans le second sur la cinquième. Les traits de fracture étaient verticaux : sur le corps, le trait de fracture siégeait à la face médullaire, l'intéressant seulement sur une profondeur de 4 à 5 millimètres (obs. I), ou la séparant dans toute son épaisseur (obs. II) en deux fragments latéraux égaux et symétriques. Au niveau des lames, les traits de fracture siégeaient à la partie la plus mince et la moins résistante de l'arc postérieur au niveau de leur union avec les apophyses articulaires.

La direction des traits de fracture est à retenir, car dans les traumatismes de ce genre, il est classique d'admettre que le trait de fracture est non pas vertical (sauf dans le cas de Wilson), mais oblique en bas et en avant d'inclinaison variable séparant deux fragments principaux en coin, le supérieur chevauchant plus ou moins sur l'inférieur. Or nous n'avons rien vu de semblable ; le déplacement des différentes parties fracturées était minime, nul dans un cas, réduit à une déviation de l'apophyse épineuse dans le second.

Aucune compression n'était exercée par les fragments sur le fourreau dure-mérien, absolument intact, rectiligne, non coudé, bien qu'il contînt dans les deux observations une moelle complètement désorganisée, réduite en bouillie. Il ne nous semble pas inutile d'insister sur ce point que la continuité de la méninge dure était parfaite et que le fourreau dure-mérien était absolument à l'aise dans le canal rachidien.

Nous ajouterons que, chez notre premier blessé, ces lésions vertébrales s'accompagnaient d'une vaste plaie du cuir chevelu sans lésions osseuses de la voûte ou de la base du crâne.

Telles sont les lésions, comment les expliquer ? Il semble qu'il faille éliminer de suite l'hypothèse d'une fracture directe : elle ne s'accommoderait guère des conditions de l'accident. Nous savons depuis Malgaigne (1), contrairement à l'opinion de Boyer, que les fractures vertébrales, en général, sont le plus souvent de cause indirecte. Au surplus, la localisation d'une plaie profonde au vertex de notre premier blessé témoignait assez que c'était en ce point qu'avait porté le traumatisme.

Le plongeur, qui rencontre très près de la surface de l'eau un fond résistant contre lequel il vient buter, n'est pas absolument assimilable à l'accidenté qui se fracture le rachis cervical en recevant un lourd fardeau sur la nuque ou même en faisant une chute sur la tête. Il y a, à l'origine du plongeon, un gros effort musculaire qui donne au corps lancé une vitesse initiale appréciable, vitesse initiale dont est fonction la force vive qui va animer le corps-projectile du plongeur. Cette force vive, que la mécanique représente par le produit $\frac{mv^2}{2}$ dans lequel v varie avec la vitesse initiale v_0, mesurera l'intensité du choc. Or, cette force vive est considérable ; elle produira donc des dégâts importants. D'autre part, la position particulière du plongeur, bras en avant, tête fléchie, entraîne l'immobilisation du corps par la contraction voulue des muscles des membres, du tronc et de la nuque. Cette immobilisation contribuera à assurer à la colonne vertébrale et au crâne une rigidité qui explique pourquoi un traumatisme considérable

(1) Scheede. Art. vertèbres, in *Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat.*

(2) J. et A. Bœckel. Fractures du rachis cervical sans symptômes médullaires, *Revue de chir.*, 1911.

(3) Lohfeldt a publié tout récemment un cas rare de fracture du corps de la quatrième vertèbre cervicale ; son observation constitue un exemple très net de ce qu'on pourrait appeler, avec M. B. Cunéo, *la variété bénigne* de la fracture des plongeurs. C'est l'histoire d'un malade qui, à la suite d'un plongeon, présenta de l'immobilité de la tête, de violentes douleurs dans la nuque, de la paralysie des membres supérieurs, de l'anesthésie incomplète du membre inférieur droit, *de l'exagération des réflexes* sans Babinski ni troubles sphinctériens. Au bout de trois semaines il ne persistait plus que quelques troubles fonctionnels peu graves. La radiographie montra un léger écrasement antérieur du corps de la vertèbre et un arrachement d'un fragment triangulaire de la partie postéro-supérieure de ce corps vertébral (Lohfeldt. *Fortschritte aus dem Gebiete der Röntgenstrahlen*, t. XVIII, 14 déc. 1911).

(1) Malgaigne. *Traité des fractures*, 1847, p. 418.

pourra s'exercer sur la voûte sans déterminer dans le squelette cranien la moindre lésion (obs. I). La résistance s'est transmise intégralement à travers lui à la colonne vertébrale sans l'atteindre. C'est donc au niveau de la colonne vertébrale que vont se heurter deux forces contraires, l'une représentée par la force vive du corps en mouvement, l'autre par la résistance de l'obstacle infranchissable. Le point où ce heurt se produira sera le point faible de la tige rigide. Quel est ce point? De ses expériences sur la précipitation des cadavres tête fléchie, Ménard (1) avait conclu que la fracture se produit toujours à la colonne dorsale. Dans toutes les observations que nous avons rapportées chez les plongeurs c'est toujours le rachis cervical qui fut intéressé et toujours entre la quatrième et la septième vertèbres cervicales. On ne saurait en effet assimiler les conditions dans lesquelles l'accident se produit chez le plongeur à celles d'une expérience sur un cadavre inerte et cela pour les raisons dynamiques exposées plus haut. Les faits nous apprennent que cette localisation des lésions se fait le plus souvent au niveau des cinquième et sixième cervicales : et l'on n'en sera pas trop surpris si l'on veut bien se rappeler que ce sont là les vertèbres les plus mobiles de la colonne vertébrale et qu'elles forment la convexité de la courbure cervicale. C'est là en effet en ce coin, que la position fléchie de la tête rend plus vulnérable encore, que viendront s'appliquer des forces destructives contraires, c'est là que les os céderont.

Il est moins aisé de savoir à quel mécanisme précis sont dus les traits de fracture relevés si semblables dans nos observations, si différents cependant de ceux qu'on relève généralement dans les accidents analogues. Si l'on s'en tenait aux expériences classiques de Bonnet, de Chedevergne, de Daniel Mollière, de Feré et de Ménard, c'est au double mécanisme d'arrachement et d'écrasement plus ou moins associés qu'on devrait rapporter la cause des lésions anatomiques. Ici, l'écrasement est indéniable ; la fracture verticale du corps, les fractures verticales des lames, l'attrition du tissu spongieux, portent bien la marque de ce mécanisme.

Le rôle de l'arrachement est moins sûr surtout chez notre premier blessé où les parties fracturées étaient restées en contact, et les ligaments étaient peu touchés. Nous penserions volontiers plutôt à *un éclatement du canal vertébral succédant à un écrasement plus ou moins étendu des corps vertébraux.* A notre sens, les choses se passeraient ainsi : sous la poussée énorme du traumatisme, le corps vertébral commencerait à se fracturer verticalement sur sa face médullaire ; puis cette fissure verticale tendrait à s'ouvrir davantage et même à séparer, le traumatisme continuant, le corps en deux parties verticales (obs. II), entraînant la désorganisation du tissu spongieux et de la lame compacte qui l'entoure. Les lésions peuvent en rester là, et des observations prouvent que la forme clinique existe. Mais si l'on suppose que la force traumatisante continue son action, le canal rachidien subira un diastasis énorme, un élargissement considérable de son diamètre transversal, et l'arc postérieur se rompra à son tour en ses points faibles, c'est-à-dire à l'union des lames avec les apophyses transverses soit des deux côtés, soit d'un seul côté. Avec ce mécanisme on comprendrait aisément pourquoi ce sont des traits verticaux que nous relevons à la fois sur les corps et sur les lames, ce qui devient difficile à saisir avec l'hypothèse d'un arrachement de ces lames par les ligaments jaunes ou interépineux. On comprendrait également que, sous l'influence de cette dislocation transversale, le segment de la moelle correspondant soit tassé, écrasé à son tour, sans qu'il soit nécessaire d'admettre pour l'expliquer une compression osseuse ou sanguine que les faits ne nous ont pas montrée. Ecrasement du corps, éclatement transversal du canal rachidien, tels nous paraissent être en dernière analyse les deux modes capables d'expliquer ce profond traumatisme.

(1) Ménard. *Etude sur le mécanisme des fractures indirectes de la colonne vertébrale*, Th. de Paris, 1889.

Symptômes et diagnostic. — Le tableau clinique fut à peu près le même chez nos deux blessés, la moelle ayant été détruite au même niveau. Les différences observées dans les symptômes tiennent à l'extension plus ou moins marquée des lésions aux zones médullaires, voisines de la zone rompue et qu'il est le plus souvent impossible de déterminer macroscopiquement. C'est donc bien une description presque classique dans son ensemble que nous allons esquisser.

Une douleur très vive spontanée immobilise la nuque : elle s'exagère à la pression dans la région traumatisée et ne disparaît pas entièrement sous l'appareil plâtré. Aucune déformation extérieure dans le premier cas, une légère déviation de l'apophyse épineuse dans le second avec mobilité anormale sans crépitation. Le toucher pharyngien révèle « à bout de doigt » une douleur vive au niveau de la cinquième cervicale : il semblerait donc établi que, malgré l'opinion de Tillaux, le doigt puisse atteindre cette vertèbre par le pharynx ainsi que le pensent MM. Chaput et Sonnenburg.

Le tableau clinique était à peu près superposable à celui que Chipault (1) a décrit sous le nom de *type brachial supérieur* : anesthésie complète du corps épargnant seulement la tête, le cou, la partie supérieure des épaules et une bande externe du bras et de l'avant-bras jusqu'à la pointe du radius. Paralysie complète flasque générale épargnant le diaphragme, les muscles du cou, les sus et sous-épineux, le biceps, le brachial antérieur, le deltoïde, les supinateurs (ceux-ci dans un cas au moins).

A part la paralysie du rectum et de la vessie, il n'y eut à aucun moment des troubles digestifs : ni vomissements, ni hématémèses.

Le pouls bien qu'irrégulier ne présenta pas de rythmes extrêmes comme quelques auteurs en ont rapporté des exemples.

La température a été au-dessus de la normale et s'est élevée progressivement depuis l'accident jusqu'à la mort, sans dépasser 40 degrés (2).

La respiration diaphragmatique était lente et pénible.

Les réflexes étaient et sont restés abolis, sauf le réflexe crémastérien conservé dans un cas (obs. I). C'est là un fait que M. Sieur (3) avait déjà noté chez un blessé atteint de luxation de la quatrième cervicale sur la cinquième cervicale, et que M. Quénu (4) a retrouvé chez un jockey qui s'était fracturé le rachis.

(1) Chipault. Variétés de niveau des paralysies par fractures du rachis, *VIIIe Congrès de chir.*, 1895.
(2) Fourneret. Th. de Paris, 1876; — Boppe. Rapport Chauvel, *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, fév. 1895.
(3) Sieur. *VIIe Congrès franç. de chir.*, 1894.
(4) E. Quénu. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, déc. 1901.

La verge est restée d'une façon continue en semi-érection, ou plutôt dans un état de turgescence passive sans éjaculation. Les troubles oculo-pupillaires furent notés dans les deux observations; ils étaient plus marqués chez notre second blessé où le myosis était fort accentué que chez notre premier malade où il était à peine esquissé mais où il s'accompagna de nystagmus.

La peau n'a présenté aucun trouble de nutrition.

A part la syncope du début (obs. I), de courte durée, l'intelligence est restée remarquablement claire et précise jusqu'à la fin chez nos deux blessés.

La mort, qui dans les traumatismes du rachis cervical arrive du troisième au septième jour (Cooper), est survenue par asphyxie en soixante-six heures dans un cas et en trente heures dans l'autre.

Le diagnostic porté au lit des malades, justifié par l'ensemble impressionnant des signes cliniques, fut celui de rupture complète de la moelle brachiale au niveau de la cinquième cervicale (obs. II), des cinquième et sixième cervicales (obs. I) intéressant l'origine des sixième et septième paires rachidiennes et vraisemblablement aussi partiellement celle des cinquième et huitième racines.

Nous ne nous attarderons pas à discuter le diagnostic de destruction de la moelle ou celui de commotion, contusion ou compression médullaire, il paraît bien difficile cliniquement. Ce qu'il importe au chirurgien de savoir c'est, si oui ou non, il y a rupture complète ou partielle de la moelle, car sa règle thérapeutique doit en découler.

Le diagnostic de rupture complète de la moelle n'est pas facile à affirmer malgré les apparences. Ainsi que le montrait Sencert (1) dans son rapport de 1909, il n'existe pas de signe pathognomonique de rupture complète de la moelle; il y a des signes de présomption, bien voisins de signes de certitude, mais c'est tout. Il semble cependant que le tableau clinique qu'ont présenté nos blessés puisse bien être considéré comme un schéma assez complet du type de rupture complète. La disparition des réflexes fut complète et persistante, et l'on sait qu'on a voulu attacher à ce signe une valeur diagnostique de premier ordre. La doctrine de Bastian qui proclame que la « continuité entre l'encéphale et la moelle est nécessaire à la production des réflexes » est loin cependant d'être admise de tous. En exposant ses brillantes recherches expérimentales et cliniques, M. P. Delbet (2) montra en 1901 que la suppression totale des réflexes ne prouvait rien en faveur d'une section complète de la moelle : ce sont là les conclusions auxquelles se rallie M. Sencert dans l'intéressant historique qu'il fait de cette question.

Cette difficulté de diagnostic aurait engagé MM. Bouin, Lambert et Sencert (3) à rechercher un signe pathognomonique de rupture complète de la moelle. Ils furent conduits par leurs expériences sur les animaux et par quelques expériences cliniques à admettre « que la lésion destructive totale de la moelle abolit l'excitabilité et la conductibilité des nerfs séparés de leurs cellules d'origine et se traduit à l'exploration électrique par l'apparition rapide de la réaction de dégénérescence ». Il y a évidemment là une ingénieuse application de l'électro-diagnostic : c'est à l'expérience clinique de prouver jusqu'à quel point la méthode peut revêtir un caractère de certitude.

(1) Sencert. Rapport au *XXIIe Congrès de chir.*, 1909.
(2) Delbet. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, déc. 1901 (discussion).
(3) Sencert. Loc. cit.

Pronostic. — Les fractures du rachis cervical ont toujours passé pour très graves et les statistiques ne parlent pas moins de 95 p. 100 de mortalité. C'est que nous sommes habitués à considérer la plupart d'entre elles comme toujours accompagnées d'accidents plus ou moins mortels. La mort n'est cependant pas toujours rapide (cas de Wilson, survie : cinq mois); la guérison même peut survenir à la longue (1).

MM. J. et A. Bœckel (2) nous ont appris à connaître toute une série de fractures du rachis cervical qui ne s'accompagnent que d'accidents médullaires légers ou nuls. Beaucoup de ces fractures ont passé et peuvent encore passer inaperçues; elles méritent de fixer l'attention, car leur relative bénignité améliore singulièrement le désastreux pronostic. Des 36 observations rapportées dans leur mémoire, 19 dataient de la période préradiographique accusant 42,4 p. 100 de mortalité, 17 postérieures à l'utilisation des rayons de Röntgen n'ont présenté aucun décès; les trois cas de fractures cervicales qu'ils rapportent chez les plongeurs furent suivis de guérison. On ne saurait trop songer à ces fractures « blanches » du rachis cervical dans la solution des problèmes médico-légaux qui se poseront de plus en plus souvent, dans l'avenir, au médecin civil comme au médecin militaire. La radiographie est en état aujourd'hui de donner à leurs conclusions une note scientifique juste et prudente.

Traitement. — Qu'avons-nous fait à nos blessés? Nous avons d'abord paré au plus urgent, par une médication toute symptomatique qui s'adressait à l'état des reins et du cœur, à la rétention des fèces et des urines. Puis nous les avons immobilisés le plus prudemment et le plus exactement possible, le premier avec des coussins et des oreillers qui ont paru suffisants, le second dans une minerve plâtrée. Nous n'avons pas eu à réduire : il n'y avait aucun déplacement dans un cas, dans l'autre il était insignifiant et ne semblait provoquer aucune compression.

Mais ayant ainsi fait, nous nous sommes demandé si c'était suffisant et si nous ne devions pas aller au delà. Fallait-il intervenir?

La lecture des documents des Congrès (3), celle des travaux des plus hardis des chirurgiens français et étrangers laissent l'impression que la doctrine est d'une extrême mobilité : derrière les faits, les résultats de pratiques particulières, on ne perçoit pas une conception générale, une ligne de conduite nettement tracée. Au surplus, peut-il en exister une dans la solution d'un problème où tant de données nous échappent, où tant d'autres demandent à être pesées, mûries et discutées avec sagesse? Ce n'est pas qu'une intervention, déjà conseillée par Paul d'Egine, et que Louis et Cline le Jeune ont pratiquée, soit pour effrayer la chirurgie d'aujourd'hui. La laminectomie moderne voit chaque jour se perfectionner sa technique et s'étendre ses indications (4). Mais les résultats

(1) Lejars. Curabilité des traumatismes rachidiens, *Gaz. des hôpit.*, 1894.
(2) J. et A. Bœckel. Loc. cit.
(3) Kirmisson. Rapport au *VIIe Congrès de chir.*, 1894. — L. Bérard et de Quervain. Rapport au *Congrès de Bruxelles*, 1908. — Sencert. Loc. cit.
(4) Chipault. *Etat actuel de la chirurgie nerveuse*, 1902; — *Chirurgie nerveuse d'urgence*, 1904. — Auvray. Rapport au *XXIIe Congrès de chir.*, 1909.

ont été si décevants entre les mains des plus habiles qu'ils n'ont guère encouragé des audaces nouvelles. La gravité du pronostic, le plus souvent fatal, justifie-t-elle une intervention si hardiment précoce? Qui oserait tenter une opération qu'il saurait inutile?

C'est encore dans l'examen clinique approfondi du blessé que le chirurgien cherchera la règle de conduite la meilleure, la plus conforme à l'intérêt du malade, et à ses propres responsabilités. Il passera successivement en revue l'importance des lésions locales, la gravité des troubles fonctionnels, l'ancienneté de la lésion, il étudiera les conditions de l'accident; il pèsera la valeur de chaque symptôme, de chaque signe pouvant l'éclairer sur le point essentiel de ses recherches : l'intégrité plus ou moins complète de la moelle.

M. Marion (1) a bien résumé les indications de l'intervention sanglante quand il écrit « qu'elle ne doit jamais être entreprise immédiatement après l'accident. Dans les jours qui suivent, elle sera indiquée quand, la moelle n'étant pas entièrement sectionnée : 1° les troubles nerveux ne présenteront aucune amélioration surtout si la fracture siège dans les régions dorso-lombaire ou lombaire; 2° les troubles nerveux présenteront une tendance à l'extension; 3° après une période d'amélioration il y aura arrêt dans la régression des troubles nerveux... A une époque éloignée la laminectomie doit être également conseillée s'il y a reprise des accidents. En dehors de ces conditions, les fractures du rachis doivent être traitées par l'immobilisation. On mettra le malade dans les meilleures conditions pour lui éviter les complications auxquelles il pourrait succomber ».

C'est en nous inspirant de ces sages conseils que nous prîmes la décision de ne pas intervenir : l'ensemble des signes cliniques était tel chez nos deux blessés que l'hypothèse de rupture complète de la moelle apparaissait comme la plus probable. L'opération devenait plus qu'aléatoire, inutile certainement, dangereuse peut-être.

Les résultats de l'autopsie devaient justifier notre prudente réserve.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 MARS 1912)

Sur le mécanisme de l'anaphylaxie. — MM. J.-E. ABELOUS et E. BARDIER.

« Spirilla canis ». Spirille de l'estomac du chien. — MM. O. DUBOSCQ et Ch. LEBAILLY.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 AVRIL 1912)

Les sérums (2). — M. NETTER fait un rapport au nom de la commission des sérums. En terminant ce rapport, M. Netter propose à l'Académie d'émettre le vœu qu'à la loi du 25 avril 1895 soit ajoutée la motion suivante : « Ne tombent pas sous le coup de la loi les médecins qui, à titre d'expériences et sous leur responsabilité, font usage des sérums thérapeutiques; mais ils doivent se munir d'une autorisation lorsqu'ils voudront faire entrer ces produits dans la pratique courante. »

Ce vœu sera mis en discussion dans une prochaine séance.

De l'iridectomie préparatoire dans l'opération de la cataracte. — M. DE LAPERSONNE fait, sur ce sujet, une communication qu'il termine ainsi : en résumé, sans devoir être employée d'une façon systématique l'iridectomie préparatoire, dans l'opération de la cataracte, est une méthode très utile qui trouve des applications fréquentes et donne plus de sécurité lorsque les conditions locales de l'œil ou l'état général du sujet et surtout son état nerveux peuvent faire craindre des complications.

De la part de l'hérédo-contagion et de l'allaitement dans la tuberculose des veaux. — M. BENJAMIN analyse un travail de M. Chaussé, vétérinaire à Versailles, sur ce sujet, travail qui peut conduire à des indications utiles au point de vue de la pathologie humaine. M. Chaussé fait ressortir l'importance des constatations faites sur le veau relativement à la fréquence de la tuberculose congénitale et à l'infection du lait de vache.

Le 606. — M. BODIN (de Rennes) fait connaître les résultats de son expérience sur l'emploi du salvarsan dans le traitement de la syphilis. Il a traité 155 syphilitiques par les injections intraveineuses de salvarsan. Les résultats qu'il a obtenus l'ont conduit à admettre une action abortive incontestable, pourvu que le traitement soit mis en œuvre d'une façon précoce et suffisamment énergique. Une seule cure ne suffit pas, si l'on veut rester dans les doses non dangereuses. M. Bodin a obtenu des résultats peu encourageants dans la parasyphilis, dans le tabes par exemple. En revanche, lorsque ce traitement a été employé dans la période du chancre, il a constaté une absence complète d'accidents ultérieurs. Mais il faut, pour cela, que le malade ait reçu ces injections avant l'apparition des accidents secondaires. A ce point de vue le salvarsan se serait montré supérieur au mercure. De tels faits se passent de commentaires. La réaction de Wassermann, d'abord positive, devient plus rapidement négative après le 606 qu'après le mercure.

Pour M. Bodin, les accidents qui ont été constatés doivent être attribués, non pas au médicament lui-même, mais à la façon défectueuse dont il a été employé.

En effet, dit-il, le salvarsan n'est pas dangereux quand il est employé correctement et opportunément. Il faut pour cela faire subir au malade un examen général attentif et bien s'assurer de l'intégrité du rein et du cœur. Les accidents mortels, qui ont été observés, ont été dus à l'emploi de doses trop fortes d'emblée injectées en une seule fois. Suivant l'âge et le poids du malade, M. Bodin commence par des injections de 15 à 20 centigrammes. Puis il porte les doses à 30 centigrammes, qui est pour lui la moyenne, puis à 50 et même à 60 centigrammes dans des cas exceptionnels et alors qu'il s'est bien assuré que le médicament est bien supporté. Mais généralement, il faut s'en tenir à la dose de 30 centigrammes. Il fait 3 à 4 injections à huit jours d'intervalle, puis il a recours ultérieurement aux frictions mercurielles, c'est à l'injection intraveineuse qu'il a recours, avec une asepsie parfaite; il fait l'injection très lentement. Ainsi pratiquée elle est indolore, innocente et efficace.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 30 MARS 1912)

Note sur la tension artérielle de deux aviateurs, après un vol plané de 2050 mètres d'altitude. — M. O. CROUZON. La tension artérielle a été mesurée sur deux aviateurs descendus de 2050 mètres en quinze minutes, c'est-à-dire à la vitesse de

(1) MARION. *Chirurgie du système nerveux*, 1905.

(2) Voir « L'affaire des sérums », *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 21, p. 308, et 1912, n° 37, p. 536.

2 mètres environ à la seconde. Elle était montée de 14,5 à 16,5 chez le pilote, et de 15 à 17 chez le passager. Cette observation confirme les recherches de MM. CRUCHET et MOULINIER sur la pression artérielle des aviateurs à l'atterrissage.

Influence de la bile sur les putréfactions intestinales. — M. ROGER a repris, avec le glycogène, les expériences qu'il avait faites avec l'amidon. Il a pu constater que des quantités moyennes de bile (5 à 20 p. 100) entravent l'action des bactéries intestinales sur le glycogène. Au bout de dix et même de vingt jours, on trouve encore une très notable quantité de cette substance, alors que, dans les tubes témoins, on n'en décèle plus au bout de quatre jours.

Les fortes doses de bile (30 à 50 p. 100) ont peu d'influence, parfois elles favorisent légèrement la transformation du glycogène; plus souvent elles la retardent.

L'adjonction de peptones, en rendant les putréfactions plus intenses, hâte la disparition du glycogène, mais ne modifie pas l'ensemble des résultats.

Pouvoir toxique des acides aminés obtenus par l'hydrolyse fluorhydrique. — M. LAGANE. L'hydrolyse fluorhydrique prolongée, dont s'est servi l'auteur dans diverses conditions, lui a permis d'obtenir des solutions d'acides aminés dont il a étudié le pouvoir anaphylactisant et toxique. Le premier a été nul. Quant au second, étudié par injections intraveineuses chez le lapin, il s'est montré très faible. Ce peu de toxicité des produits avancés de désagrégation des corps protéiques offre un grand intérêt.

L'arsenobenzol n'empêche pas le développement de la rougeole. — MM. MARFAN et LAGANE. Des injections d'arsenobenzol, faites pendant la période d'incubation de la rougeole, n'ont aucune influence sur l'évolution de la maladie.

Sur le pouvoir autohémolytique de l'hémoglobine (globules hémolysés). — M. E. ZACCHIRI. En étudiant le pouvoir hémolytique d'un organe, même lavé, on introduit toujours une certaine quantité d'hémoglobine. Il est donc indispensable de savoir quel est, au point de vue quantitatif, le pouvoir autohémolytique de l'hémoglobine. Des résultats contradictoires ont été apportés.

L'auteur a exclusivement étudié le pouvoir autohémolytique.

L'étude de nombreuses séries, au point de vue colorimétrique, à l'aide de l'appareil de Dubosq, avant et après leur séjour à l'étuve, a montré à l'auteur que l'hémoglobine ne possédait aucun pouvoir autohémolytique.

Les résultats restent les mêmes si l'on varie la durée du séjour à l'étuve.

Origines et transformations locales des granulations leucocytaires. — MM. MOSNY, J. DUMONT et F. SAINT-GIRONS ont constaté dans l'examen cytologique de trois éosinophilies pleurales un certain nombre de polynucléaires basophiles analogues aux mastleucocytes du sang circulant. On trouvait dans ces épanchements une série de formes polynucléées intermédiaires, peut-être de transition, contenant en proportions variables des granulations α et ε ou α et γ. Il résulte de cette constatation que le polynucléaire éosinophile pourrait naître directement du polynucléaire neutrophile, et, que le polynucléaire basophile ne serait qu'une forme jeune ou vieillie du polynucléaire α, hypothèse appuyée sur ce fait que dans ces trois pleurésies la transformation de la neutrophilie pleurale du début en éosinophilie s'est faite sans passage par des formes mononucléées granuleuses.

Histopathologie des parathyroïdes chez les aliénés. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et P. DUHEM font, à l'occasion de coupes qu'ils présentent, l'analyse élémentaire des divers aspects des parathyroïdes en pathologie.

I. La graisse manque ou infiltre plus ou moins complètement la glande.

II. Les vaisseaux ont leur aspect habituel.

III. Le tissu conjonctif interstitiel, périvasculaire et interacineux, souvent infiltré de matzellen, enflammé ou sclérosé, dessine une topographie périvasculaire ou périlobulaire ou interacineuse.

IV. Le parenchyme présente deux types cellulaires : la cellule acineuse, principale, fondamentale et la cellule éosinophile, chromophile, oxyphile, plus volumineuse et plus ou moins granuleuse.

Les multiples dispositions des cellules acineuses peuvent être ramenées à six : diffusion compacte; orientation acineuse; disposition acineuse; acini en rosette par migration périphérique des noyaux; acini en cocarde par goutte de colloïde dans l'acinus en rosette; vésiculisation colloïde de l'acinus, qu'on doit distinguer des vésicules thyroïdiennes.

Les cellules éosinophiles sont disséminées ou en îlots. Ceux-ci peuvent être volumineux et aboutir à une transformation éosinophile massive du parenchyme.

Réactions génitales dans l'anxiété. — M. Pierre BONNIER. Une légère cautérisation en certain point de la muqueuse nasale permet, par l'intermédiaire de la racine du trijumeau, d'aller éteindre dans le bulbe la réaction anxieuse, et avec elle diverses réactions génitales associées. L'auteur rapporte quelques cas d'érections, de spermatorrhée, d'excitation sexuelle de cette origine guéris par ce moyen direct.

Contamination du singe par le virus de la poliomyélite déposé dans la cage. — MM. LEVADITI et DANULESCO. On n'a jamais observé, jusqu'à présent, des cas de contagion parmi les singes qui vivent en commun avec des simiens atteints de poliomyélite, et, d'autre part, on n'a pas réussi à contaminer l'animal autrement qu'en lui inoculant directement le virus. Les auteurs ont, pour la première fois, réalisé une expérience de ce genre en procédant de la façon suivante : avant de placer dans une cage un *macacus sinicus*, ils ont déposé du virus poliomyélitique frais sur les parois de la cage, sur le récipient à nourriture et sur des tampons d'ouate. L'animal s'est ainsi souillé avec du virus et est resté dans la cage infectée pendant dix-huit jours. Or, le vingtième jour il présenta les premières manifestations de paralysie infantile; il fut sacrifié le lendemain et à la nécropsie on constata des lésions typiques de poliomyélite. Il en résulte que le singe, placé dans un milieu infecté avec du virus actif, contracte la poliomyélite après une incubation assez longue, constatation importante au point de vue de l'épidémiologie de la maladie de Heine-Medin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 23 MARS 1912)

Des fracture des membres. — M. RAOULT-DESLONGCHAMPS estime que la radioscopie est toujours suffisante pour constater une fracture avec déplacement et connaître la situation respective des fragments.

M. AUBOURG montre tout l'avantage de la radiographie sur la radioscopie pour apprécier l'état structural des os.

Radiodermite et air chaud. — M. Marcel VIGNAT présente un malade atteint de radiodermite du bras et guéri par une cautérisation à l'air chaud; la brûlure intéressait toute la face externe du bras et était accompagnée de douleurs intolérables; la plaie, cautérisée à l'air chaud, a cessé de suite d'être douloureuse et s'est cicatrisée en un mois et demi.

M. GASTOU. Il est nécessaire, dans la plupart des cas, de faire des grattages préalables et d'employer des températures très élevées; il faut donc recourir à l'anesthésie chirurgicale.

M. MOUCHET. L'anesthésie générale n'est pas obligatoire

quand la cicatrice à traiter est de faible étendue; l'auteur confirme l'excellence des résultats obtenus par l'emploi de l'air surchauffé.

Cardiopathie congénitale et traitement thyroïdien. — M. Léopold-Lévi présente un jeune homme de seize ans et demi, atteint de cardiopathie congénitale et d'instabilité thyroïdienne; le traitement thyroïdien, à doses infinitésimales, transforme le malade et améliore considérablement la dyspnée, les palpitations, les états syncopaux dont il souffrait depuis l'enfance.

Diagnostic de l'appendicite confirmé par la radiographie. — M. Dupuy de Frenelle relate l'observation d'un malade chez lequel les symptômes cliniques et la palpation profonde permettaient de soupçonner une appendicite chronique; la radiographie confirma le diagnostic, en démontrant que le cordon douloureux repéré par un point métallique siégeait bien au niveau de l'angle iléo-cæcal.

M. E. Lacaille apporte une nouvelle radiographie d'appendice concernant une malade atteinte depuis longtemps d'une entérite rebelle à tout traitement; sur le cliché présenté on voit une ligne nette, longue de 5 centimètres, partant du cæcum et qui doit être l'appendice.

M. Aubourg montre que l'examen radiologique peut donner trois ordres de renseignements : le siège même du cæcum, sa mobilité ou son adhérence plus rarement (7 fois sur 100), la lumière de l'appendice même.

M. Mouchet insiste sur la situation basse du côlon, la grande variabilité de longueur et la situation abdominale fréquente du côlon pelvien; il faut donc être très prudent dans l'interprétation des signes fournis par la radiographie.

M. Pereire ne pense pas que l'on doive faire grand cas de la radiographie dans les appendicites : dans les appendicites chroniques, il peut y avoir des coudures, des torsions ou des processus de sclérose qui occasionnent des rétrécissements de l'appendice et entravent la pénétration de l'injection bismuthée; de plus, cette injection de bismuth, dans certains cas, peut être aussi dangereuse que les lavements ordonnés intempestivement dans les appendicites aiguës.

Radiumthérapie dans le lupus des fosses nasales. — M. Lagarde présente quelques observations de malades, atteints de lupus des fosses nasales et traités avec succès par des applications de radium.

M. Grossard confirme les bons effets de la radiumthérapie en pareil cas; après quelques séances d'applications de radium, les douleurs cessent, les ulcérations disparaissent, faisant place à une muqueuse rosée d'aspect tout à fait normal.

Ozène et ferment lactique. — M. Lagarde. Les ferments lactiques, employés sous forme de prise dans le coryza atrophique avec ozène, donnent fréquemment une amélioration considérable.

Spondylite typhique. — M. Forestier (d'Aix-les-Bains) a observé un cas de spondylite typhique, avec raideurs vertébrales et tendance à l'ankylose; la cure thermale améliora beaucoup la malade qui fut guérie quelques mois après.

Hypertrophie amygdalienne et gymnastique respiratoire. — M. Marcel Hatier démontre que toute exagération de volume ne saurait impliquer, chez l'enfant, la destruction forcée des amygdales, organes de défense de l'économie. Hypertrophie tonsillaire et mauvais état général, si communément associés, sont, à l'ordinaire, susceptibles d'être très favorablement influencés par des exercices rationnels de gymnastique respiratoire.

M. Bourdel insiste sur la fréquence trop grande des interventions pharyngées : de nombreuses hypertrophies amygdaliennes peuvent en effet rétrocéder spontanément.

La fonction de neutralisation des acides chez le chien. — M. Violle (de Vittel) a étudié chez le chien normal et le chien atteint de diabète pancréatique expérimental le mécanisme de défense de l'organisme contre les phénomènes toxiques dus à l'introduction de fortes doses d'acides.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 21 MARS 1912)

Traitement préventif du paludisme par la quinine. — M. Comte, étudiant le paludisme à Tuyen-Quan (Tonkin), signale la non-efficacité de la quinothérapie préventive dans l'évolution du paludisme, en particulier de la forme tropicale qui se présente le plus fréquemment au Tonkin. Par contre, la quinothérapie préventive rendra d'inappréciables services dès que l'on sortira du calme des garnisons.

Du pronostic et du traitement des traumatismes de l'épaule. — M. Worms, après Küttner, Lenormant, Imbert et Dugas, montre qu'à la suite d'un grand nombre de traumatismes de l'épaule le pronostic du fonctionnement articulaire laisse souvent fort à désirer, même après la mobilisation précoce et malgré la réparation anatomique du squelette.

Ces troubles fonctionnels sont dus à l'atrophie du deltoïde, à des lésions des circonflexes, à des lésions osseuses (arrachements tubérositaires), à de la péri-arthrite.

La péri-arthrite, d'après Worms, a pour origine une hémorragie intra et péri-articulaire, à l'intérieur de la bourse sous-acromio-deltoïdienne, aussi propose-t-il de traiter cette hémarthrose scapulo-humérale comme l'hémarthrose du genou par la ponction, et indique la technique à employer pour la guérison de ces traumatismes.

Le traitement de la syphilis par le salvarsan au Val-de-Grâce. — M. Vennin relate les résultats obtenus au Val-de-Grâce dans le traitement de quelques syphilitiques par le salvarsan. Après avoir insisté sur les accidents observés M. Vennin conclut :

1° Le salvarsan est un médicament dont l'effet est rapide et intense sur les lésions de la syphilis en évolution, dont l'effet est nul sur les séquelles de la syphilis ancienne et sur les accidents de la parasyphilis.

2° Son action n'est que temporaire, il blanchit comme le mercure, peut-être mieux et plus vite que lui, mais ne guérit pas.

3° Il doit être employé en injection intraveineuse, les injections intramusculaires sont mal supportées.

4° Les injections intraveineuses ne dépasseront pas la dose de 60 centigrammes qui semble voisine de la dose toxique, il semble qu'il soit préférable de diminuer les doses et de multiplier par contre les nombreuses injections.

5° Même à la dose de 60 centigrammes, dose actuellement considérée comme normale, il est souvent mal toléré et donne lieu à des accidents d'intoxication.

6° Il est indiqué dans les cas urgents où il faut aller vite, enrayer à tout prix une évolution maligne.

7° Il est inutile dans les séquelles de la syphilis, accidents quaternaires et parasyphilitiques.

8° Il est contre-indiqué dans les cas où l'examen clinique ou l'analyse biochimique montre qu'en dehors de la syphilis l'organisme est touché soit dans sa vitalité générale, soit dans le fonctionnement de ses émonctoires.

Il y a lieu, en définitive, de lui faire une place dans le traitement de la syphilis à côté du mercure et de l'iodure, mais en le considérant comme un médicament d'exception, très efficace mais dangereux et d'une manipulation difficile qu'il y aurait à tous points de vue danger à vouloir substituer à la médication actuelle.

Emploi du sérum anticholérique dans le traitement du choléra. — M. LANTIÉRI ayant eu l'occasion au cours de l'épidémie de choléra de Bizerte de soigner huit malades par le sérum anticholérique de l'Institut Pasteur pense que la médication par le sérum spécifique n'est pas supérieure à la médication par le sérum artificiel en injections massives.

Dans les cas graves, dit-il, il peut résulter de l'injection de sérum spécifique une très légère amélioration (cessation de crampes, relèvement de l'état général), mais cette amélioration ne persiste pas.

Craquements sous-scapulaires. — M. OLLÉ, après avoir rappelé les différentes hypothèses émises au sujet de la pathogénie des craquements sous-scapulaires, présente un malade atteint de cette affection, malade chez lequel, en l'absence de toutes lésions des côtes et de l'omoplate, il attribue les craquements à l'inflammation des bourses séreuses anormalement développées sous l'omoplate.

CONGRÈS

CONGRÈS DE LONDRES. — Le XVIIe Congrès international des sciences médicales se réunira à Londres, du 6 au 12 août 1913. Le Comité français d'organisation, qui vient de se constituer, dans une réunion tenue le 3 mars, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, a procédé à la désignation de son bureau, qui est composé de la façon suivante : président, M. Landouzy; vice-présidents, MM. Debove, Hayem, Lucas-Championnière, Reclus, Pinard; secrétaire général, M. Blondel, secrétaire général de l'Association internationale de la Presse médicale; trésorier, M. Pierre Masson, éditeur.

Ont été désignés pour faire partie du Comité, par les diverses écoles et sociétés médicales :

Académie de médecine : M. Landouzy.

Faculté de médecine de Paris : MM. Landouzy, Bar, Blanchard, Chauffard, Hartmann, Kirmisson, de Lapersonne, Letulle, P. Marie, Segond, Thoinot.

Ecole de médecine de Clermont-Ferrand : MM. Bousquet, Maurin.

Société de pédiatrie : MM. Leroux, Apert.

Société d'anthropologie : M. Paul Boncour.

Société de pathologie exotique : MM. Laveran, Marchoux, Mesnil.

Société des oculistes français : MM. Motais, Cone.

Société française d'hygiène : MM. Foveau de Courmelles, Depoully.

Société d'hydrologie : MM. Durand-Fardel, Laussedat.

Société de radiologie et électrothérapie : MM. Huet, Lacaille, Laquerrière, Delherm, Ronneaux, Dubois de Saujon, Baudon, Louber; suppléants : MM. Py, Morat.

Société de thérapeutique : MM. A. Robin, Gilbert, Mathieu, Hirtz, Le Gendre, Barbier, Bardet.

Syndicat de la Presse : MM. Granjux, Bérillon, Foveau de Courmelles.

Syndicat des médecins des stations balnéaires : MM. Moncorgé, Ferras, Bernard, Hérard, Jardit, Boursier.

Société médico-psychologique : M. Semelaigne.

Société de médecine de Paris : M. Bourdel.

Le Comité français a constitué un comité de patronage ainsi composé :

MM. d'Arsonval, membre de l'Institut; Bergonié, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Bertrand, inspecteur général du service de santé de la marine; Bouchard, membre de l'Institut; Bucquoy, ancien président de l'Académie de médecine; Calmette, directeur de l'Institut Pasteur de Lille; Caubet, doyen de la Faculté de médecine de Toulouse; Chauveau, membre de l'Institut; Combemale, doyen de la Faculté de médecine de Lille; Curtillet, doyen de la Faculté de médecine d'Alger; Delorme, inspecteur général du service de santé militaire; Demons, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; A. Fournier et Gariel, professeurs honoraires à la Faculté; Grasset, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier; Guyon, professeur honoraire à la Faculté; Hérard, médecin honoraire des hôpitaux; Hugonenq, doyen de la Faculté de médecine de Lyon; Jaccoud, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine; Kermorgant, inspecteur général du service de santé des troupes coloniales; Léon Labbé et Laveran, membres de l'Institut; Le Dentu, professeur honoraire à la Faculté; Mairet, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier; Malherbe, directeur de l'Ecole de médecine de Nantes; Morat, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Metchnikoff, sous-directeur de l'Institut Pasteur; Perrin de la Touche, directeur de l'Ecole de médecine de Rennes; Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux; Ranvier, professeur honoraire au Collège de France; Renaut, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Roux, directeur de l'Institut Pasteur; Tessier, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Troussain, directeur du service de santé au ministère de la Guerre; Vaillard, directeur de l'Ecole d'application du service de santé.

Le Comité anglais d'organisation a pour président sir Thomas Barlow, médecin du roi; pour secrétaire général le docteur Herringham; pour trésoriers sir Dyce Duckworth et M. Makins. Son siège est à Londres, 15, Hinde street.

Ce comité a déjà arrêté la liste des rapports qui seront présentés dans chacune des 22 sections et dont voici la répartition :

1re *Anatomie* (5 rapports). — 2e *Physiologie* (3 rapports). — 3e *Pathologie générale et anatomie pathologique* (5 rapports). — 3e *bis*. Sous-section de *Chimie appliquée à la pathologie* (5 rapports). — 4e *Bactériologie et immunité* (7 rapports). — 5e *Thérapeutique* (5 rapports). — 6e *Pathologie interne* (5 rapports). — 7e *Chirurgie* (5 rapports); sous-section d'*Orthopédie* (5 rapports); sous-section d'*Anesthésie* (4 rapports). — 8e *Obstétrique et gynécologie* (4 rapports). — 9e *Ophtalmologie* (5 rapports). — 10e *Pédiatrie* (5 rapports). — 11e *Neuropathologie* (5 rapports). — 12e *Psychiatrie* (4 rapports). — 13e *Dermatologie et syphiligraphie* (5 rapports). — 14e *Urologie* (2 rapports). — 15e *Rhinologie et laryngologie* (5 rapports). — 16e *Otologie* (5 rapports). — 17e *Stomatologie* (9 rapports). — 18e *Hygiène et prophylaxie* (5 rapports). — 19e *Médecine légale* (3 rapports). — 20e *Médecine militaire* (3 rapports) *et navale* (3 rapports). — 21e *Médecine coloniale* (5 rapports). — 22e *Radiologie* (5 rapports). — Total : 123 rapports.

Le Comité anglais procède actuellement à la désignation des rapporteurs de chaque nationalité. La liste en sera prochainement publiée.

Le Comité français, dans sa séance du 3 mars, a nommé les bureaux provisoires de chacune de ses 22 sections. Nous publierons cette liste dès que ces désignations seront rendues définitives.

Toutes les communications relatives au Congrès de Londres doivent être adressées au docteur Raoul Blondel, secrétaire général, 103, boulevard Haussmann.

Le Livre du médecin. L'examen du malade et son traitement. (Nouvelle collection.) Viennent de paraître : *Maladies des reins*, par J. CASTAIGNE; *Diabète, Goutte, Obésité*, par J. CASTAIGNE et F. RATHERY; *Maladies du cœur*, par J. CASTAIGNE et Ch. ESMEIN; *Tuberculose*, par J. CASTAIGNE et F.-X. GOURAUD. — Chaque volume séparé : prix net, 5 francs. Prix de souscription à la collection complète (16 vol. petit in-8 de 320 pages avec fig., reliure avec fers spéciaux) : 80 francs. La collection sera complète le 31 décembre 1912. — Adresser les commandes à M. A. Poinat, éditeur, 121, boulevard Saint-Michel, Paris (5e).

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES COMAS [1]

COMA DIABÉTIQUE. — Ici encore, comme dans tous les diagnostics que nous venons de discuter, deux hypothèses sont à envisager : ou bien l'entourage du malade connaît le diabète et en informe le médecin, et dans ce cas, le diagnostic est facile, ou bien, c'est un sujet que l'on examine dans le coma, sans aucun renseignement; bien souvent néanmoins, on sera orienté tout de suite, vers le diagnostic du diabète, en raison de l'odeur spéciale, chloroformique, de l'haleine. Le malade est dans la résolution musculaire complète, mais quelquefois la perte de connaissance n'est pas absolue, et le malade semble comprendre si on l'appelle, l'interroge, etc. Le facies est *pâle*, livide; on observe aussi bien de la mydriase que du myosis; il existe une respiration à type très spécial (*respiration de Küssmaul*), caractérisée par des inspirations profondes de longueur exagérée, et des expirations plutôt écourtées ; mais il n'y a pas de dyspnée à proprement parler, sauf les cas où l'on observe une dyspnée *sine materia*; la température est abaissée, le pouls est filant, rapide, la sensibilité est souvent conservée, l'odeur de l'haleine est caractéristique (odeur chloroformique); les urines sont le plus souvent riches en sucre, mais le sucre peut cependant faire défaut à la phase de coma; les urines peuvent être albumineuses, mais ce qu'il importe surtout d'y rechercher c'est la présence d'acétone et d'acide diacétique. Pour déceler cet acide, on peut recourir soit à la réaction de Gerhardt, avec le perchlorure de fer (coloration vin de Porto), soit à la réaction de Legal (nitro-prussiate de soude).

Il sera nécessaire également de doser dans les urines le taux de l'acidité, de l'ammoniurie. Le sang contient souvent de la graisse en abondance. Ce n'est pas là, la seule forme de coma diabétique que l'on puisse rencontrer en clinique ; il faut encore signaler la *forme dyspnéique*, suspirieuse *sine materia*, quelquefois la forme *pseudo-péritonitique*, avec ventre ballonné, vomissements, etc., pouvant faire croire à une péritonite aiguë ; nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher ce tableau de certaines variétés d'empoisonnement suraigu, ou d'insuffisance surrénale suraiguë, par exemple. Le coma peut enfin venir terminer le diabète bronzé.

L'examen clinique se complétera naturellement par la recherche des stigmates qui révéleront souvent le terrain diabétique : lésions cutanées (eczéma, furoncle, anthrax, gangrène, diabètides de Fournier), troubles trophiques (lésions des ongles, mal perforant, stomatite, etc.).

Il faut se rappeler que la constatation du diabète chez un individu atteint de coma, ne doit entraîner le diagnostic de coma diabétique, que si l'on a éliminé l'hypothèse du coma urémique, ou du coma par hémorragie cérébrale, qui peuvent s'observer chez les diabétiques.

Le *pronostic* du coma diabétique est le plus souvent fatal; il est fonction du degré de l'intoxication acide de l'organisme, acidose qui peut s'évaluer par la quantité de bicarbonate de soude qu'il faut faire ingérer ou qu'il faut injecter au sujet avant de lui alcaliniser ses urines, il est également fonction du taux de l'ammoniurie.

On a préconisé comme *traitement* d'urgence, les injections intraveineuses d'une solution isotonique de bicarbonate de soude ; d'après les résultats communiqués par M. le professeur Lépine au dernier congrès de Lyon, il ne semble pas que cette thérapeutique ait à son actif de cas bien démonstratif de guérison authentique.

COMA ÉPILEPTIQUE. — En présence d'un malade plongé dans le coma, il faut encore bien souvent penser au coma épileptique. Ce qui caractérise ordinairement ce coma, c'est l'écume sanglante qui sort de la bouche, c'est la morsure de la langue ou la trace de morsures antérieures, c'est l'incontinence des réservoirs (perte des urines et des matières), c'est la constatation de nombreuses ecchymoses sur tout le corps et l'aspect violacé, avec suffusions hémorragiques des paupières. Mais bien souvent le tableau est loin d'être aussi complet, le diagnostic sera alors très hésitant; il se fera en raison de la faible durée du coma, de l'état spécial du sujet après la crise, ou du retour d'une nouvelle crise épileptique. Il n'est pas exceptionnel d'observer des paralysies à la suite de ce coma (voir *Gaz. des hôpit.*, 1916, n° 88).

COMAS AU COURS DES INTOXICATIONS. — *a.* **Coma alcoolique.** — C'est l'un des plus fréquents ; il s'observe à la suite d'ingestion massive de liquides alcooliques, il peut être précédé de convulsions, et peut entraîner la mort du sujet; le diagnostic s'en fait par l'odeur spéciale de l'haleine et des vomissements, il faut savoir cependant que l'ingestion d'alcool a pu coïncider fortuitement avec l'apparition d'un coma d'une autre origine et que, d'autre part, l'ivresse peut déterminer une hémorragie méningée ou cérébrale.

b. **Coma opiacé.** — Le diagnostic en est facile, si le sujet a vomi, à la suite d'ingestion de laudanum par exemple; de toutes manières on note un *myosis* très prononcé, de l'*hypothermie*, de la petitesse du pouls, de la *pâleur de la face*; le traitement consiste en injections de caféine et d'éther.

c. **Dans l'intoxication par la belladone**, on observe une *sécheresse* très marquée de la gorge, une *mydriase* excessive.

d. **Dans l'intoxication par l'oxyde de carbone**, les *plaques rosées* de la peau, la congestion de la face, l'aspect rutilant du sang veineux (spectre de l'oxyhémoglobine) permettront le diagnostic.

e. **Le diagnostic du coma par intoxication arsenicale** se fera en raison de l'odeur de l'haleine, de la diarrhée, on observe de l'engourdissement des extrémités, des phénomènes tétaniques, des érythèmes, on recherchera l'arsenic dans l'urine et le liquide céphalo-rachidien ; ce coma peut s'observer à la suite d'injections de 606.

f. **Au cours de l'encéphalopathie saturnine**, le coma n'est pas exceptionnel, il faudra rechercher d'autres stigmates de saturnisme (liseré de Burton, paralysies, etc.), il faut signaler encore l'intoxication phosphorée, l'empoisonnement par les champignons, les intoxications alimentaires.

Nous venons d'énumérer les causes les plus fréquentes des comas ou, si l'on préfère, celles auxquelles le clinicien pense tout d'abord parce qu'elles sont d'abord les plus fréquentes et que leur constatation entraîne ensuite, le plus souvent, une thérapeutique d'urgence.

Mais il s'en faut que nous ayons épuisé la liste de toutes les causes des comas ; s'il ne s'agit pas de l'une quelconque des causes précédentes, différentes éventualités sont à envisager.

(*A suivre.*)

[1] Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 34, p. 494; n° 37, p. 538.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de pathologie exotique, clinique et thérapeutique, publié en 8 fascicules, sous la direction de Ch. Grall, inspecteur général du service de santé des troupes coloniales, et A. Clarac, directeur de l'Ecole du service de santé des troupes coloniales. — Vient de paraître : *Fièvre jaune*, *Choléra*, *Maladie du sommeil*, *Dengue*, par les docteurs Reboul, Clarac, Simond, Métin, Martin et Lebeuf. 1 vol. gr. in-8 de 400 pages avec fig. — Prix : broché, 12 francs; cartonné, 13 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Lèpre, lépreux et léproseries en Guyane française, par le docteur A. Guillon, médecin-major de première classe des troupes coloniales, ex-professeur adjoint à l'Ecole d'application, ancien directeur de la léproserie de l'Acarouany. Gr. in-18 jésus de 140 pages, avec 9 figures et un plan. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Les Acnés et leur traitement (*Consultations médicales françaises*, fasc. 37), par le docteur Paul Gastou, chef du laboratoire central et de radiologie de l'hôpital Saint-Louis. In-16 de 32 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 41. — SAMEDI 6 AVRIL 1912. 85e ANNÉE. SAMEDI 6 AVRIL 1912 — N° 41.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — Un concours pour la nomination à la place de médecin de l'hospice de la Reconnaissance (fondation Brézin) à Garches (Seine-et-Oise) sera ouvert le lundi 3 juin 1912, à midi, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 29 avril au samedi 18 mai 1912, de midi à trois heures, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du personnel médical.

Avis particulier. — Aux termes du testament de M. Brézin, le médecin de l'hospice de la Reconnaissance est tenu d'avoir sa résidence effective dans l'établissement.

S'adresser, pour tous renseignements, au service du personnel de l'administration, 3, avenue Victoria.

— Un concours pour l'admissibilité à dix emplois de rédacteur dans les services de l'administration générale de l'assistance publique à Paris sera ouvert le lundi 3 juin 1912.

Ne pourront être admis à se présenter, en dehors des agents faisant déjà partie de l'administration, que les candidats de nationalité française qui, le 1er janvier 1912, auront atteint l'âge de vingt et un ans et n'auront pas dépassé l'âge de trente ans. Aucune dispense d'âge ne peut être accordée. Toutefois, pour les candidats ayant des services militaires, la limite d'âge est prorogée d'une durée égale à celle des services qui auront été accomplis pour satisfaire à la loi sur le recrutement, rengagements non compris.

Les candidats étrangers à l'administration devront produire un diplôme de docteur en médecine, etc.

Les inscriptions seront reçues au service du personnel de l'administration, 3, avenue Victoria, jusqu'au jeudi 23 mai 1912 inclusivement, dernier délai.

Les candidats inscrits devront s'adresser au service du personnel pour connaître les jours, lieux et heures où ils auront à se présenter pour subir les diverses épreuves, ainsi que le programme des connaissances exigées des candidats.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — M. le docteur Jules Monges, médecin des hôpitaux de Marseille et chef de clinique médicale à l'Ecole de médecine, a été nommé professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à la suite du dernier concours ouvert devant la Faculté de Montpellier le 12 mars.

A la suite des concours qui se sont clôturés dans le courant du mois de mars à l'Ecole de médecine, M. le docteur F. Corsy a été nommé chef des travaux anatomiques et physiologiques, et M. Moiroud, interne des hôpitaux, a été nommé prosecteur d'anatomie et de médecine opératoire.

GUERRE. — La chaire de clinique interne à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille sera vacante à la date du 31 décembre 1912.

Les demandes des candidats, revêtues de l'avis motivé de leurs chefs hiérarchiques, devront parvenir au ministre de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau) avant le 1er octobre 1912.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Nous sommes heureux d'apprendre que le docteur Veau, chirurgien des hôpitaux de Paris, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Jamais distinction ne fut plus méritée. On sait en effet que notre confrère a contracté la diphtérie il y a quelques mois dans son service hospitalier. Depuis se sont produits des accidents de paralysie que notre ami a supporté avec un courage et une résignation admirables. Heureusement rétabli, il a pu reprendre il y a quelques jours son service aux Enfants-Assistés.

Qu'il veuille bien recevoir ici nos plus affectueuses félicitations.

— Le docteur Veau vient de recevoir en outre la grande médaille d'or de la fondation Carnegie et la médaille des épidémies.

— Sont nommés dans la Légion d'honneur :

Troupes coloniales — *Au grade d'officier.* — M. le médecin principal de première classe Preux.

M. le médecin-major de première classe Le Gendre.

Au grade de chevalier. – MM. les médecins-majors de première classe Cordier, Lamort, Lecomte, Le Gendre (J.-M.-F.), Lépine, Mathis et Séguin.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Armstrong, Bernard et Bouilliez.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de MM. les docteurs J.-A. Fort, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien professeur libre d'anatomie à la Faculté de médecine, décédé à Menton, et Arthur Gautier (de Lion-sur-Mer).

RENSEIGNEMENTS

REVUE GÉNÉRALE

LE TÉTANOS

ÉTUDE CLINIQUE & THÉRAPEUTIQUE (1)

Par M. X. COLANÉRI,
Interne de la Maison départementale de la Seine.

VIII

Pathogénie. — Le bacille tétanique. — Le bacille du tétanos se rencontre tantôt sous la forme sporulée, tantôt sous la forme non sporulée. On le trouve dans les cultures jeunes ou dans certains pus sous la forme de bâtonnets très fins, allongés, à bouts non arrondis, légèrement mobiles, longs de 3 à 5 μ. Ce bacille non sporulé est muni de cils vibratils nombreux, flexueux et longs, s'insérant sur les parties latérales du corps. Mais la forme typique est la forme dite en épingle qui existe dans les cultures à 37 degrés de quarante-huit heures et parfois dans le pus. Elle est caractérisée par des bâtonnets grêles, assez courts, portant à une de leurs extrémités une petite sphère exactement terminale, réfringente et dont le diamètre mesure deux à quatre fois la largeur du bacille. Il se colore aisément par les couleurs basiques d'aniline. Il prend le Gram. Le centre de la spore reste incolore et l'on a une figure rappelant l'aspect d'une raquette.

Le bacille du tétanos est anaérobie. Il peut cependant s'accoutumer à vivre dans un milieu contenant une petite quantité d'oxygène. Il se développe sur les milieux usuels à base de bouillon, mais il est nécessaire que ces milieux soient préparés avec du bouillon frais. Les milieux les plus favorables sont le bouillon de bœuf ordinaire frais, le bouillon de Martin, le milieu de Nicolle. Naturellement c'est à l'abri de l'air que se font ces cultures, soit dans le vide, soit sous une couche d'huile de vaseline. Debrand a montré qu'au contact de l'air le bacille de Nicolaïer se développe très facilement en symbiose avec le bacillus subtilis. La température optima est de 38 degrés et les températures extrêmes varient de 14 à 43 degrés. Dans le bouillon, un trouble général apparaît au bout de vingt-quatre heures. Dans la gélatine privée d'air, un développement de petits points nuageux se fait au bout de cinq jours à 20 degrés. Le nuage s'étend et la liquéfaction commence vers le dixième jour. Les spores ne se forment qu'à partir de ce moment. Pendant ces cultures, il se produit en quantité modérée de l'hydrogène, de l'azote et des carbures d'hydrogène; elles dégagent une odeur puante, caractéristique, comparable à celle de la corne brûlée. La sporulation se produit dans la culture à partir du deuxième jour surtout vers 38 degrés.

La spore tétanique. — Si le bacille est peu résistant aux agents de destruction, par contre sa spore présente une vitalité remarquable. Chauffées en vase clos, en milieu humide, les spores supportent pendant six heures une température de + 80 degrés et pendant deux heures + 90 degrés. Elles résistent à la température d'ébullition trois ou quatre minutes, mais sont sûrement détruites en huit minutes. Desséchées, mêlées à de la terre et conservées à l'air, les spores conservent plusieurs mois leur vitalité (Kitasato). Dans le pus, les liquides albumineux, les corps poreux tels qu'échardes de bois provenant de plaies tétaniques, les spores gardent leur virulence pendant dix-huit mois (Nocard), deux ans (Eiselsberg), même au contact de l'air. A l'intérieur de l'organisme animal, Canfora a retrouvé chez le lapin des spores tétaniques treize jours après dans le sang et cinquante-cinq jours après dans les organes (rein, foie, rate) où elles sont détruites, puisqu'on ne les décèle pas dans l'urine. Les germes résistent à un chauffage de quinze minutes à 110 degrés dans la vapeur d'eau sous pression ; à l'action de l'acide phénique à 5 p. 100 pendant plus de dix heures et pendant plusieurs jours à une solution de sublimé à 1 p. 1000. On voit par là combien attentive et minutieuse doit être la désinfection des instruments de chirurgie surtout après une intervention chez un tétanique.

La toxine tétanique. — Par filtration sur porcelaine d'une culture en bouillon, on obtient un liquide très toxique dont l'inoculation produit chez les animaux un tétanos typique. L'homme est également sensible à son action, comme le prouve le cas personnel de Nicolas qui fut atteint d'un tétanos bénin à la suite d'une piqûre profonde avec une aiguille qui venait de servir à l'injection d'une culture filtrée. Les toxines les plus actives tuent le cobaye au 1/1000 de centimètre cube, la souris au 1/100000. Le cheval succombe à 1/10 de centimètre cube. Le poison tétanique agit donc à des doses infinitésimales. Il a été retrouvé chez l'homme tétanique. Niesen et Vaillard ont réussi à tétaniser des animaux en leur injectant du sang recueilli chez un sujet mort de tétanos. Ce poison tétanique ou tétanospasmine présente tous les caractères des enzymes ou diastases. Il est profondément altéré par un chauffage de trente minutes à 65 degrés; il est détruit complètement en trois heures à 80 degrés. Conservée en vase clos, à l'abri de l'air, la toxine garde longtemps son activité; elle s'affaiblit rapidement par exposition à l'action de l'air et de la lumière diffuse.

Le bacille de Nicolaïer reste essentiellement localisé à la plaie d'inoculation, ne produit le tétanos que dans certaines conditions que nous verrons plus loin. Mais celui-ci n'est pas dû à l'évolution du bacille au sein des tissus, mais à la seule action du poison que le microbe a élaboré dans le milieu nutritif où il s'est développé. On a donc bien affaire à une maladie d'intoxication, puisque le poison sécrété diffuse avec rapidité dans l'organisme.

Mode d'action du poison tétanique. — Cependant une période d'incubation est nécessaire : il faut un délai à l'absorption du poison et à l'intoxication des cellules sensibles.

La toxine tétanique est essentiellement un poison du système nerveux. Une affinité spéciale la fixe sur les cellules nerveuses dont les modifications entraînent la symptomatologie caractéristique. Courmont et Doyon, Roux et Borrel, Marie et Morax, ont étudié le cheminement de la toxine tétanique dans les troncs nerveux. La toxine a toujours une tendance élective pour la voie cylindraxile, absorbée qu'elle est par les filets nerveux périphériques qui se trouvent à son contact. Elle gagne ainsi le centre cellulaire et le neurone moteur correspondant à la région

(1) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1912, nº 38, p. 543.

où se fait l'absorption sera le premier saturé par la toxine, puis le neurone voisin sera secondairement imbibé. Ce qui explique que la contracture commence dans la région infectée, puis se généralise. Ceci est vrai pour l'animal. Mais chez l'homme, le trismus est toujours le premier signe quelle que soit la région lésée. En effet, Troisier et Roux ont montré que la toxine tétanique ne se porte pas indifféremment sur un point quelconque des centres nerveux, mais qu'elle avait une localisation élective sur la région bulbo-protubérantielle, notamment sur les noyaux masticateurs, à deux pas des centres vitaux du bulbe. D'autre part, une partie de la toxine est passée dans le sang et en est extraite par les cellules nerveuses selon leur affinité.

Cependant, l'action contracturante de la toxine tétanique n'est pas la seule, car, nous avons vu dans le tétanos céphalique se produire une paralysie faciale, et J. Courmont et V. Cordier ont relaté l'observation d'un tétanos céphalique où la paralysie faciale avait été le premier signe, puis fut suivie d'une contracture qui disparut à son tour pour laisser de nouveau la place à une paralysie. Beumer a reproduit expérimentalement la paralysie de la face, mais en employant des doses plus fortes. La paralysie serait donc le signe d'une intoxication plus forte et la toxine aurait selon sa concentration une double action : contracturante et paralysante. Ces deux phénomènes seraient deux modes de réaction de la cellule nerveuse, selon qu'elle est touchée par une toxine plus ou moins concentrée, la concentration s'affaiblissant à mesure que le poison s'éloigne du point d'inoculation et aussi lorsque sa production n'est pas renouvelée en ce point. Mais alors pourquoi ne constate-t-on jamais de paralysie des membres? Elle a été si rarement signalée qu'on l'a mise sur le compte de la sérothérapie.

Il nous reste à étudier rapidement les conditions de l'infection : habitat du bacille tétanique et mécanisme de l'infection.

Habitat. — Le bacille de Nicolaïer est très fréquent et se rencontre dans tous les milieux extérieurs. Mais c'est par excellence un microbe de la *terre*; il y est largement réparti et c'est en étudiant les microbes de la terre que Nicolaïer le découvrit. Mais il ne se trouve que dans les couches superficielles (Beumer). La terre pénètre sous forme de *poussières* dans les habitations. Il est naturel que l'on y retrouve le bacille et ses spores (Chantemesse et Widal). Il en est de même pour *les végétaux* où les spores se trouvent transportées par les poussières et les débris de terre (Rietsch-Peyraud). A ce dernier fait se rattache celui de la présence des spores dans le tube digestif de certains *animaux*, notamment des herbivores. Ceux-ci les introduisent par l'alimentation, et on retrouve les spores dans leurs excréments (Sanchez Toledo et Veillon). L'homme, plus ou moins végétarien, leur sert sans doute d'habitat. Mais les herbivores seraient des dépositaires et non des foyers de multiplication du bacille. Chez l'homme, 5 p. 100 des individus normaux hébergent dans leur tube digestif soit des spores, soit des bacilles parfaitement virulents. Et dans certaines professions, palefreniers, garçons d'écurie, jardiniers, les chances de contamination tétanique sont, toutes choses égales d'ailleurs, augmentées de 20 p. 100. On voit quels merveilleux agents de dissémination sont les herbivores et l'on explique ainsi la nocuité des fumiers, du sol des fermes et des écuries. Enfin, *l'eau* peut contenir le bacille tétanique. Vaillard l'a constaté maintes fois dans l'enduit boueux des bougies qui filtraient l'eau de Seine.

Mécanisme de l'infection. — Les germes du tétanos sont donc extrêmement répandus; les circonstances occasionnant les plaies sont excessivement nombreuses et cependant le tétanos reste une affection relativement rare. Nous avons vu, à propos du tétanos médical, l'influence des causes secondes favorisant l'infection. On pourrait y ajouter le saprophytisme du bacille de Nicolaïer qui a si souvent occasion de pénétrer dans le tube digestif et d'y rester latent, mais il n'est pas absolument démontré. Nous allons voir que, pour le tétanos traumatique, ces causes accidentelles sont plus nombreuses et jouent un rôle particulièrement important. Et c'est, parce que certaines conditions sont exigées pour le développement de l'infection, que le tétanos est une complication rare des plaies.

1° *Les spores introduites seules*, à l'état de pureté et en grande quantité dans un tissu sain, ne provoquent pas le tétanos (Vaillard). Car, elles sont dès leur pénétration englobées, immobilisées par les leucocytes. Mais si on supprime l'action de ces derniers, en isolant les spores dans un sac de papier de Berzelius ou en les mélangeant à du sable fin, une dose infinitésimale de spores suffit pour produire un tétanos mortel. Les corps étrangers, débris de terre, de bois ou de pierre, jouent dans les plaies le rôle de ces barrières artificielles, interposées entre les leucocytes et les spores.

2° *Traumatisme.* — La plaie en elle-même ne crée pas le tétanos. Il lui faut des agents auxiliaires pour devenir tétanigène. Cependant, certains traumas, où les tissus sont mortifiés par une brûlure, un écrasement, un foyer hémorragique, un foyer de fracture sous-cutanée, sont très favorables à la germination des spores.

3° *Associations microbiennes.* — Vaillard et Rouget ont mis en lumière le rôle de premier ordre que jouent les associations microbiennes dans la production du tétanos. Nous avons vu que les spores inoculées seules sont inoffensives; or dans la pratique, le bacille tétanique n'est jamais le microbe unique introduit dans une plaie tétanique; il y est toujours accompagné d'autres bactéries ou d'autres microcoques. Or c'est la présence de ces derniers qui est absolument nécessaire pour la germination des spores tétaniques. Il faut remarquer que si le tétanos est rare, c'est qu'il y a des microbes qui sont plus favorables que d'autres à la culture des spores tétaniques et l'infection ne s'effectuera que si ces bactéries sont introduites de pair avec le bacille de Nicolaïer. La connaissance de la valeur des associations microbiennes entraîne un résultat pratique de la plus haute importance : détruire par une rigoureuse antisepsie les microbes capables de provoquer la suppuration des plaies, c'est-à-dire d'immobiliser les leucocytes chargés d'englober les spores et bacilles tétaniques. Ces microbes plus fragiles que l'agent du tétanos seront plus faciles à atteindre et c'est dans ce sens que l'ère antiseptique a contribué puissamment à la rareté du tétanos. Et ce qui le prouverait encore, c'est que les plaies minimes, qui sont rarement soumises à une désinfection en règle, entrent actuellement pour une large part dans l'étiologie du tétanos.

4° *Influences thermiques.* — Nous avons vu à propos du tétanos médical l'influence du froid sur son éclosion. Il sera facile de comprendre qu'elle sera identique et même supérieure dans le tétanos traumatique, où l'organisme a besoin de toutes ses forces pour lutter contre le bacille de Nicolaïer.

Vincent a montré que la chaleur constitue également un élément favorisant l'infection tétanique. Il admet que la chaleur momentanée agit en provoquant la cytolyse des phagocytes ayant englobé les spores, d'où la germination des spores. L'hyperthermie interviendrait également pour aggraver la marche de l'intoxication tétanique déjà déclarée (Lesné et Dreyfus). Il est également probable que l'action de la chaleur expliquerait la fréquence et la gravité du tétanos dans les pays tropicaux.

5° *Conditions générales.* — Enfin, il n'est pas douteux que les conditions générales qui provoquent l'affaiblissement du terrain favorisent le développement sur ce terrain de l'infection tétanique comme des autres infections. Le surmenage, la fatigue tant physique que morale, les émotions vives, les antécédents morbides jouent certainement leur rôle dans l'étiologie pathogénique du tétanos.

Résumé. — Nous pouvons résumer la pathogénie du tétanos en trois phases principales (G. Etienne).

1° *Une phase d'infection*, où le bacille tétanique introduit dans la plaie d'inoculation avec des microbes saprophytes arrive à germination et sécrète des toxines qui diffusent dans l'organisme.

2° *Une phase d'intoxication cellulaire* : les toxines sécrétées dans la plaie se fixent sur les cellules nerveuses et parviennent aux cellules de la moelle et du bulbe en suivant directement le trajet des nerfs.

3° *Une phase de réaction nerveuse* : les cellules intoxiquées réagissent par le syndrome tétanique. Mais on peut considérer deux temps à cette phase de contracture. Ls premier temps serait celui de la réaction à la toxine. Et en un second temps, les cellules une fois lésées continueraient à réagir pour leur propre compte, définitivement altérées par la toxine, même si à ce moment le sang est devenu immunisant ; le rôle de l'infection serait alors terminé.

Nous verrons, à propos de l'étude du traitement, la valeur de cette pathogénie qui nous permettra de classer les moyens d'action coutre le tétanos.

Tétanos expérimental. — Les animaux réceptifs sont la souris, le rat, le cobaye qui sont très sensibles ; le lapin qui l'est moins ; le chien qui est très résistant. Le pigeon et la poule sont réfractaires.

Quel que soit le mode d'inoculation employé, le fait de la présence constante du bacille au lieu d'inoculation est indéniable. Il n'envahit jamais l'organisme.

L'*inoculation de terre ou de pus tétanique* produit, après trois ou quatre jours, les symptômes du tétanos dont le tableau est exactement celui que l'on observe chez l'homme, sauf que le point de départ des contractures est au voisinage de la région infectée. L'*inoculation de cultures pures* se fera surtout par les voies sous-cutanée ou intramusculaire. Des doses très faibles de cultures en bouillon suffisent : un cinquantième de centimètre cube provoque chez le cobaye un tétanos typique. La rapidité d'incubation est en rapport avec la gravité de l'affection. L'*inoculation de spores pures* ne produit pas le tétanos. Elles sont englobées et phagocytées, dès leur introduction.

Il faut enfin noter que le tétanos ne se transmet pas indéfiniment en séries et que les passages prennent généralement fin au troisième ou quatrième terme ; et qu'en même temps les microbes favorisants diminuent de vitalité et rendent ainsi inoffensif le bacille tétanique livré à lui-même.

L'*inoculation de la toxine*, nous l'avons vu, produit à doses minimes un tétanos mortel. Cependant, l'expérimentateur peut faire varier à son gré la gravité et l'évolution de la maladie, celles-ci dépendant essentiellement de la dose du poison. Il diffuse très rapidement dans l'organisme et la majeure partie est absorbée par les nerfs périphériques et les centres nerveux. Une très petite quantité passe dans le sang. In vitro, cette fixation est démontrée par l'expérience de Wassermann et Takaki qui en mélangeant de la toxine et de la substance cérébrale en émulsion obtiennent un liquide qui ne contient presque plus de toxine. Celle-ci est restée fixée comme une matière colorante à la substance nerveuse (Metchnikoff et Marie). C'est en injectant la toxine tétanique dans un viscère abdominal que Binot a étudié et décrit le tétanos splanchnique, assez analogue à celui de l'homme et attribuable au système nerveux sympathique. Enfin, Roux et Borrel ont injecté la toxine directement dans le cerveau de cobayes et ont produit une forme très différente du tétanos classique : *le tétanos cérébral.* L'animal présente un état d'excitation extraordinaire, est en proie à des hallucinations, à une véritable folie ; puis surviennent des crises convulsives intermittentes, des troubles moteurs, de la polyurie et la mort arrive enfin. Cette forme cérébrale où réagissent les centres psychiques et les régions motrices est restée dans le domaine expérimental.

Vaccination. Immunité. — Une première atteinte du tétanos ne confère pas l'immunité. Des malades guéris ont succombé à une infection nouvelle. Cependant, Roux et Vaillard sont parvenus à immuniser des petits animaux par l'emploi de la toxine additionnée de solution iodée, ou modifiée par le chauffage. L'addition de trichlorure d'iode avait donné des résultats incertains à Behring et Kitasato ; de même les cultures atténuées entre les mains de Wassermann, Tizzoni et Cattani. Pour immuniser le cheval on emploie des doses progressivement croissantes de toxine pure, après injection de toxine iodée.

Le sérum des animaux immunisés mélangé à la toxine tétanique rend celle-ci instantanément inoffensive (Behring et Kitasato). Cette propriété se manifeste in vitro et in vivo. Injecté préventivement, le sérum des animaux immunisés préserve donc contre les effets du poison et l'inoculation du virus vivant. L'antitoxine se combine avec la toxine dans une sorte d'action chimique pour former une substance inoffensive (Vaillard).

L'immunité se produit très rapidement — trente minutes environ — après l'introduction du sérum dans l'organisme ; mais elle est peu persistante. Vers le septième ou huitième jour chez l'homme, la teneur du sang en antitoxine tombe brusquement ; des traces demeurent décelables au vingtième jour (Dehne et Hamburger). Chez les animaux, sa durée ne dépasse guère quinze jours à un mois.

Traitement du tétanos expérimental. — Presque tous les traitements du tétanos ont d'abord suscité

des épreuves de laboratoire avant leur application à l'homme. C'est surtout chez les animaux que l'injection intracérébrale de sérum antitétanique a donné des résultats à Roux et Borrel. Les différentes voies d'introduction de ce sérum ont toutes été étudiées sur l'animal. Il en fut de même pour le chlorhydrate de bétaine, le sulfate de magnésie, la cholestérine et la paratoxine.

Mais nous voulons résumer ici les recherches si intéressantes de Jean Camus, dont l'application ne tardera pas à se faire à la pathologie humaine. Il s'est surtout attaché au traitement du tétanos expérimental à la période de contracture. Il a montré que tous les chiens traités en moyenne quarante-huit heures après l'injection de toxine par le sérum antitétanique en injections sous-cutanées ou intraveineuses ont présenté une survie notable sur les témoins et quelques-uns ont guéri. Il a obtenu des résultats bien supérieurs en employant les injections bulbaires ou parabulbaires. Sur 13 chiens, 7 ont guéri; les témoins sont tous morts. Il paraît facile de réaliser des conditions semblables à celles des injections parabulbaires par la voie lombaire. Mais alors il semble nécessaire d'injecter de fortes doses pour que les centres supérieurs baignent dans l'antitoxine. Enfin, il a guéri le tétanos expérimental à la période de contracture en imaginant un traitement par injection intrarachidienne d'un mélange fait à l'étuve d'une émulsion encéphalique et de sérum antitétanique. Chez le chien traité, il a persisté seulement après la guérison une légère raideur du membre infecté par la toxine. Les chiens témoins injectés ou avec du sérum ou avec une émulsion cérébrale sont morts. Camus remarque que dans ce traitement interviennent trois facteurs importants : le moment de l'intervention par rapport au début des accidents, l'activité de la toxine et surtout la durée du contact de l'émulsion et du sérum. De plus, tout récemment Camus a comparé chez des chiens tétaniques les traitements par le sulfate de magnésie, l'acide phénique et le sérum antitétanique pur ou digéré par la pepsine. Les deux premiers n'ont aucune action sur l'évolution du tétanos. Le sulfate de magnésie diminue momentanément les contractures. L'acide phénique n'a pas d'action sur la toxine tétanique fixe ou en circulation.

Le sérum antitétanique seul donne des résultats très supérieurs aux méthodes précédentes. L'emploi du sérum digéré à l'étuve par la pepsine paraît une méthode logique, permettant à la matière immunisante d'agir plus vite sur la toxine, mais les résultats en ont été irréguliers in vitro et in vivo.

IX

Traitement. — La pathogénie du tétanos que nous venons d'étudier va nous permettre de lutter dans une certaine mesure contre l'infection. A chaque étape de l'évolution en trois phases nous opposerons des moyens d'action appropriés. Dès la phase d'infection, nous essaierons par la chirurgie de supprimer le foyer où s'élabore le poison; la sérothérapie nous sera d'un grand secours pour rendre inoffensif le poison circulant à la phase d'intoxication cellulaire; enfin à la troisième phase de réaction nerveuse, nos efforts tenteront de diminuer l'excitabilité du système nerveux, seul but que nous puissions nous proposer puisque l'agent est inconnu qui serait capable de modifier les éléments nerveux déjà frappés et de les ramener à leur état normal. Il est facile de concevoir que les traitements proposés ont été et sont encore nombreux. Nous ne parlerons pas des moyens employés anciennement : purgatifs, saignées, sels de mercure. Il nous suffira de passer rapidement en revue ceux mis en œuvre aujourd'hui sur une plus ou moins grande échelle et nous dégagerons de leur accumulation non pas un traitement de choix, absolu et curateur, ce qui est malheureusement impossible à l'heure actuelle, mais un choix du traitement le plus capable d'assurer dans la majorité des cas un espoir de guérison.

Traitement chirurgical. — C'est là un des plus anciens, et l'ablation du foyer traumatique a pu paraître longtemps rationnel à ceux qui avaient remarqué le rapport de cause à effet existant entre les plaies souillées et l'apparition des symptômes tétaniques. Or, la diffusion rapide de la toxine, l'impossibilité où nous sommes de déceler la présence du bacille ou de la toxine au niveau de la plaie, le manque de signes avant-coureurs de l'infection, les récentes expériences de Hutchings qui a vu mourir tous ses animaux amputés avant l'apparition des symptômes, tout cela nous explique pourquoi le traitement chirurgical est impuissant. Cependant tous les moyens ont été employés : la *cautérisation* simple est notoirement insuffisante; le *curettage* de la plaie ne peut toujours être parfait; *l'excision* totale du foyer a donné de meilleurs résultats; *l'amputation* enfin a trouvé des défenseurs (Berger, Mauclaire), celle-ci étant le plus sûr moyen d'enlever le foyer originel. Mais ses indications sont restreintes, à cause de sa gravité même et elle doit être réservée aux cas où la nature de la plaie, écrasement d'un membre par exemple, fait hésiter entre l'ablation et la conservation. En somme, ces traitements sanglants tendent à faire disparaître « le laboratoire des toxines ». Nous avons aujourd'hui une méthode rigoureuse qui permet d'atteindre ce but! C'est *l'antisepsie*. Elle doit être minutieuse, et pour cela le chirurgien ne doit pas hésiter à pratiquer ce que Verneuil appelait *l'éradication* des plaies : ouverture large du foyer, débridement des anfractuosités, désinfection soigneuse. L'eau oxygénée dont on connaît les effets sur les microbes anaérobies doit être employée principalement. On peut y ajouter des applications de sérum antitétanique en poudre de Calmette, mais son absorption est aléatoire, même nulle si un pansement recouvre la plaie (Tuffier). Poucel a enregistré une guérison par un traitement local bien conduit. L'antisepsie détruit surtout les associations microbiennes, dont nous avons vu le rôle important. Son action est moindre sur le bacille et ses spores qui sont très résistants. D'autres interventions ont été proposées dont le but était de gagner de vitesse la toxine le long des conducteurs nerveux (Larrey, Létiévant). Mais on a abandonné à l'heure actuelle la *névrotomie* et *l'élongation des nerfs*. Enfin, P. Hanos a proposé un traitement chirurgical des troubles respiratoires et glottiques : la trachéotomie, à laquelle il ajoute l'introduction d'une sonde œsophagienne contre la paralysie de la déglutition. Nous ne nous y arrêterons pas.

Neutralisation de la toxine. — C'est la grande indication et la plus rationnelle du traitement. On l'a demandée au sérum surtout, mais aussi à d'autres agents anti-infectieux.

Netter a eu un succès avec les injections intraveineuses de *collargol*. Joly s'est bien trouvé des

injections sous-cutanées *d'électrargol*. Un cas de tétanos des nouveau-nés fut guéri par Szalardi, avec des injections sous-cutanées de *formol*. Mais ces expériences ne paraissent pas avoir fait école.

Le chlorhydrate de bétaïne neutralise in vitro la toxine tétanique (Roger et Josué). Jaboulay applique une seule fois cette donnée thérapeutique et guérit son malade. Gilebert et Feuillade ont utilisé dans trois cas avec succès la propriété qu'a le *persulfate de soude* ou persodine de neutraliser aussi in vitro la toxine. Ces observations sont également restées isolées.

Les expériences de Wassermann et Takaki sur la neutralisation de la toxine par la pulpe cérébrale broyée ont servi de point de départ à une série de traitements. Krokiewicz (1898) appliqua une méthode de véritable *opothérapie nerveuse*. Mais le mélange doit être absolument intime entre la toxine et l'émulsion cérébrale pour qu'il y ait neutralisation (Marie). De plus, la toxine n'est pas détruite, mais fixée. Les dix cas réunis par Vallas ne sont pas suffisants pour juger le procédé, malgré les huit guérisons.

Almagia et Mendès croient que c'est la lécithine et surtout la *cholestérine* qui dans ces expériences fixent la toxine tétanique sur le système nerveux. Ils ont guéri deux malades de tétanos, dont l'un grave, par injection de cholestérine. Curtillet se basant sur ces faits, sur les études de H. Vincent qui avait montré le pouvoir antitoxique des savons biliaires et de la cholestérine vis-à-vis de la toxine tétanique, et sur les travaux de Gernovodeanu et V. Henri qui confirmèrent le rôle antitoxique des lipoïdes cérébraux, fit des injections de *paratoxine* (de Lemoine) et guérit un malade. Ardin-Delteil, Raynaud et Coudray ont eu également un cas de tétanos subaigu guéri par les injections de paratoxine. Ces derniers traitements méritent une plus ample expérience, avant d'être jugés.

Sérothérapie. — La sérothérapie a été, dès le début, le grand moyen d'action mis en œuvre contre le tétanos. Les espérances qu'elle avait fait entrevoir ne se sont pas entièrement réalisées. Après une période d'enthousiasme, elle fut largement battue en brèche et il paraît encore à l'heure actuelle difficile de la juger définitivement. Cependant, les documents se sont accumulés, les statistiques ont produit leurs chiffres impressionnants et si l'on se trouve encore en présence de deux affirmations contraires, du moins un examen impartial de la question nous permettra-t-il de connaître les causes des insuccès, de délimiter l'action du sérum, d'en fixer surtout l'emploi de façon à en obtenir le meilleur résultat possible. Et sans la rejeter complètement, ni sans en faire un moyen infaillible et unique, nous pouvons encore affirmer avec Vallas que la sérothérapie reste « notre ressource la plus précieuse ». Il faut scinder pour plus de vérité l'étude de la question en deux parties : action préventive du sérum, lorsque celui-ci est injecté le plus tôt possible après le traumatisme; effet curatif du sérum quand il intervient seulement après l'apparition des phénomènes tétaniques.

Sérothérapie préventive. — A la suite des expériences de Nocard et des résultats qu'il obtint chez les grands animaux, il parut naturel d'utiliser chez l'homme les propriétés du sérum antitoxique pour prévenir de façon plus ou moins certaine le développement du tétanos. C'est vers 1896 que commença à se généraliser dans les services de chirurgie la pratique systématique de l'injection préventive. Elle semble donner de tels résultats que, en 1902, Vallas n'hésitait pas à proclamer au congrès de chirurgie : « La sérothérapie préventive possède une action certaine... L'abstention est une faute. » Son efficacité était donc à cette époque devenue presque un dogme thérapeutique. Cependant Krafft (de Lausanne), impressionné par les discussions de XXXIVe Congrès allemand de chirurgie (1905) et les attaques de Küster, porta la question devant le Congrès français de chirurgie en 1906. La mise en doute de l'action du sérum fut l'occasion de discussions mémorables à la Société de chirurgie en 1907 et à l'Académie de médecine en 1908. Les partisans de la sérothérapie, plus nombreux à vrai dire, ne rallièrent pas les dissidents, du moins de façon définitive, malgré le rapport si lumineux de Vaillard, qui soumit à une critique impartiale et sévère toutes les objections apportées contre la méthode. C'est encore le travail de cet auteur qui nous servira de guide pour juger la sérothérapie à l'heure actuelle. Enfin, en 1910, la Société belge de chirurgie discutait la valeur des sérums antitétaniques actuels. Et à ce propos, disons que nous nous trouvons en présence de différents sérums, à peu près d'égale valeur, celui de Behring et Kitasato, et l'antitoxine Höchst en Allemagne ; en Italie le sérum de Tizzoni et Catani ; celui de Roux et Vaillard fourni en France par l'Institut Pasteur de Paris.

Les données expérimentales qui ont servi de base à l'étude de la prévention antitétanique chez les animaux se résument ainsi : « La réussite de la prévention dépend de la quantité du sérum injectée, du temps écoulé entre l'injection et l'intervention, du tissu où le bacille végète. Quand l'inoculation est faite dans le muscle, la prévention échoue le plus souvent si l'on a réalisé un tétanos rapide; elle réussit au contraire, si l'évolution est plus lente, mais pour être alors définitive, elle exige l'ablation du foyer. » Ainsi, même expérimentalement, la prévention échoue : lorsque l'infection tétanique évolue dans les muscles, ou lorsque le corps étranger infectant est demeuré dans la plaie, ou encore lorsque la culture du bacille se fait en un foyer viscéral ou hémorragique.

Objections à la sérothérapie. — Les ennemis irréductibles de la méthode lui opposent une série d'arguments qu'il nous faut résumer.

1° *La mortalité du tétanos humain n'a pas diminué* du moins à Paris, où Delbet relève avant et après la pratique des injections préventives le même nombre d'individus morts du tétanos. Or, il est loin d'être établi que ces cas suivis de mort se sont déclarés malgré les injections préventives. Cela, d'autant moins que les cas survenus malgré le sérum ont été soigneusement cités au Congrès de chirurgie : il faut donc retrancher ceux-ci qui sont au nombre de 11 du total des cas de tétanos signalés de 1896 à 1905 soit 329. Et il est permis de dire que les 318 cas restants sont apparus chez des sujets qui n'avaient pas reçu d'injection préventive.

De plus, il est intéressant de considérer les statistiques américaines concernant les cas de tétanos éclatant lors de la fête nationale du 4 juillet. Avant 1904, presque tous les décès des blessés de ce jour de réjouissances étaient dus au tétanos : 406 tétanos mortels sur 466 décès en 1903. Depuis 1904 où fut employée la sérothérapie, seuls les cas où le sérum ne fut pas employé ont pu être suivis de tétanos :

62 cas de morts par tétanos sur 164 décès en 1907, (Gédéon Wells). Scherk (de Saint-Louis) arrive aux mêmes résultats. En 1906, 170 blessés furent injectés préventivement, aucun cas de tétanos ne survint!

2° *Il est impossible de conclure de l'animal à l'homme.* — En premier lieu, parce que le sérum serait moins actif sur l'homme que sur le cheval (Delbet). Or, cette affirmation serait en contradiction avec tout ce que l'on sait à l'heure actuelle des sérums. Dehne et Hamburger ont montré que l'homme offrait les mêmes réactions vis-à-vis de la toxine tétanique que le cheval. La seule différence serait une plus grande sensibilité chez le cheval et une durée plus longue de l'immunité (Ransom et Kitashima). Mais chez l'homme, la présence de l'antitoxine dans le sang est suffisamment longue pour produire les effets que l'on en attend. Enfin, le sérum antitétanique a été employé dans d'autres espèces animales : âne, bœuf, mouton; et chez tous il a produit la même réaction.

En second lieu, on ne pourrait conclure de l'animal à l'homme parce que les conditions de la médecine vétérinaire ne sont pas réalisables dans la médecine humaine (Reynier). Chez l'animal, l'injection est pratiquée avant l'intervention opératoire. Chez l'homme, le sérum « intervient toujours plusieurs heures après le traumatisme, c'est-à-dire trop tard ». Or, la toxine ne se produit pas immédiatement après l'arrivée dans la plaie des spores tétaniques. Il faut qu'elles germent, deviennent bâtonnets et que ceux-ci se multiplient, alors seulement la toxine est élaborée et ensuite absorbée. Le temps nécessité par ces opérations est précisément la période d'incubation qui, nous l'avons vu, est en moyenne de six à douze jours. On a donc des chances d'immuniser le sang avant que la toxine n'y circule, si on injecte quelques heures après le traumatisme. D'ailleurs, la prophylaxie vétérinaire ne vise pas seulement l'acte opératoire. L'injection préventive est également pratiquée après une blessure de l'animal survenue dans la rue ou aux champs, c'est-à-dire quelques heures avant le traitement. Les résultats sont aussi beaux que ceux des injections pré-opératoires. [Cagny (de Senlis) cité par Lucas-Championnière.]

3° *Le tétanos se déclare malgré les injections préventives.* — Cela a été et est encore le grand argument des ennemis du sérum. Ils en ont publié soigneusement tous les cas. Mais Vaillard soumit à une critique rigoureuse les 41 cas d'échecs signalés au cours des discussions : 11 cas seulement lui paraissent être des échecs. Plus récemment, Chattot reprit cette étude en ajoutant de nouvelles observations. Son total est de 51 cas. Mais en définitive, il n'en retient que 12 où la sérothérapie paraît avoir échoué.

Dans l'examen des 51 cas de Chattot, nous trouvons en premier lieu des observations ayant trait à des *erreurs de diagnostic* : 14 fois des accidents sériques sont pris pour du tétanos. Ce sont les « pseudo-tétanos d'origine sérique ». Il n'est pas douteux que le cas mortel de Vennat et Micheleau (1) ne soit un des rares cas graves d'anaphylaxie sérique.

Il faut ensuite rejeter les observations de *tétanos douteux* qui sont incomplètes et manquent de précision aussi bien sur les signes du tétanos qu'au sujet des doses de sérum injectées ou de la durée de l'incubation.

Chattot conserve 32 cas de *tétanos vrai*, où l'infection aurait éclaté malgré l'injection préventive. Mais tous sont loin d'avoir la même valeur : les observations où l'on emploie seulement du sérum sec de Calmette doivent être éliminées, car celui-ci est absolument insuffisant. Mais la principale raison qui nous fera encore écarter la majorité de ces cas, c'est la date d'apparition du tétanos après l'injection de sérum. En effet, nous avons vu que les expériences de Dehne et Hamburger ont fixé le laps de temps que dure l'immunité. Celle-ci est provisoire et l'antitoxine ne demeure qu'une huitaine de jours à peu près fixe dans le sang pour disparaître ensuite rapidement en deux à six jours. Donc l'immunité passive réelle ne peut être de plus de huit jours. Or, dans 10 observations le tétanos est survenu du dix-septième au quatre-vingt-septième jour après l'injection et, dans 8, du onzième au quatorzième jour.

Il reste donc 12 cas où la sérothérapie a été mise en échec. « C'est un chiffre d'insuccès bien minime si on le compare aux milliers d'injections préventives pratiquées depuis 1896 dans tous les pays ; et il n'est pas de méthodes prophylactiques, même parmi les plus sûres et les mieux établies, qui ne puissent admettre de pareils aléas. » (Vaillard.) Quelles raisons y a-t-il à ces insuccès?

D'abord, il est évident que pour certaines observations, l'injection préventive a été faite trop tard après le traumatisme, plusieurs jours parfois. Sous certaines influences, le refroidissement par exemple, l'incubation peut être excessivement courte. Et c'est précisément à ce moment que se place le temps utile, variable, pendant lequel la toxine peut être toute entière détruite. Ce délai est d'ailleurs mal déterminé.

De plus, des conditions défavorables peuvent expliquer en partie ces échecs. Ce sont des infections locales surajoutées, suppuration, phlegmon, gangrène, éminemment favorisantes du développement du bacille de Nicolaïer. Des conditions générales ont pu influer sur la sensibilité du sujet à la toxine tétanique et le mettre en état de moindre défense. Les tares antérieures — infections, intoxications — doivent certainement jouer un rôle vis-à-vis de la plus ou moins grande sensibilité de l'organisme à l'antitoxine injectée préventivement.

Enfin, il ne faut pas oublier que le sérum antitétanique n'est pas bactéricide, qu'il n'exerce aucune action sur le bacille de Nicolaïer. Il est simplement *antitoxique*. C'est aux phagocytes qu'est dévolu le rôle de lutter contre le bacille et au chirurgien l'obligation de supprimer le foyer dangereux. Le sérum neutralise seulement le poison produit par la culture du virus au niveau de la plaie, cela au fur et à mesure de sa production.

On peut donc considérer les échecs peu nombreux de la sérothérapie préventive « non comme conformes à la règle, mais comme des exceptions » (Chattot).

D'autre part, ces échecs doivent entraîner une amélioration de la technique. Et il semble que l'on puisse baser sur l'expérimentation et l'enseignement de cette discussion, les préceptes suivants :

1° Pratiquer l'injection préventive pour toute blessure suspecte ;

2° La faire le plus tôt possible après l'accident;

(1) Vennat et Micheleau. *Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 144; 1909, n° 25. — Voir à ce sujet les articles de Guinard, *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 2; de Vaillard, *Gaz. des hôpit.*, 1909, nos 7 et 19, et une note de M. Dodet communiquée par M. Emile Roux, *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 35.

3° Injecter des doses fortes de sérum : 50 centimètres cubes à 80 centimètres cubes dans les trois premiers jours ;

4° Renouveler l'injection de 10 centimètres cubes au moins tous les huit jours ;

5° Maintenir le traitement jusqu'à la complète guérison de la plaie.

Valeur de la sérothérapie préventive. — Les partisans de cette méthode (qui sont la grande majorité) après avoir répondu aux objections, en démontrent la valeur en se basant sur la démonstration fournie par Nocard en médecine vétérinaire et sur leur pratique personnelle.

Les statistiques de Nocard, de Vallée et de Labat portent sur un total de *16.917* animaux traités préventivement, soit au moment d'une intervention, soit pour un traumatisme accidentel. Et cela de 1894 à 1906 ! *Un seul* cheval a présenté des symptômes tétaniques.

Les résultats de la pratique des chirurgiens sont tout aussi remarquables. Le tétanos n'est plus observé dans leur service depuis la pratique systématique de la sérothérapie préventive. Le tétanos ne se montre plus que chez des malades amenés en pleine évolution, n'ayant pas reçu au dehors l'injection préventive, ou chez des sujets n'ayant pas été injectés, par infraction à la règle de leur service. Il y a là plus qu'une simple coïncidence (Quénu, Delbet, Routier, Legueu). M. Reymond n'a vu dans son service de la maison de Nanterre que 3 cas de tétanos en sept ans. La sérothérapie préventive y est pratiquée systématiquement et ces 3 cas éclatèrent chez des malades précisément non injectés à leur entrée. La plus récente statistique à cet égard est celle de Pied et Biron qui ont vu disparaître le tétanos à l'hôpital d'Argenteuil depuis 1902, époque à laquelle ils commencèrent les injections préventives. Et cependant l'infection continuait à régner dans la région et les traumatismes n'avaient pas diminué de fréquence. L'observation de Canonne a la valeur d'une expérience ; un même accident de voiture cause des blessures différentes à un ménage, dont les deux membres sont également sains et robustes. L'homme ne reçoit pas de sérum, car la plaie était petite et les contusions peu nombreuses ; tétanos suraigu et mort ! La femme, qui a une blessure plus étendue et plus souillée, reçoit 20 centimètres cubes de sérum préventif. Sa plaie guérit sans phénomènes tétaniques.

Enfin la sérothérapie préventive aurait encore pour elle qu'elle atténue et rend plus bénigne l'infection tétanique. Trente-cinq cas envisagés par Berger « ont donné 16 morts et 19 guérisons, c'est-à-dire une proportion de guérisons infiniment supérieure à celle que l'on observe dans la majorité des cas de tétanos développés en l'absence d'injection préventive ». L'avantage est donc encore appréciable.

En résumé, la méthode n'est pas infaillible, mais « il serait absurde de demander qu'une médication préservât à coup sûr d'une intoxication tellement rapide que quelquefois, une heure après la blessure, il est trop tard pour immuniser le blessé » (Jeanbrau). L'injection préventive n'est pas le seul et l'unique moyen à mettre en œuvre ; l'antisepsie des plaies doit être rigoureuse pour lutter contre le bacille. Mais nous pouvons conclure avec Lucas-Championnière que « la prophylaxie antitétanique par le sérum reste un devoir pour le chirurgien et un droit pour le blessé ».

Et cela est vrai au point que cette considération doit être envisagée lorsque le tétanos est en rapport avec un accident du travail. Jeanbrau recommande fortement au médecin l'injection préventive, et si elle est refusée par l'ouvrier, il lui conseille de faire signer à l'accidenté une déclaration dans ce sens contresignée par deux témoins et légalisée et de prévoir dans son certificat la possibilité de complications (1).

Sérothérapie curative. — Si la valeur de l'injection préventive est à l'heure actuelle à peu près reconnue par le plus grand nombre, il n'en est pas de même de l'action du sérum injecté au point de vue curatif, dans les cas de tétanos déclaré. Là, au contraire, la majorité croit à l'inefficacité complète du traitement sérothérapeutique ; et il est singulier de constater que les ennemis de la prévention ont tendance à considérer le rôle du sérum curateur comme beaucoup plus actif qu'on veut bien le dire. Nous sommes donc encore ici en présence de deux affirmations contradictoires : pour les uns, action nulle du sérum, démontrée non seulement par les résultats cliniques, mais par l'*expérimentation*. Celle-ci a établi, en effet, qu'il est très difficile de guérir le tétanos déclaré chez les animaux. Et cela parce que la toxine est déjà parvenue aux centres nerveux, qui, suffisamment touchés, peuvent causer la mort. L'antitoxine ne détruit que la toxine en circulation ou celle nouvellement formée au foyer d'infection, mais ne peut en aucune façon modifier les lésions souvent profondes du système nerveux. De nouveau nous constatons le rôle préventif de l'antitoxine : aucune action curative.

Pour d'autres, la sérothérapie curative a des effets réels et bienfaisants, notamment sur les cas à incubation longue de tétanos chronique. De plus, elle aurait diminué la mortalité des tétanos aigus, soignés à temps, pas de beaucoup, cependant de façon appréciable. Enfin le tableau clinique est modifié dans son évolution à la suite des injections de sérum : chute de la température, ralentissement du pouls, de la dyspnée, diminution du nombre des paroxysmes et de l'intensité des contractures.

La statistique vient à l'appui de la première raison : nous avons vu que la moyenne de mortalité des tétanos non soignés est de 70 à 75 p. 100, dans les cas chroniques, de 90 à 95 p. 100 dans les tétanos aigus, à incubation de moins de huit jours. Vaillard réunit 411 cas de ceux-ci traités par le sérum et obtient une mortalité de 70 p. 100, et sur 229 cas à allure lente, la moyenne s'abaisse à 27 p. 100. Si l'on fait la moyenne des statistiques principales, sans tenir compte de l'évolution du tétanos ni de la voie d'introduction du sérum, on arrive à une mortalité générale de 55,48 p. 100 au lieu de 85 p. 100. Il y a là un résultat incomplet, c'est certain, mais un résultat dont l'impression est favorable nettement à l'action curative du sérum. En résumé, dans la majorité des intoxications rapides — et c'est malheureusement la forme de tétanos la plus fréquente — le sérum arrive trop tard. Dans les empoisonnements modérés, pro-

(1) Au moment où paraît cette revue a lieu, à la Société de chirurgie, une discussion soulevée par M. Riche sur la valeur de la sérothérapie préventive. Nous engageons nos lecteurs à s'y reporter, tout en faisant remarquer que le cas mortel communiqué n'infirme pas notre thèse : parce que les renseignements sont insuffisants, parce qu'une petite plaie peut provoquer une infection rapide à incubation écourtée, qu'il est difficile de faire la part du sérum dans ces cas et que l'enfant était peut-être en état d'anaphylaxie sérique (v. plus loin).

gressifs, l'antitoxine peut prévenir l'atteinte des centres nerveux encore indemnes et neutraliser le poison de nouvelle formation, tandis que le chirurgien aura le temps de tarir sa source.

La voie d'introduction du sérum a, on le conçoit, une énorme importance. Il faut gagner de vitesse la toxine : ausssi les résultats diffèrent-ils selon chaque méthode.

Voie sous-cutanée. — La plus anciennement employée, elle est simple et pratique. Elle a contre elle son action moindre et le danger plus grand des accidents sériques. Vaillard conseille l'emploi d'emblée de fortes doses, 80 centimètres cubes répartis en des points différents, les injections suivantes de 30 centimètres cubes jusqu'à disparition des symptômes menaçants. On a ainsi injecté jusqu'à 1 800 centimètres cubes à un seul malade. Les statistiques varient sensiblement : en les réunissant on obtient une moyenne de mortalité de 52 p. 100. Chattot et Vallas donnent le chiffre de 39 p. 100.

Voie intraveineuse. — Inaugurée par Morax en 1893, cette voie paraît logique, puisque l'action antitoxique des sérums apparaît plus grande lorsqu'ils sont injectés dans les veines (Arloing). De plus, elle met davantage à l'abri des accidents d'anaphylaxie (J. Courmont). La mortalité serait de 47,6 p.100 d'après les chiffres réunis de Lemonnier et Chattot. La dose sera de 20 à 30 centimètres cubes de sérum antitoxique dilué dans du sérum artificiel. M. Achard recommande les fortes doses et a guéri un malade en injectant dans les veines jusqu'à 330 centimètres cubes.

Voie intracérébrale. — Elle est le seul moyen de protéger les centres nerveux supérieurs encore épargnés par le poison, car l'antitoxine ne les atteint pas si elle est introduite par les voies précédentes. Roux et Borrel ont publié les résultats merveilleux obtenus chez les animaux de laboratoire où la méthode est en effet à peu près infaillible. La raison des insuccès chez l'homme serait peut-être que le tétanos humain aurait une prédilection pour la région bulbaire, à l'encontre de celui des animaux où il est plus cérébral. De plus, Maunoury remarquait au Congrès français de chirurgie de 1902 que l'injection intracérébrale n'intervenait qu'en désespoir de cause après essais d'autres traitements. Cependant, elle a contre elle sa mortalité élevée : 76, 48 p. 100, moyenne de toutes les statistiques. Vaillard donne le chiffre de 63 p. 100. Elle a également à son passif des troubles cérébraux et des lésions trouvées à l'autopsie. Malgré l'apparente facilité de la technique, cette méthode reste dangereuse et peu à conseiller, même si on lui associe les injections sous-cutanées d'antitoxine contre le poison en circulation.

Voie endoneurale. — Celle-ci paraît également logique, puisque les troncs nerveux sont les principaux conducteurs de la toxine vers les centres. Elle fut peu pratiquée en France et les statistiques sont peu nombreuses. Elle constitue cependant un véritable « barrage antitoxique ». Kuster l'employa le premier avec succès en dénudant le plexus brachial de son malade. Hertel fut moins heureux. Chattot en a réuni 36 cas et trouvé une mortalité de 58 p. 100.

Voie épidurale. — Celle-ci est fondée aussi sur la même hypothèse que la précédente et pour cela semble plutôt réservée aux blessures du membre inférieur, le barrage antitoxique se faisant à la portion terminale des nerfs de la queue de cheval. Ce procédé ne s'est cependant pas beaucoup répandu et les observations de guérison d'Apert et Lhermitte (1904) et de Mornac (1905) sont à peu près les seules.

Voie sous-arachnoïdienne. — Cette voie a paru dès l'abord très rationnelle. On déposait l'antitoxine dans la cavité sous-arachnoïdienne, en contiguïté avec les centres nerveux. Il paraissait de plus facile de soustraire du liquide céphalo-rachidien et de le remplacer par de l'antitoxine. Cependant, il n'est pas certain que le sérum diffuse rapidement vers les centres nerveux et les imprègne profondément, malgré les expériences de Descos et Barthélemy qui chez l'animal obtinrent de très beaux résultats par injection sous l'arachnoïde *cranienne*. Chez l'homme, Bériel a proposé d'utiliser la fente orbitaire pour atteindre la cavité de l'arachnoïde ; mais il n'y en a pas d'observation publiée. Sicard, l'initiateur de cette méthode employa la *voie lombaire* par ponction de Quincke. Il retire 20 à 40 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien pour le remplacer par 15 ou 20 centimètres cubes de sérum. Malheureusement la narcose est souvent nécessaire pour vaincre la contracture dorso-lombaire. Chattot réunit des statistiques, allemandes surtout, dont la moyenne de mortalité est de 43 p. 100. Vallet, à la suite de Rollin, recommande ce procédé en rappelant la statistique de ce dernier : 75 p. 100 de guérisons.

Enfin, la *voie carotidienne* préconisée par Gautier et Chattot est encore restée dans le domaine du laboratoire, et la tentative de Wiedemann est seulement intéressante. Il injecta à un malade du sérum d'un tétanique guéri et de l'antitoxine Höchst. Il est difficile de dire lequel des deux a agi. En résumé, on peut classer par ordre de simplicité et de sûreté d'action les principales et plus pratiques méthodes dans l'ordre suivant : injection sous-cutanée, injection intraveineuse, injection lombaire.

Anaphylaxie antitétanique. — Nous avons vu que les accidents sériques existent et qu'ils sont parfois l'occasion d'erreurs de diagnostic. Ils ne sont pas seulement le fait du sérum antitétanique, mais les autres sérums donnent des accidents univoques ; chacun d'ailleurs sensibilise le sujet pour n'importe quel autre sérum. La dose injectée ne joue qu'un rôle très secondaire ; l'anaphylaxie peut être déclanchée avec 5 centimètres cubes. La voie d'introduction du sérum paraît jouer un certain rôle, l'injection intraveineuse paraît diminuer les chances d'accidents. Le malade peut d'ailleurs être particulièrement sensible ; les tuberculeux notamment sont plus volontiers frappés. Mais surtout la préparation du sérum joue un rôle important dans l'apparition des accidents ; la « Serumkrankheit » de von Pirket et Sceick a surtout paru en Allemagne avec son allure de véritable maladie infectieuse, caractérisée par une incubation d'une dizaine de jours, une période d'état avec réaction pluriganglionnaire et stade de températures élevées, une terminaison lente et prolongée. En France, la préparation du sérum cherche à éviter ces accidents ultérieurs, notamment par le chauffage à 56 degrés qui diminue considérablement la toxicité du sérum (J. Courmont et V. Cordier).

On peut classer les accidents sériques en deux catégories ; ceux qui éclatent après une première injection, les moins graves, et ceux qui surviennent à une seconde injection. Les troubles consécutifs à la première injection consistent en une éruption urticarienne légère, fugace, éclatant cinq ou neuf jours après la piqûre, puis parfois des douleurs mus-

culaires et articulaires pouvant entraîner de la contracture des muscles adjacents.

Les accidents dus à une réinjection sont ou bien précoces, et ils peuvent être très graves, ou bien retardés, rarement alarmants, ou tardifs qui ne sont jamais graves. C'est une urticaire généralisée pendant deux jours, un œdème inflammatoire au niveau de la piqûre avec réaction ganglionnaire ; mais ce sont surtout des accidents généraux dramatiques : vomissements, défaillances brusques du cœur, amyosthénie extrême (Thaon), oligurie, albuminurie, anurie (Marcel Labbé), névrites tardives avec amyotrophie et réaction de dégénérescence (Thaon). La mort est rare, mais peut survenir chez des sujets fatigués (cas de Vennat et Micheleau). Enfin, Cl. Vincent et Ch. Richet fils ont décrit récemment des accidents tardifs et très graves caractérisés par de l'angoisse respiratoire, de la tachycardie, de la dilatation pupillaire, du trismus, de la dysphagie, des hémorragies intestinales avec vomissements, le tout procédant par crises et durant trois à quatre jours et suivi d'amaigrissement et d'une longue convalescence.

Ces auteurs regardent d'ailleurs ces accidents comme dus, non pas à l'antitoxine tétanique, mais à l'injection d'une albumine étrangère, le malade pouvant être préparé par du sérum antidiphtérique. L'incubation de tous ces accidents varie de huit à vingt-huit jours ; mais ils apparaissent souvent très tard après la première injection, des mois, même des années. Ils peuvent éclater en poussées subintrantes (Maurice Perrin) et chaque poussée correspondre à chaque réinjection de sérum, même si elles sont rapprochées de trois ou quatre jours et évoluer chacune pour leur propre compte, de même que deux maladies peuvent être simultanément en incubation : vaccine et variole, par exemple.

Quels moyens faut-il employer pour éviter ces accidents ? Lors d'une première injection, il ne faut pas hésiter à la pratiquer. Si on les craint, on peut faire d'abord une injection de 20 centimètres cubes de sérum actif dans le rectum, puis pratiquer l'injection sous-cutanée à dose ordinaire deux heures après. De plus, il faut se souvenir que l'échéance du « charme anaphylactique » est de onze fois vingt-quatre heures ; il faut donc la devancer, et injecter même tous les jours, si la sérothérapie doit être longue, soit du sérum actif, soit du sérum normal de cheval par voie rectale. J. Courmont recommande l'injection intraveineuse, mais surtout de ne pas changer de voie d'introduction dans le cours du traitement. Cependant l'injection intraveineuse d'emblée est loin d'avoir donné des résultats constants et M. Teissier a observé une éruption urticarienne considérable survenue cinq minutes après l'injection intraveineuse.

Nous sommes un peu plus désarmés vis-à-vis des accidents consécutifs à une réinjection. De nombreux moyens de laboratoire ont été proposés, mais ils sont restés dans le domaine expérimental. Chez l'homme, Weill-Hallé et Lemaire estiment que les doses fortes injectées d'emblée et renouvelées quatre ou cinq jours plus tard peuvent parer aux accidents.

Quand les accidents sont déclarés, il faut immédiatement cesser les injections de sérum ; le chlorure de calcium, donné à la dose de 1 à 2 grammes par jour pendant les injections et les quinze jours qui suivent, paraît diminuer l'intensité des phénomènes anaphylactiques et son emploi est assez concluant. On a également proposé le sulfate de magnésie, et Castaigne les préparations thyroïdiennes.

Diminution de l'excitabilité nerveuse. — De nombreux moyens ont été mis en œuvre pour lutter contre les symptômes. Nous allons passer rapidement en revue les principaux :

La principale indication sera l'hyperesthésie du malade. Aussi son immobilité la plus complète doit-elle être ordonnée ainsi qu'un repos absolu dans un isolement complet à l'abri de la lumière, des trépidations et du bruit. Le séjour dans une glacière a même été conseillé.

Dans le même but d'amender la contracture, Guerche recommande vivement les *bains chauds* à 34 ou 37 degrés. On y laisse le malade jusqu'à résolution des muscles masticateurs, ce qui permet l'alimentation. De plus l'élimination des substances toxiques se fait mieux et la diurèse est augmentée. La contracture disparaît provisoirement et le nombre des accès est diminué. Enfin ils permettent l'usage des médicaments toxiques à moindre dose.

Tous les sédatifs du système nerveux ont été employés. *L'opium* demande à être donné à des doses trop élevées. Le *bromure* sera un adjuvant utile. Le plus fréquemment en usage est encore le *chloral* depuis les travaux de Langenbeck et de Verneuil. Il n'est qu'un palliatif, mais d'une très grande utilité. Il diminue les tortures du patient dans les cas aigus. Et dans les cas chroniques, il facilite la guérison en procurant le sommeil, le repos, le relâchement des muscles contracturés. Il est le plus souvent administré en lavements de 4 grammes, mais renouvelés quotidiennement trois ou quatre fois. On peut faire absorber ainsi sans inconvénients 12, 16, 20 grammes de chloral. Les injections intraveineuses sont préconisées par Oré et Mayet qui emploient la solution au trentième; d'Espine lui préfère la solution à 5 p. 100, injectée jusqu'à concurrence de 10 grammes par jour.

L'acide phénique a donné dans les mains des Italiens des résultats très encourageants. Peut-être le tétanos italien est-il moins grave que le nôtre. En tout cas, les injections d'acide phénique, préconisées par Bacelli, depuis 1888, diminuent notablement le pouvoir excito-moteur de la moelle. Vallas, en 1902, donnait déjà comme mortalité des cas graves le chiffre de 27 p. 100. En 1905, la mortalité générale n'aurait pas dépassé 10 p. 100. Enfin, récemment, Bacelli étudiait toutes les statistiques publiées depuis le début, insistait sur les cas étrangers qui avaient donné les mêmes résultats qu'en Italie et disait que, « si on ne tient pas compte des différences cliniques ou de l'insuffisance des doses, la statistique d'Imperiali donne une mortalité de 17,36 p. 100 ». Les cas graves, chroniques, lui donnent une moyenne de guérison de 98 p. 100. Et la mortalité des cas très graves est tombée de 100 à 18. Mais il insiste également sur les doses élevées : 1 gramme de phénol au moins quotidiennement, en solution aqueuse de 2 à 3 p. 100. Il ne faut jamais descendre au-dessous de ce chiffre. Cependant on peut tâter la susceptibilité du malade par des doses de 0g25 à 0g50 de phénol en surveillant soigneusement l'urine.

Le sulfate de magnésie est le plus récent des sédatifs du système nerveux introduit dans la thérapeutique. Le point de départ de cette méthode réside dans les recherches physiologiques de Meltzer et Auer sur les propriétés anesthésiques du sulfate de

magnésie. Leurs expériences nous firent connaître ses qualités inhibitrices et dépressives (1905). Blake l'appliqua le premier l'année suivante dans un cas de tétanos humain. Il ne s'agit pas ici d'une méthode curative : le sulfate de magnésie est « un agent de thérapeutique symptomatique puissant dans le traitement du tétanos, puisqu'on l'a vu réussir là où tous les autres calmants habituels avaient échoué ». Il a donc toujours été employé concurremment avec le sérum. Mais son action sédative est remarquable : immédiatement après l'injection (Ramond et Douzy), une demi-heure (Tanton), une ou deux heures, se manifeste une sédation marquée du trismus et des contractures, qui permet au malade quelques heures de sommeil. Cette sédation dure peu : de quinze à trente heures au maximum. Il faut donc répéter les injections. Le sulfate de magnésie agit presque exclusivement sur les conducteurs nerveux dont il détermine une véritable section physiologique. Il supprime ainsi les troubles moteurs et la sensibilité, à un moindre degré cependant, ce qui diminue les causes d'excitation du système nerveux central. Le sulfate de magnésie est donc indiqué dans les cas où l'intensité des contractures et des paroxysmes fait redouter une évolution rapide.

Ce procédé cependant a des contre-indications. Les principaux accidents en sont les troubles respiratoires, causés par l'action inhibitrice du sulfate de magnésie sur les centres respiratoires, action élective en quelque sorte que faisait prévoir l'expérimentation de Meltzer et Auer. Il se produit de la dyspnée assez marquée avec bronchorrée profuse, passagère le plus souvent, mais Logan cite un cas de mort par arrêt de la respiration. Page accuse également la méthode de causer la mort en quelques heures. Les autres accidents peuvent être la conséquence de la ponction lombaire plutôt que du sulfate de magnésie : rétention d'urine, céphalée, délire, douleurs rachidiennes. Contre les accidents respiratoires, on luttera par le sulfate d'atropine, la respiration artificielle et le lavage du canal rachidien par une injection d'eau salée physiologique. Les autres accidents sont passagers et fugaces.

La technique est simple : c'est celle de la ponction lombaire. On injecte la solution à 25 p. 100 en commençant par 1 centimètre cube par 40 livres du poids du corps, soit 3 centimètres cubes à 25 p. 100 pour un adulte de 70 kilogrammes ; puis on augmente la dose jusqu'à 1 centimètre cube par 20 livres du poids du corps (Griffon et Lian). Paterson a employé la voie sous-cutanée avec succès.

Les statistiques sont peu nombreuses jusqu'alors. La méthode a le droit d'être généralisée. Elle augmente les chances de guérison à cause de l'anesthésie médullaire qu'elle provoque. Paoli, en 1909, en réunissait 25 cas avec 50 p. 100 de guérison. Mlle Khaskin obtient la même moyenne de mortalité avec 38 cas, dont 19 guérisons, malgré l'époque tardive où parfois est intervenu ce traitement.

Il nous faut encore signaler l'emploi du *chlorétone* qui n'a pas encore fait suffisamment ses preuves.

Choix du traitement. — On paraît embarrassé pour traiter un tétanique, en arrivant à la fin de la nomenclature même incomplète des moyens mis en œuvre contre le tétanos. Aucun n'est absolu, aucun ne guérit sûrement. Tous ont donné des résultats plus ou moins constants : aucun n'est le remède infaillible. Que doit faire un médecin en présence d'un blessé suspect d'infection tétanique ? Nous ne prétendons pas indiquer une ligne de conduite dont il ne faudrait se départir sous aucun prétexte. Ce serait irrationnel et impossible, mais il nous faut mettre en lumière les traitements capables de donner un peu d'espoir vis-à-vis de la plus terrible des maladies microbiennes.

Les conditions étiologiques nous montrent à l'évidence qu'en présence d'un blessé suspect, c'est-à-dire porteur d'une plaie, importante ou minime, mais souillée de terre ou de poussière ; c'est-à-dire travaillant ordinairement la terre ou le fumier, le traitement doit être prophylactique. L'*antisepsie* sera à ce moment le plus sûr préservatif du tétanos. Nous en avons vu les procédés : désinfection minutieuse, emploi de l'eau oxygénée.

Mais la prophylaxie du tétanos ne s'arrête pas à ces moyens externes. La valeur de la sérothérapie préventive est établie ; il faut absolument pratiquer l'injection de sérum : « Attendre l'éclosion du tétanos chez un suspect est une faute, agir contre une suspicion devient la règle. » (Landouzy.) Donc, injection le plus près possible de l'accident, doses fortes de préférence : 40 centimètres cubes chez l'adulte. Renouveler 20 centimètres cubes le lendemain. Répéter des injections de 10 centimètres cubes tous les huit jours, jusqu'à guérison de la plaie. La voie sous-cutanée est la plus simple ; la voie intraveineuse peut être employée si l'on craint les accidents anaphylactiques, mais il est bon de ne pas changer le mode d'introduction du sérum au cours du traitement, ou de pratiquer auparavant une injection rectale de sérum normal de cheval ou de sérum antitétanique.

Mais le point délicat est l'indication que l'on doit tirer de la plaie pour pratiquer l'injection préventive. Nous avons vu ce que c'était qu'un suspect et il vaut mieux redouter le tétanos pour une simple éraflure, peu ou pas désinfectée, que pour une fracture compliquée. Mais à ce sujet l'éducation du public est véritablement à faire, et « le médecin peut beaucoup pour la propagation de ces idées ; il doit surtout prêcher d'exemple et traiter sévèrement les blessés qui viendront vers lui ».

Si malgré ces précautions, le tétanos se déclare, nos moyens d'action sont plus limités. La sérothérapie reste encore une aide précieuse, mais dont les résultats inconstants ne nous permettent pas une assurance curative. Les formes aiguës, splanchniques, échappent complètement au sérum ; celui-ci aura plus de chances de réussite dans les tétanos à incubation lente, à allure chronique. Le sérum sera employé à hautes doses et injecté par la voie sous-arachnoïdienne, lombaire de préférence, la voie intraveineuse, la voie sous-cutanée.

Mais contre les symptômes d'excitabilité nerveuse, les traitements abondent : le chloral a fait ses preuves, il faut l'employer et à hautes doses (10 à 20 grammes par jour). Les souffrances du malade sont diminuées considérablement ; ses forces sont conservées plus longtemps. On peut lui préférer l'une des deux méthodes qui en des mains différentes ont donné de bons résultats : l'acide phénique ou le sulfate de magnésie. Il y a d'ailleurs intérêt à multiplier les observations à leur sujet.

En résumé : sérum associé au chloral d'une part ou à l'acide phénique ou au sulfate de magnésie d'autre part, cela constitue à l'heure actuelle le meilleur traitement curatif du tétanos.

Le régime alimentaire sera le régime lacté absolu,

établi surtout dans le but de ménager les reins contre l'action nocive du sérum. Il sera de préférence introduit par voie rectale pour éviter les crises dysphagiques et généralisées.

Malheureusement, il ne faut pas perdre de vue : la terrible gravité de l'infection tétanique; la rapidité parfois effrayante de son temps d'incubation; l'absence de symptômes du début, le bacille de Nicolaïer ne manifestant pas sa présence; la virulence variable de la toxine tétanique vouant à l'avance toute espèce de traitement à l'impuissance.

BIBLIOGRAPHIE

Anatomie pathologique. — FLECHTER. *Brain* 1903. — GAETANO. *Gaz. degli osped.*, 14 déc. 1902. — JOUKOWSKY. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet 1900. — ODIER. *Arch. de méd. expérim.*, juillet 1904. — ZINNO. *Arch. de méd. expérim.*, mai 1903. — J. COURMONT et DOYON. *Le Tétanos*, in Actualités médicales, Paris 1899, où l'on trouvera une bibliographie complète des travaux expérimentaux avant 1900.

Symptomatologie. Diagnostic. — ARTAUD. Th. de Paris, 1901. — BABONNEIX. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1905; — *Soc. de biol.*, 24 juillet 1909; — *Gaz. des hôpit.*, 1909, p. 1375. — BINET et TRÉNEL. *Revue de chir.*, 10 sept. 1909. — BONNIOT. *Soc. de neurol.*, 10 janv. 1907. — BINOT. Th. de Paris, 1899. — BERNHARDT. *Neurol. Centralbl.*, 1898, n° 4. — BOIX. *Revue de méd.*, 1893. — CAILLAUD. *Médecine moderne*, 18 déc. 1897. — CHAILLOUS. Th. de Paris, 1899. — CHAUFFARD. *Médecine moderne*, 1908. — CRESPIN. Th. de Paris, 1908. — P. DELBET et M. CHEVASSU. Art. TÉTANOS, *Nouveau Traité de chir.*, t. I, 1907. — DOPTER. *Gaz. des hôpit.*, 1900, n° 49. — EVLER. *Soc. de méd. de Berlin*, 4 mai 1910. — GUINON. *Revue des mal. de l'enf.*, 1906, p. 409. — GOUBEAU. *Progrès méd.*, 1910, n° 497. — GROBER. *Médecine moderne*, 1903, p. 304. — HADLICH. *Berl. klin. Woch.*, 1885. — JULIEN. Th. de Lyon, 1898-1899. — KRENTER. *Arch. f. klin. Chir.*, 1909, n° 2. — LUNA. *Gaz. sicilienne de méd. et de chir.*, 1908. — MC CALL. *Hosp. Bull. Univ. Maryland*, Balt., 1911-1912. — POCHHAMMER. *Deut. med. Woch.*, 1908. — J. RENAULT. Art. TÉTANOS, *Traité des mal. de l'enf.* — POAN DE SAPINCOURT. Th. de Paris, 1904. — SENATOR. *Berl. klin. Woch.*, 30 oct. 1905. — P.-J. TEISSIER. Revue générale, *Semaine méd.*, 25 mars 1893. — SOLMSEN. *Deut. med. Woch.*, 1897, n° 17. — ROSTOWZEW. *Berl. klin. Woch.*, 1908. — VAILLARD. Art. TÉTANOS, *Nouveau Traité de méd.*, 1910. — VILLAR. *Gaz. des hôpit.*, 1888, n° 147. — WORMS. Th. de Lyon, 1905.

Etiologie. — CANFORA. *Centralbl. f. Bakt.*, 20 déc. 1907. — CHAUFFARD. *Acad. de méd.*, avril 1903. — CHANTEMESSE et WIDAL. *Bull. méd.*, 1889. — DEBAYLE. *Soc. de méd. et hyg. trop.*, 14 avril 1910. — DIEULAFOY. Art. TÉTANOS, *Traité de pathologie interne*; — *Acad. de méd.*, mai 1903. — DEMOULIN. *Soc. de chir.*, 1907. — MATHIEU. Art. TÉTANOS, *Dict. encycl. des sc. méd.* — R. MATAS. *Assoc. amer. de chir.*, juin 1909. — SCHERB. *Bull. méd. de l'Algérie*, 1908, n° 8. — PICHEVIN. *Semaine gyn.*, 1907. — HEDDAENS. *Münch. med. Woch.*, 1908. — SANCHEZ TOLEDO et VEILLON. *Soc. de biol.*, 1890-1891. — RIETSCH. *Acad. des sc.*, 1888. — BEUMER. *Zeit. f. Hyg.*, 1888. — BOSSANO. *Gaz. des hôpit.*, 1889. — SCHNELL et BOSSANO. *Des Doctrines relatives au tétanos*, Paris 1891. — VERHOOGEN et BAERT. Bruxelles 1890. — VINCENT. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1904; — *Acad. de méd.*, nov. 1907, fév. 1908; — *Journ. de phys. et de path. gén.*, 8 juillet 1908. — RIGOLLET. *Presse méd.*, 1909. — MARTIN DE PEDRO. *Union méd.*, 1869. — SAWEROTTE. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1887.

Pathogénie. Bactériologie. — BESSON. *Technique microbiologique*, Paris 1911. — BEUMER. *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1889. — BOSSANO. *Gaz. des hôpit.*, 1889, n° 148. — G. ETIENNE. *Revue méd. de l'Est*, 1906, p. 145. — VON EISLER. *Hand. der Techn. u. Methodik d. Immunit.*, 1911. — BEHRING et KITASATO. *Deut. med. Woch.*, 1890. — DEHNE et HAMBURGER. *Wien. klin. Woch.*, 1907, n° 27. — Jean CAMUS. *Soc. de biol.*, 1910, 1911, 1912. — J. COURMONT et V. CORDIER. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 8 nov. 1890. — J. COURMONT et NOGIER. *Acad. des sc.*, 1909. — GANGOLPHE et GARDÈRE. *Soc. de chir. de Lyon*, 17 janv. 1908. — KUND FABER. *Berl. klin. Woch.*, 1890. — FLEXNER et NOGUCHI. *Amer. med. Phil.*, 1906. — VON FEDOROW. *Centralbl. f. Backt.*, 1910. — MARIE et MORAX. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1897, 1902, 1903. — LESNÉ et DREYFUS. *Soc. de biol.*, 21 mars 1908. — NICOLAS. *Soc. de biol.*, oct. 1893. — NIESEN. *Deut. med. Woch.*, 1891. — NICOLAIER. Göttingen 1885; — *Deut. med. Woch.*, 1884, n° 52 — NICOLLE et MOUTON. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1910. — PETERSON. *Zeit. f. Immunit. u. experim. Ther.*, 1910. — POSSELT. *Zeit. f. Heilk.*, 1907. — CARLE E RATTONE. *Giorn. della Accad. d. sc. med. di Torino*, mars 1884. — ARLOING et TRIPIER. *Arch. de physiol.*, 1890. — ROSENBACH. *Arch. f. klin. Chir.*, 1886. — ROSENTHAL et MARCORELLES. *Soc. de biol.*, 1908. — SCHÖNBERG. Berlin 1910. — LAROCHE. Th. de Paris, 1910. — TROISIER et ROUX. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 nov. 1909. — ROUX et BORREL. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1898. — NOCARD. *Rec. de méd. vétér.*, 1888; — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1889. — BRIEGER. *Berl. klin. Woch.*, 1887; — *Deut. med. Woch.*, 1887. — VAILLARD et ROUGET. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1892-1893. — VAILLARD et VINCENT. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1891. — VINCENT. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet 1904; — *Soc. de biol.*, 4 juillet 1908. — VERNEUIL. *Acad. de méd.*, 1889. — JUNGANO et DISTASO. *Les Anaérobies*, 1910. — TAROZZI. *Centralbl. f. Bakt.*, 1905. — HNATEK. *Revue de méd. tchèque*, 1909. — SMITH. *Trans. Chicago path. Soc.*, 1907. — BELFANTI et PESCAROLLO. *Giorn. d. Accad. med. di Torino*, juin 1888. — MEYER et RANSOM. *Arch. f. experim. Path. u. Pharm.*, 1903. — CERNOVODEANU et V. HENRI. *Soc. de biol.*, 1907. — TIFFENEAU et MARIE. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai 1908.

Sérothérapie. — VAILLARD. Sérothérapie antitétanique, in *Bibliothèque de thérapeutique* Gilbert et Carnot, vol. XI, 1909. — CHATTOT. Th. de Lyon, 1908-1909; — *Province méd.*, 1910, n° 8. — VALLAS. *Congrès de chir.*, 1902; — *Soc. de chir.*, 1907; — *Acad. de méd.*, mai-juin 1908. — LAGANE. *Presse méd.*, 1908, p. 531. — JEANBRAU. *Montpellier méd.*, 1906, p. 34. — CANONNE. *Anjou méd.*, 1909, n° 2. — SÉNÉCHAL. *Gaz. des hôpit.*, 1907. — VAILLARD. *Gaz. des hôpit.*, 1909; — *Acad. de méd.*, 1908, 28 mars 1911. — VENNAT et MICHELEAU. *Gaz. des hôpit.*, 1909. — GUINARD. *Gaz. des hôpit.*, 1909. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1908. — MARTIN et DARRÉ. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1909. — LETOUX. *Congrès de chir.*, 1901. — LEMONNIER. Th. de Paris, 1901. — VALLET. Th. de Paris, 1908. — VEZARD. *Clinique*, 1910, n° 10. — LE PLAY et DOURY. *Bull. méd.*, 1910, p. 685. — SICARD. Th. de Paris, 1899; — *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1903. — KUSTER. *XXXIVe Congrès de la Soc. all. de chir.*, 1905. — HERTEL. *Ibid.* — WIEDEMANN. *Münch. med. Woch.*, 12 avril 1910, 23 janv. 1912. — GIDEON WELLS. *Bull. méd.*, 1908, n° 67. — SHERK. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1907, n° 7. — SUTTER. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1906-1908; — *Arch. für klin. Chir.*, 1905. — DEBRAND. *Acad. de méd.*, 1902, t. II, p. 436. — ROLLIN. *Bull. méd.*, 1904. — LETULLE. *Presse méd.*, 16 janv. 1904. — FRANCHIN. Th. de Lyon, 1909 1910. — HEILMAIER. *Münch. med. Woch.*, 1910. — MENDEL. *Med. Press et circ.*, 1909. — VAN HAVRE. *Journ. de chir.*, et *Ann. de la Soc. belge de chir.*, 1910. — WAGNER. *Berl. Klin.*, 1908. — KENDIRDJY. *Clinique*, 1907. — GILLIARD. Lausanne 1908. — LUCKETT. *Med. News*, 1903. — PIED et BIRON (rapport de Vaillard). *Acad. de méd.*, 28 mars 1911. — ROWAN. *Journ. amer. med. Assoc. de Chicago*, 1910. — DAUDOIS. *Revue méd. de Louvain*, 1908. — FAYET. *Soc. de biol.*, 1909. — BLOOM. *New-Orléans Med. and surg. Journ.*, 1905-1910. — BÉRIEL. *Lyon chir.*, 1909. — VON PIRKET und SHICK. Leipzig 1905. — THAON. *XIe Congrès franç. de méd.*, Paris 1910. — Marcel LABBÉ. *Ibid.* — ARLOING. *Ibid.* — TERRIER et S. MERCADÉ. *Revue de chir.*, 10 janv. 1907. — NETTER. *Soc. de biol.*, 10 fév. 1906. — BESREDKA. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1907, p. 650. — Maurice PERRIN. *Revue méd. de l'Est*, 15 fév. 1911. — Cl. VINCENT et Ch. RICHET fils. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 22 déc. 1911. — SAVARIAUD, *Trib. méd.*, 1908. — ACHARD. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, mars 1912.

Traitement. — KUMMER. *Clinique*, Bruxelles 1907. — HARDOUIN. *Presse méd.*, 1907. — DEMMLER. *Progrès méd.*,

1907. — STRUTHERS. *Edimb. med. Journ.*, 1908. — AUBRY. *Gaz. méd. de Nantes*, 1909. — HESSERT. *Surg. gyn. and obst.*, Chicago 1909. — ORTH. *Ther. Rund.*, 1910. — GRASER. *Deut. med. Woch.*, 1910. — DIEULAFOY. *Revue gén., clin. et thérap.*, 1910. — PANCRAZIO. *Gaz. degli osped.*, 1908. — HEULLY. *Revue méd. de l'Est*, 1911. — HUTCHINGS. *Münch. med. Woch.*, 1909, p. 408. — POUCEL. *Marseille méd.*, 1er déc. 1909. — P. HANOS. *Mitt. aus den Grenzg. Med. und Chir.*, vol. XVIII, nº 3. — STERNAM. *Amer. Journ. clin. med.*, Chicago 1909. — PORTER. *Surg., gyn., obst.*, Chicago, août 1906. — NETTER et SALOMON. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 23 avril 1903. — JOLY. *Journ. des prat.*, 1908, p. 760. — SZALARDI. *Semaine méd.*, 1905, p. 427. — PELICAUD. *Lyon méd.*, 1905, p. 103. — ALMAGIA et MENDES. *Riforma med.*, 15 juin 1907. — CURTILLET. *Bull. méd. de l'Algérie*, 1908. — ARDIN-DELTEIL, RAYNAUD et COUDRAY. *Progrès méd.*, 12 août 1911. — VINCENT. *Soc. de biol.*, déc. 1907, 9 mai 1908. — LOURTIES. *Journ. des prat.*, 29 fév. 1908. — MAC-CRAUN et ALLISON. *Semaine méd.*, 1904. — GUERCHE. Th. de Paris, 1910-1911. — D'ESPINE. *Soc. méd. de Genève*, 10 mars 1910. — GRENET. *Arch. gén. de méd.*, 1905. — BACELLI. *XVe Congrès de la Soc. ital. de méd. int.*, Gênes, oct. 1905; — *Berl. klin. Woch.*, 5 juin 1911. — LOP. *Gaz. des hôpit.*, 1910. — GAILLARD. *Soc. méd. des hôpit.*, 31 mai 1907. — IMPERIALI. *Journ. de méd. milit.*, 1910. — WOODS. *Brit. Phys.*, 1899. — PONCET et DELORE. *Gaz. des hôpit.*, 1901. — ARNOZAN. *Ibid.*, 1902. — CHAUFFARD. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1902. — CLAUDE. *Ibid.*, 1902. — PHILIPS. *Brit. med. Journ.*, 1909. — GUIBÉ. *Clinique*, 1907. — RIVET. *Bull. gén. de thérap.*, t. II, 1910. — RAMOND et DOURY. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1908. — TANTON. *Progrès méd.*, 16 janv. 1909. — LOGAN. *New-Orleans Med. and surg. Journ.*, mai 1906. — PAGE. *Brit. med. Journ.*, 29 janv. 1910. — GRIFFON et LIAN. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1908. — ROGER et RIVES. *Journ. méd. franç.*, 1909, nº 6. — PATERSON. *The Lancet*, 2 avril 1910. — PAOLI. Th. de Paris, 1909. — KHASKIN. Th. de Montpellier, 1910. — HUTCHINGS. *Ann. surg. Assoc. of Phil.*, 1909. — HOBBS et SHEAF. *Brit. med. Journ.*, 29 oct. 1910. — MELTZER et AUER. *Med. record*, 1905; — *Journ. of experim. Med.*, 1906; — *Internat. clin. Phil.*, 1907. — BLAKE. *Ann. surg. Phil.*, 1906. — CRUVEILHIER. *Soc. de biol.*, 1908. — MARTIGNON. Th. de Paris, 1908. — LENORMANT et JOSSET-MOURE. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1909. — DEBRÉ. *Ibid.*, 1909. — SICARD et DREVET. *Ibid.*, 1909. — RIVET, BRICOUT et WEILL. *Tribune méd.*, 1909. — ROBINSON. *Journ. amer. Assoc.*, Chicago 1907. — GREELEY. *Ibid.*, 1907. — POWERS. *Med. record*, 1908. — LEMOINE et GÉRARD. *Lipoïdes et paratoxine*, Paris 1912.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décret en date du 2 avril 1912, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe de réserve. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active retraités Sudour et Jarry.

Au grade de médecin-major de première classe de réserve. — M. le médecin-major de première classe de l'armée active Bailly.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Lalitte et Goulon.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active démissionnaires Bouffandeau et Trenel.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée active démissionnaires Armengaud, Yvert et Rudler.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Bétuel, Nicoloff, Roussy, Brisset, Moyrand, Lemeland, Strochlin, Braun, Harvier, Metzger, Maumus, Duperié, Delmas, Robert, Aubert, Rendu, Jodka, Chambard, Lagarrigue, Desnoues, Loques, Cantin, Couput, Gaignier, Lenief, Montalier, Padovani, Pinchon, Lévy, Gontier, Funel, Chevallier, Authier, Durand, Rehm, Tourasse, Rousseau, Bertrand, Devaux, Laroche, Hénouille, Desvaux de Lyf, Dubuisson, Audibert, Kemhadjian, Bailleul, Pasquet, Metter, Zivré, Vinchon, Toupet, Jacquemin, Patenostre, Butel, Boutet, Verger, Gaillard, Eréhier, Dartevelle, Régnier, Chapel, Lerat, Derancourt, Bosc, Evrard, Prieur, Corbin, Guibert, Alary, Monier, Cuny, Cazaux, Ricoux, Nuville, Guillon, Durville et Bijon.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Lemaire, Roussel et Oppert.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret en date du 2 avril 1912, ont été nommés dans la réserve du corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de première classe retraité Preux.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin principal de deuxième classe retraité Roques.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de première classe retraités Sévère et Portel.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe démissionnaire et retraité Le Gorgeu et Rul.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le médecin aide-major de première classe démissionnaire Paramananda-Mariadassou.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — M. le médecin aide-major de deuxième classe démissionnaire Dissez.

L'INSTITUT MÉDICO-LÉGAL. — La loi approuvant la convention passée entre l'Etat et le département de la Seine pour la création à Paris d'un institut médico-légal comprenant l'ensemble des services administratifs et d'enseignement actuellement installés dans les bâtiments de la Morgue vient d'être promulguée.

Le nouvel institut médico-légal qu'il s'agit de créer est destiné aux services de reconnaissance des cadavres inconnus, des autopsies judiciaires et des expertises médico-légales ainsi qu'à l'enseignement intégral, avec travaux de laboratoire et exercices pratiques, de la médecine légale.

Un décret rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique réglera tout ce qui concerne l'enseignement et les recherches scientifiques ainsi que la disposition des sujets déposés à l'institut et non réclamés par les familles. Pour ces divers services, l'institut médico-légal sera affecté à l'université de Paris.

L'institut médico-légal sera construit sur un terrain d'une superficie de 2 000 mètres, sis place Mazas, dans la partie la plus rapprochée du pont métallique du Métropolitain sur la Seine, lequel terrain sera fourni à cet effet par le département, après entente avec la Ville de Paris, qui en est propriétaire.

Le département de la Seine se charge de l'exécution et de la direction des travaux.

La part de l'Etat dans la dépense totale évaluée à un million de francs ne dépassera dans aucun cas la somme de 500 000 fr.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la treizième semaine, 1029 décès au lieu de 988 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1056 moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

La rougeole est encore signalée fréquemment dans les faubourgs, mais le nombre des décès causés par cette maladie est en décroissance.

Les autres maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

SULFUREUX POUILLET

IODO-MAÏSINE



Fds de : 1o Raffineur de Glycérine ; 2o Fabricᵗ de Glycérophosphate de Chaux et d'Acide Phosphorique à Noisy-le-Sec, 3, *route Nationale*. Adj. ét. Me ARON, not., 28, ave Opéra, 20 avril, 2 h. Mᵉ à p. pouvᵗ être baiss. 80 000 fr. Cons. 5 000 fr. S'adr. Me PRUVOST, synd., 5, r. Anc.-Comédie, et au not.

NOUVEAU

Bandage Claverie

BREVETÉ S. G. D. G.

Supprime le ressort — Procure, sans gêne, une contention douce et parfaite de tous les cas de HERNIE

Franco Brochure et Feuilles de Mesure.

ÉTABLISSEMENTS A. CLAVERIE
234, faubourg Saint-Martin, PARIS
Ouverts tous les jours (même dimanches et fêtes) de 9 heures à 7 heures.
TÉLÉPHONE : 403-71

DIABÈTE Le pain Desvilles au Soya est tendre et il a de la mie. Il contient très peu d'amidon. Le pain de Soya a été *approuvé* par l'*Acad. de Méd.*, sce du 29 mai 1888. Pain de Soya Desvilles, boîte **6f**; Farine de Soya Desviles pr faire soi-même son pain, kilo **4f**. **E. Desvilles**, Phien, 24, r. Etienne-Marcel, Paris.



N° 42. — MARDI 9 ET JEUDI 11 AVRIL 1912. 85e ANNÉE. MARDI 9 ET JEUDI 11 AVRIL 1912 — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de M. le docteur Mouriquand.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Winter, chef des travaux chimiques à la clinique médicale (hôpital Saint-Antoine), est admis sur sa demande à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. le docteur Soulé, préparateur du laboratoire de physiologie, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1911-1912, chef des travaux de physiologie.

— Le Conseil municipal de Bordeaux vient de voter le projet suivant :

« Une somme de 4000 francs, à prélever sur le crédit d'emploi des revenus du legs Godard, sera mise à la disposition de l'Université de Bordeaux, à titre de concours de la ville à la création d'une chaire d'art dentaire à la Faculté de médecine.

La ville de Bordeaux s'engage à maintenir pendant trente ans, à dater de la nomination du titulaire, sa subvention à cette chaire, à charge par l'Université de Bordeaux d'assurer le fonctionnement régulier tant de cet enseignement que de la clinique correspondante. »

GUERRE. — M. le médecin inspecteur Mignon, directeur du service de santé du 6e corps d'armée, a été nommé, tout en conservant ses fonctions actuelles, membre du comité consultatif de santé, en remplacement de M. le médecin inspecteur Calmette, appelé à un autre emploi.

MARINE. — Par décision ministérielle du 5 avril 1912, le nombre des élèves à admettre à l'Ecole principale du service de santé de la marine, à la suite du concours de 1912, a été fixé comme suit :

Ligne médicale : 65 élèves, dont 40 pour les troupes coloniales et 25 pour la marine.

Ligne pharmaceutique : 4 élèves, dont 3 pour les troupes coloniales et 1 pour la marine.

— Service de santé de la marine. — La démission de son grade offerte par M. Cousin, médecin principal de la réserve de l'armée de mer, est acceptée.

Sur la proposition du conseil de santé du port de Toulon, M. le médecin de deuxième classe Mauran, du port de Toulon, est distrait de la liste générale de désignation pour une période de six mois.

M. le médecin principal Autric, du port de Toulon, est désigné pour embarquer sur le *Vergniaud*.

M. le médecin principal Dufourcq, du port de Rochefort, est désigné pour remplir les fonctions de médecin-major de l'établissement de la pyrotechnie de la marine à Toulon.

M. le médecin de première classe Letrosne, du port de Toulon, est désigné pour prendre les fonctions de médecin en sous-ordre à l'ambulance de l'arsenal de Toulon.

— Prix de médecine navale. — Le prix de médecine navale est attribué, pour l'année 1911, à M. le médecin principal Vergues, du port de Cherbourg, pour son travail intitulé : « L'Oreille et la fièvre typhoïde. »

D'autre part, il est accordé à cette occasion : 1° Une mention honorable à MM. Guéguen, pharmacien principal (Etude gravimétrique et titrimétrique en chimie analytique), et Michel (A.-V.), médecin de première classe (Rapport sur l'état sanitaire et la situation hygiénique du bataillon des apprentis fusiliers, déc. 1910-mai 1911);

2° Un témoignage officiel de satisfaction, par ordre alphabétique, à :

M. Bartet, médecin de première classe (quatre ans au service des tuberculeux à l'hôpital maritime de Rochefort);

M. Dufranc, médecin de première classe (Rapport sur la campagne de pêche à Terre-Neuve en 1911);

M. Duranton, médecin principal (Rapport d'inspection générale du *Kléber*, division navale d'Extrême-Orient);

M. Fichet, médecin de première classe (Rapport sur l'hygiène à bord du *Lavoisier* et sur la pêche en Islande);

RENSEIGNEMENTS

M. Gloaguen, médecin de première classe (Rapport d'inspection générale du cuirassé *Justice*);

M. Henry, pharmacien principal (Notes de laboratoire relatives aux procédés analytiques des huiles);

M. Valence, médecin en chef de deuxième classe (Rapport d'inspection générale de la division légère de la deuxième escadre);

M. Varenne, médecin de première classe (Rapport d'inspection générale du cuirassé *Bouvet*).

La vaccination antityphoïdique dans la marine. — Le ministre de la Marine vient, dans une circulaire, d'autoriser l'application dans la marine de la vaccination antityphoïdique, sous réserve que cette méthode préventive demeurera facultative. A la circulaire est jointe une instruction établie par M. le professeur Chantemesse.

Société médico-chirurgicale des docteurs de Paris parlant espagnol. — Deux de nos confrères, le docteur Dartigues, chef de clinique gynécologique de la Faculté de médecine, et notre collaborateur le docteur Gaullieur L'Hardy ont eu l'heureuse idée de créer un groupement des docteurs en médecine exerçant à Paris, ou y résidant, qui parlent la langue espagnole. Ils ont déjà recueilli de nombreuses adhésions et très prochainement sans doute la Société sera appelée à approuver les statuts élaborés par les organisateurs. « Il n'y aura, disent ceux-ci dans leur lettre-programme, aucune coterie dans notre groupement, aucun titre honorifique spécial pouvant faire dévier sur certaines têtes prédominantes tous les avantages d'influence ou autres, et l'égalité la plus stricte règnera entre tous les membres. Il y aura simplement un bureau pour assurer la marche régulière de la Société. »

Nous ne pouvons qu'applaudir à un tel projet et nous nous empressons de faire connaître à ceux de nos lecteurs qui parlent la langue espagnole, qu'ils peuvent faire parvenir leur adhésion soit au docteur Dartigues, 85, rue de la Pompe, soit au docteur Gaullieur L'Hardy, 18, avenue Trudaine.

Ier Congrès international de pathologie comparée, à la Faculté de médecine de Paris, du 17 au 23 octobre 1912 — Organisé par la Société de pathologie comparée, ce Congrès s'occupera non seulement des maladies communes à l'homme et aux animaux dans toute la série, mais aussi des rapports pouvant exister entre les maladies des différentes espèces.

Il s'occupera également de pathologie végétale et des relations possibles entre certaines maladies des plantes et celles des animaux.

Les questions à l'ordre du jour sont :

Tuberculose. — Diphtérie humaine et aviaire. — Cancer. — Variole et vaccine. — Parasites communs à l'homme et aux animaux. — Affections nerveuses. — Rage. — Etude comparative des cirrhoses. — Pathologie des animaux inférieurs. — La scarlatine expérimentale. — Le lait. — Pathologie végétale. — Communications diverses.

Le Comité de patronage est composé de :

MM. les membres du Gouvernement français;

MM. les professeurs Bouchard et Chauveau, présidents d'honneur;

M. Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris;

MM. les professeurs Achard, Blanchard, Chantemesse, Delbet, Letulle, Albert Robin, Widal, de la Faculté de médecine de Paris;

MM. Yves Delage et Matruchot, de la Faculté des sciences de Paris;

MM. Capitan et Henneguy, du Collège de France;

MM. Vaillard et Vincent, du Val-de-Grâce;

MM. Calmette (de Lille), Jules Courmont et Paul Courmont (de Lyon), Ferré (de Bordeaux), Macé (de Nancy), Maurel (de Toulouse), Rodet (de Montpellier), Cadiot, G. Petit, Railliet, Vallée (d'Alfort), Faure, Cadéac, Neumann (de Lyon), Labat (de Toulouse), Leclainche, chef des services sanitaires; Hallopeau, Jeanselme, Launois, Netter, Tuffier, agrégés de la Faculté de Paris; Roux, directeur, Metchnikoff, sous-directeur, et Borrel, de l'Institut Pasteur; Balzer, Benjamin, Lucet, Mosny, de l'Académie de médecine; A. Barrier, chef des services vétérinaires militaires; Gentit, médecin inspecteur général: Nicolle, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis; Hirtz, Le Gendre, J. [illegible]visin, médecins des hôpitaux; O. Larcher, docteur en médecine; Liautard, fondateur de l'Ecole vétérinaire de New-York.

Président : M. Roger, professeur de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de médecine.

Secrétaire du Comité : M. Garnier, médecin des hôpitaux.

Secrétaire général : M. Grollet.

Les adhésions et toute la correspondance devront être adressées au secrétaire général : M. Grollet, 42, rue de Villejust.

Nécrologie. — On annonce la mort de MM. les docteurs Imbert-Goubeyre, ancien professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, et Lacombe (de Saint-Privat, Ardèche).

Clinique annexe d'oto-rhino-laryngologie. — Cours d'été. — Tableau général des cliniques, conférences et exercices pratiques qui seront donnés dans le service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1911-1912.

1° *Enseignement clinique permanent.* — L'enseignement clinique par M. Pierre Sébileau, agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, chargé de cours d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital Lariboisière a lieu tous les matins à neuf heures.

2° *Cours pratique et élémentaire de technique otor-hino-laryngologique.* — Ce cours sera fait par M. Sébileau, assisté de MM. Lemaître et Halphen. Il commencera le mardi 16 avril 1912, à neuf heures, à Lariboisière (salle des conférences) et continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Il comprendra douze conférences. Ce cours essentiellement pratique est destiné aux docteurs et étudiants qui désirent suivre le service pendant l'année scolaire ou qui veulent avoir des notions générales de spécialité. Les élèves seront exercés individuellement au maniement du laryngoscope et des divers instruments employés en oto-rhino-laryngologie. Ce cours est obligatoire et gratuit pour les stagiaires de la Faculté inscrits dans le service. Pour les autres auditeurs le droit à verser est de 50 francs. Se faire inscrire dans le service.

3° *Cours pratique et élémentaire de clinique oto-rhino-laryngologique.* — Ce cours (avec présentation de malades) commencera le mardi 14 mai 1912, à neuf heures (hôpital Lariboisière), salle des conférences; il se continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure et se terminera en juillet 1912. Il sera fait par MM. Juin et Bouteil et les internes du service. Ce cours est obligatoire et gratuit pour les stagiaires inscrits dans le service. Pour les autres auditeurs le droit à verser est de 50 francs. Se faire inscrire dans le service.

4° *Cours complémentaire de perfectionnement.* — Cet enseignement sera fait sous la direction de M. Sébileau; il comprendra : *a.* Des conférences d'anatomie chirurgicale spéciale par MM. Grivot et Rouget. Ces conférences auront lieu les lundi 27, mercredi 29 et vendredi 31 mai 1912, à deux heures et demie, à l'amphithéâtre des hôpitaux. *b.* Un cours d'opérations spéciales par MM. Sébileau, Lombard, Lemaître et Grivot. Ce cours commencera à deux heures et demie, le lundi 3 juin 1912, à l'amphithéâtre des hôpitaux. Il se continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure jusqu'au 26 juin inclus. *c.* Des conférences sur l'acoumétrie et l'exploration fonctionnelle de l'appareil auditif par M. Halphen. Ces conférences auront lieu le matin, à neuf heures, à l'hôpital Lariboisière les 22 et 29 mai et 5 juin 1912. *d.* Des conférences théoriques et pratiques de broncho-œsophagoscopie par M. Lemaître. Ces conférences auront lieu le matin, à neuf heures, à l'hôpital Lariboisière, les mardi 25, mercredi 26 et jeudi 27 juin 1912, et l'après-midi à deux heures à l'amphithéâtre des hôpitaux le vendredi 28 juin 1912. *e.* Des conférences d'anatomie pathologique et de bactériologie à l'usage des spécialistes par M. André, chef de laboratoire. Ces conférences auront lieu du 1er au 8 juillet 1912 les lundi, mercredi et vendredi, à deux heures. Le droit à verser pour l'enseignement complémentaire de perfectionnement est de 150 francs. On peut s'inscrire pour un seul cours; le droit à payer est de 60 francs. Se faire inscrire dans le service.

Des certificats d'assiduité pourront être délivrés aux élèves à la fin des cours.

LE

TYPHUS EXANTHÉMATIQUE DE L'ENFANT

SON IMPORTANCE AU POINT DE VUE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Par MM. Charles NICOLLE,
Directeur de l'Institut Pasteur de Tunis,

et E. CONSEIL,
Chef du bureau municipal d'hygiène de Tunis.

Au cours des épidémies de typhus exanthématique qu'il nous a été donné de suivre en Tunisie depuis 1906, nous avons été frappés de la rareté des cas chez l'enfant. Il est exceptionnel, en effet, de trouver dans un gourbi infecté des enfants de moins de dix ans frappés par la maladie, bien que les conditions y soient les mêmes pour eux que pour leurs parents malades, qu'ils restent couchés à leurs côtés et qu'ils portent comme eux d'innombrables piqûres de parasites.

En 1906, nous n'avons eu aucun enfant à soigner sur 37 malades hospitalisés.

Les quelques cas observés en 1907 et 1908 concernent uniquement des adultes.

En 1909, sur 836 typhiques signalés à Tunis, nous ne trouvons que 4 enfants de cinq à dix ans et 4 au-dessous de cinq ans; aucun de moins de trois ans.

En 1910, sur 148 cas, nous ne rencontrons que 2 enfants au-dessous de cinq ans et 4 de cinq à dix ans.

Parmi les 179 cas observés en 1911, il n'y avait que 2 enfants de moins de cinq ans et 2 de cinq à dix ans.

Jamais nous n'avons rencontré la maladie chez le nourrisson bien qu'il nous soit souvent arrivé de voir des mères atteintes de typhus exanthématique continuer à allaiter leurs enfants.

Dans toutes les relations récentes d'épidémies que nous avons parcourues, le même fait a été noté. Dornier (1) à Aïn Beida, en 1909, observe 9 malades au-dessous de cinq ans et 12 de cinq à dix ans sur 110 typhiques. Gardon (2) à Alger, en 1910, ne trouve aucun cas au-dessous de cinq ans sur 204 malades. Cardaliaguet (3), dans une épidémie localisée à la campagne (Kroussiah-Sahali) et qui atteignait la plus grande partie de la population ne voit pas de malades au-dessous de sept ans. Poujol (4), sur 48 cas, à Aïn Bessem ne trouve que 2 enfants de zéro à cinq ans, atteints de forme bénigne. Provotelle (5) au cours d'une épidémie dans la région de Gafsa remarque que, sur 36 malades, tous étaient des adultes, sauf une fillette de quatre ans. Murchison (6), dans une statistique portant sur 18 138 cas, n'avait trouvé que 234 cas au-dessous de cinq ans, c'est-à-dire seulement 1,29 p. 100 et il faisait remarquer que la morbidité augmente avec l'âge pour présenter son maximum chez l'adulte.

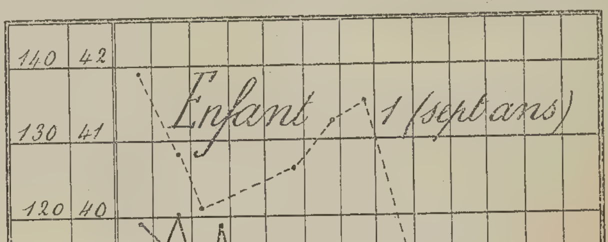
Cette immunité de l'enfance paraît encore plus marquée lorsqu'on examine la mortalité. A Tunis, les statistiques des dernières années ne comportent aucun décès par typhus au-dessous de cinq ans et seulement 2 de cinq à dix ans. Murchison, recherchant la mortalité sur les cas admis au London Fever Hospital pendant vingt-trois ans, arrive à cette conclusion que, dans la jeunesse, le typhus est loin d'être une maladie grave.

On pouvait supposer, d'après ces faits, ou bien que le typhus était véritablement rare chez l'enfant ou bien qu'il se présentait chez lui sous une forme si bénigne que les cas en passaient inaperçus.

C'est cette dernière opinion qui est la vraie. Nous avons pu, en effet, recueillir pendant les années 1910 et 1911 5 observations authentiques et bénignes de typhus exanthématique chez des enfants.

Dans les deux premiers cas, il s'agissait d'enfants indigènes d'un même gourbi et dont les parents ainsi qu'un frère adolescent (quatorze ans) étaient atteints de fièvre exanthématique classique. Ces enfants ne paraissaient pas malades et seule l'élévation de la température permit de reconnaître chez eux la maladie.

Observation I. — Indigène, sexe masculin, sept ans, entre le 2 mai 1910 à l'ambulance de la Rabta (Tunis) avec sa famille. Malgré sa température élevée (39°8), il ne paraît point très malade, mais simplement grognon et un peu abattu. La langue est sale, la rate normale, le ventre à peine ballonné sensible à la pression ; il est difficile de maintenir l'enfant au lit, il veut se lever et courir dans le barraquement. Eruption de pétéchies très difficile à affirmer au milieu de nombreuses lésions de phtiriase ; pouls 140 ; pas de symptômes pulmonaires. Même état avec constipation jusqu'au 5 mai; l'enfant paraît alors plus abattu, la langue et l'arrière-gorge s'encrassent de mucosités et quelques taches pétéchiales plus nettes apparaissent.



Courbe I.

Le 7 mai, il présente dès le matin un peu d'agitation et du délire pendant la nuit ; la langue et les lèvres sont recouvertes de fuliginosités. Le 8 mai, malgré un léger degré de prostration, il réclame à manger.

(1) Dornier. Une épidémie de typhus à Aïn Beida, *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, juin 1910.

(2) Gardon. Sur l'épidémie de typhus observée à Alger en 1910, *Bull. méd. de l'Algérie*, 25 septembre 1910.

(3) Cardaliaguet. Rapport au gouvernement tunisien, décembre 1910.

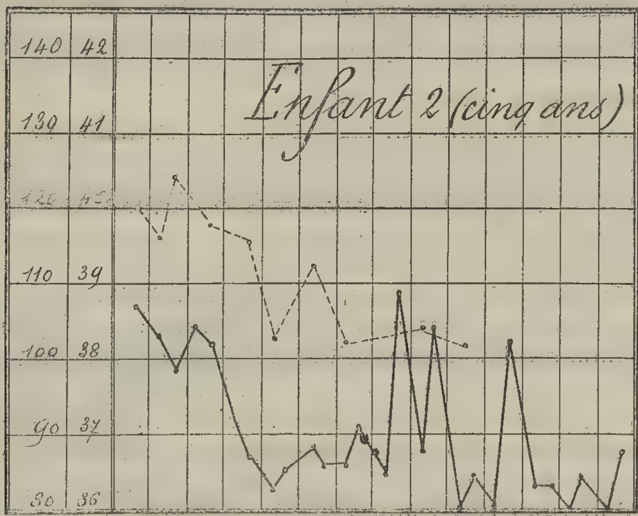
(4) Poujol. Relation d'une épidémie de typhus à Aïn Bessem. *Bull. méd. de l'Algérie*, décembre 1910.

(5) Provotelle. Note sur l'épidémie de typhus exanthématique de la région de Gafsa (1910), *Tunisie méd.*, 15 juillet 1911.

(6) Murchison. *Le Typhus exanthématique* (Traduction Dubief et Thoinot), p. 60 et 329.

Dès le 10 mai, en même temps que la température tombe définitivement, l'enfant reprend son état normal, ne conservant qu'un peu de somnolence pendant deux ou trois jours.

Obs. II. — Frère du précédent, âgé de cinq ans, entre à



Courbe II.

l'hôpital en même temps que lui; il paraît encore moins malade et, si le thermomètre ne marquait 38°7, on n'aurait aucune raison de songer au typhus; pouls 120, langue saburrale. Comme le précédent, il est couvert de taches de phtiriase sans rien qui ressemble à une éruption pétéchiale.

Le 3 mai, il ne présente aucun symptôme particulier et cependant reste un peu abattu sans vouloir se lever. Pouls 125. Le même état persiste jusqu'au 6 mai où la température tombe.

Le 8 mai, douleurs de l'oreille droite. Otite moyenne, entraînant un peu de fièvre vespérale et s'évacuant spontanément le 11 mai. Convalescence très rapide.

En dehors de ces deux enfants, de leur grand frère et de leurs parents tous atteints, *une petite sœur de huit mois* se trouvait dans le même gourbi. Elle était et a continué d'être allaitée par sa mère. Nous avons suivi cet enfant et sa température a été prise pendant vingt jours consécutifs; elle n'a montré aucun symptôme, si léger fût-il, ni la moindre élévation thermique.

Etant données les conditions où se trouvaient ces enfants, il ne nous paraît point douteux que les deux premiers aient fait un typhus fruste, auquel leur toute jeune sœur, seule de la famille, a échappé.

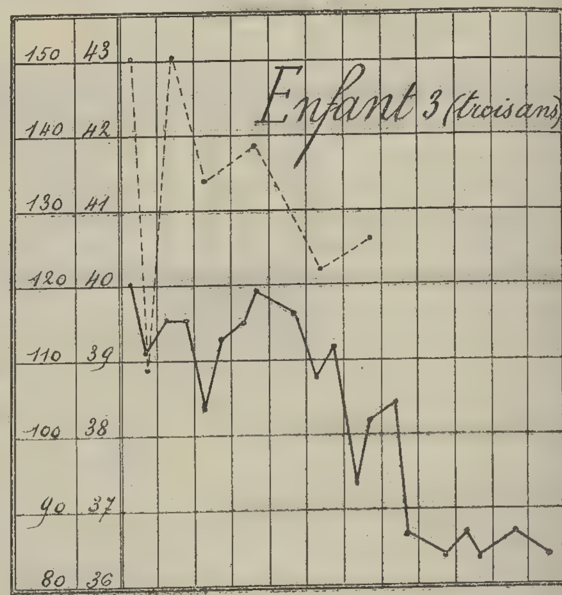
L'observation suivante confirme expérimentalement cette manière de voir.

Obs. III. — Enfant de trois ans, provenant d'un gourbi où ont été trouvés plusieurs malades. Lors de notre premier examen (4 juin 1910) l'enfant, malade depuis deux jours, présente, malgré une température de 39°9 et un pouls à 160, un état général assez satisfaisant. Il joue sur son lit et ne se plaint guère que de douleurs de tête. Les parents ont seulement remarqué un peu d'abattement et un changement de caractère qui le rendait grognon.

Le 16 juin, il est plus abattu, la langue est saburrale, il a de la diarrhée et présente une éruption discrète de petites taches lenticulaires. Il n'a ni ballonnement du ventre, ni hypertrophie de la rate. Température : matin, 39°5; pouls, 150. Température : soir, 39°5; pouls, 140.

La notion de contagion nous ayant fait porter le diagnostic probable de typhus, *un singe est inoculé* avec 4 centimètres cubes de sang de l'enfant dans la cavité péritonéale.

Les 17 et 18 juin, l'état général est plutôt amélioré; diarrhée avec rejet de plusieurs ascaris. Le 19 juin, la température remonte à 39°6, l'enfant est plus abattu, l'exanthème est net et caractéristique. Le 20 juin, en même temps que la température s'abaisse, l'état général s'aggrave. La langue est rôtie; apparition de foyers de broncho-pneumonie occasionnant une violente dyspnée.

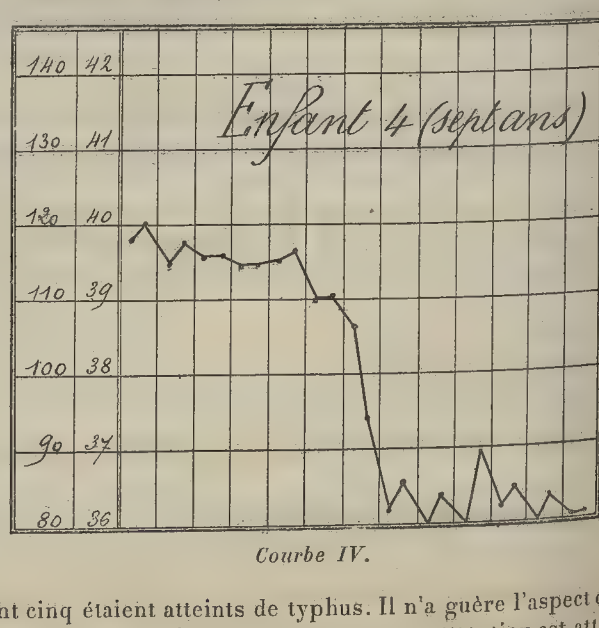


Courbe III.

Le 21 juin, amélioration très nette; l'engouement pulmonaire a diminué; la température tombe à la normale et en quelques jours la convalescence est complète.

Bien que cet enfant ait présenté des symptômes beaucoup plus accentués que ceux des précédentes observations, il eût été bien difficile, en l'absence de la notion d'épidémie, de porter le diagnostic de typhus. Un doute même aurait subsisté, si le singe inoculé n'avait contracté, après une incubation de huit jours, une infection typique qui fut le point de départ d'un second passage positif par animal.

Obs. IV. — Enfant indigène de sept ans, trouvé le 27 mai 1911 dans un réduit où logeaient une dizaine de miséreux



Courbe IV.

dont cinq étaient atteints de typhus. Il n'a guère l'aspect d'un malade et c'est seulement parce que notre attention est attirée

sur le typhus des enfants que nous lui mettons le thermomètre; celui-ci monte à 39°8, le pouls bat à 130. La langue est un peu saburrale. L'enfant dit ne souffrir qu'un peu de la tête; il n'est nullement abattu, et dès son arrivée au lazaret réclame à manger. Le sang ne contient pas d'hématozoaires, et le séro-diagnostic est négatif pour les fièvres typhoïde et méditerranéenne.

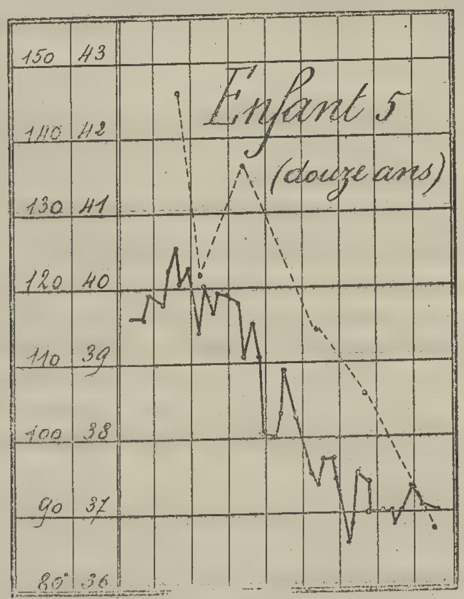
Les jours suivants, le même état persiste. L'enfant n'est nullement abattu et cause sans cesse avec ses voisins bien que sa température se maintienne d'une façon constante audessus de 39°5 et son pouls vers 140. Le 29 mai, il semble exister une éruption très discrète, formée de toutes petites taches rosées qui sont déjà disparues le lendemain.

Le 2 avril, la chute de température brusque habituelle du typhus se produit et aucune période de dépression ne l'accompagne.

Dès le 5 avril, il demande à sortir et, le 8 avril, après une convalescence extraordinairement rapide pendant laquelle il n'a présenté ni abattement, ni abaissement de la tension sanguine, il essaie de se sauver du lazaret.

Bien que d'une façon moins fréquente, le typhus revêt parfois aussi chez les enfants plus âgés une forme légère.

Obs. V. — Enfant indigène de douze ans, trouvé le 11 mai 1911 dans un fondouk au contact de typhiques. Il est luimême malade depuis huit à neuf jours, se levant, mais contraint de s'aliter la plus grande partie de la journée à cause de



Courbe V.

violents maux de tête. Il n'est cependant point très abattu, cause bien, ne présente pas d'éruption nette. Mais la température élevée (39°6), le pouls rapide (135), un léger tremblement fibrillaire des muscles, la constipation persistante, l'état saburral de la langue et l'épidémie concomitante nous font porter le diagnostic de typhus.

En effet, le lendemain, l'éruption est indiscutable, visible surtout sur le ventre où elle se présente sous forme de petites pétéchies très nombreuses.

Le sérum n'agglutine ni le bacille typhique, ni le *micrococcus melitensis*, il n'y a point d'hématozoaires dans le sang.

Les 14 et 15 mai, la fièvre tombe en lysis, sans que le malade ait jamais présenté un aspect vraiment typhique. La convalescence est rapide; il quitte l'hôpital le 25 mai.

Ces observations prouvent que l'enfant peut contracter le typhus aussi bien que l'adulte, mais que, chez lui, l'infection est généralement fruste et bénigne (le typhus de l'enfant 3 a évolué en huit jours).

Cette forme semble bien être la forme habituelle de l'enfance. Les rares observations que nous avons rencontrées dans les relations d'autres épidémies confirment cette manière de voir. Dornier signale le cas d'une fillette de deux ans qui eut un typhus très léger avec éruption discrète ayant évolué en sept jours, et celui d'un autre enfant d'un an, partiellement sevré, qui eut deux jours de fièvre sans autre symptôme.

L'analogie entre le typhus exanthématique et la fièvre jaune est à ce point de vue complète. L'enfant contracte ces deux maladies aussi bien que l'adulte, mais il montre une sensibilité infiniment moindre que celui-ci et d'autant plus faible qu'il est lui-même plus jeune. Le tableau clinique de l'enfant atteint de fièvre exanthématique rappelle exactement celui des singes infectés expérimentalement. Au début, nul signe, malgré une température souvent très élevée; plus tard seulement paraissent les symptômes communs : abattement, faiblesse, perte d'appétit, amaigrissement, etc.; puis, quelques jours après la défervescence, retour rapide à la santé.

Les tout jeunes enfants semblent réfractaires et cette immunité est à rapprocher de celle des nourrissons contre les fièvres éruptives que signalait récemment G. Variot (1).

Nous avons vu que, seule de sa famille, une petite fille de huit mois, nourrie par sa mère, a échappé à une contamination à laquelle elle était exposée au même degré que ses parents et frères.

Conclusions. — L'enfant, en particulier le nourrisson, présente une immunité relative vis-à-vis du typhus exanthématique. La maladie revêt généralement chez lui une forme fruste et bénigne à peu près impossible à reconnaître en dehors de la notion d'épidémicité.

Le typhus de l'enfant offre cependant, au point de vue de la contagion, une importance égale à celui de l'adulte, les cas méconnus jouant souvent le rôle capital dans la conservation du virus et la création des foyers de la maladie.

Pour cette raison surtout, le typhus exanthématique de l'enfant mérite d'attirer l'attention de l'épidémiologiste et du médecin.

TROIS CAS
DE
PAROTIDITE SUPPURÉE CHEZ DES ALIÉNÉS

Par R. HORAND et P. PUILLET.

Nous avons eu l'occasion d'observer trois cas de parotidite suppurée chez des aliénés qui nous ont paru intéressants à plusieurs points de vue. Voici les observations de ces malades.

---

(1) G. Variot. L'immunité des nourrissons contre les fièvres éruptives et certaines maladies infectieuses, *La Clinique infantile*, 15 oct. 1911.

Observation I. — Ap..., manœuvre, trente-huit ans, entre le 24 octobre 1910 à l'hôpital Saint-Pothin (service du docteur Courmont). Dans la nuit, il est pris d'un violent accès d'agitation, brise plusieurs objets, frappe les infirmiers, pousse des cris; son état d'agitation anxieuse est tel qu'on doit lui mettre la camisole. Le 25, il paraît plus calme, mais l'agitation reprit et on doit l'envoyer à l'asile de Bron (certificats des docteurs Savy et Rousset).

A son entrée à l'asile il gémit constamment, est dans un demi-mutisme, très anxieux avec agitation par intervalles, hallucinations pénibles, le regard brillant, le visage inquiet, les gestes brusques et saccadés; il déchire ses draps, prononce quelques paroles sans suite, à voix très basse. Il s'alimente difficilement; il a un léger disque d'albumine dans les urines; sa température est de 38°5. On ne relève rien à l'examen somatique. Le certificat de vingt-quatre heures porte le diagnostic de mélancolie anxieuse avec agitation et hallucinations.

Cet état persiste jusqu'au 5 novembre. On constate alors une volumineuse tuméfaction de la région parotidienne droite qui est survenue très rapidement; la pression à ce niveau est très douloureuse; la peau est chaude, tendue, rouge; l'état général est mauvais; le pouls est petit, rapide; la langue saburrale, l'haleine fétide; la température est de 38°5; le malade est atteint d'une constipation opiniâtre depuis son entrée. On le purge, on soutient son cœur par des injections de spartéine et d'huile camphrée, on le met au régime lacté (l'albumine n'a pas augmenté).

Le 6 novembre la température s'élève à 40 degrés, le 7 elle est de 38 degrés, le 8 elle atteint 40°5 et retombe le 9 à 37°2. On constate une fluctuation profonde de la région parotidienne et on peut voir sourdre quelques gouttes de pus au niveau de l'orifice du canal de Sténon. Le trismus est marqué, le gonflement de la région s'est accru considérablement. Le traitement local (pansements humides et chauds fréquemment renouvelés, expression de la glande) n'a pas donné de résultat.

Le 9 novembre le professeur Jaboulay opère ce malade sans anesthésie. Les incisions sont à peine senties. Il s'écoule un peu de pus; on draine avec des mèches. Les jours suivants, le pus coule en plus grande abondance; l'état général du malade s'améliore légèrement; la température décrit des oscillations entre 38 degrés le matin et 39 degrés le soir. Le 15 novembre la température monte brusquement à 41 degrés et le malade meurt dans la nuit.

La famille s'est opposée à l'autopsie.

Obs. II. — Or..., quarante et un ans, employé de commerce, entre à l'asile de Bron le 21 octobre 1910 avec le diagnostic d'excitation maniaque avec mégalomanie (paralysie générale).

Les troubles psychiques remonteraient à six mois environ. Le malade ne parlait que de milliards; il déclarait avoir inventé une sirène pour les chemins de fer qui lui rapportait plus de 30 millions par an; il fait des dépenses exagérées, consomme sans payer dans les cafés, prend des fleurs dans les jardins de ses voisins, dégrade divers objets dans son domicile, achète et revend à perte des objets inutiles, il a fait des excès de boissons (vin, absinthe); il nie la syphilis.

A l'examen on trouve des signes physiques très accentués : tremblement des doigts et de la langue, dysarthrie prononcée, achoppement de la parole, bredouillement; saute des mots en écrivant, fait des fautes d'orthographe et de calcul grossières (il avait reçu une bonne instruction), désorienté dans le temps et le lieu, pupilles égales, en myosis, absolument immobiles à la lumière, force musculaire très diminuée, réflexes rotuliens très exagérés.

Le 3 novembre il présente de la difficulté à s'alimenter, un peu d'agitation, sa température est de 38°2. A l'examen on note une légère tuméfaction de la région parotidienne droite. Un traitement local (pansements chauds et humides, lavages fréquents de la bouche, etc.) fait disparaître cette inflammation légère; la température qui avait atteint 39 degrés revint à la normale.

Tout semblait fini lorsque le 8 novembre le malade se plaint d'une vive douleur à droite; la région parotidienne est très tuméfiée, pas de fluctuation sensible. Le 9 novembre le malade est opéré par le professeur Jaboulay. Les incisions laissent couler quelques gouttes de pus et un liquide séreux, louche, assez abondant.

Dans les jours suivants, la parotide gauche s'enflamme, et le 15 novembre le malade est opéré du côté gauche. Dans les deux opérations l'anesthésie a été inutile, le sujet ne sentant pas les incisions. L'état général s'améliore, la température s'abaisse progressivement au-dessous de 39 degrés jusqu'à la normale.

Le 22 novembre le malade fait des oscillations brusques de température jusqu'à 39°5 et 40 degrés. Des deux côtés la région parotidienne est devenue douloureuse, gonflée comme au début. Les incisions s'étaient refermées très vite, et il y avait de la rétention, on dilate les incisions, un peu de liquide séreux s'écoule et en quelques jours le malade est complètement rétabli. Le malade n'a jamais présenté des troubles du côté de son facial. Peu après l'opération, les idées délirantes disparaissent presque complètement, tous les phénomènes de confusion s'atténuent considérablement, le sujet peut travailler d'une manière très satisfaisante au jardin, l'état général est excellent, les signes physiques de la paralysie générale persistent. Il s'agit d'une rémission qui a duré plusieurs mois, jusqu'en mai-juin 1911 où les troubles délirants ont réapparu.

Obs. III. — Boi..., quarante-cinq ans, tonnelier, entre à l'asile le 24 décembre 1910 avec le diagnostic de paralysie générale. Le malade buvait du vin et de l'eau-de-vie. Il a été arrêté dans la rue, criant, arrêtant les passants. Il déclare avoir vendu 15000 tonneaux à des marchands de vin, il va acheter 30 maisons, 3 chevaux, faire construire une usine qui lui rapportera 50000 francs par an, son frère gagne 7 millions par an en faisant des travaux de maçonnerie, sa belle-sœur a 450000 francs de bijoux, le khédive lui a donné un diamant de 100000 francs, il va prendre l'entreprise du blanchissage de Londres et de Paris, il fera le transport des marchandises entre Lyon et Paris au moyen d'éléphants, etc.

Il avoue la syphilis, déclare boire beaucoup (plusieurs litres de vin, des apéritifs, des liqueurs, de l'absinthe). L'examen montre des signes physiques très nets : tremblement de la langue et des doigts, réflexes rotuliens exagérés, accrocs et bredouillement de la parole qui la rendent peu compréhensible, pupilles égales en mydriase ne réagissant ni à la lumière ni à l'accommodation. Rien à l'examen des organes sauf un gros foie. Pas d'ictère, pas d'albumine, cœur normal.

Le 26 décembre il présente une parotidite bilatérale, la température se maintient à 38°5, l'état général est mauvais, la température s'élève à 39°6 le 2 janvier au soir. Le 3 janvier tous les phénomènes ont disparu, le malade se trouve mieux. Le 5 janvier il a 38 degrés; la parotidite droite seule s'est enflammée de nouveau; l'état général devient mauvais, les urines contiennent de l'albumine; la température atteint 40 degrés; on a de la fluctuation profonde. Le 6 janvier le malade est opéré sans anesthésie par le professeur Jaboulay. La parotide contient du pus en grande abondance, les jours suivants des débris glandulaires sphacélés s'éliminent par la plaie opératoire, l'état général demeure toujours mauvais, la suppuration descend le long du sterno-mastoïdien, fusant vers les gros vaisseaux du cou et le pneumogastrique. Le malade présente des accès de dyspnée, sa respiration devient rapide et irrégulière, son pouls est faible, mal frappé, intermittent;

la température atteint 41°5, et le malade meurt le 10 janvier dans une syncope. Opposition à l'autopsie.

Ces observations présentent les particularités suivantes :

1° L'apparition simultanée des parotidites chez deux malades isolés, pouvant au premier abord faire penser à une épidémie d'oreillons;

2° La gravité de ces affections, déjà signalée par Morestin et Picqué;

3° La rareté des parotidites suppurées chez les paralytiques généraux (voir observation d'Euzière dans le *Montpellier médical*, 1910);

4° L'absence presque complète des douleurs au moment de l'opération;

5° Ces parotidites sont comparables à celles qui surviennent chez les hémiplégiques;

6° A noter la bilatéralité du début, puis la localisation sur une glande qui suppure seule; seul le malade de l'observation II a fait une double localisation et a pu guérir, ce qui est peu fréquent;

7° La mort chez le premier malade paraît due à la septicémie, chez le troisième on peut penser à une lésion du pneumogastrique (dyspnée paroxystique, tachycardie, irrégularité du cœur et de la respiration);

8° La suppuration assez prolongée a déterminé chez notre deuxième malade une rémission très marquée des phénomènes psychiques; elle a agi comme une sorte d'abcès de fixation et a produit un phénomène observé depuis longtemps et utilisé parfois avec succès dans le traitement des diverses affections mentales.

PATHOGÉNIE DE LA CONSOLIDATION VICIEUSE DANS LES FRACTURES DES DEUX MALLÉOLES

Par M. FROGET,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin consultant à Bourbon-l'Archambault.

Nous avons adopté ce titre à dessein pour englober toutes les fractures qui intéressent les deux malléoles. En raison de la confusion qui nous semble régner actuellement dans les diverses variétés de ces fractures (en particulier pour la fracture de Dupuytren), nous croyons utile de donner auparavant une définition nette précise de ces fractures qui peuvent se ranger sous trois types, basés uniquement sur l'anatomie pathologique.

1° *Fracture bi-malléolaire proprement dite ou par adduction de Tillaux.* — La malléole externe est brisée à *trois* centimètres au moins de sa pointe, la malléole interne au niveau ou au-dessous de sa base. Cette fracture peut s'accompagner ou non de diastasis tibio-péronier.

2° *Fracture de Dupuytren ou par abduction de Tillaux.* — C'est la fracture de Pott des Anglais. Le péroné est brisé à plus de trois centimètres (5 à 6 en moyenne) au-dessus du sommet de la malléole, la malléole interne à sa base ou au-dessous. Cette fracture peut s'accompagner aussi de diastasis.

3° *Fracture à trois fragments* (en réalité on devrait dire à 5 fragments). — C'est cette variété qui est considérée par certains auteurs comme la fracture de Dupuytren. Il n'en est rien. Le troisième fragment est formé par un éclat du tibia (Verneuil) ou du péroné (Kirmisson). Il y a ici une sorte de diastasis mais non aux dépens de l'articulation tibio-péronière dont les ligaments ont résisté. Cette fracture quoique rare nous semble avoir une autonomie spéciale en raison de son irréductibilité d'emblée fréquente.

De tout temps la consolidation vicieuse de ces fractures a préoccupé l'esprit des chirurgiens. Cette complication immédiate ou médiate ne sembla pas diminuer beaucoup de fréquence avec Dupuytren et son appareil à attelle interne, si on en juge par les observations qu'il rapporte dans ses cliniques chirurgicales. L'avènement des appareils plâtrés se moulant exactement sur le membre fut un grand progrès; mais malgré tous les perfectionnements actuels, la complication que nous envisageons n'est pas toujours évitable dans un certain nombre de cas. Quels sont donc les conditions occasionnelles et déterminantes de la production de ces déviations secondaires?

A ce point de vue on peut diviser les fractures des malléoles en trois catégories :

1° Fractures vicieusement consolidées d'emblée;

2° Fractures vicieusement consolidées secondairement dont le mécanisme est facile à élucider;

3° Fractures avec consolidation bonne en apparence et déviation secondaire. Ce sont les cas les plus difficiles à interpréter. Examinons-les successivement.

Fractures vicieusement consolidées d'emblée. — Elles comprennent les fractures irréductibles d'emblée et toutes les fractures non réduites, abandonnées à elles-mêmes avec la déformation primitive. Le mécanisme du vice de consolidation est facile à saisir. Quant aux causes de l'irréductibilité, elles sont d'après Gaignerot, les suivantes :

1° La trop grande obliquité des fragments. Nous ne croyons guère qu'au niveau des malléoles elle puisse s'opposer à la réduction.

2° La contraction musculaire. Il suffit de fléchir la jambe pour relâcher le triceps sural et en avoir raison.

3° La présence d'un fragment intermédiaire (cas le plus fréquent) soit tibial, soit péronier. Nous y ajouterons : la présence de trousseaux fibreux de parcelles osseuses ou périostiques.

4° La fracture ou la luxation de l'astragale pouvant venir se placer entre le tibia et le péroné.

Dans les autres fractures, « la consolidation type, disent MM. Sébileau et Blaise, est une consolidation vicieuse », quand la fracture n'est pas réduite.

Fractures vicieusement consolidées de mécanisme facile a interpréter. — Ce sont :

1° *La reproduction de la déviation dans un appareil devenu trop large.* — « Il arrive parfois, dit Duplay, que le gonflement du pied et de la jambe diminuant l'appareil cesse de maintenir la fracture en bonne position, l'exposant ainsi au déplacement et par suite à une consolidation vicieuse. »

2° *L'insuffisance de la réduction.* — Il ne suffit pas en effet, croyons-nous, pour réduire une fracture des malléoles de se contenter de placer le pied en adduction. IL FAUT de toute nécessité faire effectuer aux fragments malléolaires un mouvement de *translation* total en sens inverse de celui qui a donné lieu à la déformation. Bien au contraire, l'adduction simple du pied, loin de faciliter la réduction, s'y oppose, en faisant basculer l'astragale qui presse sur la malléole externe et l'écarte du fragment péronier supérieur.

3° *La levée trop hâtive d'un appareil bien appliqué* sur une fracture bien réduite, et surtout, comme le remarque Hennequin, la levée trop précoce par rapport au degré de consolidation. Quel est donc le temps nécessaire à la consolidation des fractures des malléoles ? Il est variable : en moyenne de quarante-cinq à soixante-dix jours. Dans un cas de Nicaise, il n'y avait pas de consolidation au cinquantième jour. Il vaut mieux en cette matière pécher par excès que par défaut, malgré les idées actuelles sur la mobilisation précoce des fractures. La méthode du professeur Lucas-Championnière, parfaite dans les cas où on peut et où on doit l'appliquer, donne, en particulier dans la fracture de Dupuytren, des résultats désastreux. C'est une « funeste erreur, dit le professeur Delbet, qui a fait bien des infirmes » que d'appliquer ici cette méthode. De même nous craignons que l'appareil décrit récemment par les docteurs Caraven et Mocquot, sous l'inspiration de M. Delbet, et ayant donné de merveilleux résultats entre leurs mains, en donne de moins brillants entre des mains moins expertes.

Dans tous les cas qui précèdent, le mécanisme de la consolidation vicieuse est évident. Le cal s'est formé entre des fragments toujours plus ou moins éloignés les uns des autres, il ne peut être solide et maintenir la rectitude du membre. Dès les premiers pas, la déviation se reproduit fatalement sous l'influence du poids du corps.

4° *Déviations secondaires proprement dites.* — Le mécanisme de ces déviations est beaucoup plus malaisé à déterminer. Voici les faits. Une fracture des malléoles a été traitée convenablement : réduction parfaite, maintien de la réduction par un excellent appareil bien moulé, appliqué suffisamment longtemps, contrôle radiographique, tout a été mis en œuvre pour obtenir une bonne consolidation. Le malade reprend ses occupations. Deux, trois, quatre mois se passent, le malade revient se plaignant de douleurs : la marche est devenue de plus en plus difficile, quelquefois impossible. On constate à l'examen une plus ou moins grande reproduction de la déviation en totalité ou en partie, le plus souvent en valgus.

MM. Mally et Richon ont pu, par des radiographies successives, voir cette déviation secondaire se constituer pour ainsi dire progressivement sous leurs yeux.

Comment expliquer la pathogénie de ces consolidations vicieuses par déviation secondaire. Trois théories sont en présence : théorie musculaire, théorie osseuse, théorie éclectique.

a. Théorie musculaire (défendue par Verneuil). — Pour lui, la déviation secondaire tient à la prédominance d'action des muscles péroniers latéraux sur les jambiers antérieur et postérieur, parésiés, tiraillés par le traumatisme. Aussi préconisait-il logiquement comme traitement la ténotomie des tendons péroniers latéraux.

b. Théorie osseuse. — De nos jours, tous les chirurgiens s'accordent à reconnaître que la cause primordiale de la déviation secondaire réside dans l'insuffisance du cal, plus ou moins mélangé de tissu fibreux, ou infiltré de graisse, quelquefois même entièrement fibreux. Mais quelles sont les raisons de cette insuffisance ? Nous les verrons plus loin en abordant l'étude de la théorie éclectique.

c. Théorie éclectique. — Pour M. Lucas-Championnière, à l'insuffisance du cal s'ajoute l'immobilisation, entraînant une insuffisance musculaire et un défaut de nutrition.

MM. Blaise et Sébileau incriminent aussi l'insuffisance du cal, qui se forme sur des extrémités mal nourries, insuffisamment vascularisées, comme cela se passe dans les fractures de la rotule.

Dans d'autres cas, le cal est de bon aloi, mais le ramollissement l'envahit secondairement. Si à cette insuffisance du cal on joint le poids du corps, on aura les deux éléments nécessaires de la déviation secondaire.

Nous croyons qu'on peut et qu'on doit pousser plus loin l'explication de ce mécanisme, car dans ces conditions, toutes les fractures devraient se dévier, ce qui n'est pas. Affaire d'âge, de terrain, dira-t-on. Notions importantes certes mais encore insuffisantes.

On a remarqué en effet que dans certains cas il persiste un *fâcheux élargissement de la mortaise tibio-péronière*, que l'appareil le mieux appliqué ne parvient pas à réduire complètement. Nélaton et Broca connaissaient bien cet accident qu'ils ont bien décrit. Récemment le professeur Quénu a insisté plus particulièrement sur le diastasis tibio-péronier dans les fractures des malléoles, même dans les fractures de Dupuytren.

Nous croyons qu'il y a une distinction très nette à faire entre *l'élargissement de l'espace tibio-péronier* et *le diastasis de l'articulation tibio-péronière.* Le premier existe toujours, il est constatable cliniquement par le ballottement astragalien, par la mensuration au compas d'épaisseur, en comparant avec le côté sain et en tenant compte de l'œdème, de l'augmentation de volume des os, de la présence du cal. Le véritable diastasis n'est constatable qu'à la radiographie, qui renseigne sur son existence et sur son degré.

Normalement les ombres radiographiques du bord externe du tibia et interne du péroné, au niveau de l'articulation tibio-péronière inférieure, *se croisent, chevauchent l'une sur l'autre.* Dès qu'il y a diastasis, le chevauchement n'existe plus; les ombres se côtoient ou s'écartent plus ou moins. Le diastasis vrai s'accompagne toujours de l'élargissement de l'espace tibio-péronier; ce dernier peut exister seul. Nous estimons que le diastasis joue un rôle considérable dans la déviation secondaire. La mortaise res-

tée trop large, le ballottement astragalien si faible soit-il se produit à chaque pas, pressant, refoulant de plus en plus la malléole externe dont le cal insuffisant finit par céder : le valgus se reproduit avec toutes ses conséquences. Si on a encore une prise contre l'élargissement tibio-péronier qu'on peut arriver à réduire, on n'en a guère malheureusement contre le diastasis. Il serait intéressant de rechercher et de vérifier si ce sont précisément les fractures avec diastasis qui sont vouées à la déviation secondaire, quel que soit d'ailleurs le soin qu'on ait apporté au traitement de la fracture.

MM. Mally et Richon ont en outre étudié l'état des muscles périarticulaires, par l'exploration électrique : ils ont noté de la parésie amyotrophique mais non prédominante comme le voulait Verneuil. Ces deux auteurs attribuent un rôle au système nerveux agissant sur les centres nerveux trophiques qui président à la nutrition des cals et des ligaments.

Les conditions anatomiques ne sont pas moins importantes, elles ont été bien mises en lumière par M. Delbet, et expliquent l'insuffisance du cal. Ce sont les suivantes :

1° La fracture est articulaire et doublement articulaire.

2° Les fragments inférieurs sont très petits.

3° Ils sont trop faiblement vascularisés.

4° Ils n'ont qu'une seule face périostique capable de reproduire les éléments osseux du cal.

Nous y ajouterons la présence dans l'articulation d'un épanchement sanguin, de tissu fibreux, de parcelles périostiques ou osseuses, qui, comme dans les fractures de rotule, maintiennent éloignés les fragments, empêchent leur captation exacte, et s'opposent à une réparation osseuse, franche, régulière et de bonne qualité.

Conclusions. — En résumé, nutrition défectueuse par immobilisation prolongée, conditions anatomiques spéciales à la région, d'où cal insuffisant, diastasis tibio-péronier de correction très difficile, parésie des muscles, influence trophique du système nerveux, telles sont les causes pathogéniques des consolidations vicieuses et des déviations secondaires dans les fractures des malléoles, dont la cause occasionnelle est l'influence du poids du corps ; il est de toute évidence que, si les malades ne se resservaient pas de leur membre, la déviation ne se reproduirait pas.

Ouvrages consultés. — DELBET. Cals vicieux du cou-de-pied, *Revue de chir.*, 1902 ; — *Leçons de clinique chirurgicale*, 1909. — DUPUYTREN. *Cliniques chirurgicales*, *Traité des fractures*, 1839. — GAIGNEROT. *De la fracture de Dupuytren*, Th. de Bordeaux, 1906. — HENNEQUIN. *Traité des fractures.* — HIPPOCRATE. *Des fractures*, t. III ; — *Des luxations*, t. IV. — JUNOT. *Déformations consécutives aux fractures de Dupuytren vicieusement consolidées, et en particulier le valgus*, Th. de Paris, 1893. — KIRMISSON. *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur*, 1890. — LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. *Mobilisation et massage dans le traitement des fractures*, Paris 1895. — MALGAIGNE. *Traité des fractures*, 1841. — MALLY et RICHON. *Revue de chir.*, 1902. — MÉNIER. *De la fracture de Dupuytren et de ses complications*, Th. de Paris, 1899. — NICAISE. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris 1880, t. VI, p. 430. — POLAILLON. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 20 sept. 1881. — QUÉNU. Le diastasis tibio-péronier, *Revue de chir.*, 10 juin, 10 juillet 1907. — SÉBILEAU et BLAISE. La fracture de Dupuytren, *Arch. gén. de méd.*, 1881. — SÉE (Marc). *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris 1880, t. VI, p. 430. — TERRILLON. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, Paris 1886. — TILLAUX. Fractures bimalléolaires, *Acad. de méd.*, 1872. — VERNEUIL. *Du manuel opératoire de certaines résections*, 1878, et in Th. BIDE, 1879, et in Th. NEPVEU, 1879.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 1er AVRIL 1912)

Premiers résultats de l'application à la gynécologie de l'électrolyse des sels de radium (méthode de Haret). — M. LAQUERRIÈRE à la suite d'un certain nombre d'expériences estime que l'électrolyse des sels de radium en *applications intracervicales* est un bon traitement dans la métrite du col, qu'en *applications vaginales* elle a une influence résolutive sur les exsudats péri-utérins et paraît augmenter d'une façon très appréciable le rôle hémostatique des applications vaginales du courant continu. Seulement comme cette méthode irrite la muqueuse vaginale, elle est surtout indiquée lorsqu'on ne peut atteindre que de faibles intensités, par exemple lorsque, au lieu de courant continu, on emploie soit la galvano-faradisation, soit le courant ondulatoire d'Arsonval.

Ostéite tuberculeuse et haute fréquence. — M. E. DOUMER relate les heureux résultats qu'il a obtenus dans le traitement de l'ostéite tuberculeuse par l'effluvation de haute fréquence.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 9 AVRIL 1912)

La séance ouverte à trois heures, selon le rite, s'est terminée à trois heures vingt. Quelques rares académiciens y assistaient seuls.

M. JALAGUIER a lu un travail très documenté sur le **traitement de la syndactylie congénitale par la combinaison du procédé de Didot et de la méthode italienne.**

Le procédé de Didot (de Liége) consiste pour une syndactylie du médius et de l'annulaire, par exemple, à tailler sur la face dorsale de l'annulaire un lambeau quadrilatère laissé adhérent au médius, et sur la face palmaire du médius un lambeau semblable laissé adhérent à l'annulaire. Après la séparation des deux doigts le lambeau dorsal viendra recouvrir la face palmaire cruentée du médius et le lambeau palmaire la face dorsale de l'annulaire.

Le plus souvent l'étoffe se trouvera insuffisante pour recouvrir complètement les surfaces cruentées. C'est pour obvier à cet inconvénient qu'il est bon de compléter le procédé de Didot par une transplantation à l'italienne, et à propos d'un cas qu'il a ainsi traité récemment M. Jalaguier est entré dans les détails techniques de cette opération.

Réduction des luxations antérieures de l'épaule par un procédé d'extrême douceur. — M. Paul GALLOIS fait une communication sur ce sujet en s'excusant de n'en avoir pas réservé la primeur à l'Académie de médecine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 3 AVRIL 1912)

Les injections préventives de sérum antitétanique. — M. Jacob est partisan convaincu de l'utilité de ces injections. Il appuie cette opinion sur les faits suivants. Dans la campagne de Madagascar, en 1895, alors qu'on n'employait pas ces injections dans l'armée, il a vu 6 cas de tétanos tous mortels. Dans la campagne du Sud-Oranais, alors qu'on a recours aux injections, M. Jacob n'a pas observé un seul cas de tétanos. M. Mortin, à Oran, a constaté un seul cas de tétanos sur un blessé chez lequel on avait oublié de pratiquer l'injection préventive. Au Maroc, M. Toubert a eu recours aux injections préventives et n'a pas eu à constater un seul cas de tétanos.

Tout en accordant une réelle valeur à ces injections préventives, M. Jacob reconnaît que les progrès toujours croissants d'une bonne antisepsie ou d'une bonne asepsie ont été pour beaucoup aussi dans la presque disparition du tétanos.

M. Arrou fait observer que l'observation de M. Riche a soulevé deux questions distinctes, d'une part la question des accidents consécutifs à la sérothérapie par injections sous-cutanées, et, d'autre part, la question du tétanos.

Pour ce qui est des injections de sérum antitétanique préventives, M. Arrou, dans son service, n'a jamais eu le moindre accident à signaler après ces injections. Dans un seul cas, il a vu un tétanos se développer malgré une injection préventive de sérum antitétanique, mais trop longtemps après pour qu'on puisse incriminer le sérum. Tout en restant partisan de l'emploi de ces injections préventives, M. Arrou est d'avis de ne les pratiquer que dans les cas de blessures pouvant exposer au tétanos, par suite du contact avec le sol.

M. Reynier apporte une observation qui lui a été communiquée par un de nos confrères d'Algérie. Une femme de trente ans fait une chute de voiture dans un fossé, au milieu des ronces, et se blesse à six heures du soir. Le lendemain matin, elle demande elle-même qu'on lui fasse une injection de sérum antitétanique préventive. On lui injecte 5 centimètres cubes de sérum frais. Le lendemain, elle présente une urticaire généralisée, puis de l'angine et des douleurs musculaires. Elle perd l'appétit, purgation et régime lacté. La station debout devient pénible. Quatre jours après, elle a une syncope. A l'auscultation on trouve un souffle d'endocardite. Elle a de la dyspnée, des bruits dans les oreilles. Pas de température. Les accidents s'accentuent; on arrive au diagnostic de péricardite. Celle-ci a duré près d'un an puis tout disparaît et la malade guérit.

M. Reynier a cru devoir rapprocher cette observation de celle de M. Riche, que, contrairement à plusieurs de ses collègues, il trouve très troublante.

Ces faits prouvent que ces injections ne sont pas toujours aussi innocentes qu'on l'a dit. En outre, elles ne se montrent pas toujours efficaces. On a vu le tétanos se développer malgré elles. « Malgré toutes les assurances qui ont été données dans cette discussion et dans des discussions antérieures, plusieurs d'entre nous, dit M. Reynier, restent sceptiques. Nous employons ces injections sans conviction; nous demandons à trouver notre chemin de Damas et à crier notre foi; mais en attendant, soyons prudents dans nos affirmations. »

M. Potherat rappelle que cette question revient périodiquement en discussion. L'auteur de l'observation citée par M. Riche a eu raison de faire l'injection. Il est hors de doute, cependant, qu'elle a causé la mort. Mais est-ce bien le sérum qu'il faut incriminer. M. Potherat qui a recours systématiquement aux injections préventives de sérum antitétanique n'a jamais constaté d'accidents. On peut dire que, dans l'immense majorité des cas, ces injections ne sont pas nocives. M. Potherat tendrait à croire que le sérum employé dans le cas cité par M. Riche devait être altéré soit par vétusté ou autre cause. Il serait intéressant de pouvoir tirer au clair cette question.

Quoi qu'il en soit, ce fait ne modifiera pas les habitudes de M. Potherat. Il restera fidèle à l'emploi des injections préventives de sérum antitétanique, bien qu'il n'ait pas la preuve scientifique qu'elles mettent sûrement à l'abri du tétanos. Il n'a pas non plus la foi. Il reste dans le doute, mais dans un doute avec tendance à l'action. Mais là où M. Potherat conserve sa foi entière, c'est dans la valeur de l'asepsie et de l'antisepsie de plus en plus rigoureuses. Avant les injections préventives, l'asepsie et l'antisepsie avaient déjà amené une diminution considérable des cas de tétanos. Aussi quand on compare, comme l'a fait M. Sieur dans la dernière séance, ce qui se passait en 1870 avec ce qui s'est passé dans ces derniers temps, au point de vue du tétanos, faut-il tenir grand compte du rôle de l'antisepsie. Enfin M. Potherat rappelle la théorie si intéressante de M. Vaillard qui admet qu'il faut qu'il y ait des associations microbiennes avec le bacille de Nicolaïer pour produire le tétanos. Cette théorie est bien faite pous diminuer un peu la confiance dans le sérum préventif et accentue, au contraire, la confiance dans l'antisepsie. Traitons donc nos plaies d'une façon rationnelle, c'est-à-dire avec l'asepsie ou l'antisepsie la plus rigoureuse et injectons aussi le sérum antitétanique.

M. Jacob fait observer à M. Potherat qu'il a rendu justice à l'influence de l'antisepsie sur la diminution du tétanos. Mais il n'en reste pas moins convaincu de l'utilité des injections préventives de sérum antitétanique, d'autant qu'il y a des plaies en séton, dans la chirurgie de guerre, absolument impossibles à désinfecter complètement.

De la tuberculose atténuée ou inflammatoire de l'appareil génital chez l'homme. — M. Poncet fait sur ce sujet une importante communication. Nous aurons l'occasion d'y revenir.

Sarcome fasciculé du nerf sciatique. — M. Potherat a fait examiner la tumeur du sciatique qu'il présentait dans la dernière séance et qui semblait un fibrome.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome fasciculé.

LIVRES NOUVEAUX

Thérapeutique chirurgicale et chirurgie journalière (1), par G. Phocas, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine d'Athènes, et J. Barozzi, ancien interne des hôpitaux.

Cet ouvrage est la deuxième édition considérablement développée, avec la collaboration de M. Barozzi, d'un livre de M. Phocas paru dans la collection des manuels thérapeutiques.

C'est un résumé aussi complet qu'il peut l'être de la pratique chirurgicale à l'heure actuelle.

La première partie comprend les généralités : matériel chirurgical, préparatifs opératoires, soins consécutifs, pansements, hémostase, médecine opératoire, etc., sont exposés brièvement mais clairement.

La deuxième partie, chirurgie des régions, est beaucoup plus développée. A propos de chaque affection, avant d'exposer la thérapeutique à suivre, les auteurs ont cru indispensable de rappeler brièvement l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique, les symptômes et le diagnostic, bref toute l'histoire de l'affection. L'exposé y gagne en clarté.

Le reproche qu'on puisse faire à ce consciencieux ouvrage

(1) Deuxième édition entièrement refondue. In-8 raisin cartonné de 1176 pages avec 630 figures dans le texte. — Prix : 16 francs. — Paris, Vigot frères.

c'est d'être trop complet, au moins si l'on se rapporte au but poursuivi par les auteurs et exposé ainsi dans leur préface : « Insister tout spécialement sur la description des opérations de tous les jours, de cette *chirurgie journalière* que tout médecin peut être appelé à pratiquer. » Si les auteurs ont « voulu écrire un guide pour le praticien qui ne s'occupe pas spécialement de chirurgie », on ne peut que regretter le développement donné dans l'ouvrage à la chirurgie des tumeurs (cerveau, langue, corps thyroïde, rein, estomac, intestin, utérus, etc.), des voies biliaires, de la prostate, des vaisseaux (opérations sur les anévrismes, etc.) et surtout aux interventions dans les fractures.

Les succès opératoires de Lambotte, si merveilleux soient-ils, ne doivent pas nous faire oublier que l'ostéosynthèse est loin d'être encore devenue une opération de chirurgie journalière.

M. LANCE.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal* de la séance du 24 fév. 1912.) WELSCH : Recherches expérimentales sur l'origine du ralentissement des pulsations cardiaques dans la pendaison. — GALLEMAERTS : Perforation de la voûte orbitaire. — HEYMANS : Sur la perméabilité des filtres, des ultra-filtres et des membranes dialysantes aux microbes (ultra-diapédèse microbienne.) — René SAND et LEBAT : Un cas d'adéno-sarcome du rein et un cas d'embryome rétropéritonéal chez l'enfant.

Æsculape. — (N° 2, fév. 1912.) LAIGNEL-LAVASTINE : L'utilité des études classiques pour la carrière médicale (*fin*). — H. M. FAY : Les cagots à l'église. — Léon DEMONCHY : La valeur thérapeutique de la musique. — GOUGEROT et DOGNY : Les internes d'autrefois.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Fév. 1912.) G. THIBIERGE et WEISSENBACH : La réaction de Wassermann en médecine légale. — VAILLARD : Stérilisation des viandes provenant d'animaux saisis pour tuberculose. — P. REILLE : La vaccination antityphoïdique au Maroc. — TOREL : Les travaux de la conférence sanitaire internationale de 1912.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 2, fév. 1912.) BARTET : Quatre ans au service de tuberculeux à l'hôpital maritime de Rochefort (*fin*). — BAREL : L'arsenobenzol. — RENAULT : Transport et transmission des blessés à bord des navires modernes.

Bulletin général de thérapeutique. — (30 janv. 1912.) A. ROBIN : Traitement de la tuberculose (*suite*). — J. VIRES : Les syndromes ictériques hépatobiliaires.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXVI, n° 4, 25 janv. 1912.) James T. GUTNAM : La méthode psycho-analytique de Freud et son évolution. — Henry A. CHRISTIAN : Un cas d'anévrisme de l'aorte thoracique traité par la suture (avec 4 fig.). — Godfrey R. PISEK : L'anaphylaxie et ses relations à la pratique de la pédiatrique. — Lucien DAVID : Les opérations intestinales d'urgence (hernie étranglée, obstruction intestinale, thrombose et rupture); description de 13 cas. — (N° 5, 1er fév.) E. A. CODMAN : Le diagnostic des affections de l'estomac et de l'intestin par les rayons X. — Alfred WORCESTER : Les méthodes passées et présentes dans la pratique de la médecine. — Robert M. GREEN : La pression du sang dans les toxémies de la grossesse (2e communication) [avec 6 tracés]. — Irving SOBOTKY : L'anesthésie par infiltration pour la résection sous-muqueuse de la cloison nasale.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 4, 25 janv. 1912.) NICOLAÏ : L'électro-cardiographe comme moyen de diagnostic pour le praticien. — STÄUBLI : Indications et contre-indications du climat d'altitude. — BOFNIGER : Catarrhes intestinaux et infections paratyphiques dans le 13e corps d'armée. — JACOBSON : Symptômes des néoformations au niveau du cône terminal et de la queue de cheval. — STÜMPKE : Salvarsan et fièvre. — RITTER : Persistance de l'arsenic dans l'organisme animal après injection intraveineuse de salvarsan. — STRAUSS : Recherches cliniques sur la pepsine urinaire. — WEBER : Réaction de Cammidje et fixation du point de fusion sous le microscope. — RUSZNIAK : Modification du titre antitryptique du sérum dans l'anaphylaxie. — SCHURMANN : Un nouveau nécessaire de poche d'hypodermie. — PICK : Instrument pour faciliter la respiration nasale entravée.

Gazette médicale de Nantes. — (N° 4, 27 janv. 1912.) Ch. MIRALLIÉ : Mouvements involontaires au cours de l'hémiplégie. — (N° 5, 3 fév.) CASTAGNARY : Un cas de méningite cérébro-spinale à méningocoques. Sérothérapie. Guérison.

Riforma medica. — (N° 5, 3 fév. 1912.) DE SANDRO : Nouvelle réaction chimique des urines, chez les individus qui consomment du sulfo-gaïacolate de potasse. Sa valeur pour le diagnostic de l'insuffisance hépatique. — G. CARERE : Recherches expérimentales sur la tuberculose du foie et des voies biliaires. — (N° 6, 10 fév.) E. MANGIAGALLI : Maladies infectieuses et grossesse. Syphilis et grossesse. — D. SCALFATI : A propos de certains phénomènes déterminés par la fatigue sur le sang et au cours des infections. — F. LASTRARIA : Une modification aux procédés récemment décrits par Cunéo, Heitz-Boyer et Hovelacque pour le traitement de l'atrophie vésicale. — (N° 7, 17 fév.) E. MANGIAGALLI : Maladies infectieuses et grossesse. Syphilis et grossesse. — Arrigo MONTANARI : La limitation artificielle de la cavité du ventricule gauche, et ses rapports avec la pathogénie de l'œdème pulmonaire mécanique.

Therapie der Gegenwart. — (Heft 10, 1911.) — Martin SUSSMANN : Un gastroscope bon marché. — W. WEINTRAND : Sur le traitement par le salvarsan des maladies du cœur et des vaisseaux. — F. KLEMPERER : De la défense du sucre de raisin dans le diabète grave. — KROMAYER : La lumière dans le cosmétique. — Oberartz J. HOPPE et Philik SEEGERS : Comment se comporte le corps humain à l'égard de l'Adalin. — (Heft 11.) P. KROEMER : De la signification des streptocoques et le traitement de la fièvre et sa guérison. — GOLUBINIER : Quelques cas d'emploi du salvarsan dans la médecine interne. — Hans ARNSPERGER : Du traitement de la pleurésie. — (Heft 12.) M. HENKEL : Hormone de l'ovaire et myome de l'utérus. — A. PLEHN : Le traitement et la prophylaxie de la rechute de la malaria. — M. MOSSE : Sur la connaissance et le traitement des calculs hépatiques. — Wilhelm STERNBERG : Boissons alcooliques comme hypnotique. — Emil SCHEPELMANN : Chinin, anesthésique local. — MANFRED FRAENKEL : Un aperçu dans la pratique de l'emploi des rayons Röntgen.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES COMAS [1]

COMAS AU COURS DES ÉTATS INFECTIEUX. — On peut constater chez le sujet en état de coma une température assez élevée : on auscultera alors les poumons avec le plus grand soin, et l'on décelera souvent une pneumonie au niveau de l'aisselle spécialement chez le vieillard; on recherchera s'il n'existe aucun symptôme de réaction méningée (raideur de la nuque, signe de Kernig, ventre en bateau, raie méningitique), on pratiquera une ponction lombaire, et souvent l'on dépistera ainsi, soit la phase terminale d'une méningite cérébro-spinale épidémique ou tuberculeuse, soit la forme foudroyante de la méningite cérébro-spinale.

Dans d'autres cas la coloration jaune sale des téguments, la constatation de multiples hémorragies, affirment le diagnostic d'ictère grave.

Toutes les maladies infectieuses peuvent à un moment quelconque de leur évolution, revêtir l'allure comateuse, ou se compliquer d'hémorragie ou d'embolie cérébrale ; mais il est quelques affections qui doivent spécialement attirer l'attention, ce sont le paludisme, la maladie du sommeil, le rhumatisme cérébral.

MM. Martin et Darré ont longuement insisté sur la forme cérébrale de la *maladie du sommeil*, et à ce propos ils ont décrit une forme comateuse, dont le diagnostic se fera par la ponction lombaire, et la constatation des autres manifestations de la trypanosomiase.

Le *paludisme* peut se compliquer, lui aussi, de coma, et si le diagnostic est fait facilement dans les pays où sévissent les fièvres, il n'en est plus de même dans nos climats, parce que l'on n'y pense en général pas; cependant la recherche de l'hématozoaire dans le sang permettrait facilement le diagnostic ; l'on sera également orienté parfois vers ce diagnostic en raison de la mélanodermie spéciale du sujet, de la splénomégalie, etc.

Le coma est aussi l'aboutissant de toutes les formes *délirantes du rhumatisme cérébral* ; c'est tantôt le coma vigil, tantôt le coma absolu ; le corps est recouvert d'une sueur très abondante, la respiration est stertoreuse, les téguments présentent une teinte cyanotique plus ou moins accentuée, et la mort survient surtout dans l'asphyxie et la sidération nerveuse (voir *Gaz. des hôpit.*, revue gén., 1911).

Dans les maladies aiguës le coma est souvent entrecoupé d'agitation, il prend alors la forme du coma vigil. Souvent il apparaît comme phénomène terminal, après un délire plus ou moins violent. Il importe, à l'occasion de la constatation de l'une quelconque de ces formes de coma, d'être en mesure de dépister l'affection dont le sujet est atteint (fièvre typhoïde, érysipèle, pneumonie, etc.).

COMAS AU COURS DES MALADIES DE L'AXE CÉRÉBRO-SPINAL. — Le coma peut encore s'observer au cours des affections cérébrales les plus variées. Nous avons déjà signalé le coma qui s'observe pendant l'évolution des méningites (aiguës ou tuberculeuses); il s'accompagne alors souvent de strabisme; il faut insister sur la fréquence relative du coma au cours de la *paralysie générale*; il en constitue quelquefois un véritable signe de début, d'où l'importance de l'examen des pupilles, du fond de l'œil; le coma s'observe également au cours de la *sclérose en plaques*, du *tabes* ; seuls les signes concomitants sont susceptibles de faire rapporter ces accidents à leur véritable cause : mais lorsque ces maladies n'en sont qu'à leur début, elles seront le plus souvent méconnues.

Il n'est pas rare, non plus, d'observer le coma, au cours de l'évolution des *tumeurs cérébrales*, de l'*abcès* du cerveau; si par hasard l'examen du fond de l'œil était pratiqué, on pourrait parfois parvenir au diagnostic même en dehors de toute espèce de renseignements, fournis par l'entourage du malade.

Le coma peut s'observer à la suite des accès épileptiques que l'on rencontre de temps en temps au cours de l'évolution du *pouls lent permanent* (la constatation d'un pouls très ralenti, contrôlé par une auscultation attentive du cœur et l'enregistrement simultané des contractions des oreillettes et des ventricules, pourront en permettre le diagnostic).

Dans quelques cas, enfin, le coma sera la conséquence, ou bien d'une affection *hépatique* (coma hépatique) ou bien plutôt d'une affection gastrique, surtout sténose pylorique, c'est le coma dyspeptique de von Jacksch et Litten. Il peut encore s'observer au cours de l'insuffisance pancréatique, surrénale, etc.

Telles sont les nombreuses causes, infiniment variées, des comas.

Est-il possible en se basant sur l'âge du sujet d'orienter déjà le diagnostic ? Non, certes d'une manière absolue ; néanmoins, le coma chez *un enfant* éveillera surtout l'idée de méningites, de convulsions, d'épilepsie, de diabète ; chez *un vieillard*, on pensera surtout à l'urémie, au ramollissement, à l'hémorragie cérébrale, et l'on recherchera toujours s'il n'existe pas une pneumonie, surtout une pneumonie du sommet; chez la femme on pensera d'abord à l'éclampsie, et l'on s'assurera si la femme est enceinte ou si elle a accouché depuis peu ; chez l'adulte, on éliminera tout d'abord, réserves faites pour les comas traumatiques le coma par intoxication (alcoolique, opium, belladone, etc.), puis on pensera au diabète, à l'urémie, à l'hémorragie cérébrale ou à l'embolie cérébrale (auscultation du cœur), à l'épilepsie. S'il ne s'agit d'aucune de ces causes, après s'être assuré que l'on n'est pas en présence de la forme comateuse d'une maladie aiguë infectieuse, quelconque, ou d'une méningite, on passera en revue les différentes affections cérébrales qui peuvent s'accompagner de coma, spécialement la paralysie générale et le tabes.

Comme le diagnostic est toujours très difficile, pour s'éviter de commettre des erreurs, par trop grossières, on fera dans tous les cas, systématiquement, une analyse des urines, une ponction lombaire, on auscultera avec soin le cœur, on prendra aussi la tension artérielle et au besoin l'on pratiquera un examen du sang.

TRAITEMENT. — Nous avons énuméré, chemin faisant, quelle était, suivant les cas, la thérapeutique spéciale à instituer. Nous ne pouvons y revenir ici en détail, mais ce qu'il importe de retenir c'est que le plus souvent il s'agit d'une médication d'urgence (saignée, contre-poison, lavage de l'estomac), d'où la nécessité d'un diagnostic précoce et sérieusement établi.

Nous insistons volontiers sur les heureux effets de la ponction lombaire dans l'insolation, de la saignée dans l'urémie, l'éclampsie, nous rappelons les injections de solution isotonique de bicarbonate de soude dans le coma diabétique; enfin signalons la nécessité qu'il peut y avoir à pratiquer rapidement un lavage d'estomac lors d'un empoisonnement, ou à provoquer un vomissement par une injection d'apomorphine, en même temps que l'on aura recours aux médicaments appropriés à chaque toxique.

BIBLIOGRAPHIE. — Coma diabétique, *Cong. de Lyon*, 1911, et *Gaz. des hôpit.*, 1908, nº 15. — ACHARD, in *Traité* de BROUARDEL et GILBERT. — ODDO. *La médecine d'urgence.* — CASSOUTE. Coma diabétique et acétonémie, Revue gén., 1896, nº 14. — LYON. Coma diabétique, Revue gén., 1889, nº 85.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, nº 34, p. 494; nº 37, p. 538, et nº 40, p. 586.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de radiumthérapie, par le docteur J. BARCAT, assistant de radiumthérapie de M. le docteur Balzer à l'hôpital Saint-Louis. In-8, avec 65 fig. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Maloine.

Les Désordres nerveux et nutritifs, par le docteur MONIN. 1 vol. de 410 pages, cart. avec fers. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Bellot, directeur du service de santé au ministère de la Marine; Lierre (de Toulouse), et Vaillard, médecin général inspecteur de l'armée.

M. Guinard, chirurgien-dentiste à Paris.

Au grade de chevalier. MM. les docteurs Hamelin (de Paris), Laugier, médecin en chef de première classe de la marine; Martin (de Rouen), Ollivier (de la Motte-du-Caire) et Thollon (de Saint-Nazaire).

LES TROUPES NOIRES EN ALGÉRIE ET LA SANTÉ PUBLIQUE. — A cette question si importante, M. le professeur Raphaël Blanchard a consacré récemment une étude très documentée dans les *Archives de Parasitologie* (1912, t. XV, p. 161).

M. R. Blanchard démontre que si l'introduction dans l'Afrique du Nord de contingents nègres recrutés dans nos possessions de l'Afrique occidentale a pu faire naître des préoccupations d'ordre sanitaire, les récentes découvertes touchant les procédés de dissémination des maladies parasitaires de l'Afrique intertropicale suffisent à nous rassurer. On connaît en effet actuellement le moyen d'arrêter leur extension.

Pour le paludisme, la fièvre jaune et la filariose qui sont transmis par la piqûre des moustiques, la prophylaxie se résume dans la lutte contre ces dangereux et déplaisants intermédiaires. La lutte contre les trypanosomes et contre certaines filarioses secondaires se résume en une question analogue et consiste à se protéger contre l'attaque des diptères diurnes et mieux, si possible, à détruire ces insectes. Pour la filaire de Médine, quand le ver est encore sous la peau, le médecin le rend inoffensif en injectant à son intérieur soit une petite quantité de chloroforme, soit une faible solution de formol ou de sublimé. Si le patient se trouve hors de portée d'un poste médical, il est facile de lui faire interdire par les imans de procéder à ses ablutions dans les citernes ou fontaines, car les recommandations d'ordre médical sont volontiers accueillies et protégées par les prêtres musulmans. Enfin pour éviter la contamination des hommes de troupe, il suffit de surveiller l'eau qui doit servir à les alimenter : les cyclopes sont arrêtés par les filtres les plus grossiers.

En résumé il n'y a aucun danger réel ni pour les indigènes du nord de l'Afrique ni pour les colons européens, et quant aux Sénégalais eux-mêmes ils s'acclimatent admirablement dans l'Afrique septentrionale.

« La population française est en décroissance, dit en terminant M. Raphaël Blanchard, alors que celle des autres nations d'Europe va sans cesse en augmentant. Fière de son passé incomparable, consciente de ce que l'humanité attend encore d'elle, la France ne veut pas mourir et elle est résolue à prendre toutes les mesures capables d'assurer son salut. Au nombre des plus urgentes, et au premier rang d'entre elles, figure la création d'une armée noire. Au point de vue militaire la question est entendue; elle l'est aussi au point de vue de l'hygiène générale et de la santé publique, ainsi que nous venons de le démontrer; il n'y a plus de temps à perdre et le pays attend du Parlement que celui-ci fasse promptement et résolument tout son devoir. »

Nous tenions à reproduire ces lignes si éminemment patriotiques, auxquelles la haute compétence de M. le professeur Raphaël Blanchard donne une valeur toute particulière.

A. G.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la quatorzième semaine, 1027 décès au lieu de 1029 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1060 moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole, encore très répandue dans les quartiers pauvres, continue cependant à diminuer de fréquence.

Elle a causé 31 décès au lieu de 39 pendant la semaine précédente et de 48 et 59 antérieurement (moyenne 20); le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 628, au lieu de 793 précédemment et au lieu de la moyenne 393.

Les autres maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX. — Le docteur Josué, médecin de l'hôpital de la Pitié, fera du 15 avril au 2 mai 1912 un cours de revision et de perfectionnement en seize leçons, avec le concours et l'assistance de MM. les docteurs Delherm, chef du service de radiologie et d'électrothérapie, Demanche et Paillard, anciens internes des hôpitaux, de MM. Chevallier et Godlewski, internes des hôpitaux, Clogne, interne en pharmacie.

Programme du cours. — Première leçon : Lundi 15 avril, deux heures et demie. — Généralités; examen du cœur : percussion, phonendoscopie; les foyers d'auscultation.

Deuxième leçon : Mardi 16 avril, dix heures et demie. — Examen de l'aorte. Radioscopie du cœur et de l'aorte.

Troisième leçon : Mercredi 17 avril, deux heures et demie,

— Examen du pouls ; pouls artériel, pouls veineux ; méthode graphique ; électrocardiographie.

Quatrième leçon : Jeudi 18 avril, dix heures et demie. — Arythmies, extrasystoles.

Cinquième leçon : Vendredi 19 avril, deux heures et demie. — Bradycardies, tachycardies.

Sixième leçon : Samedi 20 avril, dix heures et demie. — L'insuffisance aortique.

Septième leçon : Lundi 22 avril, deux heures et demie. — Les maladies de la valvule mitrale. Les rétrécissements mitraux latents.

Huitième leçon : Mardi 23 avril, dix heures et demie. — Les insuffisances cardiaques.

Neuvième leçon : Mercredi 24 avril, deux heures et demie. — Hygiène des cardiaques.

Dixième leçon : Jeudi 25 avril, dix heures et demie. — Tonicardiaques ; digitale ; démonstrations pharmacologiques.

Onzième leçon : Vendredi 26 avril, deux heures et demie. — Cœur rénal. Les gros cœurs.

Douzième leçon : Samedi 27 avril, dix heures et demie. — La syphilis du cœur et de l'aorte.

Treizième leçon : Lundi 29 avril, deux heures et demie. — La pression artérielle.

Quatorzième leçon : Mardi 30 avril, dix heures et demie. — Artériosclérose.

Quinzième leçon : Mercredi 1er mai, deux heures et demie. — Angine de poitrine. Claudication intermittente et gangrène sénile.

Seizième leçon : Jeudi 2 mai, dix heures et demie. — Traitement de l'artériosclérose.

S'inscrire auprès de l'interne du service ou par correspondance.

Le prix de la série de leçons est de 30 francs.

PHYSIOTHÉRAPIE. — COURS DE VACANCES, du 16 avril au 9 mai 1912, à l'Ecole des hautes études sociales, 16, rue de la Sorbonne.

SÉRIE A, à six heures. — *Electrothérapie* (dix leçons, du 16 au 26 avril 1912). — M. le docteur Albert-Weil, chef du laboratoire de radiologie de l'hôpital Trousseau.

Radiumthérapie (trois leçons, les 27, 29 et 30 avril). — M. le docteur Dominici, ancien interne des hôpitaux.

Photothérapie (une leçon, le 1er mai). — M. le docteur Degrais, ex-chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

Hydrothérapie (trois leçons, les 2, 3 et 4 mai). — M. le docteur Sandoz, directeur de l'Institut Zander de Paris.

Radiothérapie (trois leçons, les 6, 7 et 8 mai). — M. le docteur Albert-Weil.

SÉRIE B, à cinq heures. — *Massage en général* (dix leçons, du 16 au 26 avril). — M. le docteur Durey, assistant de physiothérapie de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Massage de la face (une leçon, 27 avril). — M. le docteur Raoul Leroy.

Kinésithérapie gynécologique (deux leçons, 27 et 30 avril). — M. le docteur Wettervald, secrétaire général de la Société de kinésithérapie.

Gymnastique (deux leçons, le 1er et le 2 mai). — M. le docteur Durey.

Rééducation (deux leçons, le 3 et le 4 mai). — M. le docteur Kouindjy, chargé du service de rééducation à la Salpêtrière.

Mécanothérapie (deux leçons, le 6 et le 7 mai). — M. le docteur Sandoz.

Méthode de Bier (une leçon, le 8 mai). — M. le docteur Dausset, assistant de physiothérapie de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Le prix de chacune des séries de vingt leçons est de 50 francs.

On peut s'inscrire pour une série ou pour les deux chez MM. Vigot frères, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

ÉCOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — Les cours libres suivants ont été autorisés pour le deuxième semestre de l'année scolaire 1911-1912, par le Conseil de l'université de Paris, le 26 février 1912, et auront lieu dans l'amphithéâtre Cruveilhier de l'école pratique.

MM. les docteurs Bourguignon : La physiologie normale et pathologique du système nerveux : système neuro-musculaire, les jeudis à quatre heures et demie, à partir du jeudi 21 mars ; — Dunogier : La pathologie, la thérapeutique et la chirurgie dentaires (stomatologie), les jeudis à six heures, à partir du jeudi 23 mai ; — Farez : La psychothérapie du tube digestif, les samedis à cinq heures, à partir du samedi 20 avril ; — Foveau de Courmelles : Electrothérapie, radiologie, radiumthérapie et photothérapie, les mercredis à six heures, à partir du mercredi 17 avril.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie du thorax, parois thoraciques, plèvre et poumon, médiastin antérieur, médiastin postérieur, par le docteur Anselme SCHWARTZ, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris ; suivie d'un chapitre supplémentaire sur les « Applications de la broncho-œsophagoscopie à la chirurgie du thorax », par le docteur Fernand LEMAITRE, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris. 1 vol. gr. in-8 raisin de 900 pages, avec 147 fig. dans le texte. — Prix : 16 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Guide pour les manipulations de chimie biologique, par MM. Gabriel BERTRAND, professeur à la Faculté des sciences et à l'Institut Pasteur, et Pierre THOMAS, préparateur à la Faculté des sciences et à l'Institut Pasteur. In-8 de XXIV-348 pages, avec 53 figures. — Prix, cartonné : 7 fr. 50. — Paris, H. Dunod et E. Pinat.

Kystes hydatiques du poumon, par Pedro ESCUDERO. 1 vol. de 270 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, Steinheil.

Les Otites moyennes et leurs complications, par P. DESCOMPS et P. GIBERT. Vol. de 250 pages. — Prix : 6 francs. Paris, Steinheil.

Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles, par C. CRINON, pharmacien de première classe, ex-interne lauréat des hôpitaux de Paris, directeur du *Répertoire de pharmacie* et des *Annales de chimie analytique*. 19e édition, 1912. — Prix : 4 francs. — Paris, Vigot frères.

Hématologie et Cytologie cliniques, par le docteur E. LEFAS, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de laboratoire à la Faculté de médecine. Préface par P.-E. LAUNOIS, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 2e édition entièrement refondue. 1 vol. in-18 de 300 pages, avec 4 planches coloriées et figures. — Prix, cartonné : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1912, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN, docteur en pharmacie de l'Université de Paris. Introduction par le professeur Albert ROBIN. 1 vol. in-18 de 400 pages. — Prix, cartonné : 3 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les Poisons tuberculeux et leurs rapports avec l'anaphylaxie et l'immunité, par P.-F. ARMAND-DELILLE, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. 1 broch. gr. in-8 (Monographie de l'*Œuvre médico-chirurgical*) de 48 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Le Traitement des conjonctivites (*Consultations médicales françaises*, fasc. 38), par le docteur F. TERRIEN, professeur agrégé à la Faculté de médecine, ophtalmologiste de l'hôpital des Enfants-Malades. In-16 de 16 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco ; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Traitement actuel du rhumatisme blennorragique, par Stephen CHAUVET, interne des hôpitaux de Paris. 1 broch. gr. in-8 (no 68 de l'*Œuvre médico-chirurgical*) de 35 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

L'Epithélioma primitif du clitoris, son retentissement ganglionnaire et son traitement opératoire, par le docteur Antoine BASSET. (Thèse de Paris.) — Paris, Steinheil.

Hygiène du cuir chevelu dans l'enfance et dans l'adolescence, par le docteur R. SABOURAUD, directeur du laboratoire de la ville de Paris à l'hôpital Saint-Louis. Brochure 25/16cm. — Prix : 0 fr. 60. — Paris, Vuibert.

REVUE GÉNÉRALE

OSTÉOMYÉLITE DU NOURRISSON

Par M. HALLER,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Historique. — Dans le court exposé historique de cette question nous laisserons complètement de côté les travaux traitant l'ostéomyélite en général et nous signalerons simplement ceux qui ont trait à l'ostéomyélite du nourrisson.

En France, le premier travail d'ensemble sur la question est le mémoire d'Aldibert (de Toulouse) paru en juin 1894. Son élève Dardenne en fit sa thèse inaugurale (Toulouse 1894). Cette thèse contient trois observations inédites et un recueil de 33 observations empruntées aux divers auteurs, presque tous les cas d'ostéomyélite du jeune âge publiés depuis Chassaignac. Le travail de ces auteurs est postérieur à celui de Koplick et vonArsda le paru en 1892 dans l'*American Journal of the med. scien.*

Braquehaye publie en 1895, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie de Paris*, un très intéressant mémoire sur l'ostéomyélite du jeune âge où l'on trouve 44 observations de malades vus à l'hôpital Trousseau dans le service de M. Broca du mois d'octobre 1892 au mois d'avril 1895. La statistique que donne Braquehaye présente donc un grand intérêt, étant une statistique intégrale d'un seul auteur.

Citons encore comme travaux d'ensemble sur la question les thèses de Charezieux, d'Astros, Renaud, Laporte, Cance; puis les observations de Broca et d'un certain nombre d'auteurs dont on trouvera l'indication bibliographique à la fin de ce travail.

II

Etiologie. — Fréquence. — Broca au commencement d'une de ses leçons cliniques sur l'ostéomyélite de la hanche dit : « Quand on étudie l'ostéomyélite aiguë, on est d'abord frappé, malgré une assertion encore classique, de sa grande fréquence relative chez l'enfant du premier âge; et l'on remarque, en outre, qu'à cette période de la vie elle offre quelques particularités intéressantes à la fois pour le pathologiste, pour le clinicien et pour l'opérateur. »

Braquehaye signale dans son travail trois périodes où l'ostéomyélite présente une fréquence particulière : « C'est d'abord dans le courant de la première année, c'est ensuite vers l'âge de dix ans, c'est enfin dans le voisinage de la quinzième année. »

Dans un tableau qu'il dresse, nous trouvons, sur un ensemble de 159 cas d'ostéomyélite, 21 cas ayant trait à des malades de zéro à deux ans. Cance dans sa thèse signale un relevé du service de Broca à l'hôpital des Enfants-Malades de 1896 à 1908 portant sur 190 cas d'ostéomyélite chez l'enfant et trouve 50 cas se rapportant à des enfants d'un à dix ans, dont 30 au-dessous de trois mois.

Si l'ostéomyélite du nourrisson n'est pas signalée plus fréquemment, cela tient à ce que l'affection passe souvent inaperçue à cet âge, ainsi que nous le verrons à propos de l'étude clinique. On conçoit du reste très facilement la grande fréquence de l'affection à cet âge où la congestion osseuse se trouve à son maximum, où il existe une activité très marquée de l'ossification. C'est un terrain bien prédisposé au développement de l'affection, les causes d'infections étant multiples, les portes d'entrée nombreuses.

Sexe. — Si l'ostéomyélite de l'adolescence est plus fréquente chez les garçons, ceux-ci étant plus exposés au traumatisme, il n'en est pas de même en ce qui concerne l'ostéomyélite du nourrisson, l'influence du sexe étant nulle à cet âge. Dans les observations de Dardenne on trouve plus de filles que de garçons. Sur les 44 observations de Braquehaye, il y a 24 garçons et 20 filles.

Terrain. — Certains auteurs ont vu l'ostéomyélite se développer surtout chez les nourrissons débiles (d'Astros). Cependant l'affection peut également se rencontrer chez des nourrissons bien développés, ayant présenté à leur naissance un poids normal.

Saisons. — Le froid, et surtout les changements de saisons, joue ici, comme dans les autres affections, un certain rôle étiologique. Certains auteurs signalent la fréquence plus grande de l'affection au printemps et à l'automne. On sait, d'autre part, qu'à ces deux époques de l'année les affections de la gorge, les affections respiratoires, etc., sont plus fréquentes, ce qui expliquerait un peu la fréquence de l'ostéomyélite au courant de ces deux saisons.

Portes d'entrée de l'infection. — En dehors des causes communes à tout âge, il existe chez le nourrisson une série de causes occasionnelles spéciales à cet âge.

On a signalé des ostéomyélites survenues à la suite d'une infection pendant la *vie intra-utérine*, la mère étant atteinte d'une infection générale. Les microbes passeraient dans ces cas à travers le placenta pour gagner la circulation fœtale. Les travaux de Chambrelent (de Bordeaux) ont établi ce point. Kaltenbach cite le cas d'une mère atteinte d'érysipèle de la face durant sa grossesse, qui avorta, et où il put nettement déceler le streptocoque dans les voies lymphatiques du fœtus.

Senn rapporte le cas d'une femme saine qui accoucha d'un enfant atteint d'ostéomyélite suppurée. Cet auteur pense que des microbes vivant sur une mère saine peuvent passer par le placenta dans la circulation fœtale et y provoquer une ostéomyélite.

Pendant l'*accouchement* et surtout après un accouchement long et laborieux, l'infection peut également se produire. Allard, Chipault, Dardenne, Aldibert citent des exemples.

Braquehaye signale une ostéomyélite survenue chez un enfant né en état de mort apparente et qu'on a dû brutaliser pour le ramener à la vie. De plus on a vu des cas d'ostéomyélite évoluer chez les enfants,

en même temps qu'une infection puerpérale évoluait chez la mère (Haslé, Dülück, Fleury). Une plaie causée par une application de forceps constitue une porte d'entrée à l'infection.

Guéniot, Dardenne, Braquehaye, Charezieux signalent des cas d'ostéomyélite survenue à la suite de l'infection de la *plaie ombilicale* résultant de la chute du cordon.

Les plaies des gencives, en rapport avec un phénomène physiologique, la dentition, de même que les plaies des lèvres, constituent autant de portes d'entrée par où l'infection peut se faire. Dardenne, Aldibert, Braquehaye citent des exemples se rapportant à ces cas.

Le lait provenant d'un sein atteint de galactophorite peut également infecter le petit malade. Damourette et Broca en rapportent des exemples.

On sait combien fréquentes sont les plaies cutanées, echtyma, impétigo, eczéma, écorchures, etc., surtout si ces plaies siègent dans les régions souillées (autour des fesses par exemple), et on comprend que ces plaies puissent constituer autant de portes d'entrée des microbes.

Gouillioud dans sa thèse et Kormann rapportent des exemples d'ostéomyélite à point de départ constitué par une mammite des nouveau-nés. On sait en effet (Maygrier et Jeannin) que les congestions mammaires survenant chez le nouveau-né après l'accouchement peuvent dans certains cas aboutir à de véritables suppurations. On a également signalé comme infection primitive constituant le point de départ de l'ostéomyélite les ophtalmies purulentes (Broca) et la vaccination (Otto Soltmann, Lindemann, Braquehaye).

Les troubles gastro-intestinaux peuvent également constituer une porte d'entrée aux microbes qui peuvent pénétrer dans l'organisme, déjà affaibli par l'affection, au niveau des ulcérations intestinales. Ainsi que l'ont démontré Kochner et Colgy le streptocoque peut être l'hôte de l'intestin. Il en est de même des lésions pulmonaires.

On voit de cet exposé combien nombreuses sont les portes d'entrée de l'infection, et on pourrait plutôt être étonné que l'ostéomyélite à cet âge ne soit pas plus fréquente qu'elle n'est signalée.

Disons aussi que certains auteurs ne trouvant aucune porte d'entrée à l'infection ont invoqué le microbisme latent de Verneuil. C'est là où on pourrait peut-être faire entrer les causes secondaires, parmi lesquelles le froid en première ligne, auquel les jeunes sujets sont si sensibles, la mauvaise hygiène, l'alimentation défectueuse, la syphilis héréditaire, etc.

La syphilis, ainsi que le dit Renaud dans sa thèse, peut par des circonstances multiples prédisposer les nourrissons à l'ostéomyélite. Elle affaiblit le sujet, ce qui est déjà une cause favorable ; les lésions muqueuses et cutanées qu'elle cause constituent une série de portes d'entrée à l'infection ; enfin, en attaquant les épiphyses osseuses, elle crée un lieu de moindre résistance. La coexistence de la syphilis et de l'ostéomyélite chez le nourrisson peut se rencontrer, ainsi que nous le verrons plus loin.

III

Bactériologie. — Si le staphylocoque est le microbe trouvé le plus fréquemment dans l'ostéomyélite de l'adolescence il n'en est pas de même pour l'ostéomyélite du nourrisson. Chez lui c'est en effet le *streptocoque* qui est le plus souvent en cause, ainsi que le fait remarquer Broca, ce microbe étant, on le conçoit facilement, très répandu dans le milieu où vit l'enfant. Voici donc une première particularité en ce qui concerne la bactériologie de l'ostéomyélite du nourrisson.

Braquehaye, en réunissant ses cas où l'examen bactériologique du pus a été fait à ceux que cite Dardenne dans sa thèse, donne la statistique suivante :

Streptocoque	10 fois
Staphylocoque doré	7
Pneumocoque	4
Pus stérile	1

Dans la thèse de Cance, nous trouvons la statistique suivante, réunissant 20 cas d'ostéomyélite au-dessous de trois mois, où l'examen bactériologique a été fait :

Streptocoque	11 fois
Staphylocoque	7
Association microbienne	2

Le staphylocoque, et surtout le staphylocoque doré, vient en seconde ligne. Le staphylocoque blanc semblerait spécial à l'ostéomyélite dite prolongée.

Une deuxième particularité de la bactériologie de l'ostéomyélite à cet âge est la présence du *pneumocoque* dans le pus. Braquehaye l'a trouvé 4 fois. Nous-même dans un cas (Maygrier et Haller) nous avons trouvé du pneumocoque à l'état de pureté. Le pneumocoque, aux dires de Braquehaye, n'est à aucune époque de la vie si souvent la cause de l'ostéomyélite que chez le nourrisson. Lannelongue, au Congrès de chirurgie de 1896, insiste sur ce fait que le pneumocoque n'apparaît chez l'enfant qu'à partir du quatrième mois.

Souvent on trouve des associations microbiennes, streptocoque et staphylocoque doré (Devraigne), pneumocoque et streptocoque, etc.

On n'a jamais signalé le bacille d'Eberth comme cause d'infection osseuse ; cela s'explique facilement : à cet âge les enfants sont presque indemnes de fièvre typhoïde.

Il nous faut enfin signaler les recherches de Lippmann et Foisy qui ont trouvé dans un cas d'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur chez le nourrisson des microbes anaérobies.

« Il est regrettable, ainsi que le dit Duclaux dans sa thèse, que dans les nombreuses observations d'ostéomyélite l'examen bactériologique manque souvent. On y trouverait peut-être l'explication de certaines formes suraiguës où on ne trouve pas encore de pus collecté à la trépanation et qui se caractérisent surtout par des signes généraux intenses. »

La migration microbienne peut se faire par voie sanguine ou par voie lymphatique. Il semble, comme l'ont montré Lannelongue et Achard, que chaque

variété microbienne ait une voie favorite et spéciale, c'est ainsi que le streptocoque suit le plus souvent la voie lymphatique alors que le staphylocoque préfère la voie veineuse.

IV

Anatomie pathologique. — Nous n'insisterons pas sur les détails anatomo-pathologiques de l'ostéomyélite en général ; tous les stades de l'infection depuis la simple vascularisation de la moelle osseuse jusqu'à la forme purulente avec abcès intra-osseux et sous-périostés peuvent se rencontrer ; nous exposerons simplement ce qu'il y a de particulier à l'ostéomyélite du nourrisson.

Siège. — La localisation de l'affection sur divers os n'est pas absolument identique à ce que l'on voit plus tard. Ainsi Braquehaye dans sa statistique montre que le fémur est atteint le plus souvent, alors que le tibia, qui chez l'adolescent présente une fréquence sinon plus grande du moins égale à celle du fémur, ne vient qu'en seconde ligne chez le nourrisson. Ceci s'explique par le fait que le fémur présente à cet âge un accroissement extrêmement rapide, une vitalité beaucoup plus grande que celle des autres os.

On sait d'autre part que chez l'adolescent l'ostéomyélite atteint au membre inférieur les épiphyses proches de l'articulation du genou, et au membre supérieur les épiphyses éloignées du coude. Chez le nourrisson nous retrouvons, dans une proportion moindre cependant, la même prédisposition pour le membre inférieur ; moins marqué pour le membre supérieur et là, en ce qui concerne le cubitus on trouve plus fréquemment la localisation au niveau de l'extrémité proche du coude, le contraire donc de ce qu'on observe chez l'adolescent.

La maladie atteint aussi bien les os longs, que les os courts et les os plats. La fréquence plus grande pour les os longs est cependant manifeste. Les os plats seraient à cet âge atteints dans une proportion plus grande que chez l'adolescent.

Signalons aussi que certains auteurs admettent la localisation primitive de l'infection au niveau de l'épiphyse, le foyer épiphysaire serait donc primitif (Aldibert, Dardenne, König) fait rare pour d'autres (Lannelongue) qui placent l'infection primitive au niveau de la face diaphysaire du cartilage de conjugaison (bulbe de l'os).

Un des caractères importants de l'ostéomyélite du nourrisson au point de vue des localisations est la *fréquence des foyers multiples*. Déjà Aldibert et Dardenne insistent sur ce fait qui ne doit pas surprendre « si l'on songe, comme le dit Aldibert, à l'activité des échanges nutritifs qui s'opère dans cette partie de l'appareil locomoteur, à une époque de la vie où la croissance est si rapide ». Pour cet auteur les lésions multiples se rencontreraient dans une proportion de 42,4 p. 100. Tout en admettant la possibilité des localisations multiples Braquehaye croit que la proportion donnée par Aldibert est par trop élevée, qu'elle tient à ce que cet auteur a réuni des observations d'auteurs différents publiées justement à cause de leurs foyers nombreux. Braquehaye ne trouve dans ses observations au nombre de 44 que 9 cas d'ostéomyélite à foyers multiples, ce qui donne une proportion de 22,5 p. 100. Cette statistique est plus intéressante justement parce qu'elle représente une statistique globale appartenant à un même auteur, Pour Haaga la proportion est encore plus petite, elle serait de 20,3 p. 100 (82 cas sur 403 malades). Dans les observations éparses publiées récemment (Devraigne, Maygrier et Haller) on retrouve plusieurs foyers d'ostéomyélites qui se sont développées successivement.

Les *lésions articulaires* sont très fréquentes dans l'ostéomyélite du nourrisson. Aldibert et Dardenne donnent la proportion de 50 p. 100 d'arthrites purulentes venant compliquer l'ostéomyélite dans le jeune âge. Braquehaye dans sa statistique ne trouve que la proportion de 30,2 p. 100. La localisation au niveau de la hanche serait la plus fréquente (Broca); viennent ensuite le coude, l'épaule, le genou. L'infection de l'articulation peut se faire de diverses manières, ainsi que le dit Mauclaire : tantôt, c'est un abcès sous-périosté qui perfore la synoviale et s'ouvre dans l'articulation ; tantôt, quand le cartilage de conjugaison est intra-articulaire, sa destruction produit fatalement l'irruption du pus dans l'articulation ; tantôt c'est une hydarthrose de voisinage qui s'infecte par les voies lymphatiques ou sanguines. Le streptocoque donnerait plus volontiers naissance à des arthrites purulentes que le staphylocoque (Lannelongue et Achard).

Chez le nourrisson, l'arthrite de la hanche serait tellement fréquente qu'on doit la considérer non comme une complication mais comme un véritable symptôme (Duclaux).

Signalons enfin que Koplick et von Arsdale ont décrit une forme spéciale d'ostéomyélite caractérisée surtout par des arthrites suppurées, alors que les lésions osseuses seraient minimes et dues au streptocoque. Braquehaye en cite un exemple (obs. XI).

On comprend facilement que ces lésions articulaires puissent s'accompagner de lésions des parties molles voisines. Les ligaments et la capsule étant détruits, le pus peut fuser dans toutes les directions. Enfin des luxations pathologiques peuvent accompagner ces pyo-arthrites.

Le jeune âge des malades, aux dires d'Aldibert, les prédispose au *décollement épiphysaire*; cet auteur l'a rencontré dans 50 p. 100 des cas. Braquehaye en cite deux observations, pour lui cette complication serait due à la temporisation de l'intervention.

On a également signalé des fractures spontanées, complication extrêmement rare à cet âge.

Enfin des ostéomyélites *prolongées* ont également été signalées. Braquehaye en cite plusieurs exemples. L'observation de Dupont en est un autre. Alors que chez l'adulte la forme prolongée est assez fréquente, elle est plutôt très rare chez le nourrisson. Les séquestres se rencontrent très rarement. Le travail de réparation se fait pour ainsi dire en même temps que celui de destruction, c'est là un fait de tout premier ordre chez le tout jeune enfant, l'activité ostéogénétique étant chez lui extrêmement développée,

et c'est là un point qui améliore beaucoup le pronostic de l'affection à cet âge. Nous avons eu l'occasion de l'observer sur un de nos malades où la réparation était tellement parfaite que la radiographie faite six semaines après l'opération ne montra aucune différence pour ainsi dire entre le côté sain et le côté malade qui était très légèrement plus clair que l'autre.

V

Etude clinique. Symptomatologie. — Nous prendrons comme type de description la forme aiguë de l'affection.

Début. — Le début de l'affection est marqué par des phénomènes généraux graves, ces phénomènes sont extrêmement intenses. La température est élevée aux environs de 39 degrés, 39°5, précédée parfois par des frissons et des convulsions. L'appétit est complètement disparu, l'enfant refuse le sein, il pleure sans cesse et ne dort plus. Des phénomènes gastro-intestinaux peuvent également se montrer, il y a des vomissements, de la diarrhée et de la constipation. L'aspect du malade est tantôt pâle, tantôt il présente un teint plombé. La courbe du poids présente également une variation, ou bien il y a chute ou le poids reste stationnaire pendant quelques jours. C'est pour ces phénomènes généraux qui cachent la nature de l'affection que le médecin est consulté. C'est qu'en effet les signes locaux passent à cette période de la maladie au second plan et il faut les rechercher avec beaucoup de soin pour les découvrir, il faut avoir présent à l'esprit la possibilité d'une ostéomyélite pour rechercher ses manifestations locales.

L'enfant sera donc déshabillé et mis sur un plan résistant de façon à pouvoir le retourner dans tous les sens.

Ce qui peut frapper dès le début, à l'examen du malade, c'est l'attitude du membre malade. S'agit-il d'un foyer au niveau du membre inférieur, on verra celui-ci se placer en demi-flexion, en abduction et en rotation externe; s'agit-il d'un foyer au membre supérieur, celui-ci sera en abduction, en demi-flexion et demi-pronation. La mauvaise position que prend le membre malade est donc un premier signe que l'on constate à l'examen du malade.

La palpation permettra de localiser le siège de la douleur, et pour cela il est bon de commencer l'exploration par le côté sain, pour habituer l'enfant, et alors les cris et les pleurs que l'on provoquera en touchant le côté malade seront un bon signe pour localiser le siège exact de l'affection (Lannelongue). Déjà à cette période on peut quelquefois par la palpation constater un léger degré d'empâtement de la région.

Enfin les mouvements provoqués du côté malade sont également très douloureux.

Etat. — Les phénomènes généraux deviennent plus marqués. La température monte à 40-41 degrés, le pouls est petit, extrêmement fréquent 130-140, il existe un véritable état typhoïde.

Les signes locaux sont plus nets : la région malade est tuméfiée, le gonflement peut s'accompagner d'œdème, de circulation veineuse collatérale, signe de lésions profondes. La peau peut être d'aspect rougeâtre, d'aspect lymphagitique. On peut aussi trouver de la fluctuation, qu'il faut toujours rechercher, exploration facile s'il s'agit d'un os superficiel, difficile au contraire s'il s'agit d'une lésion cachée dans la profondeur comme dans l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur. Il faudra dans ces cas suivre le procédé conseillé par Roux et Chassaignac, prendre le membre malade entre les deux mains, l'exprimer pour ainsi dire en ramenant une main vers l'autre et on aura dans ces cas la sensation d'un liquide qui se déplace. Parfois on aura l'occasion de déceler le bourrelet périostique dont parle Lannelongue.

VI

Evolution. — La marche de l'affection dans ces formes aiguës est variable. Tantôt la mort survient extrêmement rapidement, dans les trois à quatre premiers jours avec tous les signes d'une infection généralisée, dans les cas suraigus. Tantôt la terminaison fatale, survenant un peu plus tardivement, peut être due à une des complications viscérales, la bronchopneumonie notamment. Dans d'autres cas, et surtout si l'intervention chirurgicale a été faite à temps, la guérison survient. Et chose importante, la guérison est rapide et définitive. L'ostéomyélite prolongée et la nécrose sont exceptionnelles à cet âge, on peut compter dans ces cas que l'os conservera son volume normal, sa largeur (l'allongement est plus fréquent que le raccourcissement), qu'il restera indolent et qu'il n'y aura pas de fistule. Même s'il y a une arthrite suppurée, l'articulation conservera son intégrité absolue, et c'est là un point important à signaler.

VII

Formes cliniques. — Suivant l'allure clinique de l'affection. — Nous venons d'étudier comme type d'ostéomyélite du nourrisson la forme aiguë, celle qui est le plus souvent observée.

On a signalé également des formes suraiguë, foudroyante. On trouve dans la thèse de Gérard une observation de ce genre, où les phénomènes généraux très intenses emportèrent le malade au milieu des convulsions généralisées, avant l'apparition de tout phénomène local et où à l'autopsie on trouva un foyer d'ostéomyélite.

Il existe également une forme subaiguë de l'affection à cet âge et nous avons eu l'occasion d'en observer 4 cas au courant de notre année à la Maternité. C'est sans grands phénomènes généraux, sans grande température que la maladie débute et évolue prouvant ainsi le peu de réaction de l'organisme à l'infection. La température peut atteindre 37°5 à 38 degrés mais pas plus. Localement on peut voir une tuméfaction moins considérable que dans la forme aiguë, moins rouge et moins chaude, douloureuse à la pression (Maygrier et Haller).

La forme prolongée est rare à cet âge.

Enfin on a également signalé une forme chronique

d'emblée dont Dupont rapporte une observation du service des Enfants-malades de M. Broca.

Suivant le microbe en cause. — On a décrit des types différents :

Le streptocoque déterminerait une ostéomyélite à début brusque, à vive réaction générale, cédant dès que le pus est collecté, qui est plus liquide et plus séreux que dans l'infection à staphylocoque. La peau de la région offre un aspect érysipélateux, on note des traînées de lymphangite sous-cutanées, il n'y a pas d'empâtement périphérique, pas de bourrelet, pas de réseaux veineux, et les ganglions lymphatiques sont engorgés.

Le staphylocoque ne déterminerait pas de rougeur de la peau mais un réseau veineux sous-cutané autour du foyer et à la racine du membre atteint.

Le pneumocoque provoque une ostéomyélite qui dès le début présente une intensité grande, mais l'évolution est rapide. Les complications articulaires sont plus fréquentes, mais leur gravité est moindre que dans les autres formes. Le pus verdâtre, bien lié se collecte en peu de jours.

Suivant l'état anatomique. — Il y a des ostéomyélites débutant par des phénomènes généraux, et où la suppuration n'apparaît pas. Il en est d'autres où il y a simplement formation d'abcès sous-périostique. D'autres enfin où il y a destruction du cartilage de conjugaison, arthrite suppurée et décollement de l'épiphyse.

Nous avons parlé à propos de l'anatomie pathologique de la possibilité de foyers multiples de l'affection, nous n'y reviendrons pas ici.

Suivant la localisation. — Une des localisations intéressantes de l'affection est celle au niveau de l'extrémité supérieure du fémur, ostéomyélite de la *hanche*, aboutissant toujours à une pyoarthrite coxo-fémorale. Duclaux a étudié longuement dans sa thèse cette localisation.

La localisation au niveau du *rachis* est rare ; là les phénomènes généraux dominent la scène. Localement on note une ridigité et une sensibilité extrême de la région rachidienne atteinte avec œdème local énorme et suppuration après quelques jours.

Au niveau du *crâne*, on peut également rencontrer la localisation de l'ostéomyélite et là, on le conçoit, les phénomènes méningés sont prédominants. A. Boquel en rapporte une observation très instructive à cet égard.

Enfin on a rencontré des foyers au niveau du maxillaire inférieur, de l'os iliaque, des côtes, du sternum, de la clavicule, des métacarpiens, des métatarsiens, etc.

VIII

Complications. — Les complications de l'ostéomyélite chez le nourrisson peuvent être envisagées en deux groupes : les unes immédiates, les autres tardives.

Parmi les complications immédiates, nous citerons des complications locales, des complications générales.

Les décollements épiphysaires. — Nous avons parlé, au chapitre de l'anatomie pathologique, de leur fréquence. Nous n'y reviendrons pas. Cette complication s'accompagne au point de vue clinique d'une impotence absolue du membre. De plus, on trouvera, en prenant le membre par ses deux extrémités, l'existence de mouvements dans une portion de l'os où normalement il n'existe pas d'articulation. Cette mobilité anormale, parfois considérable, est donc un bon signe de diagnostic.

Les arthrites purulentes. — Ainsi que l'a dit Lacasse, en reprenant les travaux de Koplick, l'ostéomyélite frappe les articulations chez le nourrisson plus qu'à tout âge. Broca est de même avis. Et nous l'avons dit à l'anatomie pathologique que Duclaux, à propos de l'ostéomyélite de la hanche, trouve cette complication tellement fréquente qu'il la considère comme un signe concomitant.

Les *luxations spontanées*, les *fractures spontanées* sont rares à cet âge.

Mais les complications générales sont de beaucoup les plus importantes.

Les *complications viscérales* en effet sont très fréquentes. Le mauvais terrain sur lequel évolue l'affection, l'âge du sujet, son peu de résistance y prédisposent. On trouve signalés dans la thèse de Charezieux des cas où l'autopsie et l'examen histologique des viscères a été fait. Cet auteur signale des lésions du poumon, du cœur, du foie.

Une des complications des plus fréquentes est la broncho-pneumonie. Même si localement la guérison est survenue, cette complication peut survenir pendant la convalescence, par suite de localisations au niveau des poumons de petites embolies septiques parties du foyer osseux.

Aldibert, Dardenne, Charezieux ont signalé des lésions d'endocardite et de péricardite. Des abcès du foie ont également été trouvés (Charezieux). Signalons encore des lésions de néphrite, des lésions du tube digestif.

Enfin, dans certaines formes, on trouve des lésions dans tous les organes; il s'agit là de formes à infection généralisée.

On comprend de plus que des métastases puissent se faire au niveau du revêtement cutané, déterminant des abcès cutanés multiples.

Les complications tardives locales se rencontrent très rarement chez les malades à cet âge. Ainsi que nous l'avons déjà dit, malgré les lésions locales intenses, si la guérison s'établit elle est parfaite; aussi ne voit-on ici ni ankyloses ni attitude vicieuse comme on en rencontre chez des sujets plus âgés atteints d'ostéomyélite. L'os conserve sa longueur normale (peut-être l'allongement léger serait-il plus fréquent que le raccourcissement), son épaisseur normale, en un mot son intégrité parfaite. Il n'y a pas de séquestres après les poussées aiguës.

D'Astros cite comme complication tardive de l'ostéomyélite le rachitisme et le spasme de la glotte. Pour cet auteur, ces complications seraient dues à l'infection elle-même : tantôt, en effet, l'infection provoquerait une réaction organique amenant des

troubles profonds dans le développement du squelette ; tantôt, au contraire, elle provoquerait une véritable réaction nerveuse, sous la dépendance de laquelle se développerait le spasme glottique avec ses terribles conséquences.

IX

Diagnostic. — Le diagnostic de l'ostéomyélite chez le nourrisson offre souvent de grandes difficultés. Ces difficultés tiennent à ce que, au début, les phénomènes généraux étant extrêmement intenses les phénomènes locaux passent pour ainsi dire inaperçus, fait d'autant plus grave, car de la rapidité de l'intervention dépend souvent le succès thérapeutique. Se rappeler donc que, en présence des signes généraux intenses chez le nourrisson, il faut toujours faire un examen complet du malade, explorer son squelette, passer en revue ses os et ses articulations. Ne pas oublier que l'examen radiographique pourra dans certains cas enlever les doutes. Enfin, avoir recours aussi à l'examen du sang qui permettra d'apprécier la présence d'une collection purulente et à la ponction lombaire dans certains cas où le diagnostic d'avec la méningite sera à discuter.

Nous nous trouvons donc en présence de phénomènes généraux intenses sans rien de local. Les fièvres éruptives, le rhumatisme articulaire, la typhoïde sont rares à cet âge, et le diagnostic dans ces cas n'est guère à faire qu'avec la méningite aiguë ou la méningite tuberculeuse. Mais dans ces affections les phénomènes généraux n'ont pas un début aussi brusque que dans l'ostéomyélite, l'enfant a louché plusieurs fois, il a eu des vomissements sans cause, et si localement on ne trouve rien la ponction lombaire tranchera le diagnostic.

A côté des phénomènes généraux il existe des phénomènes locaux; on éliminera facilement la lymphangite, le phlegmon diffus. Se rappeler cependant que ces manifestations peuvent cacher une lésion profonde osseuse. Eliminer aussi les lésions traumatiques (fractures). Il peut s'agir d'une arthrite aiguë, non suppurée, rhumatismale, dont Broca, Delanglade et Barbarin ont rapporté des exemples.

Si, au lieu de phénomènes généraux intenses, on a une allure moins grave au début, si on se trouve en présence d'une ostéomyélite subaiguë, ces cas doivent être diagnostiqués d'avec la tuberculose et surtout d'avec la syphilis osseuse.

Un des diagnostics très délicats à faire de ces formes subaiguës est justement le diagnostic d'avec la pseudo-paralysie de Parrot avec laquelle on les confond souvent (Maygrier et Haller).

Il est certain que le diagnostic est facile si, en même temps que la tuméfaction osseuse, que le syphilome, il existe d'autres manifestations de syphilis héréditaire (manifestations cutanées, etc.). Et parfois dans les cas hésitants on aura recours au traitement d'épreuve qui seul pourra éclairer le diagnostic.

C'est à ce propos qu'il nous faut mentionner la possibilité de la coexistence des deux lésions. Thibierge en a rapporté un bel exemple, et dans l'observation qu'il a présentée à la Société anatomique il cite les auteurs qui ont signalé antérieurement des cas semblables (Valeix, F. von Baerensprung, Guéniot, etc.). Nous avons signalé plus haut que la syphilis héréditaire peut être considérée comme prédisposant à l'ostéomyélite et de quelle manière celle-ci peut se greffer sur le terrain syphilitique (Renaud).

Lorsqu'on se trouve en présence de l'ostéomyélite chronique, le diagnostic est à envisager d'avec la syphilis héréditaire et d'avec l'ostéo-sarcome, affection dont la fréquence est assez faible pour que Broca ne l'ait jamais observée (Dupont).

Nous avons signalé enfin, en cas de localisation sur les os du crâne, combien le diagnostic est difficile d'avec une méningite, et cependant en examinant attentivement le crâne par une palpation méthodique, lente et répétée, on arrive à ce diagnostic (Boquel).

Il ne faudra pas oublier enfin de faire le diagnostic des complications.

X

Pronostic. — L'ostéomyélite du nourrisson est plus grave au point de vue vital qu'à un autre âge. Cette gravité tient d'une part au jeune âge des malades, et d'autre part à l'intensité des phénomènes généraux du début. L'ostéomyélite de la hanche est d'une gravité plus grande que celle du tibia. De même le pronostic est plus grave dans les formes à localisations multiples et s'accompagnant d'arthrites suppurées, dans les cas d'ostéomyélite déterminée par le streptocoque et surtout par les associations microbiennes.

Enfin des complications viscérales possibles et notamment de la broncho-pneumonie assombrissent encore le pronostic.

Mais si l'affection guérit, ainsi que nous l'avons déjà dit, cette guérison s'opère dans des conditions locales excellentes, inespérées.

Le pronostic est sujet souvent à la rapidité de l'intervention chirurgicale.

XI

Traitement. — Le traitement est local et général.

Le traitement local est d'ordre chirurgical. Ne pas temporiser et se rappeler que l'intervention doit être précoce et que de cette précocité dépend souvent la vie des petits malades.

Incision, ouverture de l'abcès sous-périosté, trépanation de l'os, curettage de la moelle infiltrée de pus. Se rappeler comme principe qu'il faut être sobre de grands délabrements, et à moins d'y être absolument forcé ne jamais enlever une diaphyse entière, comme certains l'ont conseillé, car on voit à cet âge revivre des parties qui semblaient vouées à la mort.

Le traitement général sera conduit de pair avec le traitement local.

BIBLIOGRAPHIE

1. ALDIBERT. De l'ostéomyélite aiguë chez les enfants au-dessous de deux ans, *Revue des mal. de l'enf.*, 1894, p. 289, et *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1894, p. 254.
2. ALLARD. *Des Rapports des accidents infectieux du nouveau-*

né et en particulier de l'ostéomyélite avec l'infection puerpérale. Leurs portes d'entrée, Th. de Paris, 1890.

3. ASTROS (D'). L'ostéomyélite chez l'enfant au-dessous de trois mois et ses conséquences possibles, *Revue des mal. de l'enf.*, 1901, p. 493.
4. AYALA-RIOS. *Les Portes d'entrée de l'ostéomyélite*, Th. de Paris, 1886.
5. BARTHEZ. *De la Résection dans l'ostéomyélite*, Th. de Paris, G. Steinheil, 1902.
6. BECH. Les rayons Röntgen employés pour diagnostiquer l'ostéomyélite, l'ostéosarcome et les autres lésions osseuses, *Journ. amer. med. Assoc.*, Chicago 1902, t. XXXVIII, p. 28-33.
7. BÉRARD. Les arthrites suppurées dans l'ostéomyélite aiguë, *Bull. méd.*, 1904, p. 1073.
8. BÉRARD. Ostéomyélite chronique d'emblée, *Bull. méd.*, 1905, p. 57 et 141.
9. BERNARD. *De l'Ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur*, Th. de Bordeaux, 1897.
10. BERNE. *Des Manifestations osseuses précoces et tardives de la syphilis héréditaire*, Th. de Paris, 1884.
11. BLUMENFELD. Ostéomyélite de l'enfance, *Arch. f. Kind.*, 1900, t. XXX, p. 37.
12. BOQUEL. Ostéomyélite et méningite chez le nourrisson, *Arch. méd. d'Angers*, 20 juillet 1909, n° 7, p. 245.
13. BRAQUEHAYE. De l'ostéomyélite des enfants en bas-âge, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1895, p. 199, 210, 221, 232 et 246.
14. BROCA. *Leçons cliniques de chirurgie infantile* (2e série), 1905.
15. BROCA. De l'arthrite suppurée de la hanche chez un nouveau-né prématuré, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1902, p. 385.
16. BROCA, DELANGLADE et BARBARIN. Arthrites aiguës et ostéomyélite de la hanche, *Revue d'orthopédie*, 1902, p. 257, 354 et 443.
17. CANCE. *Contribution à l'étude de l'ostéomyélite chez l'enfant au-dessous de trois mois*, Th. de Paris, 1908.
18. CHAREZIEUX. *De l'Ostéomyélite chez les jeunes enfants*, Th. de Bordeaux, 1896.
19. CHASSAIGNAC. Mémoire sur l'ostéomyélite, *Gaz. méd. de Paris*, 1854.
20. CHIPAULT. Ostéomyélite à streptocoque d'origine puerpérale chez un nouveau-né. Ostéo-arthrites suppurées multiples, *Bull. de la Soc. anat.*, 1890, p. 281.
21. CŒURDEROY. *Contribution à l'étude de l'ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur*, Th. de Paris, 1900.
22. DAMOURETTE. *Affection des nourrissons déterminée par la galactophorite de la nourrice*, Th. de Paris, 1893, Steinheil.
23. DARDENNE. *De l'Ostéomyélite aiguë chez les enfants au-dessous de deux ans*, Th. de Toulouse, 1894.
24. DEVRAIGNE. Ostéomyélite aiguë chez le nouveau-né (présentation de l'enfant), *Soc. d'obst. de Paris*, séance du 19 nov. 1908.
25. DUCLAUX. *De l'Ostéomyélite de la hanche*, Th. de Paris, 1905.
26. DUBAR. *Anatomie pathologique des ostéites*, Th. d'agrégation, Paris 1883.
27. DUPIN. *Contribution à l'étude des ostéomyélites suraiguës*, Th. de Bordeaux, 1898.
28. DUPONT. Ostéomyélite chronique chez un nourrisson. Porte d'entrée d'origine obstétricale, *Bull. de la Soc. de péd. de Paris*, janv. 1906.
29. ELGART. Ostéomyélite chez les nouveau-nés, *Wiener med. Woch.*, 1901, n° 49.
30. GANGOLPHE. *Maladies infectieuses et parasitaires des os*, 1894.
31. GIRARD. *Quelques considérations sur l'ostéomyélite aiguë de la hanche*, Th. de Paris, 1893.
32. GUÉNIOT. Ostéites suppurées des extrémités diaphysaires des os avec décollement des cartilages épiphysaires chez un enfant nouveau-né, *Gaz. des hôpit.*, 9 fév. 1869.
33. HALLER. Voir Maygrier et Haller.
34. HÉNOCH. *Leçons cliniques sur les maladies des enfants* (trad. française), 1885.
35. HERTZOG et KRAUTWIG. Ostéomyélite des jeunes enfants, *Münch. med. Woch.*, 1898.
36. HOLMÈS. *Maladies chirurgicales des enfants*, 1870.
37. HOMOLLE. Art. SYPHILIS, in *Dict. Jaccoud.*
38. HUTAU. *Arthrites aiguës des nouveau-nés*, Th. de Paris, 1905.
39. KIRMISSON. *Cliniques*, 1890.
40. KIRMISSON. *Précis de chirurgie infantile*, 1906.
41. KÖNIG. *L'Ostéomyélite aiguë de la hanche chez les jeunes enfants*, Berlin 1902.
42. KOPLICK et VON ARSDALE. *Amer. Journ. of the med. sc.*, 1892.
43. LACASSE. Des arthrites suppurées de causes inconnues chez les nourrissons, *Revue des mal. de l'enfance*, 1903, p. 364.
44. LAMOTHE. *De l'Ostéomyélite des jeunes enfants*, Th. de Paris, 1898.
45. LANNELONGUE. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1886.
46. LANNELONGUE. *De l'Ostéomyélite aiguë pendant la croissance*, Paris 1879.
47. LANNELONGUE. Des ostéomyélites à streptocoque, à staphylocoque, à pneumocoque au point de vue expérimental et clinique, *Congrès de chir.*, 1891.
48. LANNELONGUE. Note sur une forme d'ostéomyélite grave polymicrobienne non suppurative, *Bull. méd.*, 1902, p. 285.
49. LANNELONGUE et COMBY. *De l'Ostéomyélite prolongée*, Paris 1881.
50. LANNELONGUE et ACHARD. Un cas d'ostéomyélite à pneumocoque, *Bull. méd.*, 1890, p. 789.
51. LAPORTE. *Ostéomyélite des nourrissons*, Th. de Bordeaux, 1905.
52. LEBEDEFF. Ueber die intrauterine Ubertragbarkeit des Erysipels, *Zeit. f. Gerb.*, 1886, t. XII, p. 321.
53. LINDEMANN. Observation d'ostéomyélite post-vaccinale, *Wratch.*, 1895, n° 6.
54. LIPPMANN et FOISY. De l'ostéomyélite à microbes anaérobies, *Gaz. hebd. de méd. et de chir*, 1901, p. 781.
55. MAUCLAIRE. Ostéomyélite, in *Traité de chirurgie* Le Dentu-Delbet.
56. MAYGRIER et HALLER. Un cas d'ostéomyélite aiguë chez le nouveau-né, *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, séance du 1er juillet 1909.
57. MAYGRIER et HALLER. Nouveau cas d'ostéomyélite chez le nourrisson, *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, séance du 16 déc. 1909.
58. MAYGRIER et JEANNIN. De l'infection de la glande mammaire chez le nouveau-né, *Traité d'accouchement* de Bar.
59. MENCIÈRE. Ostéomyélite chronique d'emblée, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1901, p. 793.
60. MOUCHET et AUDION. Des pyoarthrites aiguës de l'enfance, *Progrès méd.*, 1899, p. 193.
61. OLLIER. *Traité des résections.*
62. PONCET. In *Traité de chirurgie* Duplay-Reclus.
63. RENAUD. *Ostéomyélite des nourrissons*, Th. de Paris, 1903.
64. RODET et COURMONT. Des microbes de l'ostéomyélite, *Lyon méd.*, 1890.
65. SENN. *Bactériologie chirurgicale* (traduction Broca), Paris 1890.
66. THIBIERGE. Abcès d'origine osseuse chez un nouveau-né présentant des lésions syphilitiques du fémur, *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1888, p. 794.
67. VOITURIEZ. Ostéomyélite aiguë et furonculose, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 14 janv. 1887, p. 25.

VARIÉTÉS

LES RÉSULTATS DE LA LUTTE CONTRE LES MALADIES CONTAGIEUSES AU BRÉSIL

Dans le *Morgagni* du 15 février dernier (part. II, n° 10), E. Bertarelli, l'éminent professeur de l'Institut d'hygiène de Parme, consacre une étude à l'état sanitaire du Brésil et aux résultats obtenus dans ce pays grâce à la prophylaxie des affections contagieuses. Nous en avons traduit pour nos lecteurs, les principaux passages.

« Voici vingt ans, le Brésil, surtout dans ses provinces du sud, était victime des maladies infectieuses qui menaçaient la vie sociale et économique de la nation... La morbidité par fièvre jaune, malaria, peste et autres formes infectieuses s'élevait, dans de certaines années, à des chiffres tels que des populations entières prenaient la fuite. On rapporte à ce sujet des anecdotes et des scènes qui donnent le frisson, et d'autre part, bien des fortunes ont eu pour origine et pour mise en marche le seul courage de faire face aux épidémies.

En 1893 encore, Santos fut en peu de jours vide d'habitants, et les propriétés perdirent presque entièrement leur valeur par suite de l'abandon général de la population, si bien qu'au désastre de la maladie vint s'ajouter la ruine économique. Campinas, une belle petite ville de l'Etat de São Paulo subit le même sort, et pendant quelque temps il ne resta dans la ville qu'un médecin pour assumer la tâche ingrate de secourir plusieurs centaines de malades.

Il y a douze ans seulement, la terreur des épidémies entravait le développement normal du commerce et de la vie, ce qui explique la foi et l'enthousiasme avec lesquels les Brésiliens suivirent les recherches relatives à certaines formes pathologiques qui les touchaient de plus près. La période la plus active de rénovation commence peu d'années avant 1900 pour reprendre en 1903 avec une ardeur nouvelle, lorsque les découvertes sur la nature de la fièvre jaune eurent enfin permis de diriger dans une voie logique la prophylaxie de cette affection.

L'Etat de São Paulo d'abord, puis la capitale fédérale, et après elle les autres États se mirent énergiquement à l'œuvre... Hommes d'État et commerçants se rendirent compte que la vie de la nation n'était possible qu'à la condition de résoudre certains problèmes relatifs à la salubrité de l'existence, et ils n'épargnèrent point leurs peines pour mettre sur pied un plan logique de lutte prophylactique.

Aujourd'hui l'idée de prophylaxie a tellement pénétré l'esprit de ces populations, ou tout au moins celui des personnalités dirigeantes, qu'il n'est pas hasardé de dire que l'organisation de la prophylaxie est infiniment plus avancée que celle de l'assistance sanitaire. Je ne voudrais pas cependant que l'on crût à l'absence de tout défaut, et il me serait facile de noter que l'État indubitablement le plus civilisé du Brésil, celui de São Paulo, ne fait rien contre la lèpre, alors que cette affection constitue là-bas un fléau beaucoup plus considérable que la pellagre chez nous, mais il est vrai également que dans bien peu de champs de l'activité civique on n'a travaillé avec autant d'énergie que dans celui de la prophylaxie.

On en trouve la preuve manifeste en examinant en particulier ce qui a été fait dans les villes de province. Il n'en existe pas une, je crois, même de médiocre importance, où n'aient été introduits l'eau potable et un système d'égouts... Et le public lui-même contribue à maintenir fermement le concept hygiénique de ces deux éléments de santé; c'est ainsi, par exemple, que tout le monde emploie les filtres à domicile, là même où l'eau est bien captée et bien amenée, et dès l'école on cherche à inculquer aux enfants l'importance de cette pratique de la filtration.

Quelque chose d'identique peut être dit à propos des bains. Les sociologues expliquent en deux mots l'amour pour le bain, en disant que dans les zones sub-tropicales le besoin même crée l'enthousiasme pour les ablutions, mais il est très simple d'objecter qu'en Sicile les personnes des classes moyennes elles-mêmes n'éprouvent pas d'enthousiasme hydrique, bien qu'elles habitent un pays qui, par ses caractéristiques climatologiques, se rapproche considérablement des régions subtropicales.

Quoi qu'il en soit les Brésiliens, au moins dans l'Etat de São Paulo et de la capitale, prennent des bains très fréquents. Les paysans font, il est vrai, exception, mais l'habitude est prise par la bourgeoisie même très modeste, et dans les villes elle a pénétré jusque chez les artisans.

Un autre fait saillant est la fréquence et la bonne organisation des stations de désinfection dans les villes de second ordre. A ce point de vue nous aurions beaucoup à apprendre, de même que nous aurions à apprendre pour la protection contre la souillure des eaux superficielles, et je n'oublierai jamais l'agréable et profonde impression que j'ai ressentie à Campinas, puis à Curitiba dans le centre du Paraná, devant deux parfaites organisations d'épuration biologique.

Du reste comme indication des ordonnances d'intérêt public pour la prophylaxie, il suffira de rappeler qu'à Rio de Janeiro et à São Paulo on tue périodiquement les rats dans les égouts au moyen de l'acide sulfureux, et cela très rigoureusement; et dans les deux cités existe une sévère réglementation interdisant d'abandonner des boîtes vides ou des tessons, qui en recevant et conservant de petites quantités d'eau peuvent devenir des foyers de moustiques. Dans le même ordre d'idées la réglementation des maisons pourrait, par la sévérité de ses dispositions, être citée en exemple à beaucoup de nos grandes communes.

La conclusion pratique de ce travail apparaît facilement en examinant les statistiques. Je sais que de nombreux médecins brésiliens, se basant sur des impressions personnelles, disent que la mortalité est encore élevée, mais ce n'est pas là précisément le jugement qui ressort des chiffres. Dans l'Etat de São Paulo, par exemple, la mortalité oscille autour de 22 p. 1000, et il faut noter que la morbidité est plus élevée que la moyenne européenne.

On peut en dire autant de la capitale de l'Etat de Rio de Janeiro, dont les travaux d'assainissement et d'hygiène constituent une des plus grandes mises en œuvre de rénovation dans l'hygiène de la cité, qui aient été exécutées dans le monde entier. Les éventrements de nos capitales constituent des œuvres de second ordre si on les compare à cette merveille des digues sur mer, qui s'étendent aujourd'hui sur plus de dix kilomètres et qui, dans quelques années, comprendront un développement total de quelques dizaines de kilomètres. Et Rio a obtenu sa récompense, car la cité qui fut jadis décimée par la fièvre jaune et la peste, et dont la mortalité dépassait souvent 40 p. 100, est aujourd'hui, en dépit du climat, une ville saine, propre et agréable.

Je pourrais multiplier les exemples et démontrer toute l'influence de la prophylaxie sur la renaissance civile de la république brésilienne. L'Etat a compris que le premier problème à résoudre dans un pays tourmenté par tant de fléaux était celui de la salubrité, et avant même d'être mûr pour la vie politique il a résolu cette question fondamentale pour son existence. »

Nous avons pensé qu'au moment où la vieille Europe a les yeux fixés sur cette mine prodigieuse de richesses et d'énergies qu'est l'Amérique du Sud, où tant d'intérêts français se trouvent déjà engagés, au Brésil notamment, les renseignements fournis avec sa haute compétence par le professeur Bertarelli ne pourraient manquer d'attirer l'attention de nos lecteurs.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

PRATIQUE MÉDICALE

SYMPTOMES ET TRAITEMENT DES DÉMENCES VÉSANIQUES

Par M. Ganibel.

Les démences vésaniques ont des symptômes communs dont la connaissance est indispensable au médecin praticien, appelé parfois à délivrer des certificats d'internement.

Tout d'abord, on note un affaiblissement de l'intelligence, qui peut se faire par saccades, chutes brusques et successives, mais le plus souvent évolue progressivement. Malgré un état parfois très bon, on constate l'apparition de troubles intellectuels (style, orthographe) et en même temps un changement général dans les rapports affectifs : le malade devient indifférent à tout.

En second lieu, il faut donner une grande importance aux troubles de la mémoire. Cette amnésie porte au début sur les faits récents, mais son évolution est progressive; il existe une incohérence manifeste des idées, des mots, rendant la parole étrange.

La volonté disparaît, les malades deviennent des automates obéissant à des impulsions. Ils peuvent présenter des périodes d'agitation violente et commettre des délits. Le gâtisme vient ensuite.

Il y a plusieurs formes de démence. Les déments simples ayant des apparences favorables et qui, cependant, sont de véritables automates obéissant aux anciennes habitudes, sans volonté, sans mémoire; les déments agités toujours en mouvement et les déments apathiques, silencieux et immobiles.

Le traitement de ces malades est difficile. Il réside dans une surveillance constante. On conseillera le séjour à la campagne avec des distractions exigeant peu d'intelligence. Les soins d'hygiène ont la plus grande importance ainsi que le fonctionnement de l'intestin et de la vessie.

Contre l'excitation générale, on utilisera le chloral, le bromure et aussi le pantopon (opium total soluble). Les comprimés de Pantopon représentent un moyen énergique de diminuer l'éréthisme nerveux cérébral et médullaire sans avoir les inconvénients des opiacés habituels. Cette propriété fait indiquer le Pantopon dans la thérapeutique des maladies nerveuses et contre les symptômes douloureux, l'insomnie, l'agitation, on peut le donner, sous forme de comprimés, sirop ou ampoules, à des doses parfois très élevées qu'on ne pourrait atteindre avec l'extrait thébaïque et surtout la morphine. Le véronal, l'hyoscine, la balnéation prolongée sont aussi d'un réel secours, mais leurs effets sont passagers.

LIVRES NOUVEAUX

Psychopathies et chirurgie (1), par M. Lucien Picqué.

M. Lucien Picqué, chirurgien des hôpitaux, chirurgien en chef des asiles d'aliénés de la Seine, résume dans ce nouveau livre la synthèse des travaux qu'il poursuit sur ce sujet depuis vingt-cinq ans. Chirurgien et psychiatre semblent, au premier abord, bien éloignés l'un et l'autre. On les trouve cependant intimement liés chez M. Picqué qui, à force de travail et d'observations, est devenu également compétent dans ces deux branches de l'art de guérir, la psychiatrie et la chirurgie. Des études auxquelles il s'est livré à ce double titre, il a tiré des conclusions très intéressantes au point de vue des services que la chirurgie peut rendre à la psychiatrie en même temps que des connaissances que celle-ci doit y puiser.

(1) Paris, Masson et Cie,

Dans ce premier volume, M. Picqué s'applique à démontrer le rôle de la chirurgie en psychiatrie, un second volume devant être consacré à l'étude des applications de la psychiatrie à la chirurgie.

Pour beaucoup d'aliénistes, le principe de la folie à lésions primitivement cérébrales est un dogme intangible.

Les uns admettent que les perfectionnements de la technique parviendront un jour à déceler des lésions non encore démontrées. Les autres invoquent des anomalies fonctionnelles ou dynamiques dues à une structure spéciale de l'encéphale, qu'ils attribuent à l'hérédité.

Ce premier volume est destiné à montrer que certaines formes de la folie peuvent avoir pour point de départ une origine extracérébrale.

M. Picqué s'est appliqué à rechercher dans l'antiquité les origines de cette doctrine, son évolution à travers les âges et à montrer les causes de son discrédit à la fin du XVIIIe siècle.

Il a également étudié ses bases philosophiques et principalement ses rapports avec la psychologie physiologique inaugurée par Cabanis au commencement du XIXe siècle.

Mais il appartient à la chirurgie seule de fixer les relations entre le délire et certaines lésions périphériques.

C'est dans cette voie que M. Picqué a dirigé ses études et les travaux de ses élèves dans son service de Sainte-Anne.

Les résultats obtenus sont encourageants ainsi que le prouvent de nombreuses observations recueillies par l'auteur et ses élèves.

Ces travaux ont pour but de rendre à la psychiatrie une doctrine tombée dans un complet et injuste discrédit, mais en même temps ils aboutissent à des applications pratiques que les aliénistes viennent de reconnaître en mettant, à l'ordre du jour de leur prochain congrès, l'étude des indications opératoires chez les aliénés.

La chirurgie tend ainsi à devenir une branche de la thérapeutique des maladies mentales. C'est un nouveau domaine qui s'ouvre à l'activité des chirurgiens et qu'il était intéressant de signaler.

Il faut féliciter M. Picqué d'avoir entrepris une tâche aussi difficile et d'en avoir tiré des conclusions pratiques d'une réelle importance.

A. BROCHIN.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ENDOCARDITE ET LA PÉRICARDITE AIGUËS

Un granule à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution au millième pendant 2 à 5 jours (pour tonifier le cœur).

Avis. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 2, fév. 1912.) P.-L. BOSELLINE : Un cas de tuberculides lichénoïdes à type de lichen de Wilson (1 fig.). — A. FAGE et R. LE BLAYE : Epithélioma lymphatique en nappe au cours du cancer du sein (4 fig.). — A. DE VERBIZIER : Sur les pyodermites à bacilles de Loëffler. — PIED : Contribution à l'étude des syphilis latentes. Psoriasis guttata symétrique des deux membres supérieurs guéri par le traitement spécifique chez un malade probablement ancien syphilitique.

Annales médico-psychologiques. — (N° 2, fév. 1912.) Adam CYGIELSTREJCH : Les conséquences mentales des émotions de la guerre (premier article). — R. BENON et P. BONVALLET : Ictus, épilepsie jacksonienne et asthéno-manie. — Alfred GALLAIS : Délire interprétato-hallucinatoire systématique chronique sans affaiblissement démentiel (premier article). — BIAUTE : Une expertise de conseil de guerre. — Victor PARANG père : Du droit de visite des parents ou amis aliénés internés.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 327, 10 fév. 1912.) J. BERGONIÉ : Les progrès du traitement électrique de la paralysie infantile. — E. SPÉDER : Les effets immédiats et lointains des irradiations avec la filtration. — (N° 328, 25 fév.) H. MARQUÈS et P. DESMONTS : Déplacements du col de la vessie dus à la réplétion des organes pelviens. — Ch. AUBERTIN : Recherches sur le sang des radiologues. — DESTERNES : Etude radiologique de l'estomac de Mac Norton. — VEYRASSAT et Jules CURCHOD DE ROLL : Technique de l'application des rayons X pendant l'intervention chirurgicale et démonstration d'appareils. — DOUARRE : Le service d'électricité médicale à l'hôpital maritime de Toulouse.

Archives de médecine des enfants. — (N° 2, fév. 1912.) NOBÉCOURT et PAISSEAU : Etude de l'action diurétique de la digitaline et de la théobromine chez l'enfant. — Victor IMERWOL : De la péricardite purulente chez les enfants et quelques considérations sur la péricardite traumatique. — A. BALESTRE et M. D'OELSNITZ : Création d'une goutte de lait par la Société protectrice de l'enfance de Nice, avantages tirés de l'association de ces deux œuvres. — JOURDANET : La livedo annularis chez les enfants. — J. COMBY : Pneumonie du sommet droit prolongée (vingt jours), état typhoïde, mutisme, guérison. — J. COMBY : Pleurésie hémorragique chez une fillette de deux ans et demi. — J. COMBY : Les délires chez les enfants.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 2, fév. 1912.) LABIT : Etudes étiologiques sur les maladies du soldat. — FARGANEL : Otite moyenne suppurée compliquée de phlegmon parotidien et de phlébite de la jugulaire externe.

Archives des maladies de l'appareil digestif. — (N° 2, fév. 1912.) LABBÉ et LARUE : Recherches sur la digestion des graisses et coprologie clinique. — LEGROS : Radiodiagnostic de l'estomac biloculaire. — MATHIEU : Sur un cas de crises gastriques tabétiques combinées à des crises de réaction colique.

Archives générales de chirurgie. — (N° 2, 25 fév. 1912). P. LE DAMANY : Pathogénie de la luxation congénitale de la hanche. — Eug. OLIVIER : Le traitement chirurgical de l'hypertrophie du thymus. Ses avantages, sa technique, ses résultats. — L. DEBREZ : L'opération de Foerster. — C. WORMS et A. HAMANT : Contribution à l'étude du traitement opératoire des cholécystites aiguës, survenant au cours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

Archives générales de médecine. — (Fév. 1912.) G.-H. LEMOINE : Influence du pays d'origine des recrues sur le développement de la tuberculose dans l'armée. — G. ROSENTHAL : L'injection intratrachéale transglottique. — André JOUSSET : Recherches expérimentales sur l'autosérothérapie.

Archives internationales de neurologie. — (Fév. 1912.) A. MARIE et G. VARENNE : Notes de psychopathologie ethnique (races jaunes). — Mac PHERSON : Les différentes sortes d'assistance (*fin*).

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 2, fév. 1912.) L. BRISSET : Les troubles gastro-intestinaux et les réactions coliques post-opératoires. — D'OELSNITZ : L'hypertrophie du thymus et l'adénopathie trachéobronchique dans la première enfance (*fin*). — ESCHBACH : Empoisonnement par des bottines noircies avec des couleurs d'aniline. — GAUTHIER : Deux cas d'insolation. — DENÉCHAU : Des tumeurs cérébrales. — R. MORICHAU-BEAUCHANT : Le dosage de l'urée du sang comme élément du pronostic dans le mal de Bright.

Bulletin général de thérapeutique. — (8 fév. 1912.) A. ROBIN : Traitement de la tuberculose. — (15 fév.) A. ROBIN : Traitement de la tuberculose. — Ed. LAVAL : Les traumatismes du poignet consécutifs à une chute sur la main en extension. — (23 fév.) G. SARDOU : Les maladies arthritiques sur le littoral méditerranéen français. — A. ROBIN : Traitement de la tuberculose (onzième leçon).

Bulletin médical. — (N° 10, 3 fév. 1912.) HUTINEL : Infections pneumococciques. — (N° 11, 7 fév.) Léon BÉRARD : La loi de 1898. L'accident. Les maladies professionnelles. L'état antérieur. — F. RAMOND : Le signe des spinaux et la fréquence de la pleurésie séro-fibrineuse. — (N° 12, 10 fév.) QUEYRAT : Direction générale du traitement des syphilitiques. — (N° 13, 14 fév.) G. BAUX et Mlle BERTHOMMIEU : Hérédo-syphilis insoupçonnée. Syphilis et nourrices. — PLICQUE : L'antipyrine comme antiphlogistique local. — (N° 14, 17 fév.) CASTAIGNE : Les insuffisances surrénales dans les maladies infectieuses aiguës.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 3, 10 fév. 1912.) E. VINCENT et Max VINCENT : De la pachypleurite échinococcique et du traitement des kystes hydatiques de la plèvre. — BLANC et JARSAILLON : Laryngostomie pour sténose laryngée consécutive à des papillomes. — G. MURAT : Rapport sur les maladies infectieuses sévissant dans la région de Fez. — L. TRABUT : Sur un prétendu moyen de rendre inoffensifs les champignons vénéneux.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 5, 4 fév. 1912.) VITRAC et CHARRAUD : Lipome du cordon, hématocèle pariétale, hydrocèle vaginale, kyste de l'épididyme, formant ensemble une tumeur volumineuse du scrotum droit chez un homme porteur en même temps d'une petite hernie inguinale directe. — (N° 6, 11 fév.) VENOT : Sur un cas de métrorragies de la puberté. — H. L. ROCHER : Nécrose mercurielle des maxillaires chez une fillette de cinq ans. — (N° 7, 18 fév.) F. LALESQUE : De quelques objections ou critiques formulées contre les hôpitaux marins à propos de leur importance dans la cure de la tuberculose chirurgicale. — H. L. ROCHER : Volumineux angiome caverneux ulcéré de la lèvre inférieure chez une fillette de cinq ans. Extirpation. Guérison. — (N° 8, 25 fév.) DUCOS et PUJOL : Sur un cas de tabes combiné. — PETIT DE LA VILLÉON : Kyste congénital thyro-hyoïdien à glandules salivaires ectopiques. Incision esthétique basse.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Dieppe. — Le mercredi 12 juin 1912, à neuf heures et demie du matin, un concours aura lieu à l'Hôtel-Dieu de Rouen pour la nomination d'un chirurgien adjoint à l'hôpital de Dieppe. Le concours est public. Les fonctions de chirurgien adjoint sont gratuites.

Délai d'inscription : 12 mai 1912.

S'adresser pour tous renseignements et conditions du concours au secrétaire, directeur des hospices civils de Dieppe.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — A l'occasion du cinquantenaire du Congrès des délégués des sociétés savantes ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le professeur Grasset (de Montpellier).

Au grade de chevalier. — MM. les professeurs Bureau (de Nantes), Jagot (d'Angers).

— Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Farez (de Paris), et Villeneuve (de Rambouillet).

Officier d'Académie. — M. le docteur Chancerel (de Paris).

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de MM. les docteurs A. Martha (de Paris) et Clément Rabère (de Pauillac).

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — Cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie, du 1er mai au 3 juillet 1912 (dix-neuvième cours), sous la direction de M. le professeur Gaucher, avec le concours et la collaboration de MM. Bar, Balzer, Castex, Hudelo, Morestin, Gastou, Emery, Milian, Terrien, Zimmern, Lacapère, Cathelin, Paris, Rostaine, Louste, Fouquet, Touchard, Desmoulière, Druelle et Claude.

Le cours aura lieu du mercredi 1er mai au mercredi 3 juillet, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, soit le matin, soit à deux heures et à trois heures et demie de l'après-midi, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de la clinique.

Ce cours sera essentiellement pratique et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, radiothérapie, photothérapie, etc.) sera faite devant les élèves.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.

Programme et répartition des cours. — M. Gaucher. Lésions élémentaires de la peau. Médication hydrominérale.

M. Bar. Syphilis et grossesse.

M. Balzer. Eczéma. Impétigo. Ecthyma.

M. Castex. Syphilis du nez, du larynx et de l'oreille.

M. Hudelo. Gale. Prurits et prurigo. Lichens. Pityriasis.

M. Morestin. Opérations esthétiques en thérapeutique cutanée.

M. Gastou. *Maladies parasitaires du cuir chevelu :* Teigne tondante et favus. Pityriasis versicolor. Erythrasma. Carathés. Syphilis tertiaire de la langue. Ulcères de jambe et des pays chauds. Eléphantiasis. Morve; farcin. Actinomycose. Purpura.

M. Emery. Chancre mou. Traitement de la syphilis.

M. Milian. Histologie de la peau normale. *Syphilis tertiaire :* Syphilides tuberculeuses; syphilides ulcéreuses; gommes. Syphilis du testicule et des os. Syphilis cérébrale. Syphilis médullaire. Hérédo-syphilis. *Parasyphilis :* Neurasthénie. Paralysie générale. Tabes. *Laboratoire :* Treponema pallidum, examen ultra-microscopique.

M. Terrien. Syphilis oculaire.

M. Zimmern. Radiothérapie. Traitement par les courants de haute fréquence. Electrothérapie et électrolyse.

M. Lacapère. Chancre syphilitique. Pelade. Acnés. Dermites artificielles. Tumeurs épithéliales de la peau. Leucoplasie buccale et génitale. Kraurosis vulvæ. Urticaire.

M. Cathelin. Blennorragie aiguë et chronique. Complications génito-urinaires chirurgicales de la blennorragie chez l'homme : Prostatites. Cystites. Abcès urineux. Néphrites suppurées. Traitement de la blennorragie. Traitement des rétrécissements de l'urètre.

M. Paris. Zona. *Laboratoire :* Sang, pus, cultures, inocu-

lations. Examen microscopique des teignes et des parasites végétaux. Sporotrichose et actinomycose. Bacille de la morve. Anatomie pathologique générale des maladies de la peau. Séro-diagnostic de la syphilis, de la lèpre et du mycosis fongoïde.

M. Rostaine. Herpès. Végétations. Dermatoses congénitales. Phtiriase et mélanodermies. Lèpre. Bouton d'Orient. Lupus tuberculeux et tuberculoses cutanées typiques et atypiques. Pemphigus. Erythèmes.

M. Louste. Psoriasis. Séborrhée et eczéma séborrhéique. Tumeurs conjonctives de la peau et mycosis fongoïde. Complications médicales de la blennorragie. Balanoposthites et phimosis. Lupus érythémateux. Traitement du lupus.

M. Fouquet. Syphilis expérimentale. Syphilis secondaire. Syphilis du voile du palais. Sporotrichoses.

M. Touchard. Sclérodermie. Alopécies. Folliculites suppurées. Dyshidrose.

M. Desmoulière. Matière médicale dermatologique.

M. Druelle. Démonstrations pratiques de diagnostic. Petite chirurgie dermatologique.

M. Claude. Radiumthérapie. Photothérapie.

Deux cours semblables ont lieu chaque année; le premier en mai, juin et juillet; le second, en octobre, novembre et décembre.

Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis, les docteurs et étudiants français et étrangers, pourvus de seize inscriptions, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures. Pour renseignements complémentaires, s'adresser, le matin, à la clinique (hôpital Saint-Louis).

HOTEL-DIEU (service du docteur Caussade). — M. le docteur G. Leven commencera des leçons sur les dyspepsies le jeudi 25 avril 1912, à dix heures trois quarts, salle Sainte-Monique.

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE (49, rue Saint-André-des-Arts). — (Semestre d'été 1912.) — M. le docteur Bérillon, professeur à l'école de psychologie, médecin inspecteur des asiles d'aliénés, commencera le jeudi 25 avril, à cinq heures, 49, rue Saint-André-des-Arts, un cours de psychothérapie et de psychologie appliquée.

Sujet du cours : *La psychothérapie et ses applications générales. — L'hypnotisme et l'orthopédie mentale.*

COURS LIBRE DE PSYCHOPATHOLOGIE DU TUBE DIGESTIF (deuxième semestre). — M. le docteur Paul Farez reprendra, à la Faculté de médecine (amphithéâtre Cruveilhier, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine), le samedi 20 avril, à cinq heures, son cours libre de psychopathologie du tube digestif, et le continuera le samedi de chaque semaine, à la même heure. Il poursuivra l'étude de la *rééducation alimentaire* et traitera, cette année, de l'*eudipsie*.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 16, 24 fév. 1912.) P. Bazy : Diagnostic des tumeurs des flancs (foie, rate, rein, intestin). — Louis Martin : Des causes qui influent sur le pronostic de la diphtérie. — (N° 17, 28 fév.) Raoul Brunon : Les révulsifs dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Clinique. — (N° 5, 2 fév. 1912.) P. Barbet : De la reconstitution du tibia détruit par transposition du péroné voisin. Opération de Hahn-Huntington (*suite*). — Henriet : Sur l'humidification artificielle de l'air des appartements. — Teissier : De l'albuminurie latente dans l'armée. — Delamarre : Le radium dans certaines affections dermatologiques. — Thorel : Traitement de la syphilis par les injections intraveineuses d'énésol à doses massives. — (N° 6, 9 fév.) E. Combe : La vaccination antityphique. — Pierre Delbet : L'intervention d'appendicite. — Albert Robin : Traitement de la tuberculose pulmonaire : la révulsion et l'antisepsie directe. — Marcel Labbé : Le traitement moderne de la goutte. — G. Luys : Pathogénie du rhumatisme blennorragique. — Robinson : Un petit mot sur la détermination de la sexualité chez les êtres vivants. — Dupré d'Artois : Emploi de l'hordénine dans le traitement des diarrhées. — (N° 7, 16 fév.) Thooris : Les affectations physiologiques. Classification morphologique du contingent. — R. Sabouraud : De l'acétate de thallium et de son emploi dans le traitement de l'hypertrichose de la femme. — Pissavy, Ch. Richet fils et J. Pignot : Les typhoses. — H. Paillard : Le diaphragme des tuberculeux. — (N° 8, 23 fév.) E. Quénu : Pancréatites biliaires. — Boulai : Quand et comment doit-on enlever les amygdales? — H. Paillard : Le diaphragme des tuberculeux (*fin*). — H. Triboulet : Pseudo-occlusion intestinale et septicémie à pneumocoque.

Echo médical du Nord. — (N° 5, 4 fév. 1912.) Desruelles et Castelain : Un calculateur prodige aveugle-né (contribution à l'étude de la mémoire tactile). — (N° 6, 11 fév.) J. Minet et J. Leclercq : Les zonas atypiques. — Bettremieux : La sclérectomie curative et préventive du glaucome. — (N° 7, 18 fév.) Vanverts : A propos du diagnostic et du traitement de l'appendicite chronique. — Maurice Desruelles et Charles Castelain : Deux cas d'automatisme comitial ambulatoire. — (N° 8, 25 fév.) Jean Minet et Jules Leclercq : Traitement de la tuberculose par les corps immunisants de Carl Spengler. — Swynghedauw : Malformation de l'anus, anus scrotal. Intervention.

Encéphale. — (N° 2, 10 fév. 1912.) G. Marinesco : Etude anatomique et clinique des plaques dites séniles (4 planches). — René Masselon : Les délires hallucinatoires chroniques. — L. Marchand et H. Nouët : Etude anatomo-clinique de la presbyophrénie.

Gazette des praticiens. — (N° 416, 1er fév. 1912.) G. Lemoine : Traitement de l'alcoolisme. — Ern. Gérard : Le dosage des lipoïdes dans les tissus. Sur la composition chimique des lipoïdes en rapport avec leur mode de préparation. — Vandrepote : L'opération de Freund. Technique opératoire et résultats. — (N° 147, 15 fév.) Ern. Gérard : Sur le dosage précis de la cholestérine dans le sérum du sang normal. — Et. Boissart : La vaccination antityphique. — G. Lemoine : Traitement du rhumatisme aigu. — Soncourt : Evolution des idées thérapeutiques dans l'emploi clinique des opiacés.

Journal des praticiens. — (N° 4, 27 janv. 1912.) H. Gougerot : Chancre mou. — Marcel Labbé : L'asepsie gastrique. — P. Laurens : Technique de l'analgésie locale de l'amygdale palatine. — L. Pron : Traitement de l'insomnie chez les dyspeptiques. — (N° 5, 3 fév.) Debove : Sur un cas de cirrhose de Laënnec et sur la pathogénie des hépatites. — Nobécourt : Difficultés de l'allaitement maternel. — Hayem : Dyspepsie et angio-colite. — Camus et Benoit : Sur un cas de maladie de Dercum. — (N° 6, 10 fév.) E. Schwartz : Des ankyloses dites vicieuses du coude. — Naamé : Organothérapie ou sérothérapie? — (N° 7, 17 fév.) Paul Bar : Fibromes et grossesse. — Mathieu : Motricité exagérée de l'estomac et de l'intestin. — Guisez : Les abcès intra-œsophagiens. Etiologie, symptômes et diagnostic. — (N° 8, 24 fév.) M. Roy : Diagnostic et traitement de l'odontalgie. — Roux : Les colites graves. — H. Pied : Formes nerveuses de l'appendicite chronique.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 fév. 1912.) J. Lucas-Championnière : Quelques préceptes pour le traitement antiseptique des abcès et des plaies envahies par la septicité.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (Fév. 1912.) Maige : La station de biologie végétale de Mauroc. — Delaunay : Le mécanisme intime de production du diabète phloridzinique de Von Mering.


PHOSPHATE VITAL
DE
JACQUEMAIRE
VILLEFRANCHE

RECHERCHES

DE QUELQUES CONDITIONS DANS LESQUELLES PEUT SE PRODUIRE EN CLINIQUE

LA SÉRO-AGGLUTINATION DU MICROCOCCUS MELITENSIS

Par Jean ANGLADA (1).

Nous avons été frappés par le nombre exagéré de diagnostics de mélitococcie portés chez des malades que la clinique et le laboratoire devaient faire considérer comme non mélitococciques. Au milieu d'épidémies possibles de fièvre de Malte décrites dans notre région se sont glissés pas mal de cas, à physionomie morbide souvent douteuse, basés sur l'existence d'une séro-réaction de Wright positive observée à un taux qui allait de $\frac{1}{30}$ à $\frac{1}{60}$. Chez un groupe assez considérable de malades porteurs d'une séro-réaction positive, les examens cliniques, la recherche de l'élément infectieux dans le sang ou les selles, parfois même quelques vérifications nécropsiques nous ont montré que l'agent de la maladie était tout autre que le micrococcus de Bruce. Cette constatation s'est faite non seulement chez des fébriles coli-éberthiens, paratyphiques, tuberculeux, septicémiques variés, mais encore chez des individus atteints de lésions chroniques de différents organes. Il eût donc semblé raisonnable de les considérer comme étant en même temps mélitococciques.

Il nous a paru imprudent de suivre cette tendance qui s'affirmait de plus en plus dans notre région, et depuis longtemps nous nous sommes décidés à étudier les propriétés agglutinantes du sérum de malades porteurs d'infections variées pour essayer d'établir s'il fallait infirmer ou non les diagnostics de fièvre de Malte n'ayant d'autre base démonstrative qu'une séro-réaction positive faite à un taux peu élevé.

Les recherches que nous apportons ici se rapportent à 160 malades, la plupart rassemblés dans le service de notre maître le professeur Carrieu; quelques-uns sont des vénériens soignés par le professeur agrégé Vedel; quelques autres cas nous ont été fournis par des médecins de la ville ou des environs. Cent dix d'entre eux ont déjà été communiqués à la Société de biologie (2).

Nous avions l'intention d'en réunir un plus grand nombre, les recherches de laboratoire présentant un intérêt d'autant plus grand que les expériences peuvent se poursuivre sur un champ plus étendu. Mais la question de la valeur de la séro-réaction de Malte ayant été dernièrement discutée nous apportons cette première série pour orienter d'une façon plus précise la technique à suivre dans la recherche de l'agglutination du Bruce. Ce n'est qu'en multipliant les observations et en ne se maintenant pas systématiquement à un taux agglutinatif trop faible pour qu'il soit permis d'en tirer des conclusions, que l'on arrivera à avoir une opinion arrêtée sur la valeur de cette méthode. Le chiffre restreint des cas que nous rapportons montre qu'il serait prématuré d'en extraire autre chose que des réflexions, mais nos 160 examens de sérum pratiqués d'une façon aussi détaillée que possible doivent engager les expérimentateurs à poursuivre dans le même sens leurs recherches ultérieures, le laboratoire ne pouvant naturellement répondre que dans la limite exacte où on l'a interrogé.

Nous avons suivi les règles générales qu'il convient d'observer quand on veut prendre de la spécificité d'une séro-réaction une opinion qui soit durable. Nous nous sommes placés dans les mêmes conditions de technique générale : âge des cultures, dilutions comparatives, temps d'observation, température extérieure, identification de l'élément infectieux et vérification fréquente de sa pureté, etc. Toutes ces conditions dont la plupart sont rigoureusement indispensables n'ont pas toujours été observées, ou tout au moins mentionnées.

Nous avons rassemblé nos résultats en nous servant, pour tous les examens de sérum, de cultures d'un micrococcus melitensis envoyé de Budapest. Mais pour un grand nombre de malades nous avons employé parallèlement trois autres échantillons de micrococcus de Bruce dont deux avaient été isolés par nous-même (hémocultures) chez deux malades dont nous avons publié l'observation avec notre maître le professeur Carrieu (1). L'expérience nous a montré que ces quatre échantillons différents (identifiés et vérifiés en culture) étaient agglutinés ou non, dans les mêmes proportions, par un même sérum observé. Nous nous sommes servis pour déterminer leur agglutinabilité du sérum de quatre mélitococciques. Trois d'entre eux avaient eu des hémocultures positives, le quatrième présentait une physionomie clinique méditerranéenne indiscutable et les procédés de laboratoire n'indiquaient pas chez lui l'existence d'une autre infection. Chaque sérum agglutine une quelconque des quatre cultures au delà de $\frac{1}{500}$, et très fortement.

Nous émulsionnons dans de l'eau salée à 7 p. 1000, et jusqu'à apparition d'une teinte opalescente des cultures sur agar retirées de l'étuve à 37°5 le soir du cinquième jour. C'est après douze heures de contact sérum-émulsion que l'on note l'agglutination par comparaison avec des tubes témoins. Dans la suite, le tube témoin ne précipite pas, et les résultats négatifs restent négatifs.

Nous avons fixé ce chiffre de douze heures par des expériences personnelles, mais c'est en général bien avant que se manifeste l'agglutination.

Nos tubes sont de diamètre assez étroit, 6 à 8 millimètres. Les recherches sont faites à la température moyenne de 16 à 22 degrés. Dans notre région il y a souvent, suivant les saisons, de tels écarts de température que ce détail nous avait paru intéressant à

(1) Travail du service du professeur Carrieu et de l'Institut Bouisson Bertrand de Montpellier.

(2) Anglada. *Soc. de biol.*, 2 mars 1912.

(1) Carrieu et Anglada. *Congrès de méd. de Lyon*, oct. 1911, et *Montpellier méd.*, fév. 1912.

préciser. A l'étuve (37°5) l'agglutination est seulement un peu plus rapide.

Nous ne comptons comme positives que les agglutinations macroscopiques.

A. Recherche de l'agglutination au taux de $\frac{1}{80}$. — L'agglutination de départ est délicate à déterminer si l'on ne veut pas étendre inutilement le nombre des manipulations. Nous sommes partis de la proportion de $\frac{1}{80}$, supérieure à celle qui est généralement donnée dans notre région.

Nos cas se divisent en fébriles et non fébriles.

a. *Soixante-quatre cas fébriles* (le signe * indique une hémoculture positive, les dothiénentéries ont un séro de Widal +).

1. 50 réactions positives : 4 mélitococcies *** ; — 4 embarras gastriques de courte durée ; — 2 paratyphoïdes ** ; — 1 septicémie éberthienne * ; — 15 dothiénentéries ** ; — 2 septicémies à tétragène ** ; — 1 streptococcémie * ; — 1 pneumobacillémie de Friedlander * ; — 13 infections variées : grippe, rhumatisme, pneumonie, scarlatine, kyste hydatique suppuré, congestion pulmonaire, etc. ; — 7 tuberculoses.

Soit une proportion de cas positifs de *78,12 p. 100.*

2. 14 réactions négatives : 5 dothiénentéries, une pneumonie, une grippe, 6 tuberculoses, un embarras gastrique.

b. *Quatre-vingt-seize cas non fébriles.* — *1.* 44 séroréactions positives : œdème pulmonaire, 3 maladies de Hodgson, une aortite, 2 cardiopathies chroniques, un rétrécissement mitral, une artériosclérose, une hémiplégie syphilitique, une aphasie, un tabes, une pachyméningite éthylique, un Pott, une sclérose médullo-cérébelleuse, 2 polynévrites mercurielles, une pneumokoniose, 2 bronchites chroniques, un rein mobile, 3 néphrites chroniques, une dyspepsie, un ulcus gastrique, une cirrhose atrophique, un foie paludéen, une tuberculose hépatique, un diabète, 9 syphilis, un bubon, 4 lupus.

Soit pour les cas non fébriles une proportion de cas positifs de *45,83 p. 100.*

2. 52 séro-réactions négatives : dyspnée cardiorénale, 4 hémiplégies, 2 paralysies infantiles, 3 tabes, une sclérose latérale amyotrophique, 2 polynévrites alcooliques, une polynévrite arsenicale, névralgie intercostale, hystérie, 2 neurasthénies, périnéphrite sclérolipomateuse, 2 embarras gastriques apyrétiques, 2 myocardites interstitielles, une obstruction intestinale, saturnin, pemphigus, 2 purpuras, psoriasis, lupus, 2 chancres mous, 20 syphilis variées.

Au taux de $\frac{1}{80}$, les 64 cas fébriles donnent donc un pourcentage positif de *78,12 p. 100.*

Au taux de $\frac{1}{80}$, les 96 cas non fébriles donnent donc un pourcentage positif de *45,83 p. 100.*

Soit pour le total de 160 cas, *58,75 p. 100* de cas positifs qui tombent à *57,69 p. 100* en défalquant les quatre mélitococcies. Proportion impressionnante comme on le voit.

B. Recherche de l'agglutination a des taux progressivement étendus (chez les 94 malades agglutinant au $\frac{1}{80}$).

A $\frac{1}{150}$, *24 séro-réactions positives sur 94 sérums :* 4 mélitococcies, 4 dothiénentéries, septicémie éberthienne, paratyphoïde, grippe, congestion pulmonaire, 3 aortiques, cardiopathie avec péricardite chronique, rétrécissement mitral, ulcus stomacal, kyste hydatique suppuré, scarlatine, sclérose cérébello-médullaire, lupus, 2 syphilis secondaires.

A $\frac{1}{200}$, *15 séro-réactions positives sur 24 sérums :* 4 mélitococcies, 3 dothiénentéries, septicémie éberthienne, grippe, congestion pulmonaire, aortique syphilitique, cardiopathie et péricardite chronique, scarlatine, 2 syphilis secondaires.

A $\frac{1}{300}$, *6 séro-réactions positives sur 15 sérums :* 4 mélitococcies, 2 dothiénentéries.

A plus de $\frac{1}{300}$, les 4 mélitococcies seules agglutinent ; leur pouvoir agglutinatif est poussé bien au delà de $\frac{1}{500}$.

On voit que le nombre des réactions positives diminue progressivement à mesure que s'élève le taux de la dilution, et que seules les 4 mélitococcies agglutinent au delà de $\frac{1}{300}$. Ce qu'on peut exprimer par les pourcentages suivants calculés pour les 160 malades :

Séro-réaction + à $\frac{1}{150}$, P. *15 p. 100* ; à $\frac{1}{200}$, *9,37 p. 100* ; à $\frac{1}{300}$, *3,75 p. 100.*

Et si l'on défalque les séro-réactions données par les 4 mélitococcies, on obtient pour 156 malades :

Séro-réaction + à $\frac{1}{150}$, *12,82 p. 100* ; à $\frac{1}{200}$, *7,05 p. 100* ; à $\frac{1}{300}$, *1,28 p. 100* ; à > $\frac{1}{300}$, *0 p. 100.*

C. Recherche de l'agglutination au $\frac{1}{80}$ de 92 sérums agglutinants, ces sérums étant préalablement *chauffés à 56 degrés.*

Deux des sérums n'ayant pas été chauffés, le chiffre de 94 tombe à 92.

Les deux sérums non chauffés étaient particulièrement intéressants puisqu'ils provenaient de mélitococciques à hémoculture positive. Nous avions déjà fixé les limites de l'agglutinabilité chez ces malades lorsqu'ils quittèrent l'hôpital définitivement guéris. Ils ont refusé par la suite quand nous avons commencé nos recherches d'ensemble d'accepter une nouvelle prise de sang. Il ne nous restait plus de sérum, et cette lacune est regrettable car c'eût été un élément très intéressant dans l'appréciation de la valeur du chauffage à 56 degrés.

C'est donc sur 92 sérums que nous avons cherché

la séro-réaction à $\frac{1}{80}$. Ces sérums sont chauffés à 56 degrés pendant une demi-heure comme l'ont préconisé Nègre et Reynaud (1).

Sur 92 sérums, 6 réactions positives seulement qui donnent un pourcentage de *6,52 p. 100* pour les sérums examinés; de *3,77 p. 100* pour les 158 malades.

Les réactions positives sont données par : une mélitococcie, une dothiénentérie, une pneumobacillémie de Friedländer, un aortique, 2 syphilitiques secondaires.

La mélitococcie est observée chez un malade qui a présenté un syndrome thermique ondulant, des phénomènes arthralgiques et myalgiques, une orchite. Il fit deux séjours à l'hôpital, coupés par une période de bonne santé de dix-sept jours. Au point de vue clinique et au point de vue des recherches de laboratoire on ne pouvait songer à un autre diagnostic. Son sérum non chauffé agglutinait le micrococcus melitensis à plus de $\frac{1}{500}$. Trois hémocultures furent négatives.

La pneumobacillémie est vérifiée par l'hémoculture, l'ensemencement et l'examen direct du liquide céphalo-rachidien. Le sérum frais n'agglutine qu'à $\frac{1}{80}$. La dothiénentérie bénéficie aussi d'une hémoculture positive, elle agglutine à $\frac{1}{200}$. Les trois autres malades sont syphilitiques, deux d'entre eux, syphilitiques secondaires, ont un Porges et un Wassermann positifs.

On ne trouve pas dans les antécédents des cinq derniers malades de traces de maladies infectieuses récentes autres que celles dont ils souffrent actuellement. Les 86 sérums chauffés restants n'agglutinent plus au $\frac{1}{80}$. Chez 85 malades la clinique et parfois le laboratoire permettent d'écarter le diagnostic de fièvre de Malte. Le 86e malade est par contre un mélitococcique agglutinant à plus de $\frac{1}{500}$ et chez qui l'hémoculture a permis d'isoler un melitensis, identifié par la suite. Le chauffage à 56 degrés a donc détruit sa propriété agglutinante.

D. Réactivation des sérums chauffés. — Cette recherche n'a été faite que pour 59 sérums (déjà communiqués à la Société de biologie). La réactivation a été faite avec de l'alexine de cobaye. Certains sérums de cobaye agglutinent spontanément le melitensis, nous l'avons souvent observé ; nous avons pris soin de n'employer que du sérum vérifié non agglutinant.

Chaque examen de sérum comporte des tubes contenant : sérum cobaye plus dilution de Malte ; sérum du malade non chauffé plus dilution ; sérum chauffé plus dilution ; sérum chauffé plus alexine de cobaye plus dilution. Pour 59 sérums chauffés n'agglutinant plus après chauffage, nous obtenons seulement deux agglutinations au $\frac{1}{80}$. Le premier malade est un cardiopathe avec péricardite agglutinant sans chauffage à $\frac{1}{200}$. Le second est le mélitococcique qui avait perdu au chauffage son pouvoir agglutinant, le fait est à retenir.

Les quelques recherches que nous venons d'exposer ne sont pas assez étendues pour nous donner une idée définitive de la valeur de la séro-réaction de Malte. Mais elles nous permettront un certain nombre de réflexions qui ne procéderont que de l'examen de ces 160 sérums.

Notre maître le professeur Carrieu s'étonnait depuis très longtemps du nombre de séro-réactions positives qui devaient faire considérer comme fièvre de Malte des maladies que ni la clinique ni souvent le laboratoire n'arrivaient à démontrer. Arrivé à la fin de cette première série de recherches, notre scepticisme n'a pu que se préciser. Une proportion de *57,69 p. 100* pour 156 malades à symptomatologie vraisemblablement non mélitococcique est assez démonstrative, tout au moins pour la statistique, très restreinte, il est vrai, que nous avons apportée. Le fait des réactions paradoxales, des variations de la réaction (signalées par certains auteurs) était déjà assez suggestif. Toute précaution a été prise pour éviter les erreurs de technique; identité et pureté souvent vérifiées des cultures. Tout ceci a déjà été dit, et il est inutile d'y revenir. Il est aussi inutile de discuter l'hypothèse ingénieuse de Roger et d'Euzière (1) [cultures agglutinables seulement par les sérums spécifiques, et cultures agglutinables par toute sorte de sérums ?].

Si nos recherches ont été principalement basées sur les résultats obtenus avec la culture de Budapest, nous avons pu et dans les mêmes conditions établir des comparaisons avec trois autres échantillons, sans trouver jamais aucune différence appréciable. Il est à remarquer que deux de nos échantillons étaient employés depuis longtemps, deux autres au contraire étaient récents.

On pourrait se demander si dans notre région où des épidémies de Malte ont été décrites, il ne s'est pas produit d'infections atténuées, passées inaperçues, suffisantes à conférer au sérum des individus frappés une propriété agglutinante. Comme pour certaines infections du groupe éberthien, le pouvoir agglutinant persisterait l'infection une fois éteinte.

Si l'on raisonne par analogie, il est assez rare en clinique de trouver un séro de Widal positif chez un malade dont les antécédents apparaissent vierges d'infection sinon nettement éberthienne tout au moins symptomatiquement manifestée. Et une mélitococcie par sa longueur et la fréquence de ses rechutes thermiques a quelques chances de ne pas passer inaperçue. Chez nos malades nous n'avons rien trouvé qui incline à la possibilité d'un Malte ancien. En admettant cette hypothèse, il serait assez impressionnant de la supposer vérifiée dans *57,69 p. 100* des cas.

(1) Nègre et Raynaud. *Soc. de biol.*, déc. 1910 ; — *Presse méd.*, 1911, n° 69 ; — *Ann. de l'Institut Pasteur*, août 1911, n° 8.

(1) Roger et Euzière. Grandeur et décadence de la séro-réaction de Wright, *Gaz. des hôp.*, 1912.

Elle rendrait alors, sans valeur aucune, toute recherche de séro-réaction de Wright dans notre région.

Il est du reste un fait qu'il faut bien mettre en évidence et qui avait été déjà noté par Nègre. La séro-réaction au taux de $\frac{1}{80}$ est ici bien plus fréquente dans les cas fébriles que dans les maladies non fébriles. En éliminant les cas de mélitococcie indiscutables on trouve une différence très appréciable de *76,66 p. 100* pour les premiers et de *45,83 p. 100* pour les secondes. Ceci est important car c'est dans les cas fébriles que l'on recherche la séro-agglutination. Sans préciser la raison de cette différence il faut bien admettre que dans les infections aiguës le taux des agglutinines du sérum est fortement accru. Il ne semble pas pourtant que ce soit du fait de l'augmentation des agglutinines spécifiques que la séro-réaction de Wright se produise avec une fréquence plus grande. Dans la mesure où l'on peut comparer les agglutinines des sérums expérimentaux et celles des infections humaines, nous avons vérifié que, pour les sérums antitétaniques, antidiphtériques, antiéberthiens, la réaction s'est toujours montrée négative (le sérum antidiphtérique était frais, les deux autres étaient anciens). Il faut en tout cas retenir ce fait que, dans nos recherches, nous avons plus souvent trouvé la réaction positive dans les processus infectieux aigus que dans les processus chroniques.

Ces agglutinations au $\frac{1}{80}$ forment un pourcentage qui diminue dès qu'on élève le taux de l'agglutination. Nous avons tenu à employer des agglutinations de plus en plus étendues, estimant que limiter les recherches au taux de $\frac{1}{80}$ c'était tabler sur des résultats qui ne pouvaient même permettre une simple impression. C'est pourquoi nous ne donnons pas ici une première série d'examens bornés à la constatation d'un séro au $\frac{1}{80}$. Comme le rappelait judicieusement M. le médecin-major Vallet (1) dans une phrase empruntée à Achard, « ce qui est spécifique ce n'est pas l'action agglutinante, mais le degré auquel elle s'exerce ».

La propriété agglutinante des sérums non mélitococciques est faible, puisque le seul fait de porter l'agglutination à $\frac{1}{150}$ ne laisse plus que 20 séro-réactions positives. A $\frac{1}{200}$ il n'y a plus que 11 sérums. Ces 11 sérums se rapportent à quatre infections éberthiennes, à hémoculture positive pour deux d'entre elles; une grippe de courte durée à physionomie clinique bien marquée, une scarlatine, une congestion pulmonaire grippale. Le cardiopathe est un rhumatisant, vieux client d'hôpital. Sur trois syphilitiques, deux d'entre eux sont identifiés par le Wassermann et le Porges. Le passé de tous ces malades est connu, faut-il supposer que ce sont d'anciens mélitococciques ou qu'ils présentent en même temps que la maladie actuelle une fièvre de Malte surajoutée? Au $\frac{1}{300}$ deux des infections éberthiennes agglutinent encore. Ni le laboratoire, ni la clinique n'apportent un élément en faveur d'une association mélitococcique, un doute peut être émis peut-être en faveur de cette hypothèse que notre expérience de la valeur de la séro-réaction de Malte ne peut faire systématiquement nier, mais ce n'est qu'un doute.

Il faut du reste opposer tout ce groupe d'affections variées dont aucune ne dépassera $\frac{1}{300}$, au groupe des quatre mélitococcies agglutinant au delà de $\frac{1}{500}$. Ce groupe est net et homogène, trois d'entre elles étant identifiées par l'hémoculture, la quatrième ne trouvant rien soit dans les symptômes, soit dans les examens de laboratoire qui puisse faire penser à autre chose qu'à du Malte.

On peut donc diviser le groupe de nos sérums agglutinants en deux classes. La première renferme quatre cas de mélitococcie agglutinant au delà de $\frac{1}{500}$. La seconde comprend 90 processus variés qui, sans consulter le séro, ne sont vraisemblablement pas mélitococciques. En augmentant le taux des agglutinations, on voit qu'ils s'égrènent rapidement en route passant de *57,69 p. 100* à *12,82*; *7,05*; *1,28* pour être de *0 p. 100* à $> \frac{1}{300}$.

Il faut résister à la tentation de conclure qu'une séro-réaction doit être poussée au delà de $\frac{1}{300}$ pour prendre une valeur diagnostique.

Nos examens sont tout d'abord trop peu nombreux pour en tirer cette conclusion. On peut ensuite émettre l'hypothèse d'une fièvre de Malte authentique à pouvoir agglutinant modéré bien que les travaux des auteurs anglais nous aient apporté des taux agglutinatifs bien autrement étendus que ceux que nous indiquons. Bornons-nous à constater que chez nos 160 malades le taux de $> \frac{1}{300}$ fait assez bien la séparation de deux groupes que par la clinique et le laboratoire on aurait pu aussi bien constituer.

Que penser de la valeur diagnostique du chauffage du sérum. Un premier fait est net; le nombre des fausses agglutinations est descendu rapidement à un très petit chiffre. Si l'on ne calcule au $\frac{1}{80}$ que sur les cas apparemment non mélitococciques, la différence établie entre les sérums non chauffés et les sérums chauffés se chiffre par un abaissement du pourcentage de *57,69 p. 100* à *3,2 p. 100*.

Mais quelques-uns de nos cas montrent, par contre, que certains processus non mélitococciques ont agglutiné après chauffage; ce sont la dothiénentérie, la pneumobacillémie et les trois syphilitiques sur qui nous avons donné quelques détails plus haut. Une des mélitococcies agglutine encore.

De plus, bien qu'un cas unique ne soit pas démonstratif, et il est très regrettable que le contrôle de

(1) VALLET. Une épidémie de paratyphus, *Montpellier méd.*, 3 déc. 1911.

deux mélitococcies n'ait pu être fait; dans un cas avéré et net de mélitococcie la valeur diagnostique du chauffage a été mise en défaut. Nous avons suffisamment répété la technique et vérifié la mélitococcie pour diminuer dans les limites du possible une erreur de notre part. Et ce qui rend plus caractéristique encore cette constatation c'est que l'un des deux cas réactivés est justement cette mélitococcie. Il y a donc là un fait précis qui comporte des expériences ultérieures tendant à faire nettement la preuve du procédé indiqué par Nègre. Il nous a semblé intéressant de rapprocher les résultats donnés par le chauffage au taux de $\frac{1}{80}$ avec ceux que nous donnaient les sérums frais au $\frac{1}{300}$. Les chiffres à opposer sont pour ceux-ci de *1,28 p. 100*, pour ceux-là de *3,2 p. 100*, toujours pour les sérums non mélitococciques.

Nègre et Raynaud ont étudié expérimentalement cette question du chauffage sur l'agglutination des microbes immobiles par les sérums normaux (1). D'après eux il y aurait dans les sérums (nous ne rapportons que ce qui nous intéresse au point de vue melitensis) deux sortes d'agglutinations : une agglutination mélitococcique spécifique, dans les cas de fièvre de Malte déterminée par des agglutinines résistant au chauffage à 56 degrés; une agglutination non spécifique détruite par le chauffage et par le vieillissement des sérums. Nous avons vérifié ce dernier fait pour d'anciens sérums ayant secondairement perdu leur propriété agglutinative.

Cette agglutination non spécifique ne serait ni en rapport avec la destruction des leucocytes du sang ni avec la teneur en alexine des sérums; la réactivation des sérums serait sans effet. Nos réactivations ont été généralement inutiles pour nous aussi, mais dans deux cas, et principalement dans celui qui s'opposait à la loi du chauffage, nous avons vu réapparaître la propriété agglutinante.

Sur tous ces points des recherches complémentaires, qui nous retiendront personnellement, sont donc à faire (2). Nous garderons des résultats que nous publions ici l'impression d'un doute qui doit paraître légitime sur bien des cas de mélitococcie donnés comme tels, basés seulement sur l'existence d'une séro-réaction positive et insuffisamment étendue. Si l'on veut étayer un diagnostic clinique sur la réaction de Wright il est nécessaire de la rechercher à un taux agglutinatif bien plus élevé qu'on le ne fait et avec une technique qui puisse prêter le moins possible aux objections. Il faut encore expérimenter l'action du chauffage du sérum qui reste malgré tout un procédé intéressant. Il sera permis par la suite d'avoir une opinion autorisée et définitive qui n'entraîne pas à des variations successives d'opinion où la séro-réaction n'a fatalement pas la responsabilité unique.

(1) NÈGRE et RAYNAUD. Loc. cit.

(2) Nous croyons intéressant de rapporter les principales conclusions du récent article de Saissawa sur la fièvre de Malte. *Zeitschrift für hygiene und infectionskrankeiten*, 28 déc. 1911.

« Agglutination du micrococcus melitensis par le sérum d'animaux ou d'hommes sains, ou d'hommes atteints de diverses maladies, très fréquentes, à des taux variables suivant la culture mais souvent fort élevés (de 1/100 à 1/200).

Agglutination du micrococcus melitensis par le sérum d'animaux immunisés ou de malades atteints de mélitococcie, plus élevée que pour les précédents et variant moins avec les différentes cultures.

Le chauffage à 55 degrés, demi-heure, fait disparaître le pouvoir agglutinatif des sérums non mélitococciques, et n'a aucune action sur celui des sérums de malades atteints de fièvre de Malte, ou d'animaux préparés avec du Brucce. »

Saissawa recommande donc le chauffage pour éliminer les agglutinations non spécifiques.

IVe CONGRÈS DE PHYSIOTHÉRAPIE

DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

(Paris, 9-11 avril 1912)

Le Congrès français de Physiothérapie est à un tournant de son histoire : créé, il y a quelques années, par l'initiative heureuse de quelques praticiens de bonne volonté, il établit ses fondations sur la Société française d'Électrothérapie (1), à laquelle s'adjoignirent d'abord la Société de Kinésithérapie de Paris, puis la Société de Radiologie au moment de sa naissance. Pour prix de leur collaboration, ces Sociétés mirent le Congrès en tutelle, de telle sorte que, jusqu'ici, le Congrès de physiothérapie dit « des Médecins de langue française » bien qu'ouvert, en principe, à tous ces médecins, fut, en fait, surtout le Congrès des trois Sociétés fondatrices et même d'une partie de ces sociétés.

Mais le vaisseau de la Physiothérapie a le vent en poupe et vogue, depuis quelques années, avec une telle force que l'on ne peut plus le conduire que dans le sens où il marche. L'œuvre des Congrès internationaux de Physiothérapie l'a surabondamment démontré aux plus hésitants. Il était donc facile de prédire, à propos du Congrès national, que ce Congrès de quelques amis deviendrait bien vite un centre de réunion pour quantité de médecins, hier isolés et inconnus, demain se connaissant et désireux de s'entendre.

Et voilà comment le cadre du Congrès français de Physiothérapie, encore jeune et déjà vieilli, craque et s'élargit. Ceux qui le forgèrent sont trop avertis pour ne point voir que l'intérêt leur commande de le changer. C'est à quoi ils s'appliquent.

* * *

Si, en effet, les Sociétés d'Électrothérapie et de Radiologie, sans prétendre à représenter tous les électriciens ou radiologues français, en groupent cependant une bonne partie, la Société de Kinésithérapie ne réunit qu'un petit nombre des cinésithérapeutes. Et la Physiothérapie ne se limite pas là : la Diététique, à elle seule, intéresse plus de médecins que toutes les autres branches de la Physiothérapie réunies. La Climatothérapie, la Thalassothérapie, la Cré-

(1) « La première de toutes les sociétés similaires qui ont été créées dans le monde entier. » (Bergonié.)

nothérapie, l'Hydrothérapie, touchent aussi un beaucoup plus grand nombre de praticiens que n'importe quelle autre partie de la thérapeutique physique. Or, ces spécialités thérapeutiques ne sont représentées, au Congrès français, que par quelques sentinelles avancées, qui ont tenu à s'y rendre individuellement et s'y heurtent à des statuts qui sont des barrières. D'autre part, à côté des physiothérapeutes pratiquant personnellement une des branches de la thérapeutique physique, combien de médecins seraient heureux, à l'heure actuelle, de s'intéresser à des thérapeutiques à la mode (dont chaque jour leur offre, dans leur clientèle, des applications nombreuses), sans pour cela devenir des spécialistes du massage ou de l'électricité médicale! Leur présence au Congrès serait d'ailleurs bien utile, car ils y apporteraient un art de mise au point et une expérience clinique, qui paraissent assez fréquemment faire défaut aux spécialistes néophytes et même parfois aussi à quelques grands prêtres de la Physiothérapie.

Et puis, il existe des pays de langue française en dehors de France. Les médecins de ces pays fréquentent le Congrès en nombre grandissant et voudraient y prendre une part de plus en plus active. Pour ces pays, comme pour la province française, il serait heureux que le Congrès pût leur rendre visite. Et, pour le Congrès lui-même, ne serait-il pas profitable de promener ses assises dans des villes comme Lyon, Bordeaux, Lille, Bruxelles, Genève, qui, à cette occasion, sauraient donner et recevoir beaucoup? Le Congrès français de Médecine, le Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes (pour ne citer que ceux-là) en donnent l'exemple et n'ont pas lieu de s'en plaindre. Mais les statuts qui tiennent en lisière le Congrès français de Physiothérapie ne lui permettent pas de marcher sur la trace de ses aînés!

C'est pourquoi le sens clinique des organisateurs, d'accord en cela avec les conseils de leurs véritables amis, les a avisés que le moment de l'émancipation était proche. Aussi cherchent-ils à réformer l'esprit et la lettre des règlements qui les brident et s'efforcent-ils de faire enfin et vraiment le *Congrès des Médecins de langue française*. Y arriveront-ils? Cela est possible et il faut le souhaiter, car cette réalisation est inévitable et s'opérerait sans eux si elle ne s'opérait point avec eux.

*
* *

La pensée qui guida les premiers fondateurs du Congrès fut qu'il serait utile et fructueux de grouper, dans une même enceinte, des spécialistes pratiquant des thérapeutiques différentes, afin d'apprendre à chacun d'entre eux que le moyen dont il dispose n'est pas le concurrent ou l'adversaire des autres moyens de cure, mais qu'au contraire il peut s'y ajouter ou s'en servir. Rappelons-nous, comme l'a spirituellement remarqué M. d'Arsonval, après Claude Bernard, qu'à l'Académie des Sciences, les mathématiciens n'ont point d'estime pour les mécaniciens, qui dédaignent les physiciens, lesquels méprisent les chimistes, qui ridiculisent les pharmaciens, lesquels se moquent de tout le monde parce qu'ils gagnent leur vie directement avec leur clientèle! Il ne faut pas que les électriciens dédaignent les cinésithérapeutes ni que ceux-ci redoutent les électriciens; il ne faut point que les uns et les autres méprisent les hydrologues, et que les praticiens ignorent ces trois auxiliaires précieux; il ne faut pas davantage que les professeurs évitent ces thérapeutes, aux moyens d'action si puissants et si variés, et affectent de leur préférer des auxiliaires ignorants et illégaux, qui ne leur montrent que le simulacre de la physiothérapie.

C'est pourquoi le Congrès français de physiothérapie, né d'une idée juste, suivra un développement nécessaire. Dans les Sociétés spéciales, chaque groupe de praticiens ne parle qu'à ses pairs. Il en est de même dans les Sections des Congrès internationaux. Ce n'est donc qu'au Congrès français de Physiothérapie que l'entente peut se faire entre des spécialistes exerçant des branches différentes de la thérapeutique qui, autrefois, s'ignoraient ou se combattaient et qui, désormais, doivent être des amis et des collaborateurs.

Mais cela n'est point facile, du moins si l'on en juge par le résultat obtenu jusqu'ici. Cependant, l'antagonisme des classes tend à disparaître, et il est évident que le nombre des médecins qui retirent de ces réunions sans cesse plus d'éclectisme et d'expérience, va grandissant. L'idéal du Congrès devrait être que, sur des points bien limités de la pathologie, dont l'étiologie, l'anatomie, la séméiologie seraient exactement connues, des cliniciens et des physiothérapeutes s'y missent d'accord sur les différentes méthodes thérapeutiques à employer, leurs indications et leurs résultats, de telle sorte que, dans un cas déterminé, le praticien puisse savoir à quel moment, ou dans quelle circonstance il doit employer le massage, ou l'électricité, ou l'hydrothérapie, etc.; quels sont les cas auxquels convient la rééducation, quelles différences il y a entre la rééducation motrice et la rééducation psychique, à quels cas s'applique l'électricité galvanique et à quels cas l'électricité faradique; quand il faut faire intervenir les rayons X et quand le radium, etc. Mais peut-être est-il prématuré de demander cela!

*
* *

Ainsi qu'il convenait, dans une réunion de physiothérapeutes, M. Bergonié, président du Congrès, a demandé que l'enseignement de la Physiothérapie soit mieux fait que par le passé, dans les Facultés de médecine. (Il s'est gardé d'examiner si, pour cela, il faut un nouveau personnel et de nouveaux règlements, ou si les anciens y peuvent suffire.) — M. d'Arsonval, président d'honneur du Congrès (qui eut, il y a trente ans, la prescience du mouvement physiothérapique contemporain), a affirmé qu'un jour viendrait où les moyens physiques seraient seuls employés à la cure des maladies, et où les drogues seraient abandonnées. — Avec un choix d'expression particulièrement heureux, M. Bergonié (exprimant une idée que j'ai souvent cherché moi-même à faire comprendre) a expliqué que les thérapeutiques physiques sont des *œuvres de main*, des *chirurgies particulières*,

pour lesquelles la correction de la technique, l'adresse de l'opérateur, son expérience personnelle pratique, sont aussi indispensables qu'en chirurgie sécante. D'où cette double conclusion : 1° que l'enseignement de la thérapeutique physique ne peut être que manuel et non verbal; 2° que c'est une erreur pitoyable, que de faire, ainsi qu'en ont coutume tant de maîtres et de praticiens, des prescriptions de traitements physiques, en se désintéressant de leur exécution. Prescrire à un malade de faire du massage, de l'électricité, de la rééducation, de l'hydrothérapie, et s'en remettre au hasard, ou à un aide quelconque, ou à un subalterne sans instruction, voire même à un médecin sans préparation, du soin d'exécuter la prescription, c'est montrer une complète ignorance des conditions de la thérapeutique physique. En cette matière, la prescription n'est rien, l'exécution est tout. Lorsqu'il s'agit de pharmacopée, c'est évidemment le contraire : une fois la prescription faite, il importe peu que le cachet ou la potion soit donné au malade par le médecin, la garde ou la famille. Mais que dirait-on si, après avoir prescrit une laparotomie pour l'ablation d'un appendice ou des annexes, le médecin laissait le malade libre de se faire opérer par n'importe qui, voire par son domestique? Et c'est précisément ce qui existe, neuf fois sur dix, en matière de physiothérapie.

*
* *

Une fois de plus, nous devons remercier MM. Delherm et Laquerrière de l'organisation du Congrès. D'un programme trop lourd et de statuts trop rigides, ils ont su tirer tout le parti possible et faire un Congrès vivant, utile, intéressant. — M. Haret avait organisé une exposition qui grandira certainement dans l'avenir. A lui aussi incombait le soin du banquet qui fut correct à souhait. — M. Doyen fit une lumineuse conférence sur l'*Electro-coagulation et le traitement du cancer*. Il n'est pas possible, assurément, d'être plus logique, plus simple, plus convaincant. — Enfin, M. Debierne occupa l'une des heures les mieux remplies du Congrès en faisant une conférence très écoutée sur le *Radium et la radioactivité*.

Comme d'ordinaire, le Congrès a été tenu à la Faculté de médecine, mais cette fois, le doyen, retenu à Rome par le Congrès de la tuberculose, n'y assistait point. M. d'Arsonval s'est fait l'interprète des congressistes, en adressant à M. Landouzy, protecteur de la physiothérapie, l'hommage et les vœux des physiothérapeutes reconnaissants. Non sans un peu d'indiscrétion et beaucoup de bonhomie, M. d'Arsonval a affirmé que M. Landouzy « sentait très bien que la vieille toxicothérapie était sur son déclin et que nous bâtissions sur ses ruines; — que, par suite, en nous accueillant, le doyen travaillait surtout pour la gloire et le prestige de la Faculté future, dont la physiothérapie serait le plus beau fleuron. De la sorte, quand les temps seront révolus, la Faculté aura le droit de dire qu'elle nous fut hospitalière lors de nos débuts! »

(*A suivre.*) MAURICE FAURE.

MÉDECINE PRATIQUE

LA TOUX ÉMÉTISANTE DES TUBERCULEUX

La toux émétisante des tuberculeux est connue depuis fort longtemps, puisque Morton la décrivit en 1737 ; c'est la toux qui provoque le vomissement et elle ne doit pas être confondue avec la toux gastrique, celle-ci survenant à la suite d'une excitation stomacale mais ne s'accompagnant pas forcément de vomissement. Les deux variétés peuvent être observées chez les tuberculeux; mais la toux émétisante est particulièrement fréquente. D'après Hanot, elle constituerait un symptôme constant au début de la tuberculose pulmonaire ; Marfan dit l'avoir constatée 15 fois sur 23 cas de tuberculose au début, plus rarement à la période terminale. En se basant sur une statistique de plus de 400 cas, Paillard (1) admet que la toux émétisante existe dans 50 à 60 p. 100 des cas. Mais Piéry (2) fait remarquer que cette toux n'est pas un symptôme banal ; il rappelle l'opinion de Pidoux qui considérait la toux émétisante comme signe d'un sérieux pronostic ; pour Piéry, la toux de Morton ne se rencontre qu'au cours de phtisies plus ou moins rapidement évolutives, elle paraît surtout fréquente dans les phtisies subaiguës.

Paillard a donné, dans sa thèse, une description clinique très complète de la toux émétisante. Il l'étudie successivement au début de la tuberculose, à une période avancée ; il décrit ensuite la toux émétisante indépendante des repas. Soit un tuberculeux au début ; la toux de Morton survient plutôt après le repas du soir qu'après celui de midi, peut-être parce que le malade se couche presque aussitôt après le dîner et que la position horizontale est défavorable à la digestion des tuberculeux, peut-être parce que l'organisme, fatigué à la fin de la journée, présente à ce moment une plus grande susceptibilité nerveuse. Le malade a mangé avec un appétit variable, d'une façon relativement abondante ; pendant le repas il n'éprouve aucune sensation gastrique anormale; dans l'intervalle qui suit le repas et précède la toux émétisante, il n'y a parfois aucun symptôme pathologique, plus souvent le malade souffre d'un état de distension gastrique avec ballonnement de l'épigastre et polypnée ; après un temps variable (cinq minutes à une heure, vingt minutes en moyenne), survient une quinte de toux sèche ; la quinte est violente, agite douloureusement le malade qui devient rouge, avec les veines du cou turgescentes, avec les yeux injectés et larmoyants ; puis brusquement, sans nausées, à une dernière saccade de toux succède un vomissement ; le contenu gastrique est évacué en totalité ou en partie ; le malade éprouve alors une sensation de bien-être, il n'a plus ni distension gastrique ni dyspnée ; souvent il demande à manger de nouveau. Cette toux émétisante se répète à intervalles variables ; dans beaucoup de cas, elle survient par périodes ; d'après Paillard, ces périodes coïncident plutôt avec la fatigue et le surmenage, qu'avec une poussée de tuberculose. Chez les tuberculeux arrivés à une période avancée de la maladie, la toux émétisante est moins fréquente qu'au début, plus irrégulière dans son apparition, rarement périodique, elle est plus douloureuse et plus pénible, s'accompagne de nausées ; après le vomissement, le malade reste essoufflé et endolori.

Le tuberculeux peut encore avoir une toux émétisante indépendante des repas; le matin au réveil, dans la journée, il tousse par quintes pour expulser le contenu bronchique ou le muco-pus rhino-pharyngé ; les plus intenses de ces quintes s'accompagnent de nausées ou de vomissements glaireux.

(1) Henri Paillard. *Le muscle diaphragme (études physiologiques et pathologiques). La toux émétisante des tuberculeux*, Th. de Paris, 1911.

(2) Piéry. *La tuberculose pulmonaire*, 1 vol., Doin, 1910.

Cette variété de toux n'est pas spéciale à la tuberculose ; elle peut se produire chez des malades atteints de pharyngite subaiguë ou chronique.

La toux émétisante a toujours des conséquences très fâcheuses sur l'état général du malade; celui-ci est démoralisé, il remarque que les vomissements répétés le font maigrir et empêchent ainsi la guérison. De plus, en le secouant péniblement, la toux brasse dans les voies respiratoires les crachats bacillifères et peut ensemencer de nouvelles portions de parenchyme pulmonaire. Par suite de l'hypertension des quintes, des hémoptysies se produisent quelquefois. Par conséquent, il est très important de traiter ce symptôme avec attention, mais pour y arriver, il faut d'abord essayer de connaître sa pathogénie. D'après Peter, l'hyperexcitabilité du pneumogastrique explique la toux émétisante; Marfan admet cette théorie et l'explique ainsi : « Le vague a sur son trajet deux organes qui souffrent, le poumon et l'estomac; le vague traduit la souffrance du premier par la toux, la souffrance du second par le vomissement. Quand une cause d'excitation viendra agir sur un point irritable (contact des aliments avec la muqueuse gastrique), il y a mise en branle de la totalité du pneumogastrique et, parce qu'il a mangé, l'individu tousse et vomit ensuite. » Paillard distingue, dans la toux émétisante, le mécanisme de la toux gastrique et le mécanisme du vomissement ; la cause de la toux semble bien résider dans une excitation stomacale, mais plus encore dans la distension gastrique ; chez les tuberculeux dont les sommets malades laissent aux bases pulmonaires une fonction de suppléance, lorsque la base du poumon gauche vient à être comprimée par la distension de l'estomac, la dyspnée et la toux surviennent très facilement. Pour le mécanisme du vomissement, Paillard admet la théorie d'Arnozan qui a montré en 1879 que la toux quinteuse crée des conditions d'ordre purement mécanique très favorables au vomissement. Paillard a aussi remarqué qu'il n'y avait pas toujours coïncidence de troubles dyspeptiques et de toux émétisante chez les tuberculeux ; il a vu des dyspeptiques devenir tuberculeux et chez lesquels la toux de Morton n'existait pas ; d'autre part beaucoup de malades qui toussent et vomissent après le repas ne sont nullement dyspeptiques.

Le tuberculeux atteint de toux émétisante doit restreindre l'abondance de son repas; moins il mange, moins il a de chances de vomir; la notion de quantité d'aliments est donc très importante et « entre l'insuffisance de l'alimentation qui entraîne la dénutrition et une suralimentation imprudente qui provoque le vomissement, il y a une position d'équilibre à atteindre, position d'ailleurs instable qui change avec les étapes de la maladie ». Après le repas, le malade se reposera, puisque tout effort détermine de l'essoufflement et que celui-ci peut être la cause occasionnelle de la toux ; le malade se reposera dans le décubitus latéral droit qui a deux avantages : la mise en déclivité du pylore, utile pour l'évacuation de l'estomac, et le moindre déplacement du diaphragme gauche (Paillard).

Les médicaments conseillés contre la toux émétisante sont nombreux; il ne faut pas en abuser, car beaucoup ont pour plus sûr résultat de rendre le malade dyspeptique ou d'augmenter sa dyspepsie. Le meilleur paraît être l'*eau chloroformée*, bien administrée selon la technique de Mathieu et Roux (1); sitôt après l'ingestion des aliments, avant que ne commence l'accès de toux, le malade prend une cuillerée à soupe d'eau chloroformée saturée étendue d'une ou deux cuillerées d'eau ordinaire. L'*eau bromoformée* peut être employée de la même façon. Si l'on échoue, le *menthol* sera essayé.

Menthol..................	0gr10 à 0gr20
Julep gommeux............	150 grammes.

(1) *Gaz. des hôp.*, déc. 1903.

Deux ou trois cuillerées à soupe après les repas. Avoir soin d'agiter le flacon de façon que le menthol soit en suspension aussi complète que possible (Mathieu et Roux).

Lion (1) recommande le *sous-nitrate de bismuth* : le matin, une heure avant le premier repas, le malade prend 20 grammes de bismuth délayé dans deux tiers de verre d'eau. On peut d'ailleurs varier le mode d'administration : donner, par exemple, le matin à jeun et vers cinq heures de l'après-midi, 10 grammes de bismuth dans un demi-verre d'eau; ou encore trois doses de 6 à 7 grammes au moment des prises d'aliments. La tolérance est toujours parfaite; ce remède doit être continué pendant dix à douze jours consécutifs, les résultats favorables se produisent souvent dès les premiers jours du traitement.

Une dernière méthode thérapeutique est à signaler, la plus récente, indiquée par Paillard : c'est une brève *inhalation d'oxygène* au moment opportun. Le malade a en permanence auprès de lui un ballon d'oxygène; après le repas, lorsqu'il sent venir la quinte qui doit le faire vomir, il prend le ballon et respire quelques bouffées d'oxygène; la quinte ne se produit pas, ou, si elle se produit, elle est légère et n'entraîne pas le vomissement; si la quinte a tendance à réapparaître, au bout de quelques minutes, nouvelle inhalation d'oxygène. Ce traitement est basé sur la théorie pathogénique de la toux qui met au premier plan la gêne mécanique de la respiration par suite de la surchage gastrique; son application est d'une très grande simplicité et ne fatigue pas l'estomac. Dans tous les cas ainsi soignés, Paillard n'a jamais eu d'insuccès; il relate dans sa thèse une trentaine d'observations dans lesquelles la toux émétisante a disparu, presque toujours rapidement. Dans la plupart des cas, le résultat a été durable. Cette méthode mérite donc d'être connue et son emploi paraît devoir se vulgariser.

M. BRELET.

ANALYSES

MÉDECINE

Recherches statistiques sur l'étiologie du cancer. (KLEFSTAD-SILLONVILLE. Th. de Paris 1912, 239 p.; A. Leclerc, édit.) — L'auteur, qui est le fils de notre distingué confrère le docteur Klefstad-Sillonville, d'Aix-les-Bains, a étudié en détail de nombreuses statistiques, actuelles et anciennes, relatives au cancer et de ce travail patient et méritoire il a pu tirer les conclusions générales suivantes.

Les cancers inaccessibles aussi bien que les cancers accessibles ont une fréquence réellement très différente dans les pays civilisés, et ces différences ne sauraient être expliquées par l'imperfection des statistiques et de l'organisation médicale de ces pays, et d'ailleurs la fréquence des cancers profonds varie souvent moins d'un pays à l'autre que celle de certains cancers externes. D'une manière générale les cancers de l'estomac et du foie sont plus fréquents dans les campagnes que dans les villes, alors que les cancers des organes génitaux et de l'intestin sont plus fréquents dans les villes.

La comparaison des statistiques anciennes avec les nouvelles en Angleterre, en Suisse, en Italie, en France, au Danemark et dans les Pays-Bas, permet à l'auteur d'affirmer que tous les cancers externes ne sont pas restés stationnaires, qu'en Angleterre et en Suisse les cancers profonds ont moins augmenté de fréquence que certains cancers externes, que tous les cancers profonds ne se sont pas accrus dans des proportions identiques, que les uns ont diminué ou diminuent (Angleterre et Suisse), que d'autres ont très peu augmenté (Angleterre, Suisse, Pays-Bas, Paris, Copenhague), que d'autres

(1) *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 19 juin 1908.

enfin se sont accrus dans des proportions considérables. Il résulte de ce qui précède que l'accroissement des cancers observé dans un certain nombre de pays est en grande partie indépendant de la perfection des statistiques et de l'organisation médicale de ces pays.

Par contre, la diminution ou l'état stationnaire des décès dus à la plupart des cancers externes semblent en rapport avec les progrès de l'hygiène et de la thérapeutique, qui modifient les états précancéreux, et avec les progrès du traitement chirurgical favorisés par la précocité du diagnostic.

L'accroissement de la plupart des cancers profonds semble en rapport avec l'accroissement des inflammations chroniques développées au niveau des organes profonds; il n'est que très faiblement retardé par les progrès des sciences médicales et par ceux de la chirurgie. Quant à l'existence d'un état général de l'organisme prédisposant au cancer, admise par la majorité des auteurs, certains faits plaident en sa faveur, mais la race n'a par elle-même aucune influence sur la fréquence du cancer.

Celui-ci semble causer autant de décès chez les riches que chez les pauvres, mais en réalité si la mortalité cancéreuse est bien la même chez les uns et chez les autres, la morbidité cancéreuse générale est deux ou trois fois plus grande chez les riches, car les pauvres meurent plus tôt et plus souvent du cancer à morbidité égale.

A ce point de vue le diabète offre avec le cancer plusieurs caractères communs au point de vue statistique. C'est ainsi que dans toutes les races la morbidité cancéreuse et la morbidité diabétique sont plus élevées chez les riches que chez les pauvres; les deux affections, diabète et cancer, pouvant d'ailleurs coexister parfois chez le même individu ou dans la même famille. D'autre part la fréquence de chacune d'elles aux différents âges de la vie s'accroît de la même façon. La prédominance habituelle du cancer chez la femme et du diabète chez l'homme fait place dans certains pays à un rapport inverse. En Angleterre et en Irlande la répartition géographique des deux affections est identique, et dans tous les pays elles présentent un réel accroissement, celui-ci étant parallèle aux divers âges de la vie, l'accroissement beaucoup plus marqué de la mortalité diabétique chez la femme semblant compenser l'accroissement beaucoup plus marqué de la mortalité cancéreuse chez l'homme.

Le développement du cancer et du diabète semble être favorisé par une nourriture trop abondante, ainsi que le montre leur plus grande fréquence chez les riches et chez les peuples qui se suralimentent. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Contribution à l'étude de la réaction de dégénérescence. Excitabilité faradique latente. Possibilité de la faire apparaître par la voltaïsation. (MM. BABINSKI, DELHERM, JARKOWSKI. *Société française d'électrothérapie,* séance du 21 mars 1912.) — La contractilité faradique du muscle dégénéré peut être affaiblie (hypoexcitabilité) ou abolie (inexcitabilité); et, dans ce dernier cas en faisant agir ce courant induit au maximum d'intensité en monopolaire ou en bipolaire, on n'obtient pas de contraction musculaire.

Or, parfois cette inexcitabilité faradique est seulement latente, et il est possible de la faire apparaître au moyen de la voltaïsation.

Pour pratiquer cette recherche on excite avec deux tampons reliés à un appareil faradique les muscles dont on se propose d'explorer la contractilité; et pendant cette exploration, on fait traverser la région examinée par un courant galvanique constant de la nuque à la main ou des lombes au pied, d'une intensité de 10, 15, 30 milliampères.

On constate, dans certains cas, que les muscles qui ne réagissent pas à des courants faradiques aussi forts que l'appareil peut les fournir quand la faradisation est employée seule, se contractent très nettement avec des courants beaucoup moins intenses, si l'on emploie le dispositif que nous venons d'indiquer.

Le phénomène se produit avec son maximum de netteté lorsque le pôle négatif du galvanique et du faradique sont tous deux distaux.

Les auteurs ont pu, grâce à la voltaïsation, déceler, chez un certain nombre de malades, l'excitabilité faradique latente et on peut prendre, comme exemple type, l'un d'eux, atteint depuis plusieurs mois d'une névrite des deux jambes. La réaction de dégénérescence est complète par l'exploration classique. Le nerf sciatique poplité externe est absolument inexcitable au faradique et au galvanique. Les muscles du groupe antéro-externe présentent l'inexcitabilité faradique, la contraction lente, l'inversion, la réaction longitudinale.

Mais, si l'on fait traverser par un courant galvanique constant les membres inférieurs; on constate que le jambier et l'extenseur propre du gros orteil se contractent nettement au faradique; par contre, il est toujours impossible d'obtenir de contracture musculaire par l'excitation du nerf sciatique poplité externe.

Cette réaction pourrait être considérée comme un échelon entre l'hypoexcitabilité faradique et l'inexcitabilité absolue; elle semble constituer le stade ultime de la contractilité faradique et être taillée aux dépens de la réaction de dégénérescence complète classique.

Sans doute il y a bien longtemps qu'on a songé à utiliser, soit en physiologie, soit en thérapeutique, l'action simultanée des deux courants, mais il ne semble pas que l'attention ait été attirée sur le point que nous venons d'exposer, qui peut être important en électrodiagnostic.

Il y a tout lieu d'admettre, en effet, d'une façon générale, que l'excitabilité faradique latente dénote une perturbation musculaire moins profonde que l'abolition de l'excitabilité faradique. C'est donc un caractère qui, selon toute vraisemblance, présente de la valeur au point de vue pronostic et qu'il y aura lieu de rechercher systématiquement, en particulier dans les cas où la réaction de dégénérescence obtenue par les procédés habituels semble complète. L. GAYARD.

Contribution à l'étude de la digestion du lait naturel et du lait fermenté acide, dans l'estomac des adultes. (RIVA et SAMARANI. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition,* septembre 1911, p. 481.) — Il nous est impossible de résumer ici les différentes recherches entreprises par les auteurs sur les diverses conditions dans lesquelles s'effectue la digestion du lait; nous nous contenterons de signaler leurs principales conclusions.

La coagulation du lait, dans l'estomac de l'homme adulte sain, se fait par l'action combinée de la pepsine et de l'acide; chez l'hyperchlorhydrique, la coagulation se fait surtout à cause de l'acidité du suc gastrique, chez l'anachlorhydrique la coagulation se fait surtout par action enzymatique, sans la coopération de l'action de l'acide; dans un cas comme dans l'autre, il s'ensuit que la digestion ultérieure du lait s'effectue dans de plus mauvaises conditions que dans l'estomac de l'homme sain.

La deuxième partie de la digestion du lait comprend la digestion de la caséine coagulée : les auteurs étudient successivement la solubilisation de la caséine coagulée *in vitro,* puis la digestion de la caséine dans l'estomac des animaux, la peptonification de la caséine coagulée dans l'estomac des veaux et des chiens, enfin la peptonification de la caséine coagulée dans l'estomac des hommes adultes. Le lait, dans l'estomac des adultes, provoque pendant les premières trente minutes une production de suc gastrique en plus grande quantité que dans les temps successifs, néanmoins après la coagulation de la caséine dans l'estomac, la digestion de la substance azotée coagulée dans l'intérieur de la cavité gastrique est très limitée.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Deux cas de fistules vésico-intestinales dues à une diverticulite de l'anse sigmoïde. (Arthur L. CHUTE, *Trans. of the Amer. Assoc. of Genito-Urinary Surgeous*, vol. VI, 1911, pp. 86-98.) — Chute a observé et opéré deux de ces fistules qui sont rares. Dans les deux cas, les opérés moururent de péritonite par suite du lâchage des sutures. Ce n'est pas la vessie qui crée des difficultés, mais l'intestin dont la paroi rigide et chroniquement infiltrée se laisse très mal suturer. De plus, il y a fréquemment rétrécissement au-dessous. Chute croit que la technique de Terrier, simple détachement des deux organes et drainage, sans suture aucune, serait peut-être la meilleure. Naturellement un anus artificiel préalable donnerait beaucoup de sécurité. S'il y a rétrécissement de l'anse sigmoïde, il faut être prêt à réséquer.

Les symptômes de ces fistules sont ceux de toutes les fistules vésico-intestinales, à savoir la pneumaturie, le passage de fèces par l'urètre et le passage d'urine par l'anus. Ce dernier symptôme est assez rare. Le passage de fèces par l'urètre est pathognomonique; la pneumaturie est le symptôme le plus fréquent, mais n'est pas aussi caractéristique que les autres, car il y a des infections vésicales, avec ou sans glycosurie qui la produisent. F. GARDNER.

PRATIQUE MÉDICALE

SUR LES ABCÈS FROIDS DE LA PAROI THORACIQUE

Par M. E. BOUSCAL.

Assez fréquemment on rencontre, en pratique, sur la paroi thoracique des abcès froids. Ces abcès sont toujours de nature tuberculeuse. Ils peuvent être primitifs. Mais dans la grande majorité des cas, ils sont secondaires à une lésion tuberculeuse soit des côtes soit de la plèvre ou du poumon.

Les abcès froids primitifs de la paroi thoracique résultent du ramollissement d'une gomme tuberculeuse sous-cutanée, on les évite généralement en traitant cette gomme par la médication iodée. Des frictions quotidiennes d'Iodex, pommade renfermant 5 p. 100 d'iode libre et sans inconvénient pour l'épiderme, parviennent souvent à dissoudre cette lésion tuberculeuse et l'empêchent de s'abcéder. Nous n'en dirons pas autant des autres topiques ou solutions iodées qui, au contraire, en irritant la peau peuvent favoriser l'abcès.

Les abcès froids consécutifs à une lésion osseuse ont presque toujours pour point de départ une ostéite tuberculeuse des côtes ou plus rarement du sternum.

Parfois il s'agit d'abcès migrateurs venus de la colonne vertébrale et cheminant le long des espaces intercostaux jusqu'à la paroi.

Les abcès froids consécutifs à une lésion pleuro-pulmonaire se développent soit par infection lymphatique, soit par propagation directe. Dans le premier cas, la lésion bacillaire se propage de la plèvre viscérale à la plèvre pariétale et à la paroi intercostale par les lymphatiques. Il y a ainsi deux foyers l'un superficiel l'autre profond communiquant par un trajet fistuleux.

Tous les abcès passent par les deux périodes habituelles de crudité et de ramollissement. A la première période, on trouve une tumeur allongée dans le sens des côtes, inégale, moins ferme au centre qu'à la périphérie et recouverte par un épiderme sain. C'est à cette période qu'il faut instituer, avec le traitement général classique des tuberculoses, le traitement iodé local. L'Iodex n'irritant pas la peau quelle que soit la fréquence de son application est le topique de choix. On frictionne doucement, chaque jour, la tumeur avec gros comme une noisette de cette pommade et pendant deux à trois minutes jusqu'à disparition de la coloration noirâtre de l'Iode. C'est là un moyen énergique de faire absorber par la peau et sans inconvénients le principe actif.

Dans la période de ramollissement il faudra ponctionner l'abcès et injecter dans sa cavité l'éther iodoformé ou le naphtol camphré; lorsqu'il existe de l'ostéite tuberculeuse, il est clair qu'il faut réséquer la côte et enlever le foyer de fongosités; on fera bien de drainer très largement et d'attendre la guérison par bourgeonnement.

LIVRES NOUVEAUX

Les Maladies de l'œsophage (1), par Michel GANGOLPHE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Ce volume forme le dix-neuvième fascicule de la nouvelle édition du *Traité de chirurgie* publié sous la direction d'A. Le Dentu et P. Delbet. On sait combien dans ces dernières années se sont perfectionnées la connaissance et la thérapeutique des maladies de l'œsophage sous l'influence d'une double cause, d'une part le développement pris par la méthode œsophagoscopique et les perfectionnements qu'on y a apportés, d'autre part les progrès de la technique opératoire dans la chirurgie si complexe de cet organe. Cette double influence devait se faire sentir dans le travail consciencieux du professeur Gangolphe. Mais dans les trois chapitres qui constituent la part la plus importante du traité, les corps étrangers, les rétrécissements cicatriciels et le cancer de l'œsophage, on constate de suite le développement prépondérant pris par l'exposé des méthodes purement chirurgicales; c'est un traité écrit par un chirurgien pour des chirurgiens. Le contraste est frappant. Si on lit les mêmes chapitres dans l'ouvrage d'un spécialiste, comme le *Traité des maladies de l'œsophage* de J. Guisez, pour ne citer que l'un des derniers parus, on fera la constatation inverse, ici la place réservée aux interventions chirurgicales est toute petite à côté du développement donné à la méthode œsophagoscopique.

Nous signalons le fait sans vouloir en tirer d'autre conclusion que, pour l'instant, si l'on veut se renseigner complètement sur les maladies de l'œsophage, la lecture des deux ordres de traités nous semble indispensable. M. LANCE.

Statistica sanitaria dell' armata per gli anni 1907 e 1908 (2), publiée par le service de santé du ministère italien de la Marine.

Ce volume, édité avec un soin minutieux et une clarté parfaite par le service d'inspection de la santé, au ministère de la Marine d'Italie, ne peut naturellement être analysé. Il constitue une source précieuse de renseignements pour tous ceux qu'intéressent les questions d'hygiène militaire.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Un vol. in-8 raisin de 116 pages avec 39 figures. — Prix : broché, 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) Un vol. de 284 p. avec nombreux tableaux. Rome, Officina poligrafica italiana, 1911.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 45. — JEUDI 18 AVRIL 1912. 85e ANNÉE. JEUDI 18 AVRIL 1912. — N° 45.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........	3 mois : 4 fr. 50.	— 6 mois : 8 fr.	— 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : 7 fr.	» — 6 mois : 13 fr.	— 1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Gautier, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 23 septembre 1912, pour cause d'ancienneté d'âge et de services.

Par suite de nécessités de service, M. Gautier cessera ses fonctions le 1er novembre 1912.

M. Gautier est nommé professeur honoraire, à partir du 1er novembre 1912.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. Coyne, professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 12 septembre 1912, pour cause d'ancienneté d'âge et de services.

Par suite de nécessités de service, M. Coyne cessera ses fonctions le 1er novembre 1912.

M. Coyne est nommé professeur honoraire à partir du 1er novembre 1912.

— M. Demons, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite à partir du 11 septembre 1912.

Par suite de nécessités de service, M. Demons cessera ses fonctions le 1er novembre 1912.

M. Demons est nommé professeur honoraire à partir du 1er novembre 1912.

— Lyon. — M. Savy, docteur en médecine, est chargé, du 1er avril au 30 octobre 1912, des fonctions d'agrégé.

— Toulouse. — M. Maurel, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 1er mai 1912, pour cause d'ancienneté d'âge et de services.

Par suite de nécessités de service, M. Maurel cessera ses fonctions le 1er novembre 1912.

— M. Frébault, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est admis à la retraite, à partir du 1er novembre 1912, pour cause d'ancienneté d'âge et de services.

Par suite de nécessités de service, M. Frébault cessera ses fonctions le 1er novembre 1912.

M. Frébault est nommé professeur honoraire à partir du 1er novembre 1912.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Limoges. — M. Raymond, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, pendant le second semestre de l'année scolaire 1911-1912, d'un cours d'histologie.

— Marseille. — M. Monges, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— Nantes. — M. Montfort, professeur à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 2 septembre 1912, pour cause d'ancienneté d'âge et de services.

M. Montfort est nommé professeur honoraire à partir du 1er novembre 1912.

A PROPOS DE LA PÉRENNITÉ DE L'AGRÉGATION. — Un journal de médecine parisien ayant émis l'opinion que « les agrégés provinciaux ne voient aucun inconvénient à tarir la source de l'agrégation pour en rester les seuls bénéficiaires », les agrégés de la Faculté de médecine de Bordeaux réunis en assemblée le 6 mars 1912 ont voté un ordre du jour dans lequel ils « protestent à l'unanimité contre cette interprétation abusive et tendancieuse de l'attitude qu'ont prise les agrégés de province dans la question de la pérennité;

Et pour qu'il n'y ait aucune équivoque possible, rappellent que des calculs minutieux ont établi que la réduction du recrutement résultant de la pérennité serait seulement d'un tiers; que la réforme des études médicales nécessite la création de nouvelles places d'agrégés supérieure à ce chiffre; que cette pérennité ne risque donc point de tarir la source de l'agrégation. »

Cet ordre du jour, communiqué aux autres sociétés d'agrégés de province (Lyon, Montpellier, Toulouse, Nancy, Lille), a été accepté à l'unanimité par elles, soit intégralement, soit avec des modifications de rédaction qui concourent au même résultat protestataire.

CLINIQUE NATIONALE OPHTALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS. — Conférences d'ophtalmologie. — A partir du 16 avril, des conférences avec présentation de malades seront

faites tous les mardis, à deux heures à la clinique des Quinze-Vingts, par MM. Chevallereau, Valude, Kalt et Chaillous.
Consultations et opérations tous les jours, à une heure.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies vénériennes. — (N° 1, janv. 1912.) J. NICOLAS et H. MOUTOT : Un an de pratique du « 606 » à la clinique vénéréologique de l'Antiquaille de Lyon. — A. LÉVY-BING et L. DURŒUX : Deux cas d'ictère consécutifs à des injections intraveineuses de salvarsan. — BROQUIN : Conséquences de la confiance dans le traitement par le 606. — (N° 2, fév.) H. GOUGEROT et PARENT : Thérapeutique antisyphilitique et réaction de Wassermann (*suite*). — TANTARD et FLEIG : Les prostatites chroniques blennorragiques. Leur traitement, particulièrement par les rayons X. — A. LÉVY-BING, L. DURŒUX et DOGNY : Etude du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques traités par le salvarsan. — MELUN : Ancien syphilitique traité par l'arsenobenzol. Réinfection syphilitique. — (N° 3, mars.) Alberto SERRA : Contribution à l'étude de l'ulcère blennorragique. — PASCAL : Un an de pratique du 606. — Gabriel COULON : Thyroïdite syphilitique tertiaire. — Albert MOUCHET et BRICOUT : Arsenobenzol et hémorragies post-opératoires. — (N° 4, avril.) GOUGEROT et PARENT : Thérapeutique antisyphilitique et réaction de Wassermann (*fin*).

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXVI, n° 6, 8 fév. 1912.) John B. HAWES : La responsabilité de la profession médicale dans le diagnostic précoce et le prompt traitement de la tuberculose pulmonaire (Discussion) (avec 13 tableaux). — Francis P. MAC CARTHY : L'influence de la race sur la prédisposition à la tuberculose (1 tableau). — Samuel T. ORTON : Nouvelles observations sur la transmission des maladies par les mouches au Worcester state hospital Massachusetts, 1911 (1 figure). — Lloyd T. BROWN : L'inefficacité des lits ordinaires pour assurer le repos ; leur correction par un support pour les cuisses (avec 3 figures). — (N° 7, 17 fév.) E. G. BRACKETT : Une étude sur les différentes manières d'aborder la hanche surtout dans les opérations d'ostéotomie curviligne du grand trochanter et les arthrodèses (avec 30 figures). — Williams H. DAVIS : La prévention de la mortalité infantile par l'allaitement au sein (avec 5 tableaux). — F. J. COTTON et Alex. M. BURGEN : Cas rare de kyste du foie avec une morale. — Robert M. GREEN : Trois cas curieux : kyste du foie (1 figure), hernie étranglée interne et volvulus compliquant une grossesse, torsion aiguë d'un hydrosalpinx compliquant une grossesse (2 figures).

Therapie der Gegenwart. — (Heft 1, 1912.) — O. MINKOWSKI : Considérations sur l'emphysème du poumon. — L. KUTTNER : Du diagnostic différentiel des neuroses de l'estomac et leur rapport avec le traitement. — H. HOCHKAM : Sur le traitement des inflammations aiguës ou subaiguës des articulations par extension. — K. FRANZ : De la clinique de la péritonite puerpérale (avec 4 courbes). — B. HEINE : Sur l' « oto-sclérose », ainsi connue. — (Heft 2.) Ad. CZERNY : Contribution à l'étude, à la thérapeutique du foie. — O. MINKOWSKI : Considérations sur l'emphysème pulmonaire (*fin*). — L. KUTTNER : Sur la différenciation de la neurose du foie et ses liens avec le traitement. — S. MEIDNER : L'emploi de la radiothérapie dans des tumeurs de mauvaise nature. — WOLFGANG-SIEGEL : Etablissement de bains : vibro-massage par vibrations dans l'asthme. — RÖMER : Du strabisme et de son traitement (*fin*). — (Heft 3.) UMBER : Traitement de la phosphaturie par l'atropine. — L. SYLLABA : La bronchite aiguë dans l'influenza chez des adultes. — R. HARTELUSTE : Sur l'influence de divers modes d'alimentation et l'emploi de légumes hydratés. — B. LAGUER : Sur l'expérience de la radio-activité des sources thermales de Wiesbaden au point de vue de leur valeur thérapeutique. — MARTINGNOSMANN : Sur la dioptrique d'un estomac lésé.

Journal de médecine interne. — (N° 4, 10 fév. 1912.) MOUNEYRAT : De la toxicité du dioxydiaminoarsenobenzol. — (N° 5, 20 fév.) TERRIEN : Tuberculose oculaire et son traitement. — (N° 6, 29 fév.) E. BARIÉ : Symptômes, diagnostic et traitement de la symphyse du péricarde.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 5, 3 fév.) VOITURIEZ et Carlos LEPOUTRE : Rétention due à un fibrome sous-muqueux. Insuffisance du curettage. Hystérectomie précoce. Guérison. — G. VILLETTE : Sigmoïdite aiguë. Opération. Guérison.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 5, 1er fév. 1912.) DEPAGE : Leçon inaugurale de la chaire de clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Pierre. — Léon DEKEYSER : La physiothérapie du lupus (*suite*). — (N° 6, 8 fév.) BUYS : Réactions vestibulaires. — Léon DEKEYSER : La physiothérapie du lupus. — (N° 7, 15 fév.) Georges BOUCHÉ : Un nouveau cas de méningite cérébro-spinale à méningocoque de Weichselbaum. Sérothérapie. Guérison. — Léon DEKEYSER : La physiothérapie du lupus (*fin*). — (N° 8, 22 fév.) DELCOURT : Leçon d'introduction au cours d'hygiène infantile professé à l'université de Bruxelles. — (N° 9, 29 fév.) DANIEL : Médecine congolaise.

Lyon chirurgical. — (N° 2, 1er fév. 1912.) L. BÉRARD et P. VIGNARD : De l'appendicite toxique. — Urbain GUINARD : Deux cas de résection pour ostéosarcome présumé malin des os longs (3 fig.). — F. GENTIL : Empalement. Fistule recto-urétro-vésicale consécutive. Guérison (3 fig.). — Ch. LESIEUR et J. MARCHAND : A propos d'un cas de sporotrichose osseuse primitive suivi d'autopsie (3 fig.). — V. ROCHET et J. REYNARD : Note sur un cas de cathétérisme uretéral chez une fillette de sept ans.

Lyon médical. — (N° 5, 4 fév. 1912.) A. PONCET et R. LERICHE : La tuberculose inflammatoire de la peau. — (N° 6, 11 fév.) Ch. LESIEUR : La submatité de la base droite, signe de fièvre typhoïde. — GAYET : Le traitement chirurgical de la pachyméningite hémorragique. — (N° 7, 18 fév.) VILLARD : Cancer étendu du pharynx et de la partie supérieure du larynx. — A. CHALIER et H. FAYOL : Cholépéritoine volumineux enkysté dans la loge inter-hépato-diaphragmatique droite. — (N° 8, 25 fév.) CARLE : L'arsenobenzol. Quelques résultats personnels. Essai de mise au point.

Revue de la tuberculose. — (N° 1, fév. 1912.) Mme FUCHS-WOLFRING : Le traitement de la tuberculose par IK (corps immunisants de Carl Spengler). Comparaison avec les résultats obtenus par la cure sanatoriale ou combinée avec le traitement tuberculinique. — F. DUMAREST et F. MAIGNON : Influence de la transplantation climatérique et de l'état évolutif actuel sur les combustions organiques des tuberculeux pulmonaires. — MILHIT : Tuberculose des capsules surrénales.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 4, 27 janv. 1912.) E.-J. MOURE : Faits cliniques : 1° Epithélioma de l'épiglotte; ablation par la voie transhyoïdienne; 2° Papillome diffus du larynx; transformation maligne; opération, thyrotomie; laryngostomie; laryngectomie. — (N° 5, 3 fév.) BICHATON : Deux cas de lupus nasal traités par le paramonochlorophénol pur.

Revue de chirurgie. — (N° 2, 10 fév. 1912.) A. PONCET et R. LERICHE : Tuberculose inflammatoire et cancers épithéliaux. — S. D'ESTE : La technique de l'amputation de la mamelle pour carcinome mammaire (20 fig.). — E. QUÉNU : Etude critique sur les fractures du cou-de-pied (64 fig.) (*fin*). — A. CHALIER et J. MURARD : Région termino-aortique et ligature de l'artère iliaque primitive et des autres vaisseaux de la région (6 fig.). — E. MARQUIS : La désinfection exclusive des mains par l'alcool sans lavage et sans savonnage préalables. — G. PASCALIS : Tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, indications opératoires et traitement chirurgical (14 fig.).

CLINIQUE CHIRURGICALE

(Hotel-Dieu de Lyon.)

ACTINOMYCOSE CERVICO-FACIALE GAUCHE

Par M. le professeur A. PONCET (1).

Messieurs,

Pour la deuxième fois cette année, et à un assez court intervalle, je vais vous présenter un cas d'actinomycose cervico-faciale. Vous devez en effet vous familiariser avec une affection relativement fréquente trop souvent encore méconnue surtout par des médecins qui n'ont pas eu la bonne fortune d'en observer des cas cliniques et dont il importe pourtant de faire le diagnostic, puisque de lui dépend la mise en pratique d'une thérapeutique féconde en résultats.

Il s'agit ici d'une malade de vingt et un ans récemment entrée dans le service de chirurgie de l'hôpital de la Croix-Rousse et que mon ancien assistant, M. le docteur Delore, a bien voulu adresser à ma clinique.

Cette jeune femme ne présente dans les antécédents héréditaires ou personnels rien qui mérite d'être signalé. Notons pourtant que la malade habite la Bresse, pays de céréales, au climat humide.

Dans notre *Traité de l'actinomycose* nous avons avec M. Bérard (2) rapporté plusieurs cas de ce genre observés près de nous, précisément dans ce coin de la France.

De plus, en sa qualité de fermière, notre malade possède et soigne du bétail, des vaches notamment. Vous n'ignorez pas, messieurs, la fréquence de l'actinomycose chez les bovidés, non plus que la pullulation du champignon rayonné sur la paille et les différents herbages qui constituent la nourriture habituelle des bestiaux.

Ces faits méritaient d'être signalés. Ils nous renseignent sur l'origine probable de l'affection qui amène notre malade à l'hôpital.

Jusqu'ici la patiente avait joui d'une bonne santé lorsque, au mois d'août dernier, elle se mit à souffrir au niveau de la moitié gauche de la mâchoire inférieure, tout particulièrement dans la région angulo-maxillaire. Une tuméfaction apparut, et comme du côté malade s'implantaient plusieurs dents cariées, fluxion et douleurs furent tout naturellement mises au compte du mauvais état de la dentition. C'est là, messieurs, une erreur facile et que vous verrez commettre d'autant mieux que carie dentaire et actinomycose sont fréquemment associées, l'une des affections étant sous la dépendance de l'autre. Le mauvais état des dents favorise, en effet, dans une certaine mesure le développement de l'infection actinomycosique; en pareil cas, en effet, il existe souvent des ulcérations de la muqueuse buccale, le rebord gingival est altéré, les cavités alvéolaires béantes, autant de portes ouvertes qui permettront à l'actinomyces accidentellement introduit dans la bouche de pénétrer dans les tissus et d'y pulluler désormais à son aise.

Quel que soit, dans l'apparition de l'actinomycose, le rôle joué par le mauvais état de la dentition, chez notre malade l'appareil dentaire parut uniquement en cause. Cette manière de voir réglait le traitement; trois molaires cariées dont une dent de sagesse furent arrachées; tout semblait donc devoir rentrer dans l'ordre; il n'en fut rien. Après une amélioration de quelques jours, les douleurs réapparaissent, la gêne fonctionnelle, le trismus surtout augmentent, cependant que s'accroît la tuméfaction angulo-maxillaire.



Fig. 1. — *Actinomycose suppurée cervico-faciale droite.* (Forme angulo-maxillaire.)

Une semblable évolution est significative, et j'attire, messieurs, votre attention sur ce point. Tandis, en effet, que dans les accidents d'origine dentaire l'avulsion des dents malades fait rapidement cesser les accidents, en cas d'actinomycose, au contraire, cette manière de faire ne procure qu'un soulagement momentané. Je dirai même qu'après un semblant d'amélioration les accidents reprennent de plus belle. Dans les tissus cruentés, traumatisés par l'extraction des dents, le champignon renfermé pullule plus aisément, et il semble que tout traumatisme local donne un coup de fouet à l'affection actinomycosique si bien qu'il faut être sobre de toutes manœuvres sur la cavité buccale dès que l'on a quelque raison de soupçonner une actinomycose.

Donc, malgré et peut-être à cause de l'intervention malencontreuse du dentiste, l'état local ne faisant que s'aggraver, la malade fut dirigée sur l'hôpital de

(1) Leçon recueillie par M. le docteur L. Arnaud, prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

(2) *Traité clinique de l'actinomycose humaine*, par MM. A. Poncet et L. Bérard, Paris 1898, Masson éditeur.

la Croix-Rousse et hospitalisée dans le service de chirurgie de M. le docteur Delore.

Le diagnostic d'actinomycose était alors évident. Il existait une tuméfaction étendue à la joue et à la région sous-maxillaire, rouge, violacée, d'aspect inflammatoire, d'une consistance cartonneuse caractéristique, sans tendance à la suppuration. Les signes cliniques de l'affection se sont encore précisés dans les jours suivants. De ci de là, en certains endroits, sont apparus des points mamelonnés fluctuants tranchant par leur coloration et leur consistance sur le reste de la tumeur. M. Delore a incisé et curetté les points prêts à s'ouvrir au dehors. Il s'en est échappé non du pus mais un liquide caractéristique séro-sanguinolent contenant de petits amas puriformes ayant tout l'aspect de grains jaunes, et de fait l'examen microscopique de la sérosité pratiqué au laboratoire de parasitologie de M. le professeur Guiart a révélé de façon certaine la présence du champignon rayonné. Il s'agit donc, à n'en pas douter, d'une actinomycose, et l'examen microscopique vient par surcroît confirmer les renseignements fournis par la clinique.

J'ajoute que si la présence d'éléments spécifiques affirme de façon formelle un diagnostic d'actinomycose, par contre leur défaut ne saurait infirmer la nature mycosique d'une affection; la recherche du parasite est souvent, en effet, difficile; un grand nombre de préparations peuvent être faites en vain. Il faut savoir aussi que le traitement ioduré a parfois tôt fait de faire disparaître les actinomyces, et en pareil cas l'examen microscopique ne saurait le plus souvent donner de résultats; ainsi en a-t-il été pour cette malade : chez elle les grains jaunes qui au début abondaient ont disparu en totalité après six jours de médication par l'iodure de potassium.

Constater la présence de l'actinomyces n'est donc pas toujours chose possible, ni non plus nécessaire, et dans les cas typiques un examen microscopique négatif ne saurait nous empêcher de porter un diagnostic positif que l'évolution ultérieure de la maladie viendra confirmer.

Si vous le voulez bien, messieurs, nous allons maintenant examiner ensemble notre malade. Elle présente actuellement une tuméfaction rouge violacé qui occupe à la fois les régions maxillaire et génienne gauches. Cette tuméfaction est considérable et sa coloration vive a un aspect si nettement inflammatoire qu'un observateur peu averti pourrait être tenté d'y plonger un bistouri. Nous n'en ferons rien, messieurs : une profonde incision n'évacuerait pas une goutte de pus.

A la palpation la tuméfaction a une dureté cartonneuse caractéristique. La consistance en est uniforme, il n'y a pas d'endroits ramollis et il ne saurait être question de suppuration. Ai-je besoin de vous dire, qu'à quatre mois de son début un adéno-phlegmon serait depuis longtemps passé à la suppuration. Cette évolution lente, ce peu de tendance à suppurer sont particuliers à l'actinomycose.

Par ailleurs et c'est là encore un symptôme caractéristique, les limites de la masse inflammatoire sont mal définies. L'empâtement s'étend à distance. Il diffuse en haut jusqu'à l'arcade zygomatique. A ce niveau se trouvent deux saillies mamelonnées fluctuantes, d'aspect pustuleux apparues, nous dit-on, depuis deux jours, en tout semblables à celles que M. Delore a déjà curettées. Ces points ramollis seront ouverts tout à l'heure en votre présence ; vous verrez probablement s'en écouler une sérosité séro-sanguinolente parsemée de flocons de fibrine puriformes pseudo-grains jaunes qu'il faut savoir différencier d'avec les vrais grains jaunes actinomycosiques.

Il n'existe pas d'adénopathies et la malade n'a pas de fièvre.

Les troubles fonctionnels consistent surtout en un trismus très accusé. La malade écarte difficilement ses arcades dentaires, la parole est gênée et la mastication impossible. J'insiste sur la valeur de ce symptôme. Il est pathognomonique et je dirais volontiers qu'une tuméfaction angulo-maxillaire dure, mal limitée, sans tendance à la suppuration avec trismus accusé et rebelle doit faire songer à l'actinomycose.

Avec tous ces symptômes le diagnostic d'actinomycose s'impose. J'ajoute que le traitement ioduré a déjà produit une légère amélioration. Si la tuméfaction ne s'est pas apparemment encore modifiée, le trismus s'est atténué et la malade desserre déjà un peu mieux les dents. Je ne saurais donc m'arrêter à l'étude du diagnostic différentiel de l'affection ici inutile mais dont la discussion est pourtant nécessaire dans les cas frustes, peu évidents.

Je ne m'attarderai pas non plus sur le chapitre thérapeutique. J'ai déjà eu l'occasion à plusieurs reprises de vous entretenir à ce sujet.

A cette heure chez notre malade un traitement actif a déjà été mis en pratique. M. Delore a ouvert et curetté les foyers superficiels en voie de ramollissement; des attouchements locaux à la teinture d'iode ont été faits ; à l'intérieur de l'iodure de potassium a été administré ; les doses de ce médicament jusqu'ici bien toléré pourront être augmentées et longtemps continuées mais par intervalles, pourtant l'emploi en sera suspendu. Le traitement ioduré intus et extra constitue, en effet, le traitement de choix de l'affection. Il est bon, cependant, dans les formes rebelles, de lui associer la médication arsenicale administrée par voie digestive ou sous-cutanée sous forme de cacodylate de soude.

Bientôt, pensons-nous, l'amélioration sera manifeste. Nous renverrons alors chez elle la malade. Je lui conseillerai volontiers d'aller et de venir au grand air et d'exposer sa lésion au soleil. Le parasite de l'actinomycose, en effet, comme la plupart de ses pareils, paraît particulièrement sensible à l'action des rayons solaires et la chaleur, la lumière entravent dans une large mesure son développement.

Et grâce à toute cette thérapeutique j'ose espérer que sera enrayée l'évolution d'une affection qui laissée à elle-même ne pourrait que s'aggraver.

Messieurs, à la fin de cette leçon, je fais passer sous vos yeux des photographies de malades atteints d'actinomycose, entre autres, celle inédite d'un jeune sujet habitant lui aussi la Bresse qui revient de temps en temps se montrer dans le service et qui est lui

aussi porteur d'une actinomycose angulo-faciale; c'est là de beaucoup la localisation élective de la maladie. Ce cas est absolument superposable à celui que je vous décrivais tantôt avec détails; les symptômes se bornaient ici à une tuméfaction de consis-



FIG. 2. — *Actinomycose suppurée cervico-faciale gauche.* (Forme angulo-maxillaire.)

tance caractéristique et à un trismus accusé. Je ne saurais, sans redites, développer ces points; mais ce portrait mettra, une fois de plus, sous vos yeux une des formes les plus typiques de l'affection que vous serez, le cas échéant, en mesure de reconnaître.

MÉDECINE PRATIQUE

DES FRACTURES DE LA DIAPHYSE DU FÉMUR CHEZ L'ENFANT ET EN PARTICULIER DE LEUR TRAITEMENT

Les fractures du corps du fémur (1) sont parmi les plus fréquentes de l'enfance. Toutes les statistiques concordent sur ce point. Récemment encore le professeur Kirmisson disait qu'il en recevait en moyenne 25 à 30 par an dans son service. En quatorze mois à la consultation de Bretonneau sur 275 fractures chez des enfants entre un et quinze ans que nous avons eues à traiter, nous relevons 43 fractures du fémur dont 41 portant sur le corps de l'os. Nous ne trouvons beaucoup plus fréquentes que les fractures des os de l'avant-bras (93), et sensiblement égales celles des os de la jambe (45), de la clavicule (37) et du coude (36). Mais elles tiennent et de beaucoup la tête comme fréquence dans les fractures des nouveau-nés et des tout petits.

(1) Nous laissons de côté les fractures du col dont nous avons parlé dans un précédent article (voir le traitement des fractures du col du fémur par l'abduction et la rotation interne, *Gaz. des hôp.*, 10 août 1911, nº 90), ainsi que les décollements épiphysaires dont l'histoire est très particulière.

Tout d'abord on peut les observer dans le cours de la vie intra-utérine (70 p. 100 des fractures intra-utérines sont des fractures du fémur). M. Kaisin Loslever en a récemment rapporté un bel exemple diagnostiqué par la radiographie. Dans ces cas, il s'agit soit d'une chute ou d'un coup reçu par la mère, soit, plus souvent, d'un trouble de développement de l'os. Les fractures peuvent alors être multiples, et se présenter au moment de la naissance avec un degré de consolidation plus ou moins avancé.

Un autre groupe des fractures du fémur est formé par les fractures obstétricales. C'est dans les présentations du siège, mode décompleté des fesses, que la fracture se produit d'ordinaire. Voici comment. Le plus souvent il s'agit de primipares en travail depuis plusieurs heures, le siège est engagé à fond, l'accoucheur qu'on envoie chercher à ce moment ne peut arriver à abaisser un pied il devra se contenter d'extraire l'enfant les cuisses et les jambes allongées sur l'abdomen et le thorax. Bienheureux s'il trouve assez de place entre l'enfant et le bassin pour couler ses index ou des lacs dans les plis inguinaux pour opérer des tractions. Souvent il n'arrive à introduire que des crochets métalliques. Il tire alors longtemps et vigoureusement sur la partie supérieure du fémur; tant que les tractions ont lieu sensiblement dans l'axe de la diaphyse la fracture ne se produira pas, tout au plus peut-on faire jouer un rôle à ces tractions dans la production de quelques cas de luxation congénitale de la hanche chez des sujets manifestement prédisposés par une malformation du cotyle. Mais si dans un faux mouvement l'accoucheur ne tirant plus dans l'axe, plus souvent si la mère non endormie ou insuffisamment endormie fait un mouvement brusque de torsion de son bassin, le fémur de l'enfant se brise. La fracture est en général transversale, sous-périostée, sans grand déplacement. Plus rarement on peut l'observer dans les tentatives d'abaissement du pied dans les présentations du siège ou les versions.

Chez le nouveau-né, comme nous l'avons dit, la fracture du fémur est d'une fréquence considérable. Quelquefois c'est le tout petit qu'on laisse maladroitement tomber de son lit ou d'une chaise, plus souvent c'est dans les tentatives de marche qu'on la voit se produire. Le bébé s'élance en courant et s'effondre subitement la cuisse repliée sous lui. Il se produit alors une flexion de l'os qui tend à le courber à sa partie moyenne; peut-être aussi, comme le pense M. Kirmisson, la contraction musculaire, surtout celle du grand adducteur joue-t-elle un rôle important dans l'inflexion brusque de l'os.

Il n'est pas douteux qu'il existe une prédisposition particulière aux fractures chez certains petits enfants, prédisposition héréditaire dont la nature est peu connue. Nous avons vu l'an dernier un enfant qui se brisait le fémur pour la troisième fois. Les rachitiques sont prédisposés aussi aux fractures, non seulement ils incurvent leurs os, mais ils les brisent facilement, en général au sommet des courbures. On retrouve fréquemment le fait dans les fractures du fémur, nous l'avons noté 6 fois sur les cas que nous avons observés.

Dans la seconde enfance et chez l'adolescent, les fractures du corps du fémur deviennent plus rares, surtout comparativement aux autres fractures. Chez l'adolescent, on observe surtout le décollement de l'épiphyse inférieure de l'os. C'est après la première enfance que l'on voit se produire certaines fractures particulières du fémur. Dans le cours de la coxalgie le fémur très atrophié se brise assez fréquemment en cas de chute lors de la reprise de la marche dans l'intérieur de l'appareil. Le trait de fracture siège toujours dans le tiers inférieur de la diaphyse, c'est une fracture sus-condylienne transversale sans déplacement. De même dans les ankyloses du genou, consécutives surtout aux tumeurs blanches du genou, il n'est pas rare de voir se produire des fractures siégeant presque exclusivement dans la partie inférieure du fémur (Kirmisson, Auffret). Dans les luxations congénitales de la hanche on peut, très exceptionnellement, voir se produire une fracture de la diaphyse au cours des manœuvres de réduction dans les cas difficiles. Au contraire il n'est pas rare de voir une fracture de la partie moyenne du fémur se produire lors des changements de position. L'os enfermé pendant plusieurs mois dans le plâtre est devenu friable comme du verre et se brise parfois simplement par les mouvements nécessités par l'enlèvement de l'appareil. D'ailleurs ces frac-

tures, de même que celles des coxalgiques et des ankylosés du genou se consolident avec une remarquable facilité.

Rappelons seulement pour mémoire les fractures spontanées des ostéomyélites et des ostéosarcomes qui siègent souvent au fémur et qui sortent du cadre de notre sujet.

Quel que soit l'âge auquel s'est produit la fracture, son siège habituel est la partie moyenne de l'os, parfois l'union du tiers supérieur et du tiers moyen. Sur les 41 cas que nous avons observés, 38 occupaient cette région et 3 étaient suscondyliennes (dont une chez un coxalgique qui s'était déjà brisé le fémur une première fois, une au cours de l'enlèvement d'un appareil dans une luxation congénitale, la troisième traumatique).

On peut observer au fémur, mais bien plus rarement qu'à l'avant-bras par exemple, des fractures incomplètes, en bois vert, le plus souvent par exagération de la courbure de l'os, c'est-à-dire à concavité en arrière et en dedans. Le plus souvent la fracture est complète, mais dans la majorité des cas elle est sous-périostée et il ne se produit pas de déplacement.

Dans beaucoup de cas la fracture est transversale (surtout dans les fractures par choc direct, écrasement par une roue de voiture, etc.); dans d'autres, elle est oblique, taillant le fragment supérieur en biseau aux dépens de sa face interne et postérieure. Parfois, en particulier nous semble-t-il, sur des os rachitiques le biseau est très allongé et le trait de fracture parcourt le tiers de la longueur de la diaphyse.

Dans deux cas nous avons vu, entre le fragment supérieur et inférieur, un petit fragment intermédiaire triangulaire pris seulement aux dépens de la moitié interne de l'os et résultant peut-être de l'éclatement secondaire du fragment inférieur sous la poussée du fragment supérieur.

La disposition de ces fragments qui se voit très bien à la radiographie si l'on a soin de faire faire une radiographie de face et de profil a son importance, car le raccourcissement est en général d'autant plus grand et difficile à maintenir que l'obliquité du trait de fracture est plus grand.

Les déplacements secondaires varient aussi selon le siège de la fracture.

Dans les fractures du tiers supérieur, le fragment supérieur entraîné par le psoas et les pelvitrochantériens se place en abduction en même temps que les fessiers le portent en rotation externe. Le fragment inférieur remonte sous l'action de la contraction des muscles de la patte d'oie d'où le chevauchement; les adducteurs et le pectiné s'attirent en adduction et rotation externe d'où une angulation marquée, une déviation de la cuisse en crosse, en dos d'âne.

Au tiers moyen, lorsque les fragments sont taillés en biseau la déformation est la même, mais le plus souvent moins marquée, il y a surtout du chevauchement. Au tiers inférieur le fragment inférieur a tendance à se porter en arrière tandis que le supérieur vient en avant et en dedans.

Il est très fréquent qu'un épanchement sanguin intraarticulaire du genou accompagne les fractures de la diaphyse fémorale (Marjolin, Gosselin, Berger, Kirmisson). Quelle que soit l'explication que l'on en donne cette petite complication guérit spontanément sans laisser de traces.

Le diagnostic de ces fractures est en général facile.

Il faudra seulement éviter de laisser passer inaperçue une fracture en bois vert qui se traduit seulement par une incurvation du membre, un peu de gonflement et une douleur vive en un point bien limité de l'os.

Le raccourcissement se mesurera par comparaison de la distance, pointe de la rotule (interligne du genou), sommet du grand trochanter avec celle du côté sain. On pourrait être embarrassé pour l'évaluer dans le cas de fracture double (écrasement par une roue de voiture). On se rappellera que normalement la distance pointe de la rotule-sommet du trochanter est égale à la distance pointe de la rotule-sol (bord externe du pied en flexion à angle droit). Ce qui permet d'apprécier rapidement le raccourcissement.

Le traitement présente parfois de sérieuses difficultés ce qui a donné lieu à un grand nombre de méthodes parmi lesquelles nous aurons à faire un choix.

Eliminons d'abord la réduction sanglante, l'ostéosynthèse qui ne trouve pas d'applications dans la fracture du fémur de l'enfant. Le massage et la mobilisation précoce sont inapplicables, le massage pouvant entraîner la formation de cals exubérants chez les enfants, et l'immobilisation étant indispensable à cause de leur indocilité.

Il reste les appareils à extension continue et les appareils de contention dont le type est l'appareil plâtré.

L'extension continue qui réalise à la fois la réduction et la contention a le mérite de la simplicité. L'appareil de Hennequin n'est pas nécessaire chez l'enfant qu'il n'est pas indispensable de maintenir assis et qui supporte admirablement le décubitus prolongé, l'appareil de Tillaux est suffisant. Au diachylon, au leucoplaste qui adhère mieux encore, mais qui sont mal tolérés par la peau des enfants, on substituera avantageusement la disposition classique de l'extension continue dans la coxalgie ou le mal de Pott : une mince couche d'ouate sur la peau maintenue par un bandage de tarlatane gommée depuis la racine des orteils jusqu'à mi-cuisse. Par-dessus ce pansement on place à droite et à gauche une bande de toile qui le dépasse par le haut et le bas. Ces deux bandes sont fixées par un nouveau tour de tarlatane gommée.

On a eu soin de replier la partie de chaque bande de toile qui dépassait du côté de la cuisse de façon à l'englober dans le pansement pour éviter son glissement.

Les deux chefs inférieurs de la bande sont passés par deux trous et noués à l'extérieur de l'étrier en bois.

Cet étrier est une sorte de boîte formée de trois planches qui sert à encadrer le pied et l'empêcher de se dévier. Son fond porte un crochet sur lequel s'attache la corde de traction. Si l'on a soin de faire passer les bandes de toile assez haut sur l'étrier et le crochet au contraire très près du plan du lit, on voit dans la traction que le pied ne repose pas sur le drap, on peut passer la main en dessous, ce qui selon la remarque de M. Ménard augmente singulièrement la puissance de la traction. La contre-extension se fait de façon très simple au moyen d'une brassière de coutil fixée à la tête et aux côtés du lit par des courroies de toile. Cette méthode donnera de très bons résultats chez les adolescents et les grands enfants dans la grande majorité des cas. Dans quelques cas la traction dans un seul plan peut être insuffisante, l'appareil à tractions multiples de Bardenheuer est impraticale chez l'enfant.

La traction continue horizontale donne des résultats très imparfaits chez les jeunes enfants. La fixation avec la brassière permet bien une réduction du chevauchement mais évite rarement des déplacements latéraux du bassin et du membre. On évite ainsi rarement un certain degré d'angulation.

Chez les tout petits, il est impossible d'assurer la propreté de l'enfant et de pratiquer l'allaitement au sein. Pour obvier à ces inconvénients on a imaginé divers dispositifs. Un des plus simples est l'extension continue sur une planche comme le conseille M. Frœlich (Thèse Lelorrain).

On garnit d'ouate et d'imperméable une planche légère de sapin un peu plus longue que l'enfant et un peu plus large que ses épaules. On pratique l'extension avec un crochet à une extrémité au moyen d'un tube de caoutchouc et la contre-extension avec la brassière. Le bébé est fixé habillé sur la planche, et en plus on enroule l'enfant et la planche dans une couverture au niveau du tronc. Il est ainsi facile d'allaiter l'enfant et même de le sortir. On a imaginé d'autres dispositifs analogues : boîtes en bois, rembourrées, où l'on place le bébé, claies en osier, utilisation d'une gouttière de fracture de jambe d'adulte pour placer tout le membre inférieur de l'enfant (John-S. Clarke). On a fait remarquer (John-F. Elliott) que chez le nouveau-né pour éviter l'aplatissement de la tête avec l'emploi de ces appareils, il faudra penser à modifier de temps à autre la position de la tête sur son oreiller.

On a souvent substitué chez le nouveau-né la traction continue verticale à la traction horizontale. On a justement fait remarquer que aussitôt après la naissance et dans les premiers mois de la vie la flexion de la cuisse sur le bassin est la position normale de l'enfant. Il n'étend ses membres inférieurs que rarement, ou si on l'y force par le maillot, d'habitude dans la veille et toujours pendant le sommeil il se tient les cuisses ramenées sur l'abdomen. Si on le place dans cette position sur une table, on constate que la colonne vertébrale repose absolument à plat sur elle. Si on essaye d'allonger les cuisses, on voit qu'à partir de la verticale, à mesure que l'extension s'accentue, une ensellure se produit dans la co-

lonne lombaire, le mouvement ne se continue pas dans l'articulation de la hanche. De plus dans cette position de flexion de la cuisse, on obtient un maximum de relâchement musculaire, du psoas en particulier C'est ainsi qu'Isbister, dans un cas de fracture avec déformation persistant dans l'extension horizontale, vit sous la radioscopie le déplacement des fragments se réduire à mesure qu'on fléchissait le membre inférieur. De plus, cette position permet plus facilement la propreté des enfants.

On réalise cette extension continue verticale avec différents dispositifs (Bryant, Lenze, etc.). Un des plus employés est celui de Bradford. Une petite potence en bois est fixée au bord du lit du côté malade, une botte d'extension est appliquée et reliée à la potence par un tube élastique.

La contre-extension est exercée par le poids du corps de l'enfant. Une serviette passée en sautoir dans le creux inguinal et fixée au bord du lit empêche le déplacement latéral. Pour empêcher la rotation du membre on place un tour de bande de leucoplaste autour de la partie moyenne de la cuisse et on le fixe ensuite à la tige verticale de la potence (Silver). Ce dispositif présente l'inconvénient d'immobiliser l'enfant au lit et de rendre l'allaitement difficile. Aussi pour les nouveau-nés pourrait-on l'adapter à la planche de Boeckel, ou encore comme l'a fait A. H. Parkinson à une boîte rembourrée. Un autre inconvénient de l'extension continue verticale est de ne pouvoir exercer une traction sérieuse sur le membre sans risquer de voir se produire des troubles circulatoires.

A côté de l'extension continue qui entre autres inconvénients présente pour la clientèle hospitalière celui d'immobiliser longtemps un lit d'hôpital, la réduction manuelle ou instrumentale suivie d'immobilisation par des attelles ou des appareils plâtrés présente de gros avantages.

Chez le tout petit la réduction est toujours facile à effectuer manuellement même sans anesthésie car leur musculature est peu puissante, mais son maintien est difficile à obtenir. S'il n'y a pas de déplacement, on se contentera de deux attelles, l'une antérieure, l'autre postérieure de gros carton ou de gutta-percha ramollies dans l'eau chaude et modelées sur le bassin, la cuisse et la partie supérieure de la jambe en position horizontale ou mieux en flexion de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse, on les fixera en enroulant le membre et le bassin dans de la tarlatane.

Pour les fractures obstétricales, Credé a proposé de se servir du tronc comme attelle, et ramenant la cuisse complètement fléchie sur le ventre de l'y fixer par des bandes enroulées autour du corps, avec interposition ou non d'une attelle de carton. Zancarini a publié récemment une variante de cette méthode, le membre inférieur entier est amené devant le ventre et le thorax, le pied s'engageant sur l'épaule de l'enfant, on le ficelle dans cette position qui reproduit celle qu'il occupait dans l'accouchement par le siège, mode décomplété des fesses. Cette méthode est impraticable dans beaucoup de cas, car, comme nous l'avons vu, dans les accouchements par le siège l'emploi des lacs ou crochets amène souvent des meurtrissures et plaies du pli de l'aine et il sera nécessaire de pouvoir les panser pendant plusieurs jours; on pourra dans ces cas remplacer avantageusement la méthode de Credé par de petits appareils en forme de Z appliqués sur la face postérieure du bassin, de la cuisse fléchie à angle droit et de la jambe fléchie à son tour sur la cuisse. L'attelle est fixée par des tours de bande au niveau du bassin et de la jambe, la cuisse étant laissée libre. On peut construire ces petits appareils en carton mouillé (Mackinstosh) mais ils se ramollissent vite par les souillures de l'enfant, il est préférable de faire construire, sur moulage en carton, un appareil en bois (F. W. Jordan) ou en aluminium (J. Isbister, Cecil Johnson); il nous semble encore plus pratique de construire une attelle en plâtre moulée directement sur l'enfant, et imperméabilisée après dessiccation complète par un badigeonnage de celluloïd dissous dans l'acétone. Ces petits appareils qui ne se ramollissent pas à l'eau permettront de baigner l'enfant avec son appareil.

Pour la deuxième enfance, le mode de traitement le plus employé dans les fractures de la cuisse est le grand plâtre étendu des orteils aux dernières côtes; identique à l'appareil d'immobilisation de la coxalgie. ce sera toujours simplement un appareil de contention, jamais un appareil de marche. Les appareils de marche sont inutiles chez les enfants dont le temps n'est pas précieux, dont la consolidation osseuse est très rapide; de plus ils sont très peureux et ne commenceront à se servir d'un appareil de marche que lorsque déjà la consolidation de la fracture sera à peu près complète.

L'appareil doit être appliqué en bonne position des fragments. Pour opérer cette réduction l'anesthésie générale sera nécessaire dans presque tous les cas. L'anesthésie locale à la cocaïne n'est pas à tenter chez l'enfant. On ne pourra guère se passer d'anesthésie que dans les fractures incomplètes sans déplacement. Dans les fractures incomplètes avec incurvation notable on sera obligé de compléter la fracture sous anesthésie pour opérer le redressement. Dans les fractures complètes sans déplacement notable l'indocilité de l'enfant peut obliger à l'endormir, ce qui sera nécessaire dès qu'il y a un déplacement à réduire. Cette réduction peut d'ailleurs être effectuée soit extemporanément au moment où l'on applique l'appareil, soit à l'avance, au moyen de l'extension continue.

Dans ce dernier cas on peut se contenter d'opérer l'extension pendant vingt-quatre à quarante-huit heures, juste le temps nécessaire à faire cesser la contracture musculaire et à faciliter les manœuvres de réduction. M. Ombrédanne dans son service de Bretonneau procède autrement. On opère une traction continue sur le membre pendant huit jours, réduisant le chevauchement au maximum sans s'occuper de l'angulation et de la rotation. A ce moment, le cal est encore flexible, on applique un appareil plâtré en bonne position. Il suffit alors de le garder dix-huit à vingt jours pour avoir une consolidation en bonne position. Nous avons pu constater que cette méthode suffit à amener un excellent résultat dans presque tous les cas, sauf les fractures très obliques à grand chevauchement ou les fractures près de l'extrémité supérieure où il pourra persister un léger degré de chevauchement incomplètement réduit (1 centimètre en moyenne).

Pour ces cas nous croyons préférable d'utiliser la réduction extemporanée sous anesthésie générale avec application d'appareil plâtré, méthode préconisée comme traitement de choix pour tous les cas de fractures de cuisse de l'enfant par plusieurs auteurs (voir Judet, Binet, Legrand). L'enfant endormi est placé sur le pelvi-support, la contre extension est assurée par un écheveau de laine placé dans le pli génito-crural du côté sain et tenu par un aide, ou mieux fixé à la tête de la table. Différents dispositifs peuvent assurer l'extension : on peut tirer sur le membre en extension garni d'un pansement d'extension continue au moyen de la vis de Lorenz (Binet), ou au moyen d'un moufle. Nous avons utilisé ce second moyen, mais nous lui préférons le suivant qui permet bien mieux de se rendre compte de la force déployée et d'en mesurer l'action. C'est une adaptation à la cuisse du procédé employé par Hennequin pour la réduction des fractures de jambe. La jambe étant fléchie à 45 degrés sur la cuisse, une serviette est cravatée sur la partie inférieure de la cuisse, puis croisée sous le creux poplité, ses chefs sont ramenés et noués devant le genou absolument comme la traction dans l'appareil de Hennequin pour fractures de cuisse. Une forte bande de toile est passée dans cette boucle de la serviette; l'opérateur placé au bout de la table se passe la bande derrière les reins et la ramène à son point de départ où il la noue. Calant ses deux pieds contre les pieds de la table, il se penche alors en arrière se servant de son propre poids pour opérer la traction qu'il limite à volonté; ses mains restant libres, il peut coopérer à la confection de l'appareil.

Cette manière de procéder à la traction avant la confection de l'appareil nous semble défectueuse à plusieurs points de vue. Le dispositif même de traction est gênant pour faire un bon appareil, de plus, on observe ainsi souvent des troubles circulatoires dans le membre qui obligent à fendre où a enlever les appareils surtout si la réduction a nécessité de fortes tractions. Il nous a paru très avantageux de procéder autrement. Nous confectionnons à l'avance un appareil en deux parties, interrompu au niveau de la fracture : appareil entourant le tronc et le bassin, appareil entourant la jambe et la moitié inférieure de la cuisse, la jambe étant en flexion à 45 degrés sur la cuisse. On attend que le plâtre soit complètement sec et dur. Cela se produit avec du bon plâtre au bout de quinze minutes (première dessiccation) et le plâtre reste dur pendant deux ou trois heures, puis il se ramollit peu à peu pour durcir à nouveau au bout de trente-six à quarante-huit heures (deuxième

dessiccation). Si on ne veut pas courir le risque d'aplatir le plâtre par les tractions, il faut donc les effectuer soit aussitôt après la prise, soit attendre quarante-huit heures. On fixe alors le malade comme nous l'avons dit plus haut et on opère la traction sur le plâtre inférieur, ce qui est très facile. On voit souvent l'écartement entre les deux appareils augmenter. Il suffit alors, sous la traction, de réunir les deux appareils soit par deux ou trois attelles métalliques et deux cravates plâtrées, soit après avoir mis de niveau avec de l'ouate le fossé entre les deux appareils par des circulaires de tarlatane plâtrée dans cette situation. Dans certains cas on aura intérêt à ne pas chercher à coapter exactement les fragments. Par exemple, M. Kirmisson a bien montré que, dans la fracture de cuisse lors d'une ankylose du genou en flexion plus ou moins marquée, il y a intérêt à se servir de cette sorte d'ostéotomie spontanée pour opérer un redressement du membre et mettre l'axe de la jambe dans le prolongement de celle de la cuisse. Récemment dans une fracture de cuisse à long biseau sur un os rachitique très incurvé, nous avons profité de la fracture pour réduire la plus grande partie de la déformation, la radiographie montrait une coaptation seulement de la partie inférieure des fragments qui s'écartaient par le haut.

Le plâtre sera laissé en place un mois environ. M. Kirmisson s'est élevé récemment contre la tendance que l'on a à trop abréger la contention des fractures chez les enfants, ce qui entraîne des récidives, des inflexions secondaires du cal. Pour la fracture de cuisse, il réclame un mois d'appareillage au moins pour les tout petits enfants, et quarante-cinq jours pour les enfants de treize à quinze ans. Les soins consécutifs sont nuls. Après l'ablation de l'appareil, un bon bain; les massages sont inutiles et peuvent, s'ils sont mal exécutés, favoriser l'exubérance du cal. On confiera à la turbulence naturelle de l'enfant le soin de la mobilisation de son membre.

En résumé, nous voyons que le traitement de ces fractures différera notablement selon l'âge auquel on les observera.

Pour les fractures du nouveau-né sans déplacement, on pourra utiliser des attelles de carton ou de gutta pendant dix-huit à vingt jours; s'il y a déplacement, à la méthode de Credé, souvent inutilisable, nous préférons l'extension sur la planche de Frœlich et, si elle ne suffit pas à la réduction, une attelle coudée imperméable, moulée sur le membre en flexion sur le bassin.

Chez le jeune enfant, la fracture en bois vert avec déviation sera complétée et placée sous appareil plâtré, la fracture complète sans déplacement notable placée huit jours en extension continue puis appareillée, la fracture avec déplacement plus considérable traitée au moyen d'un plâtre en deux parties, avec réduction par traction sur le plâtre sec et fixation de la réduction en complétant l'appareil plâtré.

Chez l'enfant, on peut encore utiliser le grand appareil plâtré, mais si l'enfant est docile et le déplacement pas trop considérable, on pourra utiliser l'extension continue pendant toute la durée du traitement. M. LANCE.

BIBLIOGRAPHIE

1908. LELORRAIN. *Fractures de cuisses chez le nourrisson*, Th. de Nancy. — A. H. PARKINSON. Fractures du fémur chez le nouveau-né, *The Brit. med. Journ.*, 15 août, p. 408. — John S. CLARKE. *Id.*, 29 août, p. 600. — F. W. JORDAN. *Id.*, 10 oct., p. 1136. — John F. ELLIOTT. *Id.*, 17 oct., p. 1217. — JUDET. *Traitement des fractures du fémur par les appareils plâtrés*, Th. de Paris, nov.

1909. SILVER. Modification à l'appareil de Bradford pour le traitement par la suspension des fractures du fémur chez le nouveau-né, *Ann. of surg.*, janv., t. XLIX, p. 193. — J. L. T. ISBISTER. Fractures du fémur chez le nouveau-né, *The Brit. med. Journ.*, 17 avril. — ZANCARINI. Traitement de la fracture du fémur chez le nouveau-né, *Münch. med. Woch.*, 16 nov.

1910. M. BINET. Dispositif nouveau pour le traitement des fractures diaphysaires du fémur chez l'enfant, *Gaz. des hôpit.*, 27 janv., n° 11, p. 146. — DE WHEELER. Fracture du fémur chez un enfant traitée opératoirement, *The Dublin Journ. of medical sc.*, mai, p. 381. — KIRMISSON. Des fractures du fémur au cours des ankyloses du genou chez l'enfant, *Bull. méd.*, 13 août, 24e année, n° 65. — Cecil-JOHNSON. Les fractures obstétricales du fémur, *The Brit. med. Journ.*, 17 déc., p. 1915.

1911. MACKINSTOSH. *Id.*, 4 fév., p. 252. — EHRINGHAUS. Les fractures spontanées du fémur dans la coxalgie, *Berl. klin. Woch.*, 13 mars, t. XLVIII, n° 11, p. 480. — KAISIN-LOSLEVER. Fracture intra-utérine du fémur, Soc. belge de radiologie, *Journ. de radiologie*, 15 fév., t. V, f. 1, p. 78; — *Id.*, 15 juin, f. 3. — KIRMISSON. Fracture de cuisse vicieusement consolidée, *Journ. des prat.*, 26 août, 25e année, n° 34, p. 531. — Martin ARQUELLADA. Le traitement des fractures de la diaphyse fémorale chez l'enfant, *El Siglo medico*, 9 sept., t. LVIII, n° 3013.

1912. Jean LEGRAND. *Traitement de choix des fractures de la diaphyse fémorale chez l'enfant par les grands appareils plâtrés*, Th. de Paris, mars.

IVe CONGRÈS DE PHYSIOTHÉRAPIE

DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

(Paris, 9-11 avril 1912) (1)

Le traitement des rhumatismes chroniques (2). — La séance est présidée par M. CYRIAX (Londres). Vice-Présidents : MM. ALLAIRE (Nantes), Maurice FAURE (La Malou), NOGIER (Lyon), STAPFER (Paris).

MM. Ch. et L. LAVIELLE (Dax) ont fourni, sur le traitement du rhumatisme par les cures thermales, un rapport très important, qui, si les médecins hydrologues avaient assisté au Congrès, aurait, vraisemblablement, dominé la séance. MM. Lavielle ont apporté de sérieux arguments en faveur d'une thèse (que j'ai souvent moi-même exposée et défendue), pour le triomphe de laquelle les médecins des stations thermales devraient s'unir, savoir : 1° qu'il est nécessaire de spécialiser exactement les stations ; 2° que si, pour le public, une station de cure c'est, très souvent, un Casino ; pour nous, une station, ce doit être un médecin (Landouzy).

L'étude clinique du rhumatisme chronique, présentée par Ch. et L. Lavielle, la description des pratiques hydriques usitées dans les stations pour le traitement de cette affection (bains d'eau complets et partiels, douches diverses, étuves locales et générales, bains de gaz, de boues, de conferves, etc.), et surtout la classification des stations, forment un ensemble d'une forme si dense et d'un fonds si instructif, que l'on ne peut qu'en conseiller la lecture, sans chercher à le résumer. L'ensemble de ces pratiques permet aux auteurs de distinguer une médication tonique (dans laquelle se rangent les eaux sulfureuses et les eaux chlorurées-sodiques), une médication résolutive (qui comprend les applications locales, notamment les boues), une médication sédative (qui comprend l'action des eaux calmantes et radio-actives), enfin, une médication diurétique (qui comprend les eaux de boisson). Dans ces différentes catégories, le nombre des stations concurrentes est tel, que le choix est difficile. Nous ne pouvons donc que souhaiter, avec MM. Lavielle, que chaque station « au lieu de s'efforcer d'augmenter le nombre des malades tributaires de ses ressources thérapeutiques, cherche, au contraire, une caractéristique unique; car le meilleur moyen de faire connaître d'abord, de faire prospérer ensuite, chaque station, c'est d'attribuer à chacune d'elles des indications thérapeutiques nettes, limitées et, par conséquent, très sûres ».

En dehors de la station thermale, l'Hydrothérapie simple peut être aussi employée : tel est l'objet du rapport de M. FALIBOIS (Paris). Elle se réduit essentiellement à l'eau chaude en douche, bain, et enveloppement. Les effets de la thermalité sont ici les mêmes qu'avec les eaux minérales, mais celles-ci ont, en outre, l'action particulière aux eaux minérales naturelles.

(1) Suite. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 44, p. 645.

(2) Nous ne dirons rien des variétés du rhumatisme, ni de leur pathogénie, car il ne s'agit ici que de thérapeutique symptomatique, ainsi que d'hygiène générale (c'est-à-dire s'adressant au malade), et non point de thérapeutique spécifique (c'est-à-dire s'adressant à la maladie).

A côté de l'Hydrologie, voici la Thermothérapie des rhumatismes par M. MIRAMONT DE LA ROQUETTE (Alger). Les bons effets de la chaleur dans le traitement des accidents rhumatismaux sont connus de tous. Il n'est pas davantage contesté que la chaleur est nécessaire au rhumatisant, même en dehors de son action sur la localisation rhumatismale. En outre de l'action thermale et climatique, la chaleur thérapeutique, c'est l'air chauffé, le bain de lumière, la diathermie (l'auteur a oublié le soleil). Ces applications sont des armes puissantes, mais à deux tranchants et, parfois, exagèrent l'accident qu'elles devaient calmer. On doit donc être circonspect dans leur emploi et ne le confier qu'à des mains expertes.

Le mouvement, sous la forme de Massage et Mobilisation manuels (Rapport de M. ROSENBLITH, Paris), ou de Mécanothérapie (Rapport de M. SANDOZ, Paris) est, après la chaleur, le traitement le plus connu et le plus employé des manifestations locales du rhumatisme. On s'explique mal les discussions élevées au sujet de ces deux modes de Cinésithérapie. Il ne peut être contesté que, toutes les fois qu'ils sont appliqués, l'action du Massage et de la Mobilisation manuels doit être préférée à celle de la machine (Mécanothérapie). Quelle machine, en effet, vaudra une main experte et intelligente (1) ? Mais, dans la pratique, il n'est évidemment pas possible d'avoir assez de mains et de temps pour soigner tous les malades. C'est pourquoi, dans les pays où l'on emploie beaucoup la Cinésithérapie, on a inventé des machines pour remplacer l'opérateur et ses aides ; c'est pourquoi également, en France où, jusqu'ici, l'on emploie peu la Cinésithérapie, les machines n'ont que peu de succès, à moins qu'elles ne soient maniées par un opérateur qui les fait bénéficier de sa valeur et de sa notoriété personnelles.

L'objet de la thérapeutique motrice du rhumatisme est essentiellement de conserver ou de rétablir le mouvement dans l'articulation malade. La Cinésithérapie n'est donc qu'une thérapeutique symptomatique des rhumatismes, mais dont l'importance est très grande, puisqu'il peut dépendre d'elle que le malade soit ou non impotent jusqu'à la fin de ses jours. Cette thérapeutique *accessoire* (suivant le mot de Lavielle) doit s'annexer aux cures visant à la fois la médication locale et générale du rhumatisant.

Il en est de même de l'Electricité. Le Radio-diagnostic (Rapport de M. DESTERNE, Paris), en révélant l'état exact des extrémités osseuses et des articulations, guide la thérapeutique. La Radiothérapie calme les douleurs et le gonflement. L'Electrothérapie sert surtout à combattre avec succès l'atrophie musculaire. Toutefois, par son action sur la nutrition (Haute fréquence, Gymnastique musculaire électrique) l'Electricité vise aussi parfois à la cure de la diathèse. Il en est de même du Radium, qui calme les douleurs et fait disparaître l'acide urique dans le sang.

Mais le grand moyen de modifier la diathèse, c'est évidemment le Régime (Rapport de M. LAUMONIER, Paris). Celui-ci devra combattre les troubles digestifs (l'Electricité, le Massage, l'y aideront), améliorer le système nerveux (l'Hydrothérapie ordinaire ou thermo-minérale y collaborera), modifier les échanges anormaux qui se produisent dans les points de fixation du rhumatisme (la Chaleur, les Rayons X, la Cinésithérapie, concourront au même résultat).

Ainsi, des rivalités entre les Physiothérapeutes (s'il s'en produisait) au sujet du traitement des rhumatismes, seraient particulièrement injustifiables, car tous les moyens, toutes les ressources de la Physiothérapie ne sont pas trop pour combattre cet ennemi polymorphe. Essayons de faire la synthèse de leur action :

La Cure thermale, dans une station bien spécialisée, avec un médecin très compétent, reste, comme par le passé, l'arme la plus puissante, parce qu'elle fournit, à la fois, la modification de l'état général et l'action thérapeutique locale. Ces actions ne doivent pas être demandées seulement à l'influence spécifique des Eaux thermo-minérales, mais aussi à l'utilisation, modifiée suivant les indications cliniques, des ressources de l'Hydrothérapie. Cette cure hydrique ne doit pas faire négliger le Régime, et les médecins des Stations thermales qui prétendent pouvoir s'en passer (de peur d'amoindrir la croyance en la vertu de leur eau) font œuvre maladroite. Dans la station thermale, comme ailleurs, le rhumatisant suivra son régime, et les résultats thérapeutiques en seront augmentés. — Le Congrès a été muet sur un troisième élément physique, non moins puissant que l'Hydrothérapie et la Diététique, c'est le Climat. Le rhumatisant vivra, autant que possible, dans un pays ensoleillé, dans un climat sec. Il fuira le froid l'hiver, l'humidité l'été, les changements de température au printemps et à l'automne. — Enfin, en outre de ces trois moyens généraux de cure, à titre d'action locale-annexe dont la puissance n'est pas discutée, on luttera contre l'ankylose avec le massage et la mobilisation, manuels autant que possible, mécaniques lorsque ce sera plus commode. On luttera contre la douleur par l'effleurage, les rayons X, etc. ; contre l'atrophie, par la faradisation et la galvanisation. Toutes les applications locales de la chaleur pourront être tentées contre les accidents douloureux ou trophiques. Enfin, au besoin, le massage général, l'exercice méthodique, la gymnastique volontaire ou électrique, la d'Arsonvalisation, le radium, etc., aideront à la modification des échanges nutritifs. — Il est évident qu'il ne peut s'agir d'employer tous ces moyens thérapeutiques à la fois ! Les trois premiers sont fondamentaux et d'un intérêt permanent. Il faut se rapprocher le plus possible de leur réalisation complète. Tous les autres sont accessoires et dépendront du malade, du médecin, et de toutes sortes de conditions extérieures. La non-spécialisation thérapeutique des stations, qui doivent s'annexer tous les moyens de cure utiles à leur spécialité nosologique, facilitera et vulgarisera l'utilisation de ces procédés thérapeutiques. Ainsi seront coordonnées peu à peu toutes les ressources de la Physiothérapie, en vue d'atteindre rapidement et sûrement leur but unique : la guérison du malade.

(1) Il va sans dire que ce qualificatif ne s'applique pas aux masseurs, infirmiers, rebouteurs, et autres « suédois ». Les machines sont infiniment préférables à des opérateurs de ce genre.

* * *

Le traitement de l'obésité. — La séance est présidée par M. LIBOTTE (de Bruxelles); vice-présidents : MM. DANJOU (de Nice), HECKEL, G. ROSENTHAL et ZIMMERN (de Paris).

Ici, les Rapports importants sont ceux de MM. Marcel LABBÉ et Georges VITRY sur la Diététique de l'obèse, et de M. HECKEL, sur son Hygiène; l'un et l'autre, d'ailleurs, d'un intérêt remarquable. — Contrairement à ce que nous avons observé pour le traitement des rhumatismes, les cures thermales n'occupent qu'une petite place dans la thérapeutique de l'obésité, si petite que l'on a oublié de réserver un rapport ou une communication à l'étude de cette question. Il en est, d'ailleurs, de même, pour ce qui concerne la Climatothérapie et l'Hydrothérapie, qui n'ont été l'objet d'aucune étude particulière. Il y avait, pourtant, dans cet ensemble, la matière d'un rapport intéressant.

La Cinésithérapie de l'obésité aurait pu fournir à M. DANJOU l'occasion d'un rapport d'un grand intérêt pratique. L'auteur a préféré nous présenter des considérations générales sur l'obésité, le travail musculaire, le massage, la gymnastique suédoise et les stations thermales. — En l'absence d'une véritable étude Cinésithérapique, M. SPEDER, chargé d'un rapport sur l'Electrothérapie, a exposé la technique et les résultats de la méthode de gymnastique électrique de Bergonié qui, théoriquement du moins, a des titres sérieux à remplacer le mouvement volontaire dans le traitement des obèses. — M. AMBLARD (de Vittel) a présenté sur la Thermothérapie de l'obésité un rapport d'autant plus intéressant, que ses conclusions sont assez réservées et presque négatives.

L'obèse est un déséquilibré dont le budget nutritif se solde par un excès de recettes. Schématiquement donc, la thérapeutique doit réaliser une diminution des recettes et une augmentation des dépenses. Le premier résultat (diminution des recettes) est l'objet de la diététique. Celle-ci doit se préoccuper de réduire quantitativement l'alimentation, généralement trop forte, et de prescrire surtout des aliments qui, sous un grand volume, aient de faibles qualités nutritives. Elle doit s'abstenir avec soin des exagérations et des régimes systématiques qui peuvent, soit compromettre la santé du malade, soit rendre sa vie difficile et son traitement désagréable. C'est souvent par tâtonnements que l'on arrivera à déterminer la

quantité, et surtout le choix des aliments qui conviennent à chacun, car ce ne sont pas les mêmes pour tous.

L'augmentation des dépenses est le fait des autres moyens de cure et, avant tout, du travail musculaire, dont on connaît scientifiquement et pratiquement les résultats, lesquels se résument précisément dans la même formule que la cure de l'obésité : 1° diminution des graisses; 2° augmentation de volume des muscles; 3° augmentation des échanges respiratoires, des combustions organiques, du bien-être intellectuel et physique, etc. Ce travail musculaire peut être réalisé de trois manières : *a.* exercice méthodique volontaire; *b.* exercice méthodique sans le concours de la volonté, c'est-à-dire du système nerveux; *c.* exercice libre (gymnastique, sports). Tel était le sujet d'étude qui aurait dû tenter le rapporteur chargé de la Cinésithérapie.

Contre l'exercice libre, on peut évidemment invoquer l'impotence motrice des obèses; — aussi peut-on admettre, sans débat, que la gymnastique et les sports ne peuvent leur convenir qu'après une longue période de traitement préparatoire, et alors qu'ils sont déjà presque revenus à l'état normal. Le même argument peut être invoqué, quoique avec moins de raison, contre l'exercice méthodique volontaire. Aussi cet exercice doit-il être pris sous la surveillance d'un médecin compétent, et comme une véritable thérapeutique, ainsi que l'exprime d'ailleurs l'heureuse expression de M. Heckel, qui désigne cet exercice sous le nom de *Myothérapie*. Par contre, l'emploi de la machine de Bergonié qui permet, au moyen de courants électriques convenablement répartis, de faire contracter alternativement, avec force et pendant des heures, tous les muscles de l'économie, sans le concours de la volonté du malade, réalise évidemment la forme idéale de travail musculaire sans effort. En d'autres termes, la gymnastique musculaire électrique permet d'obtenir le résultat chimique et mécanique du travail musculaire (qui est précisément ce que l'on recherche dans le traitement de l'obésité), sans avoir besoin du travail nerveux (qui, en pareil cas, serait inutile et pourrait être dangereux). C'est la première fois que de pareilles conditions thérapeutiques sont réalisées, et cela vaut la peine de s'y arrêter.

Mais pourquoi M. Laquerrière, lorsqu'il parle de la méthode de Bergonié, et M. Heckel, lorsqu il parle de la Myothérapie, emploient-ils le nom de Reéducation? La Reéducation motrice, c'est la restauration d'un système neuro-moteur; cette restauration se fait par l'effort mental du sujet (c'est-à-dire par le concours de son attention, de sa volonté, de son intelligence, de sa mémoire) et par l'emploi de techniques précises, d'une démonstration compliquée, d'un enseignement long et difficultueux. Ces techniques ne produisent qu'un travail musculaire insignifiant. De telle sorte que la Gymnatique musculaire électrique représente exactement le contraire de la Reéducation. Et c'est précisément pour cela qu'elle constitue une méthode nouvelle. Dans la Myothérapie, il peut y avoir évidemment une part d'effort nerveux, mais ce n'est pas cet effort qui est le but cherché. Il n'existe qu'au même titre que dans tout entraînement, et en vue d'obtenir, par la répétition de l'acte, la possibilité d'augmenter le travail musculaire. Bien qu'ici la différence soit moins saisissante que dans le cas précédent, elle est encore profonde. Ces distinctions ont un haut intérêt, car la Gymnastique électrique et la Myothérapie s'adressent à une certaine catégorie de malades, et la Reéducation motrice s'adresse à une autre, et il n'y a rien de commun entre ces deux catégories. Créer dans l'esprit de ces malades et dans celui des praticiens, une confusion au sujet de procédés aussi différents, c'est préparer des échecs thérapeutiques certains, dont la bonne réputation des méthodes et de leurs auteurs souffriront. Une science bien faite est une langue bien faite, et des Physiothérapeutes comme MM. Heckel et Laquerrière n'ont pas le droit de se tromper de terminologie.

La croyance populaire dans les heureux résultats de la sudation et, par conséquent, de la chaleur, dans le traitement de l'obésité, semble basée sur la déperdition immédiate de poids résultant de la sudation. Mais cette constatation justifie-t-elle l'utilisation des bains d'eaux chaudes, des étuves, de l'air et du sable chauds dans le traitement de l'obésité ? Dans une certaine mesure, sans doute; mais le sujet n'est point aussi simple, et il y a lieu de rappeler que l'obésité est une maladie, qui s'accompagne de troubles parfois graves des fonctions viscérales, dont il y a lieu de tenir le plus grand compte lors de l'application de moyens thérapeutiques violents.

La maladie-obésité n'a d'ailleurs pas comme causes uniques l'excès d'alimentation ou l'insuffisance d'exercice musculaire. Elle peut être d'origine toxique ou infectieuse, tout comme les autres maladies de la nutrition. Par conséquent, avant d'entreprendre le traitement d'un obèse, il faudra établir un diagnostic pathogénique sérieux, afin de régler son régime et son traitement, non seulement sur les considérations générales que nous venons d'exposer, mais aussi sur les considérations particulières à son cas, lesquelles peuvent fournir des indications thérapeutiques tout à fait opposées à celles de l'obésité.

M. Deschamps (de Rennes) a rappelé que l'obésité et la maigreur sont, d'après lui, imposées par la nécessité où se trouvent l'homme et les animaux supérieurs de s'assurer un niveau thermométrique constant, d'où leurs rapports avec la thermogénèse, et l'intérêt qu'il y a à s'adresser au rayonnement cutané pour modifier cette thermogénèse et, du même coup, l'obésité et la maigreur.

La restauration des fonctions respiratoires et digestives par des massages et des mouvements appropriés, la surveillance de la tension artérielle, sont aussi des parts importantes du traitement des obèses. A ce propos, M. d'Arsonval et M. Heckel ont apporté deux arguments en faveur d'une thèse que j'ai aussi plusieurs fois exposée et défendue, savoir : 1° Que les exercices de gymnastique respiratoire n'ont d'utilité réelle au point de vue nutritif que lorsqu'ils sont faits au moment où l'organisme a besoin d une consommation supplémentaire d'oxygène; 2° Qu'ils doivent être faits en air pur, car tout air vicié, même ayant une teneur quasi-normale en oyygène et en acide carbonique, renferme des poisons dangereux. — Il faut donc faire la Gymnastique respiratoire en marche, en plein air, à la suite de courses, de sports, dans une ascension de montagne, etc. La pratique en chambre close, sans exercice préalable ou concomitant, ne peut être qu'un apprentissa e (c'est ce qu'a indiqué Rosenthal), sans quoi elle équivaudrait à une suralimentation faite sans besoin, et avec des aliments avariés.

(*A suivre.*) Maurice Faure.

PRATIQUE MÉDICALE

DISCUSSION A PROPOS DES FERMENTS LACTIQUES

Par M. Rocal.

Dans une récente communication à l'Académie de médecine (1), M. Maurice de Fleury a montré que les conséquences morbides de la grande chaleur (cholérine, entérites graves, appendicite, paratyphoïde) viennent d'une exaltation de toxicité des aliments absorbés et aussi d'une hypofonction des glandes digestives, moyen naturel de défense contre les toxines alimentaires. Pour remédier à ces phénomènes, l'auteur conseille l'antisepsie intestinale par les ferments lactiques et une hygiène sévère.

Dans un tout récent travail, un autre auteur, M. Effront (de Bruxelles) (2), tout en admettant l'action antiputride des laits fermentés et des comprimés de ferments lactiques, croit devoir l'attribuer à ce fait que ces agents thérapeutiques possèdent un pouvoir protéolytique développé, grâce auquel ils peptonisent et transforment profondément les débris alimentaires azotés faisant ainsi disparaître les éléments mêmes de la putréfaction intestinale. Pour ce physiologiste, les ferments lactiques en poudre et en comprimés ne contiennent pas de bacilles lactiques, mais des spores de pseudolactiques à pouvoir protéolytique élevé.

Il ne semble pas, tout d'abord, que cette dernière proposition soit constamment exacte, car les comprimés de Bulgarine, par exemple, renferment un grand nombre de bactéries coagulant le lait au bout de cinq à six heures et ayant tous les

(1) M. de Fleury. *Bull. de l'Acad. de méd.*, n° 36, séance du 7 nov. 1911.
(2) Effront. *Bull. gén. de thérap.*, 15 déc. 1911.

caractères des ferments lactiques. Le fait est démontré par l'analyse (1).

Cette préparation, il est vrai, est une culture pure de ferments lactiques bulgares sur milieu végétal, ce qui le distingue des diverses préparations lactiques du commerce.

Au point de vue physiologique, la théorie précédente est encore discutable, car enfin on n'envisage p us, à l'heure actuelle, le fonctionnement intestinal et même digestif tout entier, sans faire appel à l'influence de la sécrétine. Nous savons, depuis les recherches de Pawlow, que la sécrétine fabriquée par le duodénum est un excitant général des fonctions hépatique, biliaire, pancréatique, intestinale et même gastrique. Toutes les fois que cette substance fait défaut, on constate une perturbation digestive avec putridité intestinale excessive et diarrhée ou constipation. Toutes les fois aussi que la production de sécrétine est ramenée à la normale, ces troubles digestifs putrides disparaissent.

Or, il suffit de faire arriver sur la muqueuse intestinale un acide pour ramener à la normale la production de sécrétine, et c'est ainsi que les comprimés de Bulgarine, produisant par leurs bacilles bulgares de l'acide lactique naissant dans l'intestin, excitent la fonction sécrétinogène et font disparaître se on lair ment putridité, fermentation, toxicité, diarrhée, entérite.

Ainsi, sans discuter le pouvoir protéolytique des agents lactiques sur les débris azotés de la digestion, il ne paraît pas possible de négliger, dans l'étude de leurs effets antiputrides, leur action stimulante sur la sécrétine, et il faut dire aussi l'effet directement antitoxique de l'acide lactique naissant. La guérison des troubles morbides causés par la grande chaleur et dus en grande partie, d'après M. de Fleury, à une hypo fonction digestive, s'explique donc aisément par le retour à la normale de cette fonction générale, grâce aux ferments lactiques bulgares.

(1) GIRARD. Analyse du laboratoire municipal de chimie de Paris.

LIVRES NOUVEAUX

Les Médicaments usuels (1), par le docteur Alfred MARTINET, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Cet ouvrage, qui fut sous sa forme première le point de départ de la série, aujourd'hui classique, dite « Bibliothèque de thérapeutique clinique », en est à sa quatrième édition. Lors des deux premières, l'auteur avait suivi pour l'étude des médicaments une classification purement alphabétique; pour la troisième il adopta la classification pharmacodynamique basée sur le groupement des agents médicamenteux d'après leur action thérapeutique dominante. C'est cette classification que M. Alfred Martinet a conservée dans la présente édition, non pas qu'il la croie parfaite, mais parce que sachant que rien n'est parfait en ce monde il la considère comme la plus commode et la plus clinique.

Toujours au courant des derniers travaux scientifiques et après leur avoir imposé le critérium de sa propre expérience, l'auteur a remanié tous les chapitres anciens afin de les mettre au point. Il en est ainsi particulièrement pour l'hectine et l'arsenobenzol qui ont été incorporés au chapitre relatif à l'arsenic. D'autre part le bicarbonate de soude et les alcalins, l'adrénaline, la colchique, le sérum antiméningococcique, l'opothérapie qui ne figuraient pas dans les précédentes éditions sont étudiées dans celle-ci. Ce n'est évidemment pas être grand prophète que de lui prédire un succès égal à celui de ses aînées.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Un vol. in-8. Quatrième édition revue et très augmentée de la *Bibliothèque de thérapeutique clinique*, de XVI-609 p. — Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Luxation congénitale de la hanche, études d'anatomie comparée, d'anthropogénie normale et pathologique. Déductions thérapeutiques, par le docteur J. LE DAMANY, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes. 1 vol. gr. in-8, avec 486 figures dans le texte. — Prix : 15 francs. — Paris, F. Alcan.

Technique chirurgicale infantile. *Indications opératoires, opérations courantes*, par le docteur L. OMBRÉDANNE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Bretonneau. 1 vol. in-8 de 342 pages, avec 210 figures dans le texte. — Prix : 7 francs. — Paris, Masson et Cie.

Formulaire des nouveaux remèdes, par le docteur G. BARDET, secrétaire général de la Société de thérapeutique. 21e édition, 1912. 1 vol. in-18 jésus, cartonné toile, de 380 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Formulaire des médications nouvelles pour 1912, par le docteur H. GILLET, ancien interne des hôpitaux de Paris. 7e édition. 1 vol. in-18 de 300 pages avec figures. — Prix, cartonné : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE L'ASYSTOLIE

DÉFINITION. — L'asystolie est un syndrome clinique dont les traits les plus caractéristiques sont l'affaiblissement et l'insuffisance cardiaques, les troubles profonds des circulations générale et locale, avec stase veineuse, dépression de la tension artérielle et production d'œdèmes plus ou moins considérables et diffus : ce syndrome est réalisé toutes les fois que l'altération myocardique, ou un obstacle à la circulation périphérique, placent le muscle cardiaque en état d'infériorité, relativement à la somme de travail qu'il lui faut fournir.

L'allure clinique de l'asystolie est loin d'être toujours identique à elle-même chez tous les malades; tantôt en effet l'asystolie apparaît *brusquement*, tantôt au contraire, et c'est le cas le plus fréquent, elle s'installe d'une manière *lente et progressive*; tantôt elle est *généralisée*, tantôt elle est *localisée*; enfin suivant la *cause* qui la détermine, le *terrain* sur lequel elle évolue, son allure clinique se modifie encore; ce sont ces diverses modalités cliniques que nous allons successivement décrire, en indiquant pour chacune d'elles, la valeur pronostique, les diagnostics à discuter et le traitement à instituer.

I. Asystolie aiguë. — Désignée sous le nom de cœur forcé, ou de dilatation aiguë du cœur, l'asystolie aiguë débute avec soudaineté et peut être immédiatement menaçante en raison de l'intensité de la congestion pulmonaire qui l'accompagne; elle s'observe à la suite d'une fatigue excessive, d'un effort très violent, quelquefois au contraire à l'occasion d'une fatigue insignifiante, chez un cardiaque dont la lésion avait été jusque-là bien compensée, ou chez un obèse. Cette défaillance subite du myocarde, avec dilatation aiguë du cœur, s'observe aussi, d'après Merklen, au cours du rhumatisme articulaire aigu, de la pneumonie, de la fièvre typhoïde, des néphrites aiguës; enfin, c'est à elle qu'il faut rapporter certaines complications très graves, observées au cours de ces affections, telles que les congestions pulmonaires suraiguës, l'œdème pulmonaire aigu; les crises tachycardiques du goitre exophtalmique peuvent aussi aboutir à l'asystolie aiguë. Au cours de la colique hépatique, de la colique néphrétique, de certaines crises gastriques, on peut la voir survenir également par suite de l'élévation brusque de la tension artérielle dans le domaine de l'artère pulmonaire (réflexe de François Franck); il en serait de même pour l'émotion (Merklen). Enfin, au cours de la grossesse, chez des femmes atteintes de cardiopathie mal compensée, spécialement de rétrécissement mitral, l'asystolie aiguë peut également s'observer. Nous insisterons plus loin sur cette variété.

Les symptômes se caractérisent par leur brusquerie d'apparition; ils consistent surtout en douleur précordiale vive à forme angineuse, en dyspnée violente, avec cyanose et congestion pulmonaire surtout marquée aux bases pulmonaires, en vomissements et expectoration mousseuse, abondante, quelquefois striée de sang. A l'examen du cœur on constate une dilatation aiguë du cœur; la matité cardiaque est très augmentée, les bruits sont sourds; on note aussi une diminution très appréciable de la tension artérielle; des œdèmes peuvent même apparaître. La durée de cette crise est, en général, courte; sous l'influence du traitement approprié, les symptômes s'amendent assez rapidement. Dans d'autres cas, au contraire, surtout lorsqu'il s'agit d'une myocardite aiguë (rhumatisme, fièvre typhoïde), l'on peut voir survenir des lipothymies, des syncopes et la mort en quelques heures. La mort peut quelquefois même être subite (collapsus cardiaque de Wunderlich dans la fièvre typhoïde).

Le *diagnostic* de l'asystolie aiguë est, en général, facile. Il faudra reconnaître l'origine cardiaque de l'œdème pulmonaire aigu, de la crise d'angine de poitrine. Il suffira de penser à l'embolie pulmonaire, au début d'un pneumothorax, à une crise d'asthme essentiel, pour éliminer facilement ces divers diagnostics, par la constatation des signes cardiaques énumérés. Le *pronostic* est toujours sérieux. Le *traitement* consiste en ventouses scarifiées sur la région précordiale, en vessie de glace sur le cœur, en digitaline, ou mieux, s'il y a tendance aux lipothymies, en injections sous-cutanées d'huile camphrée, d'éther, de spartéine. S'il s'agit de rhumatisme, Merklen conseille de remplacer le salicylate de soude par la quinine.

II. **Asystolie lente, progressive, généralisée.** — *a.* PÉRIODE DE DÉBUT. — Nous prendrons comme type de description un malade atteint d'insuffisance mitrale, parvenu à la période où la lésion n'est plus compensée. Les troubles qui caractérisent cette période prémonitoire de l'asystolie constituent la phase d'*hyposystolie*: à l'occasion d'une fatigue, d'un effort même léger, le malade est pris de dyspnée, de gêne précordiale; le pouls s'accélère, le cœur se dilate, le foie devient sensible, les urines diminuent de quantité, un peu d'œdème apparaît au niveau des malléoles. Pour que tous ces troubles disparaissent il suffit que le malade se repose quelques jours, se soumette au régime lacté. Néanmoins, au bout de quelque temps, à l'occasion d'un nouvel effort, ces symptômes vont réapparaître, ils seront un peu plus accusés cette fois, ils disparaîtront moins facilement et enfin à plus ou moins longue échéance, suivant l'hygiène plus ou moins sévère suivie par le malade, la crise d'asystolie finit par éclater.

b. PÉRIODE D'ÉTAT. — Le tableau clinique est alors bien caractéristique : le malade a la figure congestionnée, œdématiée, les lèvres violettes et épaisses, les yeux injectés. Il est assis, les jambes pendantes hors du lit, le dos soutenu par des oreillers, les mains prenant appui sur les cuisses; il est extrêmement dyspnéique. Sa parole est brève, entrecoupée; des quintes de toux, pendant lesquelles la cyanose s'accuse encore, le secouent sans cesse; il expectore des crachats muqueux, spumeux, quelquefois striés de sang. Si on le découvre, on constate que ses jambes sont œdématiées; le doigt s'enfonce facilement dans cet œdème rouge, violacé; les bourses sont œdématiées; le ventre est gros, tendu; la paroi abdominale est infiltrée d'œdème. Les veines du cou sont saillantes, gonflées, flexueuses, ondulantes.

Sans pousser beaucoup plus loin l'examen d'un tel malade, on peut, à la seule constatation de ce tableau clinique, affirmer qu'il s'agit d'une crise d'asystolie. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Avignon. — Le lundi 11 novembre 1912, il sera ouvert un concours pour la nomination d'un médecin oculiste chargé du service ophtalmologique à l'hôpital Sainte-Marthe d'Avignon.

Les candidats devront se faire inscrire un mois avant l'ouverture du concours.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Toulouse. — M. le docteur Soulié, professeur adjoint est nommé professeur d'anatomie en remplacement du regretté professeur Charpy.

— *Conférence de déontologie.* — Avec l'approbation de M. le doyen de la Faculté de médecine de Toulouse l' « Union des syndicats médicaux du Sud-Ouest » a organisé, pour les étudiants en médecine, une série de conférences hebdomadaires sur divers points de la déontologie médicale, et elle invite spécialement les membres du corps médical à y assister.

La première conférence a été faite par M. Bézy, président du syndicat des médecins de Toulouse, sous la présidence de M. Jeannel, doyen de la Faculté de médecine.

ASSOCIATION AMICALE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE. — L'Association dont nous annoncions l'an dernier la fondation, et qui se réunissait sous la présidence d'honneur de MM. les professeurs F. Guyon et A. Pinard, de MM. les docteurs Bucquoy, Charles Monod et Moutard-Martin, vient de tenir sa deuxième assemblée annuelle sous la présidence de M. le professeur Chauffard.

Le secrétaire général, M. Pissavy, a indiqué quelle était la situation matérielle de l'Association, qui compte actuellement 220 adhérents (157 adhérents à Paris, 63 adhérents en province).

Au cours de cette réunion, il a été décidé que des groupements régionaux seraient constitués, destinés à assurer l'extension de cette nouvelle association et la diffusion des idées qu'elle défend.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Une place d'auditeur au conseil supérieur d'hygiène publique de France est déclarée vacante.

Le ministre nomme les auditeurs sur une liste double de présentation dressée par le conseil supérieur. Le règlement intérieur de cette assemblée prescrit que les places d'auditeur sont réparties entre diverses catégories de savants, savoir : 1° les médecins; 2° les bactériologistes ; 3° les chimistes, physiciens et pharmaciens; 4° les fonctionnaires sanitaires ; 5° les hydrologues et géologues ; 6° les ingénieurs et architectes.

La vacance actuelle s'est produite, par l'expiration du mandat de M. Mahieu, qui n'en sollicite pas le renouvellement, parmi les places d'auditeur réservées aux ingénieurs et architectes, c'est donc parmi les ingénieurs et architectes que les candidats à présenter au ministre seront choisis par le conseil supérieur.

Les candidats sont invités à produire leur demande accompagnée de leurs titres dans un délai de quinze jours expirant le 3 mai 1912, au ministère de l'intérieur (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques) (4e bureau).

COURS D'INSTRUCTION DU SERVICE DE SANTÉ EN 1912. — Le cours annuel d'instruction sur le service de santé en campagne, qui fonctionne également comme école d'instruction, aura lieu, pour les médecins, pharmaciens et officiers d'administration du service de santé de réserve et de territoriale, pendant le mois de juin.

Il comprendra deux séries :

Première série : Pour les officiers du service de santé de réserve (médecins et officiers d'administration), du 3 au 22 juin.

Deuxième série : Pour les officiers du service de santé de l'armée territoriale (médecins, pharmaciens et officiers d'administration) et pharmaciens de réserve, du 13 au 22 juin.

Dans chaque série il sera fait :

a. Des conférences communes à tous les officiers;

b. Des conférences spéciales suivant l'affectation de l'officier à la mobilisation.

Ces conférences seront faites à l'école d'application du Val-de-Grâce.

Elles seront accompagnées ou suivies de démonstrations et exercices d'application qui auront lieu, suivant les cas, aux Docks du service de santé à Vanves ou au quai de la Rapée (dépôt de la 22e section d'infirmiers militaires) et se termine-

ront par des manœuvres de garnison où entreront en fonction les différents éléments du service de santé.

En dehors des officiers du corps de santé normalement convoqués pour suivre le cours d'instruction pourront également y prendre part, à titre bénévole, ceux qui en feront la demande, un mois avant l'ouverture, au directeur du service de santé de la région du corps d'armée à laquelle ils sont affectés.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la quinzième semaine, 1034 décès au lieu de 1027 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1060 moyenne ordinaire de la saison.

La rougeole, encore très répandue dans les quartiers pauvres, continue cependant à diminuer de fréquence. On remarque la rareté des maladies de l'appareil respiratoire.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès, la scarlatine 5, la coqueluche 7, la diphtérie 9, la diarrhée infantile 21, les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration 163.

La phtisie pulmonaire a causé 239 décès (moyenne 231).

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de M. le docteur Adolphe-Henri Paris, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, médecin honoraire de l'hôpital civil et du lycée de Versailles, décédé à l'âge de soixante-dix-neuf ans. Nous adressons à son fils, notre collègue et ami le docteur Albert Paris, l'expression de nos bien vives condoléances.

MUSÉUM NATIONAL D'HISTOIRE NATURELLE. — COURS D'ANATOMIE COMPARÉE. — M. Edmond Perrier, professeur, membre de l'Institut, commencera ce cours le mardi 23 avril 1912, à deux heures, dans l'amphithéâtre des nouvelles galeries, rue de Buffon, n° 2, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Le professeur exposera l'évolution graduelle de l'organisation des vertébrés terrestres et recherchera les causes qui ont déterminé et régi cette évolution.

Le laboratoire maritime du muséum, à Saint-Vaast-la-Hougue, est ouvert pendant toute l'année ; s'inscrire d'avance, l'après-midi, au laboratoire d'anatomie comparée, rue de Buffon, n° 55, auprès de M. R. Anthony, directeur adjoint du laboratoire maritime.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 5, 4 fév. 1912.) R. DUPÉRIÉ : La culture pure du « spirochæte pallida » et les travaux du docteur Hydeyo Noguchu. — (N° 6, 11 fév.) SABRAZÈS et MURATET : Métamorphose colloïde massive du collagène, associée à des dégénérescences partielles hyaline, muqueuse, etc., dans un cas de fibrome ancien du pli de l'aine. — J.-L. DE BOUCAUD : Contribution à l'étude de l'asthme réflexe. — N° 7, 18 fév.) SABRAZÈS : Procédé nouveau, simple et sûr, de mise en évidence par coloration, du spirochète de la syphilis dans les frottis. — NANCEL-PÉNARD : La radiothérapie des verrues plantaires. — (N° 8, 25 fév.) SABRAZÈS : Chromophile comparée des spirochètes (2e note). — E. MICHELEAU : Importance clinique du dosage des chlorures urinaires.

Gazette médicale de Nantes. — (N° 7, 17 fév. 1912.) RAPPIN : Sérothépapie et vaccination antituberculeuse. — N° 8, 24 fév.) LEVESQUE : Trois observations de plaies de l'oreille par coups de feu. — JOUON : Luxation ancienne du coude.

Paris médical. — (N° 10, 3 fév. 1912.) P. LEREBOULLET : Les maladies des voies respiratoires et la tuberculose en 1912. — Anselme SCHWARTZ et P. MATHIEU : La chirurgie du poumon en 1912. — D'ESPINE : La pneumonie lobaire de la première enfance. — H. DUFOUR : Pleurésies imponctionnables, sans rentrée d'air dans la plèvre. Pleurésies bloquées. — ACHARD : L'insufflation d'air dans le traitement des pleurésies. — Paul COURMONT : Pratique de la méthode de Forlanini pour le traitement de la tuberculose pulmonaire. — E. SERGENT : L'adrénaline dans le traitement de la tuberculose. — CALVÉ : Le climat marin dans le traitement des tuberculoses chirurgicales. — JUILLERAT : Les maisons de Paris et la santé publique. — (N° 11, 10 fév.) P. SEBILEAU : Indications de la trépanation mastoïdienne. — DELHERM et Cl. VINCENT : Le vertige voltaïque, étude séméiologique. — DOPTER : Analyse bactériologique des crachats non tuberculeux. — (N° 12, 17 fév.) BALTHAZARD : La question de l'état antérieur dans les accidents du travail. — ODDO : Alcoolisme et accidents du travail. — ROUCAYROL : Les accidents de l'air comprimé. — DUVERGEY : Le signe du sou appliqué au diagnostic des tumeurs des bourses. — CASSE et CHARPIN : Etranglement interne dans la fossette iléo-appendiculaire. — GOUGEROT : Séborrhée juvénile de la face. — (N° 13, 24 fév.) GRÉGOIRE : Le traitement des abcès du sein. — SURMONT, DUBUS et TIBERGHIEN : Dosage des graisses fécales. Etude comparative de quelques procédés. — F. CATHELIN : Des erreurs d'interprétation des images cystoscopiques. — SCHREIBER : Nomenclature des troubles nutritifs du nourrisson. — DESMAREST : Cure radicale de la hernie crurale par la voie inguinale.

Pédiatrie pratique. — (5 fév. 1912.) KIRMISSON : Hernies inguinales chez l'enfant. — NOBÉCOURT et SEVESTRE : Méningite cérébro-spinale à début anormal et à évolution prolongée chez un nourrisson. — D'OELSNITZ : Les hypertrophies thymiques latentes et les petits signes de l'hypertrophie du thymus. — SABLÉ et DANEL : Hérédo-syphilis, anémie hémolytique acquise à tendance ictérique. — ABRAND : Une méthode trop peu connue et pourtant indispensable en laryngologie chez l'enfant. — (15 fév.) KIRMISSON : L'inversion dans la coxalgie. — A. LABBÉ : La pathogénie de la maladie de Riga-Fede (subglossite diphtéroïde de Comby). — H. ABOULKER : Méningite consécutive à un évidement pétro-mastoïdien. — (25 fév.) TERRIEN : L'iritis. — BARBIER et GOUGELET : Episodes tuberculeux méningés curables chez les enfants.

Revue de médecine. — (N° 2, 10 fév. 1912.) R. LÉPINE : L'élément rénal de la glycosurie et sa complexité, le diabète rénal. — BERNHEIM : De l'élément dynamique dans l'aphasie motrice. — Jean MINET et J. LECLERCQ : Les zones atypiques. — W. JANOWSKI : Sur les différentes formes d'arythmie au point de vue actuel.

Revue de psychothérapie et de psychologie appliquée. — (N° 8, 1er fév. 1912.) IRIBARNE : Névropathies réflexes d'origine nasale. — GUELPA : La désintoxication cérébrale par le jeûne et la purgation. — SAINTYVES : La simulation des guérisons et la simulation à Lourdes.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 29 AVRIL AU 4 MAI 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 29 avril, à une heure. — 3e (oral, 1re et 2e parties). 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 30 avril, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).
5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 1er mai, à une heure. — 2e (1re et 2e séries).
3e (oral, 2e partie, 1re, 2e et 3e séries).
5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Jeudi 2 mai, à une heure. — 2e.
3e (oral, 1re partie).
3e (oral, 2e partie, 1re et 2e séries).
4e.

Vendredi 3 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 4 mai, à une heure. — 3e (oral, 1re et 2e parties).
5e (2e partie), *Beaujon* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon*.

REVUE GÉNÉRALE

LES URÉMIES ET LEUR TRAITEMENT

Par J. VIRES,
Professeur de thérapeutique et de matière médicale
à la Faculté de Montpellier,
Médecin de l'Hôpital général.

I

Définition. — Les syndromes urémiques sont caractérisés par un ensemble de troubles nerveux, respiratoires et gastro-intestinaux.

Ces troubles sont causés par des substances et des poisons variés qui sont introduits ou formés physiologiquement et spontanément dans l'organisme.

En l'état actuel, la clinique distingue un premier groupe de malades chez lesquels ces substances ou poisons ne peuvent franchir la voie rénale, qui est devenue imperméable.

Un second groupe de malades est représenté par ceux chez lesquels ces substances ou poisons ne peuvent franchir le rein, bien qu'il soit perméable, que d'une façon intermittente, paroxystique, critique, parce que, substances ou poisons, sont déversés en excès, accumulés et retenus dans les tissus, les organes et le sang, par un procédé de défense, momentané, automatique et régulateur.

J'étudierai, par l'analyse clinique, dans chacun de ces groupes, les éléments qui sont sources d'indications : *éléments symptomatiques*, *éléments pathogéniques*, *éléments étiologiques*.

Je montrerai comment, par *quelles médications*, et par *quels agents thérapeutiques* sont remplies ces diverses indications.

II

Eléments symptomatiques. — En clinique, les urémies sont atténuées, ou confirmées, et très marquées : de là leur division, un peu schématique, en *petite urémie* et en *grande urémie*.

Urémie atténuée. — Sa symptomatologie se résume en des troubles nerveux.

Ces troubles atteignent la sensibilité générale, la sensibilité sensorielle, le centre automatique respiratoire, bulbaire.

La *sensibilité générale* est augmentée et pervertie ; ainsi naissent des phénomènes douloureux : douleurs du côté de la tête, *maux de tête* intenses, gravatifs, persistants, pouvant retentir sur l'intelligence ; douleurs sur le trajet des nerfs périphériques, des nerfs cutanés, *névralgies faciales*, *brachiales*, *névrites des plexus brachiaux*, *lombaires*, *aortiques* (angine de poitrine urémique), *arthralgies* (*urémie articulaire* de Jaccoud) ; crampes, démangeaisons, cuissons, fourmillements, cryesthésie, *doigt mort* (Dieulafoy).

La *sensibilité sensorielle* présente des troubles soudains, passagers, parfois dramatiques.

Les *troubles visuels* sont : l'amaurose, la diplopie, l'hémiopie, l'hémarolopie, l'amblyopie.

Les *troubles de l'ouïe* se traduisent par une surdité passagère, brutale, brusque, par de l'hyperesthésie auditive, des bourdonnements et des sifflements d'oreilles.

Le centre respiratoire automatique perd son caractère régulateur ; il y a une *dyspnée* qui apparaît brusquement, disparaît de même, sans laisser des lésions au poumon, pas plus qu'il n'y avait de lésions de l'œil ou de l'oreille.

Grande urémie. — *Syndrome nerveux*, *syndrome respiratoire*, *syndrome digestif* : tels sont les trois groupes de syndromes prédominants.

Le *syndrome nerveux* doit être poursuivi dans les troubles de la sensibilité, de la motilité, des réflexes, comprenant dans les réflexes, les réflexes inférieurs inconscients et les réflexes supérieurs, de la volonté, de l'intelligence, du psychisme, de la mémoire.

Les *troubles de la sensibilité générale et de la sensibilité sensorielle* sont ceux de la petite urémie, mais plus marqués, plus fréquents, revenant avec une plus grande facilité.

La *motilité* peut être atteinte par excès ou par défaut.

Par excès, ce sont les *contractions* anormales, convulsives, sous forme d'accès paroxystiques plus ou moins prolongés et plus ou moins graves.

C'est l'*urémie convulsive*. Les paroxysmes simulent l'*éclampsie*, c'est-à-dire l'épilepsie vraie avec la chute, le cri initial, la période des convulsions toniques, celle des convulsions cloniques, le stertor et le coma ; c'est bien une épilepsie autotoxique, urémique.

Elles peuvent se limiter, n'occuper qu'une moitié du corps, qu'un membre ; c'est alors l'épilepsie hémiplégique, monoplégique, partielle, *à type de Bravais-Jackson*.

Elles peuvent enfin se traduire par des contractions simples, paroxystiques mais constantes, contractures limitées à quelques muscles, à quelques groupements musculaires fonctionnels, contractures généralisées. Ce sont les *formes tétaniques*.

Par défaut, ce sont des *paralysies*, paralysies faciales, hémiplégies complètes ou incomplètes, monoplégiques brachiales ou crurales, hémiplégie alterne, paralysies oculaires (strabisme, ptosis).

Elles ont peu d'intensité, sont flasques et le restent généralement, varient brusquement, apparaissant et disparaissant avec la même rapidité.

Les *réflexes patellaires*, *cutanés*, *tendineux* sont normaux ou diminués du côté de la paralysie.

Les *réflexes supérieurs* sont toujours atteints : excités, perturbés, diminués, ils permettent de décrire une *urémie délirante*, une *aphasie urémique*, un *coma urémique*.

L'*urémie délirante* peut présenter un *délire diffus*, illogique et sans systématisation, caractérisé par des hallucinations et des illusions qui permettent le développement de la confusion mentale.

Elle peut produire un *délire systématisé*, tantôt le délire des grandeurs avec idées de persécution (syndrome de Magnan), tantôt la lypémanie, tantôt un délire, plus limité, érotique, religieux, de revendications.

La mémoire, l'association des idées, la volonté sont atteintes dans l'urémie délirante, perverties cependant plutôt que disparues.

L'*aphasie urémique* peut être l'aphasie sensorielle, surdité et cécité verbales, et l'aphasie motrice. Ces aphasies sont variables, mobiles, fugaces, transitoires.

A ces accidents nerveux, sensitifs, moteurs, intellectuels, peut succéder l'anéantissement de toute sensibilité, de toute motilité, de toute intelligence. C'est le *coma urémique*.

Parfois ce coma survient brusquement, c'est la forme foudroyante, apoplectique. Elle se retrouve chez les vieillards. Elle est fréquente en notre service de l'hôpital général. C'est le tableau clinique de tous les ictus : le malade est étendu, anéanti, en résolution complète ; la sensibilité est abolie ; l'intelligence est éteinte. La face est pâle, les paupières recouvrent des pupilles contractées ; la respiration est lente, calme, avec des irrégularités de rythme, le rythme de Cheyne-Stockes étant assez fréquent ; la température est à 36 degrés ou au-dessous. Le cœur s'entend à peine, le pouls est lent, mou, les urines sont rares.

Ce coma est l'aboutissant commun de tous les phénomènes urémiques (Lécorché et Talamon).

Le *syndrome respiratoire* de la grande urémie est classiquement divisé de façon fort schématique en *accidents dyspnéiques sine materia* et en *accidents dyspnéiques avec lésions*, plus particulièrement, lésions bronchitiques, lésions pulmonaires (bronchite albuminurique, œdème aigu du poumon).

En fait, il n'y a pas de dyspnée *sine materia*, c'est-à-dire sans cause. Il nous paraît plus clinique de dire que les accidents broncho-pleuro-pulmonaires revêtent des types respiratoires divers et sont conditionnés par des facteurs différents.

Les types sont ceux :

De la *dyspnée d'effort*, qui surgit seulement quand le malade se fatigue, peine, soulève un fardeau.

De la *dyspnée asthmatique*, qui rend intolérables le séjour au lit et la position horizontale.

Le malade est agité, angoissé, anxieux, sans signes d'asphyxie ; il se plaint d'une sorte de compression thoracique impossible à décrire. La crise dure deux heures avec rémission, laissant à la suite une respiration à peu près libre. Enfin, vers le matin, le malade s'endort, et se réveille au jour, calme, sauf qu'il est bientôt hanté par la préoccupation de la nuit à venir.

Pendant la crise, on peut entendre des râles sibilants et ronflants, disséminés dans tout le thorax, mais, entre les crises, les symptômes physiques sont nuls (Lasègue).

De la *dyspnée suffocante :* subitement, le malade pris d'un grand accès d'orthopnée avec angoisse et suffocation, peut mourir brusquement, ou, la voix rauque, l'inspiration sifflante et prolongée, les creux sus et sous-claviculaire et sus-sternal enfoncés, il présente le tableau de l'œdème glottique.

De la *dyspnée brutale de l'œdème aigu du poumon :* le malade asphyxie, cyanosé, la bouche et les lèvres remplies d'une écume rougeâtre, le corps ruisselant de sueur, blafard, il lutte contre la mort.

Les poumons sont remplis de râles qui montent comme une marée envahissante des bases aux sommets.

De la *dyspnée de Cheyne-Stockes :* le malade a une pause respiratoire complète, puis les mouvements d'inspiration et d'expiration reparaissent, d'abord faibles, puis progressivement plus forts et plus étendus, jusqu'à un maximum d'intensité, après quoi, ils diminuent progressivement d'étendue et de force et finissent par une suspension apparente de la respiration. Et le cycle recommence.

Les facteurs sont toxi-alimentaires, toxiques, infectieux.

Toxi-alimentaires, ils réalisent cette dyspnée, que Huchard a bien mise en lumière, que l'on retrouve dans tous les services d'asile ou de vieillards, au soir et au lendemain des sorties ou des visites qui ont été l'occasion d'excès alimentaires. Elle est due à l'alimentation carnée, à l'écart de régime inhabituel.

Toxiques, ils réalisent certaines bronchites par exhalation ammoniacale ou élimination au niveau des bronches de produits volatils, irritants et nocifs.

Infectieux, ils conduisent :

Aux *bronchites dites albuminuriques ;* ce sont des bronchites qui revêtent, de par le terrain sur lequel elles évoluent, un vêtement particulier, qui traînent, présentent des poussées aiguës, se traduisent par de la fièvre, une expectoration muco-purulente et sanglante, de la toux, pénible, quinteuse, physiquement par des râles ronflants et sibilants, disséminés dans toute la poitrine, mobiles, fugaces, mais persistant davantage aux bases, soit qu'ils y soient disséminés, soit qu'ils y soient limités par places.

Aux *pneumonies et aux broncho-pneumonies*, qui sont dues au pneumocoque et aux agents ordinaires d'infection bronchique.

Aux *épanchements pleurétiques*, parfois mécaniques, parfois toxiques, parfois aussi causés par une bacillose pleurale qui se développe en même temps que l'urémie, et peut-être grâce à elle.

Syndrome digestif. — La langue est fendillée, rôtie ; le malade accuse de la sécheresse de la bouche et du pharynx, *dysphagie buccale* de Guyon.

Les *stomatites* sont fréquentes :

Erythémato-pultacée : la muqueuse buccale recouverte d'un enduit épais, pâteux et gluant, d'odeur fade, est d'une coloration rouge vif, la salive est rare et collante.

Ulcéreuse : la muqueuse buccale, des dents, des gencives, des joues, recouverte de dépôts pultacés, rend l'haleine fétide ; la salive est abondante et épaisse.

L'*urémie gastrique* est annoncée par de l'inappétence, du dégoût pour le lait. L'alimentation est suivie de vomissements, alimentaires d'abord, puis bientôt très abondants, fétides, renfermant des sels d'ammoniaque, de l'urée.

L'*urémie intestinale* se traduit par des diarrhées séreuses, copieuses, fétides, liquides, avec aussi des douleurs, du ténesme, des selles sanguinolentes ; c'est qu'il s'est produit des *ulcérations intestinales*.

J'ajoute à ces trois grands syndromes un syndrome cutané qui se traduit par le *prurit*, l'*érythème papuleux urémique*, des *érythèmes rubéoliques*, de l'*urticaire*, du *purpura*, des *sueurs d'urée*, poussière

blanche qui apparaît sur la peau et peut présenter au niveau des poils l'aspect du givre.

Le diagnostic d'urémie se doit compléter encore par l'exposé des *signes révélateurs* qui sont d'ordre urinaire, thermique, cardio-artériel.

Les *urines* sont, en général, diminuées, supprimées complètement dans l'anurie calculeuse.

L'urée est au-dessous de la normale, ou s'élimine par crises; les chlorures sont abaissés et s'éliminent aussi brutalement, d'une façon massive et irrégulière.

L'élimination provoquée montre que la cellule élimine mal, trop vite ou trop lentement, en masse, ou très insuffisamment.

En dehors des infections et des urémies convulsives, la *courbe thermique* est abaissée.

Le *syndrome cardio-artériel* se traduit par un bruit de galop avec hypertrophie du cœur gauche, l'hypertension artérielle, la bradycardie.

Formes cliniques. — La *forme suraiguë*, qui se résume dans l'*ictus et le coma*, est fréquente chez les vieillards, et je partage l'opinion de Castaigne qui dit l'avoir fréquemment observée à l'hospice d'Ivry. Il en est de même à l'hôpital général de Montpellier. Elle est très grave.

La *forme aiguë* est plus fréquente encore d'après mes observations. Chez les vieillards, elle se traduit surtout par de l'excitation physique et mentale, de l'incohérence verbale, de l'agitation nocturne. Le syndrome gastro-intestinal et le syndrome respiratoire sont moins fréquemment rencontrés que le syndrome nerveux. Elle est bien moins grave.

La *forme lente* se traduit par sa marche et son allure irrégulières, elle va par secousses et saccades; procède par séries, irrégulièrement alternantes de mieux et d'aggravation.

Les *formes respiratoire* et *gastro-intestinale* sont également rencontrées. Elles sont très graves, lentement, mais sûrement mortelles.

III

Eléments pathogéniques. — Les poisons sont fabriqués dans l'organisme ou viennent de l'extérieur.

A l'état sain, l'organisme est un réceptacle et un laboratoire de poisons (Bouchard).

A l'état pathologique, que l'organisme soit atteint dans son universalité ou dans un de ses appareils, les poisons augmentent encore.

La désassimilation, les mutations nutritives viciées, contrariées, ne conduisent pas les albuminoïdes, les graisses, les hydrates de carbone jusqu'aux produits ultimes, non toxiques, mais arrêtent leur action avant cette perfection définitive et créent des substances nocives; les fermentations et les putréfactions gastro-intestinales sont au maximum, la suspension du rôle antitoxique du foie est constante (*urémie hépatique* de Debove), celle des glandes à sécrétion interne est également très fréquente; aussi bien tous ces facteurs agissent-ils pour élever le taux des poisons.

Le mot de Bouchard reste vrai, l'urémie est un empoisonnement mixte, non par l'urine, mais par ce qui devait devenir de l'urine. L'urémie est donc bien l'intoxication par tous les poisons, qui, introduits ou formés dans l'organisme, auraient dû normalement s'éliminer par la voie rénale et en sont empêchés par l'imperméabilité des reins.

A cette notion fondamentale, l'expérimentation et la clinique ont apporté quelques précisions.

Le rein, en effet, peut être perméable, d'une façon relative, et cependant, l'intoxication urémique persiste. Est-ce alors la sécrétion interne viciée qui expliquerait l'urémie (Léon Bernard)? Mais nous ne savons rien de cette sécrétion.

Est-ce que, à côté de l'imperméabilité rénale, d'autres facteurs interviennent?

C'est vraisemblablement là qu'est la vérité. L'organisme fait effort pour annihiler les produits toxiques accumulés, le mécanisme régulateur du sang intervient. Le sang a tendance à se débarrasser des produits toxiques. Ces produits émigrent, ils vont se loger dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les tissus eux-mêmes, et là, ils peuvent être retenus plus ou moins longtemps; c'est la *rétention toxique*...

Des efforts constants sont tentés par l'organisme pour s'en débarrasser et il les élimine par une série de crises urinaires, crises azoturiques, crises chloruriques, crises phosphatiques, crises uratiques.

Il n'y a donc pas une urémie, mais des urémies, car on pourrait diviser celles-ci, d'après les facteurs étiologiques et la source du poison, en urémies alimentaires, urémies gastro-intestinales, urémies hépatiques, urémies rénales, urémies chloruriques, azoturiques, phosphaturiques.

Souvent les urémies sont associées. Widal a décrit, à côté de la rétention chlorurée, une rétention azotémique. Elle explique l'*urémie sèche* et son *pronostic si grave*.

Elle fait partie du chapitre des néphrites.

A la rétention isolée des chlorures correspondent l'œdème pulmonaire, l'œdème cérébral, tous les œdèmes si fréquents dans l'urémie.

A la rétention azotée correspond l'urémie sèche avec la torpeur, l'inappétence, le dégoût, la narcose et le coma complet (3 à 4 grammes d'urée dans le sang sont d'un pronostic très grave).

A la rétention des poisons toxiques exogènes, intestinaux, hépatiques correspondent les accidents nerveux, digestifs, respiratoires.

Ces troubles sont localisés et commandés par l'état antérieur de l'organe : lésion de néphrite aiguë faisant de l'éclampsie, lésion de néphrite atrophique lente faisant les accidents de la petite urémie et de l'urémie lente, lésion antérieure du cerveau servant de point d'appel aux localisations cérébrales pour les infections surajoutées (pneumonie, maladies générales infectieuses) qui donnent l'urémie aiguë; par les suppléances non seulement dans le rôle dépurateur du rein, mais encore dans le fonctionnement du mécanisme antitoxique et régulateur du sang.

IV

Eléments étiologiques. — L'urémie se rencontrera donc dans les maladies des reins, et ainsi les rénopathies en seront les causes les plus fréquentes.

L'introduction de poisons par l'alimentation défectueuse, par les excès de table, par ingestion de

drogues en trop grande quantité, ou pendant trop longtemps, mercure, opium, le refroidissement et la fatigue, facteurs d'autointoxications et de troubles humoraux, la suppression brusque d'un eczéma ou d'une diarrhée, d'une sécrétion coutumière, par quoi s'éliminaient les poisons... sont causes adjuvantes.

V

Indications thérapeutiques tirées de la pathogénie. — Les poisons viennent de l'extérieur ;

Les poisons sont fabriqués dans l'organisme ;

Les poisons sont retenus par l'imperméabilité rénale ;

Les poisons, le rein étant perméable, sont retenus dans les tissus et les organes.

Ces quatre variétés du mécanisme pathogénique comportent quatre indications majeures et qu'il faut d'emblée s'efforcer de remplir.

La première indication doit s'efforcer de diminuer l'apport des substances toxiques par le régime alimentaire et l'hygiène.

Dans la seconde indication, il faut neutraliser les poisons fabriqués dans l'organisme et les éliminer : on y parviendra en mettant en œuvre la médication neutralisante, antiseptique et la médication diurétique et spoliatrice.

Dans la troisième, le rein est imperméable, il faudra lever cet obstacle et essayer, par action sur les sécrétions voisines, de suppléer le rein insuffisant.

Dans la quatrième, c'est l'élimination des produits toxiques retenus qui sera visée par les médications diurétiques, purgatives...

Première indication. — *Réduction des apports toxiques.* — Rénon a préconisé la *diète hydrique;* les urémiques restent à l'eau pendant un temps plus ou moins long, trois ou quatre jours.

Achard a montré qu'il ne faut pas s'exagérer l'efficacité de la diète hydrique. Quand, en effet, il n'y a pas de travail nutritif, les éliminations chlorurées se restreignent, et ce qui se passe pour les chlorures, pourrait se passer pour les autres substances.

Il faut donc préciser les indications de la diète hydrique. Elle sera moyenne (de 1 à 2 litres d'eau), fragmentée et surtout fixée d'après l'état du malade.

Le *lait* doit rester toujours l'aliment de choix. Au début même, on le donnera écrémé.

Mais quelle quantité sera donnée en vingt-quatre heures ? Ceci dépendra du malade. Tel sera nourri avec 2 litres, tel mourra de faim avec 3 litres.

Le lait sera pris de deux heures en deux heures, cru ou bouilli, lentement, chaque prise suivie d'un gargarisme et d'un nettoyage de la bouche : s'il constipe, on prescrira des lavements et des laxatifs; s'il donne la diarrhée, on l'additionnera d'eau seconde de chaux, d'eaux alcalines, de sous-nitrate de bismuth.

Mais il arrive que le lait n'est pas toléré par le malade. Il arrive même souvent que, bien toléré, il conduit le malade à l'asthénie, à la fatigue, au dépérissement. Ceci se rencontre chez les grands albuminuriques, chez les néphrétiques par néphrite hydropigène ; ces malades ont de grands besoins nécessités par la perte d'albuminoïdes que le lait ne compensera pas.

Il faut remplacer le lait.

C'est le *régime déchloruré* qui sera institué (Widal). Voyons en quoi il consiste et quelles sont ses indications.

Composition du régime déchloruré. — Les aliments qui y entrent sont ceux qui ont naturellement une faible teneur en sel.

Ce seront : la viande, qu'on pourra ordonner crue, grillée, ou rôtie, surtout bouillie ; les œufs, les légumes secs, la pomme de terre, les farines, sauf celles de lentilles ; parmi les légumes verts, les petits pois, les carottes bouillies, les haricots, les poireaux, la laitue ; le pain déchloruré, les pommes de terre qui remplaceront le pain ordinaire ; les fruits et les sucreries, les crèmes, les fromages.

Comme boisson, on conseillera : l'eau potable naturelle, les eaux minérales d'Evian, de Vittel, de Contrexéville, un peu de vin coupé d'eau diurétique, le thé, le café, le chocolat.

Tel est ce régime.

Indications du régime déchloruré. — 1° Dans toutes les néphrites hydropigènes aiguës ou chroniques.

2° Dans les néphrites chroniques urémigènes dans lesquelles la rétention des chlorures est fréquemment sèche.

Mettez le malade au repos, donnez-lui 3 litres de lait et ajoutez 10 grammes de sel dans vingt-quatre heures, pesez-le, analysez les chlorures de son urine ; si la courbe du poids s'élève, le sel est retenu, le sel augmente l'œdème ; donc, le régime déchloruré est indiqué.

Mettez votre malade au regime lacté absolu pendant plusieurs jours ; examinez les urines ; si la quantité des chlorures oscille autour de 3 et 4 grammes, le régime déchloruré ne fera rien, il est inutile.

Si la quantité de chlorures éliminée est considérable, le régime déchloruré est nécessaire et il faut le continuer en le surveillant (Castaigne).

Contre-indications et méfaits du régime déchloruré. — Widal n'a jamais voulu imposer son régime déchloruré comme une panacée.

Jamais, non plus, il n'a voulu en faire un régime exclusif.

C'est parce qu'on l'a continue trop longtemps, parce qu'on l'a fait exclusif, surtout lorsqu'on a voulu le réduire à l'ingestion de viandes, de gelée de viande et de bouillon de viande sans sel, qu'on a eu des accidents.

Ces accidents sont la production de l'albuminurie (Castaigne et Rathery) ; l'apparition de troubles dyspnéiques ou délirants (Huchard et Fiessinger); l'irritation fonctionnelle et même organique du tube digestif qui peut aggraver les désastres rénaux (Huchard et Fiessinger).

Ici, comme partout, il faut tenir compte des réactions du malade ; il faut instituer le régime lacté, puis le régime lacto-végétarien, et limiter le sel dans la mesure du possible. Mais le lait seul, les végétaux seuls, les viandes seules, le régime sans sel, ne seront jamais prescrits que d'une façon très mo-

mentanée, très passagère, et l'on se trouvera mieux de les associer dans un équitable partage.

L'hygiène comprendra la prescription de *frictions sèches, quotidiennes*, avec un gant de crin ou une serviette éponge ; le *massage*, quand il peut être convenablement exécuté ; les *bains tièdes* de courte durée, de quinze à vingt minutes, suivis d'une vigoureuse friction.

Les malades redouteront le froid, vivront au grand air, feront un exercice modéré qui ne les conduira pas à la fatigue physique. Ils seront vêtus de flanelle et habiteront un climat sec et chaud, où les variations atmosphériques et thermométriques ne soient pas excessives. L'hiver, ils vivront à la Côte d'azur, à Cannes, à Menton, à Nice, à Amélie-les-Bains.

Deuxième indication. — Il convient de neutraliser les poisons fabriqués dans l'organisme et de les éliminer.

Après avoir rempli la première indication, le succès est complet ou relatif.

S'il est négatif et si les accidents sont menaçants, il faut revenir immédiatement à l'élimination du poison. Il y a danger à laisser le malade plus longtemps intoxiqué ; des complications cérébrales, nerveuses, cardiaques, pulmonaires peuvent surgir.

La neutralisation des poisons viendra ensuite.

La *saignée* est le grand remède de l'urémie, et dans bien des cas, la suprême ressource ; elle doit être pratiquée sans hésiter ; elle doit être précoce et copieuse ; elle est le plus souvent le moyen le plus efficace et même le seul efficace (Achard et Paisseau).

En enlevant 32 grammes de sang à un urémique, on lui soustrait 50 centigrammes de matières extractives. L'élimination quotidienne par les urines étant de 8 grammes, on enlève donc le seizième de la matière extractive que l'urine aurait dû emporter. Bouchard a montré que cette saignée de 32 grammes enlève autant que 28 grammes de liquide diarrhéique et que 10 litres de sueur.

La *saignée peut sauver la vie d'un urémique en soustrayant momentanément l'excès de substances toxiques qui fait éclater les accidents mortels.*

Les contre-indications seraient tirées de l'anémie du malade ; mais comment faire en pratique un examen du sang ?

Si les accidents sont menaçants, la saignée s'impose, immédiate et abondante, de 400 à 500 grammes.

Jamais, dit Castaigne, on ne regrettera son emploi, alors qu'on pourra se repentir de ne pas avoir eu recours à elle.

La saignée serait, dit-on, contre-indiquée chez l'enfant : il n'en est rien. L'enfant supporte admirablement la saignée ; Peter, Renault l'ont définitivement démontré.

La vieillesse même n'est pas une contre-indication : dans mon service de l'hôpital général, nous faisons la saignée en présence des accidents urémiques de tout ordre, saignée qui va, de 250 grammes à 300 grammes et même 400 grammes, suivant l'état de la tension artérielle et du myocarde ; nos malades n'ont jamais eu à s'en plaindre.

Pour sauver un urémique, comme l'avait bien établi Bouchard, il suffit quelquefois de le faire vivre quelques minutes de plus. La saignée permet souvent cette prolongation.

La saignée peut être répétée, si l'urémique retombe dans les convulsions, le coma, la dyspnée œdémateuse, si l'hypertension reparaît excessive.

Si l'état général des forces et la tension artérielle sont faibles, la saignée générale du pli du coude sera suivie d'une saignée locale au niveau du triangle de J.-L. Petit. Celle-ci sera une saignée spoliatrice mais aussi dérivative. Renaut a montré que les vaisseaux veineux du rein communiquent largement avec les vaisseaux cutanés de la peau du triangle de J.-L. Petit par l'intermédiaire du réseau vasculaire de la couche adipeuse périrénale. On placera six sangsues sur chaque triangle, de part et d'autre de la colonne vertébrale.

Les *injections de sérum artificiel*, le lavage du sang, avaient été considérés comme une des meilleures méthodes de traitement de l'urémie. Ils agissaient en augmentant la tension sanguine et par suite la diurèse ; ils faisaient ainsi sortir de l'organisme par les reins une quantité considérable de toxines et luttaient contre la cause même de l'urémie (Lemoine).

Les deux procédés se complètent souvent et une forte injection de sérum est indiquée après une saignée. Je fais suivre, dit Lemoine, une saignée de 400 à 500 grammes d'une injection de un litre de sérum. On obtient ainsi de véritables résurrections. Tous les jours, on fait une nouvelle injection plus ou moins considérable, tant que les signes d'urémie existent.

Aujourd'hui, on est singulièrement revenu de l'enthousiasme outré qu'avaient provoqué les injections de sérum. Des accidents se montrent, poussées d'œdème pulmonaire avec dyspnée intense, angoisse, cyanose, pluie de râles sous-crépitants à l'auscultation.

Les recherches sur la rétention des chlorures ont consacré l'abandon définitif du lavage du sang, c'est-à-dire des injections intraveineuses à 7 p. 1000 de la solution salée, souvent même à doses plus élevées, et d'autant plus toxiques.

Dans l'éclampsie, les néphrites, les signes d'artériosclérose devront inspirer une grande prudence ; même réserve dans la myocardite, dans l'hypotension, dans l'hypertension, l'asystolie, l'œdème pulmonaire. Mieux vaut laisser à l'histoire, disent Huchard et Fiessinger, la pratique d'une méthode, qui, utile dans les cas d'hémorragies ou de fortes déperditions aqueuses, lave en définitive très mal les tissus, n'élimine pas de déchets toxiques (Carrion et Hallion, Dastre et Lage) et offre l'inconvénient de provoquer l'impatience du malade par la douleur et la lenteur de l'injection.

Les injections rendent quelques services chez les malades débilités, cachectiques, oliguriques, en état de rétention chlorurique, encore à condition qu'ils ne seront pas œdématiés, les injections salines risquant fort, dans ce cas, d'augmenter l'hydratation des tissus bien plus que la diurèse.

Les injections seront employées avec beaucoup de prudence. La quantité s'élèvera exceptionnellement

à 500 centimètres cubes; le plus souvent on s'en tiendra à 100 grammes et on remplacera par le sulfate de soude à 10 p. 1000 le chlorure de sodium.

Les injections de *sérum glycosé* pourraient très avantageusement remplacer les injections salines et sans susciter autant de contre-indications.

Les *injections sucrées intraveineuses*, de propriétés diurétiques si remarquables en expérimentation, donnent en clinique des résultats inconstants à Achard et Lamy. Ces résultats m'ont paru plus certains dans les injections sous-cutanées, mais les indications précises et les contre-indications ne peuvent être formulées définitivement.

Si le milieu intérieur liquide véhicule les poisons urémiques, ceux-ci doivent être retrouvés dans le liquide céphalo-rachidien.

La ponction lombaire, qui permet d'évacuer le liquide céphalo-rachidien, devait donc devenir un procédé de traitement de l'urémie. En fait, elle peut rendre des services : Scherb l'a vu faire disparaître la confusion mentale chez une urémique. Carrieu chez les sujets urémiques jeunes, dans les cas de néphrites aiguës peu anciennes, a obtenu par la ponction lombaire pratiquée après le début des accidents des succès éclatants.

Le coma paraît constituer une des indications.

Ici encore, comme pour les injections intraveineuses ou sous-cutanées de solutions sucrées, les indications et les contre-indications sont à préciser.

Saignée, saignée transfusion, saignée locale, saignée générale; lavage du sang, injection de solutions chlorurées, sulfatées, glucosées, ponction lombaire, ont soustrait les poisons créateurs d'accidents immédiatement menaçants : c'est la médication directement spoliatrice.

A côté d'elle, et à titre d'adjuvant, sont les médications qui *stimulent les fonctions des organes éliminateurs et antitoxiques.*

Ces organes sont le foie, la peau, le poumon, l'intestin, le rein lui-même. De tout temps, la médication vicariante fut en honneur. Provoquer les hypercrinies était l'alpha et l'oméga de la thérapeutique dans l'ancienne médecine.

Il importe d'activer les fonctions de la cellule hépatique par le calomel, à doses très faibles, la rhubarbe, le salicylate et le benzoate de soude, le grand lavement froid ou chaud, suivant la méthode de Bartels.

La médication diaphorétique est moins dangereuse externe qu'interne.

Interne, en effet, elle est remplie par la poudre de Dower, l'acétate d'ammoniaque, les boissons abondantes chaudes, les infusions de Jaborandi (50 centigrammes à 1 gramme dans une tasse d'infusion), les injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine (1 à 2 centigrammes).

Mais la potasse de la poudre de Dower est nocive pour la cellule rénale.

Les boissons abondantes sont contre-indiquées, une trop grande quantité de liquide court chance de fatiguer le filtre rénal et d'encombrer l'appareil vasculaire.

Entre l'absorption du liquide et son évacuation urinaire, un certain intervalle s'écoule, pendant lequel le liquide enverra au sang ses éléments minéraux. Le sang, en vertu de son mécanisme régulateur automatique, les rejette dans les tissus : de là un certain degré de pléthore sanguine et de rétention interstitielle et tissulaire.

La quantité de liquide éliminé doit correspondre en pratique à celle qui est ingérée : s'il y a trouble dans le rapport, et c'est le cas fréquent des urémies, insuffisance d'élimination, il faut restreindre l'apport du liquide.

La pilocarpine détermine des troubles gastriques, de l'œdème pulmonaire, du collapsus cardiaque, elle est à rejeter.

Externe, la diaphorèse offre moins d'inconvénients. Bouchard préconise les bains, Bartels les donne à 40 degrés, pendant une heure, ce qui est dangereux. Carrieu donne des bains d'air chaud, ce qui est meilleur. La myocardite scléreuse, l'artériosclérose cérébrale, l'hypotension avec hyposystolie, les cardiopathies contre-indiquent les bains.

Mollière (de Lyon) fait enduire la poitrine, le dos, le ventre avec une couche de pommade au nitrate de pilocarpine (10 centigrammes pour 50 grammes de vaseline), entourer de coton et de taffetas gommé jusqu'à production de sueurs abondantes.

Les *inhalations d'oxygène* préconisées par Jaccoud et Bouchard, si elles n'altèrent pas les échanges respiratoires, sont nettement stimulantes : on pourra donc les prescrire.

C'est l'*appareil gastro-intestinal* qui offre le plus de ressources. Longtemps, la médecine ancienne combattit l'urémie par les vomissements, mais le vomitif, s'il vide l'estomac, augmente peu la sécrétion gastrique, abaisse la tension artérielle et augmente la sécrétion cutanée. Son action est réelle mais insuffisante.

L'urémie gastrique peut se trouver bien du lavage de l'estomac. Pratiqué à l'aide d'eau bouillie, il calme fort bien les vomissements. Seulement, la simple ingestion d'eau (un verre à bordeaux toutes les heures, 15 à 16 verres dans les vingt-quatre heures) suffit le plus souvent (Rénon), et le lavage d'estomac n'est point nécessaire (Huchard et Fiessinger).

L'hypersécrétion intestinale s'obtient par la médication purgative. Les drastiques sont les purgatifs de choix, l'eau-de-vie allemande, la scammonée, le sirop de nerprun. La purgation forte amène une décharge appréciable de produits chlorurés et toxiques. Les lavements purgatifs avec les follicules de séné, le sulfate de soude peuvent rendre des services.

La *voie rénale* sera stimulée par les diurétiques, mais les diurétiques sont parfois dangereux, presque toujours inopportuns; par action directe sur le rein, ils peuvent augmenter encore sa lésion et son insuffisance. Cependant la notion que l'urémie n'est pas fatalement fonction de cette insuffisance légitime leur emploi.

C'est dans l'urémie cardiaque, dans les cas de pléthore veineuse générale, et surtout d'hypertension de la veine porte, chez les hyposystoliques, que les diurétiques directs pourront être prescrits avec avantage; la scille, la théobromine, 2 à 3 cachets de 50 cen

tigrammes par jour, la théobromose, le carbonate de lithine, l'infusion d'écorce de sureau, la digitaline à la dose d'un dixième de milligramme de digitaline cristallisée à dix heures du matin, dix jours de suite, l'extrait de strophantus (1 à 2 milligrammes), de sulfate de spartéine (5 à 10 centigrammes), l'extrait de muguet (1 à 3 grammes), l'infusion d'adonis vernalis (2 à 3 grammes) rempliront l'indication.

La caféine, la digitale et la digitaline sont d'application difficile : il faut bien saisir l'opportunité thérapeutique et se garder d'ajouter une intoxication à celle existant déjà.

Lemoine (de Lille) recommande l'emploi de l'*éther* dans les cas graves d'urémie et surtout dans l'urémie dyspnéique. L'éther a le double avantage d'être un stimulant du système nerveux et d'être aussi un diurétique puissant. Nous verrons son mode d'emploi au traitement des accidents dyspnéiques de l'urémie.

Les *grands lavements d'eau froide simple* favorisent la diurèse. On n'oubliera pas que Bouchard a vu une urémie grave céder à l'usage de lavements froids.

Il stagne, entre le foie et la circulation générale, dans les vaisseaux du système porte, une masse considérable de sang. Le lavement froid, par action réflexe ou par un mécanisme inconnu, modifie cette masse stagnante, la mobilise, la rejette dans la circulation générale en vidant les veines du système porte. De là, la diurèse par augmentation de la tension générale et dilution sanguine préalable.

La *neutralisation* des poisons fabriqués dans l'organisme doit maintenant nous occuper.

C'est la *médication antiseptique* qu'il faut mettre en œuvre, médication dont les agents sont nombreux.

Mais déjà le lait, s'il est bien toléré et bien supporté, a réduit au minimum les fermentations intestinales. Il permet l'obtention d'un bol fécal dur, sec, contenant peu de poisons stercoraux : un purgatif le chassera facilement de l'intestin.

Par le charbon à dose suffisante, on peut fixer et précipiter certains poisons, décolorer la bile dont les sels sont très toxiques (Bouchard).

Par l'iodoforme, le naphtol, le salol, le benzonaphtol, le salicylate de bismuth, on remplira l'indication.

Contre ces agents on a élevé de graves critiques. A la dose nécessaire, ils sont toxiques, capables de léser l'épithélium rénal ; à dose moindre, ils sont insuffisants. Donc, il faut les rejeter.

Certes, il faut les utiliser avec parcimonie et prudence au cas d'urémie par lésions rénales, mais quand l'urémie n'est pas due à l'insuffisance du rein, on les emploiera sans inconvénients, et leur action, que certains ont mise en doute, apparaîtra réelle, certaine, indiscutable.

Troisième indication. — Le rein est imperméable. Il ne s'agit que des cas aigus, c'est-à-dire dans lesquels l'imperméabilité est actuelle, momentanée.

Dans le traitement des néphrites, nous verrons quelles sont les indications tirées des lésions chroniques constantes, et comment, on peut les remplir.

Mais ici, l'obstacle est momentané : c'est l'œdème rapide et mobile du rein.

Placez des ventouses scarifiées dans le triangle de J.-L. Petit, mettez six sangsues dans chaque triangle : l'obstacle sera levé et les médications diurétiques pourront alors être utilisées avec profit.

Si l'obstacle est permanent, ce sont les médications vicariantes par l'intestin et la peau qu'il faudra tenter. J'ai dit le moyen de les remplir.

Quatrième indication. — Le rein est perméable. L'urémie persiste. Il s'agit ici d'une urémie chlorurique le plus souvent, ou azotémique.

Cliniquement, l'urémie cardiaque de Huchard rentre dans ce cadre.

Il faut éliminer les chlorures : la diète hydrique pendant quelques jours rendra de grands services. Si le malade est un cardiaque hyposystolique, injectez de l'huile camphrée et de la caféine. Donnez-lui, au bout de vingt-quatre heures, le régime lacté, d'abord mêlé d'eau, puis pur, et arrivez assez vite à 2 litres de lait dans les vingt-quatre heures.

L'urémie cardiaque peut s'observer dans la myocardite aiguë et dans les cardiopathies chroniques. Celles-ci seules sont envisagées ici. C'est surtout dans les cardiopathies artérielles que l'élimination urinaire se fait mal. Cela, parce que le rein et le cœur sont également atteints. C'est à la suite de l'alimentation carnée, salée, grasse, excessive, mal absorbée, que le rein fléchit, tout en restant perméable ; les produits toxiques, azote, chlorure de sodium sont envoyés dans les tissus, de là des œdèmes, des dyspnées.

Soumettez le malade au régime lacté exclusif ; toutes les deux heures, 300 grammes de lait, de façon à atteindre 2 litres dans vingt-quatre heures.

Au bout de deux ou trois jours, donnez trois cachets de 50 centigrammes de théobromine.

Continuez lait et théobromine pendant douze à dix-huit jours, ajoutez alors des farines alimentaires, des pâtes alimentaires en réduisant le lait ; puis arrivez progressivement au régime lacto-végétarien déchloruré.

Le régime établi, surveillez les boissons et établissez leur administration en sachant si le taux d'élimination est égal au taux d'ingestion.

Une fois ou deux par semaine, mettez votre malade au régime lacté absolu, avec quelques bouillies dans la journée. Ou bien, une semaine tous les mois, instituez le même régime, suivi d'une cure d'eau minérale diurétique, Evian, Vittel, Contrexéville, un demi-litre à un litre dans l'intervalle des repas.

Si le cœur fléchit, les diurétiques seront impuissants, à eux seuls, à rétablir l'eurythmie. Il faut recourir aux toni-cardiaques.

Lors donc que le foie est gros, le cœur mou, ou avec un galop droit ou un galop gauche, que l'œdème malléolaire apparaît, donnez de la digitaline à très faible dose : 1/10 de milligramme de digitaline cristallisée, à dix heures du matin, dix jours de suite ; interrompez ensuite cinq, dix, quinze, vingt jours suivant l'effet produit (Huchard et Fiessinger).

Dans les intervalles de la médication digitalique, recourez à l'extrait de strophantus (1 à 2 milligrammes), au sulfate de spartéine (5 à 10 centigrammes), à l'extrait de muguet (2 à 3 grammes).

Continuez longtemps le régime lacto-végétarien déchloruré.

La médication purgative, à l'aide des purgatifs drastiques et des purgatifs salins ingérés ou administrés en lavements, la médication diurétique à l'aide de la théobromine, seront utiles comme médications adjuvantes ; mais leur emploi ne sera indiqué que lorsque la tonicité cardiaque sera quasi-normale.

VI

Indications tirées des éléments symptomatiques. — Syndrome nerveux. — Urémie, convulsions, urémie délirante, coma, sont les accidents les plus graves.

L'urémique convulsif comme l'urémique délirant seront soigneusement surveillés, on veillera à leur éviter des blessures, la morsure de la langue.

Les indications seront d'ordre étiologique et symptomatique.

Etiologiques, elles viseront la toxémie. Elles rentrent dans le groupe d'indications que nous venons d'étudier.

On fera donc une saignée, abondante, et au pli du coude si l'on constate de l'hypertension artérielle, l'oligurie, l'anurie, la petitesse du pouls ; moins abondante, 250 à 300 grammes, si le sujet est moins violacé, en hypotension.

Après la saignée, qu'on renouvellera s'il y a lieu, lavages intestinaux à l'eau froide, médication purgative per os ou par lavement; inhalations d'oxygène, médication diurétique et antiseptique.

Symptomatiques, elles sont remplies par la médication anesthésique dont les agents sont nombreux et de valeur inégale.

Le chloroforme, donné à hautes doses en inhalation ou en ingestion, fait disparaître les convulsions, mais il est nocif pour le rein et le foie.

Le chloral lui sera substitué. On peut le donner par la bouche, par le rectum, en injections hypodermiques et en injections intraveineuses.

Les injections sont douloureuses et non sans danger, car elles peuvent donner naissance à une hémolyse globulaire marquée.

La voie rectale est la voie de choix chez les convulsifs et les délirants.

On peut aller de 1 à 4 grammes. Au delà, chez l'adulte, la dose serait dangereuse.

La morphine peut rendre des services. Elle semble mieux placée dans les accidents dyspnéiques. De plus, elle peut être nocive pour le rein.

Les polybromures, l'iodure de potassium sont d'action inégale et douteuse.

L'éther est préconisé par Lemoine. Nous allons voir quel est son emploi.

Dans le coma urémique, c'est encore la toxémie qui fait l'indication majeure : il faut pratiquer une large et copieuse saignée.

Après la saignée, si le coma persiste, il faut pratiquer une ponction lombaire et soustraire 15 à 20 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien. Ce liquide a des qualités toxiques (Castaigne) qui peuvent expliquer les accidents nerveux. Il peut agir par œdème (Widal), par compression, par hypertension : sa soustraction sera donc bienfaisante.

Il faut, ceci fait, activer l'hématose à l'aide des inhalations d'oxygène, remonter l'état général du malade à l'aide de frictions, de la révulsion cutanée, des injections d'huile camphrée, d'éther, de caféine, surtout d'éther et d'huile camphrée.

Puis entreront en action les médications diurétiques, purgatives.

Lemoine, si le sujet est assez résistant, conseille de faire une injection de 1 à 2 centigrammes de pilocarpine de manière à provoquer une crise de diaphorèse et de sialorrhée avec élimination plus ou moins considérable de poisons. Mais il reconnaît lui-même que ce moyen est assez dangereux.

Les *dyspnées des urémiques* relèvent d'abord du traitement causal.

Toxi-alimentaires, comme les a décrites Huchard, elles seront modifiées par le régime alimentaire, la suppression des écarts de régimes, des mets abondants et épicés.

Sous forme d'œdème pulmonaire, elles bénéficieront de la saignée, saignée immédiate, copieuse, réitérée, s'il est nécessaire.

Les injections musculaires de solutions salines sont contre-indiquées; voire sont dangereux les lavements salés, tout ce qui apporte des chlorures ou facilite leur rétention... Les ventouses scarifiées sur la poitrine, la sinapisation active rendront quelques services supplémentaires.

Sous forme de bronchites albuminuriques, les dyspnées sont intermittentes : poursuivez la congestion du poumon par des révulsifs, pointes de feu, ventouses scarifiées, ventouses sèches, application de teinture d'iode.

Les médications internes par l'ipéca, à fin décongestive, par la codéine et la terpine, sont de nul effet et parfois dangereuses.

La térébenthine, l'eucalyptol, la teinture d'eucalyptus, le goménol, le thiocol rendront des services, plus en aseptisant les bronches et en empêchant l'infection bronchitique qu'en agissant sur l'élément urémique et toxémique.

Sous forme de pneumonies, de broncho-pneumonies, d'épanchements pleuraux, le traitement des dyspnées sera fondu dans celui des pneumonies, des broncho-pneumonies, des pleurésies.

Dyspnée suffocante, dyspnée asthmatique, dyspnée de Cheyne-Stockes nécessitent parfois la saignée locale par les sangsues ou les ventouses scarifiées sur la poitrine ou aux apophyses mastoïdes, tout à fait exceptionnellement la saignée.

Si les malades sont des hypertendus faites-leur respirer du nitrite d'amyle, inhaler du chlorure d'éthyle.

Ne désespérez pas en présence d'un malade en Cheyne-Stockes. Les cas ne se comptent plus où celui-ci a perdu son fâcheux pronostic — et même après une durée extrême — a pu permettre le rétablissement complet physique et psychique du malade.

Deux médicaments vraiment héroïques sont à votre disposition : la *morphine* et l'*éther*.

La *morphine*, en injections hypodermiques, a eu de fervents adeptes.

Elle est cependant toxique et diminue la quantité des urines, aussi sera-t-on prudent dans les doses. On injectera pour commencer 3 à 4 milligrammes. On pourra remplacer la morphine par l'éthyl-morphine, par l'héroïne.

Héroïne	2 centigr.
Eau distillée...........	10 grammes

Injectez un centimètre cube.

Si le pouls est faible et fuyant, il sera prudent d'administrer concurremment une injection d'huile éthéro-camphrée, ou bien d'associer directement la morphine à l'éther, suivant la formule d'Aubert (de Lyon).

Chlorhydrate de morphine	10cg
Eau distillée....................	4cc
Alcool à 90 degrés.............	4cc

Faire dissoudre et ajouter :

Ether sulfurique	6cc

Injectez un demi-centimètre cube.

Dans mon service de l'hôpital général, toute injection de morphine est immédiatement suivie d'une ou plusieurs injections d'huile camphrée.

Le pantopon en injections, suivi de la même injection d'huile camphrée, nous a paru rendre des services plus durables et ne pas susciter les contre-indications de la morphine et de l'héroïne.

Mais l'amélioration n'est que passagère : le besoin de la morphine devient de plus en plus pressant, les doses sont de plus en plus élevées, le malade devient un aliéné.

Faites-lui inhaler du *chloroforme*, de l'*éther* que vous placez sur un linge fin maintenu devant les narines. Ordonnez-lui du sirop de chloral à l'intérieur, des hypnotiques, véronal, trional, sulfonal.

Lemoine (de Lille) préconise l'éther : stimulant du système nerveux et diurétique puissant, il serait surtout indiqué dans l'urémie dyspnéisante. Lemoine injecte 2 centimètres cubes d'éther toutes les heures, jour et nuit, et en dehors de cela, il donne par la voie buccale une cuillerée à café d'éther d'heure en heure, en alternant avec les injections. Les injections sont douloureuses et doivent être faites profondément sous le derme pour ne pas déterminer de sphacèle de la peau.

Quand les malades refusent les injections, il faut leur faire prendre l'éther dans de l'eau sucrée, à la dose de deux cuillerées à café, toutes les demi-heures, et plus, si cela est nécessaire.

Ce traitement demande à être continué pendant plusieurs jours consécutifs, avec une sévérité plus ou moins grande, selon les indications.

En général, dès que la dyspnée s'amende, j'espace les injections et les cuillerées d'éther, mais je ne les cesse complètement qu'au bout de quatre à six jours, quand les symptômes urémiques ont disparu complètement et quand la diurèse est bien établie (Lenierne).

Si la dyspnée est liée à des accidents *cardiaques et asystoliques*, on instituera le traitement de l'asystolie : régime lacté absolu, drastiques, saignée locale déplétive à l'anus à l'aide de six sangsues, saignée au bras, sangsues au triangle de J.-L. Petit. Puis tonicardiaques, digitaline, caféine, muguet.

Vomissements et diarrhée sont des manifestations qu'il faut respecter ; ils traduisent un effort de l'organisme pour chasser les poisons qui l'encombrent.

Ce n'est qu'au cas où ils deviennent excessifs par leur quantité et alarmants par leur retentissement sur l'état général qu'il faudra les combattre. L'eau chloroformée saturée, le menthol, les extraits de jusquiame, de belladone, de chanvre indien, le lavage même de l'estomac (Huchard) avec une solution salicylée à 1 pour 1 000, seront essayés.

En même temps, révulsion sur le creux épigastrique à l'aide de pulvérisations d'éther, de compresses chaudes ou glacées, d'un petit vésicatoire 3/3.

La diarrhée sera respectée : lavages deux fois par jour le malade étant dans le décubitus latéral ; acide lactique à l'intérieur (Lécorché et Talamon); antiseptiques insolubles, de préférence au sous-nitrate de bismuth.

La *stomatite urémique* nécessite des gargarismes fréquents, après chaque prise de lait; des lavages de la bouche et des gencives avec l'eau oxygénée (10 à 20 p. 100).

Il faut pratiquer l'extraction des dents cariées. Si les ulcérations sont douloureuses et étendues : chlorate de potasse 1 à 2 p. 100, borate de soude 1 à 3 p. 100, miel boraté, permanganate de potasse, acide citrique et borique, eau oxygénée 10 à 20 p. 100. Souvent, il sera nécessaire de pratiquer des badigeonnages avec les teintures de myrrhe ou de ratanhia, avec le miel boraté ; on peut encore employer la glycérine au tannin (10 p. 100), la teinture d'iode contre la douleur, l'orthoforme pur, qui a également une action antiseptique.

VII

Traitement d'après les formes cliniques. — La forme suraiguë nécessite le traitement du coma.

La forme aiguë résout généralement son traitement dans celui des syndromes nerveux et cérébraux que nous avons indiqués : la médication par les polybromures ne m'a jamais donné de bons résultats.

J'ai tenté chez quelques malades la ponction lombaire pour soustraire 15 à 20 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien que l'on remplace par une solution isotonique de bromure de sodium; j'ai eu deux résultats satisfaisants. Il y a lieu de chercher parmi les anesthésiques, cocaïne, stovaïne, novocaïne, le plus actif et le moins nocif.

La forme lente rentre plutôt dans le traitement des néphrites qui fera l'objet d'un chapitre spécial.

VIII

Indications tirées des éléments étiologiques. — L'urémie est l'aboutissant des néphropathies : le traitement de ces dernières nécessite des développements particuliers.

Quant aux causes adjuvantes et occasionnelles, le régime alimentaire sévère, la sobriété, l'interdiction de mets avariés rempliront les indications étiologiques.

On n'oubliera jamais quelle fâcheuse répercussion peut avoir la suppression brusque d'un eczéma, d'une diarrhée, d'un flux habituel : si l'on se décide à cette suppression, on n'y procédera que par progression lente en y habituant l'organisme.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 12 AVRIL 1912)

Une question d'hygiène alimentaire. — M. SMESTER. La consommation de la viande qui devient de plus en plus considérable, est loin de présenter toutes les garanties voulues. L'hiver, ce sont les poussières des étages que l'on secoue sur les viandes exposées; l'été, ce sont les mouches qui viennent déposer leurs œufs ou les microbes de leurs pattes sur les morceaux étalés. Pour satisfaire aux exigences de la consommation, de l'hygiène, on s'est servi de viandes congelées, séchées, frigorifiées. Tous ces procédés ont des avantages, mais beaucoup d'inconvénients. Les viandes frigorifiées ont cependant l'avantage de permettre dans des voyages au long cours, de consommer de la viande fraîche, mais le procédé le plus intéressant est celui de la déshydratation de la viande, à laquelle on enlève une certaine quantité de son eau de composition, ce qui permet une conservation assez longue de viande fraîche et saine.

Diminution de la douleur pendant la démorphinisation. — M. Maurice PAGE (de Bellevue) montre qu'on peut calmer la douleur de cette démorphinisation ; les moyens qu'il indique dans ce but sont : la différence de la durée de suppression suivant chaque cas particulier; l'ignorance par le malade de son tableau de diminution; la suppression de la salle de sevrage, la prise de quelques analgésiques inoffensifs. Il obtient ainsi un tiers de succès de plus que par les autres méthodes de traitement.

A propos du vaccin. — M. GILLET, par suite d'une piqûre accidentelle en cassant un tube de vaccin, a vu se développer un vaccin au pouce. Ce vaccin a évolué très simplement, sans réaction, et dans les délais voulus. Il semblerait que l'évolution se soit faite entièrement sous l'épiderme.

Traitement de la hernie ombilicale chez l'enfant. — M. SMESTER. C'est à tort que l'on emploie des bandages à pelotte qui, pénétrant dans l'anneau ombilical, en empêchent la guérison. Il est plus logique et plus utile de réunir les lèvres de l'anneau entre le pouce et l'index de la main gauche, et de maintenir cette réunion par des bandelettes de taffetas d'Angleterre que l'on renforce par des bandelettes de diachylon et des applications de collodion riciné. Ce simple pansement, qui laisse à l'enfant toute la liberté de ses organes abdominaux, permet à son infirmité de se guérir sans accidents et rapidement.

Quelques remarques sur la bactériothérapie lactique. — M. L. BIGNON (de Le Drayas), après avoir fait usage dans sa clientèle des ferments lactiques, a observé que cette bactériothérapie, même par des ferments frais, n'est pas sans danger et occasionne différents inconvénients qui sont : l'acidification du milieu intestinal entravant l'action des sucs digestifs, la diminution du coefficient d'assimilation azotée et la décalcification de l'organisme. Il a remarqué de plus que la forme « comprimés » prête à une infection facile au cours de sa fabrication. Les résultats favorables peuvent peut-être être imputés au régime strict dont on accompagne la bactériothérapie lactique.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ANTISEPSIE INTESTINALE RÉALISÉE PHYSIOLOGIQUEMENT PAR LE FOIE

Par M. LE TANNEUR (de Paris).

L'antisepsie intestinale directe, c'est-à-dire cherchée par l'absorption de substances antiseptiques, est aujourd'hui à peu près abandonnée, et les cliniciens pensent qu'une bonne arrivée de la bile dans l'intestin et un fonctionnement régulier du filtre hépatique sont encore les seuls moyens de réaliser cette antisepsie intestinale dont on parle tant sans bien la connaître.

Mais il est des cas nombreux où la vésicule biliaire se vide mal ou insuffisamment et où d'autre part le filtre hépatique cesse partiellement tout au moins son rôle de destructeur des toxines. Que faire? Les purgatifs (calomel et jalap) sont des moyens d'exception, des remèdes d'un jour! De plus le praticien sait très bien que tout en constituant *un bon moyen*, ces agents énergiques produisent quelquefois un résultat inverse de celui cherché, en créant une sorte de spasme, qui empêche tout à fait l'évacuation de la vésicule et « tétanise » la fonction hépatique.

Il existe cependant un agent introduit en thérapeutique depuis bientôt sept ans et que nos maîtres connaissent bien aujourd'hui : c'est un albuminate de vanadium (connu sous le nom de Tannurgyl). A la dose de XV gouttes à chacun des deux repas, il possède une action élective sur le foie dont il stimule *doucement* la fonction et aussi sur la vésicule biliaire dont il provoque l'*évacuation lente et régulière* à l'occasion de chaque digestion. Ainsi sans risque (car ce corps est dépourvu de toute toxicité) et sans effort on réalise la véritable antisepsie intestinale, celle de la nature. Cette action est précieuse dans le traitement de l'entérocolite, dans la neurasthénie à localisations gastro-hépatiques, enfin chez tous les dyspeptiques (hyper ou hypo) en agissant d'une façon fidèle contre l'élément fermentations anormales de l'intestin. Le Tannurgyl rend aussi de grands services dans la thérapeutique gastrique des tuberculeux auxquels il donne un regain d'appétit et procure une assimilation plus complète.

Pour conclure, le praticien trouvera, dans cette méthode, la réalisation à peu près complète du plan qu'il a conçu.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Légendes et curiosités de l'histoire, par le docteur CABANÈS. 1 vol. de 404 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Albin Michel.

Traitement des neurasthéniques, par le docteur P. HARTENBERG. 1 vol. in-16. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

Formulaire des spécialités pharmaceutiques pour 1912, par le docteur V. GARDETTE. 1 vol. in-18 de 400 pages. — Prix, cartonné : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 47. — MARDI 23 AVRIL 1912. 85e ANNÉE. MARDI 23 AVRIL 1912. — N° 47

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — ANGERS — Le concours d'externat s'est terminé par les nominations de MM. Couchot, Duchemin, Maupetit, Inizan et Grellier.

Le concours d'internat en pharmacie s'est terminé par la nomination de M. Carcopino.

HOPITAL SADIKI. — TUNIS. — Une place d'interne sera incessamment vacante à l'hôpital Sadiki, cet établissement comporte un mouvement chirurgical très important, laboratoires, amphithéâtre, bibliothèque.

Avantages matériels : Traitement annuel 2.400 francs, logement, éclairage, chauffage.

Conditions : Nationalité française, scolarité terminée, y compris les derniers examens de doctorat, avec ou sans thèse. Engagement d'un an au moins.

Adresser d'urgence les demandes avec pièces à l'appui (acte de naissance, certificats, etc.) à M. le docteur Brunswic-Le Bihan, médecin chef de l'hôpital Sadiki.

CONSEIL DE SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — Sont nommés membres du conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris :

M. Aucoc (Louis), conseiller municipal, en remplacement de M. Ch. Tantet, décédé.

M. Regnault-Desroziers, vice-président de la Chambre de commerce, membre sortant.

M. le docteur Bonnaire, membre sortant.

M. le docteur Leprince, administrateur du bureau de bienfaisance du 16e arrondissement, membre sortant.

M. Bompard, ancien député, conseiller à la Cour d'appel, membre sortant.

M. Bernheim, docteur en droit, ancien avoué, membre sortant.

M. le docteur Pozzi, ancien sénateur, membre de l'Académie de médecine, membre sortant.

M. Ranson, sénateur, ancien conseiller municipal de Paris, en remplacement de M. P. Kahn, décédé.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — La médaille d'honneur des épidémies en argent est décernée à M. le docteur Veau (de Paris).

La médaille de bronze est décernée à MM. Laffineur et Thiéry, externes aux Enfants-Malades.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur Pitot est placé, à dater du 19 avril 1912, dans la 2e section (réserve) du cadre des médecins inspecteurs.

— M. le médecin principal de première classe Dupard, adjoint au directeur du service de santé au ministère de la guerre, est nommé commissaire militaire près la société française de secours aux blessés militaires et membre de la commission supérieure des sociétés d'assistance aux blessés et malades des armées de terre et de mer, en remplacement de M. le médecin de première classe Loup, appelé à d'autres fonctions.

ACADÉMIE DE DUSSELDORF. — Du 15 au 27 avril ont lieu à Düsseldorf, sous la haute direction du professeur Witzel, des conférences de chirurgie d'un caractère universel et international.

M. le professeur A. Poncet (de Lyon), convié à ce Congrès, y parlera, le 24 avril, du « Rhumatisme articulaire tuberculeux ».

SOCIÉTÉ DE GÉOGRAPHIE. — La Société de géographie dans sa séance solennelle a décerné sa grande médaille d'or, la plus haute récompense dont elle dispose, au docteur Jean Charcot pour ses expéditions antarctiques de 1903 à 1905 et de 1908 à 1910.

LA RÉGLEMENTATION DE LA VENTE DES EAUX DE TABLE. — A la dernière séance du conseil d'hygiène publique et de salubrité le docteur Hanriot a donné lecture d'un rapport sur la réglementation à imposer aux fabricants et aux vendeurs d'eaux dites « de table ». En voici les conclusions :

« Dès le début, votre commission a été frappée de l'insuffisance de la réglementation actuelle, vieille de près de cent ans. Nos idées en hygiène se sont singulièrement modifiées depuis ce laps de temps, et la vente des eaux embouteillées dites « eaux de table » a pris dans ces dernières années une importance qui appelle une réglementation efficace.

Les eaux alimentaires mises à la portée du public ont les origines suivantes :

1° Eaux d'adduction fournies par les villes ;
2° Eaux minérales naturelles;

3° Eaux minérales artificielles ;

4° Eaux de table proprement dites.

Les trois premières catégories de ces eaux sont efficacement protégées par la loi de 1902 et par l'ordonnance de 1823.

Mais il y a une dernière catégorie d'eaux employées en boisson qui, à l'heure actuelle, échappent à toute réglementation. Ce sont les eaux dites de table, formées par une eau quelconque embouteillée ayant subi ou non diverses manipulations. Tout le monde a le droit de vendre, sans surveillance aucune, une eau incontestablement malsaine, pourvu qu'il ne lui fasse subir aucune addition ni gazéification. Et cependant à qui s'adressent ces eaux de table ? A des malades, à des personnes soucieuses de leur santé qui payent cher une eau qu'ils supposent surveillée et meilleure que celle qui leur est fournie par la ville.

Votre commission estime qu'il y a un danger à laisser vendre librement ces eaux, et vous propose d'émettre le vœu qu'une réglementation assure la bonne qualité de toutes les eaux de boisson vendues en bouteilles. »

L'ALCOOLISME DANS LA PROVINCE DE PADOUE. — Les chiffres ci-dessous, que nous empruntons à la *Gazzetta degli ospedali e delle cliniche* (4 avril 1912, n° 41), sont intéressants à signaler comme documents confirmatifs de faits hélas! trop connus parce que trop généraux.

En 1904 les établissements publics pour le débit des boissons alcooliques étaient au nombre de 2 733 dans toute la province de Padoue, soit 1 pour 166 habitants; ils s'élevèrent progressivement à 2761 en 1905, 2819 en 1906, 2880 en 1907, 2952 en 1908, enfin en 1900 il y en avait 2955 soit un pour 157 habitants.

Le nombre des décès par alcoolisme chronique, qui était de 15 en 1887, arriva à être, après une série d'oscillations très marquées, de 20 en 1905, de 25 en 1906, de 21 en 1907, de 28 en 1908. Et si l'on considère la Vénétie tout entière, le nombre des décès par alcoolisme chronique s'éleva de 79 en 1887, à 157 en 1908.

Les aliénés par alcoolisme recueillis à l'asile provincial, dont le nombre variait annuellement de 1 à 9 de 1890 à 1898, passèrent à 11 en 1899, 12 en 1900, 15 en 1901, 21 en 1902, 17 en 1903, 23 en 1904, 19 en 1905, 19 en 1906, 42 en 1907, 38 en 1908 et 100 en 1909! Et pendant ce temps le chiffre total des admissions à l'asile provincial passait de 486 en 1890 à 619 en 1909. A. G.

IIe CONGRÈS DE L'INTERNAT FRANÇAIS. — Le IIe Congrès de l'internat des hôpitaux se tiendra à Nancy les 24 et 25 mai prochain.

Dans les séances de travail, on étudiera les questions suivantes qui sont l'objet de rapports : 1° recrutement de l'internat; 2° organisation matérielle de l'internat; 3° organisation scientifique de l'internat; 4° organisation sociale de l'internat et création d'une fédération des associations des internes et anciens internes.

Des réceptions sont déjà organisées par la municipalité, la commission administrative des hospices, l'association des étudiants. Une soirée artistique sera donnée dans les salons de l'hôtel de ville. Un banquet, présidé par M. le professeur Bernheim, aura lieu en l'honneur du centenaire de l'internat de Strasbourg.

Les journées du dimanche et du lundi seront consacrées à une excursion à Plombières, Remiremont, Gérardmer, la Schlucht, le Honek; de là, toutes facilités seront données aux congressistes pour terminer leur voyage par une visite à Strasbourg.

Les adhésions doivent être adressées à M. le docteur Sabotier, 24, rue Jeanne-d'Arc, à Nancy.

CONGRÈS D'ÉLECTROLOGIE ET DE RADIOLOGIE MÉDICALES. — Conformément à la décision du Congrès de Barcelone, le VIe Congrès se tiendra à Prague, en 1912, du 26 au 31 juillet prochain.

Questions mises à l'ordre du jour : 1° De la radioactivité [rapporteur : M. le professeur Bertolotti (de Turin)]; — 2° Traitement des affections articulaires par les courants de haute fréquence [rapporteur : M. le docteur Morlet (d'Anvers)]; — 3° La résistance de la peau [rapporteur : M. le professeur Doumer (de Lille)]; — 4° Photothérapie par les bains de lumière [rapporteur : M. le professeur Peyri (de Barcelone)]; — 5° Les écrans renforçateurs (rapporteur en voie de négociations); — 6° L'ionisation et l'introduction électrolytique des médicaments [rapporteur : M. le docteur Sarazin (d'Angers)]; — 7° Etat actuel de la radiographie très rapide [rapporteur : M. l'ingénieur Dessauer (de Francfort-sur-Mein)].

S'adresser pour tous renseignements et pour les adhésions à M. le docteur Kr. Hymek, hôpital général, Prague II, Bohême-Autriche.

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort de MM. les docteurs Achard, médecin-major de première classe en retraite à Saint-Laurent-du-Pont; Albert Percheron (de Paris).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 29 AVRIL AU 4 MAI 1912

THÈSES

Mercredi 1er mai, à une heure. — M. BURGUET. Contribution à l'étude du traitement conservateur dans les tuberculoses articulaires. (MM. Kirmisson, président; Hartmann, Retterer et Rouvière.) — M. PRUDHOMME. L'absence congénitale du fémur. (MM. Kirmisson, président; Hartmann, Retterer et Rouvière.) — M. BREUILLET. L'élytrocèle ou entérocèle vaginale postérieure. (MM. Hartmann, président; Kirmisson, Retterer et Rouvière.) — M. FRILLEY. Syphilis mutilante et térébrante du nez. (MM. Gaucher, président; Marfan, Zimmern et Gougerot.) — M. VILLAINE. Contribution à l'étude du traitement radiothérapique du mycosis fongoïde. (MM. Gaucher, président; Marfan, Zimmern et Gougerot.) — M. L'HIRONDEL. Traitement des végétations des organes génitaux externes par l'électrolyse négative. (MM. Marfan, président; Gaucher, Zimmern et Gougerot.)

Jeudi 2 mai, à une heure. — M. HUBAC. Action du brome sur l'urine; indice de brome de l'urine, méthode de dosage et sémiologie de ce nouveau coefficient. (MM. Pouchet, président; de Lapersonne, Albert Robin et Terrien.) — M. VELTER. Des lésions des voies optiques et de l'appareil automoteur dans la sclérose en plaques. (MM. de Lapersonne, président; Pouchet, Albert Robin et Terrien.) — M. BRESARD. Du rôle de la diathèse veineuse dans les manifestations phlébitiques de la fièvre typhoïde. (MM. de Lapersonne, président ; Pouchet, Albert Robin et Terrien.) — M. FOURCAULT. A propos d'hypnotisme et de persuasion en psychotérapie. (MM. Albert Robin, président; Pouchet, de Lapersonne et Terrien.) — M. GAVET. De l'influence de certaines affections et de l'état de gestation sur les réactions à la tuberculine, et en particulier sur l'intradermoréaction. (MM. Hutinel, président; Pozzi, Ribemont-Dessaigne et Nobécourt. — M. HABAULT. Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine. (MM. Pozzi, président; Hutinel, Ribemont-Dessaignes et Nobécourt. — M. LATRILHE. A propos de deux cas de torsion spontanée du cordon spermatique. (MM. Pozzi, président; Hutinel, Ribemont-Dessaignes et Nobécourt.) — M. DEVILLERS. Recherches de thermométrie chez le nouveau-né. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Hutinel, Pozzi et Nobécourt.)

HOTEL-DIEU

QUELQUES ACCIDENTS GÉNÉRAUX DE LA VIE GÉNITALE DE LA FEMME

LEURS RAPPORTS AVEC LES DYSTROPHIES POLYGLANDULAIRES

PATHOGÉNIE. — TRAITEMENT

Par M. Paul DALCHÉ (1).

Messieurs,

Je veux vous parler aujourd'hui de quelques manifestations et accidents, considérés comme des complications de l'insuffisance des glandes génitales de la femme, de la dystrophie ovarienne, ou pour employer une expression dont je suis, je crois, le père, de la « dysovarie ».

Il s'agit de quelques syndromes peu étudiés à ce point de vue, mal connus quant à leur pathogénie et sur lesquels je désire vous exposer des idées personnelles.

Mais je tiens à vous dire avant tout qu'il ne faut pas attacher un sens trop absolu au terme d' « insuffisance ovarienne » et sans empiéter sur la pathogénie, dont nous aurons à nous occuper plus longuement, je tiens à vous répéter que l'ovaire n'est pas seul en cause dans la genèse de ces accidents, que plusieurs glandes endocrines y participent, et nous reviendrons sur ces troubles polyglandulaires dont je vous ai si souvent parlé.

I

Céphalée. — C'est le plus important de ces accidents de la dysovarie tant par sa fréquence que par sa ténacité et quelquefois sa gravité, et par sa résistance aux agents thérapeutiques usuels.

J'ai déjà publié un travail sur la « céphalée pubérale » (*Gaz. des hôpit.*, 1908, n° 38) dont vous connaissez les rapports avec les autres accidents de cette période : poussées fluxionnaires diverses, troubles cutanés, osseux, etc.

Aujourd'hui, étendant le sujet, je veux m'occuper de la céphalée survenant après la puberté, pendant toute la vie génitale et surtout à la ménopause.

Elle peut se produire au moment des règles et procéder alors par accès ou durer dans leur intervalle et être persistante.

I. Céphalée menstruelle. — Elle débute quelques jours avant les règles. La femme se plaint de lourdeur de tête, d'insomnie, d'agitation ; la veille ou le jour de l'apparition du sang l'accès éclate ; il dure un ou plusieurs jours, s'atténue, mais peut réapparaître à la fin ou le lendemain de la fin des règles. Chez certaines femmes même la céphalée n'éclate qu'à la fin des règles.

Pendant l'accès la face est rouge, vultueuse, la malade se sent fébrile, agitée ; ou bien, au contraire, il y a de la dépression, la femme est pâle, anéantie. Certaines doivent s'aliter, d'autres peuvent continuer à vaquer à leurs occupations.

Formes cliniques. — Quant à la forme que revêt l'accès céphalalgique, elle est conditionnée par l'état antérieur des sujets et on peut prévoir que chaque femme localisera les symptômes de l'accès sur l'appareil qui se trouve chez elle en état d'infériorité organique, méiopragique, comme disent certains auteurs.

1° *Migraine franche.* — C'est la douleur cranienne qui prédomine avec les caractères bien connus que décrivait Lasègue : « On couvre de la main sa migraine. » Frontale, occipitale, oculaire, elle peut aussi revêtir le type de l'hémicranie. Il n'est pas rare de la voir s'accompagner de vomissements et de troubles intestinaux.

2° *Céphalée et embarras gastro-intestinal.* — En même temps qu'une céphalée diffuse, s'établit un état saburral des voies digestives ; l'haleine devient mauvaise, la langue sale, la constipation alterne avec des débâcles diarrhéiques ; la constipation surtout peut avec la céphalée persister quelque temps (fièvre entéro-ménorragique).

3° *Céphalée et troubles hépatiques.* — Il peut s'agir d'un réveil de symptômes hépatiques, chez des malades dont l'appareil hépato-biliaire était antérieurement touché ; avec l'accès céphalalgique on voit par exemple éclater un accès de colique hépatique.

Plus communément il s'agit de ces phénomènes congestifs bien connus qui accompagnent les règles, même chez les sujets normaux. A la céphalée s'adjoint alors cette congestion hépatique menstruelle, quelquefois assez intense pour aller jusqu'à l'ictère menstruel (Senator).

4° *Céphalée et troubles rénaux.* — Ici encore, chez d'anciennes néphrétiques, les règles peuvent amener avec l'accès céphalalgique une recrudescence des phénomènes rénaux. Mais même chez des femmes dont le rein est parfaitement sain, la poussée menstruelle devient l'origine d'une congestion rénale plus ou moins marquée. C'est un fait connu qu'un nombre extrêmement considérable de femmes ont dans les urines un nuage d'albumine dans le stade prémonitoire des règles. Généralement bénigne, cette poussée congestive arrive à revêtir un aspect assez grave dans des conditions spéciales, celles du rein mobile par exemple, où elle est susceptible de produire le syndrome de l' « étranglement rénal ».

5° *Céphalée et syndrome de névralgie faciale.* — Avec la céphalée, la venue des règles est capable, sinon de créer, du moins de réveiller certains syndromes douloureux névralgiformes (névralgie faciale, sciatique, etc.). L'acuité et la ténacité des algies se montrent si considérable qu'elles mettent la malade dans un état physique et moral alarmant, comme dans la curieuse et lamentable observation que je tiens à vous rapporter :

Il s'agit d'une femme de quarante ans atteinte d'insuffisance ovarienne ; les règles sont très peu abondantes mais régulières. A chaque menstruation cette femme est prise de douleurs affreuses au niveau de l'hémiface gauche, douleurs telles qu'elle doit garder

(1) Leçons recueillies et publiées par M. Marcel Bloch, interne des hôpitaux.

le lit et que son entourage doit la surveiller. La crise dure environ cinq jours et elle en sort brisée. A l'examen on constate au niveau de la face les points douloureux de la névralgie faciale : sus-orbitaire, sous-orbitaire, mentonnier (aucune altération dentaire n'est capable de les expliquer).

En même temps éclatent des algies diverses : mastodynie, points douloureux sur le trajet du sciatique, lombalgies et rachialgies.

Toutes ces douleurs évoluent parallèlement à l'accès céphalalgique. J'ajouterai que la malade est sujette à des alternatives de froid et de bouffées de chaleur, sous l'action du moindre effort, de la moindre émotion ; immédiatement se manifestent des étourdissements et la céphalée apparaît.

Sous l'action du traitement tel que je vous l'exposerai plus loin, il y eut le premier mois une amélioration manifeste. Mais à la deuxième période menstruelle les phénomènes reprirent et j'ai appris que depuis la malade est devenue morphinomane et qu'elle a accusé des idées de suicide.

6° *Céphalée et syndromes divers.* — Suivant les prédispositions des sujets on peut encore voir la céphalée s'accompagner de poussées congestives du côté du pharynx, du nez (chez les adénoïdiens), des yeux ; on assiste ainsi au réveil périodique de crises, de douleurs dentaires, et je veux vous rappeler aussi l'observation de cette jeune fille qui à chacune de ses périodes souffrait, en même temps que d'une céphalée si vive que sa famille devait la veiller, de phénomènes d'amygdalites, avec rhino-pharyngite, adénoïdite et catarrhe de la trompe d'Eustache.

Les règles amènent fréquemment l'exacerbation de la céphalée chez les neurasthéniques, les hystériques, les névrosées migraineuses habituelles ; je les ai vues réveiller ou exacerber la céphalée des syphilitiques.

Enfin très fréquemment la céphalée menstruelle n'est pas isolée, mais est accompagnée d'algies diverses : lumbago, névralgies intercostales, rachialgies (susceptibles d'exister aussi isolément). La pathogénie de ces algies menstruelles est probablement la même que celle que nous exposerons pour la céphalée.

Evolution. — Chez certaines malades, dès la période menstruelle terminée, la céphalée s'atténue et disparaît pour ne réapparaître qu'à la période suivante.

Chez d'autres la céphalée, sans être permanente dans l'intervalle des règles, survient néanmoins à la moindre occasion ; ce sont des femmes dont la tête reste extrêmement fragile, une émotion, une fatigue minime, le séjour dans une salle chauffée et close, un embarras gastrique léger, et voilà un nouvel accès qui survient. Un rien suffit à rappeler le mal de tête ; la malade demeure « en puissance » de céphalée.

Chez d'autres femmes enfin, la céphalée persiste pendant tout l'intervalle des règles. Par opposition à la céphalée menstruelle que nous venons de décrire, c'est la céphalée permanente.

II. Céphalée permanente. — J'ai vu des femmes jeunes ou plus âgées qui ont toujours mal à la tête. Au moment des règles, à propos de toute autre cause se produisent des paroxysmes atroces. Ces faits, je les ai observés à n'importe quel moment de la vie génitale de ces femmes, mais surtout à la ménopause. Il y a alors de longues céphalées remplaçant les règles absentes, ou s'installant avec des règles ébauchées et venant mal.

Les symptômes sont encore marqués et tenaces à la ménopause chirurgicale des jeunes femmes.

On voit se produire des accès terribles durant quinze jours, trois semaines et plus, accompagnés d'agitation, de tachycardie, de tremblement, de bouffées de chaleur, de digestions lourdes et pénibles, d'insomnies ou au contraire de véritables narcolepsies, sommeil de plomb dont la femme ne sort pas reposée mais brisée.

Ce sont des jeunes femmes dont la circulation périphérique se fait mal, surtout aux extrémités, les pieds sont toujours gelés, la nutrition est ralentie, les échanges défectueux, les urines hypoazoturiques, hypophosphaturiques, hypochloruriques. Une émotion, un écart de régime, un dîner un peu copieux, le séjour dans une salle surchauffée, dans une salle de spectacles, et voilà l'accès déclanché. Ce sont ces malheureuses qui ne peuvent aller au théâtre sans qu'une migraine atroce en soit la rançon.

Insistons un peu sur la fréquence et la ténacité de la constipation chez ces femmes et sans aborder encore la pathogénie, rapprochons-la de ces constipations par insuffisances endocriniennes. Rapprochement d'autant plus autorisé que quelques-unes de ces malades ont les caractères de l'hypothyroïdie ; d'autres ne présentent pas ces caractères, mais les traits tirés, les paupières bistrées, les yeux cerclés de noir, des zones d'hyperpigmentation, amènent à penser qu'avec celle de l'ovaire, l'insuffisance des surrénales n'est peut-être pas étrangère à la production du syndrome.

Enfin, la céphalée continue affecte une catégorie de malades chez qui on ne peut trouver autre chose que la dystrophie génitale. Ce sont des dysovariques pures.

C'est là un fait rare et beaucoup plus souvent à l'occasion du trouble génital ce sont des dyspeptiques anciennes, des hépatiques, cholémiques, ou des nerveuses prédisposées qui sont les victimes de ces tenaces céphalées.

Avant de terminer cette étude clinique de la céphalée persistante des dysovariennes, je veux vous signaler une dernière modalité, la plus grave peut-être. Je l'ai vue se produire en dehors de la ménopause, mais surtout à la ménopause, et encore aussi à la ménopause chirurgicale privant brusquement de leurs règles des femmes jeunes encore. Peu de temps après l'opération ces dernières se plaignent d'une céphalée continue, profonde, gravative, semblant siéger à la base du crâne, ou dans la région occipitale. D'autres fois elle pèse non sur la nuque mais sur le front et les yeux. La continuité la rend atrocement pénible et de plus elle est coupée de paroxysmes horriblement douloureux avec sensation de battements dans la tête, de bourdonnements d'oreille, de vertiges, de troubles de la vue. Quelquefois la douleur se généralise aux membres, aux lombes, au rachis. Quelquefois elle alterne avec d'autres points

douloureux, comme je l'ai vu chez une jeune opérée où la douleur céphalique survenait avec la disparition de douleurs abdominales à prédominances cœliaques.

Les paroxysmes douloureux ne coïncident pas toujours avec la date des règles absentes.

Cette dernière forme de céphalée est particulièrement grave; certaines malades restent confinées au lit, incapables de se livrer à aucune occupation. Quelques-unes finissent par s'amaigrir, s'affaiblir progressivement, et offrir un véritable tableau de cachexie. Comment penser, chez ces femmes qui ne présentent aucun des caractères de l'hystérie ou d'autre névrose, que cette céphalée si tenace et si atroce est purement d'ordre interne, médical et génital ? Comment ne pas songer malgré soi à la méningite, à la syphilis cérébrale, à une tumeur endocranienne? C'est ce qui m'est arrivé dans un cas, où, après avoir pris avis d'un de mes collègues, neurologue des plus éminents en Europe, je me décidai à faire trépaner une de ces malheureuses; l'opération ne révéla rien, et on dut conclure à un de ces cas de « fausse tumeur ».

Heureusement, le plus souvent, le diagnostic avec les méningites et les tumeurs est facilité par la durée de la maladie, l'évolution, l'étude des symptômes, et leur coïncidence avec les incidents de la vie génitale de la femme.

Pathogénie. — Je n'insisterai pas sur les causes accessoires digestives, hépatiques, nerveuses dont le rôle est surtout prédisposant. Remarquons de plus que si, fréquemment, nos malades sont des hypertendues, l'hypertension ne peut être invoquée en dernier ressort comme la cause de la céphalée. En effet, les femmes dont il s'agit sont loin d'être toujours des scléreuses, et il est plus que probable qu'il ne s'agit pas ici de l'hypertension banale des artérioscléreuses, mais d'une hypertension concomitante à la céphalée et reconnaissant avec elle une cause commune : l'intoxication menstruelle d'origine endocrine, ovarienne, thyroïdienne, hypophysaire. A mon avis, l'hypophyse doit jouer un rôle très important dans la production de certaines de ces céphalées. Non pas qu'elle présente des lésions anatomiques préalables, mais par le fait que, au même titre que la thyroïde, elle me paraît subir le contre-coup de l' « ataxie ovarienne » à chaque poussée menstruelle chez ces dystrophiques génitales. Vous rappellerais-je chez ces femmes les troubles circulatoires, oculaires, l'hypertension, la tendance aux troubles menstruels, la polyurie, la glycosurie possible. Ne sont-ce pas là les signes de l'hyperactivité hypophysaire ?

Pourquoi l'hypophyse ne subirait-elle pas la poussée congestive générale de la menstruation, celle que nous avons vu toucher le foie, les reins?

Bien plus, comme pour la surrénale, comme surtout pour la thyroïde pour qui le fait est évident, n'existe-t-il pas pour l'hypophyse une phase d'hypertrophie fonctionnelle aux différentes étapes de la vie génitale, puberté, règles, ménopause. L'expérimentation vient à l'appui de cette thèse : chez les animaux châtrés l'hypophyse augmente de volume ; cette hypertrophie est moindre si à ces animaux on injecte des extraits de glande génitale. Il est donc plausible d'admettre une intervention de l'hypophyse : quant à sa nature intime, congestion, hypertrophie fonctionnelle, il est impossible de se prononcer. Mais ce qui me paraît certain c'est que céphalée, hypertension, troubles circulatoires ressortissent à une même cause : insuffisance ovarienne et trouble hypophysaire conséquent.

S'il fallait la caractériser d'un nom pathogénique j'appellerais certaine céphalée de la vie génitale de la femme la *céphalée hypophyso-génitale.*

Traitement. — Il n'est pas dans mon sujet de vous faire le traitement général de la céphalée. Je vais me borner à vous indiquer la thérapeutique spéciale dont bénéficieront ces malades.

Avant tout il faut, par un régime soigneusement étudié, régler leur alimentation. Ces femmes devront manger peu le soir, éviter la viande et les mets nécessitant une digestion laborieuse. Tout ce qui peut entraîner des fermentations secondaires doit être évité. Le lait, à ce propos, n'est pas toujours bien toléré. Les crudités, vers lesquelles les portent leurs préférences naturelles, seront bannies, ainsi que les coquillages et crustacés. Pourtant il est un aliment acide qui peut être préconisé : c'est le jus de citron. Je conseille souvent la cure de citron aux repas ou dans l'intervalle à dose d'un demi-citron par jour dans une tasse de thé ou de tisane chaude. La constipation sera soigneusement évitée et même je prescris dans certains cas tous les huit à dix jours une purgation légère.

Vous aurez au point de vue de l'hygiène générale d'utiles conseils à donner. Le refroidissement des extrémités doit être constamment combattu : le port de chaussures chaudes, les bains de pieds, de jambes et de bras dans l'eau sinapisée, l'hydrothérapie tiède et les frictions aideront à la circulation périphérique et décongestionneront les centres. L'exercice modéré remplira le même but.

Au point de vue médicamenteux, la pathogénie des troubles étudiés nous oriente vers les agents opothérapiques. La poudre d'ovaires, les extraits thyroïdiens seuls et surtout associés sont la base du traitement. Par exemple j'ordonne souvent un cachet de poudre d'ovaire le matin et au dîner, un cachet d'extrait thyroïdien à déjeuner.

L'opothérapie hypophysaire est encore en cours d'étude.

Les émissions sanguines m'ont donné d'excellents résultats sous forme de ventouses scarifiées et surtout de sangsues appliquées derrière les oreilles un peu avant la période menstruelle. Vous pourrez voir, salle Sainte-Marie, une malade atteinte de néphrite avec rétinite albuminurique et qui, au moment de la ménopause, fut atteinte de céphalée tenace avec rachialgies; les émissions sanguines combinées à l'opothérapie thyroïdo-ovarienne ont amené une sédation considérable des symptômes.

Il n'est pas jusqu'à certains procédés anciens de la thérapeutique, vésicatoires, auxquels vous serez peut-être obligés de recourir dans des céphalées rebelles et durant depuis des années. Pour ma part j'ai eu des succès avec le vésicatoire à la nuque.

Germain Sée ordonnait l'iodure de potassium dans certaines céphalées des adolescents accompagnées d'hypertrophie du cœur de croissance. Comme tout ce que nous a laissé en thérapeutique cet auteur, sa remarque repose sur une observation profonde, et de même certaines de nos céphalalgiques bénéficieront grandement de la médication iodurée. Mais lesquelles? D'après ce que j'ai observé, dans la céphalée pubérale avec hypertension et tachycardie l'iodure donne parfois d'excellents résultats. Mais chez les adultes et à la ménopause l'iodure n'est pas toujours aussi bien toléré; vous le réserverez à ces hypertendues d'origine endocrinienne ou scléreuse présentant de la tachycardie, des spasmes vasculaires.

Quelquefois d'autres hypotenseurs, comme la trinitrine, le nitrite d'amyle nous rendront des services.

II

Vertiges. Chutes. Absences. — Après la céphalée, les vertiges sont parmi les incidents les plus fréquents de la dystrophie polyglandulaire de la ménopause. Ils se voient surtout chez les athéromateuses, les dyspeptiques, les hépatiques et les rénales, chez les neurasthéniques et les névropathes. Ils s'accompagnent de troubles vasculaires et de bouffées congestives.

Je connais un cas très net de vertige auriculaire qui s'est manifesté à la ménopause, en même temps que des bouffées de chaleur et de l'hypertension.

Mais surtout je veux vous rapporter le cas curieux d'une dame de cinquante ans, très névropathe, atteinte à la ménopause de ménorragies, suivies d'une suspension des règles, d'obésité, de tachycardie avec tremblement. Elle souffrait également d'insomnies, de bouffées de chaleur et d'accès vertigineux. En février 1910 elle fait plusieurs chutes inexpliquées; deux furent assez inquiétantes, l'une du haut d'un perron, l'autre sur une voie de chemin de fer; subitement, sans prodromes, sans aura, la malade est précipitée par terre et se relève aussitôt. Il n'y a pas à ce moment de pâleur de la face, pas de vertige, pas de perte de connaissance, pas de convulsions. La crise est extrêmement courte, juste le temps de tomber et de se relever; elle continue la conversation commencée devant son interlocuteur stupéfait. Ce fait se reproduisait jusqu'à 3 et 4 fois par semaine. Le 15 février, les règles suspendues depuis trois mois coulent de nouveau et les chutes cessent. Puis au bout de quelque temps elles réapparaissent. J'institue un traitement opothérapique (poudre d'ovaire) et j'ai appris que depuis les chutes ont beaucoup diminué de fréquence, que les vertiges ont disparu. Il subsiste des bourdonnements d'oreille, des insomnies, un peu de faiblesse des jambes.

Je crois qu'il s'agissait ici d'un trouble neurasthénique exagéré par la ménopause et son cortège d'insuffisances endocraniennes. Il faudrait se garder de confondre ces cas avec des accidents comitiaux atténués.

III

Angine de poitrine. — L'angine de poitrine de la ménopause est trop bien connue, pour que je vous en refasse l'étude dans tous ses détails. Le rôle de la ménopause dans la production du syndrome est maintenant classique et Huchard la fait intervenir dans chacune des trois formes qu'il assigne à la maladie.

Dans l'angine de poitrine vraie, il admet que comme les intoxications, alcoolisme, saturnisme, etc., la ménopause est susceptible d'être la cause occasionnelle d'une aortite subaiguë ou chronique.

Dans les fausses angines, il fait une place aux angines névrosiques de la ménopause.

Dans les angines mixtes sur une lésion cardio-aortique préexistante se fait sentir l'influence de la ménopause et de son cortège de troubles nerveux.

L'action de l'intoxication génitale ovarienne ou polyglandulaire paraît donc indéniable à la ménopause. J'en connais des observations absolument nettes; dans l'une par exemple, on voit après castration double chez une femme d'âge moyen survenir des crises d'angor, que l'opothérapie ovarienne améliora rapidement.

Mais la filiation des phénomènes est quelquefois plus complexe, comme dans l'observation suivante que je vais vous rapporter en détail :

Il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans, entrée dans mon service, salle Sainte-Marie, réglée pour la première fois à douze ans et demi; sa menstruation ne fut jamais pénible. Des crises de rhumatismes déterminèrent chez elle une affection cardiaque que nous constatons. Pourtant fonctionnellement elle ne se ressentit de rien, jusqu'à l'âge de cinquante ans, ni au point de vue cardiaque, ni au point de vue génital. A cinquante ans les règles deviennent plus abondantes et douloureuses; deux jours avant leur venue s'installe un œdème surtout marqué au visage et à la face interne des jambes, œdème qui disparaît avec les règles. Puis bientôt apparaissent de violentes crises de douleurs thoraciques et abdominales. D'abord ces crises surviennent à propos de la venue des règles; puis quand celles-ci se suppriment, à l'époque correspondant à la date des règles absentes; enfin elles apparaissent même dans la période intermenstruelle à l'occasion d'une fatigue, d'un effort ou d'une émotion.

Voici en quoi consistent ces crises : d'habitude elles éclatent au milieu de la nuit; la malade est réveillée brusquement par un malaise vague, avec céphalée et un peu d'agitation. Presque aussitôt éclatent de violentes douleurs abdominales avec crise diarrhéique. Deux ou trois selles se succèdent rapidement. La malade se recouche et est prise alors d'étouffements, d'engourdissements dans les deux bras, et d'une vive douleur en barre à la base de la poitrine. Le bras gauche demeure inerte.

L'accès est rapidement calmé par le nitrite d'amyle, et alors surviennent une abondante transpiration et une toux quinteuse à la suite de laquelle la malade rejette un ou deux crachoirs d'une expectoration blanche et mousseuse. A ce moment les poumons sont pleins de râles d'œdème.

Quand l'orage se calme, les douleurs, la diarrhée, l'expectoration, les râles pulmonaires cessent. Et si on examine la malade en dehors de la crise, on lui

trouve une aortite se traduisant à la base du cœur par un double souffle caractéristique, une douleur à la pression de l'aorte abdominale qu'on sent battre nettement, douleur qui se propage le long des artères iliaques. Toutes les artères sont le siège de battements exagérés. La pression artérielle est très augmentée. Sous l'influence de l'opothérapie ovarienne, de la trinitrine et d'un régime approprié, les crises se sont très atténuées, en particulier la toux et l'expectoration ont presque disparu. Si les accès reviennent à l'occasion d'une cause quelconque, fatigue, émotion, ils n'ont dans aucun cas l'intensité première. Récemment il y eut une reprise plus sérieuse, mais d'abondantes épistaxis à répétition amenèrent une amélioration considérable, la nature s'étant chargée spontanément de l'émission sanguine.

Que s'est-il donc passé chez cette femme? Nous avons d'abord assisté à l'établissement de la ménopause ; à l'occasion de cette dernière, crises de douleurs abdominales avec œdème intestinal et diarrhée, c'est le tableau qu'assigne Teissier au syndrome qu'il appelle « angor abdominalis » ; crise de douleurs thoraciques avec œdème pulmonaire et expectoration, angor pectoris.

Comme la malade présentait des signes physiques nets d'aortite antérieure, on peut penser qu'il s'agit de cette « angine mixte » de Huchard où l'aortite, la ménopause, l'état névropathique concourent parallèlement à l'établissement du syndrome (je vous rappelle pour mémoire, et pour les rapprocher des crises d'œdème intestinal et pulmonaire, les poussées subites d'œdème à la face et aux jambes que présentait auparavant la malade, au moment des règles).

Or tous ces accidents se sont montrés chez cette femme au moment où la ménopause provoque la perturbation des glandes ovariennes et des autres glandes endocrines. En particulier, outre la défaillance ovarienne ménopausique, j'ai la conviction qu'il faut ici invoquer l'intervention de la capsule surrénale, comme facteur de certains éléments du syndrome.

Les connexions intimes de l'ovaire et de la surrénale, tant au point de vue embryologique que physiologique, vous sont connues.

La déchéance ovarienne s'est-elle accompagnée d'une hypertrophie fonctionnelle de la surrénale? Je le crois et c'est à cette hyperépinéphrie qu'il faut en partie rapporter et l'œdème pulmonaire et l'œdème intestinal. L'angor pectoris, et l'angor abdominalis relèveraient ainsi de la même cause. Au surplus ne voit-on pas la surrénale intervenir activement dans l'élaboration des éléments du grand syndrome ménopausique; c'est elle qui conditionne, en partie, l'hypertension et la tachycardie apparaissant à la ménopause, et précédant la sclérose artérielle et l'arthérome. Les troubles de circulation périphérique, la cyanose des extrémités, les alternatives de chaleur et de froid, certains troubles dyspeptiques, les rachialgies et les douleurs lombaires, ne font-ils pas partie du syndrome surrénal? Je vous rappelle aussi chez les femmes qui souffrent de ces troubles, la fréquence des pigmentations anormales : pigmentation des paupières, de la face, taches pigmentées, nommées à tort « taches ovariennes ». Ces mêmes pigmentations se retrouvent au cours d'autres troubles génitaux (fibromes, Dalché et Fouquet), de certaines obésités (Apert), de certains diabètes. Les causes peuvent s'unir et un syndrome complexe en résulte, où l'ovaire, la surrénale, la thyroïde, l'hypophyse peuvent entrer en jeu. (*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

LE PRONOSTIC DES NÉPHRITES CHRONIQUES

L'étude des néphrites chroniques a fait, en ces dernières années, des progrès considérables; les formes cliniques qui correspondent aux diverses lésions rénales sont aujourd'hui mieux classées : on a dissocié, dans les symptômes urémiques, ceux qui dépendent de la rétention chlorurée (chlorurémie) et ceux qui correspondent à la rétention azotée (azotémie); tous ces travaux ont permis d'arriver à des formules plus précises pour le pronostic des néphrites chroniques et on doit les utiliser de plus en plus dans la pratique journalière.

Un élève de l'école du service de santé militaire de Lyon, M. Rouquier, a écrit récemment une thèse documentée sur ce sujet : il était très bien placé pour faire ce travail puisqu'il pouvait s'inspirer des observations et des leçons cliniques du professeur Teissier, dont on connaît la grande compétence en pathologie rénale. M. Rouquier étudie successivement les renseignements fournis par l'examen des urines, par les méthodes d'élimination provoquée, par l'analyse du sang et du liquide céphalo-rachidien.

Examen des urines. — De cet examen, on peut tirer quelques conclusions; mais une analyse d'urines n'a de signification que si l'on compare le bilan des principes éliminés et celui des aliments absorbés. On appréciera ainsi le taux des chlorures, des phosphates, et des composés azotés, de l'urée en particulier; le dosage des sulfates peut être négligé. La diminution du taux des chlorures ou de l'urée excrétés permet, si elle est constante et notable, d'affirmer qu'il existe de l'imperméabilité rénale vis-à-vis de ces corps ou qu'ils sont anormalement retenus par l'organisme. Pour les phosphates urinaires, Teissier admet que la diminution de leur quantité totale est d'un mauvais pronostic, si leur absorption est, d'autre part, normale. En ce qui concerne l'albuminurie, M. Rouquier montre que la nature de l'albumine excrétée a une signification importante; il faut examiner d'abord les caractères physiques de l'albumine ; la non-rétractilité du coagulum albumineux n'a pas la valeur pronostique qu'on a voulu lui donner ; quand on voit se former, par le procédé de Heller-Gubler, un disque net et épais d'acide urique au-dessus du disque albumineux, on peut affirmer le caractère relativement bénin de l'albuminurie ; ce fait s'observe dans les albuminuries des maladies fébriles, dans les albuminuries cardiaques et goutteuses ; au contraire, un précipité épais d'un blanc mat surmontant un disque violet plus ou moins marqué d'indican implique un pronostic réservé, car ces caractères ne se rencontrent que chez les malades porteurs d'une lésion grave du rein et l'abondance de l'indican dénote une altération marquée de l'état général. L'association albumine et uro-hématine est d'un pronostic variable, car ce précipité s'observe aussi bien dans le mal de Bright que dans l'albuminurie des adolescents anémiques et névropathes. On notera ensuite les caractères chimiques de l'albumine ; d'après Teissier, l'*albumine acéto-soluble* est sans doute éliminée par le rein aux dépens de matières albuminoïdes à poids moléculaire abaissé et celles-ci résulteraient d'une mauvaise transformation, par un foie insuffisant, des protéiques ingérés; cette albuminurie hépatogène est d'un

bon pronostic, au point de vue rénal, chez un malade dont l'élimination urinaire est à peu près normale; elle devient au contraire d'un pronostic plus grave, lorsqu'elle coïncide avec une diminution notable des chlorures ou des phosphates; elle est d'un pronostic extrêmement sérieux si l'acéto-solubilité évolue vers la réaction des albumoses. En effet Bénédict Teissier avait montré que l'*albumosurie* peut exister chez les brightiques; J. Teissier a poursuivi cette étude et il résulte de ses recherches que la mise en évidence d'albumoses dans les urines des brightiques doit faire craindre une issue fatale prochaine; Teissier a publié 17 observations de brightiques dans les urines desquels il a trouvé des albumoses, associées à d'autres protéiques; parmi ces 17 malades, trois n'ont pas été suivis; les quatorze autres sont tous morts (urémie, œdème du poumon) de trois à six mois après le moment où la présence des albumoses dans leurs urines avait été établie. M. Rouquier termine ce chapitre de l'examen des urines en montrant que l'étude de la toxicité urinaire ne donne pas grands renseignements sur la valeur fonctionnelle des reins; que les caractères des cylindres urinaires peuvent fournir certaines indications sur le degré d'acuité des phénomènes néphrétiques, mais il existe des néphrites parcellaires avec cylindrurie sans que l'ensemble du parenchyme glandulaire soit lui-même touché. Enfin la cryoscopie des urines, méthode un peu délaissée aujourd'hui, fournit quelques données utiles.

Elimination provoquée. — M. Rouquier rappelle les nombreux procédés par lesquels on cherche à étudier la perméabilité rénale en introduisant dans l'organisme une substance qui s'élimine par les urines et pourra y être mise en évidence; ces procédés, leurs avantages et inconvénients, les résultats qu'ils fournissent sont bien connus, je n'y insiste pas, exception faite pour la *glycosurie phloridzique* à propos de laquelle M. Rouquier expose des faits assez nouveaux. Teissier a remarqué que l'épreuve de la glycosurie phloridzique donne, chez les brightiques purs, des résultats en apparence paradoxaux et peu conformes aux conclusions d'Achard et Delamare; en examinant dix-neuf malades atteints de néphrites chroniques, sans lésions ni troubles hépatiques, Rebattu, élève de Teissier, a toujours trouvé une glycosurie phloridzique normale; chez des tuberculeux à foie gros et dégénéré, chez des asystoliques avec foie cardiaque, chez des cirrhotiques, Rebattu a constaté de l'hypo ou de l'anaglycosurie phloridzique; par conséquent l'épreuve de la phloridzine renseigne sur l'état du foie bien plus que sur l'état des reins; la glycosurie ne se produit que chez les malades dont le foie est relativement sain; dans ces conditions, chez des malades dont le rein est devenu imperméable, la constatation d'une glycosurie phloridzique positive est d'un meilleur pronostic que celle de l'anaglycosurie (Teissier).

Examen du sang et du liquide céphalo-rachidien. — M. Rouquier signale la recherche de l'indice de réfraction du sang, indiquée par Widal et ses élèves (1); il montre l'importance prise par l'analyse chimique du sang et du liquide céphalo-rachidien; c'est surtout le *dosage de l'urée* qui donne des indications capitales pour le pronostic des néphrites chroniques, car plus la rétention azotée est intense dans une néphrite chronique, plus le pronostic s'assombrit. Les travaux récents sur ce sujet sont ceux de Widal (2), Javal (3), Sicard et Lasnier (4), Decloux et Gauducheau (5), Nobécourt et Darré (1); Widal a montré que pour le pronostic de l'insuffisance rénale « le dosage de l'urée dans le sang peut fournir le seul élément de certitude que nous possédions à l'heure actuelle ». Un litre de sérum sanguin renferme chez un sujet normal, 0g15 à 0g50 d'urée; au-dessus de 0g50, il y a rétention azotée. Widal distingue la petite azotémie (0g50 à 1 gramme) qui ne donne pas un pronostic immédiatement fatal et dans laquelle on peut observer des rémissions; l'azotémie moyenne de 1 à 2 grammes dont le pronostic est sombre, car il est rare que les malades ayant une rétention uréique de 1 à 2 grammes vivent plus d'une année; et enfin la grande azotémie dépassant 2 grammes; c'est alors la période ultime de la maladie, « un brightique dont le sérum a contenu plus de 2 grammes d'urée s'achemine fatalement vers la mort, malgré les rémissions temporaires qui pourraient faire croire à une amélioration réelle ». Il résulte encore des observations et des recherches de Widal qu'il n'y a pas un rapport constant entre l'apparition des signes cliniques de l'azotémie et le degré de la rétention uréique; l'analyse du sang indique donc très exactement le degré d'azotémie, alors que l'examen clinique du malade ne révèle parfois ni l'inappétence, ni la torpeur, ni le prurit, alors qu'il n'existe aucun des symptômes d'azotémie décrits par Widal.

M. BRELET.

(1) Voir l'analyse de la thèse de VAUCHER. *Gaz. des hôpit.*, no 31, 14 mars 1912.

(2) WIDAL. Le pronostic dans le mal de Bright par le dosage de l'urée du sang. Les rémissions temporaires et trompeuses de l'azotémie. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1911, p. 627.

(3) JAVAL. La grande azotémie. Ses formes, son évolution. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1911, p. 485.

(4) SICARD et LASNIER. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1911, p. 515.

(5) DECLOUX et GAUDUCHEAU. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1911, p. 517.

IVe CONGRÈS DE PHYSIOTHÉRAPIE

DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

(Paris, 9-11 avril 1912) (2)

Les agents physiques dans le traitement du goitre exophtalmique. — La Séance a été présidée par M. BERGONIÉ (Bordeaux). Vice-Présidents : MM. HOWARD HUMPHRIS (Londres), HENRARD (Bruxelles), GUNSBURG, MOERIS (Anvers), DE MUNTER (Liége), WYBAUM (Spa).

Depuis vingt ans et plus, la pathogénie et la thérapeutique du goitre exophtalmique exercent la sagacité des chercheurs. Lésion ou névrose du bulbe ou du sympathique, trouble anatomique ou fonctionnel de la glande thyroïde, état général névropathique ou perturbation générale des fonctions glandulaires, toutes ces hypothèses ont été défendues avec la même vraisemblance. Par suite, la thérapeutique oscille, au gré des théories et des rencontres cliniques, entre le traitement général physique et chimique des névropathes, la médication thyroïdienne et l'action chirurgicale sur le goitre ou sur le sympathique. Les années passent, et, sur ce point, la science n'avance guère. Aujourd'hui, comme il y a vingt ans, chaque conception, chaque thérapeutique a ses défenseurs, et l'observateur impartial ne peut conclure autrement que nous le faisions en 1896 (3) : c'est-à-dire que ce syndrome clinique, si net, si caractéristique, que l'on appelle « *basedowisme* » — sur le diagnostic duquel il ne peut y avoir d'hésitation ni de doute — correspond à une pathogénie complexe dans laquelle interviennent sûrement un état névropathique constitutionnel, portant principalement sur le sympathique, des troubles sécrétoires de la glande thyroïde et probablement d'autres glandes analogues, et peut-être des infections ou intoxications, cause ou conséquence de l'état névropathique et des troubles sécrétoires glandulaires.

L'imprécision de cette pathogénie ne peut que se traduire par l'imprécision de la thérapeutique. Le Congrès a donc été bien inspiré en mettant à l'étude cette difficile question. Il ne

(1) NOBÉCOURT et DARRÉ. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 janvier 1912.

(2) Fin. — Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1912, no 44, p. 645, et no 45, p. 662.

(3) M. FAURE. Étude sur le goitre exophtalmique. *Gaz. des hôpit.*, 4 juillet 1896.

faut point s'étonner de constater qu'il n'a point résolu les problèmes qu'elle pose, ni le lui reprocher.

Si l'on envisage le goitre exophtalmique au point de vue de l'incontestable névropathie (instabilité mentale, insomnie, irritabilité, agitation, tremblement), c'est à l'hydrothérapie et aux cures thermales d'intervenir. Elles l'ont fait de tout temps, et avec succès. C'est là, d'ailleurs, la plus ancienne thérapeutique du goitre exophtalmique, comme aussi la névrose fut sa plus ancienne conception pathogénique. — M. Dubois (Saujon) nous a exposé l'historique, la technique, et les résultats, de l'hydrothérapie ordinaire froide, combattant l'irritabilité du système nerveux. Déjà Charcot, en 1856, en signalait l'indication et les effets. — M. Piatot (Bourbon-Lancy) a fait une excellente étude du traitement hydrominéral, qu'il a divisé en : 1° méthode sédative, réalisée par le bain tiède prolongé et la douche tiède, à Néris, Bourbon-Lancy, etc.; 2° médication tonique et régulatrice du cœur (tachycardie, troubles vaso-moteurs), résultant de la balnéation tempérée carbo-gazeuse, dont les types français sont Royat et La Malou-le-Haut; 3° médication reconstituante par les eaux salines de Bourbonne, Salies-de-Béarn, etc. — Ainsi, la nécessité de calmer l'agitation des Basedowiens, de régulariser leur circulation, de remonter leur état général, justifie l'intervention de l'hydrothérapie froide et des cures thermales tempérées, dans la plupart des cas. Cette nécessité existe, en effet, quelles que soient la conception pathogénique et la variété clinique de la maladie de Basedow, et explique les bons résultats d'une thérapeutique, purement symptomatique sans doute, mais très judicieuse et, d'ailleurs, consacrée par une expérience ancienne et générale.

L'électricité vient en seconde ligne, par l'histoire et les résultats. MM. Chartier (Boulogne), Zimmern, Delherm et Laquerrière (Paris) nous rappellent les traitements classiques par la galvanisation et la faradisation du goitre, du pneumogastrique et du sympathique. Soit par l'action sur le système nerveux, soit par la diminution de l'activité glandulaire, ces interventions sont justifiées par des résultats, que la variabilité de la pathogénie rendent irréguliers (MM. Cyriax, Londres, et Libotte, Bruxelles).

MM. Belot, Ledoux-Lebard (Paris) nous apportent les résultats de l'action des Rayons X. Par leurs effets inhibiteurs sur les sécrétions glandulaires, et destructifs sur le parenchyme, ils ont un rôle marqué dans le traitement d'une affection causée, au moins en partie, par l'exagération ou la viciation d'une sécrétion glandulaire. Mais, pour les mêmes raisons que l'électrothérapie, la radiothérapie donne des résultats irréguliers (Bergonié et Speder, Bordeaux), en raison de l'inconstante pathogénie du basedowisme.

Aussi, les résultats de la Physiothérapie ne nous paraîtraient pas très intéressants, si le traitement médical thyroïdien, ou le traitement chirurgical du goitre et du sympathique, avaient donné les résultats que l'on escomptait. Mais, une fois de plus, les thérapeutiques basées sur une conception pathogénique nous ont déçus, et il a fallu revenir simplement aux résultats de l'expérience. Les bons résultats de l'intervention sanglante sont souvent contestables, et la mortalité chirurgicale est presque aussi élevée que celle de la maladie même (Delherm). Le traitement médicamenteux, bien que présentant des dangers peu graves, doit cependant être manié avec circonspection, et ne donne pas de résultats nets et réguliers. Par conséquent, et jusqu'à ce que cette difficile question soit élucidée, le traitement symptomatique de l'état névropathique par les moyens physiques (hydrothérapie, cure thermale) reste au premier plan, et le traitement électrique (sous toutes ses formes) du goitre et des nerfs du cou, reste l'intervention locale la plus recommandable.

***

Communications diverses. — La Séance est présidée par M. de Nobele (Gand). Vice-Présidents : MM. Deschamps (Rennes), Guilleminot (Paris), d'Halluin (Lille), Lanel (Châtel-Guyon).

M. Stapfer (Paris) a exposé une idée très originale : d'après cet auteur, entre chaque période menstruelle et à égale distance de chacune d'elles, les femmes auraient une sorte de flux utéro-ovarien régulier, analogue à celui des règles (mais n'allant point jusqu'à l'écoulement menstruel), et modifiant, comme lui, l'état physique et mental du sujet. Cette idée, si elle est confirmée, aura, évidemment, sa répercussion dans l'étude de la pathologie et de la psychologie féminines.

M. Badin (Paris), à l'occasion d'une discussion sur l'application des agents physiques à l'Orthopédie, a fait voter (à l'unanimité moins une voix) le vœu qu'une *Inspection des écoles, par des spécialistes, au point de vue Orthopédique, soit organisée en France.* Il n'est pas douteux qu'une semblable surveillance soit aussi nécessaire que celle des dentistes ou des oculistes. Souhaitons donc, avec le Congrès, qu'elle soit effectuée, non pas seulement dans une disposition administrative (qui, comme tant d'autres, pourrait être lettre morte), mais dans la réalité. A ce propos, rappelons que, dans un précédent article (1), nous avons demandé que le Congrès tînt ses assises, non seulement à Paris, mais alternativement dans les grandes villes de Province et dans les Pays de langue française. Voici une première occasion de démontrer l'intérêt de cette mesure. A l'Université de Bordeaux, l'on n'a point attendu le vœu du Congrès pour organiser, précisément, cette inspection orthopédique, qui fonctionne régulièrement, depuis plusieurs années, sous la direction d'un orthopédiste éminent, M. Gourdon. Aussi bien, pour beaucoup de réalisations d'ordre médical et éducatif, la ville de Bordeaux est-elle en avance sur Paris. Il serait aisé de le démontrer et de l'expliquer, mais cela n'est pas notre sujet.

Nous avons exposé, dans les comptes rendus des Congrès précédents, la théorie du traitement du cancer par la Thermopénétration, l'Electro-coagulation et la Fulguration. Nous ne reviendrons donc pas sur les communications de MM. Doyen et Keating-Hart (Paris). — M. Laborderie (Sarlat) a traité un cas de cancer du sein par l'ion-radium et un cas d'anthrax par l'ion-zinc, et M. Ledoux-Lebard (Paris) a fait des injections analgésiques de sulfate de radium insoluble chez les cancéreux inopérables.

La scoliose, les déviations du rachis, le pied bot congénital, ont été également l'objet de diverses communications, analogues à celles des Congrès précédents (MM. Mencière, Reims; Parès, Montpellier; Kouindjy, Sandoz, Paris; Roques, Bordeaux, etc.). — MM. Dausset (Paris) et Laborderie (Sarlat) se sont préoccupés du traitement des états anémiques par l'électricité statique et les applications de la chaleur. — M. Albert-Weil a exposé le traitement radiothérapique du spina ventosa.

***

Enfin, nous avons dû entendre, une fois encore, l'inévitable couplet sur la **Gymnastique suédoise**. Celle-ci, comme chacun sait, convient aux militaires et aux civils, aux enfants et aux vieillards, aux femmes et aux athlètes; elle guérit les maladies, entretient la santé, augmente la taille, diminue l'embonpoint et la maigreur, corrige la myopie, etc. Sans doute, des médecins suédois consciencieux ont fait remarquer que l'incontestable amélioration physique et mentale, qui s'est manifestée, par ces divers signes, dans leur pays, au cours du siècle dernier, a coïncidé avec la répression de l'alcoolisme et le développement des sports en plein air. Mais il paraît que cela n'est qu'une apparence, et qu'en réalité c'est la méthode gymnastique de la Suède, qui est seule cause de l'amélioration de la race, et, accessoirement, de tout le reste.

C'est en 1814, que Ling ouvrit son école, mère de toutes les

(1) *Gaz. des hôpit.*, 16 avril 1912, p. 646.

écoles de gymnastique suédoise. Il tenait de Maîtres français les principes de l'art qu'il implanta dans son pays. On sait le développement qu'y prit cet art, et, si l'on tient compte de l'époque où ce développement se fit, il n'est pas douteux que la gymnastique suédoise ait représenté, à un certain moment, un progrès remarquable, en Suède au moins.

Mais il n'en est pas moins exagéré de nous donner cette gymnastique comme une école parfaite d'Education physique. Outre que la variété des buts de l'Education physique ne peut permettre à une technique unique de les atteindre tous, il est évident, pour toute personne un peu attentive et instruite de ces questions, que la technique suédoise n'a, de l'anatomie et de la physiologie, qu'une connaissance apparente et superficielle, qui pouvait paraître suffisante en 1830, mais qui ne l'est plus de nos jours. Sa faveur, en France, lui est venue de son opposition aux excès de la gymnastique aux agrès. Ce point de départ était juste, et nul ne l'a contesté. — Mais celui qui considérerait l'éducation physique moderne comme représentée, en France, uniquement, par la gymnastique aux agrès, ferait montre d'une indigence documentaire vraiment excessive!

On ne peut plus, aujourd'hui, admettre un Code de gymnastique fermé, bâti sur des formules et sur des dogmes (que ceux-ci soient suédois ou non). L'Education physique, telle que nous la comprenons maintenant, est infiniment plus vaste et variée, et le snobisme, en faveur de la gymnastique suédoise, est aussi mesquin que les autres snobismes. — Aussi bien, y a-t-il d'autres raisons que des raisons scientifiques à l'attachement qu'on lui manifeste. Fidèles à leur vieille tradition nationale, les Français ne veulent point que des écoles prospères, que des idées justes et triomphantes, puissent servir à glorifier un nom français. Aussi raccroche-t-on, en hâte, au nom de Ling (qui ne peut plus protester), tout ce qui pourrait faire honneur à l'un des nôtres, en matière d'Education physique. — De même, il est entendu qu'en France, tout ce qui touche à la Reéducation motrice, s'appelle « Méthode de Frenkel », bien que celui-ci ait, d'ailleurs, protesté tant qu'il l'a pu contre cet abus de son nom et de sa méthode (1).

Une fois de plus, il faut aller à l'étranger, pour nous voir rendre justice. Depuis la fin du XVIIIe siècle, pendant tout le XIXe, et jusqu'à nos jours, la France a produit une pléiade d'hommes remarquables, qui ont dit et fait, en matière d'Education physique, tout ce qui était nécessaire. Il suffisait de les écouter et de les suivre : c'est ce que l'on n'a pas fait. Et les Suédois, aujourd'hui comme par le passé, nous empruntent ce qui est bon. Ils lâchent leur gymnastique surannée, condamnent leurs gymnastes-médecins (qui sont, rarement, l'un ou l'autre). — Et bientôt, il n'y aura plus que la France, pour former des grands prêtres et recruter des fidèles à cette religion disparue. Ling, qui savait ce qu'il disait en cette matière, avait, du reste, déclaré que « lorsque la France voudrait bien s'occuper sérieusement de la gymnastique, elle en ferait quelque chose de grand ». — C'est ce qu'elle est en train de faire, et elle y travaille depuis longtemps, mais les Français seront les derniers à s'en apercevoir.

MAURICE FAURE.

(1) Nos paysans, dans leurs villages, jouent, chaque dimanche, derrière l'église, à un vieux jeu français, avec des boules et des quilles; — mais les Parisiens, chaque dimanche, jouent, dans leurs cafés, avec des boules et des quilles, à un nouveau jeu anglais, le « bowling ».

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 19 AVRIL 1912)

Sténose laryngée provoquée par une trachéite suppurée. Trachéotomie. Guérison. — MM. CAUSSADE et WILLETTE rapportent l'observation d'un homme de quarante-huit ans entré à l'hôpital Tenon et présentant tous les signes d'une sténose laryngée marquée, cornage, tirage sus et sous-sternal, immobilité de la cage thoracique, dyspnée violente, accès de suffocation subintrants. L'examen radioscopique médiastinal ne faisant découvrir aucune tumeur ni abcès, les auteurs, en présence de l'asphyxie imminente, pratiquèrent la trachéotomie. A peine la trachée fut-elle ouverte, qu'une grande quantité de muco-pus fit irruption à travers la canule. La guérison fut radicale. Il s'agissait d'une laryngite hypoglottique suppurée que les auteurs ont pu localiser grâce à la bronchoscopie en un siège qui fut assez éloigné du larynx pour ne provoquer aucune lésion apparente au-dessous des cordes vocales, ni aucune gêne de l'abduction mais qui toutefois fut assez rapproché de ces dernières pour amener une contracture des muscles constricteurs de la glotte ligamenteuse seule et par conséquent une occlusion complète de cet espace. Cette contracture fut la cause de tous les accidents laryngés. C'est là, dans les conditions actuelles, une particularité intéressante à signaler. Il faut encore noter que la voix reste claire, fait qui s'explique par le mécanisme de la contracture invoquée par les auteurs. Il faut insister aussi sur la localisation très nette de la lésion dans une région antérieure et tout à fait supérieure de la trachée. La muqueuse du larynx était absolument saine. La nature grippale de cette affection paraît probable, car elle s'est développée en milieu épidémique. Elle fut fébrile. Elle débuta par des douleurs cuisantes à la base du cou; il y eut quelques râles trachéaux, et une sensation de tension et plénitude à ce niveau. Ces signes précédèrent de huit jours les accidents qui nécessitèrent la trachéotomie. Mais il n'y eut ni toux ni expectoration. La durée de cette affection fut d'un mois. Celle de la sténose laryngée fut de huit jours environ.

Dosage de la cholestérine par le procédé de M. Grigaut. — On se rappelle qu'à la suite de discussions sur le dosage de la cholestérine, qui eurent lieu à la Société médicale des hôpitaux, entre MM. Chauffard et Grigaut, Lemoine et Gérard, une commission avait été nommée dans le but de rechercher la valeur du procédé de M. Grigaut. M. MEILLIÈRE a donné hier lecture du rapport de la commission qui était composée de MM. Pouchet, Grimbert, Meillière, Legendre et Marcel Labbé.

Il s'agissait de déterminer si la cholestérine, isolée par M. Grigaut, possédait bien les propriétés physiques de ce corps, et si la quantité trouvée par divers opérateurs donnait toujours des chiffres identiques.

Les opérations furent poursuivies, dans le laboratoire de M. Chauffard, à l'hôpital Saint-Antoine, et dans ceux de M. Pouchet et de M. Grimbert.

Le produit obtenu présentait bien les qualités physiques de la cholestérine et un point de fusion variant entre 145 et 148. Le taux trouvé fut le même en opérant sur le même sérum.

M. CHAUFFARD, après la lecture de ce rapport, tient à en souligner le résultat qui est la meilleure preuve que le procédé de M. Grigaut a rendu un signalé service et à la sémiologie clinique et à la pathologie générale.

Tétanos grave guéri par la sérothérapie. — MM. Oulmont et J. Dumont rapportent une observation de tétanos aigu, généralisé, d'origine traumatique. Le malade traité par le chloral et par le sérum antitétanique à hautes doses, administré simultanément par la voie sous-cutanée et intrarachidienne, a guéri malgré l'apparition durant la convalescence d'un delirium tremens. Les injections intrarachidiennes ont déterminé une méningite puriforme aseptique intense et une aggravation temporaire et sans importance des contractures.

Hémophilie chez un syphilitique albuminurique. — MM. Achard et Saint-Girons rapportent l'observation d'un ancien syphilitique atteint depuis plusieurs années de néphrite avec albuminurie chez lequel survint de l'hémophilie caractérisée par des suintements sanguins tenaces répétés, par des troubles de la coagulation du sang (retard et caillot plasmatique) disparaissant par l'adjonction de sérum normal. Il n'y avait pas de fragilité globulaire, ni autolysine, ni de phénomène de Donath, mais le sérum renfermait une isolysine, circonstance qui ne paraît pas avoir encore été signalée dans l'hémophilie. L'anémie était considérable (1 160 000 hématies), l'hémoglobine très diminuée (15 p. 100).

La mort survint à la suite d'attaques urémiques; la rétention d'urée était très marquée.

L'autopsie montra que les reins très sclérosés n'étaient pas les seuls organes malades; le foie, dont les lésions paraissent jouer un rôle important dans la pathogénie de l'hémophilie, était scléro-gommeux.

Il n'était guère possible, à la période hémophilique, de traiter la syphilis, d'autant plus que c'est à la suite d'une tentative de traitement mercuriel que s'étaient produites les hémorragies incoercibles. Le traitement par l'arsenobenzol en lavements et à faibles doses (0g30) a été essayé sans accidents, mais aussi sans résultats thérapeutiques. Quant au traitement de l'hémophilie par la peptone de Witte et l'injection de sérum, il a produit seulement un arrêt temporaire des hémorragies.

VARIÉTÉS

LES CARACTÈRES DU BON BEURRE

Le médecin est appelé aujourd'hui à donner son avis sur tant de choses, surtout en fait d'alimentation, que nous pensons être utile à nos confrères en reproduisant ici quelques notions pratiques permettant de reconnaître le bon beurre. Nous les empruntons au très intéressant et très recommandable ouvrage que vient de publier M. Francis Marre, expert chimiste près la Cour d'appel de Paris, et qui porte ce titre suggestif : *Défendez votre estomac contre les fraudes alimentaires* (1).

Il faut d'abord savoir que le beurre nettement jaune que l'on rencontre partout est artificiellement coloré et que certains producteurs substituent parfois des colorants minéraux interdits par la loi, aux colorants végétaux que seuls elle autorise. Mais cette sophistication, il n'y a que le laboratoire qui puisse la déceler. Il est facile au contraire à l'acheteur de faire couper un morceau de beurre dans une grosse motte et de se rendre compte si la masse de cette dernière est uniformément colorée; s'il existe en effet des différences de teinte sur la section, il s'agit probablement d'une « motte fourrée » constituée par un noyau central de beurre médiocre enrobé de beurre de bonne qualité.

D'autre part il convient d'examiner avec attention la section de la motte de beurre. Elle doit être pleine, unie et homogène, et ne pas laisser « suer » des gouttelettes d'eau à sa surface, sans quoi il est vraisemblable que le beurre a été « mouillé », qu'on lui a incorporé de l'eau par malaxage. Même si le liquide qui sourd est du petit lait, c'est que le beurre a été mal fait et ne saurait se conserver.

La dégustation du beurre, qui nécessite un certain entraînement, doit toujours être faite à jeun. « Le beurre doit avoir une saveur très franche, sans arrière-goût âcre ou rance ou moisi, un arome agréable, parfumé, rappelant légèrement celui de la noisette bien mûre. A l'odorat, il ne doit donner qu'une impression faible et douce. »

Pour apprécier ces qualités du beurre, il convient de faire une boulette grosse comme un pois et de la placer sous la langue; dans ces conditions elle doit fondre intégralement et assez vite sous l'action de la température buccale. Si au contraire la fusion n'est pas intégrale, s'il persiste des particules solides assez adhérentes et ne fondant qu'avec lenteur ou à l'aide de mouvements de la langue, le beurre est margariné, et ce qui persiste n'est autre que le suif épuré de bœuf dont le point de fusion est notablement plus élevé que la température de la bouche.

C'est au cours de cette petite manœuvre qu'apparaissent nettement les qualités de finesse, d'arome et de fraîcheur du beurre. S'il est trop vieux et oxydé il possède un goût suiffeux très prononcé, et il y a en outre une décoloration plus ou moins considérable. Si le beurre est rance, sa coloration peut être demeurée normale, mais le goût très désagréable ne saurait passer inaperçu.

Il n'existe pas de moyen pratique et simple pour déceler si le beurre a été additionné, non plus de margarine, mais de graisses végétales. Pourtant, quand on est très entraîné on peut arriver à se rendre compte de la falsification par le procédé suivant. On fait une seconde boulette, on l'introduit cette fois entre la joue et les gencives et on l'y laisse fondre doucement. On ouvre alors la bouche toute grande et on respire largement; on perçoit une saveur nette si le beurre est pur, et au contraire une saveur douce et très spéciale s'il existe une proportion assez considérable de coco.

Les moyens suivants sont également intéressants à mettre en œuvre. On prend un tube à essai, et on le remplit aux trois quarts de beurre que l'on bourre avec une tige de bois; on porte ensuite le tube au bain-marie et quand la température atteint environ 38 degrés; le bon beurre commence à fondre, si la fusion ne commence qu'à une température plus élevée le beurre contient probablement de la margarine.

La fusion du beurre étant complète on examine le tube à contre-jour, et l'on aperçoit trois couches superposées : au fond un dépôt assez abondant, d'aspect laiteux et mobile; au-dessus une couche liquide plus ou moins jaunâtre, mais limpide, transparente et claire ; tout à fait en haut une couche de matière grasse bien fluide. Si la hauteur de la couche liquide dépasse un cinquième du contenu total du tube, il y a trop d'eau dans le beurre. Si cette couche liquide est louche et blanchâtre le dépôt du fond étant gris au lieu d'être laiteux, et paraissant coller aux parois du tube, le beurre doit contenir de la margarine. Une dernière épreuve consiste à jeter le contenu bien fluide du tube sur un carré de flanelle blanche usagée, à mailles serrées. Pur, le beurre filtre facilement, additionné de margarine il filtre lentement, et la partie filtrée est louche et laiteuse au lieu d'être claire et limpide.

Les huiles végétales étant solides aux basses températures, on s'en sert fréquemment en hiver pour frauder le beurre, mais le froid lui-même peut être un révélateur. Si par un temps sec de gelée on expose du beurre à l'air pendant un quart d'heure, il devient cassant, dur, sec au toucher s'il est pur; il reste au contraire onctueux et mou sous les doigts s'il renferme des huiles végétales.

Notons enfin les procédés suivants. On fait fondre du beurre dans une cuiller jusqu'à production de vapeurs, et on en fait tomber une goutte sur de l'eau presque bouillante dans

(1) 1 vol. de 590 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, H. Malet.

un récipient à large orifice. Si le beurre est pur, il forme instantanément une couche mince à la surface de l'eau tandis que de fines gouttelettes se rassemblent au centre et se dirigent vers les parois du vase; le beurre falsifié par de la graisse végétale s'étend en couche épaisse et de grosses gouttes se voient sur toute la surface de l'eau.

Nous n'insisterons pas sur le grésillement accompagné de projection de gouttes de liquide bouillant que donne le beurre additionné d'eau lorsqu'on en met dans une poêle chaude, et nous terminerons en indiquant que si sur une pelle à feu portée au rouge sombre on projette une boulette de beurre grosse comme une lentille, on perçoit l'odeur du beurre fondu s'il est pur, l'odeur de la viande grillée s'il contient du suif ou de la margarine; les huiles ou graisses végétales donnent des vapeurs âcres et nauséabondes rappelant celles d'une lampe à huile dont la mèche charbonne.

Comme on le voit ces procédés sont très simples à mettre en pratique et ils peuvent rendre constamment des services. Nous avons tenu à les résumer ici, et pour leur utilité même, et parce qu'ils donnent une idée très nette de l'esprit dans lequel est écrit tout l'ouvrage de M. Francis Marre auquel nous nous hâtons de renvoyer nos lecteurs.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

BRONCHITE AIGUE

Prescrire à chaque repas deux à quatre des capsules suivantes, à prendre entre deux plats :

Gouttes Livoniennes de Trouette-Perret : Un flacon.

Pris dès le début des accidents, ce médicament constitue un véritable traitement abortif; plus tard, il facilite le passage à la période de coction, puis tarit les sécrétions et évite le passage à l'état chronique.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal médical français. — (N° 2, 15 fév. 1912.) A. GOUGET : Pathogénie de l'artériosclérose. — A. MARTINET : Viscosité sanguine et artériosclérose. — J. HEITZ : Conceptions pathogéniques de l'hypertension permanente, déductions cliniques et thérapeutiques. — JOSUÉ : Traitement de l'artériosclérose. — CASTAIGNE et F.-X. GOURAUD : L'aortite abdominale.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 6, 6 fév. 1912.) A. FRAENKEL : Insuffisance cardiaque chronique et traitement intraveineux par la strophantine. — SCHOTT : Sur le manque de systoles des oreillettes. — IVERSEN : Théorie de l'action du salvarsan et de l'arsenophenylglycine. — KLAUSNER : Thrombose éloignée après injection intraveineuse de salvarsan. — JAEGGER : Extrait d'hypophyse comme abortif. — LANGE : Douleurs de pied plat et traitement du pied plat. — VAN LEERSUM : Examen des fèces. — KOELSCH : Argyrie totale professionnelle. — MANDELBAUM : Nouvelle plaque pour la culture des bactéries du groupe coli-typhique. — GLOMBITZA : Etude sur l'adaline. — MSERNITZKY : Influence destructive de l'émanation de radium sur la peau. — SCHREIBER : Un cas particulier d'atrésie de l'anus.

Presse médicale. — (N° 10, 3 fév. 1912.) E. J. MOURE : De l'examen gastroscopique. Sa technique et sa valeur clinique. — GALLAVARDIN et DELACHANAL : Œdème aigu angioneurotique au cours du rhumatisme blennorragique. — (N° 11, 7 fév.) A. GILBERT, E. CHABROL et H. BÉRARD : Recherches sur la biligénie consécutive aux injections expérimentales d'hémoglobine. — Robert LEROUX : Dangers et méfaits du menthol. — Léon MEUNIER : Un symptôme clinique de l'ulcère duodéno-pylorique. — (N° 12, 10 fév.) GAUCHER et GUGGENHEIM : Pronostic des troubles auriculaires provoqués par l'hectine. — Marcel LABBÉ et BITH : La diurèse au cours de la fièvre typhoïde. — E. DEGLOS : La goutte des glandes salivaires. — (N° 13, 14 fév.) D'ESPINE : Paralysie infantile à type Duchenne-Erb. — HARTENBERG : Les céphalées musculaires. — SABRAZÈS : Importance des colorations extemporanées quasi-vitales pour le diagnostic du paludisme et l'étude des diverses modalités d'hématies parasitées. — (N° 14, 17 fév.) L. C. MAILLARD : Recherche du mécanisme naturel de formation des albuminoïdes. — L. CHALIER et L. NOVÉ-JOSSERAND : Hémolyse et cirrhose pigmentaire chez un diabétique. — Ch. MANTOUX : La voie intradermique en tuberculinothérapie.

Progrès médical. — (N° 4, 27 fév. 1912.) H. PAILLARD : La toux émétisante des tuberculeux. — M. GRIOLET : Un cas d'hémorragie méningée sous-arachnoïdienne chez un enfant. — (N° 5, 3 fév.) P. COURMONT et A. CADE : La gastrite ulcéreuse urémique. — (N° 6, 10 fév.) F. X. GOURAUD et C. RŒDERER : Essai de traitement des tuberculoses externes par le sérum de Marmorek. — G. ETIENNE et M. PERRIN : Deux cas d'ictère par hémolyse après ingestion d'extrait de fougère mâle.

Province médicale. — (N° 5, 3 fév. 1912.) G. RAUZIER : Deux cas d'angine de poitrine hystérique chez des aortiques. — H. DIDIER : L'alcalinité des cendres de l'urine, sa valeur séméiologique. — (N° 6, 10 fév.) JABOULAY : Origine sarcosporidienne des plasmodes, de la substance granuleuse et des cellules dans les tumeurs humaines. — H. ROGER : A propos de deux cas d'anémie pernicieuse. — (N° 7, 17 fév.) SARGNON : Vingt-six cas de sténoses cicatricielles de l'œsophage. — BRAU-TAPIE : Prolapsus énorme du rectum chez un enfant. Laparotomie. Eviscération secondaire. — (N° 8, 24 fév.) CRESPIN : Tic douloureux de la face et son traitement par les injections neurolytiques. — M. PERRIN et A. RÉMY : Influence de l'hypophyse sur l'organisme féminin, sur la gestation, sur la descendance, etc. — THÉVENOT : Considérations sur quelques effets urinaires de la sérothérapie rénale.

Revue médicale de l'Est. — (N° 3, 1er fév. 1912.) BERNHEIM : Sclérose latérale amyotrophique consécutive à un traumatisme périphérique. — (N° 4, 15 fév.) G. ETIENNE et N. DAUPLAIS : Le métabolisme de la chaux dans un cas d'ostéomalacie sénile. — Georges GROSS et A. THINESSE : Un cas d'infection des glandes salivaires consécutive à une pneumonie chez un vieillard.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.


PENSEZ... à
L'OSTÉOHÉPATINE
QUAND VOUS VOULEZ
REMINÉRALISER
RÉCALCIFIER
5 TABLETTES
PAR
JOUR
Médication
Récalcifiante intensive
par nature "assimilable"
Tablettes "Ostéohépatine"
Opothérapie osseuse et hépatique
associée assurant le maximum
d'absorption minérale. (Trav: Teissier, Robin, etc.)
GEO·ROUX 12
LITT. & ÉCHANT. LABORATOIRE DE BIOLOGIE A. DANIEL-BRUNET 5 Rue du Docteur Blanche PARIS


administration prolongée
de
GAÏACOL INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
par le THIOCOL "ROCHE"
Uniquement sous forme de
SIROP "ROCHE"
COMPRIMÉS "ROCHE"
CACHETS "ROCHE"
Sirop Roche
CACHETS ROCHE DE THIOCOL
COMPRIMÉS ROCHE DE THIOCOL
PRODUITS
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges PARIS

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 22 avril : MM. Halbron, 17; Abrami, 17 1/2; Ramond, 16.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Ordre de lecture.* — MM. Kendirdjy, Rouhier, Hallopeau, Mercadé, Bailleul, Bazy, Ockinczyc, Piquand, Poupardin, Heitz-Boyer, Sauvé, Bréchot, Guimbellot, Français, Gasne, Deniker, Muret, Roux, Marcille, Küss, Picot, Capette, Martin, Mathieu, Barbier, Gernez, Mocquot.

Lecture. — Séance du 22 avril : MM. Kendirdjy, 13; Hallopeau, 27; Mercadé, 28; Bazy, 22.

— Concours de dentiste adjoint des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Richer, Capdepont, Rousseau (L.-J.), Blum et Wurtz.

— Concours de l'internat de Brévannes. — *Epreuve écrite.* — Question donnée : « Artère poplitée. Signes et diagnostic de la coxalgie ».

Ordre de lecture : MM. de Siéranski, Gibert, Chasseray, Duponchel, Ravina, Lautier, Bertrand, Vallerant, Poisvert, Schmutz, Chenet, Figowski, Ohanianz, Dauphin, Guermon, Dujarric de la Rivière, Boussi.

Séance du 22 avril : MM. Siéranski, 17 ; Gibert, 24; Chasseray, 20; Duponchel, 27.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Question donnée : « Présentation de l'épaule. Version podalique. — Signes et diagnostic de l'ulcère de l'estomac. »

Ordre de lecture. — Mme Klimowicz, MM. Janin, Burnier, Lehmann, Croll, Bougeant, Gadreau, Lourier, Lenègre-Thourin, Rol, Doucet, Duclaud, Bruker, Fenard, Houdard, Guillon, Martz, Mathey, Ferry, Wallimann, Hutinet, Chalard, Capot de Quissac-Vaudrin, Strauss.

Lecture. — Séance du 22 avril. — Mme Klimowicz, 7 + 10 = 17; MM. Janin, 12 + 16 = 28; Burnier, 14 + 18 = 32; Lehmann, 9 + 12 = 21 ; Bougeant, 10 + 15 = 25.

Prochaine séance, jeudi 25 avril, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

LE BUDGET DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Les crédits inscrits au projet de budget de l'instruction publique pour 1913 dépassent de 6.662.810 francs ceux du budget de 1912. Cette augmentation provient surtout des améliorations accordées au personnel de l'enseignement primaire, de la réforme des études médicales et pharmaceutiques, de la création de chaires aux universités de Bordeaux et de Nancy, etc.

OFFICE INTERNATIONAL D'HYGIÈNE PUBLIQUE. — Le comité de l'office international d'hygiène publique, qui est composé uniquement de délégués officiels des gouvernements participants a tenu hier sa session extraordinaire de 912.

Dans cette réunion ont été abordés : l'étude de l'importante question de divers moyens pouvant être mis en application dans les villes et communes, selon leur situation, ou à bord des navires, pour la stérilisation des eaux potables, l'examen de l'état actuel des études entreprises en ce qui concerne la possibilité de la transmission de la peste par les chameaux, la question de quelques règles générales pouvant être établies éventuellement pour définir les « navires encombrés » au point de vue sanitaire, notamment en temps d'épidémie. Le comité a également envisagé les moyens possibles pour diminuer les ravages du trachome.

Vingt-cinq pays participent à l'office international, savoir : République Argentine, Belgique, Brésil, Bulgarie, Egypte, Espagne, Etats-Unis, France, Algérie, Grande-Bretagne, Indes britanniques, Australie, Canada, Italie, Mexique, Pays-Bas, Pérou, Perse, Portugal, Russie, Serbie, Suède, Suisse, Tunisie, Turquie.

LA PATENTE DE SANTÉ DANS LA MARINE. — Le *Journal officiel* du 23 avril 1912 publie un décret portant modifications au décret du 4 janvier 1896 relatif à l'établissement, à la délivrance, au visa et à la présentation de la patente de santé.

UNE NOUVELLE ŒUVRE ANTI-ALCOOLIQUE AU CANADA. — Le journal canadien *la Patrie*, qui paraît à Montréal, annonce que, « avec l'autorisation de la législature et l'approbation de Mgr l'archevêque, les religieuses du Bon Pasteur viennent de fonder à leur maison de la rue Sherbrooke-Est, une retraite pour les femmes victimes de l'alcoolisme et de la morphinomanie. L'œuvre porte le nom de « Pension Sainte-Euphrasie » et sera sous la direction immédiate des religieuses. Des spé-

cialistes accorderont tous les soins médicaux nécessaires à ces malades et un prêtre les visitera régulièrement pour les consoler, les relever, soigner leur âme. L'œuvre est évidemment belle si l'on songe à l'étendue qu'a prise chez la femme cette plaie sociale. Des chambres très confortables seront mises à la disposition des malades, ainsi qu'un salon, des salles de musique, de lecture, une bibliothèque, des jardins, etc.

La discrétion la plus complète sera assurée aux malades et à leur famille ; les noms des patientes ne seront connus que de la directrice. L'institution sera à la disposition des femmes riches et pauvres. »

Est-il besoin d'insister sur l'intérêt considérable qu'il y aurait à voir des œuvres identiques se multiplier, notamment en France ?

A. G.

LE CONGRÈS INTERNATIONAL D'ÉDUCATION PHYSIQUE. — Sous la présidence de M. Liard, vice-recteur de l'Académie de Paris, membre de l'Institut, s'est tenue lundi soir, à la Sorbonne, la deuxième réunion du comité d'organisation du Congrès international d'éducation physique de 1913.

Les fédérations suivantes étaient représentées : l'Académie des sports, le Comité national des sports, l'Aéro-Club de France, la Ligue d'éducation nationale, l'Union des sociétés de gymnastique de France, la Ligue française d'éducation physique, le Touring-Club de France, l'Union vélocipédique de France, la Fédération française de boxe, la Faculté de médecine, par son doyen, le professeur Landouzy, le Comité international olympique, le Saint-Hubert-Club de France, la Ligue d'hygiène scolaire, l'Ecole de Joinville-le-Pont, la Société des médecins inspecteurs des écoles, la Fédération d'escrime, la Ligue de l'enseignement, la Fédération française d'aviron, l'Association du yachting de course, l'Union des sociétés françaises de sports athlétiques, etc.

L'assemblée a fixé la date définitive du Congrès à la semaine précédant celle de Pâques. Il se tiendra à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence du professeur Gilbert, membre de l'Académie de médecine.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Lande, président de l'Association générale des médecins de France. Au cours de l'assemblée annuelle de l'A. G. tenue dimanche dernier à la Faculté de médecine de Paris, au moment où, après avoir prononcé son discours d'ouverture, la discussion des questions à l'ordre du jour commençait, M. le président Lande tomba brusquement frappé d'apoplexie. Transporté dans une maison de santé, notre regretté confrère succomba sans avoir repris connaissance.

Professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin des hôpitaux, Lande s'était toujours intéressé passionnément aux questions d'ordre professionnel. Fondateur avec Cézilly de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français, il fut président de l'Union des syndicats médicaux de France, et vice-président du conseil général de l'Association générale des médecins de France. L'an dernier il en avait été élu président.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Archives des maladies de l'appareil digestif. — (N° 3, mars 1912.) LOEPER et THINK : La concentration moléculaire des liquides gastriques et l'activité de dilution de l'estomac. — A. PIOT : Le diagnostic de l'oblitération cancéreuse du canal thoracique est-elle possible ? — Walter SALLIS : La syphilis du pancréas. — Roger GLÉNARD : Trois ans de la société de radiologie médicale de Paris au point de vue des maladies de l'appareil digestif.

Archives générales de médecine. — (Mars 1912.) P. BONNIER : La muqueuse nasale et les centres pneumogastriques. — Léopold LÉVI : Pathogénie de l'asthme thyroïdien et ovarien. — Ch. SABOURIN : Pseudo-épanchement de l'interlobe et interlobites mixtes chez les tuberculeux. — G. ROSENTHAL : Exercices de respiration dans les maladies chroniques des voies respiratoires des adultes.

Clinique. — (N° 9, 1er mars 1912.) QUÉNU : Pancréatites biliaires (*fin*). — G. LYON : Les médicaments réellement utiles, leurs modes d'administration, leurs indications. Les notions de thérapeutique indispensables aux praticiens résumées en quelques leçons. — KIRMISSON : Attitude scoliotique provoquée par une exostose sous-scapulaire gauche chez un malade présentant des exostoses multiples.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 5, 1er fév. 1912.) BÄUMLER : Diagnostic et traitement de la cirrhose du foie. — FRIEDBERGER et MITA : Nouvelle méthode pour injecter de grandes quantités de sérum hétérogène aux sujets hypersensibles. — SPIESS : Emploi du sérum antistreptococcique par la bouche ou localement en poudre. — NICOLAÏ : L'électrocardiographe comme moyen de diagnostic pour le praticien. — KILLIAN : Elargissement des fosses nasales non sanglant. — AOGAGI : Paralysie ischémique par oblitération des artères des extrémités. — SCHRIDDE : Le granuloma telangiectodes europeum, maladie à protozoaires. — BAER : Un cas d'appendicite aiguë avec iléus. — DUFAUX : Diagnostic de la gonorrhée chronique des organes génitaux externes chez la femme. — PETERS : Technique du traitement du mal de mer.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 7, 13 fév. 1912.) HOLZKNECHT et FUJINAMI : Examen de la motricité gastrique au moyen de l'éclairage par transparence. — STREN : Traitement abortif de la syphilis par le salvarsan. — SCHUSTER : Charbon et salvarsan. — MUCK : Influence de la circulation sanguine à l'intérieur du crâne par la position sterno-cléidale de la tête. — SCHULZ : Passage de l'acide silicique dans le lait par stérilisation dans des bouteilles de verre. — JÖDIKE : Le zébromal, nouvel antiépileptique. — PONNDORF : La vaccine du lapin. — BERNHUBER : Porteuse de bacilles dans une maison d'éducation. — SCHÖN : Un cas de strabisme il y a cent vingt ans, d'après une auto-observation. — POULSEN : Nouveau cas d'alkaptonurie avec ochronosis. — STRAUSS : Cancer de l'œsophage latent. — SCHMUCKERT : Examen du larynx et de la gorge chez les petits enfants. — HOFFMANN : Expiration saccadée dans l'anévrisme aortique. — HOLZBACH : Un traitement de l'avortement fébrile peut-il être aujourd'hui fondé par le médecin sur des données bactériologiques. — RUNGE : Mesure quantitative des rayons Röntgen en emploi thérapeutique. — BLÜMEL : Le choix des différentes tuberculines. — A. FRAENKEL : Insuffisance cardiaque chronique et traitement par la strophantine intraveineuse.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 7, 17 fév. 1912.) Paul LAURENS : Evolution clinique et anatomique d'un cas de leucoplasie du larynx. — (N° 8, 24 fév.) AUDIBERT : Ethmoïdectomie pour épithéliomas. — A. THOORIS : Appareil pour mesurer le champ opératoire.

Revue neurologique. — (N° 3, 15 fév. 1912.) E. CASTEX : Appareils et méthodes de dynamométrie clinique. — E. GELMA : Paralysie spinale infantile, reprise tardive d'amyotrophie et cypho-scoliose. — (N° 4, 29 fév.) S. A. K. WILSON : Dégénération lenticulaire progressive, maladie nerveuse familiale associée à la cirrhose du foie (4 fig.). — HALIPRÉ : Paralysie pseudo-bulbaire transitoire d'origine protubérantielle, parésie des quatre membres chez une femme atteinte d'endocardite mitrale (4 fig.). — BERTOLOTTI : A propos des « réflexes cutanés du dos ». — FUMAROLA : Encore à propos du signe de Ch. Bell.

HOTEL-DIEU

QUELQUES ACCIDENTS GÉNÉRAUX DE LA VIE GÉNITALE DE LA FEMME

LEURS RAPPORTS AVEC LES DYSTROPHIES POLYGLANDULAIRES

PATHOGÉNIE. — TRAITEMENT

Par M. PAUL DALCHÉ (1).

IV

Tétanie. — En 1909, j'ai rapporté à la Société de thérapeutique une observation que je vais vous rappeler succinctement.

Il s'agit d'une dame de cinquante-cinq ans qui, depuis le début de sa ménopause, souffrait de crises douloureuses à répétition au niveau des mains. Les premiers accès se manifestèrent il y a quatre ans au moment où les périodes commençaient à être troublées et à s'accompagner de certains malaises tels que des bouffées de chaleur. Quand je l'ai vue les règles étaient complètement supprimées depuis dix-huit mois. Les crises à ce moment étaient journalières et une ou deux fois par mois se manifestaient avec une violence particulière. Chacune débutait par un engourdissement des doigts, puis de la main, puis d'une partie de l'avant-bras, suivi de sensations de brûlures, et enfin de crampes atrocement douloureuses. En même temps les deux mains étaient atteintes de contracture, rendant tout mouvement impossible et provoquant une attitude qui résistait à toute tentative faite pour la vaincre. Les téguments ne changeaient pas de couleur, la température restait normale. La crise durait d'une demi-heure à deux heures. Les membres inférieurs étaient indemnes.

Certaines influences agissaient sur les accès : l'abaissement de la température, le contact de l'eau froide semblaient les provoquer ; elles étaient plus fréquentes l'hiver que l'été, la nuit que le jour.

Dans leur intervalle, la force, la motilité, la sensibilité étaient intactes.

La malade, neuro-arthritique, ne présentait aucun stigmate d'hystérie, rien au cœur ni aux artères, rien dans les urines ; pas trace de trouble stomacal.

Le point important est qu'avant la ménopause cette femme n'avait jamais présenté d'accidents semblables.

Il ne s'agissait ni d'asphyxie des extrémités ni d'acroparesthésie, syndromes que je vais bientôt vous décrire : c'était bien une tétanie authentique.

Du reste on sait qu'en dehors de l'enfance et de la puerpéralité c'est une affection qui se manifeste volontiers à propos de la menstruation et de ses troubles, à propos des lésions utérines (endométrites, métrorragies, carcinomes). On la voit fréquemment à la puberté et elle cesse dès que les règles sont bien établies. Rabaud la considère même, chez les filles de quinze à dix-huit ans, comme un signe avant-coureur des règles.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 47, p. 689.

L'aménorrhée, la dysménorrhée agissent de même, et Delpech a publié une observation, analogue à la mienne, où la tétanie apparut à la ménopause.

Les accès de tétanie peuvent se répéter pendant de longs mois, et, bien que la chose soit rare, pendant des années.

Dans le cas que j'envisage je prescrivis l'opothérapie ovarienne à la dose de 0g20 de poudre d'ovaire deux fois par jour. Les premiers résultats furent excellents, les crises disparurent ; puis assez longtemps après de nouvelles crises, mais atténuées, se manifestèrent.

Trois ans après ces faits, récemment, j'ai revu la malade. Elle va très bien. Les crises ont presque complètement disparu ainsi que les bouffées de chaleur, la leucorrhée et les autres accidents de la ménopause. C'est pour moi une nouvelle preuve du rôle de cette dernière dans la genèse des accidents.

On sait qu'aujourd'hui la tétanie est considérée comme dépendant d'un trouble thyroïdien ou plutôt parathyroïdien. J'étais bien tenté d'établir l'opothérapie thyro ou parathyroïdienne, rationnelle dans ce cas ; mais l'éloignement de la malade et l'impossibilité où je me trouvais de surveiller ce traitement, comme il faut toujours le faire, surtout au début, m'en empêchèrent.

Quant à l'origine de ces troubles thyroïdiens ou parathyroïdiens, il faut certainement la chercher dans un contre-coup des troubles ovariens primitifs.

V

Acroparesthésie. — Différente de la tétanie, cette affection peut être mise en parallèle avec elle par l'observation suivante.

Il s'agit d'une malade de vingt-quatre ans que je soignai à deux reprises dans mon service de la Pitié puis de l'Hôtel-Dieu ; elle venait se plaindre que ses mains devenues malhabiles ne sentaient plus les objets, ce qui l'empêchait de travailler.

Réglée à l'âge de quatorze ans normalement, elle eut, il y a six ans, une grossesse au cours de laquelle elle présenta de l'albuminurie et quelques crises nerveuses (?) qui disparurent après les couches.

L'année dernière, elle éprouva une émotion violente (simultanément perte de son père et danger d'incendie) qui provoqua une crise nerveuse (?).

En mars, les règles ne vinrent pas : la suppression en fut aussi brusque qu'absolue et c'est la première fois que, chez elle, pareil fait se produit.

C'est en même temps que débutent les accidents actuels : peu à peu la malade devient malhabile à se servir de ses mains, elle ne les remue plus qu'avec difficulté et elle ne sent plus aussi nettement les objets.

Par exemple, elle ne peut plus se boutonner ni s'habiller toute seule. Elle peut porter des objets assez lourds mais ne se rend pas compte du moment où elle les lâche, et le contrôle de la vue doit à chaque instant remplacer le toucher et le tact émoussés.

Elle ne souffre jamais, mais il se produit d'une façon irrégulière des crises de picotements soit le matin au réveil, soit à un moment quelconque de la

journée. Une sensation de chaleur continuelle remplace maintenant la sensation de froid qu'elle ressentait toujours auparavant.

Aussi trempe-t-elle volontiers ses mains dans l'eau froide, ce qui lui procure un grand bien-être et semble même amener un retour de la sensibilité, action que n'a pas l'eau chaude.

Parfois, dans la journée, ses mains lui semblent devenir « trop courtes », elle a de fausses sensations d'enflure qui peuvent durer quelques heures.

A l'examen, je n'ai jamais pu constater de modification apparente des mains. Il n'existe aucun trouble trophique. Tous les mouvements actifs ou passifs existent, mais très lents, la force est très diminuée, la température locale peu modifiée.

Il existe un certain tremblement des doigts. La sensibilité est très diminuée :

A gauche, on constate une bande de paresthésie occupant toute la face postérieure de l'avant-bras et empiétant sur le bras. La dysesthésie est plus marquée sur le bord radial.

Elle forme gantelet au poignet et à la main et devient anesthésie absolue sur les deuxièmes phalanges, surtout au niveau du pouce.

A la paume, la sensibilité au tact est conservée.

A droite, même disposition des troubles de la sensibilité objective, mais plus accentués par place.

A droite comme à gauche, la face antérieure de l'avant-bras et le bord cubital ont une sensibilité normale.

Les membres inférieurs, le tronc sont indemnes. Les réflexes sont conservés, on ne trouve aucun stigmate d'hystérie.

Par contre on remarque que la face est légèrement bouffie dans son ensemble, pseudo-myxœdémateuse, en pleine lune. Elle porte des pigmentations anormales, des éphélides. La thyroïde est à peine palpable; les cuisses et l'abdomen présentent une infiltration adipeuse localisée, enfin l'ensemble des téguments a cet aspect particulier que je vous ai si souvent décrit dans l'insuffisance ovarienne.

Je prescrivis donc comme traitement général l'opothérapie ovarienne; comme traitement local l'immersion bi-quotidienne des mains dans l'eau chaude (malgré l'aménorrhée qui semblait contre-indiquer ce mode de révulsion, mais vous savez que ce n'est pas de la même façon qu'on l'applique dans les cas de ménorragies ou de métrorragies); de plus je fis pratiquer par M. Delherm des applications de courant faradique sur la main et la face pulpaire des doigts, pendant dix minutes environ et aussi fort que cette femme pouvait le supporter.

Sous l'influence de ce traitement combiné, petit à à petit les mouvements revinrent, la sensibilité s'améliora et la malade put prendre une épingle sur la table.

Enfin le 25 juillet, après une absence de cinq mois les règles réapparurent abondantes et même douloureuses, et la malade se trouva si améliorée qu'elle échappa à mon autorité et sortit de l'hôpital.

Mais un an après, au mois de juin, elle vient me retrouver à l'Hôtel-Dieu. Les règles, depuis le 25 avril, se sont arrêtées de nouveau et dès le 10 mai les accidents se sont reproduits aux mains comme l'année précédente. La malade a beaucoup grossi, elle s'est empâtée ; elle est, dit-elle, « comme enflée de partout », mains, pieds, jambes semblent légèrement tuméfiés.

Le même traitement, moins l'électricité amène une amélioration.

Si nous essayons de faire un diagnostic pathogénique de l'affection et de sa récidive nous devons d'abord penser à l'*insuffisance ovarienne* de par l'aménorrhée, l'obésité progressive, la bouffissure, le pseudo-myxœdème.

La thyroïde a-t-elle un rôle connexe ? Il est possible, quoique peu accentué, et en tout cas cette glande n'a, sans doute, fait qu'obéir aux incitations parties de l'ovaire.

Donc : acroparesthésie, avec diminution de la sensibilité rappelant le type des affections radiculaires; d'origine auto-toxique vraisemblable, probablement mixte, ovaro-thyroïdienne.

Actuellement nous savons peu de chose sur l'étiologie de l'*acroparesthésie*. Elle est plus fréquente chez les femmes et prend souvent l'allure d'une névralgie radiculaire.

Le cas de ma malade, qui correspond à ces données classiques, peut aider à en élucider la pathogénie par la netteté de son apparition à l'occasion d'une brusque insuffisance ovarienne.

VI

Paralysie agitante. — La malade que je vous présente maintenant est atteinte, comme vous le voyez au premier coup d'œil, de paralysie agitante. Je n'entrerai pas dans le détail de son observation qui est classique et complète. Je me contenterai de vous dire, qu'âgée de quarante-huit ans, elle fut réglée à seize ans, qu'elle n'eut jamais d'enfants malgré son désir. En juin 1910, les règles s'arrêtèrent, mais depuis plusieurs années la ménopause commençant à se faire sentir elles étaient irrégulières.

Un léger tremblement apparut en 1900 à la main droite (après, dit-elle, l'avulsion de 8 dents pratiquée en trois jours). Peu à peu, il s'est généralisé, les autres symptômes s'affirmèrent et tout s'accentua au moment de la disparition des règles.

Je me permets d'insister sur les sensations de chaleur en bouffées qu'éprouve la malade même découverte, sur la tachycardie qui dépasse souvent 120, et sur l'absence de thyroïde qui creuse un trou profond dans l'espace sus-sternal.

Actuellement voilà dix-huit mois que les règles ont disparu; l'utérus est petit en antéflexion légère et présente une sténose de l'orifice externe du col.

Il est certain que cette antéflexion date de la puberté, la malade n'a jamais eu d'enfants.

Ce trouble singulier du développement génital est à mettre en parallèle avec l'état de la thyroïde. De plus, cette malade est soumise depuis plus d'un an, à part une interruption momentanée, à l'opothérapie ovarienne (preuve, d'abord, de la tolérance à cette opothérapie); et il me semble, comme à tous ceux qui ont pu la suivre, qu'il s'est manifesté une amélioration consistant en une grande diminution de la

sensation de chaleur, une attitude moins soudée, et surtout une parole plus compréhensible, enfin une plus grande liberté des mouvements qui lui permet quelque peu la marche.

J'insisterai sur le développement incomplet du système génital et sur l'absence de thyroïde ; sur les bouffées de chaleur, la tachycardie, le tremblement et sur l'amélioration transitoire de ces symptômes par l'opothérapie ovarienne prolongée.

Parhon et Golstein font remarquer que la paralysie agitante apparaît dans la deuxième partie de la vie, au moment de l'involution des glandes génitales.

Or, bouffées de chaleur, tachycardie, tremblement sont des phénomènes fréquents à la ménopause comme aussi au cours des affections thyroïdiennes.

Plusieurs auteurs tendent plutôt à admettre le rôle des parathyroïdes dans la maladie de Parkinson, en rapprochant ses symptômes de ceux qu'on observe après la parathyroïdectomie.

L'opothérapie hypophysaire, thyroïdienne, a donné des résultats inconstants. L'opothérapie ovarienne ne m'a pas donné de résultats plus certains.

Mais mon observation, me semble-t-il, peut attirer l'attention sur la possibilité dans la maladie de Parkinson d'un syndrome polyglandulaire où joueraient un rôle les systèmes utéro-ovarien, thyro-ovarien, hypophyso-thyro-ovarien.

Parhon et Urechia ont prescrit l'opothérapie hypophysaire dans un cas de Parkinson (Carnot), en raison de la similitude de certains symptômes avec l'insuffisance pituitaire, tachycardie, hypotension, anorexie, chaleur, sudations (Renon et Arthur Delille).

Tout ce cortège symptomatique, à part l'hypotension, nous le retrouvons à la ménopause ; et une fois de plus, nous apparaît le rôle important de la pathogénie de divers syndromes, des associations polyglandulaires.

VII

Maladie de Raynaud. — Vous connaissez les symptômes de cette maladie, ou comme il est mieux de dire aujourd'hui, de ce syndrome de Raynaud.

Au dernier Congrès de Toulouse, Voivenel et Fontaine expliquent ainsi certains points de sa genèse ; si l'hyperthyroïdie conséquence de l'insuffisance ovarienne amène le spasme des vaisseaux périphériques, l'hypothyroïdie provoquerait au contraire la dilatation de ces vaisseaux, la cyanose des extrémités.

Le hasard veut que j'aie très peu d'expérience personnelle sur le traitement opothérapique de la maladie de Raynaud chez la femme.

Chez un homme dont j'ai publié l'histoire et dont l'asphyxie des extrémités se compliquait de douleurs intenses et d'une ulcération du pied, la poudre de thyroïde amena une amélioration des plus rapides.

Le syndrome de Raynaud peut se compliquer de *sclérodermie.*

Chez la femme, la maladie de Raynaud n'est pas très rare, non plus que cette affection, dont je vous présente un cas, et qui est l'*acrocyanose*.

Vous voyez que cette jeune fille présente des extrémités bleuâtres, empâtées ; sous l'action du froid, les téguments se couvrent de larges plaques de cyanose ; ils ont de plus un aspect brillant, glacé. Réchauffées, les mains gardent une rougeur diffuse. L'action de la chaleur, et l'opothérapie thyro-ovarienne ont amené ici une amélioration, ce qui n'est pas pour vous étonner, car vous savez qu'aux syndromes polyglandulaires, avec retentissement possible sur les surrénales, ressortissent la cyanose, les alternatives de froid et de chaleur.

VIII

Obésités. Adiposes. Lipomatoses. — Ce sont des cas sur lesquels vous serez souvent consultés et souvent aussi vous leur attribuerez une origine génitale.

Avec Carnot, on peut trouver 5 sortes d'obésités en rapport avec le système génital :

1° Obésités de la castration.

2° Obésités de la ménopause naturelle.

3° Obésités de la puberté. Il s'agit de petites filles qui brusquement à l'apparition des règles deviennent bouffies. Le plus souvent cet état coïncide avec des troubles aménorrhéiques, il est passager et disparaît quand l'équilibre menstruel, aidé d'un traitement opothérapique combiné, s'est établi.

4° Obésités postnuptiales apparaissant sous l'influence probable des modifications sécrétoires de l'appareil génital. L'embonpoint peut être très marqué, les règles s'arrêter et l'ensemble simuler une grossesse.

5° Obésités de la lactation, bien connues chez les nourrices. Elles peuvent continuer à s'accentuer même après arrêt de la lactation.

Von Noorden oppose, à l'obésité thyroïdienne primitive, une obésité thyroïdienne secondaire en rapport avec les perturbations de la glande consécutive aux troubles dystrophiques d'autres organes : ovaires, pancréas, thymus, surrénale, etc.

Apert a bien étudié l'obésité d'origine surrénale.

L'hyperépinéphrie provoquerait pour lui :

L'excès de développement du système pileux qui prend le type masculin ;
L'arrêt des règles ;
L'adiposité.

D'où un syndrome constitué surtout à la ménopause par l'obésité et des hémorragies, à la puberté par l'obésité, le grand développement corporel, l'hyperthricose.

Léopold Lévy et H. de Rothschild ont obtenu dans trois cas de bons résultats par l'opothérapie hypophysaire.

Launois décrit le « syndrome adiposo-génital » (Frölich) constitué par l'adiposité généralisée superficielle et profonde ; la peau capitonnée de graisse, froide, impossible à plisser ; les troubles génitaux précoces ; infantilisme chez les enfants ; frigidité et aménorrhée chez la femme ; inversion des caractères sexuels.

Fréquemment on trouve une tumeur de l'hypophyse comme substratum à ce syndrome.

On peut ajouter à ces adiposités d'origine génitale :

LA MALADIE DE DERCUM. — Dans un cas de MM. Sicard et Berkowitch on voit l'adipose douloureuse se montrer chez une femme après double castration. L'opothérapie par le corps jaune amena la guérison.

Renon et Arthur Delille eurent ainsi plusieurs guérisons par la médication thyro-ovarienne.

Je vous en présente ici un cas : vous pouvez remarquer le volume énorme des membres inférieurs qui sont très douloureux, et les plis cutanés, signature du véritable dercum, lequel respecte les mains et les pieds et leur laisse le volume normal. Par contre, pas de surcharge graisseuse viscérale.

Or chez cette femme les troubles apparurent à trente-neuf ans en même temps qu'elle cessait d'être réglée. L'action du traitement opothérapique est manifeste. Il semble indubitable que cette maladie soit en rapport avec la ménopause et les troubles génitaux. Remarquons que chez l'homme elle s'accompagne d'atrophie testiculaire et d'impuissance.

ADÉNO-LIPOMATOSE. — Je n'en ai pas vu de cas manifestes chez la femme, mais je crois avoir été un des premiers à attirer l'attention sur l'origine génitale possible de ce syndrome dans une communication faite il y a plus de dix ans à la Société médicale des hôpitaux. L'homme dont je publiais l'observation était atteint d'atrophie testiculaire et depuis j'ai toujours retrouvé à la base du syndrome une insuffisance génitale.

Il me paraît donc fort vraisemblable que toutes les adiposes précitées, généralisées ou localisées, sont les résultats d'insuffisances glandulaires endocrines, les unes purement génitales et ovariennes, les autres d'origine polyglandulaire.

Le traitement opothérapique à instituer variera donc pour chaque cas, suivant l'étiologie particulière.

IX

Affections articulaires. — 1° RHUMATISMES CHRONIQUES. — J'ai développé autre part certaines remarques sur cette affection, sa prédominance chez la femme, son aggravation à la ménopause, la coïncidence fréquente avec des troubles de l'appareil génital. Ces études m'ont engagé à comparer le régime urologique du rhumatisme chronique et de l'insuffisance ovarienne, et dans les deux cas j'ai retrouvé la même diminution de l'urée et de l'acide phosphorique, sans grandes modifications des chlorures.

Dans les deux cas l'opothérapie ovarienne nous a donné l'accroissement absolu ou au moins relatif, de l'acide phosphorique, de l'urée et souvent aussi l'augmentation globale des urines. Enfin, ce traitement amène des modifications favorables et une sédation des phénomènes douloureux.

Depuis ce premier travail j'ai été conduit à prescrire avec plus de succès l'opothérapie combinée thyro-ovarienne.

2° RHUMATISME PUBÉRAL. — J'ai observé des accidents articulaires chez un certain nombre de jeunes filles à la période pubérale et surtout postpubérale. Ces malades présentant des signes de dystrophie ovarienne sont atteintes d'arthropathies plutôt oligo que poly-articulaires, généralement avec épanchement.

Ce sont des arthrites peu fébriles, quelquefois avec empâtement, œdème et même éruptions péri-articulaires. Tenaces, récidivantes, douloureuses, elles ne sont pas modifiées par le salicylate.

Elles correspondent assez à ces pseudo-rhumatismes de la chlorose décrits par Bouchard. Elles me paraissent liées à l'intoxication génitale, car j'ai vu la poudre d'ovaire faire merveille où le salicylate avait échoué.

On se gardera de confondre ces accidents avec les douleurs de la croissance qui sont épiphysaires et non articulaires.

Certains auteurs ont décrit une « fièvre rhumatismale », prémenstruelle ou menstruelle.

Et tous ces accidents sont à rapprocher des « hydarthroses périodiques » de la puberté si remarquablement décrites par Ribierre et traitées par l'opothérapie thyroïdienne.

X

Diabètes d'origine génitale. — On a depuis quelque temps signalé des observations de glycosuries coïncidant avec des fibromes et paraissant sous leur dépendance. J'en ai observé moi-même de rares exemples. Mais je me contente de vous signaler ce point qui appelle de nouvelles études.

Par contre je veux insister sur le *Diabète de la ménopause*.

J'ai vu un certain nombre de malades chez lesquelles la glycosurie a fait nettement son apparition au moment des premiers troubles de la défaillance ovarienne. L'origine endocrinienne si fréquente du diabète m'a conduit dans ces cas à faire entrer l'opothérapie ovarienne dans le traitement des glycosuries. Mon opinion n'est pas encore fixée sur les résultats, mais je veux vous rapporter l'observation curieuse d'une femme de cinquante-sept ans que j'ai soignée salle Sainte-Marie.

Elle entrait pour des métrorragies. Il y a neuf ans apparurent les premières pertes pour lesquelles furent pratiqués dilatation et curettage.

Peu après, la ménopause fit son apparition avec son cortège symptomatique, et les règles se suspendirent pendant de longs intervalles irréguliers toujours coupés de métrorragies. On ne trouva jamais rien à la matrice. Quand je l'examinai à mon tour, je fus frappé de son obésité et du développement du système pileux. Elle se plaignait de céphalées, de douleurs lombaires, de vertiges amenant presque des chutes et des syncopes quand elle passait de la position horizontale à la verticale. En même temps il y avait des troubles visuels mal expliqués sans hémianopsie.

Sur les téguments, taches, éphélides nombreuses. Enfin les urines montrèrent 9 grammes de sucre par litre, sans qu'il existât ni polyurie ni polyphagie ni polydipsie.

Ce n'était pas une métrorragie exclusivement diabé-

tique. La céphalée, les vertiges, les troubles visuels, l'obésité pouvaient évidemment faire penser à l'hypophyse et à une glycosurie par hyperhypophysie avec insuffisance génitale. Mais l'obésité, le développement du système pileux, les manifestations cutanées et surtout les métrorragies, me rappelèrent ces cas d'Apert dont je vous parlais à l'instant où les troubles de la surrénale entraînent à la ménopause des manifestations analogues. Ce diabète n'était-il pas pour une part surrénalique ou hypophysaire ?

Fréquents sont les cas de coïncidence des signes surrénaux et de troubles génitaux particulièrement au cours des fibromes : pigmentation de la face et des téguments (masque au cours des fibromes); j'ai relevé de véritables cas d'« addisonnisme ». Or, c'est surtout au cours des fibromes qu'on a noté des glycosuries analogues.

Driessen (d'Amsterdam) a montré que dans les trois premiers mois de la grossesse les glandes utérines contiennent une grande quantité de glycogène. En dehors de la grossesse pendant la période de repos post-menstruel, elles n'en contiennent pas ; mais peu à peu il en apparaît en même temps qu'approche le cycle menstruel. En dehors de la grossesse, dans tous les cas où il y a hypertrophie glandulaire sans que l'inflammation ait touché la muqueuse, on trouve du glycogène ; ainsi agissent toutes les causes favorisantes de la congestion pelvienne : myomes, ménopause, etc.

Ne nous hâtons pas de tirer encore des conclusions et tâchons dans ce complexus polyglandulaire de chercher ce qui revient à l'ovaire, l'hypophyse ou les surrénales.

XI

Autres considérations. — Dans un grand nombre d'autres syndromes nous pouvons relever le rôle de la dystrophie génitale.

Chez une dame de quarante-neuf ans, à la ménopause, des *poussées d'eczéma* apparaissaient avec l'absence de règles, disparaissaient avec leur retour. Les traitements habituels, le régime ayant échoué, je leur ajoutai simplement l'opothérapie ovarienne pendant cinq mois consécutifs et l'eczéma disparut complètement.

Dans la *maladie de Mickulicz*, nous cherchons à isoler un type en rapport avec les dystrophies génitales.

Et ce même rapport existe avec la *chlorose*, l'*artériosclérose*, l'*athérome*.

Certaines *insuffisances rénales*, quelquefois même des néphrites anciennes, subissant des aggravations à la ménopause, ont été améliorées par l'opothérapie ovarienne ; et Tessier (de Lyon) dans le même ordre d'idées, injecta avec succès des extraits orchitiques. Castaigne et Parisot ont vu une albuminurie orthostatique de la puberté céder et disparaître sous l'influence de l'extrait ovarien.

Enfin je vous rappelle qu'on a tenté le traitement de la tuberculose par l'extrait ovarien.

Laissez-moi vous faire une dernière réflexion sur l'opothérapie ovarienne ; on compare toujours son action dans la ménopause naturelle et dans la ménopause chirurgicale.

Si elle agit seulement d'une façon substitutive la comparaison est juste. Mais si elle exerce une action homostimulatrice la comparaison cesse d'être exacte.

Peut-être son influence est-elle à la fois substitutive et homostimulatrice, car j'ai vu des métrorragies de la ménopause par ataxie ovarienne très améliorées par la poudre d'ovaire qui dans ce cas doit avoir une action régulatrice.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 AVRIL 1912)

Influence d'un excès de chlorure de sodium sur la nutrition et sur l'élimination rénale. — M. A. DESGREZ et Mlle B. GUENDE.

Sur le manganèse normal du sang. — MM. Gabriel BERTRAND et F. MEDIGRECEANU.

(SÉANCE DU 15 AVRIL 1912)

Physionomie des assassins. Conclusions de recherches sur cette catégorie de criminels. — MM. A. MARIE et Léon MAC-AULIFFE. L'assassin se recrute surtout dans le type musculaire ; un très grand nombre d'assassins ont subi un développement massif pendant la période de croissance, mais ce fait ne leur est pas particulier et s'observe aussi chez les honnêtes gens ; ce développement explique la fréquence de la grande envergure signalée par l'école de Lombroso. Un nombre assez élevé d'assassins sont un mélange du type musculaire et du type digestif. Il est assez naturel que, comme on l'a dit, *les gros appétits servis par des doubles muscles* puissent déterminer à l'acte meurtrier. Ce curieux mélange explique la fréquence chez les assassins de ces grandes mandibules signalées maintes fois par les anthropologistes et attribuées par erreur à l'existence d'un type grossier, d'ailleurs tout théorique et plus ou moins rattaché aux anthropoïdes.

L'acte meurtrier a surtout pour cause le milieu social défectueux dans lequel poussent ou vivent un certain nombre d'individus. On tue par misère, par alcoolisme, par désir immédiat de jouissances, etc. *Il n'y a pas de criminels-nés, en dehors des malades mentaux héréditaires,* et la dégénérescence héréditaire elle-même n'est qu'une résultante des actions de milieux accumulées sur une série ancestrale.

Les épithéliomes de l'ectoderme embryonnaire. — MM. Maurice LETULLE et L. NATTAN-LARRIER. Le *carcinome ectodermique embryonnaire* est toujours *secondaire* à une tumeur mixte (dysembryome) soit du placenta, soit de l'organisme en complet développement.

Né d'une portion de l'ectoderme non différencié, ce néoplasme représente le type le plus pur du « cancer épithélial ».

Caractères ataviques de certaines vertèbres lombaires des hommes de la pierre polie. — MM. Edmond HUE et Marcel BAUDOUIN.

Sur les propriétés physiques de la lumière physiologique. — M. Raphaël DUBOIS.

Contribution à l'étude et au traitement des enfants arriérés. — M. Raoul DUPUY.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 16 AVRIL 1912)

Les formes curables de l'hypertension artérielle permanente. — M. Ch. FIESSINGER. Les formes curables de l'hypertension artérielle permanente ont trait aux variétés où la cause même de l'hypertension peut être réduite (obésité, asystolie);

Par ailleurs, la thérapeutique n'a de prise que sur les crises hypertensives surajoutées. Celles-ci cèdent à la diète et au repos. La tension fondamentale qui reste haute, ne médisons pas trop d'elle; au-dessous des chiffres très élevés de 25 à 30, rien n'est à craindre. Même avec des tensions aussi hautes, des malades peuvent vivre des années, à condition d'éviter les imprudences qui ouvrent la voie aux accidents cérébraux et aux insuffisances du rein.

— A trois heures vingt minutes, l'Académie se forme en comité secret pour discuter le rapport lu à la séance du 2 avril 1912, par M. Netter, sur une modification de la loi du 25 avril 1895 concernant les sérums thérapeutiques.

(SÉANCE DU 23 AVRIL 1912)

Des synergies hypophyso-glandulaires. — M. LIVON (de Marseille) fait une communication sur les synergies hypophyso-glandulaires et les résultats de l'hypophysectomie subtotale avec survie prolongée. Dans cette étude, M. Livon fait connaître les résultats de recherches expérimentales intéressantes sur l'action physiologique des diverses glandes et l'économie, en particulier de l'hypophyse et de la thyroïde.

Ecchymose transversale du pli du coude comme signe de fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. — M. KIRMISSON communique un travail sur ce sujet qu'il a déjà fait connaître à la Société de chirurgie. Il insiste sur l'importance de ce signe. Indépendamment des signes classiques qui permettent de différencier cette fracture de la luxation du coude, l'ecchymose transversale du pli du coude, par sa constance, possède une réelle valeur au point de vue du diagnostic de la fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus.

M. Maheu, chef de clinique de M. Kirmisson, a tiré des radiographies en couleurs qui montrent très nettement cette ecchymose.

De la psychothérapie chirurgicale. — M. PICQUÉ lit un travail sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 17 AVRIL 1912)

Epithélioma de l'uretère. — M. DELBET analyse une observation de MM. Chevassu et Mock dans laquelle il s'agit d'un épithélioma primitif de la partie moyenne de l'uretère qui a pu être diagnostiqué par le cathétérisme uretéral. Ce malade présentait des hématuries. La cystoscopie montra que le sang venait par l'uretère gauche. On eut recours au cathétérisme de cet uretère et la sonde s'arrêta à 15 centimètres. On conclut à un cancer probable de la partie moyenne de l'uretère. Le cathétérisme seul pouvait ici permettre d'arriver au diagnostic et de recourir, peut-être, à une intervention précoce, soit à la résection partielle ou totale de l'uretère, soit à la néphrectomie.

M. Delbet insiste sur l'importance du cathétérisme uretéral dans ces cas.

Anesthésie générale par les injections intramusculaires d'éther. — M. BROCA fait un rapport sur un travail de M. Carpentier qui propose d'injecter, dans les deux fesses, de l'éther dans la proportion de 1 centimètre cube par kilogramme du sujet.

Cette injection provoque une première période d'ivresse puis le sommeil. Pas de vomissements, pas d'accidents consécutifs, pas d'irritation des bronches comme avec l'éthérisation ordinaire. A l'avenir, de juger cette méthode, dit en terminant M. Broca.

M. OMBRÉDANNE y a eu recours une fois. L'injection fut tellement douloureuse qu'il dut chloroformer son petit malade.

Gastro-entérostomie. Vomissements fécaloïdes consécutifs. — M. SOULIGOUX rapporte l'observation d'une malade ayant, depuis longtemps, des troubles gastriques. On lui fait une gastro-entérostomie. Trois jours après, elle est prise de vomissements fécaloïdes qui persistent. Seconde laparotomie, on ne trouve rien d'anormal. Les accidents continuent. Un autre chirurgien fait une seconde gastro-entérostomie qui n'amène aucun soulagement. Un troisième chirurgien fait une gastrostomie qui ne soulage que très peu la malade qui était sur le point de mettre fin à ses jours.

M. Souligoux fit alors une longue incision abdominale et tomba sur des adhérences telles qu'il dut pratiquer une autre incision transversale pour libérer ces adhérences. Celles-ci étant rompues, M. Souligoux trouva une anastomose gastro-colique ; il ferma la bouche gastrique qui ne mesurait pas moins de 14 centimètres de longueur, puis il dut réséquer toute la portion intestinale rétrécie. Il sutura les deux bouts de l'intestin l'un à l'autre. Il n'y eut qu'une petite fistule stercorale consécutive et la guérison complète a été obtenue par la suite.

La tuberculose inflammatoire de l'appareil génital de l'homme. — M. A. PONCET fait, sur ce sujet, une importante communication dont voici le résumé :

La tuberculose inflammatoire touche le testicule, la vaginale, la prostate et les corps caverneux.

Au niveau des testicules, on trouve les deux types de lésions dont elle est coutumière, les unes congestives, les autres scléreuses, les fluxions aiguës du testicule, l'orchite aiguë, éphémère, qui se résout complètement, sauf à laisser parfois à sa suite un noyau induré de la queue de l'épididyme; cette orchite aiguë est loin d'être rare et pour M. Poncet cette orchite aiguë est manifestement bacillaire. Ce début bruyant de la tuberculose testiculaire diffère notablement du début lent, insidieux, froid attribué généralement par les auteurs à l'orchite tuberculeuse.

Les lésions scléreuses sont fréquentes au testicule dans le cours d'une tuberculose distante. M. Poncet rappelle ici les expériences d'inoculation faites par Vincenzo Marcozzi et plus tard par Esmonet.

On retrouve très souvent, chez les tuberculeux avérés ou latents, la marque d'une atteinte de la glande interstitielle du testicule. On sait que cette glande règle le développement du squelette. M. Poncet insiste longuement sur les rapports du testicule et du squelette. La suppression du testicule, dans l'enfance, fait du castrat un géant, un infantile sexuellement et psychiquement parlant. L'infection tuberculeuse peut exciter, au contraire, l'appareil génital. De là, l'histoire des *embrasés* dont s'est emparée la littérature. On connaît le fait des prédisposés aux maladies ostéo-articulaires de l'adolescence, de ces enfants qui grandissent trop vite. Bien souvent une enquête clinique et le séro-diagnostic révèlent, chez ces enfants, une tuberculose. Là aussi se trouve l'explication du gigantisme vrai qui se termine par une tuberculose à marche rapide.

Les lésions tuberculeuses de la vaginale doivent être communes. Si elles ne l'étaient pas ce serait une exception en faveur de la séreuse vaginale, par rapport aux autres séreuses. On se rappelle les recherches de Jousset sur la nature tuberculeuse de certaines hydrocèles vaginales. M. Jousset est un peu revenu sur ses premières conclusions. Pour M. Poncet, l'origine tuberculeuse de la plupart des vaginalites ne fait pas de doute.

En dehors du testicule et de la vaginale les localisations de la tuberculose inflammatoire sur l'appareil génital de l'homme sont très mal connues. Cependant M. Poncet signale plusieurs faits de prostatite, de tumeurs fibreuses du pénis, d'indurations plastiques des corps caverneux, etc., qui semblent bien ressortir également de l'origine tuberculeuse.

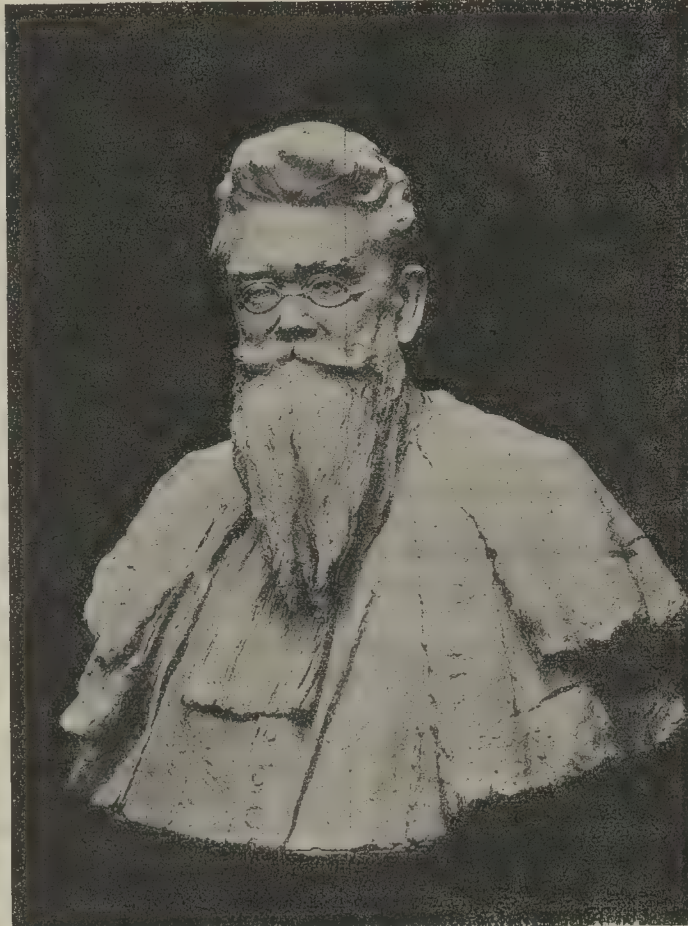
Angiome pulsatile du lobule de l'oreille. — M. MORESTIN a opéré un angiome pulsatile sur un enfant de sept ans. Cet angiome avait envahi toute la partie postérieure du lobule de l'oreille, en s'étendant sur les régions parotidienne et carotidienne. M. Morestin a pratiqué la ligature de la carotide externe et de ses branches, ce qui a mis fin immédiatement aux battements. Puis il a fait des applications de pointes de feu au thermocautère, qui ont été plusieurs fois renouvelées. La guérison a été complète, sans grande difformité de l'oreille.

ACTUALITÉS

JUBILÉ SCIENTIFIQUE DU PROFESSEUR GRASSET

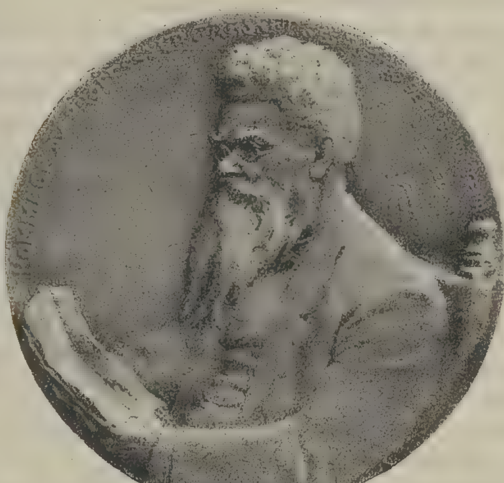
L'Université de Montpellier vient d'être le théâtre d'une fête des plus brillantes offerte, à l'occasion de ses trente ans de professorat, au professeur Grasset, au savant si connu par tant de travaux dans la neuropathologie et dans tant de branches de la médecine, au médecin qui exerce sur tout le Midi et bien loin hors des frontières de la région méridionale une sorte de « royauté médicale ».

Le comité d'initiative avait réuni sur sa liste d'honneur non seulement la plupart des maîtres de la médecine contemporaine, des représentants des diverses Facultés ou Écoles de France, des autorités ou notabilités montpelliéraines, mais aussi des philosophes et des littérateurs tels que A. Fouillée, P. Bourget, E. Faguet, un éminent prélat tel que le cardinal de Cabrières. En outre, une très nombreuse assistance, composée d'innombrables médecins de la région et de contrées plus lointaines, de membres de la haute société montpelliéraine, d'une foule d'étudiants, était venue acclamer celui dont tout le monde se plaît à reconnaître le talent scientifique, la haute valeur morale, la grande bonté de cœur.



Cliché F. CAIROL (Montpellier).

Le jeudi 18 avril, à trois heures et demie de l'après-midi, au Palais de l'Université de Montpellier, les élèves, admirateurs et amis du professeur Grasset lui remettaient, dans une séance solennelle, son buste en marbre et une médaille commémorative, dus tous deux au grand talent du sculpteur Injalbert. Le buste, si plein de vie et de pensée, reproduit d'une façon frappante les traits si caractéristiques et si expressifs du maître montpelliérain. La médaille, sur un de ses côtés, en offre également l'image; le verso représente la Faculté de médecine, dont les statues de Lapeyroni et de Barthez gardent jalousement la porte et qui s'appuie contre les tours majestueuses et les imposants piliers de la cathédrale, « Faculté et cathédrale qui symbolisent les deux plus grandes passions de ma vie », dira bientôt le professeur Grasset.





M. le recteur Benoit ouvre la séance et souligne, dans une très fine allocution, l'heureuse circonstance qui a permis à des esprits « séparés les uns des autres par le monde où ils vivent et par les idées qu'ils professent » de se réunir dans cette touchante cérémonie pour honorer l'un de ceux qui représentent le mieux nos vieilles traditions médicales. Il est heureux de rappeler comment le ministre de l'Instruction publique vient tout récemment de récompenser un dévouement toujours inlassable à la cause universitaire en nommant M. Grasset officier de la Légion d'honneur.

Le professeur Rauzier, un des disciples préférés et un des plus vieux amis du maître, résume avec une éloquence émue son œuvre scientifique, en choisissant parmi ses nombreux ouvrages ceux qui caractérisent le plus les divers côtés de son esprit de philosophe et de médecin : *Les Limites de la Biologie*, « passionnément lues et passionnément discutées », où il expose ses idées sur la valeur de la science, la distinction des domaines de la Biologie et de la Religion, qui doivent se garder d'empiéter l'une sur l'autre, œuvre qui, au dire de Bourget, classe M. le professeur Grasset parmi les logiciens de notre époque au même rang qu'il occupait déjà parmi les cliniciens; — *Les Demi-fous*, qui pose le problème de la responsabilité atténuée, si troublant tant pour les neurologues et les psychiatres que pour les jurisconsultes; — *Les deux Psychismes*, psychisme

inférieur, psychisme supérieur, si lumineusement schématisés dans le polygone et le centre O; — enfin le dernier venu, mais non le moins important, le *Traité de physiopathologie clinique*, magistrale étude de pathologie générale, où, résumant tout son enseignement, M. Grasset a condensé, en trois volumes, à la lumière du penser physiologique, toute la science de l'homme vivant, à l'état sain ou à l'état morbide; il a complètement rénové l'ancien vitalisme de Barthez, cher à l'École montpelliéraine, et auquel les découvertes récentes de la science contemporaine apportent tous les jours une nouvelle confirmation.

Enfin le professeur Grasset, dans une véritable page de littérature où la sublime envolée voisine avec la plus fine humour et la plus profonde émotion, retrace lui-même, avec toute sa modestie native, les principales étapes de sa carrière. Il en rapporte tous les succès, à sa fée bienfaisante, la chance: chance d'être né d'une famille médicale et d'avoir vécu toute sa vie à Montpellier, ville de lumière, amie de la médecine; chance d'avoir gravi rapidement les divers échelons qui l'ont mené au professorat; chance d'avoir à chaque étape noué des amitiés qui ne se sont jamais plus démenties; chance d'avoir été souvent critiqué par la plume ou le crayon des caricaturistes; chance enfin de se voir entouré de tant d'hommages qui lui vont si tendrement au cœur. Ne perdant pas ses habitudes de philosophe, il en tire, à l'adresse des étudiants un brillant plaidoyer contre le pessimisme: « Croyez à la chance; ne vous découragez pas si elle tarde à venir. Elle vient toujours. Seulement il faut se tenir prêt à l'accueillir, être armé pour en profiter. »

Après la cérémonie, Mme Grasset a reçu, d'une façon charmante, ses nombreux invités dans les salons mis à sa disposition par le recteur.

HENRI ROGER.

ANALYSES

MÉDECINE INFANTILE

Etude du beurre dans le lait de femme par la centrifugation. (PLANCHER et R. RENDU. *Arch. de méd. des enfants*, août 1911.) — La centrifugation du lait est un procédé plus rapide et plus pratique du dosage du beurre, que la méthode chimique, et les résultats qu'elle donne sont suffisants en clinique.

D'examens en séries auxquels les auteurs se sont livrés, il résulte que chez une même nourrice il existe des *variations quotidiennes* qui peuvent aller du *simple au triple*, la moyenne générale est de 34 grammes de beurre par litre de lait. L'influence de la multiparité, de l'âge des nourrices et de la durée de l'allaitement sur la teneur du lait en beurre est variable et peu accusée. Celle du régime alimentaire des médicaments dits galactogènes et de la menstruation est à peu près nulle. Les seuls facteurs influents sont les suivants: 1° plus une nourrice a de lait, moins son lait contient de beurre; 2° le lait du matin est plus riche en beurre que celui du soir; 3° le lait de début de la tétée est bien moins riche en beurre que celui de la fin; 4° le plus petit des deux seins est celui dont le lait contient le plus de beurre.

Il est facile de comprendre l'utilité de pareilles recherches, si l'on se rappelle que les laits trop riches ou trop pauvres en beurre peuvent produire les uns comme les autres des troubles digestifs.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Quelques modifications de technique dans les opérations sur la vésicule et les voies biliaires. (John E. SUMMERS. *Ann. Surg.*, vol. LIV, n° 1, juillet 1911, pp. 110-115.) — Summers, dont l'expérience en chirurgie biliaire est ancienne et considérable, croit que lorsqu'il s'agit de décider une intervention d'urgence dans un cas grave, l'on ne fait pas assez attention à l'état du malade avant l'opération, ni aux constatations directes après ouverture de l'abdomen. Le principe établi par Summers, il y a onze ans, pour la cholécystostomie, à savoir d'établir un canal de drainage partout doublé de péritoine, ce que l'on obtient en invaginant le fond de la vésicule biliaire par une suture en bourse autour d'un drain, est suivi par la plupart des opérateurs: cependant cette technique, pour bonne qu'elle soit, a ses limitations. Elle est contre-indiquée quand les dimensions et la position de la vésicule biliaire rendent impossible son exécution sans détacher le péritoine pariétal de chaque côté de l'incision abdominale pour le déprimer et le suturer à la vésicule. Bien que Robson soit le père de cette modification, elle conduit toujours à la formation d'adhérences douloureuses et peut-être dangereuses, et elle n'est point nécessaire, car si le tube est bien fixé dans la vésicule, la nature se fera son chenal en quelques heures. De même, lorsque les parois de la vésicule sont infiltrées, il ne faut point essayer l'invagination. Dans ces cas, beaucoup de chirurgiens suturent un tube dans la vésicule biliaire et celle-ci à la paroi abdominale. Cela crée un danger très réel de fistule permanente, à moins que l'on ne prenne d'abord soin d'exciser la muqueuse tout autour de l'orifice sur une étendue d'un demi-centimètre ou un peu plus.

Quand il y a beaucoup d'infection, aucune de ces méthodes n'est sûre. Il faut drainer avec un minimum de traumatisme, surtout à la muqueuse qui peut déjà être plus ou moins nécrotique. Il ne faut pas toucher aux adhérences molles existant autour de la vésicule: au contraire, on doit les renforcer par un tamponnement à la gaze. La vésicule doit être largement ouverte et suturée à la paroi si cela peut se faire sans tension et drainée. S'il y avait trop de tension pour suturer, drainer avec une mèche entourée de tissu caoutchouté et tamponner tout autour. Rien de plus.

La cholécystectomie est une opération justiciable quand il n'y a pas d'infection. Une vieille vésicule contractée autour d'un calcul est probablement à enlever, de même une hydropisie de la vésicule biliaire, car dans ces cas le cholédoque a déjà établi sa compensation par dilatation et hypertrophie. Mais la cholécystectomie n'est pas une bonne opération quand il y a de l'infection, même quand celle-ci est apparemment limitée à la vésicule biliaire. Toutes les infections aiguës doivent se traiter par simple incision et drainage; le traumatisme des tissus inévitable dans la cholécystectomie peut dans ces cas devenir fatal. Dans deux cas, Summers a vu une gangrène du cystique de telle sorte qu'à la fin il y eut une fistule permanente communiquant directement avec le canal hépatique, ce qui ne serait pas arrivé avec une simple incision. L'enlèvement de calculs d'une vésicule biliaire infectée doit se faire avec une douceur extrême; quelquefois il est beaucoup plus sage de ne pas les enlever avant que la détente due à l'incision n'ait assuré une meilleure circulation. L'ablation à la cuiller traumatise toujours plus ou moins les tissus; l'expression digitale d'un certain nombre à travers l'incision suffit pour le premier moment. S'il y a élargissement du cholédoque, cela peut être dû à de l'hypertrophie compensatrice, mais se méfier d'une obstruction calculeuse. Alors simplement inciser et drainer: vouloir employer une technique idéale est quelquefois fatal.

Toutes les fois que la vésicule biliaire contient un liquide fétide, se borner à inciser et ne rien faire de plus.

La cholédocho-duodénostomie et la cholécysto-entérostomie sont de bonnes opérations. Le lavage des canaux biliaires par une fistule est utile. De même, Summers a obtenu, dans la prophylaxie des hémorragies cholémiques, de bons résultats de l'emploi du sérum de cheval, contenant un gramme de lactate de calcium pour 150 centimètres cubes de sérum.

F. GARDNER.

La désinfection du péritoine par l'alcool. (*Riforma Medica*, 16 mars 1912, n° 11.) — Le professeur TANSINI (de Pavie) s'est servi de l'alcool pur comme désinfectant du péritoine, dans deux cas où celui-ci avait été souillé par des matières fécales au cours d'interventions chirurgicales. Dans le premier cas il s'agissait d'une entéroanastomose latéro-latérale pour sténose intestinale chez un jeune homme de dix-sept ans. L'ouverture d'une anse intestinale répandit des matières fécales sur une large surface d'autres anses qui avaient été éviscérées. Celles-ci furent replacées dans le ventre après avoir été lavées à l'alcool à 95 degrés. Les suites opératoires furent excellentes.

Le second cas a trait à une femme de vingt-neuf ans à qui l'auteur pratiquait une résection totale du cæcum pour tuberculome, avec iléo-colostomie latéro-latérale. Là encore des anses intestinales furent souillées par des matières fécales, et là aussi ces anses furent nettoyées au moyen de tampons de gaze imbibés d'alcool à 95 degrés; de plus l'auteur désinfecta de la même façon les lignes de suture colique, iléale et iléo-cæcale. Comme dans le cas précédent, les suites opératoires furent excellentes et il n'y eut pas la moindre trace de réaction péritonéale.

Le professeur Tansini estime qu'il est le premier à avoir employé un tel procédé, et encouragé par les deux cas précités, il l'a appliqué ultérieurement à plusieurs reprises dans des opérations de gastroentérostomie pour faire l'antisepsie des lignes de suture.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

PRATIQUE MÉDICALE

LES INDICATIONS DE L'ASPHALÈNE

Par M. G. COTTEREY.

Ce composé, qui est un polyantiseptique aromatique diffusible, jouit de plusieurs propriétés intéressantes. En premier lieu, il réalise une action antiseptique énergique, tout en respectant d'une manière absolue — ce point est capital — l'intégrité des cellules de l'organisme. Ce résultat est dû, pour partie, au véhicule, lequel est un excipient gras. Le médecin-major Clerc (cf. Le traitement des plaies par les corps gras, in *Caducée*, 1911, n° 13) indique comme conclusion d'une pratique personnelle de trois années que « l'Asphalène a donné partout les mêmes résultats : cicatrisation rapide et pansements peu fréquents; c'est un médicament essentiellement cicatrisant, le corps gras qu'il renferme évite la destruction des tissus néoformés et par suite la douleur. Il peut s'appliquer sans soins d'asepsie et sans lavages préalables, condition très précieuse en campagne, manœuvres, etc. »

L'Asphalène possède en outre une action analgésique, extrêmement utile dans certains cas (enfants, brûlés, etc.). Le docteur Chateau (*Dauphiné médical*, 1909, n° 12) en rapporte un exemple frappant dans un cas de syphilide ulcéreuse extraordinairement douloureuse. « J'estime en somme — dit notre confrère — que dans les lésions graves que je viens de citer (gommes, ulcérations phagédéniques) l'Asphalène m'a rendu un inappréciable service en luttant d'une façon merveilleuse contre l'élément suppuration, enfin en atténuant la difficulté très réelle qu'éprouve le médecin pour le pansement de ces ulcérations si douloureuses. »

Le docteur Jacquemet (*Ann. Univ. de Grenoble*, 1908, n° 3) conclut d'une centaine d'observations sur « le pansement à l'Asphalène » : « L'Asphalène permet le pansement sec et rare, et réunit les avantages majeurs de l'antisepsie à ceux de l'asepsie. C'est un topique précieux pour le traitement des plaies de toute origine et des processus suppuratifs, fortement antiseptique, s'opposant à la formation des croûtes et évitant l'adhérence à la plaie des pièces du pansement. Il possède une puissante action désodorisante particulièrement remarquable dans les processus putrides ou gangréneux; il active la réparation cellulaire; enfin il est d'une innocuité absolue, même à doses considérables, et sans action nocive sur le rein. » Notre confrère le préconise en particulier pour les plaies par écrasement, brûlures, abcès chauds ou tuberculeux, empyèmes putrides, etc.

L'Asphalène a donné en obstétrique de remarquables résultats. Voici les conclusions d'un travail du docteur Gotteland (*Dauphiné médical*, 1910, n° 8). « 1° Le pansement intra-utérin à l'Asphalène réalise la désinfection de la cavité utérine; 2° il est sans danger, car non toxique : j'ai pu en introduire jusqu'à 100 grammes d'un coup dans un utérus infecté chez une femme albuminurique; 3° il n'est pas douloureux et ne provoque pas de contractions; 4° il est désodorisant; 5° il est hémostatique; 6° son application est des plus faciles; 7° il réalise un drainage efficace de la cavité utérine. Je crois donc l'Asphalène indiqué : à titre curatif dans tous les cas où l'on doit réaliser la désinfection de la cavité utérine, c'est-à-dire dans toutes les infections post partum; à titre préventif dans tous les cas où l'on redoute l'infection. »

L'action antiputride de l'Asphalène a été étudiée en oto-rhinologie par le docteur Piaget (*Dauphiné médical*, 1909, n° 3). « Les ozéneux, dit-il, se trouveront particulièrement bien de l'emploi de l'Asphalène. Dans tous les cas sans exception la fétidité a disparu à la suite de l'application de ce médicament; de même pour les croûtes, à la place desquelles on ne voit plus qu'un enduit butyreux qui tapisse les parois... »

Les divers travaux ci-dessus tracent fort judicieusement les principales indications de l'Asphalène.

LIVRES NOUVEAUX

Le Traitement des maladies des voies respiratoires des enfants aux stations thermales françaises (1), par le docteur CARRON DE LA CARRIÈRE.

Nul n'était mieux placé que le docteur Carron de la Carrière pour traiter un sujet aussi spécial, nécessitant une grande compétence en hydrologie médicale. Après avoir énuméré les différentes affections pulmonaires, laryngées, etc., qui relèvent du traitement hydrominéral, après avoir dressé une sorte de classification de ces maladies et des eaux qui leur conviennent, l'auteur étudie ensuite isolément quelques-unes de ces stations.

C'est tout d'abord le Mont-Dore, puis la Bourboule, Allevard, Saint-Honoré, Challes, Luchon, que l'auteur passe en revue. Pour chacune de ces stations, le mode de traitement spécialement employé est expliqué et illustré par de très nombreuses photographies, qui agrémentent encore singulièrement la lecture du texte. Dans cet opuscule de 80 pages, le praticien trouvera tous les renseignements qui lui sont nécessaires pour le choix judicieux d'une station thermale pour un enfant atteint d'affection des voies respiratoires; il lui sera facile ainsi de décider, suivant le tempérament de son petit malade, quelle est la station qui convient plus particulièrement : aussi nous pouvons prédire à cette brochure le même succès, aussi légitime d'ailleurs, que celui obtenu dans la conférence, faite sur ce sujet, par le docteur Carron de la Carrière.

L. BABONNEIX.

(1) Paris, Vigot frères.

FORMULAIRE

RECALCIFICATION

Alterner l'arsenic et les sels de chaux, dix jours de chaque médication :

1° Avant chacun des deux principaux repas, une cuillerée à café de :

Arséniate de soude...... 0g03
Eau distillée............ 100 grammes.
(Comby.)

2° Les dix autres jours, deux cuillerées à café de Ternose de Trouette-Perret, granulé recalcifiant (chaux, magnésie, fluorure).

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE L'ASYSTOLIE (1)

Nous allons étudier maintenant, plus en détail, les symptômes les plus importants et les plus constants de la crise proprement dite.

La *dypsnée* est le premier signe révélateur ; elle est exagérée par le décubitus ; elle est surtout nocturne. Elle va de la simple anhélation à l'orthopnée, avec angoisse, grande fréquence des mouvements respiratoires, cyanose, sueurs de la face. Cette dyspnée s'explique facilement par la stase veineuse pulmonaire. Elle frappe toujours l'observateur, ainsi que du reste la *cyanose* qui ne manque jamais dans les asystolies mitrales.

L'*accélération du pouls* est également un symptôme précoce : l'*arythmie* est surtout marquée dans l'asystolie d'origine mitrale, le pouls est petit, irrégulier, intermittent ; il est insaisissable au point que le sphygmographe ne donne plus qu'une ligne à peine ondulée ; cette accélération n'est ni régulière, ni continue ; elle varie d'un moment à l'autre et procède par salves de pulsations petites et précipitées ; on observe de *fausses intermittences par extrasystoles*, des couples bigéminés et trigéminés. Les modifications brusques de la pression rendent compte de la production de ces extrasystoles et de ces divers rythmes. On note parallèlement à ces troubles un abaissement très notable de la tension artérielle.

La *diminution des urines* est un excellent symptôme ; l'oligurie peut être extrême et tomber à 200-100 centimètres cubes d'urine par vingt-quatre heures. Les urines ont une densité très élevée ; elles sont riches en urates et légèrement albumineuses. Nous verrons que, chez les artérioscléreux, hypertendus et polyuriques, la quantité des urines est plus élevée.

L'*augmentation de la matité cardio-hépatique* est enfin pour Merklen le signe le plus constant de l'asystolie. Cette matité est augmentée dans tous les sens.

La *matité cardiaque* présente une configuration ovalaire à grand diamètre transversal. La pointe du cœur est abaissée et déjetée en dehors ; le bord droit de la matité déborde le bord droit du sternum. Le *foie* déborde les fausses côtes de plusieurs travers de doigts.

La palpation de la région précordiale traduit la mollesse et la diffusion du choc de la pointe, parfois même sa complète disparition. La palpation du foie est toujours très pénible pour le malade qui, d'ailleurs, se plaint presque toujours spontanément à ce niveau d'une douleur extrêmement atroce quelquefois, surtout au niveau du creux épigastrique, douleur qui est due à la surdistension du lobe gauche du foie et qui est admirablement calmée par une émission sanguine locale. La palpation du foie peut permettre en outre de constater le *pouls veineux hépatique* consistant en un soulèvement du foie se produisant immédiatement après le choc de la pointe, un peu avant le pouls radial.

L'auscultation du cœur montre l'affaiblissement des bruits cardiaques, surtout du premier, l'arythmie surtout marquée dans les lésions mitrales et l'atténuation ou la suppression momentanée des lésions orificielles. Au niveau du foyer d'auscultation xyphoïdien, on peut entendre un léger souffle systolique, c'est le *murmure asystolique* de Parrot, preuve de l'insuffisance tricuspidienne.

L'insuffisance tricuspidienne se traduit encore par le pouls veineux jugulaire : il est classique de le distinguer du faux pouls veineux jugulaire présystolique, dû à la contraction de l'oreillette ; mais en réalité les travaux récents sur la circulation veineuse ont montré qu'il existait normalement un pouls veineux physiologique et que le pouls veineux pathologique consistait simplement, autant en la déformation qu'en l'exagération d'amplitude des diverses ondulations du tracé normal (Mackenzie).

Pour en vérifier l'existence, il faut évacuer le sang de la jugulaire externe, en pressant avec le doigt de haut en bas sur son trajet ; on voit alors l'ondée sanguine remonter de bas en haut et les battements coïncider avec le pouls artériel. L'observateur arrive à distinguer le soulèvement télésystolique dominant des asystolies droites, du soulèvement présystolique des hypertrophies gauches. Il faut signaler en outre le *reflux hépato-jugulaire* obtenu facilement en pressant sur le foie. Dans tous les cas, on constate un gonflement très appréciable des veines du cou, surtout de la jugulaire externe et de la partie inférieure de la jugulaire interne. On peut d'ailleurs retrouver le pouls veineux, au niveau du bulbe de la jugulaire (*pulsation du bulbe* de Bamberger).

La conséquence inévitable de cette rétrostase veineuse, c'est l'*hydropisie*, l'*anasarque cardiaque*. L'œdème débute par les malléoles, puis remonte, atteint les cuisses, l'abdomen, la région lombaire. Les séreuses sont également envahies et l'on peut observer de l'ascite, de l'hydrothorax.

Il est intéressant de signaler à ce propos les recherches récentes sur la dilution et la concentration du sang chez les cardiaques œdémateux ainsi que celles sur les variations de l'indice réfractométrique du sérum (Widal, Vaucher).

D'après Lœper et Chiray, le *taux de l'albumine* du sérum des cardiaques asystoliques est très élevé et dépasse souvent 80 grammes, le nombre des hématies est augmenté, l'hyperglobulie coexiste avec l'*hyperalbuminose*. D'après Strauss, l'*indice réfractométrique* serait voisin de la normale, il s'élèverait rapidement au moment de la fonte des œdèmes. De ses récentes recherches, Vaucher tire les conclusions suivantes : il existerait chez les cardiaques œdémateux, contrairement aux opinions précédentes, une *hypoalbuminose* plus ou moins marquée. Au moment de la fonte des œdèmes et de la chute du poids, la courbe réfractométrique se relève, non sans avoir cependant présenté d'abord une chute plus accusée encore, résultant du passage, dans le sang, des liquides d'œdèmes, pauvres en albumine.

L'œdème au cours de l'asystolie est mou, il garde l'empreinte du doigt ; il devient dur, lorsque les crises d'asystolie se répètent ; l'excès de distension amène souvent de petits soulèvements épidermiques, suivis d'érosions, qui peuvent servir de point de départ à une infection cutanée. La sérosité de l'œdème est constituée par du liquide assez analogue au sérum sanguin, un peu inférieur cependant comme teneur en albumine et en chlorures.

Il reste à signaler encore l'existence de *troubles cérébraux* (hallucinations, délire), allant parfois jusqu'à la folie (folie cardiaque), d'accidents paralytiques partiels et transitoires, de la face, des yeux, d'aphasie même parfois, enfin du coma, accompagné de cyanose asphyxique, s'accompagnant dans certains cas du rythme de Cheyne-Stockes.

L'auscultation des *poumons* fait entendre de nombreux râles de congestion et d'œdème pulmonaire, localisés surtout aux bases ; on constate parfois de l'hydrothorax symétrique, quelquefois une pleurésie latente, assez souvent hémorragique et siégeant de préférence à droite. Il n'est pas rare non plus d'observer des hémoptysies, soit congestives, soit secondaires à des embolies pulmonaires, accidents sur lesquels nous reviendrons plus loin.

La *rate* est hypertrophiée ; on peut entendre un souffle à son niveau ; Oulmont et Ramond ont signalé une *asystolie splénique*.

Il existe des *troubles digestifs* variés, anorexie, diarrhée, hémorragies intestinales. (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 45, p. 666.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 24 avril : MM. Chabrol, 16; Vincent, 17; Lévy (Fernand), 18.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture.* — Séance du 24 avril : MM. Okinczyc, 27; Piquand, 24; Heitz-Boyer, 24; Sauvé, 28.

— Concours de l'internat de Brévannes. — *Lecture.* — Séance du 24 avril : MM. Lantier, 24; Bertrand, 17; Poisvert et Schmutz, 21; Chenet, 25.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Lecture.* — Séance du 25 avril. — MM. Gadreau, 13 + 14 = 27; Laurier et Lenègre-Thourin, 9 + 12 = 21; Rol, 12 + 17 = 29; Doucet, 12 + 15 = 27; Duclaud, 12 + 13 = 25.

Prochaine séance, lundi 29 avril, à quatre heures et demie, à l'Hôtel-Dieu.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Versailles. — Un concours pour la nomination de deux internes en médecine sera ouvert le 10 mai 1912 à neuf heures du matin.

Les candidats au concours devront se faire inscrire au secrétariat, à l'hôpital civil. Le registre d'inscription sera clos le lundi 6 mai 1912.

— Avignon. — Un concours pour une place de professeur du cours départemental d'accouchement, et d'accoucheur des hôpitaux adjoint au chef de service de la Maternité d'Avignon, s'ouvrira le mardi 5 novembre 1412, à une heure de l'après-midi, devant la Faculté de médecine de Montpellier.

Ce concours est ouvert aux docteurs en médecine français ayant trois ans d'exercice (un an pour les anciens internes des hôpitaux).

S'inscrire à la Préfecture de Vaucluse (première division) un mois au moins avant le concours.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Des concours s'ouvriront à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, le lundi 1er juillet 1912, pour la place de chef de clinique médicale et une place de chef de clinique chirurgicale; le lundi 8 juillet 1912, pour la place de chef de clinique obstétricale et le lundi 4 novembre 1912, pour une place de chef de clinique chirurgicale.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'école, huit jours francs avant l'ouverture du concours.

GUERRE. — Le médecin principal de première classe Troussaint, directeur du service de santé au ministère de la guerre, est promu au grade de médecin inspecteur, maintenu dans ses fonctions actuelles.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Au titre colonial :

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Bonneau, médecin-major de première classe des troupes coloniales; Cheynel (de Pondichéry), Conan (de Brazzaville), Devy (de Pnom-Penh), Fruitet (Nouvelle-Calédonie), Gallas (de Pondichéry), Huot, médecin-major de première classe des troupes coloniales; Isautier (de Saint-Pierre), Mouzels, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales; Nicolas (de la Pointe-à-Pitre), Pannetier (de Kampot), Peyraud, médecin-major de l'arsenal de Dakar; Pezet, médecin-major des troupes coloniales; Pichard (de Dakar), Reboul, directeur du service de sonté en Annam; Reyneau, médecin en chef de l'hôpital français de Chandernagor; Ringenbach, médecin aide-major des troupes coloniales; Rothamel, médecin de l'assistance en Indochine; Tremblin, médecin de l'assistance médicale indigène à Longa.

Au titre étranger :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Ask, professeur agrégé de l'Université de Lund; Cantas (d'Athènes), Galley, professeur de clinique chirurgicale à l'école de Téhéran; Roth, médecin inspecteur en chef au ministère de l'instruction publique de la Nouvelle-Galles du Sud à Sydney; Roy (de Montréal).

PRIX OSIRIS. — L'Institut de France, toutes sections assemblées, a tenu mercredi sa deuxième séance trimestrielle de l'année sous la présidence de M. Alexandre Ribot.

Contrairement à ce que l'on prévoyait et annonçait partout, le rapport sur l'attribution du prix Osiris — qui est, on le sait, de la valeur de cent mille francs et destiné à récompenser l'auteur d'une découverte dans les sciences, les lettres ou les arts — n'a donné matière à aucune discussion.

Par l'organe de son rapporteur, M. Senart, la commission a proposé à l'Institut de ne pas décerner cette année cette

récompense. Elle a de plus exprimé son regret de ne pouvoir, en raison des nombreuses difficultés qui se présentent, l'attribuer sous forme de prix à l'œuvre française de Beyrouth, et a proposé enfin qu'il fût statué ultérieurement sur l'emploi des arrérages en faveur de l'œuvre qu'il plaira à l'Institut de désigner. Ces propositions ont été ratifiées par l'assemblée.

LE CONGRÈS FRANÇAIS ANNUEL D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE se tiendra à Paris, hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton, du 13 au 15 mai prochain.

Questions à l'ordre du jour. — « Anesthésie locale par voie externe en chirurgie oto-rhino-laryngologique ». Rapporteur : M. Luc (de Paris).

« Traitement des tumeurs du pharynx par voie buccale. » Rapporteurs : MM. Gault (de Dijon) et Durand (de Nancy).

Bureau. — Président sortant : M. le docteur Escat (de Toulouse) ; président annuel : M. le docteur Georges Gellé (de Paris) ; vice-présidents : MM. les docteurs Texier (de Nantes) et N... (de Paris) ; trésorier : M. le docteur Henri Collin (de Paris) ; secrétaires : MM. les docteurs Vidal (de Montpellier) et N... (de Paris) ; secrétaire général : M. le docteur Depierris.

FONDATION D'UN INSTITUT PASTEUR. — Le prince Damrong, ministre de l'intérieur du Siam, vient de fonder en mémoire de sa fille morte avant-hier de la rage un institut Pasteur.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la seizième semaine, 1047 décès au lieu de 1034 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1060 moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc normal. La rougeole, encore assez répandue dans quelques arrondissements pauvres de la périphérie, est en décroissance.

Elle a causé 51 décès (moyenne 20).

La fièvre typhoïde a causé 4 décès, la scarlatine 8, la coqueluche 10, la diphtérie 7, la diarrhée infantile 14, les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration, 167.

HOPITAL LARIBOISIÈRE. — M. le docteur P. Le Gendre reprendra ses conférences de pratique médicale et de thérapeutique usuelle le samedi 4 mai, à dix heures et demie, dans l'amphithéâtre de l'hôpital.

MALADIES DE L'ESTOMAC ET LEURS TRAITEMENTS. — Le docteur Paul Docq, lauréat des concours académiques, chef du service des maladies des voies digestives à la policlinique centrale de Bruxelles (35, rue de l'Hôpital), y commencera le mardi 2 juillet un cours pratique sur les maladies de l'estomac et leurs traitements.

Ce cours comprendra deux parties distinctes, l'une médicale, l'autre chirurgicale, qui seront exposées séparément.

La première partie comprendra quatorze leçons théoriques et pratiques sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie générale et spéciale de l'estomac, la propédeutique, les recherches de laboratoire, la thérapeutique générale et spéciale, la radiographie gastrique et les manipulations chimiques.

La seconde partie, exclusivement chirurgicale, sera consacrée à la thérapeutique chirurgicale de l'estomac, elle comportera des exercices de médecine opératoire qui seront pratiqués sur des chiens anesthésiés.

Le nombre des auditeurs est limité à quinze et le droit d'inscription fixé à 150 francs. On peut se faire inscrire rue de l'Hôpital, 35, à Bruxelles. Le détail des leçons sera annoncé ultérieurement.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 6 AU 11 MAI 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 6 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.

Mardi 7 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 8 mai, à une heure. — 2e.

4e.

Jeudi 9 mai, à une heure. — 2e.

4e.

Vendredi 10 mai, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie, *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 11 mai, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon*.

THÈSES

Mercredi 8 mai, à une heure. — M. Bourhis. La hernie inguinale étranglée chez le nourrisson. (MM. Kirmisson, président; Hartmann, Proust et Ombrédanne.) — M. Rocher. Appendicite chronique à forme asthmatique. (MM. Hartmann, président ; Kirmisson, Proust et Ombrédanne.)

Jeudi 9 mai, à une heure. — M. Weisgerheh. Etude sur l'état actuel de la vaccination contre la fièvre typhoïde. (MM. Chantemesse, président; Thoinot, Achard et Balthazard.) — M. Cohen. Considération sur la défense sanitaire de la Perse. (MM. Thoinot, président; Chantemesse, Achard et Balthazard.) — M. Paulet. Le diagnostic de la submersion par la recherche du plancton cristallèn cardiaque. (MM. Achard, président; Chantemesse, Thoinot et Balthazard.) — M. Rouget. La larynfectomie dans le cancer du larynx. (MM. Quénu, président; André Broca, Pierre Duval et Okinczyc.) — M. Nénoff. De la résection intestinale dans les hernies gangrénées. (MM. Quénu, président; André Broca, Pierre Duval et Okinczyc.) — M. Médot. De la néphrectomie latérale. (MM. Quénu, président; André Broca, Pierre Duval et Okinczyc.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Archives internationales de neurologie. — (Mars 1912.) Belletrud et Froissard : Un vagabond. — A. Marie et Varenne : Notes de psychopathologie ethnique (race jaune) (*fin*). — Maurice Dide et G. Carras : Manie avec délire d'interprétation euphorique. — A. Marie : La situation des médecins adjoints dans les asiles d'aliénés depuis la circulaire de 1905.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 6, 8 fév. 1912.) Baumler : Diagnostic et traitement de la cirrhose du foie. — Auton : Indications et résultats du traitement de l'hypertension cranienne. — Payr : Intervention dans l'hypertension cranienne. — Schumacher : Traitement opératoire des blessures pleuro-pulmonaires et procédé des différences de pression. — Theilhaber : Rapports des inflammations chroniques, des cicatrices, du traumatisme et des processus de régénération avec l'apparition des tumeurs. — Muller : Influence du traitement sur la réaction de Wassermann dans la syphilis tardive. — Mayer : Influence de la soude sur la réaction de Wassermann. — Stolzuer : La fibrolysine dans la sclérose du poumon. — Alexander : Traitement des névralgies des 2e et 3e branches du trijumeau par les injections d'alcool. — Lauge : Un cas de tuméfaction périodique des glandes salviaires. — Rolly : Nature et signification de la fièvre.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 9, 29 fév. 1912.) R. Dœrr : Sur l'anaphylaxie. — Czyhlarz et Selka : Diagnostic radiologique des sténoses intestinales. — Staunig : Albuminurie et urobilinurie paradoxale, cirrhoses cardiaques et goitre cardiaque dans les affections tricuspidiennes organiques. — Burianek : Nouveau cas de paralysie par compression de l'extrémité supérieure après une application de courte durée de la bande d'Esmarch.

REVUE GÉNÉRALE

ÉPILEPSIE BRAVAIS-JACKSONIENNE [1]

Par Stephen CHAUVET,
Interne des hôpitaux de Paris.

Ce titre désigne un syndrome clinique caractérisé par des convulsions toniques et cloniques paroxystiques qui, après avoir débuté dans un groupe musculaire d'un membre ou de la face, s'étendent progressivement à la moitié du corps. Elles y restent en général circonscrites. Exceptionnellement elles se généralisent et même dans ce cas elles restent prédominantes dans la moitié du corps primitivement affectée.

I

Historique. — En schématisant, peut-être un peu trop, on peut dire que l'histoire de l'épilepsie Bravais-jacksonienne a passé par trois phases :

Dans une *première période* fort longue, cette affection fut confondue avec l'épilepsie commune et avec toutes les convulsions, maladies connues depuis la plus haute antiquité. Hippocrate semble cependant avoir été frappé par quelques caractères particuliers, puisqu'il signale, dans son « Traité de la maladie sacrée », certains cas d'épilepsie commençant par les extrémités des membres et semblant avoir un pronostic assez souvent favorable. Galien avait proposé pour cette forme d'épilepsie différents moyens thérapeutiques (ligatures en amont du siège de l'aura, cautérisations sur le siège lui-même, etc.).

La *deuxième période* commence avec la remarquable thèse de Bravais (Paris, 1827) « Recherches sur les symptômes et le traitement de l'épilepsie hémiplégique ». Dans ce travail cet auteur établit les trois variétés admises encore actuellement : type facial, type brachial, type crural.

Jackson réétudia la question en 1866 et eut le mérite d'établir une relation de causalité entre la forme hémiplégique des convulsions et les lésions de l'hémisphère du côté opposé.

C'est pour consacrer l'importante contribution de cet auteur à l'étude de la question, que Charcot créa le terme d'« épilepsie jacksonienne ». La découverte des localisations cérébrales et les recherches des physiologistes (Fritsch et Hitzig, Ferrier, Carville et Duret, François-Franck et Pitres, etc.), démontrant l'excitabilité de l'écorce grise, éclairèrent la pathogénie de l'affection et ouvrirent la voie à des interventions chirurgicales que l'antisepsie, puis l'asepsie permirent de réaliser avec des résultats satisfaisants. Pendant toute cette deuxième période, l'épilepsie Bravais-jacksonienne fut considérée comme entièrement distincte du mal comitial : 1° elle seule était symptomatique, croyait-on, d'une lésion encéphalique, tandis que l'épilepsie commune était « essentielle » et par conséquent regardée comme une psychose; 2° au point de vue clinique, elle différait complètement, disait-on, de l'épilepsie essentielle et l'on donnait toute une série de signes pour diagnostiquer ces deux affections l'une de l'autre ; 3° on considérait que seule l'épilepsie Bravais-jacksonienne pouvait bénéficier d'une opération chirurgicale.

Troisième période. — Elle date de ces dernières années. De très nombreux travaux ont, en effet, montré qu'après une théorie dualiste il fallait plutôt revenir, au point de vue pathogénique et symptomatologique, à une conception uniciste. Les raisons qui militent en faveur de cette manière de voir furent magistralement exposées par mon maître M. Souques au XIe Congrès français de médecine (1910).

II

Pathogénie. — Jackson comparait la cellule pyramidale à une bouteille de Leyde : une irritation pathologique prolongée déterminerait dans la cellule corticale motrice une accumulation d'influx nerveux : elle se mettrait progressivement « en charge ». Lorsque la condensation serait au maximum, il se produirait une décharge sous forme d'attaque. Puis, petit à petit la cellule s'épuiserait ou serait détruite et la parésie puis la paralysie feraient leur apparition. En résumé pour qu'il y ait convulsion il faudrait : 1° que la zone motrice soit excitée directement ou indirectement par une lésion quelconque ; 2° que le centre moteur ne soit pas entièrement détruit.

Expérimentalement quand on excite, électriquement, chez les animaux, la zone motrice, on détermine des convulsions dans le côté opposé du corps et les convulsions débutent par les muscles en rapport avec le centre excité, avant de se propager au reste du membre ou à la moitié du corps. Après ablation de ce centre, l'excitation électrique de la cicatrice ne provoque aucune convulsion.

Ces notions ont une portée pratique. C'est en se basant sur elles, en effet, que Horsley a proposé de pratiquer l'ablation du centre cortical qui donne le signal de l'attaque d'épilepsie Bravais-jacksonienne, car, pour lui, supprimer le point de départ de la crise, c'est-à-dire le point où l'excitation est la plus forte, c'est empêcher l'apparition des convulsions. Pour dépister le centre à extirper, Horsley emploie une électrode unipolaire stérilisable, sur laquelle il fait passer un très faible courant faradique. Quand il a déterminé la zone de la frontale ascendante dont l'excitation provoque des convulsions identiques à celle du signal symptôme, il pratique l'ablation de ce centre. Si cette façon de procéder n'a pas toujours donné les résultats satisfaisants qu'on en attendait, il n'en est pas moins vrai que la pratique de l'excitation unipolaire est souvent précieuse pour repérer au cours d'une opération, au milieu du fouillis des circonvolutions cérébrales, la situation des centres moteurs.

III

Symptomatologie et formes cliniques. — *A.* Forme classique. — La crise survient plus ou moins longtemps après les prodromes et immédiatement après l'aura qui est presque toujours la même pour un sujet donné. L'aura peut être :

[1] Travail des services du professeur Raymond, du docteur H. Claude, du professeur Déjerine et du docteur A. Souques.

1° *Motrice* (secousses dans un doigt ou un orteil, tremblements localisés);

2° *Sensitive* (douleurs localisées à un segment de membre, névralgies péri-orbitaires);

3° *Sensorielle* (sensations visuelles, olfactives, gustatives, auditives, toutes les variétés peuvent être observées);

4° *Psychique* (hallucinations de toutes sortes, plus rares, ici, que dans le mal comitial);

5° *Vaso-motrice* (sensations de ruissellement d'eau chaude ou froide le long d'un membre, brusque changement de coloration de la face).

Accès épileptique. — Aussitôt après l'aura, les convulsions commencent sans cri initial et évoluent en trois phases : *tonique* (courte), *clonique*, *résolutive*. Les phases toniques et résolutives peuvent faire défaut : dès lors toute la crise consiste en secousses convulsives. La caractéristique de ces crises et leur intérêt diagnostique vient de la limitation de leur point de départ. La progression des secousses suit toujours un certain ordre. Les convulsions peuvent débuter par la face (type facial), par le membre supérieur (type brachial), par le membre inférieur (type crural).

Début à type facial. — Les secousses commencent le plus souvent par la bouche qui se dévie en haut et en dehors; le reste du visage devient vite grimaçant, les dents grincent, le malade bave. La tête s'incline sur l'épaule du côté convulsé, cependant que la face regarde du côté opposé. Parfois déviation conjuguée de la tête et des yeux. Rarement les convulsions restent limitées à la face et au cou. Généralement elles envahissent le membre supérieur et le membre inférieur du même côté.

Début à type brachial (plus fréquent). — Les secousses commencent habituellement par le pouce, l'index, le médius, qui décrivent des mouvements de flexion, d'extension ou de latéralité. Ultérieurement les convulsions s'étendent aux divers segments du membre supérieur. Tantôt le membre supérieur se met en flexion : avant-bras fléchi sur le bras, doigts fléchis sur la paume de la main, pouce fléchi sous les autres doigts; tantôt le membre supérieur se met plutôt en extension : avant-bras en pronation, bras tordu et porté en arrière du corps (attitude athétoïde). La face, le membre inférieur du même côté sont ensuite envahis.

Début à type crural. — Parties du gros orteil envahi le premier, les convulsions gagnent ensuite la jambe, puis la cuisse, puis le membre supérieur homologue et enfin la face.

Quel que soit le mode de début les convulsions restent généralement unilatérales, mais tout accès d'épilepsie Bravais-jacksonienne n'est pas forcément hémiplégique : les convulsions restent parfois limitées soit *à la face*, soit *à un membre*, voire même à un groupe musculaire (épilepsie parcellaire). Parfois aussi elles envahissent les deux côtés du corps et ressemblent alors à l'attaque d'épilepsie dite essentielle. En général le malade assiste à sa crise ou du moins à son début; à la fin de l'accès il y a un léger degré d'inconscience. La perte de connaissance complète est assez rare et ne survient qu'au moment où la face se prend c'est-à-dire au début de l'attaque à type facial, tout à fait à la fin de la crise à type crural.

Les réflexes tendineux sont généralement exagérés, les cutanés peuvent être perturbés, le signe de Babinski est souvent rencontré. Les sensibilités objectives semblent habituellement intactes. La température s'élève un peu pendant la crise. La pâleur de la face et la dilatation pupillaire sont fréquentes.

L'accès dure quelques minutes, en général; la fin de la crise est marquée par la cessation des secousses convulsives. Le stertor est rare; quand il existe, il est de courte durée; en général, il ne reste, après la crise qu'une obnubilation intellectuelle (transitoire) et une légère courbature.

L'accès n'est, habituellement, pas unique; les attaques se répètent tantôt à intervalles variables tantôt assez périodiquement. A l'époque où elles surviennent il peut y avoir une ou plusieurs crises. Celles-ci peuvent être parfois subintrantes et constituent « l'état de mal » dont le pronostic est des plus sévères.

Après la crise on observe assez fréquemment des paralysies ou des parésies post-épileptoïdes : hémiplégie, hémiparésie, *monoplégie*, *monoparésie*. Elles sont le plus souvent légères et épisodiques; mais elles peuvent aussi s'accuser progressivement et devenir permanentes. Il n'est pas rare alors de les voir s'accompagner de contractures plus ou moins marquées.

Les autres phénomènes post-paroxystiques, céphalée, amnésie, hémianopsie, aphasie transitoire, sont considérés comme très rares.

Il est enfin fréquent de voir un certain déficit intellectuel survenir chez les malades dont les crises sont fréquentes, intenses et anciennes.

Telle est l'attaque d'épilepsie Bravais-jacksonienne. Au dire des classiques elle différerait (même lorsqu'elle envahit le corps tout entier) de l'attaque de mal comitial banal par les caractères suivants :

Le *cri initial* manquerait ordinairement et quand il se produirait serait plutôt un cri de surprise que le cri explosif du mal comitial vulgaire. La *chute* (rare) se produirait généralement du côté des secousses convulsives; elle serait peu grave d'ailleurs; les prodromes, l'aura prévenant habituellement les malades à temps. La *morsure de la langue* (qui siégerait toujours du même côté), l'*écume* aux lèvres feraient souvent défaut. L'*incontinence d'urine* s'observerait d'une façon exceptionnelle. La *perte de connaissance* enfin serait fort inconstante; dans les crises moyennes le sujet assisterait à son attaque ou tout au moins à son début et l'on n'observerait à la fin de celle-ci qu'un certain degré d'obnubilation.

B. Formes frustes. — On a décrit une *forme tonique*, une *forme sensitive* (dysesthésies partant d'une extrémité d'un membre, remontant vers sa racine pour envahir le reste du corps du même côté). Ces formes exceptionnelles sont d'ailleurs peut-être discutables; il en est de même des *vertiges*, *absences* que certains auteurs admettent comme équivalents.

Diagnostic différentiel. — Il est classique d'envisager, dans ce chapitre, deux affections : l'hystérie et l'épilepsie essentielle.

Hystérie. — Cette affection qui ne pourrait, d'ailleurs, « mimer » une crise d'épilepsie Bravais-jacksonienne que sous sa forme fruste épileptoïde, est facilement éliminée : pas de pâleur de la face, ni de mydriase, pas de modification des réflexes, absence de signe de Babinski, commémoratifs spéciaux.

Epilepsie essentielle. — « On a longtemps admis, et certains auteurs admettent encore que l'épilepsie essentielle et l'épilepsie Bravais-jacksonienne étaient tout à fait distinctes l'une de l'autre et n'avaient de commun que le nom. » (Souques.)

Cette dualité semblait reposer : 1° sur des *arguments anatomo-pathologiques* ; 2° sur des *divergences dans la séméiologie des deux affections.*

1° On appelait la première « essentielle » tandis que l'on considérait la seconde comme « symptomatique », parce que l'on pensait que seule cette dernière était conditionnée par une lésion organique, la première étant, au contraire, une psychose.

2° On opposait cliniquement l'une à l'autre les deux affections. C'est ainsi que l'on admettait que le mal comitial avait les caractéristiques suivantes : apparition dans le jeune âge, périodicité des crises, début souvent nocturne, absence d'aura, cri initial explosif, généralisation d'emblée, chute, morsure constante de la langue, incontinence d'urine, perte de connaissance, longue phase de stertor, amnésie, absence de paralysies post-paroxystiques.

Or, il résulte des travaux de ces dernières années :

1° Que l'épilepsie dite essentielle « paraît l'expression d'une lésion organique du cerveau diffuse ou circonscrite qui n'est généralement visible qu'au microscope » [Souques (1)].

2° Que, d'autre part, si les caractères cliniques différentiels sont souvent vrais, les exceptions sont si nombreuses qu'ils perdent une grande partie de leur valeur. « Il n'est pas rare, en effet, de voir l'épilepsie idiopathique être précédée d'aura, survenir sans cri initial, limiter ses convulsions transitoires à un côté du corps et être suivies de paralysies. De même, on peut voir dans l'épilepsie jacksonienne le début se faire par un cri initial avec perte de connaissance, les convulsions se généraliser d'emblée et le stertor terminer la crise. On a, du reste, vu ces deux espèces d'épilepsie alterner chez le même malade. Le mode de début de la crise n'est donc pas plus un criterium que l'étendue des convulsions, et si l'on voulait, malgré l'évidence, maintenir la séparation des épilepsies essentielle et jacksonienne il resterait un grand nombre de cas de passage qu'on ne saurait où classer. » (Souques.)

D'autre part, on observe si fréquemment, dans l'épilepsie *essentielle*, des signes cliniques *unilatéraux*, qu'on peut en déduire que les lésions du mal comitial peuvent être « limitées à un hémisphère ou tout au moins prédominantes dans cet hémisphère » (Souques). Il est en effet très fréquent d'observer des convulsions initiales nettement localisées ou prédominantes dans un côté du corps (Ferré); des phénomènes unilatéraux, hémiparésie, inégalité des réflexes (Redlich, Bratz, Leubuscher, Besta); des troubles du langage post-paroxystiques (que Heilbronner considère comme ayant la même valeur); de l'hémianopsie, de la déviation conjuguée de la tête et des yeux (Beevor).

« Si bien qu'en résumé on peut admettre que l'épilepsie apparaît comme un syndrome commun à des lésions diverses localisées ou diffuses, grossières ou histologiques, qui se montrent en clinique sous deux formes principales : la *forme généralisée ou totale* et la *forme partielle ou jacksonienne*. » (Souques.)

Ces réserves faites, il n'en est pas moins vrai que cette dernière forme est habituellement assez distincte de la première au point de vue de la symptomatologie et que, d'autre part, elle est généralement conditionnée par des lésions macroscopiques, fréquemment extirpables, ce qui lui confère un intérêt particulier au point de vue thérapeutique. Elle possède, par conséquent, une individualité pronostique à défaut d'une personnalité anatomo-pathologique et clinique absolue.

III

Diagnostic étiologique. — L'épilepsie Bravais-jacksonienne peut être engendrée par une des causes suivantes (locales, générales, périphériques).

A. Causes locales (encéphaliques). — 1° *Traumatisme cranien*. — Ancien ou récent; les convulsions peuvent survenir immédiatement après le traumatisme ou quelques jours, quelques semaines, quelques mois, parfois même quelques années après; c'est qu'en effet elles peuvent être engendrées par diverses lésions : enfoncement des parois osseuses, esquilles osseuses, hématomes, cicatrices triméningées, abcès enkystés, corps étrangers (balle par exemple). Les commémoratifs, la radiographie conduisent généralement au diagnostic.

2° *Syphilis*. — Peut engendrer l'épilepsie Bravais-jacksonienne à toutes les périodes (tertiaire surtout) : exostoses, gommes méningées ou syphilome cérébral... Certains signes peuvent plaider en faveur de la syphilis : 1° *signes de syphilis en général :* stigmates cutanés ou viscéraux, leucoplasie buccale, anamnestiques; 2° *signes de méningite chronique spécifique* : céphalées surtout nocturnes, paralysie de la musculature extrinsèque de l'œil, inégalité pupillaire, signe d'Argyll-Robertson, lymphocytose rachidienne, réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien; 3° il y a enfin l'*épreuve du traitement* antisyphilitique qui sert de « pierre de touche », disent les classiques. A cet égard, il est d'ailleurs peut-être bon de faire quelques restrictions. Il n'est pas rare, en effet, d'observer des tumeurs cérébrales (gliomes entre autres) qui obéissent au traitement spécifique, d'une façon transitoire, il est vrai.

3° *Tuberculose*. — Elle crée chez l'adulte, tantôt des plaques méningées, tantôt des foyers localisés de méningo-encéphalite tuberculeuse qui peuvent se traduire par des crises plus ou moins complètes d'épilepsie Bravais-jacksonienne, et cela pendant un temps plus ou moins long. Ultérieurement, tout se termine par un tableau, rarement typique, de mé-

(1) A. Souques, *XIe Congrès français de médecine*, oct. 1910.

ningite tuberculeuse généralisée. Le malade est généralement assez jeune, présente parfois des antécédents héréditaires ou personnels chargés, des signes d'une lésion pulmonaire. Les tubercules semblent siéger avec prédilection là où la circulation est ralentie (Souques). Le lobule paracentral est donc très fréquemment atteint, d'où le début crural des crises d'épilepsie.

4° *Tumeurs cérébrales* (gliomes, sarcomes, angiomes, endothéliomes, plaques de pachyméningite hémorragique, kystes hydatiques). — Ces tumeurs sont très fréquentes, beaucoup plus fréquentes que ne le signalent les traités classiques. Au point de vue des caractères des crises Bravais-jacksoniennes, deux d'entre elles (les gliomes et les sarcomes de la faux) présentent quelques particularités intéressantes à signaler :

Gliomes. — Surviennent surtout chez des individus jeunes. La lésion, d'abord limitée, peu étendue, est pendant une première période simplement irritative et le malade fait des crises d'épilepsie Bravais-jacksonienne; puis la lésion progresse et devient destructive et des phénomènes de paralysie font leur apparition. Ces phénomènes peuvent ne survenir que plusieurs mois après la première crise d'épilepsie Bravais-jacksonienne. C'est tantôt une monoplégie associée, tantôt une hémiplégie que l'on voit se constituer progressivement. Elles sont caractérisées beaucoup plus par de la contracture que par de le paralysie. Elles présentent, d'autre part, fréquemment une marche oscillante : les phénomènes paralytiques très marqués un jour le sont beaucoup moins le lendemain ou les jours suivants pour redevenir ensuite à nouveau accentués. Ils s'accompagnent d'exagération des réflexes tendineux, de clonus du pied, de signe de Babinski, de syncinésies parfois. A partir du moment où les phénomènes parétiques ont fait leur apparition ils vont en s'étendant et en s'accentuant. Parallèlement les crises d'épilepsie Bravais-jacksonienne diminuent d'intensité, et il n'est pas rare de voir des malades qui, au début, avaient des crises d'épilepsie Bravais-jacksonienne avec perte de connaissance n'avoir plus, ultérieurement, que des crises assez frustes et sans perte de connaissance. L'histoire d'un boxeur, rapportée dans une clinique de notre maître le professeur Déjerine (1), est, à cet égard, particulièrement probante. Ajoutons enfin qu'au fur et à mesure que le gliome s'étend et dès que le lobe pariétal est envahi on voit des troubles des sensibilités superficielles et profondes, plus ou moins accentués, faire leur apparition. Si les deux ordres de sensibilités sont altérés notablement, il y a corollairement de gros troubles du sens stéréognostique. L'évolution de certains gliomes est parfois assez rapide : quelques mois. Certains ne déterminent, en dehors des phénomènes précédemment signalés, qu'un syndrome d'hypertension intracranienne parfois très fruste. Si, en effet, les douleurs de tête sont constantes, la stase papillaire peut faire défaut ou être très peu marquée.

(1) DÉJERINE, *Monde médical*, mai 1911.

Sarcomes. — Une seule variété, qui d'ailleurs n'est pas très rare, est à signaler; elle tire son intérêt de son siège spécial. Il s'agit des sarcomes de la faux du cerveau développés au niveau des régions motrices. Ils peuvent déterminer tout d'abord (parce que prédominant d'un côté) des crises unilatérales d'épilepsie Bravais-jacksonienne à début crural (par irritation du lobule paracentral). Plus tard, apparaissent du même côté des phénomènes parétiques, tandis que, de l'autre côté, commencent à apparaître des crises d'épilepsie Bravais-jacksonienne. Cette symptomatologie à « bascule » en quelque sorte est assez particulière.

5° *Causes diverses.* — En dehors des différentes causes ci-dessus énoncées et qui sont les plus fréquentes, l'épilepsie Bravais-jacksonienne peut être encore rencontrée, épisodiquement, dans diverses affections du système nerveux : méningites aiguës, foyers de ramollissement ou d'hémorragie, paralysie générale, hydrocéphalie, sclérose cérébrale consécutive aux encéphalites de l'enfance.

B. CAUSES GÉNÉRALES. — Différentes hétéro ou auto-intoxications qui sont d'ailleurs susceptibles de provoquer des crises épileptiques généralisées ou des crises à type éclamptique peuvent engendrer également des crises d'épilepsie Bravais-jacksonienne. Telles sont : l'alcoolisme, le saturnisme, l'acétonémie et surtout l'urémie. Certaines maladies infectieuses aiguës peuvent aussi, sans doute par lésions vasculaires, méningées, ou par lésions rénales, déterminer des crises d'épilepsie partielle, le plus souvent transitoires.

C. CAUSES PÉRIPHÉRIQUES. — On admet enfin des crises d'épilepsie Bravais-jacksonienne d'origine réflexe par lésions : 1° des nerfs périphériques (corps étrangers, cicatrices); 2° viscéraux (épilepsie pleurale, gastro-intestinale, cardiaque); 3° sensoriels (lésions nasales, auriculaires). La plupart d'entre elles (les dernières surtout) sont d'ailleurs des plus discutables.

Pour la première catégorie de faits, en particulier, si certaines observations valent par leur précision elles sont à vrai dire *extrêmement rares*.

Avant de conclure à l'origine réflexe de crises d'épilepsie Bravais-jacksonienne il faut penser aux causes d'erreur suivantes :

α. Cas où le malade rapporte à un traumatisme de nerfs périphériques des crises d'épilepsie qui existaient déjà avant l'accident, peut-être plus atténuées.

β. Cas analogues à celui de Kocher : malade se blessant à la main gauche et faisant ultérieurement des crises Bravais-jacksoniennes commençant par cette même main ; à l'autopsie : sarcome de la dure-mère.

γ. Cas où le corps étranger ou la plaie nerveuse sont l'occasion de crises hystériques frustes qu'il faut éviter de confondre avec des crises épileptiques.

Pour éviter ces diverses causes d'erreur il importe donc : 1° d'étudier complètement, au point de vue neurologique, le malade en observation; 2° de procéder à un minutieux examen des différentes fonc-

tions dévolues au nerf périphérique soupçonné d'être lésé, suivant une méthode que nous avons décrite avec M. H. Claude (1).

IV

Diagnostic topographique. — L'épilepsie Bravais-jacksonienne est symptomatique d'une lésion de l'hémisphère cérébral du côté opposé à l'épilepsie. Pour la bien comprendre, il suffit de connaître la topographie des centres moteurs.

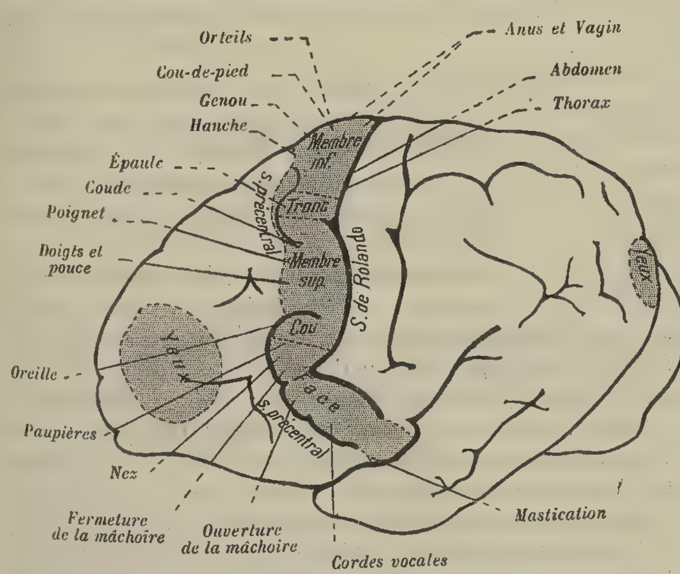
La plupart des livres classiques exposent que la frontale et la pariétale ascendante, situées de part et d'autre de la scissure de Rolando, sont motrices. Actuellement il est prouvé que seule est motrice l'écorce de la frontale ascendante du sillon prérolandique et de la lèvre antérieure de la scissure de Rolando. Cette certitude repose sur :

1° Les résultats des expériences de Grünbaum et Sherrington sur les singes anthropoïdes (1901); expériences confirmées par C. et O. Vogt, de Brodmann, F. Krause, Mills, Frazier, Cushing, Llogd.

2° L'histogenèse et l'étude de la myélinisation qui ont montré à Flechsig que seule la frontale possédait le type moteur.

3° Les différences de structure histologique de l'écorce cérébrale au niveau de la frontale et de la pariétale ascendante. Seule la première contient les cellules géantes groupées en îlots (nids de Betz) qui sont motrices (Kolmer, Brodmann, Campbel).

4° L'anatomie pathologique. Dans la sclérose latérale amyotrophique Probst, Campbell, Rossi et Roussy, en suivant de la moelle au cortex la dégénération du faisceau pyramidal, ont remarqué que toutes les fibres dégénérées se perdaient dans l'écorce de la frontale ascendante.



Centres moteurs du chimpanzé, d'après Grünbaum et Sherrington (In Souques).

5° Les données de la clinique, contrôlées par l'anatomie pathologique, qui démontrent que la motilité est localisée dans la frontale tandis que les sensibilités appartiennent au lobe pariétal et particulièrement à la pariétale ascendante.

La frontale ascendante étant seule motrice, quels sont les sièges des centres moteurs? Il suffit de se reporter au schéma de Grünbaun et Sherrington. On trouve de bas en haut le centre moteur de la face, au tiers inférieur; celui du membre supérieur, au tiers moyen; celui du membre inférieur, au tiers supérieur.

Ceci étant, le diagnostic topographique repose sur le point de départ des secousses : le « signal symptôme », autrement dit le point de départ des convulsions, désigne le centre moteur principalement intéressé. Si le début est crural, le lobule paracentral est en jeu; si le début est brachial, c'est la région moyenne de la frontale ascendante; si le début est facial, c'est le tiers inférieur qui est intéressé.

Etant donnés les rapports suffisamment constants et connus des centres moteurs avec la paroi osseuse, il est facile de porter le trépan au niveau convenable.

V

Valeur localisatrice de l'épilepsie Bravais-jacksonienne. — On croyait il y a quelques années que l'aura motrice avait une signification absolue et qu'une attaque d'épilepsie Bravais-jacksonienne impliquait nécessairement une lésion de la frontale ascendante de l'hémisphère du côté opposé.

Il ressort de toute une série de travaux de ces dernières années que si l'épilepsie Bravais-jacksonienne traduit une irritation des cellules de la frontale ascendante, le point de départ de cette irritation peut en réalité siéger en dehors de cette zone motrice (Winkler, Touche, Dieulafoy, Duflocq, Boué, Drivet, Vorkostner, Parker, Bonhoëffer). C'est ainsi qu'on a signalé des cas d'épilepsie Bravais-jacksonienne avec des lésions des régions temporales, occipitales, centrales, basilaires, voire même cérébelleuses. Ces faits sont quelque peu éclairés par les données de l'expérimentation : si, en effet, avec un courant électrique *faible*, il est indispensable d'exciter *directement* les centres moteurs de l'animal pour provoquer des convulsions du côté opposé du corps, il est par contre bien connu qu'on arrive au même résultat en excitant des points assez éloignés de la frontale ascendante si l'on emploie un courant électrique beaucoup plus fort, par suite sans doute de la propagation de l'excitation aux centres moteurs.

La valeur localisatrice de l'aura motrice n'est donc pas aussi absolue que l'on croyait autrefois. Le « signal symptôme » peut d'ailleurs manquer. Lorsqu'il existe, il n'en demeure pas moins, cependant, un symptôme important, dont la valeur localisatrice peut être d'ailleurs augmentée par la coexistence de phénomènes parétiques ou paralytiques (les signes de destruction ayant au point de vue du diagnostic topographique plus de valeur que les signes d'excitation).

En résumé, l'aura motrice n'est pas un signe de certitude, ce n'est « qu'un signe de probabilité ». « Au demeurant, les larges ouvertures du crâne qu'on pratique aujourd'hui, suppléent, dans une

(1) Henri Claude et Stephen Chauvet. *Sémiologie réelle des sections totales des nerfs mixtes périphériques*, mai 1911, Maloine.

grande mesure, à l'ancienne nécessité d'une étroite localisation. » (Souques.)

VI

Traitement. — Le traitement *symptomatique* cherche à diminuer le nombre des crises et leur intensité. Dans ce but le borate de soude et les bromures ont été préconisés. Ces derniers, alliés au régime déchloruré, donnent parfois d'assez notables sédations.

Le traitement *curatif* varie suivant les cas :

1° Lorsqu'on soupçonne la syphilis, on doit instituer un traitement énergique (injections intraveineuses de cyanure de mercure, par exemple, et iodure de potassium). Pour être probant et servir de « pierre de touche » ce traitement doit amener rapidement une amélioration qui va sans cesse en s'accentuant. Nous avons précédemment mis en garde contre les petites améliorations que l'on peut observer dans certaines affections non syphilitiques.

2° L'urémie commande une saignée abondante, une ponction lombaire, un régime hydrique absolu pendant deux jours puis le régime lacté.

3° Les rares cas d'épilepsie Bravais-jacksonienne d'origine réflexe exigent évidemment la suppression de l'agent épileptogène.

4° En cas d'épilepsie traumatique il faut distinguer, au point de vue de l'intervention chirurgicale et de ses résultats, l'épilepsie précoce de l'épilepsie tardive.

Dans les cas précoces ayant suivi de près le traumatisme, il faut intervenir le plus tôt possible, les résultats étant d'autant plus beaux que l'intervention est plus précoce ; la guérison complète peut être escomptée.

Dans les cas où l'intervalle de temps écoulé entre le traumatisme et l'apparition du premier accès (Freiintervall) a été long, il faut également intervenir puisque, après tout, l'opération n'est pas dangereuse et qu'elle est la seule chance de guérison dans une affection qui expose les malades aux plus désastreuses conséquences ; mais il faut bien savoir que les résultats risquent fort d'être peu satisfaisants. C'est qu'en effet les lésions d'origine traumatique ont pu, à la longue, déterminer des lésions secondaires dégénératives du cortex, lésions qui ne peuvent guère regresser. Les statistiques sont là pour prouver qu'en pareil cas il faut se contenter d'espérer une simple amélioration post-opératoire, et que cette amélioration n'est d'ailleurs souvent que transitoire, car les récidives sont assez fréquentes. Quoi qu'il en soit, dans tous les cas, il faut intervenir. Pour ce qui concerne l'acte opératoire, et la conduite à tenir suivant les cas rencontrés, je conseille de se reporter pour d'amples détails aux traités de techniques chirurgicales et surtout au rapport de M. Souques.

5° En cas de lésions pariétales ou extra-dure-mériennes la trépanation simple (sans ouverture de la dure-mère) suffit, puisqu'elle permet d'évacuer un abcès, un hématome de l'espace décollable, d'enlever un corps étranger, une esquille osseuse, un foyer d'ostéite.

6° Dans les tumeurs cérébrales, la craniectomie peut être curative ou palliative suivant les cas. Elle est curative quand on tombe, après ouverture de la dure-mère, sur une tumeur énucléable. Elle est palliative, quand la tumeur est inextirpable. Elle n'en constitue pas moins, alors, une remarquable intervention puisque, si elle ne fait pas toujours disparaître les crises d'épilepsie Bravais-jacksonienne, elle améliore considérablement, par contre, les symptômes concomitants; en tant que décompression, elle fait en effet disparaître les vomissements et la céphalée et empêche la cécité de survenir si elle est pratiquée à temps c'est-à-dire avant que la stase papillaire n'ait créé d'irréparables lésions.

7° Il y a enfin des cas, où après ouverture de la dure-mère et examen attentif des circonvolutions cérébrales on ne trouve aucune lésion macroscopique. Le cortex est en apparence sain.

Il s'agit souvent alors de lésions microscopiques ; le fait a été maintes fois contrôlé (Horsley, van Giesen, Roller, Krause). En pareil cas Horsley conseille de repérer le « centre-signal » par l'excitation électrique unipolaire, et de pratiquer son excision.

Krauze partage la même opinion. Cette manière de voir a été critiquée par de nombreux auteurs. On lui a reproché de créer des paralysies et des anesthésies. Ces troubles sont, en réalité, transitoires et d'ailleurs peu accentués, si l'on excise parcimonieusement. On lui a également opposé qu'elle comportait d'assez fréquents insuccès, ce qui est exact. Par contre, elle a été suivie de résultats fort satisfaisants dans des cas où l'abstention n'aurait évidemment donné aucune amélioration. Si bien que, en résumé, il est nécessaire d'attendre encore de nouveaux faits avant de se prononcer pour ou contre cette méthode.

* * *

Tel est le traitement actuel de l'épilepsie Bravais-jacksonienne. La craniectomie y occupe, il est facile de le voir, une place prépondérante. On pourrait être tenté de croire que son application au traitement de l'épilepsie est une acquisition relativement récente. Ce serait là une erreur.

Depuis la plus haute antiquité, les convulsions, les crises épileptiques ont été soignées par la trépanation. On la pratiquait dès l'âge de la pierre taillée, suivant trois procédés; celui du *raclage* avec un petit couteau de pierre; celui du *forage*, qui utilisait un foret de pierre; et celui du *sciage*, de petites scies de même nature. Les crânes retrouvés présentant des orifices de trépanation sont si nombreux qu'on peut en déduire que c'était la pratique assez courante. Et comme beaucoup d'entre eux présentent une cicatrisation parfaite des bords osseux on veut en inférer que l'opération a été suivie d'une assez longue survie, malgré une asepsie et un attirail chirurgical qui laissaient, évidemment, beaucoup à désirer.

L'âge de la pierre polie et celui du bronze consacrèrent une intervention qui semble avoir été pratiquée, initialement, à la suite de considérations religieuses. Les anciens estimant, en effet, que les convulsions révélaient la prise de possession du corps et de l'âme par les esprits malins, pouvait leur

sembler logique de créer à ceux-ci une porte de sortie pour leur permettre de s'échapper et laisser le malade recupérer la santé (Le Double). Les dénominations qui, même beaucoup plus tard, désignèrent l'épilepsie, montrent combien la pathogénie démoniaque ou divine était ancrée, depuis des siècles, dans les esprits : morbus herculeus (Aristote), morbus sacer (Celse), morbus divinus, morbus dæmoniacus, mal d'en haut, haut mal.

Aux époques préhistoriques l'épilepsie était encore combattue par une autre intervention que la trépanation : la « mutilation sincipitale ». Celle-ci consistait en une série de cautérisations, fort rapprochées les unes des autres et distribuées suivant deux lignes, une antéro-postérieure suivant la suture bipariétale et une autre transversale s'étendant d'une bosse pariétale à l'autre, et coupant à angle droit la ligne précédente (mutilation sincipitale en forme de T). Cette longue blessure intéressait cuir chevelu et périoste. Cette révulsion intense fut pratiquée aux temps les plus reculés ; elle fut préconisée ultérieurement, par Albucasis, Avicenne. Certaines peuplades sauvages la pratiquent encore de nos jours.

Le Double émet l'hypothèse qu'on l'opposait aux formes bénignes de l'épilepsie tandis que la trépanation s'adressait aux formes graves.

Il est assez curieux de constater que ce sont des superstitions qui ont conduit les peuples préhistoriques à pratiquer la trépanation dans l'épilepsie. En créant ainsi, sans la chercher, une décompression, ils appliquèrent un traitement qui a été, de nos jours, chaudement préconisé. Ils en obtinrent sans doute des résultats assez satisfaisants, puisqu'elle fut fort pratiquée. Ces résultats contribuèrent à entretenir pendant fort longtemps, tout à la fois, une étiologie absurde et un traitement inconsciemment rationnel et bienfaisant.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 24 AVRIL 1912)

Anesthésie par les injections intramusculaires d'éther. — M. Faure a eu recours à la méthode préconisée par M. Carpentier. Chez une femme de trente-cinq ans, qui était atteinte d'une très volumineuse tumeur de l'amygdale gauche, M. Faure a fait faire, dans les deux fesses, une injection intramusculaire de 50 centimètres cubes d'éther. La malade ne s'est pas plaint que ces injections fussent douloureuses. Après vingt minutes, elle était dans un état de stupeur, ayant eu seulement quelques nausées, conservant ses réflexes cornéens. Au moment où M. Faure commença son opération, elle eut quelques mouvements de défense. On lui fit respirer alors quelques gouttes de chloroforme et l'anesthésie fut parfaite. L'opération a duré à peu près un quart d'heure. Puis il y a eu quelques minutes de préparation de l'appareil à fulguration. Il fallut encore donner quelques gouttes de chloroforme et on fit une séance de fulguration d'une dizaine de minutes. L'opération était complètement terminée vers midi. A deux heures, cette malade s'est mise à reparler. Elle a déclaré n'avoir rien senti et n'avoir jamais souffert. Cet essai a paru à M. Faure assez favorable pour qu'il soit tenté de le renouveler à la première occasion.

Prolapsus du rectum. — M. Quénu résume la discussion qui vient d'avoir lieu. Il passe de nouveau en revue les divers procédés proposés. Arrivant au procédé de Juvara et Delorme, procédé pour lequel M. Delorme réclame la première place comme répondant à toutes les indications et s'appliquant à tous les cas, M. Quénu déclare ne pas partager cet avis et critique quelque peu ce procédé qui, selon lui, ne serait applicable qu'à un nombre restreint de cas. Il fait observer que M. Lenormant qui, en 1907, faisait l'éloge du procédé de Juvara-Delorme, semble avoir changé d'opinion en 1912 et être moins bien convaincu des avantages de ce procédé. Il a été pratiqué trente-deux à trente-trois fois. On n'en connaît malheureusement pas les résultats éloignés, ou on les connaît mal. M. Quénu ne saurait donc suivre M. Delorme ni accorder à son procédé la première place dans le traitement chirurgical des prolapsus du rectum.

L'observation de M. Dionis du Séjour, au sujet de laquelle M. Souligoux a fait un rapport, paraît à M. Quénu particulièrement intéressante, comme exemple de prolapsus supérieur. C'est bien là, en effet, un cas de prolapsus du rectum et non d'invagination.

M. Quénu se résume en disant qu'il n'y a pas un prolapsus du rectum, mais qu'il y en a plusieurs et que la thérapeutique chirurgicale doit varier suivant les cas.

M. Kirmisson, au point de vue de l'observation de M. Dionis du Séjour rappelée par M. Quénu, maintient la distinction qu'il a établie entre un cas d'invagination et les cas de prolapsus vrai ; ce sont là, dit-il, des faits d'ordre différent.

M. Quénu se déclare d'un avis tout à fait opposé et considère le cas de M. Dionis du Séjour comme un exemple de prolapsus supérieur du rectum. C'est un prolapsus, qui commence par en haut, mais, dans l'espèce, invagination et prolapsus sont une seule et même chose.

Les injections préventives de sérum antitétanique. — M. Robineau analyse une observation du docteur Pierrard. Après une chute de bicyclette ayant déterminé des plaies assez sérieuses des genoux et des mains, le docteur Pierrard badigeonna de teinture d'iode ses plaies et se pratiqua lui-même sous la peau du ventre une injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique. Quelques heures après, il fut pris de nausées ; son pouls monta à 120 ; il eut des sueurs froides et des frissons. Il examina ses plaies et constata qu'elles n'étaient nullement infectées : cet état de malaise dura sept jours et tout semblait terminé quand survint une phlébite double. Après cinq semaines la guérison était complète. Après enquête, on put apprendre que le sérum employé dans ce cas était du sérum frais, provenant de l'Institut Pasteur, mais c'était du sérum pour vétérinaires.

M. Robineau a fait, de son côté, une enquête auprès des vétérinaires. Il résulte de cette enquête que tous les vétérinaires s'accordent à reconnaître à ce sérum une action préventive toujours efficace et souvent une action curative réelle, pourvu qu'il soit administré au début des contractures chez les chevaux.

M. Robineau a pensé qu'il était utile d'apporter au débat ce cas bien net d'intoxication sérique.

M. Robineau n'en reste pas moins partisan de l'emploi préventif du sérum antitétanique. Depuis sept ans, il n'a observé que trois cas de tétanos chez des malades qui n'avaient pas reçu d'injections préventives de sérum antitétanique.

M. Thiéry appelle l'attention sur la façon insuffisante, au point de vue aseptique, dont sont fermés les flacons de sérum antitétanique de l'Institut Pasteur.

M. Riche, en venant clore cette nouvelle discussion sur le sérum antitétanique, se défend avec beaucoup d'esprit et un-

peu de philosophie contre les accusations un peu sévères dont il a été l'objet. Il est toujours imprudent, dit-il, de toucher aux rites, et s'il l'avait oublié, ses collègues ne se seraient pas fait faute de le lui rappeler. A une autre époque, cette imprudence aurait pu le mener au bûcher. Rappelant fort habilement, pour sa défense, la discussion de 1907, M. Riche cite textuellement ce que disait alors M. Delbet : « Le sérum antitétanique donne, en pathologie humaine, des résultats médiocres. Le remède n'est pas héroïque et n'a pas répondu à nos espérances. Ne serait-il pas indiqué d'aviser l'Institut Pasteur de nos déceptions? Il est certain que le sérum antitétanique agit plus sûrement sur les chevaux que sur les hommes. Il y aurait donc un grand intérêt à ce que ceux qui emploient pratiquement ce sérum s'entendissent avec ceux qui le préparent. » Après ces sages paroles, la Société de chirurgie décida que M. Delbet s'entendrait avec l'Institut Pasteur. Qu'est-il advenu de cette entente?

M. Riche rappelle des faits qui ont été publiés.

Mais il n'aurait pas seulement commis un crime de lèse-laboratoire, il aurait aussi commis un crime de lèse-patrie, selon M. Sieur, en ne reconnaissant pas les bienfaits du sérum antitétanique dans l'armée. Si le tétanos a à peu près disparu de l'armée, n'en est-il pas de même de l'infection purulente, de l'érysipèle, de la pourriture d'hôpital? Ce n'est donc pas au sérum seul qu'il faut attribuer ces heureuses modifications, mais aussi à l'antisepsie et à l'asepsie.

M. Riche persiste à croire qu'il y a intérêt à faire connaître les faits du genre de celui qu'il a publié. Ces faits surnagent sur le flot des discours. Ils comportent leur enseignement. En terminant, M. Riche rappelle le fait malheureux qu'il a cité; il s'est assuré que le sérum employé était bien un sérum frais et provenant de l'Institut Pasteur.

Ablation du thymus. — M. Walther fait un rapport sur un cas d'ablation d'un thymus de 24 grammes pratiqué sur un jeune enfant par M. Chalochet (d'Abbeville) : cet enfant mourait d'asphyxie. Immédiatement après l'opération, il allait aussi bien que possible et mourut brusquement le lendemain. On ignore la cause de la mort.

Greffe osseuse. — M. Walther analyse une observation de M. Viallet (de Saint-Etienne). Il s'agissait d'une tumeur du cubitus d'apparence maligne qu'enleva M. Viallet en reséquant l'os lui-même bien que la tumeur fût péri-osseuse. Il remplaça le fragment du cubitus par la greffe d'un fragment péronier. Il avait pris le demi-cylindre du péroné; résultat fonctionnel excellent. On revoit le malade quatre-vingt jours après; bon fonctionnement du membre, consolidation parfaite. Toutefois les radiographies montrent qu'il existe un canal médullaire, ce qui semblerait prouver que c'est le cubitus qui s'est reconstitué et que le fragment péronier greffé n'a joué que le rôle d'un tuteur.

M. Walther fait observer que, dans ce cas, la résection du cubitus ne s'imposait pas, puisque la tumeur était péri-osseuse et d'ailleurs bénigne ainsi que l'a montré ultérieurement l'examen histologique. Toutefois le résultat obtenu fut très satisfaisant même à une période éloignée de l'opération.

M. Broca n'admet pas l'excuse invoquée par l'auteur que la tumeur présentait un aspect mélanique et que c'est pour cette raison qu'il a cru devoir sacrifier l'os. Mais alors même que le diagnostic de mélanose eût été certain, l'opération, même avec la résection de l'os, devenait inutile devant la généralisation certaine de la mélanose.

M. Tuffier fait remarquer que cette observation prouve une fois de plus que ces os greffés sont, non de vraies greffes, mais simplement des tuteurs.

Cure radicale de hernies. — M. Chaput présente des malades opérés de cure radicale de hernie, à parois faibles qu'il a renforcées par des greffes graisseuses empruntées à la cuisse.

Rupture traumatique de l'urètre. — M. Bazy présente un malade qu'il a guéri d'une rupture traumatique de l'urètre en assurant la dérivation des urines par une taille hypogastrique momentanée. Guérison parfaite.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 AVRIL 1912)

Les plaquettes de la rate. — MM. L. Le Sourd et Ph. Pagniez ont indiqué antérieurement une méthode de coloration permettant de distinguer nettement les plaquettes dans les coupes histologiques, et montré que la rate est le seul organe dans lequel on décèle de façon constante des plaquettes.

La question qui se posait d'abord était de savoir si les plaquettes se forment ou se détruisent dans la rate. L'expérience paraît prouver que la première de ces hypothèses est la vraie. En effet, en injectant à des lapins des quantités considérables de plaquettes et en les sacrifiant dans les heures qui suivent on ne trouve à aucun moment d'augmentation nette du nombre des plaquettes dans la rate.

Par contre, en soumettant des animaux à des saignées on assiste à une augmentation considérable du nombre des plaquettes. En particulier, quatre jours après une saignée copieuse, on trouve le tissu splénique infiltré de plaquettes abondantes qui restent toujours en dehors des corpuscules de Malpighi. Certains tissus sont remplis par des amas de plusieurs centaines de plaquettes; on en trouve également rangées en files dans les cordons. Tous ces faits tendent donc à montrer que la rate est un organe formateur de plaquettes.

Influence de la bile sur la fermentation du glycose. — M. Roger, continuant ses recherches sur le rôle de la bile dans les fermentations microbiennes, a été conduit à étudier les transformations du glycose.

Dans de l'eau peptonée ou du bouillon contenant 1,25 p. 100 de glycose, il ajoute des quantités variables de bile puis il sème des microbes intestinaux. Au bout de vingt-quatre heures, il dose le sucre qui reste. Dans le tube témoin, ne renfermant pas de bile, il trouve 0,27 de glycose pour 100; dans le tube contenant 40 p. 100 de bile, la proportion du sucre est de 0,75 et elle s'élève à 0,95 dans le tube renfermant 10 p. 100 de bile.

On peut donc conclure que la bile, tout en permettant le développement des microbes, entrave leur action sur le glycose. Comme pour l'amidon et le glycogène, des doses moyennes sont plus efficaces que des doses élevées.

Action des différents solvants de la sécrétine et des excitants de la sécrétion pancréatique, et leur classification physiologique. — M. S. Lalou. 1° On peut extraire la sécrétion par des acides, des sels, des cristalloïdes, tels que le saccharose et le glucose; des solvants des albuminoïdes, tels que l'urée; des agents de dissociation de la cellule, tels que les savons ou les sels biliaires, les vapeurs de chloroforme. Ces différents procédés sont sans rapport avec le rôle sécrétoire que quelques-unes de ces substances peuvent jouer dans l'organisme.

2° La multiplicité et la variété de nature des agents extracteurs conduisent à penser que la sécrétine est préformée dans les cellules de la muqueuse intestinale et que les corps qui l'extraient n'agissent qu'en la mettant en liberté.

3° Rien n'autorise à penser que l'agent sécrétoire extrait par ces différents procédés n'est pas le même dans tous les cas; il n'y a aucune raison de croire qu'il existe autant de corps que de procédés d'extraction. L'hypothèse la plus simple est qu'une même sécrétine est plus ou moins facilement extraite par les procédés mis en œuvre.

4° Les travaux de Bayliss et Starling, confirmés et étendus par Enriquez et Hallion, Fleig, etc., ont montré que certains

agents excito-sécrétoires comme l'acide chlorhydrique ont la propriété de faire passer dans le sang une substance excito-sécrétoire, la sécrétine. D'autre part, les résultats de ces recherches, confirmant tout d'abord celles de Delezenne et Pozerski sur le chlorure de sodium et les étendant à un très grand nombre de corps, montrent que la sécrétine préformée dans la muqueuse est extraite en nature par toute une série d'agents. Dès lors, et puisque nous savons par ailleurs que la presque totalité de ces agents n'est pas sécrétoire, on est amené à conclure que le mécanisme est plus complexe que ne l'imaginaient Bayliss et Starling : toute une série d'agents extraient de la sécrétine, quelques-uns seulement sont excito-sécrétoires en ayant la propriété de faire passer la sécrétine dans le sang; il reste donc à examiner le mécanisme de cette dernière propriété.

Influence d'une alimentation riche en oxalates sur la sensibilité des lapins à l'urohypotensine. — MM. Abelous et Bardier. Une alimentation riche en oxalates favorise, chez les lapins, l'action de l'urohypotensine, probablement par décalcification du système nerveux.

Suppression définitive du tissu thymique par la rœntgenthérapie. — MM. Regaud et R. Cremieu ont réussi à déterminer expérimentalement une disparition presque complète du thymus chez le chat. Malgré cette suppression, les animaux sont restés en parfait état.

Bacilles typhiques algériens. — MM. Raynaud et Nègre ont pu chez certains malades atteints de fièvre typhoïde isoler un bacille intermédiaire aux typhiques et aux paratyphiques. Jointes aux autres de Faroy, Babès, ces recherches montrent qu'entre l'Eberth et le coli existe toute une série de germes dont les paratyphiques A et B ne constituent que des intermédiaires.

Pilocarpine et sécrétion pancréatique. — M. Hustin. La pilocarpine n'exerce aucune action sécrétrice directe sur la sécrétion pancréatique. Elle n'agit sur le pancréas que par l'intermédiaire du duodénum.

PRATIQUE MÉDICALE

LE SALÈNE ET SES APPLICATIONS EN THÉRAPEUTIQUE

Par M. A. Eibig
(de Champagne-les-Marais [Vendée)].

Le traitement suivi jusqu'à ce jour pour le rhumatisme, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique, consistait dans l'administration d'un remède interne, soient le salicylate de soude, l'antipyrine, le salophène, l'iodure de potassium, etc., et l'application sur la région douloureuse d'un liniment analgésique quelconque. Concurremment au traitement interne, on s'est appliqué dans ces dernières années à combattre par des médicaments externes les manifestations locales douloureuses de cette maladie. Ce but a été atteint par la découverte d'un nouveau dérivé salicylique, le « Salène ». Qu'il nous suffise de donner quelques détails sur la composition, les propriétés et le mode d'emploi du Salène avant de compléter cet aperçu par quelques observations cliniques personnelles.

Le Salène est un mélange des éthers méthyl et éthyl-glycoliques de l'acide salicylique. A la température ordinaire, c'est un liquide huileux inodore, se dissolvant dans l'alcool, l'éther, le benzène et l'huile de ricin, assez facilement dans un mélange à parties égales d'huile d'olive et d'huile de ricin, ou d'huile d'olive et de chloroforme; il est peu soluble dans l'huile d'olive. Un grand avantage de ce produit, c'est qu'il n'a pas de propriétés irritantes. On peut l'employer soit pur pour badigeonnages, soit additionné d'une quantité égale d'alcool à 90 degrés, soit d'un mélange de chloroforme et d'huile d'olive. Il faut faire trois onctions par jour, sur les régions douloureuses avec la valeur d'une cuillerée à café soit du mélange, soit de Salène pur, et recouvrir de coton ou de flanelle, afin d'éviter l'évaporation de se produire.

Nous avons eu occasion d'appliquer le Salène sur nous-même et d'en faire les observations suivantes.

Observation I. — Etant en remplacement à Saint-S... (Yonne), chez le docteur S..., en septembre 1907, je fis une chute en descendant de voiture. Je constatai les symptômes suivants : impotence fonctionnelle du pied droit, fort gonflement de l'articulation tibio-tarsienne, avec déchirure partielle des ligaments latéraux. Pendant dix jours, je pus toutefois vaquer à mes occupations avec la plus grande difficulté. La marche m'était pour ainsi dire presque impossible, le moindre mouvement de l'articulation me faisait atrocement souffrir. Après examen préalable, je constatai qu'il n'y avait pas de fracture des malléoles et que tous les symptômes éprouvés étaient ceux d'une forte entorse. Ne pouvant marcher, j'usai de tous les moyens qu'ordonne la thérapeutique en pareil cas : repos, compression et massage avec un liniment classique approprié. Rien n'y fit, la douleur était peut-être un peu moins forte. De retour à la maison, je fis le traitement suivant : repos pendant huit jours, trois onctions par jour, matin, midi et soir, sur la région douloureuse, avec une petite quantité du mélange suivant : salène pur et alcool à 90 degrés (parties égales) et je recouvrais l'articulation d'une bande Velpeau fortement serrée. Au bout de huit jours, j'étais totalement guéri, le gonflement avait disparu et la marche m'était rendue possible. Aujourd'hui je ne me ressens plus de rien et je dois ajouter qu'il est rare de voir une entorse ne laisser aucune trace par la suite.

L'observation personnelle que nous venons de citer n'a pour but que de démontrer que le Salène est un analgésique puissant, et qu'il donne de meilleurs résultats que tout autre liniment dans le traitement de l'entorse.

Obs. II. — Mme V... G., quarante ans, actuellement à Paris, contracta lors de son séjour à la campagne, à Champagne-les-Marais, en septembre 1908, un rhumatisme à la jambe droite. Cette personne, étant déjà très affaiblie par une maladie antérieure, ne pouvait se servir du membre malade. Les douleurs étaient très nettes et très accentuées le long du jambier antérieur, plutôt accusées la nuit que le jour. La cure suivie à Paris : salicylate de soude 4 grammes par jour, administré sous forme de potion, avec l'application d'un liniment opiacé sur la région douloureuse, avait été inefficace. Les symptômes allaient en s'aggravant. Après un examen préalable, je me décidais à faire suivre à la patiente le traitement suivant : 1° salipyrine 4 grammes en quatre cachets, à prendre à jeun dans la journée, deux dans la matinée et deux dans la soirée; 2° massage trois fois par jour avec un mélange à parties égales de Salène et d'alcool; 3° entourer le membre d'une bande Velpeau, fortement serrée. Peu de temps après cette médication, les symptômes s'amendèrent et Mme V... G. se porte aujourd'hui très bien, sans avoir jamais eu de rechute.

Je dois ajouter que, dans cette observation, le Salène a été d'une très grande efficacité, il a supprimé la douleur presque instantanément et nous a rendu de précieux services comme analgésique. La malade, qui ne pouvait se servir de la jambe droite préalablement, a pu vaquer à ses occupations pendant toute la durée du traitement. La salipyrine n'a fait qu'abaisser la température et a servi d'antithermique.

Obs. III. — P... V., âgé de cinquante-deux ans, propriétaire à Ch... (Charente), est venu me consulter pour des rhumatismes articulaires aigus déformants des articulations phalangiennes et métatarsiennes. L'état général est très bon. Traitement suivi : 1° 4 grammes de salipyrine par jour en 4 cachets à prendre à jeun, deux dans la matinée et deux dans la soirée; 2° deux ou trois onctions par jour d'un mélange à parties égales de Salène et d'alcool sur les régions douloureuses; 3° recouvrir de flanelle sous forme de bande Velpeau. Au bout de trois semaines de traitement, le malade s'est trouvé notablement soulagé et pouvait vaquer à ses occupations, sans avoir recours à la cure des eaux d'Evaux, comme il en avait l'intention. Ayant eu l'occasion de laisser M. P... V... en cours de traitement, je suis persuadé qu'il doit être actuellement guéri s'il a continué sa cure.

Obs. IV. — Mme R..., à Ch. (Vendée), est atteinte de rhumatisme articulaire aigu. La malade ne pouvait se servir de la jambe gauche pour la locomotion. Après avoir suivi plusieurs traitements classiques inefficaces, elle se décide à venir nous consulter et à prendre : 1° salipyrine 4 grammes par jour en 4 cachets, à prendre à jeun

dans la journée; 2° à appliquer trois fois par jour un mélange de Salène et d'alcool à parties égales sur la région douloureuse; 3° à entourer le membre inférieur gauche de deux bandes Velpeau. Le résultat obtenu a été très satisfaisant.

Nous tenons à citer comme dernière observation le cas complexe suivant, dans lequel nous avons toujours appliqué la même médication.

OBS. V. — Ayant été appelé à donner mes soins à Mme V..., propriétaire à Ch... (Charente), à la suite de plusieurs de mes confrères, je constatai tout d'abord chez la patiente un état complet de cachexie. Malgré un fort appétit, elle dépérissait continuellement. L'assimilation ne se faisait plus. Le poids qui était de 80 kilogrammes primitivement se trouvait réduit à 40 kilogrammes. Les articulations du genou, tibio-tarsienne et du poignet des deux côtés étaient fortement œdématiées, la douleur était extrême, il y avait en outre une impotence fonctionnelle des membres presque absolue. Je fis, avec un de mes confrères, le diagnostic de rhumatisme articulaire déformant progressif. Le traitement que je fis suivre fut le suivant : 1° injection hypodermique, deux fois par semaine, de 120 centimètres cubes de plasma de Quinton, dans la région fessière; 2° reconstituants à base de strychnine et d'arsenic et administration de 2 grammes de phytine par jour en deux cachets, à prendre une demi-heure avant les repas; 3° application trois ou quatre fois par jour d'un mélange à parties égales de Salène et d'alcool sur les régions douloureuses articulaires; 4° recouvrir ces articulations de bandes Velpeau. Le résultat obtenu a été assez satisfaisant, il y a eu des alternatives d'amélioration et de rechutes. Le Salène a été un précieux analgésique, et on pouvait encore obtenir, grâce à lui, certains mouvements dans les articulations. Je dois avouer, dans cette circonstance, qu'ayant été appelé trop tard auprès de la malade, atteinte depuis seize mois d'une affection incurable plus ou moins connue et qui a dû succomber dans la suite, le traitement que j'ai prescrit a encore été d'une certaine efficacité, d'après l'avis de la famille. Il est seulement regrettable que notre médication n'ait pas été suivie plus tôt. En tous les cas il n'en est pas moins vrai que dans cet organisme, qui avait été transformé en un vrai laboratoire de chimie pendant quelques mois, c'est encore l'application du Salène, associée à l'administration de la phytine et du plasma de Quinton en injections hypodermiques qui ont pu donner quelques résultats et prolonger la vie de la malade.

Nous avons en outre bien des fois prescrit le Salène soit pour le rhumatisme aigu ou chronique ou pour toute autre douleur musculaire, soit pour l'entorse, et les résultats obtenus ont toujours été très satisfaisants et identiques. Nous avons même obtenu des guérisons complètes. Aussi, maintenant, le traitement que nous faisons suivre à nos malades est toujours le même, lorsqu'ils se présentent à nous avec les affections ci-dessus énoncées. Nous devons avouer que nous avons totalement abandonné l'usage des liniments que nous formulions jadis, selon le codex et les données de la thérapeutique.

Comme conclusion, nous estimons : 1° Qu'il y a lieu de prescrire le Salène, comme médicament externe dans le traitement de tous les rhumatismes, aigus ou chroniques, associé à l'administration de 4 grammes de salipyrine par jour, en 4 cachets (dose variable suivant l'âge du sujet), à prendre *à jeun*. Les résultats que nous avons obtenus ont été : guérison pour le rhumatisme aigu, amélioration notable, avec suppression de la douleur, dans le rhumatisme chronique.

2° Qu'il y a lieu d'employer le Salène pour le traitement de l'entorse, et qu'il sera d'une efficacité beaucoup plus grande que tous les liniments employés jusqu'à ce jour. Le traitement que nous conseillons dans pareil cas est le suivant : 1° repos; 2° deux ou trois onctions avec le Salène par jour après massage préalable, soit à l'état pur, soit additionné d'alcool à parties égales; 3° compression à l'aide d'une ou deux bandes Velpeau. La guérison se produira dans un laps de temps de huit jours environ.

En un mot, le Salène est un composé chimique stable, non irritant pour la peau, qui ne demande qu'à être connu par les praticiens pour être employé et il est susceptible de rendre les plus grands services en thérapeutique, comme médicament externe dans le traitement des rhumatismes aigu et chronique, et dans celui de l'entorse.

LIVRES NOUVEAUX

Intoxications et empoisonnements. Béribéri (1). Tome V du *Traité pratique de pathologie exotique*, par les docteurs HÉBRARD, GAIDE, CLARAC, LASNET, BOYÉ.

Ce volume entièrement intéressant renferme entre autres chapitres des études très documentées sur l'opiomanie et l'opiophagie, les poisons d'épreuve et les armes empoisonnées.

De nombreuses pages sont également consacrées aux intoxications déterminées par les animaux toxicophores, ainsi qu'à l'envenimation et aux animaux venimeux.

Même pour les personnes qui ne désirent pas posséder les huit volumes de l'excellent traité de pathologie exotique, ce tome cinquième constitue un ouvrage aussi utile à posséder qu'attrayant à lire et à consulter.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Précis d'alimentation des jeunes enfants (2), par M. Eug. TERRIEN.

Le succès des deux premières éditions de ce précis n'a rien de surprenant, lorsqu'en le lisant on s'aperçoit des services multiples que ce livre peut rendre aux médecins, qui s'occupent de l'alimentation des nourrissons. Ils y trouveront en effet clairement et sobrement exposées, toutes les règles à suivre pour mener à bien cette tâche, souvent si délicate. Ils y liront avec le plus vif intérêt, la préparation des bouillies maltées, bouillies qui donnent si souvent de bons résultats, toutes les études des divers modes d'allaitement, un traitement très détaillé des dyspepsies infantiles, etc.

Cette troisième édition, complètement revue et augmentée, se signale tout particulièrement par un excellent chapitre concernant l'*analyse des matières fécales*, les diverses techniques et procédés d'examen, méthodes qui, pour toutes récentes qu'elles soient, n'en ont pas moins donné déjà d'excellents résultats, pour guider le médecin, dans le choix des aliments, lui permettant ainsi de recommander plus spécialement ceux qui sont le mieux assimilés.

Ce livre n'est pas exclusivement consacré d'ailleurs au nourrisson. Comme le dit l'auteur, l'étude de l'alimentation ne doit pas se borner à l'allaitement; il y a lieu de l'envisager dans les années qui suivent et dans différents états pathologiques, c'est pourquoi la première partie de l'ouvrage est exclusivement consacrée à l'alimentation de l'*enfant bien portant*, la seconde à l'*alimentation de l'enfant malade*. Cette troisième édition aura le même succès que les précédentes, et nous pouvons aisément prédire à l'auteur la nécessité d'une quatrième édition.

L. BABONNEIX.

(1) In-8 de 452 pages avec 134 figures. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) Un vol. 3e édition. — Paris, G. Steinheil.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 50. — MARDI 30 AVRIL 1912. 85e ANNÉE. MARDI 30 AVRIL 1912. — N° 50.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 26 avril : MM. Bloch, 16; François, 15; Malloizel, 18; Ameuille, 19.

L'hôpital Necker est déconsigné à partir du 28 avril.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Lecture.* — Séance du 26 avril : MM. Bréchot, 25; Guimbellot, 22; Français et Gasne, 21.

— CONCOURS DE L'INTERNAT DE BRÉVANNES. — *Lecture.* — Séance du 26 avril : MM. Ohanianz, 23; Dauphin, 22; Guennou, 20; Boussi, 23; Dujarric de la Rivierre, 19.

MAISON DE SAINT-LAZARE. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Jury : MM. Verchère, Ozenne et Lacapère.

Questions traitées. — Ecrit : « Testicules. Symptômes et diagnostic des orchites aiguës. »

Oral : « Symptômes et diagnostic de l'arthrite blennorragique. — Syphilis de la langue. »

Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Larroque, Monod, Larcher, Errard, Poisvert, Morin et Brousse.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Mutations :

Médecins-majors de première classe. — MM. Binet passe aux hôpit. de la division d'Alger; Visbecq, à la section technique du service de santé; Dumas, au 38e d'art. Lair, aux troupes débarquées au Maroc.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Rubenthaler passe à l'hôpit. de Bordeaux; Camus, au 25e d'inf.; Séguinaud, au 163e d'inf.; Navas, aux salles milit. de l'hospice mixte de Montpellier; Tartavez, aux troupes débarquées au Maroc; Diénot, aux hôpit. de la division d'Oran; Sorel, aux troupes débarquées au Maroc; de Fürst, aux hôpit. de la division d'Oran; Guyard, aux troupes d'occupation des confins marocains; Ferron, à la direction du service de santé du 18e corps d'armée; Lantiéri, au 4e dragons; Maisonneuve, aux hôpit. de la division d'Oran; Couturier, au 11e bat. de chass. à pied; Casteret, au 19e d'art.; Gensollen, au 20e chass. à cheval; Marvy, au 3e huss.; Muller et Revel, aux hôpit. de la division d'Oran; Clerc, au 16e d'inf.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Bertein passe au 54e d'art.; Paloque, aux hôpit. de la division d'Oran; Perrier, aux hôpit. de la division d'occupation de Tunisie; Delahousse, au 104e d'inf.; Briend, au 32e d'art.; Pouchet et Renoux, aux hôpit. de la division d'Oran; Boisseau, aux hôpit. de la division de Constantine; Gillain et Sorlat, aux hôpit. de la division d'Alger; Servent, aux troupes débarquées au Maroc; Hirtzmann, aux hôpit. de la division d'Oran.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Au titre étranger :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Michaïlovsky (de Sofia), Nauwelaers, médecin chef du service des enfants assistés des hôpitaux de la ville de Bruxelles; Tsatcheff, médecin de la légation de France à Sofia.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Aitoff, chef de service à l'hôpital français de Saint-Pétersbourg; Aractingi, médecin et chirurgien en chef de l'hôpital français de Damas; Ardenois (de Bruxelles); Bazzocchi, chirurgien en chef de l'hôpital de Ronciglione; Bertrand, médecin-major du corps de débarquement de Casablanca; Casali, capitaine médecin du corps d'état-major de l'armée italienne à Rome; Colloridi-Bey (d'Alexandrie), Dangerfield, médecin en chef de l'hôpital britannique d'Alger; Donati, lieutenant médecin attaché à l'hôpital militaire de Rome; Finnbogason, fondateur du groupe de l'alliance française à Reikiavik; Goéré, médecin-major de première classe de la marine à Sidi-Abdallah, Bizerte; Gulikers (de Liége), Javaux, médecin de l'union française à Bruxelles; Khaouly, médecin du consulat et de l'hôpital français de Tripoli (Syrie); Kreyberg, chef de clinique à l'asile d'aliénés de Bergen; Michalovici (de Paris), d'Orlandi (d'Alexandrie), Trabucco, professeur à l'Institut royal technique de Florence; Wifling, vice-secrétaire ministériel à Vienne, Witry (de Metz), Wittmayer, conseiller au ministère autrichien du commerce à Vienne.

LES MÉDECINS ET LA DÉCLARATION DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES. — Nos lecteurs n'ont pas oublié les poursuites



qui ont été engagées il y a quelques mois contre des médecins d'Ille-et-Vilaine pour infraction à la loi du 5 février 1902. Cette question fut étudiée ici même, au point de vue juridique par notre collaborateur Me R.-Marcel Petit (*Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 9, p. 116).

L'affaire vient d'être jugée par le tribunal correctionnel de Saint-Malo. Cinq médecins étaient d'abord compris dans les poursuites, mais trois seulement, les docteurs Coatarmanach (de Saint-Méloir-des-Ondes), Gralland et Noury (de Pleudihen) étaient renvoyés devant le tribunal.

Les docteurs Feltman et Férester avaient bénéficié d'un non-lieu.

Les débats établirent qu'au fond de l'affaire il y avait peu de chose. En conséquence, le docteur Coatarmanach fut acquitté, et ses deux collègues bénéficièrent du sursis pour 16 francs d'amende.

IVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE. — Le IVe Congrès international de l'éducation physique doit avoir lieu à Rome, en même temps que des fêtes importantes de gymnastique, du 21 au 24 juin prochain. Le succès des trois précédentes sessions de ce même Congrès tenues, depuis 1900, à Paris, Liége et Bruxelles, permet de prévoir que le Congrès de Rome sera une importante manifestation scientifique et artistique, ayant pour but le perfectionnement de l'individu et de l'espèce, ainsi que la préparation de la défense individuelle et nationale. Toutes les sociétés sportives et touristiques, toutes les associations qui ont pour objectif le développement de la vie physique, l'éducation et l'élevage humains ont adhéré au Congrès et collaboreront à ses travaux. Voici d'ailleurs, les principales questions qui y seront étudiées :

Méthode rationnelle d'éducation physique dans les diverses écoles primaires, secondaires et supérieures; — ses rapports avec le caractère national. — Valeur des sports dans l'éducation physique et leurs limites physiologiques. — L'éducation physique de la femme en rapport avec sa fonction dans la famille et dans la société. — L'école en plein air. — Organisation de l'éducation physique, au point de vue de la préparation au service militaire, et même à l'effet d'en limiter éventuellement les obligations et la durée, etc.

Le Comité français de propagande est présidé par M. le professeur Gariel, président de l'Académie de médecine, assisté de M. le professeur Demeny, directeur du cours supérieur d'éducation physique de l'Université, vice-président.

Le Congrès sera l'occasion de fêtes et de réceptions, au succès desquelles le Gouvernement et les Pouvoirs publics prendront part. Des voyages et des excursions par terre et par mer sont préparés, à tarifs réduits. — Tous ceux qui s'intéressent aux questions d'éducation, de sports, de tourisme, etc., tous ceux qu'attirera une occasion aussi attrayante de visiter la Ville éternelle et d'autres parties de l'Italie, sont priés d'envoyer, par lettre, leur adhésion aux secrétaires, les docteurs Maurice Faure et Jean Philippe. Le prix de la cotisation est de 5 francs. Adresser toute adhésion ou demande de renseignement au secrétariat, 26, rue Pasquier, Paris VIIIe.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Consultations gratuites pour épileptiques. — Traitement, régime alimentaire et général, conseils pour les soins dans la famille, l'instruction, le placement professionnel et l'assistance dans les établissements hospitaliers, par les docteurs Toulouse, médecin en chef de l'asile de Villejuif, et Marchand, médecin en chef de la Maison nationale de Charenton.

Cette consultation, réservée aux épileptiques indigents, a lieu les mercredis, à deux heures, à l'Institution nationale des sourds-muets, 252 *bis*, rue Saint-Jacques.

INSTITUT DE PUÉRICULTURE DE L'HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS (74, rue Denfert-Rochereau). — Conférence du jeudi 2 mai, à dix heures et demie : « Le rôle des mutualités maternelles dans l'hygiène du premier âge », par M. Félix Poussineau, président fondateur des mutualités maternelles.

La réunion sera présidée par M. Henri Galli, conseiller général.

HOPITAL BEAUJON. — La lumière en thérapeutique et hygiène. — Le docteur Foveau de Courmelles fera le jeudi 2 mai, à l'hôpital Beaujon, à dix heures du matin, amphithéâtre de cours et sous la présidence du professeur Albert Robin, une leçon sur la lumière en thérapeutique et en hygiène : chromothérapie, héliothérapie naturelle et artificielle, photothérapie et tuberculoses, ultra-violet et stérilisation.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête de l'Ascension.* — A l'occasion de la fête de l'Ascension, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 14 mai 1912 seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 21 mai, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

LIVRES NOUVEAUX

La Médecine d'urgence. Symptômes, diagnostic, traitement immédiat (1), par le docteur Oddo, professeur à l'Ecole de Marseille, avec une introduction du professeur Grasset.

C'est avec un véritable plaisir que nous signalons cet excellent ouvrage qui se recommande aux étudiants, comme aux praticiens par deux qualités maîtresses, une clarté lumineuse dans l'exposition, un choix judicieux dans la médication d'urgence à instituer. Ce livre est, pour la médecine, ce qu'est pour la chirurgie, le célèbre traité de « chirurgie d'urgence » de M. Lejars, ce qui n'est pas pour nous surprendre, car il s'en faut que le médecin n'ait pas souvent à prendre, lui aussi, une décision rapide, dont la vie du malade dépend. C'est à préciser ces indications, que s'est employé l'auteur de ce traité. Nous pouvons ajouter qu'il y a parfaitement réussi. Tout praticien devrait avoir à portée de la main, au même titre que le formulaire et plus encore même que le formulaire, ce traité de médecine d'urgence; nul doute que très souvent il n'ait à le consulter, et qu'il se félicite ensuite de l'avoir consulté. Nous ne pouvons énumérer ici tous les chapitres successivement développés dans cet ouvrage : l'auteur étudie d'abord la médication d'urgence dans les maladies des voies respiratoires (croupe, asthme, hémoptysie, œdème aigu du poumon, etc.), puis dans les maladies du cœur, du système digestif et de ses annexes, des reins, enfin du système nerveux. Nous signalons tout spécialement la manière dont est traitée le diagnostic des comas. Nous signalons aussi les tableaux relatifs aux empoisonnements qui se trouvent à la fin de l'ouvrage et dont la lecture est ainsi grandement facilitée. Le succès de l'ouvrage a été si vif, qu'en peu de temps il est parvenu à une deuxième édition. Nul doute que cette deuxième édition, encore en progrès sur la première, ne rencontre auprès du public médical le même succès, que tout légitime d'ailleurs, et l'idée même de l'ouvrage, et la manière dont il est traité.

J. Milhit.

Régime de l'enfant (2), par le docteur René Coüetoux.

Dans cet opuscule, éminemment pratique parce qu'il est le résultat d'une très longue expérience, l'auteur résume tout ce qu'il importe de savoir pour créer à l'enfant un régime normal et sain. Et il faut entendre par là non seulement le régime alimentaire, qui naturellement tient dans ces pages sa large place, mais encore les soins et les précautions dont il faut entourer avec une constante minutie les débuts de la vie psychique et intellectuelle du jeune enfant.

A. Gaullieur l'Hardy.

(1) 2e édition. — Paris, O. Doin et fils.
(2) Une brochure de 79 pages. — Paris, O. Doin et fils.

CLINIQUE CHIRURGICALE

LA TUBERCULOSE RÉNALE

Par M. MAUCLAIRE (1),
Professeur agrégé, chargé de cours de clinique annexe,
Chirurgien de l'hôpital de la Charité.

Pour continuer cette série de leçons sur les tuberculoses chirurgicales, je vais, à propos d'un malade du service, vous parler de la tuberculose rénale. Le premier cas est celui d'un jeune homme de vingt-cinq ans, originaire de la Creuse, et arrivé depuis peu de temps à Paris. Il n'y a rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires. Il a des frères et sœurs bien portants. Comme antécédents personnels, on note que le malade était très sujet aux bronchites dans son pays, bronchites qui sont encore devenues plus fréquentes depuis son arrivée à Paris.

La maladie actuelle s'est manifestée pour la première fois il y a six mois par des douleurs dans la région lombaire gauche. Ces douleurs d'abord intermittentes devinrent ensuite plus rapprochées et plus fréquentes. En même temps, il s'apercevait qu'il maigrissait sensiblement. A ce moment, le malade n'a pas remarqué que ses urines fussent altérées, modifiées dans leur quantité ou dans leur couleur, il n'a observé ni sang, ni pus.

A son entrée dans le service, nous l'avons examiné. C'est un sujet manifestement amaigri, fatigué, peu résistant. A la vue, nous ne trouvons rien de particulier, au niveau de la région lombaire, pas de saillie apparente ni en avant, ni en arrière au triangle de J.-L. Petit; il n'y avait pas non plus de circulation veineuse supplémentaire en cette région.

La palpation bimanuelle, le malade étant couché bien à plat sur le dos, la paroi abdominale complètement relâchée, nous a fait percevoir une sensation très nette d'empâtement; on ne sentait pas une masse bien régulière, bien limitée, mais plutôt un empâtement global, un peu diffus.

Les manœuvres du palper provoquaient chez notre sujet une douleur très vive, très marquée dans toute la région lombaire gauche et même le long de l'uretère.

Nous avons palpé le rein du côté opposé, il n'y avait rien d'appréciable. La palpation de la vessie n'était pas douloureuse. La prostate était indemne ainsi que les vésicules séminales. Il n'y avait pas non plus de lésions bacillaires ni du côté du testicule, ni du côté de l'épididyme.

Les troubles fonctionnels ont dans cette affection une importance de premier ordre; souvent ils suffisent à eux seuls à établir le diagnostic.

Chez notre malade nous avons constaté que ses urines étaient purulentes par intermittence, tantôt elles étaient franchement purulentes, tantôt elles étaient relativement claires, jamais nous ne les avons vues parfaitement limpides.

(1) Leçon rédigée par le docteur Coriat.

A aucun moment, pendant son séjour ici, il n'a eu d'hématuries, ce qui est assez rare.

L'examen chimique des urines n'a pu être fait. Le cathétérisme des uretères a été pratiqué. Il a donné immédiatement issue, du côté gauche, à 150 grammes de pus complètement pur; l'évacuation du pus a aussitôt fait tomber la fièvre; le cathétérisme uretéral est donc une méthode doublement précieuse puisqu'elle sert à la fois à l'exploration et à l'évacuation du pus.

L'examen chimique et bactériologique de ce pus n'a pu être fait, pas plus que l'inoculation au cobaye.

Comme troubles généraux nous signalerons l'amaigrissement marqué du malade, l'insomnie et la fièvre le soir.

Un deuxième malade est un exemple de la forme de tuberculose rénale s'accompagnant d'hématuries comme symptôme prédominant.

C'est un homme de trente-cinq ans, très amaigri et qui est entré à l'hôpital parce qu'il avait de fréquentes et abondantes pertes de sang en urinant.

Le palper bimanuel, qui réveillait de la douleur, nous a montré un empâtement évident de la région lombaire gauche.

Le cathétérisme des uretères, ni l'examen chimique des urines, n'ont pu être faits car le malade n'est resté que quelques jours dans le service.

Comme troubles fonctionnels, nous avons constaté des hématuries assez abondantes.

Enfin des lésions de bacillose pulmonaire existaient, le diagnostic s'imposait; il s'agissait bien d'une tuberculose rénale.

Le troisième cas concerne un malade que j'ai soigné en ville.

C'est un homme de trente ans qui avait eu, à l'âge de sept ans, une tuberculose articulaire de l'épaule laquelle avait été traitée par le grattage.

Depuis un an, il avait remarqué que ses urines étaient troubles par intermittence; en effet j'ai examiné à plusieurs reprises ses urines, jamais elles n'étaient claires, elles étaient troubles d'une façon continue, et quelquefois elles contenaient beaucoup de pus.

En outre il éprouvait une violente douleur à la région lombaire et le long du trajet de l'uretère et jusqu'aux testicules. Enfin il avait beaucoup maigri. La douleur était parfois si violente que le malade était obligé de se caler dans son lit avec des coussins.

A l'examen local, il y avait un empâtement évident de la région; le rein était très augmenté de volume; la palpation réveillait de la douleur dans la région rénale et le long du trajet de l'uretère.

La prostate et les vésicules séminales étaient normales.

Les urines étaient fréquentes, mais abondantes.

Comme troubles généraux, il y avait de la fièvre, mais celle-ci ne se montrait que par intermittence.

Enfin, j'ai eu l'occasion d'examiner une malade il y a une douzaine d'années. Elle était venue me consulter pour des lésions de cystite, et je l'avais soignée pour de la cystite blennorragique pure et simple. Quelque temps après, elle présenta des douleurs du côté des reins que je mis sur le compte d'une pyélo-

néphrite ascendante à gonocoques. Cliniquement, rien chez cette malade n'éveillait l'idée de tuberculose, c'était en effet une femme assez grosse, forte, et ayant toutes les apparences d'une bonne santé générale.

Cependant l'examen des urines fait par le spécialiste montra la présence de bacilles de Koch. La néphrectomie fut pratiquée et, à l'opération, le rein apparut nettement tuberculeux. Cette malade est aujourd'hui parfaitement guérie.

En général, vous ferez facilement le diagnostic de la tuberculose rénale. Les principaux éléments sur lesquels vous vous appuierez pour affirmer votre diagnostic sont l'hématurie, la purulence des urines, qui ne se clarifient pas par le repos, la sensation d'une tumeur au niveau de la loge rénale, et surtout l'examen urologique qui vous montrera dans certains cas la présence du bacille de Koch dans les urines. Dans les cas difficiles, l'inoculation au cobaye vous apportera une certitude. Les méthodes récentes de cathétérisme des uretères, de division des urines vous renseigneront sur le siège exact des lésions et vous indiqueront le côté malade.

Cependant, vous ne rencontrerez pas toujours tout le tableau symptomatique au complet, et il vous arrivera d'hésiter; vous pourrez confondre avec un certain nombre d'affections.

La *pyélonéphrite gravidique* pourra prêter à l'erreur, mais ici il y a rarement des urines sanglantes; vous constaterez de la pollakiurie nocturne, un point douloureux paraombilical, enfin les signes évidents de grossesse vous mettront rapidement sur la voie du diagnostic.

Nous avons eu dans le service un cas de pyélonéphrite gravidique. Mon ancien interne, M. Doré, a pratiqué le cathétérisme uretéral et a pu évacuer une certaine quantité de pus; aussitôt la fièvre est tombée.

Par le simple cathétérisme évacuateur répété tous les huit à dix jours, la malade a fini par guérir très bien.

La *pyélonéphrite* peut compliquer la *néphroptose*. Mais dans ce cas le siège insolite du rein vous permettra de reconnaître qu'il s'agit d'une complication du rein mobile; enfin l'examen chimique et bactériologique des urines, dans les cas difficiles, et surtout l'inoculation au cobaye fixeront le diagnostic.

Vous devrez également éliminer la *pyélonéphrite* qui survient assez fréquemment au cours des infections ascendantes à *gonocoques* : urétrites, cystites. Elle peut être très grave, vous la reconnaîtrez en tenant compte de l'évolution des lésions qui progressent de bas en haut.

D'autres affections peuvent encore très bien simuler la tuberculose rénale.

C'est d'abord la *lithiase rénale*, mais dans celle-ci, les douleurs, l'hématurie et la pyurie présentent ce caractère si important chez les calculeux, d'être provoquées par le mouvement et plus ou moins calmées par le repos; l'urine contient des formes cristallines irrégulières d'acide urique; enfin les antécédents du malade renseignent sur l'existence antérieure de crises de coliques néphrétiques.

Actuellement la radiographie a apporté un sérieux appoint au diagnostic de la lithiase rénale. Par les rayons X on peut déceler ainsi un très grand nombre de petits calculs, qu'il eût été impossible de reconnaître par un autre procédé.

Le *néoplasme du rein* au début peut faire croire à la tuberculose. Mais les néoplasmes du rein saignent en général tardivement, alors que la tumeur est depuis longtemps développée, et s'observent chez des malades âgés. Enfin les urines des cancéreux contiennent autant de pus que celles des tuberculeux.

Enfin vous aurez à distinguer la tuberculose rénale des *hématuries hémophiliques*. Vous vous rappellerez que dans l'hémophilie il s'agit de malades généralement jeunes, hémophiles avérés ou de souche hémophilique présentant des néphrorragies très abondantes, se prolongeant même pendant plusieurs mois. En somme le diagnostic se fera surtout par les antécédents d'hémophilie et sera établi par exclusion.

Je me rappelle avoir vu à l'hôpital Dubois un cas d'hémophilie rénale. C'était un malade de vingt-cinq ans qui, à l'occasion du moindre mouvement spontané ou provoqué, dès qu'on le remuait, dès qu'on le palpait, était pris d'hématurie très abondante.

Telles sont les principales affections avec lesquelles vous aurez à faire le diagnostic. Mais il ne suffit pas de reconnaître la tuberculose rénale, il faut encore bien localiser le côté atteint. A ce propos il ne faudra pas vous en laisser imposer par un gros rein qui n'est nullement malade, mais simplement atteint d'hypertrophie compensatrice, l'autre organe étant complètement annihilé par la tuberculose.

L'exploration des points rénaux classiques pourra donner une forte présomption sur le côté malade. La cystoscopie d'une part, qui décèlera des lésions de tuberculose vésicale localisée à l'embouchure d'un uretère, et surtout le cathétérisme de cet uretère fourniront des indications certaines. Par la sonde uretérale fera issue de l'urine purulente, tandis que la sonde vésicale donnera de l'urine claire.

En même temps vous vous rendrez compte de la valeur du rein du côté opposé. Cette connaissance de l'état fonctionnel du rein congénère du rein tuberculisé est indispensable, vous le comprenez bien, car pour enlever un rein malade, il faut être sûr que celui du côté opposé est sain, sans quoi on s'exposerait à de grands dangers postopératoires. Cette recherche de la valeur du rein opposé se fait au moyen du cathétérisme de l'uretère et de l'épreuve du bleu de méthylène qui montre si la perméabilité et l'élimination sont suffisantes.

Au point de vue anatomo-pathologique, la tuberculose rénale est, dans la grande majorité des cas, au début, une tuberculose unilatérale. Sur un total de 205 tuberculoses rénales, Vigneron a trouvé 90 fois l'unilatéralité des lésions, soit approximativement 1 fois sur 2. Et même lorsque tardivement les malades succombent à leur tuberculose on trouve que, dans plus de la moitié des cas, un rein est respecté, et si les deux sont atteints l'un des deux présente des lésions beaucoup plus jeunes.

Albarran distingue plusieurs formes :

1° La *tuberculose miliaire* qui est caractérisée par

la présence dans la substance corticale de petites granulations du volume d'un grain de millet.

2° La *tuberculose infiltrée nodulaire* qui résulte du groupement en îlots de granulations de la forme précédente. On voit alors disséminés dans le parenchyme de gros noyaux gris jaunâtre, de consistance plus ou moins dure suivant leur ancienneté.

3° La *tuberculose massive*. — Elle résulte de la confluence et de la conglomération des nodules précédents en une masse gris blanchâtre, molle, pâteuse, comparée à du mastic de vitrier qui occupe tout le parenchyme rénal. Cette forme n'est pas très fréquente.

4° *Tuberculose caverneuse*. — Celle-ci, au contraire, est de beaucoup la plus fréquente. Elle est constituée par le ramollissement caséeux des nodules de la tuberculose infiltrée nodulaire. Il en résulte, à l'intérieur du parenchyme rénal, des cavernules et des cavernes sans communication avec le bassinet.

5° La *tuberculose hydronéphrotique* est très rare. Elle se produit après évacuation des cavernes de leur contenu caséo-purulent, lorsque l'uretère vient à s'oblitérer complètement ou partiellement.

6° *Tuberculose pyonéphrotique*. — Elle est réalisée lorsqu'il y a infection secondaire par adjonction au bacille de Koch d'autres microorganismes pyogènes, colibacilles, staphylocoques, etc.

Dans cette forme on trouve dans le bassinet et les cavernes qui s'y ouvrent un pus ordinairement séreux, mal lié, mélangé d'urine, avec des grumeaux caséeux et des débris de tissu rénal profondément altéré, des concrétions secondaires, phosphatiques ou calcaires.

A côté de ces lésions occupant le rein lui-même, il existe très souvent des lésions secondaires périrénales très importantes. La périnéphrite purement lipomateuse ou scléreuse est fréquente. Plus rarement on observe l'infiltration tuberculeuse de la couche cellulo-adipeuse périrénale. Cette périnéphrite tuberculeuse revêt surtout la forme suppurée. Les ganglions du hile et de la chaîne lombaire peuvent être infiltrés et former des tumeurs plus ou moins volumineuses.

Ces lésions de périnéphrite tuberculeuse sont très importantes à connaître, car elles ont pour effet de créer des adhérences qui unissent le rein aux organes voisins (péritoine, intestin, gros vaisseaux) et qui font que souvent la néphrectomie est une opération d'exécution particulièrement délicate.

Enfin, fréquemment, il y a des lésions concomitantes de l'uretère, de la vessie, de la prostate, des vésicules, des épididymes et des testicules.

La tuberculose rénale est très fréquente par rapport à celle des autres segments de l'appareil urinaire.

Par rapport à celle des autres organes, la tuberculose du rein n'est pas très rare. Le maximum de fréquence de l'affection se voit de treize à trente ans (Albarran). J'ai observé un enfant de dix ans atteint d'une tuberculose qui avait frappé presque tout l'arbre urinaire; il avait, en effet, des lésions bacillaires des deux reins, des deux uretères, de la vessie, de la prostate, l'urètre était indemne.

La fréquence est relativement plus grande chez la femme que chez l'homme; sur 203 malades opérés, Albarran compte 148 femmes et 55 hommes.

Le plus souvent, la tuberculose du rein est secondaire à des lésions bacillaires quelconques de l'organisme. Cependant il existe des observations incontestables de tuberculose rénale primitive et reconnue telle à l'autopsie, c'est-à-dire ne s'accompagnant d'aucune autre lésion tuberculeuse. D'ailleurs il existe un très grand nombre d'observations cliniques dans lesquelles l'extirpation d'un foyer tuberculeux rénal a été suivie d'une santé parfaite pendant plusieurs années; dans ces cas, on peut admettre que si la tuberculose rénale s'accompagnait d'autres lésions bacillaires, celles-ci présentaient une importance secondaire.

Au point de vue de la *pathogénie*, le bacille tuberculeux peut arriver au rein par la voie sanguine, par la voie lymphatique ou par l'uretère, c'est-à-dire par voie ascendante. L'invasion du rein par les lymphatiques est exceptionnelle; on en a signalé quelques observations chez des enfants atteints de mal de Pott. La voie la plus fréquemment suivie par le bacille de Koch est la voie sanguine, et actuellement on tend de plus en plus à admettre l'origine circulatoire ou hématogène de la tuberculose rénale plutôt que l'origine uretérale.

Cependant, l'origine ascendante peut s'observer, contrairement à l'opinion de certains auteurs. Les expériences d'Albarran l'ont démontré dès 1891. On sait en quoi elles consistent.

Cet auteur injecte une culture pure de bacilles de Koch dans l'uretère du lapin et ligature ce conduit; il obtient ainsi une néphrite rayonnante caséeuse avec destruction du rein.

Le *pronostic* de la tuberculose rénale est grave, il est grave par l'intensité des symptômes de l'affection, c'est ainsi que les hématuries par leur répétition et leur abondance peuvent anémier les malades; mais le pronostic est encore aggravé du fait des *complications* qui peuvent survenir comme les abcès périnéphrétiques, la cystite tuberculeuse, l'anurie a été également signalée comme une complication redoutable de la bacillose rénale. Cependant la guérison spontanée est possible; le fait a été démontré par les autopsies où l'on a constaté la crétification des produits caséeux, la transformation fibreuse des tissus infiltrés.

TRAITEMENT. — Le traitement de la tuberculose rénale est médical et chirurgical. Le *traitement médical* a une grande importance, comme dans toutes les bacilloses. Comme je vous l'ai déjà dit bien des fois, vous soumettrez votre malade à une bonne hygiène, à une alimentation abondante et réparatrice, au repos et au grand air.

Traitement chirurgical. — Il existe trois méthodes de traitement : la *néphrostomie*, la *néphrectomie partielle* et la *néphrectomie totale*.

La *néphrostomie* est une opération simplement palliative destinée à combattre les accidents consécutifs à la rétention rénale. Elle effectue un véritable drainage, car elle permet l'écoulement au dehors du

pus et de l'urine qui séjournaient dans les poches anfractueuses; mais d'après les statistiques de la plupart des chirurgiens, la survie, après cette intervention, ne dépasse jamais un an et demi à deux ans. En outre, d'une façon presque constante, une fistule interminable est le résultat de cette intervention.

La *néphrectomie partielle* est une opération dont les indications sont très limitées. D'une manière générale, elle est insuffisante parce que, alors même que la lésion paraît très circonscrite, l'infiltration tuberculeuse s'étend bien au delà.

La *néphrectomie totale* est l'opération de choix. Pour donner de bons résultats, elle doit être pratiquée d'une façon précoce. Si elle a l'inconvénient de supprimer un rein, elle agit par contre d'une façon radicale et débarrasse à coup sûr le malade de son foyer tuberculeux. Les résultats en sont bons. Sur 100 néphrectomies lombaires, Albarran a eu 28 morts opératoires.

La mortalité opératoire dans ces derniers temps a encore baissé, grâce aux progrès de la technique.

Israël cite une statistique de 1000 malades avec une mortalité de 10 p. 100. M. André (de Nancy), au dernier Congrès d'urologie, sur 57 néphrectomies, a eu 55 guérisons opératoires et 2 décès; la mortalité opératoire est donc de 3,50 p. 100. Comme résultats éloignés, il a eu une mortalité de 15,78 p. 100.

Les *résultats éloignés* sont également très bons. M. André a revu plusieurs de ces malades à longue échéance et les a trouvés bien portants.

Pour ma part, j'ai revu deux malades que j'avais néphrectomisés depuis douze ans et quatre ans et demi; ils sont en bonne santé.

La néphrectomie est donc l'opération de choix, mais elle exige pour être réalisée certaines conditions indispensables; il faut en particulier s'assurer de toute nécessité du fonctionnement parfait de l'autre rein; si l'épreuve au bleu de méthylène montre une perméabilité insuffisante il faut s'abstenir, au risque de voir les opérés succomber d'anurie à la suite de la néphrectomie ; s'il y a doute sur la valeur de l'autre rein, on pratiquera la néphrostomie d'abord et la néphrectomie secondaire précoce dans un second temps, quelques semaines après.

Il existe pourtant une contre-indication locale à la néphrectomie : ce sont les adhérences trop étendues qui rendraient l'extirpation trop dangereuse. On peut il est vrai dans ces cas pratiquer la néphrectomie sous-capsulaire, mais quelquefois quand les lésions sont trop étendues, que les adhérences se prolongent le long de l'uretère et qu'il y a lieu de craindre, malgré la néphrectomie, la fistulisation consécutive, certains auteurs préfèrent la néphrostomie.

Chez mes malades dont je vous ai cité l'observation j'ai pratiqué la néphrectomie et je me suis trouvé dans deux cas en présence de volumineuses adhérences. Chez mon premier malade, le rein était très adhérent, j'ai fait la ligature du pédicule en masse n'ayant pu le disséquer, et j'ai laissé des pinces à demeure; quand j'ai enlevé les pinces au bout du quatrième jour il y a eu une petite hémorragie. Mon malade a guéri. Vous voyez donc que la question des adhérences est très importante. Il faut avoir bien soin de faire son moignon vasculaire, il faut examiner l'uretère, et s'il suppure pour son propre compte il faut en faire la résection sur une grande étendue.

Mon malade opéré en ville avait lui aussi un rein très adhérent, j'ai dû ici aussi laisser des pinces à demeure, il a guéri.

* * *

J'ai tenu à vous parler de cette tuberculose rénale dont les recherches actuelles tendent à montrer qu'elle est réellement plus fréquente qu'on ne l'avait cru jusqu'ici. C'est une affection grave, dont l'évolution est progressive, aussi je ne saurais trop vous engager à essayer d'en faire le diagnostic d'une façon aussi précoce que possible, car de ce diagnostic de début peut dépendre le salut de votre malade. Ne vous en laissez pas imposer par l'apparence extérieure du sujet qui peut avoir tous les dehors d'une bonne santé, sachez qu'il existe un type, qui n'est pas très rare, de tuberculeux gras, comme cette malade que je vous ai citée qui était très grasse, très forte et qui néanmoins avait un rein tuberculeux.

MÉDECINE PRATIQUE

LES TROIS ALIMENTS MEURTRIERS

Le problème de l'alimentation peut être étudié à différents points de vue. Tandis que les médecins et les physiologistes dressent la liste des aliments rationnels, les chimistes ont à se préoccuper des nombreuses falsifications qui altèrent la plupart des aliments usuels; les économistes doivent établir comparativement la valeur alimentaire et la valeur commerciale des produits consommés, pour conseiller de préférence ceux qui coûtent peu tout en étant parmi les plus nutritifs. Un jour viendra sans doute où toutes ces questions d'hygiène et d'économie domestiques seront partout enseignées et elles dépassent certes en intérêt pratique beaucoup de celles qui sont actuellement inscrites aux programmes de l'enseignement primaire et même secondaire. A qui veut se renseigner sur ce vaste sujet, les documents ne manquent pas. Malheureusement, l'accord n'est pas encore fait pour établir les bases d'une alimentation rationnelle, et il existe encore bien des incertitudes, bien des contradictions. Voici par exemple une brochure de M. Carton (1) dont les conclusions ne seront vraisemblablement pas acceptées telles qu'elles. D'après cet auteur, il existe trois aliments antiphysiologiques, trois poisons avec lesquels l'homme joue inconsciemment et qui sont la cause de la plupart de ses tares mentales et de ses lésions organiques. Ces trois aliments sont l'alcool, la viande et le sucre.

Pour ce qui est de l'*alcool*, il n'est guère besoin d'insister; cependant, certaines erreurs doivent encore être combattues, beaucoup s'imaginent en effet qu'on ne s'alcoolise pas avec le vin, et M. Carton cite ce mot très typique d'un cocher qui, faisant le calcul de ce qu'il buvait dans la journée, concluait ainsi : « Ça fait 14 litres de vin, mais pas une goutte d'alcool. »

(1) Paul Carton. *Les trois aliments meurtriers*, Paris, A. Maloine, 1912.

Le vin contenant en moyenne 10 grammes d'alcool à 100 degrés par 100 grammes, un litre de vin renferme 100 grammes d'alcool à 100 degrés, ou, en d'autres termes, 200 grammes, c'est-à-dire un grand verre d'eau-de-vie, à 50 degrés. Tout a été dit sur les ravages de l'alcoolisme, mais il faut le répéter encore et sans cesse, car il y a en France des hommes qui ont des oreilles et qui n'entendent pas, des hommes qui ne peuvent pas ou plutôt, ce qui est encore plus triste, qui ne veulent pas comprendre que tout doit être essayé pour enrayer les progrès de l'alcoolisme et ces hommes disposent (dans une certaine mesure seulement, et cela est fort heureux) de l'avenir du pays, puisqu'ils font la loi; ce sont nos honorables députés. Tout récemment, à la Chambre, des propositions de loi relatives à la limitation des débits de boisson furent renvoyées a une commission, c'est-à-dire aux calendes grecques; il s'est trouvé 26 médecins députés qui ont capitulé devant le bistro !

Après avoir dénoncé les ravages de l'alcoolisme, M. Carton fait le procès de l'alimentation carnée. Il expose les arguments qui militent en faveur de la suppression de la *viande*; l'anatomie comparée nons montre « que l'homme occupe dans la filiation des êtres un rang qui le classe parmi les frugivores ». D'après M. Carton, « l'homme, c'est le proche parent des grands singes, qui se nourrissent exclusivement de fruits et de végétaux ». Qu'il me soit permis de remarquer, en passant, que ce peu flatteur cousinage ne me paraît pas de nature à entraîner beaucoup d'adhésions au régime végétarien! Puis voici l'autorité de Buffon, affirmant que l'homme pourrait, comme l'animal, vivre de végétaux; de Cuvier, écrivant que l'homme paraît fait pour se nourrir principalement de fruits, de racines et d'autres parties succulentes des végétaux. Viennent ensuite des arguments d'ordre physiologique, les uns exacts, les autres plus ou moins hypothétiques, ceux-ci par exemple, que la viande « favorise l'éclosion de la fièvre typhoïde, des dysenteries », ou qu'elle forme « le véritable point d'appel pour la fixation des parasites de la tuberculose et du cancer ». M. Carton invoque ensuite l'esthétique pour nous mettre en garde contre les méfaits du « carnivorisme »; il décrit « la démarche lourde, l'envahissement graisseux généralisé, la face écarlate ou violacée de la majorité des bouchers et charcutiers ». Dans ce chapitre de l'alimentation carnée, M. Carton paraît avoir été entraîné trop loin par l'ardeur même de ses convictions; sur certaines tables, dit-il, on voit défiler cinq plats de viande, pour un de légumes; il est évident qu'il y a là un abus. Mais vouloir nous mettre au régime des fruits et des racines, ne serait-ce pas également un abus? Pourquoi ne pas associer harmonieusement, dans l'ordonnancement des repas, les viandes, les œufs, le poisson, les légumes et les fruits? N'est-il pas encore vrai que l'excès en tout soit un défaut?

Un troisième coupable, un dernier meurtrier, va comparaître devant M. Carton : c'est le *sucre*. Il faut d'abord établir son identité, car il y a sucre et sucre; le sucre contenu dans les végétaux et les fruits crus est un aliment vivant, physiologique; il bénéficie d'une ordonnance de non-lieu, il n'est pas coupable. Le sucre industriel, au contraire, est un aliment mort, une drogue, un corps chimique dangereux; il importe, pour la sécurité publique, de le condamner sans appel. Vous n'aviez sans doute jamais pensé que « des 80000 enfants de un jour à un an que la France perd chaque année, plus de la moitié meurent victimes du sucre qu'on a ajouté à leurs biberons ». M. Carton en est persuadé; ce « sucre maudit » est la cause réelle des malaises digestifs, des entérites, des diarrhées, des insomnies, des crises de nervosisme observés chez les enfants en bas âge. Plus tard, le sucre favorise la tare congestive, la surcharge sanguine, l'œdème du sang; il contribue à l'éclosion des rhumatismes, de la goutte, de la tuberculose.

Conclusion : il serait grand temps que le corps médical s'en prenne à la viande et au sucre, comme il s'est attaqué à l'alcool.

Mais si l'on supprime de notre alimentation l'alcool, la viande et le sucre, quel bouleversement économique et social! Dans plusieurs départements, la viticulture constitue la principale source de revenus; si la récolte est bonne, l'argent afflue, le commerce local est dans la prospérité; avec la suppression complète de l'alcool et du vin, c'est la ruine, la désolation, le marasme.

En ce qui concerne le sucre, les raffineries françaises ont un chiffre d'affaires considérable; l'industrie de la betterave et de la canne à sucre fait vivre des milliers d'ouvriers.

Que deviendront les vastes prairies, les « embouches », du Charolais et du Nivernais, s'il n'est plus besoin, pour l'alimentation, de ce magnifique bétail qui, après y avoir été engraissé, est ensuite conduit aux abattoirs de la Villette et de Lyon? Le programme de M. Carton est théoriquement facile à suivre : « Se nourrir en conformité des lois de la vie humaine, gagner l'amour du mouvement sans lequel il n'est pas de joie sur terre », et, pour ce, que faut-il? « Rien que de l'eau, du pain, des pommes de terre, de la salade crue, des fruits crus... et une paire de bons souliers. » Bouviers, raffineurs, viticulteurs et bouchers, hâtez-vous de changer de métier; pétrissez du pain, cultivez la pomme de terre et la salade, faites sans tarder l'apprentissage de l'alêne!

Il y a très certainement une bonne part de vérité dans cette brochure de M. Carton; mais il y a souvent aussi de l'exagération, et je n'ai pu m'empêcher d'essayer de la mettre en évidence. Je sais bien qu'il faut toujours demander plus pour obtenir moins ; par conséquent M. Carton devait ainsi être amené à amplifier les dangers de l'alimentation trop carnée et trop sucrée. Cette critique faite, je tiens à reconnaître que les abus signalés par M. Carton sont très réels, qu'il faut par conséquent les connaître et les combattre; en nous montrant la dégénérescence et la névrose de la race, en dénonçant la surexcitation maladive de l'organisme social, en proclamant la nécessité d'un retour à la nature, d'une existence plus rationnelle, M. Carton a fait une besogne utile dont il convient de le louer. Cette brochure est à lire et à méditer; on y trouvera des faits, des documents, des idées sur les problèmes de la vie actuelle. Voici par exemple une phrase lapidaire qui me paraît résumer presque toute la question sociale : « On n'a pas le droit de crier qu'on meurt de faim, faute de pain, quand on empeste l'alcool et le tabac. »

M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 26 AVRIL 1912)

Pigmentation de la muqueuse buccale et du voile du palais d'origine indéterminée. — MM. H. DUFOUR et ALARDO montrent un malade, âgé d'une soixantaine d'années, présentant au niveau des lèvres, de la face interne des joues, du voile du palais une pigmentation noire semblable à celle de la maladie d'Addison, disséminée sous forme de taches de la largeur d'une lentille. Chez ce malade, dont la pigmentation date d'une dizaine d'années, on ne relève aucune cause capable de l'expliquer. Il ne s'agit ni de maladie d'Addison, ni de phtiriase, ni d'argyrie, ni d'arsénicisme. C'est un état purement local, le malade est fumeur. Un examen histologique permet de constater que dans le derme de la muqueuse existent de grosses boules de mélanine ne possédant pas les réactions des sels de fer, les boules sont reprises sous forme de particules par des phagocytes qui viennent, après avoir traversé les couches épithéliales principalement en suivant le

chemin des papilles, les abandonner au niveau de la partie desquamante de l'épithélium et en débarrasser directement l'organisme.

Cette pigmentation, dont la cause est ignorée, est utile à connaître et à différencier de celle qu'on rencontre soit au cours de la maladie d'Addison, soit au cours du diabète bronzé.

Deux frères tabétiques. — M. O. CROUZON. Il ne s'agit pas de deux frères atteints de tabes hérédo-syphilitique, c'est-à-dire de tabes relevant d'une même syphilis. Il s'agit de deux frères atteints de syphilis acquise, contractée à des sources différentes et devenus tabétiques dix et vingt ans après. Il existe très peu d'observations de ce genre; ces faits tendent à montrer qu'à côté des syphilis à affinité spéciale pour le système nerveux il existe une influence incontestable du terrain dans l'étiologie du tabes.

Anévrisme aortique d'origine rhumatismale. — MM. P. E.-WEILL et P.-J. MÉNARD, à propos d'un cas d'anévrisme typique de l'aorte ascendante, reprennent la question de l'étiologie des anévrismes.

Leur malade ne présentait aucun commémoratif ni aucun signe de syphilis tant acquise qu'héréditaire. Par contre, l'affection avait débuté nettement à la suite d'une crise de rhumatisme articulaire aigu grave qui dura six mois.

Aucune autre infection ni intoxication n'est à incriminer dans ce cas. Les auteurs de l'ensemble des observations publiées sur la question concluent d'après les données cliniques et anatomiques que, si la syphilis est le facteur principal des anévrismes artériels, on n'est pas en droit de refuser une action du même ordre aux autres infections parmi lesquelles le rhumatisme articulaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 18 AVRIL 1912)

Ectopie testiculaire. — M. MOTY a eu l'occasion d'opérer dix ectopies testiculaires chez des soldats, deux abdominales, quatre inguinales, quatre sous-inguinales. Les deux testicules intra-abdominaux n'ont pas été recherchés; dans les huit autres cas, le testicule dut être sacrifié, primitivement ou secondairement, en raison de son atrophie ou de l'impossibilité de l'abaisser.

M. Moty insiste sur la situation et sur la difficulté que l'on peut avoir à trouver le canal déférent, situé assez souvent en avant du sac, et souvent isolé des autres éléments du cordon. Il pense que le traitement de choix est celui préconisé par Le Fort.

Péritonite traumatique. — M. GOURSOLAS, ayant eu l'occasion d'opérer tardivement un malade atteint de péritonite traumatique grave, confirme la gravité de toutes contusions de l'abdomen, même en l'absence de symptômes immédiats inquiétants; la contracture de la paroi abdominale à la palpation superficielle a une grande importance, et l'intervention doit toujours être précoce.

L'intervention même tardive doit être tentée, et lorsque le petit bassin est envahi, l'auteur pense que le drainage antérieur doit être complété par un drainage postérieur par le cul-de-sac de Douglas.

Rétrécissements de l'urètre et infection urinaire. — M. BATUT, après avoir indiqué les différents procédés qu'il emploie dans le traitement des rétrécissements de l'urètre, insiste sur les bons résultats qu'il a obtenus dans dix-huit cas de rétrécissements filiformes par l'urétrotomie externe complétée par l'urétrotomie interne, sans fistules consécutives et avec amélioration rapide de l'état d'infection des voies urinaires.

Pharyngomycose leptothrixique. — M. DES CILLEULS relate l'observation d'un malade qui présenta cette affection rare, décrite par Bernard Fraenkel en 1873, et due au leptothrix buccalis. M. des Cilleuls a pu isoler et cultiver cette bactérie chez son malade. Cette affection, bien décrite par Colin, se présente sous trois aspects différents, soit sous forme de points saillants et durs disséminés sur toute la surface de la muqueuse pharyngée; ou d'îlots à surface hérissée, dentelée, rappelant les crêtes de coq; soit enfin sous forme de petites taches blanc jaunâtre, simulant parfois des plaques diphtériques.

Le leptothrix peut exercer son action en d'autres points, en particulier au niveau du tube digestif et de l'appendice.

M. des Cilleuls a très amélioré son malade par les badigeonnages quotidiens de solution chloroformique d'iode à 1/10.

Cure du varicocèle. — M. JACOB décrit le procédé qu'il enseigne depuis quatre ans dans son cours de médecine opératoire au Val-de-Grâce et qu'il a utilisé dans plus de 130 cas avec d'excellents résultats. Ce procédé, à peu près identique à celui que M. Lapasset décrit dans le dernier numéro des *Archives de médecine et de pharmacie militaires* (avril 1912), consiste en une résection veineuse étendue avec suspension du testicule à l'anneau inguinal superficiel par l'intermédiaire du moignon veineux paratesticulaire.

Par une incision inguinale, analogue à celle de la kélotomie, mais plus petite, M. Jacob isole et repère les deux piliers de l'anneau inguinal, puis après ouverture à la sonde cannelée de la partie du cordon, il isole et résèque les veines variqueuses du groupe antérieur du cordon. Il se préoccupe peu de l'artère spermatique, mais prend soin d'isoler et de rester aussi loin que possible du canal déférent, afin d'éviter la lésion de cet organe et surtout de l'artère déférentielle qui l'accompagne et qui permet le rétablissement facile de la circulation artérielle du testicule au cas où l'artère spermatique aurait été intéressée dans les ligatures.

Cette résection veineuse s'étend du côté de l'abdomen aussi haut que possible, du côté du testicule à une distance telle que la portion restante du groupe veineux antérieur fixé à l'anneau inguinal superficiel permette de suspendre le testicule à la partie supérieure de la bourse.

Pour ce faire, les fils ayant servis à la ligature du bout périphérique sont passés l'un au-dessous du pilier interne, l'autre du pilier externe, puis serrés et noués.

L'on obtient alors le résultat suivant : l'extrémité du cordon réséqué vient s'engager dans l'anneau inguinal qu'il oblitère, anneau lui-même rétréci, lorsque les deux fils ont été convenablement placés et serrés.

— Une discussion, à laquelle prennent part MM. JACOB, PICQUÉ, FERRATON, s'engage au sujet des indications et des résultats des interventions. Tous sont d'accord à rejeter complètement les résections du scrotum.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur les rapports existant entre la glande pinéale et les organes génitaux. (P. BIACH et E. HULLES. *Wiener klinische Wochenschrift*, 7 mars 1912, n° 10, p. 373.) — Depuis quelques années on a cessé de considérer la glande pinéale seulement comme le reliquat d'un organe atrophié, existant chez les animaux inférieurs; et on tend à la ranger maintenant dans le groupe des glandes à sécrétion interne. Plusieurs auteurs ont signalé des cas de tératome de l'épiphyse s'accompagnant de développement exagéré de la taille, d'une croissance anormale de la chevelure et d'une évolution prématurée des organes génitaux. Frankl-Hochwart a pu, chez un enfant de

cinq ans et demi, diagnostiquer une tumeur de la glande pinéale en raison du volume anormal de l'appareil sexuel. Certains auteurs pensent d'autre part que la glande pinéale exerce une certaine action sur le développement du tissu adipeux.

Marburg s'est avancé plus loin et a cru pouvoir classer les troubles d'origine épiphysaire de la façon suivante. Dans *l'hypopinéalisme* on observe une croissance exagérée de la taille, un développement prématuré de l'appareil génital avec apparition précoce des caractères sexuels secondaires; *l'hyperpinéalisme* se traduit par de l'obésité; *l'apinéalisme* entraîne la cachexie. D'après Marburg, l'action de la secrétion épiphysaire ne se fait du reste sentir que pendant l'enfance.

Biach et Hulles ont cherché à porter la question sur le terrain expérimental. Mais en raison de sa situation anatomique, il est à peu près impossible de pratiquer l'extirpation expérimentale de la glande pinéale. Les auteurs, se fondant sur la notion de l'action réciproque de certaines glandes à sécrétion interne les unes sur les autres, et connaissant les faits cliniques exposés plus haut, ont pratiqué la castration chez de jeunes chats de trois à quatre semaines. en gardant toujours comme témoin la moitié de la même portée. Ils ont laissé vieillir les animaux jusqu'à sept à huit mois, puis à ce moment les ont sacrifiés et ont étudié histologiquement les glandes pinéales des animaux châtrés et non châtrés.

Quand on compare les préparations issues des deux groupes d'animaux, la différence saute aux yeux. Normalement, la glande apparaît constituée par de très nombreuses cellules à noyaux clairs ou foncés, richement granuleux, entourés d'un large protoplasma, et disposées dans un réseau de névroglie. Du tissu conjonctif, issu de la capsule d'enveloppe, et quelques vaisseaux complètent l'image histologique. Au contraire, chez les animaux castrés, les cellules se montrent beaucoup plus distantes les unes des autres et moins nombreuses; de plus le volume des cellules est beaucoup moindre; le protoplasma, très réduit, peut faire défaut; le noyau prend plus vivement les colorants et est ratatiné; l'ensemble de la cellule n'est plus arrondi, mais irrégulièrement polygonal. Bref, on constate des lésions atrophiques.

Il existe donc un rapport certain entre l'épiphyse et les organes génitaux; ce rapport semble être l'inverse de celui qui existe entre l'appareil sexuel et l'hypophyse, puisque cette dernière glande s'hypertrophie après castration.

Mais les auteurs pensent que les conclusions de Marburg sont trop schématiques. De même que l'on voit coexister chez un même sujet les troubles attribués à l'hypofonctionnement et à l'hyperfonctionnement de la glande pituitaire, de même, il n'est pas certain que tel ou tel symptôme relève étroitement de l'hyperpinéalisme ou de l'hypopinéalisme, et il faut peut-être faire une part au dysfonctionnement possible de la glande.

A. LEMIERRE.

La gastromyxorrhée. (M. PRON [d'Alger]. *Runds. f. Mediz.*, 23 sept. 1911.) — La production exagérée de mucus par l'estomac est un phénomène banal, rapporté le plus souvent à la gastrite éthylique, mais que l'on peut rencontrer dans d'autres conditions.

La gastromyxorrhée est une anomalie de sécrétion des glandes à mucus, soit que cette hypersécrétion représente un moyen de défense, comme dans l'hyperchlorhydrie ou la maladie de Reichmann, soit qu'elle représente un trouble sécrétoire isolé, ce qui est rare, ou qu'elle accompagne certaines lésions de l'estomac, autres que l'ulcère, cancer, gastrites. Comme traitement, en cas de crise, on aura recours au lavage d'estomac, et d'une manière générale, on emploiera les eaux alcalines ou le bicarbonate de soude.

L. BABONNEIX.

L'immunisation active des chèvres contre la fièvre méditerranéenne. (*Riforma Medica,* 30 mars 1912, n° 13.) — D'expériences entreprises à ce sujet, le docteur Vincenzo Panto (de Catane) tire les conclusions suivantes : le traitement préventif au moyen de 30 à 40 centimètres cubes de culture morte de micrococcus melitensis, doses plutôt considérables, est insuffisant à conférer l'immunité aux chèvres vis-à-vis du germe vivant introduit *per os* ou par voie endoveineuse, de treize à vingt-deux jours après la dernière inoculation de vaccin.

Conformément aux connaissances actuelles, il est à présumer qu'un traitement prolongé atteindrait le but poursuivi; mais, des espérances de l'auteur, il semble résulter avec évidence qu'un traitement court, le seul qui pourrait être pratiquement adopté, ne confère pas l'immunité à la chèvre. Ce procédé prophylactique n'est donc pas destiné, en l'état actuel des choses, à présenter de réels avantages dans la lutte contre la fièvre méditerranéenne.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

SYPHILIGRAPHIE

Résultats du salvarsan sur la syphilis congénitale. (L.-R. DEBUYS (de la Nouvelle-Orléans), *Arch. of poed.*, nov. 1911.) — L'administration du salvarsan dans le cas de syphilis congénitale peut se faire par voie directe ou indirecte. Dans le premier cas on procède par injections sous-cutanées intramusculaires ou intraveineuses, la voie buccale et la voie rectale étant la première inefficace, la seconde infidèle encore, les infections sous-cutanées et intramusculaires sont-elles à rejeter à cause de leurs inconvénients.

L'injection intraveineuse elle-même n'est guère possible chez les nouveau-nés et chez beaucoup d'enfants dont les veines sont d'un calibre beaucoup trop petit. Et quand elle est praticable il est nécessaire de recourir à l'anesthésie pour s'assurer de la docilité de l'enfant. La dose à injecter est d'après Doblin 5 milligrammes par kilogramme.

La méthode indirecte comprend le traitement de la femme enceinte ou nourrice et celui de l'enfant au moyen d'injections du sérum de sa mère injectée elle-même au salvarsan.

Le salvarsan chez la femme enceinte a causé dans un cas la mort du fœtus et son efficacité curative reste douteuse.

Les injections à l'enfant du sérum d'un malade traité par le salvarsan ont donné des résultats contestables ou négatifs.

La meilleure méthode sans contredit est l'injection du salvarsan à la nourrice. Erlich en explique l'action de la façon suivante. Puisqu'on ne trouve que des traces peu considérables de salvarsan dans le lait et que d'ailleurs l'absorption buccale du médicament est inefficace il faut admettre l'élimination d'antitoxines par le lait. L'injection de salvarsan à la mère détruit les spirochètes et libère ainsi des endotoxines qui provoquent la formation d'antitoxines s'éliminant par le lait. Celles-ci absorbées par l'enfant détruisent des spirochètes d'où libération d'endotoxines et production d'antitotoxines et le cycle continue ainsi.

Dans quelques cas on a été obligé après l'emploi de la méthode indirecte de soumettre l'enfant au traitement mercuriel (2 cas de Janselme) ou aux injections de salvarsan (un cas de Baisch).

L'auteur apporte trois cas de sa pratique personnelle, suivis de notables améliorations, l'un toutefois après adjonctions de frictions mercurielles et il conclut ainsi :

1° La meilleure méthode de traitement du nouveau-né syphilitique par le salvarsan est celle qui agit par l'intermédiaire du lait de la mère.

2° Si un traitement plus intensif est nécessaire il faut injecter à l'enfant du salvarsan ou mieux du mercure.

3° Le traitement de la femme enceinte est dangereux pour le fœtus.

4° La voie intraveineuse est la méthode de choix pour les enfants plus grands.

5° Lorsque les veines sont petites il faut les découvrir pour les injecter.

6° Au-dessous d'un certain calibre des vaisseaux la méthode intraveineuse est impraticable.

7° Chez les jeunes enfants et lorsqu'il faut découvrir la veine l'anesthésie générale est nécessaire.

J. ANDRIEU.

CHIRURGIE

Les suites de l'extirpation de l'hypophyse. (ASCOLI et LEGNANI. *Münchener med. Wochenschrift*, 5 mars 1912, n° 10, p. 518.) — Les auteurs ont réalisé l'extirpation expérimentale de l'hypophyse chez de jeunes chiens, tout d'abord par voie pharyngienne, à travers le sphénoïde, et plus tard par voie temporo-pariétale à travers une large brèche ouverte à travers le crâne et la dure-mère ; cette dernière voie permet seule l'extirpation sûre et totale de la glande pituitaire. Cette opération entraîne le plus souvent la mort dans les deux ou trois jours suivants. Pourtant quelques animaux ont survécu et ont permis d'intéressantes constatations.

Après l'ablation de l'hypophyse, la croissance de l'animal est soudainement arrêtée. Un chien, opéré à quatre mois, conserve encore, à huit mois, la même stature qu'au moment de l'opération tandis qu'un chien témoin, de la même portée, s'est développé normalement.

L'ossification et la dentition sont troublées. Les diaphyses des os longs restent grêles, tandis que les épiphyses paraissent trop grosses; on constate des incurvations ; les os contiennent moins de chaux; le développement des membres semble trop faible par rapport à celui du tronc.

L'ablation de l'hypophyse entraîne des troubles de la nutrition dont le plus remarquable est une adipose exagérée : chez l'animal opéré, la graisse constitue un tiers du poids du corps, tandis que chez le témoin, bien développé et bien nourri, elle n'en représente que le seizième.

Le développement des organes génitaux est entravé. Les organes sexuels externes conservent un caractère infantile. L'épithélium séminal ne se différencie pas. Dans l'ovaire les follicules restent à l'état de follicules primitifs.

Enfin on constate, au niveau des différentes glandes endocrines, des lésions atrophiques macroscopiques et microscopiques extrêmement frappantes quand on les oppose, comme le font les auteurs, à la structure des organes chez les animaux témoins.

Les troubles provoqués par l'ablation expérimentale de la glande pituitaire ne constituent pas, bien entendu, tout l'hypopituitarisme. Mais certains d'entre eux, notamment l'arrêt de croissance, l'adiposité, l'hypoplasie génitale sont très analogues à ce que l'on constate parfois en clinique humaine.

A. LEMIERRE.

Traitement opératoire du cancer du sommet de la vessie. (Francis R. HAGNER. *Trans. of the Amer. Assoc. of Genito-Urinary Surgeous*, vol. VI, 1911, pp. 128-134.) — **Un cas de très jeune cancer de la vessie.** (R. F. O'NEIL, *ibid.*, pp. 113-118.) — Le cancer du sommet de la vessie est une localisation rare, mais favorable à l'extirpation chirurgicale. Hagner en a opéré quatre en seize mois. Le point essentiel de sa méthode, qui lui permet d'éviter toute manipulation opératoire de la tumeur est celui-ci : après mise à nu de la vessie, un cystoscope ayant été au préalable introduit dans l'urètre, on examine la tumeur et l'on passe sous le contrôle du cystoscope, en tissu sain, trois solides fils de soie, un à droite, un à gauche, un au-dessous de la tumeur : à partir de ce moment jusqu'après l'excision de la tumeur, toutes les tractions et manipulations nécessaires sont faites à l'aide des fils de soie. Fermeture de la vessie comme après une cystotomie transpéritonéale.

Le cas d'O'Neill est un de très petit cancer du sommet de la vessie (dimension d'une pièce de 20 centimes en argent), enlevé six semaines après le début des accidents, également par cystotomie transpéritonéale qui aujourd'hui tend de plus en plus, en Amérique, à supplanter la technique classique sous-péritonéale.

F. GARDNER.

Grossesse extra-utérine ayant évolué à terme. Laparotomie pendant un faux travail. Extraction d'un enfant vivant. Guérison. (T. COPPELAND SAVAGE. *Proceedings of the Royal society of medicine*, vol. V, n° 2, déc. 1911, obstetrical and gynæcological section, p. 72.) — Il s'agissait d'une primipare de vingt-sept ans que l'auteur vit pour la première fois à l'hôpital d'Auckland (Nouvelle-Zélande) en travail déjà depuis deux jours. Il s'agissait d'une grossesse de huit mois et demi, elle aurait eu une fausse couche six mois auparavant, et à ce moment on aurait trouvé une masse à côté de l'utérus et vraisemblablement pratiqué un curettage. Le docteur Savage, en plus des renseignements contradictoires, constate la présence d'un enfant vivant haut situé dans l'abdomen, les pieds dans le flanc droit, la tête dans la fosse iliaque gauche. Le col utérin très haut situé est plaqué derrière le pubis, de hauteur et de volume normal; un cathéter introduit dans l'utérus remonte jusque vers l'ombilic. Le diagnostic de grossesse extra-utérine étant posé, la malade désirant vivement avoir un enfant vivant, on intervient. Une ligature est placée à la racine des cuisses pour constituer une réserve de sang en cas de grosse hémorragie. Après incision de l'abdomen on constate que la partie antérieure de l'œuf est constituée en bas par l'utérus et les ligaments larges élargis, étalés, en haut par l'épiploon.

Le placenta doit s'insérer sur l'épiploon en avant et tirer son irrigation d'énormes vaisseaux épiploïques. Pendant qu'un aide exerce de la compression de l'aorte, le docteur Savage effondre le ligament large gauche, l'épiploon à gauche, sort rapidement la tête de l'enfant, puis le dégage en entier, coupe le cordon et le passe à un aide. Il désinsère rapidement le placenta, une hémorragie formidable se produit alors, arrêtée assez facilement par un tamponnement serré. Capitonnage de la poche qui est marsupialisée par un petit orifice. Suture de la paroi abdominale. On enlève les liens de la racine des cuisses et la malade est placée la tête basse. Injection intraveineuse de sérum adrénalisé, puis de sérum sous-cutané. Guérison sans encombre, six mois après pas de signes d'éventration.

L'enfant, qui pesait 4 livres 350 grammes, présentait comme particularité intéressant un torticolis et un pied bot varus équin du pied droit, résultant vraisemblablement de la position vicieuse qu'il occupait et qui au cou et au cou-de-pied amenait de la compression par la saillie osseuse du détroit supérieur.

Inutile de signaler la rareté et l'intérêt de ce cas, malheureusement l'auteur, pressé par la gravité de l'acte opératoire, n'a pu reconnaître les détails anatomiques de la constitution de la poche contenant l'œuf.

M. LANCE.

L'origine anatomique de l'hypertrophie prostatique. (M. CHEVASSU. *Bull. soc. anat.*, 1911, p. 637-673, 7 fig.) — Dans ces dernières années, les travaux concernant l'hypertrophie de la prostate en plaçaient tous l'origine dans les glandes centrales para-urétrales et le stroma qui les entoure, contrairement à l'opinion classique qui attribue à la prostate elle-même, et aux glandes périphériques, l'adénome, l'adénofibrome et le fibrome glandulaire qui représentent les diverses formes anatomiques de l'hypertrophie prostatique. C'est à la théorie classique que revient M. Chevassu en s'appuyant sur une série de cas personnels et en critiquant les travaux antérieurs. Mais, dit-il, on ne doit pas être exclusif ; toutes les glandes de l'organisme peuvent donner naissance à des adénomes ; ceux de la prostate peuvent provenir aussi des glandes juxta-urétrales. Ils semblent enfin grossir d'autant plus volontiers qu'ils sont plus rapprochés des cavités vésicale et urétrale.

L. ALQUIER.

FORMULAIRE

GASTRO-ENTÉRITES DES NOURRISSONS

(*Diarrhée verte. Choléra infantile.*)

Suivant la gravité diminuer ou supprimer le lait. Diète hydrique (maximum trois jours).

Dès le début des accidents, faire prendre à l'enfant un quart, une demi ou une cuillerée à café de sirop de Trouette-Perret à la papaïne avant chaque tétée, biberon ou repas. Cette prescription permettra le plus souvent de ne pas supprimer le lait et amènera la guérison en évitant de recourir aux bouillons de légumes, toujours compliqués et fastidieux.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DU CONCOURS DE CHEF DES TRAVAUX ANATOMIQUES A LA FACULTÉ DE PARIS

Nous recevons à ce sujet la lettre suivante :

Monsieur le Directeur,

« Voulez-vous me permettre de signaler un point qui me semble intéressant dans le décret sur le concours de chef des travaux anatomiques à la Faculté de Paris, paru dans vos colonnes avant les vacances de Pâques.

Il y est dit — incidemment — que les *chirurgiens des hôpitaux ne pourront s'y présenter.*

Tout le monde savait que le professeur actuel voulait choisir à son gré et nommer directement sans concours *son* chef des travaux. Les mauvaises langues le disent désireux de s'entourer de personnalités dont il n'aurait pas à redouter les critiques ; je n'en crois rien. Devant l'opposition qu'il a rencontrée, il s'est décidé à admettre *la forme* du concours, mais par suite de la... modération (!) de ses adversaires, ou de la complicité des services administratifs du ministère, il s'est arrangé pour que ce concours ne soit *même pas un concours de circonstances*, et pour que seuls puissent entrer en lice les candidats qu'il désire. Mais, ceci est de la cuisine de Faculté, et je passe.

Ne trouvez-vous pas curieux que le titre envié, dit-on, de chirurgien des hôpitaux soit désormais UNE TARE, qui suffise à fermer aux infortunés titulaires les portes de la Faculté ?

Les raisons de cet ostracisme ? Elles doivent être sérieuses pour justifier l'affront. Ne serait-il pas intéressant qu'on nous les fît connaître ?

Dira-t-on que les chirurgiens des hôpitaux n'ont *pas assez de temps* à consacrer aux élèves ? Raison mauvaise : les jeunes chirurgiens des hôpitaux sont assez libres ; j'en connais d'assez âgés, qui auront un service dans quelques années, mais qui font et ne veulent faire que peu de clientèle. Je puis donc affirmer, en toute connaissance de cause, que beaucoup de chirurgiens des hôpitaux auraient *le temps et la volonté* de remplir *consciencieusement* les fonctions de chef des travaux anatomiques.

Dira-t-on que les chirurgiens des hôpitaux, formés à l'école et sous la direction du grand organisateur que fut Farabeuf, enseigneraient une *anatomie trop pratique*, exigeraient trop de dissection réelle, maintenant qu'il est de mode de proclamer que la dissection des membres par les étudiants n'est qu'une perte de temps? La vue de dissections faites par d'autres, ou de modèles en cire, est suffisante, dit-on, pour apprendre l'anatomie. Aucun médecin, aucun pédagogue ne peut soutenir une pareille théorie. Autant dire qu'on peut devenir *pianiste virtuose* en *écoutant* de la bonne musique. Faut-il rappeler aux jeunes adeptes de ces dangereuses théories, qu'on retient mieux ce qu'on a appris par la mise en jeu de *plusieurs genres de mémoires*, et que la *dissection* est la *gymnastique médicale des petites articulations* comme la *médecine opératoire est la gymnastique des grandes ?*

Dira-t-on qu'en interdisant l'entrée des pavillons aux chirurgiens, on entend défendre la *santé des malades des hôpitaux?* Nous pouvons remercier les inspirateurs du décret d'avoir voulu suppléer par un règlement à la conscience probablement défaillante des chirurgiens. Le malheur, c'est que la raison ne vaut rien. Outre que la Faculté n'a à s'occuper que de ses élèves — y suffit-elle ? — je puis affirmer que la fréquentation des amphithéâtres, la pratique de la dissection et de la médecine opératoire n'ont aucune influence sur les suites opératoires, quand on prend *certaines précautions*, que nous connaissons tous, et quand les *cadavres* sont *bien injectés*. D'ailleurs si cette raison était la bonne, la Faculté devrait refuser comme élèves, les étudiants qui sont externes des hôpitaux, puisqu'ils sont appelés à faire des pansements sur des malades aseptiques.

Je serais heureux qu'on me signalât — mais existe-t-elle ? — une raison valable et décente de l'ostracisme contre lequel je veux protester.

Cet *ostracisme* me paraît *étrange et troublant*, surtout si on l'envisage d'*un peu haut*. Avant peu ne pourra-t-on pas décréter aussi que les chefs des travaux d'histologie ou d'anatomie pathologique ne sauraient être *médecins des hôpitaux*, que les chefs des travaux de physique ou de chimie ne sauraient être *radiologistes* ou *pharmaciens des hôpitaux*, que le chef des manœuvres obstétricales — s'il existe jamais — ne saurait être *accoucheur des hôpitaux*, etc. ?

Pour finir, et afin de couper court à des ripostes prévues, mais non fondées, je me fais un plaisir d'avouer que je suis chirurgien des hôpitaux, mais que je ne désire nullement, et *à quelque titre que ce soit*, approcher de la mare aux grenouilles qu'est la Faculté (j'entends dire par cette périphrase qu'on y palabre beaucoup, mais qu'on n'y fait pas grand'chose). Je ne prêche donc pas pour mon saint. »

Un taré : CHEVRIER.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 3, mars 1912.) W. DUBREUILH : De la milanose circonscrite précancéreuse (fig.). — L.-M. BONNET : Sporotrichose primitive du calcanéum (fig.). — PAUTRIER, BELOT et RICHON : Sporotrichose à lésions cutanées gommeuses et verruqueuses, à la fois syphiloïdes et tuberculoïdes d'aspect. Volumineuse gomme osseuse, lésions de la muqueuse des fosses nasales (fig.). — BERTIER et WEISSENBACH : A propos d'un cas de nævo-carcinome.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Mars 1912.) THOINOT : Un voyage médico-légal en Allemagne, Autriche, Danemark. — DERVIEUX et LECLERCQ : Examen des taches de méconium en médecine légale.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 330, 25 mars 1912.) MIRAMOND DE LAROQUETTE : Thermothérapie des rhumatismes chroniques. —

LEDOUX-LEBARD : La radiothérapie dans la maladie de Basedow. — C.-M. ROQUES : L'électrothérapie dans les rhumatismes chroniques. — BROCA : Considérations sur le rôle du gaz dans lequel jaillit l'étincelle de haute fréquence.

Archives de médecine des enfants. — (N° 4, avril 1912.) BARBIER et GOUGELET : Des épisodes méningés tuberculeux curables. — DELÉARDE et REPELLIN : Un cas d'anasarque sans albuminurie, ni cardiopathie chez une fillette de huit ans hérédo-syphilitique. — FÉDOU : Une épidémie de rougeole en 1905 (particularités cliniques). — J. COMBY : Rachitisme avec déformations excessives (scoliose, fractures multiples, etc.). — J. COMBY : Traitement médical du strabisme chez l'enfant.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 3, mars 1912.) BERTRAND : Les chlorures et la crise dans la dysenterie aiguë nostras épidémique (dysenterie bacillaire). — CHEMIER : Rapport officiel sur l'organisation et le fonctionnement du service de santé dans la marine japonaise (traduit du japonais) (*suite*). — RENAULT : L'eau distillée à bord des navires modernes de guerre.

Archives générales de chirurgie. — (N° 3, 25 mars 1912.) LE DAMANY : Traitement de la luxation congénitale de la hanche. — DUCUING et P. RIGAUD : Plaie de la moelle et syndrome de Brown-Séquard. — MAUCLAIRE et BURNIER : Déformations vertébrales traumatiques tardives (maladie de Kummel-Verneuil).

Biologica. — (N° 15, 15 mars 1912.) VERNEAU : Le rôle de la mer dans la dissémination des races humaines. — Ch. PÉREZ : Mosaïque et polyembryonie. — F. LE DANTEC : Transformisme et chirurgie.

Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. — (N° 2, 1er mars 1912.) BUYS : Applications pratiques de la nystagmographie. — GUISEZ : Les sténoses inflammatoires de l'œsophage. — H. ABOULKER : Contribution à l'étude des tumeurs malignes du naso-pharynx. — BRŒCKÆRT : Tic du voile du palais accompagné de bruit rythmique perceptible à distance.

Bulletin général de thérapeutique. — (8 mars 1912.) L. RIVET : Diagnostic et traitement des anémies à type pernicieux. — (15 mars.) A. ROBIN : Traitement de la tuberculose (XIIe leçon). Les cures hydrominérales. — Lucien RIVET : Diagnostic et traitement des anémies à type pernicieux. — (23 mars.) BARDET : Etude comparée des stations de France et d'Allemagne (3e partie). Stations thermales. — Lucien RIVET : Diagnostic et traitement des anémies à type pernicieux (*fin*). — (30 mars.) G. BARDET : Etude comparée des stations de France et d'Allemagne (*suite*).

Bulletin médical. — (N° 18, 2 mars 1912.) E. KIRMISSON : Les otites moyennes chez les enfants et leurs complications en particulier les ostéo-périostites de la fosse temporale (otites périostiques de Duplay). — (N° 19, 6 mars.) Léon BÉRARD : Les rapports des traumatismes et de la tuberculose en matière d'accidents de travail. — (N° 20, 9 mars.) F. RONGÉ : Auto-intoxication intestinale aiguë consécutive à un étranglement herniaire. — (N° 21, 13 mars.) GORSE : Les abcès froids rétro-pharyngiens d'origine vertébrale. — (N° 22, 16 mars.) PINARD : De l'accouchement dans les bassins à limites étroites. — NOËL : La santé de nos soldats. — PLICQUE : L'association de plusieurs antiseptiques dans les infections des voies urinaires. — (N° 23, 20 mars.) DALCHÉ : Aménorrhée récente. Masculisme régressif. — ALBOUZE : Conjonctivite membraneuse streptococcique. — (N° 24, 23 mars.) BRINDEAU : Des vomissements incoercibles et des indications thérapeutiques qu'ils comportent. — (N° 25, 27 mars.) R. DE GAULEJAC : Importance du point d'inoculation dans la vaccination. — (N° 26, 30 mars.) GUIBAL : La tuberculose péritonéale aiguë ; son traitement chirurgical.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 4, 25 fév. 1912.) LEMAIRE : Premier cas de leishmaniose algérienne. — PRON : La gastro-entérostomie devant la physiologie, le laboratoire et la clinique. — (N° 5, 10 mars.) ABADIE : Deux formes de tuberculose génitale chez la femme. — PRON : Corps gras et hyperchlorhydrie.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 8, 20 fév. 1912.) ZIELER : L'idiosyncrasie envers les médicaments doit-elle être assimilée à l'anaphylaxie ? — GROS : Action bactéricide des préparations d'argent en milieux salés. — RŒTHLISBERGER : Diagnostic et traitement de certaines tonsillites en relation avec les polyarthrites. — ZOEPPRITZ : Traitement de l'éclampsie d'après Shoganof. — BARDENHEUER : Symptomatologie de la contracture ischémique et de la gangrène diffuse. — HUGUENIN : Teneur en graisse du sarcoplasme des muscles lisses de l'utérus gravide. — HAUSMANN : Phénomène de la contraction du pylore dans la palpation. — HERZ : L'hérédité dans les affections cardiaques. — WASIELEWSKI et WULKER : L'hypothèse de Schmidt sur le cancer. — ZIMMERMANN : Un cas d'intoxication par la scopolamine. — FLAUM : Polype muqueux de l'appendice. — KÜHL : Un symptôme de salpingite.

Policlinico. — (Fév. 1912, fasc. 2.) *Section médicale.* Guido MARCHETTI et Cesare CAPEZZUOLI : Contribution à l'étude du mécanisme et de l'action des inhalations d'oxygène. — Publio CIUFFINI : Le cancer primitif du poumon. — Anselmo OSTI : Contribution à l'étude de l'action de la fibrolysine dans les pneumonies suivies d'induration, et à l'étude de la crise pneumonique. — Francesco FULCI : Le rein lobaire syphilitique. — *Section chirurgicale.* Dario MARAGLIANO : Les causes de la mort par nécrose pancréatique. — Augusto PIGNATTI : La guérison des fractures transversales de la rotule. — Nicola LEOTTA : Recherches expérimentales sur les suites de la prostatectomie transvésicale. — (Mars 1912, fasc. 3.) *Section médicale.* Guido MARCHETTI et Cesare CAPEZZUOLI : Contribution à l'étude du mécanisme et de l'action des inhalations d'oxygène. — Pier Diego SICCARDI : Le substratum organique individuel dans l'étiologie et la détermination clinique des formes pseudo-leucémiques et leucémiques. — G. FRANCHINI : Anémie grave avec présence de flagellés dans l'intestin. Morphologie et caractères des cultures de ces derniers. — Mario CONDORELLI FRANCAVIGLIA : Premier cas de « fièvre des Pappataci » à Catane et dans la Sicile orientale. — *Section chirurgicale.* Nicola LEOTTA : Recherches expérimentales sur les résultats de la prostatectomie transvésicale. — Valentino BARNABO : La résection du testicule. — Aurelio POGGIOLINI : L'influence de la néphrectomie unilatérale sur l'indice opsonique vis-à-vis des germes pyogènes.

Riforma medica. — (N° 8, 24 fév. 1912.) MASSALONGO : La physiopathologie de la myasthénie bulbo-spinale et la théorie pluriglandulaire. — S. RIZZARDO : Le diagnostic précoce de l'ulcère duodénal non compliqué. — G. DE FRANCISCO : Un cas de double kyste du pancréas. Extirpation totale des deux kystes au moyen d'une résection du pancréas. Guérison. — (N° 9, 2 mars.) MASSALONGO : La physiopathologie de la myasthénie bulbo-spinale et la théorie plurigandulaire. — C. NINNI : Recherches sur l'anaphylaxie avec le sérum d'animaux à sang froid. — S. RIZZARDO : Le diagnostic précoce de l'ulcère duodénal non compliqué. — (N° 10, 9 mars.) E. FERRANNINI : Le métier de meunier et l'inhalation des poussières de farine. — ALHAIQUE : A propos d'un cas de périendothéliome de la parotide. — S. RIZZARDO : Le diagnostic précoce de l'ulcère duodénal non compliqué.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 51. — JEUDI 2 MAI 1912. 85e ANNÉE. JEUDI 2 MAI 1912. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 29 avril : MM. Paris, 16; Giroux, 19; Froin et Harvier, 17.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture.* — Séance du 29 avril : MM. Deniker, 21 ; Roux, 22 ; Marcille, 26; Küss, 24.

— Concours de l'internat de Brévannes. — *Oral.* — Séance du 29 avril : Question donnée : « Signes, diagnostic et traitement du cancer du rectum. »

MM. Duponchel, 16; Dujarric de la Rivierre, 15; Gibert et Dauphin, 18 ; Lantier et Chenet, 17; Boussi, 16 ; Ohanianz, 15; Vallerant, 17.

Sont nommés internes de Brévannes : MM. Gibert, Lantier et Vallerant.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Lecture.* — Séance du 29 avril. — MM. Brucker, 8 + 13 = 21 ; Fenard, 10 + 14 = 24 ; Houdard, 12 + 16 = 28; Guillon, 13 + 14 = 27; Mathey, 10 + 13 = 23; Ferry, 12 + 18 = 30.

Prochaine séance, vendredi 3 mai, à dix heures et demie du matin, à la salle des Saints-Pères.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Le Mans. — Le lundi 10 juin 1912, à neuf heures du matin, un concours public sera ouvert à la Faculté de médecine de Paris pour une place de chirurgien suppléant, une place de médecin suppléant et une place de chirurgien accoucheur suppléant à l'hôpital du Mans.

Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des facultés de France et être de nationalité française.

Les deux années de pratique comme docteur ne seront pas exigées des anciens internes des hôpitaux des villes où siège une faculté; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

Pour tous autres renseignements sur les conditions de ce concours, s'adresser au secrétaire général des hospices du Mans.

— Limoges. — Le concours pour un emploi d'ophtalmologiste des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Duverger, ancien interne des hôpitaux de Paris.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Le conseil de l'Université a délégué M. Pitres, doyen de la Faculté de médecine, au XVIIe Congrès international de médecine qui doit se réunir à Londres l'année prochaine et il a chargé M. Denucé, professeur à la Faculté de médecine, de représenter l'Université aux fêtes du deuxième centenaire de la fondation du collège de la Trinité (Ecole de médecine) de l'Université de Dublin qui auront lieu en juillet de cette année.

Il a voté la création à la Faculté de médecine d'un cours complémentaire de toxicologie.

GUERRE. — Service de santé. — Mutations :

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Schneider passe au 28e d'inf. ; Russo, aux hôpit. de Tunisie ; Chénelot et Georges, aux troupes débarquées au Maroc.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Ball et Boutes (de Paris), Chatenoux (de Frangy), Chenais (de Paris), Guignon (de Constantine), Labady et Lafond (de Paris), Machtou (d'Alger), Plichon (de Créteil), Vidal (d'Alger).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Badin, Béliard, Chabassut, Cibrie et Crépin (de Paris), Cuby (de Remchi, Oran), Esnault (du Mans), Guerido (d'Oran), Hazard, Herrenschmidt et Hyvert (de Paris), Lemerle (de Marseille), Lesne (de Loos-lez-Lille), Pérol et Rochu (de Marseille), Saint-Béat (de Toulouse), Sanson (de Paris), Tabet (de Tlemcen), Toy (d'Aix-en-Provence), Vialle (de Brive).

COURS ET EXERCICES PRATIQUES D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — M. le docteur Castex, chargé de cours, assisté de MM. Collinet, Rabé et Blanluet, commencera le mardi 7 mai 1912, à neuf heures du matin, à l'école pratique, un cours de chirurgie spéciale pour les affections de l'oreille, du nez et du larynx. Il le continuera les jours suivants, à la même heure.

Les élèves inscrits seront exercés aux diverses interventions opératoires de la spécialité.

Le cours sera complet en 12 leçons.

Le droit de laboratoire à verser est de cinquante francs.

Sont admis, tous les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés titulaires de 16 inscriptions.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Un certificat d'assiduité est délivré aux élèves.

CORRESPONDANCE

LES MÉDECINS DE RACE LATINE EN ALLEMAGNE

Parmi les nombreuses lettres d'adhésion et d'encouragement que nous avons reçues, mon ami Dartigues et moi, à propos du groupement que nous sommes en train d'organiser entre les médecins cultivant l'espagnol ou le portugais, parmi ces lettres, dis-je, il en est une dont je demande la permission de reproduire ici les passages principaux. Elle soulève en effet des questions d'ordre général et elle cadre tout à fait avec le but poursuivi par le groupement en formation; aussi son auteur, le docteur Chabrol (de Vichy) m'autorisera-t-il à livrer les lignes ci-dessous aux méditations de nos confrères.

« ... Je vous donne ma complète adhésion et m'inscris très volontiers sur votre liste. J'ai vécu mes hivers à Berlin et à Vienne ces six dernières années, j'y ai suivi plusieurs cours et j'ai été très surpris d'y rencontrer, en dehors de nombreux médecins étrangers d'origine slave, turque et saxonne, beaucoup de médecins de l'Amérique du Sud. Ils y viennent chaque année en plus grand nombre, on fait tout pour les y attirer et on est loin de les traiter comme des « rastas ».

Diverses raisons les guident vers l'Allemagne, alors même que le plus souvent ils parlent beaucoup mieux le français que l'allemand. De nombreux étudiants en médecine des mêmes pays font leurs études dans les diverses facultés de l'empire. La conséquence : tous ces médecins se souviennent de leurs maîtres, envoient le plus souvent leurs malades riches en Allemagne, et on sait les y garder.

Les remèdes à cette situation ne dépendent pas seulement d'une bonne entente médicale, mais je reconnais que votre association peut être d'une grande utilité, si l'effort est bien dirigé et durable.

En Allemagne il y a une indication générale tendant à établir l'influence allemande la plus grande possible sur les autres pays. Le mot d'ordre vient de haut et il est suivi par toute la hiérarchie. C'est l'exécution d'un programme.

Votre intention est excellente ; le but est des plus louables car vous travaillerez ainsi pour la France. Je vous souhaite bonne chance. »

Cette lettre, basée sur des faits vécus, est extrêmement intéressante et suggestive ; il nous est agréable de la reproduire, car elle constitue un symptôme significatif, entre bien d'autres, d'un mouvement qui s'opère dans les milieux scientifiques et médicaux. On y est las de voir la prépondérance sans cesse grandissante prise chez les nations de race latine par un peuple qui n'en possède ni le génie, ni la mentalité, ni les affinités linguistiques. Et comme cette prépondérance est faite en grande partie de notre indifférence et de notre apathie à nous, Français, il dépend de nous, de la mise en valeur et de la coordination de nos énergies éparses, de reconquérir dans le monde latin l'influence qui fut jadis la nôtre et à laquelle nous donnent droit l'incontestable valeur de nos savants et cette qualité fondamentale de la pensée française, la clarté.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 2, fév. 1912.) ROUGET : Des thrombophlébites du golfe de la jugulaire interne ; leur traitement ; procédé atloïdo-occipital. — MAGET : Du traitement des maladies infectieuses des voies respiratoires par les vapeurs d'eau oxygénée. — PATENOSTRE : Examen fonctionnel du labyrinthe chez le vieillard. — MERMOD : Réponse aux simples constatations de M. le docteur F. Chavanne.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 7, 15 fév. 1912.) DÖLLINGER : Traitement des névralgies du trijumeau par les injections d'alcool de Schlœsser. — SCHIEK : Importance des anticorps tuberculeux fixant le complément. — KRAUS, YSHIWARA et WINLERNITZ : Action du sang de l'ombilic et du sérum rétroplacentaire sur les cellules embryonnaires. — SEIFFERT : Rapports entre l'immunité naturelle et les substances spécifiques du sérum. — POPPER : Différences dans l'action de l'opium et de la morphine sur l'intestin. — SCHOLZ : Résultats du traitement combiné par le salvarsan et le mercure dans la syphilis. — HOFFMANN : Signification diagnostique et thérapeutiqne du spirochæte pallida. — DIBBELT : Nouvelles recherches expérimentales sur la pathogénie du rachitisme. — GOETZE : Emploi d'un foret à gouttière pour la ponction cérébrale. — PERNICE : Grossesse gemellaire avec siège hétérotopique des fœtus. — BRUMING : Sur la question de l'appendicite traumatique. — KERN : Sur les blessures de l'abdomen. — ULRICHS : Contribution au diagnostic radiologique du cancer gastrique. — (N° 8, 22 fév.) ZIELER : Prophylaxie personnelle des affections vénériennes. — BETTMANN et LAUBENHEIMER : Action du salvarsan sur le charbon. — FÜLLEBORN et WERNER : Action du salvarsan sur la bilharziose. — LAZARUS : Méthodique thérapeutique de l'émanation de radium. — HARNAK : Toxicité de l'alcool méthylique. — KUMAGAI et INOUE : Sur l'hémoglobinurie paroxystique. — HEUSNER : Traitement des fractures de jambe par l'extension. — RIESE : Opération combinée dans le cancer du rectum. — THINIUS : Appareil pour injections intraveineuses de salvarsan.

Echo médical du Nord. — (N° 9, 3 mars 1912.) DELÉARDE : La virulence de la diphtérie à Lille. — (N° 10, 10 mars.) OUI : Opération de Porro nécessitée par une hémorragie incoercible au cours d'une opération césarienne. Observations sur la solidité de la suture en double cercle. — (N° 11, 17 mars.) GELLÉ : Contribution à l'étude de l'ictère hémolytique dans la syphilis secondaire. — OUI : Deux cas d'engagement du siège en sacro-pubienne dans des bassins aplatis. — (N° 13, 31 mars.) VANVERTS : Kystes de l'ovaire ou du parovaire et grossesse. — BETTREMIEUX : Considérations sur le traitement du strabisme. — (N° 12, 24 mars.) Jean MINET et J. LECLERCQ : Les zonas atypiques (2e mém.). — OUI : Injection de 606 au cours du dernier mois de la grossesse.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 9, 27 fév. 1912.) SCHÖNE : Sur l'immunité de transplantation. — HOFFMANN : Diplégie brachiale névritique. — ESCH : Sur la toxicité de l'urine et du sérum dans l'éclampsie. — JAKOB : Sur l'ubiquité de la double fonction sensitivo-motrice de l'écorce cérébrale comme base d'une nouvelle conception biologique de l'organe cortical de l'âme. — REICHMANN : Technique de la ponction lombaire et de l'examen du liquide céphalo-rachidien. — LŒNING : Sur le phényldiméthylpyrazolonamidomethausulfate de soude, nouvel antipyrétique et spécifique du rhumatisme articulaire aigu. — BAER : Sur la véronacétine, nouvel hypnotique et sédatif. — SCHWAER : Action du salvarsan sur les éléments cellulaires du sang. — KRETSCHMER : Sur l'action de l'hormonal. — DORDI et CANESTRINI : Un cas d'aphasie sensorielle intermittente. — WINKEL : Sur les parties actives en thérapeutique des boues. — SCHWARZ : Nouvel appareil pour pasteurisation en petit du lait.

DIPHTÉRIE SPASMOGÈNE

TYPE TÉTANOS

SANS EXTÉRIORATION MEMBRANEUSE

Par MM. ÉMILE BITOT,
Médecin des hôpitaux, chef de service à l'hôpital Saint-André,

et PIERRE MAURIAC,
Médecin des hôpitaux de Bordeaux.

Si l'existence des accidents spasmogènes de la diphtérie est actuellement admise, c'est grâce à l'éloquence importante de récentes observations, qui lui valurent bientôt droit de cité dans les ouvrages classiques.

Aujourd'hui, en effet, tous les traités décrivent ces méfaits longtemps insoupçonnés du bacille de Löffler, et tout récemment, le docteur Daure (1), dans une thèse des plus sérieuses, a fait une étude complète de la question, y compris le résultat de ses expérimentations, début d'un chapitre dont le développement se fera avec le temps.

Ce n'est que de 1901 que datent les premières observations vraies de diphtérie spasmogène et Daure a pu en réunir une quinzaine : 13 concernant des enfants jusqu'à l'âge de huit ans, une appartenant à un étudiant en médecine, et une à une nourrice ; ces deux derniers malades ne présentèrent que de très courts accès de trismus au cours d'une diphtérie manifeste.

Ces différents faits ne sont pas d'égale valeur, car les cas Tschlenoff, Bosc, Marquardt, Micaud manquent de bases solides.

C'est avec les faits de Moussous, Irwing (2), Snow, de Riminy, Baginsky que se dessine l'identité clinique de la diphtérie spasmogène par la coexistence d'accidents tétaniformes et d'infection diphtérique.

Seulement, pour ces auteurs, les relations de cause à effet ne furent suspectées que fort tard dans l'évolution de la maladie et ce n'est qu'après l'insuccès de divers sérums, qu'ils recoururent à celui de Roux, mais, trop tard, bien souvent, parce que leurs malades succombèrent.

Les preuves irréfutables manquaient donc, et c'est en 1903 que E. Bitot publia deux observations de pseudo-tétanos diphtérique (3); avec guérisons par l'usage exclusif du sérum de Roux.

Quelque temps après, Babonneix (4) publia sous le titre « Diphtérie et Tétanie » une remarquable mise au point de la question, dès lors bien établie.

Cette action merveilleuse et démonstrative du sérum antidiphtérique, contre les manifestations spasmodiques du bacille de Löffler, n'avait été constatée jusqu'en mai 1910, que chez des enfants ou chez des sujets jeunes.

(1) DAURE. *Contribution à l'étude de la diphtérie spasmogène*, Th. de Bordeaux, 1911.
(2) DAURE. Loc. cit.
(3) E. BITOT. Pseudo-tétanos diphtérique, *Revue mens. obst. et péd. de Bordeaux*, 1903, p. 347.
(4) BABONNEIX. Diphtérie et tétanie, *Revue des mal. de l'enf.*, 1905, t. XXIII, p. 8.

Or, à cette époque, E. Bitot et Petges (1) témoignèrent par une observation, scrupuleusement suivie, la première de ce genre, que l'âge adulte tombait sous les mêmes coups.

Il s'agissait d'un homme, âgé de quarante-trois ans, cocher (ni albuminurique, ni diabétique, ni cardiaque), atteint, subitement, d'encéphalopathie grave, à forme spasmodique, étiquetée sur la lettre du confrère de la campagne qui l'envoyait à l'hôpital Saint-André « méningite cérébro-spinale ».

C'est dire l'ensemble du tableau clinique. Mis en éveil par les cas antérieurs, personnels, un ensemencement du mucus nasal et buccal fut pratiqué au titre de prévoyance, car nulle part, on ne trouvait la moindre trace de produits membraneux.

Or, le résultat de l'examen bactériologique établi par le professeur Ferré décela de la diphtérie dans les deux régions explorées. Du coup, injection de sérum de Roux, et guérison radicale en quelques jours.

Ajouté aux autres sujets que nous avions suivis, celui-ci nous montrait que, dans ses manifestations spasmodiques, la diphtérie pouvait revêtir des types variés, pseudo-tétanos, syndrome méningitique, torticolis, trismus. Si bien que, dans un article paru dans le *Paris médical* (2), nous avons proposé de réunir ces modalités spasmodiques du bacille de Löffler sous le nom de « diphtérie spasmogène » quitte à y joindre le qualificatif de circonstance.

La justesse de cette opinion vient de se confirmer par la nouvelle observation qui suit et que nous intitulerons « diphtérie spasmogène, type tétanos, sans extériorisation membraneuse ».

OBSERVATION (recueillie par M. René Villar, interne du service). — D..., soixante-six ans, cultivateur et vacher à Saint-André-de-Cubzac, entré à l'hôpital le 6 novembre 1911, salle 19, lit 22 (service de M. le docteur E. Bitot), parce qu'il présente des crises tétaniformes. A part une rougeole et une varicelle survenues dans son enfance, cet homme a joui d'une parfaite santé durant toute son adolescence. Exempté du service militaire pour varices, il se maria à vingt-quatre ans et eut un premier enfant qui mourut vingt-quatre heures après sa naissance, son second fils fut emporté à l'âge de seize ans par une fièvre typhoïde. Jamais D... ne fut obligé de s'aliter pour une maladie sérieuse. Ce n'est qu'en février 1910 qu'il présenta des troubles moteurs du côté de la main gauche, un matin au réveil il constata que les trois derniers doigts étaient paralysés; d'après ses dires ils auraient été enflés mais non douloureux; l'auriculaire se trouvait en flexion, l'annulaire et le médius en extension forcée, tout mouvement passif tendant à corriger ces positions éveillait de la douleur. Cet état local dura trois mois, et la guérison survint à la suite d'un traitement électrique.

D... n'a jamais eu de maladies vénériennes; il boit 2 litres de vin et 3 litres de boisson de raisin, mais jamais d'apéritifs ni de liqueurs ni d'eau-de-vie. Il travaille beaucoup la terre, soigne les vaches et marche le plus souvent pieds nus aussi bien dans l'étable que dehors.

Ses antécédents héréditaires ne présentent aucun intérêt. Pour laisser à l'histoire de la maladie toute l'authenticité pos-

(1) E. BITOT et PETGES. Méningisme d'origine diphtérique, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1er et 15 mai 1910.
(2) E. BITOT et G. PETGES. La diphtérie spasmogène sans extériorisation membraneuse, *Paris médical*, 8 avril 1911.

sible nous avons prié notre distingué confrère le docteur Bernard (de Cavignac), témoin des accidents pathologiques dès le début, de vouloir bien en quelques mots les retracer lui-même. Ce document, dont nous tenons à le remercier, est d'une éloquence qui n'échappera pas.

« D... a été malade, pour la première fois, le 18 octobre 1911. Il était, ce jour-là, dans un gros arbre coupant des branches, il sentit tout à coup une faiblesse cérébrale et son instrument lui échappa des mains. Il se ressaisit, descendit péniblement et déjà avec raideur, fit les quelque vingt mètres qui le séparaient de chez lui. Il eut dès ce moment des crises d'opisthotonos et du trismus.

La contracture des muscles du maxillaire s'accentua et ce fut la tétanisation de la mâchoire inférieure : impossibilité presque absolue d'ouvrir la bouche; par instants très courts, cependant, la contracture se relâchait et le malade pouvait prendre quelque nourriture liquide. Le 21, la contracture gagne les membres supérieurs, puis le surlendemain les membres inférieurs, les crises se font de plus en plus fréquentes jusqu'à soixante-douze dans la journée.

Au début j'avais cru que cette contracture du maxillaire était due à des accidents de la dent de sagesse, et comme le malade avait de mauvaises dents et se mordait la langue durant ses crises, avec mon confrère, le docteur Turlais (de Montendre), nous lui avons enlevé, après anesthésie au somnoforme, cinq dents le 24 octobre. Grâce au somnoforme, le malade resta toute la journée sans crise.

Le 26, la contracture devient plus forte, les crises plus nombreuses, je fis une injection de sérum antitétanique et donnai du chloral à hautes doses; aucun résultat appréciable; la morphine ne donna pas non plus de résultat en injections hypodermiques.

A aucun moment je n'ai constaté de fausses membranes dans la bouche et jamais le malade ne s'est plaint de la gorge. Pour éviter de se mordre la langue, D... avait inventé une petite barrette d'étain suspendue au cou par une double ficelle et qu'il tenait entre les arcades dentaires. Devant les insuccès du salicylate de soude, de la morphine, du sérum antitétanique et du chloral, à fortes doses, donné par les voies buccale et rectale, je me décidai, sur les instances de la famille, à le conduire à l'hôpital Saint-André le 6 novembre 1911.

J'ajoute que le malade, vingt jours auparavant environ, s'était enfoncé dans le pied droit une pointe de fer. »

Le malade entre à l'hôpital Saint-André dans le service de M. le docteur E. Bitot, salle 19, lit 22, le 6 novembre 1911.

En présence de l'aspect sardonique du facies et de la contracture généralisée, avec trismus et renversement de la tête en arrière, en même temps que se succédaient des crises, dont l'allure en imposait pour du tétanos, M. Villar, interne du service, n'hésite pas à pratiquer une injection de 20 centimètres cubes de sérum antitétanique avec d'autant plus de raison que le malade, marchant pieds nus, avait les orteils et la région plantaire remplis de terre, sans compter que dans les commémoratifs, rapportés par la famille, cet homme s'était blessé à l'un des pieds avec un clou quelque temps auparavant.

Température, 38°2.

Pouls, 126.

La nuit fut mauvaise, le malade eut de nombreuses crises tétaniformes. Le matin, au réveil, la température est de 37°4 et le pouls à 122. Nous l'examinons à ce moment.

7 novembre 1911. — On se trouve en présence d'un homme au teint hâlé, d'apparence vigoureuse, mais dont le facies apparaît dès l'abord sardonique, la peau du front est plissée, les sourcils relevés, les yeux bridés à leur angle externe, les narines sont dilatées et les plis nasogéniens très accusés, le peaucier du cou forme des cordes sous la peau. Cet aspect particulier du visage est constant, mais s'exagère par instants, au moment des crises. Les mouvements des muscles frontaux et sourciliers sont possibles dans l'intervalle, les lèvres peuvent se mobiliser, mais leurs mouvements sont limités; si l'on dit au malade d'ouvrir la bouche on constate que, malgré ses efforts, les arcades dentaires s'écartent à peine d'un demi-centimètre pour se fermer complètement au moment des paroxysmes.

La parole est presque incompréhensible à cause de la contracture des lèvres et des mâchoires, et aussi par suite des morsures multiples que le malade s'est faites à la langue durant les crises. Pour y remédier on lui a placé, entre les arcades dentaires, un manche de fourchette en fer battu retenu par une ficelle passée autour du cou. La déglutition est si difficile qu'on est obligé de procéder par petites cuillerées; cependant il ne se produit pas d'engoûment; les mouvements de latéralité de la tête sont possibles, les sternomastoïdiens sont flasques.

Par contre, le trapèze et tous les muscles de la nuque sont contracturés et les mouvements de flexion de la tête sont absolument abolis. Du côté des membres supérieurs on note un état de contracture marquée; les coudes sont collés au corps, les avant-bras en demi-flexion sur les bras, les doigts réunis et en extension. Les mouvements actifs sont possibles, mais très limités; le malade porte avec difficulté la main à la bouche et le membre supérieur se meut d'une pièce. Les mouvements passifs sont douloureux et dénotent une rigidité qui s'oppose à la flexion et à l'extension. Par suite, les réflexes ne peuvent être déterminés. Les membres inférieurs présentent un léger œdème variqueux. Les pieds sont en extension forcée, les mouvements actifs d'abduction et d'adduction sont à peine ébauchés. Si l'on essaie de provoquer des mouvements de flexion, on se heurte à une rigidité insurmontable du membre. Les réflexes très difficiles à révéler paraissent normaux. Pas de Babinski. Rien à signaler du côté de l'abdomen, par contre les muscles du thorax et des gouttières vertébrales sont dans un état de contracture permanente provoquant une ensellure lombaire très accentuée. Il est absolument impossible de faire asseoir le malade; quand on tente de le mettre sur son séant en le soulevant par la nuque, on constate que tout son corps est raide comme une barre de bois et que l'on peut le soulever, tout d'une pièce, ses talons restant au pied du lit. Cette contracture est telle qu'on a pu, dans l'intervalle des crises tétaniformes, mettre le malade dans la position horizontale, entre deux chaises, les points d'appui étant la nuque et les talons.

La station verticale n'est possible que maintenue par deux aides. On voit alors que les pieds ne touchent le sol que par la pointe tout en se fléchissant après quelques instants. Il est impossible au malade de les détacher du sol, et d'exécuter des mouvements; c'est à peine s'il ébauche le geste consistant à ramasser un objet placé sur le sol.

Cet état de contracture généralisée et constant est entrecoupé de crises paroxystiques durant lesquelles le malade ne perd jamais connaissance. Ces crises ne paraissent provoquées ni par le bruit, ni par la grande lumière, ni par les chocs ; elles semblent s'exagérer, cependant, quand on fait parler le malade; la rigidité paraît au contraire diminuer sous l'action de certaines excitations superficielles, par exemple, si on percute à coups redoublés le tendon rotulien, on s'aperçoit que le malade, invité à fléchir le genou correspondant, arrive à éloigner le creux du jarret de 10 centimètres au-dessus du plan du lit, mais en traînant le talon, alors que livré à lui-même, la course n'est que de 4 centimètres au maximum; le même effet paraît être produit par un frôlement très léger fait avec la main ou avec le coin d'une serviette sur le membre que l'on veut faire plier.

Un massage lent des masséters paraît aussi faciliter les mouvements de la mâchoire, et l'on peut voir à la suite, l'écartement des arcades dentaires augmenter de 1-2 centimètres.

Les divers modes d'exploration de la sensibilité cutanée et muqueuse ne dénotent rien d'anormal.

Examen du cœur. Rythme régulier, premier bruit sourd à la pointe, second bruit exagéré à la base.

Les artères radiales, humorales, temporales sont dures et athéromateuses. Il y a des varices aux membres inférieurs. Appareil respiratoire normal.

Urines normales.

Pas de troubles digestifs, l'appétit est conservé, seule la difficulté de manger et d'avaler le force à restreindre sa nourriture.

L'intelligence et la mémoire sont intactes.

L'examen du fond de l'œil fait par M. le docteur Beauvieux n'a rien montré d'anormal. Pupilles égales, réagissant bien.

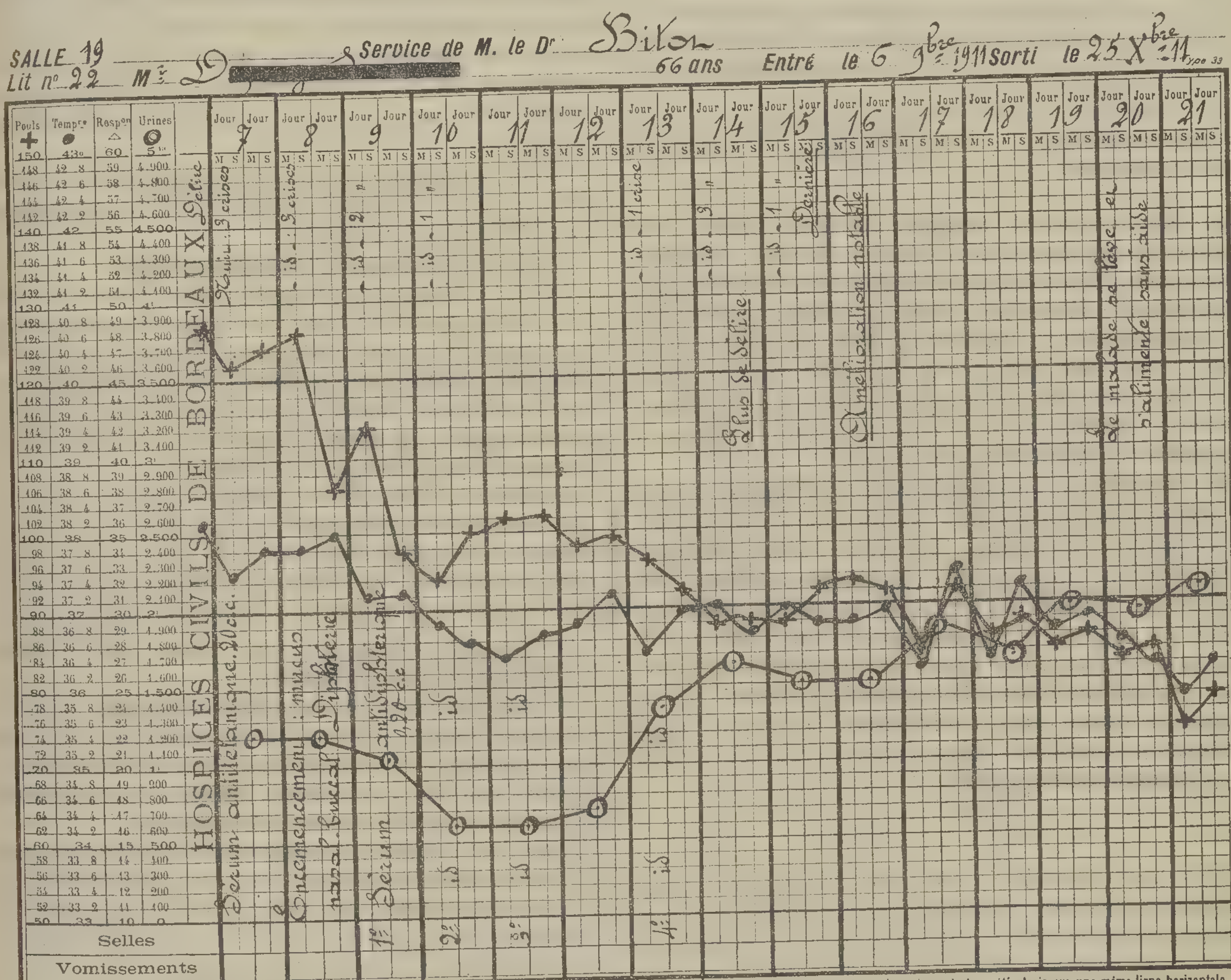
Température 37°6, pouls 124.

On décide de faire un ensemencement du mucus nasal, et de la salive, le trismus empêchant complètement d'aborder le pharynx.

8 novembre. — La nuit fut très agitée ; à plusieurs reprises le malade a eu du délire bruyant.

A la visite, l'état paraît stationnaire, la rigidité existe au même degré et, de nouveau, on peut constater l'action adjuvante de la percussion et du frottement sur les mouvements du membre inférieur. Température 37°7, pouls 124. On essaie de faire une ponction lombaire, mais vu l'état de contracture des muscles vertébraux on recourt à l'anesthésie générale, au chlorure d'éthyle.

Durant le sommeil, il ne se produit aucun relâchement des muscles, et il est impossible de pénétrer dans le canal rachidien.



N. B. — Pour éviter une confusion trop grande des courbes, les chiffres considérés comme normaux pour le pouls, la température, la respiration et le volume des urines n'ont pas été placés sur une même ligne horizontale.

9 novembre. — L'examen bactériologique du mucus nasal et de la salive fait par M. le professeur Ferré a donné les résultats suivants : « Diphtérie, bacilles longs et moyens, staphylocoques, bacilles non diphtériques. » La nuit a été mauvaise, durant une heure le malade a déliré et a présenté des crises tétaniformes continues. Température 37°1, pouls 106.

Pas de modification de l'état général.

On fait une injection de 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique.

Le soir, nouvel ensemencement des sécrétions nasales et buccales.

10 novembre. — La nuit a été tranquille. Pas de délire. Aucune crise paroxystique de contractures. Température 36°8, pouls 94, la rigidité de tout le corps existe toujours très prononcée, mais la percussion du tendon rotulien et le frôlement permettent au malade de plier nettement la jambe sur la cuisse; par cette manœuvre, le talon parcourt sur le lit 10 centimètres de plus que si le malade est livré à lui-même. Constipation opiniâtre. Seconde injection de 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique, qui a été précédée une heure auparavant d'une injection de 1 centimètre cube pour éviter les accidents d'anaphylaxie. Résultat de l'ensemencement (professeur Ferré) : « Nez » : Diphtérie. Bacilles moyens et courts. Bacilles non diphtériques. « Bouche » : Diphtérie. Bacilles moyens et courts. Bacilles non diphtériques, staphylocoques.

11 novembre. — Nuit calme, température 36°6, pouls 98.

Contracture et trismus moins intenses, le malade soutenu par des coussins peut fléchir le tronc et rester dans cette position.

Les crises sont rares.

Troisième injection de 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique.

13 novembre. — Amélioration progressive, le malade peut rester assis dans son lit.

Quatrième injection de 20 centimètres cubes de sérum antidiphtérique.

14 et 15 novembre. — Le mieux s'accentue. Les mouvements deviennent de plus en plus libres et D... se meut facilement dans son lit.

16 novembre. — Ensemencement du mucus nasal et buccal. Diphtérie, bacilles courts (rares). Diplocoques. Staphylocoques.

18 novembre. — Le malade peut se lever seul et faire quelques pas avec une certaine difficulté.

Peu à peu l'amélioration s'accentue et le 30 novembre le malade a toute liberté dans ses mouvements. A cette date, un examen bactériologique décèle la présence de bacilles diphtériques dans le mucus nasal. On fait une cinquième injection de sérum antidiphtérique.

Un dernier ensemencement indiquant l'absence complète du bacille diphtérique, D... sort de l'hôpital, le 22 décembre, complètement guéri.

En résumé : du 18 octobre au 6 novembre, ont évolué tous les signes d'un tétanos intense : trismus, crises convulsives (72 par vingt-quatre heures) avec opisthotonos, fièvre, etc., rien n'y manque, même pas la porte d'entrée de l'infection, que l'on peut trouver dans la blessure qu'il se fit au pied, quinze jours avant l'éclosion des accidents. Pendant cette période, le sérum antitétanique, le chloral à hautes doses, la morphine échouent complètement.

Le 6 novembre, le malade entre à l'hôpital. L'état est grave, la contracture généralisée et intense, de la fièvre, les urines rares, le délire marqué, l'alimentation impossible. L'ensemencement des produits de raclage du nez et de la bouche décèle le bacille de Löffler. A l'exclusion de tout autre médicament, on prescrit des injections de sérum de Roux. Dès la deuxième piqûre les crises s'espacent, la contracture diminue progressivement, les urines augmentent et après six injections, le 22 novembre 1911, le malade sort guéri.

*
* *

Une des premières réflexions qu'inspire l'histoire de ce malade, c'est que, en l'absence d'ensemencement du mucus nasal et buccal, on aurait forcément fait fausse route ne s'en tenant qu'à l'ensemble des symptômes. Aussi ne saurions-nous trop insister, comme nous l'avons déjà écrit, sur la nécessité de recourir à cette précaution, surtout à défaut de fausses membranes, pour dépister une diphtérie, de forme peu classique par ses accidents nerveux.

On ne peut d'ailleurs qu'en retirer des bénéfices.

De toutes les observations sur lesquelles nous nous sommes appuyés pour établir la diphtérie spasmogène, celle-ci tient, certainement, le premier rang pour répondre aux esprits sceptiques, enclins à considérer comme une coïncidence le succès du sérum de Roux, ou qui repousseraient toute preuve de spécificité.

N'a-t-on pas, en effet, depuis longtemps, déjà, rapporté les bons résultats obtenus par le sérum de cheval dans des affections bien éloignées de la diphtérie, et dans ces conditions, la preuve du traitement, pierre de touche, est-elle de grande valeur ? Or, dans le cas présent, notre malade reçut par deux fois du sérum de cheval, sous forme de sérum antitétanique, l'effet restant absolument nul, tandis qu'avec le sérum antidiphtérique, l'amélioration fut immédiate, et la guérison rapide et définitive.

Si nous réunissons, maintenant, en un faisceau les faits qui nous permettent de décrire la diphtérie spasmogène, entité clinique, nous dirons : il existe une variété d'accidents spasmodiques qu'aucune toxi-infection ou lésion anatomique ne peut expliquer, qui évoluent chez des porteurs de bacilles diphtériques, très souvent sans fausses membranes, et qui ne sont influencés ni par les calmants, ni par le sérum antitétanique, mais que l'administration du sérum de Roux, seule, dissipe, merveilleusement, en même temps que les bacilles de Löffler disparaissent.

Nous connaissons peu de manifestations infectieuses, dont l'origine puisse être mieux prouvée au point de vue clinique.

Reste la question de l'expérimentation.

Sous la direction du professeur Ferré, le docteur Daure vient de faire à ce sujet des recherches personnelles ; sans doute, n'a-t-il pas obtenu des résultats absolument probants et la question reste encore ouverte ; mais, loin de contredire la clinique, le laboratoire a montré la possibilité de phénomènes spasmodiques d'origine diphtérique.

D'ailleurs, l'intérêt de telles observations n'est pas purement spéculatif, puisqu'elles nous fournissent le moyen sûr de sauver nos malades ; elles nous montrent l'arme dont nous devons nous servir pour vaincre la maladie et que souvent, par ignorance ou par inattention, on délaisse pour d'autres thérapeutiques impuissantes.

A lire nos deux observations d'adultes et celles, plus anciennes, de nos petits malades, on est amené à se demander s'ils ne sont pas l'œuvre du bacille de Löffler, ces cas où certains sérums furent accusés d'inefficacité, tel le sérum antitétanique.

Enfin cette dernière observation soulève un point de très grande importance, en ce qui touche certains accidents du travail. En effet, qu'on en juge par l'entrefilet suivant publié par le *Journal de médecine de Bordeaux* du 31 décembre 1911.

Le tétanos, accident du travail.

Un ouvrier mort du tétanos, le 30 décembre 1908, doit-il être considéré comme victime d'un accident du travail, alors que sa veuve justifie seulement qu'il s'était fait en travaillant, le 20 décembre, dix jours avant sa mort, une légère piqûre au pied droit ?

La septième Chambre de la Cour, saisie sur appel, de la question, après plaidoiries de Me Melsweiller pour l'assureur, et de Me Louis Morand pour la veuve, a décidé, le 4 octobre dernier, que la preuve faite de la piqûre, à une date coïncidant avec la période d'incubation du tétanos (dix jours) et à une partie du corps spécialement prédisposée, entraînait la responsabilité du patron.

L'assureur devra donc payer à la veuve une rente viagère de 490 francs et une autre de 819 francs à ses trois enfants mineurs.

Ce jugement inattaquable en apparence ne laisse pas que d'être fort troublant.

Chez notre malade, aussi, nous vîmes évoluer le syndrome tétanique typique. En toute logique, on pouvait ratttacher ces accidents à une blessure qu'il se fit au pied, quinze jours auparavant ; enfin, il est bien probable que, livrée à elle-même ou soignée par les moyens non appropriés, l'infection n'eût fait que gagner du terrain et suivre une évolution peu favorable.

Tous les éléments étaient donc réunis pour faire condamner le patron ou l'assureur dont aurait pu dépendre notre homme ; et cependant, ce n'était pas à un tétanos, accident du travail, que nous avions affaire, mais bien à une diphtérie qui n'engageait en rien la responsabilité de l'employeur. C'est ce point de médecine légale que nous avons tenu à faire ressortir en terminant.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 30 AVRIL 1912)

Pourquoi certains entéritiques deviennent tuberculeux. — MM. M. LŒPER et Ch. ESMONET communiquent un travail sur ce sujet dont voici le résumé :

A côté des entérites aiguës qui sont susceptibles en créant une porte d'entrée au bacille de Koch de favoriser le développement de la tuberculose par voie intestinale, les entérites chroniques se compliquent fréquemment de tuberculose, parce que la déminéralisation de l'organisme se fait pour la plus grande part par la muqueuse intestinale et que le terrain de l'entéritique devient éminemment favorable au développement du bacille.

A plus forte raison l'entéritique chronique deviendra-t-il tuberculeux si on le soumet à ces régimes pauvres où la ration alimentaire reste inférieure non seulement aux pertes albumineuses, minérales et grasses de l'organisme, mais encore à l'entretien de l'équilibre nutritif normal. MM. M. Lœper et Ch. Esmonet communiquent un certain nombre d'observations d'où il résulte que, pour éviter la greffe tuberculeuse dans les organes des entéritiques, il faut à tout prix introduire dans leur organisme une quantité de matières grasses et albumineuses plus considérable que celle que l'on introduit habituellement, et ne point chercher à obtenir la cessation des douleurs des fermentations intestinales, en un mot le silence de l'intestin, au prix d'une dénutrition très favorable au développement de la tuberculose.

Sur l'utilité, pour le diagnostic de la syphilis, d'adjoindre systématiquement à l'épreuve de la réaction de Wassermann proprement dite une épreuve identique avec sérum non chauffé. — M. HALLION, en son nom et au nom de M. Bauer, lit une note sur cette question.

« Etudiant, depuis plusieurs années, dit-il, les avantages et inconvénients respectifs, pour le diagnostic de la syphilis, de la méthode de Wassermann et de certains procédés qui en dérivent, nous avons été conduits à attacher une valeur particulière au procédé de Hecht, à condition de tenir compte, comme nous l'avons proposé les premiers, du pouvoir hémolytique propre du sérum à examiner. Mais nous avons constaté, en poursuivant notre étude, qu'on a les avantages inhérents au procédé de Hecht, et avec le bénéfice d'une plus grande précision, quand on utilise une technique un peu moins simple à la vérité, mais plus sûre, qui consiste à imiter entièrement la manière de faire de Wassermann, en s'abstenant simplement, comme dans le procédé de Hecht, du chauffage préalable du sérum.

Nous sommes amenés à conseiller de faire constamment, dans tous les cas de séro-diagnostic de syphilis, deux épreuves parallèles, dont l'une est conforme à la méthode de Wassermann proprement dite, et dont l'autre n'en diffère que par l'abstention du chauffage. Nous combinons les données fournies par ces deux épreuves.

Pour déclarer le séro-diagnostic positif, c'est-à-dire pour affirmer sans réserve le diagnostic de syphilis, nous exigeons que la première épreuve donne un empêchement marqué de l'hémolyse, et, d'après le degré de cet empêchement, nous distinguons les résultats positifs en : faiblement, moyennement et fortement positifs. Quant à la deuxième épreuve, elle nous sert à distinguer, entre les résultats négatifs, ceux que nous appelons : 1° « subpositifs », ils permettent d'affirmer que la syphilis est presque certaine ; 2° « négatifs mais suspects », ils autorisent à conclure que la syphilis est très probable ; 3° « complètement négatifs », ils impliquent que le sérum présente la qualité normale et se rapportent soit aux sujets exempts de syphilis, soit à ceux dont l'affection, par le fait du traitement, a cessé de donner la réaction spécifique.

Depuis que nous appliquons systématiquement cette méthode, elle nous a montré de grands avantages, dont nous achevons de nous convaincre en faisant un relevé des 500 derniers cas où nous possédions des données cliniques suffisantes sur les sujets examinés. Le léger surcroît de manipulations qu'elle ajoute à la technique de Wassermann pure et simple, déjà complexe, nous paraît amplement racheté par la sûreté et le nuancement des déductions cliniques qu'elle permet. »

De l'acuité auditive après la méningite cérébro-spinale. — M. MARAGE rappelle les travaux qu'il a communiqués sur la rééducation de l'oreille par les vibrations fondamentales des voyelles. Il a appliqué ce traitement à une hypoacousie consécutive à une méningite cérébro-spinale. Bien que ces sortes de surdité soient considérées comme incurables, il a obtenu un bon résultat.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 27 AVRIL 1912)

Modifications de la tension artérielle chez l'homme par l'exposition aux rayons X des glandes surrénales. — MM. A. ZIMMERN et P. COTTENOT. « L'expérimentation a montré la sensibilité aux rayons X des organes tels que le corps thyroïde, le thymus.

La clinique a montré la possibilité d'enrayer les manifestations d'hyperactivité de ces glandes, comme aussi de l'hypophyse (goitre exophtalmique), hypertrophie thymique, acromégalie. Il était donc logique de penser qu'il serait possible, de la même manière, d'enrayer le fonctionnement exagéré des glandes surrénales.

Partant de cette idée et s'appuyant sur les conceptions modernes qui attribuent à l'hypertension artérielle et à l'artériosclérose une origine surrénale, nous nous sommes attaqués au facteur étiologique du syndrome surréno-vasculaire.

Par une série de courbes prises avec l'oscillomètre de Pachon, nous montrons qu'on peut, par cette méthode, chez les hypertendus, obtenir un abaissement plus ou moins marqué de la pression systolique. Celle-ci peut tomber, après une séance, de 3 ou 4 centimètres.

Chez un certain nombre de malades, l'abaissement obtenu s'est maintenu jusqu'à ce jour. On constate simultanément une amélioration des troubles subjectifs liés à l'hypertension. »

Facteurs influençant la vitesse de la circulation intestinale. — MM. P. CARNOT et R. GLÉNARD ont utilisé la mé-

thode de perfusion qu'ils ont récemment décrite pour analyser les facteurs agissant sur la vitesse de la circulation intestinale.

La vitesse et le débit circulatoire sont très faciles à déterminer par la numération du temps nécessaire à l'écoulement d'une quantité donnée de liquide perfuseur. On peut constater, en même temps, l'influence considérable du débit vasculaire sur l'intensité des mouvements péristaltiques et de la transsudation intestinale.

Un premier groupe d'influences d'ordre purement mécanique est relatif à la pression artérielle et à la contrepression veineuse.

La pression artérielle minima, nécessaire pour provoquer la perfusion intestinale, est faible lorsqu'il s'agit de liquides aqueux, beaucoup plus forte lorsqu'il s'agit de liquides visqueux tels que le sang. Dans un cas comme dans l'autre, la vitesse de passage et le débit augmentent très rapidement en fonction de la pression.

C'est par l'intermédiaire de la vitesse de débit que la pression agit sur la contractilité et la sécrétion intestinales.

La contrepression veineuse diminue naturellement la vitesse et le débit; elle diminue la contractilité intestinale, mais en augmentant, au contraire, la transsudation.

D'autre part, un obstacle au niveau des capillaires ralentit le débit, les contractions et la transsudation; tel est le cas, par exemple, lorsque la distension de l'intestin aplatit le réseau capillaire.

Enfin, la vitesse du courant dépend essentiellement des qualités physiques du liquide perfusé.

La viscosité joue notamment un rôle capital et c'est elle qui semble régler la tension artérielle nécessaire aux traversées circulatoires, à l'état physiologique.

D'autres actions d'ordre vital ont, elles aussi, une influence facile à mettre en évidence par cette méthode.

Sur la réaction de Rivalta. — M. A. Javal. La réaction de Rivalta, préconisée pour différencier les épanchements inflammatoires des épanchements mécaniques, est souvent utilisée en clinique. Elle peut donner : 1° une réaction positive (exsudat); 2° une réaction négative (transsudat); 3° des résultats douteux qu'il nous paraît possible d'expliquer.

La réaction de Rivalta revient en définitive à précipiter une certaine fraction bien déterminée des albuminoïdes qui a été qualifiée au début de nucléo-albumine mais qui ne mériterait pas ce nom d'après M. Patein puisqu'elle ne contient pas de phosphore.

Les épanchements inflammatoires contiennent ordinairement plusieurs grammes par litre de cette albumine acéto-précipitable (d'où réaction de Rivalta très nette); les épanchements mécaniques n'en contiennent souvent pas du tout (réaction négative), mais souvent aussi des fractions de gramme (réaction positive, négative ou douteuse suivant l'habileté de l'opérateur). En définitive tout est affaire de quantité.

Cette albumine acéto-précipitable n'a pas de valeur pathogénique. Elle suit en général pour les sérosités la même proportion que les matières albuminoïdes totales qui sont très abondantes dans tous les épanchements inflammatoires et beaucoup moins abondantes dans les transsudats ainsi que nous l'avons montré par de nombreux dosages.

M. Hérissey. M. Patein, dans un travail lu récemment à la Société de pharmacie, arrive aux mêmes conclusions.

Recherche histologique de la cholestérine dans la bile et les parois de la vésicule biliaire. — MM. Guy Laroche et Ch. Flandin. L'examen de bile normale et pathologique de chien et d'homme montre que la bile vésiculaire et la bile des canaux hépatiques contient en suspension des éthers de la cholestérine sous forme de gouttelettes bi-réfringentes colorées en rose par le Nilblau.

La paroi de la vésicule biliaire et des canaux hépatiques ne contient pas à l'état sain d'éthers de cholestérine en quantité appréciable.

Dans ces conditions, il paraît difficile d'accorder à la paroi de la vésicule biliaire un rôle de sécrétion de cholestérine.

Dans la lithiase biliaire, les parois de la vésicule s'infiltrent de cholestérine.

Les calculs intramuraux d'Aschoff paraissent bien être, non des formations locales de cholestérine, mais des dépôts de cholestérine provenant de la bile.

Conditions qui président à la transmission de la poliomyélite. — MM. Levaditi et Danulesco. On sait que la contagion de la poliomyélite épidémique est assez inconstante et, d'autre part, on n'a jamais observé de cas de contamination de cage chez les singes qui vivent en commun avec les animaux paralysés. Les auteurs ont recherché les causes de cette absence de contagion de cage, et ont examiné tout d'abord la résistance qu'offrent les portes d'entrée naturelles (muqueuse nasale) à la pénétration du virus dans l'organisme. Ils ont établi, à ce propos, que les singes contractent d'une façon constante la poliomyélite, lorsque le virus est introduit dans le nez, soit à l'aide d'un tampon, soit par simple badigeonnage de la muqueuse au moyen d'un pinceau mou. Les portes d'entrée n'opposant donc aucune résistance à la pénétration du microbe, il restait à rechercher la fréquence de l'élimination du virus chez les singes infectés par voie cérébrale ou nerveuse. Or, les auteurs trouvent que le virus ne peut être décélé que très rarement dans la muqueuse nasale, les sécrétions de cette muqueuse et l'amygdale. Il en résulte que l'absence de contagion de cage s'explique par le fait que les animaux paralysés ne répandent pas le microbe autour d'eux, ni abondamment, ni fréquemment. Chez l'homme l'élimination du virus par les sécrétions de la muqueuse pharyngée est plus fréquente que chez le singe. Cela s'explique, d'après les auteurs, si l'on tient compte de ce que, chez l'homme, le virus pénétrant par la muqueuse du nez et des amygdales commence par se développer localement, et engendre des lésions équivalentes à l'accident primaire de quelques autres infections.

Création d'une race de tréponèmes résistante au mercure, mais sensible au salvarsan. — MM. Launois et Levaditi ont traité des lapins porteurs de chancres syphilitiques par des produits mercuriaux à structure complexe, préparés par M. Fourneau. Chez un de ces lapins, la lésion, après une amélioration manifeste, récidive sous la forme d'un nodule profond contenant de nombreux tréponèmes mobiles. Malgré deux nouvelles injections du produit à base de mercure, les tréponèmes ne disparaissent pas et se montrent totalement résistants au Hg. L'état réfractaire acquis persiste pendant deux générations successives. Or, chez un animal dont le chancre était provoqué par des spirochètes mercuro-résistants, le traitement par l'arsenobenzol amena la guérison rapide de la lésion, et la disparition des tréponèmes, en trois jours. La race de tréponèmes mercuro-résistants, n'était donc pas réfractaire au salvarsan. Cela explique l'action thérapeutique efficace exercée par le 606 dans certains cas de syphilis humaine rebelle au traitement mercuriel.

Influence de la bile sur les microbes. — M. Roger. Sans entraver le développement des microbes, la bile modifie leur fonction et notamment l'action qu'ils exercent sur les hydrates de carbone, amidon, glycogène, glycose.

On obtient des résultats semblables, quand on utilise non plus la bile totale, mais des extraits hydro-alcooliques ou des sels biliaires. Qu'on étudie les transformations de l'amidon, de glycogène ou de glycose, on constate que les doses moyennes d'extrait de bile (correspondant à 4 et 8 p. 100 de bile totale) ou de sels biliaires (0,3 à 0,06 p. 100) entravent la fermentation. Les doses plus élevées sont moins actives et

peuvent même exercer une action inverse, c'est-à-dire rendre le processus plus intense et plus rapide.

La durée des règles, les ménorragies et les troubles de la coagulation sanguine. — M. P. EMILE-WEIL. « J'ai voulu étudier l'influence des troubles de coagulation sanguine sur la durée et l'intensité des règles, et la production des ménorragies. J'ai constaté l'importance du facteur dyscrasique sanguin dans un grand nombre de cas. On sait la fréquence des ménorragies dans les maladies hémorragipares ou hépatiques, où existent des anomalies de coagulation, et la localisation à la sphère génitale de l'hémophilie féminine.

Chez les femmes dont les règles sont excessives, j'ai souvent trouvé des ecchymoses et des épistaxis associés; chez ces femmes, même en l'absence d'autres hémorragies, existaient des troubles de coagulation et le temps de saignement expérimental était extrêmement prolongé.

Les anomalies de coagulation sont surtout un léger retard de coagulation du sang veineux, avec sédimentation préalable des hématies, une modification de rétractilité du caillot avec redissolution partielle.

Ces recherches permettent donc de conclure à l'importance du facteur sanguin dans la production des ménorragies, et par conséquent à la nécessité de les soigner par un traitement général. »

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 25 AVRIL 1912)

Monoplégie corticale de la main droite. — MM. THOMAS et REGNARD présentent une femme dont la main droite est faible et gênée pour les petits mouvements, avec gros troubles des sensibilités profondes, et léger affaiblissement de l'avant-bras, réflexe achilléen vif, orteil parfois en extension, six semaines avant étaient apparus quelques troubles nerveux transitoires (céphalée, titubation, engourdissement du côté gauche de la face), après une émotion.

Contracture dans la maladie de Friedreich. — M. SOUQUES. Cet homme de quarante-quatre ans est hospitalisé depuis de longues années à Bicêtre, pour une maladie de Friedreich paraissant bien authentique. Il présente une rigidité spasmodique des membres inférieurs en extension, avec signe de Babinski paraissant exister depuis au moins dix-sept ans.

Sur la paralysie associée des yeux d'origine protubérantielle. — M. VINCENT montre un malade qu'il a déjà présenté (V. *Gaz. des hôpit.*, 1911, p. 2043) comme atteint d'un syndrome bulbo-protubérantiel, et montre que la recherche du signe de Barany peut augmenter la paralysie associée des yeux et servir à sa recherche quand elle est fruste.

Œdème aigu de la papille. Craniectomie décompressive. Guérison. — MM. BABINSKI, CHAILLOUS et DE MARTEL. Bien que l'affaiblissement visuel n'existe que depuis quelques jours, sans autre symptôme, M. Babinski n'a pas hésité à faire pratiquer par M. de Martel, une trépanation décompressive sans incision de la dure-mère. Il y a de cela quatre mois, la vision est de quatre dixièmes à gauche, de sept dixièmes à droite; M. de Lapersonne qui vient d'examiner la petite malade (fillette d'une dizaine d'années) n'a trouvé qu'un peu de pâleur de la rétine.

Ablation d'une tumeur de la moelle. Guérison. — MM. BABINSKI et DE MARTEL. Un médecin de soixante ans présenta d'abord des douleurs intercostales, puis, quelques mois après, une paraplégie spastique avec troubles de la sensibilité. L'intervention permit d'enlever un fibro-myxome, situé au niveau de D2, à l'endroit prévu, et une petite tumeur située plus haut. Aujourd'hui, l'opéré a repris l'exercice de sa profession et opère à son tour ses malades.

Résultats donnés par la mensuration de la vitesse de l'excitabilité électro-musculaire. — MM. BOURGUIGNON et NOGIER ont décrit ici même cette méthode en janvier dernier; l'excitation d'un muscle se fait avec la même vitesse que pour son nerf moteur, elle ne dépend ni de la résistance ni des électrodes. On a donc un bon moyen d'apprécier le degré et l'évolution de la réaction de dégénérescence.

Electro-diapason pour l'étude de la sensibilité osseuse. — M. GODUCHEAU. Ce diapason vibrant par le courant électrique permet de graduer et de mesurer les vibrations, d'où une précision que ne donne pas le simple diapason.

Réaction de Wassermann du système nerveux. — M. VINCENT. Dans 5 cas, le liquide céphalo-rachidien, ou même celui d'un encéphalocèle, présentait la réaction, alors que celle-ci n'existait pas dans le sang, et sans signes de syphilis.

VARIÉTÉS

GUERRE DE CRIMÉE

Les ossuaires militaires de Sébastopol.

« La guerre de Crimée, écrit Baudens, présente à l'esprit deux images : l'une glorieuse et composée de brillants faits d'armes; l'autre morne et composée de souffrances obscures. La première tous la connaissent dans ses moindres détails; quant à la seconde, on n'en a que des notions vagues. »

Ce long siège a montré les conséquences désastreuses que peut avoir une pratique administrative et sanitaire défectueuse contre laquelle tous les médecins militaires, et en particulier les médecins inspecteurs *Michel Lévy*, *Baudens* et le médecin chef *Scrive*, ont hautement protesté. Les évacuations précipitées des malades et des blessés à Constantinople, à Scutari, leur entassement dans des hôpitaux trop sommairement installés ont entraîné une effroyable mortalité due au typhus, au choléra, à la dysenterie et au scorbut.

Du 1er avril 1854 au 6 juillet 1856, la France a envoyé en Orient 309 268 hommes qui ont fourni 95 615 décès. Ce chiffre se décompose en 20 240 tués ou morts à la suite de blessures et 75 375 morts de maladies. Dans ce total, on compte 1265 officiers dont 779 tués par le feu et 486 par la maladie. Ces derniers chiffres confirment la règle que les *officiers en campagne résistent mieux que les soldats parce qu'ils sont plus âgés, mieux nourris, mieux abrités et doués d'un moral plus solide que leurs hommes.*

Pendant cette même période, l'Angleterre a envoyé en Crimée 97 864 hommes dont 22 182 sont morts, soit 4 602 par le feu et 17 580 par la maladie. Durant le premier hiver, l'armée anglaise a eu une mortalité supérieure à celle des troupes françaises; mais pendant le second hiver, alors qu'il n'y avait plus d'hostilités régulières, son état s'améliora rapidement, grâce aux mesures hygiéniques prises par la grande *Nurse*, *miss Florence Nightingale* (nourriture plus substantielle, baraques chauffées, confortables, etc.). Et, pendant qu'en six mois nous perdions environ 10 000 malades du typhus sur un effectif de 180 000 hommes, les Anglais n'en perdaient plus que 20 sur 60 000 hommes, prouvant ainsi que *l'hygiène est l'ange tutélaire des armées en campagne.*

En Mandchourie, l'armée japonaise ne vient-elle pas de montrer à l'Occident étonné le plus beau triomphe de l'hygiène militaire, puisqu'elle a perdu 50 000 hommes environ par le feu et *11 000 seulement par la maladie?*

Quant à l'armée piémontaise, de mai 1855 à mai 1856, elle a perdu, sur un effectif de 21 000 soldats, 2 194 hommes dont 28 par le feu et 2 166 par la maladie.

Les trois armées alliées ont donc perdu un total de 119 991 hommes, dont 24 870 par le feu et 95 121 par la maladie, ce qui a fait dire au médecin principal *Chenu* dans sa

statistique *que la maladie tue plus d'hommes que le fer et le feu*, et, en faisant allusion à l'exemple des Anglais, *qu'il est souvent facile de prévenir les désastres sanitaires par de simples précautions hygiéniques.*

Quant à l'armée russe, elle perdit en bloc 111271 hommes, d'après les calculs du docteur Hubbeneth.

En somme, la guerre de Crimée représente une effroyable hécatombe de 266262 hommes; aussi avec Scrive on peut répéter que *peu d'armées ont été plus cruellement éprouvées que celles d'Orient.*

Enfin, sur 550 médecins et pharmaciens employés pendant ce long siège, l'armée française pleura la disparition de 83 d'entre eux. En Crimée, 75 médecins subirent la contagion du typhus et 32 succombèrent à ses atteintes, du 22 décembre 1855 au 13 avril 1856, payant là, dans les ambulances surencombrées du Clocheton, du Carénage et de la Tchernaïa, la plus belle dette de dévouement, qui ait été inscrite au *Livre d'or de la médecine militaire.*

Dans les hôpitaux de Constantinople, onze médecins moururent du typhus et quatre après leur retour en France.

*
* *

Rien n'est plus lugubre, mais aussi plus glorieux pour le corps de santé que la lecture des rapports décadaires du médecin chef *Scrive* adressés au conseil de santé pour rendre compte des pertes subies par l'armée et par son personnel médical qui, dit-il, *est admirable de courage, de zèle, de dévouement et d'abnégation.*

20 décembre 1855. — « Nous venons de perdre du typhus notre excellent camarade *Brunwald*; enfin, deux jeunes collaborateurs *Rigal et Laval* sont atteints aussi et me donnent des inquiétudes. »

30 décembre. — « *Pitou* dit Balme et *Chevassu*, médecins stagiaires, sont atteints de typhus. »

10 janvier 1856. — « Deux de nos jeunes médecins *Durand* et *Masson* viennent de contracter le typhus. *Chacun s'use un peu à la rude besogne que donne la saison.* »

20 janvier. — « Quatre nouveaux médecins sont malades : *Richepin* (1), *Villars, Lardy* et *Sautier*, tous atteints d'affections typhiques; le jeune *Masson* a succombé. »

31 janvier. — « Encore une perte à déplorer : *Leclère* (Henri-Auguste), médecin aide-major de première classe, sujet solide et distingué, a succombé à des accidents typhiques. *MM. Dulac, Serin, Sifflet, Arondel, Mignot, Guérin* ont dû être évacués sur Constantinople, et sous peu le seront aussi *MM. Théron, Poignet, Basselet, Champenois* et *de Santi.* »

10 février. — « Le personnel médical voit des vides nombreux se faire dans ses rangs, et par son courage, son énergie *et son zèle dévoué jusqu'à la plus complète abnégation il ne cesse d'être l'objet de l'admiration de l'armée.* »

21 février. — « Nous avons dû encore envoyer à Constantinople *MM. Leker, Ragu* et *Bonnaud; MM. Bernard, Tedeschi* et *Levié* ont aussi été atteints. »

10 mars. — « Le personnel médical a perdu M. Gueury, médecin aide-major extrêmement distingué, et sa mort a été vivement regrettée par ses chefs et ses camarades. Il y a en traitement à l'hôpital *M. Félix*, médecin-major, *MM. Martin, Ladoire, Précy, Tedeschi, Levié, Viry, Sagruela.* »

20 mars. — « La mort vient de frapper *M. Félix,* médecin-major de première classe, *MM. Leker* et *Servy*, médecins aides-majors, tous atteints de typhus. »

31 mars. — « M. Goutt, médecin-major de première classe, médecin d'une modestie et d'un mérite rares, a quitté nos rangs déjà trop éclaircis; *malgré mes vives instances il n'a cessé son service que lorsque la maladie était devenue mortelle. M. Gillin*, aide-major d'avenir, a aussi succombé au typhus. *MM. Fleschut, Laforêt* et *Moulinier*, chefs d'ambulance, sont atteints. »

10 avril. — « *MM. Barberet, Hatry, Carion, Burlureaux, Aron* et *Perréon* sont également frappés. »

30 avril. — « Nos médecins vont bien; nous venons cependant de perdre M. *Lamarque* et le sous-aide *Sautié* qui a pris le germe de la maladie en faisant de nombreuses autopsies pour s'instruire. »

15 juin. — « Le typhus est éteint. Les troupes rentrent en France. Les chefs de corps, par de gracieuses visites de départ, viennent témoigner le souvenir de la reconnaissance que les officiers conservent des bons services rendus par les médecins militaires. »

Avant de s'embarquer, le médecin chef Scrive eut la pieuse pensée de faire grouper dans le *cimetière du grand quartier général* les 32 médecins morts en Crimée et de faire graver leurs noms sur les faces latérales du modeste monument élevé à leur mémoire.

Voici les noms de ces obscurs héros, morts au champ d'honneur, qui reposent en Chersonèse.

Félix, méd.-major de 1re cl.	Marquès, aide-maj. de 1re cl.
Goutt, —	Molinard, —
Moulinier, —	Perrin, —
Ancinelle, méd.-maj. de 2e cl.	Précy, —
Braunwald, —	Robelin, —
Brumens, —	Gouzin, aide-major de 2e cl.
Fratini, —	Dartignaux, —
Mercier, —	Forget, —
Michelot, —	Foucault, —
Peyrusset, —	Masson, —
Barre, aide-major de 1re cl.	Servy, —
Cordeau, —	Sautier, sous-aide.
Gellin, —	Verneau, —
Gueury, —	Granal, ph. a.-maj. de 1re cl.
Leclère, —	Boussard, —

*
* *

« Aujourd'hui, écrit le général Canonge, il ne reste de cette guerre que des noms de victoires, des souvenirs héroïques, des réputations noblement acquises et les grands ossuaires que conserve, fidèle, le plateau de la Chersonèse. »

Ces ossuaires sont au nombre de quatre :

I. *Cimetière russe* dit *des Frères* situé au nord de la grande rade près des casernes de la 13e brigade d'artillerie.

Cette nécropole est très bien tenue aux frais du gouvernement et comporte toute une administration militaire et religieuse.

Après une autorisation spéciale pour chaque cas, les survivants du siège, qui se sont bien conduits, peuvent y être inhumés. Quand les derniers seront morts, les cryptes seront à jamais fermées.

Ce cimetière est un lieu de pèlerinage pour les membres de la famille impériale et pour Leurs Majestés, quand elles sont de passage à Sébastopol. A chaque anniversaire, les Russes y célèbrent un service religieux et les troupes de la garnison défilent devant les tombes de leurs glorieux aînés.

D'ailleurs, pour commémorer le souvenir de cette grande lutte, le gouvernement russe a fait remettre la tour de Malakoff dans le même état où elle se trouvait avant la prise du bastion. Des promenades, des jardins publics en font l'ornement, et de beaux monuments sont élevés à la mémoire du Vauban russe, le général Todleben, et des amiraux Khorniloff et Nakhimoff.

II. *Cimetière anglais* situé à 6 kilomètres au sud-ouest de Sébastopol sur l'emplacement d'une ancienne batterie anglaise. Il est très bien tenu aux frais du gouvernement de Sa Majesté britannique.

(1) Richepin, médecin aide-major de première classe, est le père de l'illustre académicien actuel.

III. *Cimetière italien* situé à 17 kilomètres au sud-ouest de Sébastopol, dominant la vallée de la Tchernaïa sur l'emplacement du quartier du général La Marmora.



Sébastopol et la Chersonèse.

1. Grande Rade. — 2. Sébastopol. — 3. Cimetière russe. — 4. Cimetière français. — 5. Cimetière anglais. — 6. Cimetière italien.

IV. *Cimetière français* situé à 6 kilomètres au sud-est de la ville, au centre du plateau de la Chersonèse, vers l'emplacement du quartier général du maréchal Pélissier; il est entretenu aux frais de la 7e direction du service de santé.

C'est notre distingué agent consulaire de Sébastopol qui en a la charge et qui a bien voulu nous fournir cette photographie et la plupart de ces renseignements.

La nécropole contient dix-huit monuments dont un central formant chapelle et dans lequel reposent les généraux, les officiers d'état-major, les aumôniers, etc. Premier monument : garde impériale; deuxième : marine; troisième, quatrième, cinquième et sixième : 1er corps d'armée avec ses quatre divisions; septième : cavalerie; huitième : artillerie; neuvième : génie; dixième : *services administratifs et médecins*; puis le 2e corps d'armée avec cinq divisions et deux divisions de réserve.

On a inhumé là 1016 officiers, 40000 hommes de troupe environ et 32 médecins et pharmaciens.

* * *

Si la guerre de Crimée marque une étape glorieuse dans les annales de notre Histoire, elle fut pourtant suivie de conséquences fâcheuses en préparant l'unité italienne, puis l'unité allemande et enfin nos désastres militaires de 1870.

Mais, sous les murs de Sébastopol, un véritable courant de sympathie s'établit entre les deux adversaires. « Les officiers ont peine à empêcher les hommes de fraterniser. » (Loizillon.) Aussi, quand la Russie eut compris que l'affaiblissement de la France nuirait à ses intérêts, Alexandre III et Nicolas II n'hésitèrent plus à nous tendre la main et à conclure cette fameuse alliance franco-russe, qui a tant contribué à notre relèvement, à notre sauvegarde, à notre réveil national.

Et à l'heure où ces deux peuples amis et alliés vont honorer leurs morts de 1812, en élevant d'un commun accord des



pyramides commémoratives sur les principaux théâtres de leurs ruées sanglantes (Smolensk, Moskowa, etc.), nous nous demandons s'ils ne pourraient pas aussi glorifier les deux cent mille morts du plateau de la Chersonèse, dont le glorieux sacrifice régénéra la Russie, *en provoquant l'abolition du servage et en cimentant son amitié avec la France.*

Dr BONNETTE,
Lauréat de l'Institut,
Chef de service au 39e d'artillerie.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE L'ASYSTOLIE (1)

ÉVOLUTION. — L'évolution de l'asystolie est variable suivant que le malade en est ou non à sa première crise et suivant l'état du myocarde.

Dans les cas favorables, sous l'influence du traitement, on voit la quantité des urines augmenter en même temps que se relève la tension artérielle et que diminue d'une manière très rapide l'aire de matité cardio-hépatique. Les œdèmes fondent en quelque sorte, le poids du sujet diminue rapidement. Le pouls est moins petit, moins irrégulier, les battements cardiaques moins tumultueux; puis, peu à peu, les bruits du cœur sont perçus à l'auscultation d'une manière plus distincte.

Le souffle systolique tricuspidien, le pouls veineux disparaissent, mais par contre le souffle systolique de l'insuffisance mitrale réapparaît de plus en plus distinctement, au fur et à mesure que l'énergie du cœur se relève. Une véritable polyurie s'installe, et parallèlement disparaissent les œdèmes, les épanchements des séreuses, la cyanose, la congestion pulmonaire, la dyspnée.

La guérison survient alors, mais le terme de guérison est en général bien impropre, car, le plus souvent, la crise d'asystolie ne tardera pas à se reproduire à l'occasion d'un effort, d'un écart de régime, etc. Cependant dans quelques cas, particulièrement favorables, l'asystolie peut ne réapparaître qu'après plusieurs années. Certains auteurs pensent que l'*électrocardiogramme* pouvait renseigner sur la valeur du myocarde, en ce sens que la hauteur des saillies du tracé est en relation directe avec la vigueur de la contraction. Pour Strübell ce serait l'affaiblissement de F qui seul aurait de la valeur. Pour Krauss et Hauffmann les renseignements fournis par cette méthode seraient inconstants.

On pourrait également rechercher le réflexe d'Abrams.

Chez certains sujets l'asystolie est particulièrement *récidivante* : c'est l'*asystolie à répétition*; elle réapparaît désespérément dès que le sujet tente un léger effort ou dès qu'il n'est plus soumis à la médication digitalique.

Il est enfin des cas où le traitement digitalique est absolument impuissant : c'est l'*asystolie irréductible*; le cœur cesse de lutter et sa dilatation est définitive; le *pouls est alors souvent ralenti dans cette forme*; l'anasarque est à demeure, l'œdème devient dur (pachydermie), il envahit même les membres supérieurs.

La *cachexie* cardiaque ne tarde pas à s'installer; la maladie n'est plus au cœur, elle est partout; le cardiaque est devenu un hépatique, un rénal, et il ne tarde pas à mourir de cette cachexie ou d'une complication intercurrente. L'évolution de l'asystolie peut être d'ailleurs modifiée par une complication.

COMPLICATIONS. — Il faut signaler d'abord la *mort subite* par syncope (surtout dans les lésions aortiques) ou la *mort rapide* par thrombose des coronaires, par embolie des artères pulmonaires, par thrombose générale de l'artère pulmonaire.

La complication la plus fréquente de l'asystolie est l'*embolie pulmonaire*. Souvent c'est un traitement digitalique trop énergique qui la détermine; l'embolie ou mieux les embolies se localisent surtout dans le poumon droit, elles s'accompagnent d'un point de côté très pénible et ne tardent pas à donner lieu à une hémoptysie persistante; elles provoquent, lorsque l'infarctus est cortical, une pleurésie hémorragique. Une autre complication fréquente est encore la *pleurésie avec épanchement*; elle est sournoise d'allure et siège surtout à droite; comme les infarctus, elle augmente la gêne respiratoire et s'oppose aux effets de la digitale; elle peut par son abondance provoquer la mort subite aussi doit-elle être toujours évacuée d'urgence d'autant plus que cette ponction soulage immédiatement le malade. Fréquentes aussi sont chez les cardiaques asystoliques les *infections pulmonaires* (bronchites, bronchopneumonies), dont le pronostic est toujours très réservé.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 45, p. 666; n° 48, p. 714.

Signalons encore parmi les complications, l'ictère grave, l'urémie, l'anurie, l'hématurie, quelquefois des métrorragies, des crises d'épilepsie, etc. Telle est l'évolution de la crise d'asystolie généralisée : nous ne nous attarderons pas à en discuter le diagnostic, toujours assez facile dans ces cas, nous réservant, au contraire, de l'étudier plus en détail au cours des formes que nous allons étudier maintenant.

III. **Asystolies partielles.** — L'asystolie partielle peut précéder la crise d'asystolie généralisée ou lui succéder.

Il ne s'agit pas à proprement parler d'*asystolie*, mais plutôt d'une localisation prédominante et persistante de la stase dans un viscère important.

Nous allons successivement passer en revue un certain nombre des variétés les plus fréquentes.

Forme cardio-pulmonaire. — L'insuffisance cardiaque peut ne se révéler d'abord que par de la dyspnée, quelques râles fixes de congestion et d'œdème aux deux bases pulmonaires; à la longue la stase pulmonaire se complique de sclérose, de bronchites répétées qui aboutissent à un véritable catarrhe chronique avec toux pénible, expectoration abondante et dyspnée très vive; dans l'expectoration muqueuse ou mucopurulente on retrouve de grandes cellules, dites cellules cardiaques. Ces déterminations pulmonaires ne sont facilement rapportées à leur véritable cause que lorsque la cardiopathie a été reconnue et longtemps on a pu l'ignorer. Chez les artérioscléreux les *congestions pulmonaires répétées*, surtout localisées à la base gauche (Goalard), peuvent précéder de plusieurs années l'apparition des phénomènes cardiaques; parfois c'est par une *hémoptysie* à répétition, désespérante par sa ténacité, que se caractérise l'asystolie; cette hémoptysie est le plus souvent la conséquence de multiples embolies pulmonaires qui, déterminant des foyers d'infarctus, viennent encore s'opposer à l'hématose et augmenter l'asystolie, quand ils n'en sont pas la cause provocatrice, comme c'est le cas chez les malades atteints d'une cardiopathie latente. Nous avons déjà signalé les crises d'œdème pulmonaire aigu, la pleurésie et les infections pulmonaires si fréquentes chez ces malades; l'œdème pulmonaire se voit surtout au cours des cardiopathies artérielles; il en est de même de la pleurésie; elle siège de préférence à droite et elle évolue d'une manière absolument latente; tant qu'elle n'est pas évacuée l'asystolie est irréductible.

Souvent c'est une affection pulmonaire qui lentement a retenti sur le cœur, finissant à la longue par le forcer; c'est ce qui se voit chez les asthmatiques, les emphysémateux, certaines formes de tuberculose pulmonaire; l'asystolie de ces sujets, qui est à rapprocher d'ailleurs de l'asystolie des gibbeux et des rachitiques à thorax déformé, se caractérise surtout par l'intensité de la *cyanose* de la face et des extrémités, la prédominance de la *dilatation cardiaque droite*, le pouls veineux et l'insuffisance tricuspidienne.

L'*asystolie des emphysémateux* est souvent brusque, provoquée par une défaillance soudaine du myocarde; elle s'accompagne de cyanose immédiate, d'accidents cérébraux, de diminution de la tension artérielle, cependant que le pouls est régulier et peu fréquent. Cette bradycardie relève de l'état asphyxique; elle est très améliorée par la digitale et surtout par une saignée.

Telles sont les diverses formes de l'asystolie pulmonaire dont les caractères principaux sont la cyanose précoce et la dyspnée. Le diagnostic en sera très souvent difficile, et des erreurs seront commises soit que l'on méconnaisse la cardiopathie, qui ne se manifeste que par des signes pulmonaires, soit inversement que, constatant les signes cardiaques, on néglige d'en faire remonter la cause aux lésions pulmonaires primitives.

(*A suivre.*)

La Pratique ophtalmologique à l'usage des praticiens, par le docteur A. POULARD, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8 de 368 pages avec 167 figures noires et coloriées. — Prix, cartonné : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 1er mai : MM. Monier-Vinard, 19; Fiessinger, 18; Armand-Delille, 19.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture.* — Séance du 1er mai : MM. Picot, 21; Capette, 26; Martin, 30; Mathieu, 27.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — M. Corsy, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, chef des travaux anatomiques et physiologiques.

Un congé d'un mois, sans traitement, à partir du 15 avril 1912, est accordé, sur sa demande, à M. Mattei, préparateur.

— Nantes. — M. Montfort, professeur à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 2 septembre 1912, pour cause d'ancienneté d'âge et de services.

Par suite de nécessités de service, M. Montfort cessera ses fonctions le 1er novembre 1912.

M. Montfort est nommé professeur honoraire à partir du 1er novembre 1912.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE. — M. Bouchardat, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de l'Université de Paris, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à partir du 4 juin 1912, pour cause d'ancienneté d'âge et de services.

Par suite de nécessités de service, M. Bouchardat cessera ses fonctions le 1er novembre 1912.

M. Bouchardat est nommé professeur honoraire à partir du 1er novembre 1912.

MARINE. — Par décret en date du 29 avril 1912, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Madon.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Subra de Salafa.

CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — La question de la démolition des bâtiments de l'ancienne Pitié a été l'objet d'un rapport de M. Duguet.

Les mesures proposées pour la désinfection préalable de ces bâtiments sont analogues à celles qui furent prescrites pour la démolition de l'Hôtel-Dieu annexe.

1° Détruire les parasites (rats, puces, punaises, etc.) par des fumigations d'acide sulfureux, à raison de 20 grammes d'acide sulfureux par mètre cube, toutes les issues étant fermées;

2° Deux jours après seulement, ventiler les salles, puis inonder les parquets et entrevous mis à jour avec une solution d'hypochlorite de chaux, à raison d'un kilogramme par 300 litres d'eau;

3° Pendant la démolition, abattre, autant que possible, les poussières avec de l'eau simple.

D'après M. Duguet et M. le professeur A. Gautier, pour rendre plus efficaces encore les mesures proposées, mieux vaudrait porter à 25 grammes le soufre employé par mètre cube et exiger que, pendant les deux jours qui suivront les fumigations sulfureuses, toutes les issues soient fermées hermétiquement à l'aide de bandes de papier collées sur toutes les fissures.

— Construction d'une maison de santé a Bagneux. — Sur le rapport de M. Vallin, un avis favorable est donné à la création d'une maison de santé au lieu dit « Le Champ-des-Oiseaux », commune de Bagneux, sur une étendue qui aura au moins 5 hectares.

Cet établissement ne pourra recevoir plus de 100 contagieux, ni un total de plus de 150 malades de toutes catégories.

Les maladies contagieuses visées par la loi du 15 février 1902 sont :

La fièvre typhoïde; le typhus exanthématique; la variole et la varioloïde; la rougeole; la diphtérie; la suette miliaire; le choléra et les maladies cholériformes; la peste; la fièvre jaune; la dysenterie; les infections puerpérales et l'ophtalmie des nouveau-nés lorsque le secret de l'accouchement n'a pas été réclamé; la méningite cérébro-spinale endémique.

Les pavillons de contagieux seront complètement séparés, par clôtures ou par haies résistantes, des autres parties de l'établissement.

L'isolement des contagieux sera individuel; les malades ne devront sortir de leur chambre qu'après guérison complète et désinfection.

En principe, et sauf autorisation exceptionnelle et par écrit du médecin en chef ou du directeur, les parents et amis ne pénétreront pas dans les chambres de contagieux; ils ne pourront voir les malades et converser avec eux que du dehors, par les baies ou parois vitrées. Les personnes non malades qui auront obtenu de séjourner près d'un contagieux ne pourront quitter l'établissement qu'après avoir été désinfectées.

Le service, dans les pavillons d'isolés, se fera conformément

aux règles rigoureuses de l'asepsie et de l'antisepsie médicale (blouses, lavage fréquent des mains, désinfection des ustensiles, des résidus, du linge, etc.).

L'eau destinée à la boisson sera stérilisée.

Les eaux résiduelles de toute origine et les déjections humaines seront rigoureusement désinfectées avant d'être versées à l'égout.

Les locaux, vêtements, linge et literies ayant servi aux contagieux seront également désinfectés.

Des voitures d'ambulance seront mises à la disposition des malades pour le transport de leur domicile à la maison de santé ; après chaque emploi elles seront désinfectées.

Les infirmiers ne pourront sortir de l'établissement qu'après avoir été contrôlés par le service de la direction, qui se sera assuré que toutes les précautions ont été prises suivant la catégorie à laquelle ils appartiennent.

LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE, dans sa séance solennelle du 29 avril 1912, a décerné le prix Aubanel (1000 fr.), au docteur R. Benon, médecin de l'hospice général de Nantes, pour un mémoire sur « les troubles psychiques au cours des polynévrites ».

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la dix-septième semaine, 1049 décès au lieu de 1047 pendant la semaine précédente, et au lieu de 1060 moyenne ordinaire de la saison.

L'état sanitaire est donc normal. La rougeole continue à décroître, 39 décès au lieu de 51. Les autres maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès, la rougeole 37, la scarlatine 7, la coqueluche 8, la diphtérie 6, la diarrhée infantile 16, les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration 207.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Massié, médecin principal de l'armée en retraite décédé à Lyon ; Léon Rolland, sénateur, décédé à Montauban.

— OBSÈQUES DE M. LE PROFESSEUR LANDE. — L'Association générale nous adresse quelques renseignements sur les obsèques de M. le professeur Lande, président de l'Association générale des médecins de France, qui ont eu lieu à Bordeaux le 26 avril. Tous les corps constitués s'étaient fait représenter et, après la cérémonie religieuse, de nombreux discours retraçant la carrière de notre éminent confrère ont été prononcés par M. le préfet de la Gironde, M. le maire de Bordeaux, M. le recteur de l'Académie, M. le procureur général, M. Pitres, doyen de la Faculté de médecine, M. Bellencontre, vice-président de l'Association générale des médecins de France, M. Gassot, au nom du concours médical et de la Mutualité familiale du corps médical français, M. Lepaitre, au nom de l'Union des syndicats médicaux de France, M. le professeur Lagrange, au nom de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, etc.

La foule recueillie et massée sur le passage du cortège témoignait par son affluence des regrets unanimes que laisse à Bordeaux et dans toute la région la disparition de celui qui, pendant plus de quarante années, ne cessa de se prodiguer pour créer et entretenir des œuvres qui lui survivront.

La fin tragique du docteur Lande demeurera, pour le corps médical, un grand enseignement et un exemple. Il est tombé à son poste, comme un soldat au champ d'honneur.

A. P. M. — La conférence du lundi 6 mai sera donnée à neuf heures du soir à la Faculté de médecine de Paris, par M. le docteur Adrien Loir (du Havre), sur le sujet suivant : « Mes missions Pasteur en Australie, Rhodésie, Canada » (projections).

On peut se procurer des cartes d'entrée pour la série de ces conférences en écrivant au siège central de l'A. P. M., 12, rue François-Millet, Paris, XVIe.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. le docteur Babinski, médecin de l'hôpital de la Pitié, reprendra ses conférences cliniques sur les maladies du système nerveux le samedi 11 mai, à dix heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

La construction de l'amphithéâtre de l'hôpital de la Pitié n'étant pas achevée, les conférences auront lieu provisoirement dans l'amphithéâtre de l'école des infirmières à la Salpêtrière.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER (89, rue d'Assas). — Professeur : M. Paul BAR. — *Cours de pratique obstétricale*, par MM. Brindeau, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux; Guéniot et Lequeux, professeurs agrégés; Devraigne, ancien chef de clinique; Chirié, chef de clinique; Lemeland et Marioton, chefs de clinique adjoints; assistés de MM. Roullier, Pellissier, Brisson, Gaujoux, Siguret et Roux, moniteurs; réservé aux étudiants ayant seize inscriptions et aux docteurs français et étrangers régulièrement inscrits à la clinique.

Le cours commencera le 8 mai 1912. Il comprendra quatorze leçons qui auront lieu tous les jours, à cinq heures du soir. Les auditeurs seront personnellement exercés aux manœuvres obstétricales.

Programme du cours. — Mercredi 8 mai 1912. M. Devraigne, à cinq heures. Diagnostic des présentations et des positions par le palper.

Jeudi 9 mai, à trois heures. Exercices du palper au lit des malades. — M. Devraigne, à cinq heures. L'auscultation en obstétrique.

Vendredi 10 mai, à trois heures. Exercices d'auscultation au lit des malades. — M. Chirié, à cinq heures. Le toucher en obstétrique.

Samedi 11 mai, à trois heures. Exercices de toucher. — M. Devraigne, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions directes).

Lundi 13 mai, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Guéniot, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions obliques antérieures).

Mardi 14 mai, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Lemeland, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions obliques postérieures).

Mercredi 15 mai, à neuf heures et demie du matin. Consultation des femmes enceintes, par M. le professeur Bar; examen des malades par les élèves du cours. A trois heures : Exercices pratiques de forceps. — M. Devraigne, à cinq heures. Le forceps sur la face et le front.

Jeudi 16 mai, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Brindeau, à cinq heures. Le forceps sur les présentations élevées.

Vendredi 17 mai, à trois heures. Exercices pratiques, revision des diverses applications de forceps. — M. Chirié, à cinq heures. La version par manœuvres internes (version séparée).

Samedi 18 mai, à trois heures. Exercices pratiques de version. — M. Chirié, à cinq heures. L'extraction du siège décompleté mode des fesses. L'extraction après la version.

Lundi 20 mai, à trois heures. Exercices pratiques : L'extraction du siège décompleté mode des fesses et après version. — M. Lequeux, à cinq heures. La version par manœuvres internes : ses difficultés.

Mardi 21 mai, à trois heures. Exercices pratiques de version par manœuvres internes (revision). — M. Lemeland, à cinq heures. L'embryotomie céphalique (cranioclasie).

Mercredi 22 mai, à neuf heures et demie du matin. Consultation des femmes enceintes par M. le professeur Bar; examen des malades par les élèves du cours. A trois heures : Exercices pratiques d'embryotomie. — M. Lemeland, à cinq heures. L'embryotomie céphalique (basiotripsie).

Jeudi 23 mai, à trois heures. Exercices pratiques d'embryotomie. — M. Lemeland, à cinq heures. Embryotomie rachidienne.

Pour renseignements et inscription, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures. Le droit à verser est de 50 francs.

REVUE GÉNÉRALE

FORMES CLINIQUES

DES

PYÉLONÉPHRITES AIGUES SUPPURÉES

Par Ch. PERINEAU,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

« En clinique, dit Pousson, il n'est guère possible de distinguer l'inflammation suppurée du rein de celle des calices et du bassinet »; on peut y ajouter celle de l'uretère. Ceci montre combien est vaste le champ désigné par ce terme et pourquoi il est si difficile de le fixer d'une manière bien définie. Et c'est pourquoi certains auteurs tels que Tuffier y font rentrer intégralement les pyonéphroses, tandis qu'Albarran, Gosset en font un chapitre à part dans la pathologie rénale. Nous nous rangeons à leur opinion de même qu'on a coutume de séparer les broncho-pneumonies et pneumonies des abcès et gangrènes pulmonaires.

Quoi qu'il en soit, il faut remarquer avant tout combien la pyélonéphrite aiguë suppurée *primitive* est rare. Dans l'immense majorité des cas une lésion antérieure, aseptique, a préparé le terrain : soit dilatation de l'arbre urinaire comme chez les vieux prostatiques rétentionnistes, les rétrécis; soit néphrite aiguë ou chronique ayant déjà touché le rein. On sait en effet combien, comme filtre et comme glande, cet organe est résistant, livrant passage dans certaines septicémies à de véritables bactériuries sans se laisser pourtant attaquer. Neumann cependant a recueilli quelques cas où cette bactériurie primitive engendrait de véritables calculs du bassinet constitués par des couches de colibacilles sans adjonction d'autres éléments.

Donc, que l'agent infectieux emploie une quelconque des voies classiques, ascendante, hématogène, lymphatique par propagation ou encore directe par effraction, ce sera l'état antérieur de l'organe qui primera le genre de réaction. En principe, plus un uretère, un bassinet ou un rein seront malades avant la greffe microbienne nouvelle, plus la pyélonéphrite sera marquée et grave comme évolution et pronostic. A cela il faut ajouter la virulence des microbes ou leur association qui viennent ainsi créer une gamme fort diverse et fort étendue de modalités.

Cet article ne comporte la description ni des formes aiguës non suppurées (bacillose aiguë, pyélonéphrites aseptiques, toxiques), ni des formes chroniques dont la tuberculose rénale aujourd'hui bien étudiée est le chapitre le plus important.

Nous avons cité brièvement les diverses voies d'envahissement microbien; ce sont elles que nous suivrons dans notre description en classant dans ces différents chapitres les états divers que l'on rencontre en clinique et qui diffèrent suivant le terrain particulier où ils éclosent.

I

Formes ascendantes consécutives à une lésion urinaire inférieure. — *A.* Arbre urinaire antérieurement sain. — C'est le type de la pyélonéphrite éclatant à la suite de certaines cystites mal soignées, de sondages fréquents et septiques, etc.

Le *début* en est presque toujours insidieux évoluant sans bruit au milieu d'une cystite aiguë plus ou moins ancienne. Pour le dépister il faut parfois faire une recherche délicate des différents symptômes qui se déforment, augmentent ou perdent leur netteté.

La *douleur* ne reste plus exclusivement cystique; elle se fait sentir non seulement à la fin de la miction mais encore en provoquant le besoin intolérable d'uriner; souvent alors elle se propage. Elle semble remonter le long de l'uretère, vers le rein, véritable onde douloureuse cystico-rénale due au simple réflexe signalé par Guyon, ou même, symptôme direct de l'inflammation uretérale.

La *pollakiurie* est quelquefois encore plus marquée. Elle peut avoir une véritable valeur spécifique. Bazy a bien décrit cette pollakiurie nocturne, véritable nycturie, signe certain de pyélonéphrite. Mais dans la plupart des observations les envies d'uriner sont aussi nombreuses la nuit que le jour. On les a vues même plus marquées durant le jour. En quel cas la valeur des symptômes devient tout à fait relative (Loumaigne).

La *pyurie* est presque toujours peu marquée; elle diminue en certains cas. Elle peut enfin se compliquer d'hématurie (Legueu).

A côté de ces signes cardinaux en évoluent certains autres plus ou moins constants.

La *quantité d'urine* est dans la majorité des cas à peu près normale. Il est même absolument exceptionnel qu'elle atteigne le taux de polyurie que nous verrons signalé dans la forme suivante. Ceci est dû en grande partie à la crainte de la douleur qui empêche le malade de boire à sa soif. D'autres fois la polyurie est exclusivement artificielle, employée comme moyen thérapeutique.

Les *signes généraux*, pouls, température, sont exceptionnels dans cette forme *locale*; s'ils existent, ils sont alors peu accentués. Un certain mouvement fébrile peut cependant apparaître au moment de l'envahissement, marquant les poussées successives s'il s'en produit en plusieurs temps. « On peut même dire que toute cystite qui s'accompagne d'élévation de température doit faire soupçonner une complication rénale. » (Penel.) Elle est souvent la signature d'un accès de rétention, mais disparaît avec lui. Sinon elle annonce bien plutôt un envahissement général, véritable septicémie, que la forme que nous décrivons actuellement.

Localement, l'*examen de la région rénale* est rarement positif; si quelquefois on décèle un peu de douleur à la palpation de la région lombaire, ceci est rare. Assez fréquemment on trouve un simple endolorissement. Presque constamment, au contraire, l'*examen uretéral* indique nettement l'existence d'une lésion. Elle se trouve alors localisée à la terminaison inférieure de l'uretère, à son point de pénétration dans la vessie et un peu plus haut. C'est dans cette forme que l'on peut sentir avec toute sa netteté au toucher vaginal ou rectal et quelquefois à

la palpation abdominale, la sensation de cordon (Bazy) que donne le conduit enflammé, en même temps qu'on réveille le point douloureux provoquant par réflexe une envie impérieuse d'uriner (Bazy); les localisations seront décrites à la forme suivante.

L'*examen cystoscopique* montre une vessie fréquemment saine (Legueu). Elle peut être cependant plus ou moins altérée, rouge, œdématiée surtout au niveau du trigone où se trouvent les *orifices uretéraux*. Ceux-ci se voient presque toujours avec leur éjaculation rythmique d'urine purulente venant troubler le milieu vésical. Ils peuvent être béants, laissant couler le pus qui s'élève dans le milieu vésical comme une colonne de fumée. C'est qu'alors ils sont atteints de la paralysie inflammatoire signalée par Stokes, celle-ci d'ailleurs presque toujours temporaire. L'attouchement de la sonde est presque constamment douloureux, provoquant des contractions uretérales réflexes.

Le *rein* est rarement atteint dans cette forme simple. Aussi sécrète-t-il une urine normale ne contenant qu'une quantité d'albumine en rapport avec celle du pus.

La gravité de cette forme est donc exclusivement liée à sa cause et à sa durée. Les soins spéciaux à la cystite, souvent une simple sonde à demeure (Marion, Cabot), en amènent rapidement la guérison.

Les symptômes cardinaux de la cystite, plus accentués cependant, la recherche des points douloureux uretéraux font faire un *diagnostic* probable à peu près certain. La cystoscopie lèvera tous les doutes en nombre de cas. La pyurie, la pollakiurie éviteront la confusion d'une pyélonéphrite avec une appendicite ou une cholécystite (Estrabaut). La recherche des symptômes cardinaux de la fièvre typhoïde, le séro-diagnostic seront la base de la différenciation avec certaines dothiénentéries (Appert et Milon). Beaucoup plus difficultueux, dans certains cas, sera le diagnostic de la salpingite. Souvent les deux maladies coexistent, et ce n'est qu'après un repos de quelques jours et des soins locaux qu'il est possible d'attribuer à chacune la part qui lui revient dans les symptômes.

B. Arbre urinaire antérieurement dilaté. — Ces pyélonéphrites se développent presque exclusivement chez les vieux prostatiques, les rétrécis, les tabétiques *avec rétention*. Nous verrons donc se développer une lésion sérieuse venant se surajouter à une autre déjà très grave par elle-même.

Le *début* est fort différent suivant l'état général du malade au moment où va l'envahir l'infection. S'il est résistant (tabétique au début, prostatique surveillé, rétréci encore jeune) il est presque toujours accidentel et éclate au milieu de symptômes généraux accentués : frissons, température à 40 degrés, douleurs vésicales et rénales; l'état général peut lui-même être sérieusement affecté. Ceci peut faire penser à une véritable septicémie ; elle est possible et elle existe même pouvant alors créer une véritable pyélonéphrite d'origine hématogène analogue à celle que nous voyons se développer au cours de la grossesse. Si le malade est déjà très atteint, le début est tellement insidieux qu'il est bien difficile de le saisir tant il s'entremêle sans bruit aux signes antérieurs dus à la seule rétention aseptique. Ce n'est que peu à peu que se gravent les caractères complets.

La *polyurie* est intense. Les urines atteignent fréquemment deux, trois et quatre litres : ce sont les « urines rénales » de Guyon. Elles restent troubles, blanchâtres dans le bocal où on les dépose, même après un long repos. Leur couleur pâle indique la dégénérescence, accomplie déjà, de l'élément noble du rein. On note, en effet, une diminution notable du taux de l'urée avec élimination normale des chlorures et des phosphates (Chabrié). L'albuminurie existe, mais en petite proportion (0g50 à 1 gramme). On trouve enfin des leucocytes, des cellules épithéliales et parfois quelques cylindres. La réaction générale est presque constamment alcaline. Si elle est acide, les urines fermentent rapidement et la rendent alors alcaline. L'atteinte profonde et définitive du rein, quand elle existe, assombrit donc fortement tout le pronostic.

La *douleur*, qui existe souvent dès les premiers symptômes (Legueu), surtout dans la forme à début brusque, est beaucoup moins marquée que dans la forme précédente. Souvent elle n'apparaît pas et pour cause : il est inutile de rappeler le peu de réaction de beaucoup de vieux urinaires.

Localement le *rein* peut être le siège d'une pesanteur vague ; dans certains cas, si l'envahissement de l'organe est brusque, il peut y avoir une néphralgie plus ou moins accusée. Quelquefois, dans la pyélonéphrite double le malade accuse de véritables douleurs en ceinture. La palpation révèle un rein souvent gros (Legueu) presque toujours libre, sans périnéphrite et présentant alors le phénomène du ballottement rénal décrit par Guyon.

C'est dans cette forme qu'on peut provoquer d'une façon plus ou moins complète la gamme des points uretéraux. Mais il est à noter qu'elle est très diverse suivant les cas dépendant avant tout du degré des lésions. Nous citerons ces différents points qu'il est important de savoir différencier de ceux de l'appendicite, de la cholécystite, de la colite, de la salpingite, etc.

1° *Clavier costo-iliaque de Maire* (de Vichy) constitué par une série de touches douloureuses que l'on trouve sur une ligne partant en haut du dixième espace intercostal à 8 centimètres environ des apophyses épineuses en dessous et un peu en dehors de l'articulation de la dixième côte avec l'apophyse transverse correspondante dans la direction d'une verticale partant de l'angle inférieur de l'omoplate. De là cette ligne descend parallèlement à la colonne vertébrale jusqu'au-dessous de la douzième côte puis elle suit le bord externe de la masse sacro-lombaire ; elle rencontre alors la crête iliaque qu'elle suit en s'incurvant en arrière et en bas jusqu'à l'épine iliaque postéro-supérieure où elle se termine. Maire fait remarquer que souvent celle-ci se trouve indiquée sur la peau par la présence d'une fossette.

2° *Point costo-vertébral* situé à l'angle de la douzième côte et de la colonne vertébrale.

3° *Point sous-costal* localisé au niveau du bord costal à l'extrémité antérieure de la dixième côte.

4° *Point costo-musculaire* à l'intersection du bord inférieur de la douzième côte et du bord externe des muscles lombaires.

5° *Point pyélo-vésical de Bazy* (ou *point para-ombilical, point uretéral supérieur*) à deux travers de doigts transversalement en dehors de l'ombilic.

6° *Point uretéral moyen de Sanz* correspondant, dit-on, au point où l'uretère croise la ligne incriminée pour pénétrer dans le petit bassin. Il est situé au niveau du tiers de la ligne qui unit les deux épines iliaques, antérieure et supérieure. Nous verrons tout à l'heure que son rapport anatomique est discuté.

7° *Point sus-intra-épineux de Pasteau* siégeant un peu au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. Novarro qui l'a signalé le premier, mais comme signe d'appendicite, le place dans la petite échancrure située au-dessous de l'épine iliaque antéro-supérieure entre cette saillie et l'épine iliaque antéro-inférieure, encoche où sort le nerf fémoro-cutané (Maire).

8° *Point sus-iliaque latéral de Pasteau* à un centimètre au-dessus de la partie moyenne de la crête iliaque.

9° *Point inguinal de Bazy* au niveau de l'orifice externe du canal inguinal.

10° *Point uretéro-vésical de Bazy* situé au point où l'uretère pénètre dans la vessie. On le repère chez la femme par le toucher vaginal, plus difficilement chez l'homme par le toucher rectal. Le doigt ne provoque la douleur et souvent l'envie d'uriner, que lorsqu'il atteint le côté correspondant au point malade. Il peut de même, dans le cas plus grave, sentir un cordon dur, souvent moniliforme, dont nous avons parlé plus haut.

L'*examen cystoscopique* est semblable à celui de la forme précédente, il varie avec l'ancienneté des lésions ; en général, il n'est pas à pratiquer, car il risque d'être dangereux.

Les *symptômes généraux* sont la clef du pronostic. Nuls ou peu accusés chez l'urinaire robuste en état de résistance, ils s'installent insidieusement chez le malade affaibli. Leur apparition, presque constamment insidieuse, n'en a pas moins l'importance capitale signalée par Guyon. La température peut revêtir tous les types ; le plus souvent à forme septicémique, elle peut au contraire devenir hypothermique, symptôme encore plus grave que le précédent. Le pouls devient rapide, la langue sèche, rouge, rôtie, vraie langue de perroquet (Guyon), dure et râpeuse au doigt. Le muguet n'y est pas rare ; il envahit aussi la bouche, le pharynx. La soif est vive, l'haleine fétide, l'amaigrissement est marqué avec peau sèche, écailleuse, des phénomènes gastro-intestinaux prédominent en beaucoup de cas. On peut voir apparaître une broncho-pneumonie souvent d'origine hypostatique. Par contre l'euphorie est souvent remarquable grâce à une diminution de l'intelligence. Fréquemment survient enfin un délire doux avec gâtisme accentué ; puis paraissent l'oligurie, l'incontinence d'urine, le coma tranquille ; l'urinaire s'éteint. Dans quelques cas plus rares peuvent se déclarer un phlegmon périnéphrétique, une localisation secondaire.

Vu le genre de malades à qui elles s'adressent, le *diagnostic* de ces pyélonéphrites est le plus souvent fort aisé. En quelques cas cependant sous le peu de réaction du malade ou au cours d'un accès de rétention avec fièvre, il peut devenir délicat avec la cholécystite, l'appendicite et, en général, toute affection abdominale. Outre les symptômes spéciaux de chaque affection qu'il faudra toujours rechercher, il est utile de savoir situer exactement et interpréter les autres points douloureux abdominaux pouvant créer une confusion. Le *point vésiculaire, cystique*, siège un peu plus en dedans et souvent plus bas que le point sous-costal. Il se trouve à l'intersection d'une ligne suivant le bord hépatique antérieur avec un autre allant du mamelon droit à l'ombilic. Le *point de Mac Burney* est suffisamment connu pour ne pas être décrit à nouveau. Le *point de Morris* est situé sur la même ligne que lui, mais à 4 centimètres environ de l'ombilic. Il correspond au ganglion sympathique et coexiste non seulement avec le début de l'appendicite aiguë, mais aussi avec l'appendicite chronique. Unique, en ce cas, il devient bilatéral dans toute infection pelvienne, tubaire, utérine, hémorroïdale. Il serait absent lors d'infections sus-ombilicales. Lœper et Esmonnet décrivent un nouveau *point intermédiaire* entre ceux de Sanz et de Mac Burney situé sur la ligne joignant le promontoire à l'épine iliaque antéro-supérieure, à 4 centimètres du raphé médian ; cette ligne est la bissectrice de l'angle formé par les deux autres. Ce point est d'une fixité remarquable, souvent bilatéral, et se retrouve chez tous les entéritiques, intoxiqués et nerveux. Il correspondrait à la bifurcation de l'iliaque primitive et, chose importante ici, répondrait à peu près au croisement anatomique de l'uretère. Signalons enfin pour mémoire les trois points suivants, *points appendiculaires* secondaires rappelés dans sa thèse par Mlle Weill : *point de Mouro* à l'entrecroisement de la ligne ilio-ombilicale et du bord externe du muscle droit, à 6 centimètres de l'épine iliaque, il se trouve donc très légèrement au-dessus et en dedans du point de Mac Burney ; le *point de Clado* à l'entrecroisement du bord externe du muscle droit et de la ligne unissant les deux épines iliaques, donc un peu en dedans et sur la même ligne que le point de Sanz ; le *point de Leutzmann* à 6 centimètres en dedans de l'épine iliaque droite, sur la ligne interiliaque, sur la même ligne mais encore un peu plus près de la ligne médiane que les points de Sanz et Clado.

II

Formes hématogènes. — A. Sans rétention préalable. Prédominance de néphrite. — Alors que les précédentes peuvent être cataloguées chirurgicales, nous sommes ici presque constamment en face de pyélonéphrites médicales. Elles éclatent en effet le plus souvent au cours de grippes, typhoïdes, amygdalites, appendicites, pneumonies, ayant lésé quelque peu le rein pendant leur évolution ou développées sur des sujets à prédisposition rénale établie par une atteinte antérieure.

C'est ordinairement au moment de la convalescence, alors que se dessine la crise polyurique, que va débuter la pyélonéphrite. Elle accompagne parfois une septicémie.

Fréquemment, elle se fixe sur le rein de façon tout à fait insidieuse. Le malade chez qui on a souvent remarqué un peu d'albumine, au cours de l'affection qu'il vient de subir ressent quelques vagues douleurs rénales, un peu de rachialgie. Quelquefois une légère élévation de température survient, que l'on attribue à une imprudence. Les urines paraissent chargées d'urates alors qu'elles comportent déjà du pus et, si on n'y prête attention, l'urine restera plus ou moins longtemps trouble sans que la remarque en ait été faite. S'il n'y a alors ni symptôme de cystite, souvent prédominant, ni douleur pour forcer à regarder plus attentivement les urines, la maladie pourra guérir ou passer à l'état chronique et être découverte par hasard quelquefois plusieurs années après.

Dans quelques cas plus rares, la pyélonéphrite passe presque d'emblée à l'état chronique sans qu'il soit à la vérité impossible de déceler le moindre symptôme révélateur du début.

Le plus souvent ce sont des symptômes solennels qui ouvrent la scène. Le malade est pris subitement de grands frissons, en même temps qu'il ressent des douleurs rénales plus ou moins accentuées. Il se plaint d'une gêne lombaire un peu spéciale qui peut s'accompagner de névralgie avec irradiations. Legueu cite de véritables rachialgies analogues à celle de la grippe et même de la variole. Un malaise très marqué, un état nauséeux, des vomissements mêmes s'ajoutent quelquefois au tableau. La température monte alors d'emblée à 40 degrés indiquant ainsi de façon fort nette une phase nouvelle et une complication.

Rawis signale des formes colibacillaires avec anurie d'emblée. Les œdèmes, l'hypertension artérielle avec claquement du deuxième bruit aortique, des délires variés accompagnaient la température. Véritables urémies fébriles, elles évoluèrent après un temps plus ou moins long, vers la guérison.

Les *urines* diminuent dans la majorité des cas, ce qui souvent contraste avec la polyurie commençante. Pâles pour Legueu, elles sont plus fréquemment foncées et très albumineuses. Mais il est rare qu'à cette phase l'œil y relève la purulence. Seul le microscope y décèle parfois de véritables décharges microbiennes à l'exclusion de tout autre élément. Certains auteurs signalent parfois de rares globules blancs et quelques éléments du rein.

Ce n'est ordinairement que deux ou trois jours plus tard, alors que les phénomènes aigus sont tombés qu'apparaît le pus dans les urines. Il n'est jamais en très grande quantité et rend seulement la masse du liquide trouble dès l'émission.

Secondairement, et pouvant quelquefois masquer la maladie par leurs symptômes plus bruyants, coexistent des *troubles vésicaux*. Cette cystite, véritable ensemencement secondaire, ne doit pas détourner l'attention et être l'origine d'une erreur de diagnostic.

On comprend donc combien l'*examen cystoscopique* pourra varier avec les cas. Presque toujours la vessie est saine permettant d'apercevoir l'éjaculation purulente chassée par l'orifice de l'uretère. Mais il se produit quelquefois, ici comme dans la tuberculose rénale, une greffe microbienne et l'état uretéro-vésical dépend de son étendue.

Le *cathétérisme* parfois douloureux peut faire déceler une rétention purulente inflammatoire aiguë ou chronique.

Très important à considérer est l'*examen des urines*. Rafin en fait justement un élément important de pronostic. La quantité d'urine est fort variable. Souvent très inférieure à la normale, elle ne semble jamais dépasser à son maximum 2000 à 2500 grammes (Rafin, Penel). L'analyse complète peut alors révéler un trouble profond dans le fonctionnement du rein atteint avec chute d'un ou de plusieurs éléments éliminés. Cette première analyse ne devra pas faire porter un pronostic définitif ; seule la superposition de plusieurs autres au cours du traitement viendra indiquer en quelle proportion le parenchyme rénal est atteint. Quant à l'examen histo-bactériologique, il montrera, outre les microbes infectants, des leucocytes en grand nombre, des cylindres... indices certains de l'envahissement du parenchyme. L'*albuminurie* elle-même, si peu marquée dans les pyélonéphrites ascendantes, *peut atteindre ici un chiffre très haut*, suivant le degré de néphrite.

Localement, le *rein* est presque toujours inaccessible à la palpation dans les cas peu marqués. Legueu le cite gros et douloureux avec sensibilité très marquée. Chez l'enfant cependant une erreur est à éviter tendant à la situation du rein. Alglave a constaté qu'au-dessous d'un an le pôle inférieur du rein est 3 fois sur 4 si bas que son pôle inférieur entre en rapport avec la crête iliaque. Ce n'est que peu à peu qu'il remonte pour atteindre sa place définitive. Anormalement, il peut se développer sur place créant une véritable ectopie rénale.

Si le rein est peu touché, l'infection à virulence atténuée, la pyélonéphrite tend naturellement à la guérison. Au cours de son évolution, elle peut cependant s'accompagner de crise de pseudo-colique néphrétique et même de rétention véritable mais passagère, quand un bouchon purulent vient à passer ou à obturer la lumière uretérale. Alors la température, la douleur, l'état général reprennent temporairement toute leur intensité pouvant même laisser à leur suite une aggravation de la maladie.

La rétention quand elle existe est ordinairement d'ordre exclusivement paralytique. Elle disparaît complètement dans les cas pris au début, alors que les lésions purement inflammatoires n'ont pas encore évolué vers la sclérose.

La diminution des microbes dans l'urine, le retour du rein au fonctionnement normal, la disparition du pus sont d'un excellent pronostic. Néanmoins la néphrite peut subsister longtemps après, créant un état de moindre résistance prédisposant aux rechutes en évoluant vers l'état chronique. Aussi est-ce avec raison que Rafin catalogue ses observations aseptiques et non pas guéries.

Plus rarement de véritables abcès corticaux se forment dans le rein engendrant plus tard une pyonéphrose.

Un cas de *pyélonéphrite sporotrichosique* a été décrit par Rochard, Rubens Duval et Bodolec. Les débuts furent latents : des hématuries prolongées sans signification particulière. Longtemps après se développèrent des douleurs rénales. Alors les urines devinrent peu à peu troubles puis purulentes mais avec rémittence. La région rénale fit découvrir une tumeur lombaire, rénitente, volumineuse, douloureuse à la pression. Il n'y avait pas de température. Après néphrectomie, le pus ensemencé donna du sporotrichum, la pyélonéphrite fut reproduite expérimentalement chez le lapin.

B. AVEC RÉTENTION PRÉALABLE. PRÉDOMINANCE D'URETÉRO-PYÉLITE. — La *pyélonéphrite de la grossesse* est le type bien établi de cette forme. La compression, l'étirement de l'uretère d'abord, la rétention et la dilatation sus-jacente qui peuvent s'ensuivre créent la prédisposition. Pour Marion la lésion uretérale est rare ou de peu d'importance quand elle existe ; le fonctionnement exagéré du rein, la tonicité des urines créent l'infériorité de résistance du rein. Quant à la rétention, elle siégerait toujours dans le bassinet, ne dépasserait jamais 150 grammes et serait due exclusivement à la dilatation infectieuse de l'organe. Cette pathogénie expliquerait l'action rapide du traitement par le cathétérisme uretéral. S'il survient une septicémie même atténuée et une bactériurie, le microbe peut aisément filtrer dans le parenchyme plus ou moins intact du rein, sans l'altérer, pour aller se fixer de préférence sur l'organe malade. Ce n'est pas à dire qu'au cours de la parturition il n'existe pas de pyélonéphrite vraie avec lésion du rein ; mais elles semblent plus rares et entrent naturellement dans la forme précédemment décrite. Elles éclateraient alors dans les tout premiers mois (Marteville). De même enfin on a cité des pyélonéphrites ascendantes ; elles sont alors analogues à celles de rétrécis et de prostatiques antérieurement étudiées.

C'est dans les environs du sixième mois qu'éclate la maladie alors que l'utérus gravide exerce son maximum de compression sur l'uretère. Une grippe, la constipation, un état gastro-intestinal surtout, un simple refroidissement sont le prétexte habituel de *son début*.

Celui-ci peut être insidieux (Bar) et une légère douleur rénale, un peu de malaise, d'amaigrissement et de température font penser à l'affection que l'accoucheur recherche de parti pris chaque fois qu'il ne trouve pas d'autre cause de réaction chez une femme enceinte.

Le plus souvent encore, ce sont des signes aigus (Legueu) analogues à ceux de la forme précédente qui ouvrent la scène : température à 40 degrés, à grandes oscillations, douleurs rénales quelquefois irradiées, vomissements, état général plus ou moins sérieux, diminution des urines, rarement anurie. Durant cette période (phase présuppurative de Bar) l'examen macroscopique ne révèle rien dans les urines. A peine quelques globules blancs et des microbes à l'examen histologique.

A la période d'état, la *douleur* rénale est plus ou moins accentuée. Il faut souvent la rechercher ce qui est difficile chez la femme enceinte. La plupart des accoucheurs notent cependant un point douloureux costo-vertébral assez constant qu'ils regardent comme un excellent symptôme. Certaines observations (Bonnaire) font même mention d'un empâtement véritable avec défense musculaire pouvant s'étendre à tout le côté atteint jusque dans la fosse iliaque correspondante.

La *température* varie avec le cas. Plus souvent elle se tient dans les environs de 38 degrés, 38°5 avec chute notable le matin. Parfois elle prend un véritable type hectique ; rarement c'est un véritable plateau et presque toujours elle accompagne alors des périodes de rétention purulente. Dans les cas graves on a pu noter de l'hypothermie (Périneau).

Le *pouls* suit la température, quelquefois en désaccord avec lui si le pronostic est sérieux. L'*état général* dépend avant tout de la manière dont se draine la poche et de la durée de l'infection ; la soif existe, vive. Il peut y avoir du délire.

La *quantité d'urine* est très variable, plutôt diminuée, quelquefois presque inexistante. Elle laisse déposer au fond du bocal une forte couche de pus surmontée d'urine trouble. Les troubles vésicaux, quand ils existent, peuvent ici encore, être prédominants et détourner l'attention.

L'*examen cystoscopique* montre une vessie presque constamment saine, tandis que le *cathétérisme uretéral* révèle fréquemment la cause des lésions ; on trouve des rétrécissements pouvant aller jusqu'à l'oblitération (Viannay, Périneau), aux points ordinairement comprimés par l'utérus gravide (2 centimètres et demi, 5 centimètres, 15 centimètres de l'embouchure vésicale). Au-dessus l'urine est en véritable tension, car à certains moments le pus très épais vient obturer la lumière de l'uretère rétréci. Le calibrage entraîne à sa suite un véritable flot de pus (Marion). Encore faut-il parfois désobstruer plusieurs fois la lumière de la sonde où viennent se coincer successivement des bouchons de pus.

Le *rein* conserve, dans le maximum des cas, un fonctionnement normal. Si la composition de l'urine varie avec le régime auquel est soumise la malade et l'état de son infection, il est rare qu'elle indique une diminution notable de la valeur du parenchyme, ce qui entraîne alors seulement un pronostic assez sombre. Dans le culot sont relevés des globules blancs, des cellules épithéliales, rarement des cylindres, enfin le microbe de l'infection presque toujours le coli-bacille.

L'*évolution* de la pyélonéphrite *en tant qu'affection de l'arbre urinaire* est ordinairement bénigne. Pour le fœtus, le pronostic est fort sombre [25 p. 100 d'interruption spontanée de la grossesse (Legueu)]. Pour la mère il suffit d'un drainage bien établi pour voir cesser les accidents et revenir l'état de santé. Mais la recherche du pronostic à distance, de la prédisposition à la rechute et de la dilatation uretérale persistante dont parle Cruveilhier, serait très impor-

tante à entreprendre et ne semble pas avoir encore été faite.

Après l'ACCOUCHEMENT, cette complication peut encore survenir. Elle est préparée par la grossesse qui vient d'évoluer, intéressant rein et uretère. Cette pyélonéphrite post partum, étudiée avec soin par Jeannin, est en tout semblable à la précédente. Elle éclate le plus souvent très rapidement après l'accouchement, trente-six heures, quarante-huit heures après, mais peut quelquefois ne survenir que vers le quatrième ou cinquième jour (Pinard). Elle est accompagnée, symptôme particulier, et jusqu'à un certain point pathognomonique, d'une constipation d'abord opiniâtre puis d'une grande débâcle avec selles fétides. Quelquefois rechute d'une pyélonéphrite de la grossesse, elle peut avoir un début latent ou survenir au contraire brusquement et faire errer le diagnostic.

La période présuppurative est brève ; le pus envahit les urines durant huit jours environ et la guérison s'obtient en cinq ou six semaines. Il est rare qu'elle présente des accidents graves, la compression ou l'étirement uretéral n'existant plus.

Le *pronostic* de ces deux formes est différent suivant l'état antérieur du rein. Une albuminurie de la grossesse crée un état de moindre résistance sur cet organe et peut y favoriser une implantation microbienne avec toutes les complications qu'elle peut engendrer. Cette forme semble d'ailleurs rare, les accoucheurs ayant continué de considérer la pyélonéphrite des femmes enceintes ou accouchées comme relativement bénignes pour la mère. On sait qu'il n'en est pas de même pour le fœtus (Legueu). Resterait à préciser la répercussion que peut avoir ultérieurement cet accident.

Durant la grossesse et surtout pendant la phase présuppurative, le diagnostic est parfois très difficile. On peut penser à toutes les pyrexies, en particulier à droite, à l'appendicite, et si l'on ne fait un examen complet des urines le diagnostic est souvent impossible de façon ferme. Nous rappelons qu'en présence de symptômes mal déterminés l'accoucheur pense toujours à la pyélonéphrite. Là où le problème se complique c'est lorsque deux affections coexistent, l'une fonction de l'autre. Le sens clinique et l'examen de la malade peuvent seuls préserver d'une erreur.

Immédiatement après l'accouchement on pourra surtout penser à une infection puerpérale au début. Les principaux éléments du diagnostic seront : la régularité de la fièvre, en plateau, une gravité, de suite marquée, de l'état général et l'état local de l'utérus en subinvolution avec lochies fétides ou absentes.

Les *urinaires* (rétrécis opérés, prostatiques sondés malproprement ou avec fausse route) peuvent aussi être envahis par la septicémie créant secondairement une pyélonéphrite hématogène.

La *fièvre* éclate brusquement : température à 40, 41 degrés avec frissons, sueurs profuses ; elle est absolument analogue à l'attaque paludique. La « fièvre urinaire » est connue avec son pronostic sombre.

L'*oligurie* est fréquente ; mais c'est surtout l'*état général* qui réagit. En quelques heures le malade est transformé ; abattu, subdélirant, amaigri, il peut mourir en vingt-quatre heures, plus souvent en trois, quatre jours presque sans autres réactions. Dans quelques cas la quinine à haute dose produit un effet merveilleux amenant par une réaction, presque aussi brusque que l'infection, les phénomènes critiques.

Quelle que soit la forme évolutive, la pyélonéphrite peut être unilatérale ou bilatérale ; l'unitéralité semble prédominer avant tout dans la grossesse, le post partum pris dans les cystites compliquées. Dans la forme ascendante avec dilatation préalable, la bilatéralité est presque constante et ceci est aisé à comprendre. Toutes les formes hématogènes évoluent suivant un des deux modes, bilatéral le plus souvent, quelquefois et plus souvent qu'on ne le pense unilatéral. Ce mécanisme est analogue à celui de la tuberculose rénale, soit qu'un seul côté ait été envahi, soit qu'un d'entre eux ait évolué vers la guérison, et nous en avons des exemples, soit que non atteint antérieurement, il ait résisté à tout ensemencement alors que la pyélonéphrite continuait son développement dans celui du côté opposé. A ce sujet, Neumann dépouillant la statistique d'autopsie de son hôpital y relève la bilatéralité presque constante des pyélonéphrites hématogènes, ce que, ajoute-t-il, la clinique ne dit pas. Cette contradiction n'est qu'apparente, la statistique de Neumann ne s'adressant qu'à des cas graves mortels d'emblée ou arrivés à leur période ultime alors que cliniquement le nombre de pyélonéphrites bénignes est grand.

Nous terminerons rapidement ce chapitre en citant en quelques mots deux formes qui ne sont que des complications d'affections antérieures bien déterminées.

La *pyélonéphrite calculeuse* se caractérise par une polyurie marquée avec une pollakiurie diurne et nocturne. La pyurie remplace presque constamment l'hématurie qui est alors rare (Sourdille). La température atteint 38, 38°5 le soir, tombant fréquemment le matin. Les signes locaux dépendent de la gravité de la lésion calculeuse ; avec l'état général ils font la base du diagnostic.

Dans l'*hydronéphrose*, quand l'infection se développe, on remarque souvent une augmentation subite des symptômes ; la douleur spontanée peut devenir intolérable créant de véritables crises nerveuses. L'état général peut être fortement atteint surtout au moment de crises de rétention. Quant à la température, elle peut faire entièrement défaut. Très marquée au moment de crises de rétention, elle est rare autrement, le drainage se faisant complètement. La pyurie succédant aux urines normales emporte le diagnostic.

III

Formes lymphatiques. — Celles-ci sont exceptionnelles ; elles succèdent à l'envahissement de la capsule rénale par une formation purulente venant d'un organe voisin ; c'est donc une complication des abcès périnéphrétiques. Elles se marquent beaucoup plus par des réactions de néphrite inflammatoire de voisinage et de défense que par des lésions de néphrite suppurée. . . . .

IV

Forme directe par effraction. — Complication des traumas du rein avec effraction, elle a été décrite par Lardennois qui compte 20 pyélonéphrites sur 670 ruptures du rein. L'infection souvent directe peut être d'origine ascendante ou hématogène, surtout dans les écrasements, éclatements, sans lésion de la peau. Elle peut survenir de bonne heure quand l'hématurie existe encore; le plus souvent elle est tardive. On l'a vue enfin envahir secondairement l'autre rein, ce qui presque toujours entraîne un pronostic fatal. Le début est brusque par de la fièvre, des douleurs locales, de la pyurie trouble. Tantôt l'affection est rapidement mortelle; quelquefois elle guérit. Dans certains cas, enfin, la crise aiguë tombe, l'affection passe à l'état latent jusqu'au jour où se révèle une pyonéphrose nettement développée.

Des COMPLICATIONS DIVERSES viennent souvent entraver la marche de la maladie. Un bouchon de pus peut créer un arrêt momentané du cours de l'urine; tantôt il produit une simple *colique néphrétique*; tantôt il engendre une véritable *crise de rétention* caractérisée par une élévation notable et subite de la température, un accroissement de douleurs locales, l'arrêt de la pyurie, un état général accentué et même une véritable *crise d'urémie* pouvant entraîner la mort. La *rétention simple* est due presque toujours à une dilatation chronique et définitive des parois du bassinet et de l'uretère. Elle peut être augmentée temporairement par une paralysie des muscles lisses des conduits (Stokes). Enfin l'évolution peut entraîner une destruction plus ou moins complète du rein créant un abcès ou une pyonéphrose, parfois même être l'origine d'un phlegmon périnéphrétique. La forme hématogène enfin peut « s'aseptiser » mais laisser à sa suite des lésions entraînant une néphrite chronique avec toutes ses menaces.

Quant au pronostic des pyélonéphrites il dépend d'une foule de facteurs; il faudra successivement envisager : la maladie causale, la virulence du ou des microbes, l'état général antérieur du malade, la forme, la localisation exacte de l'infection, l'état préalable des reins et des voies urinaires, la fonction rénale et l'examen histo-bactériologique des urines, l'unilatéralité ou la bilatéralité de la lésion, enfin les données radiographiques qui peuvent être d'un grand appoint. Presque constamment il se découvrira peu à peu par l'examen réitéré du malade.

BIBLIOGRAPHIE

ALGLAVE. Note sur la situation du rein chez les jeunes enfants, *Bull. de la Soc. anat.*, 1910, p. 595-600.

BREWER. Renal infections, *New-York Med. Am. M. Assoc.*, 15 juillet 1911.

JEANNIN. Etude clinique de la Pyélonéphrite des suites de couches, *Progrès méd.*, 1908, p. 31.

KERMANNER. Latent pyelonephritis, *Wien. med. Woch.*, 18 mai 1911.

LARDENNOIS. *Etude sur les contusions, déchirures et ruptures du rein*, Th. de Paris, 1908.

LEGUEU. De la pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerpéralité, *IVe Congrès périodique de gyn., obst. et péd.*, Rouen 1904.

LEJARS. Les points douloureux appendiculaires, *Semaine méd.*, 11 mars 1908.

LŒPER et ESMONNET, Les algies sympathiques et l'hyperesthésie abdominale, *Presse méd.*, 25 avril 1910.

MARION. Pyélonéphrite de la grossesse, in *Leçons de Chir. urin.*, 1912, p. 75.

NEUMANN. Sur les calculs bactériens du bassinet et le traitement de la néphrite aiguë suppurée, *Deut. med. Woch.*, 1911, n° 32, p. 1473.

PÉRINEAU. *Le Cathétérisme uretéral et les lavages du bassinet dans les pyélonéphrites suppurées*, Th. de Paris, 1911, et *Journ. d'urol.*, 1912. On y trouvera une bibliographie très complète.

RAWIS REGINALD M. Colon bacillus infection of the urinary tract, with report of cases, *Med. Rec.*, 24 fév. 1912, p. 355.

ROCHARD, RUBENS-DUVAL et BODOLEC. Pyélonéphrite sporotrichosique, *Gaz. des hôpit*., 1909, n° 91.

SOURDILLES. *Contribution à l'étude clinique de la lithiase rénale*, Th. de Paris, 1907.

Traités classiques Duplay-Reclus, Le Dentu-Delbet.

WEILL (Mlle). *Les Pseudo-appendicites*, Th. de Paris, 1911.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 1er MAI 1912)

Les greffes osseuses. — MM. PONCET, DELBET et MOTY apportent de nouveaux faits au débat. M. Poncet rappelle les cas dans lesquels l'application de tiges métalliques en tant que tuteurs pour la formation d'un nouvel os ont donné de bons résultats. M. Delbet apporte un cas dans lequel il a remplacé un cubitus par un péroné. M. Moty a fait des greffes d'os de mouton qui se sont éliminées par la suite, mais non sans avoir aidé, dans une grande mesure, à la reconstitution de l'os nouveau.

M. TUFFIER analyse une observation de M. Léonte (de Bucarest). Il s'agit, dans ce cas, d'un spina ventosa du cinquième métacarpien qui a été excisé et remplacé par une partie du cinquième métatarsien. La radiographie avait confirmé le diagnostic de spina ventosa et on avait constaté que la peau avait gardé toute son intégrité. Le 17 mars 1911, M. Léonte pratique l'extirpation de ce spina ventosa, le désarticule de sa phalange, fait, en un mot, une résection ostéo-articulaire. Cela fait, il pratique la résection du cinquième métatarsien, reforme le pied et insère ce métatarsien à la place du métacarpien enlevé. Les suites opératoires furent simples. Six mois après, on constatait un rétablissement fonctionnel complet. Le malade marchait très bien et les mouvements de la main étaient parfaits. L'opération pratiquée par M. Léonte était donc pleinement justifiée et les résultats éloignés lui ont donné raison.

Toutefois on ne peut conclure ici à la réussite d'une vraie greffe dans le sens botanique du mot. Ce ne sont pas là des exemples de vraie greffe mais bien des exemples de tolérance parfaite de corps étrangers et c'est ainsi que les choses se passent dans la grande majorité des cas.

M. WALTHER revient sur le cas de M. Viallet au sujet duquel il a fait un rapport dans la dernière séance et discute de nouveau la question de savoir si l'on peut considérer ces résultats comme de véritables greffes ou bien admettre que ces cas ainsi transplantés ne jouent que le rôle de tuteurs pour la formation d'un os nouveau.

De la transfusion directe. — M. Delbet lit un travail très important, très documenté et très intéressant sur cette question de la transfusion directe du sang, à propos de deux faits de MM. Guillot et Dehelly. Dans un cas, on a mis, en communication directe, la saphène de l'un des sujets avec la radiale de l'autre, de telle sorte que le sang a passé directement de l'un de ces vaisseaux dans l'autre.

Après avoir exposé minutieusement la technique de ce mode de transfusion, M. Delbet donne les résultats de l'examen comparatif du sang du donneur et de celui du receveur.

Quelles sont les indications de la transfusion? C'est, en premier lieu, l'hémorragie, qui peut être arrêtée par l'action hémostatique de la transfusion.

Dans le premier des deux cas qu'analyse M. Delbet, il s'agissait d'une femme atteinte d'un fibrome hémorragique; hémorragies incoercibles; inefficacité des injections de sérum artificiel, de sérum frais de mouton, des injections de nucléinate de soude, action héroïque de la transfusion.

Dans le second cas, il s'agissait d'un malade atteint d'un cancer de l'estomac, cachectique, mourant de faim. On fit la transfusion pour pouvoir pratiquer une gastro-entérostomie. Mais malgré cela, le malade est mort après l'opération, tandis que la première malade a été par la suite opérée de son fibrome avec succès.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre M. Delbet dans la relation qu'il nous a faite des expériences pratiquées sur les chiens, d'abord saignés à blanc, puis transfusés. L'auteur condamne les injections salines dans les cas d'hémorragies. M. Delbet s'élève contre cette condamnation.

En somme, dans les hémorragies graves, vaut-il mieux faire la transfusion ou l'injection intraveineuse de sérum? M. Delbet semblerait enclin à préférer cette dernière.

Mais dans le shock sans hémorragie, la transfusion paraît contre-indiquée. Des expériences relatées par M. Delbet, il résulte que la tranfusion peut n'être pas sans danger.

L'auteur allemand a aussi essayé la transfusion dans les toxémies. Dans l'asphyxie par le gaz, elle peut être utile. M. Delbet ne la conseillerait pas dans les autres toxémies.

En somme, rarement efficace dans les hémorragies, la transfusion ne saurait être utile dans le shock post-opératoire.

Fistule vésico-vaginale. — M. Chaput présente un malade qu'il a opéré avec succès d'une fistule vésico-vaginale par la voie vagino-sacrée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 27 avril 1912)

Inauguration de la bibliothèque. — A l'occasion de l'ouverture de la bibliothèque dans ses nouveaux locaux, la Société de médecine de Paris tiendra le jeudi 9 mai, à huit heures trois quarts du soir, une séance solennelle extraordinaire sous la présidence d'honneur de MM. Lucas-Championnière et Letulle. La Société a tenu à fêter les nominations de ces deux éminents collègues à l'Institut et à la Faculté en même temps qu'elle célébrait son installation « dans ses meubles ».

Hernie ombilicale de l'enfant. — A propos du procès-verbal, M. Albert Mouchet approuve le bandage préconisé par M. Smester à la dernière séance dans le traitement de la hernie ombilicale des enfants, mais il croit que le meilleur bandage ombilical ne vaut rien et que la hernie ombilicale des nouveau-nés a une tendance spontanée à la guérison, même sans bandage.

M. Smester. Le pansement préconisé par l'auteur et que l'on peut faire avec des agglutinatifs peu irritants permet à l'anneau fibreux de se rétrécir normalement tout en permettant toutes les variations de volume de l'abdomen du bébé.

Une question d'hygiène alimentaire. — M. Lortat-Jacob. On ne peut actuellement employer, pour conserver la viande avec le plus de garanties hygiéniques, d'autres procédés que la réfrigération. Lorsque celle-ci est bien appliquée par l'air froid et sec, la viande s'améliore au point de vue culinaire; tous les parasites sont fixés par le froid et l'inspection peut les y retrouver. Il faut répandre dans le public cette vérité que la conservation de la viande réfrigérée n'a rien de commun avec l'emploi de la glace ou la congélation.

M. Smester. Il est vrai qu'actuellement la méthode de la réfrigération est celle qui donne les meilleurs résultats, mais elle donne de moindres garanties que le procédé de la déshydratation qui permet de ne consommer que la viande saine.

Présentation d'ouvrage. — M. Chassevant présente à la Société son livre intitulé « Hydrologie élémentaire à l'usage des médecins » qui renferme des renseignements sur les propriétés physiques et chimiques et sur l'origine des eaux minérales.

Tabes, rhumatisme et pseudo-tabes. — M. Maurice Faure présente deux malades dont les observations peuvent servir à préciser le diagnostic et la thérapeutique de ces affections; le premier est un tabétique qui, après vingt ans de douleurs qualifiées de rhumatismes, est atteint de graves lésions articulaires; ces symptômes ont guéri par des exercices de rééducation par la faradisation musculaire et le traitement général. Dans le second cas, il s'agit d'un pseudo-tabes dû à une polynévrite consécutive à l'éthylisme traité comme tabes par le mercure et la rééducation qui l'avaient aggravé et qui fut guéri presque complètement par le repos, les courants galvaniques et l'hygiène générale.

Quelques considérations sur l'ossification de l'olécrâne. — MM. Mouchet et Lobligeois présentent quelques considérations sur l'ossification de l'olécrâne, ils insistent sur l'apparition précoce du point osseux épiphysaire de l'olécrâne et sur l'existence (dans un tiers des cas) d'un point d'ossification accessoire pour le bec de l'olécrâne.

Crises viscérales du tabes et opération de Franke. — M. Nigay (de Vichy) considère qu'il ne faut pas hésiter à confier au chirurgien les tabétiques qui souffrent de crises viscérales intenses contre lesquelles les traitements médicaux échouent. Ces derniers peuvent pratiquer l'opération de Franke qui consiste en l'arrachement des septième, huitième, neuvième, dixième et onzième nerfs intercostaux. C'est une opération peu grave et efficace.

M. Klotz pense qu'avant d'essayer la méthode sanglante de Franke on pourrait tenter soit la méthode de Denslow par dilatations douces de l'urètre, soit la méthode de Fliess-Bonnier qui donnent la possibilité de faire disparaître les crises gastriques ou autres douleurs fulgurantes et le signe de Romberg.

M. Maurice Faure. On peut dire qu'il n'existe aucun traitement médical des troubles gastriques et intestinaux des tabétiques. Dans l'intervalle des crises, au moyen de l'hygiène générale, du régime, du traitement spécifique, on arrive à espacer les crises, à diminuer leur intensité et souvent à les supprimer complètement. L'opération de Franke peut donner des résultats mais elle ne sera justifiée que chez des sujets placés dans l'impossibilité de se soigner méthodiquement.

Etude urétroscopique de l'urètre (projections). — M. Georges Luys présente une série de magnifiques projections représentant l'étude complète de la muqueuse urétrale aussi bien à l'état normal qu'à l'état pathologique. L'auteur insiste sur l'importance de l'urétroscopie pour le diagnostic

et le traitement de l'urétrite chronique; c'est le meilleur moyen d'arriver à assurer par une thérapeutique efficace la guérison de cette maladie souvent si rebelle.

Le traitement arsenical des accidents nerveux de la syphilis. — M. Maurice Faure. Le traitement arsenical du tabes, des paraplégies, des hémiplégies est généralement bien toléré et améliore plus l'état général que ne le faisait le mercure. Mais il ne donne des résultats sur les accidents locaux que lorsqu'ils sont très récents. C'est d'ailleurs une erreur que de vouloir améliorer tous les malades et tous les symptômes avec un seul médicament ou une seule méthode thérapeutique car ces cas sont infiniment variés et complexes et exigent des soins très variés.

La méthode physiothérapique de Fliess-Bonnier. — M. Klotz expose cette méthode basée sur le rôle prépondérant que joue le système nerveux dans la guérison des maladies. Il cite cinquante observations de maladies aiguës ou chroniques intéressant la plupart de nos organes qu'il a pu guérir depuis trois ans par une simple pointe de feu sur des points déterminés de la muqueuse nasale; ces cautérisations permettent à l'organisme de retrouver ses moyens de défense naturels contre les causes morbigènes.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 25 AVRIL 1912)

Coup de feu du thorax avec lésion du poumon et du cœur. — M. Oberlé apporte à la Société quinze observations personnelles de coups de feu du thorax avec lésions du poumon et du cœur :

1° Un assassinat et un suicide par balles de revolver d'ordonnance modèle 94 ;

2° Cinq exécutions militaires;

3° Huit blessures de guerre par armes de petit calibre.

Ces huit dernières blessures du poumon, non sélectionnées malgré la gravité immédiate de deux d'entre elles, ont guéri complètement en un temps relativement court, sans complication et sans intervention. Aussi l'auteur conseille-t-il, comme une règle absolue dans le traitement des blessures du poumon, l'abstention dans le service de l'avant. Le plus souvent l'hémorragie s'arrête et les plaies se cicatrisent sous un pansement compressif.

En cas d'hémorragie tenace l'utilisation du sérum de cheval, dont M. Oberlé a pu constater les heureux résultats, semble préférable aux risques considérables d'une intervention, pratiquée dans les conditions, même les meilleures que l'on puisse espérer en chirurgie d'armée.

M. Batut joint aux débats deux observations de coups de feu thoraco-abdominaux.

Cals à ressort consécutifs aux fractures du péroné. — M. du Bauguet signale l'existence d'une suite non décrite des fractures du péroné, les « cals à ressort » dus dans les deux observations qu'il communique aux frottements osseux par le cal angulaire du péroné sur la face externe du tibia se produisant pendant les mouvements de circumduction du pied.

Cette pathogénie est démontrée par la radiographie dans une observation, par l'intervention dans l'autre.

Sinusite maxillaire par pénétration et abandon d'un tire-nerf dans une racine dentaire. — M. H. Toussaint.

Contusion de l'abdomen. Abcès prérénal droit. Laparotomie. Guérison après fistule. — M. H. Toussaint a observé un malade qui, au cours d'une lutte, fut vigoureusement projeté sur le sol et reçut un coup de genou au niveau de la partie supérieure du foie ; ce blessé présente un abcès prérénal consécutif vraisemblablement à une poche hématique en même temps qu'une pyurie assez accusée, une laparotomie permit, après ouverture du péritoine postérieur, le drainage de cette collection qui guérit malgré la persistance d'une petite fistule.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE REBELLE

Par M. Tomovice.

(Service du professeur Lancereaux, à l'hôpital du Perpétuel Secours, de Levallois-Perret.)

Se basant sur une longue expérimentation et sur des observations des plus intéressantes, le docteur Tomovice publie, sous ce titre, les conclusions de son travail. Nous en extrayons les passages suivants.

Toutes les fois que les autres médicaments avaient échoué, nous avons employé le Tannigène (1). Dans tous les cas nous avons obtenu une diminution du nombre des selles et une modification de leur consistance. Le Tannigène n'a aucune action nocive sur l'estomac; nos malades ont pu supporter des doses massives, sans que cela leur ait causé des troubles de l'appétit ou de l'intolérance et sans que nous ayons remarqué une constipation opiniâtre, comme il arrive avec d'autres médicaments antidiarrhéiques.

Par sa décomposition lente et dans un milieu alcalin seulement, l'action du Tannigène porte sur le gros intestin et même sur le rectum. Nous croyons que l'action du Tannigène est à la fois antidiarrhéique, hémostatique et antiseptique. (Extrait du *Journal de médecine de Paris*, 1911.)

LIVRES NOUVEAUX

Les Opiomanes [mangeurs, buveurs et fumeurs d'opium] (2), par le docteur Roger Dupouy.

Deux grands fléaux toxiques, dont l'origine est si lointaine qu'aucun document certain ne peut plus nous permettre d'en préciser l'histoire intégrale, semblent se partager les races humaines. Ce sont l'alcoolisme et l'opiumisme. Jusqu'au siècle dernier ils avaient tous deux leur empire distinct : le premier sévissait sur l'Europe, le second sur les races jaunes. Mais après les conquêtes et au cours des colonisations, tandis que le Blanc avec l'alcoolisme imposait au vaincu sa domination, celui-ci se vengeait en l'asservissant à l'opium.

De rares qu'ils étaient au début les cas d'intoxication sont devenus de plus en plus fréquents, non seulement parmi les coloniaux mais s'infiltrant dans de nombreuses villes de France. S'il faut en croire les observations médicales toujours plus nombreuses ainsi que les faits de scandales quotidiens qui provoquent souvent l'intervention de la police, cet empoisonnement devient un nouveau danger national, jusqu'à un certain point comparable pour des milieux cultivés, militaires ou artistes, à celui de l'alcool pour la classe ouvrière.

C'est faire œuvre utile que d'étudier et de dénoncer ce danger, afin de le combattre avec plus d'efficacité. C'est le noble but que s'est proposé le docteur Dupouy.

Certes, la littérature de l'opium est riche, beaucoup de médecins de la marine et des colonies ont amassé des matériaux sur cette intoxication, mais l'opium est un poison avant tout psychique, dont l'usage s'implante à la faveur de conditions d'origine et de terrain psychopathiques et, ainsi que le

(1) Se prescrit sous forme de comprimés Bayer de Tannigène, dosés à 0g50, en tubes de 10 comprimés. (Prix : 1 fr. 50.)

(2) In-8 de 320 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, F. Alcan.

remarque le professeur Régis dans la préface de ce livre, « aucun psychiatre, fort de sa compétence spéciale, de son érudition, de ses observations personnelles, n'avait eu l'idée de réunir en un livre l'ensemble de ces documents. Le docteur Dupouy l'a fait avec le souci de rendre service à tous ceux qu'intéresse l'hygiène sociale, c'est-à-dire le grand problème de la santé publique ».

Dans une étude de cet ordre, ce qu'il importe très justement de mettre en valeur, ce sont les caractéristiques du déséquilibre psychique sur lequel prend naissance et se développe l'opiumanie : ce sont celles de la toxicomanie en général. Après des généralités indispensables sur l'opium et les modes d'intoxication, l'auteur étudie successivement les périodes de début ou d'initiation, d'état et de terminaison ou déchéance. Avec raison il distingue une intoxication aiguë ébrieuse et une intoxication chronique sur laquelle peuvent se greffer des psychoses thébaïques épisodiques, aiguës ou subaiguës. Un chapitre à part comprend l'étude de la période d'abstinence et de l'état de besoin, ainsi que quelques indications fondamentales dans la cure de sevrage.

Une importante étude médico-littéraire des opiumanes les plus célèbres, anglais et français, depuis Thomas de Quincey jusqu'à Barbey d'Aurévilly, n'est pas la partie la moins attrayante de l'ouvrage. L'influence pernicieuse de notre littérature moderne est fort justement indiquée parmi les causes qui jettent tant d'adeptes dans les griffes du poison et leur font rechercher un bien-être illusoire qui n'existe, suivant l'expression si juste d'une de ses victimes, que comparativement au malaise de l'état de besoin. PAUL CAMUS.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXVI, n° 8, 22 fév. 1912.) Edward REYNOLDS : Résultats éloignés des interventions chez les neurasthéniques et leur effet sur la neurasthénie (45 observations). — Joseph H. PRATT : L'enseignement du traitement de la tuberculose à domicile et la façon dont on peut l'organiser. — Guthrie MAC CONNELL : Description d'un cas de tumeur primitive de la rate. — Benjamin TENNEY et Henry MELVILLECHASE : L'infection urinaire. — A. B. EMMONS : La puériculture intra-utérine. — A. B. EMMONS : La prophylaxie de l'éclampsie. — George W. MORSE : Un cas d'urcite chyleuse. Anastomose péritonéo-veineuse. Guérison. — (N° 9, 29 fév.) D. L. EDSALL : Le clinicien, l'hôpital, l'école de médecine. — W. P. LUCAS et E. E. SOUTHARD : Contribution à la neurologie de l'enfant : la tendance convulsive pendant et après les encéphalites infantiles (1 tableau, 12 obs.). — Walter M. BOOTHBY : Un masque à fixation spontanée sur la figure pour l'anesthésie au mélange oxygène-protoxyde d'azote. — J. W. COURTNEY : Un cas de thrombose de l'artère cérébelleuse inférieure et postérieure gauche (4 fig.). — G. L. WALTON : Cas d'un sommelier qui tua ses 3 enfants. — (N° 10, 7 mars.) Francis LOWELL BURNETT : John Hunter. — Ernest BOYEN YOUNG : La valeur des lavages intra-utérins, du tamponnement et des antiseptiques dans le traitement des fausses couches. Etude des résultats dans 2000 cas (6 tableaux). — Robert B. HUNT : Les méthodes pour favoriser la digestion des protéides (1 tableau). — Richard M. SMITH : Idiotie familiale avec amaurose. — James HERBERT YOUNG : Une table pour le calcul rapide des modifications du lait (1 fig.). — William H. KRAUS : Remarques sur les appareils orthopédiques européens et américains (3 fig.). — Gordon BERRY : Sarcome de l'amygdale. — C. A. PORTER : Deux cas de sténose hypertrophique du pylore chez l'enfant (1 fig.). — Georges H. POWERS : Mastoïdite aiguë compliquée par un tic douloureux. — Francis M. HACKEMANN et E. W. TAYLOR : Un cas d'irritation des racines nerveuses dans la ponction lombaire.

Encéphale. — (N° 3, 10 mars 1912.) NOÏCA : Etude sur les mouvements associés de l'homme normal et des malades. — Maurice DIDE : Les dyspsychies. — LAIGNEL-LAVASTINE et V. JONNESCO : Note anatomique sur un cas d'hydrocéphalie interne chronique acquise (4 planches). — Louis MENCIÈRE : Paralysie de l'épaule par impotence du grand dentelé et du trapèze scapulaire. Technique opératoire pour le traitement du « scapulum alatum » (figure et planches). — René MASSELON : Les dilués hallucinatoires chroniques. — Manuel de VASCONCELLOS : Sur la claudication intermittente.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 13 AU 18 MAI 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 13 mai, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (oral, 1re partie).
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.*
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*
Mardi 14 mai, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
4e.
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).
Mercredi 15 mai, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
4e.
Vendredi 17 mai, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
4e.
5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*
Samedi 18 mai, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
2e.
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

THÈSES

Mardi 14 mai, à une heure. — M. PETIT. Méningites et réactions méningées dans l'urémie. (MM. Albert Robin, président; Thoinot, Widal et Nobécourt.) — M. PAILLARD. Traumatismes et myocardites. Revision critique. (MM. Thoinot, président; Albert Robin, Widal et Nobécourt.) — M. ALTERMANN. Les hémorragies méningées au cours de méningites tuberculeuses. (MM. Widal, président; Albert Robin, Thoinot et Nobécourt.) — M. LEVIN. Recherches expérimentales sur l'involution du thymus. (MM. Prenant, président; Quénu, Retterer et Chevassu.) — M. GOURVITCH. La chirurgie vésicale des fistules vésico-vaginales. (MM. Quénu, président; Prenant, Retterer et Chevassu.)

Mercredi 15 mai, à une heure. — M. BALLERIN. Contribution à l'étude du redressement des déviations de la cloison des fosses nasales par la résection sous-muqueuse. (MM. Reclus, président; Nicolas, Letulle et Lœper.) — Mlle POPOFF. Contribution à l'étude du repli semi-lunaire et de la caroncule lacrymale chez l'homme. (MM. Nicolas, président; Reclus, Letulle et Lœper.) — M. PHILIPPE. Revue clinique et contribution au traitement des points de côté des tuberculeux. (MM. Letulle, président; Reclus, Nicolas et Lœper.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 3 mai : MM. Tixier, Salomon et Boidin, 18; Laederich, 18 1/2.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture.* — Séance du 3 mai : MM. Barbier, 24; Gernez et Mocquot, 27.

Sont admis à prendre part à la première épreuve clinique : MM. Martin, Mercadé, Sauvé, Gernez, Hallopeau, Mocquot, Okinczyc, Mathieu, Marcille, Capette, Bréchot, Piquand, Heitz-Boyer, Küss, Barbier, Kendirdjy, Bazy, Guimbellot, Roux, Gasne, Français.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Lecture.* — Séance du 3 mai. — MM. Wallimann, 10 + 16 = 26; Hutinet, 12 + 14 = 24; Capot de Quissac-Vandrin, 7 + 10 = 17; Chalard et Strauss, 11 + 15 = 26.

HOMMAGE A M. JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — L'association de la Presse médicale a fêté, à l'occasion de son dernier dîner mensuel, l'élection de M. Lucas-Championnière à l'Institut et le cinquantenaire de son entrée dans la presse médicale. Son premier article dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* date en effet de mai 1862.

Des discours ont été prononcés par MM. Albert Robin, Bardet, de Fleury, Charlier-Tabur, Blondel et Granjux, au nom des associations scientifiques qu'ils représentent.

LE LEGS LOUTREUIL. — Par décret présidentiel promulgué au *Journal officiel*, est autorisée l'acceptation des legs suivants provenant de la succession de M. Loutreuil :

1° Par l'Académie des sciences d'une somme de 3500000 francs;

2° Par l'Université de Paris d'une somme de 2500000 francs;

3° Par la caisse des recherches scientifiques d'une somme de 1000000 de francs;

4° Par l'Institut Pasteur d'une somme de 100000 francs.

LA DÉLIVRANCE DE LA MÉDAILLE DE 1870-1871. — En ce qui concerne les médecins désireux de se faire délivrer la médaille commémorative de 1870-1871, ils devront, pour établir leurs titres, fournir à l'appui de leur demande l'original ou une copie certifiée conforme d'un ordre de service ou du diplôme délivré par la société de secours aux blessés (Croix-Rouge) ou par d'autres sociétés similaires.

A défaut de ces pièces, leurs titres pourront être établis au moyen d'attestations d'autorités militaires ou civiles sous les ordres desquelles ils se trouvaient placés, ou d'extraits certifiés conformes de documents d'une authenticité certaine ou conservés dans les archives départementales ou communales et mentionnant expressément leur participation effective au service des hospices, hôpitaux et ambulances aménagés pour les malades et les blessés de la guerre.

ASSOCIATION GÉNÉRALE. — A la suite des votes émis à la récente assemblée générale de l'A. G. — si tragiquement marquée par l'hémorragie cérébrale qui frappa à mort le président, M. le docteur Lande — ont été élus :

Vice-président, M. Combemale (de Lille).

Secrétaire des séances, M. Régis (de Paris).

Membres du conseil général, MM. Bilhaut et Dignat (Paris), Saquet (Loire-Inférieure), Bazot (Yonne), Bousquet (Puy-de-Dôme), Cousyn (Morbihan), Dayot fils (Ille-et-Vilaine), Gilson (Charente), Louis Hirigoyen (Gironde), Auguste Lutaud (Paris), Raymond (Haute-Vienne), Roudouly (Tarn-et-Garonne), Sarles (Bouches-du-Rhône), Séailles (Paris), Thiéry (Meuse).

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — Le bureau du S. M. P. pour 1912 se trouve ainsi constitué :

Président, M. de Pradel ; vice-présidents, MM. Birabeau et d'Ayrenx; secrétaire général, M. Berruyer; secrétaire général adjoint, M. Labady; trésorier, M. de Spéville ; rédacteur en chef, M. Chapon ; secrétaires de la rédaction, MM. Régis et Labady.

LE XIIe VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES AUX STATIONS HYDROMINÉRALES ET CLIMATIQUES DE FRANCE aura lieu

RENSEIGNEMENTS


ELIXIR de
VIRGINIE
NYRDAHL
Souverain contre :
VARICES -:- HÉMORROÏDES
VARICOCÈLES -:- PHLÉBITES
ACCIDENTS de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE
(Congestions et Hémorragies)
Échantillon gratuit : PRODUITS NYRDAHL, 20, rue de La Rochefoucauld, PARIS
EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

du 1er au 14 septembre 1912, sous la présidence effective du professeur Landouzy.

Il comprendra les stations du Centre et de l'Auvergne, visitées dans l'ordre suivant :

La Motte-Beuvron (sanatorium), La Roche-Posay, Néris, Evaux, La Bourboule, Mont-Dore, Saint-Nectaire, Vic-sur-Cère et Le Lioran (stations climatiques), Royat, Durtol (sanatorium), Chatel-Guyon, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré-les-Bains, Pougues.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, ou au docteur Jouaust, 4, rue Frédéric-Bastiat, Paris.

EXERCICE ILLÉGAL. — M. G. J. Macaura, qui assure avoir guéri des milliers de malades par des moyens mécaniques dont il est l'inventeur, vient d'être convoqué par M. Tortat, juge d'instruction. M. Macaura, qui est actuellement en Allemagne, est à la requête du parquet poursuivi pour escroqueries et exercice illégal de la médecine.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Marc Sée, chirurgien honoraire des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de médecine. Nous adressons nos bien vives condoléances à son fils, le docteur Marcel Sée; — P. Bohéas et Ph. Aude, médecins en chef de la marine en retraite.

L'HYGIÈNE DES JARDINS PUBLICS. — La pétition suivante a été adressée au Conseil municipal :

« Les allées où jouent les enfants dans nos jardins publics sont trop souvent souillées de crachats. Le danger de contamination par le contact des petites mains et des petits pieds est ici d'autant plus grand que le sol n'en peut être nettoyé énergiquement par les moyens mécaniques comme celui des voies publiques. Certains d'être les interprètes de toutes les mères et de tous les citoyens soucieux de la santé des enfants, les soussignés prient le Conseil municipal de provoquer l'interdiction absolue de souiller les allées des parcs et squares et d'étudier les sanctions propres à rendre cette interdiction efficace. »

Cette pétition est signée de MM. Armand Gautier, de l'Institut; Pruvot, professeur à la Sorbonne; Lippmann, de l'Institut; Yves Delage, de l'Institut; Michel Bréal, de l'Institut; Blanchard, professeur à la Faculté de médecine; Seignobos, professeur à la Sorbonne; André Michel, conservateur du musée du Louvre; Chatin, professeur à la Sorbonne; Appell, doyen de la Faculté des sciences; Ditte; Gaston Bonnier, de l'Institut; E. Haug, professeur à la Faculté des sciences, etc.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE DES HOPITAUX. (Directeur : M. Pierre SEBILEAU, agrégé de la Faculté, chirurgien de Lariboisière.) — SEMESTRE D'ÉTÉ DE 1912. — Exercices de médecine opératoire spéciale : chirurgie opératoire de l'œil et des annexes de l'œil (cinquième cours), du 10 au 22 mai 1912, par MM. les docteurs Morax, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière; Poulard, ophtalmologiste des hôpitaux; Magitot, assistant à l'hôpital Lariboisière.

1° Opérations sur la sclérotique et la cornée; 2° sur les muscles oculaires; 3° sur les paupières, chalazion, marginoplastie, etc.; 4° sur les paupières, ectropion, entropion; 5° sur l'orbite et le globe oculaire; 6° sur l'iris, opérations antiglaucomateuses; 7° sur les paupières et les glandes lacrymales; 8° sur les voies lacrymales et la conjonctive; 9° sur le cristallin et la capsule; 10° Opérations nouvelles.

Le cours aura lieu tous les jours à une heure trois quarts. Le droit d'inscription est de 60 francs.

Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — MALADIES DU CŒUR, DES VAISSEAUX ET DU SANG. — M. le docteur Vaquez, agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Saint-Antoine recommencera ses leçons du jeudi sur les maladies du cœur, des vaisseaux et du sang le jeudi 9 mai 1912, à dix heures du matin, à la policlinique du pavillon Lorain.

Démonstrations complémentaires : M. Lutembacher commencera le samedi 11 mai 1912 à dix heures du matin un cours complémentaire de technique pour l'examen du cœur et des vaisseaux.

Le droit d'inscription pour ce cours complémentaire est de 30 francs; s'inscrire dans le service.

HOPITAL TROUSSEAU. — CHIRURGIE INFANTILE. — M. le docteur Savariaud fera tous les samedis, à onze heures, pendant les mois de mai et juin, des leçons pratiques sur les sujets suivants :

Anesthésie générale. — Méthodes de pansements. — Traitement des abcès froids. — Traitement des tuberculoses osseuses et articulaires. — Traitement des principales malformations (bec-de-lièvre, fentes palatines, pied bot, luxation de la hanche, hernies, syndactylie). — Principes généraux d'orthopédie, redressements, appareils plâtrés, silicatés. — Traitement de la paralysie infantile, de la maladie de Little. — Traitement de l'appendicite aiguë. — Traitement des principales fractures chez l'enfant.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES SIMULATEURS

Il y a quatre ans le président du syndicat général de garantie du bâtiment, M. Villemin, avait déposé une plainte contre un certain nombre d'ouvriers terrassiers et de médecins qui se faisaient leurs complices pour simulation d'accidents du travail.

Aucune suite ne fut donnée à cette plainte; les médecins désignés se retournèrent alors contre M. Villemin et lui intentèrent un procès en dommages-intérêts pour le préjudice moral causé et en cent cinquante insertions du jugement à intervenir.

L'affaire est venue devant la 1re Chambre du tribunal civil présidée par M. Monier, qui a rendu un jugement dont nous détachons les « attendus » suivants :

« ... Attendu que dans le commencement des années 1907 et 1908, de très nombreux cas furent signalés d'ouvriers qui, par des procédés dolosifs et grâce à de coupables complaisances, qui se traduisirent par des témoignages oraux ou des certificats écrits, en étaient arrivés à simuler des accidents, à s'en faire considérer faussement comme les victimes et à se faire ensuite remettre par les patrons ou les compagnies d'assurances des indemnités illégitimes;

Attendu que le parquet s'émut, à juste titre, de ces audacieuses entreprises et que plusieurs informations s'ensuivirent; que la presse se livra, à cet égard, à une campagne de juste réprobation, et que l'opinion en demeura fort longtemps très justement impressionnée; que chacun s'indigna, à bon droit, contre ces ouvriers malhonnêtes dont les procédés provoquèrent contre la loi bienfaisante de 1898 d'injustes critiques, mais que les protestations générales atteignirent au même titre, et peut-être plus sévèrement, les tiers coupables qui, en échange de la rémunération que leur valaient leurs fausses assertions écrites ou orales, n'avaient pas craint de prêter leur concours à ces machinations et en avaient assuré le succès au détriment du monde patronal, des compagnies d'assurances et de la classe ouvrière honnête;

Attendu qu'il n'était pas inutile de retracer cet état d'esprit pour apprécier judicieusement les incriminations dirigées aujourd'hui contre le syndicat général du bâtiment, qui comptait, à cette époque, au nombre des victimes principales de ces entreprises de fraude;

Attendu que c'est avec de telles préoccupations, expliquées et presque commandées par les circonstances, que le syndicat général du bâtiment fut conduit à interpréter les faits d'apparence si anormale qu'on lui signala, au lendemain de la grève qui se déclara le 18 février 1907, parmi les ouvriers de l'entreprise Chagnaud, qui travaillaient sur les chantiers du métropolitain à la construction du caisson établi sous la Seine... »

Enfin, après avoir déclaré que le doute scientifique avait bénéficié aux inculpés, le tribunal établit que Villemin ès qualités n'a commis aucune faute en portant plainte contre les médecins auteurs de certificats délivrés aux prétendues victimes d'accidents.

Le tribunal a, en conséquence, débouté les médecins parisiens du procès intenté contre le président du syndicat général de garantie (*Le Temps*).

TRAITEMENT DES ULCÈRES DE JAMBE

PAR LES

APPLICATIONS LOCALES DE SALVARSAN

PAR MM.

le Dr A. LÉVY-BING et L. DURŒUX,

Médecin de Saint-Lazare, Interne de Saint-Lazare.

En octobre 1911, le docteur Melun (de Bucarest) publiait un très intéressant mémoire (1) sur la guérison rapide des chancres syphilitiques et des chancres simples, traités uniquement par des applications locales d'arsenobenzol. Utilisant cette technique dans des cas analogues, nous avons obtenu également d'excellents résultats : formation au centre de la lésion d'une escarre noirâtre qui s'élimine en trois ou quatre jours, laissant à découvert une cicatrice complètement formée.

Le Salvarsan joint donc à ses propriétés antispirillicides un énergique pouvoir cicatrisant.

En présence de ces constatations, nous avons tout d'abord soumis à ce traitement un malade atteint d'ulcères syphilitiques des deux jambes et nous avons ensuite étendu notre expérimentation à des ulcères variqueux simples.

Nous avons au début employé la poudre de Salvarsan, telle qu'elle se présente en ampoules scellées ; nous nous sommes servis de doses de 20 centigrammes dont nous avons saupoudré les ulcères à traiter. Quelle que fût la nature des lésions, syphilitiques ou non, nous les avons vues en deux ou trois jours s'améliorer considérablement et diminuer d'étendue par prolifération rapide et épidermisation intensive des bords ; mais, en même temps, nous assistions au centre de l'ulcération à un incident qui venait retarder de beaucoup la cicatrisation complète de la lésion.

Dès le deuxième jour, en effet, après l'application de la poudre de Salvarsan, il se produit au centre de l'ulcère une véritable escarre, noirâtre, très résistante et adhérente aux plans profonds ; cette escarre s'enlève difficilement et repose sur une épaisse zone de tissu infiltré, d'une dureté ligneuse, criant sous le scalpel et se détachant en fibres plus ou moins longues.

On conçoit facilement que l'élimination spontanée d'une telle escarre soit des plus lentes.

La poudre de Salvarsan se comporte donc comme un caustique trop puissant; aussi avons-nous fait préparer, par le docteur Lafay, une pommade de Salvarsan au 1/10 (Salvarsan, 1 gramme ; vaseline, 10 grammes), pommade que nous avons employée depuis.

L'application en est des plus simples; après avoir détergé chaque fois la lésion avec une compresse stérilisée, nous étalons la pommade sur toute la surface érosive en nous servant d'une spatule ; la quantité nécessaire est minime : valeur d'un gros pois pour des ulcères de 6 à 8 centimètres de diamètre. Nous recouvrons avec un pansement sec, et nous recommençons le traitement tous les deux jours.

(1) MELUN. L'arsenobenzol en applications topiques, *Ann. des malad. vénériennes*, 1911, no 10.

Cette pommade présente sur la poudre des avantages incontestables ; le Salvarsan incorporé dans la vaseline ou la lanoline est à l'abri de l'air et se décompose moins rapidement ; on n'observe plus avec elle de nécrose des tissus ; elle conserve au contraire toute son action épidermisante comme en témoignent les observations suivantes.

OBSERVATION I. — *Ulcères syphilitiques des deux jambes chez un variqueux.* — H... (Auguste), âgé de cinquante ans. En 1880, le malade contracte un chancre syphilitique de la verge pour lequel il suit un traitement mercuriel très irrégulier.

En 1886, au niveau du tiers inférieur de la jambe gauche et à la face interne, évolue une gomme qui s'ulcère rapidement ; et régulièrement, à intervalles de deux ou trois ans, les mêmes ulcérations reparaissent, siégeant tantôt sur la jambe droite, tantôt sur la jambe gauche. Le malade est chaque fois traité par des pilules de protoiodure de mercure et des pansements avec la pommade à l'oxyde de zinc ou l'emplâtre de Vigo.

En 1904, le malade entre à l'hôpital Saint-Louis pour un ulcère de la jambe gauche.

En 1908, nouveau séjour à l'hôpital Tenon pour ulcères de jambes.

En mai 1911, à quinze jours d'intervalle se forment deux ulcérations à la face interne de la jambe gauche et un mois après une ulcération analogue apparaît à la partie inférieure et interne de la jambe droite.

Le malade soigne lui-même ces lésions qui le forcent à abandonner souvent son travail. Mais les ulcérations vont toujours en augmentant et, le 28 décembre 1911, il entre à l'hôpital Lariboisière.

Le 8 janvier 1912, les deux jambes présentent une légère

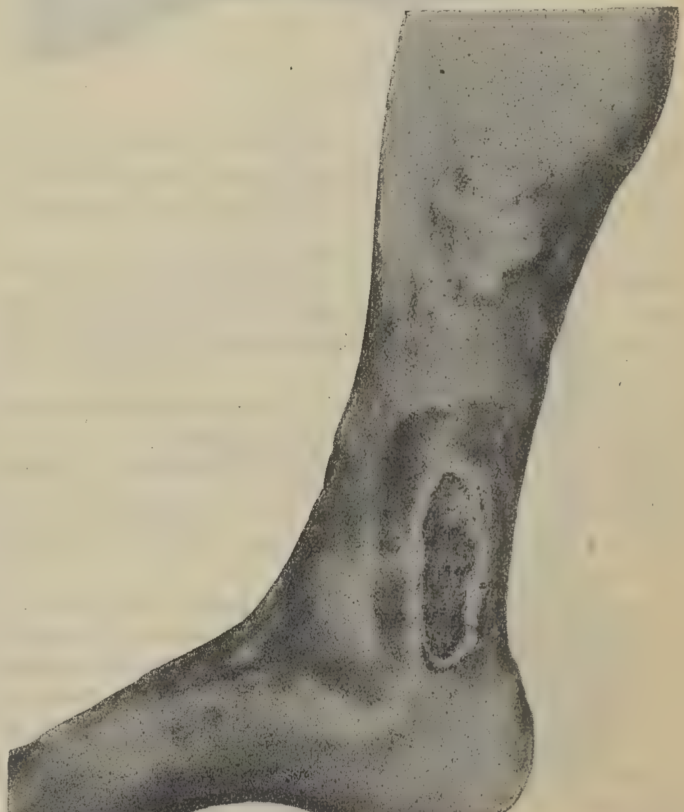


FIG. 1.

déformation et une coloration brunâtre, vestiges des lésions anciennes cicatrisées. De plus les téguments sont soulevés par de grosses veines variqueuses, flexueuses, très dilatées.

A l'extrémité inférieure de la jambe droite (fig. 1), en arrière

et au-dessus de la malléole interne, siège une grande ulcération allongée, longue de 10 centimètres et demi et large de 3 centimètres.

Deux autres lésions semblables siègent sur la face interne de la jambe gauche (fig. 2), l'une arrondie, longue de 8 centimètres et large de 5 centimètres et demi, au niveau de la



Fig. 2.

partie moyenne, le long du bord interne du tibia; l'autre, plus allongée, mesurant 9 centimètres de long sur 5 centimètres et demi de large, un peu au-dessus et en arrière de la malléole interne.

Ces différentes lésions présentent le même aspect; ce sont des ulcérations à fond sanieux, couvert de bourgeons plus ou moins violacés et sécrétant un pus jaunâtre; les bords sont arrondis, en bourrelet, et paraissent taillés à pic dans un tissu dur, infiltré.

Elles ont tout à fait les caractères des lésions syphilitiques et le séro-diagnostic de Wassermann est positif.

Le 9 janvier, on applique sur chaque ulcération de la jambe gauche 0g20 de poudre de Salvarsan.

Au niveau de la jambe droite on fait un simple pansement.

Le 11 janvier, l'ulcération de la jambe droite ne s'est pas modifiée.

A gauche, au contraire, on note de grands changements : la lésion supérieure a considérablement diminué, les bords se sont épidermisés sur une largeur de 1 centimètre environ au niveau de tout son pourtour et il reste au centre une surface moins profonde, ne mesurant plus que 5 centimètres de long sur 3 centimètres de large, recouverte d'un enduit humide, noirâtre.

La même amélioration se manifeste au niveau de la lésion inférieure. Il s'est formé un pont de tissu épidermisé couvrant la partie inférieure qui est presque complètement comblée; à la partie supérieure la diminution a été rapide et la région érosive ne mesure plus que 3 centimètres de haut sur 2 de large.

On saupoudre à nouveau les deux ulcérations avec 0g20 de poudre de salvarsan.

Le 12 janvier, il s'est produit au niveau des deux lésions de la jambe gauche une escarre noirâtre, dure, très adhérente.

Le 17 janvier, l'ulcération de la jambe droite bourgeonne légèrement.

A gauche, on enlève les escarres noirâtres qui recouvrent les lésions; les deux ulcérations ne se sont plus modifiées; les bords ne bourgeonnent plus et le fond est en voie de scarification.

Le 20 janvier, à gauche se sont formées de nouvelles escarres que l'on enlève aux ciseaux; à droite, la lésion s'est peu modifiée; on commence à la traiter avec la pommade au Salvarsan au 1/10.

Le 22 janvier, pas de modifications à la jambe gauche.

A droite, au contraire, la lésion se cicatrise rapidement.

Le 29 janvier, l'ulcération de la jambe droite soignée avec des applications de pommade de Salvarsan est complètement cicatrisée.

Le 4 février, les escarres se sont éliminées, au niveau de la jambe droite; les lésions n'ont pas diminué sensiblement d'étendue, mais elles sont moins profondes. On commence à leur niveau les applications de pommade de salvarsan.

Le 10 février, une grande amélioration se manifeste; le fond des lésions bourgeonne activement en même temps qu'une prolifération intensive se fait sur les bords.

Le 18 février, les deux lésions n'ont plus environ que le tiers de leur étendue; la cicatrisation se poursuit activement.

Le 24 février, les deux ulcérations ont rapidement bourgeonné, sont devenues très superficielles et leur surface a diminué de moitié.

Le 2 mars, les deux lésions sont couvertes d'une cicatrice légèrement squameuse. Guérison complète.

Observation II. — *Ulcère variqueux de la jambe droite.* — H... (Adrien), âgé de quarante-sept ans, cocher.

L'affection a débuté il y a quatre ans; à ce moment est apparue une plaie de la jambe droite, qui ne s'est jamais cicatrisée depuis.

En avril 1911, l'ulcère, très amélioré, n'a plus que la dimension d'une pièce de 2 francs; mais à peine le malade a-t-il repris ses occupations, que la lésion recommence à évoluer et regagne ses dimensions habituelles en juin 1911. Il continue son travail, mais alors apparaît un œdème énorme de la jambe et du pied droits et il entre à l'hôpital Lariboisière le 12 décembre 1911.

Le 11 janvier 1912, sous l'influence du repos et des pansements, une légère amélioration s'est manifestée; l'œdème de la jambe et du pied ont en partie disparu. Néanmoins le membre est encore très gros, déformé légèrement; quelques paquets variqueux font saillie sous la peau et à la palpation on sent de gros cordons veineux profonds.

La peau est le siège de troubles trophiques; elle est écailleuse, couverte de squames qui se détachent facilement. A la face externe (fig. 3) et au niveau du tiers inférieur de la jambe siège une grande ulcération arrondie, légèrement allongée, à bords irréguliers, peu élevés. Le fond de la lésion est uni, rosé, et ne sécrète qu'un peu de liquide incolore.

L'ulcération n'est pas douloureuse; elle mesure 8 centimètres de long sur 6 centimètres de large.

Le 12 janvier, on la saupoudre avec 20 centigrammes de poudre de Salvarsan.

Le 13 janvier, la lésion s'est déjà modifiée; les bords bourgeonnent rapidement et la petite encoche de l'extrémité supérieure a disparu, comblée par du tissu de nouvelle formation.

Le 14 janvier, l'ulcération a diminué dans de notables proportions; elle ne mesure plus que 6c,5 de long sur 4c,5 de large; mais, au centre, le travail de cicatrisation s'est arrêté; il s'est formé à ce niveau une escarre noirâtre, très épaisse, très adhérente, qui empêche une nouvelle application de Salvarsan.

Cette escarre ne s'élimina complètement que quinze jours après.

Le 29 janvier, en effet, la lésion est complètement détergée; le fond n'est plus couvert de débris, mais rosé et suintant. Mais la lésion s'est de nouveau légèrement agrandie; on recommence le traitement avec la pommade de Salvarsan au dixième.

Le 5 février, une grosse amélioration se manifeste; la lésion diminue de dimensions, en même temps qu'elle devient beaucoup plus superficielle.

Le 16 février, le travail de cicatrisation se poursuit rapidement, l'ulcération n'a plus que les dimensions d'une pièce de 5 francs.

Le 24 février, la lésion diminue de plus en plus et la cicatrisation se fait des bords vers le centre.

Le 28 février, l'ulcération est complètement guérie. Les croûtes qui la recouvrent sont minces et se détachent facilement, montrant une cicatrice rosée.

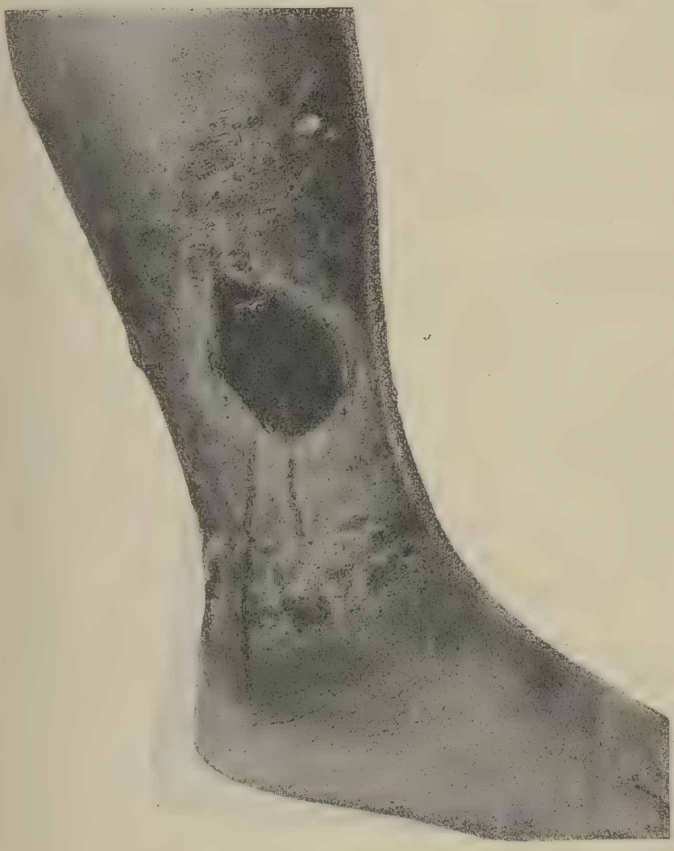


Fig. 3.

Observation III. — *Ulcères variqueux des deux jambes.* — F... (Félix), soixante-sept ans.

En 1898, apparaît un ulcère variqueux de la jambe droite qui se reproduit depuis lors, chaque année.

En 1902, à la suite d'un traumatisme, il se produit un ulcère de la jambe gauche qui évolue avec des périodes de cicatrisation plus ou moins longues.

En octobre 1911, il se forme deux nouveaux ulcères variqueux; sous l'influence du repos, une amélioration se produit, d'ailleurs très lente.

Le 20 janvier 1912, au niveau de la jambe gauche (fig. 4), il existe une ulcération presque rectangulaire, à bords assez nets et légèrement surélevés; à la partie antérieure un petit îlot cicatriciel est séparé des téguments sains par un passage érosif. A la jambe droite (fig. 5) l'ulcération, différente de forme, est plus étendue, plus profonde; les bords sont surélevés. Le malade n'a jamais eu la syphilis; la séro-réaction de Wassermann est négative.

On commence le traitement avec la pommade de Salvarsan au dixième.

Le 27 janvier, l'amélioration des deux lésions a été rapide.



Fig. 4.



Fig. 5.

A la jambe gauche la surface encore érosive n'a plus que les dimensions d'une pièce de 0 fr. 10, le reste est complètement cicatrisé.

A la jambe droite, l'ulcération a diminué d'étendue et de profondeur.

Le 4 février, la jambe gauche est presque complètement guérie ; à la jambe droite l'ulcération est devenue très superficielle, et les bords se rapprochent rapidement. Un pont de tissu cicatriciel en sépare complètement les deux portions.

Le 10 février, la cicatrisation est parfaite au niveau de la jambe gauche ; à droite la lésion a considérablement diminué; elle est très superficielle et sa surface n'est plus environ que le quart de ce qu'elle était avant tout traitement.

Le 16 février, l'amélioration continue à vue d'œil.

Le 24 février, les bords de la lésion se rapprochent de plus en plus, laissant au centre une petite surface encore érosive.

Le 1er mars, l'ulcération est complètement cicatrisée.

Observation IV. — *Ulcères variqueux de la jambe gauche.* — R... (Jean), soixante-douze ans.

Le début de l'affection remonte à 1872 ; il s'est formé à cette époque un ulcère au niveau de la jambe gauche, qui évolue



Fig. 6.

depuis, avec des périodes de cicatrisation plus ou moins longues.

Il y a trois ans réapparaissent deux ulcérations superposées, de la largeur d'une demi-paume de main.

En décembre 1911, il existe deux ulcérations, une supérieure transversale, une inférieure plus arrondie. Celle-ci prend un énorme développement à la suite d'un choc, et le malade entre à l'hôpital Lariboisière le 23 janvier 1912.

Le 27 janvier, au niveau de la région moyenne de la jambe gauche, il existe une première ulcération transversale profonde, à fond sanieux, à bords épais, présentant peu de tendances à la cicatrisation; cette ulcération est légèrement étranglée à sa partie moyenne (voir fig. 6 : jambe vue en dedans, et fig. 7 : jambe vue en dehors).

L'ulcération inférieure est excessivement étendue : 10 centimètres $\times$ 16 centimètres. Elle est très profonde, les bords sont épais, taillés à pic, peu bourgeonnants; le fond suppure abondamment. A la partie antérieure, l'os est à découvert et à l'aide d'une pince on enlève quelques petites esquilles osseuses.

A la partie postérieure seulement il existe un pont de tissu cicatriciel de 3 centimètres de large.

La jambe présente des troubles trophiques : peau écailleuse et brunâtre, pied bot. L'état général du malade est mauvais. Pas d'antécédents syphilitiques.

Le 28 janvier, on fait une première application de pommade de Salvarsan au dixième et on continue le même traitement tous les deux jours.

Le 5 février, l'ulcération supérieure a diminué de moitié; elle est maintenant divisée en deux portions par un pont de tissu cicatriciel.

L'ulcération inférieure s'améliore aussi considérablement; elle est beaucoup moins profonde; le fond est plus vif, ne suppure plus et les bords se rapprochent d'une façon très sensible.

Le 10 février, l'ulcération supérieure est presque complètement cicatrisée.

La lésion inférieure se comble rapidement, devient très



Fig. 7.

superficielle, en même temps qu'au niveau des bords la cicatrisation est très active. A la partie postérieure la cicatrisation est presque complète, tandis qu'à la partie antérieure un pont de tissu épidermique tend à diviser l'ulcération en deux parties droite et gauche.

Le 17 février, à la partie supérieure, la cicatrisation est complète.

La lésion inférieure continue à s'améliorer rapidement. Elle est devenue superficielle et n'occupe plus environ que les deux tiers de ses dimensions primitives. A sa partie la plus antérieure, les deux portions droite et gauche sont maintenant reliées par un pont de tissu encore érosif, d'un centimètre de large (au lieu de 8 centimètres).

Le 24 février, l'amélioration continue à se faire rapidement.

Le 2 mars, la partie supérieure de la jambe est complètement cicatrisée.

La lésion inférieure est guérie à sa partie postérieure. A la partie antérieure le pont de tissu cicatriciel a encore augmenté, s'est élargi, et il existe maintenant deux ulcérations

indépendantes l'une de l'autre. Leurs dimensions ont diminué concentriquement.

Enfin l'ulcération s'est comblée, est devenue très superficielle et n'est plus douloureuse.

Elle ne mesure plus que 5 centimètres $\times$ 9 centimètres. On continue le même traitement.

OBSERVATION V. — *Ulcères variqueux des deux jambes.* — L... (Jean), trente-huit ans.

A présenté pour la première fois, en septembre 1909, un ulcère variqueux de la jambe gauche de la dimension d'une pièce de 2 francs. La cicatrisation s'est faite en un mois et demi.

En avril 1911, nouvel ulcère variqueux, cette fois localisé à la jambe droite.

Le 7 février 1912 le malade entre à l'hôpital Lariboisière.

A la partie moyenne de la face antérieure de la jambe droite, au centre d'un placard érythémateux, de la largeur de la main, siègent deux petites ulcérations arrondies, de la dimension d'une pièce de 1 franc chacune, à bords réguliers, peu élevés, à fond plat, séparées par un pont de tissu sain mesurant un demi-centimètre. A la face antérieure et interne de la jambe gauche, autre ulcération présentant les mêmes caractères et reposant sur un fond rougeâtre.

Aux deux jambes paquets variqueux assez prononcés, surtout à droite. Pas d'antécédents syphilitiques.

On commence les applications de pommade de Salvarsan au 1/10.

Le 16 février, après cinq applications, les ulcérations sont complètement cicatrisées au niveau des deux jambes; l'inflammation a diminué et le malade quitte l'hôpital le 18 février parfaitement guéri.

En résumé, nous avons constaté chez deux malades traités par la poudre de Salvarsan une cicatrisation rapide des ulcérations, mais aussi une action caustique qui amena la formation d'une escarre. La poudre employée seule agit donc comme un topique trop énergique et nous lui avons alors substitué la pommade de Salvarsan au dixième qui nous a donné d'excellents résultats.

En effet, avec les traitements habituels et le repos, ces ulcérations finissent par guérir, mais le travail de cicatrisation est très lent chez ces malades dont les tissus présentent peu de vitalité et l'on n'obtient le plus souvent la cicatrisation complète qu'au bout de quatre mois, six mois et même plus suivant les procédés employés.

Avec les applications de pommade de Salvarsan, cette période est réduite de moitié et même des deux tiers dans certains cas.

De toute évidence, la cicatrisation ne sera que passagère chez de pareils malades qui sont habitués à voir leurs lésions récidiver presque chaque année; mais à la première réapparition il suffira, comme nous l'avons fait nous-mêmes (obs. V), d'utiliser aussitôt des applications de pommade au Salvarsan pour cicatriser rapidement la lésion au début de son évolution.

Le pouvoir cicatrisant du dioxydiamido-arsenobenzol existe donc, non seulement pour les ulcères syphilitiques, mais aussi pour les ulcères variqueux et probablement encore pour certaines plaies d'autre nature ; aucun des topiques employés jusqu'à ce jour ne nous a paru agir avec la même rapidité, avec la même constance.

On pourra peut-être obtenir des résultats encore meilleurs en utilisant une pommade plus riche en Salvarsan, au cinquième par exemple, et en faisant des applications journalières.

INTÉRÊT CLINIQUE
DE
L'EXAMEN CHIMIQUE DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

SYNDROMES PRÉSENTÉS DANS DIVERS ÉTATS PATHOLOGIQUES

Par M. W. MESTREZAT.

De tous les modes d'investigation qui, dans un but diagnostique, ont fait appel à la séméiologie rachidienne, l'examen chimique semble avoir été jusqu'ici particulièrement négligé.

Est-ce à dire que, si, dans d'autres domaines de la médecine, il a réussi à rallier les suffrages des plus sceptiques, il puisse dans le cas actuel demeurer impuissant à révéler les variations forcées, que doit subir l'humeur rachidienne au contact des tissus lésés ou simplement atteints dans leur vitalité?

Nul doute cependant à ce sujet. Une investigation, même rapide, dans le domaine des faits montre vite combien une analyse bien exécutée peut renseigner sur l'état sain ou non des méninges et préciser la nature d'une affection. Que l'on veuille, d'ailleurs, réfléchir à l'électivité avec laquelle la pathologie générale montre que les divers constituants du plasma sortent des vaisseaux dans l'inflammation, électivité que j'ai personnellement retrouvée de la façon la plus nette pour le liquide céphalo-rachidien, et l'on concevra combien, peuvent être, en réalité, grandes la sûreté et l'élégante précision du diagnostic porté par cette étude de l' « EXODE NON FIGURÉ », quelle supériorité cette façon de procéder doit avoir sur les modes d'investigation habituellement employés.

L'exode *figuré*, qui constitue l'examen cytologique, ne renseigne, en effet, à tout prendre, que sur un seul facteur de la réaction organique ; la transsudation *non figurée*, au contraire, révèle les fluctuations de nombreux éléments, *albumine*, *chlorures*, *sucre*, ou de produits envisagés en bloc dans l'*extrait*, les *cendres*, l'*alcalinité*, etc., fluctuations que l'agent morbide, infectieux ou toxique, va influencer de façons diverses et *spécifiques*. Dès lors, le clinicien n'appréciera plus la *réponse* de l'organisme sur un seul de ses éléments (risquant, à procéder ainsi, de demeurer souvent dans l'incertitude, même quelquefois d'être induit en erreur), mais il se trouvera à même de juger sur un *faisceau* de symptômes, sur un *syndrome humoral* tout entier. Dans ce tableau, plus de place pour l'ambiguïté. Aussi bien qu'une coupe anatomo-pathologique, l'analyse chimique va poser le diagnostic d'un état pathologique donné.

Cependant, constatation curieuse, l'examen chimique du liquide céphalo-rachidien n'a fait, jusqu'ici, l'objet d'aucune recherche d'ensemble ; les faits sont épars, souvent inexacts, parce que obtenus par des méthodes défectueuses.

Pour apprécier à sa juste valeur ce mode d'in-

vestigation reconnu aujourd'hui, par de nombreux auteurs, si précieux, il convenait seulement de reprendre la question sur des bases nouvelles, de ne pas se borner à la détermination d'un ou deux constituants seulement, mais de chercher à établir toujours une « formule » aussi complète que possible; de ne faire usage que de procédés analytiques précis, bien que simples et rapides; de fixer enfin la base même de toute chimie pathologique d'humeur, j'ai dit : la *composition normale* du liquide céphalo-rachidien, que les travaux anciens sur des liquides d'hydrocéphales (liquides pathologiques) et quelques déterminations modernes n'ont pas réussi à ébaucher d'une façon précise.

C'est à remplir ces conditions que je me suis attaché dans un travail récent, dont je ne retiendrai dans les lignes suivantes que quelques points (1).

Liquide céphalo-rachidien normal. — Mes sujets normaux ont été choisis parmi les rachianesthésiés du service de chirurgie du docteur Forgue. Les soixante et quelques analyses que j'ai pratiquées m'ont amené à la moyenne suivante, très fixe en elle-même, pour le liquide céphalo-rachidien normal (je n'envisage ici que les principaux constituants) :

Densité à 15°	1007.50	
Δ	—0°576	
Albumine	0g18	par litre.
Fibrinogène, albumoses, peptones	0g00	—
Sucre	0g53	—
Chlorures (en NaCl)	7g32	—
Extrait sec (à 100°)	10g93	—
Cendres (matières minérales)	8g80	—
Carbonates (en CO^3Na^2)	1g25	—
Alcalinité des cendres (en CO^3Na^2)	1g43	—

Liquide céphalo-rachidien pathologique. — A l'état pathologique, d'importantes modifications surviennent dans la formule précédente. Des très nombreuses analyses que j'ai faites se dégagent un certain nombre de types de formules rachidiennes, véritables syndromes humoraux morbides, *caractéristiques d'états pathologiques divers* et que voici succinctement énumérés.

Je distinguerai la formule : de la *méningite tuberculeuse*, celle des *autres méningites aiguës*, celle des *méningites chroniques*, celle des *myélites* ou des *encéphalites*, celle des *infections générales* et des *intoxications* avec *réaction méningée*, celle de l'*imperméabilité rénale*, celle de *nombreuses dyscrasies sanguines* où le liquide céphalo-rachidien est aussi modifié.

De tous ces résultats, ceux qui concernent la *méningite tuberculeuse*, tant par la difficulté que l'on peut parfois éprouver à poser cliniquement un diagnostic certain que par le caractère pathognomonique du syndrome chimique observé, sont particulièrement intéressants. Les taux des chlorures, des cendres, de l'albumine, de l'extrait caractérisent cette affection aussi SUREMENT que la présence de bacilles de Koch dans le culot de centrifugation, lorsque ceux-ci s'y rencontrent. Les *chlorures* demeurent compris entre 5 et 6 grammes chez l'enfant et l'adulte, ils ne dépassent pas, chez ce dernier, même au début, 6g10, chiffre bien inférieur à ceux rencontrés dans l'une quelconque des méningites aiguës non bacillaires. La méningite cérébro-spinale, en particulier, a des valeurs comprises entre 6g10 et 7 grammes, et le plus souvent voisines de 6g70-6g80. Les *cendres* sont toujours abaissées dans l'infection bacillaire, *ce que l'on n'observe pas en dehors d'elle*, les valeurs trouvées sont inférieures à 8 grammes avec une moyenne de 7g40. L'*albumine*, malgré le caractère aigu de l'inflammation, n'est jamais très élevée; elle demeure chez l'enfant, comprise entre 1 et 2 grammes. L'*extrait* reste normal, ce qui est assez caractéristique. Le *sucre*, la *perméabilité* ont les valeurs habituelles des méningites aiguës; la perméabilité aux nitrates est cependant peut-être plus grande, chez l'enfant, dans la méningite bacillaire qu'en dehors d'elle : 75 grammes au lieu de 55.

Ces données sont, en pratique, particulièrement précieuses. Je pourrais citer plusieurs cas où l'examen chimique a, *dès la première heure*, orienté vers le vrai diagnostic (1), alors que les examens clinique et cytologique semblaient, pour ces malades, contraires à l'idée d'une affection bacillaire. D'une façon inverse, l'analyse chimique fait écarter tel diagnostic porté. Deux de mes petits malades, considérés comme méningites tuberculeuses et, comme tels, perdus, doivent la vie à une simple analyse chimique, qui, révélant la nature non bacillaire de leur affection, a fait découvrir l'origine méningococcique de leur mal et permis de les sauver par des injections sériques.

Les cas de méningisme qui en imposeraient pour une méningite tuberculeuse s'en distinguent parfaitement.

Les autres affections des centres ou de leurs enveloppes ne bénéficient pas moins du mode d'investigation que je propose. La constatation, dans un cas donné, de l'une des formules nettement individualisées de *méningite aiguë*, de *méningite chronique*, de *myélite* ou d'*encéphalite*, d'*infiltration œdémateuse des méninges* ou de simple *congestion* éclaire par elle-même puissamment un diagnostic, indique parfois une lésion organique, alors que l'on n'avait pu penser qu'à une affection périphérique ou sine materia. Elle précise encore, par la grandeur des modifications observées, l'importance des lésions; elle permet enfin, chez un même malade, de suivre « numériquement » l'évolution de l'affection et l'effet d'une thérapeutique essayée. Le *tabes*, l'*hydrocéphalie*, la *paralysie générale*, les *diverses maladies de la moelle*, les *tumeurs cérébrales*, les *hémorragies* cérébro-méningées, les *névroses*, les *psychoses*, les affections du *système nerveux périphérique*, dont j'ai pu réunir d'assez nombreuses observations, béné-

(1) W. MESTREZAT. *Le Liquide normal et pathologique;* valeur clinique de l'examen chimique; syndromes humoraux dans les diverses affections. In-8, 700 pages. — Paris, A. Maloine.

(1) Depuis la publication de mon travail, de nouvelles observations non moins démonstratives sont venues s'ajouter à celles qui y sont rapportées. De son côté, le professeur Derrien a confirmé ces résultats.

ficient de la sorte, dans une large mesure, de la ponction lombaire. Il me serait impossible de rentrer dans le détail de chacun des chapitres consacrés à ces affections.

Les *infections générales* (fièvre typhoïde, fièvre de Malte, pneumonie, broncho-pneumonies, fièvres éruptives, etc.) relèvent également plus qu'on ne l'admet, en général, de l'examen du liquide de ponction lombaire. La baisse des chlorures traduit une congestion, une infiltration méningée et juge la participation des centres ou de leurs enveloppes mieux que ne saurait le faire l'examen clinique, tributaire trop souvent d'un coefficient de réaction personnel qu'il est, en général, difficile de bien préciser. Or, ce coefficient peut être considérable ; nul n'ignore combien un examen systématique révèle des discordances notoires entre le tableau présenté et les lésions trouvées à l'autopsie. Au contraire, en matière d'analyse chimique, chaque fois qu'une vérification nécropsique et microscopique a eu lieu, comme l'a jadis indiqué Voisin, et comme je l'ai moi-même retrouvé, on note un parallélisme parfait entre les données de l'analyse chimique et celles de l'examen anatomo-pathologique.

Si, dans l'une des affections précédentes, l'infection gagne les méninges, l'examen chimique révélera cette localisation par une hyperalbuminose notoire et une baisse non moins nette du sucre ; c'est même là le seul moyen que nous ayons parfois d'affirmer la méningite.

Dans l'*imperméabilité rénale*, l'augmentation du taux de l'urée a déjà retenu l'attention, celle des chlorures (imperméabilité chlorurée, associée ou non à la précédente) est plus spécialement un fait d'observation personnelle. Mes recherches ont confirmé les notions déjà établies par Widal, Froin, Froment. Si l'urémie est pure (intoxication urémique seule en jeu), le taux de 3 grammes ou un chiffre supérieur est sans hésitation aucune d'un pronostic fatal. En présence d'un cas d'urémie, il importe donc de bien élucider le problème clinique, de savoir s'il y a ou non, par l'examen du malade ou de ses antécédents, lieu de considérer une infection ou une intoxication *associée*, encore un état vasculaire particulièrement précaire, qui diminueraient, plus ou moins grandement et indépendamment de l'intoxication urémique elle-même, la résistance du sujet, modifiant d'autant le pronostic à porter, ne le laissant tout au moins *pas sous la seule dépendance* du taux trouvé pour l'urée. Sous ces réserves, les indications fournies par le dosage de cette substance dans le liquide céphalo-rachidien sont remarquables.

Dans le *diabète* enfin, le taux du sucre, la présence d'acétone ou celle d'acides acétoniques ont une signification que j'ai bien établie. Le sucre est fonction de l'auto-intoxication et régresse avec elle, l'hyperglycémie persistant ainsi que la glycosurie ; l'acétone se révèle la signature de la dyscrasie diabétique (distinction d'avec des glycosuries d'un ordre différent), tandis que les acides acétoniques attestent une « faillite de plexus », mesurant, par la perméabilité anormale qu'ils révèlent, le degré de déchéance des fonctions organiques.

Tels sont quelques-uns des faits qui méritent de retenir l'attention du médecin. Je n'ai pu, dans les limites d'un article, que rapidement les envisager, je serais heureux toutefois si ces quelques lignes avaient fait entrevoir l'horizon si vaste ouvert par l'examen chimique du liquide de ponction.

Qu'il s'agisse d'affections systématisées au système nerveux ou seulement retentissant sur la composition du milieu intérieur, le liquide céphalo-rachidien, produit de dialyse du plasma et humeur dans laquelle baignent les centres, nous les réflétera fidèlement avec toutes leurs particularités.

Des divers modes d'investigation proposés, l'examen chimique est certainement celui qui fournit les renseignements les plus précis, les plus sûrs, les plus étendus.

Il mérite une place, et des meilleures, parmi les méthodes diagnostiques couramment employées.

MÉDECINE PRATIQUE

ACCIDENTS GRAVES CHEZ UN JEUNE ENFANT DUS A UNE POMMADE CAMPHRÉE FORTE

Il est inutile de revenir ici sur les inconvénients, parfois très graves, que comporte l'emploi du menthol en instillations nasales chez les petits enfants, la question nous paraît jugée à l'heure actuelle et nous renvoyons au besoin le lecteur au récent et très intéressant travail de M. Robert Leroux, dont le titre est suffisamment explicite : *Dangers et méfaits du menthol*.

Pour éviter ces dangers et pratiquer néanmoins une désinfection relative des fosses nasales, on a eu recours à diverses substances, dont le camphre, et de nombreux médecins emploient journellement l'huile camphrée au centième ou au cinquantième, beaucoup même se servent de l'huile camphrée officinale au dixième et aucun accident n'a jusqu'ici été signalé.

Cependant, M. Maurice Perrin, professeur agrégé à la Faculté de Nancy, vient de publier dans la *Province médicale* (30 mars 1912, n° 13) une observation troublante qu'il nous a paru intéressant de résumer. Il s'agit d'un enfant de neuf semaines, atteint d'un léger coryza, et à qui sa mère, sur les conseils d'un pharmacien, devait introduire plusieurs fois par jour, gros comme une tête d'épingle, de *vaseline camphrée au cinquième* dans chaque narine. A peine la vaseline camphrée était-elle introduite pour la première fois dans la première narine que l'enfant s'agita, pâlit, tomba dans un état de collapsus capable de faire redouter une issue fatale à brève échéance, et dont cependant M. Maurice Perrin put heureusement le tirer.

Analysant le cas, celui-ci montre que c'est le camphre lui-même qui doit être incriminé. Il ne faut point s'en étonner, puisque le camphre des laurinées ou du Japon, camphre officinal, appartient comme le menthol, camphre de menthe, au groupe chimique des camphres et jouit de propriétés analogues.

D'autre part, outre la concentration, il se pourrait que la forme pharmaceutique doive être prise en considération. M. Marfan estime que le menthol est plus irritant et désagréable dans la vaseline que lorsque l'huile de vaseline lui sert de véhicule, et qu'il perd son pouvoir irritant dans l'huile d'olives. Il se peut qu'il en soit de même du camphre.

Il est donc prudent de n'employer les préparations camphrées, comme les mentholées, en instillations nasales qu'avec précaution, surtout chez les tout petits enfants. Ce ne sont

pas d'ailleurs les préparations antiseptiques non irritantes qui manquent. M. Hutinel a préconisé l'acide borique finement pulvérisé en suspension à 4 p. 100 dans l'huile stérilisée, et, d'autre part, sur les conseils de notre distingué confrère Thiercelin, qui l'emploie couramment depuis un certain temps, nous avons eu recours à une solution à 20 p. 1000 de borate de sodium dans le sérum physiologique. Cette solution, très facile à introduire dans les narines avec un compte-gouttes, dissout parfaitement les mucosités et nettoie très bien la pituitaire. Elle nous a rendu notamment d'excellents services au cours de l'épidémie de rougeole de ces dernières semaines.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 3 MAI 1912)

A propos de la tuberculose inflammatoire. — M. PONCET rappelle les principaux arguments qu'il a invoqués dans une récente communication pour faire de la tuberculose inflammatoire de l'appareil urinaire une affection fréquente. Il s'étonne que M. Bernard ait cru devoir s'élever contre cette hypothèse et ne voit pas la différence aussi marquée entre la tuberculose inflammatoire telle qu'il la conçoit et les tuberculoses rénales non folliculaires telles que les a décrites M. Léon Bernard.

Il est évident que c'est surtout sur la clinique et sur les coïncidences d'affections en apparence dissemblables et pouvant en réalité être rapportées à la même cause que M. Poncet et ses élèves se sont surtout appuyés pour affirmer la fréquence de la tuberculose inflammatoire dans tous les organes et principalement dans les séreuses articulaires.

M. RIST, sans vouloir revenir sur une communication précédente, rappelle que la néphrite tuberculeuse est rare dans les services des tuberculeux. Lorsque les techniques bactériologiques se sont perfectionnées, on est arrivé à déceler le bacille de Koch dans presque toutes les pleurésies séro-fibrineuses et dans toutes les méningites. Le jour où M. Poncet pourra apporter une preuve semblable aux faits qu'il avance il sera alors possible de les admettre; mais il convient, en attendant, de faire à ce sujet de nombreuses réserves, et M. Rist, à ce propos, rappelle combien Villemin avait tenu lui-même à mettre en garde contre les opinions qui s'appuient trop sur de simples vues de l'esprit et non sur des faits scientifiques.

M. Léon BERNARD croit que les affirmations de M. Poncet manquent le plus souvent d'un criterium bactériologique et expérimental. Si l'on ne peut avoir que la plus grande admiration pour la personnalité du maître de Lyon, au moins est-il possible de faire remarquer combien ont pu être alarmés grand nombre de médecins en voyant sans cesse la tuberculose inflammatoire étendre son domaine au point de figurer d'une façon prédominante dans l'étiologie de presque toutes les maladies.

M. BARTH croit qu'il pourrait être dangereux de ne pas réagir contre des excès et des abus en matière de pathogénie parce que souvent ceux-ci peuvent entraîner des erreurs de clinique et de thérapeutique préjudiciables aux malades. De plus, c'est fausser l'opinion médicale que d'introduire des hypothèses non vérifiées dans l'esprit des cliniciens.

Pour prendre un fait concret, M. Barth, après une pratique de trente ans, a souvent vu les diabétiques mourir tuberculeux, mais toujours parce qu'ils avaient été en contact avec des tuberculeux et que le bacille de Koch avait trouvé chez eux un terrain favorable.

Il ne suffit pas, en effet, et c'est là l'erreur de M. Poncet, de trouver chez un malade une tuberculose latente ou avérée pour conclure que nécessairement toutes les lésions qu'il présentera sont de même nature.

M. DUFOUR se demande si, en admettant que le tabes peut être de nature tuberculeuse, M. Poncet n'entend pas une affection différente qui se localise à la fois sur la moelle et sur les nerfs périphériques et qui n'a avec le tabes qu'une vague ressemblance.

A propos de l'anévrisme aortique d'origine rhumatismale. — M. Louis RÉNON. « J'ai lu avec le plus vif intérêt la communication faite dans la dernière séance par MM. P. Emile-Weil et J.-P. Ménard sur l'anévrisme aortique d'origine rhumatismale, posant à nouveau la question de l'existence de cet anévrisme.

Je tiens, à ce propos, à compléter l'observation du petit malade que nous avons présenté avec M. Verliac à la Société en 1905 et qui nous avait permis de discuter la possibilité de l'existence de l'anévrisme rhumatismal. Ce petit malade, un enfant de seize ans, quitta l'hôpital au milieu du mois d'avril 1905. Malgré nos recommandations, il ne s'abstint pas complètement d'exercices violents. Il fit de la bicyclette, et il a payé de sa vie sa dernière imprudence. Le matin du 14 juillet 1905, il voulut aider des ouvriers à hisser dans la rue un drapeau tricolore au haut d'un mât; à peine eût-il tiré sur la corde qu'il tomba raide mort en vomissant des flots de sang. La poche anévrismale s'était rompue.

L'autopsie ne put être faite, mais la manière dont l'affection se termina prouve, comme nous l'avions indiqué, qu'il s'agissait bien de véritable anévrisme et non d'une simple dilatation aortique. »

Action favorable du salvarsan sur les douleurs angineuses au cours d'une ectasie aortique. — MM. DECLOUX et GAUDUCHEAU présentent un malade atteint d'ectasie aortique dont le début a été marqué par des douleurs d'une grande intensité dans la région péri-aortique.

On soupçonna la syphilis, bien qu'elle fût niée par le malade, à cause de la réaction de Wassermann qui était nettement positive. Un traitement mercuriel aussitôt institué resta sans résultat. Au contraire, une première injection de salvarsan fit disparaître complètement les douleurs et celles-ci ayant reparu au bout d'un mois et demi cédèrent d'une manière définitive à une seconde injection.

M. QUEYRAT a maintes fois observé l'action du salvarsan sur les douleurs, mais il ne croit point à son action sur l'ectasie, tandis qu'au contraire l'iodure de potassium agit d'une façon manifeste.

M. MILIAN a eu l'occasion de traiter par le 606 cinq malades atteints d'angine de poitrine. Il y eut dans 4 cas un soulagement des douleurs; dans le cinquième, l'iodure seul parut agir.

M. SICARD croit qu'il pourrait être intéressant, en pareil cas, de substituer à l'emploi de l'ancien 606 le néo-salvarsan d'Erhlich, d'un emploi plus pratique, très soluble et neutre, ne nécessitant par conséquent point l'emploi d'alcalin.

M. P.-E. WEIL rappelle que, dans le cas qu'il a observé avec M. Ménard, la percussion de la région aortique suivant la méthode d'Adams produisait une amélioration extrêmement nette. La nature syphilitique ne devant pas être soupçonnée, le salvarsan ne fut pas employé dans ce cas, mais l'iodure parut avoir une action satisfaisante.

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES SUR LA TUBERCULOSE

(SÉANCE DU 21 AVRIL 1912)

La valeur pronostique de la cuti-réaction. — M. Léon Bernard revient sur les trois points qui ont fait l'objet de la discussion dans les séances antérieures : la question technique, la valeur pronostique, le mécanisme pathogénique.

Pour la technique, il préfère la cuti-réaction faite avec la tuberculine brute à l'intradermo-réaction; elle est beaucoup plus simple et donne les mêmes renseignements.

Sur le second point, il estime que la cuti-réaction apporte chez l'adulte un élément de pronostic très important dans les tuberculoses en évolution.

Elle ne permet pas de prévoir les accidents intercurrents survenant au cours de toute tuberculose, mais elle trompe rarement sur les caractères évolutifs propres à chaque cas. M. Léon Bernard n'a jamais rencontré de cas où la réaction négative au cours d'une poussée redevenait positive après amélioration.

Par contre, il a vu plusieurs fois la réaction disparaître progressivement en même temps que la maladie s'aggravait. Quant au mécanisme pathogénique de la cuti-réaction, M. L. Bernard pense que l'on ne peut actuellement formuler aucune affirmation. Il faut se borner à en enregistrer les résultats cliniques.

MM. Emile Sergent et P. Pruvost, après avoir pratiqué des intradermo-réactions chez 150 malades, les uns tuberculeux, les autres pris au hasard, sont arrivés aux conclusions suivantes : la valeur diagnostique de ces réactions est presque nulle, attendu que bien des malades réagissent alors qu'ils ne présentent cliniquement aucune localisation tuberculeuse, au contraire la valeur pronostique de ces réactions est importante puisque les résultats positifs sont d'autant plus nets que les tuberculeux sont en état de meilleure résistance et qu'inversement les résultats sont négatifs chez tous ceux qui sont atteints de lésions multiples ou dont l'état général est très altéré.

De plus, pour essayer de donner à l'intradermo-réaction plus de précision au point de vue diagnostique sans amoindrir la valeur pronostique, il y a intérêt à injecter dans le derme, non pas un centième, mais un millième de milligramme de tuberculine, dose qui permet d'obtenir de plus nombreux résultats négatifs chez les sujets ne présentant apparemment aucune lésion tuberculeuse ainsi que le montrent les intradermo-réactions pratiquées simultanément avec les deux dilutions différentes chez le même malade.

De la réinfection à dose massive du cobaye tuberculeux par voie sous-cutanée et intratrachéale. — MM. Fernand Bezançon et H. de Serbonnes. Dans la première partie de leur travail, les auteurs étudient les conditions d'obtention du phénomène de Koch. Ce phénomène peut être obtenu d'une manière constante chez les cobayes tuberculeux par la réinoculation sous-cutanée à condition qu'on laisse écouler un temps suffisamment long après la première inoculation et qu'on emploie une dose de bacilles suffisante. Ce phénomène apparaît d'une façon relativement précoce si l'on emploie de fortes doses lors de la réinoculation, tandis qu'au même moment de faibles doses donnent encore lieu à la formation d'un abcès. Pendant très longtemps l'on peut encore obtenir un abcès de réinoculation en réduisant suffisamment les doses. Au moment où l'inoculation d'une certaine dose de bacilles va donner lieu à la production du phénomène de Koch, on obtient une lésion mixte : il y a d'abord ecchymose puis escarre qui s'élimine et la plaie se cicatrise parfaitement. Mais en même temps, en un point, on note de l'empâtement, puis un abcès qui s'ulcère et donne lieu à la formation d'un chancre. Plus tard il est impossible d'obtenir cette lésion mixte, et la plaie laissée par la chute de l'escarre se cicatrise parfaitement. La lésion ecchymotique et nécrotique est indépendante de l'âge de la culture employée pour la réinoculation et du siège de la réinoculation.

Si au lieu de faire la réinoculation par voie sous-cutanée, on fait la réinoculation par voie intratrachéale on observe une lésion allergique pulmonaire, qui, au point de vue des conditions d'obtention, obéit aux mêmes lois que la lésion allergique cutanée (importance de la dose de bacilles employée pour la réinoculation, nombre de jours d'infection primitive) et qui subit les mêmes variations (production de lésion mixte au début de la période de sensibilisation, production de lésions caséeuses par réduction de la dose). Cette lésion allergique pulmonaire présente un contraste frappant avec la lésion d'infection primitive par voie intratrachéale au quadruple point de vue clinique, anatomique, histologique et bactériologique.

Au point de vue clinique, c'est une lésion précoce, apparaissant au bout de douze à vingt-quatre heures et caractérisée par une dyspnée extrême avec polypnée, persistant pendant quatre ou cinq jours et s'atténuant ensuite progressivement ; la survie des cobayes réinfectés est infiniment plus grande que celle des infectés primitifs (un mois, deux mois et plus, pour les premiers ; quinze à trente jours pour les seconds). Au point de vue anatomique l'on observe une lésion rappelant tout d'abord la splénisation, puis plus tard la carnisation, sans qu'il y ait jamais de dégénérescence caséeuse. Histologiquement cette lésion est principalement marquée au début par de l'alvéolite avec énorme dilatation du capillaire, plus tard par de la sclérose diffuse. Enfin au point de vue bactériologique l'on observe sur les coupes quelques rares bacilles disséminés, qui contrastent par leur nombre, avec les énormes amas intraalvéolaires, constatés dans la lésion d'infection primitive par voie intratrachéale.

La lésion allergique pulmonaire est vraisemblablement comme la lésion cutanée une lésion d'ordre humoral. Il faut cependant tenir compte des lésions pulmonaires dues à l'infection primitive, qui se montrent assez diffuses histologiquement, et l'on peut se demander si la réinfection directe des tissus anciennement tuberculeux ne modifie pas dans une certaine mesure le phénomène allergique général, ce qui expliquerait certaines variations existant entre le phénomène pulmonaire et le phénomène cutané.

Sur le traitement de l'empyème tuberculeux primitif ou secondaire par les ponctions successives combinées avec des injections gazeuses. Résumé. — MM. F. Dumarest et Ch. Murard (d'Hauteville). Pour faire suite au travail de M. Marfan montrant la guérison possible de l'empyème tuberculeux primitif par les ponctions simples, cette note rapporte les bons résultats obtenus dans la pleurésie purulente tuberculeuse secondaire par les ponctions combinées avec des injections de gaz inerte, l'azote par exemple. Celui-ci a pour but de maintenir dans la plèvre une pression sensiblement égale à la pression atmosphérique d'où : 1° compression du poumon mettant obstacle à l'évolution des lésions parenchymateuses; 2° pression intrapleurale s'opposant à la reproduction du liquide. De cette façon sont combattus les deux dangers qui menacent les malades, c'est-à-dire l'évolution tuberculeuse d'une part, l'infection par le liquide purulent de l'autre.

La première observation rapportée concerne un sujet atteint de pleurésie tuberculeuse secondaire à des lésions parenchymateuses, chez qui l'adjonction aux ponctions simples primitivement pratiquées d'insufflations d'azote eut pour résultat d'amener la disparition totale du liquide et la suppression

rapide de l'essoufflement. Actuellement ce malade travaille neuf heures par jour et peut être considéré comme guéri. Son pneumothorax est entretenu par une insufflation trimestrielle, la reexpansion prématurée du poumon offrant encore quelques risques.

Les auteurs ont traité de même et avec autant de succès jusqu'à présent (ces observations sont encore de date récente) deux malades atteints de pleurésie purulente secondaire à un pneumothorax spontané.

Enfin dans les cas d'empyème chronique ou aigu compliquant l'évolution de leurs pneumothorax thérapeutiques, la même conduite ayant été suivie leur a permis d'éviter la pleurotomie et dans un cas notamment ils sont arrivés à obtenir l'assèchement absolu de la cavité pleurale.

Pathogénie des tuberculides cutanées (nouvelles hypothèses). — MM. Gougerot et L. Laroche développent et soumettent à la discussion de la Société les hypothèses qu'ils ont émises depuis 1906 dans différents travaux, en particulier dans les *Archives de médecine expérimentale* (1908, n° 5, et 1909, n° 3) et qu'ils viennent de résumer dans leur récente Revue générale de la *Gazette des hôpitaux*, 1912, nos 11 et 14.

M. Rist. Les tuberculides occupent une place à part parmi les lésions tuberculeuses. Quelques-unes au moins de leurs caractéristiques semblent apparenter les tuberculides cutanées aux réactions si curieuses que l'on connaît sous le nom de phénomène de Koch. Je pense que les tuberculides cutanées sont une manifestation d'allergie chez des sujets porteurs d'un foyer manifeste ou latent de tuberculose, et peuvent être assimilés à un véritable phénomène de Koch spontané; tous les individus atteints de tuberculides ont une cuti-réaction positive.

M. Darier. Le problème des tuberculides comporte encore de nombreuses inconnues. Ces affections ne forment pas un bloc mais une série, qui va du lupus vulgaire aux engelures dont l'origine tuberculeuse est peu certaine. Il est impossible à l'heure actuelle d'avoir une opinion quelconque sur les hypothèses émises par Gougerot, qui a d'ailleurs eu le mérite de faire entrer la question dans la voie expérimentale. Mais même après ses expériences la question est loin d'être entièrement élucidée.

Contribution à l'étude de l'action antihémolytique des antigènes tuberculeux. — M. Oyuela.

LIVRES NOUVEAUX

Traité élémentaire de thérapeutique (1), par A. Manquat, correspondant national de l'Académie de médecine, ancien professeur agrégé du Val-de-Grâce.

Nous avons annoncé dernièrement l'apparition de cette sixième édition de l'excellent et classique *Traité de thérapeutique* de M. Manquat, et à propos du tome premier nous avons indiqué quelles sont les différences considérables qui distinguent cette édition des cinq précédentes et en font une œuvre nouvelle où cependant l'esprit qui l'anime est demeuré le même.

Ce tome II, qui sera suivi d'un troisième et dernier, étudie les agents de la thérapeutique réparatrice, réparateurs des tissus, des organes et des principes déficients dans l'organisme, les sérums artificiels, les principes minéraux, les aliments médicamenteux et l'alimentation, les diverses rééducations, le repos et l'exercice, les procédés mécaniques, les saignées et les paracentèses, enfin les injections sous-cutanées d'oxygène.

A. Gaullieur l'Hardy.

(1) Sixième édition entièrement refondue, t. II. In-8, 626 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

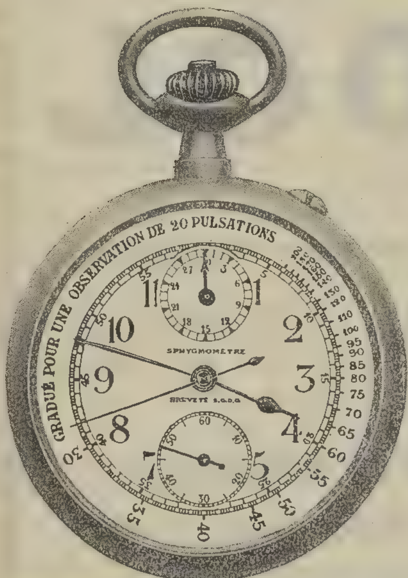
Clinique. — (N° 10, 8 mars 1912.) Nobécourt : Troubles provoqués par un allaitement artificiel défectueux. — Déjerine : Les atrophies musculaires myopathiques. — Teissier : De l'albuminurie latente dans l'armée (suite). — Sabouraud : Eczéma du sein chez la femme. — Coulomb : Traitement du mal de mer par le véronal. — (N° 11, 15 mars.) G. Leven : Les grands symptômes de la pathologie gastrique : les vomissements. — A. Pissavy, Ch. Richet fils et Jean Pignot : Les typhoses (fin). — Emery : De l'origine des neuro-récidives dans la salvarsanothérapie et des moyens d'y remédier. — (N° 12, 22 mars.) Chauffard : Pronostic et traitement chirurgical de l'emphysème pulmonaire. — Kirmisson : Ostéo-périostite. Ostéo-sarcome de l'extrémité inférieure du fémur. — Guillon : Autour du bagne guyanais (suite). — Teissier : De l'albuminurie latente dans l'armée (fin). — (N° 13, 29 mars.) Broca : Ostéo-arthrite du genou avec chorée passagère. — Sabouraud : Méthode de traitement des affections cutanées rebelles par plusieurs médications concurrentes. — Castaigne : Classification des néphrites chroniques. — Taillens : L'immunité du nourrisson à l'égard de la rougeole. — Vigoureux et Prince : Un cas curieux d'amnésie de fixation chez un paralytique général. — V. Pauchet : Rupture traumatique de l'urètre. — Carle Rœderer : A propos de la scoliose pleurétique grave.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 9, 29 fév. 1912.) Kraus : Sur les mouvements de l'œsophage à l'état normal et pathologique. — Kummel : Indications du traitement chirurgical et médical des affections gastriques; résultats opératoires durables. — Hinz : Contribution à la chirurgie du pancréas. — Schumburg : Sur la force bactéricide de l'alcool. — Bayerhaus : Expériences cliniques avec le codéonal. — Bering : Affections articulaires dans la syphilis acquise. — Fische : L'hydropisie généralisée congénitale. — M. Senator : Rapports étiologiques entre le nez et le rhumatisme articulaire aigu. — Fischer : Méthode de guérison des grandes pertes de téguments aux extrémités. — Zabel : Sur l'évolution de l'ulcère tropical de la langue. — Nakano : Coloration rapide du spirochæte pallida dans les tissus.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.




GRADUÉ POUR UNE OBSERVATION DE 20 PULSATIONS
SPHYGMOMÈTRE
BREVETÉ S.G.D.G.


TANNURGYL
du Docteur LE TANNEUR
VANADIUM
15 GOUTTES A CHAQUE
PRIX 5 FRANCS
Pharmacie VIGAN

N° 54. — JEUDI 9 MAI 1912. 85e ANNÉE. JEUDI 9 MAI 1912. — N° 54.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 6 mai : MM. Debré et Nathan, 17; Babonneix, 19; Gougerot, 15.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 6 mai : MM. Martin, 18; Bazy, 14; Heitz-Boyer, 17.

— INTERNAT EN PHARMACIE. — Le concours annuel pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le jeudi 6 juin 1912, à midi précis, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les internes en pharmacie sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement général sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours, sous peine d'être considérés comme démissionnaires, et, comme tels, privés du droit de continuer leur service dans les hôpitaux.

Ils devront, en conséquence, se faire inscrire à l'Administration centrale (service du personnel), de onze heures à trois heures, jusqu'au samedi 18 mai inclusivement.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 6 mai. — MM. Fenard, 10 + 7 = 17; Wallimann, 13 + 7 = 20; Bougeant, 15 + 8 = 23.

Prochaine séance, jeudi 9 mai, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

COLLÈGE DE FRANCE. — Appelée à dresser une liste de deux candidats à la chaire d'histologie comparée, vacante au Collège de France par la retraite du professeur Ranvier, l'Académie des sciences a présenté, après de nombreux tours de scrutin : en première ligne, M. Laguesse ; en deuxième ligne, M. Nageotte.

On se rappelle que M. Nageotte avait été présenté en première ligne par l'assemblée des professeurs du collège de France.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 4 mai 1912, M. le médecin inspecteur Béchard, directeur du service de santé de la division d'Oran, a été nommé, à dater du 9 du même mois, directeur du service de santé du 17e corps d'armée à Toulouse, en remplacement de M. le médecin inspecteur Landriau, qui sera, à cette date, placé dans la section de réserve.

LA MÉDAILLE DE L'HYGIÈNE. — M. Caillaux avait, comme président du conseil, ministre de l'intérieur, pris un décret instituant des médailles d'honneur de l'hygiène publique en or, vermeil, argent et bronze, n'autorisant pas le port du ruban et destinées à récompenser, en dehors des titres spéciaux qui peuvent donner droit à la médaille des épidémies, les services rendus à l'hygiène publique, notamment par les personnes apportant un concours actif et éclairé aux diverses commissions sanitaires ou conseils d'hygiène et par celles qui ont contribué au progrès général de l'hygiène publique en France.

Ces médailles devaient être attribuées par le ministre de l'intérieur, sur proposition du directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, après avis d'une commission spéciale.

Le ministre actuel de l'intérieur, complétant la décision de son prédécesseur, a constitué de la manière suivante cette commission spéciale :

MM. Peyrot, sénateur, président.

Schmidt, député.

Flourens, conseiller d'Etat.

L. Mirman, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques.

Faivre, inspecteur général des services administratifs.

Le professeur Gariel, membre du conseil supérieur d'hygiène.

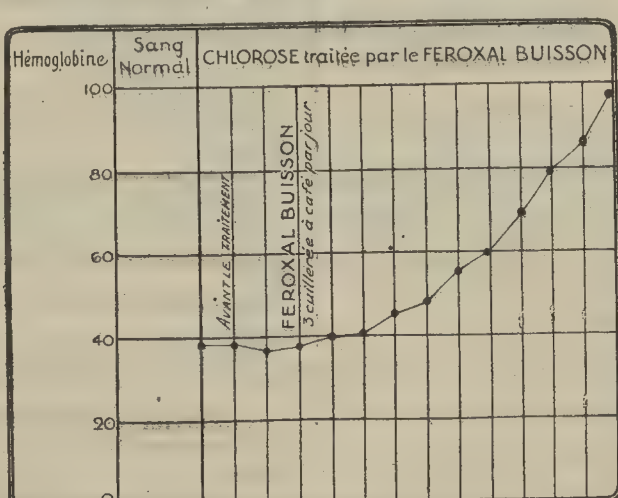
Le docteur J. Renault, membre du conseil supérieur d'hygiène.

Rapporteurs, avec voix délibérative dans les affaires qu'ils rapportent :

MM. G. Borne, Dimitri, Dreyfus, Frois, Nattan-Larrier et Ribierre, auditeurs au conseil supérieur d'hygiène.

LA DÉLIVRANCE DES MÉDICAMENTS TOXIQUES. — Le syndicat des médecins de la Seine a adopté la résolution suisuivante :

« A l'occasion d'un procès récent et prenant comme base un fait palpable de délivrance de médicament toxique sans ordonnance par un pharmacien, le syndicat des médecins de la Seine, réuni en assemblée générale le 5 mai 1912, appelle



Hémoglobine
Sang Normal
CHLOROSE traitée par le FEROXAL BUISSON
100
80
60
40
20
0
Avant le traitement
FEROXAL BUISSON
3 cuillerées à café par jour

l'attention des pouvoirs publics sur cette question capitale pour les intérêts de la santé publique.

Le syndicat des médecins de la Seine renvoie d'urgence à la commission de l'exercice illégal de la médecine l'étude des moyens à employer pour éviter la continuation d'un pareil état de choses. »

L'OCTROI ET L'ALCOOL A PARIS DE 1880 A 1911. — Des statistiques détaillées concernant : 1° les recettes de l'octroi de Paris de 1880 à 1911 ; 2° la consommation d'alcool à Paris pendant la même période, viennent d'être établies par la préfecture de la Seine.

L'octroi, qui en 1880 apportait au budget de la Ville une recette de 142 millions de francs, n'a produit en 1910 que 117 millions. C'est que, depuis 1901, il n'est plus perçu de droits sur les boissons hygiéniques, vins, cidres et bières, et que, de ce fait, la Ville a renoncé à une recette annuelle de 56 à 57 millions. En 1900, dernière année où la perception fut opérée, le total des recettes d'octroi avait atteint 173 millions; il tombe brusquement en 1901 à 106 millions. Depuis, le chiffre se relève peu à peu. Il a atteint en 1910, ainsi qu'on l'a vu plus haut, 117 millions.

L'alcool, tant que subsistaient les droits sur les boissons hygiéniques, avait vu sa consommation augmenter progressivement : de 132.000 hectolitres en 1880, elle avait passé à 216.000 hectolitres en 1900. Elle a oscillé de 1900 à 1911 entre 115 et 133.000 hectolitres (120.000 en 1910).

Un des plus clairs résultats de la réforme a donc été d'augmenter en moyenne, dans les dix dernières années, la consommation du vin de 31.41 p. 100, celle de la bière de 93.42 p. 100, et de réduire par contre de 34.71 p. 100 la consommation de l'alcool. Chaque Parisien buvait en moyenne 6l,51 d'alcool en 1881, 7l,36 en 1891, 7l,50 en 1896. Il n'en buvait plus que 4l,78 en 1906 et 4l,22 en 1910. De tels chiffres n'ont pas besoin d'être commentés.

L'ORCHESTRE MÉDICAL organise sa cinquième grande soirée artistique, à la salle Gaveau, pour le jeudi 6 juin, au bénéfice des œuvres de préservation contre la tuberculose, sous le haut patronage de Mmes la marquise de Ganay, docteur Girard-Mangin, la duchesse de Rarécourt-Pimodan, Richelot, la marquise de Villehermose, la comtesse de La Villestreux, MM. les docteurs Albert Calmette, Letulle, M. Georges Noblemaire, les docteurs Richelot et Robin, MM. Jules Siegfried, Georges Siegfried.

Cet orchestre, qui s'est placé au rang des meilleures sociétés symphoniques, comprend 90 exécutants sous la direction de M. Busser.

Ce cinquième concert de bienfaisance donné par l'Orchestre médical présentera ce caractère unique que le programme sera entièrement exécuté par des médecins et des membres de la famille médicale :

Mme Caponsacchi (violoncelle), Mme Chailley-Richez (piano), Mme Dubel (de l'Opéra), Mme Ariane Hugon (danse), Mme René Vaucaire (chant), MM. M. Lattès, docteur Coville, le Cercle choral parisien.

Au programme, la Symphonie en *sol* (dite *la Surprise*), d'Haydn; les Variations symphoniques de César Franck, pour piano; un Prélude de Destouches; la *Légende bretonne*, de Simia; Concerto, pour violoncelle, d'Haydn; des mélodies de Schumann, Mozart, Büsser; Largo de Hændel pour orgue et orchestre; la Suite d'orchestre de *Peer Gynt*, dansée par Mme A. Hugon, et la première audition de l'*Hymne à Victor Hugo*, de Brunel.

Le prix des billets est de 10 francs, 5 francs, 3 francs. Quelques loges du prix de 200 francs donneront droit à un objet d'art : tableau, aquarelle, etc., d'artiste connu, ou à d'importants objets.

On peut retenir ses places soit à la salle Gaveau, soit à l'Agence musicale E. Demets, 2, rue de Louvois.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX (service du docteur JOSUÉ.) — Sous la direction du docteur Josué, médecin de l'hôpital de la Pitié, commencera le 21 mai 1912, à quatre heures et demie et se poursuivra tout l'été un enseignement des maladies du cœur et des vaisseaux, ayant pour but d'exercer chaque élève en particulier, à l'examen du malade et à la pratique du diagnostic.

Ces exercices cliniques (percussion, phonendoscopie, auscultation, sphygmomanomètre, etc.), se feront par séries de 5 élèves. Ils auront lieu les mardis, jeudis, et samedis, l'après-midi, à partir de quatre heures et demie, et dureront un mois par séries de douze leçons.

S'inscrire auprès de M. Henri Godlewski, interne du service.

COURS DE PATHOLOGIE, DE THÉRAPEUTIQUE ET DE CHIRURGIE DENTAIRES (STOMATOLOGIE). — M. le docteur Durogier, médecin-dentiste, reprendra ce cours (créé par lui en 1896-1897), à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine de Paris, amphithéâtre Cruveilhier, le jeudi 23 mai 1912, à six heures du soir, et le continuera les jeudis suivants à la même heure.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Æsculape. — (N° 3, mars 1912.) E. ARAB : La médecine populaire en Syrie et en Palestine. — F. REGNAULT : Le réalisme pathologique dans nos églises gothiques. — L. GUIMBAUD : Autour d'un portrait de J.-J. Rousseau. — L. DÉSORMONTS : Nicolas Flamel, alchimiste. — Mme MULON : Les étudiantes. — L. DE NUSSAC : Lamarck et le muséum d'histoire naturelle. — L. CHAUTAVE : Comment nos pères expliquaient la formation des envies et des monstres. — J. REGNAULT : L'art médical en Chine.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 3, mars 1912.) RAACH : Trois cas de tumeurs mixtes de la région palatine. — BALDENWECK : L'inclinaison et la rotation de la tête pendant l'épreuve calorique. — Pol CORYLLOS : Les adamantinomes.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 329, 10 mars 1912.) JAUGEAS : La radiothérapie dans les rhumatismes chroniques. — HARET : La radiumthérapie dans la goutte et le rhumatisme chronique. — SPÉDER : L'électrothérapie dans le traitement de l'obésité.

Archives de médecine des enfants. — (N° 3, mars 1912.) J. COMBY : La langue scrotale chez les enfants. — HAUSHALTER : Contribution à l'étude de la démence précoce dans l'enfance. — BUFFET-DELMAS : Anorexie mentale chez les nourrissons. — MAILLET : Les accidents de l'adénopathie trachéo-bronchique. — J. COMBY : Ascite chyleuse chez les enfants.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 3, mars 1912.) LABIT : Etudes étiologiques sur les maladies du soldat (*suite*). — PONS et CAPDEVIELLE : Traumatisme de la voûte du crâne. — COURTOT : Les produits iodés du sirop iodotannique du formulaire des hôpitaux militaires.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 3, mars 1912.) GUILLAUME-LOUIS : Appendicite, coudure iléale et péricolite membraneuse. — FROGET : Pathogénie du rhumatisme chronique. — FENOUILLÈRE : Gangrène et phlegmon herniaire, fistule pyostercorale. Guérison. — DIONIS DU SÉJOUR : Le traitement préventif du tétanos. — H. HAMEL : Diagnostic des ulcérations de la langue.

Pédiatrie pratique. — (N° 247, 5 mars 1912.) KIRMISSON : A propos du genu valguin. — WEILL et GARDÈRE : Ulcère du duodénum chez un enfant de un mois, mort par hémorragie intestinale. — NOBÉCOURT et BARRÉ : L'urée du liquide céphalo-rachidien dans les néphrites de l'enfance. — HALIPRÉ : Mort subite chez un enfant (caverne ganglionnaire ouverte dans la trachée. — COMBY : Un cas de livedo. — (N° 248, 15 mars.) RIBADEAU-DUMAS et HARVIER : Du rôle des dégénérescences des capsules surrénales et des parenchymes glandulaires dans certains syndromes terminaux des infections graves. — GRISEZ et DUPUICH : Insuffisance surrénale aiguë au cours d'une scarlatine. — WEILL et GARDÈRE : Héliothérapie et péritonite tuberculeuse.

CONGRÈS INTERNATIONAL

CONTRE

LA TUBERCULOSE

(Rome, 14-20 avril 1912.)

Par G.-H. LEMOINE (du Val-de-Grâce),
Médecin inspecteur de l'Armée.

Les congrès internationaux, destinés à mettre en rapport les uns avec les autres les savants des divers pays, peuvent compter celui de Rome comme un de ceux qui ont obtenu le succès le plus complet. L'attraction exercée par la grande capitale, par ses richesses artistiques, par la renommée de ses savants et par les souvenirs qu'évoqueront toujours les restes d'un passé inoubliable, avait rassemblé une foule énorme de congressistes.

La séance d'inauguration, rehaussée par la présence de Leurs Majestés le roi et la reine d'Italie, fut marquée par un éloquent discours du professeur Guido BACCELLI qui, rappelant le passé de Rome, fit voir que dès l'origine de ses temps glorieux elle eut toujours la préoccupation de la santé publique. « Les travaux entrepris pour l'adduction et la protection des eaux, la construction d'égoûts, les prescriptions concernant la destruction des aliments avariés, les soins dont on entourait l'éducation physique, sont déjà mentionnés dans le « de legibus ».

Ainsi il y a de cela vingt-quatre siècles Rome était déjà en possession d'un véritable traité classique de médecine publique, et mettait au-dessus de tout les mesures destinées à assurer le salut public. »

Puis passant rapidement en revue les facteurs étiologiques de la tuberculose, Baccelli rappelle qu'aujourd'hui, comme il le disait il y a trente ans lors de la découverte de R. Koch, « le bacille n'est que le facteur de la tuberculose : il n'est pas du tout le tubercule et encore moins la phtisie ». Les recherches récentes rassemblées au cours de ce Congrès font ressortir mieux que tout autre argument la légitimité des réserves exprimées par ce maître, qui termina son discours par ces paroles couvertes par des applaudissements prolongés : « Et vous qui, avec un savoir si vivant, exercez l'apostolat de la science, aujourd'hui citoyens plus qu'hôtes de notre Rome éternelle, répétez avec nous la parole célèbre de Trajan : *Laboremus*; ainsi que le vieil adage : *Salus populi suprema lex esto*.

Les délégués officiels des divers gouvernements prirent ensuite la parole utilisant presque tous (12 sur 15) la langue française. Contraste curieux : le représentant de la république chinoise s'exprima dans notre langue et celui de l'empire japonais en allemand.

Dès l'après-midi du dimanche, les travaux du Congrès commençaient au château Saint-Ange et c'est à l'éminent doyen de la Faculté de médecine de Paris que revenait l'honneur de prendre le premier la parole. Nul n'était plus qualifié que ce maître pour tracer la ligne de conduite à suivre par les pouvoirs publics et l'initiative privée, et susciter un effort d'autant plus énergique que le devoir est plus impérieux en face des ravages dont souffre plus particulièrement notre pays. Le professeur LANDOUZY avec l'élégance de langage qui caractérise sa parole a su faire ressortir d'une façon magistrale l'importance étiologique des facteurs sociaux dans la tuberculose, devant un auditoire attentif et charmé.

Il est impossible de rendre compte de tous les travaux d'un congrès où l'abondance et la diversité des sujets, traités en même temps dans trois sections différentes, rendent la tâche d'autant plus difficile que la rédaction des bulletins journaliers laissait fort à désirer. Heureusement les mémoires présentés ne sont qu'une mise au point de travaux déjà publiés ou constituent des documents nouveaux destinés à appuyer ou à combattre certaines idées journellement discutées dans diverses Sociétés savantes. Leur intérêt réside surtout dans la comparaison des opinions émises par les savants de différents pays, et dans les conclusions ou ententes internationales qui en sont la conséquence.

La prophylaxie ou défense sociale peut être regardée comme le centre d'action du Congrès. C'est vers elle que doivent tendre tous nos efforts, surtout lorsqu'il s'agit de prendre des mesures contre un fléau commun à toutes les nations représentées à Rome. Aussi semble-t-il plus pratique d'extraire des rapports et communications tout ce qui peut servir à consolider la défense et perfectionner nos moyens d'action plutôt que d'analyser les travaux par section et dans l'ordre des communications. Etiologie, épidémiologie, pathologie et thérapeutique concourent d'ailleurs à ce but. La connaissance de l'agent pathogène, ses voies de pénétration et de propagation, les moyens d'en reconnaître prématurément les méfaits sur l'organisme humain, de façon à pouvoir appliquer un traitement précoce, enfin les mesures à prendre vis-à-vis des agents de contagion, tels sont les divers sujets qui ont été tour à tour abordés au Congrès.

L'étude des propriétés biologiques du bacille de Koch a été l'objet de deux rapports. L'un du docteur Eugenio DI MATTEI (de Catane) sur les différences existant entre les bacilles humains, bovins, aviaires et des animaux à sang froid; l'autre du professeur J. COURMONT (de Lyon), sur les cultures homogènes du bacille de Koch obtenues en 1898 par S. Arloing, agglutinables par les sérums des tuberculeux, et permettant d'établir le séro-diagnostic de la tuberculose. De plus, M. J. Courmont a poursuivi des recherches spéciales sur la nature de ce bacille homogène qui se rapprocherait beaucoup des bacilles acido-résistants. Le saprophitisme du bacille de Koch recevrait de ce fait une interprétation nouvelle et intéressante par les résultats obtenus par le distingué professeur lyonnais.

Les recherches de ces dernières années de M. le professeur VALLÉE (d'Alfort) ont nettement établi que selon qu'il est isolé de l'organisme de l'homme ou de celui du bœuf le bacille de Koch peut se distinguer en deux types : type humain et type bovin, mais il procède d'une espèce bacillaire unique, susceptible, à l'exemple de divers types microbiens connus, de s'adapter aux organismes qu'elle infecte et d'acquérir par chacune de ces adaptations des qualités propres. La tuberculose bovine est transmissible à l'homme, à l'enfant principalement. Sans attacher à cette particularité plus d'importance qu'il ne convient et tout en constatant que la grande majorité des cas de tuberculose humaine procède de la contagion entre hommes, il convient de maintenir intégralement et même d'étendre les mesures de prévention prises à l'égard de la tuberculose bovine.

Une opinion à peu près semblable est soutenue par les professeurs GOSIO (de Rome), KOSSEL (d'Heidelberg) et GRIFFITH (de Londres).

Cependant si la grande majorité des cas de tuberculose humaine procède de la contagion interhumaine, n'y aurait-il pas lieu de diriger les mesures prophylactiques de ce côté plutôt que de renforcer la défense contre la tuberculose bovine? Comme le faisait remarquer CALMETTE dans un mémoire récent, les sommes inscrites en France au budget de l'Agriculture (1 600 000 fr.) dans ce but augmentent chaque année, tandis que celles affectées à la défense primordiale (125 000 fr.) sont minimes et restent stationnaires. C'est le contraire qui devrait avoir lieu. D'observations expérimentales poursuivies avec GUÉRIN, le professeur CALMETTE conclut que le tube digestif est la voie normale de pénétration du bacille tuberculeux dans l'organisme. Cette pénétration s'effectue le plus souvent sans produire à la surface ou dans les couches profondes des muqueuses la moindre lésion, se poursuit par la voie *lymphatique* puis *sanguine*, sans qu'il en résulte dans tous les cas la

formation de lésions folliculaires ou de tubercules. Cette infection sans lésion anatomique constatable peut produire chez les enfants et chez les jeunes animaux particulièrement sensibles, une septicémie (typho-bacillose de Landouzy) fréquemment curable. Dans ce cas, les bacilles sont éliminés par les voies naturelles. Lorsque cette élimination ne se produit pas, c'est alors que se créent des foyers de vie symbiotique avec les cellules lymphatiques des divers organes, les lésions folliculaires se constituent et le sujet reste tuberculeux. Cette tuberculose peut subsister indéfiniment ou pendant de longues années latente, décelable seulement par les réactions tuberculiniques et le sujet qui en est porteur accuse alors *une résistance manifeste à l'égard des réinfections*. On comprend dès lors l'opinion exprimée par M. Calmette concernant l'importance toute relative des mesures prises vis-à-vis du bétail. Ces réserves sont d'autant plus légitimes que l'observation clinique et épidémiologique nous enseigne que le milieu familial joue un rôle énorme sur l'infection de l'enfance.

En se localisant par famille la tuberculose signe ainsi son origine par la contagion interhumaine.

Qu'il puisse exister des infections humaines par le lait (M. Hutinel les croit exceptionnelles), surtout lorsque celui-ci provient d'une vache atteinte de mammite tuberculeuse comme le rapporte le professeur L. Panissel (de Lyon), ou d'animaux habitant une étable infectée (J. F. Heymans) rien n'est plus certain et il sera toujours prudent de faire bouillir le lait d'origine inconnue distribué dans les milieux humains, mais il n'en est pas moins vrai que si un gros effort financier doit être provoqué auprès des pouvoirs publics (car toute proposition prophylactique est mort-née si elle ne peut compter sur cet appui), cet effort doit viser plus particulièrement le bacille d'origine humaine et le porteur actif de ce bacille.

L'infection par les voies lymphatiques puis sanguines a trouvé aussi un défenseur dans le mémoire lu par le docteur Friedrick Weleminsky (de Prague) qui fait remarquer que la forme habituelle de la tuberculose de l'enfance est celle des ganglions lymphatiques, et que cette infection produit une immunité des voies lymphatiques, car les ganglions cervicaux et submaxillaires ne sont pas réinfectés chez les phtisiques, quoique leur cavité buccale contienne constamment des bacilles tuberculeux virulents. Enfin les lésions extrêmement fréquentes des ganglions bronchiaux s'expliquent facilement par la connexion directe du système *lymphatique* entier, mais surtout, ce qui est facile à démontrer, par des expériences sur animaux, par la connexion directe des ganglions bronchiaux avec les ganglions supraclaviculaires et cervicaux d'un côté et avec les ganglions rétropéritonéaux et mésentériques de l'abdomen de l'autre côté.

De ce que les voies lymphatiques et le tube digestif soient les voies de pénétration les plus communes du bacille de Koch, il ne s'ensuit pas que l'infection se produise exclusivement de cette manière. L'introduction des bacilles, dit M. Calmette, peut s'effectuer en outre par toutes les voies d'accès accidentelles que lui offrent les diverses muqueuses (naso-pharynx), la peau et tous les autres tissus. M. Hutinel pense, contrairement à M. Calmette, que la tuberculose par inhalation est neuf fois plus fréquente que par ingestion. Les contaminations sont d'une extrême fréquence. Dans les grandes villes les enfants âgés d'un an, et qui étaient indemnes à la naissance, sont déjà infectés dans la proportion de 10 p. 100. Cette proportion s'élève à 50 p. 100 pour les enfants de un à cinq ans et à 80 p. 100 chez les enfants de cinq à quinze ans. Chez les adultes, elle atteint ou dépasse parfois 87 p. 100.

Suivant M. Weleminsky, la première infection par les bacilles tuberculeux, a presque toujours lieu dans la première enfance, si bien que plus de 90 p. 100 des enfants de dix ans réagissent positivement à la réaction de Pirquet.

Les contaminations résultent d'une part de la nécessité pour l'homme de vivre en groupements sociaux compacts, ce qui augmente la facilité de diffusion des bacilles tuberculeux évacués par les organismes malades; d'autre part de ce que les conditions de la vie sociale (logement, cohabitation familiale, alimentation, travail collectif, etc.) aggravent et multiplient les *occasions d'infection*.

Ces dernières données nous amènent à examiner l'importance relative des divers facteurs sociaux de la tuberculose.

Le problème de l'étiologie de la tuberculose, dit le professeur Odo Bujwid (de Cracovie), n'est pas tout à fait résolu avec la découverte du bacille de Koch comme l'avait relevé Bacelli dès 1898.

Depuis des années on a prouvé que l'agent pathogène de la tuberculose est si ubiquitaire, que presque toutes les personnes adultes étant en apparence d'une bonne santé ont été tuberculeuses sans qu'elles se soient aperçues d'être malades. On a prouvé aussi, que les personnes étant saines d'apparence transportent le germe de la maladie, comme on le transporte dans d'autres maladies contagieuses.

Les données statistiques prouvent que la maladie est d'autant moins dangereuse que les conditions sociales hygiéniques sont devenues meilleures. Si les logements sont salubres, si les denrées alimentaires sont d'une bonne qualité et d'une suffisante quantité, si les conditions du travail sont favorables, la mortalité diminue.

La lutte contre la tuberculose ne doit pas se borner à la destruction du germe pathogène, à l'isolement des malades, à la désinfection des crachats, mais on doit aussi lutter :

1° Contre les logements insuffisants et insalubres ;

2° Contre la cherté des denrées alimentaires ;

3° Contre les conditions non hygiéniques du travail ;

4° Contre l'alcoolisme ;

5° Contre la mauvaise organisation d'enseignement à l'école ;

6° Contre l'ignorance du public concernant la provenance et le développement de la tuberculose.

Le professeur Agelini, directeur de l'hôpital Umberto I à Rome, dénonce en outre l'importance considérable de la famille dont les membres en contact continu avec le malade s'infectent tous progressivement, lorsque leur manière de vivre et leur étroite habitation multiplient les contacts.

M. Juillerat, par des études poursuivies depuis 1894, montre la part qui revient à l'habitation dans la propagation de la tuberculose. Cette part est en rapport avec les variations de dimensions des surfaces habitées et celles de l'aération et de l'éclairage. L'agglomération familiale sur une surface relativement restreinte et dépourvue d'air et de lumière crée des conditions favorables à l'éclosion de la tuberculose.

A Paris, dans les quartiers anciens, où les rues sont très étroites, les cours intérieures excessivement réduites et les maisons très élevées et où, par conséquent, les locaux habités restent obscurs, aucune amélioration intérieure des maisons n'a une influence sur la mortalité tuberculeuse.

En dehors de ces quartiers spéciaux, la suppression ou la transformation des chambres sans air et sans lumière a, dans 816 maisons, abouti, en deux ans, à une diminution des décès tuberculeux se montant à 16,60 sur 10.000 habitants.

Même note est donnée par M. Bordoni-Uffredruzzi (de Milan) qui réclame la construction d'immeubles hygiéniques à bon marché pour la population moyenne et pauvre.

Le logement, pour le professeur Rossi-Doria, ne doit pas être uniquement le toit sous lequel s'abrite la famille, mais l'instrument le plus parfait de la morale familiale.

Les pouvoirs publics ont le devoir de considérer la question du logement à ce double point de vue, comme une grande question d'intérêt public ; ils doivent favoriser la construction de maisons aptes à une saine vie familiale, et donner aux familles qui en sont dépourvues les moyens nécessaires pour

réaliser cette moralité de la famille, c'est-à-dire la santé physique et morale de tous ses membres, en bouleversant tout le système actuel d'assistance publique qui cherche les pauvres, les malades, les débiles, les dégénérés, pour les protéger, les soigner, les maintenir en vie, les rendre inoffensifs, au lieu d'en empêcher la production.

S'occuper de l'individu c'est peu, s'occuper de la famille c'est ce qu'il faut ; s'occuper de tout le monde c'est trop.

M. H. TRIBOULET, continuant sa propagande active contre un des plus grands facteurs de la tuberculose, met en relief avec raison le point de vue économique alimentaire. L'alcoolisme peut préparer la tuberculisation, parce que trop de nos contemporains dépensent à boire, pour leur plus grand préjudice, l'argent qu'ils devraient employer, à si grand profit, pour manger et vivre sainement (statistiques de M. Letulle, tableaux de M. Landouzy et M. Labbé).

Du jour où le corps médical se sera documenté et suffisamment convaincu lui-même pour convaincre les autres, des rapports étroits entre *alcoolisme et tuberculose*, au nom de l'hygiène alimentaire, il deviendra possible d'établir une certaine *prophylaxie immédiate de la tuberculose*.

Resterait à convaincre aussi les législateurs qui ne semblent pas, pour le moment, disposés à entrer dans la voie indiquée d'une façon si précise par notre distingué et ardent collègue.

M. G. Sims WOODHEAD (de Cambridge) insiste surtout sur la prédisposition individuelle et héréditaire à la tuberculose créée par l'alcoolisme, et conclut à une campagne d'enseignement anti-alcoolique. Car, ajoute le professeur TIBERTI, combattre l'alcoolisme, c'est en dernière analyse combattre la tuberculose.

Enfin MM. CAROZZI (de Milan) et John ROBERTSON (de Birmingham) visant le surmenage, conséquence du travail dans les villes manufacturières, demandent de renforcer l'inspection du travail qui devrait être étendue aux travailleurs à domicile et l'établissement d'un salaire minimum.

Il résulte des communications que nous venons de passer en revue que la présence du bacille de Koch étant presque constante dans l'organisme humain, il faut faire la distinction nettement établie par M. CALMETTE dans une de ses conférences entre le *porteur de bacilles* négligeable tant qu'il n'en émet pas au dehors et le *tuberculeux*, c'est-à-dire le sujet chez lequel le bacille exerçant une action rend celui-ci malade et capable de semer la contagion autour de lui. Or les facteurs sociaux constitués par les vices de l'habitation, de l'alimentation, par le surmenage, jouent dans cette transformation du sujet sain, simple porteur de germes, en sujet malade et dangereux, le principal rôle.

Ce sont donc ces facteurs sociaux qu'il faut attaquer et faire disparaître, ce sont ensuite les malades qu'il faut arriver à convaincre du danger qu'ils font courir à leur entourage, et à mettre dans des conditions telles qu'ils ne puissent semer le contage.

Nous avons vu les moyens proposés pour lutter contre les facteurs sociaux de l'habitation, de l'alimentation, etc. Passons en revue maintenant ce qui a été dit sur la seconde partie de ce programme.

Il faut tout d'abord faire un diagnostic précoce de la tuberculose. Par ce moyen une tuberculose fermée, bien soignée dès le début, pourra rester telle, s'arrêter avant de devenir ouverte c'est-à-dire dangereuse.

D'après M. HUTINEL si la tuberculose congénitale existe, elle est tellement rare qu'on peut en faire abstraction au point de vue prophylactique.

La tuberculose acquise est excessivement délicate à dépister chez le nourrisson. Les méthodes de laboratoire ont moins de valeur qu'une exploration clinique minutieuse. Le professeur TESTI (de Florence) insiste pour que, dans l'armée, l'examen des hommes suspects soit fait à l'hôpital, car là seulement, comme nous l'avons fait ressortir nous-même, on peut procéder à plusieurs examens et à une observation prolongée.

M. BEZANÇON expose les bases cliniques du diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début, par l'examen de la poitrine. Cet observateur résume ici ses nombreux et intéressants travaux antérieurs sur la question et insiste sur les difficultés d'interprétation des anomalies respiratoires. Voulant bien faire allusion à mes travaux, il montre toutes les causes d'erreur pouvant provenir de malformations congénitales ou acquises des voies respiratoires supérieures.

Le professeur MARAGLIANO pense que l'exploration par les rayons de Roentgen permet mieux que tout autre procédé de localiser les lésions, et de nous renseigner sur leur nature, aidant ainsi à leur pronostic.

M. ALBERS-SCHONBERG (de Hambourg) indique toutes les précautions à prendre pour que cet examen n'entraîne aucune erreur d'interprétation. Intensité d'éclairage, mode d'exposition, etc.

Le professeur QUEIROLO (de Pise) demande une entente internationale sur l'expression et l'interprétation des signes physiques en rapport avec les lésions anatomo-pathologiques des poumons.

Bref, aujourd'hui encore, avec M. ACHARD (1905) on peut dire que le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire appartient surtout au clinicien.

L'exposé lumineux qu'a fait M. MÉRY des ressources à sa disposition confirme cette opinion.

Cette question de diagnostic résolue, comment intervenir dans le traitement social du tuberculeux ?

M. CALMETTE, dans une brillante conférence, a fait appel à la femme pour aider le médecin à dépister le tuberculeux, à l'éduquer, à le traiter.

Mlle CHAPTAL, qui prend depuis longtemps une part si active à cette lutte dans laquelle elle déploye un dévouement, une habileté et une délicatesse toute particulière, a parfaitement défini ce que doit être l'action féminine.

Son rôle, dit-elle, est de s'instruire, si elle est de condition aisée, afin d'instruire les autres ensuite. Elle doit donner l'exemple de l'action sociale. La femme de condition modeste suivra, et la femme ouvrière sera pratiquement enseignée.

Dans tous les pays d'Europe (Allemagne, Angleterre, Belgique, Hollande, Espagne, Italie, France, Russie, Danemark, Suède, Norvège, Suisse), la femme a, plus ou moins récemment, compris son rôle et commencé de mener la campagne d'hygiène antituberculeuse.

Aux Etats-Unis, elle a réalisé de la façon la plus complète ce qu'on est en droit d'attendre d'elle et cela particulièrement par le moyen de l'infirmière spécialisée.

Le rôle de l'infirmière spécialisée est précisément la synthèse de ce que peut accomplir une femme dans cette lutte journalière. Elle pénètre dans la famille et y porte son influence agissante, elle organise la prophylaxie du mal et laisse après elle les principes nécessaires à la continuation de l'œuvre.

Nous formons le vœu de voir toutes les nations s'organiser de manière à mettre la femme à même de s'instruire de son devoir social, et spécialement de son devoir antituberculeux.

L'oberstabarzt FRIEDHEIM a insisté également sur le rôle bienfaisant de la femme dans la lutte antituberculeuse dans l'armée, et a fait voir principalement ce qu'on obtient en Allemagne par l'organisation des sociétés de la Croix-Rouge.

M. PANNWITZ résume ce rôle dans les lignes suivantes, en même temps qu'il nous fait connaître le fonctionnement actuel de cette institution, dans son pays.

« La tâche la plus noble de la Croix-Rouge est de travailler à la fondation d'établissements pour le soin des malades et la pratique de l'hygiène pour les maintenir en fonctionnement et pour les faire affluer en aussi grand nombre que possible et de la meilleure qualité, et cela d'une façon durable et toujours ascendante.

C'est à la bienfaisance privée qu'il revient d'intervenir, et

la Croix-Rouge, en tant que principale organisation de cette dernière, est la plus apte à cette fin, en même temps que la plus rigoureusement tenue d'y prêter son concours.

Les Associations allemandes de la Croix-Rouge ont, par une entente légale avec l'Office impérial des assurances, siège central de l'Assurance ouvrière, déclaré, à la date du 29 mai 1897, que les sœurs de la Croix-Rouge mettaient leurs services à la disposition de l'organe de l'Assurance, dans le sens de l'assistance prophylactique aux malades, en conséquence de quoi lesdites Associations recevraient pour les stations de sœurs des subsides correspondants.

La Croix-Rouge se trouve ainsi, en raison de sa mission en cas de guerre, pourvue de tout le personnel et de tout le matériel nécessaire pour combattre les maladies contagieuses. Il semble donc tout naturel que ces ressources soient mises au service de la lutte systématique contre la tuberculose.

Lorsqu'en 1895, à la suite des rapports publiés par le Service impérial de santé publique à Berlin, relatifs aux dangers de la tuberculose, presque toute l'Allemagne s'était mise en campagne contre ce fléau, M. B. von dem Knesebeck, chambellan de Sa Majesté l'impératrice, qui était alors président de la Croix-Rouge allemande, reconnut aussitôt que cette organisation patriotique et d'utilité publique était désignée d'avance pour coopérer en première ligne à l'œuvre nationale. Il fonda alors en faveur de la nouvelle tâche une association nouvelle, dont il prit lui-même la direction, aidé de ses collaborateurs les plus éminents de la Croix-Rouge. Ainsi fut créée, en automne 1895 — en même temps que le *Comité central allemand pour sanatoriums de phtisiques* — l'*Association de la Croix-Rouge* pour la création de sanatoriums populaires, ayant pour mission spéciale de préparer pour la lutte contre la tuberculose les diverses Sociétés de la Croix-Rouge, de créer pour chaque branche de cette organisation des institutions modèles et de faire ainsi de la Croix-Rouge le centre du nouveau mouvement social. Grâce à cette nouvelle association, qui comprenait, sous la direction de M. von dem Knesebeck, treize sections indépendantes et qui créait successivement le sanatorium de Grabowsee, les dispensaires de famille, les stations de cure d'air en forêt, les sanatoriums d'enfants, les colonies de vacances et les cours d'enseignement supérieur à Hohenlychen, les jardins d'ouvriers près de Berlin et beaucoup d'autres associations; grâce à cette association la vie sociétaire fut pénétrée de l'idée que, dans l'âge présent, la tuberculose est l'ennemie la plus redoutable du bien-être public, celui qu'il faut s'efforcer en premier lieu de combattre, afin d'assurer la santé et la prospérité de la nation. »

Il est à désirer qu'en France nos Sociétés de la Croix-Rouge procèdent sans retard à une organisation semblable. Elles s'y préparent d'ailleurs activement.

MM. D'ESPINE (de Genève), FOLKS (de New-York), MÉRY (de Paris), BADALONI (de Rome) ont exposé les mesures prophylactiques à prendre dans les milieux scolaires.

Enfin, M. DE FLEURY expose l'organisation actuelle en France des institutions sanitaires de bienfaisance et sociales dans la lutte contre la tuberculose au point de vue des enfants et des adolescents : installation de *nourriceries*, *œuvre du sauvetage de l'enfance*, qui enlève aux parents indignes l'enfant moralement abandonné qu'elle élève à la campagne; institution des *enfants assistés* (assistance publique), qui ne compte guère (HUTINEL) que 1 p. 1000 d'enfants tuberculeux, alors que l'on peut estimer à 140 à 150 p. 1000 (GRANCHER) le nombre des enfants élevés à Paris et touchés par la tuberculose.

Les *cantines scolaires*, fournissant un réconfortant repas de midi aux écoliers pauvres.

Les *quartiers spéciaux*, permettant l'isolement des tuberculeux dans les hôpitaux.

Les *sanatoria*, qui soustraient le contagieux au milieu familial.

Les services publics et privés de désinfection.

Les œuvres, très nombreuses en France, s'attachant à l'hygiène de l'habitation.

Les *écoles ménagères*, qui apprennent aux mères de famille à tenir leur maison en état de propreté hygiénique, et qui enseignent une judicieuse utilisation du budget.

L'œuvre du docteur PEYROT, *Préservation contre la tuberculose par l'éducation populaire*, œuvre très active et très pratiquement utile, qui distribue tous les ans plus d'un million d'affiches, d'avis, de notices, de brochures, de cartes postales illustrées, d'images à la manière d'Epinal pour répandre dans le peuple, à l'école, à la caserne, des notions simples, claires, frappantes de prophylaxie.

Les *dispensaires du type Calmette* ou du *type Albert Robin-Siegfried*, avec leurs infirmiers enquêteurs et leurs dames visiteuses, qui assurent le dépistage de la tuberculose, la désinfection de l'appartement, la stérilisation et le blanchissage du linge, et qui enseignent aux malades le moyen de ne pas contaminer leurs enfants.

Nos *sanatoria marins pour enfants*, dont les uns sont des asiles de cure pour tuberculoses externes, et les autres des lieux de préservation et de réfection de l'état général pour débiles, anémiques, chlorotiques menacés de tuberculose.

Les *établissements climatiques* pour prétuberculeux.

Tuberculinisation du bétail, inspection des étables, inspection des laiteries; affiches conseillant de ne boire que du lait soigneusement bouilli; indemnités accordées par le ministre de l'Agriculture pour bétail tuberculeux (à peu près 2 millions de francs par an).

Œuvre des *jardins ouvriers* : 18000 jardins en France, dont 1 200 pour Paris.

Œuvre des *colonies de vacances* des enfants à la campagne, à la montagne ou à la mer (à peu près 75 000 petits colons par an).

Œuvres agricoles de préservation contre la tuberculose.

Ecoles de plein air pour débiles prédisposés.

L'*Œuvre Grancher* (préservation de l'enfance contre la tuberculose) qui enlève à la famille tuberculeuse l'enfant sain pour l'élever à la campagne où une caisse d'apprentissage assure, ensuite, son établissement définitif.

M. DE FLEURY, de son exposé, tire les judicieuses conclusions suivantes :

Expérience faite, il convient d'encourager surtout :

Les œuvres contribuant à l'assainissement du logement, à l'amélioration de la nourriture en général, du lait en particulier;

Les dispensaires du type CALMETTE ou A. ROBIN-SIEGFRIED;

Les sociétés de préservation par l'éducation populaire type PEYROT;

Les jardins ouvriers;

Les colonies des vacances (combinées avec les œuvres d'habitations salubres);

Enfin, et surtout, l'œuvre du professeur GRANCHER, qui, à elle seule, forme un tout complet.

Il importe que toutes ces œuvres s'entendent entre elles et organisent leur synergie fonctionnelle.

Nombreuses et instructives ont été les communications sur sur ce sujet. MM. JACOB (de Berlin), PUTZEYS (de Liége), SOLEY et GELY (de Barcelone), OTIS (de Boston), GATTI (de Milan) ont tous préconisé la fondation d'œuvres spécialement affectées les unes à l'isolement du tuberculeux, les autres au traitement préventif social des prétuberculeux ou des descendants des tuberculeux.

Avec mon collègue MANGIANTI, de l'armée italienne, j'ai exposé ce qu'il y aurait lieu de faire pour les hommes réformés pour tuberculose pulmonaire. Isolement des tuberculeux ouverts dans des *quartiers spéciaux* des hospices régionaux et

organisation de maisons de convalescence pour les prétuberculeux afin de leur rendre leur capacité de travail et les empêcher de devenir tuberculeux ouverts.

Les desiderata exprimés se ressemblent tous et on pourrait résumer la question en disant que pour arriver au but il faut des ressources financières importantes, des institutions riches et beaucoup de dévouement. Si cette dernière qualité est le fond qui manque le moins, il n'en est malheureusement pas de même de la quantité des fonds proprement dits. *Tant qu'on n'assurera pas l'existence de la famille, quand elle perd par l'isolement celui qui la fait vivre par son travail, la question de la soustraction du tuberculeux du milieu qu'il contamine quotidiennement ne pourra recevoir de solution pratique.*

La *thérapeutique proprement dite* de la tuberculose a occupé une place relativement restreinte dans les réunions du Congrès; il en est de même de la thérapeutique préventive, autrement dit de la vaccination antituberculeuse.

M. Paul COURMONT (de Lyon) a étudié le traitement de la tuberculose en renforçant la résistance de l'organisme par la production de l'immunité. Mais la difficulté d'obtenir celle-ci par la vaccination tuberculinique semble provenir de ce que l'infection tuberculeuse produit une maladie anaphylactisante beaucoup plus qu'immunisante. Cette notion soutenue par M. ARLOING en 1888 fut confirmée par les travaux de MM. J. COURMONT (1889-1891) et P. COURMONT (1900).

La tuberculose, cependant, se comporte non comme un antigène anaphylactisant, mais seulement comme une substance toxique secondaire. Elle semble agir, dans la cure spécifique, non en amenant la production d'anticorps, mais peut-être simplement en déterminant une sorte d'antianaphylaxie. Le résultat du traitement tuberculinique serait donc d'abord de désanaphylactiser le sujet plutôt que de l'immuniser.

M. CALMETTE, étudiant les divers procédés thérapeutiques issus du laboratoire, sérums et tuberculine, se prononce nettement en faveur de cette dernière, mais à la condition que l'on se décide à mesurer et à suivre avec précision les effets par la recherche et par le titrage des anticorps formés dans l'organisme du tuberculeux au cours de son traitement.

Le phtisiothérapeute qui choisit une tuberculine pour traiter son malade doit désormais savoir comment a été déterminée la « toxicité » de celle-ci et quelle est exactement sa valeur « antigène ». S'il néglige ces éléments d'information scientifique, il perd un temps précieux à essayer divers produits qu'il injecte au petit bonheur avec le vague espoir que ses effets seront favorables. Et comme il arrive trop souvent que ceux-ci soient nuls ou parfois même désastreux, il se trouve déçu et préfère renoncer désormais à se servir d'une arme qui, plus habilement maniée, pourrait devenir entre ses mains un précieux et très efficace instrument de lutte contre l'infection tuberculeuse.

Nous avons tous regretté l'absence de l'éminent clinicien qu'est M. RÉNON dont la longue expérience en tuberculinothérapie nous eût donné un document précieux. Le distingué directeur du sanatorium de Bligny, M. GUINARD, dont la communication était annoncée l'année dernière, était aussi absent.

MM. Léon BERNARD et L. BARON ont comblé cette lacune clinique par un très intéressant mémoire sur la *valeur pronostique des réactions cutanées à la tuberculine*.

Après avoir fait l'historique de la question et précisé leur technique, ces auteurs analysent les résultats qu'ils ont obtenus chez 240 malades de leur service de tuberculeux de l'hôpital Laënnec. L'étude de leurs observations les a conduits à la conclusion suivante : *la cuti-réaction est chez l'adulte un élément important de pronostic* de la tuberculose à condition d'en savoir interpréter le sens.

Dans les tuberculoses au début, une réaction forte indique une évolution plutôt favorable, une réaction faible est d'un pronostic sévère.

Dans les tuberculoses déjà avancées, la cuti témoigne du degré de défense des malades. Positive, elle révèle sinon l'arrêt du moins la marche lente de la maladie.

Au cours des tuberculoses aiguës, et surtout des poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire chronique, l'épreuve tuberculinique est très importante, une cuti positive permet de penser à une évolution favorable de cette poussée.

Mais si la cuti est un élément de pronostic au moins égal à ceux que donne la clinique, elle ne peut prévoir les accidents intercurrents au cours d'une tuberculose, ni l'avenir lointain du tuberculeux.

Le mécanisme pathogénique semble donner une base rationnelle à cette interprétation de la valeur pronostique de la cuti qui semble le résultat du conflit entre les anticorps et la toxine tuberculinique, la réaction sera d'autant plus forte que l'organisme produira plus d'anticorps, c'est-à-dire se défendra mieux.

MM. TEISSIER et F. ARLOING se montrent partisans de l'emploi des sérums spécifiques. Pour ces auteurs, les conditions d'action du sérum nécessitent l'intervention hâtive, le traitement précoce, alors que le bacille n'est pas protégé par les lésions qu'il a créées. La méthode permet d'arriver rapidement à un résultat sans faire un appel important à l'élaboration des anticorps par un organisme débilité.

La sérothérapie antituberculeuse est donc pour ainsi dire diamétralement opposée comme indication à la tuberculinothérapie, la seconde n'étant applicable que si le sujet n'est pas imprégné par ces toxines qui réclament l'institution de la première.

L'usage du sérum antituberculeux ne doit pas se limiter au traitement de la tuberculose confirmée. La bactériolysine, en particulier, permet d'atteindre le bacille dès son entrée dans l'organisme. C'est là *un traitement préventif de la tuberculose* au sens anatomique du mot. Il permet de réaliser une *immunisation active* au cours de ces états connus cliniquement sous le nom de prétuberculose.

Toutes les fois que cela est possible la vaccination préventive proprement dite selon la technique de M. MARAGLIANO est préférable.

Ce serait une faute que de laisser régner autour de la méthode l'indifférence ou le scepticisme. La sérothérapie peut ne pas toujours guérir mais elle améliore le plus souvent, puisqu'elle seule avec la tuberculinothérapie développe chez le tuberculeux des *réactions de défense spécifiques* adjuvants indispensables des cures classiques hygiéno-diététiques.

Le professeur MARAGLIANO a préconisé l'emploi du sérum préparé par ses soins. Il en a pu suivre les effets éloignés chez 465 sujets, tous vivants à l'heure actuelle et bien portants.

Le procédé de M. FORLANINI qui consiste à produire un pneumothorax artificiel chez le tuberculeux a trouvé un apôtre en notre confrère M. DUMAREST (d'Hauteville). Il est à souhaiter, conclut-il, qu'avec la prudence nécessaire la méthode soit appliquée plus largement et d'une façon plus précoce, dans les cas où l'évolution spontanée dénote une tendance destructive avérée et un caractère progressif. La phtisiologie n'est pas si riche en ressources qu'elle puisse avoir le droit de dédaigner celles qui ont fait leurs preuves, et la méthode de M. FORLANINI est du nombre.

L'héliothérapie a été l'occasion de présentations de photographies suggestives de M. ROLLIER (de Saint-Maurice) et de communications intéressantes par les beaux résultats obtenus par MM. SCHRŒTTER, ZUNTZ, MORIN. Cette méthode semble appelée au plus bel avenir, surtout pour les tuberculoses chirurgicales. A citer encore les mémoires de MM. CALOT (de Berck), HAJELH (de Milan), LALESQUE (d'Arcachon), et WELLIAMILOFF (de Saint-Pétersbourg) sur l'importance des hospices marins dans la cure de la tuberculose chirurgicale.

Si je n'insiste pas sur cette partie consacrée à la pathologie et à la thérapeutie chirurgicales, c'est que les questions fort

intéressantes qui y sont traitées abordent le traitement de tuberculoses spéciales : tuberculose urinaire par MM. Legueu et Chevassu; tuberculose de l'appareil génital, MM. Lapeyre (de Tours) et Posner (de Berlin); tuberculose de l'abdomen, MM. Mauclair (de Paris), Corner (de Londres), Antona (de Naples); et qu'elles s'éloignent du programme de prophylaxie que je m'étais imposé et qui forme la partie principale de l'œuvre du congrès de Rome.

C'est à ce titre que je termine cette revue par la discussion qui s'est engagée sur la déclaration obligatoire de la tuberculose, question de première importance pour la prophylaxie.

M. Küss (d'Angicourt) a émis à ce sujet une opinion tellement rationnelle et pratique que je ne puis mieux faire que de donner ici le résumé de son travail :

« Conformément à l'opinion presque unanime des phtisiologues, la déclaration de la tuberculose doit être rendue obligatoire pour tous les *décès* par tuberculose; cette déclaration doit être faite par le médecin traitant et entraîner obligatoirement une désinfection efficace du logement, sauf dans les cas où le médecin traitant aura certifié que la désinfection est superflue.

La déclaration obligatoire des malades atteints de tuberculose (en particulier les tuberculeux pulmonaires) ne s'impose pas au même titre que celle des sujets atteints de maladies contagieuses. Pour diminuer les ravages directement causés par la contagion bacillaire, ce qui importe surtout, ce n'est pas de provoquer par la déclaration une désinfection *intermittente, inutilement vexatoire* dans la plupart des cas, *ce qui importe surtout c'est de rendre le tuberculeux inoffensif pour son entourage* en lui enseignant dès le début de la période de contagion les règles de la prophylaxie antibacillaire et en obtenant de lui qu'il les applique consciencieusement.

A. Dans la classe pauvre, ce résultat ne peut être atteint que par l'intermédiaire de dispensaires de prophylaxie exerçant d'une manière suivie, au *domicile des malades*, leur action éducatrice et tutélaire.

B. Dans les autres classes de la société, la déclaration de la tuberculose au malade et à son entourage et l'éducation prophylactique des tuberculeux sont des devoirs essentiels qui incombent aux médecins traitants; cette intervention des praticiens dans la lutte antituberculeuse a une *importance capitale bien supérieure à celle de la déclaration de la tuberculose aux autorités*; il faut donc faciliter aux médecins leur tâche difficile et notamment créer dans chaque circonscription un *laboratoire* où l'examen bactériologique des crachats soit fait gratuitement.

La *déclaration des sujets atteints de tuberculose avérée* aurait cependant une réelle utilité, celle de faire mieux connaître les causes qui régissent, dans chaque localité, le développement de cette maladie et d'attirer l'attention des autorités sanitaires sur l'insalubrité des maisons où apparaissent de nombreux cas de tuberculose. Aussi est-il désirable que la déclaration obligatoire des tuberculeux soit introduite *progressivement* dans la législation, d'autant plus que la déclaration, considérée à ce point de vue, peut être faite de telle manière qu'elle ne porte préjudice ni aux malades ni aux médecins et que le secret professionnel soit respecté. »

Comme on peut en juger, le congrès de Rome a fait œuvre utile. En rassemblant les travaux et les avis des savants du monde médical, il a permis de remettre sous les yeux de celui-ci un tableau d'ensemble où chacun pourra puiser les idées directrices pour la lutte à entreprendre.

Il ne faut pas oublier qu'en matière de prophylaxie surtout, ce n'est qu'en insistant auprès des pouvoirs publics, des collectivités et des individus, qu'on parvient à faire admettre les données sur lesquelles reposent les conseils des hygiénistes et les règlements dont ils provoquent l'application.

Le but de ces congrès internationaux, par les discussions auxquelles ils donnent lieu et par l'autorité qu'apporte aux conclusions émises sous forme de vœux l'entente des savants de tous les pays du monde civilisé, est surtout, en effet, de constituer une sorte d'enseignement public. Or, pour faire pénétrer celui-ci dans l'intelligence humaine, il est nécessaire d'agir avec les peuples comme avec les enfants. Ce n'est qu'en répétant souvent les mêmes choses sous des formes de plus en plus perfectionnées et assimilables, en ayant égard aux différents milieux sociaux et nationaux, qu'on parvient à graver dans leur esprit l'empreinte indélébile nécessaire à provoquer l'exécution des projets conçus dans les milieux scientifiques.

Ajoutons que l'accueil cordial qui nous a été fait par nos confrères italiens a laissé aussi dans nos cœurs une empreinte pleine de charme qui restera toujours éclairée par les feux du Colisée et du Forum romain, dont l'illumination a terminé la série des belles fêtes du Congrès.

Qu'il nous soit permis, en terminant, de rendre hommage au président de notre Comité, qui eut la délicate attention de réunir autour de l'ambassadeur de France toute la colonie des congressistes français. Rappelant à la fin du banquet le rôle de M. Barrère dans l'élaboration des règlements sanitaires internationaux, le professeur Landouzy a marqué ainsi avec infiniment de tact et d'autorité le rôle de notre pays dans toutes les questions qui intéressent l'hygiène et la salubrité publiques. Le professeur Calmette, au nom des congressistes, a d'ailleurs remercié notre éminent doyen de la Faculté de médecine de Paris, en ces termes affectueux et charmants qu'il sait si bien dire et que tous, « en chœur », ont souligné de leurs applaudissements.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 22 avril 1912)

Retard de la consolidation d'une fracture chez un phtisique. Traitement fondé sur l'étude des troubles survenus dans les échanges. — M. Albert Robin. Les indications thérapeutiques pouvaient s'exprimer ainsi qu'il suit :

A. Améliorer la digestion et l'évolution des matières ternaires, ces intermédiaires de la nutrition osseuse. D'où, les augmenter sensiblement dans l'alimentation, en aidant leur digestion par l'usage de la bière de malt ou de la maltine et par la saturation du contenu stomacal dont l'acidité est un puissant facteur de déminéralisation.

B. Relever les acidités nerveuse et hépatique à l'aide des strychniques à faible dose (x gouttes de teinture de noix vomique avant les deux principaux repas).

C. Fournir à l'organisme les éléments de sa minéralisation totale (acide phosphorique, chaux, magnésie, fer et silice). Cette indication fut remplie par une poudre de reminéralisation où figuraient ces principes, l'eau ferrée, et par l'addition d'une petite quantité de sel à une alimentation reminéralisatrice.

D. Aider la reminéralisation par les arsenicaux (médication d'épargne) et par les fluorures, qui sont des metteurs en train de l'assimilation osseuse.

A cette médication on ajouta 2 milligrammes de corps thyroïde desséché deux fois par jour.

Le traitement fut suivi pendant deux mois, avec de courtes interruptions. Au bout de ce temps, le cal avait notablement diminué et le malade pouvait s'appuyer sur sa jambe et marcher.

Action hypotensive de la guanine. — MM. Desgrez et Dorléans. La guanine, base en quelque sorte spécifique du pancréas et considérée comme non toxique, jouit de la pro-

priété d'abaisser la pression artérielle, c'est-à-dire qu'elle provoque, à ce point de vue, un effet inverse de celui de l'adrénaline, base essentielle des capsules surrénales. L'antagonisme réciproque des influences exercées sur l'organisme par le pancréas et les capsules surrénales s'explique donc, pour une part au moins, par les actions opposées de ces deux substances sur la circulation.

Action de la lumière et de l'eau oxygénée sur les matières albuminoïdes et acides amidés. — M. Jean Effront. Sous l'influence photochimique des rayons solaires, les solutions de matières albuminoïdes et celles des acides amidés subissent des transformations analogues à celles que produisent les bactéries protéolytiques et les amidases.

L'action solaire se résume dans la formation d'eau oxygénée qui à la longue désagrège complètement la molécule albuminoïde avec formation d'ammoniaque et de nitrate.

Par l'action de l'eau oxygénée, en milieu alcalin, sur les matières albuminoïdes et acides amidés, on aboutit à une désamidation intégrale, circonstance qui peut être mise à profit pour l'analyse quantitative de certaines matières azotées et pour les études sur les polypeptides.

Les effets de l'irradiation des glandes surrénales en physiologie et en thérapeutique. — MM. A. Zimmern et P. Cottenot. Les courbes montrent nettement que chez des malades hypertendus l'irradiation de la région surrénale amène très rapidement un *abaissement* plus ou moins marqué de la tension artérielle; que la tension troublée tend à revenir à la normale.

En même temps, on constate la régression des phénomènes subjectifs que l'hypertension tient sous sa dépendance.

Influence favorable exercée sur le développement de certaines cultures par l'association avec le « Proteus vulgaris ». — M. A. Trillat. L'ensemble de tous ces résultats démontre que la formation des ambiances atmosphériques favorables à la vitalité des microbes et qui a fait l'objet de plusieurs travaux dans ces dernières années, est en relation étroite avec les phénomènes d'activation provenant des associations microbiennes et qui étaient déjà connus.

(Séance du 29 avril 1912)

Méthodes thérapeutiques fondées sur l'excitation et la frénation de l'activité des glandes endocrines par des procédés physiques. — M. Ph. Nogier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 7 mai 1912)

M. Le Président annonce la mort de M. Marc Sée et rappelle ses travaux.

Une nouvelle médication contre le cancer. — M. Letulle analyse un travail de M. Guezada sur l'emploi d'une préparation arseno-phospho-albumineuse contre le cancer. Ce médicament, appliqué localement et administré à l'intérieur à la dose de 25 centigrammes par jour, aurait donné de bons résultats, en particulier chez un malade atteint d'un carcinome cervical et chez une femme de quatre-vingt-sept ans atteinte d'un cancer de la face.

Le premier malade serait resté guéri depuis deux ans. Le médicament aurait aussi la propriété d'arrêter les hémorragies et les suppurations chez les cancéreux.

La commission chargée d'examiner le travail de M. Guezada n'a pu contrôler ses expériences. Elle ne peut qu'encourager l'auteur dans ces recherches et attendre de nouveaux faits.

La commission des sérums. — Au nom de cette commission, M. Netter lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées sans discussion.

— A trois heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 4 mai 1912)

Fibrillation isolée des oreillettes sous l'influence de la nicotine. — MM. Clerc et Peyzi. Chez un chien, l'injection répétée de petites doses de nicotine amena chaque fois la fibrillation auriculaire avec arythmie ventriculaire concomitante ; le phénomène succédait à un ralentissement marqué du cœur et durait deux à trois minutes après lesquelles les battements se régularisaient. Ainsi, une fois de plus, se démontrent les relations qui existent entre les fibrillations auriculaires et l'arythmie ventriculaire, relations admises par un grand nombre de cliniciens. Le fait que ces fibrillations apparaissent à cette période de l'intoxication où la nicotine excite l'appareil survenu inhibiteur est en faveur d'une influence exercée par celui-ci.

Tuberculose péritonéale localisée au territoire correspondant à la résection d'un nerf intercostal. — MM. Le Noir et Desbains communiquent l'observation d'une femme atteinte de névralgies intercostales et des derniers nerfs intercostaux, rebelles à tout traitement médical et consécutives à une sclérose pleurale pour lesquelles il fallut recourir à la résection des nerfs douloureux.

A la suite de cette intervention, les douleurs furent considérablement amendées, mais au bout de deux mois des symptômes se manifestèrent qui révélèrent l'existence d'une tuberculisation péritonéale, mais, fait intéressant, cette tuberculose péritonéale fut pendant longtemps strictement limitée au territoire énervé. Ce fait a la valeur d'une expérience et vient confirmer les travaux antérieurs qui ont établi l'influence des lésions nerveuses sur la genèse des infections et montre d'une façon manifeste le rôle de la section nerveuse dans le développement d'une tuberculose, pendant longtemps strictement localisée au territoire énervé chez un sujet porteur de bacilles tuberculeux.

Le rôle de la rate dans l'ictère par toluylène-diamine. — MM. F. Widal, P. Abrami et M. Brulé, par une série de recherches, poursuivies depuis plusieurs années, avaient été conduits à cette conclusion que dans l'intoxication diaminique la rate ne joue qu'un rôle secondaire, achevant la destruction d'hématies déjà attaquées par le poison, dans le sang circulant. MM. Gilbert et Chabrol ont pensé au contraire que la toluylène-diamine, inactive par elle-même, provoque l'élaboration d'hémolysines spléniques, qui produiraient à la fois la destruction des hématies dans la rate et dans le sang circulant.

Au cours de l'intoxication diaminique chez le lapin, animal dont s'étaient servis MM. Gilbert et Chabrol, les auteurs n'ont pu déceler d'hémolysines ni dans les macérations ou les extraits de rate broyée, ni dans le sérum, ni sur les hématies circulantes.

Récemment, à la suite d'expériences effectuées cette fois sur le chien, MM. Gilbert, Chabrol et Bénard ont reconnu que la toluylène-diamine ne provoque pas la surproduction d'hémolysines spléniques, mais que la rate agit alors seulement sur des hématies déjà sensibilisées par le poison. Toutefois cette action secondaire de la rate s'exercerait par l'intermédiaire des hémolysines que cet organe fabrique normalement.

Des recherches effectuées sur quinze chiens soumis à l'intoxication diaminique n'ont pas fourni les mêmes résul-

tats. L'hémolyse, observée dans quelques cas, à l'aide des extraits spléniques, s'est montrée en rapport avec le vieillissement de ces extraits, dans lesquels se développent sans doute des produits d'autolyse hémolytiques. Les auteurs ont d'ailleurs montré que la splénectomie n'empêche ni l'hémolyse ni l'ictère et que le sérum et les hématies circulantes des chiens intoxiqués sont constamment dépourvus d'hémolysines.

Les effets de l'injection intraveineuse de liquides isovisqueux. — MM. Roger et Garnier ont étudié comparativement les effets des injections intraveineuses de grandes quantités de sérum isotonique et de liquide à la fois isotonique et isovisqueux. Le sérum de Locke peut être introduit sans inconvénient à des doses considérables à condition de ne pas dépasser la vitesse de 3cc5 par minute et par kilo d'animal comme l'ont déjà montré MM. Dastre et Loyer. L'animal urine pendant l'expérience la presque totalité du liquide injecté, si bien que son poids après l'injection est à peine supérieur à ce qu'il était avant. La dilution sanguine n'est jamais considérable; le chiffre des globules rouges diminue en général pendant l'introduction des 300 premiers centimètres cubes; puis il reste stationnaire ou même augmente; car c'est à ce moment que les mictions deviennent fréquentes et rapprochées.

Avec le même liquide de Locke rendu isovisqueux par l'addition de gomme ou de gélatine, les phénomènes sont très différents; après l'injection d'une dose qui varie suivant le cas de 150 à 220 centimètres cubes par kilo, l'animal devient de plus en plus dyspnéique, laisse échapper par ses naseaux de l'écume sanglante et meurt. A l'autopsie, les poumons sont parsemés de foyers hémorragiques et de zones œdémateuses, et des hémorragies existent dans différents tissus. C'est que l'animal n'émet aucune perte d'urine pendant l'opération; car le liquide reste enfermé dans l'organisme; et après la fin de l'expérience le poids du lapin est augmenté d'une quantité égale à celle du liquide injecté. Le nombre de globules rouges diminue au fur et à mesure qu'augmente la dose de sérum introduite; pourtant la diminution très forte au début se ralentit par la suite.

Si l'injection est arrêtée bien avant qu'on ait atteint la dose mortelle, la survie n'est jamais bien longue; avec 64 centimètres cubes par kilo elle fut de vingt heures, avec 31 centimètres cubes elle atteignit dix jours.

A propos du rôle hémolytique de la rate normale. — MM. F. Widal, P. Abrami et M. Brulé. Tandis que pour MM. Nolf, Gilbert, Chabrol et Bénard, les extraits de rate sont doués d'une activité hémolytique à peu près constante, MM. Foix et Salin, Iscovesco et Zacchiri, Achard Foix et Salin aboutissent à une conclusion opposée, conforme à celle que les auteurs avaient eux-mêmes précédemment développée.

Une nouvelle série d'expériences, effectuées sur 20 chiens, leur permet de confirmer de nouveau cette conclusion. Le mode de préparation des extraits spléniques, raclage, broyage, hachage, ne semble jouer aucun rôle dans l'activité de ces extraits. Ceux-ci, dans 20 cas sur 20, se sont montrés complètement inactifs au moment de leur préparation; et sur des hématies fraîches. Par le vieillissement, l'extrait de rate a acquis un pouvoir hémolytique dans 6 cas. Ce pouvoir, qui résiste au chauffage à 80 degrés, a présenté une irrégularité extrême, étant tantôt proportionnel et tantôt inversement proportionnel à la concentration de l'extrait. Il semble en rapport avec le développement de produits d'autolyse dans les liquides spléniques employés.

Les centres gonostatiques bulbaires et l'aménorrhée. — M. Pierre Bonnier. Les centres régulateurs de l'accommodation génitale, ou gonostatiques, sont situés, dans le bulbe, tout au voisinage des centres manostatiques. De même, sur la muqueuse nasale, les points par lesquels une cautérisation peut régler les fonctions génitales (points de Fliess) sont voisins du point par lequel se règle la tension artérielle. L'auteur rapporte 12 observations d'aménorrhées guéries immédiatement par la cautérisation de ce point.

Ténias et tuberculose. — M. Pérard. 1° La tuberculose se rencontre avec la même fréquence chez les animaux infestés ou indemnes de ténias;

2° On trouve des ténias aussi bien chez les animaux présentant des lésions tuberculeuses au début que chez les animaux atteints de tuberculose avancée;

3° On rencontre même des lésions tuberculeuses au voisinage de lésions parasitaires.

Il est donc inexact de prétendre que les parasites, et en particulier les cestodes, peuvent avoir une influence quelconque sur la prophylaxie ou sur l'évolution de la tuberculose.

ANALYSES

MÉDECINE

La mort rapide dans les cancers du foie. (M. Lœper. *Arch. des mal. de l'appareil digestif et de la nutrition*, sept. 1911, p. 469.) — Le cancer du foie a toujours une évolution progressive et parfois rapide : la mort survient en général dans la cachexie après une agonie assez longue. Mais il n'est pas exceptionnel que l'issue fatale ne soit précipitée par des accidents et des complications de tout ordre.

Il suffit de rappeler en effet la fréquence des infections pulmonaires, pleurales, péritonéales, au cours du cancer du foie, ainsi que celle des *hémorragies* (hématémèses, mœlena, etc.). Mais la mort peut encore survenir pour d'autres raisons, qui seraient le plus souvent pour l'auteur, la conséquence d'une *insuffisance hépatique aiguë et suraiguë*, apparue, non sous l'influence de la marche extensive du néoplasme, mais en raison d'une infection gastro-intestinale nouvelle, parfois d'une intoxication alimentaire ou médicamenteuse. Les lésions des cellules hépatiques consistent surtout en dégénérescence granulo-graisseuse, et l'on constate en outre une infiltration marquée de tous les espaces conjonctifs par des lymphocytes et de petits macrophages.

Une autre cause de mort rapide est la *cancérisation galopante secondaire*. Dans d'autres cas enfin, la mort rapide est le résultat d'une *intoxication plus générale, l'acétonémie et l'acidose*.

Pour prévenir cette complication, il faut augmenter dans l'alimentation, la proportion des matières grasses et d'hydrocarbone, diminuer la viande et l'albumine, administrer à haute dose des alcalins, prescrire des diurétiques, et éviter au malade des voyages, des fatigues inutiles.

L. BABONNEIX.

Catatonisme au cours d'une méningite tuberculeuse. (A. Hesnard. *L'Encéphale*, 10 oct. 1911). — Observation d'un cas de méningite tuberculeuse atypique. Après un début brutal, la maladie prend d'emblée une forme psychopathique caractérisée par de la torpeur avec confusion mentale et excitation motrice automatique. Le malade fait des mouvements et des grimaces bizarres, illogiques et stéréotypés; il prend des attitudes cataleptoïdes, comparables à celles de certains déments précoces. Il présente une raideur musculaire analogue à celle des catatoniques.

A l'autopsie, l'auteur trouve des lésions classiques de méningite récente avec foyers tuberculeux, encéphalite sous-piemérienne, infiltration lymphocytique diffuse, bouleversement de l'architecture corticale et altérations considérables des cellules cérébrales, principalement des cellules pyramidales.

Il ne semble pas encore possible, de l'avis de l'auteur, de déterminer les rapports qui peuvent exister entre ces altérations cellulaires et le catatonisme constaté dans ce cas.

P. CAMUS.

CHIRURGIE

Tumeur de la région hypophysaire opérée avec succès par la voie endonasale. (G. SPIESS, *Münch. med. Wochensch.*, 21 nov. 1911, n° 47, p. 2503.) — Un homme de vingt-huit ans souffrait depuis trois mois de céphalalgie intense et de troubles de la vue. Un examen des yeux montra une hémianopsie bitemporale. L'examen radiographique du crâne montra un élargissement très net de la selle turcique.

L'intervention chirurgicale pratiquée par voie nasale, en deux temps à deux jours d'intervalle, permit d'aborder, après trépanation du sphénoïde, une tumeur kystique qui fut incisée et grattée.

Les suites de l'opération furent simples et dix-sept jours plus tard, non seulement la céphalalgie avait disparu, mais encore la vue était redevenue parfaitement normale.

A. LEMIERRE.

Rachistovaïnisation. (IVe compte rendu des expériences de rachianesthésie se rapportant à 2354 cas, par Arthur E. BARKER F. R. C. S., chirurgien à l'University College hospital et chirurgien consultant à l'hôpital militaire de la reine Alexandra Millbank S. W., *Brit. med. Journ.*, 16 mars 1912, p. 597.) — Dans ces 2354 cas, 300 appartiennent en propre à l'auteur, les autres lui ont été communiqués par cinq chirurgiens des hôpitaux anglais suivant strictement, dans les moindres détails, sa méthode.

La solution employée a toujours été celle dont Barker a donné la formule et qu'il préconise vivement :

Stovaïne	5 grammes	en poids
Glucose pure	5 —	
Eau distillée	90 —	

Cette solution est préparée extemporanément; elle est isotonique au sang et présente une densité de 1023 (la densité du liquide céphalo-rachidien est 1007). Injectée dans le canal médullaire elle tend à gagner les parties les plus déclives et ne baigne que les racines nerveuses. Comme elle ne diffuse que lentement dans le liquide céphalo-rachidien, on peut en donnant à la colonne vertébrale l'inflexion voulue localiser l'anesthésique à une région déterminée.

Tout ce qui concerne la préparation de la solution, le matériel d'injection, la technique de l'anesthésie, la ponction et les soins spéciaux à donner au malade, est minutieusement décrit dans le travail original mais ne peut naturellement pas être résumé.

Il suffit parfois, pour obtenir l'anesthésie, d'injecter 3 centigrammes de stovaïne, mais la dose habituelle nécessaire est de 5 centigrammes. Exceptionnellement on a injecté 6 centigrammes.

L'anesthésie obtenue est à tel point suffisante que Barker a pu conduire une intervention de deux heures de durée sans recourir à une nouvelle anesthésie.

Il pense donc que l'emploi de l'adrénaline pour augmenter la durée de l'anesthésie est inutile, d'autre part il tend à lui attribuer avec Muller (de Rostock) un certain nombre d'accidents, aussi l'a-t-il supprimée de sa pratique.

Sur cette série de plus de 2000 cas, si on élimine un cas d'obstruction intestinale, deux cas de cancer étendu chez des vieillards cachectiques et où on est intervenu dans des conditions désespérées, on ne relève aucun cas de mort imputable à la méthode.

Barker remarque que les divers incidents postopératoires, maux de tête, nausées, vomissements, diminuent au fur et à mesure que l'opérateur s'est perfectionné dans la technique de la rachianesthésie.

Les maux de tête ont été, en particulier, fort exagérés, et si on prenait soin de noter seulement les déclarations spontanées des malades, sans les interroger spécialement sur ce point, le pourcentage déjà peu élevé diminuerait encore beaucoup.

Il n'a jamais été constaté de lésions nerveuses permanentes, même chez des malades qui ont été suivis pendant fort longtemps.

L'auteur a essayé d'employer d'autres anesthésiques tels que la novocaïne et la tropacocaïne; ne leur ayant reconnu aucune supériorité, il y a renoncé.

L. GAYARD.

HYGIÈNE

Le métier de meunier et l'inhalation de poussière de farine. (FERRANNINI, *Riforma Medica*, 9 mars 1912, n° 10.) — D'une longue étude historique, expérimentale et clinique sur la question, le professeur L. Ferrannini tire les conclusions suivantes. L'inhalation des poussières de farine est généralement inoffensive pour les voies respiratoires inférieures, car les éléments de la farine y rencontrent des conditions favorables de digestion et d'absorption. Cependant dans certaines conditions dépendant de l'abondance des poussières ou de l'état antérieur des organes respiratoires, ces modifications chimiques ne se produisent pas, et la farine peut s'accumuler dans les voies respiratoires inférieures où elle détermine un encombrement des alvéoles et des divisions bronchiques, avec diminution consécutive de la surface respiratoire et par cela même de la capacité vitale. D'autre part, dans les expectorations des individus exposés à inspirer des poussières de farine il est facile de mettre en lumière la réaction de l'amidon et de l'albumine, et il faut tenir compte de ce fait pour apprécier, à sa juste valeur, l'albumino-réaction de l'expectoration pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE L'ASYSTOLIE (1)

Forme cardio-hépatique. — Le foie est solidaire du cœur droit, et chez certains sujets la plus légère défaillance du cœur s'accompagne immédiatement d'une congestion intense de l'organe, en l'absence même de tout symptôme cardiaque apparent. Le sujet accuse une douleur vive au niveau du creux épigastrique ; on localise même souvent cette douleur à l'estomac; mais une palpation attentive montre que la douleur a pour point de départ le foie qui est hypertrophié; il existe des troubles digestifs liés à l'hyperémie secondaire de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin; l'appétit est irrégulier, il y a du gonflement épigastrique après le repas quelquefois de la diarrhée et des vomissements; sous l'influence de quelques ventouses scarifiées, d'un purgatif, d'un peu de digitale les symptômes disparaissent, le foie revient sur lui-même. Mais le retour de ces accidents est fréquent et, grâce à leur répétition, ne vont pas tarder à s'installer tous les symptômes de la cirrhose du foie (veines sous-cutanées abdominales, splénomégalie, enfin ascite, se reproduisant rapidement).

Souvent la périhépatite, la cirrhose et, quand il s'agit de symphyse tuberculeuse, la tuberculose, se surajoutent aux lésions congestives, donnant le tableau clinique connu sous le nom de *pseudo-cirrhose d'origine péricardique.*

Il n'est pas rare non plus, après une crise d'asystolie, d'observer une congestion persistante du foie, survivant à l'exaspération des symptômes cardiaques, et entretenant la congestion intestinale et l'ascite; le cœur droit reste dilaté jouant ainsi le rôle d'une soupape de sûreté ; alors la tension dimi-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 45, p. 666; n° 48, p. 714, et n° 51, p. 763.

nue dans la petite circulation et les troubles respiratoires passent au second plan.

En général, les malades atteints d'asystolie hépatique, ont une teinte jaunâtre du visage et des sclérotiques, exceptionnellement on observe de l'ictère vrai; par contre si ces malades contractent une infection accidentelle, on peut voir survenir un ictère grave rapidement mortel, les urines contiennent toujours de l'urobiline, une grande quantité de phosphates; l'urée suit la courbe de l'urine; on peut provoquer facilement chez ces malades la glycosurie alimentaire.

Ici, comme dans la forme pulmonaire, les erreurs de diagnostic consistent surtout à méconnaître l'origine cardiaque des accidents observés. Parfois on rapporte à l'estomac la douleur qui relève du foie; dans d'autres cas où le lobe gauche du foie est très hypertrophié, et dépasse la ligne médiane, on peut penser à une *tumeur* développée aux dépens de l'estomac, quelquefois même de la rate. Enfin, lorsque la cirrhose s'est développée, on peut méconnaître l'origine cardiaque de cette cirrhose.

Forme cardio-rénale. — Lors de la crise d'asystolie, la congestion rénale cardiaque se caractérise par des urines rares, hautes en couleur, légèrement albumineuses assez souvent par des hématuries. L'urine émise est saturée d'urée, d'acide urique et d'urate. Les phosphates et les chlorures sont à un taux élevé, il y a donc surtout *oligurie* et non imperméabilité rénale (épreuve du bleu), aussi cette simple congestion rénale n'entraîne pas d'accidents urémiques.

Il n'en est plus de même chez les artérioscléreux, dont le rein est, lui aussi, atteint de sclérose; la filiation des faits est la suivante : l'hypertension artérielle a déterminé d'abord une hypertrophie cardiaque avec *bruit de galop*, puis le myocarde est devenu insuffisant et l'asystolie a éclaté; les urines sont relativement abondantes, mais leur densité est diminuée, il y a hypoazoturie et albuminurie assez élevée (2 à 3 grammes), la perméabilité au bleu est très diminuée. La tension artérielle reste élevée malgré l'asystolie, le facies est souvent pâle, l'œdème est généralisé, enfin apparaissent les accidents urémiques (dyspnée, délire, vomissements), souvent rythme de Cheyne-Stockes.

Le malade est un *cardio-rénal* et souvent l'insuffisance cardiaque s'efface dans les derniers périodes, la mort se fait par urémie.

Il peut être quelquefois difficile à la phase d'asystolie d'en reconnaître l'origine rénale. L'hypertrophie cardiaque, le bruit de galop, la tension artérielle relativement élevée permettront en général ce diagnostic; de même à la période terminale, l'asystolie est méconnue et le malade est considéré uniquement comme un urémique.

Forme cardio-cérébrale. — La rétrostase veineuse peut prédominer au niveau du cerveau et se manifester par une série de troubles psychiques, comateux et respiratoires. Une névrose antérieure peut être réveillée par l'asystolie (hystérie, épilepsie). De même on a décrit une *folie cardiaque*, il s'agit d'un délire surtout nocturne avec alternatives d'excitation et de dépression, aboutissant au bout d'un certain temps à une véritable torpeur; il s'y ajoute souvent des symptômes relevant de l'insuffisance rénale, c'est un véritable délire cardiorénal. On peut voir encore apparaître, des accidents paralytiques, partiels et transitoires, enfin le coma, soit complet appartenant à la période terminale de l'asystolie, soit incomplet et s'associant au rythme de Cheyne-Stockes.

Forme cardio-artérielle. — C'est l'asystolie des athéromateux, des sujets porteurs d'une lésion artérielle; on constate fréquemment la coexistence de lésions artérioscléreuses, avec cœur volumineux, aorte dilatée, artères scléreuses, etc.; il y a peu d'œdèmes, par contre la dyspnée d'effort est très marquée, le facies et les téguments sont très pâles; souvent chez les insuffisants aortiques décompensés, les palpitations et les douleurs à caractère angineux sont des phénomènes révélateurs de l'insuffisance ventriculaire gauche; on peut constater, au niveau des veines, chez ces asystoliques, une prédominance de la stase veineuse.

IV. Formes suivant le terrain. — a. *Enfant.* — L'asystolie apparaît le plus souvent chez l'enfant dans les péricardites et la symphyse cardiaque, ou au cours de certaines maladies infectieuses; en général, la lésion de l'endocarde ne suffit pas à la provoquer. Ce qui caractérise l'asystolie de l'enfant, c'est d'abord la *dilatation du cœur droit* et du foie, facilement appréciable par la percussion, puis la *cyanose* toujours très marquée, mais très mobile, localisée spécialement à la face et aux extrémités, enfin l'*hydropisie*, qui occupe surtout l'abdomen; chez le petit garçon, c'est d'abord le scrotum qui est infiltré et non les membres inférieurs. L'importance et la marche de l'œdème est appréciée facilement, comme chez l'adulte d'ailleurs, par les pesées quotidiennes. Ce qui est propre à l'enfant, c'est surtout l'état du foie. Dès que l'oreillette se laisse forcer, le foie se dilate dans de grandes proportions, mais il revient facilement sur lui-même; c'est le type du *foie en accordéon*. La *cirrhose cardiaque* est exceptionnelle; pour qu'elle se produise, il faut qu'il se surajoute un nouveau facteur, la tuberculose, comme dans la *symphyse cardio-tuberculeuse*. A retenir que l'*arythmie* est assez rare chez l'enfant. Le pronostic de l'asystolie infantile est toujours sévère.

b. *Femme.* — Chez la femme, l'asystolie détermine des congestions utérines qui prolongent et augmentent la menstruation; souvent d'ailleurs ces métrorragies mettront sur la voie d'une cardiopathie jusque-là méconnue; on peut de même observer des métrorragies sous l'influence de l'artériosclérose au moment de la ménopause. Enfin chez la femme enceinte, on peut observer l'asystolie aiguë (voir Rétrécissement mitral, *Gaz. des. hôp.*, 1912). L'asystolie gravidique avec anasarque peut cesser à la suite de l'avortement ou de l'accouchement prématuré, mais elle peut réapparaître, brusquement, quelques heures plus tard.

c. *Vieillard.* — Chez le vieillard, l'asystolie s'associe souvent aux troubles déterminés par l'artériosclérose, en particulier aux troubles urémiques et cérébraux.

V. Formes suivant la cause. — Il est impossible d'édifier autant de types cliniques qu'il existe de causes susceptibles de provoquer l'asystolie : néanmoins on peut, schématiquement au moins, distinguer plusieurs variétés d'asystolie : *l'asystolie des mitraux* est celle qui nous a servi de type de description, elle se caractérise par la dyspnée et l'arythmie, elle devient facilement irréductible, s'il s'agit de la maladie mitrale; l'asystolie *des aortiques endocarditiques* est moins fréquente, elle se caractérise par l'intensité des phénomènes angineux et la dilatation cardiaque; *l'asystolie des aortiques artériels*, des artérioscléreux athéromateux, se caractérise par une tension artérielle assez élevée, une polyurie relative, et le mélange des phénomènes urémiques aux symptômes asystoliques. L'asystolie de la *péricardite*, de la *symphyse cardiaque*, s'observe surtout chez l'enfant : elle est rapidement irréductible.

TRAITEMENT. — Le traitement d'urgence est la *saignée générale* si les symptômes sont menaçants; on peut également considérer comme médication d'urgence, les injections intraveineuses de un quart de milligramme de *strophantine* cristallisée (Vaquez). On peut avoir recours à des *saignées locales* (région hépatique, base des poumons, région rénale, sangsues derrière les oreilles).

De toutes manières on pratiquera une dérivation intestinale énergique (lavement, purgatif drastique). On soumettra le malade au régime lacté réduit (Karrel). S'il existe un hydrothorax, une pleurésie, on s'empressera de les ponctionner. On recourra enfin à la digitaline, aux diurétiques, et aux toni-cardiaques. Chez l'enfant, MM. Hutinel et Nobécourt conseillent l'emploi de la digitaline à très faibles doses (une à deux gouttes pendant dix jours de suite). Les mouchetures sur les membres inférieurs peuvent donner d'heureux effets, dans certains cas d'œdèmes persistants, mais elles sont souvent l'origine d'infections secondaires graves. Enfin on instituera un traitement hygiénique.

BIBLIOGRAPHIE. — In BROUARDEL-GILBERT, art. MERKLEN. — HUTINEL. *Traité des maladies de l'enfance.* — BARIÉ. *Traité des maladies du cœur.* — VAUCHER. *L'hydrémie des brightiques et des cardiaques œdémateux*, Th. de Paris. — *Journ. méd. français*, mars 1911.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS, — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 55. — SAMEDI 11 MAI 1912. 85e ANNÉE. SAMEDI 11 MAI 1912. — N° 55.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 8 mai : MM. Baudouin, 18 1/2; Israël de Jong, 19; Faure-Beaulieu et Darré, 18.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 8 mai : MM. Piquand, Capette et Barbier, 13.

— CONCOURS DE DENTISTE DES HÔPITAUX. — Question donnée : « Sinusites et empyèmes maxillaires d'origine dentaire. Pathogénie, signes et diagnostic. »

Epreuve écrite. — Séance du 6 mai. — MM. Coustaing et Vaysse, 27; Guilly, 28; Izard, 29; Schaefer, 24.

Epreuve clinique. — Séance du 8 mai. — MM. Guilly, 19; Izard, 16; Schaefer, 17.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 9 mai. — MM. Duclaud, 14 + 7 = 21; Burnier, 18 + 8 = 26; Hutinet, 16 + 8 = 24.

Prochaine séance, lundi 13 mai, à cinq heures un quart, à l'Hôtel-Dieu.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par arrêtés du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 8 mai 1912 :

1° La chaire de chimie médicale de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

2° La chaire de pathologie externe de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

3° La chaire de clinique des maladies des voies urinaires de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication des présents arrêtés, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — Un congé, du 15 avril au 30 juin 1912, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Pollosson, professeur de médecine opératoire.

— TOULOUSE. — M. Jeannel, professeur de clinique chirurgicale, est nommé doyen, à partir du 16 mai 1912.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance de la Société de psychiatrie aura lieu le jeudi 23 mai 1912, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la dix-huitième semaine, 1000 décès au lieu de 1049 pendant la semaine précédente, et au lieu de 968 moyenne ordinaire de la saison.

L'épidémie de rougeole peut être considérée comme terminée.

Les autres maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès, la rougeole 33, la scarlatine 8, la coqueluche 9, la diphtérie 10, la diarrhée infantile 19, les maladies inflammatoires de l'appareil de la respiration 174.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le docteur Emile Sergent recommencera, le mardi 21 mai, à dix heures et demie, ses conférences cliniques sur la tuberculose et les maladies des voies respiratoires et des capsules surrénales, et les continuera les mardis suivants à la même heure (Amphithéâtre Potain).

Sujet de la prochaine conférence : « Rôle de l'insuffisance surrénale en pathologie. »

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — La compagnie P.-L.-M. rappelle que de confortables voitures automobiles (coupés à deux places ou omnibus à six places) assurent le service à domicile des voyageurs débarquant à la gare de Paris-Lyon, ou venant y prendre un train.

Adresser les commandes :

1° Pour l'arrivée à Paris, par lettre à M. le chef de gare de Paris-Lyon ou par dépêche (Parlyo-Paris), en indiquant l'heure exacte d'arrivée du train, le type de la voiture demandée (coupé ou omnibus automobile), le nombre et le poids approximatif des bagages.

Les commandes remises à la gare initiale de départ ou à toute gare d'arrêt intermédiaire sont transmises gratuitement par dépêche.

2° Pour le départ de Paris, trois heures au moins à l'avance au bureau des omnibus à la gare de Paris-Lyon ou dans les bureaux de ville de la Compagnie, en indiquant l'heure à laquelle la voiture (coupé ou omnibus automobile) devra se présenter au domicile ainsi que le nombre et le poids approximatif des bagages.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 7, 17 fév. 1912.) René DESPLATS : Le lavement électrique et ses indications dans l'obstruction intestinale (*fin*). — (N° 8, 24 fév.) Z. DANEL : Sur un cas de pathomimie. — Edouard PROUVOST : Trois cas de kystes spermatiques.

Marseille médical. — (N° 3, 1er fév. 1912.) LACAPÈRE : Traitement de la leucoplasie par le salvarsan. — Ch. ROCHE : Procédé permettant de s'instiller facilement un collyre. — RAYBAUD : Poussée congestive avec hémoptysies abondantes chez une tuberculeuse pulmonaire à la suite d'injection de Dioradin. — L. PAYAN : Ancienne lésion mitrale avec cyanose secondaire. — VAYSSIÈRE : Recherches sur le sérodiagnostic de la grossesse par la déviation du complément. — Ch. MATTEI : Deux corps étrangers du tube digestif. Extraction chirurgicale. — (N° 4, 15 fév.) Léon IMBERT : La hernie accident. — H. REYNÈS : Le lever précoce des laparotomisés. — F. PIÉRI : Valeur thérapeutique de la gastro-entérostomie.

Paris médical. — (N° 14, 2 mars 1912.) MILIAN : La dermatologie et la syphiligraphie en 1912. — JEANSELME et VERNES : La réaction de Wassermann appliquée au traitement de la syphilis. — NATTAN-LARRIER : Le pian et son spirochæte. — Marcel PINARD : Supersyphilisation. — BURNIER : La culture du spirochæte pallida. — L. JACQUET et F. DEBAT : Le traitement plurimercuriel. — MILIAN : Les morts du 606. — (N° 15, 9 mars.) Paul CARNOT et NEDEY : Sur la vitesse de passage des diverses formes médicamenteuses à travers l'estomac. — Léopold LEVI : Infantilisme tardif de l'adulte. (Infantilisme sexuel de retour.) — Anselme SCHWARTZ : Traitement des abcès froids du thorax. — DERECQ : Traitement des affections pelviennes par les injections dites de Luxeuil. — DOPTER : Analyse bactériologique des crachats tuberculeux. — (N° 16, 16 mars.) Paul CAMUS : Les équivalents psychiques de l'épilepsie. — J. GUIART : Comment on évite l'empoisonnement par les champignons. — M. MARK : Nouvelle opération de marsupialisation vaginale. — G. SCHREIBER : Les bouillies maltées. — (N° 17, 23 mars.) G. HAYEM : Sur l'organisation de l'enseignement de l'anatomie. — GILBERT et Paul DESCOMPS : L'érythème critique de l'angine de poitrine. — JEANNIN : Traitement de l'insertion vicieuse du placenta. — JACOULET : Traitement des péritonites généralisées. — (N° 18, 30 mars.) A. MOUCHET et M. SÉGARD : La coxa vara congénitale. — MACAIGNE et PASTEUR VALLERY-RADOT : Etalon hémolysinimétrique. — A. THOMAS : L'isolement en psychothérapie. — E. DUPUY : Physiologie pathologique et traitement du vertige auriculaire. — A. PIATOT : Comment faire uriner les cardiaques.

Presse médicale. — (N° 16, 24 fév. 1912.) GUIBÉ : La paralysie du nerf sus-scapulaire. — Marcel LABBÉ : Les grands troubles de la nutrition. — LAGARDE : Prothèse paraffinique et radiographie. — (N° 17, 28 fév.) Maurice CHEVASSU : Valeur de la réaction de l'antigène de MM. Debré et Paraf pour le diagnostic rapide de la tuberculose urinaire. — A. MARTINET : Digitale et tensions artérielles. — (N° 18, 2 mars.) P. RAVAUT : Les réactions nerveuses tardives observées chez certains syphilitiques traités par le salvarsan et la méningo-vascularite chronique. — A. CERNÉ : Pneumatose kystique post-opératoire consécutive à la réduction sans drainage d'un kyste hydatique du foie. — (N° 19, 6 mars.) F. TERRIEN : Des troubles visuels provoqués par l'électricité. Symptomatologie, prophylaxie et traitement. — (N° 20, 9 mars.) Pierre TEISSIER : Leçon inaugurale du cours de pathologie interne. — (N° 21, 13 mars.) HUTINEL : Erythèmes avec syndrome malin dans les maladies infectieuses. — S. POZZI : La vie alternante des tissus en dehors de l'organisme, d'après les nouvelles expériences de M. Alexis Carrel. — (N° 22, 16 mars.) GOSSET : Le sarcome primitif de l'estomac. — GOSSET et MASSON : Cancer intestinal de l'estomac. — (N° 23, 20 mars.) ENRIQUEZ et COTTET : Considérations critiques de technique sphygmomanométrique. — (N° 24, 23 mars.) LANDOUZY : L'évolution historique de la phtisiologie. Le concept moderne de la bacillo-tuberculose. Les bacillaires, les tuberculeux, les phtisiques. — CHIRAY et BAILLEUL : La valvulite uricémique. — (N° 25, 27 mars.) H. ROGER : La toxicité de la bile. — CADE et LERICHE : L'opération de Franke dans un cas de crise gastrique rebelle au cours du tabes. — (N° 26, 30 mars.) A. STOFFEL : Nouvelle opération pour le traitement des paralysies spastiques. — CARLE-RŒDERER : Les luxations congénitales de la hanche à symptômes tardifs. — KOUINDJY : Traitement kinésithérapique des arthropathies tabétiques.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 20 AU 25 MAI 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 20 mai, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

4e.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 21 mai, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

4e (1re, 2e et 3e séries).

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 22 mai, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

4e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Jeudi 23 mai, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

1er (oral).

4e (1re, 2e et 3e séries).

Vendredi 24 mai, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

4e (1re et 2e séries).

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Samedi 25 mai, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

4e (1re et 2e séries).

5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon.*

THÈSES

Mercredi 22 mai, à une heure. — M. ROGER. Contribution à l'étude de l'action de l'arsenobenzol sur certaines affections spirillaires. (MM. Gaucher, président; Reclus, Marcel Labbé et Gougerot.) — M. RAILLARD. Sur un essai d'emploi de vapeurs d'iode naissant en thérapeutique oto-rhino-laryngologique. (MM. Reclus, président; Gaucher, Marcel Labbé et Gougerot.) — M. GRIVOT. Contribution à l'étude des lésions du foie dans la méningite cérébro-spinale aiguë à méningocoques. (MM. Teissier, président; Letulle, Guillain et Léon Bernard.) — M. JUIF. Contribution à l'étude du pouls lent permanent ou d'origine congénitale et héréditaire. (MM. Teissier, président; Letulle, Guillain et Léon Bernard.) — M. TESSON. Contribution à l'étude de la tuberculine dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (MM. Letulle, président; Teissier, Guillain et Léon Bernard.)

REVUE GÉNÉRALE

L'EXPLORATION DES FONCTIONS RÉNALES

AU MOYEN DE LA PHÉNOLSULFONEPHTALÉINE

Par M. GARDNER (de New-York).

I

Depuis que l'exploration fonctionnelle de la sécrétion individuelle de chaque rein, au moyen du cathétérisme uretéral et d'une substance d'épreuve injectée dans la circulation et éliminée par le rein, a remplacé les anciennes méthodes par trop incertaines et approximatives, et d'autres plus récentes, mais ou compliquées ou pas toujours absolument sûres, cryoscopie, conductibilité électrique, bien des substances ont été employées pour ces recherches : bleu de méthylène, phloridzine, rosaniline, indigo-carmin, pour ne citer que les principales. Chacune de ces substances a certains avantages et aussi certains inconvénients : aucune n'est parfaitement satisfaisante sous tous les rapports : de telle sorte que, malgré les progrès que leur emploi a permis de réaliser dans l'étude de la physiologie rénale, le problème n'est pas définitivement résolu, et il y a place pour de nouvelles recherches. C'est pourquoi une substance employée en Amérique depuis deux ans, la phénolsulfonephtaléine, mérite d'arrêter notre attention à cause des résultats très remarquables déjà obtenus, qui font dire à plusieurs que, dans cette substance, nous avons quelque chose d'indiscutablement supérieur à ce qui a été employé dans ce but jusqu'ici.

Pour être applicable à l'exploration fonctionnelle des reins, une substance devrait remplir les conditions suivantes : ÊTRE INOFFENSIVE, D'EMPLOI FACILE et DONNER DES RENSEIGNEMENTS EXACTS. 1° *Etre inoffensive*, cela veut dire : n'être pas toxique, ne pas donner de réaction au point d'inoculation, ne pas donner de réaction générale et ne pas ajouter un fardeau supplémentaire appréciable au travail du rein qu'il s'agit d'étudier ; 2° *Etre d'emploi facile*, cela veut dire : être simple à appliquer et donner des résultats faciles à constater et à interpréter ; 3° *Donner des résultats exacts*, cela veut dire : varier parallèlement avec le fonctionnement du rein à l'état de santé et à l'état de maladie ; indiquer les variations purement fonctionnelles, qui ne s'accompagnent pas de lésions histologiques permanentes ; révéler non seulement le travail rénal du moment, mais encore la capacité de travail de réserve qui peut être mise en jeu en cas de besoin.

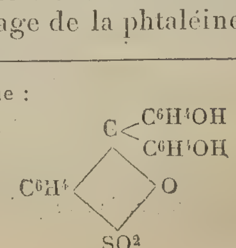
En ce qui concerne l'exactitude, le fait qu'une substance est éliminée *en totalité* par le rein sans changer de constitution chimique lui donne un énorme avantage, au point de vue qui nous occupe, sur toute substance qui n'est éliminée que partiellement, c'est-à-dire en proportion variable d'un cas à l'autre, par le rein, ou qui subit dans l'organisme des transformations plus ou moins compliquées. A cet égard, le bleu de méthylène et l'indigo-carmin laissent beaucoup à désirer : le bleu subit dans l'organisme des changements chimiques inconnus, une partie seulement (environ 50 p. 100) s'élimine par les reins et même encore partiellement sous forme de chromogène ; l'indigo-carmin, employé à doses ordinaires ne s'élimine que très partiellement par le rein, puisqu'on n'en peut recueillir dans l'urine qu'environ 25 p. 100 de la dose injectée, le sort des autres 75 p. 100 restant inconnu. La rosaniline employée surtout par Lépine et Dreyfus semble supérieure aux deux substances ci-devant mentionnées, puisqu'elle s'élimine en nature dans une proportion variant de 65 à 95 p. 100 suivant les cas ; cependant l'usage ne s'en est point généralisé.

C'est à cause de cette imperfection d'élimination par le rein de la plupart des substances d'épreuve qu'Abel et Rowntree, étudiant expérimentalement le groupe des phtaléines et trouvant que la phénolsulfonephtaléine, à l'inverse des autres qui s'éliminent surtout par la bile et l'intestin, s'éliminait en presque totalité par le rein seul, conçurent l'idée de l'appliquer à l'étude de la physiologie rénale. Rowntree et Geraghty l'appliquèrent ensuite à l'étude de la perméabilité rénale dans certaines lésions du rein ou des voies urinaires inférieures. Depuis la publication de leurs premiers résultats, en mai 1910, la phénolsulfonephtaléine a été employée par beaucoup en Amérique et par quelques-uns dans les autres pays. Une liste complète des travaux publiés se trouve à la fin de cette revue. Jusqu'à présent, ils sont tous américains. Le nombre de cas publiés où elle a été employée atteint déjà plus d'un millier, ce qui est assez pour justifier des conclusions.

II

Toxicité. — La phénolsulfonephtaléine, découverte par Remsen, étudiée par Sohon au point de vue chimique (1), est une poudre cristalline rouge vif, assez soluble dans l'eau et plus soluble dans l'alcool, donnant une coloration rouge intense en solutions alcalines diluées, violette en solutions fortement alcalines. Elle a des propriétés acides plus nettes que la phénolphtaléine simple et forme un sel défini avec les solutions de carbonate de soude. Une solution du sel sodique peut être stérilisée par l'ébullition, sans décomposition, et injectée sous la peau sans causer de phénomènes d'irritation locale quelconques ou administrée par voie buccale sans phénomènes toxiques. Elle apparaît dans l'urine après administration par voie buccale en moins de dix minutes. Une certaine partie est éliminée aussi temporairement par le foie, mais la phénolsulfonephtaléine qui se trouve dans la bile est réabsorbée par l'intestin et finalement éliminée par le rein. Ce dernier organe ne semble aucunement souffrir par suite du passage de la phtaléine : Abel et Rown-

(1) Formule chimique :



tree n'ont jamais trouvé dans l'urine ni albumine, ni sucre, ni cylindres, ni autres éléments anormaux. Ils concluent que la toxicité de la phénolsulfonephtaléine n'est vraisemblablement pas supérieure à celle du chlorure de sodium. Chez le rat, une dose de trois décigrammes correspondant à 1/666 du poids du corps ne détermina aucune manifestation d'intolérance. Cela correspondrait à une dose de près de 100 grammes chez un homme de poids moyen. Chez le chat une dose de 115 milligrammes correspondant à 1/5500 du poids du corps amena une coloration rouge de l'urine pendant trois heures : cela correspondrait à une dose de plus de 10 grammes chez un homme de poids moyen. Il n'y a donc point de doute au sujet de l'*innocuité* complète de la phénolsulfonephtaléine ; et quand on songe que la dose injectée pour l'exploration rénale chez l'homme est seulement de *six milligrammes*, on conçoit que le travail supplémentaire imposé au rein est absolument infime et négligeable dans tous les cas, même de néphrite très avancée.

III

Technique. — Pour ce qui est du second désidératum formulé plus haut, à savoir, *être d'application facile*, la phénolsulfonephtaléine le remplit indiscutablement. La TECHNIQUE de l'épreuve est TRÈS SIMPLE. Vingt minutes ou une demi-heure avant de commencer, on donne au malade un ou deux verres d'eau pour amener une sécrétion d'urine plus abondante, car l'oligurie temporaire souvent observée quand on pratique un cathétérisme uretéral pourrait retarder considérablement l'*apparition* (1) de la phénolsulfonephtaléine dans l'urine, et par là induire en erreur ; cependant, il convient d'ajouter que Cabot n'a pas observé d'oligurie due à cette cause et qu'il a remarqué (fait très important), dans plusieurs cas où l'épreuve fut répétée plusieurs fois, que l'excrétion de phénosulfonephtaléine était absolument indépendante de la quantité d'urine excrétée ; donc, il omet la formalité préliminaire de l'ingestion d'eau, que Rowntree et Geraghty considèrent comme toujours utile, quoiqu'ils admettent parfaitement comme Cabot, et même insistent sur le fait, que l'excrétion de phtaléine n'est nullement liée à la quantité d'urine excrétée. Puis la vessie du malade est vidée complètement avec une sonde, et l'on injecte dans les muscles du bras ou, mieux, dans la masse sacrolombaire, exactement un centimètre cube d'une solution contenant six milligrammes de phénolsulfonephtaléine au centimètre cube, dose qui a été trouvée la plus favorable au point de vue de l'examen colorimétrique ultérieur. L'urine est recueillie dans des tubes à essai contenant chacun quelques gouttes d'une solution de soude caustique à 25 p. 100. Ceci, afin de bien alcaliniser les urines : dans une urine acide, la couleur rouge de la phénolsulfonephtaléine n'apparaît pas : il y a seulement une coloration jaune ou orange qui ressemble beaucoup à la couleur normale de l'urine.

(1) L'apparition seulement, mais *non point modifier* la quantité de phtaléine excrétée.

La façon de recueillir les urines dépend naturellement de la nature des renseignements que l'on veut obtenir. S'il s'agit seulement *d'évaluer la fonction rénale totale* (par exemple chez les malades atteints de néphrites chroniques bilatérales ou d'obstruction des voies urinaires inférieures avec rétrodistension, rétrécissements de l'urètre, hypertrophie prostatique, ou peut-être chez la femme, de tumeurs pelviennes pouvant comprimer les uretères et s'accompagner de dilatation et d'insuffisance rénales, myomes utérins, kystes du ligament large, et chez qui une question se pose au sujet de la sécurité d'une intervention chirurgicale), on laisse en place la sonde qui a servi à vider la vessie jusqu'à ce que l'apparition d'une couleur rose dans le tube à essai annonce que l'élimination de la matière colorante commence. Alors, si le malade n'a point d'obstruction de l'urètre, on retire la sonde et on fait simplement uriner le malade dans un récipient au bout d'une heure, et dans un autre au bout de la seconde heure. S'il y a une obstruction de l'urètre (rétrécissement du canal, hypertrophie de la prostate), on laisse la sonde en place, on la bouche avec un fausset et l'on débouche à la fin d'une heure et à la fin de deux heures.

S'il s'agit au contraire *d'estimer comparativement le fonctionnement de chaque rein*, ainsi qu'il arrive dans toutes les affections chirurgicales du rein, l'injection de phénolsulfonephtaléine est faite seulement quand les deux sondes uretérales sont en place, le délai d'apparition est noté pour chacun des reins, et les urines de la première heure et de la seconde recueillies par les deux sondes.

Dans aucun cas, qu'il s'agisse d'estimation totale ou comparée, il ne faut prolonger l'épreuve plus de deux heures, sous peine d'introduire un facteur d'erreur, parce qu'un rein malade tend toujours à travailler au maximum. Un rein sain élimine la plus grande partie de la phénolsulfonephtaléine pendant la première heure, et presque tout pendant les deux premières heures. Si l'on recueille les urines pendant trois ou quatre heures, il se peut qu'un rein malade élimine autant qu'un rein sain, seulement il l'aura fait en répartissant son travail également durant les quatre heures, tandis que le rein sain l'aura fait en deux heures. C'est là une cause d'erreur que Geraghty a bien soulignée, et dont les méthodes qui ne considèrent que la longueur de l'élimination totale d'une substance ne tiennent aucun compte.

Une fois l'urine recueillie, tous les échantillons sont mesurés et la densité constatée. Puis l'on ajoute progressivement un peu de solution de soude à 25 p. 100 pour obtenir le maximum de couleur rouge. Puis, la quantité d'urine est *complétée au litre* avec de l'eau distillée. Si, toutefois, la quantité d'urine recueillie est faible, il vaudrait mieux ne pas diluer autant, diluer par exemple au cinquième, au quart, ou à la moitié d'un litre. On filtre s'il en est besoin, et l'on procède à l'estimation quantitative de la phtaléine éliminée à l'aide du colorimètre de Dubosq. La solution type de comparaison est une solution alcaline de *trois milligrammes* de phénolsulfonephtaléine dans un litre d'eau, c'est-à-dire contenant au litre

exactement la moitié de la dose injectée dans le corps pour l'épreuve. C'est une solution rouge pourpre dont la couleur ne s'altère pas, même à la longue, à condition qu'elle soit mise à l'abri de l'acide carbonique de l'air : celui-ci diminue l'alcalinité de la solution en formant avec la soude du carbonate de sodium, et fait, après un certain temps, diminuer l'intensité de la couleur, qu'il est toutefois facile de rétablir par l'addition de quelques gouttes de la même solution de soude caustique à 25 p. 100, déjà mentionnée plusieurs fois (1).

Pour le *calcul de la quantité de phtaléine excrétée*, on procède ainsi qu'il suit : le cylindre de droite du colorimètre est rempli à moitié avec la solution de comparaison et le piston est amené au numéro 10 de l'échelle. L'échantillon d'urine recueillie, dilué au litre, est placé dans l'autre cylindre du colorimètre en quantité variable suivant la coloration qu'il présente : si celle-ci est foncée, il suffit de mettre peu d'urine : si, au contraire, la couleur est pâle, il faut en mettre davantage. Puis l'on monte ou descend le piston jusqu'à ce que l'intensité de coloration soit identique dans les deux récipients. Alors on lit le chiffre auquel le piston de gauche correspond. Supposons qu'il soit à 16. Cela veut dire qu'une colonne de l'urine examinée de 16 de hauteur contient autant de phtaléine qu'une colonne de 10 de hauteur de la solution type, autrement dit que l'urine examinée contient seulement les $\frac{10}{16}$ de la proportion de phtaléine contenue dans la solution type. Si l'on veut ramener à une proportion pour 100, il suffit de multiplier par ce chiffre : $\frac{10 \times 100}{16} = 62{,}5$ p. 100. Comme maintenant nous savons que la solution type ne contient que la moitié de la dose de phtaléine injectée pour l'épreuve, il faut, si nous voulons obtenir la proportion réelle de la phtaléine injectée éliminée dans l'urine, diviser cette proportion par 2 : $\frac{62{,}5}{2} = 31{,}25$. Il y a dans l'urine 31,25 p. 100 de la phtaléine injectée. La série d'opérations arithmétiques très simples aboutissant au résultat définitif s'exprime ainsi : $\frac{10 \times 100}{16 \times 2} = 31{,}25$. Ce qui donne la règle générale suivante : prendre le chiffre indiqué par le piston du récipient de la solution type, multiplier par 100 et diviser le produit par le double du chiffre indiqué par le piston du récipient de l'urine examinée. Le résultat est la proportion de phtaléine éliminée.

IV

Résultats. — Il nous reste maintenant à envisager la troisième condition exigée d'une substance proposée pour l'exploration fonctionnelle du rein : *donner des résultats précis*. La première objection que l'on pourrait soulever *a priori* est l'emploi de la méthode colorimétrique. Celle-ci, avec l'indigo-carmin et le bleu de méthylène n'a donné que des résultats approximatifs, jamais un dosage rigoureux (1). Avec la phénolsulfonephtaléine, il n'en est point de même. Il n'y a point ici de chromogène pour vicier l'expérience, et l'emploi du colorimètre de Dubosq assure une grande précision. Geraghty a démontré que, avec des solutions claires et peu de pigments urinaires, il était possible d'évaluer la quantité de phénolsulfonephtaléine avec une approximation de quatre centièmes de milligramme, c'est-à-dire avec une précision plus grande que celle que l'on peut obtenir dans la méthode des pesées avec la balance la plus sensible. Il y a cependant une cause d'erreur sur laquelle Hugh Cabot a insisté : c'est la présence de pigment urinaire abondant dans l'échantillon examiné. Si l'on compare la solution type faite avec de l'eau distillée avec une urine contenant du pigment en quantité notable, le dosage obtenu risque d'être inexact. Quand l'échantillon d'urine recueillie ne mesure que 200 centimètres cubes ou moins, la dilution au litre, hormis des cas exceptionnels, est suffisante pour que la cause d'erreur devienne négligeable. Mais quand on a un échantillon de plus fort volume, ou quand l'urine est sale, pleine de chromogènes azotés, il faut, ou bien précipiter les pigments avec du sous-acétate basique de plomb, ou bien faire une solution de comparaison avec l'urine même à examiner. Rowntree et Geraghty déclarent le sous-acétate de plomb particulièrement utile quand l'urine contient des pigments biliaires. Ceux-ci seraient précipités, tandis que la phénolsulfonephtaléine resterait en totalité. Cependant Hugh Cabot a constaté que le sous-acétate de plomb entraînait une partie de la phtaléine, et, pour plus de précision, il préfère l'autre méthode. Selon lui, l'emploi du sous-acétate entraînerait une diminution de 10 à 25 p. 100 dans la quantité de phtaléine. S'il y a hématurie, la meilleure manière de se débarrasser du sang est la coagulation par l'ébullition, suivie de filtrage.

Un moyen beaucoup plus simple, s'il est aussi bon, ce que l'expérience nous apprendra, a été tout récemment proposé par Whitney : c'est d'interposer entre les tubes à examiner et l'œil un verre ambré assez foncé, qui, dit Whitney, neutralise l'effet du pigment urinaire, puisque, vus à travers ce verre, un tube d'eau distillée et un tube d'urine colorée apparaissent identiques.

Cabot reproche aussi, et avec raison, au colorimètre de Dubosq d'être beaucoup trop dispendieux et voit là une objection à la généralisation de l'emploi de la méthode. Geraghty s'est aussi servi d'un colorimètre modifié, moins cher (Helbige), mais Cabot a obtenu une approximation de 2 p. 100 en se servant simplement d'une série de 10 tubes à essai contenant des solutions

(1) Ceci est vrai d'une solution faite avec de l'eau distillée, mais non des échantillons d'urine contenant de la phénolsulfonephtaléine. Dans ceux-ci, la couleur pâlit assez vite, et si l'on tarde trop pour faire l'estimation quantitative, on trouve des chiffres beaucoup trop faibles, la diminution pouvant aller quelquefois jusqu'à 15 p. 100. D'où la nécessité d'examiner les échantillons avant vingt-quatre heures écoulées, si possible, et jamais après quarante-huit heures.

(1) Ceci est regrettable, parce que cela a fait tomber la méthode colorimétrique en discrédit, et au point de vue pratique cette dernière est bien supérieure aux méthodes longues et coûteuses d'analyse chimique pondérale nécessitant un laboratoire spécial. Thomas soutient bien que le dosage colorimétrique de l'indigo-carmin est facile et précis, mais ce n'est point l'avis général.

allant régulièrement de 5 en 5 p. 100, de 5 p. 100 à 50 p. 100. L'urine diluée au litre est introduite dans un tube à essai de même diamètre et la comparaison est facile. Les tubes ne se décolorent pas si l'on met dans la solution un excès d'alcali, et si on les scelle à la paraffine. Au point de vue pratique, l'approximation de 2 p. 100 ainsi obtenue est suffisante, sauf dans des cas exceptionnels et pour les études de laboratoire. Peut-être pourrait-on la réduire à 1 p. 100, voire 1/2 p. 100, en se servant d'un plus grand nombre de tubes étalons. Cette méthode, analogue à celle employée pour l'échelle colorée de l'hématimètre de Tallqvist pour la détermination de l'hémoglobine, nous semble parfaitement satisfaisante.

V

Pour ce qui concerne les résultats obtenus, nous envisagerons successivement : les néphrites, les obstructions des voies urinaires inférieures, les lésions rénales unilatérales.

Tout d'abord, il a fallu étudier des CAS NORMAUX, afin de se procurer des points de repère. Cela a été fait par Geraghty, par Cabot et par Goodman chez l'homme, et par Austin et Eisenbrey chez le chien.

Le *délai d'apparition* de la phtaléine dans l'urine a été trouvé par Geraghty de 5 à 11 minutes, par Cabot de 6 à 17 minutes, par Goodman de 5 à 12 minutes, avec une moyenne de 10 minutes. Tout délai de 20 minutes ou plus est anormalement long.

La *quantité excrétée* durant la première heure est de 40 à 60 p. 100 suivant Geraghty (maximum 66,6 une fois, minimum 37,5 une fois sur 26 épreuves) avec moyenne de 51 p. 100. Cabot dans 15 épreuves trouva un minimum de 38 p. 100 et un maximum de 53 p. 100 avec une moyenne de 46 p. 100; c'est-à-dire un même minimum, mais un maximum plus faible et une moyenne inférieure de 5 p. 100 à celle trouvée par Geraghty. Greene déclare avoir aussi trouvé des chiffres un peu inférieurs. Cependant, Eisenbrey, sur une série de 70 animaux, trouva un chiffre de 50,98, identique à celui de Geraghty chez l'homme, de telle sorte que l'on peut considérer l'élimination normale de la première comme très sensiblement égale à 50 p. 100.

Pour la seconde heure, Geraghty déclare avoir trouvé de 20 à 25 p. 100 (extrêmes 26,5 et 11,1) ; mais la moyenne calculée directement d'après ses propres chiffres n'est que de 17,4, tandis que Cabot annonce 17 p. 100 comme moyenne de ses recherches, de telle sorte que nous pouvons accepter ce chiffre comme exact, ce qui donne pour l'excrétion des deux premières heures un total moyen de 67 p. 100 (1).

En chiffres ronds, l'on peut dire que, dans les cas normaux, la moitié de la quantité de phtaléine injectée est éliminée pendant la première heure et un sixième pendant la seconde ; soit les deux tiers en tout pendant les deux premières heures.

L'excrétion est complètement terminée en six à huit heures.

Jusqu'ici, l'étude des NÉPHRITES est la pierre d'achoppement contre laquelle sont venues se heurter et souvent se briser les substances d'épreuve et l'on peut admettre avec Cabot que n'importe quelle substance qui pourrait nous renseigner exactement sur l'état pathologique d'un rein atteint de néphrite n'aurait à craindre la concurrence d'aucune autre dans l'exploration rénale. L'existence d'une perméabilité normale ou exagérée, apparemment établie solidement par les résultats de Bard et Bonnet avec le bleu de méthylène, d'Oppenheimer avec l'indigo-carmin et de Dreyfus avec la rosaniline, fait que jusqu'ici on n'a pu tirer aucune conclusion d'une épreuve fonctionnelle dans un cas de ce genre. Si cela est dû à un coefficient particulier d'élimination des substances colorantes employées, ainsi que le soutient Lépine, il n'en est pas moins vrai qu'il serait très désirable d'avoir une substance qui n'eût pas ce coefficient exagéré. La phénolsulfonephtaléine pourrait bien être cette substance, et, bien que les résultats ne soient pas jusqu'ici absolument concordants, ils sont fort intéressants.

Geraghty a étudié trois cas de néphrite aiguë : le délai d'apparition a été toujours allongé (plus de vingt minutes). L'élimination a été pour la première heure : dans un cas mortel, moins de 20 p. 100 ; dans un cas grave au début, puis s'améliorant et finissant par guérir, de 5 p. 100 à 38 p. 100 puis à 50 p. 100 après la guérison ; dans un cas léger au point de vue néphrite avec toxémie profonde, mais qui était peut-être due à l'angine grave concomitante, de 45 p. 100. *Jamais il n'y eut d'exagération de la perméabilité.* Dans la série de néphrites expérimentales étudiées par Eisenbrey, il y eut augmentation du délai d'apparition et diminution constante de l'excrétion, proportionnelle à la gravité des symptômes dans toutes les néphrites toxiques (uranium, arsenic, chromate de potasse, etc.), sauf dans les néphrites causées par l'injection de sérums immunisateurs, où l'excrétion resta normale, fait qu'Eisenbrey ne peut expliquer. Jamais il n'y eut de perméabilité exagérée. Cabot ne l'a jamais observée non plus dans les cas aigus.

Dans la néphrite chronique parenchymateuse, les résultats de Geraghty sont analogues. Dans les cas légers, il n'y a que peu ou point de diminution de la perméabilité rénale, mais il y a toujours retard dans l'apparition et *jamais de perméabilité exagérée.* Au contraire, dans tous les cas un peu anciens, il y a diminution de la perméabilité, diminution d'autant plus marquée, vraisemblablement, que le rein a subi plus de dégénérescence scléreuse secondaire. Dans la néphrite interstitielle, l'élimination de phénolsulfonephtaléine n'est jamais normale ; elle est toujours réduite, et la réduction est proportionnelle à l'intensité des symptômes qui jusqu'ici ont été considérés comme ayant une valeur pronostique. Ge-

(1) Goodman annonce comme moyenne de ses résultats 62,5 p. 100 pendant les deux premières heures, soit très sensiblement ce que donne Cabot (63 p. 100) et un peu moins que ne donnent Geraghty et Rowntree ; il explique ce fait très simplement et très naturellement en faisant remarquer qu'il calcule la première heure depuis le moment même de l'*injection*, tandis que Geraghty et Rowntree la font compter depuis le moment de l'*apparition* de la phénolsulfonephtaléine, ce qui donnerait naturellement à peu près 5 p. 100 de moins. Cabot calcule le temps de la même façon que Geraghty et Rowntree. Malgré tout, on peut dire que les moyennes avec la phénolsulfonephtaléine ont une uniformité quasi-mathématique bien différente des approximations considérables des autres substances colorantes.

raghty affirme que la phénolsulfonephtaléine ne l'a jamais trompé jusqu'à présent dans un cas de néphrite chronique : une excrétion faible correspond à un cas grave, une excrétion de moins de 8 p. 100 est toujours suivie de mort en moins de dix semaines, une excrétion de moins de 1 p. 100 est suivie de mort en une semaine. Inversement, une amélioration dans la situation générale s'accompagne d'un relèvement progressif et régulier de l'élimination. Geraghty affirme que la phtaléine a une valeur pronostique dans la néphrite, et qu'avec elle on peut juger du degré de sclérose rénale. Si cela est, c'est une très grosse supériorité. Cependant, l'unanimité n'est pas faite sur ce point. Si Eisenbrey, étudiant l'élimination de phénolsulfonephtaléine dans les néphrites toxiques expérimentales causées par l'ingestion de poisons divers, est aussi arrivé à des résultats uniformes et à la conclusion que cette substance est plus régulière et supérieure aux autres employées jusqu'ici, Cabot affirme hautement qu'il y a parfois des contradictions inexplicables ; il cite le cas d'un homme qui éliminait 20 p. 100 de la phtaléine pendant la première heure et cependant mourut rapidement d'urémie, et inversement celui d'un autre qui excrétait 3 p. 100 seulement pendant la première heure et cependant, cliniquement, ne se portait pas mal du tout. Le docteur Keyes (communication personnelle) nous a cité un cas analogue qu'il a eu l'occasion d'observer pendant plus de deux mois. Il s'agit d'un porteur d'un rétrécissement ancien qui fut opéré; on avait des raisons suffisantes pour considérer ses reins comme mauvais, et l'excrétion de phénolsulfonephtaléine était limitée à des traces pendant vingt-quatre heures ; cependant la santé générale se maintient apparemment satisfaisante. A notre sens, ces cas de bonne santé apparente avec une excrétion infime de phénolsulfonephtaléine ne peuvent guère être invoqués comme argument contre cette dernière, nous avons vu tous de ces cas paradoxaux où la vie et la santé se sont maintenues pendant un certain laps de temps chez des sujets dont la proportion de tissu rénal fonctionnant était extrêmement faible. Il en est autrement des cas où une mort rapide survient avec une excrétion passable de phénolsulfonephtaléine, tel que le premier cas cité par Cabot, ou tel que celui de cet enfant atteint d'une poussée aiguë d'une néphrite grave chronique durant depuis trois ans et qui cependant éliminait 61 p. 100. Il y a là une anomalie évidente qui pourrait induire en erreur ; toutefois la néphrite est par excellence la maladie à anomalies, et il faut dire que ces cas semblent rares. Dans un cas analogue, exacerbation aiguë d'une néphrite chronique, Goodman trouva seulement des traces de phtaléine, ce qui cadrait parfaitement avec la situation clinique. Nous pensons donc qu'il n'y a pas lieu de faire trop fond de ces cas anormaux rares dans les néphrites ; il est probable que la nature même de la maladie rend l'existence de ces exceptions inévitables, à cause de la complexité et du nombre des phénomènes mis en jeu dans l'acte dont l'élimination rénale est le résultat. D'une façon générale, on peut dire que ces anomalies sont moins nombreuses avec la phénolsulfonephtaléine qu'avec les autres substances.

D'ailleurs, et cela de l'avis de tous, une chose est remarquablement constante : c'est le retard dans l'apparition de la phtaléine, le délai étant, en moyenne, de vingt-cinq minutes. Cabot se demande même, et il semble pencher vers l'affirmative, si cela n'a pas en réalité plus de valeur, dans ces cas de néphrite, que l'élimination de la première heure ou des deux premières heures. Toutefois, lui aussi, il a toujours trouvé l'excrétion diminuée, jamais augmentée, quel que fût le type de la néphrite. Il a remarqué que l'excrétion de la seconde heure est forte relativement à celle de la première heure, parfois égale ou supérieure à celle-ci, dans les cas d'insuffisance rénale relative consécutive à une obstruction des voies urinaires inférieures, quand ladite excrétion de la première heure a été faible ; ceci s'explique facilement par la plus grande proportion de phtaléine restante et par cette tendance, déjà signalée, des reins malades à travailler uniformément au maximum. Cabot conclut, à l'inverse de Geraghty, que la phénolsulfonephtaléine n'est pas toujours un fidèle index de l'état pathologique dans la néphrite aiguë, mais il admet qu'elle est très précieuse dans les cas de maladie cardio-rénale quand il s'agit de déterminer lequel des deux organes est le plus gravement atteint. Les cas où le cœur seul est lésé ont tous une excrétion normale.

Goodman a étudié l'élimination dans 6 cas de néphrite aiguë qui, pour la première heure, lui ont donné : 15 p. 100, 19 p. 100, 22 p. 100, 22 p. 100, 24 p. 100, c'est-à-dire une élimination toujours faible ; et aussi dans 10 cas de néphrite parenchymateuse chronique où il a trouvé 15 p. 100, 5 p. 100, 25 p. 100, 41 p. 100, 20 p. 100, 26 p. 100, 8 p. 100, 25 p. 100, 11 p. 100, et une fois des traces seulement, résultats parallèles dans tous les cas à l'évolution clinique. Dans la néphrite interstitielle, il a trouvé 18 p. 100, 14 p. 100 et des traces seulement dans un cas d'exacerbation aiguë d'une néphrite chronique. On peut donc être disposé à faire siennes les conclusions de Geraghty et admettre que, dans les néphrites, l'excrétion de phénolsulfonephtaléine est toujours réduite et dans la presque totalité des cas parallèlement à la gravité clinique, exception étant faite pour des cas observés de temps en temps, inexpliqués jusqu'ici. Cette constance du mode d'action dans les trois classes de néphrite est en contraste remarquable avec ce qui se produit avec le bleu de méthylène, l'indigo-carmin et la rosaniline.

Une mention particulière est due aux intéressants résultats obtenus par Goldsborough et Ainley qui ont étudié l'élimination de la phénolsulfonephtaléine chez 10 femmes au dernier mois de la grossesse et chez 11 récemment accouchées. Autant que l'on pouvait en juger par l'examen clinique et l'analyse des urines, le fonctionnement rénal de toutes les femmes enceintes était normal. Or la phénolsulfonephtaléine excrétée pendant la première heure fut en moyenne de 21,3 p. 100 (maximum 39, minimum, 2,4); pendant la seconde de 26,5 p. 100 (maximun 59, minimum 11,4); pour les deux heures, moyenne 48 p

100 (maximum 65,7, minimum 13,8). Nous trouvons donc ici une excrétion constamment diminuée, et une excrétion plus forte pendant la seconde heure que pendant la première, ce qui est un signe de lésion rénale, ainsi que nous l'avons déjà dit. Au contraire, immédiatement après l'accouchement, l'élimination remonte toujours au chiffre ordinaire et reprend le type normal. Cette démonstration directe d'une imperméabilité gravidique, existant même quand les conditions semblent parfaitement normales, est de la plus haute importance.

Geraghty et Cabot ont étudié l'élimination de la phénolsulfonephtaléine dans les cas d'obstruction des voies urinaires inférieures, surtout par HYPERTROPHIE PROSTATIQUE. Leurs conclusions sont semblables. Dans la majorité de ces cas d'obstruction, il y a des lésions rénales, décelées par un retard de l'apparition (vingt à trente minutes souvent) et par une élimination diminuée. L'épreuve à la phtaléine a beaucoup plus de valeur que le dosage de l'urée, des matériaux solides et de l'azote total, qui peuvent être et sont même généralement très trompeurs (1). Une amélioration progressive sous l'influence d'un traitement préliminaire est toujours accompagnée d'un relèvement de l'excrétion, ce que Schmidt et Keyes ont aussi constaté. Dans la clinique de Young, l'on a choisi l'excrétion de phtaléine comme indice des risques opératoires ; toutes les fois que la phtaléine était bien éliminée, l'opération fut suivie de guérison ; dans quelques cas où l'apparence florissante semblait donner un démenti à l'épreuve fonctionnelle et où l'on opéra malgré une excrétion basse et stationnaire, l'opération fut suivie de mort rapide par urémie. Sur ce point, il semble y avoir unanimité. Cependant Cabot remarque qu'il n'a pas obtenu du traitement préliminaire le bénéfice considérable que Young et Geraghty disent avoir observé chez leurs malades. Il a trouvé une moyenne de délai d'apparition de vingt-deux minutes et une excrétion moyenne basse, 26 p. 100 seulement pour la première heure. Il n'a point opéré de cas à excrétion basse, de telle sorte qu'il ne peut donner de conclusions au sujet de leur capacité de résistance au point de vue opératoire, mais il fait remarquer que, dans aucun des cas qui ont été opérés et sont morts, la mort n'a été due à une insuffisance rénale, ce qui confirme la valeur que Geraghty attribue à la phénolsulfonephtaléine pour l'étude de ces cas. Schmidt arrive aussi aux mêmes conclusions que Geraghty. Dans deux cas, il fut obligé d'opérer sur des malades ayant une excrétion basse ; les deux opérés moururent.

Dans les cas de rétrécissements anciens de l'urètre, Cabot trouva les reins en meilleure condition que chez les prostatiques. L'excrétion variait de 26,5 à 58,1, avec 35,5 p. 100 de moyenne.

En ce qui concerne l'*étude comparée de la sécrétion des deux reins*, il a été établi que, dans les cas normaux, l'excrétion est égale au bout d'une heure. Une différence de deux ou trois minutes dans le moment d'apparition est vue assez fréquemment et n'a pas de signification. Dans quelques cas seulement (2), Geraghty a trouvé une différence de 2 ou 2,5 p. 100 entre le travail physiologique des deux reins.

Dans les conditions pathologiques, la phénolsulfonephtaléine s'est montrée un index fidèle de la diminution de valeur fonctionnelle du rein. Geraghty, Cabot, Schmidt, Keyes ont trouvé l'épreuve très satisfaisante et ses résultats sont corroborés par l'opération ultérieure ; Greene seul soutient que l'épreuve à la phloridzine est meilleure. Cabot et Keyes ont chacun relaté un cas de tuberculose unilatérale du rein où l'excrétion de phtaléine était bonne avant l'opération, et où, après une néphrectomie, le malade mourut d'insuffisance rénale avec congestion extrême du rein restant. Cette congestion était évidemment due à l'acte opératoire lui-même, puisque aucun des deux reins ne présentait trace de lésions anciennes. La phénolsulfonephtaléine avait donné tous les renseignements que l'on pouvait lui demander, et l'on ne peut lui reprocher de n'avoir pas prophétisé la congestion post-opératoire. Schmidt a cité un cas d'hématurie intermittente où l'épreuve à la phtaléine, en montrant une diminution notable du fonctionnement rénal d'un côté, a permis de pratiquer une opération sans attendre une nouvelle hématurie pour déterminer le côté malade. Il s'agissait d'un petit hypernéphrome. On ne peut évidemment faire fonds de ces renseignements que si l'on dispose d'une substance dont l'élimination est purement rénale et peut, par conséquent, être appréciée et dosée avec certitude. Le bleu de méthylène et l'indigo-carmin ne permettent pas cela.

D'une façon générale, les travaux de ceux qui ont suivi ont confirmé les premières conclusions de Geraghty, à savoir que la différence dans l'excrétion de la phénolsulfonephtaléine d'un côté à l'autre mesure avec exactitude la différence de fonction entre les deux reins ; l'observation étant faite dans la première heure, et non pas prolongée pendant trois ou quatre heures, toujours pour cette même raison que l'excrétion d'un rein sain atteint d'emblée un niveau maximum, puis tombe rapidement, tandis que celle d'un rein malade est représentée par un plateau de niveau sensiblement constant. Souvent on trouve pour l'excrétion des deux reins un chiffre normal ou à peu près, tandis que l'excrétion de chaque rein étudiée séparément montre que l'un des reins fonctionne peu : cela indique et

(1) Ceci est amplement démontré par de nombreux cas de Geraghty, de Keyes et d'autres où, avec une excrétion moyenne (9 ou 10 grammes au litre) d'urée, il y avait des lésions, très avancées du rein, avec excrétion de traces de phénolsulfonephtaléine, le mauvais état des reins étant démontré par l'évolution ultérieure. Les expériences d'Austin et Eisenbrey nous expliquent jusqu'à un certain point pourquoi il en est ainsi. Dans les néphrites produites par de petites doses d'uranium ou de cantharidine, l'excrétion azotée et chlorurée est *augmentée* ; elle est *diminuée* au contraire dans les néphrites violentes causées par l'injection de fortes doses de ces mêmes substances, mais cette diminution est parfois masquée si l'animal reçoit un régime riche en azote. Donc, la quantité de poison et le régime font varier l'excrétion azotée et chlorurée ; il n'y a pas non plus de rapport défini entre la lésion anatomique et la diminution de l'azote. Tandis que l'excrétion de la phtaléine est *proportionnelle dans sa diminution* à la quantité de poison injectée ; il y a en général une chute brusque correspondant à l'apparition des premiers phénomènes toxiques généraux. Donc la phénolsulfonephtaléine est un indice plus sûr que l'excrétion azotée ou chlorurée.

mesure le degré d'hypertrophie compensatrice qui a déjà pris place dans l'autre rein. Cependant, il y a une légère cause d'erreur à laquelle il faut faire attention. Keyes a fait remarquer que l'épreuve à la phénolsulfonephtaléine présente un certain degré d'hypersensibilité quand on l'emploie en même temps que le cathétérisme uretéral. L'écart chez le même sujet entre la fonction totale évaluée sans cystoscopie et évaluée en additionnant les excrétions isolées de l'urine de chaque rein recueillie par la sonde uretérale a été quelquefois de 10 p. 100. Il croit donc qu'il est plus précis d'estimer la fonction totale d'abord sans cystoscope et sans cathétérisme uretéral ; puis de faire une autre fois le cathétérisme et d'examiner les deux échantillons recueillis pendant vingt minutes ou une demi-heure seulement ; ce dernier examen indiquera exactement la proportion de fonctionnement qui doit être attribuée à chaque rein, mais pourrait induire en erreur pour l'estimation totale. Thomas parle aussi de la sensibilité parfois excessive de l'épreuve à la phénolsulfonephtaléine, qui en ferait, selon lui, un moyen admirable pour l'étude de la physiologie rénale, mais inférieur en pratique à l'indigo-carmin, conclusion que, toutefois, ceux qui se sont servis de phtaléine n'ont point l'air d'approuver. Schmidt a trouvé la phénolsulfonephtaléine plus utile dans les cas d'hématurie que n'importe quelle substance jusqu'ici employée. L'épreuve peut être employée à la différenciation de la pyélite et de la pyélonéphrite. Dans la première affection, il n'y a point de trouble du fonctionnement rénal.

VI

Résumé. — En somme, si nous voulons résumer ce que nous savons exactement de cette nouvelle substance appliquée à l'exploration fonctionnelle des reins, nous pouvons dire que :

1° Elle a l'immense avantage d'être *éliminée en totalité par le rein* en un laps de temps relativement court, *et sans changement chimique*, ce qui donne à l'évolution de la quantité excrétée une valeur très grande, presque mathématique, en tout cas qui peut s'exprimer par un chiffre; aucune autre substance jusqu'ici employée ne peut avoir cette prétention à la précision.

2° La dose employée est très faible, donc il n'y a pas de surcroît de travail imposé au rein ; la toxicité et l'irritation locale sont absolument nulles.

3° La technique est simple et facile à appliquer ; l'évaluation des résultats est très précise.

4° Les résultats dans les cas d'obstruction des voies urinaires inférieures sont uniformément vérifiés à l'opération ; de même dans les cas de lésions chirurgicales unilatérales du rein (calculs, tuberculose, pyélonéphrite).

5° Dans les néphrites, il y a parfois des résultats apparemment en contradiction avec les constatations cliniques; mais dans la grande majorité des cas, l'épreuve et la clinique marchent de pair ; le plus souvent, il y a une diminution notable de l'excrétion ; dans quelques cas, il y a une excrétion normale ou légèrement diminuée; mais, *jusqu'à présent, on n'a jamais constaté de perméabilité exagérée à la phénolsulfonephtaléine dans un cas de néphrite, soit aiguë, soit parenchymateuse chronique.*

BIBLIOGRAPHIE

Abel et Rowntree. *Journ. of pharmacol. and experim. therap.*, 1910, vol. I, p. 231.

Ainley et Goldsborough. Etude à l'aide de la phénolsulfonephtaléine de l'activité rénale chez les femmes enceintes et les parturientes. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 10 déc. 1910, vol. LV, n° 24, p. 2058-2060.

Austin et Eisenbrey. Néphrite aiguë expérimentale : comparaison de l'élimination des chlorures et de l'azote avec celle de la phénolsulfonephtaléine, *Journ. of experim. med.*, 1er oct. 1911, vol. XIV, n° 4, p. 366-376.

Boyd. La phénolsulfonephtaléine et les épreuves fonctionnelles du rein, *Journ. of the amer. med Assoc.*, 2 mars 1912, vol. LVIII, n° 9, p. 620-625.

Cabot et Young. La phénolsulfonephtaléine dans l'exploration de la fonction rénale, *Trans. of the amer. Assoc. of genito-urin. surg.*, 1911, vol. VI, p. 136-164. Discussion : Schmidt, Greene, Keyes, Geraghty et Cabot.

Même article in *Boston med. and surg. Journ.*, 12 oct. 1911, vol. CLXV, n° 15, p. 549-561.

Eisenbrey. Elimination de la phénolsulfonephtaléine dans différentes lésions expérimentales du rein, *Journ. of experim. med.*, 1er nov. 1911, vol. XIV, n° 5, p. 462-475.

Geraghty et Rowntree. Etude expérimentale et clinique de l'activité fonctionnelle des reins au moyen de la phénolsulfonephtaléine, *Trans. of the amer. Assoc. of genito-urin. surg.*, 1910, vol. V, p. 59-80.

Même article (Rowntree et Geraghty) in *Journ. of pharmacol. and experim. therap.*, 1910, vol. I, p. 579, traduit in *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, fév. et mars 1911.

Geraghty et Rowntree. L'épreuve à la phénolsulfonephtaléine pour déterminer la fonction rénale, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 28 sept. 1911, vol. LVII, n° 10, pp. 811-816.

Goodmann et Kristeller. Valeur de la phénolsulfonephtaléine pour l'évaluation de la valeur fonctionnelle des reins, *Surg., gyn. and obst.*, janv. 1911, vol. XII, p. 56-63.

Keyes. Contribution à l'étude de la phénolsulfonephtaléine dans l'exploration fonctionnelle du rein avant une opération, *Amer. Journ. of urol.*, avril 1911, vol. VII, n° 4, p. 125-131.

Keyes et Stevens. Etude clinique de la fonction rénale au moyen de la phénolsulfonephtaléine, *Amer. Journ. of urol.*, oct. 1911, vol. VII, n° 10, pp. 367-404.

Lance. Examen de la perméabiliié rénale par la phénolsulfonephtaléine, *Gaz. des hôpit.*, 9 janv. 1912, n° 3, p. 32.

Remsen. *Amer. chem. Journ.*, vol. VI, p. 280.

Schmidt et Kretschner. Exploration fonctionnelle du rein, *Illinois med. Journ.*, nov. 1911.

Sohon. *Ibid.*, vol. XX, p. 257.

Thomas. Détermination quantitative de la suffisance fonctionnelle des reins au moyen du colorimètre de Dubosq : indigo-carmin contre phénolsulfonephtaléine, *Amer. Journ. of med. sc.*, sept. 1911, n° 3, vol. CXLII, p. 376-386.

Whitney. L'épreuve de fonctionnement rénal par la phénolsulfonephtaléine, *Journ of the amer. med. Assoc.*, 30 mars 1912, vol. LVIII, n° 13, p. 936.

CONGRÈS INTERNATIONAL

CONTRE

LA TUBERCULOSE

(Rome, 14-20 avril 1912 (1).)

COMMUNICATIONS DIVERSES

Traitement social des tuberculeux de l'armée. — M. H. Lemoine (du Val-de-Grâce). La prophylaxie sociale de la tuberculose pulmonaire doit envisager les moyens à mettre en œuvre pour éviter la contamination de la collectivité civile par les tuberculeux éliminés de l'armée.

Ceux-ci forment deux groupes :

1° Les tuberculeux ouverts contagieux;

2° Les tuberculeux fermés non contagieux.

1° Les *tuberculeux ouverts*, dont le nombre diminue progressivement dans le contingent annuel (8 à 11 p. 100 hommes réformés pour tuberculose pulmonaire), forment au contraire un groupe important parmi les soldats de carrière (armée coloniale = 27.01 p. 100 ; garde républicaine = 80 p. 100).

Ces derniers sont d'autant plus dangereux que bon nombre d'entre eux sont mariés, et contaminent ensuite femme et enfants. Tous d'ailleurs sont une source de contagion.

Il y aurait lieu de chercher à obtenir l'isolement de ces malades.

La pension de retraite allouée aux militaires de carrière ne solutionne pas la question de prophylaxie. Il serait nécessaire de mettre à la disposition de ces derniers des sanatoria. Quant aux tuberculeux du contingent annuel, leur traitement dans ces établissements spéciaux serait indiqué toutes les fois qu'un fait de service a présidé à l'éclosion de la maladie. Ceux qui n'ont pas de « certificat d'origine » devraient être dirigés sur des hôpitaux ou hospices régionaux à proximité de leur famille.

2° Les *tuberculeux fermés* réformés en France sont, pour la plupart, des hommes légèrement touchés par la maladie. Pour un grand nombre d'entre eux, une cure prolongée de plusieurs mois, avec air, repos, nourriture abondante, suffirait à arrêter le processus morbide.

Un certain nombre possédant des ressources financières suffisantes pourront aller se traiter chez eux, aidés ou non par une indemnité suivant les causes qui ont présidé à l'éclosion de la maladie.

Mais malheureusement le plus grand nombre de ces militaires ne trouvent en rentrant chez eux que la misère, ou des ressources insuffisantes pour leur procurer le repos nécessaire à un complet rétablissement. Il leur faut travailler pour vivre, le plus rapidement possible. Aussi iront-ils grossir le nombre des tuberculeux ouverts et sèmeront-ils ultérieurement la contagion autour d'eux. La préoccupation prophylactique et l'humanité nous engagent donc à examiner les mesures à prendre pour assister efficacement ces militaires guérissables.

C'est ici que doivent intervenir le ministère de la Guerre d'une part et les Sociétés de la Croix-Rouge ou l'initiative privée d'autre part.

Le ministère de la Guerre doit fonder des maisons de convalescence destinées à recevoir les militaires de carrière et les hommes du contingent chez lesquels la tuberculose pulmonaire s'est développée à la suite d'un *fait de service*, établi par une commission spéciale.

Les Sociétés de la Croix-Rouge, ou des Sociétés privées, devraient organiser des œuvres de traitement pour les autres.

En ce moment, les Sociétés de la Croix-Rouge en France ont pris l'initiative d'organisations de ce genre, visant plus spécialement le traitement des hommes réformés temporairement, c'est-à-dire très légèrement atteints. C'est là une œuvre excellente et qui sera d'autant plus féconde en résultats que les malades qu'elles recueilleront seront plus au début de leur affection.

La *Société de secours aux blessés militaires* a proposé l'ouverture de maisons de convalescence.

L'*Union des femmes de France* se propose d'appliquer l'œuvre de Grancher en fondant des *colonies agricoles*.

Les deux méthodes sont excellentes. Reste à en réaliser l'application le plus tôt possible. Elle inaugurera une des parties les plus essentielles de la prophylaxie sociale de la tuberculose pulmonaire. Enrayant la maladie au début, elle limitera le nombre des tuberculeux ouverts et, par là même, restreindra d'autant la contamination du milieu civil par les militaires éliminés chaque année de l'armée pour tuberculose pulmonaire.

Le traitement des tuberculoses externes (ganglionnaires, articulaires et osseuses). — M. Calot (de Berck). *A*. Technique du traitement des tuberculoses externes par les injections de M. Calot :

1° Tuberculoses suppurées (quel que soit d'ailleurs l'organe atteint). — Tous les abcès idiopathiques ou par congestion, accessibles, doivent être traités par les ponctions et les injections.

Pour la ponction se servir d'une aiguille n° 3 (1 millimètre de diamètre) ou tout au plus n° 4 (1 millimètre et demi) et du petit aspirateur Calot facile à manier et facile à stériliser par l'ébullition grâce à son piston d'amiante.

Pour l'injection se servir d'une seringue en verre qui s'adapte à la tubulure des aiguilles.

Liquides à injecter :

a. S'il s'agit d'un abcès très mûr, injecter le mélange suivant :

Créosote	10	grammes.
Gaïacol	8	—
Iodoforme	10	—
Ether	25	—
Huile d'olive stérilisée	75	—

b. S'il s'agit d'un abcès non encore très mûr, injecter :

Naphtol camphré	3	grammes.
Glycérine	18	—

N. B. — Agiter vigoureusement ce deuxième mélange pendant une minute et demie, immédiatement avant de s'en servir (et chaque fois).

Quantité à injecter : 5 à 10 grammes quelque soit le liquide.

Nombre des séances : 6 ponctions avec injections, plus une ponction, celle-ci non suivie d'injection.

Intervalle entre les séances : dix à quinze jours.

Après la septième ponction (non suivie d'injection) faire une compression ouatée méthodique de la région de l'abcès, pour amener l'accolement c'est-à-dire la cicatrisation de la paroi qui est alors suffisamment assainie et avivée.

2° Tuberculoses fistuleuses. — On fera des injections dans toutes les fistules tuberculeuses non infectées c'est-à-dire sans fièvre ni albumine.

On injectera la pâte suivante (préalablement liquéfiée à une température de 41 à 42 degrés).

Phénol camphré	*ââ*	6	grammes.
Naphtol camphré			
Gaïacol	*ââ*	12	—
Iodoforme			
Spermaceti	*ââ*	50	—
Lanoline			

Quantité à injecter 5 à 20 grammes suivant l'âge du sujet. En se tenant à ces doses, l'on n'aura jamais d'intoxication, et l'on n'aura pas non plus de rétention avec ces pâtes parce que le spermaceti et la lanoline sont substances d'origine animale, donc très résorbables.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 54, p. 801.

3° TUBERCULOSES SÈCHES OU FONGUEUSES (tissus mous, ganglions, os ou articulations, etc.). — On recherche soit la sclérose, soit la fonte des fongosités (la fonte étant suivie de ponctions évacuatrices).

a. Dans les formes bénignes on recherche la sclérose en injectant le liquide *a*, celui qu'on injecte dans les abcès mûrs (voir plus haut) c'est-à-dire de l'huile créosotée gaïacolée, iodoformée.

b. Dans les formes rebelles on cherche la fonte.

Pour AMORCER la fonte, on injecte VIII à XV gouttes « du fondant aux quatre liquides » de Calot lequel fondant est composé de parties égales de : 1. Phénol sulforiciné (20 p. 100 de phénol dans 80 p. 100 de sulforicinate de Na).

2. Phénol camphré............ }
3. Naphtol camphré........... } *āā* 2 grammes.
4. Essence de térébenthine.... }

Deux jours après cette injection, on a de la fluctuation généralement ; si l'on n'en a pas, on fait une deuxième injection du même liquide à la même dose ; et cette fois après une nouvelle attente de quarante-huit heures, l'on aura sûrement de la fluctuation.

Alors on ponctionne et l'on injecte comme dans un abcès froid formé spontanément (voir plus haut 1° tuberculoses suppurées) non plus du « fondant aux quatre liquides » mais au liquide *b* (voir plus haut) c'est-à-dire du naphtol camphré glycériné.

B. Conclusions de M. Calot :

« S'il me fallait, dit-il, résumer en quelques mots mon opinion sur le meilleur traitement des tuberculoses externes, d'après une pratique de près de vingt-cinq ans, je dirais :

1° *Ce qu'il faut faire* pour guérir ces malades. Les faire vivre au grand air des champs, de la montagne ou mieux encore de la mer ; mettre au repos la région malade et l'immobiliser par des appareils bien faits. Pratiquer des injections sclérosantes (huile créosotée) ou fondantes (naphtol camphré glycériné) dans les foyers tuberculeux. Ponctionner en cas d'abcès.

2° *Ce qu'il ne faut pas faire.* Ne jamais ouvrir les foyers tuberculeux, donc pas d'opérations sanglantes (à part quelques exceptions très rares pour les ouvriers pressés de reprendre leur travail). Ne point ouvrir les abcès froids, ni les laisser s'ouvrir, car un abcès froid ouvert est une porte ouverte à la mort.

Pas de redressement violent des déviations d'origine tuberculeuse, mais des corrections douces et progressives par l'extension continue ou par des plâtrés successifs.

Et ce traitement conservateur aidé des injections modificatrices guérit les tuberculoses ganglionnaires osseuses et articulaires ; il les guérit non pas exceptionnellement, mais toujours ou presque toujours s'il est bien fait. A Berck, il guérit 99 fois sur 100 non pas seulement dans notre clientèle de ville mais aussi dans nos hôpitaux soit entre nos mains soit entre les mains de ceux de nos élèves qui appliquent très exactement nos méthodes. »

Traitement chirurgical et orthopédique des tuberculoses osseuses et articulaires. — M. MENCIÈRE (de Reims) s'élève contre l'abus injustifié du traitement dit « de climat ».

La tuberculose osseuse et articulaire est guérissable en tout lieu par tout praticien qui veut s'en donner la peine.

Le traitement local appliqué dès le début acquiert une valeur quasi-spécifique.

L'auteur insiste sur la valeur des agents modificateurs à base iodoformée, sur leur action locale au siège même des lésions et sur la modification de l'état général provoquée par l'iode naissant formé au contact des graisses. Le traitement local devient ainsi un des meilleurs parmi les traitements généraux. Mencière insiste encore sur la phénolisation dans les cas graves. Souvent elle évite une amputation, toujours elle guérit sans résection, c'est-à-dire sans raccourcissement du membre. Semblable résultat n'est pas un progrès négligeable pour qui a connu les résections de jadis, les raccourcissements qu'elles entraînent et les résultats orthopédiques déplorables auxquels elles aboutissent si souvent.

Traitement de la tuberculose génitale de la femme. — M. Maurice PATEL (de Lyon). La tuberculose peut atteindre tous les segments de l'appareil génital de la femme ; les tuberculoses externes (vulve, vagin, utérus) sont bien moins fréquentes que les tuberculoses internes (tuberculose annexielle) ; lorsque les lésions sont localisées, le traitement devient très efficace.

I. TUBERCULOSES EXTERNES. — 1° *La tuberculose de la vulve et du vagin* relève du curettage et des cautérisations.

2° *La tuberculose du col utérin* ne justifie pas dans tous les cas une opération radicale (hystérectomie) ; des interventions conservatrices (cautérisations, curettages, amputations hautes du col) sont suffisantes.

3° *La tuberculose de l'utérus* est souvent symptomatique de lésions annexielles. En cas de lésions isolées, on recherchera s'il existe une tumeur (adénomyomes) ou des lésions profondes ; l'hystérectomie sera indiquée. En cas de lésions inflammatoires, le traitement général (corps immunisants) sera essayé.

II. TUBERCULOSE ANNEXIELLE. — 1° Les lésions rencontrées sont des plus diverses. On peut les classer en trois catégories :

A. *Formes avec lésions tubaires prédominantes.* — Salpingite tuberculeuse à lésions isolées ou accompagnées d'envahissement de l'ovaire ou du péritoine. Abcès froids tubaires limités en général aux trompes.

B. *Formes avec lésions péritonéales prédominantes* (forme ascitique, forme plastique adhésive, forme suppurée, forme végétante).

C. *Formes avec lésions ovariennes prédominantes* (ovarite tuberculeuse, tuberculose hypertrophique, kyste tuberculeux de l'ovaire). Un certain nombre de complications se produisent (extension péritonéale, fistules intestinales, vésicales ou cutanées, complications génitales).

2° Les méthodes thérapeutiques sont de deux ordres :

A. Le traitement médical comporte des moyens généraux (hygiène, tuberculinothérapie) et des moyens locaux (héliothérapie).

B. Le traitement chirurgical comprend en dehors de ses opérations abdominales (laparotomie simple, opérations conservatrices, opérations radicales). Dans ce dernier groupe, l'hystérectomie totale doit être préférée à l'hystérectomie subtotale. L'incision de Pfannenstiel, dans la tuberculose annexielle, est sujette à quelques réserves.

3° Les résultats du traitement chirurgical sont démontrés par une statistique, basée sur 116 cas, avec examen histologique. On compte 9 morts opératoires, 8 morts dans le courant de la première année, 80 malades ont été retrouvées avec des résultats en général bons. (Thèse d'Ollivier. Lyon 1912.)

4° Le traitement chirurgical est parfaitement justifié dans la tuberculose annexielle. Les indications sont basées sur l'état général de la malade et sur l'état local des lésions. L'intervention se fera en général par voie abdominale.

La laparotomie simple, utilisée dans les lésions trop étendues, donne des résultats parfois inattendus. Les interventions conservatrices doivent être admises en principe et pratiquées plus souvent qu'il n'a été fait ; des guérisons complètes, des grossesses consécutives le prouvent ; elles seront employées chez les femmes jeunes, dans les lésions localisées (abcès froids tubaires, salpingite unilatérale). Les interventions radicales constituent la règle ; elles ne devront jamais être entreprises dans les lésions péritonéales diffuses.

5° Les complications nécessitent une thérapeutique spéciale, dont le temps principal consiste dans la castration totale; la suture de la vessie, de l'intestin s'imposera dans la plupart des cas.

PRATIQUE MÉDICALE

LES DOULEURS POST-ABORTUM

Par M. Radal.

Après l'avortement, il existe toujours des crises douloureuses plus ou moins fréquentes, plus ou moins rapprochées, mais toujours intenses. Tout d'abord, ces douleurs sont expulsives, elles répondent à des contractions de l'utérus chassant des caillots sanguins. Cet état douloureux dure plusieurs jours.

Puis, un autre genre de douleurs apparaît. Ce sont des douleurs métritiques et souvent aussi annexielles.

Ces douleurs profondes, tensives, se propagent vers les lombes et vers le pli inguinal, les mouvements les exaspèrent, elles s'irradient de divers côtés et surtout vers les cuisses et le membre inférieur.

Cet état douloureux de tout l'appareil génital n'est pas nécessairement dû à une infection des organes, il dénote la congestion intense laissée sur la muqueuse utéro-salpingienne par l'interruption de la grossesse; on sait en effet que, pendant la parturition, l'utérus présente de véritables lacs sanguins en rapport avec le placenta. La cessation de la grossesse ne peut aussitôt ramener à la normale cet état vasculaire, et l'involution utérine assez souvent difficile fait persister cette énorme congestion.

Le repos et les injections très chaudes, extrêmement chaudes, seront utilisées. Contre la douleur sous toutes ses formes, crises paroxystiques d'expulsion, crises douloureuses utéro-annexielles, on utilise surtout l'opium. A la place des lavements laudanisés d'activité relative et surtout à la place de la morphine qui, dans ce cas, deviendrait vite une habitude, on emploie l'injection de Pantopon. Une ampoule de Pantopon, représentant un centimètre cube, est dosée à deux centigrammes de principe actif. On injectera donc une à deux et s'il le fallait (névropathes) 3 ampoules par vingt-quatre heures. Le Pantopon, opium soluble total, renferme tous les alcaloïdes de l'opium sous la forme de chlorhydrates et cette association enlève à chacun d'eux ses inconvénients tout en conservant sa puissance analgésique et narcotique.

Les lavements d'antipyrine sont insuffisants dans ces cas de douleurs post-abortum. Certaines malades préfèrent aux injections de Pantopon l'absorbtion du remède sous la forme de comprimés. Il faudra alors ordonner 2 à 4 et parfois 6 par jour. Ce remède d'ailleurs ne fatigue pas l'estomac, constipe peu et ne provoque pas l'accoutumance. Il a toutes les indications de l'opium et de la morphine sans en avoir les inconvénients.

Cette période douloureuse post abortum peut durer longtemps; nous conseillons, pour la faire cesser le plus vite possible, les injections intra-utérines de glycérine créosotée.

LIVRES NOUVEAUX

Lehrbuch der Kystoscopie, und stereokystophotographischer Atlas (1), par le docteur Jacoby.

J'ai connu l'époque où la littérature médicale allemande ignorait les illustrations ou presque; quelques vagues dessins au trait ne suffisaient pas toujours à éclairer des descriptions longues et touffues. L'effort des éditeurs allemands s'est dirigé dans ce sens, et, depuis quelques années déjà, nous ne sommes plus surpris de voir sortir des presses allemandes de beaux volumes bien présentés et illustrés de belles et nombreuses figures; le jour où nos voisins voudront bien faire le même effort pour leur texte; lorsqu'ils consentiront à le couper en titres et sous-titres, à présenter à la fin de leurs travaux un résumé clair et succinct, ils auront montré, une fois de plus, combien leur génie national est susceptible d'assimiler les qualités de leurs voisins.

Le livre de M. Jacoby ne mérite certes à ce point de vue que des éloges; il semble du reste que l'influence universellement exercée par l'Ecole de Necker ait été particulièrement heureuse à ce point de vue, car la typographie des livres allemands traitant des voies urinaires en a toujours paru supérieure à celle des autres livres de médecine.

Le Manuel de cystoscopie est né, dit l'auteur, d'un désir exprimé par Nitze; celui-ci pensait que seule la stéréoscopie pourrait donner un enseignement complet; aussi M. Jacoby a-t-il consacré un soin tout particulier à ce chapitre; la deuxième moitié du volume est occupée tout entière par de belles reproductions photographiques, qui n'ont, affirme l'auteur, subi aucune espèce de retouche.

M. Jacoby était tout spécialement qualifié pour écrire un manuel de cystoscopie, parce qu'il fut dix ans l'assistant de Nitze; aussi chacun peut-il s'instruire à parcourir ce livre : si j'ajoute que, contrairement au reproche général que je faisais plus haut à la littérature médicale allemande, la typographie ne le cède point en précision et en clarté à l'illustration, on comprendra que ce beau livre doit être recommandé, sinon à tout médecin, au moins à tout spécialiste.

Léon Imbert.

(1) Leipzig, Werner Klinkhardt.

Traitement de la Syphilis. *Mercuriaux, Iode et Iodures, Arsenicaux, Hectine, Enesol, Salvarsan* (606). [Méthodes anciennes. Méthodes nouvelles] (1), par MM. P.-L. Tissier et P. Blondin.

Cet ouvrage est une revue documentée de toutes les médications de la syphilis. Les auteurs préconisent surtout l'emploi du salvarsan, qui est, pour eux, « la médication de choix de la syphilis ». « Il doit dans l'intérêt des malades être appliqué à toutes les périodes, dans toutes les formes de l'infection. »

Cependant les auteurs n'hésitent pas à proclamer que le mercure et l'iodure doivent continuer à être largement prescrits en même temps que le salvarsan.

Pour MM. P.-L. Tissier et P. Blondin, les méfaits du 606 ont été dramatisés et par une technique rigoureuse on peut éviter « les surprises et les accidents ».

Les auteurs rappellent d'ailleurs « le bilan formidable des accidents si multiples et si menaçants et des morts dont le mercure a à répondre ».

Ce livre est, en tout cas, un long plaidoyer en faveur du salvarsan.

P. Gastinel.

(1) Paris, Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 56. — MARDI 14 MAI 1912. 85e ANNÉE. MARDI 14 MAI 1912. — N° 56.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de l'Ascension, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 10 mai : MM. Courcoux, 18; Lemierre et Sézary, 19.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 10 mai : MM. Marcille et Mercadé, 20; Okinczyc, 14.

— CONCOURS DE DENTISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 10 mai. — MM. Coustaing, 20; Vaysse, 19.

— ARRÊTÉ PORTANT ORGANISATION DES LABORATOIRES DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTRORADIOTHÉRAPIE DANS LES HÔPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS. — Sous réserve des dispositions transitoires ci-après, il ne peut exister dans un établissement hospitalier qu'un seul laboratoire de radiologie et d'électroradiothérapie.

La direction des laboratoires de radiologie et d'électroradiothérapie des établissements hospitaliers est confiée à un chef de laboratoire.

Les candidats au poste de chef de laboratoire de radiologie et d'électroradiothérapie doivent être de nationalité française et justifier du diplôme de docteur en médecine obtenu devant une Faculté de médecine de France (diplôme d'Etat).

Les chefs de laboratoire sont nommés par le directeur de l'administration de l'Assistance publique sur la proposition des chefs de service de l'établissement qui présentent trois noms choisis sur une liste de candidats. Cette liste est dressée, après examen des titres des candidats, par une commission spéciale composée :

D'un membre du conseil de surveillance désigné par le conseil;

Des trois représentants au conseil de surveillance des médecins chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux et de cinq membres désignés par le directeur de l'administration savoir :

Deux médecins et un chirurgien chefs de service des hôpitaux choisis de préférence parmi les chefs de service qui s'occupent plus spécialement d'électroradiothérapie;

Un professeur de physique à la Faculté de médecine, à la Faculté des sciences ou au Collège de France;

Un représentant de l'administration.

Les chefs de laboratoire de radiologie et d'électroradiothérapie sont nommés pour une période de trois années ; ils peuvent, après avis des chefs de service, être prorogés pour des périodes successives de même durée. Ils reçoivent une indemnité de 1800 francs par an.

Des chefs de laboratoire adjoints peuvent être attachés, après avis du conseil de surveillance, aux laboratoires de radiologie et d'électroradiothérapie les plus actifs.

Ces chefs de laboratoire adjoints sont nommés dans les mêmes formes que les titulaires. Ils reçoivent une indemnité de 600 francs par an.

Les chefs de laboratoire de radiologie et d'électroradiothérapie sont remplacés pendant leurs absences par les chefs de laboratoire adjoints ou à défaut par des chefs de laboratoire suppléants nommés dans les mêmes formes que les titulaires.

Les chefs de laboratoire suppléants ne reçoivent aucune indemnité annuelle sauf pendant les périodes durant lesquelles ils sont appelés à remplacer les titulaires dont l'indemnité leur est dès lors acquise.

Aucun chef de laboratoire ne peut être maintenu en fonctions après sa soixante-cinquième année.

Ne peuvent être traités dans les laboratoires de radiologie et d'électroradiothérapie que les malades recrutés directement aux consultations de médecine et de chirurgie ou envoyés au laboratoire par les chefs de service dans les salles desquels ils sont hospitalisés. Les chefs de service, de même que les médecins et les chirurgiens des hôpitaux chargés des consultations, prescrivent le traitement électro ou radiothérapique et en contrôlent les résultats ; le chef du laboratoire dirige l'application technique du traitement.

Sont abrogées les dispositions relatives au mode de nomination des chefs de laboratoire de radiologie et des chefs de laboratoire d'électroradiothérapie insérées au recueil des dispositions réglementaires concernant le service de santé des hôpitaux et hospices civils de Paris sous les articles 48, 48 *bis*, 224, 225 et 226.

Dispositions transitoires. — Les laboratoires de radiologie et les laboratoires d'électroradiothérapie actuellement existants seront fusionnés dans chaque établissement dès que les circonstances le permettront.

Les chefs actuels des laboratoires de radiologie qui auront

été inscrits sur la liste des candidats agréés par la commission spéciale prévue au présent règlement pourront, sans nouvelle présentation des chefs de service, être chargés, pendant la durée de la période pour laquelle ils ont été nommés, de la direction du laboratoire de radiologie et d'électroradiothérapie des établissements auxquels ils sont respectivement attachés.

Les chefs actuels des laboratoires d'électroradiothérapie pourront également, sans présentation des chefs de service, être chargés de la direction des laboratoires de radiologie et d'électroradiothérapie des établissements auxquels ils sont respectivement attachés.

Avis. — Les candidats aux postes de chef de laboratoire et de chef de laboratoire adjoint prévus au présent règlement devront se faire inscrire et déposer leurs titres à l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria (bureau du personnel médical).

Les inscriptions seront reçues de dix heures à quatre heures jusqu'au 10 juin 1912.

HOPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Le lundi 28 octobre 1912, à neuf heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour la nomination à quinze places d'élèves externes en médecine et en chirurgie.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices à l'Hôtel-Dieu.

La liste sera close le lundi précédant le jour du concours (terme de rigueur).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DE L'ADJUVAT. — *Questions données.* — Epreuve écrite : « Nerfs laryngés. Anatomie et physiologie. »

Epreuve orale : « Os palatin. Articulation sacro-iliaque. »

Dissection : « Les nerfs de la langue. »

A la suite du concours sont nommés aides d'anatomie :

MM. Desplas, Virenque, Brocq, Lorin et Monod (Robert).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — TOULOUSE. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 11 mai 1912, deux places de professeur titulaire sont déclarées vacantes à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats à chacune de ces places pour produire leurs titres.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — M. le docteur Vinsonneau, chef des travaux anatomiques, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

— AMIENS. — Par arrêté ministériel en date du 4 mai, M. le docteur Merle, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé professeur suppléant de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — Le lundi 1er juillet 1912, à deux heures précises, il sera ouvert à la préfecture de la Seine à Paris et dans les conditions prescrites par le décret du 12 décembre 1907 un concours pour deux places de médecin en chef dans les asiles publics d'aliénés de la Seine.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, service des aliénés (premier bureau), annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux à cinq heures, du lundi 20 mai au samedi 8 juin 1912 inclusivement.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 8 mai 1912 :

Médecins principaux de première classe. — MM. Bischoff est nommé directeur du service de santé de la division de Constantine; Boisson est affecté à l'état-major du gouvernement militaire et place de Paris (médecin chef); Billet est nommé directeur du service de santé de la division d'Oran.

Médecins principaux de deuxième classe. — MM. Raynal est affecté à l'hôpit. du camp de Châlons (médecin chef); Bassères, à l'école supérieure de guerre (médecin chef).

Médecins-majors de première classe. — MM. Pech est affecté à l'école polytechnique (médecin chef); Esprit, aux salles milit. de l'hospice mixte de Montpellier; Ducurtil passe au 99e d'inf.; Roqueplo, au 70e d'inf.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Levêque passe au 30e d'inf.; Carrive, au 61e d'inf.; Blan, au 10e d'art. à pied; Miécamp, au 30e dragons; Policard, au 7e cuiras.; Dumoulin, au 1er d'art. de montagne.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Reynaud passe aux hôpit. de la division d'occupation de Tunisie; Cordier, au 110e d'inf.; Duchêne-Marullaz, au 2e génie; Delahousse, aux hôpit. de la division de Constantine; Heuraux, au 138e d'inf.; Rigaux, au 127e d'inf.; Tartavez, aux hôpit. de la division d'Oran; Roux est affecté à l'hôpit. de Briançon; Chanoine passe aux hôpit. de la division de Constantine.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Muller passe au 10e chass. à cheval; Gourdon, aux troupes débarquées au Maroc.

A PROPOS DE L'AFFICHAGE DANS LES FACULTÉS DES POSTES MÉDICAUX. — Le *Bulletin médical* avait attiré l'attention du conseil d'administration du Syndicat médical de Paris sur les inconvénients que présentait, dans les conditions où elle se faisait, l'annonce des postes médicaux sur les affiches de la Faculté de médecine. A la suite, le bureau du S. M. P. a décidé d'aller exposer la question au doyen qui a reçu très aimablement la délégation et a déclaré que, dorénavant, serait mis en permanence, dans le tableau de la Faculté, au-dessous de l'annonce des postes médicaux, la note suivante :

« La Faculté décline toute responsabilité sur la qualité des postes médicaux et des situations médicales annoncées dans ce tableau. »

Nous félicitons notre confrère d'avoir obtenu cette excellente mesure.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Fabre (du Puy).

HOPITAL BROUSSAIS. — THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE. — M. le docteur André Bergé, médecin de l'hôpital Broussais, commencera le mardi 14 mai à onze heures du matin, salle Lasègue, ses conférences de thérapeutique médicale et les continuera tous les mardis à la même heure jusqu'à la fin de juillet.

ASSOCIATION MÉDICALE CORPORATIVE. — CONFÉRENCES DE PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE. — Ces conférences, publiques et gratuites, ont lieu le jeudi de chaque semaine, à cinq heures un quart, à la polyclinique Saint-Philippe, 140, boulevard de la Gare (métro : Italie et Nationale).

Première série (mai-juillet 1912). — Mercredi 15 mai : « Les indications et les méthodes thérapeutiques dans les prolapsus génitaux de la femme », par le docteur G. Deverre, chef de clinique gynécologique à la Faculté.

Jeudi 23 mai : « L'éclampsie puerpérale et son traitement », par le docteur L. Pierra, ancien moniteur de la clinique d'accouchements et de gynécologie de la Faculté.

Jeudi 30 mai : « Les états de démence », par le docteur A Barbé, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté.

Jeudi 6 juin : « L'iritis blennorragique et son traitement », par le docteur A. d'Ayrenx, ophtalmologiste du dispensaire Furtado-Heine.

Jeudi 13 juin : « La pleurésie purulente et son traitement », par le docteur H. de Clisson, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Jeudi 20 juin : « L'ozène et son traitement », par le docteur Ch. Faseuille, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Lannelongue.

Jeudi 27 juin : « La bactériothérapie lactique en gynécologie », par le docteur L. Pouliot, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Jeudi 4 juillet : « La neurasthénie et son traitement », par le docteur R. van der Elst, licencié ès lettres, rédacteur à la *Revue de philosophie*.

Jeudi 11 juillet : « Les méthodes actuelles d'anesthésie générale », par le docteur P. Bouchet, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Pour recevoir régulièrement le programme des conférences et pour tous autres renseignements, s'adresser au docteur L. Pierra, 258, boulevard Saint-Germain, Paris VIIe.

UN CAS DE BILHARZIOSE INTESTINALE CONTRACTÉE A LA GUADELOUPE

PAR MM.
COURTOIS-SUFFIT, Médecin des hôpitaux,
PAUL JACQUET, Interne des hôpitaux,
et LOUIS GÉRY, Préparateur au laboratoire de l'hôpital Pasteur.

Nous avons observé récemment, à Paris, un cas de bilharziose à forme intestinale.

La rareté de cette observation, la possibilité que nous avons eue de pratiquer l'autopsie, la netteté des lésions constatées, nous ont paru dignes de retenir l'attention.

Voici les faits :

OBSERVATION. — Le jeune Jacques L..., âgé de douze ans, entre à la maison Dubois le 17 décembre 1911 dans la matinée pour anémie grave avec phénomènes convulsifs. Né en France, fils de colons aisés, l'enfant habite la Guadeloupe depuis un an et demi.

Les premiers symptômes remontent à un an; depuis cette époque, il présente des symptômes d'entérite dysentériforme survenant par périodes, avec diarrhée sanguinolente, sans épreintes ni ténesme.

Depuis trois mois seulement l'état général est atteint. Des phénomènes d'anémie pernicieuse apparaissent à cette date. L'enfant éprouve une grande lassitude, pâlit, perd ses forces. Il souffre de la tête, a des épistaxis.

Puis les phénomènes se précipitent : dans la dernière quinzaine, l'enfant a eu des vomissements bilieux répétés, des hémorragies intestinales qui ont achevé de l'affaiblir, des convulsions épileptiformes enfin, pour lesquelles on nous l'amène.

A l'examen, on est frappé par l'aspect d'anémie extrême que présente le malade.

On note une pâleur blafarde, cireuse, des téguments, avec bouffissure légère de la face et très léger subictère.

L'abdomen est volumineux, avec une légère ascite. Le foie est gros, hypertrophié, surtout aux dépens du lobe gauche; il est dur et légèrement abaissé.

La rate est volumineuse, abaissée, accessible à la palpation.

Au cœur, on note le retentissement clangoreux du deuxième bruit aortique. Les urines sont albumineuses, il n'y a pas d'œdème des extrémités, pas d'amaigrissement nettement appréciable.

L'examen des poumons demeure négatif. On ne trouve rien du côté de la vessie, le malade ne présentant d'ailleurs aucun passé urinaire.

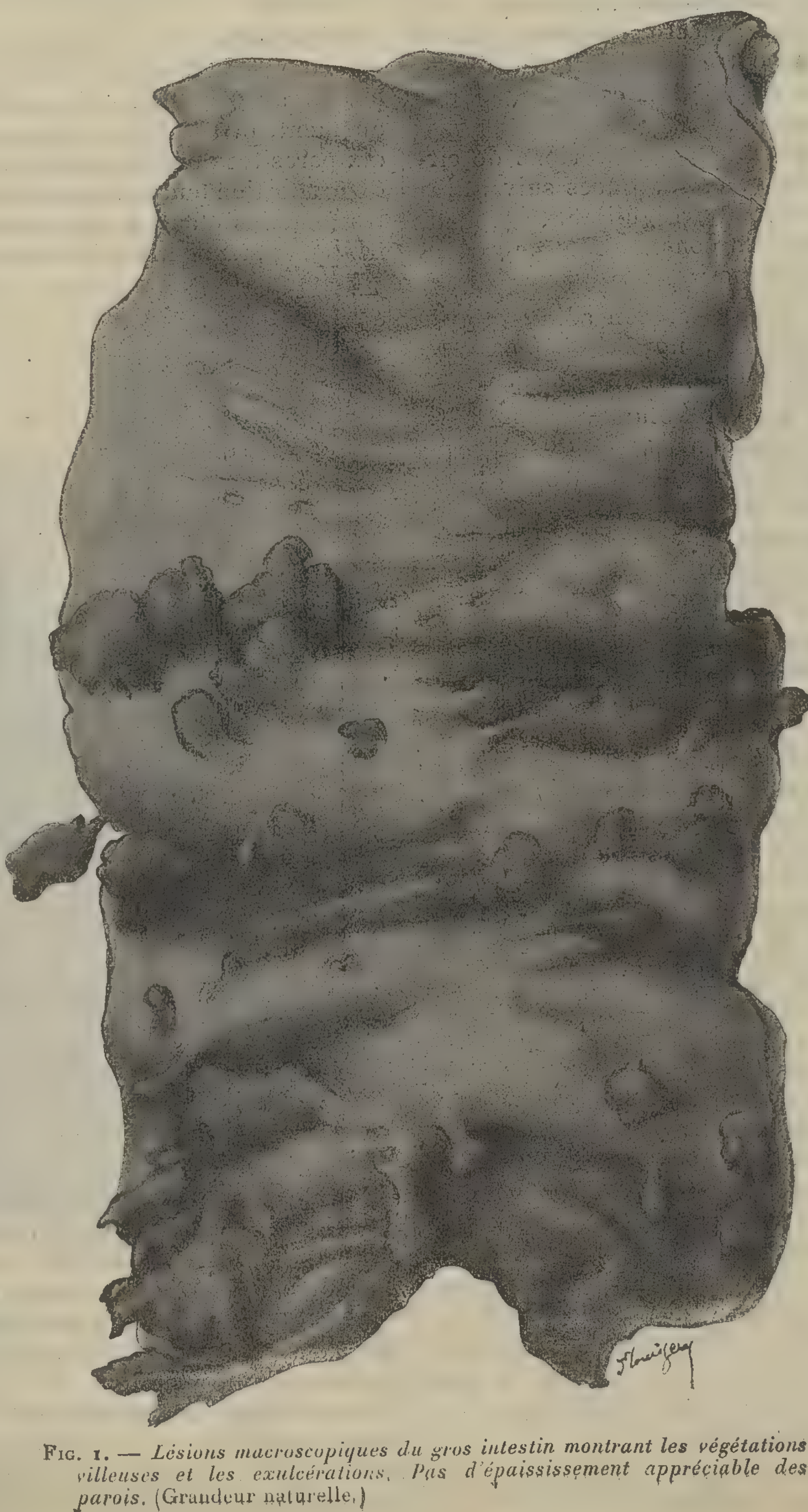


FIG. 1. — *Lésions macroscopiques du gros intestin montrant les végétations villeuses et les exulcérations. Pas d'épaississement appréciable des parois.* (Grandeur naturelle.)

Peu de temps avant son entrée à Dubois, notre petit malade a été vu par le docteur Henri Meunier (de Pau). Voici les renseignements que notre confrère a eu l'obligeance de bien vouloir nous communiquer.

Le docteur Meunier a pratiqué l'examen microscopique des fèces et des urines. Dans les fèces, il a trouvé les œufs à éperon du schistosomum qui lui ont permis de porter un diagnostic ferme de bilharziose. Dans les urines, par contre, les œufs faisaient défaut.

L'enfant présentait à ce moment une albuminurie intermittente avec bruit de galop; le foie augmentait progressivement de volume; la rate, par contre, était en voie de diminution. Notre confrère a observé en outre des crises pseudo-syncopales, de l'anémie avec éosinophilie.

Le séjour de notre malade dans le service fut malheureusement de courte durée et ne permit pas un examen plus approfondi; de nouvelles crises convulsives éclatèrent et l'enfant expira vers minuit, le soir même de son entrée dans le service.

Nous n'avons trouvé dans les antécédents aucune tare personnelle ou héréditaire, pas de paludisme, aucune maladie infectieuse. La bilharziose n'est pas

connue à la Guadeloupe, il n'en existait aucun cas, tout au moins, dans l'entourage du malade. Néanmoins, un fait a retenu toute notre attention : depuis le début de son séjour aux Antilles, l'enfant jouait quotidiennement auprès d'une pièce d'eau attenante à l'habitation; il s'y livrait à des baignades très fréquentes, et c'est là vraisemblablement, étant donné ce que l'on sait sur l'étiologie de la bilharziose, qu'il a contracté l'affection à laquelle il devait succomber.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, on constate l'existence d'une ascite très légère, quelques verres de liquide tout au plus. Le péritoine paraît sain, sans dépoli ni adhérences.

Foie. — Le foie est gros et pèse 1035 grammes. Il est très scléreux, sans périhépatite. Sa surface est lisse, non adhérente. Son aspect est grisâtre, plutôt décoloré. De consistance très ferme il est dur à couper, criant sous le couteau. La capsule de Glisson ne paraît pas épaissie.

La surface de coupe montre des lésions de cirrhose évidente, plus ou moins marquées suivant les régions; c'est une cirrhose irrégulièrement insulaire, et, déjà à l'œil nu, on constate très nettement que le centre des îlots est portal.

Rate. — La rate est grosse, non adhérente, de consistance ferme, à peu près normale en coupe ou à peine congestionnée. Poids : 375 grammes.

Reins. — Les reins sont de volume normal, d'aspect lobulé. Ils se décortiquent mal et la substance corticale semble pâle et légèrement atrophiée. On ne constate cependant ni formations kystiques ni granulations tuberculeuses.

Poids respectifs : 135 grammes pour le rein droit, 125 grammes pour le rein gauche.

Gros intestin. — La portion terminale du gros intestin fut ensuite examinée; nous y avons trouvé les lésions caractéristiques de la bilharziose intestinale (fig. 1).

Extérieurement, rien d'apparent. Le rectum, le côlon ilio-pelvien sont libres, exempts d'adhérences, d'aspect tout à fait normal. On ne trouve pas d'adénopathie pelvienne, pas de modifications appréciables, macroscopiquement tout au moins, des tuniques intestinales qui sont souples et non épaissies.

Intérieurement, on constate l'existence de végétations polypeuses de consistance mollasse et de coloration violet foncé ressemblant beaucoup à des grains de raisin noir.

On en compte une quarantaine, uniformément réparties sur toute la circonférence de l'organe.

Les lésions sont haut situées, au-dessus de l'ampoule rectale et du canal anal qui paraissent sains; elles occupent la région recto-sigmoïde sur une hauteur d'une douzaine de centimètres à peu près.

Parmi ces végétations, les unes sont petites, sessiles, lenticulaires, accolées à la paroi; les autres, au contraire, sont volumineuses, pédiculées, flottant dans la lumière intestinale. Elles donnent l'impression de molluscum pendulum de caractère un peu villeux; leur volume atteint celui d'un noyau de cerise, d'un petit grain de raisin.

Entre les végétations, on trouve quelques rares exulcérations, très superficielles, à peine érosives, de 2 ou 3 millimètres de diamètre tout au plus. Leur contour est irrégulier, légèrement ardoisé; le fond est blanchâtre; elles siègent indifféremment au fond des sillons ou au sommet des plis de la muqueuse.

La muqueuse intestinale, par ailleurs, semble saine, un léger degré de congestion étant mis à part.

Quant au reste du tractus intestinal, ampoule rectale et canal anal d'une part, côlons, intestin grêle, estomac, d'autre part, ils semblent sains macroscopiquement et ne présentent en tous cas rien d'analogue à ce que nous venons de décrire.

Vessie. — La vessie est saine et d'aspect tout à fait normal.

Veine porte. — L'examen de la veine porte, enfin, vint confirmer le diagnostic de bilharziose. Dans l'intérieur du vaisseau, qui semblait sain macroscopiquement, et accolés aux parois, nous avons trouvé dix parasites dont sept mâles et trois femelles. Cette disproportion tenant vraisemblablement à ce fait que les femelles étant moins visibles ont échappé plus facilement à nos investigations.

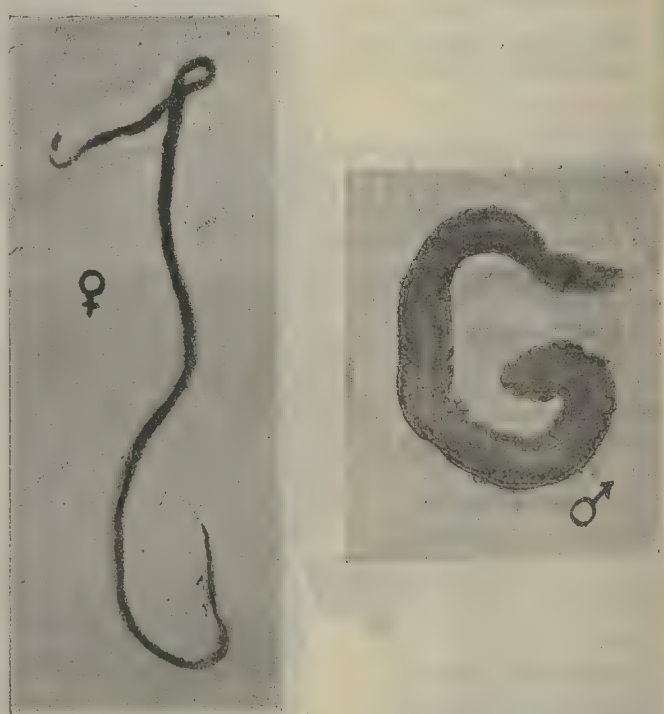


FIG. 2. — *Schistosomum Mansoni* ♂ *et* ♀, *trouvés dans la veine porte.* — Sur ♂ on voit nettement une ventouse et le canal gynécophore. G = 19 D.

Nous n'avons pas trouvé d'animaux accouplés. Tous les parasites étaient morts au moment de l'autopsie (v. fig. 2).

Poumons. — Le reste de l'autopsie nous a montré des lésions intéressantes au niveau des poumons. Les poumons des deux côtés, à la coupe, présentent un semis serré de granulations uniformément réparties dans la masse. Ces granulations très fines, blanches, d'aspect homogène, donnaient exactement l'impression d'une granulie.

On est frappé néanmoins par l'absence de phénomènes congestifs : on ne trouve aucune lésion de tuberculose ancienne; les plèvres sont libres, les sommets ne sont pas infiltrés, les ganglions du hile

sont normaux. D'ailleurs, en aucun organe, nous n'avons trouvé trace de tuberculose.

Cerveau. — A l'examen du cerveau, on constate de petits foyers ecchymotiques sous-pie-mériens diffus et disséminés au niveau des régions temporo-sphénoïdales et occipitales des deux côtés, ainsi que sur les parties antéro-latérales des lobes frontaux.

Il ne paraît pas y avoir d'œdème cérébral; le liquide céphalo-rachidien est clair et d'abondance normale. Il n'y a pas trace de méningite. Les coupes du cerveau ne révèlent rien d'anormal; il n'y a rien dans les ventricules, nulle part de foyers hémorragiques, le parenchyme cérébral est intact en tous ses points.

Le cervelet est normal.

Examen histologique. — **Intestin.** — A l'examen des coupes on constate l'envahissement de l'intestin par les œufs du parasite. Ce sont des œufs à éperon latéral, œufs du *schistosomum Mansoni* par conséquent; c'est d'ailleurs le parasite habituel de cette forme de bilharziose.

Ces œufs sont souvent réduits à l'état de coque vide, parfois ils contiennent des phagocytes plus ou moins adultérés, souvent aussi ils sont parfaitement vivants et contiennent un miracidium intact.

On trouve ces œufs partout, dans la musculeuse, dans la séreuse, en petit nombre il est vrai; on en trouve quelques-uns jusque dans la muqueuse au niveau du tissu conjonctif interglandulaire, mais c'est dans la sous-muqueuse qu'ils apparaissent de beaucoup les plus nombreux.

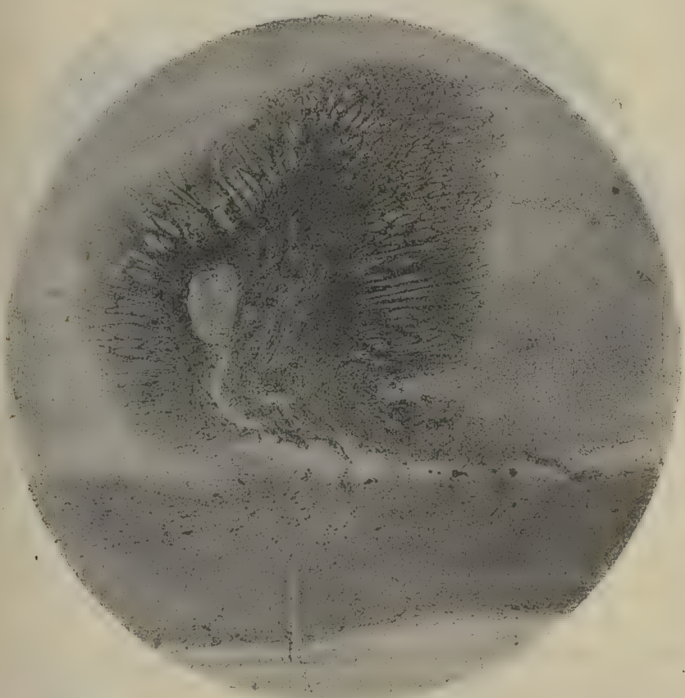


Fig. 3. — *Intestin bilharzien sectionné au niveau d'un adénome.* — Les œufs apparaissent comme des points noirs. On peut constater qu'on en trouve dans toutes les tuniques de l'intestin. Au centre de l'adénome, dans une veine, section transversale un peu oblique de deux *schistosomum Mansoni* ♀ et ♂, la femelle étant encerclée dans le canal gynécophore du mâle. G = 11,5 D.

La sous-muqueuse, en effet, est littéralement bourrée d'œufs; ils existent dans cette couche en nombre tellement considérable que dans un champ de 2 millimètres de diamètre nous avons pu en compter jusqu'à 200 (v. fig. 3).

Les phénomènes réactionnels provoqués par les œufs apparaissent comme assez faibles; la sous-muqueuse est légèrement épaissie, elle est surtout sclérosée. Le tissu conjonctif y est formé de faisceaux de collagène épais, tassés, parallèles entre eux.

L'infiltration cellulaire est très modérée, réduite à quelques traînées d'éléments entre les mailles du réseau conjonctif, elle prédomine parfois autour des vaisseaux. Elle est formée de cellules fixes en état inflammatoire plus ou moins marqué; de mononucléaires, de macrophages; on y voit des polynucléaires et de nombreux éosinophiles.

Au contact immédiat des œufs, on ne constate pas de réaction spéciale des tissus : que l'œuf soit mort ou vivant il ne provoque aucun phénomène inflammatoire aigu ou subaigu.

Les follicules clos sont très nettement diminués de volume; ils sont réduits à de petits amas de cellules lymphoïdes.

Quant aux autres tuniques, elles participent plus ou moins au processus lésionnel. La sous-séreuse est légèrement épaissie; la musculeuse est normale. La muscularis mucosæ est sclérosée, elle aussi; elle est très réduite d'épaisseur et par places semble sectionnée par le tissu conjonctif.

Quant à la muqueuse, elle paraît saine, en dehors des points adénomateux tout au moins, et autant qu'on peut s'en rendre compte sur des pièces d'autopsie.

Si nous examinons maintenant les **végétations polypeuses** de l'intestin nous leur trouvons une structure nettement adénomateuse; il y a prolifération simultanée du tissu conjonctif et de l'épithélium, l'aspect de la préparation change du tout au tout (fig. 3).

La tumeur est constituée par un bourgeon de la sous-muqueuse qui a soulevé la muqueuse elle-même proliférée. Au niveau du pédicule, on peut suivre la marche du processus, la muscularis mucosæ se soulevant elle-même et coiffant le bourgeon conjonctif.

Au niveau des végétations, on constate l'hyperplasie adénomateuse des glandes; celles-ci sont augmentées de longueur et de calibre, quelques-unes même prenant un aspect kystique.

Au niveau des adénomes, les œufs sont manifestement plus abondants que dans le reste de l'intestin. L'infiltration cellulaire est également beaucoup plus marquée, elle y est composée des mêmes éléments.

Notons en passant que les lésions microscopiques de l'intestin remontent beaucoup plus haut que les lésions macroscopiques; un fragment de cet organe prélevé à 12 centimètres au-dessus de l'adénome le plus élevé est encore farci d'œufs. La sous-muqueuse y est sclérosée, quoique à un degré moindre qu'au niveau des lésions adénomateuses.

Nous avons retrouvé sur ces coupes d'intestin les lésions d'endophlébite chronique oblitérante décrites par M. Letulle. Elles nous ont paru beaucoup plus marquées sur les veines mésentériques que sur les veines intestinales.

Dans une veine enfin, au centre d'un adénome, nous avons rencontré deux parasites accouplés, sectionnés par le travers (fig. 3); mais nulle part nous n'avons trouvé d'œufs dans l'intérieur des vaisseaux.

Foie. — Le foie présente des lésions de cirrhose avancée et très inégalement répartie. C'est une cirrhose portale, comme on s'en rendait compte aisément déjà par l'examen macroscopique, mais n'atteignant que certains espaces portes à l'exclusion de tous les autres.



Fig. 4. — *Foie bilharzien.*
Cirrhose portale irrégulière. G = 8,5 D.

Au niveau des espaces atteints, on voit de larges placards arrondis pouvant atteindre 1 centimètre de diamètre (fig. 4). De ces placards cirrhotiques partent des travées minces et irrégulières, cheminant à travers le parenchyme hépatique vers d'autres espaces portes. Les placards sont formés de tissu fibreux dense avec infiltration de mononucléaires et de nombreux éosinophiles.

Quant aux œufs du parasite, ils existent en assez grand nombre sur les coupes, disséminés çà et là dans l'épaisseur des placards. Ils sont noyés dans le tissu conjonctif avec ou sans adjonction de cellules géantes et d'autres éléments inflammatoires; on n'en trouve nulle part ailleurs que dans les espaces portes sclérosés.

Les autres espaces portes sont sains, en grande majorité; quelques-uns toutefois sont le siège d'un léger épaississement avec infiltration leucocytaire.

Quant aux lésions cellulaires, elles n'existent pour ainsi dire pas. Tout au plus peut-on noter un certain degré de surcharge pigmentaire au niveau des cellules de Küpffer, notamment, et dans certains espaces conjonctifs. A noter également un certain degré de stase péri-sus-hépatique.

Les artères apparaissent intactes, ainsi d'ailleurs que les canaux biliaires. Les veines au contraire présentent, quoique à un faible degré, les lésions d'endophlébite oblitérante déjà signalée au niveau du rectum.

Veine porte. — Au niveau de la veine porte, on constate une sclérose extrêmement marquée; le tissu musculaire n'existe pour ainsi dire plus. Le réseau élastique est également atrophié.

Par places, mais en peu d'endroits, existe un très léger degré d'endophlébite oblitérante chronique. Dans l'épaisseur de la paroi, les noyaux cellulaires sont extrêmement rares, il semble qu'aux points où existent des fibres musculaires, celles-ci aient perdu leur noyau et soient presque nécrosées.

Rate. — La rate est scléreuse; elle est également en hypoplasie, surtout si l'on tient compte du jeune âge du sujet. Les corpuscules de Malpighi sont réduits de nombre et de dimension.

On constate une sclérose pulpaire très avancée, les cellules lymphoïdes sont très diminuées de nombre, et, inversement, le tissu réticulé est fortement augmenté.

Il existe de plus une surcharge pigmentaire assez abondante.

Poumons. — Les œufs du parasite infestent le poumon, donnant naissance à une véritable granulie bilharzienne. On les retrouve au voisinage des vaisseaux, et les phénomènes réactionnels qu'ils provoquent sont des plus remarquables.

Au contact de l'œuf, des cellules géantes; autour de ce noyau central, une zone de cellules fusiformes, uni ou multinucléées acidophiles, véritables cellules épithélioïdes; tout autour enfin, une zone d'infiltration mononucléaire.

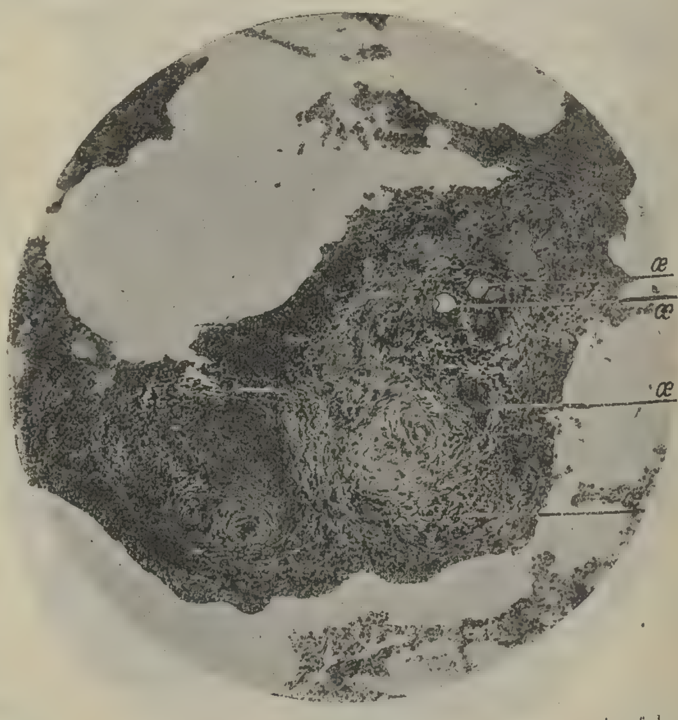


Fig. 5. — *Granulie pulmonaire bilharzienne.* — Au centre des follicules, on voit de nombreuses coquilles d'œufs vides (œ) et des cellules géantes, souvent en contact direct avec la coquille et tendant à l'englober. G = 92,5 D.

Dans certains cas même, au contact de l'œuf, on trouve une zone centrale hyaline, acidophile, d'aspect caséeux. Nous avons, en un mot, une structure folliculaire typique avec formation de *tubercules par corps étrangers* (fig. 5).

Le premier diagnostic en présence de ces lésions

avait été celui de tuberculose pulmonaire à forme granulique : nous l'avons écarté après examen minutieux, n'ayant trouvé nulle part de bacilles et ayant noté au contraire la présence presque constante des œufs de bilharzie au centre des nodules.

Ces tubercules, hâtons-nous de le dire, sont loin d'avoir tous la structure hautement différenciée que nous venons de décrire. Beaucoup d'entre eux sont simplifiés, les uns dépourvus de cellules géantes et de zone nécrosée ; d'autres, enfin, réduits à un simple amas de cellules mononucléées.

Notons enfin qu'il n'existe pas de lésions chroniques du poumon. Il n'y a pas notamment de lésions de sclérose, ce qui va à l'encontre des cas précédemment décrits de bilharziose du poumon.

Reins. — Au niveau des tubes sécréteurs du rein, il est difficile de faire la part entre les lésions vraies et les lésions cadavériques qui sont assez marquées. Tout ce que l'on peut dire c'est qu'au niveau d'un certain nombre de tubes contournés, il existe des cellules dont le noyau ne se colore plus, et l'on trouve dans plusieurs tubes droits des cylindres cellulaires composés de cellules épithéliales à noyau picnotique et de quelques rares polynucléaires. Mais, d'une manière générale, les lésions ne semblent pas très intenses.

Vessie. — La vessie est absolument saine. Nous avons prélevé trois longs fragments en des points différents de cet organe, mais nulle part nous n'avons trouvé d'œufs, ni de lésions quelles qu'elles soient.

*
* *

Conclusions. — Bilharziose intestinale typique avec présence de parasites dans le sang de la veine porte ; cirrhose vermineuse à évolution rapide ; granulie bilharzienne généralisée aux deux poumons, telles paraissent être les caractéristiques de cette observation.

Ce cas nous a paru intéressant à différents points de vue.

Tout d'abord, c'est à notre connaissance le premier cas de bilharziose signalé à la Guadeloupe.

La bilharziose existe aux Antilles où elle revêt surtout la forme intestinale. Elle a été observée par Manson, en 1903, chez un sujet ayant résidé à Antigoa ; par Gunn et Holcomb à Porto-Rico et dans l'île de Vieques. Dans les Antilles françaises, elle a été rencontrée par M. Letulle chez un Martiniquais ; mais jusqu'à présent tout au moins la Guadeloupe paraissait indemne.

Les lésions pulmonaires doivent retenir notre attention. Dans les cas étudiés par Gœbel, par Letulle notamment, le poumon réagit au contact des œufs sous la forme de placards de sclérose avec infiltration leucocytaire ; on a vu parfois quelques cellules géantes, mais jamais on n'a constaté la structure folliculaire typique que nous avons rencontrée sur certaines de nos coupes. Cellules géantes au centre, zone moyenne de cellules épithélioïdes, zone lymphoïde à la périphérie ; dans certains cas même zone centrale de nécrose au contact des œufs, rien ne manque à ces tubercules.

Un autre fait intéressant consiste dans l'évolution rapide, en une année seulement, de ce cas de bilharziose. Dans les cas précédemment décrits, dans celui de M. Letulle notamment, la bilharziose apparaît comme une maladie chronique et cachectisante, évoluant pendant des années, amenant la mort par tuberculose.

Ici, au contraire, les choses se précipitent : l'infection bilharzienne réalise le type septicémique, se généralise par voie sanguine s'étendant rapidement au foie, au poumon — au cerveau peut-être même, étant donnés les phénomènes convulsifs qui marquèrent la fin de la maladie — et la mort survient, en moins d'une année.

Enfin, dernier point à noter : c'est l'intensité des phénomènes cirrhotiques et la rapidité de production de cette cirrhose bilharzienne avec ascite et splénomégalie.

Or, cette prédominance des manifestations hépatiques qui, dans les derniers temps, étaient si frappantes à l'examen du malade, n'est pas dans les habitudes de la bilharziose égyptienne.

Il est un parasite spécial, le *schistosomum Cattoi*, qui donne naissance à ces formes ascitiques et splénomégaliques de la bilharziose. C'est la bilharziose artérioveineuse ou sino-japonaise rarement étudiée jusqu'à présent et que l'on ne rencontre qu'en Extrême-Orient. Cette forme respecte la vessie et l'intestin et se présente cliniquement comme une cirrhose à gros foie avec ascite abondante ; les lésions d'endophlébite prédominent sur les veines mésentériques comme dans le cas précisément que nous venons d'étudier ; et nous ne pouvons nous empêcher d'établir un rapprochement entre cette forme de bilharziose et les faits que nous venons d'observer.

Nous savons néanmoins qu'il ne s'agit pas ici d'une bilharziose artérioveineuse ; l'aspect des œufs et du parasite est bien celui du *schistosomum Mansoni*. Mais nous signalons cette forme, intermédiaire, cliniquement tout au moins, entre la bilharziose égyptienne et la bilharziose japonaise et qui jusqu'à présent n'a pas été décrite.

MÉDECINE PRATIQUE

LES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DES OPÉRATIONS DANS LA TUBERCULOSE GÉNITALE DE L'HOMME

Le traitement chirurgical de la tuberculose génitale de l'homme a donné lieu à des discussions multiples, à la Société de chirurgie de Paris en 1899, au Congrès allemand de 1901, à la New-England urological Society en 1907, pour ne citer que les principales. Plusieurs communications à son sujet viennent d'être faites au Congrès de Rome. L'accord est loin d'être établi sur les indications opératoires et sur le choix des diverses opérations à employer.

C'est ainsi qu'en Allemagne, avec Israël, Kœnig, Bruns, von Posner, on reste très partisan de la castration précoce qui présente encore des défenseurs en Amérique. En France, la castration est devenue une opération d'exception ne s'adressant qu'à des indications bien déterminées [tuberculose à marche rapide, tuberculose rapide du nourrisson et du petit enfant (Felizet, Vignard et Thévenot), lésions profondes du testicule, tuberculose hypertrophique du testicule, grosses lésions suppurées et fistules multiples, état général grave].

Dans la grande majorité des cas dans les formes chroniques de l'adolescent et de l'adulte unilatérales ou bilatérales, le testicule étant reconnu sain au besoin par l'incision exploratrice de l'albuginée [André (de Nancy), Delbet], on se contente de détruire ou d'enlever les parties malades, épididyme et canal déférent, selon des techniques variables, mais respectant l'intégrité plus ou moins complète du testicule.

Cette tendance ressort bien de la discussion de la Société de chirurgie en 1899. Seuls MM. Berger et Reynier restaient partisans de la castration précoce. Selon eux, lorsque la lésion épididymaire est unilatérale et constitue le seul foyer tuberculeux de l'organisme, la castration constitue une opération réellement curative; s'il existe des lésions de la vésicule et de la prostate, la castration favorise singulièrement leur rétrocession comme elle provoque l'atrophie de la prostate dans l'hypertrophie prostatique; enfin, puisque les voies spermatiques sont fonctionnellement détruites il n'y a pas d'inconvénient à enlever le testicule.

La plupart des orateurs, MM. Routier, Michaux, Bazy, Tuffier, Quénu, Nimier, Lucas-Championnière, Reclus, Théophile Anger, Potherat, Delbet, Poirier, Sieur, se sont au contraire montrés les adversaires de la castration, sauf dans les cas énumérés plus haut.

Certains orateurs (Routier, Bazy, Potherat, Delbet) ont montré que la castration précoce ne constitue nullement une opération certainement curatrice et que la récidive du côté opposé n'était pas rare; contrairement à M. Berger qui ne l'a jamais observée, M. Potherat l'a vue s'établir avant deux ans dans tous les cas où il a fait la castration. Lors de la propagation à l'autre côté, si on est forcé de pratiquer une deuxième castration, on se trouve en face d'un individu le plus souvent impuissant et sujet à des troubles mentaux parfois très graves.

Pour que l'action atrophiante de la castration sur les vésicules et la prostate soit certaine, il faudrait faire la castration double. L'ablation d'un seul testicule peut être suivie de la régression des lésions vésiculo-prostatiques, mais on l'observe aussi quelquefois spontanément, et en tout cas aussi bien après l'ablation de l'épididyme seul (Bazy, Potherat, Delbet). S'agit-il dans certains cas de simples lésions congestives « ou ne peut-on supposer que les produits virulents des tubercules de l'épididyme pénètrent dans le canal déférent, y cheminent, viennent incessamment inoculer les voies spermatiques supérieures, et que c'est la suppression de ces décharges bacillaires qui permet aux lésions vésiculaires et prostatiques de guérir » (Delbet). En tout cas, MM. Routier, Quénu, Lucas-Championnière, Bazy, Tuffier, Delbet s'élèvent contre cette idée de considérer le testicule comme dénué de fonction parce que son canal excréteur a été enlevé. Les expériences de M. Legueu ont bien montré que dans ces conditions le testicule ne s'atrophie pas, si au cours de l'opération on n'a pas lésé ses vaisseaux nourriciers. Cette absence d'atrophie est la preuve que s'il a perdu ses fonctions de spermatogenèse, il a conservé sa sécrétion interne et garde intacte la virilité, ce qui ne s'observe pas après la destruction fonctionnelle de l'organe dans les atrophies par orchite ourlienne, traumatisme, syphilis.

La castration systématique précoce étant écartée, la conduite à tenir ne reste pas moins très variable selon les auteurs. Les uns préconisent un traitement médical presque exclusif (MM. Michaux, Marchand, Lucas-Championnière); d'autres des interventions atypiques, incision et curettage des abcès, destruction au thermocautère (Routier, Bazy, Th. Anger); d'autres, enfin, des curettages réglés ou excisions plus ou moins complètes (Quénu, Tuffier, Nimier, Sieur); tandis que MM. Potherat, Delbet, Poirier préconisaient l'excision complète et systématique de l'épididyme, au besoin d'une partie du testicule, et de toute la partie malade du canal déférent, le poursuivant au besoin dans le bassin jusqu'à sa terminaison.

Depuis cette époque, on a tenté une extirpation plus complète des voies spermatiques atteintes complétant l'ablation de l'épididyme et du déférent par celle de la vésicule et de la prostate malade (voir *Soc. de chir.*, Paris, séances des 9 juin, 11 juillet, 3 nov., 10 nov. et 17 nov. 1909; J. et P. Fiolle, *La Chirurgie des vésicules séminales*; Zwirin, *De la Vaso-vésiculectomie par voie coccy-périnéale*, Th. de Paris, fév. 1912).

Tandis que certains auteurs, comme Roux (de Lausanne), voient dans l'ablation complète des voies d'excrétion du sperme le traitement de choix de la tuberculose génitale de l'homme, la plupart leur reconnaissent des indications précises et limitées : fistules, grosses vésicules, vésicules déterminant des symptômes vésicaux ou rectaux (Baudet, Legueu, Marion). Ces indications sont somme toute assez rares (Legueu), et comme le remarquait avec mélancolie M. Marion cette opération est encore très peu pratiquée.

Une autre notion est venue aussi un peu modifier la conception que l'on se faisait de la tuberculose des voies génitales, c'est la fréquence des lésions vésicales et rénales, peut-être primitives, en tout cas concomitantes à ces lésions (voir Le Für, *Soc. de l'int.*, séance du 28 mars 1912). L'exploration systématique des voies urinaires supérieures, en particulier les inoculations de l'urine au cobaye, pourront seuls donner la proportion de ces cas, mais il semble dès aujourd'hui certain qu'ils sont plus nombreux qu'on ne le pensait.

En tout cas, la tuberculose primitive isolée de l'épididyme qui était regardée sinon comme la règle, du moins comme fréquente, devient l'exception.

Certains auteurs n'y croient pas. Dans un excellent travail où il analyse 100 malades dont 53 avec des lésions doubles des voies génitales vus par lui ou ses assistants à sa clinique privée, Ed. L. Keyes (*Ann. of surg.*, juin 1907, vol. XLV, n° 6, p. 918-938) dit n'avoir jamais vu un seul cas de tuberculose réellement primitive du testicule; un examen sévère montre toujours ou des bacilles dans l'urine ou de l'induration de la prostate et des vésicules, ou un brouillard dans les urines par catarrhe vésical et sécrétion purulente de la prostate. Sur les 153 cas que J. Dellinger Barney a relevés au Massachussetts hospital (*The Boston med. and surg. Journ.*, 14 déc. 1911, vol. CLXV, n° 24, p. 913), 104 fois l'urine étant examinée on a trouvé 39 fois du pus ou du sang, et sur 8 urines inoculées au cobaye, 7 fois il y avait du bacille tuberculeux.

Ces constatations nous font envisager de plus en plus les opérations pratiquées comme simplement palliatives et non curatives de la tuberculose, c'est ce qui fait l'intérêt de rechercher leurs résultats éloignés.

Etant donnée la lenteur d'évolution bien connue des formes habituelles de la tuberculose génitale pour pouvoir apprécier les résultats définitifs des interventions, il faut revoir les malades de longues années après.

Nous laisserons de côté les interventions sur les vésicules séminales, de date trop récente, pour ne nous occuper que des résultats éloignés de la castration et de l'épididymectomie. Les documents sont assez rares. Petit, dans sa thèse (Paris 1903), examinant les malades du service de M. Hartmann, sur 14 opérés a pu en retrouver 9 ayant subi l'épididymectomie.

Sur ces 9 malades, 6 sont guéris complètement avec conservation du testicule gardé et pas de lésions du côté opposé. Une fois il y a eu récidive après une épididymectomie incomplète, et une fois dans le testicule ce qui a entraîné la castration. Deux fois des lésions, qui existaient au moment de l'opération, dans l'épididyme du côté opposé, sont restées stationnaires; une fois leur augmentation a nécessité la castration; enfin chez un malade présentant une prostate grosse et douloureuse, on a noté, un an après, la disparition de ces symptômes.

Mais ces constatations favorables ont peu de valeur, car la plupart des malades ont été revus trop tôt. Au bout de quatre mois à un an, un seul après un an.

Plus importantes sont les constatations de Keyes (loc. cit.) et de Dellinger Barney (*The Boston med. and surg. Journ.*, 14 mars 1912, vol. CLXVI, n° 11, p. 409).

Sur 100 malades dont 53 avec des lésions doubles soignées par Keyes, 8 qui ont subi l'épididymectomie ont pu être revus après plusieurs années; 3 malades présentaient au moment de l'opération des lésions testiculaires partielles qui ont été simplement curettées, un seul de ces malades présenta une récidive testiculaire nécessitant l'ablation de l'organe; 3 malades seulement présentaient des lésions unilatérales, tous les 3 ont récidivé du côté opposé dans un temps qui a varié de trois mois à trois ans. Les 5 autres malades présentaient des lésions doubles au moment de l'opération et on ne

fut obligé d'enlever le testicule que chez un seul malade.

L'opération semble donc efficace quant à la conservation du testicule, même si des lésions testiculaires partielles ont seulement été curettées, l'ablation des voies spermatiques semble favoriser leur guérison.

Par contre, l'intervention est inefficace contre la propagation du côté sain, aussi l'auteur propose-t-il, dans les cas unilatéraux, de pratiquer à plusieurs reprises l'examen du sperme et, s'il y a azoospermie, de pratiquer d'emblée l'ablation des deux épididymes.

L'auteur a eu un décès imputable à une faute de technique (ablation du déférent par arrachement amenant une irruption de pus dans le péritoine déchiré); les 7 autres opérés étaient bien portants après plusieurs années. Donc l'action sur l'état général n'est pas douteuse.

Puis Keyes compare ces résultats à ceux des autres opérations et constate les faits suivants :

3 malades ont subi un curettage simple, tous trois ont eu des récidives rapides ; 13 malades ont été châtrés, dont deux avaient déjà subi l'ablation du premier testicule. Sur les 10 autres, 3 ont été perdus de vue ; les 7 derniers ont présenté des rechutes du côté opposé, 3 avant un an, 2 après un an, 2 après deux ans.

Dans les deux années qui ont suivi la castration, on a vu se produire un abcès urétral, un abcès vésiculaire, une prostatite, une adénite inguinale, 2 tuberculoses du rein. La castration n'empêche donc pas plus que l'épididymectomie la progression de la tuberculose dans les voies spermatiques non plus que dans les autres organes.

Les chiffres fournis par Dellinger Barney sont aussi significatifs. Sur 120 malades du Massachussetts general Hospital on a observé 150 épididymites tuberculeuses, 114 malades ont subi 142 opérations, 92 fois la castration dont 4 fois double, 50 épididymectomies simples ou doubles avec ou sans vasectomie.

Un premier fait intéressant a été constaté lors des castrations, c'est que si dans 60 p. 100 des cas, le testicule paraissait cliniquement pris, l'examen histologique a montré que dans le plus grand nombre des cas les testicules ainsi enlevés étaient libres de tuberculose.

De ces opérés, 79 ont pu être retrouvés après un temps plus ou moins éloigné et leur examen a permis de faire des constatations intéressantes : 20 malades avaient subi des opérations bilatérales, 49 des opérations unilatérales et de ceux-ci 23 (39 p. 100) sont revenus pour des récidives du côté opposé.

Si l'on prend les résultats fournis en bloc, ou comparativement ceux des cas ayant subi l'épididymo-vasectomie (15 cas) ou l'orchido-vasectomie (42 cas), on fait les constatations suivantes :

76 p. 100 des opérés étaient en bon état plusieurs années après l'opération, 51 p. 100 avaient augmenté de poids depuis cette époque et 31 p. 100 avaient diminué de poids. Le nombre des malades présentant autre part que dans les voies génitales des foyers tuberculeux en évolution est moindre après l'opération (37 p. 100) qu'il était au moment de celle-ci (45 p. 100). C'est surtout la tuberculose pulmonaire qui semble avoir diminué, la tuberculose osseuse au contraire a un peu augmenté de fréquence (28 p. 100 au lieu de 25 p. 100). La tuberculose rénale s'est montrée rare avant (1 cas) comme après l'opération (2 cas).

Au total, les interventions semblent avoir enrayé en partie l'envahissement de l'organisme par la tuberculose et produit un effet heureux sur l'état général.

Cette action est identique que l'on ait pratiqué la castration ou l'épididymectomie. Dans les tableaux dressés par Barney on ne trouve pas de différence sensible entre les résultats de l'une ou de l'autre opération.

L'action locale n'est pas moins heureuse.

Le côté opéré est trouvé guéri dans 87 p. 100 des cas, les autres avec récidive ou continuation de l'évolution des lésions se rapportent à des opérations incomplètes (épididymectomie partielle, curettage, etc.).

Sur les 15 cas d'épididymectomie, on n'a jamais observé de récidive sur le testicule laissé en place.

C'est une constatation d'un grand intérêt.

La présence de fistules est fréquente après l'opération, on l'observe chez 23 p. 100 des malades pendant la première année; mais leur nombre diminue rapidement et les fistules finissent presque toutes par se refermer. C'est une séquelle persistante très rare des opérations.

La propagation du côté opposé est fréquente et s'observe surtout dans le cours de la première année. Cependant l'ablation des foyers actifs favorise la rétrocession des lésions des vésicules et de la prostate. On observerait cette diminution dans 9 p. 100 des cas environ. Cependant on note que la liste des cas présentant des troubles urinaires (dysurie, fréquence des mictions) ou des urines anormales est plus élevé après qu'avant l'opération.

Mais la statistique porte ici sur un nombre très faible de cas.

L'action des opérations sur les fonctions sexuelles s'est montrée à peu près nulle.

Chez 13 malades le sperme a été examiné, et chez 2 seulement, ayant subi une intervention unilatérale, on trouvait des spermatozoïdes.

Si l'on compare ces résultats sur les tableaux de cas opérés par castration ou par épididymectomie, on ne constate pas de différence sensible dans les résultats. Les fistules sont aussi fréquentes après la castration. La propagation au côté opposé est tout aussi fréquente dans la castration, et celle-ci n'agit pas mieux que l'épididymectomie pour amener la régression des lésions vésiculo-prostatiques. Sur certains points les résultats semblent même en faveur de l'épididymectomie.

Barney constate d'ailleurs que les faits montrent que l'invasion du deuxième épididyme se produit en général avant quatre ans et demi dans les cas opérés, tandis que dans les cas laissés sans opération elle se produit dans les six premières années. C'est seulement après ce temps écoulé que le malade peut être considéré comme presque sûrement à l'abri de cette récidive.

Au total donc, la castration ne présente aucun avantage sur l'épididymectomie quant à l'action sur l'évolution des lésions tuberculeuses à distance ou localement. L'utilité certaine du testicule, même privé de son canal excréteur, en tant qu'organe de sécrétion interne étant maintenant admise par tous, on ne devra le sacrifier que lorsque des lésions tuberculeuses étendues rendent toute conservation totale ou partielle impossible.

Loin de donner un coup de fouet à la tuberculose et de provoquer sa généralisation dans l'organisme, ces opérations agissent favorablement sur l'état général et l'évolution des lésions éloignées en supprimant un foyer actif.

Leur action sur les lésions déjà existantes ou en voie de propagation des vésicules séminales et de la prostate, certaine dans quelques cas, est plus rare.

Cependant la propagation au deuxième testicule est la règle dans un temps assez bref. Elle reste un gros point noir dans le pronostic de l'épididymectomie, aussi pour y remédier a-t-on proposé certaines mesures radicales.

Keyes préconise l'ablation systématique du deuxième épididyme même quand il est sain. On a aussi proposé (voir Lapeyre, *Arch. prov. de chir.*, 1911, et *Congrès de Rome*, 14-20 avril 1912) dans les cas de lésions épididymo-déférentielles unilatérales avec lésions vésiculaires bilatérales (Legueu) ou encore dans les cas où les lésions avancées du testicule ont obligé à une première castration (Lapeyre) afin d'être sûr de conserver le deuxième testicule, de pratiquer systématiquement lors de l'opération la résection, à travers la paroi scrotale, de 2 ou 3 centimètres du déférent du côté sain. Son élève Lambron (Th. de Paris, déc. 1911) dans sa thèse sur la vaso-épididymectomie bilatérale cite trois cas où M. Lapeyre a tenu cette conduite avec de bons résultats.

Elle semble en effet logique à condition toutefois, nous semble-t-il, de pratiquer auparavant et à plusieurs reprises l'examen du sperme du malade comme le demandait Keyes pour s'assurer qu'il ne contient pas de spermatozoïdes.

Sur les examens faits par Barney deux fois on trouvait encore des spermatozoïdes et dans ces cas il eût mieux valu différer la section préventive du deuxième canal déférent.

Dans ces conditions, l'épididymectomie uni ou bilatérale constitue une intervention donnant de bons résultats dans la majorité des cas de tuberculose génitale de l'homme, la castration et les opérations sur les vésicules séminales présentant des indications exceptionnelles et bien définies.

En face des cas opérés, on peut chercher à savoir ce que sont devenus les cas non opérés n'ayant suivi aucun traitement.

Keyes a pu suivre de ces malades et a constaté ce fait paradoxal que les cas suppurés semblent se porter mieux que les cas non suppurés.

Ainsi sur 34 cas suppurés on retrouve encore des lésions en évolution dans 18 cas entre trois et six ans après le début des lésions, au contraire 16 ont guéri après un temps variable entre un et vingt-sept ans. Une rechute a été constatée après quatorze ans. Dans les cas suppurés suivis plus de trois ans on trouve 30 p. 100 de guérison, après cinq ans on trouve encore guéris 14 p. 100 de ces malades, et 10 p. 100 sont vivants dix ans encore après le début de la maladie. Ces chiffres montrent la curabilité possible de la tuberculose génitale sans aucun traitement et surtout l'extraordinaire lenteur de son évolution.

Quant au traitement purement médical : traitement marin ou d'altitude, héliothérapie, tuberculinothérapie, eaux chlorurées sodiques, injections modificatrices, ses indications restreintes à quelques formes torpides selon les uns, traitement de choix pour tous les cas selon les autres, nous manquons encore de documents étendus pour juger de ses résultats.

En tout cas il ne faut pas oublier que le tuberculeux génital est un tuberculeux, que chez lui comme chez tous les tuberculeux le traitement général est la base de sa guérison. Le traitement chirurgical ne devra constituer qu'un adjuvant précieux à un traitement médical longtemps prolongé.

M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 3 MAI 1912) [*fin*]

A propos de la tuberculose inflammatoire. — M. MILIAN. Tout le monde parle ici des erreurs de M. Poncet, mais aucun ne rappelle les vérités qu'il a démontrées et chacun oublie que c'est lui qui nous a appris ce qu'est la tuberculose inflammatoire, encore appelée non folliculaire.

M. Antonin PONCET a décrit, plusieurs années avant l'apparition de la tuberculose non folliculaire, la tuberculose inflammatoire, c'est-à-dire la tuberculose, sans follicules, sans spécificité anatomique et qui est constituée, précisément par des lésions inflammatoires banales, comme on produit un processus infectieux quelconque.

La tuberculose non folliculaire n'est donc que la tuberculose inflammatoire débaptisée.

Ce point d'histoire tranché, M. Poncet se reconnaît le droit d'utiliser à l'appui de sa doctrine et de ses applications, les preuves, expérimentales, bactériologiques et autres, fournies par différents auteurs, pour établir, de leur côté, l'existence et la fréquence de la tuberculose, non folliculaire.

Il n'a pas toujours pu, dans ses observations, apporter des preuves expérimentales bactériologiques, mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit, alors, généralement, de tuberculoses atténuées, et que même, dans nombre de tuberculoses virulentes, granulie généralisée, lupus, etc., la preuve bactériologique peut manquer.

Il en est de même pour la plupart des scléroses d'origine tuberculeuse : rhumatisme tuberculeux ankylosant, rétraction de l'aponévrose palmaire, etc., manifestations pathologiques dans lesquelles le bacille de Koch est exceptionnellement présent.

En fait de preuves, il ne faut pas être absolu et les exiger trop, toutes.

M. Barth se trompe, quand il croit que M. Poncet n'introduit en clinique que des hypothèses.

Il en a fait, il est vrai, au début de ses recherches, mais, depuis longtemps, elles sont passées dans la réalité.

Sur la question du diabète, il n'est pas de l'avis de M. Barth. Il estime que, si les diabétiques meurent si souvent de tuberculose, de phtisie, ce n'est point, parce qu'ils ont été en contact avec des tuberculeux, mais bien, parce qu'ils étaient, depuis longtemps, des tuberculeux. Il croit, chez nombre de diabétiques, à une toxi-infection bacillaire, initiale ou non, contrairement à l'opinion reçue, terminale.

Comme toute étiologie nouvelle, la notion de la tuberculose inflammatoire étend, chaque jour, son domaine d'autant qu'il existe une foule de lésions, de nature indéterminée, de causalité nulle, lésions que, seule, elle peut expliquer.

Quant au tabes, M. Poncet ne voit pas pourquoi, il ne serait pas parfois, plutôt le fait du poison tuberculeux que du poison syphilitique? Il n'a pas dit autre chose.

(SÉANCE DU 10 MAI 1912)

Dysostose cranio-faciale héréditaire. — M. O. CROUZON. La dysostose cranio-faciale, dont deux types, la mère et l'enfant, ont été présentés à la Société, est caractérisée : 1° par une malformation du crâne consistant dans une crête antéro-postérieure qui surplombe la bosse frontale et donnant au crâne un aspect analogue à celui de la trigonocéphalie; 2° une malformation de la face, caractérisée par le prognathisme inférieur et le nez busqué; 3° de l'exophtalmie et du strabisme divergent.

Ce type clinique rentre dans le groupe des dystrophies osseuses localisées. Il est déjà ébauché à la naissance, il est donc congénital; mais d'autre part, il se développe progressivement pendant la première enfance. Il est différent de l'oxycéphalie et de la dysostose cléido-cranienne. C'est donc un type clinique nouveau qui ne peut être superposé à aucune description antérieure.

L'exophtalmie est expliquée, comme dans certaines malformations craniennes, par la diminution de la cavité orbitaire, qui ne peut plus loger les globes oculaires. Il est possible que cette malformation soit sous la dépendance d'un trouble d'une glande vasculaire sanguine (l'un des deux sujets est atteint de goitre et l'on pourrait supposer qu'il s'agit là d'un syndrome thyroïdien); mais on peut admettre également qu'il s'agit, dans ces cas, de malformations non pathologiques mais tératologiques. Quoi qu'il en soit, ce syndrome est héréditaire sans présenter dans la famille un caractère dominant. La cause première de cette maladie est encore obscure.

Sur un mouvement rotatif réflexe conjugué des yeux. — MM. LEBAR et DURAND. En recherchant le signe d'Argyll, les auteurs ont constaté chez une syphilitique, sans lésions nerveuses ou viscérales, un mouvement singulier de rotation du globe de l'œil sur son axe antéro-postérieur. Ce mouvement brusque, instantané, est bilatéral, les deux yeux tournant simultanément dans le même sens rigoureusement déterminé : dans le sens des aiguilles d'une montre, si l'on vient à couvrir l'œil gauche ou à découvrir le droit préalablement couvert d'un écran; en sens inverse dans le cas contraire.

Ce mouvement de faible amplitude, 25 à 30 degrés, n'est pas un réflexe lumineux, car l'emploi du verre dépoli au lieu de l'écran donne les mêmes résultats. Il s'agit d'un trouble de la statique, d'un dérèglement des muscles obliques de l'œil sous l'influence du passage de la vision binoculaire à la monoculaire et vice versa.

Un strabisme très ancien et complètement corrigé, et surtout un éréthisme musculaire très marqué à la face, avec ébauches de tics, ont paru les seules causes à retenir de l'étiologie et de la pathogénie qui restent absolument obscures. Les auteurs ont vainement cherché ce phénomène chez un grand nombre de sujets.

Passage de l'acide salicylique et de ses dérivés dans le liquide céphalo-rachidien. — MM. NOBÉCOURT, DARRÉ et BIDOT. On admet généralement que le salicylate de soude ne passe pas de la circulation sanguine dans le liquide céphalo-rachidien, quand les méninges sont saines, les résultats négatifs sont souvent dus à l'emploi de procédés de recherches entachés de causes d'erreur.

Il convient d'avoir recours, pour déceler l'acide salicylique, à une méthode extrêmement sensible, dont voici les différents temps : acidification avec l'acide chlorhydrique, addition d'éther sulfurique, décantation, lavage de l'éther à l'eau pour

enlever les dernières traces d'acide, évaporation de l'éther dans une capsule, où l'on ajoute deux ou trois gouttes d'une solution très étendue de perchlorure de fer. Dans ces conditions apparaît la coloration violette caractéristique du salicylate de fer.

Avec cette méthode, les auteurs ont presque constamment retrouvé de l'acide salicylique chez des sujets atteints d'affections diverses, ayant ingéré du salicylate de soude, même chez ceux dont les méninges étaient cliniquement normales.

Ces résultats n'infirment pas les résultats positifs obtenus antérieurement avec les méthodes anciennes. Avec ces méthodes leurs constatations ont été toujours négatives dans les maladies n'intéressant pas les méninges.

Un cas de bilharziose intestinale contractée à la Guadeloupe. — M. Courtois-Suffit, en son nom et au nom de MM. Paul Jacquet et Louis Géry, fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 833.)

Thérapeutique antisyphilitique. — M. Queyrat attire l'attention sur un nouveau médicament donné par Ehrlich et qui n'est qu'une modification heureuse du salvarsan. On sait, en effet, que celui-ci, lorsqu'on le dissout dans l'eau chlorurée, donne une solution acide qu'on est obligé de neutraliser par de la soude caustique. Certains auteurs ont même pu prétendre que nombre d'accidents pouvaient être imputés à la solution alcaline. Le néo-salvarsan présente cet avantage qu'il est directement soluble dans l'eau distillée en solution neutre et qu'il rend de plus la solution isotonique. L'emploi de ce médicament dans un grand nombre de cas, a donné d'excellents résultats et provoqué une réaction relativement beaucoup plus atténuée qu'avec le salvarsan (606).

M. Queyrat présente un malade dont les chancres furent très rapidement cicatrisés à la suite d'une unique injection.

M. Jacquet vante également le produit nouveau. Les résultats lui ont paru comparables à ceux obtenus avec le 606 et cite en particulier le cas d'un malade guéri complètement quatre jours après une injection de 40 centigrammes d'un double sarcocèle syphilitique avec gomme cutanée.

M. Sicard qui a également employé le néo-salvarsan a remarqué, non seulement que les réactions consécutives étaient plus légères qu'avec le 606, mais même que les troubles vaso-moteurs étaient moins marqués et la tension artérielle modifiée dans des proportions moins sensibles.

Stupeur avec légère confusion mentale. Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. — M. Henri Dufour présente un jeune homme de dix-huit ans, entré dans son service, le 1er mars, avec des phénomènes de vive agitation sans fièvre, auxquels succédèrent rapidement de la stupeur avec mutisme. Puis apparurent quelques idées délirantes mélancoliques, désir de mourir, auto-accusation. A certains moments, le malade devient catatonique, opposant. La situation s'est beaucoup améliorée bien que l'aspect de stupeur que présente le malade soit encore très net. Mais le mutisme a disparu ainsi que le négativisme. La ponction lombaire pratiquée à l'entrée, le 6 avril et le 10 mai, a montré les variations suivantes dans la teneur en lymphocytose du liquide céphalo-rachidien par millimètre cube, à la cellule de Nageotte, première ponction 10, deuxième et troisième ponctions 4 à 5. Le malade n'est ni tuberculeux, ni syphilitique, ni alcoolique, ni entaché d'hérédité psychique.

Déjà en 1905, il a eu l'occasion de présenter à la Société médicale des hôpitaux, une observation de confusion mentale, qui a bien guéri, avec réaction méningée. Il lui semble toujours intéressant de constituer au cours d'une psychose un témoin d'une lésion nerveuse.

Les œdèmes des diabétiques. Action du bicarbonate de soude. — MM. Labbé, Bith et Mlle Fertyet ont étudié l'action du bicarbonate de soude sur la production des œdèmes chez les diabétiques. Ces malades sont, en effet, susceptibles de faire des œdèmes; chez les diabétiques sans dénutrition, ces hydropisies sont d'origine rénale ou cardiaque, mais chez les diabétiques avec dénutrition on observe des œdèmes sans qu'il y ait cependant des signes de lésions rénales ou cardiaques.

Sous l'influence du bicarbonate de soude les diabétiques avec dénutrition et en *état d'acidose* font de l'augmentation de poids par rétention aqueuse pouvant aller jusqu'à la formation d'œdèmes apparents.

Ces œdèmes disparaissent avec la suspension du traitement par le bicarbonate de soude et le malade revient à son état antérieur.

Les œdèmes bicarbonatés s'accompagnent quelquefois, mais non toujours, de rétention chlorurée.

Le bicarbonate de soude paraît donc posséder une action hydropigène directe et non pas seulement une action suspensive sur l'élimination chlorurée.

M. Achard a fait quelques recherches sur l'ingestion du bicarbonate de soude, et il a remarqué que chez les brightiques celle-ci s'accompagnait toujours d'une augmentation de poids, en même temps, d'ailleurs, que l'on constate une rétention chlorurée. Chez des malades qui sont soumis à un régime déchloruré et qui n'éliminent qu'une petite quantité de chlorure, le bicarbonate de soude ingéré produit encore une diminution de cette élimination chlorurée. Il a recherché si ces malades retenaient du chlore ou du sodium, et il a remarqué que le sodium paraissait éliminé normalement. Quant aux œdèmes provoqués par d'autres substances, il faut prendre garde que beaucoup d'entre elles peuvent être toxiques et que le mécanisme de l'œdème peut dépendre alors de lésions rénales.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 8 MAI 1912)

M. le Président annonce la mort de M. Marc Sée, qui est entré à la Société de chirurgie en 1868, qui en a été président en 1884, et, en signe de deuil, lève la séance. Mais, suivant un nouveau règlement, la séance est rouverte un quart d'heure après.

La cure chirurgicale des anévrismes de la paume de la main. — M. Delorme, à propos de la discussion ouverte sur cette question, rappelle un mémoire qu'il a présenté, il y a trente ans, à l'Académie de médecine, et qui a été couronné, mémoire dans lequel il décrivait, dans tous ses détails, l'anatomie de la paume de la main et montrait qu'il était possible d'atteindre l'arcade palmaire profonde de la main sans léser aucun organe important et pratiquer ainsi la cure radicale des anévrismes de cette arcade palmaire profonde. En se basant sur ces mêmes considérations anatomiques, M. Delorme indique également les points précis où doit porter l'incision des phlegmons de la main. Nous reviendrons sur ce travail d'un réel intérêt pratique.

De la transfusion directe du sang. — M. Tuffier, à propos du rapport de M. Delbet sur ce sujet, communique quatre observations dans lesquelles il a eu recours à la transfusion directe du sang. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de trente-quatre ans qui avait subi une cholécystectomie. Après cette opération, elle présenta tous les symptômes d'une hémorragie interne dès le soir même. On rouvrit le ventre; on ne trouva pas la source de l'hémorragie qui, d'ailleurs, était arrêtée. Malgré une injection intraveineuse de 500 grammes de sérum artificiel, plusieurs fois répétée, cette femme resta exsangue, avec le pouls petit et plusieurs menaces de syncope. M. Tuffier fit alors la transfusion d'urgence; mais à peine la radiale du donneur fut-elle ouverte et mise en communication avec la basilique de la malade, que celle-ci succomba.

Le second malade avait été opéré de gangrène pulmonaire. Des hémorragies consécutives le jetèrent dans un état de faiblesse telle qu'on dut recourir à la transfusion sur les conseils mêmes de M. Netter. Sa tension artérielle était tombée à 11. Ici le résultat immédiat fut très remarquable; la tension artérielle, immédiatement après la transfusion, était remontée à 16. Le malade se remit rapidement et il allait aussi bien que possible quand, trente-sept jours après, il mourut brusquement d'une nouvelle hémorragie pulmonaire.

La troisième malade était une femme de cinquante ans, atteinte d'un fibrome hémorragique qui l'avait plongée dans

un état de grande anémie. Cependant M. Tuffier parvint à la remonter et put lui pratiquer une hystérectomie subtotale. Les suites de cette opération furent normales. Mais la malade resta profondément déprimée, avec des défaillances et des syncopes, le pouls à 134, la tension artérielle à 9. M. Tuffier fit la transfusion, qui dura dix-sept minutes. En réalité, il passa peu de sang. La malade se remit, sans que les variations du sang aient été bien considérables. Le nombre des globules rouges qui était, avant la transfusion, de 2480000, n'était, après la transfusion, que de 2728000. La tension artérielle était remontée à 12 1/2, puis redescendue à 10 1/2 et à 11. Chez le donneur de sang, la tension artérielle, qui était de 17, était tombée à 16. Ainsi qu'on le voit, ces modifications ne sont pas très importantes. Mais, par contre, les modifications de l'état général, chez la transfusée, furent très appréciables et la guérison fut très rapide.

Dans le quatrième cas, qui relève de l'obstétrique, il s'agit d'une accouchée du service de M. Lepage, qui avait eu des hémorragies pendant sa grossesse et qui eut, après son accouchement, des hémorragies absolument incoercibles. On fit la transfusion, malheureusement trop tard, car la malade succomba pendant l'opération.

Après l'exposé de ces quatre faits, M. Tuffier passe à la technique de la transfusion :

Comme soins préparatoires, examen préalable du sang du donneur, au point de vue de la réaction de Wassermann, de la recherche de l'agglutination, etc. Pour l'opération, asepsie et non antisepsie de la région, anesthésie locale, anastomose de la radiale du donneur à la basilique ou à la céphalique du receveur ; difficultés de cette anastomose. La quantité de sang transfusée est très variable suivant la pression artérielle du début ou les contractions de l'artère. La durée de la transfusion doit être de vingt à trente minutes. On a parlé de la dilatation du cœur et de la congestion pulmonaire consécutives. Ces faits n'ont été observés que chez les nouveau-nés dans les cas de purpura, en Amérique, où on a certainement un peu abusé de la transfusion. Comme indication, M. Tuffier n'admet que les hémorragies d'ordre mécanique. Contre les infections, contre le cancer, la transfusion n'est pas à conseiller.

M. Pozzi rappelle qu'Alphonse Guérin, en 1892, au Congrès pour l'avancement des sciences, a émis l'idée de l'anastomose directe entre une artère et une veine pour établir la communauté de la circulation entre deux individus.

Anesthésie générale par les injections intramusculaires d'éther. — M. Peugniez (d'Amiens) apporte l'observation suivante. Une jeune fille de dix-sept ans, pesant 58 kilogs, atteinte d'un polype naso-pharyngien, reçut dans chaque fesse 6 injections intramusculaires de 5 centimètres cubes d'éther, soit 60 grammes d'éther. Ces piqûres ne furent pas douloureuses, mais à aucun moment la malade n'a dormi. Elle eut des crises de larmes et une phase d'excitation interminable. M. Peugniez dut lui donner du chloroforme pour achever l'opération. Sans vouloir rien conclure d'un fait isolé, M. Peugniez n'est pas disposé à renouveler cette expérience.

M. Walther rapproche de ce fait celui d'une femme de trente ans qui a été opérée dans son service par M. Baumgartner. Elle a reçu 40 grammes d'éther dans les deux fesses. L'anesthésie n'a pas été complète. Il a fallu lui faire respirer quelques bouffées de chloroforme.

M. Walther ajoute que, par principe, il n'a pas recours aux anesthésiques procurant un sommeil qui se prolonge après l'opération, dans les cas d'intervention sur la cavité buccale. Il faut que ces malades crachent, s'aident à expectorer et il serait fâcheux pour cela que leur sommeil anesthésique se prolongeât. C'est pourquoi, dans ces cas, M. Walther repousse l'éther, la scopolamine.

Exophtalmos pulsatile. — M. Savariaud présente une petite fille atteinte d'une exophtalmos pulsatile consécutive à une fracture du crâne. Les injections de sérum gélatiné sont restées sans résultat. Faut-il intervenir ?

Oui, répond M. Morestin.

Fracture du pubis. — Autre malade présenté par M. Savariaud : jeune garçon qui a été atteint d'une fracture du pubis et qui marche très bien.

Bec-de-lièvre. — Enfin, c'est un jeune enfant qui avait un bec-de-lièvre et que M. Savariaud a opéré avec succès. La restauration de l'aile du nez laisse seule un peu à désirer.

Kyste dermoïde développé dans la capsule du corps thyroïde. — M. Potherat présente une tumeur qui occupait la partie latérale droite du cou chez une jeune femme ; diagnostic : goitre. Le développement d'abord lent puis rapide de la tumeur nécessita l'intervention. M. Potherat, après avoir ouvert la capsule, tomba d'abord sur une tumeur noirâtre qui n'était autre qu'un gros caillot sanguin, puis derrière il trouva une tumeur assez volumineuse qui était un kyste congénital dermoïde, puis cette seconde tumeur enlevée on vit le corps thyroïde au fond de la capsule.

Il s'agissait donc d'une tumeur sanguine et d'un kyste dermoïde développés dans la capsule du corps thyroïde.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS LES PALPITATIONS ET LA TACHYCARDIE

(Symptomatiques d'insuffisance du muscle cardiaque et de désordres nerveux, plus rarement du goitre exophtalmique.)

Un granule à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou V gouttes de la solution au millième pendant 10 jours.

LIVRES NOUVEAUX

Consultations de nourrissons et Gouttes de lait. Rôle social et pratique du fonctionnement (1), par le docteur Jarricot.

En présence de ce double fait qu'il meurt, chaque année, en France, plus de cent mille enfants de moins d'un an, et que les trois quarts de ces enfants succombent à des maladies facilement évitables, la lutte méthodique contre la mortalité infantile apparaît au nombre des nécessités les plus impérieuses. De cette considération découle l'importance du rôle social des consultations de nourrissons et d'un enseignement plus diffusé des applications de l'hygiène à l'éducation maternelle.

A côté d'une étude extrêmement complète de la question de la dépopulation et de son principal remède, la diminution de la mortalité infantile, le docteur Jarricot nous donne les moyens pratiques d'arriver à ce résultat. Il consacre toute la seconde partie de son livre à l'étude d'une œuvre de Consultations de nourrissons et de Gouttes de lait qui fonctionne depuis plusieurs années ; il donne des indications précises sur leur fonctionnement matériel, les principes d'administration, la gestion financière ; il expose avec sincérité ce que l'on peut faire sans dépenses exagérées, sans un concours de circonstances extraordinaires, mais avec une direction sagace et quelque bonne volonté. M. DELESTRE.

(1) Un vol. de 300 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 13 mai : MM. Paisseau, Nattan-Larrier et Lemaire (Henry), 19.

Séance du 15 mai. — MM. Lian, Gaultier et Aubertin, 19.

— Liste des candidats admis à subir la troisième épreuve pour l'admissibilité :

MM. Laederich, 40 1/2; Darré et Sézary, 39; Lemierre et Aubertin, 37 1/2; Babonneix et Monier-Vinard, 37; Harvier et Faure-Beaulieu, 35; Rivet et Malloizel, 34 1/2 ; Gougerot, 34; Paisseau, Israël de Jong et Abrami, 33 1/2; Armand-Delille, Boidin, Courcoux, Gaultier, Lemaire (Henry) et Lian, 33; Halbron, Chabrol et Debré, 32 1/2; Ramond, 32.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 13 mai : MM. Hallopeau, 19; Kuss, 17; Sauvé, 14.

Séance du 15 mai. — MM. Guimbellot, 16; Mocquot, 18; Gernez, 20.

— Le deuxième concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le jeudi 13 juin 1912, à midi, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (service du personnel), de midi à trois heures, du vendredi 17 mai au mercredi 29 mai 1912, inclusivement.

— CONCOURS DE DENTISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 13 mai. — MM. Coustaing, 17; Izard, 13; Vaysse, 18.

Séance du 14 mai. — MM. Guilly, 20; Schæfer, 19.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 13 mai. — MM. Ferry, $19 + 9 = 28$; Houdard, $18 + 7 = 25$, Brucker, $8 + 6 = 14$.

Prochaine séance, lundi 20 mai, à quatre heures et demie, à l'Hôtel-Dieu.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — CONCOURS D'INTERNAT. — Séance du 13 mai 1912. — *Epreuve clinique de médecine.* — Ont obtenu : MM. Avalon, Deval et Bobillier, 7; Joubrel, 14,5; de l'Ecluse, 15; Narcy et Chamboissier, 17; Sauseigne, 7; Lemercier, 8,5; Couette, 12,5.

Séance du 14 mai. — *Epreuve clinique de chirurgie.* — Ont obtenu : MM. Bobillier et Couette, 12; Lemercier, 9; Joubrel, 13; de l'Ecluse, 11; Narcy, 18; Chamboissier, 10.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — EXAMENS DE VALIDATION DE STAGE DENTAIRE. — Une session d'examens de validation de stage dentaire s'ouvrira à la Faculté de médecine de l'Université de Paris le 17 juin 1912.

Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage. Les certificats doivent être établis sur papier timbré.

Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris, le lundi 3 et le mardi 4 juin 1912, de midi à trois heures.

Les candidats consigneront les droits fixés par le décret du 3 novembre 1909, soit 25 francs.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — La chaire d'accouchements et d'hygiène de la première enfance de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille (fondation de l'Université de Lille) est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION AMICALE DES INTERNES ET ANCIENS INTERNES DES HOPITAUX DE PARIS. — L'assemblée générale s'est réunie le 20 avril à l'Hôtel-Dieu. Après quelques mots de remerciements de M. Thibierge appelé par le comité à la présidence de l'association, M. Crouzon, secrétaire général, rappelle dans son rapport les principales questions dont le comité a eu à s'occuper dans l'année. Puis le trésorier, M. Pinel-Maisonneuve, montre la prospérité croissante de l'association qui compte aujourd'hui 800 membres et qui a pu, l'an dernier, distribuer 11500 francs de secours à des collègues ou anciens collègues et à leurs veuves.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Une séance solennelle vient d'avoir lieu à la Société de médecine de Paris, à l'occasion de l'inauguration de la Bibliothèque dans ses nouveaux locaux, 51, rue de Clichy.

La Société fêtait en même temps la nomination de M. Lucas-Championnière à l'Institut et la promotion de M. Letulle à la Faculté. Ces deux maîtres avaient accepté de présider la séance, à laquelle assistaient les délégués de tous les groupements scientihques.

M. P. Bourdel, président de la Société, a retracé les phases de l'organisation de la Bibliothèque, réunion des archives de trois sociétés centenaires. Grâce à cette installation toute

moderne, les médecins praticiens posséderont enfin un centre permanent de travail et de réunion. Cette création, chose nouvelle dans les sociétés médicales, complète bien le fonctionnement scientifique de la Société.

M. Debrigode, archiviste, a donné un aperçu des richesses contenues dans les collections : livres, autographes, manuscrits, et témoigne aux donateurs la gratitude de la Société.

Le secrétaire général, M. Paul Guillon, remercie tous les collaborateurs qui ont permis de réaliser enfin son rêve : la création d'une bibliothèque. Il rappelle que la Société est la plus vieille société médicale (1796). Au XVIIIe siècle son œuvre fut des plus fécondes ; au XXe siècle, grâce à l'appui de la Presse, son influence scientifique va s'étendre encore, portant dans les pays les plus lointains le bon renom de la science française.

M. Letulle fait l'éloge de la Société par son histoire ; il montre les services qu'elle a rendus en créant en France, après la tourmente révolutionnaire, le premier journal médical (1802) ; la presse de cette époque a rendu de signalés services, notamment à Laënnec, en le faisant journaliste, ce qui lui permit de vivre.

M. Lucas-Championnière, très touché des marques de sympathie de ses nombreux confrères, rappelle qu'il vient d'atteindre le cinquantième anniversaire de son entrée dans la presse, et félicite la Société de son heureuse initiative, qui la met au premier rang des sociétés savantes.

La séance se termine par de fort belles projections photographiques, clichés en couleurs de M. A. Personnaz. Une médaille, ancien jeton de présence de la Société, est remise à chacun des assistants.

MARINE. — La grande tenue, telle qu'elle est déterminée par le décret du 13 mai 1902, est rétablie pour les officiers supérieurs et subalternes du corps de santé de la marine. On sait que cette tenue comporte le chapeau, l'habit brodé et le pantalon à bandes d'or.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique a compté pendant la dix-neuvième semaine 986 décès, au lieu de 1 000 pendant la semaine précédente et au lieu de 968, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès, la rougeole 40, la scarlatine 5, la coqueluche 4, la diphtérie 3.

L'EAU A PARIS. — Paris disposera cet été d'un supplément quotidien de 100 000 mètres cubes d'eau potable.

Dès le début de juin, les nouveaux bassins filtrants installés à Saint-Maur vont en effet pouvoir donner 80 000 mètres cubes chaque jour. Enfin, au mois de juillet, 20 000 mètres cubes d'eau de source viendront s'ajouter à ce supplément d'eau filtrée. Ce sont, d'une part, 10 000 mètres de la source Villemer, d'assez mauvaise qualité jusqu'ici et que l'ozonisation permettra de stériliser ; d'autre part, 10 000 mètres provenant de forages supplémentaires aux sources souterraines du Loing et du Lunain.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE. — La prochaine séance aura lieu à l'asile clinique (amphithéâtre de l'admission), le lundi 20 mai à trois heures et demie très précises.

HOPITAL TROUSSEAU. — CHIRURGIE INFANTILE. — M. le docteur Savariaud fait tous les samedis, à onze heures, pendant les mois de mai et juin, des leçons pratiques sur les sujets suivants :

Anesthésie générale. — Méthodes de pansements. — Traitement des abcès froids. — Traitement des tuberculoses osseuses et articulaires. — Traitement des principales malformations (bec-de-lièvre, fentes palatines, pied bot, luxation de la hanche, hernies, syndactylie). — Principes généraux d'orthopédie, redressements, appareils plâtrés, silicatés. — Traitement de la paralysie infantile, de la maladie de Little. — Traitement de l'appendicite aiguë. — Traitement des principales fractures chez l'enfant.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — LEÇONS SUR LA DIPHTÉRIE. — M. le docteur E.-C. Avirагnet, médecin des hôpitaux, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le mardi 4 juin 1912, à neuf heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (bactériologie, sérothérapie, tubage et trachéotomie).

Tous les matins : visite ; examen des malades. Avant et après la visite : leçon théorique et travaux pratiques.

Programme des leçons. — Première et deuxième leçons : Généralités sur la diphtérie. Tubage. — Troisième leçon : Trachéotomie. — Quatrième leçon : Diagnostic bactériologique. — Cinquième et sixième leçons : Etude clinique de l'angine diphtérique. — Septième leçon : Etude clinique du croup. — Huitième leçon : Paralysie diphtérique. — Neuvième leçon : Sérothérapie. — Dixième leçon : Traitements adjuvants. Prophylaxie de la diphtérie.

Seront admis à suivre cet enseignement, MM. les étudiants pourvus de seize inscriptions et MM. les docteurs en médecine.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), tous les jours, de midi à trois heures.

Les élèves seront classés par série de quinze et pour une période de trois semaines. MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

M. le docteur Bloch-Michel, chef de laboratoire, et M. Jacquet, interne du service, dirigeront les travaux pratiques.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête de la Pentecôte.* — Les quelques jours de vacances que procure la fête de la Pentecôte donnent lieu, chaque année, à de nombreux déplacements sur le réseau P.-L.-M., si remarquable par les belles régions qu'il dessert.

Les voyageurs apprendront avec plaisir que, à l'occasion de cette fête, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 23 mai 1912 seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 30 mai, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 27 MAI AU 1er JUIN 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Mardi 28 mai, à une heure. — 1er (oral).
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 29 mai, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
1er (oral, 1re, 2e et 3e séries).
5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

Jeudi 30 mai, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
1er (oral, 1re et 2e séries).

Vendredi 31 mai, à une heure. — 1er (oral, 1re et 2e séries).
3e (oral, 1re partie).
5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

Samedi 1er juin, à une heure. — 1er (oral, 1re, 2e et 3e séries).
5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon*.

THÈSES

Jeudi 30 mai, à une heure. — M. ROUHAUD. Des gangrènes cutanées dans la fièvre typhoïde. (MM. Hutinel, président; Quénu, Gilbert Ballet et Anselme Schwartz.) — Mlle GUINSBOURG. Contribution à l'étude des psychoses puerpérales. (MM. Gilbert Ballet, président; Hutinel, Quénu et Anselme Schwartz.) — M. COTILLON. L'intervention immédiate ou précoce dans les plaies de poitrine. (MM. Quénu, président ; Hutinel, Gilbert Ballet et Anselme Schwartz.)

REVUE GÉNÉRALE

SYNDROMES PLURIGLANDULAIRES

Délimitation des syndromes d'insuffisance et d'hyperfonctionnement pluriglandulaires,

Par H. CLAUDE et H. GOUGEROT.

I

DÉFINITION

« Sous ce nom d'insuffisance pluriglandulaire endocrinienne, il faut, disions-nous en 1907, comprendre *tous* les syndromes *cliniques* dus à l'insuffisance *associée* de plusieurs glandes à sécrétion interne ou endocrines : thyroïde, testicule, surrénales, hypophyse, etc. »

C'est là un chapitre tout nouveau dont on chercherait vainement la mention dans les traités classiques (1); certes on trouve déjà l'indication de ces symptômes ou même l'ébauche de cette conception dans des observations anciennes, mais la démonstration ne date que de 1907. C'est en 1907 que nous avons donné la preuve anatomo-clinique de ces syndromes à propos d'un cas démonstratif. Nous avancions alors des faits et non des hypothèses; ce que nous faisions ressortir chez le sujet qui a été l'objet de notre étude (et ce qui survivra à toutes les interprétations pathogéniques) c'est que, lors de notre examen, le malade présentait des symptômes plus ou moins complexes que l'on pouvait rattacher à l'insuffisance testiculaire, thyroïdienne, surrénale; en un mot que, au moment de l'observation, le malade était atteint de troubles simultanés de plusieurs glandes endocrines, et, lorsque l'autopsie put être faite, l'examen macroscopique et microscopique montrant les lésions de ces glandes confirmait le diagnostic clinique... Peu importe, pour la conception générale de ce groupe nosologique nouveau, que deux ou plusieurs des glandes aient été lésées en même temps pendant la même poussée infectieuse, ou que les glandes aient été atteintes successivement; peu importe que les lésions glandulaires soient effets simultanés ou successifs, mais indépendants, d'une ou de plusieurs causes pathogènes (2) ou que la lésion d'une glande, antérieure aux autres, commande les troubles des diverses glandes endocrines entravant leur développement chez l'enfant (3), déterminant leur atrophie chez l'adulte (4). Le fait primordial (et nous ne craignons pas d'y insister, puisque notre pensée n'a pas toujours été comprise); c'est qu'au moment de l'examen clinique plusieurs glandes sont lésées à la fois chez le même malade, il y a insuffisance *associée* (1) de plusieurs glandes endocrines. Il en résulte, et c'est la sanction pratique capitale de ce diagnostic, que l'opothérapie uniglandulaire, seule employée autrefois, est insuffisante, il est nécessaire de recourir à une opothérapie pluriglandulaire.

(1) La *Nouvelle Pratique médico-chirurgicale* est, croyons-nous, le premier traité classique qui lui consacre un article d'ensemble, t. IV, p. 12.

(2) Ce qui chez l'adulte est la règle, croyons-nous, dans le syndrome thyro-testiculo-surrénal.

(3) Ce qui, d'après Brissaud, est la règle dans le myxœdème infantile.

(4) Avec ou sans période prémonitoire d'hypertrophie.

La définition de ce groupe nosologique nouveau comprenait donc non seulement les insuffisances de l'adulte, mais encore les insuffisances de l'enfant où l'atteinte d'une seule glande, la thyroïde par exemple, peut, d'après Brissaud, entraîner les troubles des autres glandes. Notre définition de 1907 n'était pas restrictive puisqu'elle englobait « *tous* les syndromes dus à l'insuffisance associée de plusieurs glandes ».

La conception de ce groupe était avant tout clinique; le diagnostic d'insuffisance pluriglandulaire doit être considéré surtout comme un diagnostic clinique; c'est l'examen du malade qui permet de démêler les séries de symptômes témoins des altérations glandulaires. Nous ne parlions pas dans notre travail des syndromes uniglandulaires pendant la vie, le myxœdème par exemple, où l'autopsie révèle des lésions restées latentes des autres glandes; car ces *syndromes uniglandulaires*, à l'autopsie desquels on trouve des *lésions pluriglandulaires*, sont connus depuis longtemps. Un jour viendra sans doute où nos méthodes plus précises sauront reconnaître pendant la vie ces lésions, et l'on peut espérer que ce diagnostic servira au malade en permettant une opothérapie pluriglandulaire raisonnée et non plus aveugle, plus efficace que l'opothérapie uniglandulaire; mais à l'heure actuelle, ces lésions pluriglandulaires ne sont que des découvertes d'autopsie, elles ont un intérêt plus théorique que pratique; de telles observations doivent être rangées dans un chapitre d'attente des *lésions* pluriglandulaires, mais non dans le chapitre des *syndromes* pluriglandulaires. Toutefois entre les syndromes pluriglandulaires où les altérations pluriglandulaires s'imposent et les syndromes uniglandulaires avec lésions pluriglandulaires où l'examen clinique ne peut révéler que l'altération d'une seule glande, existent toutes les transitions. Ces cas de transition, ce sont les syndromes où les troubles d'une glande sont aux premiers plans et accaparaient autrefois toute l'attention, mais où un examen minutieux et mieux averti démêle la part effacée, quoique incontestable, des altérations glandulaires associées. Plus on va et plus le nombre des syndromes uniglandulaires diminue et ce sera un des services rendus par la conception nouvelle des syndromes pluriglandulaires que d'avoir montré l'intérêt insoupçonné des lésions associées glandulaires dans les syndromes que l'on croyait uniglandulaires.

(1) C'est le mot *simultané* employé dans nos premiers mémoires qui a déterminé l'erreur d'interprétation de plusieurs auteurs : *simultané* s'appliquait à l'état actuel du malade et non forcément à l'évolution de la maladie; nous croyons que la thyroïde et le testicule ont été pris en même temps chez notre malade, que ces deux glandes étaient troublées dès le début, mais nous ne pouvions dire que les trois glandes ont été prises en même temps, puisque nous avons vu apparaître l'hypoépinéphrie seulement de longs mois après. Nous disions d'ailleurs dès la première page de notre premier mémoire : « Plusieurs glandes peuvent être frappées simultanément ou *successivement*. »

II

CLASSIFICATION

On comprend donc que les syndromes pluriglandulaires puissent varier presque à l'infini ; on peut les classer en sept catégories :

1° Syndrome uniglandulaire avec lésions pluriglandulaires : myxœdème classique.

2° Syndromes pauciglandulaires ou mieux syndromes de transition : atteinte prépondérante d'une glande réalisant l'un des tableaux classiques du myxœdème, de l'acromégalie (?), de la maladie d'Addison, mais avec troubles glandulaires associés : myxœdèmes avec troubles testiculaires, etc.

3° Syndromes d'insuffisance pluriglandulaire, sans prédominance d'un des anciens syndromes; par exemple notre syndrome thyro-testiculo-surrénal, etc.

4° Syndromes d'hyperfonctionnement pluriglandulaire : acromégalie, c'est-à-dire hyperhypophysie ou dyshypophysie avec hyperthyroïdie, hyperépinéphrie, etc.

5° Syndromes pluriglandulaires de balancement, c'est-à-dire hyperfonctionnement compensateur d'hypofonctionnement : goitre exophtalmique consécutif à une hypoovarie, etc.

6° Syndromes pluriglandulaires dysharmoniques : déséquilibre glandulaire, myxœdème et goitre exophtalmique associés avec hypoovarie, etc.

7° Cas d'attente à syndromes frustes.

Chacune de ces catégories comprend de nombreuses variétés. Une variété peut présenter plusieurs formes ; c'est ainsi que les insuffisances thyrotesticulaires ne se réduisent pas aux seuls malades observés par Gandy et par nous. Une forme peut elle-même comprendre plusieurs types ; c'est ainsi que le prétendu « infantilisme réversif » n'est pas toujours identique à lui-même, le type Gandy se rapproche plus du myxœdème que notre type ; dans notre type l'aspect sénile est plus prononcé et la terminaison par l'insuffisance surrénale a été notée deux fois. On voit donc que pour obtenir une classification exacte il faut, de même qu'en zoologie et en botanique, faire des divisions et subdivisions dans ce groupe des syndromes pluriglandulaires.

*
* *

III

INDIVIDUALISATION DES SYNDROMES PLURIGLANDULAIRES

HISTORIQUE ET DISCUSSIONS

Malgré la date récente de leur individualisation (1907) les syndromes pluriglandulaires ont acquis en clinique une place importante, les observations s'en multiplient, les variétés en apparaissent de plus en plus nombreuses témoignant de l'importance pratique grandissante de cette conception nouvelle.

« Jusqu'alors, disions-nous, on n'avait décrit que des syndromes d'insuffisance d'*une* glande vasculaire interne : myxœdème par hypothyroïdie, maladie d'Addison par hypoépinéphrie chronique avec atteinte du plexus solaire, syndromes d'hypoépinéphrie aiguë, acromégalie par dyshypophysie. » Nos travaux de 1907-1908 apportèrent la preuve clinique et anatomique de l'atteinte pluriglandulaire chez un même malade ; ils tendirent à créer un chapitre nouveau et provoquèrent pour une part le mouvement actuel.

Avant ces travaux, on ne trouve aucune notion nette, on ne peut dégager que des « intuitions ».

Dans les descriptions cliniques anciennes si parfaites du myxœdème de Brissaud, de l'acromégalie de Pierre Marie, on trouve signalés avec soin les troubles génitaux, l'aménorrhée, l'impuissance sexuelle, mais ces troubles glandulaires ne sont cités qu'au second plan d'une description complète. H. Claude, en 1905, mentionnait chez des acromégaliques, pendant la vie, des symptômes associés d'hyperfonctionnement thyroïdien, surrénal, que l'autopsie a déjà vérifiés dans un cas.

Dans les protocoles d'autopsies anciennes, une lecture attentive peut retrouver notées les altérations de plusieurs glandes, mais les auteurs n'avaient pas fait ressortir l'importance de ces lésions glandulaires associées : Pisenti et Viola, par exemple, signalent, chez une myxœdémateuse, une thyroïde « strumeuse » et une hypertrophie sclérokystique de l'hypophyse ; Boyce et Beadles, Burckhart ont publié des cas d'atrophie thyroïdienne avec hypertrophie hypophysaire, etc.

Des affections, que nous montrons être en 1907 des syndromes pluriglandulaires, étaient étudiées souvent avec grand soin, mais leur pathogénie pluriglandulaire était méconnue : Coffin étiquetait féminisme, Rumpel « affection myxœdématiforme associée à l'atrophie testiculaire », Dalché « dystrophie orchidienne et pseudomyxœdème syphilitique », Djemil pacha « myxœdème opératoire survenu à la suite de l'extirpation des deux mamelles hypertrophiées chez un homme », Sainton et Dupré « atrophie testiculaire et féminisme », leurs observations éparses de ce syndrome. Gandy groupe ces faits dans une excellente étude clinique d'ensemble en ajoutant deux observations nouvelles qu'il rapporte sous le nom de « myxœdème acquis de l'adulte avec réversion sexuelle prépubère, infantilisme réversif de l'adulte, dysthyroïdie et dysorchidie » ou « infantilisme tardif de l'adulte », mais Gandy ne fait pas ressortir la notion d'insuffisance pluriglandulaire ; à tort, croyons-nous, il rattache ce syndrome au myxœdème bien que l'état myxœdémateux soit rare dans ce syndrome. Bien au contraire, sa préoccupation constante est de faire rentrer ce syndrome nouveau dans les cadres anciens du myxœdème et de l'infantilisme en forçant ces cadres, en faussant les définitions usuelles, et c'est ce qui explique ces dénominations à termes contradictoires d'infantilisme tardif de l'adulte, etc. Ce seront nos deux mémoires dans le *Journal de physiologie et de pathologie générale*, développement de notre note de 1907 à la Société de biologie qui, à propos d'une observation nouvelle, feront table rase des données anciennes, établiront la nature pluriglandulaire de ce syndrome et inaugureront l'étude des insuffisances pluriglandulaires. Il en est de même des observations de Brissaud et Bauer, de Gouilloud et Poncin (que nous considérerons comme des cas d'insuffisance thyro-ovarienne), de l'observation de Morlat (qui concerne une insuffisance thyroïdienne et surrénale), etc. Les auteurs « ne voient » pas l'insuf-

fisance pluriglandulaire; ils donnent une importance prépondérante à l'insuffisance primitive d'une des glandes, ils font rentrer de force leurs observations dans l'un des types classiques décrits : myxœdème, maladie d'Addison, etc.

Quelques rares auteurs entrevoient l'importance de ces lésions simultanées : Dupré et Pagniez en 1902 (1) signalent la coexistence de lésions ovarienne et thyroïdienne; Meige et Feindel en 1903 (2) notent la coexistence de troubles de la thyroïde, des surrénales, de l'ovaire; mais ces auteurs continuent les anciens errements, ils intitulent leurs observations, les premiers « infantilisme dégénératif et dysthyroïdie pubérale », les seconds « infantilisme myxœdémateux et maladie de Recklinghausen », ils ne s'affranchissent pas des doctrines anciennes, ils ne créent pas le cadre nouveau qui seul pouvait classer exactement de tels syndromes.

La notion des syndromes pluriglandulaires commence à apparaître avec la note de H. Claude en 1905 sur les hyperfonctionnements glandulaires, cliniquement appréciables, des acromégaliques, et la notion des insuffisances pluriglandulaires se précise avec les travaux thérapeutiques de Gilbert et Carnot sur l'opothérapie associée au Congrès de Montpellier de 1898, avec la communication de Renon et Arthur Delille à la Société de thérapeutique le 12 juin 1907, intitulée : « De l'utilité d'associer les médications opothérapiques ». Ces auteurs prononcent le mot de « syndromes polyglandulaires », en s'appuyant sur deux observations l'une d'acromégalie, l'autre de myasthénie bulbospinale empruntée à Arthur Delille et Clovis Vincent : la première avait été améliorée et la seconde guérie par une opothérapie associée. Ces auteurs citent les observations sans les développer car il s'agissait de types cliniques anciens où, au point de vue symptomatique, la notion de trouble pluriglandulaire ne s'imposait pas, et, il faut bien le remarquer, c'est seulement par une heureuse intuition que Renon et A. Delille tentèrent une opothérapie combinée, ils ne pouvaient donner ni la preuve clinique ni la preuve anatomique, mais ils apportaient l'argument thérapeutique. Ces auteurs avaient surtout en vue les sommations thérapeutiques dans le traitement de types cliniques anciens, ils n'individualisaient pas, au point de vue nosographique, de nouveaux syndromes.

Ce sont nos travaux de 1907 qui apportèrent la preuve anatomo-clinique des syndromes pluriglandulaires et individualisèrent, en lui donnant les développements qu'elle mérite, la conception nosographique de ces syndromes. Renon et A. Delille s'appuyaient sur les effets thérapeutiques pour émettre l'hypothèse d'une pathogénie pluriglandulaire de syndrome cliniquement uniglandulaire, nos travaux poursuivis parallèlement aux leurs, s'appuyaient sur des arguments différents, sur des faits cliniques et anatomiques.

(1) Dupré et Pagniez. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1902, n° 2.

(2) Meige et Feindel. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1903, p. 232.

« La clinique et l'anatomie pathologique, disions-nous, à propos de notre premier malade, se prêtent un mutuel appui pour affirmer l'insuffisance pluriglandulaire et justifient l'appellation nouvelle que nous proposons.

« Le clinicien, qui connaît les syndromes d'insuffisance des glandes vasculaires internes mais qui n'a pas de souvenir bibliographique, reconnaît une atrophie des organes génitaux externes, des testicules, l'abolition des fonctions génitales, que va-t-il dire? Il affirmera l'insuffisance testiculaire. Il est frappé de l'asthénie du malade, de la chute des poils, de la desquamation et de la consistance anormale de la peau; il palpe la région thyroïdienne et trouve la glande atrophiée, que peut-il dire? Il est forcé d'admettre une insuffisance thyroïdienne, il ne pensera pas au myxœdème puisque l'état myxœdémateux qui définit le syndrome, la bouffissure, manque. Il ne pensera pas à l'infantilisme puisque le malade a le corps d'un adulte et le facies vieillot d'une vieille femme. Plus tard, il voit l'asthénie progresser, la tension artérielle baisser, des pigmentations apparaître, il pensera à une insuffisance des surrénales. Il résumera son diagnostic sous le nom d'insuffisance des trois glandes vasculaires internes, thyroïde, testicule, surrénale, insuffisances associées avec prédominance de l'insuffisance testiculaire; il conclura donc à une insuffisance pluriglandulaire.

« A l'autopsie, il verra les glandes internes lésées, petites, atrophiées, souvent scléreuses; à l'examen histologique, il confirmera ces lésions. Aux insuffisances que cliniquement il avait constatées, il ajoute même celles que l'histologie lui révèle, celle de la pituitaire, etc.; il dira donc encore une fois insuffisance pluriglandulaire.

« C'est cette dénomination qui vient tout naturellement à l'esprit et qui s'impose aux examens successifs. Il n'y a ni infantilisme, ni myxœdème, ni régression sexuelle. Constatant chez un adulte une lésion beaucoup plus marquée des testicules que de la thyroïde, un observateur non prévenu n'aura pas l'idée de soutenir que l'hypothyroïdie a été la cause de l'anorchidie d'autant plus que l'expérimentation montre que chez l'animal adulte la fonction thyroïdienne n'a pas d'action sur la fonction testiculaire.

« Seule donc l'expression d'insuffisance pluriglandulaire interne, qui est pathogénique, apparaît conforme à la clinique, à l'anatomie pathologique, à la pathologie générale. »

En un mot, l'analyse clinique avait prévu les lésions, l'anatomie pathologique les met sous les yeux.

Les faits cliniques et anatomiques étaient si nets que nous pouvions affirmer l'existence des syndromes pluriglandulaires, et, éclairés par ce premier malade, faire la description d'ensemble de certaines variétés de ces syndromes.

Notre note à la *Société de biologie* le 28 décembre 1907 (t. LXIII, p. 785) individualisait cette conception avec la plus grande netteté : « Sur l'insuffisance simultanée de plusieurs glandes à sécrétion interne. »

« Sans insister davantage, disions-nous, nous concluons de l'étude de notre cas que l'on peut observer un syndrome clinique qui emprunte ses caractères à la symptomatologie des diverses insuffisances glandulaires avec prédominance des caractères de certaines d'entre elles, en rapport avec l'intensité des altérations des unes et des autres. Le caractère propre de ce syndrome c'est précisément l'association simultanée de ces symptômes traduisant une origine diverse mais se développant sous l'influence d'une autre cause qui dans notre cas paraît être la tuberculose. En un mot, à côté des syndromes d'insuffisance thyroïdienne, testiculaire, surrénale, etc., il faut faire une place, croyons-nous, à un syndrome d'insuffi-

sance simultanée de plusieurs glandes à sécrétion interne ou d'*insuffisance pluriglandulaire.* » (P. 787.)

Il ne s'agit donc pas ici d'exposé vague, d'intuition qu'il faudra plus tard « interpréter »; il est difficile d'être plus explicite.

Nos deux mémoires, qui donnaient à cette note les développements nécessaires, ne parurent que dans le numéro de mai 1908 du *Journal de physiologie et de pathologie générale.* L'étude critique, ou troisième mémoire, fut résumée dans la *Revue de médecine* d'octobre 1908.

Dès le titre de nos communications, la conception nouvelle s'affirme, met au premier plan les dénominations d'insuffisance pluriglandulaire endocrine et rejette les expressions anciennes de myxœdème, d'infantilisme. Nous croyons donc avoir donné pour la première fois la preuve de l'existence des syndromes pluriglandulaires par l'analyse clinique, puis par l'étude anatomique. Il n'est pas inutile de le rappeler, aujourd'hui que certains auteurs, trouvant sans doute cette conception « toute naturelle », omettent de citer les premiers travaux qui, il y a quatre ans, ouvrirent ce nouveau chapitre nosologique.

Premier mémoire. — *Conception générale du groupe.* — Notre premier mémoire était consacré à l'individualisation clinique des insuffisances pluriglandulaires endocriniennes.

« Jusqu'ici on n'avait décrit que des syndromes d'insuffisance d'une glande vasculaire interne : myxœdème par hypothyroïdie, maladie d'Addison par hypoépinéphrie chronique avec atteinte du plexus solaire, syndromes d'hypoépinéphrie aiguë, acromégalie par dyshypophysie, etc. Des observations nouvelles nous semblent prouver que plusieurs glandes à sécrétion interne peuvent être frappées, simultanément ou successivement, par une même cause ou par des causes différentes, chez un même individu. De l'association de ces diverses insuffisances, résulte, chez ce malade, un syndrome complexe d'insuffisance pluriglandulaire où l'on retrouve, mêlés, plus ou moins évidents, les signes individualisés dans les cas schématiques d'insuffisance de chacune de ces glandes. Les associations étant multiples et à des degrés divers, on conçoit qu'il n'y a pas un syndrome d'insuffisance pluriglandulaire, mais toute une série de syndromes d'insuffisance pluriglandulaire variables suivant le nombre des glandes atteintes, suivant le degré de destruction de chacune d'elles. »

Démonstration clinique (cas princeps). — Notre premier mémoire relatait d'abord dans ses détails, l'observation clinique qui nous avait éclairés et guidés.

« Le malade paraissait tuberculeux depuis de longues années souffrant de bronchites répétées et d'adénites cervicales, quand survint une néphrite aiguë, sans doute d'origine bacillaire. A la convalescence de cette poussée aiguë apparut progressivement et rapidement l'abolition des fonctions génitales, la disparition des caractères sexuels secondaires, l'atrophie des testicules et des organes génitaux externes, ce syndrome indiquait l'insuffisance testiculaire. En même temps, on constatait de l'asthénie, un état épais du tégument et la desquamation de l'épiderme, la chute de la barbe, des moustaches, des poils axillaires et pubiens, le corps thyroïde était atrophié et l'insuffisance thyroïdienne s'affirmait. Enfin, dans les derniers mois survinrent des pigmentations diffuses et un abaissement marqué de la tension artérielle qui traduisaient vraisemblablement l'atteinte des surrénales. Malgré l'association de la cachexie tuberculeuse, ces syndromes ne faisaient guère de doute. A l'autopsie et à l'examen histologique, on trouva non seulement des lésions dégénératives et de l'atrophie des glandes vasculaires suspectées : thyroïde, testicules, surrénales; mais encore des lésions d'autres glandes vasculaires internes : pituitaire, pancréas, foie et reins. Les lésions étaient étendues, mais la destruction des parenchymes était incomplète, ce qui explique la longue durée des accidents et la rétrocession de certains symptômes observée cliniquement quelques mois avant la mort, notamment la repousse des poils et de la barbe. »

Généralisation de la conception des insuffisances pluriglandulaires. Multiplicité des formes chez l'adulte et chez l'enfant. — Notre premier mémoire traçait ensuite le cadre des insuffisances pluriglandulaires, dont ce malade était un exemple incontestable. Montrant que l'intérêt de cette observation dépassait le cas particulier, nous tentions en effet une généralisation que l'avenir a confirmée :

« Suivant les localisations sur telle ou telle glande, suivant l'intensité de la lésion, suivant l'association morbide, le tableau clinique variera à l'infini, tantôt le syndrome surrénal prédominera, tantôt le syndrome pituitaire. La maladie causale ou une maladie associée peut prédominer masquant les syndromes glandulaires, il est donc impossible de tracer un tableau univoque de ce groupe nouveau : l'insuffisance pluriglandulaire interne. Au contraire, nous tenons à insister sur la variabilité éventuelle de ce syndrome :

1° L'âge du sujet (l'atteinte dans le jeune âge expliquant l'infantilisme et les arrêts de développement total ou partiel);

2° Le nombre de glandes atteintes;

3° Le degré de l'insuffisance de chacune de ces glandes;

4° La simultanéité ou la succession des lésions; l'ordre dans lequel les glandes sont prises;

5° La rapidité du processus;

6° L'addition des symptômes de la maladie causale (tuberculose, syphilis, ou d'affections secondaires).

« Tels sont les facteurs qui feront la variabilité des syndromes d'insuffisance pluriglandulaire. Il faut ajouter que l'association de syndrome d'hyperfonctionnement (hyperthyroïdie dans un de nos cas, hyperhypophysie dans un cas de Renon et Arthur Delille) peut encore compliquer la symptomatologie.

« Il suffira pour reconnaître ces syndromes d'avoir présente à l'esprit la notion des insuffisances pluriglandulaires, de s'appliquer à démêler chacun des syndromes glandulaires souvent, il est vrai, mal isolés. L'importance d'un tel diagnostic sera démontrée par l'application et souvent les succès du traitement opothérapique mixte. »

Dès le début, nous insistions donc sur la multiplicité de ces syndromes, l'avenir allait bientôt nous donner raison en accumulant de nombreuses observations de ce premier type d'insuffisance pluriglandulaire et de types cliniques nouveaux.

Sans attendre les confirmations futures, nous

montrions, par une analyse des cas anciens, la fréquence des insuffisances pluriglandulaires.

« Les exemples de ces syndromes d'insuffisance pluriglandulaire, disions-nous, semblent moins rares qu'on ne pourrait le croire, si l'on sait les rechercher dans les observations anciennes publiées sous les noms les plus différents. Les cas de Gandy, de Gaillard, de Rumpell, de Djemil pacha, de Achard et Demanche et peut-être ceux de Sainton et Dupré sont des insuffisances testiculaire et thyroïdienne ; le cas de Brissaud et Bauer et peut-être celui de Goullioud et Poncin constituent une insuffisance thyroïdienne et ovarienne ; le cas de Dalché est une insuffisance testiculaire, hypoyhysaire et peut-être thyroïdienne. Rumpell avait déjà signalé, à propos de son cas, la possibilité des troubles pituitaires associés à l'hypothyroïdie et à l'hyporchidie. Le malade de Vigouroux et Delmas, véritable infantile, avait des lésions de la thyroïde, de la pituitaire et des testicules. Notre cas est une insuffisance thyroïdienne, testiculaire, surrénale, avec encore lésion de l'hypophyse, du foie, etc. »

« Tous ces cas ont trait à des adultes », nous montrions que, « chez l'enfant, les faits sont encore plus nombreux peut-être ».

« Dans l'infantilisme myxœdémateux où Brissaud a démontré que la cause première était l'hypothyroïdie, il est légitime de supposer que l'arrêt de développement des autres glandes a un rôle important (insuffisance pluriglandulaire secondaire). Sancte de Sanctis, entre autres, dit : « L'infantilisme myxœdémateux est dû essentiellement, mais non exclusivement, à la diminution de la sécrétion interne du thyroïde ;... l'infantilisme n'est pas le résultat de l'altération isolée d'une glande à sécrétion interne mais d'une altération de la fonction de tout le système glandulaire interne... »

« *Ces associations multiples pourraient peut-être expliquer la multiplicité des formes de l'infantilisme.* L'observation II de Richon et Jeandelize (*Province médicale*, 23 juin 1906) est une insuffisance thyroïdienne et testiculaire déterminant l'infantilisme : on peut reconnaître la participation de l'insuffisance testiculaire à ce fait que les membres inférieurs de ces infantiles thyroïdo-testiculaires sont d'une longueur excessive par rapport au tronc; la croissance des membres a été démesurée comme chez les castrats. Dans le syndrome gigantisme acromégalique de Brissaud-Meige où l'insuffisance testiculaire est si fréquente, on peut se demander s'il n'y a pas syndrome pluriglandulaire, l'hyporchidie contribuerait à l'accroissement démesuré de la taille. Inversement Matignon, Dupré, ont signalé des insuffisances testiculaires compliquées d'acromégalie ; le syndrome est toujours pluriglandulaire. Dans l'observation d'infantilisme et insuffisance surrénale rapportée par Morlat et qui serait, d'après cet auteur, une insuffisance uniglandulaire surrénale (syndrome addisonien, amélioration générale et augmentation de la taille par l'opothérapie surrénale), nous supposons une insuffisance thyroïdienne, surrénale et testiculaire (organes génitaux, verge et testicules petits), etc. »

Individualisation des syndromes d'hyper et hypofonctionnement glandulaires complexes. — Dans ce même premier mémoire nous étudions les syndromes pluriglandulaires résultant du mélange d'hypofonctionnement et d'hyperfonctionnement pluriglandulaire; nous en donnions une observation clinique qui est, croyons-nous, la première où ce mélange soit étudié en détails : « Association de myxœdème fruste (mais indubitable) et de basedowisme (hypo et hyperthyroïdie), ménopause anticipée (hypoovarie), hypertension artérielle (due peut-être à de l'hyperépinéphrie) et asthénie (qui relève peut-être pour une part d'hypoépinéphrie). »

Nous montrions que de tels cas ne sont pas rares si on prenait soin de les analyser et nous citions dans les descriptions anciennes des observations qui peuvent recevoir la même interprétation :

Depuis longtemps on connaît les troubles génitaux presque constants des acromégaliques (faiblesse génitale, avec ou sans atrophie organique). On peut retrouver plusieurs cas d'acromégalie associée au myxœdème ou au goitre exophtalmique.

On cite des cas nombreux de mélanodermie au cours du syndrome de Basedow (Chvosteck, Drummond, Oppenheim, Eulenburg, Kurella, Mackenzie, Förster et Mœbius, etc.). Quelques auteurs interprètent cette association comme une insuffisance thyroïdienne et surrénale. Un cas récent de Moutard-Martin et Malloizel est un exemple d'association du syndrome basedowien et du syndrome addisonien (pas d'autopsie), etc.

Nous pouvions par conséquent conclure par la seule interprétation rétrospective des observations anciennes : « Il suffit donc de chercher un peu pour trouver nombre de cas d'*insuffisance pluriglandulaire.* »

Deuxième mémoire. — *Démonstration anatomo-pathologique des insuffisances pluriglandulaires. Parallélisme de la gravité des troubles cliniques et de l'intensité des lésions : améliorations et reviviscences.* Paru dans le même numéro que le premier mémoire, ce second mémoire apportait la « confirmation anatomique des faits cliniques » par une longue observation anatomique et histologique, illustrée de plusieurs dessins histologiques.

Cette étude ne laissait aucun doute sur l'existence de lésions pluriglandulaires chez notre malade qui avait servi de type. L'autopsie révélait que ces lésions étaient plus généralisées que ne l'avait laissé croire l'examen clinique complet : « Les examens anatomiques et histologiques non seulement confirment l'insuffisance pluriglandulaire thyro-testiculo-surrénale diagnostiquée cliniquement, mais ils montrent que d'autres glandes vasculaires internes, pituitaire, pancréas, foie, reins, sont lésées. »

« Anatomiquement, il y a macroscopiquement et microscopiquement atrophie et insuffisance de toutes les glandes vasculaires internes : thyroïde, parathyroïde, testicules, surrénales, pituitaire, foie, pancréas, reins; mais il n'y a *pas destruction complète* de la fonction de ces glandes : il reste de nombreuses vésicules pleines de colloïde dans la thyroïde, des cellules actives dans les surrénales, des cellules interstitielles avec leurs produits de sécrétion dans les testicules, des cellules fonctionnantes dans la pituitaire. Il est même important de noter encore une fois, dans le testicule, le contraste entre la destruction complète de la glande externe (lignée séminale) et la conservation de quelques éléments de la glande interne (cellules insterstitielles). Peut-être l'épithélium séminal est-il plus sensible que la cellule interstitielle aux toxines, parce qu'il est un élément hautement différencié; peut-être la cellule interstitielle résiste-t-elle mieux, parce que, élément conjonctif, elle est moins différenciée et plus proche

de la cellule jeune conjonctive, élément réparateur ? »

Nous insistions sur ce fait que l'intensité des lésions anatomiques est parallèle à l'intensité des troubles cliniques.

« On se souvient que, cliniquement, il y avait eu dans les derniers mois de la vie du malade une ébauche de retour, bien incomplet d'ailleurs, de la fonction thyroïdienne ou testiculaire, les poils avaient eu tendance à repousser. Ce fait s'explique anatomiquement par la persistance de parenchyme glandulaire dans la thyroïde et dans le testicule. On peut même supposer (ce n'est là qu'une hypothèse), que l'atrophie de la thyroïde avait été plus marquée et que l'atrophie de la glande testiculaire interne avait été plus complète puisque l'abolition des fonctions génitales avait été totale et rapide, et que dans les derniers mois il s'était fait une reviviscence qui expliquerait le nombre encore notable des éléments testiculaires internes trouvés à l'autopsie. La cause de cette sorte de reviviscence nous échappe et le fait nous étonne, car la tuberculose, cause de ces lésions, faisait d'incessants progrès. Peut-être est-ce suppléance à l'abolition d'une glande interne nouvelle qui s'atrophiait (surrénale), fait démontré expérimentalement. »

Nous pouvions donc conclure : « La clinique et l'anatomie pathologique se prêtent un mutuel appui pour affirmer l'insuffisance pluriglandulaire et justifient l'appellation nouvelle que nous proposons. »

Etiologie et pathogénie. Infections et intoxications. Fragilité héréditaire ou acquise du système endocrine. — Notre deuxième mémoire cherchait enfin à préciser la pathogénie des syndromes pluriglandulaires de l'adulte.

Il montrait que « la cause de ces syndromes est une toxi-infection », le plus souvent la syphilis, quelquefois la tuberculose. C'est l'infection qui, soit par ses microbes vivants, soit par ses microbes tués, soit par ses toxines diffusibles véhiculées dans l'organisme, lèse « simultanément ou successivement » plusieurs glandes endocrines; à cette intoxication microbienne s'ajoutent peut-être l'action des produits de désintégration organique et l'action d'autocytotoxines.

Il montrait encore que, « quel que soit le processus invoqué, sa localisation sur l'ensemble des glandes vasculaires internes, sa prédilection pour ces glandes semble indiquer une prédisposition de ces systèmes glandulaires : prédisposition acquise ou héréditaire? Nous ne savons. Nous aurions tendance à comparer ces faits aux maladies familiales de certains systèmes, notamment les myopathies, les scléroses combinées, dans lesquelles il semble que certains systèmes anatomiques (fibre musculaire, cordons blancs de la moelle) soient atteints de ce que Gowers a appelé « abiotrophie ». Chez de tels individus, un processus infectieux ou toxique se localisera sur le système fragile originairement, et créera l'insuffisance.... Cette faiblesse d'un système anatomique expliquerait que, lorsqu'une des glandes vient à être touchée, les autres glandes ne s'hypertrophient pas. Expérimentalement on obtient cette hypertrophie compensatrice par l'ablation d'une des glandes, parce que les autres glandes sont saines. Pareil résultat arrive parfois chez l'homme lorsque la cause destructive est localisée et a atteint des glandes saines non prédisposées : par exemple une orchite double blennorragique ou syphilitique. Au contraire chez les malades où tout le système glandulaire est prédisposé, la même cause qui a provoqué la lésion d'une des glandes atteindra les autres glandes, parce que toutes sont en état d'abiotrophie. Si ce problème pathogénique reste obscur, au moins pouvons-nous entrevoir le mécanisme général de la lésion : infection ou intoxication associées à une prédisposition spéciale d'un système anatomique. »

Troisième mémoire. — *Critique des faits anciens et nouveaux : les définitions.* — Notre étude critique de la *Revue de médecine*, que nous pouvons appeler notre troisième mémoire, défendait cette conception nouvelle.

« Déjà, disions-nous, Coffin, Rumpell (1896), Dalché (1902), Djemil pacha (1903), Sainton et Dupré (1905), Gandy (1906), Galliard (1906), Achard et Demanche (1906), Brissaud et Bauer (1907), avaient signalé quelques cas cliniquement semblables, mais ces auteurs les avaient interprétés dans un sens différent, ils plaçaient au premier plan l'insuffisance d'une des glandes, le plus souvent la thyroïde, et mettaient sous sa dépendance l'insuffisance des autres glandes. Si les faits ne sont pas nouveaux, la conception de l'insuffisance pluriglandulaire endocrinienne est donc nouvelle; elle est de grande importance pratique et doctrinale car elle ouvre un nouveau chapitre dans la pathologie des glandes à sécrétion interne.

« Cette interprétation des faits n'est pas celle, avons-nous dit, des auteurs qui publièrent les premiers cas de cet ordre ; il faut donc justifier la conception de l'insuffisance pluriglandulaire et discuter les théories que cette conception veut remplacer. Si nous soulevons ce débat, ce n'est pas pour discuter une vaine question de terminologie, c'est que les mots différents cachent des conceptions différentes; il est temps, pour ne pas retomber dans la confusion, de préciser ce qu'on doit entendre par myxœdème, états hypothyroïdiens sans myxœdème, infantilisme. Il est nécessaire de ne point changer arbitrairement le sens de leur définition. »

Ce troisième mémoire retraçait d'abord « l'histoire de l'individualisation du syndrome pluriglandulaire thyroïdo-testiculaire », il montrait, sous les étiquettes différentes des observations, la « similitude des faits », il mettait aussi en évidence les « divergences des interprétations pathogéniques ». Il discutait ensuite ces théories pathogéniques. Il faisait ressortir les notions suivantes :

1° « *Le myxœdème n'est pas un élément constant du syndrome d'insuffisance thyroïdo-testiculaire et ne peut par conséquent servir à sa définition.* Ces malades sont des hypothyroïdiens, mais non des myxœdémateux », puisqu'ils ne présentent pas l'infiltration mucoïde du tégument qui définit clinique-

ment le myxœdème. Les étiquettes de « myxœdème fruste », « pseudo(?)-myxœdème » sont donc inexactes. Nous montrions que ces erreurs de terminologie tenaient à une confusion du myxœdème et de toutes les hypothyroïdies. Nous insistions sur la « nécessité de la revision des états dits myxœdémateux frustes », sur la « distinction des hypothyroïdies sans myxœdème et des hypothyroïdies avec myxœdème »; il faut « laisser au mot myxœdème son sens primitif étymologique ».

2° « *Ces malades ne répondent pas à la définition de l'infantilisme* » si nettement posée par Brissaud. En effet, il n'y a pas « l'arrêt de développement » que réclament Brissaud et Meige dans leur définition, pas d' « absence de soudure des épiphyses » (Hertoghe). *L'expression d'infantile ne répond pas à une impression clinique*, tout au contraire la plupart de ces malades ont un aspect vieillot, un « facies de vieille femme ridée et moustachue ».

3° « L'infantilisme réversif ne *peut être admis*, étant une contradiction *de termes : la régression n'existe pas chez ces malades.* »

4° « *Ces malades ne sont pas frappés d'infantilisme génital partiel : leurs organes génitaux sont* ATROPHIÉS, *mais* NON INFANTILES. »

5° A ces discussions de faits, nous ajoutions la discussion des hypothèses pathogéniques de l'insuffisance pluriglandulaire. « *Rien ne démontre jusqu'à présent qu'une atrophie thyroïdienne puisse déterminer chez l'adulte l'atrophie des testicules et d'autres glandes endocrines*. Gandy avoue que « cette régres- « sion sexuelle organique et fonctionnelle, ce retour « à l'état infantile au cours du myxœdème acquis de « l'adulte ne sont nulle part explicitement signalés ». Les articles des traités classiques français restent muets sur ce point. »

M. Brissaud ne signale guère la neutralité sexuelle qu'au point de vue fonctionnel, sans parler de régression organique parallèle. Parmi les observations les plus récentes, celles, assez rares, concernant des « hommes adultes devenus myxœdémateux signalent que les organes génitaux sont normaux ou ne mentionnent pas leur état. La plupart des récentes monographies de langue allemande ne sont pas beaucoup plus documentées sur ce chapitre » (Gandy).

6° « L'hypothyroïdie n'a qu'une part dans le syndrome d'insuffisance pluriglandulaire, elle ne suffit pas à expliquer tout le syndrome », elle ne peut donc le définir.

7° « Chaque glande prend part au tableau clinique. » D'où résulte la justification de la désignation « syndrome pluriglandulaire ».

Nous revenions sur « la variabilité clinique et la multiplicité clinique des syndromes pluriglandulaires » et surtout nous montrions les difficultés de diagnostic et de classification (p. 966 et suivantes).

Tel est l'ensemble de nos travaux de 1907 à 1908 : nos trois mémoires mettaient en lumière l'importance doctrinale nosographique et thérapeutique de ces conceptions nouvelles et nous permettaient légitimement d'arriver à deux conclusions :

— L'une pratique : « Par tous ces faits, cas typiques et cas frustes, se trouve ouvert un chapitre nouveau, déjà extrêmement riche, de la pathologie des glandes vasculaires internes. Il n'y a pas que des syndromes isolés et purs, myxœdème, addisonisme, acromégalie; il faut savoir que plusieurs glandes peuvent être prises simultanément et donner lieu à des syndromes complexes. Il faudra dépister chacun de ces syndromes et reconnaître l'insuffisance pluriglandulaire interne dans ces tableaux cliniques où jusqu'ici on l'avait méconnue; il faut rectifier la nomenclature de beaucoup d'observations anciennes d'insuffisance pluriglandulaire où une seule insuffisance avait frappé; ce sera un progrès dans la détermination exacte des maladies glandulaires. Le rôle des glandes vasculaires internes apparaîtra ainsi chaque jour de plus en plus important en pathologie, sans compter qu'il en découle une conséquence thérapeutique capitale : la nécessité de l'opothérapie mixte combinée. » (Premier mémoire.)

— L'autre doctrinale : « Avec la conception des insuffisances pluriglandulaires internes s'ouvre un chapitre nouveau de la pathologie des glandes vasculaires internes. Grâce à elle, on peut reconnaître, définir et classer tous les faits, même les syndromes frustes, sans être gêné par les interprétations pathogéniques, sans forcer les cadres cliniques, ni changer les définitions classiques des termes nosographiques. » (Deuxième mémoire.)

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 MAI 1912)

Essais de vaccination antityphique sur l'homme au moyen de vaccin sensibilisé vivant. — M. W. BROUGHTON ALCOCK. Les expériences récentes faites par MM. Metchnikoff et Besredka sur la vaccination antityphique chez les chimpanzés ont montré l'intérêt qu'il y aurait à l'appliquer à l'homme.

Un certain nombre de personnes s'étant spontanément présentées pour être vaccinées contre la fièvre typhoïde, M. Besredka a chargé M. Broughton Alcock de leur faire des injections avec un vaccin de bacilles vivants sensibilisés.

L'expérience a porté sur une quarantaine de personnes et il semble que les résultats en aient été excellents.

Sur la vaccination anticlaveleuse par virus sensibilisé. — MM. J. BRIDRÉ et A. BOQUET. La vaccination anticlaveleuse par virus sensibilisé présente toutes les garanties de sécurité et d'efficacité qu'on est en droit d'exiger d'une bonne méthode prophylactique. Son application dans les pays où comme en Algérie la clavelée règne à l'état enzootique aurait pour résultat immédiat la limitation des foyers claveleux et, pour conséquence plus éloignée, la disparition de la maladie.

Nouvelles expériences sur l'épuration bactériologique des huîtres en eau filtrée. — M. FABRE-DOMERGUE. Six lots d'huîtres contenus dans des compartiments séparés ont été journellement analysés depuis le jour de leur arrivée. Tandis qu'à ce moment la proportion moyenne des sujets contaminés était de 46,6 p. 100, dès les premières vingt-quatre heures de stabulation, cette moyenne tombait à 21,6 p. 100 pour devenir égale à 0 après le quatrième et le cinquième jour.

Il résulte de ces observations que la durée de six jours prévue pour l'épuration des huîtres est suffisante et que la stabu-

lation en eau filtrée sur le littoral ne présente d'ores et déjà aucune difficulté. Les expériences relatives à la stabulation en circuit fermé continuent au laboratoire du quai Debilly, y donnent des résultats extrêmement encourageants et permettront sans nul doute de déterminer de façon sûre les conditions dans lesquelles la stabulation doit être pratiquée par ce procédé.

Sur une illusion d'optique perçue au moment du clignement des yeux. — M. L. Bull.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 13 MAI 1912)

Sur la vaccination antityphique. A propos de 5000 cas de vaccination antityphique. — M. Vincent fait la communication suivante :

« Le nombre des personnes vaccinées à l'aide des vaccins polyvalents (bacillaire et par autolyse) dépasse actuellement 5000. Ces vaccinations ont été faites surtout chez des adultes des deux sexes, mais aussi chez des enfants. Un grand nombre de vaccinations sont, d'ailleurs, en cours. De la France et de l'étranger, il m'a été demandé jusqu'ici du vaccin pour plus de 35000 personnes.

Dès à présent, on peut faire remarquer que les nombreuses vaccinations faites avec le vaccin polyvalent stérilisé par l'éther (elles comportent plus de 20000 injections) ne se sont accompagnées d'aucun incident anormal. Les réactions locales ou générales n'ont pas dépassé la fréquence que j'ai précédemment indiquée. Elles leur ont même été très inférieures. Le vaccin par autolyse est le plus indolore et le mieux toléré. Par exemple, sur plus de 100 infirmiers vaccinés au Val-de-Grâce et autorisés à demander l'exemption de service, aucun n'a sollicité du repos au cours de ces inoculations préventives.

Les autres vaccins antityphiques sont plus douloureux; dans l'armée japonaise, 38 p. 100 des vaccinés ont eu des réactions fortes ou violentes.

L'emploi, comme antigène, de cultures tuées, ou d'autolysats stérilisés, est inoffensif. L'injection de bacilles *vivants*, tentée autrefois par Castellani à Ceylan, et d'ailleurs abandonnée par cet auteur, a été reprise sous forme de bacilles vivants sensibilisés (1), les bacilles morts sensibilisés n'ayant pas donné de résultats. J'ai démontré expérimentalement que les bacilles vivants donnent aux animaux une forte immunité. Mais une stricte prudence ne permet évidemment pas d'appliquer à l'homme les résultats de ces expériences *in anima vili* parce que l'injection de bacilles vivants expose l'homme prédisposé à des dangers : fièvre typhoïde, infection biliaire, etc. Elle peut enfin le transformer en un « porteur de bacilles ».

Telles sont les raisons très importantes pour lesquelles, après Pfeiffer et Kolle, Wright, Harrison, Leishmann, Russell, etc., *on ne peut sans risques très sérieux recommander l'inoculation de bacilles vivants*, sous quelque forme que ce soit, sensibilisés ou atténués.

Il m'a paru bien préférable de rechercher et de mettre en pratique un vaccin qui, par son mode de préparation, possédât toutes les propriétés des bacilles vivants sans en offrir les redoutables dangers.

Le vaccin polyvalent préparé suivant la méthode que j'ai fait connaître a fait la preuve de sa remarquable efficacité. On peut l'inoculer sans aucun risque en période épidémique; l'expérience a montré en effet que, lorsqu'on injecte ce vaccin à des sujets en période d'incubation, non seulement la fièvre typhoïde qui survient n'en est pas aggravée, mais encore elle a une marche bénigne comme si la sécrétion partielle d'anticorps qui résulte de l'inoculation d'antigène avait augmenté la résistance du sujet infecté.

Aucune des personnes ayant reçu ces vaccins soit dans des localités, soit dans des familles où régnait la fièvre typhoïde, n'a, au surplus, constaté cette maladie. Il en a été ainsi, en particulier, dans une famille où trois membres, le père, la mère et un enfant, avaient été sévèrement atteints. Deux autres enfants vaccinés ont été entièrement préservés.

A ces exemples, j'ajouterai deux cas très remarquables de protection contre l'infection de laboratoire, le premier chez un jeune médecin ayant absorbé du bacille typhique, mais vacciné quatre mois auparavant. Il demeura indemne. Le second cas est non moins intéressant. Il concerne un jeune étudiant qui, en aspirant une culture de bacille typhique, avala involontairement environ 2 centimètres cubes de cette culture. Justement effrayé, il vint vingt-quatre heures après demander de lui injecter du vaccin antityphique. La première injection ne donna lieu à aucune réaction. Cinq jours après, il eut un peu de fièvre (37°6) et de courbature. Malgré cet état et comme les circonstances étaient pressantes, on lui fit la seconde injection le surlendemain. Elle éveilla de la fièvre (39°2). Les dernières inoculations préventives ont été faites sans incident. J'ai eu la satisfaction de constater que ce jeune homme a pu échapper à la fièvre typhoïde à laquelle il était infailliblement voué. On sait, en effet, qu'en raison de la grande quantité de bacilles absorbés la fièvre typhoïde de laboratoire est toujours grave et très souvent mortelle, même si on prend la précaution de cracher et de se rincer la bouche (Duflocq, Dufourt, H. Vincent, etc.).

Il va sans dire qu'aucun de ces deux jeunes gens, infectés dans les circonstances précitées, n'avait eu antérieurement une affection même légère qui rappelât la fièvre typhoïde.

La protection assurée par la vaccination antityphique chez les militaires vaccinés au Maroc, pendant le mois d'août 1911, s'est, de même et depuis lors, maintenue intégralement. Alors que les non vaccinés ont été sévèrement éprouvés par la fièvre typhoïde (plus de 14 cas sur 100), aucun de ceux qui ont dûment reçu la totalité de leurs injections n'a été atteint par la maladie infectieuse. Cependant vaccinés et non vaccinés, indifféremment répartis dans des camps installés sur un étroit espace (en raison d'attaques possibles), ont toujours vécu ensemble, couchant sous les mêmes tentes, mangeant les mêmes aliments, buvant la même eau, usant des mêmes latrines, partageant chaque jour, chaque heure, les mêmes fatigues, exposés en un mot aux mêmes et multiples facteurs de contagion par le bacille typhique et aux mêmes causes de prédisposition à cette affection.

Ces constatations ont produit une impression profonde parmi les troupes de cette région. Aussi les hommes jusqu'ici non vaccinés ont-ils demandé presque tous à bénéficier des inoculations préventives.

L'ensemble de ces faits confirme la remarquable immunité assurée par les vaccins que j'ai employés. »

M. Chantemesse proteste contre l'exclusion prononcée par M. Vincent de tout autre vaccin que celui qu'il préconise (bacilles typhiques tués par l'éther). Après avoir expérimenté le vaccin fait avec des bacilles vivants et y avoir renoncé, le considérant comme dangereux chez l'homme, M. Chantemesse et ses collaborateurs ont eu recours au vaccin fait avec des bacilles tués par le chauffage. Ce vaccin, employé depuis, un grand nombre de fois, a fait ses preuves et donne d'excellents résultats ainsi que le montrent des statistiques portant sur des milliers de faits.

Elections. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale. La liste de présentation était ainsi dressée : en première ligne, M. Jalaguier; en deuxième ligne, M. Bazy; en troisième ligne, M. Routier; en quatrième ligne, M. de Lapersonne; en cin-

(1) Voir le compte rendu de l'Académie des sciences du 6 mai 1912, à la page précédente.

quième ligne, M. Tuffier ; en sixième ligne, M. Picqué ; adjoint par l'Académie, M. Walther.

Au premier tour de scrutin, sur 79 votants, M. Jalaguier obtient 72 suffrages, M. Bazy 4, M. Walther 2 et M. Tuffier 1.

En conséquence, M. Jalaguier est proclamé élu.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 10 MAI 1912)

Etude des vaso-moteurs intestinaux par la méthode de la perfusion. — MM. Paul CARNOT et Roger GLÉNARD ont étudié, par la technique qu'ils ont précédemment décrite, l'action vaso-motrice d'un certain nombre de substances sur le réseau circulatoire de l'intestin.

Parmi les vaso-constricteurs, l'adrénaline, même au taux de 1/320000, produit une stricture telle des vaisseaux intestinaux, que le débit de la perfusion est presque immédiatement arrêté. On peut démontrer facilement, qu'il s'agit surtout là d'une action locale sur la fibre musculaire des vaisseaux, car si, chez l'animal vivant, l'on irrigue une anse reliée seulement au reste de l'organisme par l'intégrité de ses nerfs, l'adrénaline injectée dans la circulation générale a une action partout sauf au niveau de l'anse perfusée. L'adrénaline, qui agit si électivement sur le muscle vasculaire, n'a que fort peu d'action sur le muscle intestinal.

Les solutions, même étendues, de soude agissent énergiquement, à la fois sur les muscles vasculaires et intestinaux.

Parmi les vaso-dilatateurs, la peptone, l'hormone péristaltique, l'aloès provoquent simultanément une vaso-dilatation et une entéro-constriction péristaltique. Le sulfate de magnésie provoque, par contre, à la fois une vaso-dilatation et une entéro-dilatation.

L'action exercée par diverses substances sur la motricité des muscles vasculaires et intestinaux n'est donc pas forcément de même sens. Il en résulte diverses conséquences thérapeutiques.

A propos des auto-hémolysines spléniques. — MM. GILBERT, E. CHABROL et Henri BÉNARD. Dans une note récente, MM. Widal, Abrami et Brulé contestent l'existence des auto-hémolysines spléniques chez le chien. D'après ces auteurs, l'extrait de rate fraîchement préparé n'exercerait aucune action sur les hématies correspondantes et c'est seulement par le vieillissement qu'il pourrait acquérir un pouvoir auto-hémolytique, irrégulier d'ailleurs et très inconstant. MM. Gilbert, Chabrol et Bénard reproduisent à titre d'exemple le tableau d'une expérience où se trouvent mentionnées dans leurs proportions respectives les dilutions d'extrait splénique et celles des globules rouges. L'extrait splénique, *éprouvé une heure après la mort de l'animal*, temps nécessaire à sa préparation, s'est montré très nettement actif vis-à-vis des globules du chien. On ne saurait donc incriminer ici des phénomènes de vieillissement ou d'autolyse secondaire. D'autre part, ce même extrait, actif vis-à-vis des globules du chien, était dénué de toute influence sur des hématies humaines et sur des hématies du mouton, ces dernières âgées de quarante-huit heures. Enfin, les auteurs insistent à nouveau sur la nécessité de ne mettre en présence de l'extrait splénique qu'une faible quantité de globules rouges, MM Widal, Abrami et Brulé ayant recours pour une même quantité d'extrait à une émulsion globulaire 10 fois supérieure à celle qui figure dans le tableau mentionné.

Sur la résistance des lapins néphrectomisés aux injections intraveineuses des liquides isotoniques et des liquides isovisqueux. — MM. ROGER et GARNIER. Les lapins néphrectomisés supportent sans présenter d'accidents immédiats des doses considérables de liquides isotoniques, la mort arrive par affaiblissement progressif sans accidents aigus et en particulier sans poussée d'œdème pulmonaire. La dilution sanguine n'est jamais considérable ; elle n'est pas plus marquée que chez les lapins qui n'ont pas été privés de leurs reins. C'est que le liquide introduit ne reste pas dans le système circulatoire : une petite partie s'échappe par la bile dont le débit augmente légèrement au cours de l'injection comme on peut s'en assurer en pratiquant une fistule biliaire ; une autre passe directement dans l'intestin ; les tissus et en particulier les muscles et les poumons en retiennent aussi une certaine quantité comme le montre le dosage de l'eau qu'ils contiennent. Mais la plus grande partie est retenue dans les mailles du tissu conjonctif qui, à l'autopsie, paraît gonflé et rempli de liquide.

L'injection de liquide isovisqueux ne donne pas lieu à des phénomènes bien différents que le lapin ait été ou non privé de ses reins avant l'expérience. Dans les deux cas la mort arrive par œdème aigu du poumon avec des doses à peu près semblables. Le nombre des globules rouges diminue progressivement avec la quantité de liquide injecté. A l'autopsie on trouve des hémorragies dans différents tissus.

Nouvelles recherches sur les lipoïdes des cellules de Purkinje du cervelet. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et V. JONNESCO comparent les figures obtenues dans les cellules de Purkinje du cervelet du chien et du lapin avec la méthode de Ciaccio, la méthode de Schmidt-Diétrich et la modification technique qu'ils ont précédemment décrite.

En particulier, par cette dernière technique, en acidifiant le mélange fixateur formol-Weigert, ils ont mis en évidence une couche lipoïde discontinue à la face externe ou à une certaine distance de la membrane nucléaire. L'étude in vitro des réactions différentes de la cholestérine et de la lécithine en présence du liquide de Weigert acidifié ou non conduit les auteurs à l'hypothèse que la membrane lipoïde périnucléaire de la cellule de Purkinje du cervelet du chien est constituée en grande partie de lécithine.

Election. — M. Guyesse est élu membre de la Société de biologie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 3 MAI 1912)

Lésions traumatiques de l'épaule. — M. HIRTZ rapporte les résultats excellents qu'il a obtenus dans 24 cas de traumatismes de l'épaule grâce au traitement électrique et mécanothérapique.

M. Hirtz a obtenu :

19	guérisons complètes soit......	80 p. 100
3	— incomplètes soit....	12 —
2	impotences soit...............	8 —

Ces deux cas concernent deux indigènes traités très tardivement (six mois et neuf mois) avec fractures de la tête humérale et qui ne se soumirent qu'incomplètement au traitement mécanothérapique.

Cette statistique est bien plus favorable que celle d'Imbert et Dugas et semble montrer que l'épaule, bien loin d'être une articulation particulièrement fragile, se montre, au contraire, une articulation très accommodante surtout lorsqu'on a soin d'instituer d'une façon précoce le traitement mécanothérapique.

Craquements sous-scapulaires. — M. MIRAMOND DE LAROQUETTE attire à nouveau l'attention sur les craquements ou frottements sous-scapulaires, beaucoup de ces frottements seraient d'après l'auteur physiologiques, et l'on pourrait l'observer chez 8 p. 100 des sujets sains, chez 19 p. 100 de malades de toutes catégories. Il serait dû dans ces cas au frottement du bord spinal de l'omoplate sur les convexités des

côtes sur lesquelles il est fortement appliqué par le grand dentelé.

Dans les cas pathologiques en dehors des causes traumatiques (fracture ou hémartroses) il faut penser à une affection générale (rhumatismes, tuberculose, syphilis).

Action antiseptique et altération des teintures d'iode. — M. Thiébaut, après avoir indiqué comment les vieilles teintures d'iode deviennent caustiques et irritantes, propose les solutions d'iode dans du chloroforme, de la benzine ou sulfure de carbone qui ne sont pas des réducteurs et ne s'opposent pas à l'action oxydante de l'iode. Il serait également possible, si l'on veut conserver l'alcool comme véhicule, d'ajouter certains corps plus oxydables que lui comme la résorcine, l'acide gallique, le tannin, le naphtol, le sulfite ou l'hyposulfite de soude, comme cela se fait dans la pharmacopée anglaise.

Epidémies de choléra. — Deux épidémies de choléra survenues en 1911 sont décrites en détail, celle de Bizerte par M. Lautiéri, celle de Gabès par MM. Crussard et Bertrand.

Ces auteurs décrivent avec soin le mode de contage des différents cas observés, leur symptomatologie, leur étiologie, et leur traitement; ils insistent sur les formes anormales qu'ils ont pu observer, sur les cas de diarrhée d'apparence banale, manifestations cholériques et contagieuses. Le diagnostic bactériologique est dans ces cas d'un grand secours pour la prophylaxie.

Traumatisme professionnel. — MM. Frilet et Revel attirent l'attention sur un traumatisme spécial de la main gauche qu'ils ont observé chez trois canonniers conducteurs. Il s'agit d'un éclatement du quatrième espace interdigital se prolongeant plus ou moins loin, et généralement plus loin sur la face dorsale que sur la face palmaire. Cet éclatement est dû à l'abduction forcée de l'auriculaire par les rênes du cheval de gauche que le conducteur tient fréquemment entre l'annulaire et l'auriculaire gauches.

Anévrisme de la crosse de l'aorte et leur symptomatologie. — M. Maisonnet, à propos de trois observations d'ectasies aortiques n'ayant donné presque aucun symptôme fonctionnel, rappelle, ainsi que l'a fait Garel, que souvent cette affection ne se manifeste que par des symptômes laryngés œsophagiens (pseudo-cancer de l'œsophage). La toux de compression, la dyspnée, le cornage et le tirage doivent également attirer l'attention du clinicien sur le médiastin. Ces symptômes permettront d'affirmer un diagnostic que confirmera la radioscopie et permettront d'instituer une thérapeutique précoce et de faire un pronostic.

Sarcome volumineux de la paroi abdominale antérieure. — MM. Ferraton et Rasse. Ablation large, reconstitution de la paroi, vaste perte de substance cutanée comblée par des greffes de Thiersch.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ASTHME DES FOINS

L'asthme ou fièvre des foins (Hay Fever) est due à l'action des toxalbumines des pollens en suspension dans l'air, qui irritent les muqueuses de l'œil et du nez. Les arthritiques et les nerveux ayant eu des coryzas répétés sont particulièrement sujets aux crises, souvent même en dehors de la floraison saisonnière, car l'on a trouvé des pollens dans l'air en plein hiver. Ces crises, si fréquemment pénibles, sont soulagées rapidement et calmées pour une longue durée par le *sérum-collyre* des docteurs Billard et Maltet. Ce sérum est obtenu en injectant à des canards les pollens toxiques. Ces animaux réagissent en sécrétant une antitoxine, qui se retrouve dans leur sérum. Celui-ci *n'est pas injectable*, mais doit seulement être *instillé* dans l'œil ou dans le nez (1).

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 10, 9 mars 1912.) Schultz : Temps de coagulation et leucocytose.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 10, 7 mars 1912.) Strauss : Les cures d'hydrate de carbone chez les diabétiques. — Sonnenburg : Suture au drainage de la cavité abdominale dans la péritonite. — Kümmel : Indications du traitement chirurgical et médical des affections gastriques; résultats opératoires durables. — R. Kraus : Résultats du traitement de la dysentérie bacillaire par le sérum antitoxique. — Borgbjarg : Troubles de la motilité gastrique. — Boas : Contribution à l'appréciation de la motilité de l'estomac. — Mirowsky : Sur la rétention de l'eau dans les cures d'avoine des diabétiques. — Thomas : Sur la division des formes du myxœdème. — Liebermann et Fellinger : Sur la résistance des érythrocytes et sur une méthode simple pour l'apprécier. — Hirsch : Sur la méthode des vibrations de Schultze pour rappeler à la vie les nouveau-nés asphyxiques.

Medizinische Blätter. — (N° 5, 2 mars 1912.) Sorgo : Les sanatoriums pour tuberculeux constituent-ils un danger pour le voisinage.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 10, 5 mars 1912.) Lindner : Sur l'ulcère de l'estomac au point de vue chirurgical. — Pfeiffer : Diagnostic biologique de la paralysie générale au moyen de la ponction cérébrale. — Arcoli et Legnani : Les suites de l'extirpation de l'hypophyse. — J. Simon : Traitement de la blennorragie par l'antighon. — Nassauer : Traitement vaginal par les poudres. — Condoléon : Dérivation de la lymphe comme procédé de guérison des œdèmes chroniques consécutifs aux contusions. — Voss : Contribution au traitement abortif de la syphilis primaire. — Noethe : Tumeur cérébrale maligne traitée par le salvarsan. — Villinger : Etiologie de la métasyphilis. — Hofmann : Sur le pinceautage du péritoine avec la teinture d'iode dans la péritonite tuberculeuse. — Wurm : Nouvelle préparation pour la protection de la peau saine en radiologie. — Kennerknecht : Traitement de la spina ventosa par la pommade à l'acide pyrogallique. — Popielski : Action des extraits d'organe et théorie des hormones. — Vörner : Efflorescence primaire du lupus et accident primitif. — Vulpius : Traitement du pied plat. — Loening : Sur le phenyldimethylpyrazolonamidomethansulfate de soude, un nouvel antipyrétique et spécifique du rhumatisme articulaire aigu.

(1) Laboratoire de physiologie du Puits-d'Angle, Le Chesnay (Seine-et-Oise).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 58. — MARDI 21 MAI 1912. 85e ANNÉE. MARDI 21 MAI 1912. — N° 58.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve orale.* — Séance du 17 mai : MM. Sézary et Monier-Vinard, 19; Harvier, 20; Gaultier et Lemaire (Henry), 19.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 17 mai : MM. Bréchot, 20; Roux, 19; Français, 16.

— CONCOURS DE DENTISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve orale.* — Séance du 17 mai. — Question donnée : « Indications et techniques de l'extraction immédiate de la pulpe. »

MM. Guilly, 16; Coustaing, 14; Izard, 15; Schæfer, 19; Vaysse, 17.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Le conseil de la Faculté a décidé de charger M. Verger, agrégé, de faire jusqu'à la fin de l'année scolaire le cours laissé vacant par la mort de M. le professeur Lande.

Dans la même séance, le conseil a demandé au ministre de maintenir en exercice les agrégés dont le mandat expire le 1er novembre 1913 et de mettre en même temps au concours les places d'agrégés nouvelles dont le futur régime des études médicales rend la création nécessaire.

GUERRE. — Sont inscrits au tableau de concours pour la Légion d'honneur au titre de la réserve et de l'armée territoriale.

Pour officier de la Légion d'honneur : MM. le médecin-major de première classe de Balthasar de Gachéo; le médecin principal de deuxième classe Burlureaux; le médecin-major de première classe Letessier; le médecin principal de deuxième classe Herrmann; les médecins-majors de première classe Baret, Bourgeois et Augé; le médecin principal de deuxième classe Letulle.

M. le pharmacien principal de deuxième classe Baillon.

Pour chevalier de la Légion d'honneur : MM. le médecin-major de première classe Potherat; le médecin-major de deuxième classe Riocreux; les médecins-majors de première classe Colombel et Lévy ; le médecin-major de deuxième classe Coutray de Pradel; le médecin-major de première classe Cousin; le médecin-major de deuxième classe Fiaux; le médecin-major de première classe Faucher; le médecin-major de deuxième classe Borello; le médecin-major de première classe Bourdel; le médecin aide-major de première classe Guérard; les médecins-majors de deuxième classe Herck et Durey-Comte; le médecin-major de première classe Poujol; le médecin aide-major de première classe Wuilliomenet; le médecin-major de première classe Jouet; le médecin-major de deuxième classe Besson; le médecin-major de première classe Rayneau; le médecin-major de deuxième classe Vaudremer; le médecin aide-major de première classe Lesage; le médecin-major de première classe Boursiac; le médecin-major de deuxième classe Maurin.

MM. le pharmacien-major de deuxième classe Duvallet; le pharmacien aide-major de première classe Delouche; le pharmacien-major de deuxième classe Lafay.

— Le *Journal officiel* du 18 mai 1912 publie l'état nominatif des médecins de réserve et de l'armée territoriale qui se sont fait remarquer par le zèle et le dévouement qu'ils ont montré dans le fonctionnement des écoles d'instruction en 1911.

MARINE. — Le *Journal officiel* du 18 mai publie l'instruction relative à l'admission, en 1912, dans les trois écoles annexes de médecine navale et à l'Ecole principale du service de santé de la marine à Bordeaux.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 23 mai 1912, à quatre heures et demie du soir, 12, rue de Seine, dans les locaux de la Société de chirurgie.

A cinq heures et demie, conférence de M. Triboulet : « La Maison du médecin ».

CLINIQUE ANNEXE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — COURS D'ÉTÉ. — Tableau général des cliniques, conférences et exercices pratiques qui seront donnés dans le service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Lariboisière pendant le deuxième semestre de l'année scolaire 1911-1912.

1° *Enseignement clinique permanent.* — L'enseignement clinique par M. Pierre Sébileau, agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, chargé de cours d'oto-rhino-laryngologie à l'hôpital Lariboisière a lieu tous les matins à neuf heures.

Horaire des cours : *Lundi*, neuf heures, visite dans les salles; dix heures, policlinique (salle des conférences); *mardi*, neuf heures, visite; dix heures, opérations; *mercredi*, neuf heures, ablation de végétations adénoïdes et amygdales; dix heures, examens broncho-œsophagoscopiques et petite chirurgie spéciale (salle d'opérations, deuxième étage); *jeudi*, neuf heures, visite; dix heures, opérations; *vendredi*, neuf heures, visite; dix heures, policlinique; *samedi*, neuf heures, visite; dix heures, opérations.


TRAITEMENT DE L'ANÉMIE, NEURASTHÉNIE
ET DE TOUS LES ETATS CONSOMPTIFS
SUC PUR INALTÉRABLE DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ A LA CATALASE ET AUX OXYDASES OXYHÉMOGLOBINIQUES
LE FLACON ENTIER 8 FRANCS
MUSCULOSINE
BYLA
LE DEMI FLACON
4 Fr. 50
LES PLUS HAUTES RECOMPENSES
PRÉPARÉE ET CONCENTRÉE A FROID
DOSE MOYENNE
4 Cuillerées à soupe par Jour pour Adultes, 4 Cuillerées à dessert pour les enfants.
ABSENCE TOTALE DE TOUS GERMES NOCIFS
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA
GENTILLY (SEINE)

2° *Cours complémentaire de perfectionnement.* — Cet enseignement sera fait sous la direction de M. Sébileau; il comprendra : *a.* Des conférences d'anatomie chirurgicale spéciale par MM. Grivot, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux, et Rouget. Ces conférences auront lieu les lundi 27, mercredi 29 et vendredi 31 mai 1912, à deux heures et demie, à l'amphithéâtre des hôpitaux. *b.* Un cours d'opérations spéciales par MM. Sébileau, Lombard, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Laënnec, Lemaître et Grivot. Ce cours commencera à deux heures et demie, le lundi 3 juin 1912, à l'amphithéâtre des hôpitaux. Il se continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure jusqu'au 26 juin inclus. *c.* Des conférences sur l'acoumétrie et l'exploration fonctionnelle de l'appareil auditif par M. Halphen. Ces conférences auront lieu le matin, à neuf heures, à l'hôpital Lariboisière les 22 et 29 mai et 5 juin 1912. *d.* Des conférences théoriques et pratiques de broncho-œsophagoscopie par M. Lemaître. Ces conférences auront lieu le matin, à neuf heures, à l'hôpital Lariboisière, les mardi 25, mercredi 26 et jeudi 27 juin 1912, et l'après-midi à deux heures à l'amphithéâtre des hôpitaux le vendredi 28 juin 1912. *e.* Des conférences d'anatomie pathologique et de bactériologie à l'usage des spécialistes par M. André, chef de laboratoire. Ces conférences auront lieu du 1er au 8 juillet 1912 les lundi, mercredi et vendredi, à deux heures. Le droit à verser pour l'enseignement complémentaire de perfectionnement est de 150 francs. On peut s'inscrire pour un seul cours; le droit à payer est de 60 francs. Se faire inscrire dans le service.

Des certificats d'assiduité pourront être délivrés aux élèves à la fin des cours.

COURS DE VACANCES DE M. CALOT, du 5 au 11 août 1912, à l'Institut orthopédique de Berck (sixième année). — En sept jours, de huit heures du matin à sept heures du soir, enseignement de l'*orthopédie* indispensable aux médecins et du traitement des *tuberculoses externes*, coxalgie, mal de Pott, tumeurs blanches, luxation congénitale de la hanche, déviations, maladies des os et des articulations, etc. Neuf conférences avec leçons, présentation de malades, démonstrations d'exercices pratiques *individuels*.

Programme des conférences. — I. Lundi 5 août (dix heures du matin). M. Calot : La technique des appareils (plâtre, moulage, celluloïd). Les généralités indispensables sur le traitement des tuberculoses externes. Injections et liquides modificateurs. Adénites. Tuberculoses du testicule et de l'épididyme.

II. Mardi 6 août (dix heures matin). M. Calot : Le mal de Pott, corsets, traitement de la gibbosité, des abcès, de la paralysie.

III. Mercredi 7 août (dix heures du matin). M. Calot : Traitement de la coxalgie. Injections dans la hanche. Appareils du membre inférieur.

IV. Jeudi 8 août (dix heures matin). M. Calot : Traitement des tumeurs blanches : genou, pied, épaule, coude, poignet. Injections intra-articulaires. Appareils de ces régions.

V. Vendredi 9 août (dix heures matin). M. Calot : Traitement de la luxation congénitale de la hanche. Réduction de plusieurs luxations.

VI. Vendredi 9 août (cinq heures soir). M. Privat : Traitement de la paralysie infantile, du pied bot paralytique. Syphilis des os et des articulations.

VII. Samedi 10 août (dix heures matin). M. Fouchou-Lapeyrade : Radiologie et radiothérapie. Traitement du torticolis, de l'ostéomyélite aiguë et chronique.

VIII. Samedi 10 août (quatre heures soir). M. Fouchet : Traitement de la scoliose. Gymnastique médicale.

IX. Dimanche 11 août (dix heures matin). M. Calot : Traitement du pied bot congénital. Traitement de la tarsalgie, de la maladie de Little, des déformations rachitiques.

Sont admis les médecins et étudiants français et étrangers.

Chaque élève inscrit sera exercé individuellement à la technique des appareils et des ponctions et injections, et aussi, dans la mesure du possible, aux diverses opérations.

Pour l'inscription, les renseignements et le mode d'installation à Berck, s'adresser dès maintenant au docteur Fouchet, chirurgien assistant de l'Institut orthopédique, à Berck-Plage (Pas-de-Calais).

Droits à verser : 100 francs pour les leçons, démonstrations et exercices pratiques.

Le nombre des places étant limité, on est prié de s'inscrire à l'avance.

CONGRÈS

LE IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL MÉDICAL DES ACCIDENTS DU TRAVAIL se tiendra à Dusseldorf du 6 au 10 août 1912; il coïncidera avec la grande exposition qui contiendra une section de médecine sociale.

Outre un rapport sommaire sur les résultats de l'enquête décidée au IIe Congrès international médical des accidents du travail relativement aux causes et aux conséquences des accidents et des catastrophes, les questions suivantes seront mises à l'ordre du jour :

1. *a.* Etat comparatif, dans les divers pays, de la législation actuellement en vigueur quant à la réparation des dommages causés par les accidents du travail ; *b.* l'assurance contre les maladies professionnelles.

2. Importance du traitement fonctionnel précoce en matière d'accidents.

3. Affections vasculaires et accidents.

4. Arthrite déformante et accidents.

5. Influence des accidents sur la formation et l'aggravation des tumeurs.

6. Procédés d'examen des blessés, notamment en ce qui concerne les mensurations, la formation de callosités aux mains et aux pieds, la comparaison des droitiers et des gauchers.

Sont exclus cette année des délibérations du Congrès les travaux ayant pour objet les névroses traumatiques ou les hernies.

Les communications relatives aux affections des yeux et des oreilles, comme celles qui ne rentrent dans aucune des six questions précitées, seront présentées le samedi 10.

Les rapporteurs déjà désignés sont : MM. Bardenheuer (Cologne), Bernacchi (Milan), Bum (Vienne), Cramer (Cologne), Erwin Franck (Berlin), de Marbaix (Anvers), Dollinger (Budapest), Graessner (Cologne), Hoffmann (Dusseldorf), Kaufmann (Zurich), Kooperberg (Amsterdam), Ledderhose (Strasbourg), Liniger (Dusseldorf), Lubarsch (Dusseldorf), Lucas-Championnière (Paris), Rieder (Bonn), Rumpf (Bonn), Sand (Bruxelles), Thiem (Cottbus), Vulpius (Heidelberg), Waegner (Kharkof), Witzel (Dusseldorf).

D'autres rapporteurs seront encore choisis.

Le temps de parole des rapporteurs sera limité à une demi-heure, celui des autres orateurs à cinq ou au maximum dix minutes. Les rapports et un résumé des communications seront distribués avant le Congrès.

Les rapports ne pourront dépasser 32 pages et les résumés des communications 4 pages.

Le texte des rapports doit parvenir avant le 1er juin, celui des résumés avant le 15 juillet 1912 à M. le professeur Liniger, à Dusseldorf; il peut être rédigé en allemand, en français, en anglais ou en italien.

M. le gouverneur docteur Kruse, conseiller supérieur intime de gouvernement, recevra les membres du Congrès, le mardi 6 août, à cinq ou six heures du soir, au palais du Gouvernement royal. Ensuite aura lieu une réception libre par le Cercle médical de Dusseldorf, dans les jardins de la Salle de concerts de la ville. La ville de Dusseldorf invitera MM. les congressistes à une excursion en bateau sur le Rhin. Le banquet, auquel les dames seront admises, aura lieu le vendredi 9 ; il sera suivi d'une fête au cercle artistique « Malkasten ». Des excursions dans les environs de Dusseldorf et une illumination des rives du fleuve seront organisées. MM. les congressistes et les personnes de leur famille seront conduits, par les soins de la municipalité, à l'exposition, dans les musées et les diverses institutions d'art.

La cotisation est de 20 marks (25 francs) et donne droit aux documents du Congrès. La cotisation des dames est de 6 marks (7 fr. 50).

Adresser les adhésions à M. le professeur Liniger, secrétaire général du Congrès, à Dusseldorf (Landeshaus).

DU TRAITEMENT DU CANCER DE L'ŒSOPHAGE

(en particulier dans les cas au début)

PAR

LES APPLICATIONS LOCALES DIRECTES DE RADIUM

Par M. GUISEZ.

Nous avons, depuis quatre ans, systématiquement soigné vingt-six cas de cancers de l'œsophage, par des applications locales directes de radium.

On sait combien est pauvre la thérapeutique médicale ou chirurgicale, en cas de cancer de l'œsophage. Les opérations directes consistant en résections œsophagiennes, même dans le cas de cancer haut situé, n'ont pas encore donné des résultats bien appréciables. La gastrostomie n'est qu'un palliatif, et la survie qu'elle donne n'est jamais bien longue, dans le cas de cancer.

Dans plusieurs communications antérieures, faites en particulier à la Société médicale des hôpitaux (1), nous avons insisté sur les effets palliatifs puissants de la médication par les applications locales de radium, qui permet, en particulier, une alimentation relativement facile. Mais, nous n'avions eu à soigner, jusque-là, que des cas avancés de cancer de l'œsophage. L'effet était déjà très manifeste, et cette thérapeutique, beaucoup supérieure à tout ce que l'on avait préconisé contre cette terrible affection, nous a donné, dans ces formes, des survies de six mois à un an et même davantage.

Or, voici que, dans cette dernière année, nous avons eu la bonne fortune de diagnostiquer, par l'œsophagoscopie et sous le contrôle de l'examen biopsique, deux cas de cancer, tout à fait au début, et, dans ces deux cas, le radium a fait véritablement merveille.

Dans l'un d'eux, la tumeur a regressé de telle façon qu'il est difficile de retrouver, œsophagoscopiquement, ses caractères à la place où elle s'implantait, et, du reste, les symptômes fonctionnels ont suivi une marche parallèle ; la dysphagie, en particulier, a disparu complètement depuis.

Ces malades s'alimentent, actuellement, de façon tout à fait normale. Il persiste seulement une sténose, à forme fibro-cicatricielle, au niveau du cardia. L'examen œsophagoscopique, fait quinze jours après la dernière application dans l'un des cas, nous a montré que, à la place d'une plaie bourgeonnante saignante, il existe une sorte de méplat, à aspect nettement cicatriciel blanc à bords rougeâtres.

Malheureusement, il est bien rare que l'on recoure à l'œsophagoscopie à cette période de début du cancer de l'œsophage. Cet examen, si simple, si facile entre des mains exercées est dressé, à tort, comme une sorte d'épouvantail, et les malades n'y consentent souvent, qu'à la dernière extrémité.

(1) Voir *Bulletin et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, avril 1908 et mars 1911.

PREMIER CAS (1). — Il s'agit d'un malade qui se plaignait d'une gêne qui a commencé il y a huit mois ; gêne à avaler principalement les aliments solides. Celle-ci, inconstante au début, est devenue permanente depuis quatre mois.

Dès le début, chaque fois que le malade avalait une bouchée un peu grosse, il accusait une sorte de gêne un peu au-dessus du creux épigastrique. Ces sensations demeurèrent intermittentes pendant une assez longue période. Les émotions, la fatigue semblaient influer beaucoup sur sa déglutition. A aucun moment, le malade n'a eu ni vomissement, ni hématémèse. Actuellement, l'alimentation se fait uniquement de choses liquides, de légumes en purée, de lait, de bouillon et de pâtes alimentaires, lorsqu'elles veulent bien passer. Néanmoins, l'état général du malade est resté bon, il n'y a pas d'amaigrissement.

Inquiet de la persistance, de plus en plus grande, des troubles observés, le malade vient nous demander, conseillé par son médecin, le docteur Lemoult (de Paris), un examen œsophagoscopique.

Examen œsophagoscopique. — Le 26 novembre, sous cocaïne, tube de 45 centimètres et de 5 millimètres : œsophagoscopie facile. Dès que nous avons franchi la bouche œsophagienne, nous remarquons que la muqueuse de ce conduit est rouge et enflammée dans ses deux tiers supérieurs ; qu'il existe également un peu de dilatation vers la partie moyenne de ce conduit. Les parois œsophagiennes sont lâches et flottent dans la cavité thoracique. Arrivé à quelques centimètres au-dessus du cardia, on remarque sur la paroi intérieure de la muqueuse œsophagienne une sorte de zone rouge, de la grandeur à peu près d'une pièce de cinq francs.

En examinant de plus près, on voit qu'il existe, vers le centre de cette zone, une sorte d'ulcération, grande à peu près comme une pièce d'un franc, dont les bords sont bourgeonnants. Cette ulcération n'est pas très profonde, mais la paroi, sur laquelle elle repose, est comme cartonnée et figée (v. fig. 1). Si on la touche avec un porte-coton, on voit qu'elle saigne assez abondamment. Nous prenons un fragment pour faire un examen histologique. Celui-ci, fait par M. Bauer (Laboratoire Carrion et Hallion), donne les résultats suivants :

« Après fixation suivie d'inclusion à la paraffine, des coupes ont été pratiquées au microtome et colorées suivant les méthodes usuelles.

« L'examen microscopique donne le résultat suivant :

« Le fragment examiné contient du tissu réticulé riche en cellules lymphoïdes et des glandes en tubes à épithélium caliciforme, avec quelques îlots très restreints d'épithélium pavimenteux stratifié. L'épithélium caliciforme du revêtement est constitué par des cellules remarquablement hautes ; il tapisse de petites cryptes anfractueuses séparées par des papilles très irrégulières, dentelées en soie. L'irrégularité de cette surface, le développement considérable des cellules épithéliales sont en faveur du diagnostic *épithélioma à cellules cylindriques*. Cet aspect, qui n'entraînerait pas la conviction s'il s'agissait d'un autre organe, le rectum par exemple, paraît suspect dans l'œsophage, d'autant plus que l'on ne voit pas de lésion irritative de nature inflammatoire qui explique ce développement épithélial. Les tumeurs épithéliales de l'œsophage, habituellement épithéliomas pavimenteux stratifiés, peuvent être aussi des épithéliomas cylindriques. »

Traitement : applications de radium. Quantité variant de 2 à 5 centigrammes à deux jours d'intervalle.

Salivation abondante ; assez grande fatigue de la part du malade ; néanmoins, il peut supporter successivement six séances variant entre quatre et cinq heures chacune.

Comme effet, au bout de la cinquième séance, il remarque

(1) Pour les autres observations, voir *Bulletin et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 2 avril 1909 en collaboration avec le docteur Barcot, 29 mars 1911.

que les brûlures ou aigreurs œsophagiennes, dont il se plaignait, ont complètement disparu. Mais il ressent toujours la même gêne, nous dit-il, à la déglutition. Du reste les essais qui ont été faits, dans ce sens, ne peuvent guère nous renseigner, car il prend exclusivement une alimentation liquide.

Nouvel examen œsophagoscopique le 18 décembre : l'œsophagite intense, qui existait dans les deux tiers inférieurs de la muqueuse œsophagienne, a complètement disparu. Les lésions, que nous avions remarquées lors de notre premier examen, sont beaucoup modifiées.

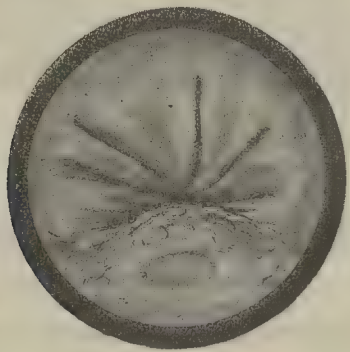


Fig. 1. — *Ulcération au-dessus du cardia avant l'application de radium.*

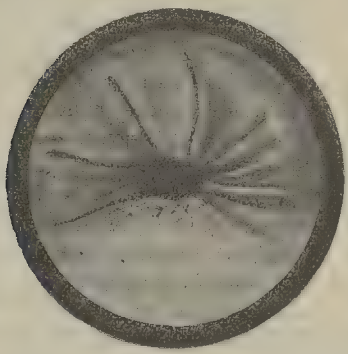


Fig. 2. — *La même après trente heures d'application de radium.*

1° L'ulcération a partiellement disparu; elle est remplacée par une surface lisse, rouge, de la grandeur d'une pièce d'un franc. A cette partie inférieure il existe encore deux ou trois bourgeons d'apparence un peu suspecte; ceux-ci saignent au contact du porte-coton, tandis que le reste de la tumeur ne donne plus d'hémorragie (lors de notre premier examen l'hémorragie était très abondante par le simple contact du porte-coton).

2° En outre, la perméabilité œsophagienne est beaucoup augmentée puisque nous pouvons franchir le cardia avec un tube de 11 millimètres et pénétrer facilement dans l'estomac.

Deux nouvelles applications sont faites à la suite desquelles il y a immédiatement une grande amélioration de la dysphagie.

Une nouvelle œsophagoscopie nous montre la disparition de tout bourgeonnement.

Deuxième cas. — Mme P..., âgée de quarante-cinq ans, nous est adressée pour de la dysphagie ancienne puisqu'elle date déjà de deux ans et demi.

La malade a présenté, pendant longtemps, des troubles nettement spasmodiques, c'est-à-dire qu'elle était des jours entiers sans pouvoir avaler, et la gêne se manifestait principalement pour les liquides; néanmoins, la santé est restée bonne, pendant très longtemps, jusqu'à il y a un an.

On a fait à de nombreuses reprises des dilatations avec le cathéter, dilatations qui la soulageaient momentanément. On a essayé aussi à plusieurs reprises avec plus ou moins de succès le gavage à la sonde.

Depuis un mois, le cathétérisme est devenu impossible, et la bougie n° 18 qui passait encore avec facilité ne peut plus passer; elle se replie et ressort presque complètement pliée sur elle-même. La malade reste plusieurs jours sans pouvoir prendre aucune espèce de liquide ni de solide.

L'examen œsophagoscopique est fait le 30 septembre, sous cocaïne, position couchée, tête déclive, avec tube œsophagoscopique de 40 centimètres et de 10 millimètres de diamètre; spasme à l'entrée de l'œsophage, dilatation moyenne dans le tiers inférieur de l'œsophage. Quelques débris alimentaires. Au cardia, sténose à peu près complète. Nous voyons nettement, au pourtour de cet orifice, vers la gauche, une sorte de bourgeonnement saillant saignant au contact du porte-coton. Il nous est assez difficile de dire, macroscopiquement, s'il s'agit d'œsophagite ou d'épithélioma. Nous en prenons un fragment pour en faire faire l'examen histologique. Celui-ci est fait par le docteur Hallion qui nous communique la note suivante (30 septembre 1911) :

« Au-dessous de l'épithélium pavimenteux peu altéré dans les régions examinées on constate des masses néoformées ayant les caractères de l'épithélioma pavimenteux lobulé; en d'autres points l'aspect est nettement celui qui caractérise l'épithélioma tubuli de l'œsophage. »

Le cathétérisme fait séance tenante, avec des bougies, ne laisse admettre que la bougie n° 12 qui passe à frottement très serré. En plusieurs séances, cependant, nous arrivons à passer le numéro 18 de la filière ordinaire.

Nouvelle œsophagoscopie le 25 octobre. Nous constatons que les lésions vues sur la partie gauche du cardia sont encore plus marquées que précédemment. La muqueuse saigne facilement.

Nouvel examen histologique, fait également par le docteur Hallion, donne les résultats suivants analogues aux précédents :

« Derme infiltré par épithélioma disposé en travées pleines sur lequel aucun doute ne peut subsister. »

Nous faisons successivement quinze applications, par séances de deux heures, de radium, 5 centigrammes, la malade ne pouvant tolérer des séances plus longues. La perméabilité s'accentue, et au commencement de décembre on peut passer une bougie n° 25. La déglutition est plus facile; néanmoins, il persiste des phénomènes spasmodiques. La malade peut avaler, par à-coups, principalement la nuit; elle se nourrit de lait, d'œufs, de bouillon, de potages et d'un peu de purée de légumes.

15 décembre. L'amélioration est manifeste; l'état général est meilleur. Nous faisons également quelques gavages à la sonde tous les deux jours; nous mettons, avec une sonde n° 20, 300 à 500 grammes de liquide dans l'estomac.

15 janvier. Nous laissons reposer la malade cinq jours, et elle nous revient avec une mine beaucoup meilleure et elle se sent, dit-elle, très améliorée. Elle a mangé des aliments demi-solides qui ont passé avec une grande facilité.

Nous faisons deux nouvelles séances de 2 centigrammes et demi de radium; cinq heures d'application; activité 2 millions.

Fin janvier. L'état général est très bon, les sensations subjectives ressenties par la malade ont complètement disparu, la malade mange de tout, elle n'a pas de gêne à la déglutition.

Troisième cas. — Enfin, comme dernier exemple qui semble tout à fait probant, nous désirerions rapporter le cas d'un malade que nous avons soigné il y a un an et demi [M. D... (de Corbie, Somme) adressé par notre ami le docteur Labouré (d'Amiens) et le docteur Boury (de Ham)]. Il s'agissait d'un malade atteint de dysphagie progressive dont le début remontait au mois de novembre 1910. L'alimentation était presque impossible même aux liquides, et le malade avait maigri considérablement, principalement depuis un mois. Régurgitations et vomissements œsophagiens.

L'examen œsophagoscopique nous fit constater au tiers moyen de l'œsophage un épithélioma à forme infiltrante et bourgeonnante, à forme circulaire, sténose à peu près complète. L'examen histologique fait par le docteur Deglos (fév. 1911) nous a donné comme résultat épithélioma tubulé.

En février, mars et avril, nous fîmes deux séries d'application de radium (huit séances de cinq heures et 5 centigrammes, et quatre séances de 7 centigrammes 1/2). La déglutition fut aussitôt meilleure, et lorsque le malade cessa tout traitement l'alimentation était normale. Nous avons eu de ses nouvelles ces jours-ci par le docteur Labouré; la guérison se maintient parfaite, plus de dysphagie, le malade a engraissé de 12 kilos depuis un an.

Dans vingt-trois autres cas (1) beaucoup plus avancés nous avons fait des applications locales de radium, celui-ci a agi comme puissant palliatif en rendant à l'œsophage une perméabilité qu'il ne possédait plus, mais la tumeur n'a pas tardé à repulluler. Néanmoins, la survie a toujours été très prolongée chez tous ces malades.

L'instrumentation dont nous nous servons est des plus simples ; elle consiste simplement en un tube de radium, entouré de deux écrans en argent, de 4/10 de millimètre d'épaisseur, attaché à un fil d'argent, et fixé dans une sonde olivaire n° 16 ou 18. Nous avons généralement employé au début des quantités de radium peu élevées, variant de 1 à 2 centigrammes ; mais, si cette médication est bien tolérée, rapidement nous avons porté cette quantité à 5 ou 10 centigrammes.

Nous avons utilisé une technique ne mettant en jeu que le rayonnement ultrapénétrant de Dominici, c'est-à-dire cette fraction du rayonnement qui persiste après l'interposition d'un écran de métal dense (plomb, or, argent, etc.) d'au moins 4/10 de millimètre d'épaisseur et qui est constituée uniquement par des rayons β durs et des γ après que le rayonnement secondaire, résultant de la traversée du métal, a été éliminé par un dernier écran de matière, à densité légère (gomme).

Pratiquement, nous avons utilisé des tubes d'argent contenant 5 centigrammes du même sel.

A travers un premier écran de 5/10 de millimètre d'argent ou 3/10 de platine formé par les parois du tube et à travers un deuxième écran de 1 millimètre d'épaisseur de gomme représenté par la sonde œsophagienne, le rayonnement extérieur fourni par les appareils avait une activité de 20.000 pour les tubes de 0g05 et de 6.000 pour ceux de 1cg5.

L'*effet immédiat* et le plus gênant pour le malade est une salivation excessive pendant toute la durée de l'application ; cette salive, ainsi émise, atteint souvent en quantité une cuvette ou deux. Ces expectorations sont, la plupart du temps, fétides, à odeur sphacélique. Il semble bien que ce soit le radium qui fasse saliver ainsi et non point uniquement la présence de la sonde, car il nous est arrivé dans certains cas de laisser des sondes ou bougies à demeure dans l'œsophage de cancéreux sans qu'ils salivent de pareille façon.

Les séances devront être rapprochées les unes des autres le plus possible et il ne faut point mettre plus de quarante-huit heures d'intervalle entre les différentes applications; cela, bien entendu, suivant la résistance du malade. Le nombre total des heures d'applications nécessaire est évidemment variable, mais nous n'avons jamais obtenu de résultats durables, à moins de trente heures. Chez un de nos malades qui présente actuellement toutes les apparences de la guérison, nous avons fait jusqu'à soixante heures.

Cette augmentation du calibre du point sténosé a été constante dans tous les cas que nous avons soignés, de façon plus ou moins accentuée, et même, s'il est très facile de repérer la sonde à radium, lors des premières applications, cela devient très difficile lors des applications ultérieures, à cause de l'élargissement de la sténose, qui ne donne plus aucune sensation de frottement à la main qui introduit la sonde.

Au début, il ne nous avait pas paru que la déglutition fût toujours améliorée par ces applications locales; mais depuis, et dans tous les cas, la déglutition nous a paru singulièrement facilitée par ces applications. Nous attribuons nos échecs lors de nos premiers essais à la quantité tout à fait insuffisante de radium que nous employions à ce moment ; les tubes que nous avions n'étaient alors que de 1 à 2 centigrammes et, en plus, il s'agissait de radium beaucoup moins actif que celui que nous avons actuellement à notre disposition.

Il nous a semblé qu'il y a *certaines formes* de cancer de l'œsophage dans lesquelles le radium agit de façon beaucoup plus active. Dans toutes les formes très bourgeonnantes ou très ulcéreuses, l'action nous a paru beaucoup plus aléatoire ou, en tout cas, peu durable ; au contraire, lorsque l'on a affaire à une forme lisse, peu bourgeonnante, infiltrante, sans ulcération, l'action nous a paru beaucoup plus manifeste et beaucoup plus durable.

Dans cinq cas, chez des sujets faciles à examiner, nous avons pu suivre œsophagoscopiquement les modifications de la tumeur durant le courant du traitement, et dans l'un d'eux, où nous avons fait successivement et à intervalles très rapprochés trois applications de radium, nous avons pu constater, au bout d'un repos de huit jours, que la tumeur, qui était toute en saillie auparavant, présentait une sorte d'encoche nette et n'était plus guère représentée que par deux gros bourgeons latéraux, alors que la partie centrale semblait avoir fondu presque complètement.

Chez un autre malade, que nous soignons depuis huit mois, nous avons fait cinq fois l'examen œsophagoscopique, durant le courant du traitement, et nous avons constaté que, à la place d'une tumeur sous-muqueuse saignant au moindre contact, il existait dans l'œsophage une sorte de masse à aspect sclérocicatriciel qui ne saignait plus du tout, présentait une couleur blanchâtre et avait changé tout à fait de caractère (v. fig. 3 et 4).

Si l'on veut maintenir l'amélioration obtenue lorsque l'on cesse les applications, il est indispensable d'introduire, de temps à autre, une bougie en gomme

(1) Voir *Soc. méd. des hôpit.*, 2 avril 1909 et 29 mars 1911.

pour dilater la sténose qui a changé de type et *qui est devenue scléro-cicatricielle*, et même, si on laisse cette bougie à demeure pendant plusieurs heures, les résultats sont certainement beaucoup plus appréciables. L'introduction de cette bougie molle se fait ici suivant les règles et à la façon d'un cathétérisme dans les rétrécissements cicatriciels, sans aucune hémorragie ni douleurs pour le malade.

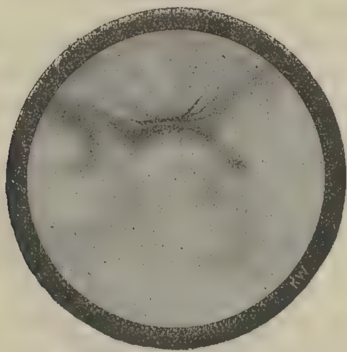


Fig. 3. — *Cancer du tiers inférieur de l'œsophage (forme infiltrante sous-muqueuse).*



Fig. 4. — *Le même après deux mois de traitement par les applications de radium.*

Au traitement actif par les applications locales de radium on adjoindra un *traitement adjuvant palliatif*, qui consiste dans l'administration d'une alimentation uniquement liquide, du moins au début. On conseillera au malade des lavages de la poche susjacente au cancer, pour éviter que la stase des aliments, surtout au début, n'amène des phénomènes d'inflammation des parois œsophagiennes, d'œsophagite secondaire.

En résumé, il semble donc que le radium ait une action réelle sur le cancer de l'œsophage, action qui se traduit immédiatement par l'augmentation du calibre de l'œsophage, fait dont il est facile de se rendre compte par le cathétérisme.

Il en résulte une déglutition meilleure, et le malade, qui souvent était dysphagique au plus haut degré, au moment du début du traitement, peut avaler ensuite facilement les aliments demi-liquides et quelquefois même solides.

Dès que l'alimentation a été meilleure, le poids a augmenté régulièrement chez tous les malades que nous avons soignés. Si l'on a la bonne fortune d'observer un cas tout à fait au début, diagnostic que peut seule faire sûrement l'œsophagoscopie avec le contrôle biopsique, l'on peut constater une véritable régression de la tumeur correspondant avec la disparition de tous les symptômes observés. Chez un malade que nous suivons depuis de longs mois, tous les signes fonctionnels ont disparu, la dysphagie, les douleurs, tout semble avoir regressé définitivement.

UN CAS DE CONTUSION ABDOMINALE

AVEC RUPTURE MUSCULAIRE & HERNIE VENTRALE TRAUMATIQUE SECONDAIRE

Par MM. PHÉLIP et DE BEAUFOND,
Internes des hôpitaux de Paris.

Dans un récent article des *Archives générales de chirurgie* (25 décembre 1911), MM. Legueu et Lorin ont fait une étude des cas de contusion de l'abdomen où le traumatisme lèse gravement la paroi abdominale. Nous en rapportons une observations qui est intéressante par plusieurs points.

M..., âgé de trente-quatre ans, exerçant la profession de chauffeur de taxi-auto, entre salle Gosselin le 23 juin 1911 pour une contusion abdominale. Il est à noter que le malade était porteur, depuis 1902, d'un bandage inguinal droit qui maintenait facilement une pointe de hernie.

Ce *23 juin à deux heures* de l'après-midi le taxi-auto, que conduisait le chauffeur, est entré en collision avec une voiture attelée d'un cheval. Au moment du choc, le malade est projeté en avant; et l'abdomen vient heurter violemment contre le volant. De plus, le brancard de la voiture, glissant le long de la cuisse droite, vient frapper le bandage inguinal droit et amène la rupture du cercle près de la pelote. A ce moment, par choc en retour, le malade est rejeté en arrière et se fait une contusion de la région rénale droite sur le dossier du siège de la voiture. Descendu aussitôt à terre, le malade ne perd pas complètement connaissance mais devient très pâle. Il est conduit d'abord chez le pharmacien où on lui administre un cordial et de là à l'hôpital Beaujon où il arrive à deux heures et demie, c'est-à-dire une demi-heure après l'accident. On voit aussitôt le malade le facies pâle, anxieux, couvert de sueurs froides. Il raconte péniblement son accident et accuse de violentes douleurs dans le ventre ainsi que dans la région rénale droite. Le malade déshabillé, on relève quelques traces de sang sur sa chemise. Une grande ecchymose violacée, noirâtre, presque rectangulaire, sensiblement parallèle au pli de l'aine s'étend au niveau de l'hypocondre droit, descendant jusqu'au voisinage de l'arcade crurale, remontant jusqu'à une horizontale passant par l'ombilic, s'arrêtant en dedans à trois travers de doigt de la ligne médiane pour gagner en dehors la fosse lombaire. Dans cette région ecchymotique d'environ 8 centimètres de large sur 5 de haut, il existe une véritable tuméfaction sur laquelle on constate en outre superficiellement quelques éraillures de la peau. De plus, à la partie antéro-interne de la cuisse droite, contusionnée par le brancard, on relève une autre ecchymose qui, de la racine de la cuisse, descend sur une longueur d'environ 20 centimètres. La palpation de l'abdomen fait constater une douleur généralisée avec maximum à l'épigastre ainsi qu'au niveau de la voussure ecchymotique où l'on sent de la crépitation. Il n'y a pas de contracture de la paroi. A la percussion, légère matité dans le flanc droit et sonorité préhépatique assez accentuée. L'exploration de la région rénale droite est très douloureuse; on n'y voit pas d'ecchymose et le sondage ramène des urines absolument claires sans traces de sang. Le malade n'a pas encore de vomissements, mais il est en état de shock très marqué. Son pouls est extrêmement petit, filant, incomptable. Sa température est à 35°5. On prescrit 300 centimètres cubes de sérum, des piqûres d'huile camphrée et de la glace sur le ventre.

A *quatre heures*, le chirurgien de garde examine le blessé. Le pouls ne s'est pas remonté, le shock est toujours très accentué, mais, se basant sur l'absence de contracture musculaire et de vomissements, on s'en tient à l'expectative armée. On fait 1000 centimètres cubes de sérum intraveineux. Piqûres d'huile camphrée. Glace sur le ventre.

A *six heures et demie*, le malade présente un vomissement alimentaire assez abondant et, à partir de ce moment, apparaît le hoquet. Néanmoins le malade rend des gaz. Le pouls se remonte un peu, mais les vomissements deviennent porracés et le hoquet persiste.

Le lendemain 24 juin l'état de shock a diminué. Le pouls est plus fort (150 pulsations à la minute), la langue est humide. Le hoquet continue ; il en est de même des vomissements, mais il n'y a toujours pas de contracture abdominale et les urines se maintiennent claires.

En examinant la voussure de l'hypocondre droit qui est devenu tout à fait noirâtre on y trouve, à la percussion, de la matité. Le malade est maintenu à la diète; on fait encore 500 centimètres cubes de sérum, huile camphrée, glace sur le ventre et on fait prendre un peu de champagne.

25 juin. — Encore un vomissement noirâtre, mais le hoquet disparaît. Le malade rend toujours des gaz et l'état général s'améliore. La température est à 37°5. Le pouls est bon. La voussure augmente et, à la percussion légère, la sonorité commence à remplacer la matité.

26 juin. — On fait avec une aiguille capillaire une ponction dans la voussure de l'hypocondre droit. La pointe de l'aiguille semble se mouvoir dans une cavité siégeant entre le tissu cellulaire et le plan aponévrotique comme s'il y avait eu un décollement, mais on ne retire ni gaz ni liquide.

27 juin, c'est-à-dire quatre jours après l'accident, dans la partie supérieure droite de la voussure ecchymotique on voit apparaître une petite plaque de sphacèle de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. En outre, après un effort de toux, le malade accuse une violente douleur dans la région contusionnée; il éprouve une sensation d'arrachement, de tiraillement « comme si son intestin se déchirait ».

30 juin. — Le malade va à la selle après un lavement. L'état général est très bon, mais la plaque de sphacèle gagne sur la voussure dont le volume augmente et dont la sonorité s'accentue. La température monte à 38 degrés.

Le 3 juillet, le sphacèle s'étend à toute la région ecchymotique. La surface sphacélée est large de deux travers de main. Il se fait un écoulement de pus dont l'odeur est infecte. La température du malade oscille entre 37°8 et 38°5, mais l'état général reste bon. Pas de troubles digestifs.

Les jours suivants, on déterge la plaie quotidiennement et enlève au fur et à mesure les débris gangrénés. Le malade accuse une pesanteur anormale quand il s'incline sur le côté malade. Pendant tout le mois de juillet, élimination de la plaque de sphacèle et augmentation progressive de la voussure abdominale.

Le 1er août, on permet au malade de se lever quelques instants dans la journée. Malgré son pansement il est obligé, quand il met en jeu ses muscles abdominaux, de comprimer son éventration de la main.

Le 25 août, il quitte l'hôpital. La plaie n'est pas complètement fermée, elle est grande encore comme une pièce de 2 francs, il nous dit ne pouvoir marcher sans éprouver très rapidement une grande fatigue. Il est toujours courbaturé et se plaint de ses reins.

Le 10 septembre, la cicatrisation est terminée. Il part en convalescence. Il porte constamment une ceinture de flanelle. Il s'est fait faire en outre une sangle élastique abdominale qu'il met en se levant et dont il ne peut plus se passer.

Le 9 janvier 1912, le malade entre à nouveau à l'hôpital. Il a l'impression que son éventration a encore augmenté. Il est, paraît-il, obligé de garder constamment sa sangle abdominale et ce, même la nuit. Quand, par hasard, il la quitte, il doit maintenir son ventre avec les mains. Quand il est debout, l'hypocondre droit bombe fortement en avant et fait une saillie qui atteint les dimensions d'une tête fœtale. Quand il est étendu, la voussure s'étale et se déplace dans les positions latérales.

Cette voussure est parcourue dans presque toute son étendue par une cicatrice de couleur rouge vif d'aspect chéloïdien sur le grand axe de laquelle viennent se brancher une série de prolongements latéraux étagés. En outre, la peau de toute cette région est extrêmement mince, elle ne se laisse pas plisser, d'aspect blanc, livide par endroits, elle offre à d'autres une teinte violacée. La percussion révèle de la sonorité. Quant à la palpation, elle donne une sensation de mollesse particulière. La tumeur se réduit avec gargouillements, mais en apparence seulement, car la peau suit l'intestin.

Le plan musculo-aponévrotique a perdu toute tonicité. Les parois sont flasques. En introduisant la main dans l'éventration on ne sent aucun rebord net.

Le malade déclarant qu'il y a là pour lui une véritable infirmité, sur ses instances et malgré une appréhension basée sur les adhérences multiples et sur le mauvais état de nutrition de la peau, on tente une intervention qui est pratiquée le 12 janvier 1912.

Opération. — Anesthésie au chloroforme.

Incision verticale partant des fausses côtes pour aller jusqu'à la crête iliaque. Cette incision faite avec la plus grande prudence n'intéresse que la peau. On ne trouve aucune fibre musculaire ni aponévrotique. Dans la partie inférieure, l'intestin est inclus dans le derme et il se fait une large déchirure oblique d'une anse. Aussitôt après un décollement très laborieux de l'anse ouverte et protection soignée on fait une suture intestinale au catgut par deux surjets en rabattant encore pardessus un peu de tissu cellulaire, puis on attaque par en haut les adhérences qui d'une part fixent l'intestin à la paroi, d'autre part les anses entre elles. Ce décollement est très délicat. On est obligé de racler le derme et de sectionner prudemment les brides qui relient entre elles les anses intestinales. Après décollement et libération on met des points de catgut en plusieurs endroits où la musculeuse est éraillée. On constate que la brèche intestinale dont il a été question se fait aux dépens du cæcum au voisinage de l'iléon.

On cherche dans la paroi aussi loin que possible des fibres musculaires ou aponévrotiques. On n'en voit pas. On suture en un seul plan aux fils de bronze. L'opération ayant été longue et laborieuse, on fait un drainage à la partie inférieure de la plaie, au voisinage de l'anse suturée. Au moment du pansement on est frappé déjà par l'aspect livide et marbré que prend la peau dans tout le tiers moyen de la ligne de suture et ceci, malgré un rapprochement facile des lèvres de la plaie.

Suites opératoires. — Le lendemain, en faisant le pansement on voit que les compresses sont souillées par un léger épanchement séro-sanguinolent. L'état de la peau est le même et fait déjà prévoir le sphacèle qui ne va pas tarder à se déclarer.

Au deuxième jour la peau est rouge lie de vin dans les points avoisinant les fils de bronze.

Au troisième jour on voit apparaître une tache de sphacèle et les fils commencent à couper la peau.

Au quatrième jour, écoulement fécaloïde par la partie inférieure de la plaie. La peau, à ce niveau, est également en voie de sphacèle. On retire le drain.

Au cinquième jour le pansement est souillé de matières liquides, le sphacèle de la peau s'étend. On constipe le malade.

Les jours suivants, la plaque de sphacèle se limite, elle a l'étendue du dos de la main. Les fils de bronze ont dû être retirés. L'écoulement de matières persiste mais il ne passe que des matières extrêmement liquides et spumeuses. Après éli-

mination de la portion sphacélée, la réparation se fait lentement. Deux anses intestinales nettement visibles dans la partie supérieure se mettent à bourgeonner et à s'épidermiser. La plaie se rétrécit également par en bas. On voit l'orifice intestinal qui a les dimensions d'une lentille. La tunique intestinale bourgeonne tout autour.

Au vingtième jour, le malade a des gaz par l'anus.

Au vingt-troisième jour, après lavement, selle de matières moulées par l'anus. Depuis selles spontanées par l'anus. La plaie se rétrécit tous les jours; l'écoulement fécaloïde de la plaie diminue et à la date d'aujourd'hui 10 février est presque terminé.

Indépendamment de l'intérêt qu'offre cette observation par la rareté des cas signalés dans la littérature médicale deux points surtout nous paraissent intéressants à retenir.

Dans leur travail, MM. Legueu et Lorin ont surtout en vue des cas de contusions abdominales à la vérité assez rares, où le traumatisme lèse gravement la paroi abdominale, si complètement que les accidents viscéraux semblent relégués au second plan. Dans les deux cas rapportés par les auteurs ce sont en effet les phénomènes de contusion de la paroi qui dominent la scène et, dès le début, le chirurgien a son attention attirée par eux seuls. Chez notre malade, au contraire, les phénomènes viscéraux frappèrent d'abord le chirurgien et, dans les premières heures, on fut surtout préoccupé de savoir s'il y avait ou non lésion intestinale. Avec une contusion, grave il est vrai, mais seulement limitée à la paroi, ce malade a donc pu avoir une symptomatologie assez alarmante pour laisser planer le doute et détourner l'attention de la cause véritable.

Ces caractères cliniques frappent d'autant plus si on les rapproche de l'observation II de M. Legueu où le malade, atteint cette fois de rupture intestinale, eut des réactions si atténuées que le diagnostic ne fut possible que quatre jours après l'accident.

En outre, dans les observations connues de nous il y a une relation directe entre le traumatisme et la rupture musculaire qui se fait d'emblée au moment de l'accident.

Tel ne semble pas être le cas de notre malade. M..., on s'en souvient, avait une paroi faible. Il était porteur d'une hernie et ce, du côté atteint par le choc. Après l'accident il accusa bien une douleur généralisée de l'abdomen, mais ce n'est qu'au quatrième jour qu'il ressentit au niveau de la région frappée une douleur aiguë, intense, comparée par lui à un déchirement. C'est à dater de ce jour seulement que l'on fit les premières constatations d'une éventration qui d'ailleurs ne fit par la suite que s'accroître.

Il semble qu'au moment de l'accident il n'y eut simplement que contusion violente de la paroi, trop faible peut-être pour se rompre d'emblée par défaut de tonicité et que, par la suite, cette paroi peu résistante et de plus traumatisée céda spontanément à un effort minime, à une quinte de toux. Il s'agissait donc d'une contusion abdominale avec rupture musculaire et hernie ventrale secondaire.

A tout prendre, il eût mieux valu sans doute opérer d'urgence le malade et notre observation vient à l'appui des conclusions de MM. Legueu et Lorin. L'opération tardive nous a mis en présence d'adhérences multiples de tissus atrophiés et sclérosés rendant l'acte opératoire très délicat. Contre une intervention immédiate, au contraire, nous ne voyons aucune objection.

Elle aurait levé plus rapidement les doutes que l'on avait sur une lésion viscérale possible. Elle aurait permis en cas d'amincissement ou de rupture de la paroi d'obtenir avec des tissus encore en bon état le meilleur résultat désirable.

Elle eût été enfin d'une simplicité plus grande et aurait par conséquent diminué la durée de l'anesthésie.

MÉDECINE PRATIQUE

L'HÉMATÉMÈSE DES TABÉTIQUES.

L'hématémèse est rare dans les crises gastriques du tabes, mais elle n'est pas exceptionnelle, aussi plusieurs thèses ou mémoires ont-ils été écrits sur ce sujet; les plus récents sont la thèse de Rousselier (1) et un article du professeur Rauzier (2). L'histoire du malade observé par Rauzier est très significative, car on y trouve l'erreur de diagnostic habituelle qui consiste à méconnaître le tabes et à croire qu'il s'agit d'une affection gastrique, à propos de laquelle se pose la question d'une opération chirurgicale. Voici cette observation très résumée. Un homme de trente-deux ans entre à l'hôpital de Montpellier pour des douleurs gastriques, accompagnées de vomissements; il souffre depuis deux ans, les douleurs reviennent par crises dont la durée varie de quelques heures à quelques jours; elles ont leur maximum au creux épigastrique, elles sont très vives, arrachent parfois des cris au malade, elles consistent surtout en une impression très pénible de constriction et de broiement; les douleurs s'accompagnent de vomissements abondants, aigres, tantôt clairs et aqueux, tantôt jaunâtres ou verdâtres; à 5 ou 6 reprises, les vomissements ont présenté un dépôt noir peu abondant; ils n'ont jamais contenu de sang rouge. Au début, les crises douloureuses étaient de longue durée, mais séparées les unes des autres par un intervalle de plusieurs semaines; actuellement, une crise a lieu presque chaque jour. Il va sans dire que le malade a consulté plusieurs médecins et que ce syndrome gastrique a été traité par des médications aussi diverses que peu efficaces. En dernier lieu, un médecin envoie le malade à Montpellier, avec le diagnostic d'ulcère, et pour y être opéré. C'est à ce moment que le professeur Rauzier l'examine; en présence de ces crises gastriques douloureuses avec vomissements, sans signes objectifs à l'estomac, M. Rauzier pense immédiatement aux crises gastriques de tabes et recherche s'il n'existe pas quelques symptômes de tabes; on apprend alors que le malade a eu un chancre pendant son service militaire, on constate le signe d'Argyll-Robertson, des troubles de la sensibilité, de l'hypotonie, un affaiblissement des réflexes rotuliens et du tendon d'Achille; c'est plus qu'il n'est nécessaire pour faire le diagnostic de tabes; le malade est alors soumis au traitement mercuriel; contre les crises gastriques, on essaie successivement l'application d'une vessie de glace au creux épigastrique, les pulvérisations de chlorure d'éthyle à cette même région, les injections sous-cutanées de morphine et de pantopon, les injections intrarachidiennes de novocaïne; aucune de ces médications n'a procuré grand soulagement.

Cete observation est instructive, en ce qui concerne le diagnostic des crises gastriques du tabes. Il arrive très souvent que ce diagnostic n'est fait que tardivement; l'erreur est cependant facile à éviter, puisqu'il suffit de rechercher les

(1) ROUSSELIER. *L'hématémèse au cours des crises gastriques du tabes*, Th. de Montpellier, juin 1911.

(2) RAUZIER. L'hématémèse des tabétiques, *Province médicale*, 16 mars 1912.

réflexes pupillaires, les réflexes tendineux, les troubles de la sensibilité pour déceler le tabes ; et l'on doit être orienté vers cet examen du système nerveux car, dans bon nombre de cas, les symptômes de la crise gastrique elle-même ont quelque chose de spécial qui peut éveiller l'attention. Sans reprendre l'étude complète des crises gastriques, qui a été fort bien fait dans ce journal par Sainton et Tronc (1), je rappellerai leurs principaux caractères : le début est soudain, et généralement le tabétique passe brusquement d'un état de santé excellent à un état de souffrance atroce; par exception on note des prodromes, tels que malaise général, fatigue et anéantissement, quelquefois la disparition d'un symptôme tabétique, par exemple des douleurs fulgurantes. A la période d'état, la douleur est d'une violence extrême, c'est une sensation de déchirure, de constriction ou de morsure; dans d'autres cas, c'est comme un fer rouge qui brûle l'estomac, c'est une sensation de plaie vive; cette douleur siège ordinairement à l'épigastre, avec irradiation dans tout l'abdomen et dans le dos; mais elle peut occuper aussi la région des dernières côtes, avoir parfois son maximum en arrière, dans la région interscapulaire. En même temps que la douleur, surviennent les vomissements alimentaires, ou composés d'un liquide glaireux, muqueux, filant; ils sont incessants, presque incoercibles, et, presque toujours, d'une grande abondance. D'après Basch, des malades qui ne boivent rien peuvent, en deux ou trois heures, rejeter plusieurs litres de liquide. Après le vomissement, le malade éprouve un bien-être relatif, mais bientôt les nausées et surtout les efforts recommencent pour un nouveau vomissement. Un troisième symptôme très important est constitué par la dépression nerveuse (Charcot, Fournier, Marie); le tabétique en état de crise gastrique reste couché, indifférent à tout ce qui l'entoure, plongé dans la stupeur, et parfois, dans les crises graves, c'est un véritable état de collapsus. En examinant le malade on trouve le ventre dur et rétracté, avec des muscles contracturés; Heitz et Lortat-Jacob ont signalé une zone d'anesthésie dans la région thoracique entre la 5e et la 9e côte environ. L'urine est très peu abondante pendant la crise, elle peut même parfois être supprimée complètement. Quant au chimisme gastrique, il fournit des résultats variables (hyperpepsie, hypopepsie, apepsie), chaque malade faisant sa crise suivant l'état antérieur de son estomac (Babon), avec la muqueuse qu'il possède (J.-Ch. Roux). Telle est la crise complète, schématique, qui dure en général de un à deux jours; mais bien souvent la symptomatologie est moins nette, quand par exemple un phénomène habituel fait défaut; dans certains cas, la crise gastrique prend des caractères nouveaux, du fait de son association avec d'autres symptômes. C'est ainsi que Roux a bien décrit la crise gastrique des tabétiques dyspeptiques, la crise associée à la gastralgie hystérique, et enfin la crise prolongée chez les morphinomanes (2).

Enfin, parfois la crise gastrique des tabétiques s'accompagne d'hématémèse. Il est à remarquer que cette hématémèse tabétique se manifeste toujours durant un paroxysme douloureux et celui-ci est presque toujours d'une violence extrême. Cette hématémèse survient en général vers la fin de la crise; le sang rendu est rarement rouge, beaucoup plus souvent marc de café et Charcot a décrit les crises gastriques avec hématémèse sous le nom de crises noires. L'abondance de l'hémorragie est fort variable; si, dans la plupart des cas, l'hémorragie est peu abondante, ce qui explique pourquoi le sang ayant séjourné dans l'estomac donne aux vomissements leur teinte noire, il peut arriver que le vomissement de sang soit abondant (un litre chez un malade de Lépine) et constitué alors par du sang rouge; on voit quelquefois une éruption discrète ou confluente de taches rosées coïncider avec l'hématémèse. Au cours de crises gastriques avec vomissement de sang, l'état général est fortement atteint : traits tirés, pâleur de la face, refroidissement des extrémités, asthénie profonde et menaces de collapsus. Mais tous ces symptômes paraissent tenir à l'intensité même de la crise bien plus qu'à la perte de sang. Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer l'hématémèse des tabétiques; quelquefois les malades présentent des lésions de l'estomac et cette gastrite hypertrophique ou atrophique pourrait ouvrir les vaisseaux et déterminer l'hématémèse; une autre hypothèse rattache les vomissements de sang à un trouble trophique et Ewald a trouvé, dans un cas, une ulcération gastrique avec érosion d'un vaisseau; ces faits sont exceptionnels, il faut admettre plutôt des troubles vaso-moteurs congestifs, sans lésions nécessaires des vaisseaux; ces troubles vaso-moteurs seraient consécutifs à la crise douloureuse qui précède toujours l'hématémèse. D'ailleurs les troubles vaso-moteurs et sécrétoires sont fréquents dans le tabes; c'est ainsi qu'on peut observer, au cours de cette affection, la sialorrhée, l'entérorrhée, des œdèmes hémorragiques, des crises urétrales douloureuses avec hématuries, des crises rectales avec entérorragies, des hémoptysies, des ecchymoses. Tous ces troubles vaso-moteurs sont dus aux altérations du système vago-sympathique décrites par J.-Ch. Roux.

Le *diagnostic* de l'hématémèse tabétique peut présenter de réelles difficultés, si les crises gastriques surviennent dans un tabes fruste. Quelquefois, on fait le diagnostic de gastrite chronique ou de cancer, plus souvent d'ulcère de l'estomac; Tedesko a publié deux cas de tabes avec hématémèse dans lesquels la laparotomie avait été faite pour un prétendu ulcus. Notons encore que Klippel et Mathieu Weill ont décrit, au cours de l'ulcère gastrique, des manifestations polynévritiques susceptibles d'être confondues avec le tabes et méritant un diagnostic différentiel (Rauzier). En ce qui concerne le *pronostic*, les hématémèses du tabes ne sont pas graves par elles-mêmes, car elles sont rarement abondantes et ne s'accompagnent jamais de perforation gastrique, mais elles dénotent un caractère particulièrement intense des crises gastriques.

Malheureusement, le *traitement* de ces crises est encore à trouver, car tous les médicaments essayés (pyramidon, belladone, morphine, extrait de cannabis) et toutes les applications locales de glace, pulvérisations d'éther, vésicatoires morphinés, courants continus, ne donnent pas toujours de résultats certains. Quelquefois la ponction lombaire soulage les malades. Comme traitement de l'hématémèse, on conseille les boissons glacées, absorbées en petite quantité, l'ergotine, le chlorure de calcium. Dans l'intervalle des crises, on fera le traitement général du tabes, on surveillera l'hygiène et le régime alimentaire, de façon à éviter la répétition des crises gastriques, qui épuise le malade, et peut le conduire à la cachexie ou à la tuberculose.

M. BRELET.

(1) SAINTON et TRONC. Les crises gastriques des tabétiques, *Gaz. des hôpit.*, 8 et 15 février 1908.

(2) J.-Ch. ROUX. *Manuel des maladies du tube digestif*, 1907.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

[SÉANCE DU 10 MAI 1912 (*fin*)]

A propos de la tuberculose inflammatoire. — M. MILIAN apporte, à l'appui des idées défendues par M. Poncet, sa grande expérience clinique doublée d'un atticisme philosophique, qui nous fait regretter d'autant plus, de ne pouvoir reproduire, en entier, sa communication.

La méthode de M. Poncet, dit M. Milian, c'est-à-dire l'observation clinique, a toujours été à l'origine de toutes les découvertes médicales.

On demande à M. Poncet des observations bien prises, quelques « bonnes observations », plutôt que des vues générales. On oublie que, avant d'établir le bilan tuberculeux inflammatoire d'un appareil, il a observé, puis publié des observations qu'il a même parfois cherchées dans l'histoire, comme celle de Calvin, que d'autres en ont publié à leur tour. Et réellement, c'est supposer une méthode bien enfantine à l'inventeur de l'actinomycose, que d'avoir l'air de croire qu'un matin, à son réveil, bien disposé par un sommeil réparateur et peuplé de songes médicaux, il s'asseye devant sa table d'écrivain et construise de toutes pièces la pathologie d'un système.

Est-ce une mauvaise méthode que celle schématisée dans le sommaire du chapitre III du livre de Poncet et Leriche, sur le « rhumatisme tuberculeux ». On y lit :

I. *Le rhumatisme tuberculeux existe-t-il ? — La pathologie générale l'exige.*

1° Preuves cliniques;
2° Preuves expérimentales;
3° Preuves anatomo-pathologiques et bactériologiques.

Les trois espèces de rhumatisme tuberculeux : *a.* granulique; *b.* avec bacille de Koch dans l'article; *c.* sans lésion spécifique et sans bacille.

Comme souvent, en matière de discussion, on fait volontiers dire à M. Poncet plus qu'il ne dit ou ne pense. C'est ainsi que parlant du diabète, de la paralysie générale, du tabes, des aortites, des anévrismes de l'aorte, etc., comme pouvant être d'origine tuberculeuse (?) et relevant de la tuberculose inflammatoire, il n'affirme pas, mais généralement il nous communique une impression, laissant à d'autres l'avantage de se couvrir de gloire, en infirmant ou en confirmant la chose par un travail original.

Il y aurait certes grand intérêt à se pénétrer de la doctrine de M. Poncet qui cherche, derrière la maladie de l'organe, la cause de cette maladie et, par suite, une thérapeutique adéquate à cette cause.

Pour quitter la thérapeutique, n'est-il pas plus satisfaisant pour l'esprit d'admettre, par exemple, avec M. Poncet, l'explication de la tuberculose inflammatoire pour un grand nombre de syndromes alors que la plupart d'entre nous les acceptent comme expliqués quand on leur dit qu'ils sont de nature arthritique?

A franchement parler n'est-il pas plus scientifique, après les diverses statistiques qui ont été publiées sur la comptodactylie dans ses rapports avec la tuberculose, d'admettre qu'elle est une forme de tuberculose inflammatoire scléreuse des surtouts articulaires des phalanges, plutôt que d'accepter, comme on le fait encore aujourd'hui, qu'elle est un stigmate de neuro-arthritisme et produite par une lésion de la moelle cervicale?

Entre les deux explications il ne semble pas que l'on puisse hésiter un seul instant.

La tuberculose inflammatoire, quoique d'allure clinique généralement torpide, est donc bien vivace, et il y a tout lieu de penser que, entre autres services rendus, elle fera bientôt disparaître la diathèse arthritique de la pathologie française (car elle est inconnue à l'étranger) comme l'étiologie tuberculeuse a déjà fait disparaître la scrofule.

M. Antonin PONCET. « Le débat sur la tuberculose inflammatoire me paraît clos.

Je tiens à remercier notre collègue Milian de l'appui que m'a apporté son intervention si autorisée.

Si, dans le feu de la discussion, j'ai pu heurter quelques-uns de nos collègues, je me hâte de m'en excuser ; je les prie de recevoir l'expression de ma profonde estime et de toute ma sympathie. » (*Applaudissements.*)

(SÉANCE DU 17 MAI 1912)

Traitement de la fièvre typhoïde par les lavements de cultures tuées de bacilles d'Eberth. — MM. Jules COURMONT et ROCHAIX (de Lyon), après avoir montré que l'introduction, dans le gros intestin, de cultures de bacilles d'Eberth, tuées à + 53 degrés, vaccine l'homme et les animaux contre l'infection éberthienne, ont eu l'idée de traiter les typhiques par la même méthode. Quatre de leurs collègues des hôpitaux (MM. Bret, Lesieur, Mollard, Mouisset) ont traité ainsi leurs typhiques en 1911. Les résultats sont encourageants.

Cent soixante et onze malades, non traités, ont donné 20 morts, soit 11,6 p. 100. Sur 39 malades traités (27 litres 800 de culture en lavements) on n'a eu que 2 morts, soit 5 p. 100 (3 morts si on compte un cas de bronchopneumonie suppurée).

Plusieurs cas ont été nettement abrégés, la défervescence étant survenue de façon hâtive et inattendue.

Huit malades ont eu des rechutes, mais peu graves.

Le traitement est absolument inoffensif, et ne présente aucun inconvénient.

En présence de ces résultats encourageants, et surtout de l'innocuité absolue du traitement, on est en droit de l'essayer. L'avenir prononcera. Les auteurs conseillent deux lavements journaliers de 100 centimètres cubes jusqu'à la défervescence, et quelques lavements pendant la convalescence.

Crise de tachycardie paroxystique à forme auriculaire chez une jeune fille atteinte de sténose mitrale. — MM. E. BARIÉ et Daniel ROUTIER. Les auteurs rapportent une observation de tachycardie paroxystique survenue chez une mitrale, l'accès a duré neuf heures, le cœur battait à 192 à la minute avec pulsations violentes des jugulaires; au point de vue subjectif : palpitations douloureuses, pas de dyspnée. Pendant la crise il y a eu une baisse de la pression artérielle et du taux des urines et une légère ascension thermique.

Le tracé montre qu'il s'agit d'une forme auriculaire de tachycardie, le soulèvement *a* très prononcé est à 2/15 de seconde en arrière du soulèvement de la pointe du cœur. Un autre soulèvement plus petit est noté *c*.

Les trois jours suivants il y a bradycardie jusqu'à 44 le deuxième jour. La malade est sujette à des crises d'extrasystoles et en a notamment présenté une de deux jours de durée avec anurie.

L'épreuve de l'atropine a été positive : accélération 70 à 100 à la minute.

Les auteurs concluent à une forme auriculaire de tachycardie et d'origine extrasystolique, ils font remarquer la fréquence de production de ces crises chez les mitraux, mais ne se prononcent pas sur le rôle joué dans cet accès par le système nerveux ou le tissu musculaire cardiaque.

M. LAUBRY demande si dans le cas de M. Barié on a pris un électro-cardiogramme, et il insiste sur l'utilité de ce nouveau procédé de recherche. Dans toute tachycardie paroxystique, auriculaire ou ventriculaire, il y a un point de départ anormal des excitations. Dans l'observation qu'on vient de rapporter, il semble bien qu'au point de départ sinusal normal il y ait eu substitution d'une autre origine anormale. Il insiste sur l'influence du rétrécissement mitral sur l'apparition de la tachycardie paroxystique, et se demande s'il faut faire intervenir l'hypotension ou si la dilatation de l'oreillette gauche n'est pas susceptible d'influencer le point de départ des excitations cardiaques.

Il a souvent constaté la présence de tachyarythmie consécutive, et dans un cas ce fut l'électrocardiogramme qui montra qu'il s'agissait de tachyasystolie auriculaire.

M. BARIÉ ne croit pas qu'il y ait de rapport absolu entre la dilatation de l'oreillette et la tachycardie.

M. JOSUÉ insiste sur l'intérêt considérable des crises de tachycardie au cours de rétrécissement mitral et croit qu'on peut arriver souvent à faire avorter la crise, soit en provoquant chez le malade un effort de déglutition, soit en lui administrant un vomitif.

M. LAUBRY, sans vouloir s'expliquer sur la physiologie si complète de la tachycardie paroxystique et sur ses causes intracardiaques et nerveuses, croit cependant au rôle considérable joué par l'excitation du nerf accélérateur. L'action de la thérapeutique indiquée par M. Josué prouve le rôle du tonus provoqué du vague sur l'excitation du nerf accélérateur.

Un cas sporadique de fièvre de Malte. — MM. P.-Emile WEIL et P.-D. MÉNARD présentent l'observation d'un malade atteint, depuis sept mois, de fièvre de Malte typique, encore en pleine évolution. Le diagnostic, qui put être porté par la suite clinique, fut assuré par le séro-diagnostic à 1/700 et à 1/1200, et par la déviation du complément; mais les recherches microbiennes restèrent toujours négatives.

Il fut impossible aux auteurs d'élucider le mode de contamination dans ce cas parisien. Dans ces conditions, ils se demandent si la mélitococcie n'est pas plus fréquente encore dans nos régions que les observations, cependant déjà nombreuses, ne tendent à le faire croire.

Septico-pyohémie à staphylocoques dans la convalescence de la fièvre typhoïde. — MM. MOSNY et J. DUMONT rapportent l'observation d'un malade robuste, habituellement sujet aux éruptions furonculeuses, qui fut atteint d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité. L'existence de cette dothiénentérie fut prouvée par une hémoculture qui permit d'isoler l'Eberth à l'état de pureté. Au bout d'une quinzaine de jours, la température était retombée à 37 degrés, mais remontait bientôt et oscillait entre 39 et 40. On ne pouvait trouver, pour expliquer cette hypothermie, qu'un foyer de râles fins à la base droite et une éruption furonculeuse au niveau des aines et des

fesses. Malgré les incisions, malgré les injections intraveineuses d'électrargol, les suppurations sous-cutanées se multiplièrent, la fièvre prit le type ectique avec grandes oscillations, elle s'accompagna de frissons violents et de sueurs abondantes.

L'examen clinique ne permit de déceler ni endocardite aiguë, ni albuminurie. L'état général resta satisfaisant et ne déclina rapidement que dans la dernière semaine de la maladie, qui dura près de deux mois. L'existence d'une septicémie à staphylocoques dorés fut prouvée par six hémocultures qui permirent d'isoler chaque fois à l'état de pureté le germe pathogène.

L'autopsie montre de nombreux abcès de poumons et des reins contenant des staphylocoques; il n'y avait ni lésion hépatique, ni lésion myocardite grave.

Abcès du cerveau par coup de couteau. Lymphocytose céphalo-rachidienne. — MM. Ch. Achard et F. Saint-Girons. Le malade qui fait le sujet de cette observation donnait des renseignements peu précis sur le traumatisme; il disait avoir reçu, une quinzaine de jours avant, un coup de couteau sur la tête ; il s'était fait faire un pansement et la plaie avait guéri. Eprouvant des maux de tête et de la fatigue, il entra à l'hôpital. On trouvait à l'examen du crâne une petite cicatrice avec une légère tuméfaction indurée. Il n'y avait aucun signe de lésion cérébrale en foyer, mais des phénomènes méningés : signe de Kernig, hyperesthésie, inégalité pupillaire, décubitus en chien de fusil, rétraction du ventre, pouls à 50, sans fièvre. Le liquide céphalo-rachidien était limpide et renfermait de l'albumine et de nombreux lymphocytes sans microbes. Le malade resta apyrétique, plus ou moins somnolent, avec des variations dans l'état du pouls et des pupilles. A la fin survint une hémiparésie droite. La lymphocytose rachidienne persista. La mort survint trois semaines après l'entrée du malade.

A l'autopsie on découvrit une lame de couteau implantée dans la cavité cranienne et brisée au ras de l'os. Elle avait pénétré par un orifice net et linéaire dans le pariétal gauche et s'enfonçait dans l'hémisphère à 5 centimètres de profondeur. Un gros abcès rempli de pus verdâtre à staphylocoque l'entourait. L'abcès occupait le centre ovale, affleurant le putamen et se prolongeant en arrière jusqu'au voisinage de la corne occipitale du ventricule latéral. Au point de pénétration, les méninges étaient à peu près saines et sans suppuration. Cette particularité explique la réaction lymphocytaire constatée pendant la vie, et dont on connaît d'ailleurs plusieurs autres cas. Ce n'est pas, en effet, la réaction cytologique de l'abcès qui détermine la formule leucocytaire du liquide céphalo-rachidien, mais bien celle des méninges, et celle-ci, dans ce cas, avait été lente et discrète.

L'absence de signes localisés s'explique par le siège sous-cortical des lésions hémisphériques. Il n'en est pas moins remarquable de voir évoluer sans fièvre un abcès staphylococcique.

Ce cas est intéressant pour le diagnostic clinique entre la méningite tuberculeuse et les réactions méningées qui la peuvent simuler.

Il présente, en outre, un intérêt médico-légal en raison de la latence de la lésion et de la facilité avec laquelle on a pu méconnaître la présence d'un volumineux corps étranger.

Enfin ce traumatisme, qui perfora le crâne comme à l'emporte-pièce, témoigne de l'habileté peu commune avec laquelle a été manié le couteau et dont on ne trouve guère d'exemple que chez les plus dangereux malfaiteurs.

Les acidoses graves en dehors du diabète. — MM. Marcel Labbé et Bith ont eu l'occasion de voir deux malades présentant sans qu'il y ait diabète un état d'acidose avec troubles mentaux des plus nets et dont l'un s'est terminé par le coma acétonique. Ces malades avaient toutes deux le foie malade. Chez l'une, on constata à l'autopsie une dégénérescence graisseuse de cet organe; chez l'autre, des troubles passagers de la glyco-régulation, de l'urobilinurie et de l'amino-acidurie. On peut donc penser qu'à côté de l'acétonurie simple, phénomène banal au cours des infections des intoxications, on peut rencontrer, en dehors du diabète, des diacéturies et oxybutyries, et que ces éliminations sont sous la dépendance d'une atteinte de la glande hépatique.

M. Netter croit que l'acidose joue un rôle important dans la production des vomissements incoercibles. Il a constaté dans un cas plus de 22 grammes d'acide oxybutyrique dans les urines; ce qui est embarrassant, c'est qu'il est bien difficile de savoir à quel corps de la série acétonique il convient d'attribuer le rôle principal. Il insiste sur l'importance d'une thérapeutique rapidement instituée dans des cas semblables. Il a observé une femme de vingt-trois ans, tombée brusquement, en pleine santé, dans le coma, avec raideur et paraplégie qui avait fait penser à une méningite cérébro-spinale. L'odeur acétonique de l'haleine de la malade permit de porter le diagnostic d'autant qu'une ponction lombaire prouvait l'absence de toute réaction méningée. Un traitement par le bicarbonate de soude à hautes doses fit rapidement cesser tous ces accidents et la malade guérit.

M. Netter, chez l'enfant, a observé souvent des faits analogues, et rappelle combien il est fréquent de trouver chez les rougeoleux cette odeur acétonique de l'haleine. Les vomissements cycliques reconnaissent souvent comme cause l'acétone chez les enfants en bas âge. Toute modification brusque de l'alimentation, même lorsque celle-ci est indiquée, provoque la présence dans l'organisme, d'une quantité considérable de corps de la série acétonique.

M. Marcel Labbé dit qu'il est parfois difficile de s'entendre sur les dosages d'acide oxybutyrique par exemple. C'est ainsi que les chimistes allemands et français trouvent des chiffres totalement différents chez des malades morts dans le coma et variant de 30 à 40 grammes pour les premiers, à 4 ou 5 grammes pour les seconds. Il y a donc là une technique différente et il conviendrait, avant de pratiquer de nouvelles recherches, que tous les chimistes se mettent d'accord sur une technique identique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 15 mai 1912)

Septicémie d'origine appendiculaire. — M. Sieur fait un rapport sur une observation de M. Dehelly (du Havre). Il s'agit d'un jeune soldat qui, en février 1911, fut atteint d'accidents appendiculaires suraigus qui nécessitèrent l'intervention immédiate. On trouva du pus, l'appendice perforé. On draina, on fit des injections d'huile camphrée, on donna des lavements de sérum. Les suites furent bonnes. Huit ou dix jours après, température à 39°5, signes de pleurésie, ponction, liquide louche. La température reste à 39, le pouls à 95, 600 grammes seulement d'urine dans les vingt-quatre heures, nouveaux signes de pleurésie. Une nouvelle intervention est décidée; on resèque plusieurs côtes; on ouvre largement la plèvre. L'état général s'améliore, mais le malade reste fatigué et affaibli, avec de la céphalée, des douleurs vagues, de la rachialgie, de la raideur de la nuque. On fait une ponction lombaire qui dénote une tension élevée, une grande abondance de lymphocites. On croit à une méningite tuberculeuse, mais les accidents disparaissent rapidement et le malade guérit complètement. Il ne s'agissait donc pas d'une infection tuberculeuse, mais bien d'une septicémie d'origine appendiculaire; l'appendicite, dans ce cas, ayant été suivie de pleurésie et de méningite appendiculaires.

Anesthésie générale par les injections intramusculaires d'éther. — M. Faure apporte deux nouveaux cas dans lesquels ce mode d'anesthésie a donné de bons résultats.

M. Sébileau revient sur l'observation de M. Peugniez (d'Amiens). Il estime que ce mode d'anesthésie ne convient pas aux ablations de fibromes naso-pharyngiens. Il faut, pour ces opérations, une anesthésie, pour ainsi dire, segmentaire, c'est-à-dire qu'on puisse interrompre et reprendre à volonté. Or une fois qu'on a injecté de l'éther dans le tissu musculaire des fesses, il n'est plus possible d'interrompre l'action anesthésique.

A propos de polypes naso-pharyngiens, M. Sébileau revient sur cette doctrine qu'il a déjà défendue. En présence d'un polype naso-pharyngien, on ne sait jamais d'avance si l'opération sera facile ou difficile, s'il y aura peu ou beaucoup d'hémorragie.

Il convient alors, quand on s'engage dans une opération de ce genre, de prendre toutes ses précautions et de s'attendre à tout. C'est pourquoi M. Sébileau conseille toujours de faire d'abord une laryngotomie intercricothyroïdienne. Il préfère également fendre directement le voile du palais que de recourir à l'incision naso-jugale ou à la rhinotomie latérale.

M. Pozzi dit que, dans ces sortes d'opérations, il s'est très bien trouvé de l'anesthésie à l'aide du tube porté sur le voile du palais et de l'hémostase par l'aspiration à l'aide de l'appareil de Laurens.

M. Sébileau s'élève contre les assertions de M. Pozzi et maintient la nécessité de la laryngotomie préventive.

M. Delbet pense que pour les opérations sur la bouche les anesthésiques généraux administrés à l'aide des appareils qu'il a présentés doivent être préférés à tous les autres modes d'anesthésie. Il passe en revue une série d'expériences faites avec des injections intraveineuses d'oxygène et de chloroforme, l'anesthésie par la voie rectale, l'injection de chloralose dans les veines, les injections intramusculaires d'éther qui manquent encore de base expérimentale. M. Delbet rapporte l'observation suivante qui lui a été communiquée par M. Picot, de l'hôpital Necker. Un malade, atteint de hernie de la vessie, est endormi par le chloroforme, opéré et sort guéri. Il revient avec une ulcération de mauvaise nature de la langue. On décide une amputation partielle de celle-ci. On a recours à l'anesthésie par les injections d'éther dans les fesses. On fait la ligature préalable de la carotide externe gauche, la ponction laryngée. Le malade, qui pèse 56 kilos, a reçu 50 centimètres cubes d'éther. Anesthésie complète parfaite. Le pouls, de 90 monte à 100. L'opération a duré quarante-trois minutes. Il y a un réveil brusque, le pouls est à 140 et très peu de temps après le malade a une crise épileptiforme. Il a ainsi plusieurs crises. Le pouls est toujours à 140, malgré la spartéine et la digitaline. Le malade meurt le lendemain dans une cinquième crise. L'autopsie n'a pu révéler la cause de la mort. M. Delbet ajoute que, dans les expériences qu'il a faites sur les animaux, il a vu se produire, à la suite d'injections intramusculaires d'éther, ces accidents convulsifs.

M. Tuffier, bien que peu partisan d'un mode d'anesthésie dont on ne peut arrêter l'action à volonté, s'est laissé aller, poussé par son entourage, à essayer dans deux cas l'anesthésie par les injections d'éther dans les fesses. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme qui a souffert atrocement de ces injections, qui a eu une anesthésie très difficile et qui, en revanche, a dormi trois heures après l'opération. Dans le second cas, c'était un homme, déjà un peu cachectique, atteint d'un abcès du foie. Il avait de la bronchite chronique. Ne voulant pas recourir à l'anesthésie ordinaire, M. Tuffier fit injecter à ce malade, qui pesait 73 kilos, 70 centimètres cubes d'éther dans les fesses. Ici, l'anesthésie fut insuffisante et, dans la journée, ce malade eut des accès de suffocation et succomba le soir avec des phénomènes de cyanose.

Hernie ombilicale avec paroi abdominale obèse en besace. — M. Demoulin fait un rapport sur un travail de M. Dujarrier, basé sur plusieurs cas de hernie ombilicale avec ventre en besace, opérés avec succès par la suture transversale.

M. Demoulin fait l'historique de cette question. L'idée de la suture transversale, dans ces cas, remonterait à Duchamp (de Saint-Etienne) en 1893. Quoi qu'il en soit, des statistiques qu'a pu réunir M. Demoulin il résulte que les résultats immédiats comme les résultats éloignés de ces opérations sont généralement satisfaisants.

Présentation de malades. — M. Morestin montre plusieurs malades : une femme qui était atteinte d'une hernie ombilicale avec un ventre qui lui tombait au niveau des genoux, une jeune fille qui avait un étranglement du nez avec saillie du côté gauche très disgracieuse, un jeune garçon qui avait les pavillons de ses oreilles très écartés de la région mastoïdienne. Ces trois malades sont merveilleusement restaurés.

La femme a un ventre plat, la jeune fille un visage des plus réguliers et des plus agréables et le petit garçon des oreilles plaquées contre la tête; tout cela a été opéré sans que, à une certaine distance, on puisse apercevoir la moindre cicatrice.

M. Delorme a demandé la parole pour dire combien il trouvait remarquables les résultats obtenus par M. Morestin, et qu'il croyait être l'interprète de la Société tout entière en l'en félicitant.

PRATIQUE MÉDICALE

LE PITYRIASIS VERSICOLOR

Par M. M. Byl.

Le pityriasis versicolor est caractérisé par de larges taches de couleur café au lait (Sabouraud) disséminées ou réunies en placards plus ou moins étendus. Le siège habituel de cette lésion est le médio-thorax. Parfois toute la région thoracique en avant et en arrière est recouverte de taches et même parfois l'abdomen et la racine des cuisses.

Les taches de pityriasis versicolor présentent un signe caractéristique : le signe du *coup d'ongle*. En donnant un coup d'ongle sur la tache, on enlève une mince squame qui, au microscope, montre le parasite cause de la maladie. Ce microbe producteur est le « microsporum furfur ». La squame, examinée à 300 grossissements, montre un enchevêtrement de filaments mycéliens avec des nids de spores.

Le pityriasis versicolor est fréquent chez le tuberculeux, mais il est surtout familial. Entretenu par le port de la flanelle, il est chronique, dure de nombreuses années.

Un bon traitement pour le faire disparaître est la friction iodée. On frictionne légèrement les taches avec gros comme une noisette matin et soir d'iodex. L'iodex est une pommade renfermant 5 p. 100 d'iode libre et sans inconvénient pour l'épiderme; on peut employer ce traitement d'une façon prolongée, c'est-à-dire pendant plusieurs semaines. Les taches de pityriasis disparaissent alors. Mais il faut compter avec les récidives fréquentes. On devra faire désinfecter les flanelles et le linge de corps.

Certains auteurs utilisent contre cette affection les pommades chrysophaniques à 1 p. 100. Sabouraud préfère les frictions iodées et il donne cette formule :

Teinture d'iode...........	10 grammes.
Alcool à 60 p. 100........	70 —
Alcoolat de lavande.......	20 —

Le soufre ne paraît pas très actif. Certains épidermes sont rapidement irrités par l'action des frictions alcooliques; aussi préférons-nous utiliser la pommade iodex.

Le pityriasis surséborrhéique, lui aussi, se trouve bien de ce traitement iodé. Mais il est également influencé par la médication soufrée, tandis que sur le psoriasis stéatoïde fréquent dans cette région médio-thoracique antérieure il faudra emememployer les pommades cadiques fortes ou la chrysarobine en pommade à 1 p. 40.

Cette dermatose est résistante aux traitements.

En tout cas, l'usage prolongé de l'iodex est sans inconvénients et permet d'obtenir ainsi des résultats impossibles à atteindre avec d'autres applications iodées toujours caustiques.

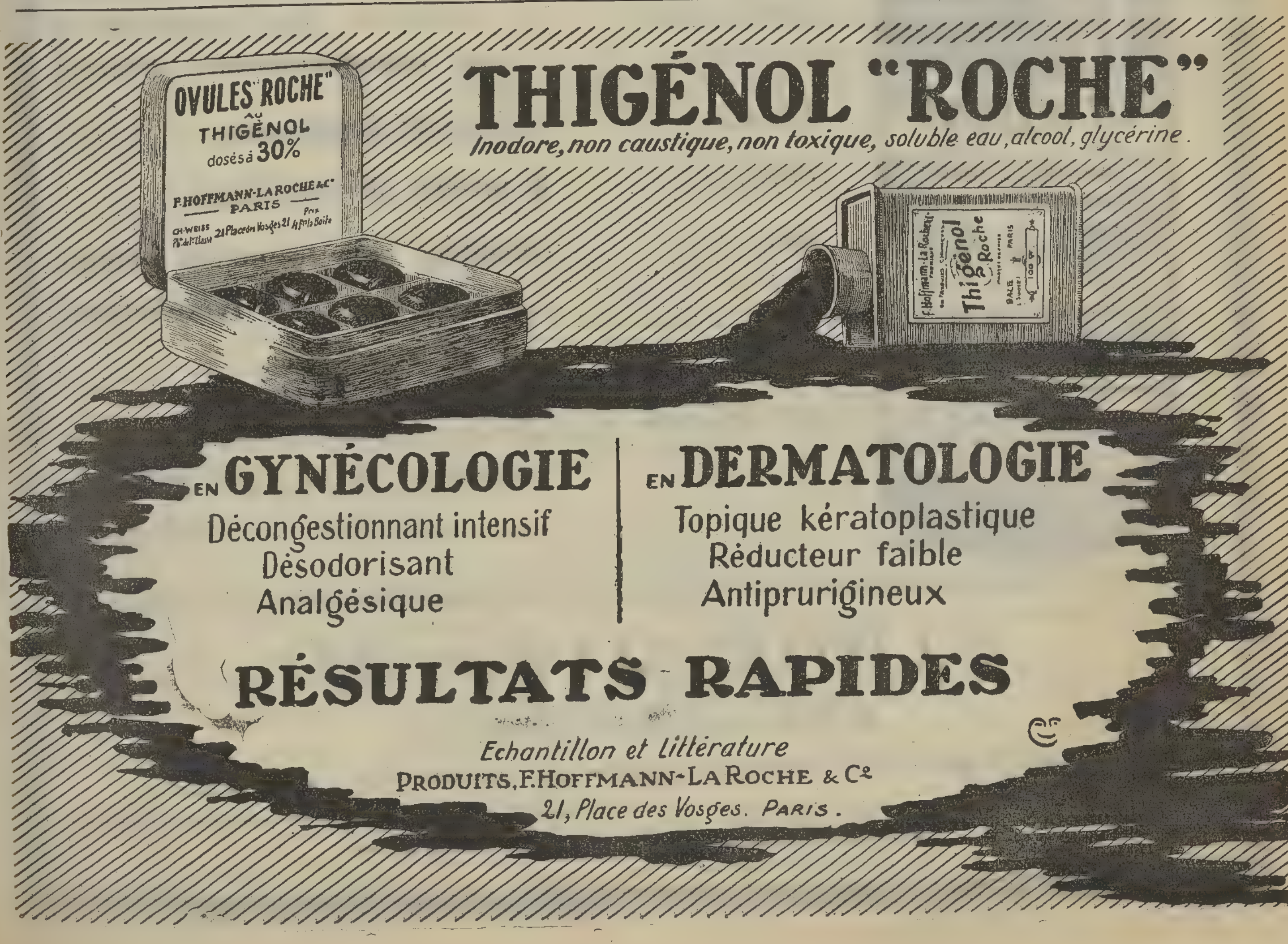
De la Cure radicale des sinusites maxillaires chroniques par voie endonasale. Méthode de Réthi-Claoué complétée par Mahu, par le docteur Arnal. — Th. de Paris. — Paris, Steinheil.

Les Bains carbo-gazeux dans la pratique journalière (indications, technique, résultats), (*Consultations médicales françaises*, fasc. 39), par le docteur A. Mougeot (de Royat-les-Bains), ancien interne des hôpitaux de Paris. In-16 de 24 pages. — Prix : 0 fr. 50, franco ; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.


PENSEZ... à
L'OSTÉOHÉPATINE
QUAND VOUS VOULEZ
REMINÉRALISER
RÉCALCIFIER
5 TABLETTES PAR JOUR
Médication
Récalcifiante intensive
par nature "assimilable"
Tablettes "Ostéohépatine"
Opothérapie osseuse et hépatique
associée assurant le maximum
d'absorption minérale. (Trav: Teissia, Robin, etc)
GEO·ROUX 12
LITT. & ÉCHANT. LABORATOIRE DE BIOLOGIE A. DANIEL-BRUNET. 5 Rue du Docteur Blanche PARIS


THIGÉNOL "ROCHE"
Inodore, non caustique, non toxique, soluble eau, alcool, glycérine.
OVULES "ROCHE" AU THIGÉNOL dosés à 30%
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie PARIS
EN GYNÉCOLOGIE
Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique
EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux
RÉSULTATS RAPIDES
Echantillon et Littérature
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges. PARIS.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-82

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve orale.* — Séance du 20 mai : MM. Israëls de Jong, 19 ; Faure-Beaulieu, Ramond, Halbron et Abrami, 18.

Séance du 21 mai. — MM. Laederich, Boidin et Rivet, 18 ; Lemierre et Armand-Delille, 19.

Prochaine séance, vendredi 24 mai, à quatre heures et demie, à la salle des Saints-Pères.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 20 mai : MM. Mathieu, 17 ; Kendirdjy, 19.

— Concours de dentiste des hôpitaux. — *Epreuve orale de prothèse.* — Séance du 20 mai. — Question donnée : « Redressement d'une incisive latérale supérieure droite en rotation sur l'axe à 90 degrés. »

MM. Schæfer et Izard, 17 ; Guilly, 19 ; Coustaing et Vaysse, 15.

Consultation écrite. — Séance du 21 mai. — MM. Izard, 29 ; Coustaing et Vaysse, 28 ; Guilly, 29 ; Schæfer, 28.

Prochaine séance, jeudi 23 mai, à l'hôpital Boucicaut.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 20 mai. — MM. Guillon, $9 + 6 = 15$; Strauss, $17 + 7 = 24$; Janin, $16 + 8 = 24$.

Prochaine séance, vendredi 24 mai, à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu.

MAISON DÉPARTEMENTALE DE NANTERRE. — Concours d'internat. — Séances du 16 mai 1912. — *Epreuve d'obstétrique.* — Ont obtenu : MM. Narcy, 12 ; Joubrel, 13 ; Couette, 14 ; de l'Ecluse, 8 ; Bobillier, 12 ; Chamboissier, 12 ; Lemercier, 10.

Epreuve de pathologie infantile. — Question tirée : « Diagnostic et traitement de la tuberculose péritonéale chez un enfant de cinq ans ». — Ont obtenu : MM. Narcy, 13 ; Chamboissier, 12 ; Bobillier, 13 ; Couette, 10 ; Joubrel, 14 ; de l'Ecluse, 12 ; Lemercier, 9.

Séances du 18 mai. — *Epreuve d'anatomie pathologique.* — Ont obtenu : MM. Lemercier, 7 ; de l'Ecluse, 12 ; Narcy, 14 ; Couette, 6 ; Bobillier, 9 ; Joubrel, 13 ; Chamboissier, 8.

Epreuve de médecine opératoire. — Question tirée : « Ligature de l'humérale à la partie moyenne du bras. » — Ont obtenu : MM. Lemercier, 7 ; de l'Ecluse, 18 ; Narcy, 14 ; Couette, 15 ; Bobillier, 16 ; Joubrel, 13 ; Chamboissier, 10.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Narcy, Joubrel, de l'Ecluse, Couette, Bobillier, internes titulaires ; Chamboissier et Lemercier, internes provisoires.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Toulouse. — M. Rispal, agrégé des facultés de médecine, chargé d'un cours de bactériologie à la Faculté de médecine de Toulouse, est nommé professeur de bactériologie à cette Faculté.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — M. Merle, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. Nageotte, docteur en médecine, est nommé professeur au Collège de France (enseignement et étude de l'histologie comparée).

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Il est institué, au ministère de l'intérieur, une commission extraparlementaire chargée d'établir un projet de code de la protection de l'enfance.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur L.-E. Perrier, directeur de l'Etablissement thermal d'Euzet-les-Bains.

INSTITUT DE PUÉRICULTURE DE PORCHEFONTAINE. — Les docteurs en médecine et les étudiants en fin de scolarité désirant effectuer un stage à l'Institut de puériculture de Porchefontaine peuvent s'adresser au docteur R. Raimondi, directeur de l'Institut de puériculture ou au secrétariat, 4, rue Boissière, à Paris.

Tous renseignements seront donnés concernant la durée et le fonctionnement du stage.

CONFÉRENCES D'OPHTALMOLOGIE PRATIQUE. — M. le docteur Poulard commencera le lundi 3 juin, à trois heures, ses

RENSEIGNEMENTS

conférences d'ophtalmologie pratique et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Ces conférences, avec exercices et présentations de malades, sont destinées aux étudiants et aux médecins praticiens. Elles ont pour objet l'étude des maladies des yeux que tout médecin praticien doit connaître et traiter.

Elles auront lieu dans l'amphithéâtre des cours de l'hôpital Lariboisière.

Pour faciliter l'organisation de ces conférences, il est préférable de s'inscrire auprès du docteur Canque, assistant d'ophtalmologie à l'hôpital Beaujon.

L'inscription est gratuite.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COURS D'INSTRUCTION DU SERVICE DE SANTÉ EN CAMPAGNE (1912)

(Gouvernement militaire de Paris.)

Directeur technique : M. le médecin principal de première classe Boisson, médecin en chef de l'École de guerre.

Directeur adjoint : M. le médecin principal de deuxième classe Piussan (de Versailles).

Première série (médecins et officiers d'administration de réserve) : 3 au 22 juin.

Deuxième série (médecins et officiers d'administration de l'armée territoriale, pharmaciens de réserve et de l'armée territoriale) : 13 au 22 juin.

TABLEAU DU SERVICE JOURNALIER

Lundi 3 juin. — Val-de-Grâce : 8 h. Appel des officiers convoqués pour la première série. Remise des lettres de convocation et des feuilles de déplacement. — 9 h. Répartition des officiers dans les formations sanitaires. — 10 h. Rapport de chacun des médecins chefs des formations sanitaires dans le local qui lui est affecté. (Tous les officiers assistent au rapport de la formation à laquelle ils appartiennent.) — 3 h. Première conférence générale par l'officier supérieur d'état-major : « Constitution générale d'une armée. »

Mardi 4. — Val-de-Grâce : 8 h. Deuxième conférence générale par le directeur technique : « Organisation générale du service de santé de l'armée en campagne. Adaptation du matériel du service de santé de 1892 au fonctionnement du règlement du 26 avril 1910 » — 3 h. Troisième conférence générale par l'officier supérieur d'état-major : « L'état-major et les services. Les ordres. » — 4 h. Conférences spéciales par chaque médecin chef de formation : « Composition de la formation sanitaire en personnel et matériel. »

Mercredi 5. — *a.* Pour les médecins : 7 h. (terrain de manœuvre de Bagatelle). Le service de santé régimentaire étudié à l'occasion d'un service en campagne exécuté par un bataillon d'infanterie sur le terrain de manœuvre de Bagatelle. — *b.* Pour les officiers d'administration : 8 h. (quai de la Rapée, 10). Conférence spéciale avec démonstration pratique : « Commandement et administration d'une section d'infirmiers militaires. » — *c.* Pour tous les officiers (Val-de-Grâce) : 3 h. Quatrième conférence générale par l'officier supérieur d'état-major : « Notions sur le combat. » — 4 h. 15. Cinquième conférence générale par le directeur technique : « Le service de santé pendant les périodes de mobilisation, de transport stratégique, de concentration. »

Jeudi 6. — Val-de-Grâce : 8 h. Sixième conférence générale par le directeur technique : « Le service de santé du corps d'armée en station, en marche et au combat. » — 9 h. 30. Conférences spéciales. *a.* Pour les médecins par le médecin divisionnaire : « L'hygiène des cantonnements et des bivouacs. » — *b.* Pour les officiers d'administration : « Etude résumée de l'instruction du 23 janvier 1910 sur le service d'approvisionnement dans les corps et services. » — 3 h. Conférences spéciales par chaque médecin chef aux officiers de la formation sanitaire : « La formation sanitaire à la mobilisation, en station, en marche. »

Vendredi 7. — Val-de-Grâce : 8 h. Septième conférence générale par M. l'officier d'administration de première classe : « L'alimentation en campagne, les organes de ravitaillement, les réquisitions. » — 9 h. 30. Conférences spéciales. *a.* Pour les médecins : « Les pertes par les maladies et par le feu dans les guerres contemporaines. » — *b.* Pour les officiers d'administration : « La comptabilité dans les formations sanitaires en campagne. » — 3 h. Conférences spéciales dans chaque formation sanitaire par M. l'officier d'administration gestionnaire : « Le service administratif dans l'intérieur de la formation. »

Samedi 8. — Val-de-Grâce : 8 h. Huitième conférence générale par le directeur technique : « Les évacuations. L'hospitalisation dans la zone des armées et sur le territoire national. » — 9 h. 30. Conférences spéciales. *a.* Pour les médecins : « Le classement des malades et des blessés au point de vue des transports. » — *b.* Pour les officiers d'administration : « Mobilisation d'une section d'infirmiers militaires. Constitution des divers détachements affectés aux diverses formations sanitaires. »

Dimanche 9. — Repos.

Lundi 10. — Val-de-Grâce : 8 h. Neuvième conférence générale par le directeur technique : « Le service de santé des étapes avant, pendant et après la bataille. » — 9 h. 30. Conférence spéciale pour les officiers d'administration : « Rédaction des actes de l'état civil aux armées. » — Quai de la Rapée, 10 : 3 h. Démonstration pratique pour tous les officiers par le médecin chef de l'ambulance 1 : « Matériel d'une ambulance et d'une section d'hospitalisation. »

Mardi 11. — Val-de-Grâce : 8 h. Dixième conférence générale par le médecin divisionnaire : « Remplacement des ambulances immobilisées. Réapprovisionnement. L'inhumation et l'assainissement du champ de bataille. Les actes de l'état civil aux armées. » — 9 h. 30. Conférences spéciales par chaque médecin chef : « Quand ? Où ? Comment entre en action la formation sanitaire ? » — Quai de la Rapée, 10 : 3 h. Démonstration pratique pour tous les officiers par le médecin chef de l'hôpital d'évacuation : « Matériel d'hospitalisation de l'hôpital d'évacuation. » (A cette occasion sera montré le matériel d'un hôpital de campagne, type 1892.)

Mercredi 12. — Quai de la Rapée, 10 : 8 h. Démonstration pratique par le médecin chef de l'ambulance 1 : « Installation de l'ambulance dans les hangars du magasin à fourrages du quai de la Rapée. Arrivée d'une salle automobile d'opérations ; son fonctionnement. » — 3 h. Fonctionnement réel (avec malades figurés) de l'ambulance immobilisée. Service des médecins traitants. Services généraux.

Jeudi 13. — Val-de-Grâce : 8 h. Appel et répartition des médecins convoqués pour la deuxième série. — 8 h. 30. Onzième conférence générale par M. le médecin chef de l'ambulance 2 : « Notions sur la mobilisation. Ordre et lieux de mobilisation. Mesures à prendre dès la mobilisation pour les officiers du corps de santé. Arrivée à destination. » — Quai de la Rapée, 10 : 3 h. Démonstration pratique par le médecin chef de l'ambulance 1 : « Fonctionnement réel de l'ambulance immobilisée. Libération de l'ambulance. L'ambulance aux mains de l'ennemi. Devoirs et droits du personnel. Ravitaillement de l'ambulance. »

Vendredi 14. — Val-de-Grâce : 8 h. Douzième conférence générale par le pharmacien-major de l'hôpital d'évacuation : « Purification des eaux en campagne. » — 9 h. 15. Conférences spéciales. *a.* Pour tous les officiers de la deuxième série par le médecin divisionnaire : « Résumé des conférences générales faites précédemment aux officiers de la première série. » — 10 h. 30. *b.* Pour les pharmaciens par le pharmacien-major de l'ambulance 1 : « Le rôle des pharmaciens militaires dans les armées en campagne. » — 10 h. 30. *c.* Pour les officiers d'administration : « Fonctions du gestionnaire d'un hôpital militaire. » — Magasins de Vanves : 3 h. Démonstration pratique pour tous les officiers par le directeur technique : « Visite du matériel du service de santé du magasin régional de Vanves. »

Samedi 15. — Val-de-Grâce : 8 h. Réunion des officiers par formations sanitaires. Instruction du médecin chef sur les emplois attribués à chaque officier dans l'intérieur de la formation pour les exercices d'application. — 9 h. Conférences spéciales pour les officiers de la deuxième série. *a.* Pour les médecins : « Le rôle des médecins traitants dans un hôpital militaire. » — *b.* Pour les pharmaciens : « Service pharmaceutique dans un hôpital. Comptabilité pharmaceutique » — *c.* Pour les officiers d'administration : « Comptabilité, matières et comptabilité, denrées d'un hôpital militaire. » — Rendez-vous fixé la veille : 3 h. Démonstration pratique par le médecin chef du groupe des brancardiers de corps : « Composition d'un groupe de brancardiers (divisionnaire ou de corps). Manœuvres des groupes de brancardiers. » Assistent à cette manœuvre les médecins et les officiers d'administration de la première série. — Val-de-Grâce : 3 h. Conférences spéciales pour les officiers de la deuxième série : *a.* Pour les médecins et les pharmaciens : « Expertises chimiques portant sur les principaux aliments en usage dans les armées en campagne. » — *b.* Pour les officiers d'administration : « Les actes de l'état civil aux armées. Exercices de rédaction. »

Dimanche 16. — Repos.

(A suivre.)

URÉMIE DIGESTIVE
SIMULANT LE CANCER DU PYLORE (1)

Par M. CASTAIGNE,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Beaujon.

Messieurs,

En présence de malades sujets à des troubles digestifs, il vous arrivera parfois d'être fort embarrassés pour découvrir la cause réelle, le *primum movens* de ces désordres gastro-intestinaux. Dans certains cas, ils relèvent exclusivement d'une néphrite chronique concomitante qui passe inaperçue, d'où des erreurs d'interprétation et de thérapeutique souvent des plus fâcheuses.

Les rapports entre les affections rénales et les troubles digestifs sont beaucoup trop complexes pour pouvoir être discutés dans les limites d'une leçon. Aussi me bornerai-je, pour aujourd'hui, à vous entretenir d'un groupe bien précis de ce genre de faits, me réservant de compléter, dans des leçons ultérieures, le chapitre si important des manifestations gastro-intestinales tributaires des affections rénales.

Pour le moment, je veux vous parler des désordres gastriques simulant le cancer de l'estomac, qui ressortissent aux néphrites chroniques. Je vous communiquerai des observations à l'occasion desquelles il nous sera loisible d'étudier les grandes lignes du diagnostic et du traitement de ces troubles digestifs, traitement, vous le savez, diamétralement opposé à celui qu'impose un néoplasme stomacal.

*
* *

La première de ces observations a trait à une femme que je n'ai pas été à même de voir durant sa maladie, mais dont je connais l'histoire pathologique qui, vous allez vous en rendre compte, comporte un très important intérêt pratique.

Cette malade, âgée de quarante-deux ans, avait présenté, plusieurs mois avant son hospitalisation, des désordres digestifs consistant en une inappétence générale, plus marquée cependant pour les viandes, en vomissements tantôt aqueux (le matin), tantôt alimentaires (après les repas). De temps en temps s'effectuaient des rejets particulièrement abondants dans lesquels on retrouvait des substances ingérées depuis un ou deux jours. Il va sans dire que la malade, du seul fait de cette non alimentation, dépérissait progressivement. La répétition incessante de ces vomissements, ces stases prolongées des aliments, l'état cachectique de la patiente étaient bien de nature à impressionner défavorablement le médecin traitant.

Un beau jour ce dernier constata, à l'occasion d'une de ces crises de vomissements abondants, un melæna des plus indubitables. Il ne lui en fallut pas davantage pour se convaincre que la malade était atteinte d'une sténose du pylore de nature cancéreuse. Il la fit diriger sur l'hôpital.

Là, le diagnostic primitif fut confirmé après quelques jours d'observation de la nouvelle hospitalisée. Devant la persistance obstinée des vomissements et la constatation d'hémorragies intestinales, on se crut autorisé à soumettre la malade à une gastro-entérostomie, sans rechercher plus attentivement s'il existait réellement un néoplasme. L'opérée ne sortit pas de sa torpeur chloroformique et mourut dans le coma.

On me demanda de faire pratiquer par mon interne l'autopsie de cette femme, autopsie que je tins à faire moi-même. En voici les résultats :

Il n'existait aucune sténose, nul cancer stomacal (ou intestinal). En revanche on découvrit une néphrite chronique démontrée par l'état scléreux des deux reins, dont l'un pesait 90 grammes et l'autre 50 grammes. L'examen histologique des deux glandes urinaires prouva, de façon indiscutable, qu'elles étaient toutes deux atteintes de néphrite chronique interstitielle.

Nul doute que cette dernière fût seule responsable de ces accidents gastriques qui avaient fait croire, de très bonne foi, à l'existence d'un cancer du pylore.

Je ne puis m'étendre sur le cas de cette première malade que j'ai vue seulement post mortem ; j'ai dû me borner à vous signaler les principaux symptômes observés sur elle par d'autres médecins et le genre de thérapeutique auquel elle fut soumise.

*
* *

La seconde observation clinique que je veux vous communiquer est calquée sur la précédente ; la malade, par contre, ne fut pas opérée, de telle sorte que j'ai pu suivre l'évolution de son mal.

Elle avait été soignée chez elle pour des troubles analogues à ceux que je vous ai énumérés tout à l'heure. Ils avaient débuté par des désordres gastriques vagues accompagnés d'hyperchlorhydrie (je reviendrai par la suite sur les rapports reliant l'hyperchlorhydrie et les lésions rénales). Pendant deux à trois mois elle avait eu un appétit exagéré coïncidant avec des troubles gastriques, de vraies fringales l'obligeant à s'alimenter sans cesse.

Par la suite, cette hyperchlorhydrie et cet état de faim persistante furent remplacés par un dégoût général pour les aliments, dégoût plus prononcé encore à l'égard de la viande. Survinrent des vomissements se déclarant après les repas, vomissements qui allèrent se répétant de plus en plus ; souvent on put retrouver dans les matières expulsées des substances ingérées plusieurs jours auparavant.

A la consultation de Saint-Antoine où elle se rendit, on procéda sur le champ à l'examen de son suc gastrique. Cette façon d'agir était de règle dans le service de M. Hayem où les investigations de cette nature étaient conduites avec un très grand soin. On nota l'absence d'acide chlorhydrique libre, la diminution très appréciable de l'acide chlorhydrique combiné, et l'on se crut en face d'un cancer de l'estomac.

De plus, on rechercha si les matières fécales ne contenaient pas de traces de sang ; les réactions mises en œuvre à cet effet furent nettement posi-

(1) Leçon recueillie par le docteur J. Darricarrère.

tives. La constatation de sang dans le tube digestif, l'étude du suc gastrique, la connaissance des symptômes présentés par la malade et de son dépérissement progressif étaient bien faits, encore ici, pour suggérer l'idée d'un cancer stomacal. On conseilla à la malade d'entrer dans mon service.

Dès que je l'eus examinée pour la première fois je ne pus m'empêcher de concevoir un grand doute sur la justesse des soupçons formulés par ceux qui l'avaient vue antérieurement. En dehors des symptômes décrits par la malade, elle en présentait d'autres témoignant d'une néphrite chronique hydrurique. Sa tension artérielle, considérable, oscillait entre 28 et 30 au lieu de se tenir entre 15 et 17.

Pareille constatation ne concordait nullement avec la notion que nous avons de l'effet hypotenseur coutumier aux maladies cachectisantes. Les urines de la malade, abondantes, presque exclusivement aqueuses, contenant en dissolution peu de substances, offraient à l'analyse un léger disque d'albumine. Si, en semblables circonstances, l'on recherche dans quelles conditions s'effectue l'élimination d'une injection de bleu de méthylène, on s'aperçoit qu'elle se prolonge pendant quatre ou cinq jours au lieu de se terminer normalement en cinquante heures environ. Ce fut le cas de notre hospitalisée, qui avait une rétention chlorurée et azotée très manifeste ; l'urée contenue dans le sang atteignait 2g50 à 3 grammes par litre au lieu de 0g50, chiffre normal.

Je me trouvais devant une malade présentant des symptômes gastriques ayant fait croire à l'existence d'un cancer mais qui, en même temps, offrait tous les signes d'une néphrite hydrurique (urines claires et abondantes, hypertension artérielle, bruit de galop, hypertrophie cardiaque). En la circonstance, vu par ailleurs que les signes de ce prétendu cancer producteur d'une sténose pylorique étaient purement subjectifs, j'étais en droit de me demander si les troubles digestifs ne relevaient pas uniquement de cette néphrite chronique.

Aussi priai-je M. Béclère, dont vous connaissez la grande compétence en la matière, de pratiquer une radioscopie de l'estomac de notre malade dans le but de me renseigner sur l'existence ou l'absence d'une tumeur. Sa réponse fut des plus explicites; il m'informa de la distension extrême de la poche stomacale, poche essentiellement atone qui descendait fort bas ; rien, absolument rien, ne l'autorisait même à soupçonner un obstacle pylorique.

Avec de tels éléments de diagnostic je rejetai l'hypothèse d'un cancer stomacal ; l'évolution de la maladie allait corroborer l'exactitude de l'opinion qui m'avait incité à rattacher tous les troubles observés à une néphrite chronique.

Peu de temps après, en effet, malgré l'observation d'un régime sévère aussi peu intoxiquant que possible, en dépit des soins les plus attentifs, la malade glissait dans un coma auquel elle ne tarda pas à succomber.

Son autopsie révéla l'existence d'une néphrite chronique interstitielle typique, l'absence de toute lésion gastrique, cancéreuse ou autre.

Si cette malade, à qui une opération avait été conseillée, n'a pu triompher de sa maladie, c'est que son affection était beaucoup trop avancée. La gravité en était attestée par le degré très marqué de son imperméabilité rénale et aussi par le taux élevé de l'urée retenue dans son sérum sanguin. La constatation de 2 à 3 grammes par litre de cette substance dans le sang comporte une valeur pronostique grave, quelle que soit la théorie ou l'idée que l'on se fasse de l'urémie.

Ces deux observations cliniques juxtaposables, copiées l'une sur l'autre, ces deux autopsies de tous points identiques démontrent clairement que les accidents digestifs relevaient en ces circonstances, purement et simplement, d'une néphrite chronique.

*
* *

En voici une troisième qui, pour n'avoir pas été suivie d'une nécropsie, n'en offre pas moins un très grand intérêt. Elle va vous montrer l'heureuse influence que peut exercer en semblable occurrence l'application d'un traitement approprié et aussi l'effet malencontreux produit par un régime contre-indiqué en ces occasions.

Il s'agit d'un malade âgé de cinquante-six ans transporté à l'hôpital en plein coma ; il y était conduit par sa femme qui a pu nous fournir tous renseignements utiles sur l'affection de son mari.

Elle nous raconta que depuis plusieurs mois il présentait des troubles gastriques se manifestant par des vomissements alimentaires qui se répétaient à tout instant. Ils avaient déterminé un amaigrissement et un anéantissement qui étaient allés sans cesse croissant, jusqu'au jour où était survenu un état de torpeur, lui aussi, rapidement progressif.

Le médecin traitant n'avait pas hésité à porter le diagnostic de cancer stomacal. Partant de cette opinion qui lui semblait indiscutable, il avait été amené par un raisonnement très logique à alimenter son malade au moyen de substances très nutritives, ingérées sous forme liquide ou semi-liquide, réparties par petites doses plusieurs fois répétées dans la journée. Il fallait, à son sens, grâce à des aliments susceptibles de franchir l'obstacle situé au niveau du pylore, s'efforcer de soutenir les forces défaillantes du malade, s'opposer aux progrès de la cachexie menaçante. Jus de viande, viandes finement pulvérisées, jaunes d'œuf, purées tamisées, tel fut le régime prescrit au malade. Je le répete, cette méthode était conforme à l'idée que se faisait le praticien de l'affection en cause. Cette alimentation richement azotée, son ingestion par petites doses cadraient à merveille avec la conviction qu'il avait affaire à un cancéreux, dont il fallait assurer la nutrition en empêchant le retour des vomissements.

Au dire de la femme, son mari avait paru tout d'abord quelque peu s'améliorer ; les vomissements avaient diminué de fréquence et d'intensité (j'oubliais de vous apprendre qu'il recevait aussi des injections de sérum artificiel). Mais bientôt, au fur et à mesure que l'assimilation semblait mieux s'effectuer, le patient était retombé dans une torpeur, s'accentuant bientôt au point de se transformer en un état comateux, qui avait engagé la femme du malade à le conduire à l'hôpital.

La première chose qui me frappa en l'examinant, ce fut l'odeur fortement ammoniacale de son haleine, révélatrice d'une intoxication urémique ; je constatai en outre un myosis des plus prononcés. La tension artérielle était de 25 ; le cœur, volumineux, faisait entendre un bruit de galop. La palpation de l'estomac et de la région pylorique ne me permit de sentir aucune tumeur.

En présence de ce coma, que tout me permettait de supposer de nature urémique, il fallait agir au plus tôt. Immédiatement fut pratiquée une saignée qui évacua 600 grammes de sang, saignée qui fut suivie d'une ponction lombaire ; ces deux interventions avaient pour but de soustraire à l'organisme, une partie appréciable des substances nocives qui l'intoxiquaient. En raison de la tension exagérée du liquide céphalo-rachidien, il en fut extrait 20 centimètres cubes. L'examen du sang et du liquide rachidien nous apprit qu'ils contenaient, l'un et l'autre, 1g50 d'urée par litre, chiffre dénotant une sensible rétention d'urée.

La mise en œuvre de cette thérapeutique d'urgence provoqua un changement presque subit dans l'état du malade qui, bientôt, s'essayait à parler.

Je le soumis à un régime hydrique, constitué par trois litres d'eau lactosée à 50 pour 1 000, et lui fis injecter du sérum glucosé. Après trois jours de ce traitement de famine, que l'on ne saurait prolonger davantage, l'amélioration était des plus manifestes.

Je dois ajouter que, durant ces trois mêmes jours, il se produisit des vomissements et une diarrhée abondante fétide, ammoniacale, que je me gardai bien de tenter de tarir, car ils jouaient incontestablement un rôle de désintoxication pour le moins aussi efficace que notre thérapeutique.

Je procédai à des lavages d'estomac et d'intestin qui aidèrent à l'expulsion de matières fétides. La désintoxication fut tellement prompte, qu'au bout de quatre à cinq jours, accidents gastriques et torpeur avaient totalement disparu ; le malade demandait à manger. Il fut mis à un régime hypoazoté qu'il se garda bien de transgresser ; sans tarder, il quittait le service. Il est bien entendu que si son hypertension était, lors de son départ, diminuée, il n'en conservait pas moins un cœur hypertrophié avec son bruit de galop, une élimination rénale insuffisante, des urines abondantes et légèrement albumineuses.

Ainsi, ces grands troubles gastriques, simulant ceux du cancer et de la sténose pyloriques, s'étaient amendés, et pour cause, par le traitement de la néphrite chronique.

Avant d'en finir avec l'observation de ce malade, je vous prie de remarquer que le résultat de la thérapeutique dictée par ce diagnostic d'accidents gastriques tributaires d'une néphrite chronique fut des plus consolants. Ce second traitement tardif était à tout le moins venu à temps réparer l'effet fâcheux de ce régime antérieur de viandes et de légumes secs, qui n'avait pu qu'accentuer les accidents de rétention azotée présentés déjà par le malade. On l'a dit avec raison, « rien n'est dangereux comme la logique, quand elle a un point de départ faux ».

Voilà trois observations typiques, dont l'étude nous autorise à formuler certaines conclusions utiles.

Très fréquemment la néphrite chronique hydrurique donne lieu, au cours de son évolution, à des troubles gastriques rappelant à s'y méprendre ceux du cancer de l'estomac. C'est un fait connu depuis longtemps, auquel (vous pouvez vous en rendre compte) on ne songe cependant pas assez souvent.

En face d'un malade présentant les symptômes fonctionnels habituels du cancer de l'estomac, il faut toujours avoir soin (si nul signe objectif certain de tumeur n'a été relevé), de rechercher les signes de la néphrite chronique. Leur découverte ne légitime pas l'exclusion du cancer (les deux affections peuvent être associées), mais elle permet de se demander si les troubles digestifs ne ressortissent pas exclusivement à la lésion rénale. Aiguillé dans cette voie, quand d'un côté on ne peut trouver aucun signe positif de tumeur et que, de l'autre au contraire, on constate des signes positifs, incontestables, de néphrite hydrurique et de rétention azotée, dans ces cas, dis-je, on est autorisé à conclure à l'existence de phénomènes urémiques.

Le corollaire tout naturel d'un diagnostic est l'indication thérapeutique. Rappelez-vous le malade de notre première observation, opéré pour une sténose du pylore qui n'existait pas ; n'oubliez pas davantage l'histoire du troisième, soigné pour un cancer aussi peu réel, et dont l'état fut indubitablement aggravé par l'alimentation hyperazotée qu'il avait rigoureusement observée.

*
* *

Les déductions thérapeutiques sont, ici comme ailleurs, commandées par la pathogénie des faits.

Je crois que les troubles consécutifs aux néphrites chroniques sont dus à des rétentions multiples. Vous savez que, dans les néphrites à forme hydrurique, l'urine élimine une très petite quantité des substances toxiques de l'organisme qui, de ce seul fait, sont maintenues en excès dans les humeurs et le sérum sanguin. Parmi ces dernières, il en est une, l'urée, que l'on a plus particulièrement recherchée et retrouvée dans le sang ; c'est la constatation de sa présence à un taux anormal dans le sang qui dicte le pronostic de ces affections rénales.

Nul doute qu'à côté de l'urée, je le répète, il n'y ait beaucoup d'autres substances nocives dans le sang de ces malades. M. Chauffard en étudiant la présence de la cholestérine dans le sérum a remarqué qu'elle était spécialement abondante au cours des néphrites chroniques ; il estime qu'il en existe beaucoup d'autres, malheureusement difficiles pour le moment à isoler ou à doser. Dans la pratique, on s'en réfère exclusivement, de nos jours, au dosage de l'urée. Est-elle inférieure à un gramme par litre, l'avenir du malade n'est pas des plus sombres ; au-dessus de ce taux et surtout au-dessus de 2 grammes, le pronostic est grave, très grave.

Cette rétention, dans l'organisme, de l'urée et d'autres substances toxiques incapables de franchir la barrière rénale explique les troubles gastro-intestinaux de nos malades. Les poisons que ne peuvent expulser les reins s'éliminent par le tube digestif ;

de là les vomissements, la diarrhée, les hémorragies de l'estomac et du duodénum; car ces substances irritantes sont susceptibles de produire des ulcérations et, par suite, des pertes sanguines. Dès lors, l'évolution des accidents digestifs d'origine urémique est aisée à concevoir; le tube digestif supplée à l'impuissance fonctionnelle des glandes rénales. Par suite la thérapeutique aura pour objectif la suppression des aliments azotés provocateurs de troubles gastro-intestinaux et de torpeur, d'urémie digestive.

Le traitement de ces troubles urémiques variera suivant leur intensité.

Les accidents légers, initiaux (inappétence, vomissements) appelleront un régime sévère, sans plus. Un à deux jours de diète purement hydrique ou d'eau lactosée viendront souvent à bout de ces symptômes.

S'ils sont plus marqués, s'ils résistent à cette thérapeutique simple, il est indiqué de recourir, en outre, à des lavages d'estomac qui faciliteront l'élimination des substances toxiques. Par la suite le malade devra se soumettre à un régime hypoazoté, car il est constant que les substances azotées sont plus particulièrement propres à engendrer les troubles dont nous parlons. Notre troisième malade a vu son état s'aggraver par l'usage de la viande et des légumes secs qui, ces derniers, sont aussi très riches en azote; leur suppression dissipa les accidents. J'ai revu ce dernier malade récemment, trois ans après l'avoir soigné pour sa crise comateuse. Il conserve sa néphrite chronique, mais n'a jamais vu reparaître ses troubles digestifs grâce à l'observance rigoureuse du régime que je lui ai prescrit.

Si vous avez affaire à des vomissements et diarrhées incoercibles accompagnés de coma, c'est qu'il s'agit le plus souvent d'une urémie terminale nécessitant un traitement énergique qui, malgré tout, a peu de chances de triompher du mal. N'hésitez pas à recourir à une large saignée, à la ponction lombaire, aux lavages de l'estomac et de l'intestin. Parfois (ce fut le cas de notre dernier malade) vous verrez tous les troubles s'amender; mais, je le répète, les succès sont rares dans des cas aussi prononcés, qui évoluent généralement vers la mort.

Comme conclusion pratique de cette leçon retenez cette notion, à savoir que les néphrites chroniques peuvent donner lieu à des troubles digestifs simulant le cancer stomacal, et apprenez à éviter une erreur de diagnostic dont la conséquence serait l'emploi d'une thérapeutique susceptible d'aggraver considérablement l'état du malade confié à vos soins.

DE L'ADÉNOPATHIE TRACHÉOBRONCHIQUE

Par M. Pierre MAUREL,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin consultant à la Bourboule.

Nous voyons à la Bourboule de nombreux cas d'adénopathie trachéobronchique. Nous avons cru intéressant de relever dans nos observations ce qui a trait à la nature de ces adénopathies et d'en retracer l'évolution clinique avec quelques déductions au point de vue du pronostic et du traitement.

* * *

Nous ne ferons qu'énumérer les symptômes principaux : signes de compression des veines superficielles et profondes, toux coqueluchoïde, troubles laryngés, matité au niveau de l'aire ganglionnaire antérieure et postérieure, diminution du murmure vésiculaire, souffle bronchique interscapulo-vertébral, signe de Smith, signe de d'Espine, enfin résultats radioscopiques et radiographiques.

Le diagnostic d'adénopathie trachéobronchique une fois établi, reste un point très important; l'adénopathie est-elle tuberculeuse ou non? Et avant de rechercher la cuti-réaction on doit s'adresser aux signes généraux. Ils peuvent à eux seuls faire le diagnostic.

Dans le cas de tuberculose le malade est en général pâle et maigre, chétif, à thorax étroit, d'aspect souffreteux. Les traits sont tirés et fatigués. La peau est mate, sèche, rugueuse, avec système pileux très développé et à veines apparentes. On trouve dans l'aisselle, au cou, aux aines, de petits ganglions durs, isolés, roulant sous le doigt. C'est la micropolyadénie qui, chez l'enfant, est un signe très important du début de la tuberculose. Chez quelques malades le thermomètre atteint 38-38°5 le soir. Chez d'autres il n'y a pas de fièvre. Une courbe irrégulière avec poussées fébriles autour de 38 degrés est un avertissement sérieux, surtout quand elle s'accompagne d'amaigrissement, quand le malade s'anémie et se cachectise. Alors, quand les signes physiques d'adénopathie trachéobronchique sont bien accusés, quand ils suivent une évolution irrégulière mais progressive, on doit penser à la tuberculose.

Un des bons signes de la nature tuberculeuse de l'adénopathie est la persistance des symptômes. Toute adénopathie qui se prolonge doit être suspecte. D'après d'Espine quand les signes stéthoscopiques persistent nettement et sans modifications pendant cinq à six mois on peut admettre la tuberculose surtout s'il y a des symptômes généraux. A plus forte raison si on peut craindre une contagion possible ou même si le malade est simplement dans un milieu et des conditions peu hygiéniques.

* * *

D'autre part, mais c'est moins fréquent, l'adénopathie peut être non tuberculeuse. Les adénopathies simples surviennent après la bronchopneumonie de la rougeole ou à la suite de la coqueluche. On la note

aussi après les affections de la muqueuse nasopharyngée, des amygdales, du larynx, de la trachée et des bronches. On la rencontre encore dans la grippe, la fièvre typhoïde, la fièvre ganglionnaire, les oreillons, l'érysipèle, l'impétigo.

Les signes physiques sont les mêmes que dans l'adénopathie trachéobronchique tuberculeuse mais ils sont peut-être moins accusés, plus variables, plus mobiles... Et surtout ils sont moins persistants. Cette moindre persistance, il est bon de le redire, est un des meilleurs éléments du diagnostic qui se fera surtout d'après l'évolution, en plus de l'étiologie.

Les signes de l'adénopathie trachéobronchique inflammatoire évoluent et disparaissent rapidement. Dans les formes légères les adénopathies simples aiguës s'éteignent avec la maladie causale. Il y en a, à la suite de la grippe, qui durent deux à trois mois et disparaissent totalement. Dans d'autres formes les signes physiques persistent un certain temps malgré l'amélioration des signes fonctionnels et de l'état général. Puis ils s'atténuent pour s'effacer définitivement. La maladie peut guérir complètement sans laisser de traces.

Dans d'autres cas il y a rémission mais ce peut être une étape de la tuberculose. Les signes, après avoir disparu, reparaissent. Il faut alors faire attention à la tuberculose, il y a une évolution latente qu'on peut taxer de guérison si elle se prolonge mais un foyer bacillaire peut persister dans les ganglions. Des accidents aigus de méningite et de tuberculose pulmonaire peuvent éclater après des années de guérison apparente. Ces longues trêves qui peuvent faire croire à la guérison ne sont pas une preuve de la nature non tuberculeuse de la maladie. Elles ont au contraire l'allure de la bacillose.

Enfin les symptômes, au lieu de disparaître, persistent. Alors en dehors des accidents locaux, médiastinaux ou pulmonaires, l'évolution se fait vers la généralisation tuberculeuse aiguë, la tuberculose pulmonaire chronique ou la cachexie chronique. Cette dernière est fréquente chez les très jeunes enfants et rappelle la cachexie des infections gastro-intestinales du premier âge, moins les troubles digestifs. Les malades peuvent aussi succomber aux accidents de compression des organes du médiastin ou aux complications pulmonaires.

* * *

Si l'adénopathie trachéobronchique n'est ni simple ni tuberculeuse elle peut être d'origine syphilitique mais c'est beaucoup plus rare. Elle peut s'observer à la période secondaire et à la période tertiaire ou être une manifestation de syphilis héréditaire. Les commémoratifs, les signes concomitants, les lésions ou stigmates spécifiques doivent mettre sur la voie. Les résultats rapides et heureux du traitement spécifique servent de pierre de touche.

Enfin si l'adénopathie n'est ni simple ni tuberculeuse ni syphilitique il faut penser à la leucémie et dans ce cas examiner le sang, la rate et les autres ganglions.

Nous ne ferons que mentionner le lympho-sarcome avec ses douleurs vives, ses œdèmes et son évolution rapide.

Pour le diagnostic de la nature de l'adénopathie trachéobronchique il faut aussi tenir compte de divers facteurs tels que l'âge, les conditions étiologiques dans lesquelles apparaît l'affection, l'état général, les antécédents personnels et héréditaires, les manifestations discrètes du côté des os, des articulations, de la peau, des ganglions, etc. Il faut d'ailleurs se rappeler que, même dans les cas les moins suspects, il est prudent de soupçonner la tuberculose et de la craindre toujours. D'après ce que nous avons vu nous pencherions vers cette opinion de Babonneix que, cliniquement, on pourrait n'admettre que l'adénopathie trachéobronchique tuberculeuse.

Enfin reste comme dernier et suprême recours, dans le cas de diagnostic encore douteux, la cutiréaction.

* * *

Le pronostic, au point de vue de l'avenir, dépend de la nature de l'adénopathie trachéobronchique. Comme le plus souvent elle est fonction de tuberculose le pronostic est souvent sévère. Il est naturellement plus grave dans l'adénopathie trachéobronchique tuberculeuse mais il n'est pas fatal. C'est une forme de tuberculose peu virulente, très curable. Elle offre prise au traitement et est d'un pronostic relativement bénin. Elle peut guérir quand elle est bien traitée. Aussi le traitement a une grande importance d'autant qu'il faut toujours craindre un réveil de la maladie même après une apparence de guérison qui est souvent incomplète. Ce ne peut être qu'une accalmie et il y a toujours danger de généralisation. Parfois la maladie peut rester très longtemps silencieuse et être compatible avec la santé et une longue vie mais reste un foyer bacillaire qui peut se rallumer sous diverses influences. Eclatent alors des accidents de granulie, de méningite, de tuberculose pulmonaire à évolution plus ou moins rapide. C'est toujours une grave menace pour l'avenir.

Il semble que les grosses adénopathies ne soient pas les plus mauvaises, mais il faut se méfier si elles n'ont pas tendance à s'améliorer et s'il y a compression multiple d'organes du médiastin. Les petites adénopathies qui semblent fondre rapidement sont d'un bon augure. Ce sont souvent des ganglions congestionnés et ils peuvent se résorber ou se scléroser. Le pronostic dépend aussi de l'état du poumon et surtout du diagnostic et du traitement précoce. Il faut la dépister de bonne heure et la traiter de suite. C'est à cette période d'extrême début, comme l'a dit Grancher, qu'elle est la plus curable de toutes les maladies chroniques. C'est alors que le traitement préventif a toute sa valeur. C'est à ce moment qu'il faut envoyer les malades faire des cures thermales en plus des traitements que nous allons indiquer. Bien traitée l'adénopathie trachéobronchique même tuberculeuse doit disparaître, mais il faut parfois prolonger le traitement pendant plusieurs années.

* * *

Comme thérapeutique c'est le traitement général

de la tuberculose : médication arsenicale à continuer longtemps avec interruptions et alternances des diverses préparations, liqueur de Fowler, cacodylates, eau de la Bourboule, etc. On prescrit aussi l'iodure de fer, le sirop iodotannique, l'huile de foie de morue, le glycérophosphate de chaux.

On fait faire de la révulsion sur le thorax, des applications répétées de teinture d'iode, des frictions stimulantes et de l'hydrothérapie.

On conseille la campagne, le grand air, la mer, surtout dans les formes torpides, des cures marines prolongées. Là on applique la formule de Grancher : double ration d'aération et d'alimentation et demi-ration de travail. Certains conseillent les cures de soleil soit dans un institut d'héliothérapie soit en montagne ou même au bord de la mer.

On ordonne une alimentation bonne et abondante mais elle ne doit pas être exclusivement azotée et doit comprendre des farineux en abondance.

Un point qui doit dominer est le traitement prophylactique. Il faut, dans la rougeole et la coqueluche surtout, traiter les manifestations bronchopulmonaires pour éviter toute chance de contamination par le bacille de Koch. Pendant la convalescence il faut prendre les précautions nécessaires surtout s'il y a possibilité de contagion. Il faut surveiller les ganglions et mettre l'organisme affaibli en bon état de résistance contre l'infection bacillaire. Il faut continuer un certain temps le traitement hygiénique, la vie au grand air dans de bonnes conditions. Il faut surveiller les aliments de manière à éviter l'ingestion de tout produit qui pourrait être contaminé par le bacille de Koch, en particulier le lait.

On devra adjoindre des saisons à la Bourboule, au Mont-Dore, à Challes, aux Eaux-Bonnes, aux eaux salines fortes. Personnellement nous avons toujours vu la cure de la Bourboule être très efficace comme moyen prophylactique en traitant le terrain prétuberculeux et comme moyen curatif pourvu qu'elle soit prolongée le temps nécessaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 13 MAI 1912)

Strongylose bronchique congénitale du mouton. — M. NEVEU-LEMAIRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 JUIN 1912)

Commission des épidémies. — M. WURTZ en faisant son rapport au nom de cette commission exprime le regret que les documents envoyés à l'Académie soient si rares.

Valeur actuelle de la thérapeutique antituberculeuse. — M. Louis RÉNON montre que la thérapeutique de la tuberculose a fait des progrès depuis quelques années, mais que ces progrès, qui ne sont nullement décisifs, semblent arrêtés à l'heure actuelle.

La sérothérapie antituberculeuse n'a pas tenu toutes ses promesses ; elle est inconstante dans ses effets, qui sont bons seulement dans un quart ou un cinquième des cas de tuberculoses aiguës fébriles.

La tuberculinothérapie ne peut être utilisée sans danger chez tous les tuberculeux. Ses indications pratiques se restreignent surtout aux tuberculoses apyrétiques, dont les lésions restent fixées dans une grande immobilité, lésions qu'elle termine souvent heureusement.

La base de la médication antituberculeuse demeure encore la défense de l'organisme par la vieille triade thérapeutique de la cure d'air, de la cure de repos non systématique et de la diététique non exclusive, aidées de la reminéralisation, de la recalcification, de la climatothérapie, de la crénothérapie, de l'opothérapie, de l'héliothérapie et de la collapsothérapie.

Pour ne pas continuer à stagner indéfiniment sur place, il est nécessaire d'orienter la phtisiothérapie dans des voies nouvelles. L'avenir est probablement dans la découverte des lois naturelles de la vaccination antituberculeuse spontanée et aussi dans la chimie physique qui, avec les actions catalytiques, protéolytiques et lipasiques des ferments et avec les effets mécaniques et les phénomènes d'absorption des colloïdes, dispose de forces considérables.

Jusqu'ici, malgré les progrès accomplis, le traitement de la tuberculose reste encore, dans beaucoup de cas, incertain et difficile. Comme il n'est pas encore réglé par un déterminisme scientifique, il demeure fonction directe de la valeur clinique du phtisiothérapeute.

Réflexopathie et réflexothérapie. — M. ZAWORSKI, en son nom et au nom de M. A. Marie, lit un travail sur une série de recherches relatives à cette question. De ces recherches, il résulte qu'on peut établir les trois lois suivantes :

1° Le malade ne souffre pas de l'organe ou de la lésion réflexogène. Il se plaint surtout du trouble réflexe engendré.

2° Une même lésion peut ne rien produire comme trouble réflexe ou produire des troubles différents suivant les malades.

3° Inversement, le même trouble peut être produit par des lésions différentes.

Sous le nom de réflexothérapie les auteurs entendent les effets thérapeutiques obtenus par action directe sur les centres nerveux, soit en supprimant la cause pathologique d'irritation, soit par une excitation artificielle provoquant, à son tour, des troubles réflexes utiles. Voici quelles sont, au point de vue thérapeutique, les conclusions de ce travail :

1° Les méthodes réflexothérapiques employées varient, non seulement avec les affections, mais aussi avec les individus.

2° Les résultats obtenus sont durables.

3° Les effets nocifs sont comme les effets thérapeutiques. Il ne faut pas cautériser trop fortement, dilater exagérément, percuter à côté ; on obtiendrait alors des résultats opposés à ceux que l'on cherche.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 9 MAI 1912)

Syndrome hémibulbaire gauche. — MM. LANDOUZY et SÉZARY. La malade présente : syndrome cérébelleux prédominant à gauche, myosis gauche, syndrome d'Avellis gauche, hémianesthésie et hémihypothermie droites pour les membres et gauches pour la face, la voie pyramidale est respectée. Ce cas se rapproche du syndrome décrit par MM. Babinski et Nageotte.

Myasthénie d'Erb et insuffisance surrénale. — MM. LANDOUZY et SÉZARY. La myasthénie était très prononcée, et s'accompagnait des symptômes de l'insuffisance surrénale : mélanodermie, douleurs dans la région cœliaque. Les réflexes tendineux et lumino-pupillaire étaient abolis : ils sont revenus sous l'influence de l'opothérapie surrénalienne, en même temps que s'atténuait la myasthénie ; d'abord la malade prenait 0g40 de poudre de surrénale ; elle quitta l'hôpital se croyant guérie, mais une rechute la ramena bientôt ; la poudre de surrénale, puis l'adrénaline restèrent sans effet ; des injections d'extrait glycériné puis l'ingestion de glande fraîche complétèrent la cure.

Une discussion s'élève, à propos des pseudo-myasthénies

d'origine surrénalienne. M. Sézary se base pour les éliminer sur l'existence de paralysies des nerfs craniens, qui manquent dans l'asthénie surrénalienne, sur la prédominance de la paralysie aux muscles de la nuque, et sur l'existence de crises de dyspnée d'effort. M. Claude a, dans un cas, observé l'abolition des réflexes et leur réapparition. M. Sicard a présenté à la Société, voici plusieurs années, avec M. Raymond, un myasthénique guéri par l'opothérapie ; de temps à autre, il fait des récidives que guérit l'opothérapie surrénale.

Syndrome thalamique et paralysie du grand dentelé. — MM. Borrel et Gardin. Le syndrome thalamique a débuté en 1890, progressivement, et s'accompagne de parésie droite avec exagération des réflexes, hémiathétose, sans signe de Babinski. Le grand dentelé, le trapèze et le romboïde sont paralysés sans traumatisme ni toxi-infection, il n'y a pas de syphilis, pas de lymphocytose céphalo-rachidienne.

Inversion des réflexes. — MM. Souques et Chauvet présentent un ancien hémiplégique guéri, chez lequel on constate l'inversion des réflexes tricipitaux des bras, et le réflexe controlatéral du genou droit. On trouve le signe d'Argyll et l'abolition des réflexes achilléens, ce qui permet de supposer la syphilis.

Sur l'origine corticale de la maladie de Parkinson. — M. Souques, à propos d'un homme de trente-deux ans, présentant la rigidité et le tremblement du membre supérieur droit, vient poser l'hypothèse de l'origine corticale, en se basant sur la propagation jacksonienne que peut présenter la maladie, sur la coexistence possible de troubles mentaux, et la constatation faite par divers auteurs de lésions corticales. MM. Ballet et Babinski disent que la maladie de Parkinson ne donne pas de troubles mentaux, ni d'exagération des réflexes, M. Ballet insiste sur les arthropathies. M. Thomas objecte l'absence du signe de Babinski, M. Déjerine, l'absence d'exagération des réflexes et de l'extension de l'orteil, et ajoute qu'il n'y a pas d'anatomie pathologique de la maladie. M. Claude a vu le tremblement et la rigidité commencer par le membre professionnellement fatigué, et fait ressortir l'importance des troubles de l'état général. M. Alquier, dans ses dix autopsies, n'a trouvé aucune lésion constante du névraxe des muscles ni des glandes internes ; cliniquement, la rigidité débute sans systématisation, et peut atteindre d'inégale façon les divers chefs d'un même muscle, le triceps brachial par exemple ; l'exagération des réflexes se limite à ceux atteints par la rigidité tant que celle-ci n'est pas trop prononcée ; enfin, il a vu plusieurs fois l'adjonction de troubles pseudo-bulbaires, qui peut-être suffisent parfois à créer un état ressemblant beaucoup à la maladie de Parkinson. M. Meige insiste également sur l'analogie de la maladie de Parkinson et du syndrome pseudo-bulbaire, et remarque que le malade de M. Souques présente le facies figé — et le tremblement des paupières, complète M. Sicard.

Contracture sans exagération des réflexes tendineux. — M. Babinski. La malade atteinte de la contracture en flexion, récemment décrite par l'orateur, présente des réflexes remarquablement faibles, l'excitation de la peau ou des parties profondes détermine une contracture intense et transitoire. M. Babinski propose de dénommer ce type : contracture cutanéo-réflexe par opposition au type ordinaire ou tendino-réflexe.

Hémiplégie gauche, syndrome pseudo-bulbaire et palilalie. — M. Trénel. Les phrases sont répétées plusieurs fois ; ce n'est pas l'écholalie, ni la stéréotypie, mais plutôt un phénomène spasmodique à rapprocher du pleurer spasmodique.

Astéréognosie corticale. — M. Déjerine et Mlle Pelletier montrent une femme qui, sans ictus, en causant, s'est mise à bredouiller, et sentit une gêne dans la main droite dont les deux premiers doigts se mirent en pince et présentent une astéréognosie surtout liée à l'écartement des cercles de Weber, les deux pointes n'étant perçues qu'avec un écart de 2 centimètres à 2 centimètres et demi. La sensibilité osseuse a été transitoirement atteinte sans trouble du sens des attitudes ni de l'identification primaire. M. Thomas cite un fait analogue avec grosse anesthésie des doigts.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 18 MAI 1912)

Quatre déterminations de pressions artérielles humaines directement relevées dans les vaisseaux. Comparaison avec les tensions artérielles simultanément obtenues chez les mêmes sujets au moyen de la méthode Riva-Rocci et de la méthode oscillométrique (appareil de Pachon). — MM. Dehon, Dubus et Jean Heitz concluent de quatre expériences chez l'homme que la méthode Riva-Rocci donne le chiffre de la pression systolique avec une erreur de 10 à 15 p. 100 ; que la méthode oscillométrique donne le chiffre de cette même pression systolique avec une erreur moyenne de 47 p. 100, mais qu'elle fournit le chiffre de la pression diastolique à 5 millimètres près.

Influence de la bile sur les fermentations colibacillaires. — Mlle Thérèse Baudulle. On sait que la bile sans entraver le développement numérique influence les propriétés fermentatives des microbes ; c'est ce qui résulte d'une série de notes publiées récemment par M. Roger, mais dans ces recherches on avait utilisé des cultures polymicrobiennes obtenues en semant dans de l'eau peptonée des traces de matières fécales, on peut donc se demander si la bile ne favorise pas le développement de certaines bactéries et n'entrave pas la végétation de quelques autres. Les modifications fermentatives s'expliqueraient ainsi par une sorte de sélection microbienne.

Pour déterminer la valeur de cette remarque l'auteur a repris l'expérience et a utilisé une culture pure de colibacille qu'elle a semée dans de l'eau peptonée additionnée de glucose.

Il résulte de ces dosages que la bile et les sels biliaires entravent l'action du colibacille sur le glucose, les doses moyennes exerçant une influence plus grande que les doses élevées.

Hypophyse et système pileux. — MM. Léopold-Lévi et Wilborts ont soumis un sujet atteint d'obésité colossale avec atrophie génitale à l'opothérapie hypophysaire et déterminé la sortie de poils sur le corps, l'augmentation des poils du pubis, l'apparition d'une moustache et de la barbe.

L'action de l'hypophyse sur le système pileux se produit, dans ce cas, par l'intermédiaire du testicule.

C'est un nouvel exemple d'infantilisme hypophyso-testiculaire.

Les centres gonostatiques et le rythme mensuel. — M. Pierre Bonnier. L'excitation de certains centres bulbaires par voie nasale, au point de Fliess, permet de rétablir le rythme mensuel normal, chez les dysménorrhéiques, en corrigeant les avances ou les retards.

L'auteur rapporte quelques cas rectifiés par ce procédé et dont la régulation s'est maintenue correcte depuis quatre ans.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 10 MAI 1912)

Traitement du tabes. — M. Leredde déclare que la thérapeutique du tabes doit être pathogénique et non éclectique ; comme l'auteur l'a établi au Congrès de dermatologie de Rome, le tabes guérit normalement par l'arsenobenzol, manié à doses suffisantes et pendant un temps suffisant ; les autres moyens de traitement peuvent et doivent être conservés à titre adjuvant.

Congrès des médecins scolaires. — M. Butte invite la Société de médecine à se faire représenter au premier congrès de médecine scolaire qui se tiendra à Paris du 20 au 23 juin sous la présidence effective de M. le ministre de l'Instruction publique.

Traitement comparatif de certaines dermatoses par le radium et la neige carbonique. — M. Masotti présente une série de malades atteints de diverses affections, lupus, épithélioma, nævi, traités et guéris par l'emploi du radium ou de

la neige carbonique. L'auteur étudie comparativement les avantages et les inconvénients de ces deux agents thérapeutiques et conclut à l'efficacité du radium sur l'épithélioma des muqueuses, à celle de la neige carbonique sur les nævi pigmentaires ou verruqueux de petites dimensions; contre les chéloïdes, les verrues séniles, la tuberculose de la peau, la neige carbonique est un moyen pratique qui donne de bons résultats.

Lésions rénales et prostatectomie. — M. MINET pose les indications de la prostatectomie dans l'hypertrophie de la prostate compliquée d'accidents du côté des reins; il donne des observations de malades opérés avec succès malgré l'albuminurie, les accès de pyonéphrose et même les accidents consécutifs à la néphrite. L'opération d'ailleurs ne doit être entreprise qu'après un traitement préalable et un examen complet des fonctions rénales et de l'état général.

M. LE FUR cite le cas d'un malade, prostatique, atteint de poussées de pyonéphrose, chez lequel la cystostomie suivie de prostatectomie, supprima complètement les poussées d'infection aiguë, mais l'infection rénale chronique persistant six mois encore après la néphrectomie, il fallut en même temps recourir à des lavages du rein et du bassinet pour éclaircir les urines; en même temps, on constata que le calibre de l'uretère primitivement très distendu était notablement diminué.

Les règles du traitement par l'arsenobenzol. Les questions de doses. — M. LEREDDE montre que les syphiligraphes, aujourd'hui, semblent d'accord pour réitérer chez tout malade, et en général à huit jours d'intervalle, les injections d'arsenobenzol. Sous l'influence des accidents méningitiques qui se sont produits chez des malades « paraissant » indemnes de lésions nerveuses, la plupart des auteurs français ne dépassent guère la dose de 0g005 par kilogramme, alors que chez le lapin, pour détruire en série le spirochète dans les lésions expérimentales, la dose nécessaire est de 0g01 par kilogramme. Cette technique est dangereuse, imprécise, non curative en série et expose aux « neurorécidives ». Il faut faire, à la période du chancre, avant que le sérodiagnostic soit positif, 3 injections de 0g60; dès que la séroréaction est positive, il faut dédoubler la première injection et en faire quatre à 0g20, 0g40, 0g60. On ne devra élever les doses que dans les cas où il n'y aura ni fièvre ni symptômes nerveux.

Par cette méthode progressive, les injections d'arsenobenzol sont curatives en série et guérissent les formes graves, en particulier celle du tabes.

Etude radiographique de l'absorption de certains corps employés en injections sous-cutanées, — A l'occasion d'une recherche radiographique sur la fémorale, M. E. LACAILLE a pu constater des traces importantes d'injection d'huile iodée faite six mois auparavant. N'y aurait-il pas lieu dans le traitement mercuriel, de rechercher par les rayons X les traces d'injection de mercure avant de faire un nouveau traitement?

De la sorte, on pourrait éviter les accidents possibles de sursaturation.

De l'impuissance génitale. — M. DARTIGUES étudie l'influence de l'abus génital sur la volonté virile, les rapports de la sexualité avec le génie, et surtout l'impuissance génitale « élective » provoquée par l'insuffisance vulvo-périnéale et pour laquelle l'auteur propose l'opération simple de la colpopérinéorraphie, suivie de l'application d'une méthode physiologique qu'il appelle myogénie.

— Prochaine séance, le 25 mai 1912, à quatre heures et demie

LIVRES NOUVEAUX

Bréviaire de l'arthritique (1), par le docteur Maurice DE FLEURY.

Ce nouveau livre s'adresse à la fois aux gens du monde et aux médecins. Il est généralement assez malaisé, dans ces sortes d'ouvrages, de tenir constamment le juste milieu qui leur conviendrait. M. de Fleury l'a, lui-même, si bien compris qu'il commence par s'excuser auprès de ses confrères d'écrire un livre de vulgarisation. Il aurait pu aussi s'excuser auprès des gens du monde d'être entré dans des détails un peu trop techniques. Mais notre confrère de Fleury a un talent d'écrivain, assez sûr de lui pour se jouer de ces difficultés et il trouve moyen de contenter tout le monde.

En effet, dans cette revue de toutes les manifestations de l'arthritisme, dans cette étude de cette diathèse si complexe, si variable dans ses symptômes, cousinant de si près avec d'autres états pathologiques, les gens du monde trouveront d'excellents conseils d'hygiène et de prophylaxie et les médecins une description très claire, une mise au point très nette des questions encore à l'étude et de méthodes de traitement et de régimes fort bien institués.

Après plusieurs chapitres consacrés à la physionomie générale de l'arthritisme, à ses causes, à l'arthritisme du nouveau-né, etc., M. de Fleury passe en revue l'entérite muco-membraneuse, les hémorroïdes, la migraine, les accidents cutanés, les bronchites, le rhume des foins, les lithiases, le rein mobile, la goutte, l'obésité, le diabète arthritique, les accidents du retour de l'âge chez l'homme, l'artériosclérose. L'énoncé seul de ces chapitres suffit pour montrer que l'auteur n'a rien oublié. Il termine par des conseils d'hygiène générale et d'hygiène alimentaire dont médecins et gens du monde pourront tirer profit.

Que pourrais-je dire du style toujours précis, alerte et élégant de notre collègue de Fleury qui n'ait déjà été dit maintes fois, sa réputation d'écrivain étant déjà depuis longtemps établie?

En lisant ce livre les gens du monde s'instruiront, ce qui n'est jamais à dédaigner, se moraliseront, pour ainsi dire, dans leur manière de vivre et y trouveront les moyens de se défendre contre les exigences de la vie mondaine de nos jours qui semble réunir les conditions les mieux requises pour faire des arthritiques, des neurasthéniques et des artérioscléreux. Quant aux médecins, ils y trouveront aussi beaucoup à prendre et même à apprendre. A. BROCHIN.

Manuel d'histologie pathologique, par les professeurs CORNIL et RANVIER, publié avec la collaboration de MM. le professeur LETULLE et le docteur BRAULT. 3e édit. entièrement refondue. *Tome IV et dernier*, avec la collaboration des docteurs A. Brault, Decloux, Klippel, Th. Legry, G. Milian, L. Ribadeau-Dumas, A. Courcoux, D. Critzman, N. Hallé. Vol. de 1642 p. avec 438 grav. en noir et en coul. dans le texte. — Prix : 45 francs. — Paris, F. Alcan.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE L'APPENDICITE AIGUE

DÉFINITION. — L'appendicite est l'inflammation de l'appendice iléo-cæcal; en réalité, une telle définition est incomplète; pour être d'accord avec les faits, il faut ajouter avec Roux (de Lausanne) : *toute appendicite est une péritonite*, dont le point de départ est la fosse iliaque droite, et dont la gravité peut varier d'une simple douleur éphémère, à l'infection suraiguë, qui tue le malade en deux jours. Les formes cliniques de l'appendicite aiguë représentent, précisément, les différents degrés de gravité de cette réaction péritonéale, véritable syndrome clinique, qui constitue la CRISE APPENDICULAIRE.

Il était classique autrefois de subordonner la description

(1) Un vol. in-16 de la Collection médicale, cartonné à l'anglaise. — Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

VIN DE BAUDON

ANTIMONIO-PHOSPHATÉ



EXCELLENT SUCCÉDANÉ
de l'HUILE DE FOIE DE MORUE

Recalcifiant accepté avec plaisir par les malades.

Affaiblissement général, Anémie, Lymphatisme, Scrofule, Rachitisme, Suppurations prolongées, Croissance, Maladies des Os, etc.

Très utile dans la
GROSSESSE & l'ALLAITEMENT

Un verre à Madère aux repas.

ELIXIR EUPEPTIQUE TISY

DIGESTIF COMPLET

Contient :
PANCRÉATINE
DIASTASE
PEPSINE
SÉCRÉTINE
ENTÉROKINASE



MARQUE DÉPOSÉE

DIGÈRE :
les
Corps gras
Amylacés
Protéiques

L'ELIXIR EUPEPTIQUE TISY, DE SAVEUR TRÈS AGRÉABLE, NE RENFERMANT PAS DE PRODUITS TOXIQUES, N'EST JAMAIS CONTRE-INDIQUÉ

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

VAUDIN et GUILLAUMIN, *12, rue Charles-V, PARIS et toutes pharmacies.*

Pastilles de Stovaïne Billon

contre :
Affections
Bouche
Gorge
Larynx
Estomac.

Etabl^ts POULENC Frères. Paris.

COQUELUCHE SULFOLÉINE ROZET

$C^{56}H^{36}S^{6}(AzH^{4})^{4}O^{12}$ - SPÉCIFIQUE NON TOXIQUE - 2 à 5 cuill. à café, dessert ou soupe selon l'âge - 6, R. Abel, PARIS

Plasma de Quinton

Capté p^r la STATION BIOLOGIQUE d'Arcachon.

H. CARRION, 54, faub. St-Honoré, PARIS,

FOURNISSEUR EXCLUSIF DES DISPENSAIRES MARINS DE PARIS

PHOSPHOPINAL JUIN

Reconstituant général, aussi énergique qu'inoffensif, est au phosphore ce que le cacodylate est à l'arsenic
Liquide, Capsules, Ampoules. - LITTÉRATURE, ÉCHANTILLONS : Laboratoire, 39, Rue d'Amsterdam, PARIS.

DRAGÉES au Lactate de Fer de GÉLIS & CONTÉ

Approuvées par l'Académie de Médecine
Le FER le PLUS ASSIMILABLE
Contre *ANÉMIE, CHLOROSE*, etc.
Dose : Cinq centigrammes par Dragée.
LABÉLONYE & Cie, 99, Rue d'Aboukir, PARIS

TUBERCULOSES CATARRHES GRIPPES, BRONCHITES

de 3 à 6 cuill. à café par jour dans du lait ou du bouillon.

EMULSION MARCHAIS

Phospho-Créosotée

Calme la **TOUX**, relève l'**APPÉTIT** et **CICATRISE** les lésions.
Bien tolérée — Parf^t absorbée.

KÉPHIR SALMON

28, Rue de Trévise. — *TÉLÉPHONE* 149-78

des formes cliniques de l'appendicite aux lésions anatomiques, et l'on décrivait ainsi une *appendicite aiguë perforante, gangréneuse*, et une *appendicite non perforante*, avec abcès enkysté ; les opérations, comme les autopsies, ont montré qu'il pouvait y avoir abcès enkysté, avec perforation de l'appendice, et inversement, péritonite suraiguë, sans perforation appendiculaire. C'est pourquoi il nous semble beaucoup plus logique d'adopter la classification de Jalaguier, basée sur les modifications d'intensité de la réaction péritonéale ; nous décrirons, avec cet auteur, les *appendicites avec péritonite localisée* (comprenant l'appendicite légère, ou colique appendiculaire de Talamon, la péri-appendicite plastique et l'appendicite circonscrite, avec abcès péri-appendiculaire) et les *appendicites avec péritonite généralisée* (comprenant la péritonite généralisée d'emblée, et les formes toxiques de l'appendicite). Nous réserverons ensuite un chapitre aux *appendicites anormales* qui sont souvent l'origine de graves erreurs de diagnostic et aux appendicites à microbes spécifiques, ou évoluant sur un terrain spécial. Il va sans dire qu'une telle schématisation, si elle répond bien à la majorité des cas observés en clinique, se trouve néanmoins assez souvent en défaut, en ce sens, qu'au début, la réaction péritonéale n'est nullement en rapport avec la gravité des accidents ultérieurs, ce qui rend toujours le clinicien fort indécis, sur la conduite à tenir. Néanmoins il est de toute importance de bien connaître d'abord les conditions dans lesquelles apparaît et se déroule cette réaction péritonéale qui constitue la crise d'appendicite proprement dite, syndrome que l'on retrouve le plus souvent avec plus ou moins de netteté, au début de toutes les formes cliniques que nous passerons ensuite en revue, en montrant pour chacune d'elles les modifications que subissent les principaux symptômes que nous aurons décrits à propos de la crise appendiculaire.

Crise appendiculaire. — *Début.* — Le début peut être brusque, ou précédé de prodromes : parmi ceux-ci se retrouvent les symptômes qui traduisent une infection intestinale, tels que embarras gastrique, langue saburrale, haleine fétide, pesanteur abdominale, diarrhée, etc. ; souvent encore l'appendicite est précédée d'une maladie infectieuse ; il faut citer spécialement la grippe, la rougeole, la scarlatine (Kauffmann), les oreillons, l'entérite aiguë ou l'entéro-colite, avec diarrhée ou constipation opiniâtre.

Le plus souvent, le début est brusque : le sujet, qui s'est endormi sans aucune douleur, est subitement réveillé la nuit, par des symptômes qui rappellent ceux d'une indigestion ; il a un ou deux vomissements, accompagnés de coliques suivies souvent d'évacuations diarrhéiques ; il ressent, en même temps, une douleur très vive, qui est d'abord diffuse dans tout l'abdomen, mais qui ne tarde pas à se localiser à la fosse iliaque droite.

Douleur. — Ce qui caractérise cette douleur, c'est son intensité et son siège. Souvent la douleur est soudaine, bruyante, paroxystique, en coup de pistolet suivant l'expression classique ; mais souvent aussi, surtout dans certaines formes larvées, elle se réduit à une sensation de gêne, de pesanteur. Le plus souvent elle est localisée assez exactement au niveau de la fosse iliaque droite ; quelquefois elle se généralise à tout l'abdomen, elle est diffuse, ce qui est surtout le fait de la gangrène appendiculaire ; dans d'autres cas enfin, son maximum est soit *à gauche*, soit au niveau du *creux épigastrique*. Elle peut présenter des irradiations vers le testicule (appendice rétro-cæcal), quelquefois vers l'épaule droite.

La palpation exercée avec la pulpe d'un seul doigt la réveille très nettement en un point, dit *point de Mac Burney* : « Ce point siège à un pouce et demi, ou deux pouces de l'épine iliaque antérieure et supérieure, sur le trajet d'une ligne menée de cette épine à l'ombilic » (M. Burney).

Tout récemment, se basant sur les données exposées par M. Aubourg des points douloureux appendiculaires tels qu'ils résultent de la radioscopie, MM. Lejars, Lœper et Esmonet et Mlle Weill, ont insisté longuement sur la valeur du point de Mac Burney, sur l'existence d'autres points douloureux appendiculaires, enfin, sur le diagnostic des faux points douloureux appendiculaires.

Pour M. Lejars, le point de Mac Burney conserve une valeur de premier ordre, mais on doit, néanmoins, bien se garder d'affirmer qu'il n'y a pas d'appendicite, sans point de Mac Burney. Il n'est pas rare, en effet, au cours d'une appendicite, de trouver le siège maximum de la douleur, soit au-dessous de la ligne spino-ombilicale, soit au niveau du creux épigastrique, soit encore au niveau de l'ombilic, ou de la fosse iliaque gauche, sans que, suivant l'opinion de Burkhardt, cette localisation implique nécessairement un déplacement cæco-appendiculaire ; la palpation abdominale sera quelquefois muette, et le point douloureux ne sera révélé que par le toucher rectal, que l'on ne manquera pas de pratiquer.

Dans l'interprétation de ces points douloureux, il est de nombreuses causes d'erreurs ; ainsi il faudra se défier d'une douleur superficielle pariétale cutanée qui se manifeste à la pression légère, au pincement de la peau (points douloureux hystériques, névralgie de la paroi, myalgie, hyperesthésie du plexus solaire, etc.). Il faut également savoir que certaines affections (salpingites haut situées, kystes de l'ovaire, à pédicule tordu, grossesse tubaire, calculs urétéraux) peuvent donner lieu à l'apparition d'un véritable point douloureux de Mac Burney. MM. Lœper et Esmonet ont signalé l'existence, au cours des entérites, d'un point douloureux correspondant à l'*artère iliaque ;* ce point douloureux est situé un peu plus bas que le point de Mac Burney ; facilement il pourrait être pris, à un examen rapide, pour un point appendiculaire.

Rappelons brièvement d'autres points douloureux qui ont été décrits au cours de la crise appendiculaire : le *point de Lenz*, à la jonction du tiers moyen et du tiers droit de la ligne bispinale ; le *point de Morris*, sur la ligne spino-ombilicale, à 4 centimètres de l'ombilic ; le *point de Munro*, à l'entrecroisement de la ligne iléo-ombilicale et du bord externe du muscle droit, à 6 centimètres de l'épine iliaque ; le *point de Clado*, à l'entrecroisement du bord extérieur du muscle droit et de la ligne bispinale ; le *point de Lentzmann*, à 6 centimètres en dedans de l'épine iliaque droite, sur la ligne interiliaque.

Signalons enfin la *manœuvre de Rowsing*, qui consiste à réveiller la douleur de la fosse iliaque gauche par la compression du côlon, et l'exagération de la tension des gaz dans le gros intestin.

Contracture musculaire et hyperesthésie cutanée. — La douleur iliaque s'accompagne toujours d'une *contracture musculaire* très localisée, ainsi que d'une *hyperesthésie cutanée*, toujours assez nette, bien mise en valeur par Dieulafoy. Pour cet auteur, en effet, douleur, défense musculaire et hyperesthésie cutanée, constituent une triade symptomatique, pathognomonique de la crise appendiculaire, c'est-à-dire du début de la réaction péritonéale.

Un examen complet du malade montre en outre, en même temps que ces symptômes capitaux, le ventre d'abord rétracté puis assez rapidement ballonné ; ce ballonnement rapide s'explique aisément par l'arrêt complet des matières et des gaz, dû à la paralysie intestinale (loi de Stockes) ; cependant dans certaines formes particulièrement sévères, on peut observer de la diarrhée. Les urines sont rares, rouges, très sédimenteuses. Le hoquet est assez fréquent, ainsi que les nausées, suivies souvent de vomissements alimentaires ; le facies est pâle, angoissé. Après un ou deux frissons assez pénibles, dans les formes moyennes, la température atteint rapidement 38-39 degrés. Le pouls bat à 100.

Tel est, dans ses grandes lignes, le tableau clinique le plus habituel de la *crise d'appendicite*. Ce syndrome se retrouve avec plus ou moins de netteté, dans toutes les formes cliniques de l'appendicite aiguë ; suivant la forme observée, son intensité, son évolution, se modifient ; ce sont précisément ces variations qui constituent les formes cliniques, qu'il va nous être facile d'étudier, maintenant que nous connaissons les symptômes essentiels qui constituent la crise appendiculaire proprement dite.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-62

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Pentecôte, le journal ne paraîtra pas mardi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Consultation.* — Séance du 22 mai : MM. Okinczyc, 18; Guimbellot, 14; Mathieu, 19; Mocquot, 18.

— Concours de dentiste des hôpitaux. — *Epreuve clinique supplémentaire.* — Séance du 23 mai. — MM. Vaysse, 18; Schæfer, 19.

Le concours se termine par la nomination de MM. Guilly et Schæfer.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bourses de doctorat. — Le paragraphe premier de l'arrêté du 22 avril 1902 est modifié ainsi qu'il suit :

....

Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ou à l'examen du certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année. . .

L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — Le 2 décembre 1912, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, s'ouvrira un concours pour l'emploi de suppléant de la chaire d'accouchements à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Ont été élus membres du conseil supérieur pour les facultés de médecine MM. Villemin et Landouzy.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Sont nommés dans le corps des sapeurs pompiers :

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les docteurs Jacquemaire à Denain, Villière à Saint-Denis, Dupoux à Saint-Ouen, Bourrier à Choisy-le-roi.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe : M. le docteur Delhaye à Solesmes.

COMITÉ MÉDICAL D'AVIATION MILITAIRE. — Première liste de souscription :

Docteur Guillet (de Caen)	50 fr.
Lucien Nass	20
Journal des praticiens	238
Docteur Rénon, médecin des hôpitaux	40
Dufour, —	50
Sicard, —	50
M. Bretonneau, pharmacien	20
Docteur Vergnes	20
Bourdon (d'Etrépagny)	5
Péradon	20
Martinet (de Villenauxe)	2
Potelet	10
C..., ancien interne des hôpitaux	50
Bargy	10
Furet	40
Professeur Hartmann	200
Docteur Lepaître	20
Collecte faite par M. Casenave, délégué de l'Aéro-Club, parmi les étudiants en médecine de deuxième année et le personnel enseignant	1.100
Docteur de Pradel	20
Tollemer	20
Pinel-Maisonneuve	40
Godin	5
Recht	5
Anonyme	50
Docteur Cruchaudeau	5
Labady	10
Bigaignon	5
Total	3.105

Les cotisations sont reçues par le docteur Chapon, 21, rue du Louvre.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la vingtième semaine, 1002 décès,

RENSEIGNEMENTS

448. — **UN POSTE D'INTERNE** est vacant à l'asile de Fains (Meuse). Dix inscriptions. Traitement de début : 800 francs. Avantages en nature : logement, nourriture, blanchissage, éclairage. — S'adresser au directeur de l'asile.

au lieu de 986 pendant la semaine précédente et au lieu de 968, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 4 décès, la rougeole 31, la scarlatine 6, la coqueluche 11, la diphtérie 8.

L'ARRESTATION DE M. MACAURA. — M. Macaura, revenu d'Allemagne, a été interrogé par M. Tortat, juge d'instruction. Nous avons déjà dit que M. Macaura était inculpé d'exercice illégal de la médecine sur la plainte du Syndicat des médecins de la Seine, et d'escroqueries sur la plainte de quelques-uns de ses propres clients.

Le prévenu était accompagné de ses défenseurs, Me Labori, bâtonnier, et Me Charles Philippe.

M. Macaura a protesté contre les deux inculpations dont il est l'objet. Il a déclaré qu'il n'exerçait pas la médecine et se bornait à propager l'usage d'un appareil de son invention, le « pulsoconn ». Un médecin français diplômé est d'ailleurs, a-t-il dit, attaché à son cabinet et examine les clients pour savoir si l'usage du « pulsoconn » peut leur être utile.

M. Tortat fait observer que la présence de ce médecin ne modifie en rien la situation, car ce médecin n'a plus sa liberté d'action par le fait qu'il est attaché au cabinet de l'exploitant et qu'il n'est plus que son employé.

L'interrogatoire s'est terminé par l'arrestation de M. Macaura, qui a été conduit à la prison de la Santé. Mais dans la soirée les défenseurs ont obtenu du juge la mise en liberté provisoire de leur client sous la caution de 50000 francs. (*Le Temps.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COURS D'INSTRUCTION DU SERVICE DE SANTÉ EN CAMPAGNE (1912)

[*Gouvernement militaire de Paris*] (1).

Lundi 17. — Rendez-vous fixé par note spéciale affichée à l'école du Val-de-Grâce à partir du vendredi 14. — Exercice de cadres sur le terrain de la première journée de manœuvres. Démonstration pratique de la lecture de la carte au 80000e.

Mardi 18. — Rendez-vous fixé par note spéciale affichée à l'école du Val-de-Grâce à partir du vendredi 14. — Exercices de cadres sur le terrain de la deuxième journée de manœuvres. Démonstration pratique d'une installation de bivouac pour ambulance et groupe de brancardiers. Exercices de cantonnement et de réquisitions.

Mercredi 19. — Rendez-vous fixé par note spéciale affichée à l'école du Val-de-Grâce à partir du vendredi 14. — Mobilisation des formations sanitaires participant aux manœuvres de garnison. — Deux ambulances (1 et 2) seront constituées à l'effectif de guerre en personnel, matériel et attelages. Deux ambulances (3 et 4) seront constituées fictivement par le personnel seul des officiers du cadre auxiliaire du service de santé. (Elles ne comportent aucun matériel et sont uniquement prévues pour permettre le simulacre des ambulances immobilisées par envoi de leurs équipages vides sur le point de rendez-vous, où seraient dans la réalité arrivés le personnel et le matériel d'une ambulance provenant de la réserve d'armée.) Départ en ordre normal de marche sous le commandement du médecin divisionnaire. Prise de cantonnements. Formation des parcs. — Dans l'après-midi mise en action de la section d'hygiène et de prophylaxie du groupe de brancardiers de corps. (Cette section n'est représentée que par le médecin bactériologiste et 2 désinfecteurs.)

Jeudi 20. — Rendez-vous fixé par le directeur technique. — Première journée de la manœuvre de garnison : Matin, service régimentaire. Postes de refuge. Postes de secours. Entrée en action du groupe divisionnaire de brancardiers. Installation des ambulances 1 et 2. Entrée en action du groupe de brancardiers de corps. — Soir, fonctionnement des ambulances 1 et 2. Immobilisation de l'ambulance 1. — Arrivée de la section d'hospitalisation 1. Envoi des fourgons vides de l'ambulance immobilisée à un point de rendez-vous, où serait chargé le matériel d'une ambulance de la réserve de l'armée provenant de l'arrière. Libération de l'ambulance 2. Utilisation de la troisième section du groupe de brancardiers de corps.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, no 59, p. 879.

Vendredi 21. — Rendez-vous fixé par le directeur technique. — Deuxième journée de manœuvres de garnison : Matin, service régimentaire. Les groupes de brancardiers. Utilisation des chiens sanitaires pour la recherche des blessés sur le terrain de combat. Installation de l'ambulance 2. Arrivée des fourgons supposés chargés de l'ambulance 3. Installation de l'ambulance 3. — Soir, l'ambulance 1, immobilisée la veille, fonctionne comme hôpital du champ de bataille. Arrivée de la salle automobile d'opérations; son installation. — A 9 h. du soir. Expériences de recherche nocturne de blessés à l'aide de lanternes de brancardiers d'un modèle à l'étude.

Samedi 22. — Rendez-vous fixé par le directeur technique. — Matin, mise en route d'un convoi automobile d'évacuation par l'ambulance immobilisée. Fonctionnement d'une infirmerie de gîtes d'étapes sur le Plateau de Gravelle. Démonstration de dressage des chiens sanitaires. — Soir, installation d'un hôpital d'évacuation au quai de la Rapée. Arrivée du convoi d'évacuation. Triage et hospitalisation des blessés. Embarquement des blessés évacuables dans un train sanitaire improvisé et sur un bateau aménagé. — A 4 h. 10, quai de la Rapée : Séance de clôture. Remise des feuilles de déplacement et des mandats de solde.

Les dimanches 23 et lundi 24 les officiers d'administration gestionnaires remettent leur compte de gestion et assurent la réintégration du matériel.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 3 AU 8 JUIN 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 3 juin, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
1er (oral, 1re, 2e et 3e séries).
3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Mardi 4 juin, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
1er (oral, 1re, 2e et 3e séries).
3e (oral, 2e partie).
4e.
5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

Mercredi 5 juin, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuves pratiques (1re et 2e séries).
1er (oral, 1re, 2e et 3e séries).
2e.
5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).
5e (2e partie), *Laënnec.*
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Jeudi 6 juin, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
1er (oral, 1re et 2e séries).
3e (oral, 1re et 2e parties).

Vendredi 7 juin, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
1er (oral, 1re, 2e, 3e et 4e séries).
2e.
5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Samedi 8 juin, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.
1er (oral, 1re, 2e, 3e et 4e séries).
5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon.*

REVUE GÉNÉRALE

SYNDROMES PLURIGLANDULAIRES

Délimitation des syndromes d'insuffisance et d'hyperfonctionnement pluriglandulaires (1),

Par H. CLAUDE et H. GOUGEROT.

Travaux consécutifs, 1908-1912. — Après notre note de 1907 et pendant que nos mémoires tendaient à donner à la question toute l'ampleur qu'elle mérite, la littérature ne compte que des observations isolées; peu après la publication de nos deux premiers mémoires paraît une clinique de M. Rénon (*Journ. des prat.*, 25 juillet 1908). Il faut attendre ensuite quelques mois pour que les observateurs s'habituent à concevoir sous ce jour nouveau les faits cliniques et les faits d'autopsie.

Sainton et Rathery (*Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 8 mai 1908, p. 647) apportent, il est vrai, une nouvelle autopsie de myxœdémateux avec lésions d'hypoépinéphrie et hypoovarie, mais il s'agit là de cas anciennement connus, cliniquement uniglandulaires; il s'agit d'un myxœdème typique, l'insuffisance pluriglandulaire était latente et ne fut révélée que par l'autopsie, ce qui en diminue l'intérêt pratique.

Des observations plus intéressantes sont ensuite publiées : nous citerons d'abord les principaux travaux qui adoptent les conceptions des syndromes pluriglandulaires; ensuite nous résumerons et discuterons les travaux de nos contradicteurs.

I. *Travaux confirmatifs.* — Rénon et Arthur Delille, continuant leurs travaux sur ces questions, publient, à la Société médicale des hôpitaux, deux belles observations confirmatives : insuffisance thyro-ovarienne et hyperactivité hypophysaire (troubles acromégaliques) et avec Monier-Vinard un cas d'insuffisance thyro-ovarienne avec hyperactivité hypophysaire (gigantisme).

Austregesilo rapporte plusieurs observations intéressantes dans son travail « Syndromos pluriglandulares endocrinicos » à la Société de psychiatrie et neurologie de Rio de Janeiro, juillet 1908. Le premier de ces malades est superposable à notre premier malade. Nous sommes heureux de constater que le professeur Austregesilo considère l'individualisation des syndromes pluriglandulaires « comme une nécessité ».

Laignel-Lavastine (2) accepte notre conception, et distinguant divers groupements fait de notre observation le type d'un groupe nouveau, « les syndromes pluriglandulaires sans prédominance marquée. Ce groupement, dit-il, qui ne préjuge de rien permet de réunir des faits sur l'interprétation desquels on discute. Le plus bel exemple est fourni par Claude et Gougerot, etc. »

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 57, p. 849.

(2) Laignel-Lavastine. La corrélation des glandes à sécrétion interne et leurs syndromes pluriglandulaires, *Gaz. des hôpit.*, 14 nov. 1908, n° 131, p. 1563.

En 1908, L. Lévi et H. de Rothschild, dans leurs études sur la physiopathologie du corps thyroïde et de l'hypophyse, consacrent quelques lignes à exposer ce qu'ils appellent les « dysendocrisies nerveuses complexes » (p. 271). Ils citent une observation de Krokiewicz (myxœdème fruste avec hypothyroïdie et à l'autopsie « hypoplasie des organes sexuels », c'est là un cas banal) et une observation personnelle, « insuffisance ovarienne, hyperthyroïdie succédant à une phase d'hypothyroïdie paroxystique de quatre années, syndrome acromégalique ». Le diagnostic de cette « dysendocrisie tricouplée » chez une neurasthénique s'appuie sur des signes cliniques bien fragiles, sauf pour l'hyperthyroïdie; l'hypothyroïdie est des plus discutables, elle serait basée sur la frilosité et des angines herpétiques, le syndrome acromégalique annoncé n'est pas décrit. Il reste donc une neurasthénique avec des troubles vagues et tendance à la ménopause précoce. Aucune vue d'ensemble, aucune déduction précise n'est faite : à moins d'interpréter les textes médicaux comme des inscriptions, ce serait d'une façon bien obscure et peu reconnaissable que ces observations « entr'ouvriraient » le chapitre des syndromes pluriglandulaires (1).

Müller, à la Société de médecine de Vienne le 17 décembre 1908, présente une femme atteinte d'acromégalie, ostéomalacie, tétanie et goitre. Les premiers symptômes furent les signes acromégaliques et débutèrent en 1889. Müller conclut à « des troubles dans le domaine de plusieurs glandes à sécrétion interne : hypophyse, ovaires et éventuellement parathyroïdes ».

Rénon ajoute un cas de « syndrome polyglandulaire par dyshypophysie et insuffisance thyro-testiculaire » (*Soc. méd. des hôpit.*, 5 fév. 1909).

Dalché et Galup étudient en détail un cas d'interprétation difficile : maladie de Paget, signes addisoniens, insuffisance thyroïdienne et testiculaire (*Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 11 juin 1909, p. 218).

Dupré et Kahn, à la même séance, rapportent un cas d'une interprétation difficile : acro-asphyxie des extrémités, sclérodermie, insuffisance thyroïdienne et ovarique.

G. Marañon publie, dans la *Revista clinica de Madrid* (1er nov. 1909, n° 21), un cas remarquable, qu'il intitule « Insuficiencia pluriglandular endocrina (síndrome de Addison ; atrophia testicular, síntomas giganto-acromegalicos) » et montre lui aussi que l'insuffisance pluriglandulaire s'impose cliniquement en dehors de toute hypothèse pathogénique.

Bauer, dans ses études sur le nanisme et le chétivisme (2), bien qu'il trouve excellents, les termes de *myxœdème frustre acquis*, se range à notre avis. « Il n'est pas douteux, dit-il, ainsi que l'ont mis dernièrement en relief MM. Claude et Gougerot, que, parmi les sujets groupés sous l'étiquette d'infantilisme reversif, il en est dont la place est nettement dans le cadre des syndromes pluriglandulaires. »

(1) Remarquons que notre note à la Société de biologie est de 1907 et que le livre de MM. L. Lévi et H. de Rothschild porte la date de 1908.

(2) Bauer. *Presse méd.*, 4 déc. 1909, n° 97, p. 871.

Bien qu'il ait lui-même employé avec Brissaud le mot d'infantilisme tardif, il est d'accord avec nous pour trouver abusif l'emploi du mot infantilisme « appliqué à ces cas de myxœdème atténué, apparus *après la puberté*... Il y aurait avantage nosologique, ajoute-t-il, à ne pas conserver l'expression d'infantilisme partiel, qui nous paraît prêter à confusion » ; et il a raison de créer un mot, celui de chétivisme pour l'infantilisme lorrain, pour ces « hommes en miniature » (Meige) qui ne ressemblent pas à des enfants, expression clinique qui ne préjuge de rien en attendant que la pathogénie soit élucidée : anangioplasie (Brissaud), hypothyroïdie (Hertoghe), insuffisance de telle autre glande ou insuffisance pluriglandulaire (de Sanctis, Anton, Schüller, E. Lévi) ?

Le professeur Murri se rallie à notre conception dans sa clinique *Sopra un caso di insufficienza polighiandolare* parue dans la *Riforma medica*, nos 4 et 5 de 1911. Le cas qu'il rapporte est relatif à une femme présentant des symptômes de sclérodermie, maladie de Raynaud, maladie d'Addison et de goitre exophtalmique.

L'auteur, après avoir discuté la participation des diverses glandes à sécrétion interne dans le syndrome qu'il a observé, déclare ne pouvoir se rallier à l'hypothèse d'une lésion surrénale ou thyroïdienne primitive accompagnée accessoirement d'autres manifestations glandulaires et il émet l'hypothèse qu'il s'agit, dans son cas, d'un processus pluriglandulaire : « Siffatto concetto d'insufficienza polighiandolare è stato di recente proposto, esposto e sostenuto da due medici francesi : Claude e Gougerot. La proposta, per quel que a me pare, è meritevole d'essere accolta, porché essa ha fondamento sull' esperienza clinica ed anatomica. »

Les observations des insuffisances pluriglandulaires thyro-testiculaires et souvent surrénales se multiplient. Gandy peut en compter 16 cas le 23 juin 1911 à la Société médicale des hôpitaux (p. 837), il faut y ajouter un cas de Fiessinger et Sourdel : « Insuffisance diastémato-spermatique acquise avec atrophie thyroïdienne » (*Soc. méd. des hôp.*, 23 juin 1911, p. 861), un cas de Bensaude et Léopold-Lévi, un cas de L. Lévi et Rivet, un cas de Gilbert et L. Lévi (*Paris médical*, 1912, p. 364), un cas inédit de Gougerot, Bricout et Sourdel. L'un de nous a pu en découvrir trois cas dont deux avec confirmation nécropsique [malades de Claude et Gougerot, de Brissaud, Gougerot et Gy (1)], c'est dire la fréquence de ce syndrome.

Apert se demande si l'hypertrophie parotidienne d'un syndrome de Mickulicz fruste observé chez un infantile ne représente pas un effort compensateur des glandes salivaires à une insuffisance thyro-ovarienne (2), Gougerot émet la même hypothèse chez une adulte bien conformée, atteinte de syndrome de Mickulicz complet, avec hypoovarie, hypothyroïdie, hypoépinéphrie et il en donne la preuve par la guérison du syndrome de Mickulicz lorsque l'hypoovarie regressa (1). Dalché et Berthon (thèse de Paris, 1911) apportent deux cas confirmatifs.

(1) Gougerot et Gy. Insuffisance pluriglandulaire interne thyro-testiculo-surrénale (nouvelle observation clinique et anatomique), *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, déc.-nov. 1911, no 5.

(2) Apert. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1904, p. 173.

Les travaux deviennent si nombreux, les observations sont si disparates que l'on ne peut que citer les principaux.

Poncet et Leriche (2) citant nos observations acceptent notre manière de voir. « L'atteinte de plusieurs glandes endocrines s'expliquerait moins par une synergie mutuelle, les faisant réagir aux lésions les unes des autres, que par l'attaque simultanée d'un agent pathogène comme le bacille de Koch. »

Siredey et ses élèves (thèse de Mme Ch. Collard-Huard, Paris 1911) insistent sur l'importance de l'insuffisance thyro-ovarienne.

Dicorato (3), à propos d'un cas complexe concernant un adulte atteint de basedowisme avec hyporchidie (impuissance sexuelle), peut-être hypoépinéphrie (fatigue extrême au plus petit effort, hypotension persistante, troubles digestifs), peut-être d'hypothyroïdie (sclérodermie débutante, troubles pilaires) soutient la conception des syndromes pluriglandulaires. « C'est à cause de l'évidence même des lésions, cliniquement bien appréciables, de plusieurs glandes endocrines, que nous nous sommes permis de rendre publique cette observation, sans qu'elle soit suivie d'un rapport anatomo-pathologique. » La facilité de la contracture musculaire et des mouvements choréiques dans les membres supérieurs, l'exagération de tous les réflexes laissent supposer à l'auteur que peut-être les parathyroïdes sont touchées.

Faure-Beaulieu, Villaret et Sourdel (4) décrivent un nouveau type de syndrome pluriglandulaire à prédominance thyroïdienne et pancréatique : le malade avait présenté des troubles du système pileux, du vitiligo, une asthénie progressive et des manifestations pulmonaires et circulatoires, que ne pouvaient expliquer ni l'état du cœur, ni celui des reins. L'autopsie révéla une sclérose du pancréas et du corps thyroïde, de l'hypofonctionnement des surrénales et une sclérose de l'hypophyse.

La thèse de Roll tente une synthèse de ces faits (Paris 1911).

Parmi les nombreux auteurs qui confirment notre conception, sans citer les travaux qui l'ont établie, plusieurs s'écartent de nous dans les détails.

C'est ainsi que Sainton, à tort, d'après nous, croit « prématuré » de « distribuer à chaque glande le rôle qui lui appartient dans l'économie ». Les recherches cliniques de ces dernières années ont pourtant assez précisé quelques symptômes de l'hypothyroïdie, hyporchidie, hypoovarie, hyperhypophysie, pour qu'on puisse en faire le diagnostic clinique. On peut, au moins dans certains cas, dont notre premier malade est le type, diagnostiquer avec la plus grande netteté trois insuffisances. Nous reconnaissons volontiers,

(1) Gougerot. *Paris médical*. 1911, no 30, p. 77.

(2) Poncet et Leriche. Tuberculose inflammatoire et glandes vasculaires sanguines, *Acad. de méd.*, 27 juin 1911, et *Gaz. des hôpit.*, 12 juillet 1911.

(3) G. Dicorato. *Sur un cas clinique de syndrome clinique*, Th. de Paris, 1911.

(4) Faure-Beaulieu, Villaret et Sourdel. *Presse méd.*, 26 août 1911.

comme nous l'avons affirmé maintes fois dans diverses sociétés, que la superposition des aspects cliniques aux troubles fonctionnels des diverses glandes est souvent très délicate, sinon impossible dans certains cas.

Quelques auteurs étendent souvent trop, à notre avis, les cadres des troubles glandulaires (Hallion, Sainton), c'est ainsi que Sainton nous semble reconnaître, sans encore des preuves suffisantes, « ces rapports admis par tous entre certains troubles psychiques et les altérations glandulaires ». Ces rapports sont très vraisemblables; ils seront sans doute démontrés, mais nous ne pouvons encore que formuler des hypothèses à leur sujet.

Grasset fait dans son livre une large place aux syndromes pluriglandulaires. Dans son *Traité élémentaire de physiopathologie clinique* (t. I, p. 629, 1910), bien qu'il cite nos travaux après ceux qui les ont confirmés, Grasset est devenu un adepte de la théorie nouvelle. Ne va-t-il pas jusqu'à dire que « l'insuffisance d'une seule glande à sécrétion interne apparaît de plus en plus comme une rareté ou une création artificielle..., que le groupe des insuffisances pluriglandulaires est destiné à envahir de plus en plus, si même il ne les remplace pas un jour, tous les autres ».

Tels sont les plus importants des travaux et des observations (il serait impossible de les citer tous) qui adoptent notre manière de voir et rapportent des faits analogues à ceux exposés dans nos mémoires, sans d'ailleurs souvent les citer. On peut retrouver aussi des observations anciennes susceptibles de la même interprétation. On accumule malheureusement aussi des faits souvent complexes trop peu suivis ; si bien qu'une certaine confusion règne dans la liste des observations publiées et déjà si nombreuses. Mais il serait facile de dissiper cette confusion si l'on consentait avec nous à classer chaque série de faits en trois catégories: 1° faits certains, démontrés ; 2° faits probables incomplètement démontrés; 3° faits possibles, d'attente, non démontrés.

II. *Travaux qui discutent ou n'admettent pas la conception des syndromes pluriglandulaires.* — La conception des syndromes pluriglandulaires a rencontré quelques objections (Gandy) ou tout au moins certains auteurs ont fait des réserves (Roussy).

M. Gandy, qui, on s'en souvient, a eu le mérite de grouper de très remarquables observations et de mettre en lumière certains aspects cliniques, n'admet pas notre conception de ce syndrome. Présentant un nouvel exemple de ce type clinique à la Société médicale des hôpitaux de Paris (n° 22, p. 837), le 16 juin 1911, Gandy persiste dans sa conception première; il compare les cas observés chez l'homme et les deux cas observés chez la femme (Brissaud et Bauer, Karakasscheff), mais après avoir autrefois mis au premier plan l'hypothyroïdie, il en fait maintenant avant tout « une dystrophie sexuelle »; il abandonne l'expression de myxœdème, mais conserve la dénomination d' « infantilisme », l'argumentation de notre troisième mémoire reste entière.

M. Gandy remarque avec raison que, les syndromes pluriglandulaires étant extrêmement nombreux, l'épithète d'insuffisance pluriglandulaire n'indique pas assez nettement la forme clinique observée. La remarque est juste, il faut employer un sous-titre qui précise quelle est la variété d'insuffisance pluriglandulaire et c'est ce que nous avons fait dès le début en ajoutant les adjectifs thyro-testiculo-surrénal ; même avec ce sous-titre, nous reconnaissons que le type clinique n'est pas encore assez défini ; la dénomination d'insuffisance thyro-testiculaire peut s'appliquer à d'autres types cliniques, aussi accepterions-nous volontiers un terme meilleur.

Gallavardin et Rebattu étudiant un cas d' « impuissance, infantilisme tardif et épilepsie consécutifs à une atrophie testiculaire bilatérale d'origine traumatique » (*Lyon médical*, 30 janvier 1910) parlent de tout et de tous sans arriver à une conclusion claire. « Il ne nous est pas possible, disent-ils, d'imaginer une pathogénie autre que la dysorchidie primitive, tout en reconnaissant que souvent elle peut être secondaire à la dysthyroïdie ou évoluer simultanément sous l'influence d'une même cause » et ils admettent sans preuve une insuffisance pluriglandulaire où le rôle primordial revient au testicule.

Cordier et Rebattu (1) reviennent à la conception de l' « infantilisme régressif » ou de « régression infantile », ils n'admettent pas que ce type clinique appartienne aux syndromes pluriglandulaires; nous ne pouvions que souhaiter voir nos contradicteurs préciser leur argumentation et nous ne pensions pas qu'il serait si facile de répondre à leurs objections. Sans reprendre toute la discussion développée dans notre troisième mémoire (*loc. cit.*) il est nécessaire de mettre les choses au point (2).

Cordier et Rebattu trouvent que la discussion de terminologie s'est « déjà trop prolongée », ils admettent la dénomination d'infantilisme régressif. Mais toute la question est là : derrière le mot se cache une conception et puisque les auteurs ont oublié la définition de l'infantilisme, il faut la rappeler : « L'infantilisme est un syndrome morphologique caractérisé par la *conservation chez l'adulte des formes extérieures de l'enfance* et la *non apparition des caractères sexuels secondaires.* » D'où l'impossibilité par définition d'un infantilisme régressif, à moins de changer la valeur des mots (voir notre troisième mémoire). A vouloir le faire, il y aurait *erreur de mot*, d'ailleurs les auteurs reconnaissent (p. 428) que « ce syndrome ne doit être confondu ni avec l'infantilisme vrai ou prolongé (puisqu'il y a eu développement complet et vie génitale), ni avec le myxœdème acquis de l'adulte » (p. 428), nous n'avons jamais dit autre chose.

Si quittant les discussions terminologiques, on aborde les faits ces auteurs prétendent que les malades appartenant à ce type clinique « ont repris cette gracilité des formes, cette minceur

(1) Cordier et Rebattu. Autonomie clinique de l' « Infantilisme tardif », *Congrès français de médecine*, XIIe session, Lyon, oct. 1911 ; — L'infantilisme régressif ou tardif, *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, nov.-déc. 1911, n° 6, p. 405.

(2) Et tout d'abord remarquons des inexactitudes. Nous ne nous sommes jamais attaqués à « l'existence même du syndrome », p. 406, ni à « l'autonomie » du type clinique, p. 420, nous n'avons jamais dit qu'il « s'agissait d'une simple modalité du myxœdème », p. 406, que toutes les glandes étaient lésées dès le début; toutes à la fois simultanément, le mot a été mal compris (voyez le début de cet article) ; au contraire *dans notre définition* nous spécifions que « plusieurs glandes... peuvent être frappées *simultanément ou successivement* », etc.

de la taille et du thorax, cette largeur du bassin qui est la caractéristique du jeune garçon impubère » (p. 409), « le sujet donne, au premier abord, l'impression d'un adolescent à la période prépubère » (p. 428), « ils n'ont pas du tout une allure vieillotte ». Cette description clinique nous semble très inexacte, beaucoup de ces malades donnent au contraire l'apparence de vieillard (1). « Le malade à 35 ans, dit Josserand, fit une grippe, dont il sortit vieillard, épilé et anémique » et il suffirait au lecteur des auteurs lyonnais (2) d'aller page 452 du même numéro de l'Iconographie examiner les photographies d'un de nos malades pour s'en convaincre. Est-ce un infantile cet homme voûté, au facies ridé, aux muscles apparents et séniles ? En réalité, si les uns, frappés jeunes, ont un facies d'un âge indécis, *mais non infantile*, les autres, touchés à un âge plus avancé, ont un aspect sénile. Il y a donc *erreur de fait.*

Passant à l'interprétation pathogénique du type clinique, Cordier et Rebattu veulent « écarter l'infantilisme régressif du cadre si vaste des syndromes pluriglandulaires » (p. 419), trouvant qu' « un tel diagnostic n'est guère compromettant » (p. 420).

Leur argumentation est assez difficile à suivre, nous croyons comprendre que ces auteurs rejettent notre conception parce que le syndrome pourrait débuter par l'atteinte d'une seule glande, ce qui d'ailleurs reste à démontrer. Ce n'est pas parce qu'une seule glande serait prise au début et que les lésions des autres glandes n'apparaîtraient qu'ensuite, que le syndrome ne serait pas pluriglandulaire. En effet, au moment de l'examen, plusieurs glandes sont prises. Les auteurs, n'ayant pas lu notre définition de la première page de notre premier mémoire, ont cru que, pour nous, pluriglandulaire impliquait l'atteinte dès le début de plusieurs glandes ! Il y a donc erreur de compréhension.

Croyant à la valeur de leur argument, ils cherchent à déterminer quelle glande est la première atteinte : « Il est possible dans la plupart des observations, affirment-ils, de déterminer la glande dont le trouble est le premier en date » (p. 420). Sauf quelques cas où le début a été marqué par une orchite, cette précision est souvent difficile et c'est arbitrairement que les auteurs assignent un début thyroïdien, chez notre malade par exemple. Bientôt d'ailleurs ils sont forcés de reconnaître que dans certains cas (p. 422) « la thyroïde et le testicule (ou l'ovaire) semblaient atteints simultanément sous l'influence d'une maladie infectieuse, il est impossible en tout cas de déterminer avec certitude si l'un de ces organes a été touché primitivement » (p. 422 et 423). Que devient alors l'argument ?

Malgré cette impossibilité, MM. Cordier et Rebattu passent outre, ils admettent la pathogénie uniglandulaire tantôt thyroïdienne, tantôt testiculaire et, pour soutenir cette conception, ils cherchent logiquement ce que produit l'ablation des testicules ou des ovaires, la destruction du corps thyroïde. Si leur hypothèse était exacte, si le processus était à point de départ uniglandulaire sans autre facteur, l'ablation des testicules qui réalise l'hyporchidie totale, la double ovariotomie devraient déterminer le soi-disant « infantilisme régressif ». Or, rien n'est moins prouvé, les auteurs le reconnaissent en citant (p. 427) un cas de Widal et Lutier ; le fait est encore plus net pour la femme : combien de castrées n'ont pas de facies spécial et de symptômes infantiles !

(1) Remarquons en passant un résumé des symptômes hypophysaires (p. 414) qui nous a surpris par son polymorphisme.

(2) Leurs exemples ne sont pas bien choisis.

Le malade de Gallavardin et Rebattu est un infantile ; il a été frappé à dix-huit ans et demi avant donc l'âge adulte, et la preuve est l'absence de soudure des épiphyses inférieures du radius et du cubitus.

Le malade de Cordier et Francillon n'a pas l'aspect d'un enfant mais de certains adultes rasés (v. t. XXIV, pl. 67).

Leur distinction d'un type thyroïdien et d'un type testiculaire reste donc à démontrer ; au contraire tout s'explique si l'on admet avec nous que les lésions ne sont pas uniglandulaires, mais pluriglandulaires.

MM. Cordier et Rebattu se rendraient-ils compte de la faiblesse de leur démonstration. Car, pour expliquer toutes ces exceptions à la théorie uniglandulaire, ils en arrivent à multiplier les hypothèses parfois contradictoires.

C'est ainsi que, défenseurs de la théorie uniglandulaire, ils écrivent, reniant eux-mêmes leur conception (p. 423) : « Pourquoi une lésion thyroïdienne chez l'adulte crée-t-elle seulement le myxœdème sans déterminer de régression infantile », ils accumulent les citations pour montrer que, dans le myxœdème de l'adulte, il n'y a ni le syndrome dit « infantilisme régressif », ni atrophies génitales !

« Pourquoi dans certains cas qui restent l'exception, l'insuffisance thyroïdienne entraîne-t-elle secondairement la dysorchidie réalisant de ce fait le syndrome d'infantilisme tardif ?... On ne peut faire que des hypothèses pour expliquer l'inconstance de ce retentissement secondaire » (p. 424). Tout s'éclaire au contraire si l'on admet avec nous que le « myxœdème » est uniglandulaire et que le soi-disant infantilisme régressif est pluriglandulaire.

Inutile de poursuivre une discussion basée sur une mauvaise interprétation de notre conception des syndromes pluriglandulaires ; il suffit (et c'est ce qui prouve la logique des choses), il suffit de lire les conclusions de MM. Cordier et Rebattu pour admettre avec nous que le type décrit est un syndrome pluriglandulaire. En effet, le malade, disent-ils, « voit disparaître ses désirs, ses érections en même temps que s'atrophient ses organes génitaux... et l'on assiste à une chute presque complète des poils du corps et du visage. Souvent on note aussi un degré variable de myxœdème, de l'apathie, de la frilosité, de l'ichthyose. Le corps thyroïde peut être atrophié et l'on peut voir aussi des symptômes d'insuffisance *hypophysaire* et *surrénale*... Au point de vue anatomo pathologique, on ne trouve que des lésions atrophiques et scléreuses des *diverses glandes* à sécrétion interne, mais surtout des glandes génitales et thyroïde » (p. 428). Nous nous exprimerions de la même façon et nous croirions logique d'en déduire que *cliniquement* le malade est atteint d'un syndrome pluriglandulaire puisque, lors de l'examen, testicule, thyroïde, surrénale, hypophyse, sont lésées et qu'*anatomiquement* le diagnostic pluriglandulaire se confirme puisque l'autopsie révèle des lésions des « diverses glandes » !

En résumé, le soi-disant infantilisme régressif n'est qu'une variété de syndromes pluriglandulaires et, contrairement à ce qu'on veut faire croire, cette dénomination est autant clinique que pathogénique.

Tout dernièrement encore, à la Société de neurologie, le 7 mars 1912, à propos de cas présentés par M. Souques sous l'épithète d'infantilisme, H. Claude est revenu sur la distinction à établir entre les caractères de l'infantilisme et ceux de l'insuffisance pluriglandulaire : il a montré qu'il fallait, à moins de vouloir tomber dans la confusion, conserver à l'infantilisme sa définition : « absence d'évolution pubérale entraînant la conservation chez l'adulte du type morphologique de l'enfance, absence de développement des organes sexuels résultat d'un trouble fonctionnel apparu *avant la puberté* ». Il faisait remarquer que, parmi les quatre malades présentés, deux de ces « infantiles » étaient, l'un un « homme » aux proportions d'un adulte parfaitement développé atteint de gynécomastie ; l'autre, un vieillard à la barbe chenue. Dans la discussion qui suivit, nous eûmes la surprise de voir M. Meige soutenir que la

dénomination d'infantile s'appliquait à ces malades, en raison de leur seule atrophie testiculaire. Or M. Meige, dont on connaît les remarquables travaux sur l'infantilisme, n'a-t-il pas formulé la définition classique de l'infantilisme. « L'infantilisme est un *syndrome morphologique* caractérisé par la *conservation chez l'adulte* des formes extérieures de l'enfant et la *non apparition* des caractères sexuels secondaires » ! C'est là la définition à laquelle nous avons toujours souscrit et que nous nous refusons à voir dénaturer.

Roussy (1) fait des réserves sur l'individualisation des syndromes pluriglandulaires, il insiste avec raison sur les abus que l'on tend à faire des altérations pluriglandulaires en ne se fondant que sur des résultats d'autopsies. Mais il n'est pas autorisé, croyons-nous, à conclure : « La conception nouvelle des syndromes pluriglandulaires est une hypothèse intéressante mais que des autopsies méthodiques ne sont pas encore venues démontrer. » En effet, notre premier cas d'insuffisance thyro-testiculo-surrénale a reçu la démonstration anatomo-clinique : on trouvait cliniquement les trois séries de symptômes d'insuffisance thyroïdienne, testiculaire, surrénale. L'autopsie, dans notre cas, ne put que confirmer l'examen clinique. Nous croyons que l'infection, ici la tuberculose, a lésé presque en même temps ou en même temps le testicule et la thyroïde, et plus tard la surrénale (2), ces lésions étant indépendantes l'une de l'autre, l'avenir démontrera d'ailleurs peut-être que l'une des lésions a conditionné l'autre. Mais, ainsi que nous le disions, dès le début de cet article, peu importe comment s'est établie cette insuffisance pluriglandulaire, le fait capital est que cette insuffisance a existé dès le debut des investigations médicales, expliquant le syndrome clinique, et, à moins de discuter la valeur même des signes cliniques classiquement admis, l'observateur est forcé de reconnaître dans notre cas l'insuffisance associée des trois glandes. C'est là la notion nouvelle que nous pensons avoir apportée en cherchant à montrer que des syndromes que l'on faisait rentrer de force dans les cadres anciens du myxœdème, de l'infantilisme, devaient se classer naturellement dans un groupe nouveau, non signalé avant nous.

Malgré ces oppositions, la conception nouvelle des syndromes pluriglandulaires a été acceptée par la plupart des médecins (3), plusieurs de ceux qui critiquent notre opinion, beaucoup de ceux qui veulent l'ignorer l'ont adoptée, lui donnant parfois même un développement excessif qui nuit aux meilleures causes.

En résumé ce sont nos trois mémoires de 1907-1908 qui ont pour la première fois développé la conception nosologique des syndromes pluriglandulaires, qui l'ont appuyée sur des bases cliniques et anatomiques, et qui en ont montré l'importance. Les observations publiées depuis cinq ans ont confirmé d'une façon générale les idées que nous avons soutenues, et si la confusion règne encore dans les classifications comme dans les titres de certaines observations c'est que leurs auteurs n'ont pas cru devoir encore accepter la notion des syndromes pluriglandulaires.

* * *

IV

NÉCESSITÉ DE LA CRITIQUE DES OBSERVATIONS

Ce n'est pas toutefois parce que le groupe des syndromes pluriglandulaires est très compréhensif que l'on doit y ranger sans contrôle toutes observations. Il faut, et nous y insistons plus que jamais, ne ranger dans ce chapitre nouveau que des faits démontrés. Il faut savoir distinguer : 1° les faits démontrés (tels que notre première observation) où les examens cliniques complets, les autopsies, affirment les troubles pluriglandulaires ; 2° les faits probables incomplètement démontrés ; 3° les faits possibles. C'est à vouloir mêler les faits démontrés et les faits non démontrés que l'on nuit à une démonstration (1). On a tort, manquant encore de preuves, de vouloir expliquer par des troubles pluriglandulaires la pathogénie de syndromes dont le mécanisme reste obscur, sinon totalement ignoré. Dès le début nous avons cherché à réagir contre cette tendance dangereuse (*Revue de médecine*, 1908, p. 966) et nous ne nous lassons pas de le répeter dans des discussions qui s'élèvent dans les sociétés.

Il faut donc, pour chaque observation, une critique sévère, exigeant des preuves.

Quels sont les critères qui nous autorisent à ranger une observation dans les affections pluriglandulaires. Ce sont : 1° l'examen clinique et l'évolution ; 2° les épreuves biologiques ; 3° le traitement d'épreuve opothérapique ; 4° les autopsies et les examens histologiques.

1° L'*examen clinique* est, d'après nous, la meilleure méthode et la plus sûre à l'heure actuelle. Connaissant, grâce à des observations schématiques (2), les symptômes de telle insuffisance uniglandulaire, le

(1) Roussy. Les glandes à sécrétion interne, *Paris méd.*, 8 juillet 1911, n° 32, p. 136.

(2) A ce propos, comme nous le disions plus haut, remarquons que l'adjectif simultané n'a pas été pris dans le sens que nous lui donnions (voir le début de cet article).

(3) Malgré tout, les essais les plus heureux de généralisations sont tentés. La notion des troubles pluriglandulaires s'étend à d'autres groupes cliniques. Le professeur Hutinel, dans l'une de ses cliniques recueillie par Bigart (*Journ. de méd. infant.*, 1910), insiste sur l'importance des synergies glandulaires dans les dystrophies infantiles, dans l'athrepsie des tout petits, dans l'hypotrophie, le rachitisme, dans la plupart des dystrophies frustes que l'on a tant de peine à classer. Il montre que les glandes vasculaires ne sont pas lésées isolément sous l'influence de cause héréditaire, syphilis, tuberculose, alcoolisme. D'autres auteurs préconisent le traitement des enfants « arriérés » par l'opothérapie endocrinienne associée. La question est très difficile à juger chez les enfants, on peut se demander s'il ne s'agit pas là de lésions, effets plus que causes des dystrophies, mais ces notions nouvelles prouvent l'importance de la conception des syndromes pluriglandulaires.

(1) L'un de nous a insisté sur la nécessité de cette distinction dans un autre chapitre de faits longtemps discutés : les *Bacillo-tuberculoses* non folliculaires, Gougerot, Th. de Paris, 1908.

(2) Par exemple les syndromes provoqués par des ablations opératoires.

clinicien recherche les troubles des diverses glandes et les classe en série qu'il rapporte aux lésions de deux, trois,... glandes endocrines. Ces examens devront être répétés à longs intervalles afin de ne pas attacher une valeur exagérée à tel symptôme fruste.

L'*évolution* affirmera parfois ce que l'on n'avait pu que supposer au début; en effet les symptômes frustes discutables s'affirment, deviennent incontestables; un syndrome d'insuffisance endocrinienne se complète; des signes nouveaux apparaissant à certains stades, des troubles d'une autre glande interne s'ajoutent aux précédents; c'est ainsi que dans deux au moins de nos cas d'insuffisance thyro-testiculaire, une insuffisance surrénale est venue confirmer l'hypothèse de troubles pluriglandulaires.

Mais la méthode clinique est délicate, il ne faut tenir compte que des signes *nets*, *persistants*, et ne pas attacher d'importance à une nuance, à un symptôme passager; des examens approfondis, faits à plusieurs semaines d'intervalle, seront indispensables. Il ne faut pas « torturer » certains signes cliniques bons à tout faire : lassitude, céphalée, chute de quelques poils, adiposité; avec de tels critères on pourrait découvrir des syndromes pluriglandulaires dans la plupart des affections médicales.

2° Les *épreuves biologiques*, telles que la glycosurie alimentaire pour juger de l'insuffisance hépatique, constitueraient la méthode idéale pour apprécier l'état des fonctionnements glandulaires. Malheureusement ces épreuves sont encore à l'étude et celles qui pourraient être utilisées sont très peu nombreuses en pathologie endocrinienne.

Ehrmann, Metzel ont proposé de déceler l'hyperadrénalinémie (dans l'hyperépinéphrie) en faisant agir le sérum, ou l'humeur étudiée, sur l'œil énucléé de la grenouille ou sur l'utérus de la lapine; la présence d'adrénaline détermine dans le premier cas une dilatation de la pupille, dans le deuxième cas la vaso-constriction des vaisseaux utérins.

Loevi croit pouvoir déceler l'hypopancréatie en instillant une goutte d'adrénaline dans l'œil du malade : un sujet atteint d'affection pancréatique verra sa pupille se dilater, mydriase que ne présente pas un sujet sain. Mais la valeur de ces réactions a été discutée et l'on a cité des observations contradictoires.

Claude et Baudouin (1) ont proposé les injections d'extraits glandulaires; c'est ainsi que chez certains sujets l'injection sous-cutanée d'extrait hypophysaire provoque avec la plus grande facilité la glycosurie; chez d'autres on n'arrive pas à obtenir l'abaissement de la pression artérielle qui est habituelle après ces injections « et l'on peut même noter l'effet inverse. Il en était ainsi dans un cas de maladie de myxœdème, dans un cas d'insuffisance pluriglandulaire acromégaliforme, dans un cas de maladie de Basedow. Ces extraits glandulaires semblent donc produire des effets différents, suivant l'état préalable des fonctions glandulaires chez le sujet en expérience ». C'est là une méthode encore à l'étude et qui pourra donner des indications intéressantes.

(1) Sur les effets de certains extraits hypophysaires, *Acad. des sciences*, 26 déc. 1911, *C. R.*, t. CLIII, p. 1513.

3° Le *traitement d'épreuve opothérapique* peut donner des indications précieuses.

C'est grâce à des *améliorations* et *guérison* par une opothérapie pluriglandulaire que Rénon et Arthur Delille arrivent à l'hypothèse de la nature pluriglandulaire d'un syndrome de myasthénie d'Erb-Goldflam et d'un syndrome acromégalique où l'examen clinique ne révélait rien de spécial. Gougerot a donné comme l'une des preuves de la nature pluriglandulaire d'un syndrome de Mickulicz la guérison de l'hypoovarie et de l'hypothyroïdie survenue en même temps que la disparition des tuméfactions glandulaires salivaires et lacrymales, sous l'influence d'un traitement iodé équivalent de traitement thyroïdien.

C'est grâce à une *aggravation* et une exagération de symptômes acromégaliques provoqués par l'opothérapie hypophysaire que Rénon et Arthur Delille affirmèrent une hyperhypophysie restée peu apparente.

On pourrait tenir compte aussi des effets de ce que l'on pourrait appeler une opothérapie négative; tel que l'administration de sérum éthyroïdé pour juger de l'hyperthyroïdie.

Mais on doit être d'une extrême prudence dans ces conclusions thérapeutiques : il ne faut tenir compte que des améliorations *indéniables*, *persistantes*, *parallèles au traitement*; il ne faut pas s'illusionner sur des améliorations partielles dues au repos, au régime, aux médications symptomatiques, au massage et à la suggestion inconsciente du médecin et du malade. Que n'a-t-on pas voulu espérer par exemple des traitements thyroïdiens? Ces résultats thérapeutiques ont souvent conduit à des généralisations trop hâtives.

Même lorsque l'action de l'opothérapie est indéniable, il faut se souvenir que l'épreuve thérapeutique n'est pas un critérium de certitude. En effet des affections qui ne semblent pas d'origine glandulaire ont pu être améliorées par l'opothérapie, parce que celle-ci stimule la nutrition générale. Inversement des syndromes pluriglandulaires incontestables, tels que ceux réalisés par nos trois malades atteints d'insuffisance thyro-testiculo-surrénale, n'ont pas été manifestement influencés par une opothérapie mixte soigneusement appliquée.

4° Les *autopsies*, complétées par des *examens histologiques et biologiques* minutieux de toutes les glandes endocrines, suffisent dans certains cas à affirmer des lésions pluriglandulaires, alors que l'examen clinique restait hésitant. Il faut alors que les lésions soient incontestables, et ne puissent être rapportées ni à un processus aigu terminal d'infection et d'intoxication, secondaires ou agoniques, ni à un processus chronique associé. Le plus souvent l'autopsie ne sera qu'un moyen de contrôle du diagnostic clinique.

L'autopsie permet d'apprécier les grosses lésions, atrophie, sclérose, nécrose; l'examen histologique

précise les altérations, juge de l'intensité des sécrétions glandulaires, mesure le parenchyme détruit, altéré, intact, hypertrophié. Il faudra, pour l'interprétation des lésions surtout si elles sont légères, se montrer prudents, car les lésions minimes sont banales et nos connaissances relatives à la structure des glandes à sécrétion interne, à l'état de repos ou à l'état d'activité fonctionnelle sont encore bien insuffisantes.

L'autopsie permet encore une analyse chimique des glandes, méthode que l'on a trop négligée. C'est ainsi que Claude et Blanchetière, comparant la teneur en iode du corps thyroïde dans les diverses maladies, ont montré des variations considérables : les chiffres les plus élevés, fait qui doit retenir l'attention, ont été notés dans des thyroïdes qui, histologiquement, paraissaient le plus altérées.

L'autopsie permet enfin une « analyse physiologique » en étudiant les effets des extraits des glandes sur des animaux sains ou sur des animaux préparés. C'est ainsi que Gley (1) étudiant la réaction physiologique des glandes prélevées à l'autopsie met deux faits en évidence : « 1° les différences quantitatives entre l'activité des extraits de tissu thyroïdien normal et celle de tissu de goitre exophtalmique (Gley) ; 2° l'identité des effets cardiovasculaires des extraits thyroïdiens, soit que ceux-ci proviennent de glandes basedowiennes, soit qu'ils proviennent de goitres ordinaires (Schönborn, Gley). » D'après Gley, « les extraits de goitre exophtalmique peuvent déterminer une diminution d'excitabilité du pneumogastrique, contrairement à ce qu'on observe à la suite de l'injection d'un extrait de thyroïde normale » (p. 968).

En dehors même des résultats contradictoires que donnent les diverses analyses des glandes prélevées à l'autopsie, on risquerait de commettre plusieurs erreurs, si on s'en rapportait uniquement aux données nécropsiques, sans les comparer aux symptômes cliniques. Car, en dehors des cas de destruction des glandes ou des hypertrophies manifestes, il est souvent difficile d'éliminer les altérations secondaires, terminales, agoniques et cadavériques des glandes endocrines.

Trouver une lésion glandulaire n'implique pas que l'affection observée pendant la vie était d'origine glandulaire ; on n'aurait pas idée, à l'autopsie d'une hémorragie cérébrale, de dire qu'elle est d'origine pulmonaire et tuberculeuse parce que le sommet du poumon contient quelques tubercules. Des lésions minimes et même graves peuvent fort bien rester latentes et les symptômes observés pendant la vie n'avaient rien à faire avec ces lésions glandulaires. Les lésions glandulaires peuvent être des altérations terminales dues à la cachexie, aux infections gastro-intestinales et intoxications agoniques, à l'infection cadavérique ; la polysclérose d'un sénile précoce peut avoir modifié les glandes endocrines et les infections terminales peuvent avoir frappé dans les derniers jours de la vie l'épithélium de ces glandes ; on aurait tort de conclure que les lésions interstitielles et parenchymateuses ont été les causes des symptômes cliniques, elles sont *effets* et *non causes* de l'affection et des complications dont est mort le malade.

(1) Gley. Recherches sur la pathogénie du goitre exophtalmique, *Journ. de physiol. et de path. gén.*, 15 nov. 1911.

Roussy, en 1911, a insisté sur ces difficultés (*Paris médical*, 1911, n° 32, p. 133) et allant plus loin que nous, il met en doute la nature glandulaire, généralement admise, de certains syndromes (Sergent et Léon Bernard) : « Parfois, dit-il, les conclusions que l'on a tirées de certaines lésions anatomiques ont été quelque peu hâtives. Du fait qu'à l'autopsie d'un individu on trouve des lésions des surrénales, par exemple, peut-on attribuer la mort à une surrénalite aiguë, alors que tous les autres viscères sont également plus ou moins atteints ? En d'autres termes, existe-t-il des surrénalites aiguës, anatomiquement et cliniquement définies, comme il existe des néphrites aigues... ? C'est possible, mais je ne crois pas qu'on soit encore en droit de l'affirmer, faute de preuves. »

« Avant d'user et d'abuser des syndromes polyglandulaires, disent très justement Roussy et Rossi (*Revue de neurologie*, 15 février 1911), il serait utile de se rendre compte de la banalité même des lésions des glandes vasculaires internes sanguines, en particulier au cours des infections qui terminent tant d'affections ; ...on en viendrait à penser que, dans l'ordre des temps, les lésions des glandes endocrines avec la symptomatologie qu'elles entraînent, sont rarement des causes et le plus souvent des effets... »

C'est afin d'éviter ces erreurs que toujours nous avons placé au premier plan la méthode clinique pour reconnaître la nature pluriglandulaire ; tel était le cas de notre premier malade, c'est la clinique qui affirmait, par toute une série de symptômes, l'insuffisance thyroïdienne et testiculaire, puis surrénale. L'examen anatomique ne fit que confirmer ; il faut bien distinguer ces faits, où l'examen clinique peut démêler, grâce à des symptômes nets, l'insuffisance pluriglandulaire, des affections sans troubles glandulaires cliniquement reconnaissables, dont les lésions sont des découvertes d'autopsie. On ne doit appeler syndromes pluriglandulaires que les affections où la clinique peut reconnaître à des signes incontestables l'atteinte de plusieurs glandes. Comprendre les *lésions latentes* pluriglandulaires dans le chapitre des syndromes pluriglandulaires, ce serait faire la même erreur que de ranger dans le groupe clinique des néphrites, tous les cas où l'autopsie révèle des lésions des reins.

En résumé, on se trouve pris entre deux tendances.

— Classer les syndromes pluriglandulaires avant tout, avec des critériums cliniques, c'est notre tendance ; l'autopsie n'est pas une preuve négligeable, mais elle ne doit être qu'une confirmation de la clinique.

— Ou se contenter des preuves données par l'autopsie, et admettre parmi les affections pluriglandulaires, tous les cas où l'autopsie révèle des lésions pluriglandulaires, même quand ces lésions sont restées cliniquement latentes. Mais on risque de classer dans le chapitre des syndromes pluriglandulaires des lésions anciennes insignifiantes, des lésions

secondaires terminales récentes, des lésions agoniques ou cadavériques, des lésions dues à des artifices de préparations histologiques.

Certes on peut objecter que si la deuxième tendance est trop compréhensive, la première est trop restrictive ; elle risque de méconnaître des altérations glandulaires réelles, mais trop minimes pour avoir une expression symptomatique appréciable par nos méthodes cliniques actuelles. En effet, nous ignorons encore beaucoup en séméiologie glandulaire endocrinienne.

Mais au moins la première tendance qui s'appuye avant tout sur la clinique est plus prudente, elle n'admet que des faits certains ou tout au moins comportant le même degré de certitude que nos autres acquisitions en pathologie endocrinienne.

Au contraire, la deuxième tendance qui croit suffisante les données nécropsiques n'apporte que des hypothèses probables ou possibles, mais non démontrées. Ce sont des faits d'attente : certains rentreront dans le groupe des syndromes pluriglandulaires, mais beaucoup mieux interprétés seront plus tard classés dans d'autres chapitres.

Pour terminer nous n'hésitons donc pas à répéter que la nécessité s'impose de distinguer actuellement trois catégories de faits : 1° faits certains ; 2° faits probables ; 3° faits hypothétiques d'attente, non démontrés, et c'est dans cet esprit que nous avons tenté de délimiter les syndromes pluriglandulaires.

On voit que la conception nouvelle des syndromes pluriglandulaires, tout en ayant soulevé quelques critiques, semble justifier l'importance que, dès le début, nous lui avons accordée. Désormais un chapitre nouveau doit être ouvert dans les traités après l'étude des affections et des lésions de chaque glande, le chapitre des syndromes pluriglandulaires.

QUELQUES RÉSULTATS OBTENUS CHEZ LES SOURDS & SOURDS-MUETS PAR LA RÉÉDUCATION DE L'OUIE

Par M. LAIMÉ.

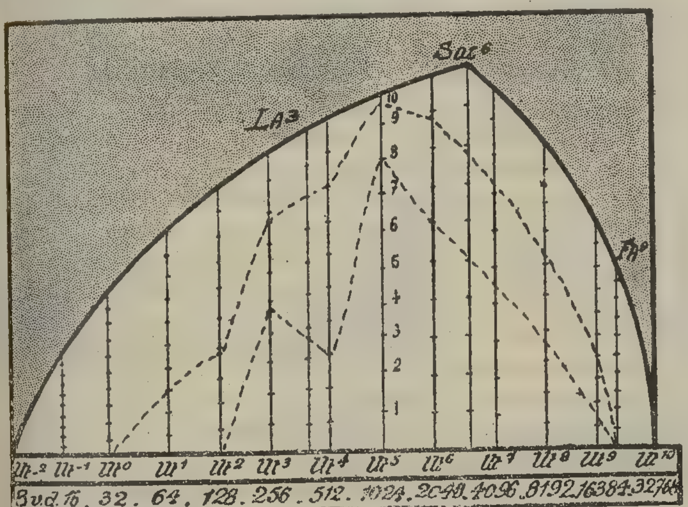
La thérapeutique moderne a une tendance de plus en plus marquée à s'adresser, comme adjuvants aux moyens cliniques, aux procédés purement physiques et mécaniques. Un des procédés les plus employés parmi ceux-ci, est la rééducation des organes. Un organe est atrophié par suite de non fonctionnement prolongé, ou bien par suite de lésion pathologique quelconque, comment lui redonner sa vitalité primitive ? En le faisant s'exercer normalement et progressivement pendant un temps plus ou moins long. Il faut le faire travailler normalement, c'est-à-dire ne pas lui imposer des mouvements ou des exercices auxquels il n'est pas destiné ou auxquels il n'a qu'exceptionnellement l'occasion de se livrer. Il faut aussi faire que cet entraînement soit progressif : si dès le début du traitement on veut forcer l'organe, lui imposer un effort trop violent, ou trop prolongé, on risque grandement de le mettre complètement et définitivement hors d'usage. C'est d'après ces principes généraux de l'éducation physique de tout organe que j'ai cherché à établir une méthode pratique et efficace de rééducation de l'ouïe.

Quelle est donc tout d'abord la fonction principale de l'oreille ? C'est évidemment d'entendre le langage parlé, elle enregistre bien entendu en même temps tous les sons et bruits environnants ; mais un sourd qui serait privé seulement de la perception de ces bruits et qui entendrait encore très bien la parole normale ne se plaindrait guère de cette privation ; c'est donc bien l'audition de la parole qui est la fonction primordiale de l'oreille. Pour rééduquer cet organe de quoi devrons-nous donc nous servir ? De la parole principalement. Si certaines méthodes basées sur l'audition prolongée de sons plus ou moins renforcés donnent des améliorations dans l'audition, ces améliorations ne peuvent guère porter que sur la perception des bruits ou sons, mais peu sur la chose importante : la compréhension de la parole. En effet, nous voyons à chaque instant des sourds qui nous disent : j'entends très bien la plupart des bruits, je perçois très suffisamment le son de votre voix, mais je ne comprends pas ce que vous dites ; ils entendent encore assez bien les sons, ils ne les reconnaissent plus ; ils prennent *u* pour *i*, *t* pour *s*, etc. Ce ne sera pas avec des diapasons ni des sirènes que l'on pourra leur rendre cette compréhension qui leur manque, ce ne sera que par des exercices vocaux. Lermoyez et Urbantschitsch l'ont dit et prouvé il y a déjà longtemps. Urbantschitsch dans son livre sur les *Exercices acoustiques dans la surdi-mutité et la surdité acquise* donne une technique très précise de ces exercices et nous dit les résultats extrêmement intéressants obtenus par son application. Mais la méthode vocale simple telle qu'il l'expose présente, à mon avis, deux grands défauts ; elle est très pénible pour la personne qui l'applique à cause des efforts vocaux violents et répétés qu'elle doit faire, et elle est très longue, ce qui risque de lasser presque toujours la patience du malade. J'ai cherché en reprenant cette méthode à lui enlever autant que possible ces deux inconvénients. Pour cela je me sers pour la rééducation vocale d'un appareil microphonique amplificateur, que j'ai fait construire depuis déjà plusieurs années. Cet appareil permettant d'augmenter les sons dans la proportion qu'on désire, on n'a plus besoin, pour se faire entendre du sourd, de crier ni même d'élever la voix, les exercices deviennent ainsi peu fatigants et, comme ils sont très efficaces, ils peuvent être très courts. Enfin les résultats sont, avec cet instrument, très rapides, de sorte que les malades, se rendant compte en très peu de temps de l'amélioration obtenue, sont facilement persuadés de l'intérêt qu'ils ont à continuer le traitement pendant un temps suffisant, d'autant plus qu'au bout de quelque temps ils peuvent très bien le continuer chez eux sans l'aide du médecin.

Pour que cette méthode donne de bons résultats, il faut qu'elle soit menée avec prudence et progressivement, surtout au début. Etre tout particulièrement circonspect lorsque le malade a des bourdonnements, car le traitement mal conduit pourrait lui faire autant de mal qu'il peut lui faire de bien dans le cas contraire. Il faut tout d'abord arriver à régler l'appareil au degré voulu ; un examen préalable de l'audition peut donner à l'auriste des renseignements précieux à ce sujet, le malade lui-même devra aider à ce résultat par des indications qu'il donnera. Pour que l'appareil soit bien réglé, il faut que le malade soit obligé de prêter encore une certaine attention pour entendre ce qu'on lui dit. Ne pas oublier que toute séance faite avec un appareil trop fort rend immédiatement plus sourd et que l'usage habituel d'un appareil trop fort rend définitif cet assourdissement. C'est ce qui explique que l'emploi des appareils acoustiques courants aggrave presque toujours la surdité de ceux qui en font usage, d'autant plus qu'il est à remarquer que les sourds ont une tendance à croire que plus un appareil est fort et plus il est efficace, ce qui est une grave erreur, à tous les points de vue. En dehors de la question du réglage, on doit faire, au début, des séances

très courtes et toujours les arrêter lorsqu'apparaît la fatigue ; j'ai reconnu que dans la plupart des cas de surdité acquise une demi-heure d'exercices par jour était suffisante. Pour les sourds-muets, surtout au début, il faut des exercices plus souvent répétés. Dans les cas de surdité acquise comme dans ceux de surdi-mutité, surtout même pour ces derniers, cette méthode donne des résultats extrêmement intéressants. Voici quelques exemples pris dans les deux catégories.

D'abord dans *les cas de surdité acquise*, il est bien évident que le degré d'amélioration, la rapidité du succès dépendent du degré de la surdité, de sa cause et aussi de l'âge du sujet. Chez les jeunes on aura certainement plus de chances d'arriver à un résultat très rapide que chez les personnes âgées ; mais dans tous les cas, les améliorations sont à peu près certaines et souvent extrêmement marquées comme on peut s'en rendre compte par l'examen des graphiques ci-dessous :



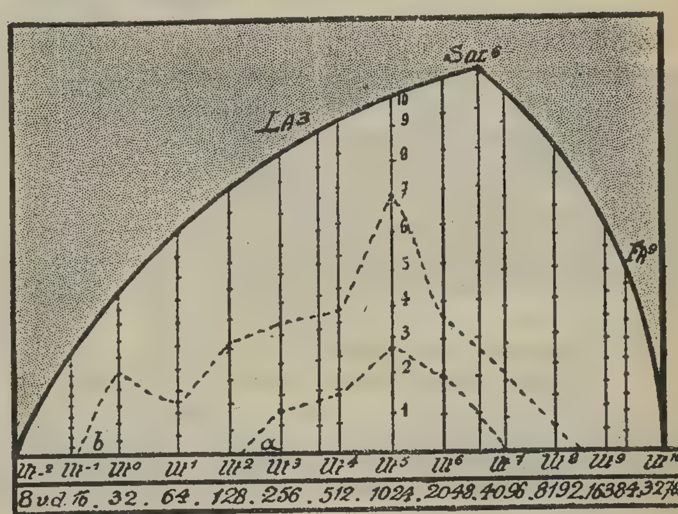
GRAPHIQUE N° 1. — *Oreille gauche.*
Dates : *a.* 1er juin 1911 ; *b.* 23 juin 1911.

Le graphique n° 1 représente le champ auditif de l'oreille gauche d'un garçon de quatorze ans atteint de surdité bilatérale provoquée par un catarrhe naso-tubaire et progressant rapidement malgré plusieurs interventions et traitements différents. Cette oreille percevait le 1er juin 1911, jour du premier examen, la voix haute à 0m45, le 23 juin 1911 après trois semaines de traitement elle la percevait nettement à 4m25. Dans ce graphique, les abcisses sont représentées par les diapasons donnant la série des UT depuis UT^{-2} (8 vd) jusqu'à UT^{10} (32 768 vd) et les ordonnées par le temps pendant lequel est perçu chacun de ces diapasons. Il est facile de se rendre compte par ce graphique qu'entre le premier et le deuxième examen le champ auditif s'est étendu en bas de deux octaves.

Le graphique n° 2 est celui du champ auditif de l'oreille droite d'un homme de soixante-cinq ans, atteint de sclérose progressive avec ankylose des osselets. Cette oreille ne perçoit nettement, le 6 novembre 1911, la voix haute qu'à 0m50 ; le 6 décembre après un mois de traitement elle la perçoit à 4 mètres.

Dans ce graphique, on peut constater qu'en un mois le champ auditif s'est étendu en bas de trois octaves et en haut de deux. Cette personne qui était parvenue à un point de surdité avancée a recouvré une audition presque normale et peut se mêler désormais à toutes les conversations.

Ces cas d'amélioration extrêmement nets suffiraient à prouver l'intérêt de la méthode, mais il en est d'autres qui par leur gravité, l'état d'infirmité complète où ils placent les infortunés qui en sont atteints et l'impossibilité presque absolue qu'on a éprouvé jusqu'ici à modifier leur état, attirent tout particulièrement l'attention, ce sont *les cas de surdi-mutité* ; pour quelques-uns de ceux-ci que j'ai eu l'occasion de soigner, j'ai obtenu par ma méthode sinon des guérisons complètes, du moins des améliorations qui peuvent presque être considérées comme telles. Voici deux observations des plus typiques parmi plusieurs cas traités avec succès :



GRAPHIQUE N° 2. — *Oreille droite.*
Dates : *a.* 1er novembre 1911 ; *b.* 1er décembre 1911.

OBS. III. — Le jeune B..., sept ans, sourd-muet de naissance; de l'aveu même de ses parents n'a jamais paru entendre le moindre bruit, ne manifeste aucune sensation auditive aux bruits les plus forts, ni les plus aigus. A commencé à apprendre la lecture sur les lèvres et la parole par la méthode ordinaire des sourds-muets. Dès le premier essai de l'appareil, il perçoit des sons et témoigne bruyamment de sa joie de cette perception nouvelle pour lui. Après trois mois de traitement consistant en séances régulières de rééducation à l'aide de l'appareil, il entend à l'oreille nue un phonographe assez distinctement pour reconnaître la différence entre la voix humaine ou un instrument de musique, il entend la voix haute tout près du pavillon de l'oreille et répète les voyelles qu'on lui dit de cette façon.

OBS. IV. — Le jeune R. G..., six ans, sourd-muet de naissance, ne donnait aucun signe d'audition, a été opéré deux fois de végétations adénoïdes. Depuis la deuxième opération, il a commencé à percevoir quelques sons. Quand j'ai commencé à le traiter, il entendait la voix criée tout contre le pavillon et percevait les bruits très forts. Il avait un peu appris la lecture sur les lèvres et prononçait péniblement quelques mots, il n'arrivait à répéter à peu près à coup sûr que les voyelles *a* et *o* criées à son oreille. Après un mois de traitement, il entend la voix haute à 0^m40 environ et répète sans se tromper la plupart des mots qu'on lui dit. Il commence à causer et à prononcer de lui-même des phrases entières. Cet enfant arrivera très certainement d'ici peu à être à peu près normal.

Je suis persuadé que presque tous les sourds-muets peuvent arriver, par cette méthode, à obtenir une amélioration de l'audition telle, qu'ils se trouvent simplement dans la situation de personnes atteintes de surdité acquise ou même de simple dureté d'oreille. Ce qu'il y a de certain, c'est que presque tous les sourds-muets entendent du premier coup des sons avec mon appareil, j'ai eu l'occasion de le vérifier dans une institution de sourds-muets où, sur quinze enfants, douze ont immédiatement entendu et la plupart avec l'appareil réglé à une intensité assez faible. Il est probable d'ailleurs que même pour les trois sujets qui étaient restés rebelles à l'expérience, des essais réitérés et prolongés auraient fini par réveiller chez eux quelques vestiges d'audition qui bien cultivés ensuite auraient pu donner encore de bons résultats.

En somme pour les sourds, comme pour les sourds-muets, en dehors du traitement des lésions otiques, pharyngiennes ou nasales par les moyens thérapeutiques ordinaires, il est très indiqué de soumettre l'organe parésié à une rééducation raisonnée; les exercices vocaux bien réglés et facilités par l'emploi d'un bon appareil sont de beaucoup les plus efficaces pour cette rééducation.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Lyon chirurgical. — (N° 3, 1er mars 1912.) LAGOUTTE : Des perforations brusques de l'ulcère duodénal en péritoine libre. — BÉRARD et VIGNARD : De l'appendicite toxique (*fin*). — Léon THÉVENOT : Kyste de la paroi vésico-vaginale d'origine gartnérienne (1 fig.). — R. LERICHE : De l'intervention chirurgicale dans la maladie de Parkinson.

Medical Record. — (Vol. LXXXI, n° 4, 27 janv. 1912.) Eugène FULLER : Les désordres sexuels chez l'homme envisagés au point de vue clinique. — A. E. GARROW : Hypernéphrome latent avec métastase unique. — Carl D. CAMP : Anémie pernicieuse déterminant des troubles médullaires et un état mental simulant la paralysie. — John DUDLEY-DUNHAM : Etude des troubles cardio-vasculaires dans leurs rapports avec les lésions des viscères abdominaux. — Milton R. BARKER : Urétrite postérieure chronique, vésiculite et épididymite chez les sujets ayant dépassé l'âge moyen. — (N° 5, 3 fév.) M. Allen STARR : Maladies professionnelles dues à l'emploi des poisons métalliques; mesures nécessaires à leur prophylaxie. — John A. FORDYCE : Maladies professionnelles de la peau. — G. Frank LYDSTON : La neurasthénie sexuelle et la prostate. — Wm. Hills SHELDON : La pression artérielle et le malade.

Montpellier médical. — (N° 5, 4 fév. 1912.) G. RAUZIER : Diabète et pneumopathies aiguës. — (N° 6, 11 fév.) G. RAUZIER : Diabète et pneumopathies aiguës (*fin*). — (N° 7, 18 fév.) CARRIEN et ANGLADA : Deux cas de mélitococcémie vérifiés par l'hémoculture. — SCHOULL : L'hectine et l'hectargyre dans le traitement de la syphilis. — (N° 8, 25 fév.) CARRIEN et ANGLADA : Deux cas de mélitococcémie vérifiés par l'hémoculture (*fin*).

Policlinico. — (Fév. 1912, fasc. 4.) *Section médicale.* Sandro RIZZI : Contribution à l'étude de la réaction de Wassermann en séméiologie clinique. — Carlo BASILE : L'identité et le mode de transmission des leishmanioses. — Guido MARCHETTI et Cesare CAPEZZUOLI : Contribution à l'étude du mécanisme des inhalations d'oxygène au point de vue de leur action. — Riccardo FUA : Le râle buccal de Galvagni. — *Section chirurgicale.* Andrea COSENTINO : Contribution à l'étude du phlegmon ligneux de Reclus. — Oreste CIGNOZZI : Syndrome appendiculaire et cæcum mobile. Appendicectomie et typhlopexie. — Mario FASANO : Traitement de la péritonite purulente diffuse.

Semaine gynécologique. — (N° 6, 6 fév. 1912.) R. PICHEVIN : Rétrodéviation utérine et lésions annexielles. — (N° 7, 13 fév.) PICHEVIN : A propos de la radiumthérapie dans le traitement du cancer utérin. — PICHEVIN : Le cinnamate de soude dans la tuberculose pulmonaire, dans les tuberculoses externes et dans la péritonite bacillaire.

Semaine médicale. — (N° 6, 7 fév. 1912.) R. SAND : Démonstration anatomique de l'indépendance de la troisième circonvolution frontale gauche des centres du langage articulé. — (N° 7, 14 fév.) R. DE BOVIS : Hystérectomie totale ou subtotale dans le traitement des myomes utérins. — (N° 8, 21 fév.) CHEINISSE : La pancréatite ourlienne.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 4, 29 fév. 1912.) HOËL : Recensement du 5 mars 1911 [travaux du bureau d'hygiène et de statistiques de la ville de Reims (*fin*)].

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 10, 7 mars 1912.) OPPENHEIM : Clinique et étiologie des dermatites atrophiantes. — DOBERER : Technique et casuistique des opérations pour épilepsie. — BLACH et HULLES : Rapports de la glande pinéale et des organes génitaux. — JONAS : La réaction de l'aldéhyde d'Ehrlich dans les troubles circulatoires. — NEUGEBAUER : Le pansement au mastirol dans les brûlures. — FRAENKEL : Discours en souvenir de lord Joseph Lister.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Epreuve orale.* — Séance du 24 mai (matin) : MM. Chabrol, Paisseau, Malloizel, Aubertin, Darré et Courcoux, 19.

Séance du 24 mai (soir). — MM. Babonneix et Gougerot, 19; Lian, 18; Debré, 19.

Liste des candidats déclarés admissibles :

MM. Laederich, 58 1/2; Darré et Sézary, 58; Lemierre et Aubertin, 56 1/2; Babonneix et Monier-Vinard, 56; Harvier, 55; Malloizel, 53 1/2; Gougerot et Faure-Beaulieu, 53; Paisseau, Rivet et Israëls de Jong, 52 1/2; Armand-Delille, Courcoux, Gaultier et Lemaire (Henri), 52; Abrami et Chabrol, 51 1/2.

La première séance de consultation écrite est fixée au vendredi 31 mai, à quatre heures et demie, à l'hôpital Lariboisière.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 24 mai : MM. Bréchot, 14; Hallopeau, 20; Martin, 18.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 24 mai. — MM. Lehmann, 13 + 7 = 20; Mathey, 15 + 7 = 22.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Dans sa séance du 17 mai, le conseil de la Faculté de médecine a accepté à l'unanimité la demande de M. Chavannaz qui désire passer de la chaire de gynécologie à la chaire de clinique chirurgicale que M. le professeur Demons va bientôt abandonner.

Il a également voté le maintien de la chaire d'anatomie pathologique, que doit prochainement quitter M. le professeur Coyne, et a demandé au ministère de la déclarer vacante le plus tôt possible.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — CONCOURS D'INTERNAT. — Le concours annuel sera ouvert à l'hôpital, 7, rue Pierre-Larousse (Paris, XIVe), le lundi 1er juillet 1912, pour la nomination de six internes titulaires dont un pour les spécialités (maladies des oreilles, du larynx et du nez) et de plusieurs internes provisoires. Les internes titulaires sont nommés pour deux ans, les provisoires pour un an.

Pour les inscriptions et tous renseignements, écrire, avant le 15 juin, à M. l'administrateur délégué, à l'hôpital, 7, rue Pierre-Larousse.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — *Médailles d'or.* — MM. les médecins-majors de première classe Oberlé et Lépine.

Médailles d'argent. — MM. les médecins-majors Morisson et Béraud.

MM. les médecins aides-majors Azaïs, Feuillié, Bertein et Chatinières.

LE MOUVEMENT DE LA POPULATION FRANÇAISE EN 1911. — La statistique du mouvement de la population de la France en 1911 va paraître. Elle est plus déplorable encore que les précédentes.

Le nombre des décès a surpassé de 34 869 celui des naissances; autrement dit, la population française a diminué de 34 869 unités l'année dernière.

Le chiffre des naissances est le plus bas qui ait encore été atteint. On a compté seulement 742 114 enfants nés vivants, contre 776 983 décès.

Chaque année voit malheureusement s'accentuer la situation défavorable de la France au milieu des nations grandissantes. C'est ainsi que sur 10 000 habitants, l'excédent annuel moyen des naissances est de 112 en Italie, 115 en Angleterre, 141 en Allemagne, etc.

Le nombre des mariages en France est cependant satisfaisant : 307 788 en 1911, soit un peu plus qu'en 1910. La France compte parmi les pays où la nuptialité est relativement élevée.

Le nombre des divorces, toujours en augmentation, est également un peu plus élevé qu'en 1910 et atteint 13 058.

Les décès ont été plus nombreux en 1911 qu'en 1910 dans presque tous les départements. Relativement au chiffre de la population ce sont les départements normands qui, comme les années précédentes, fournissent la mortalité la plus élevée.

C'est aussi dans ces départements, puis dans quelques régions du centre, de la Bretagne, de la Provence, de la Champagne, de l'Oise et même de Seine-et-Oise, que se trouvent les arrondissements où le taux de mortalité est géné-

ralement anormal en tenant compte de la répartition par âge des habitants de ces arrondissements.

Dans le même ordre d'idées, on peut remarquer que si le nombre proportionnel des décès est notablement élevé en France, par rapport à beaucoup d'autres pays, cela tient à ce que la France est l'un des pays où l'on compte le plus de vieillards, relativement au nombre des habitants, et cela en raison de la faible natalité dans les dernières années.

Le petit nombre des naissances est l'élément démographique caractéristique de la population française. Par rapport à 1910, le nombre des naissances a décru dans 83 départements. Les départements à forte ou à faible natalité sont d'ailleurs toujours à peu près les mêmes : les premiers dans les régions de la Bretagne, du nord et de l'est; les seconds dans la vallée de la Garonne, en Bourgogne, etc., qui sont depuis longtemps en voie de dépeuplement.

Bien que la natalité s'abaisse aussi actuellement dans de nombreux pays, nulle part elle n'est aussi faible qu'en France.

FONDATION PIERRE BUDIN. — ÉCOLE DE PUÉRICULTURE (91 *bis*, rue Falguière, XVe arr.) — Une conférence sera faite, le jeudi 6 juin, à cinq heures, par le docteur Henri de Rothschild sur « le lait ».

A. P. M. — CONFÉRENCES D'ÉTÉ. — La conférence du lundi 3 juin sera donnée à neuf heures du soir à la Faculté de médecine par M. le professeur agrégé Jeanselme, médecin de l'hôpital Broca, sur le sujet suivant : Une mission médicale en Extrême-Orient (nombreuses projections.) Présidence de M. le professeur Hutinel.

On peut se procurer des cartes d'entrée au secrétariat de l'École de médecine, au secrétariat de la Société de géographie, ou en écrivant au siège social de l'A. P. M., 12, rue François-Millet, Paris XVIe.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA MAISON DU MÉDECIN

M. le docteur Triboulet a fait la semaine dernière, à la Société de l'internat des hôpitaux de Paris, une conférence qui a obtenu un vif succès.

Envisagée, il y a cinquante ans, par Orfila, comme une œuvre philanthropique très indiquée, la fondation d'une maison de retraite pour les vieux médecins apparut à Courtault, comme une nécessité de l'heure présente, et le succès de la Maison du médecin a bien justifié cette manière de voir.

De nos jours, la pléthore médicale réelle, l'exploitation fréquente du médecin par les collectivités, et, d'autre part, la vie plus chère, sont deux causes qui engendrent plus de malaise, et parfois la misère.

Victimes d'une naturelle insouciance, ou d'un trop généreux optimisme, victimes quelques-uns de notre ingrat labeur, ou de la Société qui les a exploités, voués toute leur vie à la misère morale et matérielle, il en est parmi nous qui n'ont jamais rien pu distraire, pour assurer leur avenir, des ressources indispensables au pénible pain quotidien.

Or, bon gré, mal gré, à présent, il n'est plus permis à aucun de nous d'être imprévoyant, et chacun doit recourir à nos divers modes d'assurances professionnelles, contre la maladie, ou même contre les risques corporatifs.

Mais si nombreux que soient nos associations, nos mutualités, nos groupements, ils n'ont pas encore *tout* prévu.

Il advient que *rien* n'existe pour un certain nombre des nôtres, et que tout peut manquer à quelques-uns qui seront malheureux, misérables, pendant de longues et cruelles années, parce qu'ils sont VIEUX, et qu'à cause de cette seule vieillesse ils ont perdu leur gagne-pain : la clientèle.

A ces infortunés s'ouvre la Maison du médecin aux statuts remarquablement élaborés, pour prévoir la gratuité absolue, le cas échéant, ou des prix de pension proportionnés au dénûment de nos confrères. Ainsi se trouvent sauvegardés les intérêts matériels de l'œuvre, dans une certaine mesure, et la dignité des pensionnaires de la Maison du médecin.

Celle-ci, sous forme d'une jolie propriété de campagne sise à Brézolles (Eure-et-Loir), a déjà hébergé, en un an, huit à dix de nos confrères, et donne actuellement l'hospitalité à six d'entre eux.

Les prévisions actuelles permettent de penser qu'une création de même importance deviendra sous peu nécessaire, et que vraisemblablement, il y aura lieu de répéter à quatre ou cinq exemplaires la Maison du médecin, pour satisfaire aux demandes, tant en faveur de nos confrères que de leurs femmes ou de leurs veuves.

« Comme notre plus cher désir à tous, a dit en terminant M. Triboulet, est de voir notre vieille famille médicale, non seulement à l'abri, mais entourée du confort le meilleur, otium cum dignitate, il va sans dire que là comme ailleurs le succès est une question de fonds et de bonne gestion.

Autour d'un président, d'un secrétaire général et d'un trésorier au-dessus de tous éloges, groupons-nous aussi nombreux que possible, suivant nos moyens personnels, comme simples adhérents, comme membres titulaires (12 francs), comme donateurs, comme membres perpétuels (200 francs, rachat de la cotisation), comme fondateurs, comme bienfaiteurs.

La reconnaissance d'utilité publique que nous devons à l'activité inlassable de Regnier, de Nass, de Schmitt, de M. de Leymarie, notre dévoué conseil juridique, autorise désormais toutes les générosités, telles celles qui nous ont valu ces deux dons compatissants grandioses de 40.000 et de 50.000 francs auxquels l'anonymat confère vraiment un caractère sublime.

Peut-être, un jour, le grand public, après avoir offert son obole aux artistes qui l'ont diverti, se souviendra-t-il des médecins qui l'ont soigné, guéri, ou consolé ?

N'en doutons pas, la faveur publique viendra à nous d'autant plus que nous aurons déjà pleinement réussi. Aide-toi, le ciel t'aidera! »...

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 3 AU 8 JUIN 1912

THÈSES

Mercredi 5 juin, à une heure. — M. PELISSIER. L'aphasie motrice pure. (MM. Déjerine, président; Gaucher, Richaud et Laignel-Lavastine.) — M. MALET. « 606 » et récidives. (MM. Gaucher, président; Déjerine, Richaud et Laignel-Lavastine.) — M. RIBEROL. De l'utilisation de la forcipressure comme moyen d'hémostase dans quelques cas de chirurgie abdominale. (MM. Segond, président; Campenon, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. D'HALLUIN. Le traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire inguinale est-il possible sans orchidopexie ? (MM. Segond, président; Campenon, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. BAUDOIN. Contribution à l'étude des hernies spontanées de la ligne semi-lunaire de Spiegel. (MM. Segond, président; Campenon, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. LAPLANCHE. Iconographie de l'exploration du poignet tuberculeux. (MM. Segond, président; Campenon, Pierre Duval et Ombrédanne.)

Jeudi 6 juin, à une heure. — M. UBAGO. Du traitement du paludisme par l'hectine. (MM. Chantemesse, président; A. Robin, Widal et Richaud.) — M. LATOUR. Contribution à l'étude de l'évolution et du traitement des fistules tuberculeuses. (MM. Albert Robin, président; Chantemesse, Widal et Richaud.) — Mlle LEBENTHAL. Essai de traitement local par l'arsenobenzol. (MM. Widal, président; Chantemesse, Albert Robin et Richaud.) — M. BOUCHON. Perfectionnements de la technique des coupes macroscopiques (mézatomie) appliquée à l'étude de l'anatomie topographique. (MM. Prenant, président; Bar, Quénu et Brindeau.) — M. REYNIER. Contribution à l'étude des anomalies de la sécrétion lactée (de la lactation en dehors de la puerpéralité chez la femme adulte). (MM. Bar, président; Prenant, Quénu et Brindeau.) — M. PETIT. Des plaies opératoires de la veine cave inférieure. (MM. Quénu, président; Prenant, Bar et Brindeau.)

CONSIDÉRATIONS ÉTIOLOGIQUES ET PATHOGÉNIQUES

A PROPOS D'UN CAS DE

DILATATION AIGUE DE L'ESTOMAC

APRÈS TRÉPANATION MASTOIDIENNE

Par M. GEORGES PETIT,
Interne de la Maison de Charenton.

La dilatation aiguë de l'estomac, survenant après une intervention opératoire, est bien connue des chirurgiens français depuis que Reynier, au Congrès de chirurgie de 1903, attira l'attention sur cette complication postopératoire, signalée antérieurement en Allemagne par Kundrat, Schmitzler, Müller, en Amérique par Robinson, en Angleterre par Box et Wallace. Depuis lors, nombre d'auteurs, parmi lesquels Chavannaz, Routier, Walther, Quénu, Hartmann, Lecène, Tuffier, Pierre Delbet, etc., en rapportèrent des cas personnels qui suscitèrent, à la Société de chirurgie (1905), d'intéressantes discussions sur la symptomatologie, le traitement et la pathogénie de ce syndrome.

On sait que le tableau clinique en est habituellement constitué par la symptomatologie suivante : apparition (du deuxième au septième jour après l'intervention) de vomissements, fréquents, survenant sans grands efforts, d'odeur repoussante, de couleur jaunâtre, ayant quelquefois les caractères de véritables hématémèses, accompagnés de douleurs abdominales qui attirent l'attention sur la dilatation épigastrique (estomac tendu et dilaté descendant parfois jusqu'au pubis) ; coexistence d'autres signes généraux : facies grippé et d'aspect péritonéal, pouls rapide, hypotendu et filiforme, mouvements respiratoires superficiels et irréguliers; tous accidents qui, méconnus ou négligés, peuvent entraîner rapidement la mort si l'on n'intervient aussitôt, comme l'a indiqué dès 1903 le professeur Reynier, par des lavages répétés de l'estomac.

Le tableau clinique de la dilatation aiguë postopératoire est donc actuellement bien établi; mais l'étiologie, la pathogénie et le mécanisme de ce syndrome semblent encore assez obscurs et insuffisamment déterminés dans nombre de cas, comme l'indiquent les nombreuses théories édifiées pour expliquer ce processus morbide.

A propos d'un cas de dilatation gastrique survenue chez une malade de Charenton opérée dans le service de M. le docteur Beaussenat (1), chirurgien de la Maison nationale, il nous a paru de quelque intérêt de rechercher quels éléments étiologiques et pathogéniques avaient pu intervenir dans la production de ce syndrome.

J. R..., vingt-trois ans, sans profession, est internée depuis 1908 à la Maison de Charenton pour épilepsie et troubles mentaux (débilité et déséquilibration psychiques, perversions instinctives, mythomanie, irritabilité, accès de colère et impulsions violentes).

(1) Nous remercions bien vivement M. le docteur Beaussenat qui nous aida de ses conseils et nous permit de publier cette observation.

Les antécédents directs et collatéraux de la malade sont très chargés au point de vue névropathique et vésanique. Personnellement, elle a toujours présenté des signes de débilité et de déséquilibration mentales, et elle est sujette, depuis environ trois ans, à des crises convulsives épileptiques assez fréquentes.

A l'examen somatique, on note chez elle, outre de multiples stigmates physiques de dégénérescence (infantilisme, débilité motrice, etc.), des cicatrices d'adénites chroniques cervicales et des signes nombreux de scrofulose. Enfin, R... était atteinte, depuis environ trois ans, de rhino-pharyngite et d'otite moyenne suppurée chronique (otorrhée, perforation tympanique antéro-inférieure, signe de Valsalva, etc.).

Au début d'août 1911, elle accuse des douleurs à exacerbations nocturnes siégeant au niveau du conduit auditif avec irradiations vers la nuque et l'occiput. Pas de méningisme, pas de signes de complications intracraniennes ou d'infection généralisée, pas de fièvre; mais l'écoulement du conduit a diminué, et à la pression sur la partie antérieure et la pointe de l'apophyse mastoïde, on éveille une douleur assez vive. Une intervention opératoire est accomplie le 19 août 1911 au matin par M. le docteur Beaussenat. Trépanation mastoïdienne avec évidement pétro-mastoïdien, dénudation du sinus qui, fait intéressant, se trouve non pas à la partie postérieure de l'antre mais en haut, comme c'est le cas chez l'enfant. Pas de collections purulentes organisées, mais ablation de fongosités. Tamponnement de la cavité et drainage.

L'anesthésie, sous chloroforme, a duré environ une heure; elle a été assez pénible au début, étant donné l'état mental particulier de la malade : syncope bleue de très courte durée, quelques vomissements au cours de l'opération.

Le soir du même jour et le lendemain matin, l'état général et local est excellent : pas de fièvre ; à diverses reprises, quelques vomissements postanesthésiques de caractère banal. A noter cependant que la malade accuse, après les vomissements, quelques sensations douloureuses du côté de l'épigastre. Nous devons remarquer à ce propos que, depuis environ trois semaines avant l'opération, la malade présentait des signes de dyspepsie avec hyperchlorhydrie et un léger degré d'atonie gastrique (pyrosis calmé par les alcalins, éructations, sensation de pesanteur après les repas, sans vomissements ni signes de rétention ou de dilatation gastriques).

Le 20 août au soir, trente-six heures environ après l'opération, surviennent des vomissements assez abondants d'un liquide d'odeur fétide, de couleur jaune grisâtre, où nage une fine poussière noire. Ces vomissements se répètent, sans grands efforts apparents, à la manière de régurgitations, à plusieurs reprises ; à la fin de la soirée ils affectent les caractères d'une véritable hématémèse : liquide noirâtre, de couleur marc de café, que la réaction de Van Deen positive (coloration bleue en présence de teinture de gaïac, acide acétique, essence de térébenthine et alcool) montra constitué par du sang.

La malade accuse en même temps une sensation douloureuse au niveau de la région épigastrique et se plaint de gêne de la respiration : les mouvements respiratoires sont en effet superficiels et irréguliers. Les traits du visage sont altérés : le facies est anxieux, pâle. Le pouls bat à 110. La température vespérale atteint 37°3.

A l'examen du ventre, on découvre un ballonnement très net de la partie supérieure de l'abdomen qui s'étend du rebord sous-costal gauche jusqu'à la région ombilicale. La palpation en est douloureuse; la percussion révèle un tympanisme très marqué. Il existe du clapotage et des gargouillements perceptibles en bas jusqu'au-dessous de l'ombilic. Notons que le reste de l'abdomen est souple et indolore et qu'il n'y a pas rétention de l'urine, des gaz ou des matières. En présence de ces signes, on songe à une dilatation gastrique aiguë et on pratique aussitôt un lavage de l'estomac avec le tube de

Faucher ; des gaz et 200 centimètres cubes environ d'un liquide présentant des caractères analogues à ceux des vomissements sont évacués. Ce traitement amène une amélioration presque immédiate de l'état local et général : la douleur épigastrique s'atténue, la dyspnée et l'anxiété disparaissent, le pouls devient moins rapide, les vomissements ne reparaissent pas et la malade s'endort.

Le 21 au matin, des vomissements analogues à ceux de la veille et accompagnés des mêmes symptômes locaux et généraux se répètent à trois reprises. Un second lavage de l'estomac, renouvelé par précaution dans la soirée, fait disparaître définitivement ces accidents.

Les autres suites de l'opération ont été normales : une diarrhée abondante et noirâtre se produisit durant quelques jours après ces accidents ; mais l'alimentation put être rapidement reprise sans incidents. A noter cependant que persistent encore actuellement quelques signes de dyspepsie et un certain degré de dilatation gastrique.

Ainsi donc, trente-six heures après une trépanation effectuée pour mastoïdite suppurée, éclatent, chez une malade atteinte en outre de troubles mentaux et d'épilepsie, des accidents typiques de dilatation gastrique aiguë qui cèdent rapidement au traitement classique.

La constatation de cette complication, après une opération ayant porté sur l'abdomen ou le péritoine, est actuellement considérée comme assez banale. Beaucoup moins fréquents sont les cas où, comme chez notre malade, elle survient après une intervention extrapéritonéale. On a publié notamment des observations où le syndrome apparut consécutivement à la pose d'un corset de Sayre, à l'ouverture d'une tibio-tarsienne (Morris), à une opération pour genu valgum (Schnitzler), à une ablation de cancer du sein (Albrecht). On conçoit, en présence d'une étiologie aussi variée, quels problèmes pose alors, dans chaque cas particulier, la recherche du mécanisme pathogénique de ces accidents postopératoires. Aussi, sans avoir la prétention de résoudre définitivement ces questions complexes, nous a-t-il paru intéressant d'examiner, à propos de l'observation ci-dessus rapportée, quelles hypothèses et quelles théories pouvaient être invoquées pour expliquer la genèse de la dilatation gastrique et des accidents concomitants.

Il apparaît tout d'abord que, pour notre cas, comme pour les observations où l'intervention a porté loin de l'abdomen, la *théorie des causes mécaniques* ne saurait être satisfaisante. On ne peut parler ici, l'opération ayant affecté uniquement la région céphalique, de tiraillements en bas du mésentère, aplatissant le duodénum au point de passage des artères mésentériques supérieures et produisant l'occlusion aiguë du duodénum et la dilatation consécutive de l'estomac [Th. d'Albrecht, de Kundrat (1), de Landau (2)]. D'ailleurs Lecène (3), Borchardt (4), Thomoe (1) pensent que, même pour les opérations péritonéales, ce mécanisme est seulement secondaire : le poids de l'estomac, dilaté primitivement par les gaz et les liquides, refoulerait en bas l'intestin grêle et le mésentère, et réaliserait ainsi secondairement cette occlusion duodéno-mésentérique.

De même, il ne peut être question de la *théorie de l'infection*, infection localisée à la séreuse de l'estomac, sorte de péritonite gastrique qui produirait la paralysie de la musculature stomacale; brillamment défendue par Walther, Terrier, Routier, Quénu (2), et fort vraisemblable pour les interventions abdominales, cette hypothèse ne saurait s'appliquer à notre cas.

L'*intoxication par le chloroforme* ou *les autres anesthésiques*, incriminée par certains, semble jouer un rôle assez inconstant : on a observé des dilatations gastriques postopératoires alors qu'aucun anesthésique n'avait été employé. Il est fort possible cependant que, chez notre malade, l'anesthésie ait eu une certaine part adjuvante dans la production du syndrome, grâce à son action sur les centres nerveux.

Enfin, est-il possible de considérer l'*aérophagie* comme facteur prépondérant dans la pathogénie de ces accidents gastriques? Tissier (3) et Lardennois (4) ont émis récemment cette hypothèse qui semble assez en faveur actuellement (5). Ces auteurs assimilent les accidents de la dilatation postopératoire à ceux observés chez les aérophages d'habitude. Chez les opérés, l'hypersécrétion bucco-pharyngée et la *sialorrhée* dues aux anesthésiques provoqueraient, durant les heures qui suivent l'intervention, des déglutitions répétées qui entraîneraient elles-mêmes de l'aérophagie et par suite la dilatation mécanique et progressive de l'estomac. Mais ce processus, vraisemblable pour les aérophages d'habitude et certains opérés, est-il constant dans tous les cas? Notre malade, notamment, n'a jamais présenté de phénomènes d'aérophagie, conscients ou inconscients, comme nous avons pu nous en assurer par un examen attentif et un interrogatoire minutieux. D'ailleurs, comment appliquer cette théorie aux cas où l'opération a été pratiquée sans anesthésie et où par conséquent n'a pu se produire aucune irritation particulière de la bouche ou du pharynx. Enfin, même si l'on accepte ce mécanisme, on ne peut le considérer comme jouant un rôle pathogénique unique. Les expériences des physiologistes nous ont appris que la distension mécanique des parois gastriques (par les ampoules exploratrices de la pression intrastomacale) n'amène point la dilatation immédiate de l'organe; bien au contraire, c'est une cause de contraction de ces parois : plus on gonfle les ampoules, plus énergiquement se contractent les parois corres-

(1) KUNDRAT. *Wien. med. Woch.*, 1891, p. 274.

(2) LANDAU. Sur l'occlusion duodénale postopératoire, *Berl. klin. Woch.*, 15 juin 1908.

(3) LECÈNE. L'occlusion aiguë duodénale postopératoire, *Journ. de chir.*, nov. 1908.

(4) BORCHARDT. Contribution à l'étude de la dilatation gastrique. *Berl. klin. Woch.*, 31 août 1908.

(1) THOMOE. Dilatation stomacale aiguë et ses rapports avec l'occlusion des artères du mésentère, *Deut. med. Woch.*, 19 mai 1908.

(2) Discussion sur la paralysie stomacale aiguë postopératoire. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, oct.-nov.-déc. 1905.

(3) TISSIER. *Soc. de thérap.*, 22 déc. 1909.

(4) LARDENNOIS. *Assoc. franç. de chir.*, 3-8 oct. 1910.

(5) A. MATHIEU. *Arch. des mal. du tube digestif*, août 1911, p. 409.

pondantes. Il faut, pour que l'estomac puisse se dilater par ce procédé, qu'il ait été mis au préalable en état de moindre résistance, soit par des insufflations prolongées et répétées, soit par d'autres influences agissant sur sa musculature pour la paralyser.

Ce sont précisément ces altérations préalables de la motricité gastrique, par troubles de son innervation, qui paraîtraient jouer, ainsi que l'ont soutenu Reynier (1) et Legueu, un rôle primordial dans la production de la dilatation aiguë : celle-ci serait ainsi essentiellement et primitivement une *paralysie de la musculature gastrique*. On sait que la motricité de l'estomac est sous la dépendance, d'une part de groupes ganglionnaires disséminés dans ses parois (ganglions d'Auerbach et groupes cellulaires d'Openchowsky), d'autre part de nerfs extrinsèques, pneumogastriques et splanchniques. Reynier a pu expérimentalement démontrer l'action de ces nerfs extrinsèques et produire la dilatation de l'estomac, en électrisant le plexus solaire, centre nerveux abdominal où se réunissent les filets de ces deux nerfs. On peut admettre assez vraisemblablement, pour les opérations péritonéales, qu'un réflexe parti de l'abdomen (excitation des filets nerveux sympathiques ou centraux au cours des manœuvres opératoires) aille retentir sur le plexus et provoquer la dilatation gastrique. Mais le rôle essentiel dans la production de la paralysie doit-il être attribué aux splanchniques ou aux pneumogastriques? Il nous semble que, dans notre cas et dans la majorité de ceux où l'intervention opératoire a porté en dehors de l'abdomen, le rôle prépondérant dans la genèse de la paralysie gastrique doit être dévolu à l'inhibition du nerf vague.

Si l'on étudie synthétiquement les accidents de la dilatation gastrique aiguë postopératoire, il est impossible de ne pas être frappé de la coexistence des troubles de la respiration (mouvements respiratoires superficiels et lents) et des troubles circulatoires (pouls rapide dépressible, arythmiques) coïncidant avec la paralysie musculaire de l'estomac. Il n'est peut-être point téméraire d'attribuer ces différents phénomènes connexes portant sur trois appareils différents à l'inhibition du nerf vague. Le pneumogastrique est en effet, en même temps que moteur principal de l'estomac, modérateur du cœur et régulateur de la fonction respiratoire. Pincus admet également son influence vaso-motrice sur les vaisseaux de l'estomac (ce qui pourrait peut-être expliquer l'hématémèse survenue dans notre cas). Une inhibition portant sur les centres bulbaires des nerfs vagues peut donc retentir sur les trois appareils respiratoire, circulatoire et digestif, et provoquer, si elle est prolongée, les divers troubles du syndrome complexe de la dilatation aiguë. Sans entrer dans le détail des faits, ajoutons que cette hypothèse paraît d'autant plus plausible dans le cas actuel qu'elle paraît confirmée par l'expérimentation physiologique (2).

(1) REYNIER. Paralysie stomacale postopératoire, *Revue de chir.*, 10 nov. 1903, et *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, loc. cit.

(2) Voir W. BECHTEREW. *Les Fonctions bulbo-médullaires*, 2e partie, Doin 1911.

Quant à la voie centripète du réflexe inhibiteur, elle est évidemment assez différente suivant la topographie de la région où porta l'intervention. Dans notre observation, il est possible d'incriminer l'irritation prolongée, par les manœuvres opératoires, des rameaux centripètes auriculaires du pneumogastrique qui traversent précisément la région trépanée. Dans d'autres cas, l'irritation a pu porter sur d'autres branches du pneumogastrique ou sur le tronc même de ce nerf, qui renferme à côté de fibres centrifuges des filets centripètes (Morat). M. le docteur Beaussenat nous a cité notamment deux observations personnelles où des accidents graves de dilatation gastrique aiguë apparurent après des interventions ayant porté sur des régions traversées par le pneumogastrique ou ses branches. Des excitations du même ordre, dues à des lésions opératoires d'autres nerfs centripètes, pourraient expliquer par ce mécanisme les phénomènes de dilatation aiguë survenant après des opérations à siège très excentrique, comme celles rapportées plus haut.

A côté de ce facteur pathogénique, essentiel et primordial, que constitue l'inhibition des noyaux bulbaires du pneumogastrique par excitations réflexes à point de départ périphérique, il est certes impossible de ne pas tenir compte de causes prédisposantes et adjuvantes dans la genèse du processus complexe de la dilatation gastrique aiguë. Mais ces causes sont éminemment variables avec chaque opéré et pour chaque opération. Chez notre malade, par exemple, l'action inhibitrice bien connue de la chloroformisation, l'existence de lésions graves du système nerveux central qui la rendaient particulièrement apte aux « actes inhibitoires », les troubles gastriques constatés antérieurement chez elle ont pu aider dans une large mesure à la production du syndrome.

De ces considérations générales et particulières, il nous semble cependant assez légitime de conclure que, dans les nombreux cas où ne peut être incriminée l'infection péritonéale et où l'intervention opératoire fut effectuée loin de l'abdomen, la paralysie motrice de l'estomac, accompagnée souvent de troubles vaso-moteurs de cet organe, peut être attribuée à une action inhibitrice des noyaux bulbaires du pneumogastrique, action qui se manifeste également sur les appareils respiratoire et circulatoire dont le fonctionnement est conjointement troublé. Les manœuvres opératoires détermineraient le déclanchement périphérique de ce réflexe inhibiteur par l'excitation ou l'irritation prolongée des filets centripètes du pneumogastrique ou des autres nerfs centripètes pouvant agir sur ses noyaux bulbaires. Les divers autres facteurs considérés habituellement comme éléments déterminants primordiaux de la dilatation aiguë gastrique (aérophagie, occlusion duodénale mécanique, existence de troubles gastriques ou neuropathiques antérieurs, etc.) n'interviendraient qu'en tant que causes adjuvantes ou prédisposantes dans la production du syndrome.

MÉDECINE PRATIQUE

L'OMOPLATE SCAPHOIDE. SES CONNEXIONS PATHOLOGIQUES. SES RAPPORTS AVEC LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE.

C'est le 5 février 1910 que William W. Graves, professeur de neurologie à l'école de médecine de Saint-Louis, fit à la Société médicale de cette ville sa première communication sur ce sujet.

Il est communément admis par tous les traités d'anatomie humaine ou comparée (1) que le bord spinal de l'omoplate est légèrement convexe dans ses deux portions sus et sous-épineuses, réunies elles-mêmes par un angle obtus ouvert en dehors. C'est en 1906 que Graves trouva chez un enfant des omoplates avec un bord spinal manifestement concave, la mère et deux autres enfants de la famille présentaient la même disposition.

Depuis, Graves a constaté que cette anomalie est extrêmement fréquente, mais jamais chez les sujets normaux, toujours chez des individus présentant des déviations du type normal. En dehors des examens sur le vivant (examens d'enfants hospitalisés dans les asiles et d'adultes dans la clientèle de ville, de familles entières où l'anomalie avait été relevée), Graves a étudié un nombre assez considérable d'os secs, d'embryons ou de fœtus de diverses provenances.

Il a publié les résultats de ses recherches dans un certain nombre d'articles dont voici les principaux : *Medical Record*, 21 mai 1910; *The journal of the am. med. ass.*, t. LV, n° 1, 2 juillet 1910; *The journal of the Missouri state med. ass.*, déc. 1910, vol. VII, n° 6, p. 177; *Interstate med. Journ.*, janvier 1911, vol. XVIII, n° 1, p. 109; *Mediz. klin.*, t. VII, n° 8, 19 février 1911; *The national ass. pour l'étude de l'épilepsie*, St-Louis, 6 juin 1911 (in Kollert, *Wiener klin. Woch.*, n° 6, 8 février 1912).

Nous allons résumer d'abord les constatations faites par Graves et les conséquences qu'il en déduit. Nous verrons ensuite si les unes et les autres sont confirmées par les recherches ultérieures des auteurs qui ont étudié la question.

Tel qu'il se présente sur l'os sec, le scapulum à bord spinal concave ou « scaphoïd scapula », comme l'appelle Graves, présente un certain nombre de particularités :

1° Au lieu d'être convexe, le bord spinal est rectiligne ou plus ou moins concave. Cette concavité porte surtout sur la partie sous-épineuse, l'extrémité sus-épineuse et la pointe inférieure formant dans les cas très marqués comme les deux extrémités d'un croissant.

2° La direction du bord spinal se rapproche de celle du bord axillaire, ils tendent à devenir parallèles.

3° Il en résulte une diminution de la largeur de l'os par rapport à sa hauteur d'où un changement de ce que Broca a appelé l'indice scapulaire. Normalement, chez l'Européen, la largeur de l'omoplate est à sa longueur comme 65,9 à 100, chez les nègres ce rapport s'élève à 69, chez les anthropoïdes il varie de 69 à 97, chez les autres mammifères de 115 à 217. Dans le « scaphoïd scapula » l'index est moins élevé que la normale. Il ne s'agit donc pas d'une anomalie réversive.

4° Le bord spinal au lieu de former un angle obtus avec l'épine de l'omoplate forme un angle presque droit.

5° Dans l'omoplate normale, le bord spinal présente une lèvre antérieure, une lèvre postérieure et une petite surface intermédiaire. Dans le « scaphoïd scapula » ces formations sont à peine marquées, elles tendent à disparaître.

6° Par contre le bord osseux présente des saillies et des irrégularités nombreuses.

La plupart de ces points sont facilement décelables à l'examen clinique, par la vue et la palpation, surtout chez les sujets jeunes, maigres, peu musclés; chez les sujets très obèses ou très musclés une radiographie peut confirmer les points restés douteux. La présence du « scaphoïd scapula » n'est pas un symptôme isolé, il fait partie d'un ensemble clinique décrit par Graves, et il insiste sur ce point qu'il ne l'a jamais rencontré chez un sujet parfaitement sain. Toujours l'examen approfondi du sujet a permis de relever un certain nombre de tares.

Il s'agit en général d'enfants présentant un aspect particulier : le cou est long, les épaules tombantes, la poitrine, peu développée, est étroite du bas, les clavicules sont horizontales, le ventre proéminent. Ils se tiennent nonchalamment avec des attitudes de laisser-aller. Peu musclés, d'une taille hors de la normale, parfois très petits, ils sont en général d'une taille au-dessus de leur âge.

Chez ces enfants l'état mental est toujours anormal. Certains sont dès le jeune âge des arriérés, des idiots, des épileptiques, des déments, mais c'est l'exception. La plupart sont au contraire, pendant leur enfance, d'une remarquable précocité. Leur développement intellectuel n'est pas en rapport avec leur faiblesse physique. Ils n'ont pas d'enfance et passent du berceau à l'adolescence, on les voit préférer la lecture aux jeux et rechercher la société des enfants plus âgés. Les parents le remarquent et en sont fiers, bien qu'ils se lamentent sur ce qu'ils soient toujours malades. L'expression de leur figure manque de la fraîcheur et de la vivacité de l'enfance. Leurs instincts sexuels s'éveillent souvent avant la puberté. L'ardeur et la violence de leur caractère contraste avec leur débilité physique. On se rend compte, dit Graves, que la plupart ne sont « pas viables » (abiotic). Un jour ou l'autre une rupture se fait, beaucoup deviennent neurasthéniques, hystériques, déments, d'autres font de l'épilepsie, de la chorée. Enfin et surtout la grande majorité est frappée par la tuberculose.

Tel est le tableau général des porteurs d'omoplates scaphoïdes. Mais cette anomalie n'est pas la seule qu'on rencontre chez eux, et Graves a dépisté un certain nombre de tares dont la coexistence avec le « scaphoïd scapula » est très fréquente. Localement, on peut en même temps relever des irrégularités de forme des vertèbres et il en résulte que la présence d'une scoliose est très fréquente. L'exagération de la lordose lombaire n'est pas rare. La coexistence avec des végétations adénoïdes est frappante : 60 p. 100 des porteurs de « scaphoïd scapula » de l'asile d'orphelins de Saint-Joseph à Saint-Louis respiraient par la bouche. Le docteur Scholz dans sa pratique privée a trouvé que 75 p. 100 des enfants opérés d'adénoïdes présentaient l'omoplate scaphoïde.

Plus rare, bien qu'évidente, est la coexistence d'incontinence nocturne d'urine.

Une corrélation plus fréquente est l'augmentation de volume des ganglions lymphatiques, non seulement des ganglions latéraux du cou, ce que suffit à expliquer la présence d'adénoïdes, mais, en dehors de toute cause locale, l'hypertrophie des ganglions cervicaux postérieurs, épitrochléens, inguinaux, iliaques. Le docteur Luedde a signalé la présence de l'omoplate scaphoïde chez tous les enfants, atteints de strabisme divergent qu'il a examinés. Or, si le strabisme convergent s'explique d'habitude par une anomalie de la réfraction, il remarque qu'aucune explication satisfaisante n'a été donnée du strabisme divergent.

Les porteurs de « scaphoïd scapula » présentent des anomalies fréquentes de la pupille : asymétrie, irrégularités.

Mais la corrélation la plus fréquente, et sur laquelle Graves

(1) Dans ses recherches bibliographiques, Graves n'a trouvé que deux ouvrages dans lesquels il fût fait une allusion aux variations de forme du bord spinal de l'omoplate et à la possibilité d'une disposition concave. Ce sont des publications de Georges Mivart (The appendicular skeleton of the primates, *Phil. transact.*, vol. CLVII, 1867, p. 304) et Thomas Dwight (The range of variation of the human shoulder Blade, *Amer. nat.*, 1887).

a insisté, est l'artériosclérose précoce présentée par ces malades.

Un des signes par lesquels elle se traduit est la présence de la « sclérotique vernissée ».

Voici ce dont il s'agit : normalement, après trente-cinq ou quarante ans, par suite de la diminution du tissu sous-conjonctival, de la sclérose des vaisseaux sous-conjonctivaux devenus plus volumineux, bossués, tortueux, la conjonctive bulbaire prend un aspect luisant, brillant, qui remplace l'aspect blanchâtre de la sclérotique normale. Le contraste avec le brillant de la cornée est moins frappant, c'est sans doute ce qui atténue la vivacité du regard lorsqu'on avance en âge, c'est ce qui enlève une partie de l'expression de l'œil aux tabétiques par exemple. Chez les enfants porteurs d'omoplate scaphoïde, cet état apparaît prématurément, à dix ans au plus tard, à quatre ans dans certains cas, traduisant des troubles vasculaires indubitablement congénitaux. Il s'y associe souvent des hémorragies ponctuées sous-conjonctivales. Graves et W. D. Luedde ont étudié ces modifications vasculaires de l'œil au moyen du microscope binoculaire de Czapski-Zeiss, modifié par Luedde; cet instrument permet d'obtenir un grossissement de 35 diamètres et plus, et de lire à proprement parler l'état des artères (voir Luedde. *The Journ. of the Missouri state med. assoc.*, déc. 1910, vol. VII, n° 6, p. 184). A l'œil nu, avec l'éclairage oblique, ces lésions sont d'ailleurs parfaitement et suffisamment perceptibles. Cette artériosclérose extraordinairement précoce n'est pas seulement révélée par l'examen de l'œil. On note très souvent une augmentation du retentissement du second temps à la base du cœur; de façon constante la palpation des artères accessibles comme la radiale, la temporale, révèle un durcissement des parois artérielles. Cette palpation est parfois délicate chez l'enfant; Graves recommande le palper unidigital avec la pointe du doigt et non avec la pulpe qui est moins sensible. On pourrait encore utiliser la palpation avec le bord de l'angle comme l'a récemment préconisé Wertheim-Salomonson (*Deut. Arch. für klin. Med.*, 1910, t. XCVIII, n° 4). Voilà les grandes lignes du syndrome. Reste à en déterminer l'origine et la signification. Graves remarque que si l'omoplate scaphoïde est extraordinairement fréquente dans les asiles, hospices d'enfants arriérés, dégénérés, si on la trouve de façon très fréquente sur les os provenant des salles de dissection, c'est-à-dire surtout sur des sujets venant des prisons, des dégénérés, on la trouve aussi, bien que plus rarement, dans toutes les classes de la société, chez des sujets en apparence brillants et normaux (avocats, industriels, prêtres, etc.), et chez lesquels seul un examen approfondi montre la présence de tares physiques. La cause est donc une cause répandue avec une fréquence considérable et dans tous les milieux sociaux.

De plus, son origine est manifestement héréditaire. La présence de l'omoplate scaphoïde dans des générations successives de la même famille, la constatation de lésions vasculaires anciennes chez des enfants de quatre ans, le prouve. Bien plus, Graves a pu retrouver le « scaphoïd scapula » sur des fœtus et même des embryons. Il a constaté que, dès la fin de la sixième semaine, le cartilage de l'omoplate a acquis une forme qui le différencie et dont il maintient les particularités à travers son développement ultérieur. En s'ossifiant, un cartilage de forme scaphoïde devient un os scaphoïde ; le scapulum de l'embryon est celui du fœtus, de l'enfant, de l'adulte. Or chez l'embryon l'omoplate scaphoïde n'est pas rare.

La preuve de l'origine héréditaire de la lésion n'est donc pas douteuse et Graves affirme qu'aucune cause agissant après la naissance ne peut la produire en même temps que les autres lésions concomitantes.

Après avoir éliminé, comme cause primitive, l'alcoolisme des parents, les intoxications, les poisons minéraux, Graves arrive à la conclusion que la syphilis seule, maladie éminemment vasculaire, est la cause de l'omoplate scaphoïde et de son syndrome. Il a soin d'ajouter que ce n'est peut-être pas la seule cause, mais que jusqu'ici il n'a pu en trouver d'autre.

Il s'agit le plus souvent de sujets de la deuxième génération, quelquefois de la troisième ou de la quatrième, puis le « scaphoïd scapula » disparaît dans la famille et l'omoplate revient au type normal. Les sujets sont indemnes le plus souvent des lésions superficielles de syphilis, elle ne frappe ici que les organes profonds, système vasculaire et nerveux, en même temps que l'omoplate prend une forme particulière.

L'étude de 150 familles a montré à Graves qu'on retrouve de façon constante la syphilis chez les ascendants des porteurs d'omoplate scaphoïde. Il s'est servi pour cette recherche de la réaction de Wassermann dans certains cas, seulement son emploi est souvent inapplicable par refus des parents.

Ces constatations sont corroborées par le fait que le docteur Carl Fisch, sur des sujets provenant d'avortements et dont le sang contenait des spirochètes, a constaté toujours la présence d'omoplates scaphoïdes.

Le « scaphoïd scapula » constitue donc pour Graves la preuve d'une infection syphilitique chez les ascendants à une génération plus ou moins éloignée, elle est l'indice facilement décelable de présence de tares portant sur le système nerveux et surtout sur le système vasculaire.

Telles sont les constatations de Graves et les conséquences qu'il en tire.

Voyons l'opinion des autres auteurs ayant étudié la question depuis la première publication de Graves.

Dans la discussion qui a suivi cette publication à la Société de médecine de Saint-Louis, si les collaborateurs de Graves, le laryngologiste Roy Ph. Scholz, l'oculiste W. H. Luedde ont soutenu ses vues, elles furent déjà attaquées par Joseph Grindon, Frank F. Fry, O. H. Brown.

Grindon affirma avoir constaté la présence de l'omoplate scaphoïde chez des sujets indemnes de syphilis héréditaire ; il pense qu'il s'agit d'un arrêt de développement qui peut être occasionné par beaucoup d'affections comme la tuberculose, le rachitisme.

Fry s'étonne que la syphilis frappe dans ces cas si fréquemment l'omoplate sans qu'aucun autre os ne présente de vices de développement. Enfin Brown, examinant une centaine de tuberculeux, a trouvé chez eux une majorité de « scaphoïd scapula » avec artériosclérose marquée et sclérotique « vernie ».

Depuis cette époque, trois travaux ont paru en Allemagne sur cette question.

Kellner (*Deut. med. Woch.*, 1911, n° 2) a recherché le « scaphoïd scapula » dans un asile d'aliénés. Sur 126 aliénés, il l'a trouvé 86 fois, soit 48 p. 100. Il pense que l'omoplate scaphoïde est peut-être due à un développement imparfait des muscles attachés à l'omoplate, car si on trouve la malformation 49 fois sur 50 idiots incapables de tout travail, elle ne se trouve que 22 sur 50 arriérés susceptibles de travailler. Un examen de contrôle de 30 employés de l'asile ne montre qu'une seule omoplate scaphoïde chez un sujet d'ailleurs neurasthénique. Kellner s'écarte de Graves sur le rôle prépondérant joué par la syphilis héréditaire dans la constatation de la lésion. Sur 260 épreuves de Wassermann, 18 seulement ont été positives chez des sujets manifestement hérédo-syphilitiques par ailleurs.

Au contraire, Kollert (*Wien. klin. Woch.*, 11 sept. 1911, n° 37), de l'examen de 250 cas et 114 squelettes, tire des conclusions favorables aux idées de Graves. Il constate que dans aucun cas de syphilis maternelle ou congénitale le « scaphoïd scapula » n'a été absent; il ne semble pas cependant que l'étendue de la déformation corresponde à la gravité de l'infection spécifique. Il pense que l'omoplate scaphoïde est une manifestation de l'hérédo-syphilis. Il constate, de plus, que dans les cas très marqués il y a presque toujours d'autres

arrêts de développement, leurs porteurs présentent souvent des lésions viscérales, si bien que leur nombre décroît rapidement avec l'âge. Dans un cas, il a noté l'association de l'omoplate scaphoïde avec une absence congénitale du trapèze et une surélévation congénitale de l'omoplate. Nous avons nous-même sous les yeux la radiographie d'un malade examiné récemment par nous et atteint de surélévation congénitale de l'omoplate droite : des deux côtés le bord spinal des omoplates est concave, et la déformation est extrême du côté droit. Ce rapprochement jettera peut-être un peu de clarté sur l'étiologie de cette affection, qui est si discutée et si obscure jusqu'ici.

Reye (*Zeit. f. d. Erforsch d. Jügendlschwachsinns*, 1912, Bd. V, p. 395) a soumis les recherches de Graves à un contrôle sévère. Il n'admet, comme scaphoïdes démontrées, que les omoplates dans lesquelles la déformation est constatable à la vue lorsque le malade projette les épaules en avant. Il a réuni ainsi 52 cas, dont 9 seulement chez des enfants, 27 entre dix et vingt ans, 16 après vingt ans.

Chez ces malades, il a pu trouver 26 fois (50 p. 100) la syphilis chez les ascendants; chez 5 de ces cas, des plus marqués, on a pu relever des stigmates nets de syphilis congénitale. Mais, à l'encontre de Kollert, Reye a vu des cas de syphilis congénitale où l'omoplate scaphoïde était absente.

Sur les 26 autres malades, on n'a pu trouver trace, même avec le Wassermann, de syphilis chez les parents; mais dans 13 cas les parents étaient manifestement alcooliques, 6 atteints de tuberculose et 5 de désordres nerveux de l'un ou de l'autre des parents.

Enfin, dans 2 cas, on ne relevait aucune tare chez les ascendants, mais ces sujets avaient présenté dans le jeune âge des lésions d'encéphalite. Il s'agissait donc ici, contrairement aux idées de Graves, qui pense que le « scaphoïd scapula » ne peut se produire après la naissance, de cas non héréditaires mais acquis.

Au surplus, Reye confirme entièrement les données de Graves sur les tares physiques ou mentales qui accompagnent l'omoplate scaphoïde. Elles constituent un véritable syndrome de déchéance mentale ou physique dont la lésion osseuse est un important et facilement constatable symptôme.

Au total, nous voyons que les travaux ultérieurs n'ont fait que confirmer les constatations de Graves sur l'existence de l'omoplate scaphoïde, sur sa fréquence chez les sujets présentant des tares de dégénérescence héréditaire, sur son association fréquente avec d'autres lésions physiques ou mentales. Seules, ses conclusions au sujet du facteur étiologique de la lésion sont battues en brèche. Alors que Graves n'a constaté comme seule affection causale que la syphilis des ascendants, d'autres auteurs admettent la possibilité de facteurs étiologiques multiples héréditaires et peut-être même acquis. Sur ces points la question reste encore à l'étude.

M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 MAI 1912)

Nouvelles recherches sur les œdèmes provoqués par le bicarbonate de soude. Rôle du chlorure de sodium. — MM. F. WIDAL, A. LEMIERRE et André WEILL apportent de nouvelles recherches à propos de l'action suspensive du bicarbonate de soude à haute dose sur l'élimination des chlorures. Les résultats de ces recherches confirment ceux que les auteurs ont publiés antérieurement.

Chez deux malades, un brightique et une diabétique, les auteurs ont constaté que l'ingestion de bicarbonate de soude à haute dose a été suivie d'une augmentation de poids du corps coïncidant avec une diminution de l'élimination des chlorures. Chez la diabétique soumise à une alimentation fortement chlorurée, la rétention des chlorures provoquée par le bicarbonate a été considérable, et des œdèmes sous-cutanés ont fait leur apparition.

Les auteurs ont cherché chez cette même malade à élucider le rôle de l'ion Na invoqué par certains auteurs comme facteur des hydropisies. Ils ont institué une série d'épreuves successives. Pendant trois périodes la quantité de sodium administrée a été la même. Seule variait la nature du sel de soude ingéré. Le bicarbonate de soude ou le chlorure de sodium administrés seuls ne produisent pas d'œdèmes. Au contraire ceux-ci se montrèrent dès que la ration de sodium était donnée sous forme d'un mélange des deux sels. Ce n'est donc pas la rétention de l'ion Na, mais bien celle de l'ion Cl qui provoque l'hydratation des tissus.

M. RATHERY a observé un cas qui s'est comporté d'une façon identique à ceux que viennent de rapporter MM. Widal, Lemierre et Weill. Il s'agissait d'un malade atteint d'acidose auquel on donna dans un but thérapeutique du bicarbonate de soude à haute dose par ingestion. Il eut aussitôt un œdème considérable qui disparut après la cessation du médicament, et tandis que pendant toute la période des œdèmes une très petite quantité de chlorures avait été éliminée il y eut après leur disparition une grande décharge chlorurée.

Un réflexe contralatéral de flexion du membre inférieur après compression du muscle quadriceps fémoral dans les méningites cérébro-spinales et les réactions méningées aiguës. — M. Georges GUILLAIN a constaté dans les différents cas de réactions méningées aiguës qu'il a pu observer depuis un an un signe qui, à sa connaissance, n'a pas été signalé.

Lorsque le malade étant couché sur le plan du lit et les membres inférieurs dans l'extension, on exerce une compression, un pincement du muscle quadriceps fémoral entre le pouce et les quatre autres doigts, on détermine du côté opposé un mouvement réflexe brusque de flexion de la cuisse sur le bassin, de la jambe sur la cuisse, et une abduction de tout le membre.

Ce phénomène réflexe chez ses malades existait des deux côtés, c'est-à-dire que la compression du muscle quadriceps fémoral droit amenait la flexion du membre inférieur gauche, et que réciproquement la compression du muscle quadriceps fémoral gauche amenait la flexion du membre inférieur droit; aucun mouvement réflexe ne se produisait sur le membre où était exercée la compression du quadriceps.

M. Guillain a observé le réflexe contralatéral de flexion après pincement du muscle quadriceps dans un cas de méningite cérébro-spinale aiguë à méningocoques, dans un cas de méningite cérébro-spinale aiguë à pneumocoques, dans un cas d'hémorragie méningée, dans deux cas d'états méningés aigus de nature indéterminée.

Le réflexe contralatéral de flexion lui paraît indépendant de l'état des réflexes tendineux des membres inférieurs et de l'état du réflexe cutané plantaire. Le réflexe disparaît dans les méningites se terminant par la mort quand débutent les phénomènes paralytiques; d'autre part, dans les réactions méningées évoluant vers la guérison le réflexe diminue d'intensité et disparaît alors que les phénomènes généraux s'amendent et que la température s'abaisse.

Le réflexe contralatéral de flexion du membre inférieur après compression ou pincement du muscle quadriceps fémoral n'a pas été décrit à sa connaissance. Le signe mentionné par M. Brudzinski, bien qu'il s'agisse aussi d'un réflexe contralatéral, est différent de celui qu'il a observé; le signe de M. Brudzinski, en effet, consiste en une flexion d'un membre inférieur à la suite de la flexion passive de l'autre membre.

Le réflexe contralatéral après pincement du quadriceps lui paraît avoir certains rapports au point de vue de la physiologie pathologique médullaire avec les réflexes cutanés de défense.

Traitement de l'épididymite blennorragique par les boues radio-actives. — MM. DE BEURMANN, Eugène REGNAULD et F. COTTIN. Les boues radio-actives, dont les applications ont déjà donné de très bons résultats dans le traite-

ment des arthrites blennorragiques, peuvent être employées avec avantage contre l'orchi-épididymite gonococcique aiguë ou chronique. Les boues, provenant de minerais non siliceux d'urane, agissent surtout par les émanations de l'actinium qu'elles contiennent. Pour une surface d'un centimètre carré, elles donnent un rayonnement global de 0,15 par rapport à l'unité uranium. Leur action est donc très douce, bien que très pénétrante, et elles peuvent être employées sans crainte de produire des érythèmes ou des altérations capables de compromettre les fonctions de la glande séminale.

Une couche épaisse de boue additionnée de glycérine, destinée à empêcher la dessiccation, est appliquée sur le scrotum enduit de vaseline et est maintenue par un suspensoir ouato-caoutchouté. Le pansement est renouvelé toutes les vingt-quatre heures.

La douleur spontanée ou provoquée par la pression s'atténue très rapidement; l'empâtement épididymaire disparaît bientôt pour ne plus laisser qu'un noyau induré qui lui-même se résout lorsque le traitement est continué assez longtemps. Les applications de boues agissent d'autant mieux qu'elles sont commencées plus près du début et que les phénomènes inflammatoires sont plus aigus.

Tous les malades traités ont pu continuer à se livrer à leurs occupations actives et on n'a jamais été obligé d'interrompre le traitement de l'urètre par les lavages, etc.

Les résultats ont été nettement supérieurs à ceux que donnent le stypage, les pommades goménolées, la compression ouato-caoutchoutée, etc.

Les boues radio-actives semblent donc avoir une action spécifique sur les manifestations extra-urétrales de l'infection blennorragique et en particulier sur l'épididymite gonococcique, et leur emploi, très pratique et très peu onéreux, doit être vivement recommandé.

Gangrène pulmonaire par inhalation traitée et guérie par intervention bronchoscopique. — MM. P. Lereboullet, M. Faure-Beaulieu et G. Payet présentent une malade guérie d'une gangrène pulmonaire, avec foyer pleural secondaire, dont l'étiologie, l'évolution et le traitement offrent des particularités intéressantes. C'est le lendemain d'une avulsion dentaire pratiquée sous anesthésie générale que s'est déclarée la gangrène pulmonaire, due vraisemblablement à l'inhalation de pus anaérobie d'origine dentaire. La radioscopie faite par M. Aubourg permit, avant l'auscultation, de localiser le foyer dans la partie moyenne du poumon gauche, et de déceler du même côté un épanchement pleural hydroaérique déviant le cœur. Quinze jours après le début des accidents, l'état de la malade étant des plus alarmants, l'introduction du tube bronchoscopique permit de nettoyer complètement le foyer et d'y faire pénétrer directement 20 centimètres cubes d'huile goménolée au cinquième. Dès le lendemain se dessina une amélioration très nette qui ne fit que s'accentuer les jours suivants, aidée par des instillations consécutives d'huile goménolée faites dans la trachée deux fois par semaine. Toute trace du foyer pulmonaire disparut bientôt, mais la malade garda encore quelque temps de la pleurésie, des adhérences visibles à l'écran radioscopique, qui à leur tour rétrocédèrent, de sorte que la malade peut être considérée comme guérie. Les auteurs insistent sur la rapidité de cette guérison, et sur le manuel opératoire un peu particulier mis en œuvre en l'espèce, qui, au lieu de se borner à de simples injections intratrachéales faites sous le contrôle laryngoscopique, a consisté à introduire le tube bronchoscopique, jusqu'au foyer sphacélé, ce qui permit d'aspirer le pus et de déterger les parois de la cavité avant d'y verser l'injection modificatrice. Le résultat a été non seulement de tarir le foyer pulmonaire, mais aussi de faire résorber la pleurésie de voisinage.

A propos des épisodes tuberculeux méningés curables chez les enfants. — M. Barbier rappelle qu'il a présenté il y a quelques mois à la Société médicale un enfant qui après avoir été touché par une méningite tuberculeuse paraissait guéri ; il désire en effet s'expliquer sur ce sujet, il arrive souvent qu'au cours des poussées tuberculeuses il y ait bacillémie et ensemencement des centres nerveux par le bacille de Koch. Il est très important de toujours tenir compte au cours de n'importe quel processus tuberculeux des douleurs dans les membres; elles ne sont souvent que la traduction de méningo-radiculites tuberculeuses. On ne saurait trop insister sur le danger qu'il y a pour de tels sujets à changer brusquement de climat et à être envoyés soit à la mer soit dans une station d'eau chlorurée sodique. Il rappelle combien dans les sanatoria de nombreux enfants succombent après leur entrée par granulie ou par méningite. Il cite le cas d'un enfant entré pour une poussée de grippe catarrhale c'est-à-dire de tuberculose qui eut un zona, preuve d'une méningo-radiculite, et une instabilité pondérale remarquable. Peu à peu les accidents méningés disparaissent, le poids augmente régulièrement et l'on se décide à envoyer le malade à Hendaye. Mais à peine arrivé la température se met à monter prenant l'aspect d'une fièvre continue, et l'on assiste à une granulie avec mort par méningite tuberculeuse.

De ces faits il convient de conclure pratiquement qu'il existe des épisodes méningés tuberculeux plus curables en apparence, qu'en réalité leur guérison pouvant n'être tenue que comme une longue rémission, et que parmi les signes les plus importants il faut ranger l'instabilité du poids et la méningo-radiculite.

Sur la nature et l'évolution de la tachycardie paroxystique à propos d'un cas de tachycardie auriculaire. — M. Ch. Laubry et Parvu communiquent l'observation d'un malade de cinquante-quatre ans, atteint de tachycardie paroxystique et dont ils poursuivent l'étude à l'aide des tracés et de la méthode électrocardiographique depuis près d'un an. Cliniquement, les crises de tachycardie, qui laissèrent longtemps le cœur indemne objectivement dans leur intervalle, sont devenues moins fréquentes et ont fait place à une arythmie perpétuelle avec crises de tachyarythmie et souffle systolique mitral. Les tracés ont permis de constater tout d'abord qu'il s'agissait de crises de tachycardie auriculaire, car sur les jugulaires, en dépit de la rapidité du rythme, les soulèvements *a*, *c*, *v* se présentent avec une netteté et une régularité frappantes donnant l'aspect de tracés normaux. Ce n'est qu'en s'appuyant sur une série d'indices et sur l'évolution que les auteurs pensent qu'il s'agit néanmoins d'un cas de tachycardie hétérotope avec un siège des excitations situé près du sinus, mais différant du siège normal. Ces indices sont ; l'existence d'extrasystole auriculaire et atrio-ventriculaire sur les tracés d'arythmie, l'existence d'une tachysystolie auriculaire décelée par l'électrocardiogramme, les ventricules ne répondant irrégulièrement qu'à certaines contractions de l'oreille. Ces troubles de conductibilité passagère ou d'excitabilité suffisent, d'après les auteurs, pour penser que le siège originel des excitations, malgré l'apparence, est modifié au moment de la crise, sous des influences nerveuses, probablement excitatives du nerf accélérateur.

L'évolution d'après les tracés est d'ailleurs intéressante par elle-même, et les auteurs relèvent les différentes phases de la tachycardie avant d'aboutir à l'asystolie : une phase de surmenage auriculaire avec tachycardie, puis tachysystolie auriculaire, une phase de faiblesse auriculaire, d'asystolie auriculaire avec des intermittences de la pulsation *a*, puis sa disparition par paralysie ou fibrillation précédant l'asystolie définitive.

M. Josué trouve la communicatinn de M. Laubry d'autant plus intéressante qu'elle attire à nouveau l'attention sur les rapports entre la tachycardie auriculaire et l'insuffisance cardiaque. Il croit en outre que, à côté de la tachycardie paroxystique qu'on voit survenir chez les mitraux, il existe une tachycardie paroxystique des artérioscléreux; cette forme a été en Angleterre l'objet de recherches intéressantes. Pour produire chez l'animal une crise de tachycardie, il suffit de lier l'artère coronaire, droite ou gauche. Cette variété de tachycardie paroxystique est assez fréquente pour inciter le clinicien à la rechercher chaque fois qu'il se trouvera auprès d'un artérioscléreux ayant de la dilatation aiguë.

M. Clerc fait remarquer qu'il existe une preuve expérimentale du rôle joué par le système nerveux. L'excitation du vague favorise la fibrillation et peut même la déterminer « ipso facto ».

Pigmentation des muqueuses de cause inconnue. — M. O. Crouzon présente une malade de trente ans, comparable à

celles qu'ont montré MM. Dufour et Alardo à une précédente séance. Il s'agit d'une pigmentation de la muqueuse buccale (lèvres et face interne des joues), et de la muqueuse vulvaire. Il n'existe pas de mélanodermie cutanée. La malade ne présente, d'autre part, aucun signe de maladie d'Addison, pas d'asthénie, pas de douleurs, pas de troubles gastro-intestinaux; il n'y a pas d'hypotension artérielle, il ne s'agit pas de mélanodermie phtiriasique. On ne trouve aucune des autres causes habituelles des mélanodermies. Il s'agit donc, dans ce cas, comme dans celui de M. Dufour, d'une pigmentation des muqueuses d'origine indéterminée.

Nouveau cas de sporothricose. — M. DECLOUX présente un malade porteur de nombreuses gommes cutanées et sous-cutanées, disséminées sur tout le corps et dont l'ensemencement a donné le sporothricum.

Arythmie complète avec fibrillation auriculaire. Action de la digitale. — MM. O. JOSUÉ et Paul CHEVALLIER apportent sept observations d'arythmie complète, le trouble du rythme est causé par la fibrillation auriculaire. Les oreillettes sont agitées d'une trémulation fibrillaire incessante, mais non effective. Les contractions fibrillaires ne se transmettent pas toutes aux ventricules; un certain nombre sont arrêtées au niveau des tissus unissants du cœur; grâce à cette heureuse disposition la fibrillation ventriculaire incompatible avec la vie se trouve évitée. Les incitations contractiles qui arrivent aux ventricules sont inégales et irrégulières.

L'arythmie complète se caractérise : 1° dans les tracés radiaux ou de la pointe du cœur par l'extrême irrégularité des tracés; 2° dans les tracés jugulaires par l'absence du soulèvement *a* dû à la contraction auriculaire. Quand la stase veineuse est marquée, on ne trouve plus qu'un seul soulèvement synchrone à la systole ventriculaire (forme ventriculaire du pouls veineux, ancien vrai pouls veineux). Dans d'autres cas, on constate une ligne, festonnée de petits soulèvements, causés par le tremblement fibrillaire de l'oreillette, mais il n'y a pas de soulèvement *a*.

La fibrillation auriculaire s'observe surtout chez les mitraux (six fois sur les sept cas). Elle peut être permanente (arythmie perpétuelle, pouls mitral) ou passagère.

La digitale ne modifie pas la fibrillation auriculaire, par contre, elle ralentit les ventricules et le pouls artériel sans les régulariser. Le ralentissement ventriculaire est dû à l'augmentation de la dissociation auriculo-ventriculaire, qui empêchait déjà, avant l'administration de la digitale, la transmission aux ventricules d'une partie des contractions des oreillettes en fibrillation.

En même temps les signes d'insuffisance cardiaque disparaissent bien que l'arythmie persiste dans la plupart des cas.

Il est intéressant de noter que la fibrillation auriculaire avec arythmie complète peut exister sans insuffisance cardiaque; il convient cependant d'ajouter qu'elle y prédispose. Mais il y a aussi des cas d'insuffisance cardiaque sans fibrillation auriculaire.

Les auteurs montrent les tracés d'une femme atteinte d'une double lésion mitrale, sujette à des crises d'asystolie aiguë cédant à la digitale; cette femme n'a jamais présenté de fibrillation, ni pendant, ni en dehors des crises.

CONGRÈS

LA PREMIÈRE CONFÉRENCE NATIONALE DES « GOUTTES DE LAIT » DE FÉCAMP

La première conférence des Gouttes de lait vient d'avoir lieu à Fécamp. A cette occasion M. Variot a prononcé une allocution qui indique bien où en est cette question si importante pour l'avenir de la nation. Nous sommes heureux de pouvoir la reproduire :

« La première conférence nationale des Gouttes de lait, réunie aujourd'hui à Fécamp, correspond à un double mouvement d'idées, à la fois scientifique et patriotique.

Lorsque, avec mes amis Brunon et Dufour, nous avons organisé à Paris le premier Congrès international des Gouttes de lait, en 1905, nous en avions nettement fixé le champ d'études.

Le titre de Goutte de lait emprunté à une institution fondée en France, dans cette ville même par le docteur Léon Dufour, avait été parfaitement accueilli et compris par les médecins et les philanthropes de toutes les nations qui répondirent en grand nombre à notre appel.

Le Congrès de Paris, réuni à l'Institut Pasteur, fut considéré surtout comme le Congrès de l'hygiène et de l'alimentation infantile, et son succès fut tel qu'il laissa un profond souvenir à tous ceux qui en firent partie.

La mortalité du premier âge, d'après les statistiques les mieux établies, est due pour plus d'un tiers à des maladies du tube digestif, en rapport avec une alimentation défectueuse. Aussi, dès 1905, nous avions bien compris qu'il fallait concentrer tous les efforts dans cette direction pour combattre ces causes évitables de mort, qu'il fallait favoriser l'extension de l'allaitement maternel, vulgariser les nouveaux procédés de conservation et de stérilisation du lait pour l'élevage artificiel, organiser un contrôle méthodique dans les Gouttes de lait et les consultations de nourrissons.

A cet égard, les travaux du Congrès de 1905 constituent une base solide qui nous permet d'élever plus haut, avec sécurité, l'édifice de l'hygiène infantile.

Les limites que nous avions tracées étaient assez vastes; à notre époque, la spécialisation ne s'impose-t-elle pas dans les Congrès comme ailleurs ?

N'y a-t-il pas des Congrès internationaux spéciaux de laiterie, d'alimentation?

Certes, il y a assez de médecins qui déploient leur activité bienfaisante dans les Gouttes de lait, les consultations de nourrissons, les crèches, etc., assez de philanthropes et de mutualistes associés à ces œuvres, assez d'hommes de science et de chercheurs qui s'intéressent aux progrès de l'asepsie ou de la stérilisation du lait pour constituer une importante réunion.

Nous le voyons bien aujourd'hui à Fécamp.

Cependant, le programme initial que nous avions tracé au premier Congrès international des Gouttes de lait n'a pas été respecté, et lors de la deuxième session de ce Congrès international à Bruxelles, on étendit indéfiniment le champ des études; le titre même de notre Congrès fut changé; voici dans quelles circonstances :

En 1905, nous avions réussi à réunir à l'Institut Pasteur les médecins les plus éminents et les philanthropes de l'ancien et du nouveau monde, Anglais, Américains, Belges, Espagnols, Italiens, Norvégiens, Russes, Suisses, etc.

Les Allemands seuls s'étaient à peu près abstenus; les choses n'en allèrent pas plus mal.

Mais, au IIe Congrès international qui se tint à Bruxelles en 1907, les Allemands répondirent en grand nombre à l'invitation du comité belge; ils étaient quatre fois plus nombreux que les Français.

Constatant le grand succès du Congrès des Gouttes de lait, dû à notre initiative, les Allemands décidèrent de le transporter à Berlin pour la session suivante.

Mais ils ne voulurent pas importer en Allemagne un Congrès dont le titre symbolique si français de Goutte de lait était intraduisible dans leur langue.

Germania docet : même lorsqu'elle suit ou imite le mouvement progressif, aux yeux des autres nations, elle se donne volontiers l'art de le créer. C'est ainsi que nos Gouttes de lait françaises sont devenues les *Municipal Milchküche* à Cologne; et nos consultations de nourrissons, les stations de protection des nourrissons à Berlin.

A Bruxelles en 1907, on eut bien vite fait aussi de démarquer notre Congrès international des Gouttes de lait. Dans une séance plénière où les médecins allemands étaient les plus nombreux, après une discussion hâtive et confuse, comme il arrive lorsque les congressistes s'expriment en différentes langues, il fut décidé, malgré l'opposition des médecins français, que le titre du Congrès serait remplacé par celui de « Congrès de la protection de l'enfance du premier âge ». Le terme de Goutte de lait serait conservé en sous-titre, en attendant qu'il disparaisse tout à fait; peut-être espérait-on ainsi garder la clientèle des médecins français.

Ceux-ci, d'ailleurs, ne se sont rendus qu'en nombre res-

treint au Congrès qui a eu lieu à Berlin en 1911; ni Brunon, ni Dufour, ni moi-même, qui étions cependant les fondateurs des Congrès internationaux des Gouttes de lait, nous n'avons cru devoir assister à celui de Berlin, qui n'était plus le nôtre.

En effet, l'orientation initiale de notre Congrès avait été changée avec son nom. Les questions administratives et sociales, l'étude des lois, des règlements et des institutions si nombreuses, relatives à la première enfance, devaient tenir une place prépondérante. Bien loin de nous l'idée de contester l'intérêt de ces graves questions. Mais l'hygiène et l'alimentation infantiles proprement dites étaient forcément reléguées au second plan et submergées en quelque sorte dans ce nouveau programme.

Telles sont les raisons pour lesquelles nous avons décidé de reprendre la bannière des Gouttes de lait et de faire un nouvel appel à tous ceux qui veulent se grouper pour continuer d'échanger leurs idées sur l'hygiène de la première enfance. C'est déjà là un champ d'activité immense, on ne saurait trop le redire.

La première conférence nationale des Gouttes de lait réunie aujourd'hui à Fécamp sera suivie d'autres; elle servira de centre de ralliement aux hygiénistes, aux savants et aux philantrophes, d'accord avec nous pour admettre que nous n'avons pas de plus sûr moyen de réduire la mortalité dans le premier âge qu'en favorisant l'extension de l'allaitement au sein et en perfectionnant nos méthodes d'élevage et de contrôle des nourrissons au biberon. — Notre conférence nationale sera ouverte, à tous les médecins de langue française, qui nous feront l'honneur de se joindre à nous. — Nous sommes particulièrement touchés de voir aujourd'hui dans cette assemblée un de nos confrères des provinces annexées, le docteur Herrgott.

Il a fondé à Guebviller, en Alsace, une « Goutte de lait ». Nous avons demandé au gouvernement français d'attribuer à notre confrère une distinction honorifique, comme s'il était encore de ce côté de la frontière.

D'autre part, le docteur Reboul, directeur des services sanitaires en Annam, vient d'organiser à Hué, une Goutte de lait, avec des souscriptions recueillies parmi les Européens, et avec la collaboration des ministres et des princes royaux annamites. Notre confrère nous demande de fédérer la Goutte de lait de Hué avec ses sœurs aînées de France : nous accueillons volontiers sa proposition, en souhaitant que son initiative soit imitée dans les colonies françaises.

Permettez-moi d'ajouter en terminant, que notre conférence nationale des Gouttes de lait aura l'avantage de rappeler à ceux qui nous suivront que l'initiative du beau mouvement pour la protection des nourrissons à la fin du siècle dernier est due à des médecins français.

Ce mouvement a eu son contre-coup dans le monde entier.

Nous pouvons donc être fiers de voir notre pays marcher à l'avant-garde de l'humanité pour sauvegarder la vie des petits enfants, qui est d'autant plus précieuse chez nous, que les naissances sont devenues plus rares. »

PHARMACOLOGIE

LA VANADARSINE

M. Deguy, qui avait expérimenté depuis longtemps l'oxyde de vanadium et lui avait reconnu des propriétés thérapeutiques analogues à celles du phosphore et de l'arsenic, conçut l'heureuse idée d'associer l'arsenic au vanadium, dans l'espoir d'obtenir de cette association une synergie médicamenteuse qui exalterait par un effet réciproque l'action thérapeutique de ces deux substances.

Sur ses indications, M. Guillaumin, après une série de recherches, réussit à préparer un arséniate hypervanadique.

A l'état pur, le corps obtenu se présente sous forme de cristaux jaune citron, contenant 47 p. 100 d'acide arsénique et 16 p. 100 de vanadium, très soluble dans l'eau.

M. Guillaumin prépara pour les besoins de la pratique une solution titrée à 1/100, solution d'une belle couleur orangée qui offre l'avantage de se conserver indéfiniment et présente une saveur à peu près nulle. C'est à cette solution titrée que M. Guillaumin donna le nom de *vanadarsine*.

Nous ne rappellerons pas les propriétés physiologiques et thérapeutiques, propriétés trop connues, de l'un des composants de ce médicament, l'arsenic. Nous appellerons plutôt toute l'attention du médecin praticien sur la curieuse propriété du vanadium de céder son oxygène avec une extrême facilité et de reprendre cet oxygène avec la même facilité qu'il l'abandonne, soit en présence de l'oxygène atmosphérique, soit aux dépens de certains corps riches en oxygène.

Vecteur d'oxygène, le vanadium constitue un merveilleux intermédiaire entre les corps oxydables et les corps oxydants, comparable aux oxydases et à l'hémoglobine, vecteurs naturels d'oxygène qu'ils empruntent à l'air atmosphérique pour le céder aux tissus et revenir ensuite à leur point de départ.

Cette analogie d'action, démontrée par des faits cliniques, vient d'être confirmée par de récentes recherches de laboratoire effectuées sur le sang des ascidies, dans lequel on n'a trouvé aucun pigment analogue à l'hémoglobine ou à l'hémocyanine, capable de fixer l'oxygène, mais dont les corpuscules sanguins renferment une combinaison contenant du vanadium très probablement sous la forme d'acide vanadique.

N'est-il pas dès lors rationnel de penser que le vanadium, s'il ne saurait se substituer totalement au fer de l'hémoglobine pour remplir le même rôle physiologique dans l'organisme humain, peut suppléer à son insuffisance et renforcer son action défaillante ?

Quoi qu'il en soit, les thérapeutes qui ont expérimenté la vanadarsine ont vérifié le bien-fondé de ces conceptions.

Principaux usages thérapeutiques de la vanadarsine. — En tant que composé arsenical, la vanadarsine trouve son indication dans tous les cas où l'arsenic est employé: la *chlorose*, la *tuberculose pulmonaire* et la *prétuberculose*, la *chorée des enfants*, l'*anémie*, le *rhumatisme chronique*, le *paludisme*, la *syphilis*, la *neurasthénie*, le *surmenage*, etc.

On peut dire que les indications de la vanadarsine, considérée en temps que dérivée du vanadium, se confondent avec celles de l'arsenic.

D'une façon générale, ce médicament, pourvoyeur d'oxygène, est indiqué dans tous les cas où la *nutrition est ralentie*, où il y a perte de force et d'appétit, en un mot dans tous les cas où les combustions et l'assimilation sont imparfaites.

Les seules contre-indications sont les états hyperpyrétiques.

La vanadarsine *augmente l'appétit*, et c'est là une propriété vraiment remarquable sur laquelle nous insisterons tout particulièrement, pour l'avoir maintes fois constatée, propriété à laquelle il convient d'ajouter cet important avantage, à savoir que ce médicament est dépourvu de toute action nocive sur le tube digestif.

Sous l'influence de la vanadarsine, M. Deguy a observé aussi une excitation des fonctions génésiques et il fait de ce médicament un stimulant général de premier ordre, qui active les digestions et souvent régularise les selles.

Formes pharmaceutiques, modes d'emploi et posologie de la vanadarsine. — La vanadarsine se présente sous deux formes pharmaceutiques :

La *vanadarsine à prendre par gouttes* et la *vanadarsine injectable en ampoules*. Les modes d'emploi de ces deux préparations sont les mêmes que ceux des préparations arsenicales.

I. La vanadarsine (solution à 1/100 d'arséniate de vanadium) à prendre par gouttes renferme un demi-milligramme de substance active par goutte.

Doses: V à X gouttes avant chacun des deux principaux repas.

II. Les ampoules de vanadarsine injectable de un centimètre cube de capacité renferment 2 milligrammes de substance active par centimètre cube.

Doses : une injection indolore tous les jours ou tous les deux jours.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Laboratoire du praticien. *Analyse clinique. Méthodes et procédés.* Guide de diagnostic et d'hygiène prophylactique des maladies communes, tropicales et exotiques, par le docteur Paul Gastou, chef du laboratoire central et de radiologie à l'hôpital Saint-Louis. 1er fasc., broché, avec 18 pl. conten. 102 fig. en noir et coul., par Louis Niclet, dessinateur-photographe à l'hôpital Saint-Louis. — Prix : 3 fr. — Paris, A. Poinat.

Tuberculinothérapie et Sérothérapie antituberculeuse, par A. Sézary. In-16 de 96 p., cart. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE L'APPENDICITE AIGUE (1)

A. Appendicite avec péritonite localisée. — I. **Appendicite légère.** — Dans cette variété, le *syndrome douloureux* de la crise appendiculaire est des plus nets; la localisation de la douleur en un point fixe, très limité, le plus souvent au niveau du point de Mac Burney, est très caractéristique. La palpation de la fosse iliaque montre le cæcum dilaté, gargouillant; certains auteurs, grâce à la palpation profonde, disent avoir pu sentir l'appendice sous la forme d'une petite masse ovoïde, allongée dans le sens vertical; l'opinion la plus admise est que cette sensation est fournie plutôt, soit par un faisceau pariétal contracté, soit par le bord externe du cæcum contracturé. Le *toucher rectal* montre l'empâtement de toute la région correspondante du bassin ; quelquefois le toucher rectal, combiné au palper abdominal, permettrait cependant de sentir réellement l'appendice tuméfié et douloureux.

Les symptômes fonctionnels et généraux sont peu accusés ; la fièvre est minime, ou fait défaut ; le pouls ne dépasse pas 80 à 90. A peine observe-t-on quelques nausées, et plus rarement encore un ou deux vomissements.

Mais ce qui caractérise surtout cette appendicite légère, c'est la faible durée de tous ces symptômes, qui ne persistent en général que quelques heures à peine. L'arrêt des fonctions intestinales, le ballonnement, les vomissements, la dysurie, l'altération des traits disparaissent. Il ne subsiste plus qu'un endolorissement vague de l'abdomen, redevenu souple, sauf au niveau de la région appendiculaire où la palpation profonde réveille encore d'ailleurs de la douleur. Le pouls est normal et bien frappé, la température est à 37 degrés ; la crise appendiculaire est terminée et, comme elle constitue toute l'appendicite légère, aussitôt cette crise achevée, c'est la guérison qui s'installe. Il faut craindre cependant le retour d'une crise analogue, à brève échéance, si l'alimentation est reprise trop rapidement, ou si le malade retourne trop tôt à ses occupations habituelles. Ultérieurement d'ailleurs, après cette appendicite légère, on pourra voir survenir une nouvelle crise, mais celle-ci sera souvent beaucoup plus grave, mortelle même dans certains cas. C'est pourquoi le clinicien doit toujours préconiser l'intervention chirurgicale, à la suite de cette première crise. L'opération sera pratiquée quelques semaines après la crise, lorsque le point douloureux appendiculaire et la défense musculaire auront disparu, et lorsqu'il n'y aura plus d'hyperleucocytose sanguine. En résumé une crise d'appendicite aiguë, même très atténuée, doit toujours faire redouter l'apparition plus ou moins tardive d'une nouvelle crise ; on évitera cette complication, en supprimant l'appendice en pleine santé, c'est-à-dire dans les meilleures conditions opératoires.

Le *diagnostic* de l'appendicite légère est en général facile, en raison de la brusquerie du début, de la localisation très exacte de la douleur et des renseignements fournis par le toucher rectal. Il doit être discuté avec une simple indigestion; l'erreur sera souvent commise dans les formes particulièrement légères, erreur d'autant plus regrettable que l'on administre en général, dans ces cas, une purgation, un lavement, méthode néfaste lorsqu'il s'agit d'appendicite. Le diagnostic doit être discuté également avec une crise aiguë d'entérite ou d'entéro-colite, et à ce propos, nous rappelons les discussions récentes sur le rôle de causalité réciproque de ces deux affections ; causalité étroite pour les uns, nulle pour les autres, surtout pour Dieulafoy. Souvent le diagnostic de colique hépatique, de colique néphrétique (appendice rétro-cæcal) prêtera à erreur, mais une étude attentive des symptômes fonctionnels, une palpation méthodique de l'abdomen, lèveront en général tous les doutes. Ce sont là les principaux diagnostics que soulève l'apparition d'une crise légère d'appendicite aiguë, en raison de la brusquerie d'apparition de ses symptômes et de leur faible durée.

II. **Appendicite avec péri-appendicite plastique** (*typhlite des anciens auteurs*). — La crise appendiculaire se déroule ici, telle que nous l'avons décrite plus haut. Pendant trente-six à quarante-huit heures, les symptômes vont en s'aggravant. Les douleurs sont très vives ; la palpation abdominale est très pénible pour le malade ; les vomissements sont constants ; le facies prend le type péritonéal, la température s'élève à 38-39 degrés ; le pouls est rapide, fort, mais régulier. L'arrêt des matières et des gaz est complet, exceptionnellement cependant il peut y avoir de la diarrhée, la langue est saburrale. Les mictions sont douloureuses ; les urines sont rares, rouges et sédimenteuses.

Vers le troisième ou le quatrième jour, les symptômes s'amendent. La température s'abaisse, les vomissements et les nausées cessent, les gaz sont évacués, le ballonnement abdominal disparaît, grâce à l'application de la glace, et à la diète absolue. Les urines sont émises sans douleurs et en plus grande abondance. Cependant la langue reste encore saburrale et l'appétit est nul. La paroi abdominale redevient souple. La palpation montre encore au niveau de la région appendiculaire, une résistance profonde, variable dans sa forme et son étendue ; c'est le *plastron appendiculaire*. « C'est d'abord une plaque assez étroite, mais qui s'élargit bientôt, pour acquérir les dimensions de la main ou davantage ; en palpant légèrement on éprouve la sensation d'un blindage doublant la paroi, faisant corps avec elle, et dirigé verticalement vers les dernières côtes. » (Jalaguier.)

Il existe en même temps des douleurs, localisées au niveau de la fosse iliaque, spontanées ou exacerbées au moindre mouvement, sous l'influence des contractions intestinales, etc. ; elles irradient vers le testicule, suivant le trajet du nerf crural.

Le plastron augmente pendant cinq à six jours ; suivant la situation de l'appendice, il se développe soit en dedans, soit en bas vers le pelvis, et dans ce cas la palpation en est difficile par la paroi abdominale ; il faut avoir recours alors au toucher rectal. Pendant toute cette période, il existe une légère hyperleucocytose sanguine. Vers le dixième jour, le plastron diminue, et en une à deux semaines le plus souvent il a presque totalement disparu ; la fosse iliaque droite est souple et indolore ; souvent cependant il reste un petit cordon vertical, légèrement douloureux, dont l'interprétation a donné lieu à de nombreuses hypothèses : appendice turgescent, cæcum épaissi, angle iléo-cæcal, bande cæco-colique antérieure.

La guérison définitive se fait en trois semaines environ ; cependant au lieu de cette évolution, on peut assister dans certains cas à la transformation du plastron, en abcès, c'est-à-dire au passage à la forme que nous allons étudier maintenant.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 59, p. 888.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir : pour la première série avant le 15 juin, et pour la deuxième série avant le 15 juillet.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 29 mai : MM. Küss, 17 ; Kendirdjy, 16 ; Gernez, 18 ; Mercadé, 14 ; Heitz-Boyer, 18.

— Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Sébileau, Lenormant, Duval, Robineau, Chaput, Launay et Galliard.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — *Epreuve clinique.* — Séance du 29 mai. — MM. Rol, 18 + 9 = 27 ; Gadreau, 16 + 8 = 24.

Séance du 30 mai. — MM. Lourier, 15 + 7 = 22 ; Chalard, 18 + 8 = 26.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Toulouse. — M. Aloy, agrégé des facultés de médecine, est chargé, à partir du 1er novembre 1912, d'un cours de chimie et toxicologie.

M. Bardier, agrégé des facultés de médecine, est chargé, à partir du 1er novembre 1912, d'un cours de pathologie expérimentale.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — Un groupe de collègues, de confrères, d'élèves et d'amis de M. le professeur Jagot, directeur de l'École de médecine et de pharmacie d'Angers, a décidé de lui offrir un souvenir à l'occasion de sa nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur.

La remise de ce souvenir aura lieu à une date et dans des conditions qui seront annoncées ultérieurement.

Les souscriptions sont reçues par M. le docteur Denéchau, 9, rue des Arènes, à Angers.

— Reims. — M. Boismenus, pharmacien de première classe, licencié ès sciences, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de chimie.

HOMMAGE A M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — La remise de la médaille offerte par ses amis et ses élèves à M. Lucas-Championnière, membre de l'Institut, et exécutée par M. Paul Richer, membre de l'Institut, ancien interne de M. Lucas-Championnière, aura lieu le dimanche 9 juin, à dix heures, dans l'amphithéâtre de chirurgie de l'Hôtel-Dieu.

Nous rappelons que les cotisations peuvent encore être adressées chez M. G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

Tout souscripteur d'une somme de 25 francs recevra une plaquette de bronze.

PREMIER CONGRÈS DES MÉDECINS SCOLAIRES DE LANGUE FRANÇAISE. — Les 20, 21 et 22 juin 1912 se tiendra, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, le premier Congrès des médecins scolaires de langue française, sous la présidence effective de M. le ministre de l'Instruction publique.

Tous les médecins de langue française sont invités à y participer.

Les deux questions mises à l'ordre du jour sont de la plus grande actualité.

1° L'organisation de l'inspection médicale des écoles en France soumise en ce moment aux délibérations du parlement ;

2° L'éducation physique à l'école.

L'une et l'autre intéressent au plus haut point l'avenir de notre race.

Les adhésions accompagnées de la cotisation fixée à 5 francs doivent être adressées au secrétaire général du Congrès, le docteur Chapon, 21, rue du Louvre.

Réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jean-Paul Baréty, ex-interne provisoire des hôpitaux de Paris, décédé à Nice à l'âge de vingt-cinq ans.

RENSEIGNEMENTS

REVUE GÉNÉRALE

HÉPATITES CHRONIQUES ET CIRRHOSES

Par M. Félix BAUDOUIN,
Professeur à l'École de médecine de Tours,
Membre correspondant de la Société médicale des hôpitaux de Paris.

Avant de définir le mot cirrhose, il importe de faire remarquer qu'il est pris tour à tour dans les sens les plus variés par les différents auteurs.

Certains réservent cette épithète aux hépatites chroniques dans lesquelles intervient un processus de sclérose, certains en font un synonyme de sclérose seule et parlent de cirrhose des poumons, cirrhose du rein, etc.

Un mot paraît toujours mauvais quand il peut prêter ainsi à confusion; celui-ci comme nous le verrons plus loin, en désignant une variété d'hépatite chronique avec sclérose, a l'air de créer ainsi une espèce spéciale. Son plus grand tort est d'inciter les esprits à penser que la cirrhose est une entité morbide, une variété nettement définie, alors qu'il n'en est rien, comme on l'admet communément. On peut même aller plus loin et dire, sous une forme peut-être outrancière, que dans la cirrhose la dégénérescence des cellules hépatiques constitue une lésion beaucoup plus importante, surtout beaucoup plus caractéristique que la sclérose parce que plus précoce et plus constante. Ce sont en effet les altérations de structure de l'élément parenchymateux qui créent au début et confirment dans la suite l'hépatite chronique, et l'adjonction du processus de réaction conjonctive est un phénomène consécutif, plus variable, moins important, dont la présence ou l'absence ne peut aucunement modifier l'essence même de l'hépatite. C'est une des réactions de l'hépatite chronique, ce n'est pas la principale; le mot cirrhose qui la désigne et qui attire sur cette réaction toute l'attention met en relief indûment un phénomène qui doit rester au second plan. Elle perpétue une vieille erreur qui a fait prendre la sclérose pour la réaction morbide totale du tissu hépatique alors qu'elle n'en était qu'une simple modalité. Les premiers observateurs ont méconnu le rôle si important d'un parenchyme : obnubilés par la présence de cette sclérose ils ont fait de cette dernière l'élément fondamental alors qu'elle n'était que l'accessoire; ils ont employé le mot cirrhose qui n'aurait dû viser que la partie, avec la prétention de lui faire désigner le tout.

Il y a lieu, pensons-nous, de rechercher, par une analyse méthodique des faits, s'il ne serait pas préférable d'appliquer ici comme dans les autres chapitres de la pathologie une terminologie normale et non pas exceptionnelle. Une telle façon d'agir aurait au moins l'avantage de jeter dans cette question touffue et complexe des cirrhoses et des hépatites chroniques une lumière dont le besoin se fait actuellement de plus en plus sentir.

Les anciens connaissaient l'action de l'alcool sur la glande hépatique; les médecins du XVIe siècle disaient, en parlant du foie des buveurs, *in scirrhum deduxit*.

Vésale constatait l'atrophie du foie alcoolique [A. Français (1)].

En 1819, à propos d'un malade atteint de pleurésie hémorragique avec ascite et maladie du foie, Laënnec, décrivant l'aspect de la glande hépatique « qui paraissait composée d'une multitude de petits grains » de couleur jaune roux, disait : « Cette espèce de production est encore de celles que l'on confond sous le nom de squirrhe. Je crois devoir la désigner sous le nom de cirrhose à cause de sa couleur. » Plus loin il dit encore : « A mesure que les cirrhoses se développent, le tissu du foie est absorbé, un foie qui contient des cirrhoses perd de son volume au lieu de s'accroître d'autant. »

Nous sommes loin, comme on peut le voir facilement, de ce que la conception actuelle, même classique, entend faire désigner au mot cirrhose.

Après Laënnec, Bright (2), en 1827, comme l'établit M. Chauffard, contribue à l'étude des cirrhoses hépatiques en décrivant les lésions cadavériques du foie, la périhépatite, l'hypertrophie de la rate et la périsplénite.

Carswell (1833), Hallmann (1839) établirent que dans la cirrhose la prolifération du tissu conjonctif interlobulaire constitue la lésion caractéristique et fondamentale.

Wilson, Copland et Budd (1845) montrèrent que l'hypertrophie du tissu conjonctif du foie est due à l'inflammation chronique.

Requin, en 1849, montre que le foie cirrhotique considéré toujours jusqu'alors comme atrophique peut présenter de l'hypertrophie quand, dit-il, le nombre des granulations qui s'hypertrophient est assez considérable.

Gubler, dans sa thèse d'agrégation de 1853, confirme cette idée malgré les protestations de Monneret qui ne voulait pas admettre que « l'expression de cirrhose après avoir servi primitivement à dénommer une affection identique à elle-même » pût s'appliquer maintenant à plusieurs maladies du foie.

Paul Ollivier, en 1871, écrivait : « Je crois avoir démontré que la cirrhose hypertrophique est bien une forme à part et non pas une des périodes de la cirrhose. »

Hayem, en 1874, publie des observations de cirrhose hypertrophique.

Hanot (3), en 1875, résume ainsi l'histoire de la cirrhose avant lui.

Dans une première période, les auteurs admettent une hypertrophie théorique précédant l'atrophie définitive.

Dans une seconde période la phase hypertrophique n'est plus seulement passagère elle est permanente et donne à la maladie un cachet spécial; « à côté de la forme atrophique de la cirrhose se place la forme hypertrophique ».

(1) A. Français. *Etude sur les hépatites chroniques et leur curabilité*, Th. de Lyon, 1888.

(2) R. Bright. *Reports of med. cases*, London 1827.

(3) Hanot. *Etude sur une forme de cirrhose hypertrophique du foie*, Th. de Paris, 1875.

Dans une troisième période on se demande si, dans maintes circonstances, la cirrhose hypertrophique n'est pas un état morbide différent de la maladie de Laënnec.

« Mon intention, dit Hanot, est de décrire seulement une variété de cirrhose hypertrophique en entendant par ce mot une affection hépatique qui n'a avec la maladie de Laënnec que de très lointains rapports. »

En 1876, Charcot et Gombaud, en liant le cholédoque du cobaye, déterminent des altérations de la cellule hépatique avec une néoformation abondante de canalicules biliaires et production de tissu fibreux.

Dans une brillante tentative de synthèse, ils rapprochent ces cirrhoses biliaires de la cirrhose hypertrophique avec ictère qu'avait décrit Hanot, et les opposant à la cirrhose atrophique ils décrivent deux grandes classes de cirrhose, les cirrhoses biliaires ou épithéliales relevant du type hypertrophique et les cirrhoses veineuses ou interstitielles dites alcooliques et relevant du type atrophique.

Les deux cadres classiques étaient créés ; la dorure en était belle mais leurs dimensions n'étaient pas grandes pour loger la série des tableaux cliniques qu'on aurait voulu y insérer.

En effet, Hutinel et Sabourin, en 1881, publient des cas de cirrhose hypertrophique graisseuse chez des tuberculeux alcooliques ; Kelsch et Kiener décrivent une cirrhose paludéenne ; Hanot et Chauffard, en 1883, étudient la cirrhose hypertrophique pigmentaire du diabète sucré.

Lauth écrit sa thèse, en 1888, sur la cirrhose tuberculeuse.

Hutinel, en 1890, publie des cas d'hépatite tuberculeuse chez l'enfant.

Toutes ces formes ne rentrent pas facilement dans la terminologie officielle.

Dieulafoy, dans son *Manuel de pathologie interne*, fait justement remarquer que les deux formes classiques ne peuvent convenir à toutes les espèces ; qu'entre ces deux extrêmes il existe bien des intermédiaires, et sans voir précisément pourquoi il y a d'autres formes de cirrhose, il propose d'instinct de créer, en attendant mieux, une troisième classe élastique, un tiers état taillable et corvéable à merci, les cirrhoses mixtes.

Ce tiers état, qui comptait au début quelques individus seulement, ne tarda pas à s'augmenter rapidement ; aujourd'hui nous le voyons déborder et envahir à lui seul tout le cadre primitif ; on peut dire actuellement qu'il n'existe que des cirrhoses mixtes, c'est-à-dire des hépatites chroniques altérant en même temps le parenchyme hépatique et le tissu conjonctif ; tantôt la réaction prédomine sur la cellule noble, tantôt au contraire elle prédomine sur l'élément interstitiel, le rapport de dosage est infiniment varié ; on ne peut guère concevoir d'une façon absolue une hépatite chronique où n'interviendrait pas, si peu que ce soit, une légère réaction fibrillaire intraparenchymateuse.

A côté de ces lésions fondamentales de la cellule hépatique et du tissu conjonctif, on note au cours des diverses hépatites chroniques, des diverses cirrhoses, des lésions variables siégeant au niveau des vaisseaux, des canaux biliaires, une néoformation de canalicules biliaires, de capillaires sanguins.

L'histologie pathologique des cirrhoses dites biliaires se retrouve semblable plus ou moins dans certaines autres cirrhoses, leur aspect clinique même, hypertrophie du foie avec ictère permanent se retrouve également dans d'autres états cirrhotiques. Peu à peu, leur individualité se dissout, leurs caractères différentiels s'effondrent au fur et à mesure des nouvelles observations publiées ; leurs réactions histologiques elles-mêmes finissent par rentrer dans la série des réactions générales du foie irrité par un processus morbide quelconque. Il n'y a plus que des hépatites chroniques réagissant plus ou moins sur telle ou telle partie du tissu de l'organe sans que ce plus ou ce moins puisse suffire à créer une différenciation essentielle.

Ces notions sont d'accord avec ce que nous connaissons des réactions organiques en général et des réactions du rein en particulier, organe essentiellement comparable au foie.

Le rein comme le foie réagit aux agents toxiques et infectieux par des altérations de ses cellules épithéliales, une prolifération de son tissu conjonctif et des altérations vasculaires connexes. De même qu'il n'y a pas lieu de décrire des néphrites chroniques épithéliales ou interstitielles pures parce qu'elles n'existent pas, de même il n'y a pas à créer d'hépatites épithéliales ou interstitielles.

Dans toute néphrite chronique comme dans toute hépatite il y a réaction plus ou moins marquée de tous les tissus constituants du rein ou du foie.

L'affection organique ne peut pas se caractériser cliniquement par la lésion histologique, il lui faudra d'autres qualificatifs : nous les étudierons plus loin.

Cherchons tout d'abord à bien préciser ce qu'on entendait jusqu'ici par cirrhose.

Nos auteurs classiques écrivent (1) : « On dit qu'il y a cirrhose quand le rapport normal entre le parenchyme et le tissu de soutènement est modifié par la prolifération du stroma conjonctif à condition que cette prolifération soit généralisée à tout l'organe, que le tissu proliféré soit arrivé à l'état adulte, et que l'élément épithélial éprouve une atteinte plus ou moins tardive. »

E. Auscher, dans le *Manuel de médecine* (t. VI), écrit : « De nos jours, on entend par cirrhose du foie les états pathologiques de cet organe qui s'accompagnent d'une prolifération du tissu conjonctif fibroïde ou fibreux généralisé à toute la glande. »

Dans le *Précis d'anatomie pathologique* d'Achard et Lœper nous trouvons : « Les cirrhoses sont des lésions hépatiques caractérisées par la présence de granulations rousses (κίρρος, roux) dans le foie ; ce terme est devenu synonyme de sclérose car l'état granuleux ne va pas sans une réaction conjonctive intense du tissu de soutènement. »

Or, nous avons vu un foie de 650 grammes présentant d'une façon nette cet état granuleux et s'ac-

(1) CHAUFFARD. *Traité de médecine*, t. V.

compagnant par contre d'une réaction insignifiante du tissu conjonctif.

Enfin, Collet, dans son *Précis de pathologie interne*, écrit : « On appelle cirrhose hépatique l'envahissement généralisé du foie par du tissu scléreux. »

L'étudiant qui aura lu consciencieusement ces différentes définitions croira posséder une idée juste de la cirrhose en pensant qu'elle constitue une maladie du foie caractérisée par un phénomène fondamental, le développement du tissu conjonctif et un phénomène accessoire et tardif, l'atteinte du parenchyme hépatique. Il gardera, en outre, cette idée fausse que la cirrhose et l'hépatite chronique sont deux maladies différentes ; l'une caractérisée par la présence du tissu conjonctif, l'autre par l'adultération du tissu parenchymateux, caractères essentiellement différents qui, dans son esprit, s'opposeront toujours l'un à l'autre. De là à penser que chacune reconnaît des facteurs étiologiques et pathogéniques propres, il n'y aura qu'un pas, et quand il heurtera ses idées en la matière avec celle de gens plus avancés dans les études médicales ou encore avec les faits pratiques journaliers, il ne rencontrera qu'objection, impossibilité, contradiction qui lui laisseront l'impression d'être absolument perdu dans ce chapitre de pathologie.

Il est pourtant facile, à l'heure actuelle, d'acquérir des idées nettes et claires sur cette question, grâce aux nombreux travaux publiés au cours de ces dernières années et qui jettent enfin sur la compréhension des cirrhoses une clarté qu'on attendait depuis longtemps.

Le docteur Géraudel (1) a publié une très remarquable étude sur la constitution normale et pathologique du foie où nous puiserons de précieux renseignements.

Le foie en effet nous apparaît comme toutes les glandes, composé essentiellement de cellules épithéliales dites cellules hépatiques, hautement différenciées pour une fonction sécrétoire comme peuvent l'être les cellules du rein par exemple.

Ces cellules hépatiques sont soutenues par une charpente d'origine conjonctive ; cette charpente conjonctive nous apparaît ici en deux régions différentes :

1° Dans les gaines glissonniennes où elle constitue l'atmosphère conjonctive dans laquelle sont plongés les canaux biliaires, les ramifications de l'artère hépatique et de la veine porte ; elle est ici constituée par des cellules conjonctives étoilées et des fibrilles conjonctives.

2° Dans le parenchyme hépatique lui-même où elle nous apparaît sous forme de fibrilles principales disposées en sens radiaire allant de la gaine glissonnienne à la veine sus-hépatique, ce sont les fibres radiées d'Oppel, et de fibrilles plus menues encore situées entre les premières et enveloppant les voies vasculaires passant de la paroi d'un capillaire sur celle du capillaire voisin d'où le nom de fibres enveloppantes qu'Oppel leur a donné. Ces fibrilles en général sont désignées sous le nom de *Gitterfasern* ; elles sont développées aux dépens de la paroi des capillaires intertrabéculaires.

(1) GÉRAUDEL. *Parenchyme hépatique et bourgeon biliaire*, in-8.

Ces deux systèmes de fibrilles, comme l'a montré Géraudel, sont relativement indépendants : celles qui sont dans la gaine de Glisson peuvent proliférer seules si l'inflammation est limitée à la gaine, celles qui sont dans le parenchyme peuvent proliférer seules si l'inflammation est limitée au parenchyme ; le plus souvent le processus inflammatoire les fait proliférer toutes deux en même temps. Mais ce qu'il faut retenir c'est que la prolifération intraparenchymateuse des fibrilles ne veut pas dire forcément immigration des fibrilles glissonniennes dans le parenchyme comme on l'a cru longtemps ; en d'autres termes il peut y avoir du tissu conjonctif proliféré dans le tissu parenchymateux lui-même sans que nécessairement ce tissu soit le prolongement du tissu glissonnien.

En dehors de ces deux éléments fondamentaux, cellules épithéliales et tissu conjonctif, nous trouvons encore dans le foie :

1° Des ramifications des canaux biliaires dans les gaines glissonniennes ;

2° Des ramifications de l'artère hépatique et des capillaires logés dans les gaines glissonniennes ;

3° Des ramifications portales intraglissonniennes ;

4° Des capillaires intraparenchymateux logés entre les trabécules hépatiques ;

5° Des ramifications sus-hépatiques intraparenchymateuses.

Sur un foie ainsi composé nous allons chercher d'abord sous quelles influences morbides peuvent apparaître les lésions qu'on retrouve dans les hépatites chroniques et dans les cirrhoses.

Les causes générales des altérations histologiques sont les intoxications et les infections ; mais il ne faut pas oublier que leur action est subordonnée à des conditions multiples, conditions de terrain, de dose, de virulence, de continuité d'action, etc.

Une même cause irritante exercera une action importante et complète sur un organe déjà adultéré, déjà préparé par des infections ou intoxications antérieures ; elle aura au contraire peu d'effets sur un terrain résistant, où elle trouvera plus de difficulté à s'implanter.

Un agent irritant, toxique ou toxi-infectieux, agissant à dose forte, dans un court espace de temps, mais possédant une virulence accentuée, déterminera une nécrose rapide du parenchyme différencié, et ne produira aucune réaction du tissu conjonctif, alors que le même agent, à dose faible, à faible virulence, mais longtemps continué, déterminera d'abord des dégénérescences atténuées du même parenchyme avec une prolifération consécutive et plus ou moins marquée du tissu conjonctif.

Fiessinger dans une très intéressante thèse (1) a montré que l'altération de la cellule hépatique, conséquence de l'attaque morbide, vient encore ajouter un nouveau facteur pathogène d'empoisonnement.

(1) FIESSINGER. *Histogénèse des processus de cirrhose hépatique*, Th. de Paris, 1908.

La cellule dégénérée en voie de résorption verse dans la circulation les poisons qu'elle a fixés et aussi les albumines qui constituent sa substance.

Il y a alors un processus de défense qui s'exerce autour de cette cellule, par une prolifération conjonctive péricellulaire aux dépens des fibrilles d'Oppel.

Mais ce n'est pas tout : il y a en même temps apparition dans le sang d'anticorps, destinés à lutter contre les poisons cellulaires mis en circulation; ces anticorps sont dits hépatotoxiques, parce qu'ils possèdent aussi des qualités nocives pour le foie dont ils aggravent les lésions cellulaires en même temps qu'ils contribuent à développer la réaction interstitielle.

Aussi Fiessinger peut-il conclure : « L'étude histologique et expérimentale des cirrhoses fait assister à une continuelle répercussion des altérations cellulaires ou interstitielles les unes sur les autres. »

Dans ce processus chronique qu'est la cirrhose ou l'hépatite chronique, on trouvera suivant la variabilité excessive du facteur pathogène et du terrain où il travaille, une variabilité excessive de la réaction histologique ; un peu plus ou un peu moins de dégénérescence parenchymateuse, un peu plus ou un peu moins de prolifération conjonctive, d'épaississement des parois vasculaires ou canaliculaires, un peu plus ou un peu moins de néoformation des capillaires sanguins ou biliaires, mais toujours une réaction plus ou moins esquissée des différents tissus de l'organe.

Quelle limite séparative pourra-t-il y avoir entre ces diverses réactions ? Aucune. Quelle différence d'espèce pourrons-nous concevoir entre une hépatite qui présente un peu plus ou un peu moins de réaction conjonctive ? Aucune. La clinique vient encore nous montrer que les manifestations symptomatiques sont au moins aussi variables. Aussi pourrons-nous concevoir avec plus de généralité et aussi plus de clarté que, à des facteurs pathogènes toujours complexes agissant sur un organe soumis à des lois de réaction histologique générales et non spéciales, correspondent des syndromes généraux qu'on aura intérêt à diviser le moins possible. Au contraire plus on les assemblera dans des cadres élargis et peu nombreux, plus on permettra de les concevoir clairement.

A tout seigneur tout honneur, l'alcool après avoir été longtemps le seul détenteur du pouvoir cirrhogène est bien près de se voir détrôner tout au moins en partie. M. Lancereaux dans une communication récente (Académie de médecine, 5 juillet 1910) a soutenu que l'alcool produit seulement la stéatose des cellules hépatiques et ne peut engendrer la cirrhose. Il appuie cette conviction sur le fait que la plupart des cirrhotiques sont des buveurs de vin, et prétend que l'alcool du vin ne peut produire également que la stéatose cellulaire. L'action cirrhogène du vin serait due aux sels qu'il contient, notamment au sulfate de potasse, et les expériences qu'il a poursuivies ont pleinement confirmé cette opinion.

MM. Frouin et Mauté (*Soc. biolog.*, 23 nov. 1907) avaient déjà pu déterminer expérimentalement des lésions de cirrhose avec ascite au moyen du sulfate de potasse.

On admet maintenant que l'alcool sous quelque forme qu'il soit ingéré agit sur le foie en le mettant en état de moindre résistance et en facilitant ainsi l'action des infections; peut-être dans certains cas peut-il agir isolément et se suffire à lui-même pour produire une cirrhose, mais il semble que le plus souvent son action se combine à celle des diverses infections.

Sans discuter ici le rôle des autres poisons tels que le plomb, le mercure, le sulfate de potasse, le chloroforme, le phosphore, le toluilène-diamine, etc., on peut dire que tout poison agissant à faible dose longtemps continuée peut en général contribuer à produire ou parfois produire à lui seul une hépatite chronique, une cirrhose.

A côté de ces poisons d'origine extérieure il en est d'autres d'origine interne qui peuvent jouer le même rôle, par exemple les intoxications goutteuse et diabétique, les acides gras d'origine intestinale, acides butyrique, lactique, valérianique, l'acide acétique. Fiessinger comme nous l'avons indiqué plus haut a noté l'action sclérogène des poisons retenus dans les corps cellulaires et mis en liberté par la dégénérescence de ceux-ci, ainsi que l'action sclérogène des albumines qui constituent la substance cellulaire, albumines qui sont mises en liberté et résorbées à ce niveau.

A côté de ces causes toxiques exogènes ou endogènes, il convient maintenant de placer les infections agissant le plus souvent par leurs toxines.

On connaît aujourd'hui des cirrhoses d'origine éberthienne (1), variolique, scarlatineuse, paludéenne, etc.

Mais ce qui domine la pathogénie infectieuse des cirrhoses, ce que maintenant l'on retrouve à chaque pas c'est d'abord la syphilis et surtout la tuberculose; ce sont justement les moins citées par la plupart des classiques.

La syphilis est notée chaque jour davantage comme facteur pathogénique de cirrhose. M. Debove (2) publiait encore récemment un cas de cirrhose de Laënnec qu'il croit devoir rapporter à la syphilis. Géraudel a publié six ou sept observations de cirrhoses syphilitiques, qu'il étudie du reste avec beaucoup de méthode.

D'après lui les lésions élémentaires sont les mêmes que dans la cirrhose tuberculeuse ; dans certains cas seulement on observe des lésions caractéristiques de la syphilis, les gommes et les ficelures du foie. Ces ficelures sont constituées par des cicatrices fibreuses développées à la place de foyers de nécrose parenchymateuse consécutifs à l'oblitération inflammatoire des veines portes et sus-hépatiques.

Mais cette thrombose portale ou sus-hépatique qui se trouve fréquemment dans la syphilis hépatique et qui aboutit aux ficelures, peut manquer; quand elle n'existe pas la cirrhose syphilitique ne diffère pas de la cirrhose tuberculeuse.

(1) Cestan et Azema. *Gaz des hop.*, 21 avril 1908. — Odon. *Sur la cirrhose biliaire d'origine éberthienne.* Th. de Paris. 1908. — De Verbizier. *Cirrhoses biliaires d'origine éberthienne avec lithiase.* Th. de Toulouse, 1907.

(2) Debove. *La Clinique*, janvier 1912.

C'est donc à un élément d'emprunt, à une complication, la thrombose veineuse, que certaines cirrhoses occasionnées par la syphilis doivent de se distinguer histologiquement des autres cirrhoses, tuberculeuses par exemple.

La cellule géante elle-même n'apporte pas un élément certain de différenciation puisqu'on en a trouvé dans la syphilis (Cornil et Ranvier).

Quant aux gommes M. Tripier les considère le plus souvent comme des nécroses ressortissant à un territoire artériel oblitéré.

La tuberculose, à elle seule, joue un rôle considérable très bien mis en lumière depuis quelques années.

En 1881 Hutinel (1) publie 4 observations de cirrhose chez des tuberculeux où il admet l'alcool comme facteur pathogénique de la cirrhose et la tuberculose comme facteur pathogénique de la stéatose.

Lauth publie en 1888 une importante thèse sur la cirrhose tuberculeuse.

Hanot et Gilbert (2), Widal et Bezançon (3) publient des cas de cirrhose tuberculeuse expérimentale après inoculation de bacilles à virulence atténuée.

F. Baudouin publie deux cas de cirrhose tuberculeuse pure chez l'enfant (4).

Triboulet (5) fait remarquer que l'observation de Laënnec renfermait les deux éléments alcool et tuberculose ; il se demande avec preuves à l'appui si à l'association cirrhose et alcool ne s'adjoint pas fréquemment la tuberculose et même si chez les cirrhotiques hypertrophiques la tuberculose n'est pas la cause fondamentale.

Bezançon et Griffon (6) publient des observations de tuberculisation du cobaye ayant produit une cirrhose atrophique dans un cas et hypertrophique dans un autre.

Claude (7) publie le résultat de ses recherches sur la cirrhose tuberculeuse expérimentale, gros foie granuleux à tissu fibreux dense, avec dislocation trabéculaire et formation abondante de néo-canalicules biliaires.

Géraudel (8) publie trente observations de cirrhose tuberculeuse à type atrophique ou hypertrophique.

Alquier (9) publie un cas de cirrhose dite de Laënnec où il y a peu de sclérose bi-veineuse et de nombreux foyers de tuberculose avec cellules géantes dans les espaces portes.

Tous ces exemples nous confirment dans cette idée que la tuberculose doit jouer un rôle des plus fréquents dans la genèse de la cirrhose, tantôt en créant des foies atrophiques, tantôt des foies hypertrophiques. Son intervention ne se manifestera pas toujours par des lésions spécifiques, plus souvent peut-être elle déterminera des lésions banales d'inflammation. Le professeur Poncet s'est engagé résolument dans cette voie en ajoutant au territoire de la tuberculose à lésions spécifiques ce qu'il appelle la tuberculose inflammatoire. C'est ainsi que tout dernièrement Jousset a montré que des cirrhoses supposées tuberculeuses, mais ne présentant pas de lésions spécifiques, tuberculisaient le cobaye par inoculation du parenchyme hépatique.

Dans cet ordre d'idées, Géraudel fait très justement remarquer que si l'on peut toujours objecter que la tuberculose folliculaire constatée au niveau d'un poumon, d'un ganglion, de la plèvre chez un cirrhotique peut traduire une inoculation accidentelle survenue au cours d'une affection hépatique, de causalité différente, il n'en reste pas moins démontré expérimentalement que la tuberculose engendre facilement des hépatites chroniques et qu'il est toujours possible pour ne pas dire logique de rattacher la lésion hépatique d'un tuberculeux à sa tuberculose.

La clinique du reste montre à chaque instant que la cirrhose évolue avec d'autres lésions tuberculeuses, ce qui constitue une probabilité de relation entre la lésion hépatique et l'infection tuberculeuse. En tout cas il est bon de se rappeler que souvent les traces de tuberculose chez les cirrhotiques sont très difficiles à trouver, ce qui corrobore cette donnée expérimentale que les lésions scléreuses ressortissent surtout des tuberculoses atténuées.

Maintenant que nous connaissons les différentes causes toxiques ou infectieuses qui peuvent agir sur le foie, à dose atténuée et longtemps prolongée pour engendrer une altération chronique de l'organe, voyons quelles sont les lésions déterminées par elles à ce niveau.

Il ressort des très belles expériences réalisées par Fiessinger ainsi que de la très concienciease étude de Géraudel que les actions toxi-infectieuses s'exerçant sur le foie déterminent des réactions pathologiques de toutes ses parties constituantes et non pas de certaines au détriment des autres.

Examinons en premier lieu les altérations que l'inflammation apporte au niveau du parenchyme hépatique.

Nous rappelons tout de suite que ce parenchyme se compose de trabécules formés par les cellules hépatiques, de capillaires et de fibrilles radiées et enveloppantes.

Lésions des cellules parenchymateuses. — Il y a hypertrophie et multiplication cellulaire tantôt avec conservation de l'ordination trabéculaire tantôt avec dislocation des trabécules, les cellules se tassant plus ou moins les unes contre les autres sans dessin général.

Parallèlement aux modifications trabéculaires, la cellule hépatique subit des modifications structurales d'autant plus accusées en général que la modification trabéculaire est plus marquée : ce sont la dégéné-

(1) Hutinel. Etude sur quelques cas de cirrhose avec stéatose du foie, *France méd.*, 1881.

(2) Hanot et Gilbert. *Soc. de biol.*, 25 oct. 1890 et 30 janvier 1892.

(3) Widal et Bezançon. *Soc. de biol.*, 29 déc. 1894.

(4) F. Baudouin. *Revue mens. des malad. de l'enf.*, mai 1902.

(5) Triboulet. *Soc. méd. des hôp.*, 24 avril 1903.

(6) Bezançon et Griffon. *Soc. méd. des hôp.*, 29 mai 1903.

(7) Claude. *Soc. méd. des hôp.*, 5 juin 1903.

(8) Géraudel. *Parenchyme hépatique et bourgeon biliaire.* In-8, Paris 1909.

(9) Alquier. *Soc. de biol.*, 12 fév. 1910.

rescence granuleuse, la dégénérescence graisseuse et l'infiltration pigmentaire.

Les capillaires sanguins occupant les espaces intertrabéculaires se multiplient avec l'hyperplasie trabéculaire.

LÉSIONS DU TISSU CONJONCTIF. — Il y a hypertrophie et hyperplasie des fibrilles d'Oppel ou gitterfasern situées dans le parenchyme hépatique; il y a également au niveau des gaines glissonniennes hypertrophie et hyperplasie des cellules et des fibrilles conjonctives.

Ces lésions d'hypertrophie et d'hyperplasie des fibrilles glissonniennes et des fibrilles parenchymateuses ne marchent pas toujours de pair, elles peuvent se produire isolément soit du côté glissonnien soit du côté parenchymateux.

LÉSIONS DES RAMIFICATIONS DES CANAUX BILIAIRES. — Il y a hypertrophie et multiplication des cellules épithéliales des canaux biliaires, suivant deux modes:

a. Multiplication régulière sur un rang, obligeant la couche épithéliale à se développer en surface en dessinant des villosités séparées par des culs-de-sac en godronnant pour ainsi dire sur une coupe transversale l'assise épithéliale.

b. Multiplication irrégulière, formant plusieurs couches de cellules obstruant plus ou moins la lumière du canal.

On note également une prolifération conjonctive de la couche externe des canaux biliaires.

Il y a enfin multiplication des cellules épithéliales du canal biliaire au niveau de ses dernières ramifications avec production de néo-canalicules biliaires qui peuvent ou non se souder aux travées parenchymateuses voisines.

LÉSIONS DES RAMIFICATIONS DE L'ARTÈRE HÉPATIQUE. — Il existe fréquemment de l'hyperplasie vasculaire et parfois de l'endartérite : cette dernière lésion se rencontre surtout dans la syphilis et dans la tuberculose.

Il y a multiplication des capillaires logés dans les gaines glissonniennes et des capillaires logés dans les espaces intertrabéculaires du parenchyme.

LÉSIONS DES RAMIFICATIONS PORTALES INTRAGLISSONNIENNES ET SUS-HÉPATIQUES INTRAPARENCHYMATEUSES. — Les unes et les autres peuvent présenter des lésions de phlébite. Pour Géraudel (1) ces lésions accompagnent mais n'engendrent pas l'altération du tissu conjonctif glissonnien. Ce sont des lésions contemporaines, effets d'une même cause.

Il y a eu pour cet auteur erreur d'interprétation quand on a voulu rapporter à l'altération préalable de ces vaisseaux comme à celle des voies biliaires et des artères hépatiques la production scléreuse. Il est bien moins fréquent qu'on ne l'a écrit de rencontrer ces lésions veineuses. En tout cas ces lésions de phlébite n'ont aucune action sur la prolifération des fibrilles intraparenchymateuses qui constituent la vraie sclérose hépatique, la prolifération du tissu conjonctif de la gaine glissonnienne pouvant évoluer à part, réalisant une glissonnite en relation avec un apport sanguin des ramifications portales : l'action irritante de cet apport sanguin se fera sentir en premier lieu sur la gaine conjonctive glissonnienne et pourra s'arrêter là, comme elle pourra aussi dépasser ses limites et attaquer le parenchyme hépatique et par contre-coup ses fibrilles annexées.

Dans certains cas de phlébite oblitérante il peut y avoir retentissement direct sur le parenchyme hépatique et production de foyers de ramollissement qu'on trouve surtout dans la syphilis hépatique.

En résumé, ce sont des actions toxiques ou toxi-infectieuses qui agissent sur le foie pour déterminer les hépatites chroniques et cette variété d'hépatites chroniques qu'on appelle les cirrhoses.

L'inflammation qui en résulte atteint en premier lieu la cellule hépatique dont la fragilité à ce point de vue est toute particulière; son altération se manifeste par une hypertrophie, une multiplication cellulaire, de la dégénérescence granuleuse, graisseuse et de l'infiltration pigmentaire.

Parallèlement à l'altération du tissu parenchymateux, le tissu conjonctif supporte la même atteinte et les mêmes réactions de *multiplication cellulaire, d'hypertrophie et de multiplication fibrillaires.* Mais ici l'atteinte est moins rapide, elle exige une action irritante plus lente, plus atténuée et peut-être une participation de la cellule noble au niveau du tissu parenchymateux.

Fiessinger a montré qu'une cellule altérée, en voie de résorption comme l'est la cellule dégénérée, devient une source d'intoxication. Elle fait passer dans la circulation non seulement les poisons qu'elle a fixés mais encore les albumines qui constituent sa substance et qui exercent une action toxique.

C'est alors qu'apparaissent dans la circulation des anticorps hépatotoxiques que Fiessinger a pu déceler dans le sang de certains cirrhotiques en poussée dégénérative par la méthode de Bordet et Gengou.

Ces hépatotoxines provoquent quand elles sont à petites doses et répétées des réactions interstitielles de défense tendant à enkyster les cellules qui sont devenues des foyers toxiques.

Il y a donc en définitive atteinte cellulaire parenchymateuse primititive, atteinte consécutive du tissu conjonctif et réaction de l'altération cellulaire venant compliquer et corser pour ainsi dire la réaction interstitielle.

En dehors de ces deux faits fondamentaux il y a surtout multiplication des capillaires artériels intraparenchymateux et intraglissonniens, production de néo-canalicules biliaires et moins fréquemment de phénomènes d'artérite et de phlébite portale ou sus-hépatique.

Voilà quelles sont les différentes lésions observées au cours des hépatites chroniques et au cours des cirrhoses.

Il semblerait alors que certaines hépatites chroniques doivent présenter des caractères spéciaux et distinctifs pour mériter une épithète spéciale, celle de cirrhose.

Or on a voulu caractériser, par ce mot, les hépa-

(1) Loc. cit.

tites chroniques où intervient un processus de sclérose, et même un processus de sclérose adulte.

On peut tout d'abord se demander quelle différence essentielle il y a entre une hépatite chronique à réaction conjonctive jeune et une hépatite chronique à réaction conjonctive adulte. S'il y a bien lieu par là même de leur donner deux étiquettes différentes. Toutes deux ont même cause, toutes deux ont même lésion, un peu plus ou un peu moins avancée mais de même essence et de même signification.

D'autre part il apparaît que les observateurs, et c'est du reste l'avis de nombreux auteurs à l'heure actuelle, en considérant d'une façon principale la réaction conjonctive ont été portés à décrire une sorte d'état spécial, ont paru ignorer l'importance et surtout la précocité de l'atteinte cellulaire du parenchyme.

Aujourd'hui il reste bien admis que toujours en matière d'inflammation chronique du foie c'est l'altération de la cellule noble qui est le fait premier, le fait fondamental, et que l'atteinte conjonctive intervient à titre secondaire sans que son plus ou moins d'importance vienne modifier le caractère même du processus morbide. Atteinte parenchymateuse, atteinte conjonctive, ce sont là deux faits de même ordre, deux réactions de tissus comparables, effets de mêmes causes et n'ayant aucune raison d'être séparés. Le vocable cirrhose n'apporte rien de plus aux hépatites chroniques qu'une cause d'obscurité en faisant croire à l'existence d'une catégorie spéciale d'hépatites chroniques alors qu'il n'en est rien.

Ce nom n'a pour lui comme on l'a déjà fait tant remarquer qu'une erreur historique : erreur historique qui s'est doublée d'une sorte de calembour. Quand Laënnec découvrant les granulations du foie d'un tuberculeux alcoolique appela ces granulations des cirrhoses croyant avoir affaire à de petites néoplasies jaunâtres (κιρρος, roux) ses successeurs constatant la dureté ligneuse de l'organe ainsi modifié et différant d'avis sur l'interprétation néoplasique remplacèrent κιρρος, par σκιρρος (dur) et le mot cirrhose ainsi calembourdé continua de prospérer.

C'est par une pareille tradition qu'on continue à jeter le trouble dans une classification qui n'attend pour devenir claire que le départ de cette singulière appellation : c'est pour garder un si beau souvenir qu'on oblige nos étudiants à toujours rester hésitants devant ces cirrhoses et ces hépatites où ils sentent d'instinct tant de contradictions et tant d'illogismes. Je ne crois pas pour ma part que le respect du passé doive nous obliger à conserver pieusement les erreurs de nos pères, surtout quand tout le monde au fond est d'accord sur ce sujet.

Il est beaucoup plus rationnel de décrire des hépatites chroniques qu'elles soient scléreuses ou non, d'autant plus que ces appellations histologiques ne répondent en fait à aucun état clinique. Il y a des hépatites chroniques à gros foie avec abondant processus de sclérose et des hépatites chroniques à petit foie sans sclérose.

J'ai observé pour ma part un cas de cirrhose atrophique caractérisée cliniquement par le syndrome au grand complet de Laënnec, dont le foie après autopsie pesait 650 grammes, avait macroscopiquement l'aspect typique du foie clouté et qui néanmoins présentait histologiquement des lésions cellulaires de dégénérescence granuleuse et graisseuse avec placards d'infiltration amyloïde et dans lequel le processus d'hyperplasie conjonctive existait à peine.

L'étiquette cirrhose n'est donc au lit du malade d'aucune utilité puisqu'elle ne permet même pas d'être fixé sur la présence ou l'absence de la réaction conjonctive au niveau de l'organe malade. Il en est pour le foie comme il en a été pour le rein, où l'on a bien été forcé d'admettre que l'atteinte morbide chronique déterminait des néphrites sans qu'on puisse cliniquement les qualifier parenchymateuses ou interstitielles.

Dans les néphrites comme dans les hépatites il y a atteinte de tous les éléments de l'organe et ce, dans une proportion tellement variable à l'infini, qu'elle ne peut être déterminée cliniquement.

Il serait bien préférable, comme on l'a proposé, de qualifier autant que possible les hépatites par leur cause et de dire hépatite chronique tuberculeuse ou syphilitique par exemple en y ajoutant *le complément d'une indication sur l'insuffisance hépatique ou l'hypertension portale*.

Dans ces conditions, la réaction morbide serait cliniquement très suffisamment indiquée.

Poussant encore plus loin la simplification, on pourrait aussi, d'accord avec de nombreux auteurs, cesser de considérer comme une classe spéciale les hépatites ou cirrhoses biliaires qui sont tout simplement des hépatites infectieuses, comme on l'admet actuellement, hépatites n'ayant aucun caractère individuel susceptible de les distinguer des autres. La cirrhose biliaire ou maladie de Hanot ne constitue pas une maladie spéciale, elle se démembre tous les jours davantage.

L'ictère continu qui la caractérisait se rencontre aussi bien dans la cirrhose atrophique avec ascite.

Gilbert et Lereboullet (1) ont présenté un assez grand nombre de cirrhoses alcooliques ascitiques avec ictère dont six avec autopsie : ictère franc, cholurique et permanent. Il y avait des lésions histologiques de cirrhose bi-veineuse avec abondance de néo-canalicules biliaires.

La multiplication exagérée des néo-canalicules biliaires se trouve fréquemment en dehors de la cirrhose biliaire, en particulier dans la cirrhose atrophique.

La lésion la plus constante de la maladie de Hanot est l'hyperplasie hépatique, mais elle se retrouve dans nombre d'autres états cirrhotiques et n'a rien qui puisse caractériser celle-ci.

Fréquemment, ici comme ailleurs, c'est la tuberculose qui engendre le syndrome.

Géraudel rapporte l'observation d'un malade présentant cliniquement tous les symptômes de la maladie de Hanot : gros foie, grosse rate, ictère, absence d'ascite, état général longtemps bien conservé, évolution lente avec poussées fébriles.

(1) GILBERT et LEREBOULLET. *Soc. de biol.*, 6 juin 1908.

Le rôle de la tuberculose y est évident, les autres causes, syphilis, alcool, ont pu être écartées; il y a des follicules tuberculeux dans le foie.

L'auteur rapporte, comme complément, des observations analogues, entre autres une publiée par Hanot (1) comportant les mêmes symptômes, les mêmes lésions chez un individu manifestement tuberculeux.

Il y a d'autres observations de Boinet (2), de Peron (3), de Fox (4) relatives à des malades atteints de syndrome de Hanot et présentant des lésions tuberculeuses.

La maladie de Hanot n'existe donc pas en tant que maladie : c'est un syndrome hépatique d'origine infectieuse, en particulier fréquemment d'origine tuberculeuse, dans lequel le foie réagit dans ses divers éléments comme il a coutume de le faire dans les autres hépatites chroniques : mêmes lésions, mêmes symptômes ayant une polymorphie telle que là pas plus qu'ailleurs ils ne peuvent caractériser une entité spéciale : la cirrhose dite biliaire n'a aucun caractère biliaire spécial, les lésions des canaux biliaires y sont comme dans les *autres hépatites parcellaires jamais totales*, souvent peu marquées; elle n'est qu'une hépatite chronique comme les autres, elle n'a pas d'individualité propre.

Conclusions. — L'histoire des cirrhoses nous montre que le nom patronymique est le résultat d'une erreur d'interprétation.

Conservé par tradition et modifié dans son sens il est devenu synonyme de sclérose. Or, il n'y a aucun avantage, on peut même dire qu'il n'y a que des inconvénients à désigner par ce qualificatif une hépatite chronique dans laquelle la présence du tissu scléreux n'est pas constatable cliniquement et surtout n'apporte à l'individualité de la maladie aucun élément auxiliaire.

La division théorique de Charcot, basée sur des données anatomiques fausses, sur des constatations histologiques mal interprétées, n'a pu tenir devant la multiplicité des faits. Les réactions histo-pathologiques n'ont d'équivalence clinique dans aucun organe; elles sont éminemment variables, non seulement suivant les divers facteurs pathogènes mais encore quand elles existent, en fonction d'une seule cause morbide. Elles sont variables, nous le savons, suivant la constitution du terrain et sa façon individuelle de réagir, suivant la virulence du germe ou la nocivité du poison, suivant la dose de l'agent toxique ou infectieux, suivant enfin la durée et l'intensité d'action de l'agent morbide.

Il est donc impossible de se baser sur une division de ces lésions anatomiques pour caractériser des affections organiques.

Il n'y aura guère que la notion étiologique qui puisse servir à une classification.

En présence des agents toxiques ou infectieux agissant à dose minime et longtemps continue, le foie réagira par une inflammation chronique s'exerçant à la fois, mais d'une façon infiniment variable, sur tous ses éléments, cellules nobles, cellules et fibrilles conjonctives, vaisseaux sanguins et vaisseaux biliaires. Chacun de ces éléments réagira comme il a l'habitude de réagir dans tous les organes en général, et l'ensemble de ces lésions plus ou moins complexes, s'accompagnant d'un cortège symptomatique variable, se rangera sous l'épithète générale d'hépatite chronique. Il n'y aura pas à faire intervenir l'idée d'hépatite parenchymateuse puisqu'il n'y a pas d'hépatite chronique sans réaction, si légère soit-elle, des fibrilles conjonctives, puisque cliniquement rien ne permet d'affirmer une semblable étiquette anatomique; il n'y aura pas davantage de cirrhose, c'est-à-dire d'hépatite avec sclérose, puisque anatomiquement ces cirrhoses comportent toutes un élément d'altération des cellules parenchymateuses plus précoce que les lésions conjonctives, plus fondamental, on peut même dire plus caractéristique, puisque enfin cliniquement il n'existe pas d'une façon absolue de syndrome clinique susceptible de justifier l'existence d'une semblable forme histologique.

Si l'on veut établir une classification des hépatites chroniques c'est encore à l'étiologie qu'il sera préférable de s'adresser; on retrouvera là les deux grandes classes d'agents pathogènes que nous connaissons, les toxiques et les infections.

Il y aura donc :

1° Des hépatites chroniques toxiques;

2° Des hépatites chroniques infectieuses.

Dans la pratique, il arrivera le plus souvent que ces deux causes seront associées; l'organisme, ayant subi au préalable des actions toxiques ou infectieuses d'importance variable qui auront préparé le terrain, verra sous l'influence d'une nouvelle intoxication ou d'une dernière infection s'installer définitivement et objectivement une hépatite chronique comme ces hépatites tuberculeuses à gros ou à petit foie qui évoluent sur un terrain longuement préparé par l'alcool.

Nous retrouvons au niveau du foie la même complexité des causes morbides que nous avons l'habitude de rencontrer au niveau des autres organes. Par leurs actions coordonnées et dépendantes les unes des autres elles engendrent des faits trop complexes pour être rangés sous des étiquettes particulières. Il est nécessaire de les grouper sous des appellations très générales, seules susceptibles de ne pas être mises en défaut à chaque instant.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 MAI 1912)

Injections intraveineuses de salvarsan. — M. Netter fait un rapport sur un travail de M. Bodin (de Rennes). Un an de pratique des injections intraveineuses de salvarsan dans le traitement de la syphilis; tel est le titre de ce travail qui est basé sur l'observation de 155 malades auxquels ont été pra-

(1) Hanot. *La Cirrhose hypertrophique avec ictère chronique*, Paris 1898.

(2) Boinet. *Arch. gén. de méd.*, avril 1898.

(3) Peron. *Bull. de la Soc. de biol.*, 1898, p. 394.

(4) Fox. In Th. Lereboullet, Paris 1902, p. 398.

tiquées 500 injections. M. Bodin n'a jamais eu d'accidents sérieux et ses conclusions sont très favorables à l'emploi de cette nouvelle méthode de traitement de la syphilis.

Variations qualitatives et quantitatives dans la composition des albumines urinaires. — M. PATEIN lit une note sur ce sujet.

Complément de la réaction de Wassermann. — M. BALZER fait un rapport sur un travail de MM. Hallion et Bauer sur l'utilité, pour le diagnostic de la syphilis, d'adjoindre systématiquement à l'épreuve de la réaction de Wassermann une épreuve identique avec sérum non chauffé.

Les conclusions de ce travail tendent à montrer l'intérêt pratique de cette méthode qui utilise et combine les données fournies par les deux classes principales de procédés, ceux où l'on chauffe le sérum et ceux où l'on s'en abstient. A la sûreté des premiers elle ajoute la sensibilité des seconds. Elle concilie leurs avantages respectifs et atténue leurs inconvénients. Elle constitue un intéressant progrès.

De l'usage intempestif et de l'abus des farines alimentaires chez l'enfant et des accidents préparés ou provoqués par elles. — M. R. SAINT-PHILIPPE (de Bordeaux) lit un travail dont voici les conclusions :

1° L'allaitement au sein reste toujours celui qu'il faut préconiser; mais il faut en même temps recommander, à moins de contre-indication, de le prolonger le plus longtemps possible et surtout plus longtemps qu'on ne le fait de nos jours.

2° Il en est de même pour l'allaitement artificiel, pour le biberon, qui supplée dans une certaine mesure l'allaitement normal et qui s'en rapproche le plus. Il doit être continué aussi longtemps qu'une indication contraire ne viendra pas forcer à le suspendre ou à le remplacer.

3° L'ablactation (ou sevrage) ne devra être faite que sous la direction du médecin.

4° L'adjonction des farines — ou aliments hydrocarbonés — (par lesquelles il faut commencer l'alimentation nouvelle) doit être instituée à propos, avec mesure et avec prudence. Il faut savoir qu'elles ne sont pas sans quelques inconvénients; qu'elles fermentent et qu'il convient par ailleurs d'en aider la digestion et l'absorption à l'aide de quelques artifices thérapeutiques.

5° Le principal danger de cette alimentation par les farines, intempestivement ou abusivement employée, est d'amener la *constipation*, source de maux multiples, et particulièrement cause de cette *dyspepsie gastro-intestinale*, à forme lente, qu'on confond avec l'*entérite*, mais qui peut y mener et même bien plus loin.

6° Il serait désirable que la farine très simple, destinée à l'alimentation de l'enfance, fût préparée aseptiquement et servie en petites boîtes dosées pour la journée.

7° La croissance régulière et la santé de l'enfant ne se constatent pas seulement par la balance, *par le poids*. Il y a d'autres éléments d'appréciation, que le médecin seul peut interpréter.

8° L'élevage de l'enfant, à quelque classe qu'il appartienne, doit rester tout entier entre les mains du médecin.

9° Il faut réagir contre cette tendance qui veut que l'on pousse l'enfant, qu'on le fasse engraisser, qu'on le rende fort, *toujours plus fort*. Sous une forme paradoxale, mais pourtant bien vraie, on peut dire que l'enfant qui se porte le mieux n'est pas celui qui mange le plus.

10° L'alimentation seconde de l'enfance, pour être moins meurtrière que la première, n'en offre pas moins de réels dangers, et l'enfant d'un an à deux ans a besoin d'être surveillé et dirigé presque autant que l'enfant d'un jour à un an.

Le lever précoce des grands opérés. — M. REYNÈS (de Marseille). Contrairement à la méthode ancienne et classique qui maintient les grands opérés du ventre dix-huit à vingt et un jours au lit, le lever précoce varie du huitième au troisième ou deuxième jour après l'opération.

Innové par Morris, Ries et Boldt, le lever précoce, très peu pratiqué en France, combattu même *a priori*, a rallié des partisans de plus en plus nombreux à l'étranger.

Les avantages de ce lever sont : amélioration de l'état général, meilleure oxygénation, reprise rapide des fonctions de l'intestin et de la vessie, prophylaxie des hypostases pulmonaires, accélération de la réparation cicatricielle, et de la guérison générale, élégance et solidité de la paroi.

Les adversaires du lever précoce redoutent l'éventration, les douleurs, les hémorragies, les phlébites et embolies. Ces craintes semblent injustifiées, ou exagérées, quand on applique le lever aux cas où l'horizon postopératoire est d'une parfaite pureté.

Le lever précoce doit être considéré, non comme un heureux hasard d'exception, mais comme une *résultante*, prévue et cherchée, de précautions prises avant, pendant et après l'opération : préparation des malades; bonne technique; asepsie et hémostase exactes, ligatures à la soie; choix et administration limitée des anesthésiques (le plus souvent, mélange A. C. E., alcool-chloroforme-éther, mélange Reynès); suture de la paroi à trois plans, dont deux au catgut ; bon sanglage abdominal; prudence dans les manœuvres du lever.

Avant le jour du lever, mobilisation précoce, et « liberté de manœuvres » au lit.

Contre-indications. — Fièvre d'infection, état général mauvais, phlébite, difficultés d'affrontement; malades alités. Le drainage permet le lever. Une légère température, 38 degrés, 38°5, simple et fréquente réaction pyrogène et non pyogène de réparation postopératoire, ou d'hémo-résorption, n'empêche pas le lever, quand le pouls continue à rester bon.

M. Reynès donne ensuite ses résultats cliniques. Il a actuellement 50 cas de levers précoces, avec 50 succès complets; guérison rapide ; parois élégantes et solides.

Il croit être actuellement le seul chirurgien français à préconiser le lever précoce, avec cette statistique déjà importante, et si concluante.

Erratum. — Dans le compte rendu de la dernière séance (n° 59, p. 886, 2° col.), l'auteur de la communication « Réflexopathie et réflexothérapie » est « M. Jaworski » et non M. Zaworski.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 22 MAI 1912)

Sérothérapie antitétanique. — M. DELORME rappelle que, dans cette discussion, on a beaucoup insisté sur la diminution du tétanos depuis l'emploi des injections du sérum antitétanique. Mais cette diminution du tétanos est liée à l'emploi des méthodes antiseptiques et aseptiques. Le tétanos, grâce à ces méthodes, a diminué comme ont diminué et presque disparu la septicémie, l'infection purulente, l'érysipèle. « Les chirurgiens qui, comme nous, dit M. Delorme, se sont trouvés à cheval sur les deux époques, l'époque préantiseptique et l'époque antiseptique, ont tous été frappés de ces faits et, au début de l'époque antiseptique où cette diminution a été constatée, on n'était pas encore en possession de la sérothérapie antitétanique.

Ce serait donc une interprétation erronée que d'attribuer au sérum antitétanique seul la diminution du tétanos. »

M. Delorme rappelle qu'en 1870 on pansait, en première ligne, les blessés par terre, on se servait d'instruments éparpillés sur le sol. Il y avait, en outre, les éclats d'obus qui déterminaient des plaies mâchées, anfractueuses et qui avaient touché la terre avant d'atteindre les hommes. Ces conditions

étaient évidemment des plus favorables à la production du tétanos. Combien ont été changées ces conditions avec l'apparition de l'antisepsie et des nouveaux obus éclatant en l'air?

En terminant, M. Delorme revient sur l'observation très importante de M. Riche. Autrefois, dit-il, on ne faisait qu'une injection de sérum antitétanique. Aujourd'hui on en fait plusieurs, on devrait en faire même jusqu'à la guérison complète de la plaie. Comment concilier cette nouvelle méthode avec les dangers si graves de l'anaphylaxie? Est-il bien sûr, enfin, que les accidents constatés au cours de ces injections et attribués au tétanos atténué ne pourraient pas être le résultat de ces injections elles-mêmes? Toutes ces questions sont loin d'être élucidées et méritent d'être encore étudiées.

M. Lucas-Championnière fait observer que l'introduction de l'antisepsie dans la pratique chirurgicale n'avait pas complètement éteint le tétanos. On en voyait encore. Il rappelle l'enquête américaine qui a démontré que, alors qu'on observait encore des cas de tétanos, celui-ci a complètement disparu après l'emploi des injections de sérum antitétanique. Depuis que Nocard a affirmé qu'il fallait renouveler les injections, M. Lucas-Championnière l'a toujours fait et n'a jamais observé d'accidents d'anaphylaxie.

M. Tuffier dit que, si l'on veut suivre rigoureusement les principes de Nocard et de l'institut Pasteur, il faut faire des injections jusqu'à complète guérison de la plaie. Or, la plupart des chirurgiens n'ont pas de règles précises à ce sujet. Combien donc d'injections peut-on faire? Quand faut-il les renouveler? Dans quelle mesure aura-t-on à tenir compte des dangers de l'anaphylaxie? Autant de questions à résoudre.

M. Savariaud fait remarquer que, s'il est vrai que les épidémies de tétanos ont disparu, il n'en est pas de même des cas sporadiques. Récemment encore, M. Savariaud a observé trois cas de tétanos chez des enfants de l'hôpital Trousseau, dont deux sont morts.

M. Delorme répond à M. Championnière qu'au dire de M. Delbet les cas isolés de tétanos n'ont pas été moins fréquents, dans les hôpitaux, après qu'avant l'emploi du sérum antitétanique.

Injections intramusculaires d'éther. — M. Walther apporte trois nouveaux faits d'anesthésie par cette méthode qui lui ont été communiqués par M. Baumgartner. Dans ces trois faits, il y a eu des douleurs, anesthésie insuffisante, nécessité de recourir à quelques bouffées de chloroforme, vomissements consécutifs, ecchymoses plus ou moins considérables au niveau des piqûres. Dans ces conditions M. Walther ne croit pas nécessaire de pousser plus loin l'expérience et propose d'abandonner cette méthode.

M. Quénu appuie ces conclusions.

Hernies ombilicales volumineuses et hyperadipose de la paroi abdominale. — M. Monod s'étonne que le seul fait de faire la suture transversale ait pu faire améliorer les statistiques.

M. Routier dit qu'on doit agir selon les cas et qu'on doit préférer tantôt la suture transversale, tantôt la suture verticale.

M. Potherat estime, avec M. Morestin, que la résection de la couche adipeuse peut avoir ses avantages, mais qu'elle ne joue aucun rôle dans la cure radicale de la hernie ombilicale. Il y a longtemps que, comme d'autres chirurgiens, M. Potherat a fait la suture transversale dans certains cas, c'est une pratique aujourd'hui assez répandue. M. Potherat apporte trois faits de cure radicale pour hernies ombilicales étranglées, suivies de récidives, malgré l'application de la suture transversale. Ce n'est donc pas un procédé qui mette sûrement à l'abri des récidives.

M. Walther, suivant les cas, a recours à la suture transversale ou à la suture verticale. Il pratique aussi le dégraissement de la paroi. Mais pour ce qui est de la suture de l'anneau ombilical, on la fait transversalement ou verticalement selon que cela vous est plus commode dans un sens ou dans l'autre. A l'exemple de M. Quénu, M. Walther y ajoute la suture verticale de la gaine des droits.

M. Souligoux montre la photographie d'une malade atteinte d'une grosse hernie ombilicale qu'il a traitée avec succès par le procédé de Quénu. Il n'y a pas eu de récidives.

M. Morestin estime que le dégraissement de la paroi n'est pas fait uniquement dans un but d'esthétique mais que, joint à la cure de la hernie ombilicale, il améliore singulièrement la situation de ces malades. Cela est autrement important que de faire la suture en long ou en travers. La cure de la hernie n'est ici qu'une partie du traitement. Il faut refaire la paroi effondrée. L'incision transversale est une bonne incision pour ces cas. Quant à la technique de cette réfection de la paroi, M. Morestin l'a déjà décrite. Il insiste sur la nécessité de faire de grandes incisions, de faire des froncements aponévrotiques. Ces malades sont des infirmes qu'il faut débarrasser de cette énorme quantité de graisse. C'est là une nécessité qui n'est pas encore entrée suffisamment dans la pratique courante.

M. Lucas-Championnière reconnaît que M. Morestin a porté la question sur son véritable terrain. L'incision transversale est une bonne incision pour la cure radicale des grosses hernies ombilicales. Enfin la combinaison de l'ablation systématique de cette masse de graisse avec la cure radicale de la hernie est très logique et M. Lucas-Championnière félicite M. Morestin d'y insister. Mais pour juger les résultats définitifs il faut attendre assez longtemps avant d'affirmer la guérison parfaite.

— La discussion se poursuit entre MM. Walther, Routier, Morestin, Tuffier, Savariaud, Quénu sur des points de détails.

Epithélioma du plancher de la bouche. — M. Morestin présente un malade qu'il a opéré d'un vaste épithélioma du plancher de la bouche, en trois temps : premier temps : ablation des ganglions du côté gauche du cou ; deuxième temps : ablation des ganglions du côté droit; troisième temps : résection partielle de la mâchoire et ablation du néoplasme, ce malade opéré en mars 1911 ne présente aucune trace de récidive. M. Morestin a pratiqué cette même opération sur un malade, en 1907, il est resté depuis complètement guéri.

M. Sébileau pense que c'est un procédé excellent que celui qui consiste à conserver le plus possible le maxillaire et à ne jamais faire communiquer, dans les opérations buccales, la bouche avec le tissu cellulaire du cou. Il faut donc toujours, comme l'a fait M. Morestin, pratiquer ces opérations en plusieurs temps. Il faut insister sur ces deux points : conservation, autant que possible, du maxillaire, et opérations en plusieurs temps de façon à toujours éviter la communication entre la cavité buccale et le tissu cellulaire du cou.

M. Faure qui a pratiqué un grand nombre de ces opérations partage complètement l'avis de ses collègues Morestin et Sébileau sur la nécessité de conserver le maxillaire inférieur et de pratiquer ces opérations en plusieurs temps.

M. Quénu est également de cet avis mais il regrette que cet avis ne soit pas partagé par tous les jeunes chirurgiens. L'un d'eux, récemment, pour ne pas s'être conformé à cette règle, a vu son malade mourir quarante-huit heures après l'opération.

Kyste multiloculaire de l'ovaire. — M. Souligoux présente un kyste multiloculaire de l'ovaire, qu'il a enlevé le matin, et qui pèse 34k500. La malade mesurait 1m60 de tour de taille.

(SÉANCE DU 29 MAI 1912)

Calcul de l'ampoule de Vater. — M. Walther fait un rapport sur une observation de M. Baumgartner. Il s'agit d'un malade de quarante-neuf ans, un confrère, qui depuis quatre ans avait des troubles dyspeptiques s'étant compliqués, il y

a deux ans, de crises très douloureuses avec phénomènes d'obstruction biliaire. Le diagnostic posé par M. Thiroloix fut obstruction du canal cholédoque. M. Baumgartner l'opéra. Il trouva la vésicule biliaire distendue, sans inflammation ni calculs, une intégrité parfaite des canaux cystique et cholédoque. Il décolla alors le duodénum et, au niveau de sa seconde portion, sentit une tumeur dure. Il incisa longitudinalement le duodénum, l'extériorisa et aperçut l'ampoule de Vater dont l'orifice était bouché par un calcul. Celui-ci fut expulsé et il sortit un liquide d'abord séreux, puis purement bilieux. Le cholédoque, qui était très distendu, s'affaissa aussitôt. M. Baumgartner fit le cathétérisme rétrograde, s'assura qu'il n'existait aucun autre calcul dans les voies biliaires, referma le duodénum et draina. Les suites de l'opération furent simples et le malade guérit rapidement et depuis un an est resté guéri.

M. Baumgartner intitule son observation : extraction d'un calcul de l'ampoule de Vater par voie transduodénale, c'est par voie intraduodénale qu'il eût fallu dire. L'opérateur a suivi ici le procédé de Mac Burney. Il est d'usage, dans ces cas, pour plus de sûreté au point de vue de la présence d'autres calculs, d'inciser le cholédoque, mais devant l'intégrité absolue des voies biliaires, M. Baumgartner n'a pas cru devoir le faire et il a pratiqué une duodénotomie d'emblée. Il a cru devoir conserver la vésicule biliaire. On peut se demander s'il n'aurait pas mieux valu l'enlever.

M. Tuffier dit que, dans cette observation, il y a deux choses à envisager : 1° le fait exceptionnel d'un calcul de l'ampoule de Vater, sans lithiase biliaire; 2° l'extirpation ou la conservation de la vésicule biliaire. De ce fait, M. Tuffier rapproche le suivant. Une femme présentait des signes d'obstruction biliaire ; M. Tuffier lui fit une cholécystotomie, une cholédocotomie, une duodénotomie et une vatérotomie. Elle avait, en effet, des calculs de cholestérine dans la vésicule, dans le cholédoque et dans l'ampoule de Vater. Il a essayé de rapprocher les deux valves de l'ampoule ; il n'a pu y parvenir. Il a fermé le duodénum. Que faire, dans ces cas, de la vésicule?

M. Tuffier estime qu'on a abusé de la cholécystectomie comme règle absolue, il conserve la vésicule pour éviter les grandes difficultés devant lesquelles on se trouverait en cas de rétrécissement consécutif du cholédoque et de l'ampoule de Vater, car on n'aurait plus alors la ressource de la cholécystentérostomie.

M. Souligoux partage l'avis de M. Tuffier sur la nécessité de conserver la vésicule biliaire dans ces cas. Il rapproche du fait de M. Baumgartner celui d'un homme présentant tous les signes d'une obstruction biliaire et chez lequel il a trouvé la vésicule saine, le cholédoque sain et un calcul de l'ampoule de Vater. Il a incisé le duodénum, l'ampoule, en a retiré un petit calcul. Il n'a pas enlevé la vésicule, ni suturé l'ampoule. Il y a tout intérêt, dans ces cas, à conserver la vésicule pour les raisons qu'a données M. Tuffier.

De l'incision transversale de l'anneau dans la cure radicale des hernies ombilicales. — M. Demoulin résume la discussion. Il ignorait que l'incision transversale fût si répandue. Il revient sur les avantages de cette incision et sur les avantages du dégraissement de la paroi chez les femmes obèses. Il fait ressortir l'utilité de l'incision transversale cutanée pour cette seconde partie de l'opération, l'ablation du tablier abdominal. Au point de vue des récidives, sur les 74 cas de suture transversale qu'il a recueillis, il n'y a eu que deux récidives avouées, tandis que, dans les traités classiques, l'opération par l'incision verticale donnerait, sur 74 cas, 15 récidives. Cette suture transversale aurait donc une grande importance au point de vue des récidives. M. Demoulin rappelle ici les statistiques fournies par Jaboulay, par Berger, aussi bien au point de vue de la récidive qu'au point de vue de la mortalité postopératoire qui serait également très diminuée après la suture transversale.

Reste la question des opérations complémentaires, suture des droits, plicatures aponévrotiques telles que les conseille M. Morestin. Ces opérations complémentaires peuvent avoir leur utilité suivant les cas. Quoi qu'il en soit, l'incision transversale semble bien constituer un progrès dans la cure radicale des grosses hernies ombilicales.

Syphilis du corps thyroïde. — M. Poncet, en son nom et au nom de M. René Leriche, fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

Kyste surrénal droit. — M. Riche présente un malade qu'il croit avoir opéré d'un kyste surrénal, alors que M. Guibet, dans une première intervention, avait cru l'opérer d'un hématome. La nature du liquide obtenu dans la première intervention, liquide sanguin, et celle du liquide obtenu dans la seconde, liquide contenant 4 grammes d'urée et 4gr50 de chlorure de sodium, semblent bien indiquer que MM. Guibet et Riche ont raison tous les deux.

Opérations buccales. — M. Sébileau présente un malade à qui il a enlevé, par les voies naturelles et à l'aide de l'incision latérale, la partie latéro-postérieure de la langue, le pilier droit, l'amygdale atteints d'épithélioma. Ces opérations sont très simplifiées sous ces trois conditions : large incision, éclairage artificiel et laryngotomie intercricothyroïdienne préventive.

M. Delbet est d'accord avec M. Sébileau sauf sur la nécessité de la laryngotomie intercricothyroïdienne préalable dont il peut se dispenser grâce à son instrumentation.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 25 MAI 1912)

Suralimentation. Obésité. Glandes endocrines. — M. Léopold-Lévi. Un garçon de neuf ans, atteint de petite obésité, avec agénésie testiculaire et féminisme, est guéri de son obésité et de ses troubles glandulaires par la restriction alimentaire. Or, chez lui se trouvaient réunis les éléments pathogéniques de l'obésité infantile (système endocrine préalablement infériorisé, suralimentation, féminisme avec atrophie testiculaire). Le cas actuel montre, en plus, l'action de la réduction alimentaire sur le développement du testicule et fait supposer l'influence de la suralimentation, comme facteur de détérioration des glandes endocrines. On la retrouve dans des cas d'obésité colossale, avec syndrome hypophyso-génital.

Les centres gonostatiques et la diaphylaxie génitale. — M. Pierre Bonnier. L'excitation directe, par voie nasale, des centres gonostatiques bulbaires permet de réveiller l'activité de défense du terrain génital et de faire disparaître des leucorrhées et des gonorrhées anciennes. L'auteur en rapporte une dizaine de cas expérimentaux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 23 MAI 1912)

Arrachement de l'auriculaire gauche chez les canonniers conducteurs. — M. Rouffiandis apporte à la Société une nouvelle observation d'arrachement de l'auriculaire gauche, dont l'étiologie et la symptomatologie sont identiques à celles fournies par MM. Frilet et Revel à la précédente séance.

Mastite ourlienne. — M. Maupin a eu l'occasion d'observer, au cours d'une épidémie d'oreillons, un cas de mastite ourlienne. Cette complication rare plaide en faveur de la théorie infectieuse des mastites.

Maladie de Thomsen. — M. Rouget présente un malade atteint de myotonie congénitale typique. Il s'agit d'un soldat qui présente, ainsi du reste que sa sœur, une exagération excessive de l'excitabilité mécanique et électrique de tous ses muscles, caractéristiques objectives de cette affection familiale que l'on peut distinguer aisément de la paralysie pseudo-hypertrophique et de la diathèse de contracture qu'offrent certains hystériques. Au point de vue militaire, M. Rouget se demande si cet homme, qui exerce la profession de mécanicien, est apte au service. Il réunit les conditions nécessaires pour le service auxiliaire d'après la loi de 1905; mais il semble que, en raison de la gêne de la motilité et de la prédisposition aux traumatismes, de tels malades doivent être éliminés de l'armée.

Blessure pénétrante du thorax par coup de revolver modèle 1892. — M. Ebstein a eu l'occasion d'observer un blessé qui a eu le thorax traversé par une balle de revolver 1892 et qui présente la particularité suivante : onze jours après s'élimina spontanément par l'orifice de sortie, formant en quelque sorte un deuxième projectile, le « disque bourré » en laiton que l'on trouve dans ce modèle de projectile.

Considérations sur quelques infirmités observées au Conseil de revision de la Haute-Garonne. — M. Albouze, sur 2675 sujets, a pu faire les constatations suivantes :

Fréquence des hernies. — Abdominale, 0,4 p. 1000; crurale, 0,7 p. 1000; inguinale, 20,5 p. 1000.

Les hernies inguinales droites étant un peu plus fréquentes que les gauches.

Fréquence des varices des membres inférieurs. — 36 p. 1000, dont 20 p. 1000 à gauche et 16 p. 1000 à droite.

Fréquence du varicocèle. — 83 p. 1000, dont 81 p. 1000 à gauche et 2 p. 1000 à droite.

Cette affection semble plus fréquente dans les cantons montagneux et à la ville.

M. Albouze étudie également l'influence de ces infirmités sur le recrutement de l'armée.

Luxation traumatique de la hanche de type irrégulier. — M. Ferraton présente un malade dont la tête fémorale est placée en avant, immédiatement au-dessus de la cavité cotyloïde, au niveau de l'épine iliaque antéro-supérieure.

LIVRES NOUVEAUX

VIIe Congrès international contre la tuberculose, Rome, 14-20 avril 1912. *Résumés des rapports* (1).

Dans trois fascicules consacrés l'un à la pathologie et à la thérapeutique médicale, un autre à la pathologie et à la thérapeutique chirurgicale, un troisième enfin à l'étiologie et à l'épidémiologie, on trouvera les résumés des rapports présentés au VIIe Congrès international de la tuberculose. Ces résumés sont rédigés en italien, en français, en allemand et en anglais.

Pourquoi l'espagnol, qui est parlé par près de cent millions d'hommes à la surface du globe et qui est la langue maternelle d'une foule de cliniciens de valeur et d'hommes de laboratoire distingués, pourquoi l'espagnol, dis-je, ne figure-t-il pas parmi les langues reconnues par les congrès? C'est là une déplorable anomalie contre laquelle nous savons que se prépare un important mouvement, et nous ne pouvons que souhaiter ardemment pour notre part qu'il réussisse.

A. Gaullieur l'Hardy.

(1) Rome, Tipografia editrice nazionale.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 10 AU 15 JUIN 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 10 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).
5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Mardi 11 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).
5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

Mercredi 12 juin, à une heure. — 1er (oral, 1re et 2e séries).
5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).
5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Jeudi 13 juin, à une heure. — 1er (oral, 1re, 2e et 3e séries).
3e (oral, 1re partie, 1re, 2e et 3e séries).

Vendredi 14 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 15 juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).
5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon*.

THÈSES

Mercredi 12 juin, à une heure. — M. Lamouroux. Les péritonites diffuses par rupture de pyosalpinx. (MM. Segond, président; Letulle, Ombrédanne et Laignel-Lavastine.) — M. Bruyère. De la tuberculose pseudonéoplasique ou tuberculose des synoviales tendineuses. (MM. Letulle, président; Segond, Ombrédanne et Laignel-Lavastine.) — M. Fernagu. Des troubles de la parole dans les chorées. (MM. Letulle, président; Segond, Ombrédanne et Laignel-Lavastine.)

Jeudi 13 juin, à une heure. — M. Marois. Contribution à l'étude thérapeutique des bronchopneumonies infantiles dans le quartier de la Villette 1911. (MM. Gilbert Ballet, président; Chauffard, Nobécourt et Rathery.) — M. Thomas. Contribution à l'étude de l'œdème unilatéral. (MM. Chauffard, président; Gilbert Ballet, Nobécourt et Rathery.) — M. Flandin. Pathogénie de la lithiase biliaire. (MM. Chauffard, président; Gilbert Ballet, Nobécourt et Rathery.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir : pour la première série avant le 15 juin, et pour la deuxième série avant le 15 juillet.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 31 mai : MM. Crouzon, 20; Courcoux, 19; Malloizel, 18; Merklen, 20.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 31 mai : MM. Roux, 18; Sauvé, 15; Marcille, 20; Capette, 19.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DU PROSECTORAT (1912). — Epreuve écrite : MM. Barbet, 16; Cadenat, Pascalis et Mock, 21; Houdart, 23; Moure, 19; Girode et Cruet, 21.

Epreuve orale d'anatomie : MM. Barbet, 18; Cadenat, 20; Pascalis et Mock, 16; Houdart, 19; Moure, 16; Girode, 19; Cruet, 16.

Epreuve orale de physiologie : MM. Barbet et Cadenat, 15; Pascalis, 16; Mock, 13; Houdart, 14; Moure, 12; Girode, 14; Cruet, 12.

Epreuve de chirurgie : MM. Barbet, 14; Cadenat, 18; Pascalis, 13; Mock, 16; Houdart, 17; Moure, 13; Girode, 18; Cruet, 16.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Le conseil de l'Université vient de présenter M. Barthe, agrégé, pour le titre de chargé du cours complémentaire de toxicologie récemment créé.

ÉCOLES SUPÉRIEURES DE PHARMACIE. — Un décret publié dans le *Journal officiel* du 2 juin fixe ainsi qu'il suit les traitements des préparateurs dans des écoles supérieures de pharmacie :

Paris. (29 préparateurs.) — Première classe, 4 500 francs; deuxième classe, 4 000; troisième classe, 3500; quatrième classe, 3 000; cinquième classe, 2 500.

Départements. (12 préparateurs.) — Première classe, 4000 francs; deuxième classe, 3 500; troisième classe, 3 000; quatrième classe, 2500; cinquième classe, 2000.

Les préparateurs pourvus du grade de docteur ès sciences reçoivent en plus du traitement de leur classe une indemnité de 500 francs, soumise à retenue.

Les préparateurs ne recevront le traitement de la classe nouvelle où ils se trouvent rangés qu'au fur et à mesure de l'inscription au budget des crédits nécessaires.

CONCOURS DE LA SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE LA TUBERCULOSE. — Le concours de la Société internationale de la tuberculose sera clos le 1er décembre prochain.

Ce concours comprend :

Un prix de 500 francs, un prix de 100 francs, deux prix de 50 francs et des médailles d'or et d'argent.

Les savants qui voudront prendre part à ce Congrès devront envoyer leurs manuscrits, avant le 1er décembre, au secrétaire général, M. le docteur Georges Petit, 45, rue du Rocher, Paris.

Les médecins français et étrangers peuvent faire partie de cette Société savante et lui communiquer leurs travaux qui seront publiés ou analysés. Prière d'adresser les lettres de candidature à M. le docteur Georges Petit, 45, rue du Rocher, Paris, en y joignant un mandat de 10 francs, montant de la cotisation annuelle.

IIe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE. — Sur la proposition de M. P.-L. Ladame (de Genève), le Congrès a adopté à l'unanimité le vœu suivant :

« Le IIe Congrès de médecine légale de langue française, réuni à Paris le 20 mai 1912, convaincu du rôle néfaste de l'alcool, agent provocateur principal des délits et des crimes, fait un pressant appel à l'opinion publique, et tout spécialement à la Presse, pour signaler les dangers croissants de l'alcoolisme, et demande instamment aux autorités gouvernementales, législatives, exécutives et judiciaires, de prendre toutes les mesures efficaces et de combattre sans trêve, par

tous les moyens en leur pouvoir, la propagation d'un empoisonnement mortel pour nos sociétés modernes. »

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la vingt et unième semaine, 960 décès, au lieu de 1002 pendant la semaine précédente et au lieu de 968, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès, la variole 1, la rougeole 23, la coqueluche 5, la diphtérie 2, la scarlatine 7.

LA PESTE A HONG-KONG. — La peste bubonique qui peut être considérée comme endémique à Hong-Kong se développe en ce moment d'une façon très grave.

Il y a eu la semaine dernière 199 cas et 168 décès. Le total est actuellement de 1059 cas et de 951 décès. Les autorités civiles et militaires ont pris les mesures les plus énergiques.

Cette épidémie exceptionnelle est due au manque d'eau provoqué par une grande sécheresse et au véritable encombrement de population causé par la révolution chinoise. Beaucoup de Chinois de Canton et de l'intérieur se sont en effet réfugiés à Hong-Kong. Toutes les provenances de Hong-Kong sont soumises à une quarantaine sévère.

LA PROHIBITION DU PHOSPHORE BLANC AUX ÉTATS-UNIS. — Une loi promulguée le 9 avril 1912 établit une taxe sur les allumettes au phosphore blanc, et prohibe l'importation aux Etats-Unis, à partir du 1er juillet 1913 d'allumettes au phosphore blanc fabriquées en tout et en partie à l'étranger.

Dans cette loi le terme phosphore blanc s'applique au phosphore commun vénéneux blanc ou jaune employé dans la fabrication des allumettes et non aux formes non vénéneuses ou aux composés non vénéneux de phosphore blanc ou jaune.

NOUVELLE PUBLICATION. — Signalons l'apparition d'une nouvelle revue, *Hydrologica*, qui se propose de traiter de toutes les choses concernant la climatologie, la crénothérapie, l'hydrologie et la thalassothérapie.

Ce périodique publiera ce qui se sera écrit et réalisé dans le mois dans cet ordre d'idées, et son but est avant tout de tendre à faire mieux connaître et apprécier des praticiens les merveilleuses richesses de notre beau pays. Rédacteur en chef : docteur P. Joly (de Bagnoles-de-l'Orne); secrétaire général : docteur P. Rabier ; secrétaire de la rédaction : docteur G. Hauzel.

Rédaction : 3, rue Saint-Louis-en-l'Ile, Paris.

Un abonnement gracieux de trois mois est consenti sur demande.

ACTUALITÉS

UNE MANIFESTATION MÉDICALE DE L'ENTENTE CORDIALE A ÉVIAN-LES-BAINS

Les médecins étrangers commencent à mieux connaître les ressources thérapeutiques des stations thermales françaises. Ce résultat est dû aux efforts de notre collègue Carron de la Carrière et de M. le doyen Landouzy; il est dû aussi à d'heureuses initiatives comme celle dont la Société d'Evian-Cachat vient de nous donner un nouvel exemple.

Pendant les vacances de la Pentecôte, se rendant à l'invitation des administrateurs d'Evian, un certain nombre de confrères anglais sont venus visiter la belle station française. Autour du docteur et professeur L. Williams, se trouvaient les docteurs Keogh Murphy, directeur de « *Oxford medical publications* »; Creasy, directeur de la « *Lancet* »; Pearsons Scott, Manuel, médecin de l'hôpital français; Georges Williams, Langdon Brown, Léonard Robinson, médecin de l'ambassade d'Angleterre à Paris; Sibbald, médecin de l'hôpital anglais à Paris; Durlacher, Parsons (de Londres), et quelques médecins français, heureux de rencontrer leurs aimables et distingués confrères d'outre-Manche.

Sous la conduite de M. Pierre Girod, vice-président du conseil d'administration, de M. Bernard, administrateur délégué, de M. Barillot, directeur général, et de notre confrère Baup, directeur de l'établissement thermal, les visiteurs se rendirent d'abord à la source Cachat dont les travaux de captation sont si remarquables, ils visitèrent ensuite la manutention modèle puis firent une station à la buvette, ce qui leur permit de vérifier rapidement par eux-mêmes deux des caractères de l'eau d'Evian, si bien mis en évidence par Chiaïs, la rapidité de son absorption par les voies digestives... et la rapidité de son élimination par les voies rénales.

Après cette petite *cure de diurèse* caractéristique de l'action du traitement d'Evian, le docteur Baup fit les honneurs de l'établissement thermal.

Le luxueux établissement thermal d'Evian, construit par la Société Cachat en 1902 avec un outillage sans cesse perfectionné depuis, est bien connu de tous les médecins. C'est cependant avec un grand plaisir que les visiteurs passèrent en revue les ressources thérapeutiques si nombreuses qu'il offre aux praticiens.

Piscines, bains d'eau Cachat, bains médicamenteux, d'acide carbonique, bains torrentiels, demi-bains, etc., hydrothérapie sous toutes ses formes, douches médicales données par le médecin, douches massage, genre Vichy, douches sous-marines qui agissent, ainsi que nous le faisait remarquer notre ami Cottet, d'une façon si remarquable sur la circulation.

N'y a-t-il pas là un arsenal thérapeutique d'autant plus précieux qu'il est complété par l'électrothérapie sous toutes ses formes, et par un service de mécanothérapie modèle ?

Mais toutes les ressources thérapeutiques des eaux d'Evian seraient incomplètement utilisées si au bénéfice qu'en tirent les malades ne s'ajoutait pas celui qu'ils peuvent tirer du climat lui-même.

Aussi au Palais des agents physiques est venu s'ajouter récemment un hôtel de régime et de cure de repos placé sous la surveillance médicale.

Nous voulons parler de l'*Ermitage* construit sur un plateau au-dessus d'Evian, dans une situation admirable et relié à l'établissement par un funiculaire ; il permet aux malades et aux gens simplement désireux de repos de goûter pleinement la douceur du climat savoyard.

Chacune des très confortables chambres de l'hôtel est précédée d'une loggia pour la cure d'air, la cure de repos, ou la précieuse *cure de diurèse couchée*.

L'hôtel est soumis à une certaine réglementation qui se borne d'ailleurs à la régularité des heures de repas et à la suppression de tout bruit.

Un menu de régime publié chaque semaine est à la disposition du médecin et du malade leur permettant d'établir à volonté des régimes de suralimentation, des régimes végétariens, mixtes, déchlorurés, des régimes contre l'obésité. Il est possible de doser et de peser exactement les aliments (diabète), les malades peuvent faire à volonté dans le beau parc-verger des cures de fruits, fraises, raisins, ou des cures de lait, petit lait, képhir, lait caillé, etc.

A côté des ressources de la physiothérapie moderne qui complètent si heureusement la cure de diurèse, Evian, le jardin d'été de la France, réunit donc toutes les adjuvances thérapeutiques fournies par sa situation au bord du lac, par son altitude et par son climat doux et sédatif.

Dans ces notes trop brèves où se trouvent résumées les impressions médicales des visiteurs il est une chose que nous ne pouvons dire assez, c'est la somptuosité de l'hospitalité offerte pendant ces jours de fête par la Société d'Evian-Cachat, ce sont les mille prévenances dont MM. P. Girod, Bernard, Barillot et Baup entourèrent leurs hôtes charmés.

Aussi à l'heure des toasts, nos confrères anglais avec leur humour habituelle et leur chaude cordialité traduisirent-ils les sentiments de tous en unissant dans leurs acclamations Evian et la France.

Et ce furent vraiment de bonnes journées pour l'entente cordiale.

F. L.

SYPHILIS DU CORPS THYROIDE

Par MM. ANTONIN PONCET et RENÉ LERICHE.

Au cours de la discussion qui eut lieu, l'année dernière, sur les tumeurs inflammatoires simulant des sarcomes, M. Sebileau a rapporté deux observations fort intéressantes de syphilis thyroïdienne, donnant l'impression d'un néoplasme (1). Ces faits méritaient d'autant plus d'être signalés que la syphilis thyroïdienne est, somme toute, très rare, et qu'on peut parcourir une longue carrière chirurgicale sans en rencontrer d'exemple.

Aussi nous a-t-il paru utile de vous en communiquer une observation très remarquable que nous avons eu l'occasion de recueillir récemment.

OBSERVATION. — *Thyroïdite ligneuse syphilitique. Echec du traitement mixte. Thyroïdectomie partielle. Récidive. Sténose syphilitique de la trachée. Guérison par le 606.* — I. PARTIE CLINIQUE. — Une femme de trente-huit ans, ménagère, entre dans notre clinique, le 19 janvier 1911, pour une tuméfaction du cou, accompagnée de raucité de la voix et d'une dypsnée progressive.

Personnellement, elle a eu une excellente santé jusqu'à ces dernières années. Réglée à dix-neuf ans, toujours un peu irrégulièrement, elle n'a jamais été enceinte.

Elle prétend n'avoir pas eu la syphilis, et, à un interrogatoire minutieux, on n'en trouve pas de trace jusqu'à l'année 1907. A cette époque, elle aurait eu une tuméfaction de l'extrémité supérieure du tibia qui fut rebelle à tout traitement, pendant dix-huit mois, jusqu'au jour où un traitement ioduré en eut rapidement raison.

Un an après, elle présenta un accident de même genre, au niveau du sternum ; elle fut soignée à l'Hôtel-Dieu par Delore, et tout disparut rapidement par l'administration d'un traitement spécifique.

Enfin, l'an dernier, elle a dû être hospitalisée pour une crise de rhumatisme articulaire aigu (rhumatisme syphilitique probablement).

Parfaitement remise de tous ces malaises, elle ressentit, il y a quatre à cinq mois, un peu de gêne au niveau de la région thyroïdienne. Elle n'avait pas eu de goitre antérieurement et n'en avait pas dans ses ascendants. Bientôt, la tuméfaction du cou s'accroissant, elle commença à éprouver, de la dyspnée, de la dysphagie ; puis sa voix changea de timbre et devint rauque.

Tout ceci s'aggrava de jour en jour et c'est pour cela qu'elle vient à l'hôpital.

A l'*examen*, nous trouvons une tuméfaction diffuse occupant la totalité du corps thyroïde, un peu plus développée, cependant, du côté droit. La masse forme un relief très prononcé sous les téguments. Mais ce qui frappe surtout, c'est l'extrême dureté de la tumeur à la palpation ; on a l'impression que la glande thyroïde forme un bloc fibreux très résistant, ayant la consistance d'un morceau de bois sous son écorce. Il s'agit, en somme, d'une *thyroïdite ligneuse*, encore localisée, mais commençant pourtant à diffuser, car les plans profonds des parties latérales du cou sont comme empâtées profondément et ont perdu leur souplesse.

Etant donnés les antécédents, nous faisons pratiquer des injections de biiodure de mercure, et bientôt la tuméfaction diminue, le cou s'assouplit, la dyspnée s'atténue. De par ce résultat de la thérapeutique spécifique, on pouvait affirmer qu'il s'agissait d'une syphilis de la glande thyroïde, et la malade fut présentée comme telle à la Société nationale de médecine de Lyon (6 février 1911).

Il y avait lieu d'espérer une guérison complète.

Bientôt pourtant, il devint évident que le traitement suivi était insuffisant ; la régression des lésions marqua un temps d'arrêt, puis un peu plus tard, malgré la continuation des injections de biiodure, la dyspnée reparut plus marquée que jamais, en même temps que le cou grossissait à nouveau et redevenait ligneux.

Neuf séances de *radiothérapie* n'curent aucun effet favorable. Tout au contraire ; après la neuvième, la malade revint nous trouver parce que la lignosité avait augmenté, la peau était violacée, sillonnée de veines traduisant la gêne de la circulation profonde. La dyspnée était intense, et la voix éteinte indiquait une compression récurrentielle. Des deux côtés du cou, on notait, en plus, une chaîne de petits ganglions douloureux.

A ce moment le diagnostic de cancer ligneux paraissait très vraisemblable, et c'est en y songeant que, le 26 avril 1911, cette malade fut opérée.



Thyroïdite ligneuse syphilitique.

Intervention (Leriche). — Une demi-heure avant l'opération, on fit à la malade une injection de 2 centigrammes de pantopon, et, au moment d'inciser la peau, on donna quelques gouttes d'éther. L'anesthésie ainsi obtenue fut parfaite et sans incidents.

Une incision, horizontale, curviligne, des téguments conduisit sur les muscles qui étaient un peu œdématiés et adhéraient entre eux par une sorte de couenne lardacée, infiltrant tous les tissus et faisant disparaître les interstices normaux des muscles et des organes du cou. La glande, mise à nu, paraît prise en masse ; elle est très dure, lisse et jaunâtre. Nul plan de clivage ne se peut trouver, et nous avons l'impression d'un cancer thyroïdien en voie d'extension extraglandulaire.

Décidé à pratiquer, au moins, *une thyroïdectomie palliative*, nous faisons, très en dehors et à gauche, une boutonnière en plein tissu thyroïdien, et, avec le doigt, nous isolons, très difficilement, le lobe gauche et l'isthme. En bas et en arrière, le plan de clivage fut perdu et nous nous trouvâmes tout à coup extrathyroïdien, sur le plan trachéal. A droite, il en fut de même, en bas, où la thyroïdienne inférieure fut liée aisé-

(1) *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1911, p. 1305.

ment, très en dehors. Au-dessus du pôle inférieur, le doigt rentra dans la capsule pour libérer le lobe droit. Finalement, la glande, dégagée par une sorte d'*énucléation massive* incomplète, fut basculée de bas en haut et clivée, péniblement, sur la trachée à laquelle elle adhérait intimement. En haut, sur le milieu de l'isthme, au moment de la libération définitive, on voyait un petit prolongement, gros comme une tête d'épingle, qui paraissait s'insinuer dans la trachée. La traction continue que l'on faisait l'arracha sans effort, et quand cette dernière attache eut cédé, un sifflement indiqua que la trachée était ouverte. Le trou trachéal était très petit : un tampon l'oblitéra et on ne s'en inquiéta pas davantage. Rien ne saignait dans la plaie, bien que seule la thyroïdienne inférieure droite ait été liée. Nous n'avions mis que deux ou trois pinces, sous lesquelles on plaça des ligatures et l'intervention s'acheva très simplement, en tamponnant avec un peu de gaze, et en suturant partiellement les muscles et la peau. La plaie fut pansée à l'onguent napolitain.

Les *suites opératoires* furent simples : les mèches furent enlevées au quatrième jour ; au bout de trois jours, la malade avait retrouvé sa voix et, le 6 mai, elle quittait le service, en parfait état.

Nous étions alors convaincus de sa guérison.

Le 1er juin, elle revint, nous racontant que, depuis le 28 mai, sa dyspnée s'était progressivement réinstallée. En effet, la respiration était pénible ; il y avait du tirage. Le cou était dur, ligneux ; il présentait des veinosités superficielles. Le corps thyroïde paraissait moins gros qu'avant l'intervention, mais son volume était tel pourtant qu'on aurait dit n'avoir rien fait.

Avant de pratiquer la trachéotomie que l'état respiratoire paraît imposer, nous demandons à notre collègue, le professeur Collet, de vouloir bien examiner laryngoscopiquement notre opérée ; il nous répond que le larynx est indemne, mais qu'à la partie supérieure de la trachée, on voit nettement un *diaphragme fongueux qui diminue considérablement la lumière trachéale*.

La malade est alors mise de nouveau à l'iodure de potassium et on fait journellement des injections de sels mercuriels solubles.

L'iodure est mal toléré ; il augmente les troubles respiratoires et la lésion ne diminue pas.

Le biiodure, le calomel, n'ont pas plus d'efficacité.

On envoie alors la malade à la campagne, en prescrivant des applications locales d'onguent napolitain et de l'arsenic. Ce traitement amène une légère amélioration, mais bientôt la situation s'aggrave encore, la dyspnée est intense avec quelques périodes d'accalmie.

Laryngoscopiquement l'état local a empiré ; bref au début de septembre, il semble qu'il n'y a plus qu'une chose à faire : ouvrir la trachée et curetter les fongosités.

Avant d'en arriver là, et comme dernière ressource, nous proposons à la malade une injection de 606. M. Moutot, le chef de clinique du professeur Nicolas, veut bien se charger d'essayer.

Le 12 septembre, avant l'injection, un examen laryngoscopique montre qu'il n'y a ni paralysie des cordes, ni lésion sus-glottique, mais une infiltration sous-glottique, ne laissant qu'une lumière laryngée, très réduite, hyméniforme.

Quelques instants après, on fait une première injection d'arsenobenzol. A cause de l'action vaso-dilatatrice énergique de l'arsenobenzol, et étant donnés les accidents produits par l'iodure dans de semblables formes, on se borne à une injection intraveineuse de 40 centigrammes.

L'injection fut suivie, tout d'abord, d'un peu de céphalée, de quelques vomissements, de diarrhée, puis, quelques heures après, d'une grande crise dramatique d'asphyxie avec tirage. Cette crise fut bien plus grave que toutes celles que la malade avait eue antérieurement. Elle fut aussi suivie de douleurs intenses telles que la malade déclara ultérieurement préférer, de beaucoup, une intervention à une première injection. Dans la soirée, elle se trouva mieux.

Le 15 septembre, on note que la voix est plus calme, que la respiration n'est plus soufflante. La toux de compression a complètement disparu.

Le 19 septembre, on trouve que la lumière laryngée est sensiblement plus large. L'infiltration syphilitique ne donne plus, à la région sous-glottique, l'aspect d'un entonnoir au fond duquel se trouvait une fente laryngée ; elle a diminué en hauteur et en épaisseur. Les cordes vocales sont très mobiles (Jacod). Le même jour, seconde injection de salvarsan (40 centigrammes), suivie d'une réaction, moindre que la première, accompagnée, cependant, d'une élévation thermique à 39°1, de vomissements et de céphalée.

Le 1er octobre, troisième examen laryngoscopique : on ne trouve plus qu'une cicatrice d'aspect rosé normal, réunissant les deux cordes vocales au niveau de leur commissure antérieure. Subjectivement, la malade est en parfait état : sa voix est normale ; elle respire bien, elle n'a plus la moindre tendance à la suffocation.

Le même jour, on fait une injection de 60 centimètres cubes de salvarsan. La réaction est faible. La température ne dépasse pas 38°7 ; il n'y a ni diarrhée, ni vomissement.

Après ce traitement, c'est une guérison parfaite comme rapidité et comme qualité que l'on décide d'entretenir à l'aide d'un traitement mercuriel.

Nous avons revu la malade en janvier 1912, toujours en excellente santé et n'ayant pas le moindre trouble respiratoire (1).

II. Examen de la pièce. — *Examen macroscopique.* — L'hémithyroïde enlevée contient, derrière une coque dure du tissu glandulaire, une dizaine de gommes, dont le volume varie d'un grain de blé à une petite noix. Ces gommes ne sont pas encore ramollies ; elles ont l'aspect d'un marron d'Inde, une coloration jaunâtre ; elles se délimitent, assez nettement, du reste du parenchyme thyroïdien qui semble fortement sclérosé.

Examen histologique (docteur H. Alamartine, chef de notre laboratoire). — Fixation à l'alcool à 80 degrés et au formol à 40 p. 100. Inclusion à la paraffine. Coloration hématéine éosine ; hématéine picro-carmin.

Des coupes faites à la limite d'une gomme et du parenchyme thyroïdien montrent les détails de structure suivants :

Au niveau de la gomme elle-même, les tissus se colorent mal, on ne retrouve aucune structure définie ; çà et là seulement, au milieu des tissus nécrosés, on reconnaît vaguement quelques débris du parenchyme thyroïdien.

Tout autour de cette zone complètement dégénérée, on retrouve le parenchyme thyroïdien parfaitement reconnaissable, mais avec certaines lésions ; la topographie générale de celles-ci est la suivante : à un faible grossissement les lobules glandulaires apparaissent à peu près normaux à la périphérie, très altérés, au contraire, au centre. Ce dernier est occupé par une zone d'infiltration de cellules jeunes.

Ces nodules inflammatoires se ramollissent vers le centre ; à première vue on croit avoir affaire à une lésion tuberculeuse, à un tubercule proprement dit, en voie de caséification.

A un plus fort grossissement, il est possible d'étudier, de plus près, le processus de désintégration qui aboutit à la formation de la gomme.

Un premier point à noter est le peu d'abondance des vaisseaux dans les régions malades. Ceux que l'on rencontre sont : soit des vaisseaux à parois embryonnaires, soit des artérioles,

(1) La guérison a dû se maintenir. A la date du 13 mai dernier, cette malade n'était pas revenue nous voir, d'où l'impossibilité de donner une photographie représentant le résultat opératoire éloigné.

mais la paroi de ces dernières ne présente pas de lésions bien manifestes.

Le second fait intéressant est la présence de nombreuses cellules géantes, absolument comparables à celles de la tuberculose. Ces cellules géantes apparaissent, çà et là, au milieu des petits éléments à aspect embryonnaire, qui constituent la majeure partie de la lésion.

A la périphérie des lobules, où les altérations sont les moindres, le parenchyme thyroïdien a conservé, à peu près, son aspect normal, tout en présentant des signes nets d'inflammation. Le tissu conjonctif intervésiculaire est beaucoup plus abondant, il contient de nombreuses cellules inflammatoires. En certains points ce tissu s'est sclérosé, il étouffe les éléments glandulaires.

Quant à ces derniers, ils sont très réellement altérés, eux aussi. La plupart des vésicules ne contiennent plus de substance colloïde. Les cellules glandulaires sont très hautes, un grand nombre desquament à l'intérieur des vésicules.

En définitive, le processus qui a abouti à la formation des gommes ne semble pas avoir évolué suivant la modalité classique (endartérite et nécrose consécutive), mais bien, comme une inflammation dont le type se rapproche beaucoup de l'inflammation tuberculeuse avec formation de cellules géantes.

M. Favre, médecin des hôpitaux de Lyon, a bien voulu se charger de rechercher, sur nos coupes, le bacille de Koch et le tréponème. Ces deux recherches ont donné des résultats négatifs. Du reste on n'avait pas pris de précautions spéciales, dans ce but, au cours de la fixation des pièces.

Cette observation, si singulière, pourrait fournir matière à de nombreux développements. Nous nous bornerons à en relever quelques points.

1° *Cliniquement*, nous voulons insister sur la similitude parfaite de cette syphilis avec la thyroïdite ligneuse ; là aussi, les téguments étaient raidis, inextensibles, le cou infiltré, bref le diagnostic de goitre ligneux s'imposait.

Rapprochant ce fait d'une observation de thyroïdite, ligneuse, cancériforme, d'origine tuberculeuse, que nous avons déjà fait connaître (1), nous nous demandons si le goitre de Riedel n'est pas, bien souvent, que l'expression glandulaire scléreuse d'une infection latente (syphilis ou tuberculose).

2° *Anatomiquement*, il faut relever l'envahissement de la trachée, très minime au moment de l'opération, mais bientôt croissant, au point de dominer complètement l'évolution de l'affection.

Primitivement notre malade avait la dyspnée que présentent les cancéreux thyroïdiens ; plus tard, elle avait la difficulté respiratoire d'une sténose trachéale intrinsèque.

3° *Histologiquement*, nous relèverons l'existence de nombreuses cellules géantes au milieu des éléments embryonnaires qui comblaient la majeure partie de la glande, fait si fréquent dans les lésions syphilitiques tertiaires, d'après les recherches de Nicolas et Favre.

4° Au *point de vue thérapeutique*, tout mérite d'être signalé dans cette observation : l'insuffisance du traitement mixte, la récidive après thyroïdectomie, le résultat merveilleux de l'arsenobenzol.

(1) A. Poncet et R. Leriche. Tuberculose inflammatoire du corps thyroïde, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 28 décembre 1909. — Sur la thyroïdite ligneuse (v. Delore et Alamartine, in *Revue de chir.*, juillet 1911). — A. Poncet et R. Leriche. Tuberculose inflammatoire et sarcomes, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1911, p. 885-896.

LA SÉLECTION « A REBOURS »

Par M. J. LAUMONIER.

Ce que nous appelons *sélection naturelle* ou *survivance du plus apte* n'est qu'une conclusion *a posteriori*. Quand une épidémie grave frappe une population, les individus qui s'en guérissent ou y échappent sont regardés comme les plus aptes puisqu'ils ont survécu, et nous sommes portés à reconnaître, chez eux, certaines qualités naturelles d'immunité ou de résistance dont les descendants peuvent hériter, au grand bénéfice de la race. Mais considérons une catastrophe comme celle du *Titanic* dans laquelle les hommes se sont sacrifiés pour sauver les enfants et les femmes, « women and children firts », les êtres faibles. Ici, sous l'influence d'une forte culture sentimentale, ce ne sont pas les plus aptes qui survivent, mais les autres. Tel est le phénomène que V. de Lapouge a appelé *sélection sociale*.

Par ce simple exemple, il est facile de prévoir que les résultats de la sélection sociale sont tout à fait différents de ceux de la sélection naturelle. L'esprit chevaleresque, la philanthropie, la charité sont des sentiments très louables et nécessaires dans les collectivités organisées, ainsi que l'a reconnu Bain ; ils ont malheureusement tendance à s'exagérer, à dépasser les limites de l'entr'aide, et finalement à réaliser, en faveur des éléments les moins résistants et les plus mauvais, une protection vraiment coupable. Si nous exercions, sur les animaux et les plantes qui nous entourent, cette forme de sélection, nous ne tarderions pas à voir disparaître, dans la déformation et la stérilité, nos races domestiques les plus précieuses. Or, c'est précisément vers cette double terminaison que certaines sélections sociales semblent acheminer les populations des pays très civilisés. Partout, en effet, médecins et économistes se plaignent de la multiplication rapide des déchets humains et de l'abandon dans lequel sont, au contraire, laissés les individus robustes et sains qui, travaillant et payant pour tout le monde, auraient besoin d'être soutenus et défendus, d'où résulte une diminution croissante de la valeur physique et morale de la race. Nulle part, cependant, ce phénomène régressif n'est plus frappant qu'en France. « Les Français, dit Desfosses (1), soumis à de vagues idées sentimentales, ont marché à rebours du bon sens et de la logique. Les municipalités, les associations philanthropiques ne s'occupent de l'enfant, ne lui donnent un *apanage* que s'il est crétin, bossu, dégénéré. La ville de Paris construit des installations confortables pour les enfants idiots, édifie des hôpitaux marins pour les enfants tuberculeux ; elle laisse des familles de sept, huit enfants s'entasser avec leurs parents dans une seule pièce, sans lumière et sans air ; elle attend, pour s'occuper d'eux, qu'ils soient déformés par la tuberculose ou le rachitisme. » Urbain Gohier, dans un langage plus acerbe, constate les mêmes faits : « Soyez satyre, apache, escroc, vous voilà sûr de l'intérêt public.

(1) Desfosses. *Presse méd.*, 4 juillet 1903.

Soyez honnête homme, attaché à de lourds devoirs, héroïque silencieusement, qui vous tendra la main? Sobre et sain, la communauté devrait vous conserver avec soin dans l'intérêt de la race, mais elle vous laisse mourir de faim. Tâchez seulement d'attraper quelque avarie, de pourrir à moitié. Sur le champ, la philanthrophie vous découvre; à vous les générosités budgétaires, les libéralités privées, le zèle des savants, les mets de choix, les villégiatures gratuites; il faut à tout prix qu'on vous sauve, qu'on vous remette dans la circulation, qu'on vous procure un foyer pour que vous puissiez engendrer des déchets d'humanité, des sujets de clinique qui propageront à leur tour et perpétueront vos tares (1). »

Le problème est posé; étudions-le de plus près.

L'Etat moderne n'existe et ne subsiste que par la résistance synergique des individus qui le composent; il s'accroît ou s'amoindrit suivant leur puissance de travail, de prolifération et d'expansion; en face de la concurrence mondiale pour la place et la richesse, tous les participants sont solidaires, et ce qui profite ou nuit aux uns profite ou nuit également à la collectivité. Par conséquent, plus un Etat ou une collectivité compte d'éléments mauvais, c'est-à-dire de débiles, d'infirmes, d'idiots, de déments, de criminels, d'inféconds, moins il a de puissance défensive et expansive, non seulement parce que le nombre des producteurs actifs se trouve affaibli d'autant, mais encore parce que les gens sains sont seuls à faire les frais des dépenses énormes occasionnées par l'entretien des inaptes, la répression et la réparation des délits et des crimes, et n'ont plus, par suite, les disponibilités suffisantes pour améliorer leurs conditions d'existence. Aux Etats-Unis, 500 millions, en Angleterre et en France près de 600 millions sont absorbés chaque année par le budget des déchets humains, et chez nous 3 millions de personnes environ, soit le 1/13 de la population, sont bénéficiaires de ce budget.

Mais l'inapte ne se contente pas d'être un élément parasitaire, inutile ou dangereux. Sauf dans certains cas, il est capable de laisser des descendants qui héritent des tares parentales et souvent les aggravent. Beaucoup d'enfants de tuberculeux, de syphilitiques, d'alcooliques meurent jeunes ou sont arriérés, épileptiques, fous, délinquants, criminels. Suivant Vallon, 6 p. 100 seulement des inculpés d'homicide volontaire ont une hérédité normale. Remarquons d'ailleurs que certains inaptes sont parfois singulièrement féconds. H. de Varigny a rappelé que la natalité, qui est de 4 p. 100 au plus dans les familles anglaises d'ouvriers sains, s'élève à 7,6 p. 100 dans les familles tarées. Chez des romanichels de l'Est, tous tarés pathologiques, ivrognes ou repris de justice, j'ai constaté moi-même une natalité de 6,6 p. 100, avec, il est vrai, une mortalité infantile considérable. Et ces inaptes féconds ont toute facilité pour se reproduire; quand ils n'y tendent pas d'eux-mêmes, nous les y poussons. Il existe, en France, bon nombre de sociétés florissantes, encouragées par les pouvoirs publics, qui s'occupent à placer et à marier les libérés, les anciens forçats et les filles repenties. Au détriment de qui? Naturellement des travailleurs et des femmes honnêtes. Ainsi nous ne nous bornons pas à gaspiller notre argent et notre temps pour entretenir, soigner, protéger les éléments inutiles et nocifs; nous nous efforçons encore de favoriser leur multiplication. C'est la *sélection à rebours*.

Ses effets s'attestent par des chiffres navrants.

Notre natalité faiblit progressivement; elle était de 33 p. 1000 en 1840; elle n'est plus aujourd'hui que de 20,2, à peine supérieure aux décès. Il est vrai que les avortements criminels augmentent, puisque d'après les enquêtes de Doléris, Boissard, Tissier et Mauclaire, on estime qu'il y a, par an, au moins 120000 destructions de fœtus. Quoi qu'il en soit, pour parer à la diminution de notre natalité, nous avons tenté de restreindre la mortalité et surtout celle des enfants, et nous y avons réussi dans une mesure appréciable, car la mortalité qui était, en 1855, de 23,6 p. 100 de zéro à un an, et de 3,9 d'un à quatre ans, est tombée en 1905 respectivement à 17,1 et 1,7 p. 100. Il en résulte une économie certaine de vies humaines. Mais quelle est la valeur réelle des vies ainsi économisées, c'est ce qu'il importe de préciser.

Etant donnée l'action de la bienfaisance sentimentale, on peut penser, *a priori*, que cette valeur doit être fort médiocre au point de vue de la résistance vitale et de l'activité productrice. Les statistiques prouvent effectivement qu'il en est bien ainsi. D'après Calmette, 81 p. 100 des enfants, 87 p. 100 des jeunes gens et 90 p. 100 des adultes sont tuberculeux avérés et latents, et, sur ce nombre, près du quart succombe à la phtisie. D'après Gérard Monod, 14 p. 100 des garçons, d'après Dufestel, 33 p. 100 des filles des écoles primaires sont porteurs de déviations rachidiennes; d'après Courtade, 42 p. 100 des enfants ont des fonctions respiratoires insuffisantes, et, sur ces 42, 28 sont sourds à un degré quelconque et 33 ont une mauvaise santé habituelle; d'après Régis et Roubinovitch, 6 à 10 p. 100 des enfants sont arriérés ou anormaux au point de vue mental.

Cette faiblesse originelle de l'enfance persiste ultérieurement malgré l'hygiène, les sports et tous les progrès réalisés. D'après Lowenthal, 30 p. 100 des jeunes gens appelés sous les drapeaux sont réformés ou ajournés; encore faut-il remarquer que les conseils de revision sont obligés d'être très coulants pour parer aux graves inconvénients du service de deux ans. La conséquence est que la morbidité et la mortalité sont beaucoup plus élevées dans l'armée française que dans l'armée allemande par exemple. En effet, malgré des effectifs un peu inférieurs, on compte, dans notre armée métropolitaine, pour la période 1902-1906, 7578 décès-maladies contre 3400 seulement dans l'armée allemande. De plus, cette mortalité est croissante, et Binet-Sanglé a montré récemment que la morbidité est énormément plus forte, en ce qui concerne notamment les maladies infectieuses, dans l'armée française que dans n'importe quelle autre armée européenne. Ainsi s'expli-

(1) *Le Matin*, 4 oct. 1907.

quent les conclusions suivantes du rapporteur du budget de la guerre au Sénat : « Certaines épidémies dans l'armée française font plus de victimes que dans les pays voisins. Or, cette constatation s'applique également à la population civile. Il est hors de doute qu'au point de vue sanitaire, malgré les réformes très sérieuses qui ont été appliquées et malgré tous les efforts et l'argent dépensés, notre situation est inférieure à celle des nations qui nous entourent. Aussi pouvons-nous dire que nous avons plus de chances d'être malades et de mourir de certaines maladies que dans beaucoup d'autres pays d'Europe (1). » Connaissant le rôle des défenses naturelles dans l'éclosion et la gravité des infections, ces décourageantes paroles signifient que la résistance vitale de notre race s'amoindrit de plus en plus. Quelle autre cause invoquer que la protection et la multiplication inconsidérées des inaptes ? En voici du reste une preuve indirecte : la durée des hospitalisations qui était en moyenne, par tête, de vingt jours en 1875, est actuellement de trente-deux jours. Pourquoi ? C'est que dans les organismes affaiblis les réactions défensives sont peu intenses, et que les maladies par suite traînent et s'éternisent.

Abordons maintenant une autre catégorie de faits. En 1840, pour une population de 33 millions d'âmes, on comptait 5,4 crimes ou délits pour 1000 habitants; en 1907, on en a compté 15 p. 1000. Si nous considérons les deux seules années 1906-1907, nous voyons, en premier lieu, que les crimes ont augmenté de 10 p. 100, passant de 2143 à 2347, avec une augmentation de 22 p. 100 pour les meurtres et de 17 p. 100 pour les coups et blessures ayant entraîné la mort, et en second lieu que les délits se sont accrus de 6 p. 100 passant de 170327 à 182836 et intéressant 207425 prévenus en 1906 et 222398 en 1907. Mais ce qu'il y a de particulièrement inquiétant c'est, d'une part, que le nombre des crimes commis par les enfants a augmenté de 21 p. 100 dans le même temps, et d'autre part que la proportion des criminels est trois fois plus élevée parmi les individus ayant fréquenté les écoles que parmi ceux qui sont complètement illettrés. Enfin, alors que le nombre des insoumis et déserteurs était de 7016 en 1904, il est monté, en 1909, à 17258, grâce évidemment à l'intervention régulière d'amnisties scandaleuses.

Tout ce qui précède peut, en quelque sorte, être condensé dans les indications suivantes : en France, la morbidité et la criminalité montent au double ou au triple de ce qu'elles sont dans les grands Etats européens; la mortalité y est de 20 décès pour 1000 habitants, mais en Allemagne elle est de 17 et en Angleterre de 14 seulement; enfin, si la progression observée, au cours des dernières années, dans le nombre des inaptes et spécialement des « impropres pour le service » continue dans les mêmes proportions, dans soixante ans la France n'aura plus de jeunes gens capables de porter les armes et de défendre son sol. C'est donc, pour nous plus encore que pour les autres nations, un impérieux devoir de limiter les conséquences économiques et sociales de la sélection à rebours, d'endiguer, par tous les moyens que la science met dès aujourd'hui à notre disposition, la montée croissante des déchets humains. « Soyons charitables et bons, dit Maurice de Fleury (1), venons en aide aux malheureux; mais si nous voulons demeurer un peuple vivant et qui compte, n'oublions pas que la sauvegarde de l'homme sain doit nécessairement dominer notre conception de la bienfaisance. C'est une faute irréparable que d'appauvrir, que d'affaiblir, par amour de l'égalité, les vaillants et les énergiques, car ce sont eux seuls qui produisent, pour eux et pour autrui. »

(1) Cité par le *Bulletin médical*, 21 juin 1911.

(1) *Quelques conseils pour vivre vieux.*

MÉDECINE PRATIQUE

LES HÉMOPTYSIES TUBERCULEUSES

La description des hémoptysies tuberculeuses donnée dans les traités classiques est fort simple ; on y distingue les hémoptysies du début, de la période d'état et de la période cavitaire ; on attribue à ces hémoptysies l'une des trois causes suivantes : fluxion sanguine pérituberculeuse, ulcération vasculaire, anévrisme de Rasmussen. Cette description schématique — il ne saurait en être autrement dans un ouvrage didactique — cette description ne manque pas d'exactitude ; mais elle est incomplète, et, avec ces seules notions, on n'a des hémoptysies tuberculeuses qu'une idée très imparfaite ; on risque ainsi de commettre des erreurs de pronostic. La tuberculose pulmonaire, surtout en ce qui concerne ses formes anatomo-cliniques et son évolution, est tellement variable, tellement polymorphe, qu'il est indispensable, si l'on veut la bien connaître, d'en faire une étude plus approfondie. Dans le livre très remarquable de Piéry (2), dans le mémoire de Bezançon et de Jong (3), dans la thèse récente de Weil (4), on trouvera des aperçus nouveaux et très utiles pour la pratique journalière sur les hémoptysies tuberculeuses, leurs formes cliniques et leur pathogénie.

Bezançon et de Serbonnes (5) ont attiré l'attention sur les *poussées évolutives* de la tuberculose ; Piéry insiste sur cette loi générale que le pronostic d'une tuberculose doit être basé sur l'évolution ou la non évolution des lésions, la tuberculose pulmonaire procédant, en effet, par poussées évolutives aiguës ou subaiguës, entrecoupées de périodes de rémission et d'accalmie ; selon la durée respective des poussées évolutives et des périodes intercalaires; le pronostic varie beaucoup; il y a même des tuberculoses dans lesquelles les lésions n'évoluent pas pendant un temps souvent très long, ce sont les tuberculoses abortives, atténuées, latentes. Cette notion fondamentale des poussées évolutives peut servir à la classification clinique des hémoptysies tuberculeuses ; Bezançon et Weil distinguent deux variétés d'hémoptysies : tantôt l'hémoptysie est liée à une évolution des lésions pulmonaires, à une poussée de la tuberculose ; c'est l'hémoptysie par poussée évolutive, dont le pronostic est toujours grave, car elle révèle une tuberculose en activité. Tantôt l'hémoptysie survient brusquement, sans s'accompagner d'aucun des symptômes de la

(2) PIÉRY. *La tuberculose pulmonaire*; 1 vol. Paris 1910, O. Doin.

(3) BEZANÇON et DE JONG. Formes cliniques des hémoptysies tuberculeuses, *Bull. méd.*, 15 mai 1908.

(4) Mathieu-Pierre WEIL. *Les hémoptysies tuberculeuses. Etude clinique, bactériologique, hématologique, pathogénique*, Th. de Paris 1912, G. Steinheil.

(5) BEZANÇON et DE SERBONNES. Soc. méd. des hôpit., 11 mars 1910. — DE SERBONNES. *Les poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire chronique*, Th. de Paris, 1911.

poussée évolutive ; c'est un accident mécanique, dont le pronostic est bénin, car cette hémoptysie révèle le plus souvent une lésion presque éteinte, parfois même en voie de cicatrisation.

L'*hémoptysie par poussée évolutive* peut survenir à toutes les périodes de la maladie ; elle apparaît quelquefois comme le premier accident d'une tuberculose jusqu'alors latente ; dans d'autres cas, elle se produit au cours d'une tuberculose avérée. Elle est précédée d'un stade préparatoire ; elle est suivie d'une lente amélioration ; on peut donc, avec Weil, décrire à la poussée hémoptoïque trois périodes. La période préhémoptoïque dure en moyenne deux à trois semaines ; elle peut être plus longue, durant plusieurs mois, ou plus courte, quelques jours seulement ; elle est caractérisée par l'apparition des symptômes fonctionnels et généraux de l'imprégnation bacillaire : le malade tousse, et parfois même la toux devient émétisante ; la toux s'accompagne d'une expectoration muco-salivaire ou puriforme ; le malade se plaint fréquemment d'un point de côté ; il maigrit, perd ses forces, dort mal et transpire la nuit ; il a des palpitations, des frissonnements et de la fièvre. Chez la femme, les règles peuvent manquer pendant cette période. Ces symptômes sont plus ou moins marqués ; parfois quelques-uns d'entre eux manquent, et, souvent, le sujet ne s'arrête pas, continue à travailler. Puis survient le crachement de sang ; la quantité de sang est très variable, elle peut être tellement minime qu'elle teinte seulement un petit nombre de crachats, parfois même un crachat unique ; dans ces derniers cas, les crachats ont un aspect macroscopique qui rappelle tout à fait celui du crachat pneumonique.

Weil montre bien la grande importance séméiologique de ce crachat visqueux. Autant, dit-il, un crachat simplement strié de sang a une valeur discutable, le sang pouvant provenir de l'arrière-gorge, du nez, du pharynx, autant est considérable la valeur du crachat visqueux et uniformément teinté en rouge ; l'examen bactériologique devra être pratiqué et l'on reconnaîtra que ce crachat est presque toujours bacillifère. Si l'hémoptysie est plus abondante, le sang présente les caractères bien connus et partout décrits ; après l'hémoptysie, les crachats sont visqueux, adhérents au vase, ont une teinte rouillée ou parfois verdâtre, qui tient à la présence d'hémoglobine ou de ses dérivés.

Dans l'hémoptysie par poussée évolutive, les signes stéthoscopiques, la courbe thermique, la courbe du poids, la recherche de la tension artérielle, l'examen du sang, des urines fournissent des renseignements utiles ; on fera aussi l'analyse bactériologique des crachats, ainsi que leur étude chimique et cytologique.

L'hémoptysie par poussée évolutive est presque toujours accompagnée de fièvre ; mais l'hyperthermie présente une intensité, une durée et une évolution variables. Dans la plupart des cas, la fièvre avait débuté à la période préhémoptoïque et l'hémoptysie survient au moment où la courbe thermique est à son maximum ; ceci veut dire que l'apparition de l'hémoptysie coïncide avec l'acmé de la poussée évolutive. Après le crachement de sang, la température s'abaisse en quelques jours, arrivant même jusqu'à l'hypothermie, dans les cas favorables, quand la poussée évolutive guérit complètement ; sinon, la malade reste plus ou moins longtemps subfébrile et même, dans les formes graves, la fièvre, à la suite de l'hémoptysie, persiste élevée. La durée de l'hyperthermie est donc très variable, de quelques jours à quelques semaines ou quelques mois. Le degré atteint par la température le jour de l'hémoptysie ne permet en rien de préjuger de l'évolution ultérieuse de la poussée ; par contre un rapport assez étroit existe entre la durée de la fièvre et la gravité de la poussée évolutive ; lorsque l'hyperthermie est de courte durée, la poussée guérit ; lorsqu'elle se prolonge plus de quarante jours, le cas est en général grave. Toutes ces modifications de la température sont donc liées, non à l'hémoptysie même, mais au processus tuberculeux en évolution ; on s'est demandé si l'hémoptysie avait par elle-même une répercussion sur la courbe thermique. Wunderlich, Schwarz signalent une chute de la température après l'hémoptysie, tandis que Uhrig admet que la plupart des hémoptysies tuberculeuses déterminent une élévation de la courbe thermique. D'après Weil, l'hémoptysie n'a souvent sur la marche de la température aucune action, mais une hémorragie un peu abondante peut provoquer une chute de la température, ce qui rappelle l'hémorragie intestinale de la fièvre typhoïde.

Comme signes stéthoscopiques, le plus souvent, lors de l'hémoptysie, aucun symptôme ne vient se surajouter à ceux qui traduisent les lésions tuberculeuses. Chez quelques malades, on perçoit, durant la période hémoptoïque des râles de bronchite, tantôt diffus, tantôt avec un maximum, parfois même une localisation exclusive aux sommets. Enfin, dans quelques cas, apparaît avec l'hémoptysie un véritable foyer de condensation pulmonaire (submatité, souffles sous-crépitants).

Au début de la poussée évolutive et au moment de l'hémoptysie, le malade maigrit, mais ensuite, si la poussée doit guérir, l'amaigrissement cesse, puis le poids augmente et même l'élévation de la courbe des pesées corporelles est l'un des symptômes les plus précoces de la fin de la poussée (Bezançon et Weil) ; on le voit souvent survenir à un moment où le malade est encore nettement fébricitant ; lorsqu'au contraire l'évolution doit être moins favorable, ce n'est que beaucoup plus tardivement que le malade augmentera de poids, mais ici encore cette augmentation du poids sera le signe précoce de l'amélioration.

L'étude de la tension artérielle au moment de la poussée évolutive hémoptoïsante donne des résultats assez difficiles à interpréter. D'après Weil, le malade est en hypotension pendant la poussée ; quand l'hémoptysie survient, la tension est légèrement plus élevée. Pour quelques auteurs, un stade passager d'hypertension artérielle précède toute hémoptysie tuberculeuse ; un certain nombre des malades observés par Weil n'ont pas présenté ce stade. Ce qui est important pour le pronostic, c'est de rechercher la tension artérielle après l'hémoptysie ; dans les cas favorables, lorsque la poussée évolutive doit guérir, on assiste à une élévation lente mais progressive de la tension artérielle ; que si au contraire l'amélioration ne survient pas, l'hypotension se maintient ou s'exagère.

En examinant les urines, on constate, au moment même de l'hémoptysie, de l'oligurie et de la rétention chlorurée, tandis qu'apparaissent ultérieurement la polyurie et une décharge de chlorures. Celle-ci se prolonge longtemps, si bien que le malade élimine plus de sel qu'il n'en a retenu dans ses tissus durant la période aiguë de la poussée tuberculeuse. Le moment auquel surviennent la polyurie et la décharge de chlorures est variable selon les cas ; mais Weil a constaté que ces symptômes apparaissaient avant que la température ne soit revenue à la normale ; la crise urinaire est donc un signe précoce de la fin de la poussée évolutive.

Weil a fait aussi d'intéressantes recherches sur les modifications du sang au cours des poussées hémoptoïsantes ; il a constaté que le malade passe par deux périodes bien distinctes : au moment même où l'hémoptysie survient, on note de la leucocytose, de la polynucléose, un taux infime d'éosinophiles ; à une période plus ou moins tardive, la formule change, la leucocytose fait place à la leucopénie, la polynucléose à la mononucléose et le taux des éosinophiles s'élève ; on retrouve donc lors de ces hémoptysies la marche générale de la formule hémo-leucocytaire, décrite par Bezançon, de Jong et de Serbonnes dans la poussée évolutive de la tuberculose pulmonaire. Que celle-ci soit hémoptoïque ou qu'elle ne le soit pas, il existe deux stades hématologiques qui rap-

prochent la poussée tuberculeuse de la plupart des maladies infectieuses aiguës, mais la tuberculose a comme caractère spécial la très longue persistance de la mononucléose et de la leucopénie.

L'étude des crachats est plus intéressante encore ; Weil admet que, chez les sujets atteints d'hémoptysie par poussée tuberculeuse, la présence de bacilles de Koch dans le sang et dans les crachats posthémoptoïques est la règle; les hémoptysies par poussée sont bacillifères dans 90 p. 100 des cas environ. Il ne faut d'ailleurs pas se contenter, pour savoir si un crachat est ou non bacillifère, de rechercher le bacille par l'examen microscopique; il faut faire des inoculations au cobaye. Si, au cours des hémoptysies par poussée, on étudie journellement la teneur en bacilles de Koch des crachats posthémoptoïques, on observe à certains moments de véritables décharges bacillaires; elles surviennent souvent vers le quatrième ou cinquième jour après l'hémoptysie; on voit, à ce moment, certains crachats absolument farcis de bacilles et cependant il s'agit de tuberculoses stéthoscopiquement fermées. Le temps pendant lequel se prolonge, chez le tuberculeux à lésions jusque-là fermées, l'expectoration bacillifère, varie selon l'intensité de la poussée hémoptoïque. Dans les cas graves, l'hémoptysie pourra être le point de départ d'une tuberculose pour toujours ouverte ; dans d'autres cas au contraire, l'expectoration bacillaire se tarira peu à peu après l'hémoptysie et cette dernière éventualité est de beaucoup la plus fréquente. Comme formes bacillaires, Weil a trouvé, le plus souvent, des bacilles courts ou de longueur moyenne, presque toujours homogènes ; contrairement à l'opinion de Piéry, Mandoul, Ortal, l'aspect du bacille tient, d'après Weil, non pas à l'état évolutif de la tuberculose pulmonaire, mais à des conditions extrinsèques, sans intérêt pratique.

Certains auteurs ont soutenu récemment que l'hémoptysie tuberculeuse était causée moins par le bacille de Koch lui-même que par une inflammation périphymique de nature pneumococcique. Par des examens directs, des cultures, des inoculations, par la recherche d'anticorps, Weil a repris plus complètement la question des rapports qui unissent l'hémoptysie aux microbes pathogènes et surtout au pneumocoque; le pneumocoque n'est pas l'agent ordinaire des hémoptysies tuberculeuses; dans certaines circonstances seulement, il peut en être la cause occasionnelle. Le pneumocoque venant facilement pulluler dans les poumons, à l'occasion de toutes les causes qui diminuent la résistance de l'organisme, il arrivera parfois qu'une infection pneumococcique intercurrente donne un coup de fouet à une tuberculose latente ; par conséquent une inflammation pneumococcique du poumon peut déterminer la poussée évolutive hémoptoïque; mais même dans ce cas, l'hémoptysie reste bien de nature tuberculeuse. Weil a fait aussi l'étude histo-chimique et cytologique du crachat hémoptoïque ; avant l'hémoptysie et souvent longtemps après elle, le crachat est histologiquement hémorragique, la gouttelette d'exsudat séro-albumineux y est rare, les cellules à granulations éosinophiles manquent toujours. Les crachats hémoptoïques et posthémoptoïques sont très riches en cellules pulmonaires, qui se présentent sous deux aspects : petite cellule alvéolaire à noyau arrondi et à protoplasma bien limité, macrophage endothélial, à noyau bilobé et à protoplasma mal limité. Au cours des poussées hémoptoïques, le nombre de ces cellules pulmonaires prime, dans les crachats, celui des polynucléaires; c'est seulement dans les cas de réaction bronchique importante que le nombre des polynucléaires devient supérieur à celui des cellules pulmonaires. Si, à la suite de la poussée hémoptoïque, le foyer tuberculeux doit se refermer, les cellules pulmonaires diminuent de nombre et l'expectoration devient de moins en moins abondante; si, au contraire, le malade évolue, après son hémoptysie, vers la tuberculose fibro-caséeuse, on voit progressivement les cellules pulmonaires diminuer d'abondance dans les crachats tandis qu'augmente le nombre des polynucléaires, la formule du crachat prend ainsi peu à peu les caractères cytologiques de l'expectoration du phtisique.

En dehors de ces caractères communs, les hémoptysies par poussée évolutive ont une grande variété dans leurs formes cliniques, selon le moment de leur apparition, selon leur abondance et leur gravité. La poussée hémoptoïque peut être la première manifestation d'une tuberculose latente ; cette hémoptysie n'est pas à proprement parler une hémoptysie de début ; c'est seulement le symptôme révélateur d'une affection déjà ancienne. Dans d'autres cas, l'hémoptysie est un accident plus ou moins tardif de la tuberculose ; l'hémoptysie des tuberculeux avancés et même celle des cavitaires peuvent être des hémoptysies par poussée. L'abondance de l'hémoptysie n'a pas de valeur pour le pronostic ; certes une hémoptysie abondante et répétée peut faire craindre la mort immédiate ou rapide ; mais le fait est très rare, et, en dehors de cette circonstance, la quantité de sang rejetée n'a aucune valeur pronostique. De même la fréquence des hémoptysies n'a pas grande signification, elle peut être observée dans des tuberculoses qui évoluent très différemment. Pour préciser dans la mesure du possible les formes cliniques des hémoptysies par poussée évolutive, Weil en décrit trois formes : la forme légère, avec une période préhémoptoïque courte et fruste, une hyperthermie minime, des réactions sanguines discrètes, une guérison rapide ; la forme commune avec tous les symptômes bien accentués, souvent alarmants, mais qui disparaissent en quelques semaines ; la forme grave caractérisée par sa longue durée, la persistance de la fièvre, et l'exagération des lésions pulmonaires qui resteront à jamais ouvertes.

A ces hémoptysies survenant pendant une poussée évolutive, Weil oppose, aussi bien en ce qui concerne les symptômes que le pronostic, les *hémoptysies qui ne s'accompagnent pas de poussées évolutives*. Celles-ci ne sont pas précédées d'une période préhémoptoïque ; elles surviennent brusquement à la suite d'un effort, d'une quinte de toux, d'une perturbation atmosphérique. Le sang rejeté est d'abondance variable ; toutefois Weil a remarqué que le rejet d'une quantité de sang assez minime était beaucoup plus rare au cours de ces hémoptysies qu'au cours des hémoptysies par poussée. Assez habituellement, les hémoptysies sans poussée sont abondantes et parfois même profuses. Si l'on étudie la température, les urines, le poids des tuberculeux ayant une hémoptysie sans poussée, on ne constate aucune perturbation ; le malade reste apyrétique, sauf une légère ascension thermique de quelques dixièmes de degré au moment même de l'hémoptysie. A l'auscultation des poumons, bien souvent on ne constate aucun signe stéthoscopique surajouté à ceux précédemment perçus ; dans certains cas, des bruits nouveaux diffus ou localisés à l'un des sommets ou aux deux sommets des poumons ; ce sont des râles secs, ronflants et sibilants plus fréquemment encore des foyers de râles humides, véritables foyers congestifs ; d'après Weil, ces foyers congestifs sont bien plus fréquents au cours des hémoptysies sans poussée évolutive qu'au cours des hémoptysies par poussée, où ils sont rares, contrairement aux dires des classiques. Si l'on fait l'étude bactériologique des crachats, on remarque que dans les hémoptysies sans poussée évolutive, l'expectoration bacillifère est exceptionnelle, en cas d'hémoptysie survenant chez un tuberculeux dont les lésions sont fermées ; chez les malades dont les lésions sont déjà ouvertes, l'hémoptysie ne modifie en rien les caractères de l'expectoration bacillifère. La période posthémoptoïque est très différente dans ces hémoptysies sans poussée de celle que l'on observe dans les hémoptysies avec poussée évolutive ; dès l'instant où l'hémoptysie sans poussée a pris fin, tout est terminé, ou peu s'en faut. Mais il faut noter que les hémoptysies sans poussée ont une tendance marquée à se reproduire, et parfois à intervalles de plus en plus rap-

prochés. Le pronostic de ces hémoptysies est beaucoup moins sérieux que celui des hémoptysies avec poussée évolutive ; on fera sans doute quelques réserves car l'hémoptysie sans poussée peut tuer par asphyxie ou hémorragie, elle peut réveiller des lésions tuberculeuses latentes. Mais, dans la plupart des cas, ces hémoptysies sont bénignes ; elles n'indiquent pas un processus bacillaire, elles révèlent une lésion scléreuse, éteinte ou cicatrisée.

Il s'agit maintenant d'élucider le mécanisme des hémoptysies par poussée et des hémoptysies sans poussée évolutive dans la tuberculose pulmonaire. Il y a tout lieu de penser que les unes et les autres relèvent de mécanismes différents. Soit une hémoptysie par poussée ; quand le foyer tuberculeux s'étend, les vaisseaux pulmonaires atteints s'oblitèrent par endovascularite, le processus caséeux étant avasculaire ; mais, tout autour de la lésion tuberculeuse avasculaire, apparaissent, lors des poussées évolutives, des altérations inflammatoires diverses (congestion, splénisation, pneumonie) qui font que le processus caséeux avasculaire se trouve entouré de lésions richement vascularisées. Tripier a décrit ces lésions sous le nom de « pneumonie hémorragique » et il en fait dépendre la plupart, sinon toutes les hémoptysies des tuberculeux. Weil, tout en admettant que l'hémoptysie peut avoir d'autres causes, reconnaît que la théorie de Tripier renferme une grande part de vérité ; les hémoptysies minimes avec crachats adhérents et visqueux, les hémoptysies qui s'accompagnent d'un foyer de condensation pulmonaire doivent être expliquées par la pneumonie hémorragique, par l'inflammation périituberculeuse. Mais cette conception ne suffit pas à rendre compte de tous les cas d'hémoptysie par poussée. Lorsque l'hémorragie est abondante, il faut penser plutôt à l'ouverture d'un vaisseau ; c'est qu'alors le processus caséeux à ulcéré l'un de ces vaisseaux altérés et béants qui rampent au milieu d'anciennes formations de tuberculose scléreuse. Les hémoptysies sans poussée évolutive ont une autre pathogénie ; elles surviennent habituellement chez des sujets porteurs de lésions plus ou moins discrètes, mais scléreuses, de leur poumon ; c'est dans ces cas que l'on constate à un sommet de la submatité, de l'augmentation des vibrations, de la rudesse ou de la diminution du murmure vésiculaire ; ces malades sont les tuberculeux abortifs de Bard, les tuberculeux latents de Bezançon. Or, dans ces fibroses pulmonaires, le tissu scléreux est extrêmement vascularisé (Bard) ; les vaisseaux qui le parcourent sont élargis, ont des tuniques très altérées ; ils peuvent donc se rompre facilement, sans doute sous l'influence d'une poussée d'hypertension artérielle ; l'augmentation de pression pulmonaire relève de mécanismes différents, par exemple de l'effort, de la toux ou de phénomènes de congestion vasculaire comme celle que provoquent, par exemple, les règles. Il est également possible que, chez certains sujets, la tendance aux hémoptysies répétées dépende de certains troubles de la coagulabilité du sang ou d'un certain degré d'insuffisance hépatique (Weil).

Telles sont les conclusions de la thèse de Weil qui a très minutieusement précisé quelques formes des hémoptysies tuberculeuses, qui a, sur plus d'un point, apporté des idées nouvelles et riches en déductions pratiques. On comprend en effet que cette distinction en hémoptysies par poussée évolutive et hémoptysies sans poussée a une grande importance pour le pronostic de la tuberculose pulmonaire ; le traitement lui-même devra être basé sur la pathogénie des hémoptysies, et en ce qui concerne le traitement du symptôme hémoptysie, et en ce qui concerne le traitement général de la tuberculose pulmonaire.

M. BRELET.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

VARIÉTÉS

LE CINQUANTENAIRE DE L'OVARIOTOMIE EN FRANCE

Le 2 juin 1912, il y eut cinquante ans que Kœberlé pratiqua avec succès la première ovariotomie en France.

Pour se rendre compte de l'importance de ce fait, il faut se rappeler qu'à cette époque un chirurgien qui osait entreprendre une telle opération était traité de criminel par les maîtres français alors que l'ovariotomie était pratiquée couramment en Amérique, en Allemagne et en Angleterre où Baker-Brown, Spencer Wells, Taylor Smith produisaient des statistiques les plus favorables (jusqu'à 60 p. 100 de guérison).

Une évolution commençait néanmoins à se produire sous l'influence de Nélaton.

Dans sa leçon clinique du lundi 25 novembre 1861, Nélaton, rentré depuis peu de Londres où il avait assisté à cinq opérations d'ovariotomie pratiquées par Baker-Brown, rendait compte à son auditoire de ces faits et résumait ainsi son opinion (1) :

« 1° Il y a lieu d'encourager au lieu de blâmer les chirurgiens disposés à pratiquer l'ovariotomie quand ils la jugeront indiquée ;

2° L'indication existe quand un kyste multiloculaire commence à amener le dépérissement ou une série d'accidents sérieux. »

Quelques mois après, le 2 juin 1862, Eugène Kœberlé, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg, pratiquait une ovariotomie en présence de Schützenberger, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, d'Hergott, Aubenas et Hecht, agrégés. Le 20 juin l'opérée était considérée comme guérie ; et, son observation adressée à l'Académie de médecine, dans sa séance du 1er juillet 1862, était renvoyée par le président Bouillaud à l'examen d'une commission composée de Nélaton, Malgaigne et Huguier (2).

Si l'histoire de la médecine a pu enregistrer en France des cas antérieurs à celui de Kœberlé, tels que les cas de Laumonier en 1781, de Vaullegeard (de Condé-sur-Noireau) en 1847 (in *Gaz. des hôpit.*, 1848, p. 92), il n'en est pas moins vrai que l'opération de Kœberlé, avec ses indications et sa technique précises, constitua un événement chirurgical dont la portée fut incalculable et qui valut à son auteur une gloire impérissable.

A partir de cette opération du 2 juin les ovariotomies se multiplient en effet en France.

Le 9 juillet 1862, Nélaton en pratique une avec succès (3), le 15 septembre c'est au tour de Boinet (4), le 29 septembre, le 29 octobre et le 20 décembre Kœberlé enregistre trois nouveaux succès.

L'ovariotomie a ouvert la voie à toute la chirurgie abdominale. C'est pourquoi nous tenons à en rappeler les débuts en France et à rendre hommage au maître de Strasbourg qui termine sa vie dans une laborieuse retraite bien digne de sa belle et grande carrière chirurgicale.

A. RICARD,
Agrégé,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1861, p. 559.
(2) *Gaz. des hôpit.*, 1862, p. 316.
(3) *Gaz. des hôpit.*, 1862, p. 438.
(4) *Gaz. des hôpit.*, 1862, p. 385.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 31 MAI 1912)

Hydratation de l'organisme provoquée par le bicarbonate de soude et le chlorure de sodium dans un cas de néphrite hydropigène. — MM. ACHARD et RIBOT avaient constaté précédemment que, dans l'hydratation de l'organisme provoquée par les fortes doses de bicarbonate de soude, le sodium n'était pas retenu et s'éliminait en majeure partie chez un malade atteint de néphrite hydropigène comme chez d'autres sujets.

Une contre-épreuve, faite en donnant le sodium à dose équivalente mais sous forme de chlorure, a confirmé ce résultat et montré la différence d'effets des deux sels de sodium.

Avec le bicarbonate, 30 grammes par jour pendant trois jours ont fait monter le poids de 1500 grammes en deux jours; la même dose répétée cinq jours l'a fait monter de même en trois jours. Avec le chlorure, 20 grammes par jour pendant deux jours ont réalisé cette même élévation dès le premier jour.

Avec le bicarbonate, la dose totale de 24 grammes de sodium la première fois a maintenu le poids à son maximum deux jours, celle de 41 grammes, la seconde, l'a maintenu quatre jours. Avec le chlorure, la dose totale de 15 grammes de sodium seulement l'a maintenu quatre jours.

Avec le bicarbonate, la première fois, la descente au poids primitif a demandé trois jours et la seconde huit jours; avec le chlorure, elle a demandé neuf jours.

Ainsi les 15 grammes de sodium du chlorure ont produit à peu près les mêmes effets que les 40 grammes du bicarbonate.

En outre, le sodium du bicarbonate s'est éliminé en proportion très importante tandis que celui du chlorure ne s'est éliminé que d'une manière insignifiante.

Par conséquent, chez un malade apte à faire de la rétention chlorurée, le chlorure de sodium se montre plus puissant que le bicarbonate de soude pour réaliser l'hydratation saline de l'organisme, et ce pouvoir lui vient moins du sodium que du chlore.

Ictère polycholique aigu à la fois par hémolysinémie et par fragilité globulaire au cours d'une anémie splénomégalique. — MM. A. CHAUFFARD, Jean TROISIER et Lucien GIRARD. Une jeune femme, grande anémique depuis son enfance, est prise, après un accouchement accompagné d'une très abondante hémorragie, de douleurs dans le flanc gauche, et on constate alors l'existence d'une grosse splénomégalie. Elle devient ictérique avec cholurie et urobilinurie, polycholie intestinale. Son degré d'anémie est extrême (10 p. 100 d'hémoglobine et 800000 globules rouges). En deux mois, amélioration progressive de l'état anémique, mais sans modification de la splénomégalie qui, probablement, était de date déjà ancienne.

L'examen biologique du sang a montré au début l'existence simultanée d'une notable fragilité globulaire (4' = 0,64) et d'une puissante isolysine libre dans le sérum, sans autoagglutination.

Progressivement, et à mesure que remonte le taux des hématies et de l'hémoglobine, la fragilité globulaire et l'hémosylinémie diminuent, celle-ci disparaissant plus tardivement que la fragilité globulaire.

Le sang de l'enfant ne contenait pas d'hémolysines et la résistance globulaire était normale; de plus, les globules rouges de l'enfant résistaient à l'action hémolysante du sérum maternel; ils semblaient protégés par immunisation transmise comme par une sorte d'antihérédité.

L'origine de ce double processus associé d'hémolysinémie et de fragilité globulaire paraît devoir être cherchée dans la splénomégalie, simplement anémiante d'abord, puis devenue hémolysante après l'hémorragie puerpérale.

Cette observation est la première où l'on signale un pareil syndrome biologique, et forme comme un fait de passage entre l'ictère congénital hémolytique, les ictères hémolytiques acquis, les ictères hémolysiniques, montrant ainsi l'unité fondamentale, sous des apparences diverses, du processus hémolytique.

Ictère et état méningé. — M. SOURDEL rapporte l'histoire clinique d'un malade qui, au décours d'un ictère infectieux, a présenté à deux reprises, à deux jours d'intervalle, un état méningé caractérisé par l'hyperthermie (40 degrés), une céphalée très intense, des vomissements, de la constipation, des troubles sensitifs et vaso-moteurs, l'abolition d'un réflexe abdominal, un pouls rapide et inégal (rythme de 72 à 132 pendant la même minute), du strabisme et un léger nystagmus. C'est une observation à ajouter aux faits déjà publiés ici même par MM. Guillain et Ch. Richet fils, par MM. Noël Fiessinger et M. Sourdel. Elle se distingue cependant des cas antérieurs en ce que l'état méningé a suivi l'ictère. Cet état méningé a été très accentué, évoluant par poussées très rapidement. Si bien que le malade est passé presque sans transition d'un état très inquiétant à une santé parfaite.

La ponction lombaire et l'hémoculture, pratiquées à différentes reprises, aux différentes phases de la maladie, n'ont donné que des résultats négatifs.

Fièvre bilieuse hémoglobinurique. — MM. ACHARD et SAINT-GIRONS relatent l'observation d'une femme de trente-sept ans, atteinte de paludisme ancien et venue du Soudan à Paris pour se faire opérer de l'appendicite par M. Routier. Comme elle avait de la fièvre on lui avait fait prendre de la quinine et de l'antipyrine. Un accès de fièvre bilieuse hémoglobinurique survint, avec frissons, température à 39°6, ictère franc, vomissements et selles bilieux, urines noires. La température déclina rapidement, mais malgré les injections d'eau salée et de solutions de glycose, la malade resta très oligurique, très adynamique et très anémiée : les globules rouges tombèrent en deux jours de 1570000 à 782000, et l'hémoglobine de 35 à 15. Une transfusion du sang, faite par M. Delbet, relève les globules à 1080000 et l'hémoglobine à 23. Mais la mort survint à la fin du cinquième jour.

On a souvent noté, comme chez cette malade, l'influence de la quinine sur l'apparition de la fièvre bilieuse chez les anciens paludéens. La mort ne peut être ici attribuée exclusivement ni à l'anémie ni à l'anurie qui ne fut pas assez prolongée. Il est probable qu'elle résultait d'une toxémie complexe, facilitée par la rétention de cause rénale et déterminant l'adynamie et la faiblesse cardiaque. La rétention de substances toxiques est d'autant plus vraisemblable que l'urée du sérum s'éleva de 0g50 p. 1000 le lendemain de l'accès à 2 grammes le surlendemain.

La pathogénie de l'hémoglobinurie mérite d'être discutée. Le premier jour de l'accès le sérum était laqué, mais le plasma recueilli dans une solution oxalatée ne l'était pas. Le sérum ne renfermait pas d'hémolysines. D'autre part, les globules rouges n'étaient nullement fragiles à l'égard des solutions salines ni des sérums normaux. Rien, en somme, n'indiquait une hémoglobinémie.

Quant à l'urine, elle renfermait une grande quantité d'hémoglobine le premier jour de l'accès. Mais, en outre, dans le sédiment assez abondant on trouvait de nombreux débris d'hématies et un certain nombre d'hématies bien reconnaissables. En l'absence de l'autopsie qui ne put être faite, on ne sait s'il existait des hémorragies rénales. Mais l'existence de globules rouges, en voie d'hémolyse dans l'urine jointe à l'absence d'hémoglobinémie et d'hémolysines dans le sang, permet de rapprocher ce cas d'un autre précédemment publié par MM. Achard et Saint-Girons dans lequel l'hémoglobinurie

survenue chez un typhique au cours d'un syndrome hémorragique pouvait être attribuée à l'hémorragie rénale et à l'hémolyse accomplie secondairement dans l'urine.

La dilatation de l'estomac. — M. G. Leven. Le diagnostic de la dilatation de l'estomac, basé sur la recherche du clapotage et sur le siège de ce clapotage entraîne de nombreuses erreurs de diagnostic. En effet le clapotage peut s'observer, par exemple, chez des aérophages sans dilatation et il fait défaut dans des cas de dilatation extrême.

L'étude du mode de remplissage avec ses caractères spéciaux, faite radioscopiquement, ou encore notre procédé clinique de la « douleur signal » (qui a pris naissance au cours de nos examens radioscopiques) est le seul moyen certain de connaître la dilatation et l'allongement gastrique.

Or cet allongement mérite d'être fixé de façon précise car le relèvement de l'estomac, pratique thérapeutique indispensable, n'est possible et utile qu'autant que la limite inférieure du viscère est connue.

La physiologie pathologique de la dilatation de l'estomac démontre qu'un grand nombre de symptômes attribués à la stase et à l'autointoxication sont des symptômes réflexes dus au tiraillement des plexus nerveux.

Ictère par rétention dans la période secondaire de la syphilis. — M. Legendre.

Hémorragie méningée. — MM. J. Babinski et J. Jumentié rapportent deux cas d'hémorragie méningée assez particuliers.

1° Hémorragie méningée à forme jacksonienne suivie de mort. A l'autopsie on trouve un gros caillot sanguin comprimant la région motrice de l'hémisphère gauche dû à une hémorragie pie-mérienne. Hémorragies sous-pie-mériennes et suffusions intracérébrales coexistantes. Discussion d'une intervention chirurgicale dans des cas analogues.

2° Hémorragie méningée à rechutes chez un syphilitique : Guérison. A propos de ce cas, les auteurs font remarquer que chez le premier malade les lésions méningées et artérielles étaient celles de la syphilis ; ils ont eu l'occasion depuis de voir deux cas d'hémorragie méningée chez des syphilitiques ; ils pensent donc que la syphilis doit être assez souvent la cause des lésions méningées et artérielles déterminant les hémorragies méningées.

FORMULAIRE

L'INTRAIT DE MAUVE DANS LE TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION

M. Pron (d'Alger) a communiqué à la Société de thérapeutique du 8 mai les résultats qu'il a obtenus en utilisant les principes mucilagineux de la mauve chez les constipés.

Après divers essais, l'auteur s'est arrêté à la formule suivante :

Intrait de mauve	100 grammes
Alcool à 40 degrés	200 —
Sirop simple	300 —

M. Pron conseille la dose moyenne d'une cuiller à café, le matin à jeun, dans un demi-verre d'eau. Il n'y a pas d'inconvénient à prendre le médicament entre les repas, mais il agit alors peut-être moins.

L'intrait de mauve se comporte physiologiquement, dit l'auteur, comme une décoction de graines de lin ou de psyllium ; il agit en facilitant la progression, le glissement du bol fécal chez les atoniques, en diminuant le spasme chez les autres sujets. Il a sur les graines ci-dessus l'avantage de ne demander aucune manipulation et surtout d'être beaucoup mieux accepté des malades.

L'intrait de mauve n'exerce aucune action irritante sur le tube digestif, n'a pas de contre-indication et n'amène aucun malaise. Il peut être utilisé facilement chez les enfants.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de la blennorragie et de ses complications (1), par le docteur Georges Luys.

C'est, en effet, un véritable traité que vient d'écrire M. G. Luys, car il consacre à la blennorragie et à ses complications plus de 500 pages illustrées de nombreuses figures. On peut croire sans peine qu'une œuvre pareille est complète et que l'auteur, sans sacrifier aucune des parties de son livre, a fait une étude très détaillée de tous les procédés thérapeutiques imaginés par nos contemporains. Certes, nul n'était plus qualifié que lui pour mener à bien cette tâche ; depuis nombre d'années M. G. Luys a consacré à ce sujet bien des publications ; par l'invention de son urétroscope, il a facilité l'exploration de l'urètre blennorragique et l'application d'une thérapeutique rationnelle. Aussi le chapitre consacré à l'urétroscopie est-il très complet ; la grande expérience de l'auteur lui a permis de formuler nombre de considérations intéressantes et les planches qui accompagnent ce chapitre seront particulièrement appréciées du lecteur. On trouvera même à propos de la blennorragie anorectale la description du rectoscope de Luys.

C'est assurément le chapitre thérapeutique qui intéressera surtout nos confrères ; ils y trouveront toutes les indications nécessaires, à commencer par la prophylaxie pour terminer par l'électrolyse. L'auteur a cependant su se borner et s'il a décrit les applications des ions, l'électrolyse, les bougies thermo-électriques, etc., au moins a-t-il insisté très longuement sur les grandes méthodes thérapeutiques : lavages, instillations, dilatations et surtout traitement urétroscopique.

On voit que M. Luys a fait là une œuvre considérable qui vient s'ajouter à la longue liste de ses travaux personnels et fait honneur à l'Ecole urologique française. L. Imbert.

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 11, 14 mars 1912.) A. Schittenhelm : Destruction d'albumine, anaphylaxie et sécrétion interne. — Aschoff : Pathogénie de l'ulcère gastrique ; ses relations avec le cancer. — Fujinami : Méthode simple pour la découverte radiologique de la sécrétion dans l'estomac en activité. — Henins : Importance du tubage gastrique pour le diagnostic. — Politzer : Nature et rôle du corps albuminoïde précipitable par l'acide acétique, dans l'albuminurie orthostatique. — Pick : L'hérédité des maladies. — Reunert : Sur la connaissance de la tuberculose inflammatoire. — Rœpke : Etat actuel du diagnostic de la tuberculose. — Engelen : Traitement de l'angiocholite par le chologène. — Liebermann : Traitement de la blépharite. — Korb : Sur la prothémine.

(1) Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin.

Gazette des praticiens. — (N° 418, 1er mars 1912.) PHOCAS : De l'appendicite chronique. — D'ESPINE : La pneumonie lobaire de la première enfance. — (N° 419, 15 mars.) André PHILIBERT : Le traitement médical de la péritonite tuberculeuse.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 9, 3 mars 1912.) J. SABRAZÈS : Percussion pulpaire palpatoire avec l'index droit. — ORAISON et PETGES : Cancer des ramoneurs du pénis; papillome malin envahissant; endo-papillome (5 fig.). — (N° 10, 10 mars.) ORAISON et PETGES : Cancer des ramoneurs du pénis; papillome malin envahissant; endopapillome (*fin*). — (N° 11, 17 mars.) MOULINIER : Mouvements actifs du myocarde pendant la diastole et fibrillations auriculaires. — Paul LEMAIRE : Réaction de Russo et fièvre typhoïde. — LEURET et ESQUIER : La destinée des spermatozoïdes chez les adultes continents. — GINESTOUS : 606 et atrophie du nerf optique d'origine tabétique. — (N° 12, 24 mars.) SÉRÉGÉ : Quelques remarques sur la pathogénie des ulcérations gastriques. — (N° 13, 31 mars.) H. SÉRÉGÉ : Quelques remarques sur la pathogénie des ulcérations gastriques (*fin*).

Lyon médical. — (N° 9, 3 mars 1912.) PIÉRY : Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel. — DAROUX : Greffes de nerfs pneumogastriques. Résection bilatérale des pneumogastriques chez le chien. — (N° 10, 10 mars.) PIÉRY : Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel. — (N° 11, 17 mars.) GALLAVARDIN : Du block partiel spontané et toléré. — (N° 12, 24 mars.) GALLAVARDIN : Du block partiel spontané et toléré (*fin*). — (N° 13, 31 mars.) MINET : Zonas atypiques et immunisation zonateuse.

Marseille médical. — (N° 5, 1er mars 1912.) TOREL : La conférence sanitaire internationale de 1912. — D'ASTROS : Un cas de vaccine généralisée terminée par la mort. — LOUGE : Ostéoarthrite tuberculeuse du pied gauche traitée par l'enfumage iodé. — PAGLIANO et DE LUNA : Cirrhose de Hanot chez un enfant; infantilisme consécutif. — Léon CLÉMENT : Un cas de fracture de la clavicule traité par la position de Couteaud. — (N° 6, 15 mars.) POUCEL : Trochanteralgie. — Ch. MATTEI : Sur trois cas de fracture de la voûte cranienne chez l'enfant. — P. FIOLLE et L. CLÉMENT : Note sur une splénectomie pour écrasement de la rate. Rate supplémentaire concomitante. Examen du sang.

Medical Record. — (Vol. LXXXI, n° 7, 17 fév. 1912.) A. L. SORESI : L'éducation médicale générale ; la médecine préventive seule rationnelle. — Alfred GORDON : Dégénérescence des cordons postérieurs de la moelle chez un sujet non tabétique. — G. B. TAYLOR : Les végétations adénoïdes chez les écoliers et leur influence sur l'état général. — (N° 8, 24 fév.) Harlow BROOKS : Etude du cœur dans la syphilis (d'après 50 observations). — G. A. FRIEDMAN : Evaluation quantitative de la trypsine et de l'amylase dans les matières fécales. — A. T. GAILLARD : Les cellules épithéliales trouvées dans l'urine : leur différenciation et leur valeur diagnostique. — George SANDERS : Traitement bactérien de la tuberculose pulmonaire. — (N° 9, 2 mars.) Charles H. MAYO : Défaut de rotation du côlon. — Alexander S. LEVERTY : Un cas de paralysie générale foudroyante, suivi d'autopsie. — L. BOLTON-BANGS : Orchite avec symptômes inusités. — (N° 10, 9 mars) Charles L. DANA : Les névroses professionnelles. — Eugène D. BONDURANT : Hystérie et psychothérapie. — Max EINHORN : Expériences d'alimentation duodénale. — Philip HOROWITZ : Action du bacille lactique sur le taux du sucre dans l'urine des diabétiques. — C. P. FARNSWORTH : Cas d'imperforation anale et de malformations rectales.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 11, 12 mars 1912.) STRAUB et SCHLAYER : L'urémie est-elle une intoxication acide. — BENNECKE : Sur nos insuccès avec la transfusion de sang dans l'anémie pernicieuse. — V. GRAFF et VON ZUBRZYKI : L'hémolyse du sang de cheval par le venin de cobra dans la grossesse et le cancer. — KÖNIG : Opération radicale des grosses hernies. — DENIG : Intervention dans les concrétions calcaires oculaires. — SKUTETSKI : Examen des échanges dans un cas de polymyosite aiguë. — KÖRBER : Traitement de la scarlatine par l'eucalyptus. — MULLER : Expériences avec la quinine en obstétrique. — BARCANOVITCH : Traitement radical de la malaria avec une nouvelle préparation d'arsenic et d'argent, « l'argentarsyl ». — DALMER : Expulsion d'un calcul fécal par la vessie. — JANUS : Technique de l'irradiation des organes profonds. — LINDNER : Le cancer gastrique au point de vue chirurgical. — NASSAUER : Traitement vaginal par les poudres. — LŒNING : Sur le phenyldimethylpirazolonamidomethausulfate de soude, nouvel antipyrétique.

Revue de chirurgie. — (N° 3, 10 mars 1912.) S. BANZET : Indications de l'extraction tardive des projectiles intracérébraux (5 fig.). — P. MOCQUOT et L. HOUDARD : La valeur topographique des veines de la région pylorique (13 fig.). — E. QUÉNU : Etudes critiques sur les fractures du cou-de-pied [16 fig.] (*suite*). — DESTOT : A propos des fractures du cou-de-pied. — G. PASCALIS : Tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux, indications opératoires et traitement chirurgical [2 fig.] (*fin*). — E. MARQUIS : La désinfection exclusive des mains par l'alcool sans lavage ni savonnage préalable [3 pl.] (*fin*).

Revue de médecine. — (N° 3, 10 mars 1912.) A. CHAUFFARD et H. RENDU : Un cas d'éclampsie diabétique. — Jean MINET et J. LECLERCQ : Les zonas atypiques (deuxième mémoire). — Ch. ROUBIER et H. BOUGET : Du pyopneumothorax dans la syphilis pulmonaire. — Hubert CLEU : La maladie du cardinal de Richelieu.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 9, 2 mars 1912.) G. BARIL : Etude sur les rapports cliniques du 606 avec l'oreille interne. — (N° 10, 9 mars.) JACQUES : Du mécanisme vocal et des registres de la voix. — (N° 11, 16 mars.) Wesley CARTER : Correction des difformités nasales par des moyens mécaniques et par transplantation osseuse. — (N° 12, 23 mars.) CONSIROLES : Un cas de mastoïdite aiguë fistulisée dans l'intérieur de la cavité cranienne. — (N° 13, 30 mars.) E. JUNCA : L'électrodiagnostic dans les maladies du labyrinthe.

Revue neurologique. — (N° 5, 15 mars 1912.) A. THOMAS et Mlle KONONOVA : Atrophie croisée du cervelet chez l'adulte (6 fig.). — HALBERSTADT : Contribution à l'étude des troubles mentaux dans le goitre exophtalmique. — MESTREZAT : Examen chimique du liquide céphalo-rachidien. Sa valeur clinique; syndromes humoraux des diverses affections. — (N° 6, 30 mars.) LHERMITTE et BOVERI : Sur un cas de cavité médullaire consécutive à une compression bulbaire chez l'homme, et étude expérimentale des cavités spinales produites par la compression (5 fig.). — Lévi BIANCHINI : Sur un nouveau réflexe de la cuisse observé chez les aliénés cholériques.

Tunisie médicale. — (N° 2, fév. 1912.) HESNARD : Contribution à l'étude des psychopolynévrites paludéennes. — BLAIZOT : La réaction de Wassermann à l'Institut Pasteur de Tunis pendant l'année 1911. — René BROC : Essai sur le langage médical populaire tunisien. — (N° 3, mars.) LEFÈVRE : Les Aïssaouas. — R. BROC : Essai sur le langage médical populaire tunisien (*fin*). — BOUQUET : Trois cas de fistule du canal de Sténon.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.


ELIXIR de
VIRGINIE
NYRDAHL
Souverain contre :
VARICES -:- HÉMORROÏDES
VARICOCÈLES -:- PHLÉBITES
ACCIDENTS de la PUBERTÉ et de la MÉNOPAUSE
(Congestions et Hémorragies)
Échantillon gratuit : PRODUITS NYRDAHL, 20, rue de La Rochefoucauld, PARIS
EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre. ***Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir : pour la première série avant le 15 juin, et pour la deuxième série avant le 15 juillet.***

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 3 juin : MM. Gaultier, 19; Sézary, 17 ; Faure-Beaulieu et Lortat-Jacob, 19.

Prochaine séance, vendredi 7 juin, à quatre heures et demie, à l'hôpital Lariboisière.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve opératoire.* — Séance du 3 juin : MM. Gernez et Marcille, 28 ; Mocquot, 26 ; Martin, 25 ; Mercadé, 24 ; Hallopeau, 28 ; Mathieu, 26 ; Okinczyc, 25.

— DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lenormant, Duval, Robineau, Chaput, Launay (qui acceptent); Sébileau et Richardière (qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation).

— CONCOURS DE L'INTERNAT EN PHARMACIE. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Chameroy, Leprat, Dumonthiers, Lemeland, Durand (Paul), Hamerlin, Demelin, Goret, Frebling, Sainrapt, Laurin, Letourmy, Conchonnet, Regnier, Julie, Gouët, Guytard, Chartier, Guiollot, Philibert, Barberousse, Auvin, Gardères, Larsonneau, Croguennec, Ancibure, Violé, Homo, Beaufour, Porcher, Giberton, Corbasson, Villeneuve, Barré, Ferrand, Debruères, Durand (Georges), Crut, Mabille, Lecoq, Lambert, Aubusson, Darcis, Fialip, Vigny, Chaumont, Guérin, Guioth, Castille, Daniel et Blanc.

CONCOURS DE MÉDECIN DE L'ASSISTANCE MÉDICALE A DOMICILE. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Ferry, Burnier, Rol, Houdard, Janin, Chalard, Gadreau, Hutinet, Strauss, Bougeant.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONCOURS DU PROSECTORAT (1912). — Epreuve de médecine opératoire : MM. Barbet, 25 ; Cadenat, 27 ; Pascalis, 28 ; Mock et Houdart, 26 ; Moure, 23 ; Girode, 24 ; Cruet, 22.

Epreuve de dissection : MM. Barbet et Cadenat, 29 ; Pascalis, Mock et Houdart, 27 ; Girode, 28.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Cadenat et Houdart.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — Un concours pour deux places de chef de clinique médicale sera ouvert à la Faculté de médecine de Bordeaux le lundi 8 juillet 1912, à neuf heures du matin.

Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au jeudi 4 juillet, à quatre heures.

— Un concours pour deux places de chef de clinique chirurgicale sera ouvert à la Faculté de médecine de Bordeaux le lundi 22 juillet 1912, à neuf heures du matin.

Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au jeudi 18 juillet, à quatre heures.

VOYAGE D'ÉTUDES. — Le voyage d'études de la IXe session de l'A. P. M. reste fixé définitivement au 3-31 août 1912 en Croatie, Balkans, Turquie, Grèce, Italie.

Le programme définitif paraîtra dans le numéro de juin de la *Revue de l'association* (envoi franco contre 0 fr. 60 pour la France et 0 fr. 75 pour l'étranger) avec les modifications d'itinéraires employées au cas où la guerre n'aurait pas cessé à ce moment.

Bureau de l'A. P. M., 12, rue François-Millet, Paris XVIe, le mercredi et le samedi, de trois à quatre heures.

RENSEIGNEMENTS

CLINIQUE CHIRURGICALE

École de médecine d'Amiens.

APERÇU CLINIQUE

SUR LES

AFFECTIONS DE L'ESTOMAC ET DU DUODÉNUM

Par M. V. PAUCHET.

« L'homme, a dit W. Mayo (1), meurt rarement de la maladie dont il a souffert pendant sa vie. » L'autopsie fait constater, non pas la cause véritable du décès, mais sa cause immédiate, c'est-à-dire la complication qui succède à une maladie chronique. L'anatomo-pathologiste ne voit donc pas l'affection telle qu'elle existait pendant sa période curable ; il ne peut nous renseigner sur la *pathologie du vivant* (Moynihan), la seule qui intéresse le praticien. Sans doute il y a des exceptions et l'autopsie nous montre parfois la vérité; par exemple au cours d'un ulcère gastrique la perforation aiguë de l'estomac où l'hémorragie foudroyante conduit immédiatement à la mort du sujet; la maladie causale est alors reconnue de visu; mais les affections communes de l'estomac n'ont jamais été vues à l'autopsie; le plus souvent elles n'existent que dans l'esprit du malade et du médecin. Le chirurgien a jeté la lumière sur ce chapitre de pathologie ; ce sont les opérations abdominales qui ont mis au point la question.

Le nombre des patients qui consultent le praticien pour leur estomac pourrait faire supposer que cet organe est souvent malade ; il n'en est rien. L'estomac reçoit les traitements les plus variés en pure perte, car sa structure normale n'est pas modifiée. Cette erreur est due à ce qu'on ignore souvent les fonctions de cet organe et ses relations avec les maladies générales ou les affections des autres organes digestifs. Il en est de l'estomac comme de la vessie. Les maladies vésicales ont diminué de fréquence depuis que le cystoscope et les rayons X sont venus aider le clinicien. La tuberculose du rein est responsable de la plupart des cystites chroniques, car le malade attire l'attention du médecin du côté de ses troubles vésicaux.

Eh bien ! l'estomac de son côté est considéré comme responsable d'un grand nombre de malaises qui peuvent être mis sur le compte de tout autre organe. Quelle est la cause de cette mystification clinique ? L'estomac est déstiné à plusieurs fonctions. La première est « l'emmagasinage ». Il agit comme une chambre à provisions qui renferme du charbon destiné au générateur. Il distribue lentement à l'intestin le stock alimentaire destiné à l'absorption et à l'assimilation. Les aliments mêlés à la salive tombent dans la grosse tubérosité de l'estomac et forment une masse où ils restent pendant vingt à trente minutes. Les sécrétions gastriques sont presque exclusivement produites par l'extrémité pylorique. La masse alimentaire mêlée aux sécrétions gastriques passe peu à peu dans l'antre du pylore où elle se trouve brassée puis expulsée dans le duodénum. Dès que le milieu gastrique est acide, le pylore s'ouvre et le chyme passe dans le duodénum ; dès qu'un certain degré d'acidité existe dans le duodénum, le pylore se ferme. C'est du duodénum que partent une grande partie des excitations qui provoquent les fonctions du pylore ; ce rôle de « contrôle pylorique » n'est pas confiné au duodénum, mais est également dévolu à l'intestin grêle, au côlon ascendant et transverse, c'est-à-dire à tous les dérivés de l'intestin moyen embryonnaire, de sorte que toute cette partie du tube digestif peut, en cas de lésion, provoquer des troubles du côté de l'estomac.

L'action mécanique de l'estomac sur la masse alimentaire est beaucoup plus importante que son action chimique. Le suc gastrique formé d'une solution faible d'acide chlorhydrique et de pepsine, fragmente la masse alimentaire et la transforme en un tout homogène, rôle insignifiant si on le compare à celui que joue la tunique musculaire. La sécrétion gastrique a une importance physiologique si faible qu'après la gastrectomie qui supprime la petite tubérosité et le pylore, c'est-à-dire la portion glandulaire de l'estomac, aucun trouble ne survient ; de même, après les gastro-entérostomies pour sténose pylorique, le fait que le contenu gastrique soit mêlé au contenu duodénal et neutralisé par les sucs biliaire et pancréatique ne trouble pas les fonctions stomacales.

L'estomac est une poche musculaire chargée de deux fonctions : *contenir les aliments* en assez grande quantité, de façon à permettre des repas espacés, et les modifier par sa nappe glandulaire ; aussi cette poche est-elle divisée en deux compartiments physiologiquement distincts : *a.* la *grosse tubérosité* qui sert à l'emmagasinage et reste sous le contrôle du cerveau (nous sommes conscients de ce qui se passe dans la grosse tubérosité : impression de faim ou de réplétion) ; *b.* l'*antre du pylore* dont les sécrétions sont actives et l'action musculaire puissante. Cette partie de l'estomac échappe en grande partie à notre contrôle.

Les parties du tube intestinal développées aux dépens de l'intestin moyen embryonnaire, c'est-à-dire l'iléon, le cæcum, le côlon ascendant et transverse ne sont pas sous le contrôle du cerveau ; les troubles provoqués par les lésions de l'un de ces segments digestifs sont ainsi rapportés par erreur à l'estomac, qui, lui, est sous le contrôle cérébral ; et le malade accuse ainsi une douleur épigastrique. L'action réflexe de l'intestin grêle sur le pylore a pour but d'empêcher, en cas de lésion intestinale, la nourriture de quitter l'estomac ; il a donc une action protectrice. Si notre intestin grêle ou le gros intestin est altéré, il provoque du spasme pylorique ; la nourriture reste alors trop longtemps dans l'estomac et trouble ses fonctions mécaniques et sécrétoires, d'où dyspepsie et troubles chimiques visibles au tubage. Si nous accordons une trop grande importance aux

(1) W. MAYO. Diseases of the stomach and duodenum from a surgical standpoint, *St-Paul med. Journ.*, janv. 1911 : « Few people with chronic disease die from the malady with which the suffier during life. »

recherches de laboratoire, nous sommes trop enclins à considérer ces conditions secondaires et réflexes comme des affections réelles de l'estomac. Voilà la cause des erreurs de la pathologie gastrique.

Les troubles de l'estomac peuvent être divisés en quatre groupes :

1° Ceux qui sont dus à une *maladie générale* ; les symptômes vrais de cette dernière étant masqués par les phénomènes gastriques. C'est ainsi que les chirurgiens ont eu parfois l'humiliation de gastro-entérostomiser ou d'explorer par laparotomie des sujets atteints d'insuffisance cardiaque ou rénale, des tabétiques au début, etc. Les médecins ont donné de la pepsine et de l'acide chlorhydrique à des brightiques ignorés ; ils ont considéré comme ulcère gastrique des gastrorragies dues à la cirrhose du foie ou des vomissements gravidiques.

2° Le second ordre de troubles gastriques peut être groupé sous le nom d'*atonie gastrique, gastroptose et névrose gastrique*. L'atonie donne naissance au clapotement ; les parois abdominales sont flasques et l'aorte vient battre sous la peau comme s'il s'agissait d'un anévrisme. La chute de l'estomac fait partie de l'entéroptose, et bien que les rayons X montrent que l'intestin soit descendu, l'estomac arrive encore à se vider assez bien. Il n'y a point d'obstacle pylorique véritable.

La névrose gastrique est une affection fréquente ; tantôt c'est une femme de vingt ans qui vomit immédiatement après la prise de nourriture ; tantôt c'est un homme de quarante ans, neurasthénique et amaigri dont l'estomac ne supporte aucun aliment. La gastro-entérostomie n'agit chez eux que comme moyen suggestif. Il faut reconnaître que la psychothérapie a pour les guérir d'autres procédés que la chirurgie et comme les insuccès sont fréquents il faut se garder de compromettre ainsi une bonne opération.

3° Le *troisième ordre* de troubles gastriques est provoqué par une affection du tube intestinal : appendicite, lithiase biliaire, tumeurs de l'iléon ou du côlon ; invagination chronique, tuberculose intestinale, etc.

4° Enfin, le *quatrième groupe, le plus petit de tous* (un sur dix) correspond aux ulcères et aux cancers d'estomac et du duodénum. De toutes les dyspepsies, et gastrites des traités classiques, il ne reste, pratiquement parlant, rien.

Les erreurs de diagnostic sont plus souvent le résultat d'un manque d'examen, plutôt que d'un manque de connaissance [*Mistakes in diagnosis are more of ten the result of a lack of examination than a lack of knowledge*, W. Mayo (1)]. Le praticien qui veut diagnostiquer une affection gastrique supposée doit faire un *examen clinique général*, explorer tous les organes abdominaux, le tube digestif et le système nerveux, pour éliminer les troubles qui peuvent simuler une affection gastrique ; c'est alors seulement qu'il pourra penser à l'estomac. Alors, il devra interroger le sujet et savoir si les douleurs sont intermittentes ou non, et à quel moment exact ces douleurs apparaissent par rapport aux repas, si elles sont augmentées ou soulagées par la prise des aliments, etc. Ceci étant fait il devra palper, inspecter et percuter l'estomac puis recourir au tubage. Ce tubage comprendra trois temps :

Premier tubage. — Retirer le contenu gastrique ; en faire l'examen grossier. En cas d'ulcère il présente l'odeur âcre du suc gastrique normal ; en cas de cancer il est souvent fétide et renferme quelques grains couleur de café ; s'il y a obstruction, les substances alimentaires sont retrouvées à l'œil nu ou au microscope.

Deuxième tubage. — Insuffler l'estomac avec le tube de Faucher ou la poire de thermo ; on voit se dessiner le contour et la position de l'organe. Souvent une tumeur cachée se rend perceptible au palper.

Troisième tubage (repas d'épreuve). — Y a-t-il hyper ou hypo-acidité ? Si oui, c'est en rapport avec une affection bénigne. Si non, ne pas conclure à une tumeur maligne, car les ulcères s'accompagnent souvent d'hypochlorhydrie. Si un débris de tissu est perçu, il faudra en faire l'examen histologique. Rechercher le *sang* visible ou occulte dans les matières et le contenu gastrique.

Il résulte de l'étude précédente que *sur dix malades atteints de symptômes gastriques qui pourraient faire supposer une lésion d'estomac un seul est atteint d'une affection stomacale* ; or, cette affection gastrique réelle est toujours un ulcère simple d'estomac ou du duodénum ou un cancer d'estomac. Le diagnostic reste à faire entre les dernières affections.

Les *trois quarts des cancers d'estomac ont eu pour point de départ un ulcère gastrique* ; quant à l'ulcère gastrique et duodénal nous savons qu'il est le résultat de troubles d'intoxication ou d'infection générale ou digestive qui aboutissent à des érosions de la séreuse, à des nécroses partielles par thrombose artérielle ou veineuse ; en un mot il est vraisemblable que la presque totalité des ulcères gastriques et duodénaux sont eux-mêmes secondaires à une affection du tube digestif ou d'un autre organe. L'*insuffisance rénale* par exemple provoque l'élimination des toxines par l'intestin, favorise la production des ulcères ; les *coudures intestinales* chroniques décrites par Lane produisent une toxémie chronique dont les ulcérations gastro-intestinales peuvent être la conséquence. Très souvent quand on opère un ulcère gastrique ou duodénal, si le chirurgien prend la précaution de regarder l'*appendice*, il constate que celui-ci présente des lésions récentes ou anciennes. Cette fréquence est telle que Moynihan enlève systématiquement l'appendice chez tous les malades qu'il opère pour ulcère gastrique ou duodénal. Il est, en effet, convaincu que là a été le point de départ de l'ulcération du tube digestif. Il y a quelques années on pensait que l'ulcère gastrique était 40 fois plus fréquent que l'ulcère duodénal. Or, actuellement nous savons que l'ulcère duodénal est 5 fois plus fréquent que l'ulcère gastrique.

Quels sont les moyens de faire le diagnostic entre ces deux affections ? En cas d'ulcère gastrique la douleur apparaît dès que le sujet prend de la nourri-

(1) W. Mayo. Loc. cit.

ture. En cas d'ulcère duodénal elle survient trois ou quatre heures après le repas; de plus la faim provoque de la douleur et cette douleur est calmée dès que le sujet mange. Si c'est un ulcère gastrique et si la lésion est située sur la petite courbure, empiétant sur l'une ou l'autre face (ulcère en selle), cas fréquent, les symptômes sont bien nets; la douleur suit l'ingestion des aliments une demi-heure ou une heure après le repas. Cette douleur existe surtout sur la ligne médiane ou à gauche; la pression révèle de la sensibilité locale. Si la main est placée verticalement avec les doigts dirigés vers le thorax, immédiatement au-dessus du rebord costal et à gauche de la ligne médiane et si le patient respire à fond, la pression détermine une douleur aiguë. Parfois cette douleur irradie le long du rebord costal gauche ou bien vers la partie élevée et gauche du thorax, et cela spécialement si l'ulcère est adhérent au diaphragme ou au foie (Moynihan). Si l'ulcère occupe la face postérieure de l'estomac, surtout s'il érode le pancréas, la douleur en broche est constante. Toute douleur profonde, rongeante, persistante dans le dos correspond à une complication du côté du pancréas : *a deep, gnawing, persisting pain in the back is the invariable accompaniment of the ulceration, which burrows in the pancreas* (Moynihan).

La douleur dans le dos est d'ailleurs un symptôme habituel de la pancréatite aiguë.

A l'examen radioscopique de l'estomac bismuthé, on constate deux signes : soit l'aspect du sablier, soit un retard dans l'évacuation; ces phénomènes sont dus au spasme de la tunique musculaire gastrique qui affecte dans le premier cas la zone où siège l'ulcère, et dans l'autre le canal pylorique constituant ce qu'on appelle le pyloro-spasme. Dans le cas d'ulcère pré-pylorique il peut y avoir similitude avec les symptômes d'un ulcère duodénal. Ces cas sont rares. Le diagnostic se fera d'abord par les rayons X. Si l'estomac est hypertonique, c'est-à-dire s'il se vide plus vite que normalement, c'est un ulcère duodénal; s'il est hypotonique, c'est-à-dire s'il se vide lentement, c'est un ulcère gastrique. La recherche de l'acide chlorhydrique libre est intéressante; s'il y a acidité basse c'est plutôt un ulcère gastrique; s'il y a une hyperacidité c'est plutôt un ulcère duodénal. Le diagnostic se fera donc à l'aide de tout l'ensemble des symptômes recueillis par les récits du malade, l'examen direct et l'examen aux rayons X.

Les *calculs de la vésicule* en imposent très souvent pour une affection gastrique. On pourrait même affirmer que la plupart des cas de pierres vésiculaires qui n'ont point donné lieu à des accidents graves sont considérés comme une lésion gastrique.

La plupart des auteurs, médecins et chirurgiens, croyaient jadis que les calculs de la vésicule pouvaient exister sans que le malade n'éprouvât aucun trouble; or, cette affirmation répétée par les classiques est absolument contraire à l'expérience des chirurgiens modernes. Moynihan dit : « Dans toute mon expérience il ne m'est arrivé que deux fois de rencontrer des calculs biliaires sans une dyspepsie vésiculaire antérieure, *a previous history of gallbladder dyspepsia.* » Un grand nombre de dyspepsies soi-disant purement fonctionnelles sont dues à une cholélithiase. La « gastralgie » est un symptôme de cellulose plus fréquent que l'ictère.

Il est en effet remarquable avec quelle fréquence les pierres peuvent exister non seulement dans la vésicule, mais aussi dans le cholédoque sans qu'il y ait subictère. On pense encore que tout malade atteint de lithiase biliaire a présenté de la jaunisse ou des coliques hépatiques à un moment donné de son existence; or la grande majorité des pierres vésiculaires s'accompagnent simplement de troubles gastriques et sont considérées comme gastralgies. Quant aux pierres du cholédoque, les deux tiers d'entre elles n'ont jamais provoqué de jaunisse; par conséquent l'ictère n'est pas du tout un symptôme cardinal de l'oblitération du cholédoque. Il fait défaut dans les deux tiers des cas, et pourtant le diagnostic peut être fait. L'attention doit être attirée sur le cholédoque quand la *pression* révèle de la sensibilité dans la région pancréatico-duodénale et quand le sujet se plaint de troubles de légère *toxémie* chronique intermittente : frisson, chair de poule, amaigrissement, etc. L'examen coprologique fera souvent constater de l'*insuffisance pancréatique*, car la pancréatite accompagne très souvent les calculs du cholédoque.

Les affections du pancréas donnent très souvent le change pour une affection gastrique; le *pancréas* peut être atteint de kyste, de calcul, de néoplasme ou d'inflammation chronique. Les tumeurs malignes sont généralement considérées comme extrêmement graves et font hésiter les opérateurs les plus hardis. Cette lésion, non seulement menace l'existence, mais provoque des douleurs très vives, d'abord par la tumeur elle-même et surtout par l'ictère chronique qu'elle occasionne. La *pancréatite* est le plus souvent due à des calculs du cholédoque, soit que ceux-ci existent encore, soit qu'ils aient existé et aient été éliminés. Cette pancréatite chronique peut entraîner des désordres généraux importants; la glycosurie, par exemple, alors que les îlots de Langerhans sont enflammés. C'est pour cette raison que nous trouvons souvent du sucre dans l'urine des sujets atteints de cholécystite calculeuse. Cela indique que l'opération doit être aussi précoce que possible. Il est vraisemblable que, supprimant les causes, le drainage de la bile fera disparaître à la fois l'inflammation et les troubles généraux.

Conclusions. — Les troubles gastriques sont presque toujours d'origine réflexe; tantôt ils révèlent une affection purement médicale : insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, artériosclérose, tabes au début, tuberculose au début, entéroptose, névrose gastrique, etc.; tantôt ils traduisent une affection chirurgicale de l'abdomen : lithiase biliaire, pancréatite, coudure intestinale, tumeur intestinale, invagination chronique, appendicite chronique, annexite, etc. *Une fois sur 10 seulement il s'agit d'une affection gastrique véritable*; cette affection est alors un ulcère d'estomac ou du duodénum, ou un cancer gastrique. Le diagnostic peut être posé dans la très grande majorité des cas.

ÉRYTHÈME NOUEUX & SYPHILIS

Par C. GUEIT (1),
Interne des hôpitaux de Montpellier.

Une observation de A. Janton (2), parue dans la *Dermatologische Zeitschrift*, a remis en question la nature syphilitique de certains érythèmes noueux.

L'existence de ces formes spécifiques de la péliose rhumatismale est non douteuse et nombre de travaux anciens ou récents (3) les signalent.

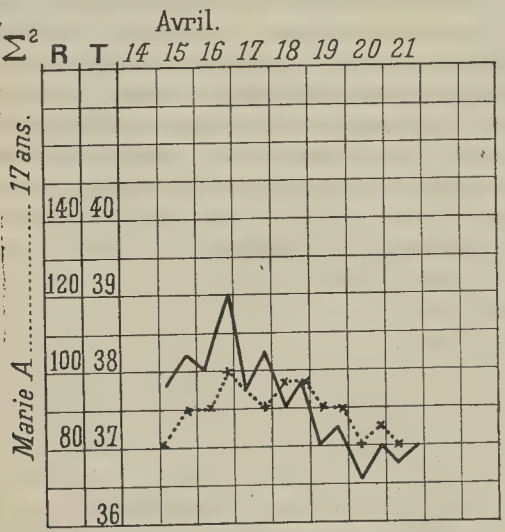
Nous avons observé récemment un cas de ce genre :

A... (Marie), dix-sept ans, fille publique, sans antécédents héréditaires connus, d'une bonne santé habituelle, était entrée le 4 janvier 1912 au service des maladies syphilitiques et cutanées pour roséole syphilitique, syphilides hypertrophiques de la face interne des cuisses, plaques muqueuses des grandes et petites lèvres, de la vulve et de la bouche, ganglions inguinaux et rétro-maxillaires.

Cette fille, d'ailleurs dans un état général assez grave, se plaignait de maux de tête, de frissons avec fièvre, de douleurs dans le bas-ventre.

Traitement méthodique d'injections quotidiennes d'hectine (20 centigrammes) pendant vingt jours et deux séries consécutives, à dix jours d'intervalles, de 20 piqûres de benzoate d'Hg.

Tous les accidents précités disparaissaient en dix ou quinze jours et la malade pouvait être considérée comme momentanément guérie.



Or ces temps derniers, brusquement, et tandis que l'état général s'était grandement amélioré, le 15 avril, la malade se plaint de souffrir des jambes et de la gorge.

Nous constatons au niveau des tibias des plaques rouges, irrégulières, saillantes, douloureuses au palper, chaudes au toucher, véritables nouures rhumatoïdes, et au niveau de la gorge rougeur diffuse d'angine. Pas de plaques, pas d'exsudat amygdalien.

Dans le courant de la journée fièvre élevée, vomissements, maux de tête, constipation, traces d'albumine dans les urines.

Nous prescrivons le salicylate de soude (6 grammes dans un demi-litre de tisane d'orge), régime lacté, repos absolu.

Dans la soirée l'éruption a gagné les bras, la température reste élevée, il y a état saburral très marqué des voies digestives. Rien au cœur.

Le lendemain même état. Il y a 12 centigrammes d'albumine dans les urines. La fièvre est cependant moins élevée.

Les jours suivants, amélioration. L'albumine diminue.

Le 21 avril tout avait disparu. Quelques faibles traces d'albumine persistèrent jusqu'au 24 ou 25.

Il semble que l'apparition de manifestations de cet ordre au cours d'une syphilis secondaire dont l'existence était indéniable entraîne naturellement la conclusion de la nature spécifique de l'érythème noueux que nous avons observé.

Cependant nous ne nous hâterons pas de conclure.

Nul doute que l'érythème noueux ne puisse plus être uniquement considéré comme une entité morbide bien définie, mais de cause inconnue. Dans nombre de cas il faut voir dans cette dermatose noueuse aiguë un syndrome anatomo-clinique d'intoxication microbienne ou toxinienne.

Mais on ne peut nier que les deux affections, érythème noueux et syphilis, ne puissent fort bien coexister ou se succéder chez le même individu sans qu'il y ait forcément corrélation entre les deux.

Est-ce ce qui s'est produit chez notre malade ? Nous ne le pensons pas. Et quoique nombre d'auteurs doutent de l'existence de ces érythèmes noueux syphilitiques (Darier), nous partageons l'opinion de Mauriac qui les a signalés il y a déjà longtemps.

D'ailleurs depuis la communication de M. Landouzy au congrès de Reims en 1907, de nombreux auteurs se sont attachés après MM. Poncet (1), Chauffard et Troisier à montrer la nature infectieuse et surtout toxinienne de certains érythèmes noueux.

Les conclusions de ces auteurs tendant à faire admettre l'existence d'érythèmes noueux tuberculeux peuvent être portées en ce qui concerne les formes syphilitiques.

Nous savons d'ailleurs combien syphilis et tuberculose se ressemblent dans leurs manifestations cutanées.

Cette forme d'érythème noueux ne diffère en rien du schéma classique et notre observation montre combien son diagnostic nous a été facile.

Son pronostic est bénin, ce n'est qu'un épisode aigu vite jugulé. Mais il reste la syphilis.

Quant au traitement, on prescrit volontiers le traitement mercuriel. Si nous ne l'avons pas donné c'est que notre malade venait à peine de prendre la vingtième injection d'une série de benzoate d'Hg, deux jours auparavant. Janton vante l'iodure de potassium. Nous ne l'avons pas essayé.

Le salicylate de soude paraît avoir mordu. Nous l'avions prescrit surtout à titre de désinfectant et comme analgésique.

Quoi qu'il en soit nous pensons avoir eu affaire à un cas d'érythème noueux au cours d'une syphilis secondaire dont la nature spécifique est probable.

---

(1) Travail du service de M. le professeur Vedel.

(2) A. Janton. Ueber erythema nodosum bei Lues secundaria, *Derm. zeits.*, 1911, t. XVIII, p. 1053.

(3) Ulmann. Erythème chronique syphilitique noueux, *W. D. G.*, 18 janv. 1911 ; *A. f. D.*, avril 1911, p. 443. — Pisko. Erythema nodosum, *Manhattan Dermatological Society*, oct.-nov.-déc. 1909; *J. of C. D.*, fév. 1911, p. 113. — Joynt. Erythema nodosum following measles, *Brit. med. Journ.*, 15 avril 1911, p. 867

(1) Poncet. Th. de Pons, Lyon, 1905. — Pic. Erythème noueux et tuberculose, *Lyon méd.*. 31 déc. 1911, p. 1527.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 MAI 1912)

L'ostéo-arthrite déformante à l'époque de la pierre polie. — M. Marcel BAUDOUIN. Dans la sépulture néolithique de Vandrest (Seine-et-Marne) que M. Baudouin a fouillée pour la Société préhistorique française, il a trouvé des ossements humains correspondant à des adultes âgés et présentant les lésions caractéristiques de la maladie appelée aujourd'hui ostéo-arthrite déformante.

Les observations de M. Baudouin sont donc une nouvelle preuve que l'ostéo-arthrite chronique est de beaucoup la plus ancienne de toutes les maladies connues.

Anaphylaxie et immunité. — M. Maurice ARTUS.

Sur les fonctions du pigment. — M. JOUSSET DE BELLESME.

La rétine ne contient pas les principes du nerf optique. — M. N.-A. BARBIERI.

Métabolisme de l'acide oxalique et des oxalates dans l'économie. — M. J.-M. ALBAHARY.

Substances indialysables urinaires éliminées au cours des états diabétiques.

(SÉANCE DU 28 MAI 1912)

Poids du litre normal d'air atmosphérique à Genève. — MM. Ph.-A. GUYE, G. KOVACS et E. WOURTZEL. Les expériences de ces auteurs mettent en évidence de *faibles variations de la densité de l'air en un même lieu* et confirment le point de vue de M. Morley d'après lequel les chutes d'air des régions supérieures (moins riches en oxygène) dans les régions inférieures de l'atmosphère sont généralement accompagnées d'une élévation de la pression barométrique.

Le mécanisme de la coagulation. — M. Jacques DUCLAUX.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 4 JUIN 1912)

Dangers des méthodes simplifiées opposées à la méthode clinique de l'exercice physiologique de la respiration. — M. MOSNY fait un rapport sur un travail de M. Rosenthal (voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 122, p. 1740).

Les interventions chirurgicales capables de modifier la tension intraoculaire. — M. LAGRANGE (de Bordeaux) fait une communication sur ce sujet.

L'œil présente une tension normale résultant du juste équilibre de l'apport et de l'export. Les voies d'export ou voies d'excrétion sont l'angle irido-cornéen (voie principale) et les gaines lymphatiques entourant d'une part les vasa-vorticosa, d'autre part le nerf optique (voies accessoires). Il est possible au chirurgien de combattre la diminution du tonus de l'œil en fermant les voies lymphatiques, en cautérisant soigneusement la sclérotique au niveau du canal de Schlemm dans toute la région limbique depuis la cornée jusqu'à 3 millimètres en arrière.

Cette cautérisation doit être faite après avoir disséqué soigneusement la conjonctive qui est ainsi séparée de la sclérotique et rabattue sur la cornée. Pour bien faire cette opération il faut détacher toute la conjonctive bulbaire à l'aide d'une incision circulaire équatoriale et la séparer de la coque oculaire en rasant cette dernière de très près.

La région du canal de Schlemm est ensuite cautérisée avec la lame plate d'un galvano-cautère entamant les couches superficielles de la sclérotique.

En outre, tout le reste de la sclérotique mis à nu est cautérisé par places assez rapprochées de façon à provoquer la production d'un tissu nouveau, dense, imperméable. Enfin, pour entraîner une réaction de ce genre dans le segment postérieur de l'œil on y fait des injections d'eau salée. L'hypotonie, si commune dans le décollement de la rétine, est ainsi favorablement combattue. Pour remédier à l'hypertonie, il faut au contraire ouvrir la région du canal de Schlemm, faire une sclérectomie perforante antérieure très efficace dans le glaucome.

Stérilisation des objets de pansements. — M. GRIMBERT fait une communication d'où il résulte qu'il n'est pas nécessaire d'exagérer les températures des étuves stérilisatrices. Les pièces de pansements sont parfaitement stérilisées à une température de 120 à 140 degrés.

Les principes purgatifs des aloès. — M. LÉGER lit un travail sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 2 JUIN 1912)

Sur la différenciation élective des diverses substances grasses dans des processus de désintégration du tissu nerveux. Le corps granuleux dans le ramollissement cérébral (1re note). — MM. Gustave ROUSSY et Guy LAROCHE ont étudié les corps granuleux par les diverses colorations électives des substances grasses, aidés de l'examen au microscope polarimètre pour la recherche des corps biréfringents. Dans les foyers de ramollissement cérébral ou les lacunes, ces corps biréfringents existent en très grande quantité dans les corps granuleux, sous forme soit de boule soit de petit pointillé brillant.

Au Sudan III, les graisses sont colorées les unes en rouge, les autres en rouge orange; au Nilblau, en rouge, en rose et en bleu; au Neutralrot, un très petit nombre prennent une teinte rouge ou jaune rougeâtre.

La présence des corps biréfringents qui n'existent pas à l'état normal dans la substance grise cérébrale révèle l'existence dans les corps granuleux de certains lipoïdes (éther de cholestérine, sphingomyéline, cérébroside, etc.

Les colorations électives permettent également de différencier diverses variétés de corps gras (graisses neutres, éther de cholestérine, lipoïdes phosphorées, cérébrosides et acides gras).

De ces recherches actuellement en cours les auteurs estiment qu'une première notion générale semble pouvoir être dégagée. Les phénomènes de résorption ou de désintégration, d'un tissu comme le tissu cérébral, s'accompagnent d'un remaniement ou de modification des graisses composantes de ce tissu. S'agit-il d'une dislocation par le macrophage des graisses qui à l'état normal sont si intimement combinées entre elles et avec les albumines que les complexes qui en résultent laissent difficilement apercevoir leurs éléments simples par nos méthodes grossières? Telle est la question qu'on peut se poser mais à laquelle il est impossible de répondre encore.

Glycosurie et hypophyse. — MM. H. CLAUDE et A. BAUDOUIN communiquent des recherches relatives à la glycosurie déterminée chez l'homme par les injections d'extraits d'hypophyse à des doses correspondant à une ou deux glandes.

Ils ont constaté que cette glycosurie est toujours alimentaire et ne se produit que quand l'individu a reçu des hydrates

de carbone. Seule la détermine l'injection du lobe postérieur, le lobe antérieur n'a aucune activité.

A ce point de vue de la glycosurie les sujets se divisent en deux classes. Dans la première rentrent ceux qui présentent, sous l'influence de l'hypophyse, une glycosurie plus ou moins marquée, plus ou moins prolongée. Ce sont les individus atteints de la diathèse arthritique et en présentant quelques-uns des stigmates (gingivite expulsive, migraines, névralgies, obésité). De même, les malades atteints de petit diabète arthritique. Dans tous les cas, on observe, par l'hypophyse, des glycosuries souvent très marquées (30 à 40 grammes de sucre au litre) dans les échantillons d'urine postprandiaux.

Dans une seconde classe rentrent les sujets qui ne réagissent que peu ou point. La plupart des individus jeunes et normaux sont dans ce cas. De même chez quelques malades tuberculeux la glycosurie n'a pu être obtenue.

Les auteurs considèrent que ces études expérimentales poursuivies avec persévérance et sans parti pris pourront peut-être apporter quelque précision et quelque clarté dans la notion des diathèses.

L'action inhibitrice pneumogastrique par la nicotine se produit encore sur le ventricule de lapin après section des fibres excito-motrices. — MM. C. Pezzi et A. Clerc. Les auteurs, en sectionnant la cloison interauriculaire, ont réalisé sur le cœur isolé de lapin une dissociation complète entre les battements de l'oreillette et ceux du ventricule. Après avoir inscrit ces battements, ils ont constaté que l'appareil inhibiteur intracardiaque excité arrête encore le ventricule. L'excitation a été produite au moyen de la nicotine, après la période d'arrêt, les contractions de l'oreillette et celles du ventricule se renforcent sous l'influence de la nicotine, mais la dissociation persiste.

Méningite et intoxication saturnine. — M. Jean Camus. L'introduction expérimentale dans les méninges de très faibles doses de sels de plomb donne après une période d'incubation des signes semblables à ceux de l'encéphalopathie saturnine. L'introduction de grande quantité des mêmes sels par voie sous-cutanée, veineuse ou digestive, ne donne pas lieu au même tableau symptomatique. Or en même temps que l'injection de sel de plomb dans les veines si on détermine une méningite irritative aseptique non mortelle par elle-même on réalise dans les jours qui suivent le tableau de l'encéphalopathie saturnine. Les résultats sont analogues si les animaux reçoivent l'injection de sels de plomb quelques jours avant ou quelques jours après la production de la méningite.

Ces données paraissent générales et l'expérience peut réussir avec d'autres toxiques que le plomb (toxine tétanique, 606).

M. Jean Camus insiste sur l'intérêt que ces constatations empruntent à la découverte faite dans ces dernières années de nombreuses réactions méningées (oreillons, syphilis secondaire, etc.), qui peu offensives par elles-mêmes lui paraissent pouvoir devenir redoutables si fortuitement elles se trouvent associées à des intoxications exogènes ou endogènes.

Morcellement des différents lipoïdes constitutifs des organes. — M. Iscovesco décrit une méthode générale pour préparer et séparer les différents lipoïdes de chaque organe. Ceux-ci présentent des propriétés différentes, quelquefois même antagonistes.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 25 MAI 1912)

Injections sous-cutanées d'huiles iodées. — M. Lafay montre, par l'étude physiologique de la question des huiles iodées, que les malades ayant un besoin prolongé d'iode (notamment les artérioscléreux, les asthmatiques, les rhumatisants) peuvent, en faisant usage de cette médication, recevoir en huit ou dix jours tout l'iode que nécessite un traitement de quatre, cinq, six mois si on le fait avec les iodiques ordinaires.

Impuissance génitale. — Comme contribution à la discussion sur l'impuissance génitale et les rapports de la génitalité avec le génie, M. Dartigues mentionne des détails de l'autopsie de Napoléon qui a été faite par les docteurs Antomarchi, Schrorr, ainsi que la particularité qui a été notée par le médecin-major Henry, à Sainte-Hélène.

Nouvelle théorie pour expliquer la rétention des prostatiques. — M. Cathelin fait la critique des diverses causes qui ont été invoquées pour expliquer la rétention des prostatiques. Se basant d'une part sur ce phénomène bien mis en lumière par le professeur Guyon, que ce ne sont pas les plus grosses prostates qui donnent le plus de rétention et, d'autre part, sur la présence très fréquente constatée avec le mensurateur de la prostate d'une saillie sous-cervicale médiane, l'auteur expose une « théorie des forces contrariées » en expliquant comment au cours des efforts de miction la paroi antérieure de la vessie vient s'appliquer sur la face antérieure du lobe médian; l'ascension du bas-fond vésical et le rôle de la congestion viennent se surajouter à titre adjuvant à un mécanisme primordial des forces agissant en sens contraire.

M. Guelpa. La rétention dépend surtout de l'état d'irritabilité, de tétanisation du col vésical, déterminés par la nature de l'urine, à la suite de surmenage général, d'ingestion de boissons alcalines et d'excès d'alimentation végétarienne.

M. Le Fur. La localisation de la saillie prostatique au niveau du col vésical et de l'urètre prostatique et le défaut d'élasticité de cet urètre sont les facteurs les plus importants à considérer; les noyaux prostatiques disséminés dans la couche musculaire de la prostate dissocient et paralysent celle-ci jouant à son égard le rôle de véritables corps étrangers et d'agents d'inhibition. A côté de ces causes expliquant la rétention chez les prostatiques, il faut aussi faire jouer un rôle important à la congestion et aux actions réflexes, capitales chez les prostatiques.

La méthode Fliess-Bonnier. — A propos de cette méthode physiothérapique basée sur le rôle prépondérant que joue le système nerveux dans la guérison des maladies, M. Klotz étudie par comparaison les résultats que donne la méthode de désintoxication proposée par M. Guelpa.

M. Guelpa reconnaît que la méthode de Bonnier peut réaliser des guérisons surprenantes, mais celles-ci sont exceptionnelles. Il préfère donc à la « réflexothérapie » la méthode de désintoxication qui, presque toujours, est suivie de succès.

Instrumentation de la haute dose dans l'injection intratrachéale. — M. Georges Rosenthal a modifié l'instrumentation décrite en 1901 avec G. A. Weill. La seringue de Roux de 20 centimètres est munie d'un tube plus grand à l'extrémité inférieure; son couvercle est échancré pour fixer les montants de la fourche de fixation de la canule; celle-ci est une canule de La Jarrige, munie d'une fourche terminée par deux anneaux.

Cette instrumentation sera complétée par l'emploi d'un modèle nouveau de miroir photophore éclairant directement le larynx.

Bains lumineux et artériosclérose. — M. L. A. Amblard montre que les bains thermo-lumineux, agissant mécaniquement et brusquement sur le seul symptôme hypertension, ne constituent qu'un traitement accessoire : un régime alimentaire antitoxique, une médication diurétique médicamenteuse et hydrominérale, restent la base du traitement de l'artériosclérose.

COURS ET CONFÉRENCES

HOPITAL SAINT-ANTOINE (Service de M. le docteur Albert Mathieu). — LEÇONS SUR LES MÉTHODES D'EXPLORATION DE L'APPAREIL DIGESTIF. — Sous la direction de M. le docteur Albert Mathieu, une série de leçons sur la valeur séméiologique des méthodes d'exploration et sur les indications thérapeutiques qu'elles fournissent commencera le lundi 10 juin 1912.

Chaque leçon comportera des exercices pratiques.

Les leçons théoriques auront lieu dans la *salle de consultation de onze heures à midi, les lundi, mercredi, vendredi et samedi.*

Les exercices pratiques auront lieu *chaque après-midi, de deux heures à quatre heures.*

S'inscrire au service de la consultation, tous les matins de huit heures à midi, 23, rue de Citeaux.

Les leçons théoriques et les exercices pratiques auront lieu dans l'ordre suivant :

1° *Lundi 10 juin.* — Onze heures. L'examen extérieur de l'abdomen, par M. J.-Ch. Roux.

2° *Mardi 11 juin.* — Deux heures : Etude des pièces anatomiques macroscopiques, par M. F. Moutier.

3° *Mercredi 12 juin.* — Onze heures. L'examen du suc gastrique; les méthodes d'analyse, par M. Taillandier. — Deux heures. Travaux pratiques : Repas d'épreuve, son extraction. Recherches qualitatives : acide chlorydrique libre, acide chlorydrique combiné, acides de fermentation (lactique, butyrique, acétique), pepsine, lab-ferment, par M. Taillandier.

4° *Jeudi 13 juin.* — Deux heures. Travaux pratiques : Etude des coupes histologiques intéressant les principales maladies de l'appareil digestif, par M. F. Moutier. — Chaque élève recevra une série de coupes comportant les types essentiels des affections de l'estomac et de l'intestin.

5° *Vendredi 14 juin.* — Onze heures. La sécrétion gastrique; ses viciations. Le chimisme normal et pathologique, par M. Taillandier. — Deux heures. Travaux pratiques : Acidité, son dosage. Dosage chlorométrique, méthode de MM. Hayem et Winter, par M. Taillandier.

6° *Samedi 15 juin.* — Onze heures. Le transit stomacal; appréciation de ses troubles, par M. Laboulais. — Deux heures. Travaux pratiques : Variations de la concentration. Méthode de mesure du volume total du contenu gastrique (méthode Mathieu-Remond); le transit stomacal, son appréciation, par M. Taillandier.

7° *Lundi 17 juin.* — Onze heures. Applications cliniques et thérapeutiques des notions ainsi obtenues, par M. J.-Ch. Roux. — Deux heures. Travaux pratiques : Transit stomacal (*suite*). Examen microscopique du contenu gastrique à jeun; recherche du sang, par M. Taillandier.

8° *Mardi 18 juin.* — Deux heures. Travaux pratiques : Suite de l'étude des coupes histologiques, par M. F. Moutier.

9° *Mercredi 19 juin.* — Onze heures. La digestion intestinale (physiologie), par M. Goiffon. — Deux heures. Travaux pratiques : Produits de la digestion gastrique des matières albuminoïdes et des matières amylacées. Dosage de la pepsine et du lab-ferment, par M. Taillandier.

10° *Vendredi 21 juin.* — Onze heures. L'examen histologique des selles, par M. Goiffon. — Deux heures. Travaux pratiques : Préparation du régime d'épreuve. Examen extérieur des selles, examen microscopique après trituration (mucus, tissus conjonctifs et musculaires, débris végétaux), par M. Goiffon.

11° *Samedi 22 juin.* — Onze heures. L'examen clinique et biologique des selles, par M. Goiffon. — Deux heures. Travaux pratiques : Examen microscopique, fibres musculaires, amidon, cellules végétales, graisses neutres, acides gras, savon, levures, parasites, par M. Goiffon.

12° *Lundi 24 juin.* — Onze heures. La motricité intestinale, ses troubles, par M. Moutier. — Deux heures. Travaux pratiques : Matières fécales, examen chimique, réaction, pigments biliaires, stercobiline, sang. Epreuve de la fermentation (putréfactions intestinales), par M. Goiffon.

13° *Mardi 25 juin.* — Deux heures. Travaux pratiques : Examen complet des selles, par M. Goiffon.

14° *Mercredi 26 juin.* — Onze heures. L'application de la coprologie à la clinique, les syndromes coprologiques, par M. J.-Ch. Roux. — Deux heures. Travaux pratiques : Examen complet des selles, par M. Goiffon.

15° *Vendredi 28 juin.* — Onze heures. La rectoscopie, par M. Friedel. — Deux heures. Travaux pratiques : Examens rectoscopiques, par M. Friedel.

16° *Samedi 29 juin.* — Onze heures. La rectoscopie, par M. Friedel. — Deux heures. Travaux pratiques : Examens rectoscopiques. Exercices pratiques ayant pour objet les applications du massage et de l'électricité, par M. Friedel.

17° *Lundi 1er juillet.* — Onze heures. Le massage et l'électricité dans les affections du tube digestif, par M. Friedel. — Deux heures. Travaux pratiques : Exercices ayant pour objet la rectoscopie, le massage et les applications de l'électricité, par M. Friedel.

18° *Mercredi 3 juillet.* — Onze heures. L'examen de l'urine, du sang, du sérum, de l'ascite dans les maladies du tube digestif, par M. Moutier. — Deux heures. Travaux pratiques : Procédés d'examen de l'ascite et du sang, par M. F. Moutier.

19° *Vendredi 5 juillet.* — Onze heures. Méthode d'exploration de l'œsophage, par M. Laboulais.

20° *Samedi 6 juillet.* — Onze heures. Méthodes d'exploration radioscopique de l'estomac et de l'intestin, par M. Laboulais. — Deux heures. Travaux pratiques : Diagnostic hématologique du cancer : anémie, leucocytose, résistance globulaire, pouvoir antitryptique, par M. F. Moutier.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE L'APPENDICITE AIGUE (1)

III. Péri-appendicite suppurée. — Cette variété d'appendicite peut succéder comme nous venons de le voir, à la forme précédente; le plus souvent cependant, dès le deuxième ou troisième jour de la crise, apparaissent des symptômes qui font prévoir cette suppuration.

La crise appendiculaire proprement dite n'offre rien de particulier au début, mais au lieu d'observer, vers le deuxième ou le troisième jour, une disparition progressive des symptômes généraux, on note au contraire une élévation de la température jusqu'à 40 degrés, un pouls rapide; la langue est sèche, les urines sont rares ; il existe un *état typhique* toujours assez marqué. Dans d'autres cas, on observe, ce qui est assez rare, un abaissement de la température, mais sans modification parallèle du pouls, qui reste toujours rapide. L'abdomen est très ballonné, l'arrêt des matières et des gaz est absolu ; la palpation permet de suivre l'augmentation de la tuméfaction iliaque; cette palpation est d'ailleurs horriblement douloureuse.

D'après Roux, on peut sentir un changement de consistance du plastron qui donne la sensation de carton mouillé ; d'après Keen, on voit apparaître au-dessus de l'arcade de Fallope, une boursouflure où le doigt laisse son empreinte. Jalaguier

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 59, p. 888 et n° 61, p. 922.

signale l'existence de veinosités nées au-dessus de l'arcade, et se perdant plus ou moins haut.

Le toucher rectal montre une induration irrégulièrement globuleuse quelquefois rénitente, adhérente au bassin du côté droit, et s'étendant parfois au delà de la ligne médiane ; on se rend facilement compte que cette masse se continue avec celle que l'on sent par le palper abdominal. Peu à peu au centre de l'empâtement une voussure se dessine ; l'œdème et la dilatation veineuse s'accentuent, enfin se montre la fluctuation que l'on apprécie facilement en combinant le palper abdominal et le toucher rectal.

En même temps, d'ailleurs, apparaissent les signes ordinaires de la suppuration ; la fièvre présente de grandes oscillations ; le malade est souvent couvert de sueurs ; il maigrit, le facies est terreux, les yeux sont excavés, la langue est sèche. L'hyperleucocytose sanguine est très marquée.

Non opéré, l'abcès appendiculaire peut s'évacuer du quinzième au vingtième jour, dans le cæcum, le rectum, la vessie, il peut venir s'ouvrir à la peau (fistule), etc. La guérison peut s'obtenir ainsi, mais souvent l'abcès peut se reformer, et des symptômes alarmants peuvent réapparaître. D'ailleurs cette suppuration périappendiculaire s'accompagne aussi souvent de complications, qui pourraient entraîner la mort du malade. On pourra voir survenir de la suppuration vésicale, et surtout de la pyléphlébite, un abcès du foie, un abcès périhépatique, enfin d'autres foyers de suppuration (pyohémie). L'abcès du foie se caractérise par l'augmentation de volume du foie, qui est douloureux à la pression, avec urines rouge acajou. L'abcès sous-hépatique se caractérise par la douleur, l'effacement du sinus costo-iliaque. Enfin il faut signaler l'abcès sus-hépatique ou sous-diaphragmatique, avec ou sans pleurésie purulente ainsi que des suppurations d'autres organes, du poumon, du rein, de la rate, etc.

Nous ne pouvons pas insister longuement ici sur toutes ces complications que nous retrouverons plus loin, en raison des modifications que leur apparition imprime très sensiblement à l'allure générale et au pronostic de l'appendicite observée.

L'abcès périappendiculaire peut enfin s'ouvrir dans le péritoine, et l'on assiste alors à la transformation d'une péritonite enkystée, en péritonite généralisée. Si au contraire l'on intervient chirurgicalement et si l'on draine largement, on assiste dans certains cas à la cessation des phénomènes et l'on observe ainsi souvent le passage progressif à la guérison.

B. APPENDICITE AIGUË, AVEC PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE. — Il existe deux variétés d'appendicite aiguë avec péritonite généralisée : la péritonite généralisée consécutive à une appendicite circonscrite, et la péritonite généralisée d'emblée.

I. Appendicite avec péritonite généralisée, secondaire à une appendicite avec abcès enkysté. — Le tableau clinique est tout d'abord celui de la forme avec abcès enkysté que nous avons déjà étudiée. L'abcès, au lieu de s'évacuer dans un organe de voisinage, envahit le péritoine, soit peu à peu, en gagnant de proche en proche ou par formation de foyers successifs, soit brusquement par rupture de la poche purulente.

Le passage de la phase d'enkystement à la phase de péritonite généralisée n'est pas toujours facile à saisir ; il s'en faut que les symptômes qui traduisent la généralisation s'annoncent toujours d'une manière bruyante : souvent au cours d'une appendicite de moyenne intensité, les phénomènes alarmants du début ont paru s'amender ; tout était prêt pour l'opération, et au moment de la pratiquer on hésite devant l'atténuation de tous les symptômes ; la douleur a disparu, le ventre est devenu souple, le facies est déjà meilleur, on croit à la guérison, on suppose que l'on a eu affaire simplement à une colique appendiculaire quand, deux ou trois jours plus tard, apparaissent tous les signes de la péritonite généralisée ; c'est la phase d'*accalmie traîtresse* (Dieulafoy), qui précède si souvent, au cours de l'appendicite, la généralisation de la péritonite.

Dans d'autres cas, on peut suivre assez exactement au contraire le passage de l'enkystement à la généralisation. Les nausées, les vomissements s'accusent ; le hoquet apparaît ; le pouls s'accélère, alors que souvent la température s'abaisse (fièvre dissociée), le visage s'altère très rapidement. L'arrêt des matières et des gaz est absolu ; le ventre devient douloureux en totalité ; à partir de ce moment l'allure clinique est comparable à celle de la péritonite généralisée d'emblée que nous allons décrire.

II. Appendicite avec péritonite généralisée d'emblée. — Le plus souvent cette forme s'observe lors d'une première crise d'appendicite ; le début est celui de toute appendicite ; la crise appendiculaire proprement dite n'offre en effet le plus souvent rien de particulier qui laisse soupçonner la diffusion de la péritonite ; aussi pendant vingt-quatre à trente-six heures, est-il impossible de savoir si la péritonite sera localisée ou diffuse ; dans quelques cas cependant, dès le début on observe des symptômes alarmants (douleur vive en coup de pistolet, vomissements incessants, anurie, algidité, rappelant une attaque de choléra foudroyant) ; le facies est très altéré, la douleur abdominale est diffuse, tous les muscles de la paroi abdominale sont contracturés, l'arrêt des matières et des gaz est absolu ; dans quelques cas le début de cette forme si sévère peut être insidieux ; la crise appendiculaire s'est présentée tout d'abord comme une simple indigestion, et seules, l'altération profonde des traits, la dissociation du pouls (accéléré) et de la température (abaissée), révèlent le début de cette péritonite généralisée.

La péritonite généralisée revêt deux formes : la péritonite purulente et la péritonite septique diffuse.

La PÉRITONITE PURULENTE se caractérise le plus souvent par un début bruyant avec une douleur toujours très vive, et un météorisme abdominal très accusé ; la palpation du ventre est très douloureuse, presque impossible ; souvent la douleur est très accusée au-dessus du pubis et tout le long du psoas iliaque ; le malade a des envies fréquentes d'uriner ; il urine avec difficulté des urines rouges, très sédimenteuses ; dans d'autres cas, on observe de la rétention d'urine. La percussion du ventre montre de la matité dans les flancs, sauf dans les cas où le pus, accumulé dans la profondeur, est masqué par les anses intestinales refoulées en avant. Le toucher rectal permet alors de reconnaître la présence de liquide dans l'excavation. Le facies est altéré, mais non plombé ; la température est élevée, 39 degrés, et le pouls rapide, 120 ; l'examen du sang montre toujours une hyperleucocytose très accusée, sans modification de l'hémoglobine (Silhol).

Si l'on intervient de bonne heure, on peut obtenir quelquefois la guérison ; si l'on n'intervient pas, le pronostic est presque toujours fatal, la mort survient en dix jours environ ; le facies s'altère de plus en plus, les vomissements deviennent porracés, fécaloïdes quelquefois ; le ballonnement abdominal est énorme, le pouls est très rapide, petit, irrégulier ; le hoquet est presque constant, les extrémités se refroidissent et le malade meurt, conservant le plus souvent son intelligence intacte jusqu'à la fin. Quelquefois, peut apparaître cependant un délire doux, tranquille.

La PÉRITONITE SEPTIQUE DIFFUSE débute le plus souvent comme une vulgaire indigestion, mais bientôt ne tardent pas à apparaître des symptômes alarmants : la température s'abaisse à 37, 36, alors que le pouls au contraire est très rapide, petit, irrégulier. La respiration est accélérée ; le facies est très altéré, plombé, les sclérotiques sont jaunes, ocreuses. Les urines sont émises difficilement et en petite quantité. La palpation du ventre est indolore, le météorisme est peu marqué, souvent le ventre est plat, en bateau ; il est souple, ou tout au plus légèrement dur. Les vomissements sont peu fréquents. Ni la percussion, ni le toucher rectal ne permettent de déceler un épanchement liquide.

Le malade est très agité ; il existe souvent du délire doux, tranquille. L'évolution de cette péritonite septique se fait toujours vers la mort en très peu de temps, quelquefois en vingt-quatre ou trente-six heures, plus rarement en sept à huit jours. L'hypothermie s'accuse encore, le pouls devient plus rapide ; on observe du refroidissement des extrémités, du hoquet ; la mort survient au milieu de ces symptômes qui traduisent tous une profonde intoxication de l'organisme.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 65. — SAMEDI 8 JUIN 1912. 85e ANNÉE. SAMEDI 8 JUIN 1912. — N° 65.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » . — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre. ***Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir : pour la première série avant le 15 juin, et pour la deuxième série avant le 15 juillet.***

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve orale.* — Séance du 4 juin : Question donnée : « Signes, diagnostic et traitement du rétrécissement non cancéreux de l'œsophage. »

MM. Martin, 19; Hallopeau, 20; Gernez, 17; Marcille, 18. *Deuxième épreuve clinique.* — Séance du 5 mai. — MM. Martin, 19; Marcille, 20; Gernez, 19; Hallopeau, 20.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Hallopeau et Marcille.

— DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lenormant, Duval, Robineau, Chaput, Launay, Richardière (qui acceptent); Sébileau (qui n'a pas encore fait connaître son acceptation).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Ont été désignés comme professeurs :

M. Desgrez, professeur de chimie médicale, en remplacement de M. Gautier.

M. Lejars, professeur de pathologie externe, en remplacement de M. Lannelongue.

M. Legueu, professeur de clinique des voies urinaires, en remplacement de M. Albarran.

— CONCOURS POUR LE CLINICAT. — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 8 juillet 1912, à neuf heures du matin.

1° Clinicat médical : titulaires 4, adjoints 5; 2° clinicat chirurgical : titulaires 2, adjoints 2; 3° clinicat des maladies mentales : titulaires 2, adjoints 2; 4° clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : titulaire 1, adjoint 1; 5° clinicat des maladies nerveuses : titulaire 1, adjoint 1; 6° clinicat ophtalmologique : adjoint 1; 7° clinicat médical infantile : titulaire 1, adjoints 2; 8° clinicat obstétrical : titulaires 2, adjoints 4; 9° clinicat chirurgical infantile : adjoints 2; 10° clinicat thérapeutique : titulaire 1, adjoint 1.

Les candidats devront se faire inscrire, au secrétariat de la Faculté, jusqu'au samedi 29 juin inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures.)

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour tous autres renseignements s'adresser au secrétariat de la Faculté.

MARINE. — Le *Journal officiel* publie une circulaire ministérielle adressée aux autorités maritimes sur les renseignements à fournir en vue de l'étude des résultats des vaccinations antityphoïdiques dans la marine.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — M. Aubert, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans, à partir du 1er février 1913.

M. Cotte, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans, à partir du 16 décembre 1912.

— NANTES. — Un concours s'ouvrira, le 25 novembre 1912, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Nantes.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE LA SEINE. — Par arrêté en date du 1er juin, M. le docteur Wurtz (Robert), membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, membre de l'Académie de médecine, directeur de l'Institut supérieur de vaccine, est nommé membre du Conseil supérieur d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, en remplacement de M. le docteur Paul Brousse, décédé.

RENSEIGNEMENTS

LA COMMUNE DE LIGNY-LE-RIBAULT (Loiret), 1500 habitants, est disposée à accorder une subvention à un médecin qui voudrait s'établir dans la commune. — Pour renseignements s'adresser à la Mairie de Ligny-le-Ribault.

REVUE GÉNÉRALE

FORMES CLINIQUES DE LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE

Par M. Félix MASSELOT,
Interne des hôpitaux de Paris.

Lorsque le bacille de Koch envahit les méninges il y produit des lésions qui varient depuis la simple congestion méningée jusqu'à l'efflorescence granulique généralisée. On conçoit donc a priori combien sont variables les symptômes qui traduisent ces altérations méningées. Or, les méninges ne sont pas seules en cause : les plexus choroïdes, les ventricules cérébraux, les nerfs craniens et surtout l'écorce cérébrale sont adultérés à des titres divers et pour chaque cas à des degrés différents par le processus toxi-infectieux.

Il en résulte une variété infinie de formes de méningite tuberculeuse.

Pourtant malgré le polymorphisme de cette affection tous ces cas présentent une parenté clinique. Elle n'est pas faite de l'association de tels ou tels symptômes, mais d'une impression d'ensemble qui défie l'analyse et qui fait pressentir qu'il s'agit d'infection bacillaire des méninges.

Nous décrirons trois grands types de méningite tuberculeuse celle :

I. De l'enfant,
II. Du nourrisson,
III. De l'adulte.

I

Méningite tuberculeuse de la deuxième enfance. — C'est la forme en quelque sorte schématique de la méningite tuberculeuse.

Elle est excellemment décrite dans tous les ouvrages classiques, nous n'en donnerons qu'une esquisse rapide.

On lui reconnaît :

Une période prodromique (constante pour Trousseau),
Une première période d'excitation fonctionnelle,
Une période intermédiaire de calme trompeur,
Une troisième période de dépression terminale.

Il s'agit d'un enfant dans les antécédents duquel on retrouve souvent un épisode morbide (opération ayant porté sur un foyer tuberculeux, traumatisme, infection, etc.) assez rapproché de son affection actuelle et qui semble en avoir été la cause occasionnelle.

Cet enfant présente des troubles psychiques qui attirent l'attention de sa famille : triste et apathique il demeure indifférent à ses jeux. Il s'isole et fuit les caresses des siens. Parfois, au contraire, il est d'une émotivité extrême, d'une tendresse exagérée ou d'une irascibilité excessive. Quelle que soit la nature du phénomène observé, il ne faut pas manquer de s'enquérir si l'enfant maigrit, s'il dort mal. Souvent, en effet, il est réveillé par des cauchemars. On recherchera de petites poussées fébriles surtout après un exercice. On notera la coloration de son visage parfois d'une pâleur inexpliquée, l'asthénie et surtout la tachycardie, excellent signe de début d'une imprégnation bacillaire. Parfois au cours de cette période prodromique on observera un tremblement choréique, une éruption zostériforme.

A la fin d'un laps de temps variant de quinze jours à trois mois le petit sujet entre dans sa méningite par des phénomènes qui ne laissent plus place au doute.

Il souffre horriblement de la tête, et cette céphalée continuelle gravative lui arrache des plaintes incessantes, il vomit sans efforts (vomissement en fusée ou vomissement cérébral) ses aliments et de la bile, il ne va plus à la selle et sa constipation résiste aux agents thérapeutiques habituels.

Ces symptômes constituent le trépied méningitique dont l'importance est capitale.

L'aspect du petit malade à cette période est assez caractéristique. Couché en chien de fusil, le dos tourné à la lumière, redoutant le bruit, gémissant au moindre mouvement, il demeure immobile, hostile à l'examen ; parfois pourtant il est agité par un délire léger.

L'examen montre une température oscillant autour de 38-39 degrés. Un pouls rapide à 100-120, encore régulier, une respiration accélérée.

La nuque de l'enfant est raide, son ventre contracté, le signe de Kernig peut être observé (un tiers des cas environ). Parfois on note une paralysie localisée ou des secousses convulsives. Les réflexes sont vifs et l'on peut provoquer le réflexe contralatéral de Brudzinski. Le réflexe plantaire se fait parfois en extension.

L'examen des appareils sensoriels est des plus importants. On peut observer du strabisme, de l'inégalité pupillaire, des modifications du diamètre de la pupille, celle-ci s'élargissant quand le sujet a la tête en hyperextension, se rétrécissant quand elle est en hyperflexion (Squires).

On a également signalé du myosis pendant l'expiration, de la mydriase pendant l'inspiration. Le réflexe à la lumière est affaibli (réaction oscillante de Chauffard).

La papille se montre quelquefois œdématiée à l'examen ophtalmoscopique. Il est classique de signaler les tubercules choroïdiens décrits par Bouchut et dont la constatation sera pour le moins exceptionnelle. Enfin, fait très important, la pression des globes oculaires réveille de la douleur. Les sphincters sont peu touchés, pourtant il est fréquent de constater de la rétention d'urine.

Vers le huitième ou le neuvième jour la fièvre tombe, le pouls se ralentit (60), le malade semble entrer dans une période d'accalmie, mais c'est un calme trompeur.

Si on l'examine de plus près on constate qu'il est somnolent, hébété et qu'il pousse la nuit des cris inarticulés (cris hydrencéphaliques) caractéristiques de son atteinte méningée. Proférés d'une voix blanche ils diffèrent totalement du cri de douleur ou du gémissement.

La température a baissé, mais elle est instable ; le

pouls est ralenti, mais il présente quelques intermittences, et de plus si on le compte plusieurs fois dans la journée on constate une instabilité très marquée, un chiffre de pulsations chaque fois différent.

La respiration présente quelques pauses et de légères irrégularités.

La face du petit sujet est tantôt pâle, tantôt empourprée de rougeurs fugaces, et le phénomène de la raie méningitique est des plus nets.

Au bout de cinq à sept jours la fièvre remonte à 40-41 degrés, le pouls devient incomptable, irrégulier et la dissociation du pouls et de la température est remarquable.

La respiration est irrégulière, et parfois on observe du Cheyne-Stokes. C'est à cette période qu'on trouve le plus fréquemment des paralysies localisées portant sur le facial, l'hypoglosse, un muscle (strabisme par paralysie, ptosis de la paupière supérieure), un groupement musculaire, un membre, quelquefois intéressant une moitié du corps.

Les réflexes disparaissent, et la perte du réflexe pharyngien est d'un très mauvais augure.

Le petit malade, d'abord dans la torpeur, tombe dans le coma. Les pupilles atones, les yeux ternes, le regard éteint, les membres amaigris, cyaniques, couverts d'une sueur visqueuse, le ventre ballonné, il ne tarde pas à succomber (1).

La durée de l'affection (la période prodromique exceptée) est d'environ trois semaines.

Très souvent les phénomènes se succèdent dans un ordre tout différent de celui que nous avons indiqué; souvent aussi la durée de l'affection est allongée très au delà des limites normales ou raccourcie.

Enfin, la méningite tuberculeuse peut, même dans la deuxième enfance, revêtir des types cliniques très nombreux soit qu'une hémiplégie durable (forme hémiplégique), une crise d'éclampsie (forme éclamptique) dominent la scène, soit qu'un autre symptôme, fièvre (forme hyperthermique), tremblement, mouvements athétosiques (forme chorio-athétosique) devienne prédominant. Il en est ainsi pour quelques cas du délire. Chez l'enfant, d'habitude, le délire n'occupe qu'une place effacée. Pendant la période d'état et au décours de la maladie, il consiste en une loquacité spéciale, un verbiage sans logique et sans suite. C'est un phénomène surajouté, mais exceptionnellement il prend une place prédominante, devient systématique et affecte par exemple le type du délire hallucinatoire ou du délire religieux.

La méningite tuberculeuse peut s'accompagner de trismus, de Kernig marqué et simuler le tétanos (Boix), elle peut aussi affecter une allure septicémique qui fait pencher le diagnostic vers la fièvre typhoïde si l'on néglige les renseignements précieux du séro-diagnostic et de la ponction lombaire.

Enfin, nous signalerons pour en finir avec la méningite tuberculeuse de la deuxième enfance une forme que l'on observe chez les malades présentant un tubercule cérébral. Il s'agit de petits sujets chez qui l'on voit, au cours de l'évolution de ce tubercule de légères poussées de méningite qui se répètent un certain nombre de fois à des intervalles variables jusqu'à ce qu'une dernière poussée prenne les caractères de la méningite classique et enlève le petit malade.

(1) Nous n'avons pas parlé de la ponction lombaire, renvoyant le lecteur à la Revue générale de Trémollières (voy *Gaz. des hôpit.*, 1903, n° 129).

II

Méningite tuberculeuse du nourrisson. — Bien que moins fréquente que celle de l'enfant et de l'adulte la méningite tuberculeuse est moins exceptionnelle chez le nourrisson qu'on ne le pensait généralement avant les travaux récents, en particulier ceux de MM. Lesage et Abrami.

Nous décrirons quatre formes de méningite tuberculeuse du nourrisson :

La forme somnolente,
La forme éclamptique,
La forme hémiplégique,
La forme hydrocéphalique.

La *forme somnolente* est la forme habituelle de la méningite tuberculeuse du nourrisson. Elle a été bien décrite par MM. Lesage et Abrami.

Elle débute par une phase prodromique, durant huit à quinze jours, marquée par un amaigrissement inexplicable et une accélération du pouls qui bat à 140 pulsations et même quelquefois plus. Il est fréquent également d'observer de la diarrhée et des vomissements et cela dès le début de la méningite.

Le symptôme capital de la période d'état est la *somnolence*.

L'enfant est d'humeur morose. Plusieurs fois dans la journée, il lui arrive de s'endormir d'un sommeil calme, mis d'abord sur le compte de la fatigue. Ces crises de sommeil persistent, et progressivement augmentent de fréquence et de durée. Au bout de quelques jours, l'enfant est dans un état de somnolence continuelle et, lorsque cet état atteint son maximum d'intensité, le nourrisson perd ses réactions de défense. Il ne remue plus si on recherche sa sensibilité à la piqûre. Le réflexe de la succion disparaît et il faut le gaver. Le petit malade n'urine plus spontanément ; il laisse sa vessie se distendre. Il ne vit plus que d'une vie végétative. De cette somnolence au coma, il n'y a qu'un pas vite franchi.

On est frappé si l'on examine le petit malade à la période de somnolence par la fixité et l'expression étrange de son regard. Il reste quelquefois les paupières mi-closes. Plus souvent les yeux grand ouverts immobiles, les pupilles atones, le regard perdu dans le vague, il semble fixer sans le voir un objet sur lequel sa vue paraît se porter par distraction. Cette catalepsie oculaire est due à la disparition du réflexe conjonctival à l'amblyopie et à l'absence de clignement palpébral, d'où parfois des inflammations conjonctivales. Si l'on procède à l'examen du nourrisson on observe un amaigrissement sensible, qui, si la maladie se prolonge, l'amène à un véritable état squelettique. La perte quotidienne de poids est de 40 à 50 grammes et cette chute progressive de la courbe du poids est bien différente des chutes énormes suivies de rémissions de durée variable,

telles qu'on les observe au cours des gastro-entérites.

La température n'est pas élevée ; parfois normale elle ne monte qu'à l'approche de la mort, dans d'autres cas, normale au début et à la fin, la température oscille pendant la période intermédiaire autour de 38 degrés.

Le pouls présente ici comme dans tous les cas de méningite tuberculeuse des modifications intéressantes. Il est vibrant et instable et, en quelques heures, on constate des écarts si considérables entre le nombre des pulsations que celui-ci peut varier du simple au double. A la fin de la maladie le pouls n'est plus seulement instable mais irrégulier.

La respiration est également souvent modifiée :

A la période d'état on observe de petites phases d'apnée, quelquefois de la dissociation entre les mouvements thoraciques et diaphragmatiques (Simon).

Il ne peut être question ici de trépied méningitique, la céphalée ne peut être constatée, les vomissements sont passagers, la constipation est remplacée par de la diarrhée. Tantôt modérée, tantôt profuse intermittente, souvent continue, celle-ci s'accompagne d'un léger ballonnement du ventre et n'est calmée par aucun agent thérapeutique.

Il faudra chercher à mettre en évidence les signes de la série méningée. La raideur de la nuque, la dureté du ventre sont souvent notés, mais par contre le Kernig manque fréquemment ainsi que les convulsions. D'ailleurs dans quelques cas, la raideur de la nuque fait elle-même défaut et se trouve remplacée par une parésie de la nuque et des membres. Aussi ne faut-il pas manquer de palper la fontanelle antérieure du petit sujet (dans les cas de méningite, elle bombe sous l'influence de l'hypertension intracranienne) et de faire une ponction lombaire qui éclairera le diagnostic.

Quant aux autres symptômes de méningite tuberculeuse, notamment les symptômes sensoriels, ils sont variables et ne présentent rien de particulier lorsqu'on les constate.

Quoi qu'il en soit le nourrisson passe de la somnolence au coma, sa maigreur est extrême, son pouls irrégulier, sa température subit une fâcheuse élévation, sa respiration s'embarrasse et il s'éteint sans secousses au bout de huit à dix jours.

Tout autre est la *forme éclamptique* de la méningite tuberculeuse du nourrisson.

Après une période de début mal caractérisée, éclate une crise convulsive. On examine alors attentivement le petit sujet et on remarque la tension de ses fontanelles, la raideur de sa nuque, on pense à une méningite, mais ici encore la constipation sera remplacée par de la diarrhée.

A la suite de sa crise le petit malade reste dans un état semi-comateux, son inappétence est complète ; il a une fièvre modérée. C'est au cours de ce demi-coma, que pourront apparaître soit des convulsions (partielles ou généralisées), soit une paralysie, soit des contractures musculaires.

Au bout de vingt-quatre heures ou de deux à trois jours, l'enfant succombe au milieu d'accès convulsifs.

La *forme hémiplégique* a été bien étudiée par Zapfert et Marfan. Chez un nourrisson de moins de dix mois, chez lequel se montre une fièvre légère, on constate une paralysie partielle ou totale d'une moitié du corps. Bientôt surviennent des convulsions et le petit sujet chez qui l'on peut trouver l'ébauche d'un syndrome méningé tombe dans le coma et meurt au bout de quatre à cinq jours.

La *forme hydrocéphalique* n'est pas à proprement parler une forme clinique de la méningite tuberculeuse du nourrisson. Elle n'est caractérisée que par l'exagération d'un symptôme très constant au cours de cette maladie ; la tension des fontanelles. La fontanelle antérieure bombe comme dans l'hydrocéphalie, elle peut même présenter des battements isochrones au pouls. Le réseau veineux cranien prend un développement anormal et se dessine sous la peau. L'évolution de cette méningite se fait vers le coma.

III

Méningite tuberculeuse de l'adulte. — Si l'on ne veut penser à la méningite tuberculeuse chez l'adulte qu'en présence d'un tableau rappelant les principaux traits de celle de l'enfant, on aboutira à la conclusion erronée qu'elle est rare entre vingt et trente-cinq ans. L'évolution de la méningite tuberculeuse chez l'adulte se fait, en effet, tout autrement que chez l'enfant. Nous nous occuperons d'abord de la méningite primitive (au moins en apparence) nous réservant de parler plus tard de la méningite secondaire survenant chez un tuberculeux cachectique.

Peut-on décrire une forme *normale* de méningite tuberculeuse chez l'adulte ? « Elle est rare, dit Jaccoud, je n'oserais pas affirmer que c'est la plus rare, mais si je m'en rapporte à mes propres observations, j'incline à le croire. » Nous ne chercherons donc pas à décrire une forme normale de méningite tuberculeuse de l'adulte, nous contentant de grouper sous ce nom les quelques traits saillants qui la différencient du type schématique de l'enfance.

Il faut d'abord savoir que la forme schématique peut se voir chez l'adulte, mais il s'agit là d'une éventualité rare. D'habitude les choses se passent autrement.

Souvent, la méningite se déclare sans être précédée par les prodromes si frappants qu'on est accoutumé d'observer chez l'enfant.

Parfois, au contraire, ils existent et Arnould décrit dans sa thèse une série de symptômes qui peuvent précéder la maladie de quelques semaines ou quelques mois. Ils sont d'ordre exceptionnellement moteur (parésie ou paralysie d'un membre) plus fréquemment émotif ou délirant. Quelquefois le premier signe observé est un affaiblissement intellectuel inexplicable, une irritabilité extrême, une diminution de l'autocritique, voire même de la confusion mentale et dans certains cas de l'aphasie sensorielle.

Fréquemment, pourtant, la maladie débute par de la céphalée qui n'est que le premier terme du syndrome méningé observé dans la suite. On pourra retrouver au grand complet ou à peine ébauché le syndrome méningé décrit plus haut, les modifications

du pouls et de la température qui ne présentent rien de particulier. Les troubles nerveux associés méritent qu'on s'y arrête.

Notons simplement pour l'instant le délire, phénomène très fréquemment observé chez l'adulte, les convulsions, surtout partielles, les paralysies peu fréquentes, transitoires, sans siège constant.

Les troubles sensitifs manquent ou sont éminemment variables. Les troubles portant sur les organes des sens (tels que les paralysies oculaires), les paralysies des nerfs craniens sont plus rarement notées que chez l'enfant, car la méningite de l'adulte est moins souvent une méningite basilaire. Par contre, il est très fréquent d'observer de la parésie des réservoirs, particulièrement de la rétention d'urine.

La durée de la méningite de l'adulte est impossible à fixer, elle dépasse rarement dix à douze jours dès que la période prodromique est terminée.

Il nous faut maintenant voir comment les choses se passent en clinique.

Nous décrirons :

A. Des formes évolutives;
B. Des formes symptomatiques;
C. Des formes suivant la localisation.

A. Formes évolutives. — La méningite tuberculeuse n'est pas une affection causant fatalement la mort dans les délais de dix à douze jours que nous lui avons assignés.

On peut observer des *rémissions prolongées* signalées depuis longtemps par Wunderlich et Southez.

La première poussée se manifeste par de la céphalée, des vomissements, de l'anorexie, un état général assez alarmant. Au bout de quelques jours les phénomènes s'apaisent, mais après une ou deux semaines d'accalmie se produit une nouvelle crise. On peut compter ainsi trois crises espacées dans le courant d'un mois. A la fin de la seconde ou de la troisième éclatent les signes d'une méningite qui emporte le sujet en trois à cinq jours.

La durée des rémissions peut être quelquefois plus considérable, dépassant quelques semaines, quelques mois.

La méningite tuberculeuse n'est pas seulement susceptible de rémissions; il existe (d'ailleurs d'une façon exceptionnelle) des *formes curables*.

Les anciens auteurs, Rillet, Trousseau, Guersant, avaient déjà cité des cas de guérison de méningite tuberculeuse cliniquement diagnostiquée. Mais depuis 1900 on a publié vingt-quatre cas de méningite tuberculeuse (vérifiée par la ponction lombaire et quelquefois les inoculations) terminée par la guérison.

On trouvera l'exposé complet de ces cas avec leurs références bibliographiques dans l'intéressante communication de MM. Barbier et Gougelet. Les plus connus sont ceux de MM. Claisse et Abrami, Vaquez et Digne, Avirагnet et Tixier, Castaigne et Gouraud.

Ces méningites curables peuvent d'ailleurs guérir en laissant des *séquelles* ; les unes immédiates, telles que des paralysies de la musculature de l'œil, d'un membre, de la face, telles que de l'aphasie, des troubles pupillaires, des troubles visuels; les autres tardives, arrêt de développement de l'intelligence, migraines, etc.

Les séquelles psychiques se voient également et sont intéressantes. On trouve, en effet, à l'autopsie de certains aliénés, les reliquats d'une méningite ancienne. Signalons, à ce propos, les rapports de causalité que certains voudraient établir entre les méningites atténuées et la paralysie générale juvénile.

Ces cas de méningite curable sont conditionnés par des atteintes discrètes ou anatomiquement superficielles du processus infectieux; parfois il s'agit de *méningite séreuse*. Par ce dernier terme il faut entendre des affections inflammatoires qui n'ont pas une intensité suffisante pour aboutir à la formation du pus dans les méninges. Ce groupe est très vaste. Il contient des faits de réactions méningées consécutives à une maladie générale, à une otite... Mais il recèle aussi des faits d'hydrocéphalie aiguë, indiscutablement d'origine tuberculeuse. Quoi qu'il en soit, leur symptôme essentiel est l'hypertension cranienne avec ses conséquences cliniques donnant parfois à l'affection l'allure d'une tumeur cérébrale. Cette hypertension se constate nettement à la ponction lombaire, et la soustraction d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien la soulage temporairement.

Ces données élargissent, on le conçoit, le cadre de la méningite tuberculeuse mais demandent à être précisées.

B. Formes symptomatiques. — Elles sont nombreuses, si l'on veut chaque fois qu'un symptôme est accusé en faire la caractéristique d'une des formes de l'affection. C'est pourquoi nous ne décrirons que

La forme foudroyante,
Les formes délirantes,
Les formes démentielles,
La forme typhoïde,
Les formes associées.

Parfois la méningite tuberculeuse a une allure *foudroyante*. Il s'agit, dans ces cas, d'un sujet pris brusquement de douleurs de tête atroces qui, au bout de douze à vingt-quatre heures, se met à délirer et meurt dans le coma. Parfois de l'aphasie, une attaque épileptiforme ouvre la scène. On conçoit tout l'intérêt de la ponction lombaire dans ces cas.

Les *formes délirantes ou mentales* de la méningite tuberculeuse sont caractérisées par la prédominance du délire. Il est quelquefois tellement marqué qu'il efface les symptômes qui l'accompagnent. L'intensité de ce délire peut être extrême et sa continuité désespérante. Il approche fréquemment de la systématisation (délire religieux, délire de persécution, etc.). Souvent violent et furieux il est suivi de stupeur. On l'observe en pleine évolution de la maladie ou surtout au début de la période d'excitation. A cette période il est isolé ou bien n'est qu'un des termes d'un complexus symptomatique impressionnant : agitation, tremblement, hallucination.

Les hallucinations ne sont pas rares au cours de la méningite tuberculeuse de l'adulte. Elles sont surtout visuelles, et les malades présentent un tableau rappelant celui du delirium tremens. Ils sont en proie à des visions terrifiantes qui provoquent des réactions de défense dont les conséquences peuvent être fort graves. Dans les périodes de calme, on constate de l'affaiblissement mental. Au début, les troubles portent seulement sur le domaine affectif et moral, puis les malades perdent l'attention et la mémoire. Une amélioration se manifeste quelquefois pendant la période d'oscillations, mais l'obnubilation est complète au moment de la période terminale. Le malade est hébété, à peine bredouille-t-il quelques paroles inintelligibles pendant les rares instants où il sort de sa stupeur. Cet état de dépression peut d'ailleurs, dans un certain nombre de cas, durer toute la maladie.

Les *formes démentielles* sont souvent complètement latentes. Il s'agit de malades qui se présentent comme des paralytiques généraux, des déments et qui peuvent être internés à la suite d'une excentricité ou d'un acte délictueux. Au bout d'un temps variable la méningite se déclare et se termine rapidement par la mort.

Parfois les symptômes nerveux de la méningite tuberculeuse passent au second plan, s'effaçant devant la réaction générale. Ceci se voit dans les *formes typhoïdes ou septicémiques.*

Dans ces cas, les malades présentent un état infectieux manifeste rappelant celui de la fièvre typhoïde. Ils sont prostrés, en proie à une fièvre élevée, le visage abattu, la bouche fuligineuse et sèche.

Cet état s'est déclaré brusquement, ou au contraire l'envahissement de l'organisme a été progressif. S'il ne se produit pas de granulie péritonéale le ventre des malades ne se ballonne pas; ils n'ont pas de diarrhée, pas de taches lenticulaires, et le diagnostic est encore assez aisé, mais si l'efflorescence granulique est généralisée le tableau symptomatique rappelle tout à fait celui d'une typhoïde grave, et c'est à la ponction lombaire, au séro-diagnostic qu'il faut demander le signe de certitude qui fait défaut.

Il existe enfin des *formes surinfectées* (Paisseau et Tixier) de méningite tuberculeuse. C'est ainsi qu'on peut observer des cas de méningites à méningocoque et à bacille de Koch. Dans ces formes on est frappé par l'importance des contractures (nuque raide et douloureuse, raideur généralisée du tronc et des membres, Kernig), et l'on peut méconnaître les signes plus discrets de la méningite tuberculeuse. L'examen bactériologique, à défaut de la clinique, lèvera les doutes, mais il faudra rechercher les microbes dans le culot de centrifugation de la ponction lombaire, ce qui demande du temps et de la patience. Si bien que même après une étude consciencieuse du liquide céphalo-rachidien le diagnostic peut rester incomplet.

On conçoit que beaucoup d'infections puissent se greffer sur un processus de méningite tuberculeuse. On a signalé des cas où le bacille de Koch était associé au colibacille, au tétragène, etc.

La méningite tuberculeuse peut également être compliquée par une hémorragie méningée qui, pour peu qu'elle soit importante, viendra altérer le tableau clinique. La ponction lombaire donne ici encore des renseignements particulièrement précieux.

C. Formes suivant la localisation. — Nous ne ferons que mentionner la méningite *basilaire* qui est la forme habituelle de l'enfant.

Pour ce qui est des autres localisations, il s'agit le plus souvent d'agglomération de tubercules en un point des méninges, de *méningite en plaque* qui peut donner au début des symptômes diffus de compression, analogues à ceux engendrés par une tumeur cérébrale. Les symptômes de localisation apparaissent ensuite. On observera, ainsi que l'a montré M. le professeur Landouzy, au début, alors que les cellules motrices sont seulement excitées, des crises d'épilepsie à type bravais-jacksonien, de la contracture, plus tard, lorsqu'elles sont détruites, de la paralysie. Celle-ci peut à vrai dire se voir plus tôt, mais sous forme de parésie passagère par épuisement cérébral. Ces paralysies seront des mono ou des hémiplégies auxquelles se joindra quelquefois de l'anarthrie. M. Girode a signalé des paralysies alternes lorsque les lésions siègent surtout sur la protubérance.

Quoi qu'il en soit, à un moment donné, cette méningite qui était localisée devient diffuse et la mort survient en peu de jours.

La méningite tuberculeuse affecte le *type cérébro-spinal* lorsque les symptômes médullaires, qui d'ordinaire sont inexistants ou peu marqués, se placent au premier rang.

On note au début une douleur occupant le territoire des deux sciatiques semblable à celle qu'on observe au cours du mal de Pott. Les malades souffrent surtout à l'occasion des mouvements. Il s'agit de douleurs conditionnées par des altérations méningo-radiculaires.

Parfois les troubles sont plus accentués et simulent un tabes incipiens (douleurs en éclair, abolition des réflexes).

Quoi qu'il en soit, les douleurs s'accompagnent de sensation de brisement des membres, et le malade s'achemine vers la paraplégie. Des douleurs en ceinture, des troubles sphinctériens se montrent, la fièvre s'allume, et le processus tuberculeux atteignant les méninges cérébrales le malade finit par succomber en présentant le tableau de la méningite basilaire.

Nous n'avons étudié jusqu'ici que la méningite primitive ou tout au moins paraissant primitive. L'évolution est tout autre quand la méningite se déclare chez un *cachectique, notamment chez un tuberculeux au troisième période.* Cette forme secondaire peut être aussi dénommée *forme latente.* Lorsqu'elle survient chez des tuberculeux pulmonaires, elle est annoncée par des signes discrets, mais très importants. Le malade tousse moins et surtout crache moins. Il devient constipé et, quand ce dernier symptôme survient chez un tuberculeux qui avait présenté jusque-là de la diarrhée, il acquiert une valeur significative de premier ordre.

A la période d'état il ne faudra pas s'attendre à trouver des symptômes méningés caractéristiques, le plus souvent le sujet accuse un peu de fatigue, il somnole, a quelques vomissements et meurt dans un laps de temps assez court.

Souvent le diagnostic n'est pas fait; les signes ont été si légers que la mort a été attribuée à la cachexie tuberculeuse.

C'est de cette forme qu'il faut rapprocher la *méningite du vieillard*. Dans des organismes usés comme le sont ceux de certains séniles, la sensibilité est émoussée, les réactions morbides frustes, et souvent un vieillard meurt de méningite tuberculeuse sans avoir présenté d'autres symptômes qu'une somnolence inexpliquée.

BIBLIOGRAPHIE

ARNOULD. *Formes anormales de la méningite tuberculeuse chez l'adulte*, Th. de Nancy, 1905-1906.

BARBIER et GOUGELET. Communication à la *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1911. — BERNARD. Communication à la *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1910. — BIENVENUE. Etats mélancoliques au cours des granulies, *Ann. méd.-psychol.*, janv. 1905.

CHANTEMESSE. *La Méningite tuberculeuse de l'adulte. Formes anormales en particulier*, Th. de Paris, 1884. — CLOT. *Méningite tuberculeuse du nourrisson*, Lyon 1906-1907. — CLAISSE et ABRAMI. Communication à la *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1905. — COMBE. Sur un cas de méningite mixte, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1910. — CRUCHET. Evolution et diagnostic de la méningite tuberculeuse du nourrisson, *Pédiat. prat.*, Lille 1905.

GOUGELOT. Méningite tuberculeuse à forme cérébro-spinale, *Echo méd. du Nord*, Lille 1909.

HUTINEL. *Traités classiques* ; — Méningite tuberculeuse du nourrisson, *Méd. mod.*, 1908.

JACCOUD. Formes cliniques de la méningite tuberculeuse chez l'adulte, *Journ. de méd. int.*, 1900.

KLIPPEL. Méningite cérébro-spinale tuberculeuse, *Gaz. méd. et chir.*, 1893.

L'HOTE. *Les Rémissions prolongées de la méningite tuberculeuse*, Th. de Lille, 1903-1904. — LAGRIFFOUL et DURAND. Méningite tuberculeuse chez un syphilitique, *Montpellier méd.*, 1905. — LAFARCINADE. *Etude sur la méningite tuberculeuse du nourrisson*, Th. de Paris, 1905-1906. — LECLERC. Etude sur 34 cas de méningite tuberculeuse, *Normandie méd.*, Rouen 1907. — LEGRAS. *Troubles psychiques et forme mentale de la méningite tuberculeuse*, Th. de Paris, 1905-1906. — LESAGE et ABRAMI. Communication à la *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1906. — LORTAT-JACOB. Hémorragie méningée au cours de la méningite tuberculeuse, *Soc. anat.*, 1904.

MARFAN. *Traités classiques*. — MERLE. *Etude sur les épendymites cérébrales*, Th. de Paris, 1910. — MÉRY. Rémissions prolongées dans la méningite tuberculeuse, *Revue gén. de méd. et de thérap.*, Paris 1905 ; — Méningite tuberculeuse de l'enfant et du nourrisson, *Journ. de méd. int.*, Paris 1904 ; — Méningite tuberculeuse du nourrisson, *Méd. mod.*, 1904.

PAGES et ARDEN-DELTEIL. La curabilité des processus méningés tuberculeux devant les nouveaux procédés d'exploration clinique, *Montpellier méd.*, 1904. — PAUPE. *Forme hémorragique de la méningite tuberculeuse de l'adulte*, Th. de Paris, 1905-1906. — PERIGNAT. *Forme délirante de la méningite tuberculeuse de l'enfance*, Lyon 1904-1905. — PERRIER. *Etude des symptômes gastro-intestinaux du début de la méningite tuberculeuse de l'enfant*, Th. de Paris, 1911-1912. — PETIT. *Méningite tuberculeuse à début apoplectiforme avec évolution rapide. Tuberculose infectieuse*, Paris 1908.

RAYMOND. Méningite tuberculeuse en plaques, *Revue clin. et thérap.*, 1909. — ROSENTHAL. Méningite tuberculeuse apoplectiforme, *Journ. méd.*, Paris 1909.

SOREL. Etude sur quelques formes cliniques de méningite tuberculeuse, *Arch. méd. de Toulouse*, 1908.

THIROLOIX et MIGINIAC. Communication à la *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1910. — TINEL. *Radiculites et tabes*, Th. de Paris, 1910.

VAQUEZ et DIGNE. Communication à la *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1905. — VAUDEAU. Méningite tuberculeuse de l'adulte avec prédominance de phénomènes convulsifs, *Echo méd. du Nord*, Lille 1908.

WEILL. Méningite tuberculeuse à forme délirante chez l'enfant, *Lyon méd.*, 1905. — WEILL et BERTIER. Huit observations de méningite tuberculeuse chez le nourrisson, *Lyon méd.*, 1905.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 5 JUIN 1912)

Des altérations du bassin dans les cas d'exstrophie de la vessie. — M. BROCA, revenant sur la discussion qu'il a eue, dans la précédente séance, avec M. Potherat, sur la question de savoir si, dans ces cas, il y avait absence ou conservation des trous obturateurs ou bien persistance ou non des branches montantes du pubis, présente à M. Potherat une série de radiographies prises sur le même sujet, les unes montrent l'existence complète des trous obturateurs, les autres montrent leur absence. Il s'agit là d'erreurs d'interprétation de la radiographie qui varie suivant l'incidence sous laquelle elle a été prise.

M. POTHERAT, tout en se rendant à l'évidence des faits, a examiné de nouveau son petit malade et ne sent pas chez lui la présence des branches montantes du pubis.

Hypertrophie du thymus. Thymectomie. — M. LAUNAY fait un rapport sur un cas de MM. Billiet et Lebat (de Bourges). Il s'agit d'un enfant de sept mois qui présentait tous les signes d'une hypertrophie du thymus : respiration sifflante, tirage et cornage, dyspnée, stridor, souffle respiratoire rude, arrêt de croissance, voussure du thorax, examen laryngoscopique ne révélant rien d'anormal, sensation au doigt d'une petite masse derrière la fourchette sternale, etc. On pratique la thymectomie et aussitôt disparaissent tous les symptômes.

Injections de sérum antitétanique. — M. CAUCHOIS (de Rouen) apporte à la discussion pendante deux nouveaux faits d'accidents graves observés après ces injections. Une jeune femme de vingt-neuf ans soignait son père, vétérinaire, qui à la suite d'une gangrène du pied eut un tétanos mortel. Comme elle avait de petites excoriations sur les doigts, on lui fit une injection de sérum antitétanique. Huit jours après elle fut prise de douleurs vives dans les quatre membres, dans la colonne vertébrale, avec des vomissements, une température de 40 degrés et, trois jours après, d'une éruption d'urticaire avec dysphagie. Elle put se lever huit jours après, mais elle conserva pendant un an des douleurs et une grande gêne dans les mouvements. Il est à noter que cette jeune femme présentait une intolérance spéciale à tous les médicaments toxiques. Dans le second cas, il s'agissait d'un confrère de quarante-cinq ans qui se fit une blessure à la main dans un accident d'automobile. Injection de sérum antitétanique. Huit jours après, douleurs dans les membres, urticaire, élévation de température, urines albumineuses, impotence fonctionnelle du membre inférieur droit qui dura six mois, aboutit à une atrophie persistante du muscle sus-épineux, impotence qui ne céda qu'à un traitement prolongé par l'électrisation. En rapprochant ces faits de ceux qui ont été publiés, on ne peut nier que la sérothérapie antitétanique n'est pas toujours sans danger. Peut-être en pourrait-on dire autant de la sérothérapie en général. M. Cauchois rapproche de ces faits celui de deux jeunes gens ayant reçu du sérum antityphique et ayant eu, immédiatement après, des accidents graves de syncope, de frissons, de cyanose, d'excitation et de courbature générale.

Ces faits dépendent-ils du mode de préparation du vaccin? Toujours est-il qu'il faut les enregistrer et en tenir compte dans la pratique de la sérothérapie.

M. KIRMISSON dit que ces faits prouvent que la sérothérapie

n'est pas une méthode toujours innocente, mais ils ne prouvent rien contre la valeur de la méthode au point de vue de son action prophylactique.

M. Routier propose que la Société de chirurgie fasse une enquête auprès de l'Institut Pasteur sur la question de savoir si le sérum humain et le sérum vétérinaire sont un même sérum.

M. Robineau a questionné à ce point de vue un membre influent de l'Institut Pasteur, et il lui a été répondu que c'était le même sérum qui servait en médecine humaine et en médecine vétérinaire. Le prix seul en diffère, les vétérinaires se trouvant très avantagés.

M. Kirmisson appuie la proposition de M. Routier.

M. Souligoux, ayant été très troublé par la discussion de 1907, n'a pas recours aux injections préventives de sérum antitétanique. Il n'a jamais eu de cas de tétanos dans son service depuis 1907. Il doit ajouter qu'il s'est servi quelquefois de ces injections dans des cas d'hémorragies, comme hémostatiques. Il n'a pas eu d'accidents à la suite de ces injections.

Diagnostic des abcès hépatiques s'ouvrant dans les bronches par l'examen chimique du pus. — M. Couteau apporte plusieurs observations dans lesquelles le diagnostic d'abcès hépatiques, qui avaient jusque-là passé inaperçus, a pu être fait d'une façon positive par cet examen chimique du pus ou des crachats expulsés par les bronches. M. Couteau insiste également sur l'importance de la saveur sucrée qu'accusent ces malades.

Calculs de l'ampoule de Vater. — M. Auvray communique une observation de calcul de l'ampoule de Vater. Il s'agit d'une malade qui avait eu plusieurs crises d'appendicite. Quelques-unes de ces crises furent accompagnées de fièvre avec frisson et de subictère. On fit le diagnostic d'appendicite avec accidents biliaires. M. Auvray opéra cette malade, il enleva l'appendice qui était malade, prolongea son incision et remonta vers le foie. Il trouva la vésicule biliaire bourrée de calculs; il y en avait aussi dans les canaux hépatique et cholédoque. En poussant ses recherches vers le duodénum, il sentit un corps dur, M. Auvray décolla le duodénum; trouvant un obstacle dans l'épaisseur de la paroi duodénale, il fit une duodénotomie et incisa l'ampoule de Vater d'où il cueillit un calcul. Il y eut une hémorragie de la muqueuse duodénale assez abondante et qui nécessita un tamponnement. Il put cependant refermer le duodénum. Mais l'hémorragie continua, car pendant une vingtaine de jours on trouva du sang dans les selles. M. Auvray termina l'opération par l'ablation de la vésicule qui était malade. Toutefois il est d'avis de ne pas l'enlever de parti pris.

M. Quénu est partisan du décollement du duodénum. Il est des cas où ce décollement suffit parfaitement pour faciliter les recherches et l'ablation de calculs. Mais c'est là une question de diagnostic. Il est des cas où il est impossible de savoir d'avance si on a affaire à un calcul de l'ampoule de Vater ou à une tumeur du pancréas. Dans ces cas le mieux est de recourir à une duodénotomie exploratrice qui permet d'explorer le cholédoque par le duodénum. Il ne faut pas, en effet, se fier au cathétérisme, même avec une sonde métallique. On passe souvent à côté d'un calcul avec une sonde et M. Quénu reste très sceptique sur les avantages du cathétérisme des voies biliaires. C'est là un moyen infidèle.

La discussion se poursuit entre MM. Quénu, Tuffier et Souligoux sur les avantages comparatifs du simple décollement du duodénum et de la duodénotomie.

M. Michaux rappelle avoir insisté, dans ses communications antérieures, sur le décollement duodénal et son utilité. C'est là un moyen commode pour poursuivre les calculs aussi loin que possible. Il ne faudrait donc pas abandonner cette voie d'exploration pour ne recourir qu'à l'ouverture du duodénum qui a aussi ses indications très nettes mais qui est certainement une intervention plus grave et plus compliquée.

M. Auvray résume la discussion et fait bien ressortir tous les avantages du décollement du duodénum.

Résection du fémur. — M. Schwartz présente un malade qu'il a opéré il y a dix-huit ans d'un sarcome à myéloplaxes du fémur par la résection d'une partie de cet os. Cet homme, qui est resté complètement guéri, bien que n'ayant jamais voulu porter d'appareil, malgré 6 à 7 centimètres de raccourcissement et une pseudarthrose, marche cependant très bien.

M. Auvray a opéré deux malades, l'un il y a sept ans, l'autre il y a cinq ans, de tumeurs à myéloplaxes du maxillaire et qui sont restées guéries depuis.

M. Delbet a opéré six malades atteints de tumeurs à myéloplaxes des os longs, simplement par l'évidement et a obtenu chez ces malades d'excellents résultats.

Chondrosarcome de la cuisse. — M. Tuffier présente un malade qui était atteint d'un chondrosarcome de la cuisse droite et chez lequel il a pratiqué une résection partielle du fémur. Il a remplacé la partie du fémur enlevée par un morceau du péroné du côté opposé. Ce malade a eu, par la suite, de la gangrène de la jambe qui a nécessité l'amputation secondaire. On peut voir sur la pièce enlevée par M. Tuffier que le péroné, inséré seulement quarante et un jours après la résection fémorale, s'est parfaitement bien uni aux fragments fémoraux.

VARIÉTÉS

LES THÈSES DÉPOSÉES A LA FACULTÉ

Un article du règlement de la Faculté de médecine de Paris stipule que MM. les candidats doivent déposer à la Faculté 185 exemplaires imprimés de leur thèse.

Les étudiants ne se préoccupent généralement pas de ce dépôt qu'ils laissent au soin de l'éditeur de la thèse, et la plupart d'entre eux ne se sont jamais demandés ce que devenaient ces 185 exemplaires.

L'arrêté portant règlement du service des thèses date du 21 juillet 1882.

Les deux premiers articles en sont ainsi conçus :

« Article premier. — Les aspirants au doctorat ou à tout autre grade ou titre pour l'obtention duquel la soutenance d'une thèse est exigée sont tenus d'en déposer un certain nombre d'exemplaires au secrétariat de la faculté ou école devant laquelle la thèse devra être soutenue.

Ce nombre sera annuellement déterminé par arrêté ministériel pour chaque faculté ou école.

Art. 2. — Les exemplaires dont le dépôt par le candidat est obligatoire sont destinés à pourvoir aux besoins de différents services, savoir :

1° Service de l'administration;
2° Service de l'enseignement et de la Faculté;
3° Echanges avec les facultés françaises;
4° Echanges avec les universités étrangères;
5° Concessions diverses;
6° Réserve et exemplaires à la disposition du doyen ou directeur.

Le chiffre des exemplaires affectés à chacun de ces services est déterminé par le ministre. »

. . . .

Cet arrêté est accompagné d'un « tableau de répartition des thèses » qui, depuis trente ans, a subi quelques modifications et qui est, à ce jour, exactement ainsi établi en ce qui concerne la *Faculté de médecine de Paris* (1).

Tableau de répartition des thèses. — 1. Service de l'administration (2 exemplaires). — Ministère de l'instruction publique = 2.

2. Service de l'enseignement et de la faculté (96 exemplaires). — Personnel de la Faculté = 80 (38 professeurs, 42 agrégés en exercice).

38 professeurs :

MM. Nicolas (anatomie), Ch. Richet (physiologie), Weiss (physique médicale), Gautier (chimie organique et chimie minérale), Blanchard (parasitologie et histoire naturelle mé-

(1) Le chiffre des exemplaires exigibles varie sensiblement entre les facultés. Le plus élevé est celui de la Faculté de médecine de Paris. Cette différence provient uniquement du nombre des membres du personnel enseignant, plus élevé à Paris que partout ailleurs.

dicale), Achard (pathologie et thérapeutique générales), Widal et Teissier (pathologie médicale), N... (pathologie chirurgicale), Pierre Marie (anatomie pathologique), Prenant (histologie), Hartmann (opérations et appareils), Pouchet (pharmacologie et matière médicale), Marfan (thérapeutique), Chantemesse (hygiène), Thoinot (médecine légale), Letulle (histoire de la médecine et de la chirurgie), Roger (pathologie expérimentale et comparée).

MM. Debove, Landouzy, Gilbert et Chauffard (clinique médicale), Hutinel (clinique des maladies des enfants), Gilbert Ballet (clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale), Gaucher (clinique des maladies cutanées et syphilitiques), Déjerine (clinique des maladies du système nerveux), Delbet, Quénu, Reclus, Segond (clinique chirurgicale), de Lapersonne (clinique ophtalmologique), N... (clinique des maladies des voies urinaires), Bar, Pinard et Ribemont-Dessaignes (clinique d'accouchements), Pozzi (clinique gynécologique), Kirmisson (clinique chirurgicale infantile), Albert Robin (clinique thérapeutique).

42 agrégés en exercice :

Première section (sciences anatomiques et physiologiques) : MM. Branca, Rouvière et Grégoire (anatomie et embryologie); Mulon (histologie) et Jean Camus (physiologie).

Deuxième section (sciences physiques et naturelles) : MM. Zimmern (physique); Maillard et Nicloux (chimie); Tiffeneau (matière médicale et pharmacodynamie); Brumpt (histoire naturelle).

Troisième section (médecine proprement dite et médecine légale) : MM. Carnot, Claude, Balthazard, Marcel Labbé, Macaigne; — Castaigne, Sicard, Nobécourt, Jousset, Lœper; — Gougerot, Léon Bernard, Léri, Guillain et Rathery (médecine générale et médecine légale); M. Laignel-Lavastine (maladies mentales); M. Roussy (anatomie pathologique).

Quatrième section (chirurgie et accouchements) : MM. Morestin, Duval, Proust; — Lecène, Ombrédanne, Lenormant; — Chevassu, Okinczyc, Schwartz (chirurgie générale); M. Terrien (ophtalmologie); MM. Brindeau; — Couvelaire, Jeannin; — Guéniot et Lequeux (obstétrique).

Pour les juges de la soutenance (deux exemplaires à chacun des quatre juges) = 8.

Secrétaire = 1.

Bibliothèque de la Faculté = 4.

Bibliothèque de l'Université (Paris) = 1.

Commission des prix de thèses = 2.

3. Service des échanges avec les facultés françaises (7 exemplaires). — Alger, Bordeaux, Lille, Lyon, Montpellier, Nancy et Toulouse.

4. Service des échanges avec les universités étrangères (42 exemplaires). — *Allemagne :* 21 (Berlin, Bonn, Breslau, Erlangen, Fribourg-en-Brisgau, Giessen, Gœttingen, Greifswald, Halle, Heidelberg, Iéna, Kiel, Kœnigsberg, Leipzig, Marbourg, Münich, Munster, Rostock, Strasbourg, Tubingen et Wurzbourg).

Suisse : 6 (Bâle, Berne, Fribourg, Genève, Lausanne et Zurich).

Belgique : 3 (Bruxelles, Gand et Liége).

Hollande : 3 (Groningue, Leyde et Utrecht).

Suède : 2 (Lund et Upsal).

Angleterre : 1 (Oxford).

Danemark : 1 (Copenhague).

Italie : 1 (Florence).

Russie : 1 (Dorpat).

Etats-Unis d'Amérique : 3 (Baltimore, Boston [Université Harvard] et New-York).

5. Concessions diverses (36 exemplaires). — Ecoles secondaires de médecine = 15 (Marseille, Nantes et Rennes, écoles de plein exercice; Amiens, Angers, Besançon, Caen, Clermont, Dijon, Grenoble, Limoges, Poitiers, Reims, Rouen et Tours, écoles préparatoires).

Ecoles de santé navale = 4 (Bordeaux, Brest, Rochefort et Toulon).

Ecole de santé militaire de Lyon.

Ecole d'application du Val-de-Grâce.

Académie nationale de médecine.

Conseil de santé de l'armée.

Bibliothèque nationale.

Faculté libre de médecine de Lille.

Association générale des étudiants.

Bruxelles (bibliothèque royale).

Washington.

Rio de Janeiro.

Buenos-Aires.

Saint-Pétersbourg (bibliothèque impériale de médecine).

Beyrouth.

Montréal (Mac Gill).

British medical London.

Montréal Québec (Université Laval).

College of physicians.

6. Réserve et exemplaires a la disposition du doyen (2 exemplaires dont 1 pour les archives).

Ch. Darras.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 17 AU 22 JUIN 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 17 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Mardi 18 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

Mercredi 19 juin, à une heure. — 3e (oral, 2e partie, 1re, 2e et 3e séries).

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

5e (2e partie), *Laënnec.*

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Jeudi 20 juin, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, 1re, 2e et 3e séries).

3e (oral, 2e partie, 1re, 2e et 3e séries).

Vendredi 21 juin, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Samedi 22 juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon.*

THÈSES

Mercredi 19 juin, à une heure. — M. Ch. Richet. Etude clinique et expérimentale des entérites. Entérite par ulcération microbienne et toxique. (MM. Landouzy, président; Letulle, Laignel-Lavastine, et Guillain.) — M. Fernagu. Des troubles de la parole dans les chorées. (MM. Letulle, président; Landouzy, Laignel-Lavastine et Guillain.) — M. Monnot. Le purpura dans la tuberculose. (MM. Gaucher, président; Reclus, Zimmern et Gougerot.) — M. Guille. Etude sur le livedo. (MM. Gaucher, président; Reclus, Zimmern et Gougerot.) — M. Haller. Des épiploïtes chroniques en rapport avec l'appendicite et la colite chroniques. (MM. Reclus, président; Gaucher, Zimmern et Gougerot.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Imprimerie Levé, rue Cassette, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir : pour la première série avant le 15 juin, et pour la deuxième série avant le 15 juillet.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 7 juin : MM. Lemaire (Henri) et Léri, 18; Rivet, 18 1/2 ; Babonneix, 20.

GUERRE. — Le *Journal officiel* vient de publier une circulaire ministérielle décidant que les médecins-majors de deuxième classe et médecins aides-majors de première et de deuxième classe de réserve pourront servir dans les troupes métropolitaines au Maroc.

Les intéressés devront présenter les aptitudes physiques nécessaires et s'engager à rester au moins un an à dater du jour du débarquement, hors le cas de maladie dûment constatée; ils auront droit aux mêmes indemnités d'entrée en campagne et allocations de solde que les officiers des grades correspondants des cadres actifs.

Les demandes devront être adressées par la voie hiérarchique au ministre de la guerre (direction du service de santé), appuyées d'un certificat médical délivré par un médecin militaire.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la vingt-deuxième semaine, 899 décès, au lieu de 960 pendant la semaine précédente et au lieu de 968, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 7 décès, la variole 0, la rougeole 24, la scarlatine 9, la coqueluche 6, la diphtérie 6.

SOCIÉTÉ DE PSYCHIATRIE DE PARIS. — La prochaine séance de la Société de psychiatrie aura lieu le jeudi 20 juin 1912, à neuf heures et demie du matin, à l'asile Sainte-Anne, dans le service de la clinique.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bertrand (de Domène) et Douglas-Aigre (de Boulogne-sur-Mer).

EXPLOSION D'OXYCYANURE DE MERCURE. — Le *Journal de pharmacie et de chimie* rapporte un accident dû à une explosion d'oxycyanure de mercure qui vient de se produire à l'hôpital Tenon.

Le surveillant de la pharmacie de cet établissement avait, dans le fond d'une potiche en grès, environ 200 grammes d'oxycyanure de mercure qui, en s'altérant, était devenu très peu soluble dans l'eau et avait pris une couleur grise. Voulant détruire ce sel, il eut la singulière idée de le jeter dans le foyer de son fourneau. Tenant à deux mains la potiche, il le versait sur le foyer par petites portions lorsqu'une violente explosion se produisit, projetant au loin les fragments de la potiche et remplissant l'atmosphère de vapeurs de mercure. Ces vapeurs, en se condensant, rendirent l'air de la pièce complètement opaque, au point qu'on ne voyait pas les objets éloignés de plus de 50 centimètres.

Le surveillant fut légèrement brûlé et blessé assez profondément au visage et aux mains, par les fragments de la potiche. L'accident aurait pu d'ailleurs être beaucoup plus grave. On retrouva en effet l'un de ces fragments incrusté de 3 millimètres dans un vase d'étain placé à 3 mètres du fourneau et d'autres fragments projetés sur la muraille et sur le plafond y avaient creusé des trous de 2 centimètres de profondeur.

Cet accident est facilement explicable par la propriété que possède l'oxycyanure de mercure de détoner violemment lorsqu'on le chauffe brusquement. Les parties de ce sel en contact avec le foyer explosèrent en produisant une flamme qui, se communicant de proche en proche, fit détoner le sel de la potiche.

RENSEIGNEMENTS

LA COMMUNE DE LIGNY-LE-RIBAULT (Loiret), 1500 habitants, est disposée à accorder une subvention à un médecin qui voudrait s'établir dans la commune. — Pour renseignements s'adresser à la Mairie de Ligny-le-Ribault.

L'ENFUMAGE IODÉ ACTUEL

NOUVELLES RECHERCHES

I. Recherches historiques,

Par P. LOUGE,

Chirurgien des hôpitaux de Marseille,
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

I

Définition. L'enfumage iodé ou les vapeurs rapides. — Je suis heureux de constater que l'emploi actif des vapeurs d'iode en thérapeutique locale, grâce à l'impulsion de Max Jungengel(1) en Allemagne et, je dois dire avec satisfaction, de la mienne(2) en France, commence à se généraliser.

Il ne s'agit point de *vapeurs lentes*, d'évaporations, d'inhalations, de sachets ou de coton iodés dont l'histoire est déjà fort ancienne et connue de tous.

Il ne s'agit pas de fumigations humides ou même sèches, car la méthode étend son action jusqu'à l'intérieur des tissus, du tissu cellulaire sous-cutané, des synoviales et des articulations.

Il ne s'agit pas non plus de méthodes iodogènes s'efforçant par des moyens variés de faire naître de l'iode dans les tissus ou à leur surface.

Il s'agit encore moins d'une vaporisation ou d'une pulvérisation d'une solution iodée quelconque, véritable spray iodé (3), nuage iodé humide où un liquide spécialement choisi sert de véhicule à l'iode.

Il s'agit de production active et de courte durée de *vapeurs iodées rapides*, sèches, visibles, libres de tout véhicule, indépendantes, dirigées, canalisées, projetées, insufflées ou injectées dans un but thérapeutique, en un mot de l'*enfumage iodé.*

L'enfumage iodé, c'est le badigeonnage ou l'injection à l'état de vapeur.

C'est le beau nuage violet se levant plein de promesses, aussitôt capté dans sa vie éphémère, asservi et métamorphosé en topique docile malgré l'énergie, la mobilité, l'indépendance et l'insubordination de ses éléments.

Permettre au praticien de résoudre malgré toutes ses difficultés un pareil problème, d'une façon très simple, sans laboratoire, sans appareil coûteux, sans le secours d'une source électrique quelconque ; lui indiquer les moyens faciles de construire lui-même un appareil qui lui servira à pratiquer un enfumage iodé aussi facilement qu'un badigeonnage ; c'est le but que j'ai continué à poursuivre et que je crois enfin avoir atteint.

II

Historique de l'enfumage iodé. — L'histoire des *vapeurs lentes* est déjà fort ancienne ; elle a été exposée en 1855 par Boinet (1) dans son remarquable traité sur l'iodothérapie ; elle n'a guère été sensiblement modifiée depuis.

L'histoire des *vapeurs rapides*, c'est-à-dire de l'enfumage iodé en thérapeutique locale, est au contraire de date relativement récente et nos traités de thérapeutique actuels n'en font nullement mention.

L'iode que nous croyons connaître parce que nous le connaissons exactement depuis un siècle ne nous a pas encore révélé tous ses secrets après cent ans d'étude.

Nous devrions fêter son centenaire (1812-1912) en rougissant de le connaître si peu. Cela ne doit pas nous surprendre. Il y a encore bien plus longtemps que le soleil se lève sur l'humanité et jamais il n'a été tant question d'héliothérapie, de bains de soleil, de traitement solaire, d'insolation locale et de cure solaire qu'à l'heure actuelle (2).

C'est avec raison qu'Isambert (3) en 1906 écrivait dans la *Gazette des hôpitaux*, que l'iode est un « antiseptique merveilleux, mal connu encore en thérapeutique chirurgicale ».

Lance (4) écrivait en 1909, dans un intéressant article sur l'emploi de l'iode en chirurgie, en ce qui concerne les vapeurs : « C'est sous cette forme que l'iode pénétrerait le plus facilement les tissus mais son utilisation est délicate et jusqu'ici très limitée. »

J'écrivais moi-même en 1911 (5): « On peut affirmer, sans crainte d'être démenti, que l'emploi des vapeurs d'iode en application locale est, à l'heure actuelle, complètement inconnu des médecins. »

Des travaux intéressants et malheureusement disséminés ont été cependant publiés sur la question. Je vais essayer de les grouper.

On pourrait à ce sujet établir une distinction préalable entre les auteurs.

Les uns se sont adressés directement à l'iode métalloïdique pour produire les vapeurs. Les autres ont préféré employer l'iode sortant d'une combinaison, c'est-à-dire le faire naître par décomposition d'un corps qui le renferme, iodoforme ou similaire, pensant que l'état plus ou moins naissant doit conférer à l'action déjà si énergique des vapeurs un pouvoir encore plus spécial.

Mais, suivons l'ordre chronologique :

Charrière [*27 décembre 1864* (6)] présente à l'Académie de médecine un appareil qui doit faire date dans l'histoire de l'enfumage iodé car il est, d'après mes recherches, le premier de ce genre.

L'appareil consistait en un tube en U renfermant de l'iode métalloïdique que l'on plongeait dans l'eau chaude. Il avait d'après son auteur l'avantage « de

(1) JUNGENGEL. Hautdesinfektion und Wundbehandlung mit Joddampf, *Münch. med. Woch.*, 1910, n° 12.

(2) P. LOUGE. L'enfumage iodé ou l'emploi des vapeurs d'iode en thérapeutique locale, *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 86, p. 1291.

(3) HEUSSNER. *E. Merck Annales*, 24e année, 1910, p. 240.

(1) A.-A. BOINET. *Iodothérapie ou de l'emploi médico-chirurgical de l'iode et de ses composés*, Paris 1855.

(2) Gaston SARDOU. L'héliothérapie en France et sur le littoral méditerranéen, *Presse méd.*, 1912, n° 18, p. 227.

(3) ISAMBERT. Emploi de l'iode pur à doses massives dans la pratique chirurgicale, *Gaz. des hôpit.*, 1906, n° 110, p. 1311.

(4) M. LANCE. Emploi de l'iode en chirurgie, *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 57, p. 720.

(5) P. LOUGE. *Op. cit.*, 1911, p. 1291.

(6) CHARRIÈRE. *Bull. de l'Acad. impér. de méd.*, 1864-1865, t. XXX, 29e année, séance du 27 décembre 1864, p. 223, Paris, J.-B. Baillière et fils.

faire passer l'*air saturé d'iode* à l'état de vapeur *seulement* ».

Un thermomètre annexé à l'appareil indiquait le degré de température de l'eau dans laquelle le tube générateur était plongé.

Cet appareil avait aussi l'avantage, d'après son inventeur, de fournir « un *nouveau moyen de diriger* la vapeur d'iode sur une partie quelconque du corps en se servant d'uue bouteille en gomme munie d'une soupape », c'est-à-dire d'une soufflerie en caoutchouc.

Le dessin explicatif qui accompagne la description de cet appareil est du reste très significatif. On le trouve aussi reproduit dans la *Gazette des hôpitaux* (1).

Cornil [*19 octobre 1886* (2)], dans une communication à l'Académie de médecine, relative à l'injection de médicaments gazeux dans le rectum, fait connaître les observations recueillies par Chantemesse à l'hôpital Saint-Louis.

Il ne conseille pas les lavements aux vapeurs d'iode car ils « déterminent une inflammation de la muqueuse intestinale ».

Delie [d'Ypres en Belgique (3)] (*11 sept. 1888*), au IVe Congrès otologique international tenu à Bruxelles du 10 au 14 septembre 1888, fit une communication sur l'action des vapeurs d'iodoforme dans les affections de la trompe et de l'oreille moyenne.

« L'appareil instrumental, dit l'auteur, pour obtenir des vapeurs d'iodoforme, est des plus simples : un tube en verre, effilé à l'une des extrémités, muni à l'autre extrémité d'un cylindre bouchon en matière variable auquel s'adapte un tuyau en caoutchouc, renferme une faible quantité de poudre iodoformique; l'exposition du tube à une flamme quelconque fait naître les vapeurs, et celles-ci se dégagent en chassant de l'air à travers tout le système au moyen de la bouche ou du ballon Politzer. »

Les vapeurs « constituent un moyen thérapeutique excellent dans toutes les affections des trompes et de l'oreille moyenne, dépouillées des phénomènes aigus et caractérisées spécialement par une sécrétion qui ne se tarit guère et un gonflement inflammatoire des divers éléments morphologiques ».

Les séances ne doivent pas être faites tous les jours, mais « tous les cinq, voire tous les huit et bientôt même tous les quinze jours : l'usage quotidien des vapeurs créerait des poussées congestives telles qu'une véritable inflammation se déclarerait ».

L'auteur reconnaît que l'action des vapeurs est due principalement à l'iode et fait à ce sujet une remarque intéressante c'est que les vapeurs provenant de l'iodoforme chauffé « sont bien supportées tandis que les vapeurs produites par l'iode chauffé ne le sont presque jamais » (4).

(1) Charrière. *Gaz. des hôpit.*, 1864, p. 607.
(2) Cornil. Injection de médicaments gazeux dans le rectum, Acad. de méd., séance du 19 oct. 1886, *Semaine méd.*, 1886, p. 415.
(3) Delie (d'Ypres). Les vapeurs d'iodoforme dans les affections de la trompe et de l'oreille moyenne, *Revue de laryngol., d'otol. et de rhinol.* du docteur E.-J. Moure, 1888, t. IX, no 4, p. 81.
(4) Delie. Id., *Semaine méd.*, 1888, no 38, p. 366.

Cette communication très intéressante, exclusivement limitée à l'otiatrie, n'eut malheureusement pas de retentissement dans la thérapeutique générale.

Virnicchi (de Naples), au XXIe Congrès italien de chirurgie tenu à Rome (*27-29 oct. 1908*) à l'occasion d'une communication d'un de ses collègues sur les effets locaux et expérimentaux des injections iodo-iodurées sur le testicule du chien, signale les effets obtenus par les vapeurs d'iode.

L'auteur a expérimenté les vapeurs obtenues à l'aide de composés pouvant les produire; il a étudié leur mode de production et d'application, leur action sur les différents tissus, leur absorption et leur élimination. L'expérimentation clinique doit décider de leur emploi en thérapeutique.

Voici d'ailleurs le compte rendu donné par la *Clinica chirurgica* : « Virnicchi (1). A proposito dei benefici effetti dell' iodio localmente nella cura della tubercolosi chirurgica, dice come ha sperimentato i vapori di iodio ottenuti con composti che avrebbero il potere di dare vapori, i quali non si depositano con facilità allo stato cristallino.

Ha studiato il modo come produrli e come adoperarli, la loro azione sui vari tessuti, il potere di assorbimento ed eliminazione dell' organismo, l'azione dei detti vapori sugli infermi farà giudicare di accettare o di rinunziare allo scopo informatore del lavoro. »

L'auteur ne précise malheureusement pas « il modo come produrli e come adoperarli ».

J'ai vainement cherché dans les périodiques français le texte de cette communication qui, d'après un compte rendu allemand (2), aurait été faite d'une façon préliminaire « eine vorläufige Mitteilung » au cours de la discussion.

Avec Max Jungengel (de Bamberg en Bavière) commence la période véritablement active de l'enfumage iodé. Dans une conférence (*6 nov. 1909*) tenue à Wurzbourg, à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Franconie et publiée dans la *Semaine médicale de Münich* (3), l'auteur commence par reconnaître avec juste raison que c'est aux difficultés d'ordre technique que doit être attribuée la rareté de l'emploi thérapeutique des vapeurs d'iode jusqu'à ce jour : « In den technischen Schwierigkeiten mag es begründet sein, dass Joddampf therapeutisch bisher so wenig verwendet wurde. »

Il décrit ensuite son appareil employé pour produire les vapeurs d'iode ainsi que les résultats thérapeutiques obtenus.

L'appareil se compose d'une petite chambre à air dans laquelle on introduit des cristaux d'iode « Jodkammer ». Un courant électrique porte au rouge un fil de platine « Platinbrenner » qui échauffe l'air et cet air ainsi chauffé est dirigé sur les cristaux à l'aide d'une soufflerie « Gummiball » que l'on rac-

(1) Virnicchi. XXIe Congrès de la Société italienne de chirurgie tenu à Rome (27-29 oct. 1908), *Clin. chir.*, 1908, no 11, p. 1863.
(2) Stinelli (de Naples). Studio sperimentale istologico sugli effetti delle iniezioni jodo-jodurate locali nel didimo ed epididimo normali, *Centralbl. f. Chir.*, 1909, no 49, p. 1697.
(3) Jungengel. Op. cit., *Münch. med. Woch.*, 1910, no 12.

corde au manche « Handgriff » qui sert à manœuvrer l'appareil.

Des canules sondes destinées à injecter les vapeurs forment les pièces accessoires.

Jungengel nous fait connaître les heureux résultats obtenus dans la désinfection du champ opératoire par son procédé.

Le procédé consiste à passer d'abord de l'alcool sur les téguments puis on rase les poils, et après une nouvelle application d'alcool on traite par les vapeurs d'iode jusqu'à ce que la peau prenne une coloration orangée : « Zunächst, dit-il, Aufsprayen von Alkohol, dabei Rasieren von Haaren, dann bei weiterem Alkoholspray Aufblasung von Joddampf bis zu rotgelber Färbung der Haut. »

Les vapeurs d'iode se montrent très efficaces particulièrement dans le traitement des furoncles, des abcès, des phlegmons, des panaris, des ulcères et des tuberculoses locales. Il est bon de les employer avant et après les sutures cutanées.

Jungengel (*1er juillet 1911*), dans une seconde conférence tenue à Münich à la première assemblée de l'*Union des chirurgiens bavarois* (1), expose les résultats de ses nouvelles expériences qui confirment les premières.

L'auteur ajoute des détails intéressants sur l'étude de l'air et des objets renfermés dans la salle où a lieu l'enfumage et conseille de ne pas répandre les vapeurs à tort et à travers comme de la fumée de tabac : « Joddampf, dit-il, darf nicht wie Zigarettenrauch in die Luft geblasen werden. »

Il complète ses recherches en étudiant l'action des vapeurs sur les plaies, l'examen microscopique des tissus enfumés, l'analyse des urines, l'hyperémie active, la cicatrisation, la tolérance parfaite locale du tissu cérébral, la réaction adhésive du péritoine et enfin l'association de la méthode avec la haute fréquence.

Pendant que le chirurgien allemand faisait connaître sa méthode, je poursuivais de mon côté mes recherches sur l'action des vapeurs d'iode obtenues par la simple combustion de la poudre d'iodoforme.

Dans un article intitulé *L'enfumage iodé ou l'emploi des vapeurs d'iode en thérapeutique locale* (2), je fais connaître (*1er août 1911*) le résultat de mes premières expériences.

Je donne à la méthode le nom d'*enfumage* et je m'efforce de la simplifier et de la vulgariser.

Les vapeurs iodées produites par la simple combustion d'un tampon de coton imprégné de poudre d'iodoforme sont étudiées et utilisées suivant onze procédés d'enfumage : enfumage au tampon, à la houppe, à la ventouse, à la verrine, à l'entonnoir, à l'enfumoir apicole, à l'enfumoir Reynès, au thermocautère, au galvanocautère, à la seringue et enfin à la seringue hypodermique.

Je démontre la possibilité de pratiquer des injections sous-cutanées de vapeurs d'iode, et je signale en terminant les résultats thérapeutiques obtenus par l'enfumage.

(1) Jungengel. Weitere Erfahrungen mit der Joddampfbehandlung, *Beitr. z. klin. Chir.*, 1911, Bd. LXXVI, h. 3.

(2) P. Louge. Op. cit., *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 86, p. 1291.

L'iode en vapeurs, dans les cancers inopérables, agit comme *désodorisant* remarquable et comme *calmant*. C'est un *assécheur* et un *antisuppurant*.

Il donne par son pouvoir *antituberculeux* d'excellents résultats dans la tuberculose osseuse ou ganglionnaire, les abcès tuberculeux, les fistules. Il est indiqué dans les ulcères divers, les métrites, enfin comme désinfectant du champ opératoire.

Tel est brièvement résumé le résultat de mes premières recherches.

Le procédé de la *combustion* de l'iodoforme sur des tampons de coton avait le grave inconvénient, malgré l'habileté de l'opérateur et la rapidité de l'opération, de dégager dans la salle des vapeurs inutiles et désagréables.

Pour obvier à cet inconvénient important je fis dans ce but des essais de *chauffage* de l'iodoforme dans de petites ampoules ou ballonnets en verre à deux ouvertures dont l'une était destinée à une soufflerie et l'autre à la projection des vapeurs sur l'endroit désiré. C'était déjà un progrès.

Le professeur H. Reynès, MM. Billon, chef de clinique, et Raillard, interne des hôpitaux, qui s'intéressaient à mes expériences imaginèrent à leur tour divers petits enfumoirs de verre plus ou moins ingénieux.

Ces petits enfumoirs furent présentés par Henry Reynès (de Marseille) (*5 oct. 1911*) au Congrès français de chirurgie de Paris (1) dans une démonstration pratique « qui intéressa bon nombre de congressistes ».

Henry Reynès (*7 oct. 1911*) expose le surlendemain, au même Congrès, les principes de l'enfumage iodé ainsi que les résultats thérapeutiques qu'il a obtenus, dans une conférence parue dans la *Presse médicale* (2).

L'auteur, qui s'est particulièrement occupé du flambage thérapeutique, nous apprend dans cet article, au point de vue historique, que déjà Felizet « mettait de l'iodoforme dans les plaies et provoquait la décomposition par la chaleur à l'aide d'un chalumeau ».

On peut employer, dit-il, l'enfumage iodé « sur des furoncles, des anthrax incisés et vidés ; sur des plaies et ulcères chroniques, atones, ichoreux, ulcères simples, ulcères variqueux ; sur des lésions scrofulo-tuberculeuses cutanées ou ganglionnaires ; sur des foyers d'ostéomyélite ou de carie osseuse ; enfin en oto-rhinologie : vieilles otorrhées, vieilles sinusites ».

L'auteur conseille l'enfumage dans les cancers ulcéreux végétants et inopérables combiné à un large curettage.

« L'avenir, dit le professeur Reynès, précisera la portée définitive de ce nouveau traitement ; mais dès maintenant l'enfumage iodé de Louge a sa place en thérapeutique locale d'autant plus que son application se prévaut d'une extrême simplicité et peut également rendre service aux chirurgiens les plus répu-

(1) H. Reynès. *XXIVe Congrès français de chirurgie* tenu à Paris du 2 au 7 oct. 1911.

(2) H. Reynès. L'enfumage iodé, *Presse méd.*, 4 nov. 1911, n° 88, p. 904.

tés autant qu'aux plus modestes et dévoués praticiens. »

Kœnig (*10 nov. 1911*) à la *Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris* fait une communication intéressante sur l'enfumage iodé (1).

D'après cette communication (2) l'auteur emploie comme appareil :

1° Une petite capsule métallique formée de deux hémisphères se vissant l'un sur l'autre et surmontés chacun d'un embout, l'un conique, pour l'introduction dans le pavillon de la sonde d'Itard, l'autre cylindrique, pouvant s'adapter au tube d'un appareil à air chaud ;

2° L'appareil à air chaud de Lermoyez et Mahu ;

3° Le mélange finement pulvérisé de la poudre suivante : menthol 1 gramme ; camphre et iode pur ââ 2 grammes ; poudre de talc 30 grammes.

Ce mélange est placé en petite quantité entre deux couches de coton hydrophile dont les hémisphères de la capsule sont garnis.

Les vapeurs d'iode sont ainsi obtenues et entraînées par le courant d'air chaud.

L'auteur emploie ce traitement dans diverses affections de l'oreille (otite suppurée chronique, otites scléreuses, etc.), et pense que « cette méthode pourrait naturellement trouver de nombreuses autres applications en oto-rhinologie ainsi que dans les autres spécialités (maladies cutanées et utérines) et en médecine et chirurgie générales ».

Barrère (3) en 1856 avait déjà conseillé l'association du camphre et de l'iode, c'est-à-dire l'emploi du camphre iodé, pour administrer les vapeurs d'iode en inhalations.

H. Reynès (*30 décembre 1911*) publie un nouvel article sur l'enfumage iodé en gynécologie (4).

L'auteur décrit minutieusement l'enfumage iodé pratiqué par la voie vaginale soit à l'aide du tampon iodoformé enfumeur, soit à l'aide des petits enfumoirs dont il a été déjà question.

De bons résultats ont été obtenus dans « les métrites cervicales ulcéreuses, les cervicites, les métrites granuleuses ».

« Les épithéliomas ulcéreux et bourgeonnants sont très heureusement modifiés par l'enfumage. »

Précédés d'un curettage « les cancers utérins, inopérables ou récidivés, sont non pas guéris, mais bien soignés, désinfectés, désodorisés pour le plus grand profit des malades qui trouvent ainsi une amélioration locale et générale ».

Le traitement est indolore et peut être renouvelé deux fois par semaine.

« Divers otologistes, à Marseille, ajoute l'auteur, emploient la méthode de Louge avec succès dans d'anciennes otorrhées, dans des sinusites chroniques et dans les cavités si difficilement oblitérées des évidements pétro-mastoïdiens. »

(1) Kœnig. L'enfumage iodé, *Soc. de laryngol., d'otol. et de rhinol. de Paris, Presse méd.*, 6 déc. 1911, n° 97, p. 1009.

(2) C. J. Kœnig. L'enfumage iodé, *La Presse méd.*, 9 déc. 1911, n° 98, p. 1024.

(3) Barrère. Moyen très simple d'administrer les vapeurs d'iode. *Gaz. des hôp.*, 1856, p. 200.

(4) H. Reynès. L'enfumage iodé en gynécologie, *Le Progrès méd.*, 30 déc. 1911, n° 52, p. 640.

En vénéréologie des essais ont été tentés par Moiroud « contre d'anciennes syphilides ulcéreuses et contre des chancres mous à bacille de Ducrey : les résultats ont été des plus remarquables ».

Dans une courte notice parue dans le journal *La Nature* [*6 janvier 1912*] (1) nous apprenons que les vapeurs d'iode « peuvent traverser en très faible quantité une paroi très mince de verre, à la température ordinaire, et la démonstration de ce phénomène a été fournie par l'attaque d'une feuille d'argent située du côté opposé du verre ».

Cette propriété étonnante étudiée par Zengheis (2) nous démontre une fois de plus toute l'énergie mystérieuse et insoupçonnée que possède un agent aussi puissant.

La question de l'enfumage iodé a été portée cette année à l'ordre du jour de la *Société de chirurgie de Marseille* à l'occasion d'une observation que j'ai communiquée (*15 janvier 1912*) et relative à un cas d'ostéoarthrite tuberculeuse du pied (3).

Eugène Poucel (4) dans la même séance indique que l'enfumage « lui paraît excellent non seulement contre les scrofulides et toutes les manifestations de la tuberculose, mais il croit à son efficacité dans un groupe d'affections mal connues que l'on désigne sous le nom de mycoses, affections cutanées, muqueuses et viscérales formées par l'invasion de champignons ou de bactéries qui présentent souvent une symptomatologie et une ressemblance clinique telles, qu'on peut difficilement les différencier du cancer, de l'épithélioma ulcéreux ou végétant, et autres tumeurs malignes ».

Il cite deux observations remarquables à cet égard. L'une est celle d'une femme condamnée par lui et sept confrères comme atteinte de volumineux cancer utérin. Après évidement de l'organe la plaie fut saupoudrée abondamment de poudre d'iodoforme avec des cotons. Ceux-ci s'enflammèrent au moment de la cautérisation au thermocautère. De belles vapeurs violettes se manifestèrent produisant un véritable enfumage et, détail intéressant, la guérison persiste depuis plus de vingt-cinq ans.

La seconde observation est celle d'un homme de cinquante ans, atteint d'une tumeur de la muqueuse buccale, tumeur d'aspect épithéliomateux, avec leucoplasie de la voûte ou du moins dégénérescence d'aspect leucoplasique et qui a été promptement améliorée par l'enfumage.

La question de l'enfumage iodé a été également portée à l'ordre du jour de la *Commission scientifique du Comité médical des Bouches-du-Rhône* (*16 février 1912*) à la suite de deux communications.

La première présentée par Moiroud (5) était rela-

(1) *La Nature*. Perméabilité du verre pour les vapeurs, n° 2015, Paris, 6 janvier 1912, p. 85.

(2) Zengheis. *Zeitschrift für physikalische Chemie*, t. LXVIII, p. 169 et t. LXXII, p. 425 ; — Réponse au docteur Louge, *La Nature*, 1912, n° 2020, supplément p. 87.

(3) P. Louge. Ostéoarthrite tuberculeuse du pied gauche traitée par l'enfumage iodé, *Marseille méd.*, 1912, n° 5, p. 154.

(4) E. Poucel. Société de chirurgie de Marseille, séance du 15 janvier 1912, *Marseille méd.*, 1912, n° 5, p. 173.

(5) Moiroud. Noma de la vulve traité et guéri par l'enfumage iodé (méthode du docteur Louge), *Marseille méd.*, 1912, n° 6, p. 195.

tive à un noma vulvaire traité et guéri par l'enfumage iodé et la seconde personnelle (1) se rattachait à la bibliographie de la question.

Ces deux communications ont été suivies d'une discussion intéressante.

A. Cartaz [*16 mars 1912* (2)] expose la méthode dans le journal *La Nature*.

Au dernier Congrès international de la tuberculose (*13-20 avril 1912*) tenu cette année à Rome, je communique la note suivante (3) :

« L'enfumage iodé ou l'emploi des vapeurs rapides d'iode, pour les différencier des vapeurs lentes déjà connues, donne d'excellents résultats dans le traitement des tuberculoses locales.

On l'obtient, soit en brûlant de l'iodoforme sur un tampon de coton (*Gazette des hôpitaux*, Paris 1911, p. 1291), soit en chauffant l'iodoforme dans une ampoule ou un tube de verre et en projetant les vapeurs ainsi formées à l'aide d'une soufflerie.

On peut ainsi pratiquer soit l'enfumage *externe* (plaies, ulcères, caries ouvertes, etc.) soit l'enfumage *interne* à l'aide de puits faits au thermocautère (tissu cellulaire, articulations, etc.) ou à l'aide de la chemise du trocart après évacuation (abcès fermés, synoviales articulaires, vaginale, etc.). Dans ces derniers cas les vapeurs sont évacuées avant de retirer le trocart.

La méthode n'est pas douloureuse, elle est calmante, et n'occasionne ni accidents d'iodisme ni élévation de température.

L'iode à l'état de vapeurs est le véritable spécifique des tuberculoses locales. »

Henri Bouquet [*15 avril 1912* (4)] expose la méthode de l'enfumage iodé dans une chronique spirituelle et termine par ces paroles relatives aux malades : « J'espère que parmi eux il ne s'en trouvera pas qui, trop bien documentés sur les vieux apologues, paieront celui qui les aura guéris en lui faisant entendre le son de leur argent, sous le spécieux prétexte qu'il ne leur a donné que la fumée du médicament. »

P. Moiroud [*1er mai 1912* (5)] précise les effets de l'enfumage iodé dans la thérapeutique des ulcérations vénériennes.

Edm. Raillard (*22 mai 1912*) conclut dans sa thèse que « les vapeurs d'iode naissant constituent un traitement de choix dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne et de la trompe » (6).

Divers travaux sont enfin, à l'heure actuelle, en cours de préparation, particulièrement la thèse de Buges sur l'enfumage iodé dans le traitement des métrites.

La médecine vétérinaire a également bénéficié de l'enfumage, mais je ne veux pas empiéter sur les conclusions des auteurs.

En résumé, l'enfumage iodé comprend les classifications suivantes :

A. Au point de vue de l'*origine des vapeurs* et par ordre chronologique :

1° Enfumage iodé d'origine métalloïdique (Charrière, Jungengel).

2° Enfumage iodé d'origine iodoformique (Delie, Louge, Reynès, Moiroud, E. Poucel, Raillard, Buges).

Il ne faut pas confondre cet enfumage avec le nouvel enfumage iodoformé que je décrirai dans un autre article.

3° Enfumage iodé d'origine diiodoformique (Raillard : premières expériences).

4° Enfumage iodé mixte (Kœnig).

B. Au point de vue du *mode de production* des vapeurs on peut grouper les procédés de la façon suivante :

1° Par chauffage de l'iode (Charrière).

2° Par l'air chaud dirigé sur l'iode (Jungengel, Kœnig).

3° Par la combustion de l'iodoforme à l'air libre (Louge).

4° Par le chauffage de l'iodoforme (Louge).

5° Par le chauffage du diiodoforme (Raillard, au début).

A l'heure actuelle, deux procédés principaux d'enfumage iodé, consacrés par l'expérimentation clinique sont donc en présence, dans la thérapeutique chirurgicale : celui de Jungengel qui emploie de l'*iode métalloïdique* pour la production des vapeurs (enfumage iodé d'origine métalloïdique) et le mien qui emploie dans le même but l'*iode sortant d'une combinaison*, l'iodoforme de préférence (enfumage iodé d'origine iodoformique).

Je vais m'efforcer de démontrer, et c'est là le but principal de mes nouvelles recherches, qu'*à l'aide d'un appareil fort simple, le praticien peut à volonté expérimenter tous ces procédés.* (*A suivre.*)

(1) P. Louge. A propos de l'enfumage iodé, *Marseille méd.*, 1912, n° 6, p. 196.

(2) A. Cartaz. L'enfumage iodé. *La Nature*, supplément 16 mars 1912, p. 125.

(3) P. Louge. L'enfumage iodé ou l'emploi des vapeurs rapides d'iode dans le traitement des tuberculoses locales, *Congrès international de la tuberculose*, Rome 1912.

(4) Henri Bouquet. L'enfumage iodé, *Monde méd.*, 29e année, 1912, n° 447.

(5) P. Moiroud. De l'emploi de l'enfumage iodé dans la thérapeutique des ulcérations vénériennes, *Marseille méd.*, 1912, n° 9, p. 305.

(6) E. Raillard. *Sur un essai d'emploi des vapeurs d'iode naissant en thérapeutique oto-rhino-laryngologique*, Th. de Paris, 1912.

LE NÉOSALVARSAN

PAR MM.

le Dr A. LÉVY-BING et L. DURŒUX,

Médecin de Saint-Lazare. Interne de Saint-Lazare.

Dans les *Annales des maladies vénériennes* de décembre 1911, nous avons exposé les avantages qu'il y avait à introduire par la voie intraveineuse un composé neutre de Salvarsan n'exerçant aucune action ni sur les albuminoïdes, ni sur les sels acides du sang.

La seule forme de Salvarsan, qui pouvait réaliser à l'époque ce desideratum, était la base neutre de dioxydiamidoarsenobenzol *en suspension* dans du sérum physiologique isotonique.

Les résultats que nous avions obtenus, en injectant cette base neutre dans le sang, étaient appré-

ciables. Les essais que nous avons poursuivis depuis n'ont fait que confirmer les premiers résultats.

Dans le même ordre d'idées, le professeur Ehrlich, à la recherche d'un dérivé de Salvarsan parfaitement neutre au point de vue chimique et physiologique, a trouvé qu'en traitant le Salvarsan par le formaldéhydesulfoxylate de soude, il se formait un dioxydiamidoarsenobenzol-monométhylènesulfoxylate de soude, le Néosalvarsan, qui répond à la formule :

$$\begin{matrix} AzH_2 \\ OH \end{matrix} \!\!> C_6H_3As = AsC_6H_3 <\!\! \begin{matrix} AzH.CH_2.O.SONa. \\ OH \end{matrix}$$

Le Néosalvarsan n'exerce aucune action coagulante sur l'albumine, et comme ses solutions ne sont pas décomposées par les bicarbonates et biphosphates alcalins du sang, il se comporte dans le sang comme un corps physiologiquement indifférent.

La préparation extemporanée de la solution de Néosalvarsan est des plus simples; il suffit de dissoudre la poudre jaune, très soluble, dans de l'eau fraîchement distillée et stérilisée, *froide*, sans ajouter de lessive de soude et sans agiter.

En rendant superflue la manipulation si délicate de l'alcalinisation exacte du Salvarsan, le Néosalvarsan permet d'éviter un certain nombre des accidents dus à l'hyperalcalinisation ou à l'alcalinisation insuffisante des solutions. Il permet aussi d'éviter les réactions liées à la neutralisation des sels acides, bicarbonate et biphosphate de soude du sang, auxquelles on n'a jamais accordé une importance suffisante, importance qui ressortait cependant déjà de nos essais faits en injectant la suspension neutre de dioxydiamidoarsenobenzol par voie intraveineuse.

D'autre part, l'avantage que possède le Néosalvarsan sur le Salvarsan est sa faculté de rester dans le sang à l'état de sel soluble et d'être porté sous cette forme dans tous les organes vascularisés. Il pourra pénétrer ainsi dans les organes et lésions les moins ou les plus finement vascularisés et même par infiltration dans la lymphe et dans les espaces lymphatiques, c'est-à-dire pénétrer là ou le Salvarsan qui était véhiculé par le sang sous forme d'un précipité ne pouvait pas être amené.

En employant le Néosalvarsan aux doses correspondantes au Salvarsan qu'il contient, (un tiers en plus), on pourra se rendre enfin compte quelles sont, parmi les réactions consécutives à l'emploi du Salvarsan qui ont donné lieu à des interprétations si contradictoires, celles qu'il faut attribuer à des fautes d'alcalinisation, celles qui sont dues aux réactions biochimiques sanguines endovasculaires : précipitation des albuminoïdes, neutralisation des bicarbonates et biphosphates alcalins avec libération in vivo de la base insoluble; on pourra peut-être reconnaître ainsi la véritable cause des réactions hyperthermiques et de Herxheimer.

Nous ne rapporterons pas ici les observations cliniques des cas de syphilis primaire, secondaire et tertiaire que nous avons pu recueillir depuis deux mois que nous utilisons le Néosalvarsan. Nous donnerons seulement nos conclusions concernant la tolérance de l'organisme pour le Néosalvarsan, et les effets thérapeutiques immédiats de ce nouveau composé arsenical.

Nous avons fait une centaine d'injections et utilisé des doses de 45, 60, 75 et 95 centigrammes de Néosalvarsan, en commençant toujours la première fois par une dose de 60 centigrammes maximum. Nous avons, de parti pris, laissé entre deux injections consécutives un intervalle d'au moins six jours, la deuxième injection étant toujours plus forte que la première.

Chaque dose est dissoute dans 100 à 150 centimètres cubes d'eau distillée et stérilisée froide, qui sont injectés lentement, en cinq minutes à peu près, suivant notre technique habituelle et en employant l'appareil que nous avons fait construire par Gentile.

D'une façon générale, nous n'avons noté aucune réaction soit pendant l'injection, soit immédiatement après. Nous n'avons constaté ni rougeur de la face, ni injection des conjonctives; les malades n'ont accusé ni sensation de malaise, ni empâtement ou sécheresse de la bouche, ni douleur épigastrique, tous phénomènes qu'on avait fréquemment coutume d'observer avec l'emploi du Salvarsan; toutefois nous avons remarqué que, durant l'injection, les malades présentaient presque toujours un engourdissement du bras et quelquefois des fourmillements dans l'avant-bras et dans la main, phénomènes qui disparaissent d'ailleurs aussitôt après l'injection. Dans aucun cas, nous n'avons constaté d'induration de la veine.

Les réactions tardives sont peu différentes de celles que l'on observe avec le Salvarsan; ce sont les mêmes incidents que l'on retrouve : céphalées, courbature, nausées, vomissements, quelquefois diarrhée; mais tous ces symptômes présentent généralement moins d'intensité, ils sont aussi plus fugaces et en particulier l'atteinte de l'état général est toujours moins marquée.

Toutefois, chez deux de nos malades, nous avons observé des phénomènes réactionnels intenses, d'assez longue durée et s'accompagnant d'un érythème généralisé et d'albuminurie légère chez l'une, de traces d'albumine chez l'autre, sans conséquences graves d'ailleurs.

Quant à la température, même avec de l'eau fraîchement distillée et malgré toutes les précautions prises, elle monte le plus souvent à 38 degrés et, dans deux cas, nous l'avons vue atteindre 40 degrés.

Ces réactions, variables suivant les individus, nous ont paru indépendantes des doses injectées; les réactions les plus violentes ont été observées chez deux malades qui n'avaient reçu que 0g45 de Néosalvarsan, alors que d'autres, injectés avec des doses de 0g60 et même de 0g90 du même produit n'ont présenté que des phénomènes des plus légers.

Quant aux propriétés thérapeutiques du nouveau sel arsenical elles sont sensiblement les mêmes que celles signalées avec le Salvarsan; peut-être le Néosalvarsan agit-il un peu plus lentement à doses égales. Nous avons injecté des syphilitiques

aux périodes primaire, secondaire et tertiaire. Sous l'influence du Néosalvarsan, les accidents primitifs se cicatrisent en quatre ou cinq jours; l'induration persiste plus longtemps, mais l'adénopathie satellite se modifie d'une façon plus sensible qu'avec le Salvarsan.

A la période secondaire, si l'action du Néosalvarsan sur la roséole n'est pas très rapide, il n'en n'est pas de même pour les lésions des muqueuses qui disparaissent très vite; le processus de cicatrisation est surtout rapide au niveau de la gorge où l'on voit des ulcérations accompagnées d'infiltration du voile et de dysphagie disparaître complètement en trois ou quatre jours.

Enfin, les lésions tertiaires s'améliorent très vite.

En résumé, le Néosalvarsan, d'un emploi plus facile que le Salvarsan, est beaucoup mieux toléré par l'organisme; ses propriétés thérapeutiques sont sensiblement les mêmes, avec toutefois une rapidité d'action un peu moindre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 7 JUIN 1912)

Ostéopériostites posttyphoïdiques suppurées et plastiques. — M. LAIGNEL-LAVASTINE présente une femme de soixante ans qui, après une fièvre typhoïde grave, eut de 1906 à 1911, huit foyers d'ostéopériostites suppurées à entérocoques. Deux s'accompagnèrent d'élimination de séquestres. Les derniers, amicrobiens, évoluèrent sans réaction et guérirent très rapidement. Les radiographies montrent qu'en plus des foyers suppurés il existe, à plusieurs niveaux sur les os des membres, des ostéopériostites plastiques. L'atténuation progressive de la virulence de l'entérocoque au cours de l'affection explique facilement l'existence des deux variétés d'ostéopériostites suppurées et plastiques.

Méningite à paraméningocoques. — MM. MÉNÉTRIER et BRODIN rapportent l'observation d'un nourrisson de sept mois ayant succombé à une méningite à paraméningocoques.

L'allure clinique et les réactions méningées ont été celles d'une méningite cérébro-spinale, mais deux particularités avaient attiré l'attention et décidèrent de l'envoi des cultures à Pasteur où l'identification fut faite par M. Dopter : l'insuccès de la sérothérapie antiméningococcique, la très grande abondance des microbes contrastant avec la bénignité apparente des symptômes.

Ces deux caractères se retrouvent dans tous les cas actuellement connus de méningite à paraméningocoques, cas dont le pronostic est particulièrement grave, puisqu'ils se sont terminés par la mort.

Aussi les auteurs pensent-ils qu'en présence de ces deux particularités, l'identification exacte du microbe doit être pratiquée, car il existe actuellement à Pasteur un sérum, qui, expérimentalement tout au moins, semble avoir une réelle efficacité.

Sarcome du centre ovale droit avec signe de Kernig. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et BOUDON présentent l'encéphale et les coupes d'un jeune homme de vingt-quatre ans, atteint d'un sarcome du centre ovale droit, qui s'était traduit cliniquement par des signes d'hypertension intracranienne et par une hémiplégie gauche flasque et complète. Cette dernière peut être expliquée par la compression et le refoulement de la capsule interne et par la section des fibres qui traversent le centre ovale. L'intérêt de ce cas réside dans la constatation du signe de Kernig bilatéral et persistant. L'unilatéralité de la tumeur sans compression appréciable de l'hémisphère du côté opposé et la participation des méninges réduite au minimum, comparées à l'intensité de l'hypertension intracranienne (cause d'une cécité presque complète et vraisemblablement du double strabisme interne), font penser que sans doute, dans ce cas de tumeur cérébrale, l'hypertension intracranienne fut le facteur principal dans le mécanisme du signe de Kernig.

Circulation veineuse complémentaire occupant la face antérieure du tronc par compression de l'azygos au cours d'une mediastinite chronique syphilitique. — MM. P. OULMONT et M. DELORT rapportent l'observation d'une malade soignée de décembre à février dernier à l'hôpital Beaujon pour des accidents multiples de syphilis tertiaire, elle présentait en particulier une circulation veineuse superficielle intense siégeant sur la face antérieure du tronc. Cette circulation était marquée surtout au thorax et à la partie sous-ombilicale de l'abdomen, se rapportant donc au type décrit dans le cas de gêne de la circulation cave supérieure. Pourtant, aucun autre trouble dû à cette gêne ne se montrait. La malade n'a jamais présenté de bourdonnements d'oreilles, de cyanose de la face, de bouffissure, d'œdème.

L'examen clinique et radioscopique amena les auteurs à conclure qu'il existait une médiastinite chronique siégeant dans la moitié droite du thorax très profondément. Ils pensent que cette médiastinite comprime non la veine cave, mais l'azygos, quand ayant reçu ses collatérales importantes elle passe du médiastin postérieur au médiastin antérieur.

Recherches sur le processus de vacuolisation des fibres musculaires du cœur dans le cours de l'atrophie et de l'hypotrophie infantiles. — MM. G. VARIOT et F. CAILLIAU. Des recherches histologiques, portant sur le cœur de 72 nourrissons atrophiques, ont permis à ces auteurs de constater une vacuolisation spéciale des fibres cardiaques. Ces vacuoles occupent une portion plus ou moins étendue de la fibre musculaire et siègent de préférence près du noyau de la fibre, souvent accolées à ce noyau qu'elles déforment ou qu'elles entourent complètement. Sur des coupes transversales, l'apparence vacuolaire donne un aspect criblé très spécial. Les réactifs de la graisse montrent qu'il ne peut s'agir d'une dégénérescence graisseuse.

Les vacuoles apparaissent en coupe longitudinale sous l'aspect de fentes transparentes dans la zone périnucléaire ou, plus rarement, en pleine substance protoplasmique.

Cette altération s'accompagne d'hyperplasie du sarcoplasme, d'altération de striation des fibres qui semblent s'hypertrophier au début, puis subissent une atrophie considérable.

La lésion occupe surtout la paroi ventriculaire gauche, les piliers, la pointe. Elle est spéciale au myocarde et manque dans les muscles striés périphériques (diaphragme, couturier) et dans les fibres lisses de l'estomac et de l'intestin.

Son intensité est en corrélation avec le degré de l'atrophie et de l'hypotrophie infantiles, et la vacuolisation semble parfois augmentée par les infections concomitantes.

Ce processus de vacuolisation paraît correspondre à une résorption partielle de la fibre cardiaque, dont la nutrition est devenue insuffisante pour pourvoir aux dépenses continuelles de l'activité contractile.

Du pouls lent permanent congénital. — M. Camille LIAN rapporte deux observations personnelles accompagnées de graphiques, et fait à ce propos l'étude du pouls lent permanent congénital.

Il distingue deux grands groupes : les pouls lents permanents congénitaux par dissociation auriculo-ventriculaire et par bradycardie totale.

Deux formes cliniques principales correspondent à la variété par dissociation auriculo-ventriculaire : le pouls lent permanent solitaire où, à aucune période de l'évolution, il n'y a d'accidents nerveux, et où le pronostic est bon; le syndrome de Stokes-Adams, où le pronostic est sombre, et où il est à noter que les accidents nerveux peuvent ne survenir que vers la deuxième, la quatrième année. Ces formes par dissociation sont probablement dues à une lésion du faisceau de His, et dans quelques cas il y avait coexistence d'une malformation cardiaque.

Quant aux bradycardies totales congénitales, elles ne s'ac-

compagnent pas d'accidents nerveux; leur pronostic est excellent.

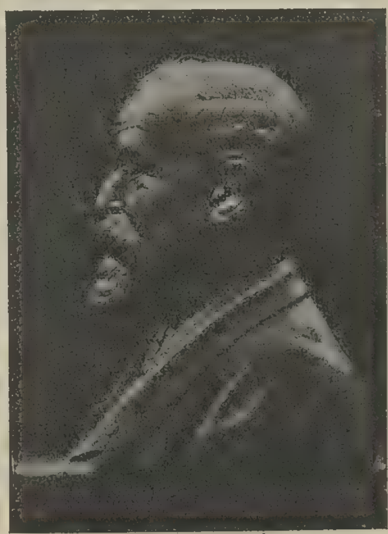
Avant de terminer par des considérations étiologiques, diagnostiques et thérapeutiques, l'auteur mentionne le caractère héréditaire et familial maintes fois observé dans les pouls lents permanents congénitaux.

ACTUALITÉS

LA REMISE DE LA MÉDAILLE DE M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Il y a quelques mois, lorsque M. Lucas-Championnière fut atteint par la limite d'âge et dut quitter son service de l'Hôtel-Dieu, ses élèves et ses amis décidèrent de lui offrir une médaille commémorative.

Retardée par suite de diverses circonstances, la remise de cette médaille a eu lieu seulement dimanche matin à l'Hôtel-Dieu. Ce ne fut pas une fête d'adieu, mais un véritable jubilé qui fut célébré, puisque l'on put fêter à la fois l'élection du maître à l'Institut, le cinquantenaire de sa nomination de chirurgien des hôpitaux et le cinquantenaire de ses débuts dans le journalisme médical.





M. le professeur Guyon, président du Comité, ouvrit la séance. Il retraça dans les termes les plus heureux la longue et belle carrière de son interne Just Lucas-Championnière, carrière toute dominée par la droiture, la loyauté, le goût et le souci de l'action, de l'action précise, persévérante, énergique.

Ce sont ces vertus qui permirent à notre maître d'être un précurseur en se faisant l'apôtre de la méthode de Lister et des théories pastoriennes. Elles lui permirent aussi de faire triompher un grand nombre de ses idées personnelles et de laisser une trace profonde dans l'évolution de la chirurgie française.

M. le professeur Guyon remit alors à M. Lucas-Championnière la médaille en or dont nous donnons ci-dessus la reproduction.

Cette belle médaille est due à notre éminent confrère Paul Richer, ancien interne de M. Lucas-Championnière et son collègue à l'Académie de médecine et à l'Institut.

La face représente un profil d'une rare vigueur, le revers nous montre M. Lucas-Championnière massant un malade, tandis que dans le fond défilent des coureurs personnifiant les sports dont il fut l'un des premiers et des plus ardents propagateurs en France.

Après M. le professeur Guyon d'autres orateurs prennent la parole. M. Debove rappelle la jeunesse de M. Lucas-Championnière, ses travaux comme jeune chirurgien, ses débuts dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* fondé il y a quatre-vingt-trois ans par son père, journal que l'on connaît et que l'on estime si justement dans le monde médical sous le nom de *Journal de Championnière*. La première page ne porte-t-elle pas sous le nom du fondateur Lucas-Championnière, ceux de Just Lucas-Championnière, de Paul Lucas-Championnière et de leur deux fils Paul H. Lucas-Championnière et Just Lucas-Championnière fils ?

N'y a-t-il pas là une image saisissante de cette belle famille médicale à laquelle M. Debove rendit un hommage applaudi ?

Puis M. le médecin inspecteur général Delorme montra l'influence profonde des doctrines de Lucas-Championnière dans la chirurgie d'armée et les indications précieuses fournies par lui au service de santé.

M. Mesureur, au nom de la Ville de Paris et de l'administration de l'Assistance publique, prononça un discours fort applaudi, puis M. Bazy au nom de la Société de chirurgie rappelle les travaux de notre maître dans la chirurgie viscérale et celle des membres.

M. Perier prend ensuite la parole au milieu d'un silence plein d'émotion. Il vient lire en effet une allocution écrite par le regretté Nélaton en vue de cette cérémonie, et que Mme Nélaton, par une pieuse et délicate pensée, a fait parvenir à M. Championnière.

Le professeur Jacques Reverdin (de Genève) apporte avec l'esprit le plus français le salut des collègues étrangers et le félicite d'avoir été apprécié avant sa mort.

Enfin MM. Béclère au nom de l'Association médicale d'enseignement complémentaire, Demelin au nom des Accoucheurs des hôpitaux, Delagénière au nom des anciens internes de province, Granjux au nom du Syndicat de la presse médicale et Michon au nom de ses anciens internes viennent à leur tour traduire l'admiration de tous pour la belle et grande œuvre de notre maître et la respectueuse affection qu'il a toujours su inspirer à tous ses élèves.

Dans ses remerciements, avec une émotion partagée par l'Assemblée, M. Lucas-Championnière rappela le souvenir de son père, celui de ses maîtres : Désormaux, Jobert de Lamballe, Maisonneuve, Velpeau, Foucher, Broca, Trélat et Beau et il adressa en particulier sa reconnaissance émue à son maître M. le professeur Guyon, se félicitant avec ses amis de le voir, complètement remis, porter avec une nouvelle vigueur ses quatre-vingt-deux ans.

Etude anatomo-clinique sur les complications méningées des tumeurs cérébrales, par le docteur VERDUN. (Th. de Paris.) — Paris, Steinheil.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

Ces abonnements étant en nombre limité, toutes les demandes doivent nous parvenir : pour la première série avant le 15 juin, et pour la deuxième série avant le 15 juillet.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 10 juin : MM. Harvier, Israëls de Jong et Gougerot, 18; Chabrol, 17.

Prochaine séance, vendredi 15 juin, à quatre heures et demie, à l'hôpital Lariboisière.

— DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Lenormant, Duval, Robineau, Chaput, Launay, Richardière et Sébileau.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Les élections des représentants des divers corps au Conseil supérieur de l'Instruction publique étant terminées le ministre vient de désigner ceux des membres qui sont à sa nomination. Nous relevons parmi ces membres le nom de M. le professeur Bouchard.

Le ministre a nommé membres de la section permanente M. le doyen Landouzy et M. le professeur Guignard, de l'Ecole supérieure de pharmacie.

LA COMMISSION SUPÉRIEURE DE L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL est convoquée en session ordinaire pour le 25 juin 1912.

AU CONSEIL D'HYGIÈNE. — Le Conseil d'hygiène de la Seine vient de procéder à l'installation du docteur Wurtz, membre de l'Académie de médecine, élu en remplacement du docteur Paul Brousse, décédé.

Le Conseil, appelé à donner son avis sur les mesures de désinfection à prendre lors de la démolition de l'ancien hôpital de la Pitié, a approuvé les conclusions du docteur Duguet, qui demandait que tous les locaux sans exception fussent désinfectés à l'aide du soufre de manière à tuer les rats et insectes qui pourraient être des agents de propagation de germes pathogènes.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. le docteur Grall, inspecteur général du corps de santé des troupes coloniales, président du Conseil supérieur de santé des colonies, est nommé membre de la commission instituée en vue de l'examen des dossiers des propositions pour médailles d'honneur des épidémies et de l'hygiène publique.

MÉDAILLE DE 1870-1871. — Le *Journal officiel* du 10 juin public l'instruction relative aux formalités à remplir pour la délivrance de la médaille 1870-1871 notamment en ce qui concerne les médecins, infirmiers et infirmières et aumôniers.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. — Le XXVe Congrès de l'Association française de chirurgie se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du lundi 7 au samedi 12 octobre 1912, sous la présidence de M. le médecin inspecteur général E. Delorme, président du Comité technique de santé militaire, membre de l'Académie de médecine.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° *Diagnostic et traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage.* — Rapporteurs : MM. Guisez (de Paris) et Moure (de Bordeaux).

2° *Des indications cliniques fournies par la radiologie dans les affections chirurgicales de l'estomac et de l'intestin.* — Rapporteurs : MM. Béclère (de Paris) et Mériel (de Toulouse).

3° *La coxa vara; ses rapports avec les fractures et les décollements épiphysaires de l'extrémité supérieure du fémur.* — Rapporteurs : MM. Kirmisson (de Paris) et Frœlich (de Nancy).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 31 juillet, le titre et les conclusions de leurs communications à M. Walther, secrétaire général, 68, rue de Bellechasse, à Paris (VIIe).

Des salles particulières seront mises à la disposition de MM. les membres de l'Association pour l'exposition des documents divers, pièces anatomiques, photographies, radiographies, dessins, etc., relatifs à leurs communications ou à la discussion des questions mises à l'ordre du jour.

Pendant la durée du Congrès, une exposition d'instruments

de chirurgie, d'électricité médicale, d'objets de pansements, etc., sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de médecine.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général.

LE NOUVEAU SIGNALEMENT DES CONSCRITS. — Le ministre de la Guerre vient de prescrire une précision plus grande dans le signalement figurant au dossier des conscrits et au livret militaire.

Il a paru nécessaire, en effet, de compléter par des indications dans le genre de celles en usage à la Préfecture de police le signalement ancien, jugé trop sommaire; cette nécessité a été corroborée du fait des bandits anarchistes, qui, presque tous, étaient des insoumis.

Les principales modifications portent notamment sur la couleur des cheveux et des yeux, la forme du front, du nez et de la bouche, et enfin sur le repérage précis des marques particulières : cicatrices, coupure, brûlure, abcès, envies, tatouages, etc.

On a renoncé à l'idée, dont il avait été question un moment, de prendre les empreintes digitales, ce supplément de formalité ayant paru trop rapprocher de l'identification des malfaiteurs le signalement des soldats.

Le nouveau signalement sera appliqué lors de l'arrivée de la prochaine classe et mis en vigueur pour la formation du contingent de 1913.

CONTRE LA DÉPOPULATION. — M. Georges Bureau demandera à la Chambre le vote d'une proposition tendant à mettre à la disposition du ministre de l'Intérieur un contingent de dix croix de chevalier et de deux croix d'officier de la Légion d'honneur pour être attribuées, dans une proposition annuelle et spéciale, aux médecins ou autres personnalités qui se seront dévoués aux œuvres sociales susceptibles d'enrayer la mortalité infantile.

EXCURSION AUX STATIONS CLIMATIQUES ET HYDROLOGIQUES (RÉGION PYRÉNÉENNE). — Cette excursion aura lieu du 2 au 11 septembre sous la direction de M. le docteur J. Sellier, chargé du cours de climatologie et d'hydrologie à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Elle comprendra la visite des stations suivantes :

Dax, Salies-de-Béarn, Saint-Christau, Eaux-Chaudes, Eaux-Bonnes, Argelès (sanatorium), Cauterets, Saint-Sauveur, Barèges, Bagnères-de-Bigorre, Cadéac, Bagnères-de-Luchon, Barbazan, Capvern, Eugénie-les-Bains, Barbotan.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Lafond-Grellety, 64, rue de Saint-Genès, et à M. Foulcher, directeur du Syndicat d'initiative de Bordeaux, 7, cours de Tourny, à Bordeaux.

CONSTRUCTION D'UN HOPITAL A ROSARIO (RÉPUBLIQUE ARGENTINE). — L'office national du commerce extérieur vient de recevoir, d'un de ses correspondants de la République Argentine, la série des plans relatifs à la construction de l'hôpital du centenaire à Rosario, dont le gros œuvre doit être prochainement mis en adjudication.

On peut examiner ces documents à l'office, 3, rue Feydeau, à Paris, tous les jours non fériés, de dix heures à midi et de deux à cinq heures.

L'installation de cet hôpital paraît devoir intéresser les fabricants de carreaux céramiques, revêtements de faïence, appareils sanitaires, ascenseurs, appareils de ventilation, chauffage, lumière, moteurs, appareils de buanderie, cuisines à gaz, peinture laquée, installations frigorifiques, étuves, etc.

Les commerçants français désireux de participer aux fournitures nécessaires à l'installation de cet établissement pourront obtenir, à l'office, les nom et adresse de l'architecte qui a été chargé de l'aménagement dudit hôpital.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs de Aldrovandi, médecin-major de première classe en retraite; F. Baudoin (de Marseille), Deroide (de Calais), Maze et G. Simon (du Havre).

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET DE BACTÉRIOLOGIE. (Professeur : M. Pierre MARIE.) — LES MÉTHODES DE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE APPLIQUÉES A LA CLINIQUE. — MM. Gougerot, agrégé, et Abrami commenceront une série de quinze démonstrations et exercices pratiques le lundi 17 juin 1912, à trois heures trente, au laboratoire d'anatomie pathologique et de bactériologie de l'Ecole pratique (premier étage, porte à gauche), et les continueront aux mêmes heures, les lundis, mercredis, jeudis, vendredis et samedis suivants.

Programme. — Les sérodiagnostics : agglutination de Widal. — Les réactions de fixation : réaction de Wassermann. — Diagnostic biologique des pleurésies et des ascites, des méningites (cytodiagnostics). — Ictères hémolytiques et hémolysines. — Insuffisance hépatique. — Examen des crachats. — Examen du suc gastrique. — Vaccins de Wright et opsonines. — Fonctions rénales : cytodiagnostic, urémie, chlorurémie, cryoscopie, perméabilité rénale, albumines, peptones, hématuries. — Azotémie. — Glycosuries et coma diabétique.

Le droit à verser pour cette série est de 60 francs.

Sont admis tous les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés. Des certificats seront délivrés à la fin des exercices.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) de midi à trois heures.

Deux séries de démonstrations sont faites chaque année : l'une en octobre-novembre, l'autre en mai-juin, soit avant, soit après les démonstrations de diagnostic bactériologique.

LEÇONS SUR LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DU TABES ET DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE. — Le docteur Leredde commencera, le dimanche 16 juin, à dix heures et demie du matin, à sa maison de santé, 31, rue de la Boétie, une série de quatre conférences sur le traitement du tabes et de la paralysie générale et les continuera les dimanches suivants.

16 juin : Le diagnostic par les moyens cliniques et les recherches de laboratoire.

23 juin : Le tabes et la paralysie générale, affections syphilitiques vraies.

30 juin : Le traitement du tabes par le mercure. Traitement par le salvarsan.

7 juillet : Traitement du tabes fin. Moyens adjuvants. Traitement de la paralysie générale.

On est prié de s'inscrire par correspondance.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Excursions à Fontainebleau et à Moret.* — Pour faciliter les excursions à Fontainebleau et à Moret, pendant l'été 1912, un train spécial à prix réduits (2e et 3e classes seulement) sera mis en marche tous les dimanches, sauf le 14 juillet, du 2 juin au 22 septembre inclus.

Départ de Paris à 7 h. 25 du matin. Arrivée à Fontainebleau à 8 h. 41 du matin. Arrivée à Moret à 8 h. 58 du matin.

Retour par tous les trains du même jour, dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires.

Prix des places, aller et retour de Paris à : Fontainebleau, 2e classe, 4 fr. 50; 3e classe, 3 francs; Moret, 2e classe, 5 fr. 50; 3e classe, 3 fr. 50.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 17 AU 22 JUIN 1912

THÈSES

Jeudi 20 juin, à une heure. — M. MESNARD. Du rétrécissement de l'artère pulmonaire dans ses rapports avec la grossesse, l'accouchement et les suites de couche. (MM. Pozzi, président; de Lapersonne, Terrien et Okinczyc.) — M. MIGNON. Considérations sur la luxation du globe oculaire. (MM. de Lapersonne, président; Pozzi, Terrien et Okinczyc.) — M. NASSIBIAN. Contribution à l'étude de la pleurésie syphilitique. (MM. Gilbert, président; Chauffard, Achard et Nobécourt.) — M. LEPICARD. La vomique hydatique pulmonaire. Sa valeur curative. (MM. Chauffard, président; Gilbert, Achard et Nobécourt.) — M. FÉRET. Des indications physiologiques et cliniques du sevrage. (MM. Achard, président; Gilbert, Chauffard et Nobécourt.)

L'ENFUMAGE IODÉ ACTUEL

NOUVELLES RECHERCHES (1)

II. Recherches instrumentales,

Par P. LOUGE,

Chirurgien des hôpitaux de Marseille,
Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

III

Appareils à enfumage iodé. — La question des appareils destinés à produire l'enfumage iodé est un des points les plus délicats et des plus intéressants de son histoire.

L'iode en vapeurs rapides est reconnu par tous comme un agent thérapeutique énergique et de premier ordre. S'il n'est point employé, c'est qu'on ne sait ni le produire ni le manier.

Le constructeur se heurte à de nombreuses difficultés.

Comment se rendre maître d'un corps impalpable qui ronge et attaque presque tout, qui traverse même le verre, qui se condense au moment où l'on croit le saisir, qui s'agglomère dans les coudes et les angles des tubes qu'il semble prendre plaisir à obstruer, qui se projette parfois à sa sortie en grêlons dangereux lorsqu'on espérait obtenir un fin et subtil nuage, qui se répand partout sauf à l'endroit où l'on veut l'appliquer, qui incommode peut-être plus l'enfumeur qu'il ne procure de bien à l'enfumé, qui paraît exiger pour sa production et son maniement les ressources difficiles ou hors de portée de l'électricité ou d'un appareil coûteux à air chaud, qui semble dès lors se cantonner dans les villes et mépriser la campagne au grand chagrin des plus modestes praticiens?

Toutes ces difficultés que j'ai patiemment cherché à vaincre ne sont pas heureusement insurmontables comme on va le voir.

Il y a certes loin de mon tampon iodoformé enfumeur du début à l'ampoule-enfumoir, et de celle-ci au tube-enfumoir à baguettes dont je vais décrire la manœuvre.

Mais résumons-nous.

A l'heure actuelle, j'utilise trois sortes d'enfumoirs :

1° L'*ampoule-enfumoir* perfectionnée;
2° Le *tube-enfumoir à baguettes;*
3° La *pipe-enfumoir*.

I. Ampoule-enfumoir. — La nouvelle ampoule-enfumoir que j'emploie à l'heure actuelle est en verre mince ; elle a une forme ovoïde de 4 centimètres et demi de long sur 3 centimètres et demi de large. Le col qui sert de manche a une longueur de 6 à 7 centimètres, et la tubulure de 2 centimètres et demi. Col et tubulure ont un diamètre de 2 centimètres, ce qui rend facile le nettoyage de l'ampoule et l'introduction de la poudre par la tubulure.

Le col et la tubulure forment par leur direction un angle largement obtus de 135 degrés environ d'où une plus grande facilité dans le nettoyage et une coudure beaucoup moins aiguë dans le tube éjecteur. Cette coudure (fig. 1, *c*) doit se trouver un peu éloignée du bouchon de la tubulure.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 66, p. 983.

Le diamètre interne du tube éjecteur est de 5 millimètres, l'extrémité est terminée en pointe. Sa longueur peut varier de 8 à 16 centimètres; on peut même lui donner une longueur plus étendue, mais il ne faut pas oublier que les vapeurs ont de la tendance à se condenser dans un tube long, étroit et refroidi, d'où la nécessité de chauffer au préalable le tube éjecteur, particulièrement dans sa portion terminale ou effilée, avant de chauffer l'ampoule.

L'ouverture du col reçoit un bouchon en caoutchouc traversé par un tube destiné à s'adapter à la soufflerie, et l'ouverture de la tubulure reçoit le bouchon du tube éjecteur.

Il est bon de disposer au préalable, dans la cavité du col, un tampon d'ouate hydrophile médiocrement tassée jusqu'à la limite du col et de l'ampoule (voy. *t*, fig. 1).

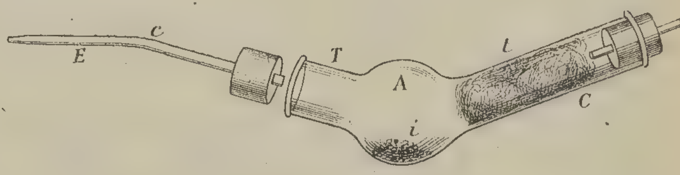


Fig. 1. — *Ampoule-enfumoir.* — A, ampoule; C, col; T, tubulure; E, tube éjecteur; *i*, poudre d'iodoforme; *t*, tampon d'ouate.

Ce coton n'empêche nullement le passage de l'air de la soufflerie et remplit un quadruple rôle. Le premier c'est de *stériliser* dans une certaine mesure l'air projeté par la soufflerie. Le second c'est d'empêcher par une action de *barrage* les vapeurs d'iode de refluer dans le col. Le troisième c'est de *retarder* par son tassement la soufflerie parfois trop rapide; et le quatrième c'est d'*égaliser* par sa division le jet d'air insufflé dans l'ampoule de façon à le répandre en pression uniforme.

Si le tampon a de la tendance à être projeté en avant dans l'intérieur de l'ampoule sous l'action de la soufflerie, il suffit de le munir d'une ficelle d'extraction maintenue entre le bouchon et le verre.

Le reflux des vapeurs a pour inconvénient de déterminer des dépôts d'iode à l'intérieur du col, dans le tube d'entrée de l'air et de détériorer le bouchon. On peut du reste facilement se convaincre de l'action utile du tampon en l'enlevant et en constatant les remous spéciaux des vapeurs déterminés par la soufflerie. Ce dispositif n'a pas besoin d'être renouvelé à chaque enfumage; il peut servir à plusieurs.

La tubulure plus courte sert à l'introduction de la poudre iodogène dans l'ampoule à l'aide d'une petite spatule ou d'un chevalet de papier (voy. T, fig. 1).

Le bouchon de la tubulure est beaucoup plus exposé à l'action corrosive des vapeurs d'iode.

Il est bon avant de l'introduire de disposer sur sa partie inférieure une lame de coton que l'on coiffe ensuite par une gaze dont on relève et attache les bords autour du tube au-dessus du bouchon.

Ce petit dispositif a l'avantage de préserver quelque peu le bouchon et d'éviter les projections par un filtrage utile.

Après avoir introduit la poudre d'iodoforme en petite quantité dans l'ampoule et bouché la tubulure on commence au préalable par chauffer légèrement le tube éjecteur puis l'ampoule elle-même en décrivant pendant le chauffage de légers mouvements circulaires. Ces mouvements ont pour but de préserver l'ampoule d'une inégale dilatation et ensuite d'étaler la poudre devenue bientôt gluante à l'intérieur.

Celle-ci prend aussitôt l'aspect d'une boue d'un bleu noir pendant que les vapeurs commencent à se dégager.

On peut alors retirer l'ampoule de la lampe en commençant à souffler *lentement*. Un jet trop fort a le grave inconvénient de projeter en un seul coup et inutilement toutes les vapeurs qui emplissaient l'ampoule.

Si pendant l'enfumage l'extrémité effilée du tube se bouche, il n'y a qu'à la chauffer.

Il est utile enfin de se rappeler que l'ampoule chauffée expose par son contact le malade à des brûlures qu'il est du reste si facile d'éviter.

II. Tube-enfumoir a baguettes. — *Description*. — L'appareil se compose d'un tube en verre qui constitue la partie principale, et de deux *baguettes* qui forment la partie accessoire.

Ces baguettes sont destinées à la manœuvre des tampons, au dépôt de la poudre à l'intérieur du tube et à son nettoyage.

A. Le *tube* est en verre mince, d'une longueur totale de 25 centimètres et d'une largeur de 15 millimètres environ. Il est effilé à une de ses extrémités et cylindrique à l'autre pour recevoir un bouchon percé destiné à une soufflerie (voy. fig. 2).

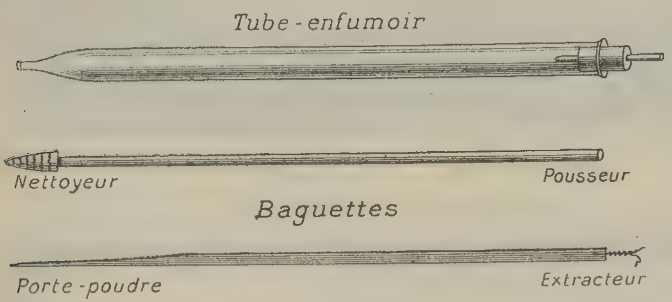


Fig. 2. — *Tube-enfumoir à baguettes*. — Le tube. Les baguettes de manœuvre.

La portion effilée est d'une longueur de 4 centimètres environ et son orifice terminal présente un diamètre intérieur de 3 à 4 millimètres.

On peut donner à cette extrémité des dimensions différentes suivant le but désiré, mais il ne faut pas oublier qu'une ouverture trop étroite expose à des encrassements par condensation des vapeurs, et qu'une ouverture trop large expose à une sortie trop rapide. Un point important à noter c'est que le trait de section doit être bien net et perpendiculaire au tube sans cela les vapeurs sortent en jet très irrégulier.

Ce tube-enfumoir peut être facilement construit par ceux mêmes qui ont conservé des travaux pratiques de chimie un souvenir assez vague.

B. Les *baguettes* de manœuvre doivent posséder une longueur un peu plus grande que le tube, c'est-à-dire 30 centimètres environ. Il est facile de les confectionner à l'aide de deux bâtonnets ou carrelets dont on émousse les angles.

Les extrémités des baguettes forment quatre instruments : le pousseur, l'extracteur, le porte-poudre et le nettoyeur.

Le *pousseur* est destiné à enfoncer les cotons dans l'intérieur du tube. Il doit être plan et d'un diamètre un peu inférieur à celui du tube de façon à introduire les tampons d'une manière régulière ; ceux-ci devant former un véritable balayage de la cavité du tube pour ne pas laisser en arrière des débris de poudre. Il doit de plus être lisse pour ne pas ramener par ses aspérités les tampons qui viennent d'être placés.

L'*extracteur*, véritable tire-bourre, est formé par un fil métallique enroulé en sinistrorsion et terminé en Y à branches recourbées, sorte de petite gaffe ou de crochet destiné à retirer les tampons. On peut employer pour cet usage tout simplement une plume en fer dont on luxe en sens inverse les becs légèrement recourbés.

Le *porte-poudre* sert à porter la poudre iodogène dans le tube et à la déposer au point voulu. Il est formé en donnant à la baguette une forme amincie, aplatie et spatulée.

Le *nettoyeur* présente la forme d'un crayon taillé. Il est destiné au nettoyage intérieur du tube surtout si l'on fait usage de poudre d'iodoforme. Il est disposé pour recevoir le linge nettoyeur, aussi est-il utile de pratiquer à sa surface quelques entailles circulaires.

Manœuvre du tube-enfumoir. — Comme on vient de le voir mon tube-enfumoir est tout à fait conforme à celui de Delie dont la description a été donnée dans la partie historique de ce travail, mais il en diffère notablement au point de vue de la technique et du mode d'emploi. Il peut en effet par un chauffage régional et par un simple dispositif de tampons fonctionner non seulement par chauffage direct mais aussi par l'air chaud et par auto-enfumage.

Il peut à volonté donner soit l'enfumage iodé, soit l'enfumage iodoformé qu'il ne faut pas confondre, comme je l'ai déjà dit, avec l'enfumage iodé d'origine iodoformique.

Le procédé de Delie qui consiste à placer de l'iodoforme dans un tube, à le chauffer et à diriger les vapeurs sur une partie du corps, est d'une simplicité théorique incontestable, mais dans la pratique le problème est loin d'être résolu.

On peut lui adresser deux graves reproches.

Le premier c'est que le tube pendant son fonctionnement doit toujours être tenu dans une position rigoureusement horizontale sous peine de projeter immédiatement au dehors par la soufflerie, si on incline le tube en bas, des débris de poudre non encore chauffée ou des petits corpuscules pâteux d'iodoforme en commencement de fusion, ou enfin de petits agglomérés de cristaux d'iode provenant de la condensation des vapeurs déjà émises.

Si, par contre, le tube est dirigé en haut, la poudre au début de l'expérience ainsi que les vapeurs iodées en vertu de leur poids spécifique se portent en partie, malgré l'action de la soufflerie, vers la région inférieure où elles se déposent sur les parois internes du tube.

Cette nécessité d'horizontalité continuelle rend l'enfumage défectueux et oblige à déplacer la partie malade. Un enfumoir véritablement pratique doit pouvoir sans inconvénients fonctionner absolument dans toutes les positions.

Un second reproche c'est que, même dans la position rigoureusement horizontale, le tube émet d'une façon intermittente pendant l'enfumage de petits agrégats iodés nuisibles ou dangereux, d'où la nécessité de procéder à une filtration des vapeurs.

Cet inconvénient dans l'emploi des vapeurs iodées a déjà du reste préoccupé les expérimentateurs dans la construction de leur appareil.

Jungengel (1) insiste avec raison sur ce point :

(1) Jungengel. Loc. cit., *Münch. med. Woch.*, 1910, n° 12.

« Der Apparat, dit-il, darf den Joddampf nur in feinster Verteilung liefern. Gröbere Partikelchen Jod dürfen nicht mitgerissen werden. »

Afin d'obvier à cet inconvénient l'auteur fait passer les vapeurs d'iode avant leur sortie de l'appareil à travers un fin tamis de platine « Platinsieb » et considère cette condition comme très importante non seulement pour l'extrême division des vapeurs « die ausserordentlich feine Verteilung Jods » mais aussi pour préserver le patient d'une action nuisible « eine Schädigung des Patienten ».

Kœnig (1) dont l'appareil à enfumage a déjà été décrit dans la partie historique, place la poudre iodogène, pour résoudre la même difficulté, « entre deux couches de coton hydrophile ».

Je me suis demandé si en disposant un renflement ou une petite boule sur le trajet du tube, à une distance déterminée, il était possible d'éviter les deux inconvénients que je viens de signaler.

De pareils tubes ont déjà été conseillés et expérimentés dans l'enfumage mercuriel (2).

En ce qui concerne les vapeurs d'iode, ces tubes ampullaires d'abord ne mettent pas l'opérateur à l'abri de l'émission des corpuscules, ils ne se prêtent ensuite qu'à de légères inclinaisons de manœuvre et enfin ils sont d'un nettoyage difficile, surtout si l'on se sert de poudre d'iodoforme.

Un troisième reproche qui a aussi une certaine importance est relatif à la soufflerie dont il est difficile de graduer l'intensité.

La soufflerie à l'aide de la bouche est à ce point de vue infiniment préférable, parce que l'opérateur la gradue avec des nuances intelligentes suivant le besoin, mais ce procédé est par trop primitif.

Avec la soufflerie ordinaire, il est très difficile, malgré toutes les apparences, de produire l'expulsion des vapeurs d'une façon régulière. On souffle généralement trop fort et l'on oublie que les vapeurs sont extrêmement mobiles malgré leur poids spécifique. Il est du reste facile de s'en rendre compte en brûlant de la poudre d'iodoforme sur un coton à l'air libre. Les vapeurs décrivent des méandres capricieux influencés par le moindre mouvement de l'air, aussi bien par la respiration de l'opérateur que par le déplacement de ses mains ou de tout autre objet. J'ai déjà du reste assez insisté sur ce point dans mon premier travail. Le moindre souffle détermine des tourbillons persistants.

Si l'on augmente tant soit peu l'intensité de la soufflerie en pressant sur la poire sans que le ballon soit même porté à l'état d'ampliation, les vapeurs contenues dans le tube « dévalent » aussitôt au dehors en masse et la région enfumée qui devrait présenter une teinte uniforme rappelle plutôt par son aspect les « mouchetures du léopard ».

Pour régulariser l'action de la soufflerie il ne faut guère compter sur l'adaptation d'un robinet que l'on interposerait entre les vapeurs et le ballon.

Quelle que soit l'inclinaison donnée à la béquille du robinet l'orifice plus ou moins étroit laissé entre la clef et la cannelle permet toujours une trop grande issue d'air dans la projection des vapeurs.

La formule tout ou rien est ici applicable.

Il est donc de toute nécessité de retarder l'issue de l'air de la soufflerie. Je dirai plus loin comment j'y suis parvenu par l'interposition de tampons de coton remplissant le rôle de retardateurs indispensables dans la circonstance.

En résumé le simple tube de verre employé pour un enfumage ne peut être manié dans toutes les positions, il expose à des projections et enfin à l'émission en bloc des vapeurs.

J'ai cherché à obvier à ces inconvénients tout en lui conservant son caractère d'extrême simplicité.

A. *Dispositif pour chauffage direct.* — Pour produire des vapeurs iodées par chauffage direct il faut placer un tampon de ouate hydrophile médiocrement tassée au fond du tube; à deux centimètres en arrière, en tenant le tube horizontalement on dépose à l'aide du porte-poudre l'iode ou l'iodoforme; on place à l'aide du poussoir un second tampon plus ou moins volumineux à deux centimètres en arrière de la poudre en veillant autant que possible à ce que la poudre ne soit pas trop en contact avec les tampons.

Le tube étant tenu horizontalement, on chauffe la poudre placée entre les deux tampons et dès qu'elle commence à former une boue gluante on fait légèrement tourner le tube sur son axe de façon à former un anneau circulaire intérieur et pâteux qui commence bientôt à dégager d'abondantes vapeurs violettes.

Dès que les vapeurs commencent à se dégager, on retire le tube de la flamme, on souffle lentement et à partir de cet instant on peut tenir le tube enfumeur dans toutes les directions.

L'extrémité effilée du tube s'obstrue parfois, aussi est-il nécessaire de la chauffer légèrement au préalable avant de procéder au chauffage de la poudre.

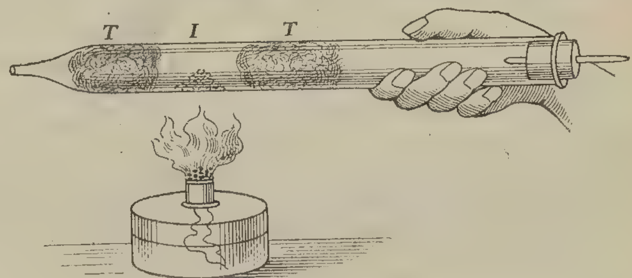


Fig. 3. — *Dispositif du tube-enfumoir pour chauffage direct.* — T, T, tampons de coton; I, poudre d'iodoforme.

On peut sans inconvénient roussir les cotons par le chauffage mais il ne faudrait pas les carboniser complètement.

Pour procéder à un second enfumage il suffit de retirer les deux tampons à l'aide de l'extracteur et de recommencer la manœuvre dans les mêmes conditions.

L'expérience apprendra vite le degré de tassement nécessaire aux tampons. Ceux-ci n'empêchent pas l'action de la soufflerie qui doit être faible. Un tassement très fort aurait pour inconvénient de l'entraver et un tassement trop faible pourrait projeter le second tampon manquant de résistance contre le premier.

La nature des tampons doit ici être prise en sérieuse considération.

J'ai expérimenté à ce sujet le *coton de verre* ou laine de verre. Il a deux grands avantages celui de ne pas être attaqué par les vapeurs d'iode et surtout de ne pas être détérioré par le chauffage. Malheureusement il a deux défauts c'est de laisser passer trop vite les vapeurs et surtout d'exposer le malade à la projection toujours possible et dangereuse de parti-

(1) Kœnig. Loc. cit., *Presse méd.*, 1911, p. 1024.

(2) J. Meinnier. Du traitement de certaines syphilides secondaires par les fumigations de calomel, *Semaine méd.*, 1894, annexes CLXII.

cules de verre. On pourrait dans ces deux buts disposer au fond du tube un fort tampon de coton hydrophile à la fois retardateur et filtreur mais j'ai préféré pour ma part y renoncer.

J'ai expérimenté également les tampons à l'*amiante* sous forme de laine, de tissu ou de corde.

Ces tampons ont le grand avantage de résister à la chaleur et de constituer à leur tour une source nouvelle de chaleur fort utile à l'enfumage.

Les tampons en laine d'amiante ne m'ont pas donné de bons résultats. Ils se laissent tasser trop facilement, s'engagent dans l'extrémité conique du tube et arrêtent complètement l'action de la soufflerie.

Si on les place à l'intérieur du tube, ils ne déterminent aucune pression sur ses parois et ils sont facilement projetés en avant par la soufflerie.

La toile d'amiante peut rendre quelques services mais elle a l'inconvénient de s'effilocher.

J'ai obtenu de meilleurs résultats par l'emploi de fils ou cordelettes d'amiante.

On peut facilement nouer ensemble plusieurs brins d'une longueur de trois centimètres environ attachés par le milieu à l'aide d'une cordelette du même tissu et formant ficelle d'extraction. Les tampons ainsi constitués sont parfaits pour cet usage.

J'ai l'habitude (voy. la fig. 4) de préparer ainsi

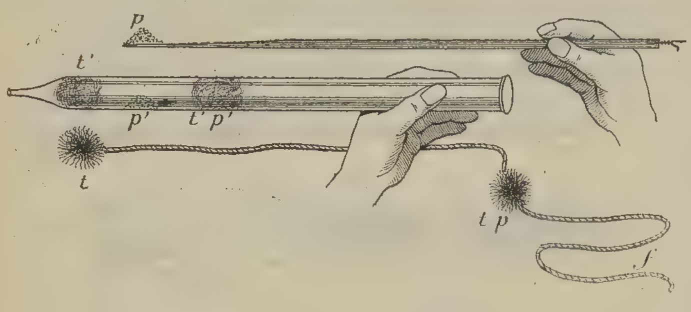


Fig. 4. — *Chargement du tube-enfumoir avec le train des deux tampons en corde d'amiante.* — *t'*, place du tampon d'amiante *t* ; *p'*, place de la poudre d'iodoforme *p* ; *t' p'*, place du second tampon ou tampon postérieur en corde d'amiante ; *f*, ficelle d'amiante pour l'extraction du tampon postérieur *t p* seul ou si l'on veut des deux tampons pour procéder au nettoyage.

deux tampons d'amiante en queue de cerf volant, séparés par une distance d'environ 25 centimètres. Le premier tampon est introduit au fond du tube, le second pend au dehors ; on place la poudre à l'intérieur à l'endroit voulu ; on refoule le second tampon avec le pousseur et l'on fixe le fil d'extraction en le plaçant entre le bouchon et le tube.

Dans ces conditions, il suffit après l'opération de tirer sur la ficelle d'extraction sans avoir recours à l'extracteur et sans retirer le tampon terminal, pour procéder à un nouveau chargement de l'appareil.

Les vapeurs d'iode attaquent quelque peu l'amiante, aussi est-il nécessaire de faire choix d'une cordelette solide. Ce train de tampons peut ainsi servir plusieurs fois.

B. *Dispositif pour rétro-chauffage.* — On peut également faire fonctionner l'appareil par l'air chaud c'est-à-dire par rétro-chauffage.

On introduit dans le tube dont la pointe est dirigée en bas un premier tampon que l'on enfonce d'un centimètre environ, on place la poudre d'iode dans la cavité, on introduit ensuite un second tampon et on pousse les deux tampons ainsi disposés au fond du tube.

Il ne reste plus qu'à chauffer non pas la poudre mais à trois ou quatre centimètres *en arrière* des cotons (voy. fig. 5).

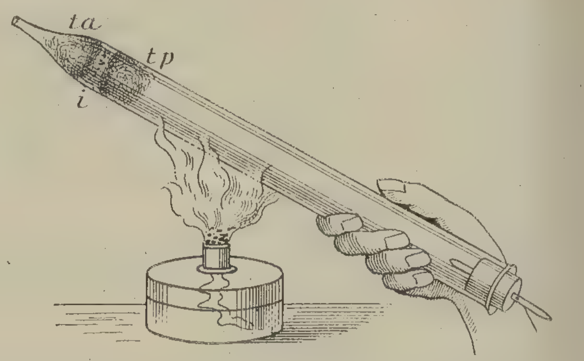


Fig. 5. — *Dispositif du tube-enfumoir pour rétro-chauffage.* — *ta*, tampon antérieur ; *i*, poudre iodogène ; *tp*, tampon postérieur.

S'il s'agit de l'iode à l'état métalloïdique l'air chaud ainsi projeté suffit à déterminer l'apparition des vapeurs violettes, mais si l'on a placé entre les deux tampons de la poudre d'iodoforme, il se produit un phénomène intéressant, l'iodoforme est volatilisé, se reconstitue à la sortie du tube en vapeurs jaunes par sublimation et l'on obtient non plus un *enfumage iodé* mais un véritable *enfumage iodoformé* que je décrirai dans un autre article.

C. *Dispositif pour l'auto-enfumage.* — On connaît la facilité avec laquelle les vapeurs se déposent en fins cristaux abondants sur la paroi interne des tubes.

Un point intéressant à noter c'est qu'un tube ainsi enfumé donne par le chauffage un nouveau dégagement de vapeurs d'iode, parfois très abondantes et bien suffisantes pour un enfumage ordinaire.

L'iode ainsi formé ne possède pas toutes les propriétés primitives lorsque l'iodoforme a été le point de départ de ces vapeurs ; ce n'est pas de l'iode à l'état naissant mais à l'état renaissant, si je puis me permettre cette expression.

On charge le tube *par la culasse* (voy. fig. 6), c'est-à-dire que l'on place la poudre d'iodoforme encadrée de ses deux tampons non plus à l'extrémité effilée du tube mais au contraire près de la soufflerie. On saisit le tube à l'envers comme l'indique la

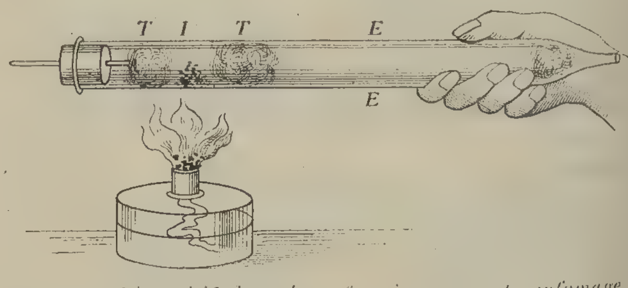


Fig. 6. — *Dispositif du tube-enfumoir pour auto-enfumage.* — TT, tampons ; I, poudre d'iodoforme ; EE, portion enfumée du tube « chargé » pour un enfumage ultérieur.

figure, et dès que les vapeurs violettes commencent à se produire on souffle très légèrement. Les vapeurs se répandent dans l'intérieur du tube et se déposent en fins cristaux sur ses parois. Le tube ainsi enfumé et refroidi est *chargé* pour l'enfumage.

Il s'agit en somme d'un enfumage à l'envers.

Pour procéder à un enfumage à l'aide d'un tube ainsi enfumé, il suffit, au moment du besoin, de chauffer non pas tout le tube mais une région seule-

ment en commençant par l'extrémité. On procède ainsi étape par étape. Quand une région a épuisé son contenu d'iode on chauffe en arrière et ainsi de suite ; on épuise de la sorte toute la quantité d'iode contenue dans le tube par ce chauffage rétrograde.

Il ne faut pas oublier dans cette sorte d'enfumage que des projections de cristaux agglomérés et irritants peuvent se produire à la suite d'un chauffage trop intense ou d'une insufflation trop violente, aussi est-il nécessaire de disposer avant l'auto-enfumage un tampon filtreur et de souffler lentement.

On peut varier les expériences et à l'aide de l'ampoule-enfumoir enfumer des tubes plus ou moins longs. Ces tubes ainsi chargés constituent de véritables *lances* à enfumage destinées à restituer par la chaleur l'iode qu'on a déposé à leur intérieur. C'est là l'*enfumo-enfumage* que j'ai cherché à appliquer en créant de petites ampoules destinées à injecter les vapeurs dans le tissu cellulaire à l'aide de l'aiguille hypodermique.

Ces injections hypodermiques de vapeurs sont encore à l'étude. J'en ai déjà fait mention dans mon premier travail.

Une curieuse expérience consiste à enfumer un train de tubes enfilés les uns dans les autres comme l'indique la figure (voy. fig. 7). Les vapeurs traversent ces tubes ainsi enfumés et se déposent dans leur intérieur en intensité d'autant plus grande qu'ils sont plus rapprochés de la source des vapeurs. On peut en les chauffant comme il vient d'être dit faire repasser à l'état de vapeurs l'iode ainsi déposé.

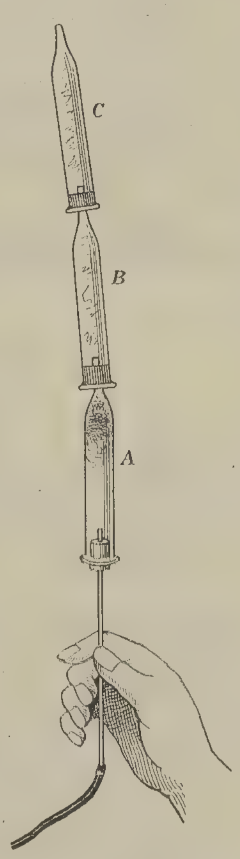
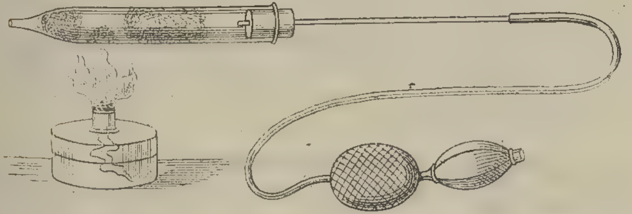


Fig. 7. — *Train de tubes enfumeur* (A) *et enfumés* (BC).

III. Pipe-enfumoir. — Un troisième modèle d'enfumoir destiné surtout à vulgariser l'emploi des vapeurs d'iode est un tube simplifié que j'avais appelé tout d'abord l'enfumoir du dispensaire, à cause de son prix de revient presque nul, mais qui est plus connu à l'hôpital sous le nom de « la pipe de Louge ».

Je ne crois pas qu'on puisse aller plus loin dans la voie de la simplicité et du bon marché : une seringue en verre, un tuyau de pipe et un bouchon !


Fig. 8. — « *La pipe de Louge* » *ou pipe-enfumoir confectionnée avec une seringue en verre, un tuyau de pipe et un bouchon.*

Le corps de la seringue forme l'enfumoir, le tuyau de pipe sert de manche et le bouchon de joint (voy. la fig. 8).

La pipe se manœuvre comme le tube. Un vulgaire porte-plume en forme la partie accessoire. Une plume enfoncée par la pointe sert de porte-poudre. Une plume dont les deux becs ont été luxés en sens inverse et légèrement recourbés constitue un excellent extracteur de coton et c'est tout.

A défaut de soufflerie, on peut adapter à l'appareil un tube de caoutchouc dans lequel on souffle faute de mieux, ou même le va-et-vient du piston de la seringue.

On peut remplacer le bouchon en liège par un morceau de drain en caoutchouc. On donne aux deux extrémités du tuyau de pipe une forme effilée, l'une pour s'adapter au tuyau de la soufflerie et l'autre s'enfonçant dans le bouchon forme coin. Il y a avantage pour ne pas briser la seringue à introduire d'abord le bouchon puis à forcer ensuite légèrement sur l'extrémité effilée du tuyau.

La pipe fonctionne aussi bien au chauffage direct qu'au rétro-chauffage, c'est-à-dire qu'elle peut produire l'enfumage iodé ou l'enfumage iodoformé.

Cet appareil de quatre sous, sans jeux de mots, n'enrichira guère son inventeur, mais il a valu déjà à son auteur de sincères félicitations de la part des confrères qui ont pu ainsi faire bénéficier les malades de l'enfumage iodé reconnu jusqu'ici comme inaccessible.

Je puis donc affirmer que, à l'heure actuelle, à la suite de mes recherches, *un enfumage iodé est aussi simple qu'un badigeonnage.*

Ces trois types d'enfumoirs élémentaires concourent au même but, il est préférable toutefois d'employer la pipe pour les enfumages ordinaires, le tube pour les opérations et l'ampoule pour les enfumages cavitaires.

Ils ont pour eux l'avantage de la simplicité et du bon marché.

Ils fonctionnent sans le secours d'une source électrique ou d'un appareil à air chaud.

Ils sont stérilisables par le chauffage préalable de la partie qui émet les vapeurs (tube éjecteur de l'ampoule et extrémité effilée des tubes).

Ils peuvent utiliser soit l'iode, soit l'iodoforme ou similaires et peuvent même être employés pour d'autres enfumages.

Le tube et la pipe peuvent être construits par le praticien lui-même et possèdent le grand avantage d'être manœuvrés dans toutes les directions.

Leur nettoyage enfin, comme on va le voir, peut se faire avec facilité.

Il ne faut pas oublier que ces appareils de verre, dans leur partie chauffée, peuvent être une cause de brûlures par distraction ou maladresse.

Il faut veiller aussi à ce que la portion chauffée ne soit pas brusquement en contact avec un liquide froid, ce qui déterminerait immédiatement la rupture du verre avec toutes ses conséquences et enfin, en chauffant l'extrémité de l'appareil pour désobstruer l'orifice, il ne faut pas pousser le chauffage jusqu'au point de fusion du verre.

Nettoyage des appareils. — La question du nettoyage a son importance.

Si l'on emploie exclusivement l'iode, le nettoyage ne présente aucune difficulté. Il suffit d'avoir recours à un des nombreux dissolvants de l'iode, l'alcool par exemple ; mais on ne peut les conseiller tous indifféremment.

Jungengel (1) donne à ce sujet un détail qui mérite d'être signalé, c'est qu'il faut éviter avec soin

(1) Jungengel. Loc. cit., *Münch. med. Woch.*, 1910, n° 12.

de se servir dans ce but d'ammoniaque qui pourrait donner lieu à la formation d'iodure d'azote composé dangereux et explosif à l'état sec seulement : « Dieser, dit-il, ist ungefährlich so lange er feucht ist; im trockenen Zustande aber bildet er einen Explosivkörper, der durch die leiseste Erschütterung in Funktion tritt und ausserordentlich gefährlich ist. »

Si l'on emploie, comme je le conseille, la poudre d'iodoforme il en résulte bientôt un encrassement rapide des appareils et des tubes et la question du nettoyage devient urgente.

Avec les anciennes ampoules l'encrassement était tel et le nettoyage si difficile que celles-ci étaient mises au rebut plutôt que d'être nettoyées. Les ampoules nouveau modèle sont d'un nettoyage beaucoup plus commode.

Les dissolvants de l'iode ne sont dans la circonstance d'aucun secours car ce n'est pas ce corps qui encrasse mais le fin dépôt de charbon extrêmement adhérent.

J'ai essayé dans ce but plusieurs substances ; une solution chaude de carbonate de soude peut être très utile, cependant rien ne vaut un nettoyage mécanique à la poudre de blanc d'Espagne ou à la poudre de pierre ponce avec un linge imbibé d'eau ou mieux d'esprit de vin.

Il existe dans le commerce de petits blocs de pâte à nettoyer qui sont particulièrement utiles dans ce but.

Il suffit pour obtenir un bon nettoyage d'enrouler une bande de gaze autour du bâtonnet nettoyeur de façon à lui donner l'épaisseur désirée; d'enrouler ensuite le reste en spirale espacé le long de la baguette et, après avoir enduit de poudre son extrémité, de procéder par frottement au nettoyage.

Il est assez difficile de nettoyer l'extrémité effilée du tube ; il est bon dans ce cas d'employer avec ménagement le petit écouvillon des fumeurs.

Si l'on fait un mélange de poudre de talc ou de poudre de pierre ponce avec de la poudre d'iodoforme, il ne se forme plus de dépôt de charbon mais un pareil mélange présente deux inconvénients graves : le premier, c'est d'altérer la nature des vapeurs, et le second, d'exposer le malade à des projections nuisibles et même fort dangereuses de poudres, surtout lorsqu'il s'agit d'enfumage interne. Il vaut mieux ne pas l'employer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 3 JUIN 1912)

Sur le mécanisme de l'anaphylaxie. Production immédiate du choc anaphylactique sans injection préalable d'antigène. — MM. J.-E. ABELOUS et E. BARDIER. Il paraît aujourd'hui établi que la toxogénine, qui se forme dans l'organisme à la suite de l'injection d'un antigène, s'élabore et se fixe dans le système nerveux. Les auteurs ont déjà montré que la section des nerfs sciatiques ou l'hémisection transversale de la moelle épinière déterminent chez le lapin, quand les processus de dégénérescence nerveuse sont à leur maximum, une sensibilité telle, vis-à-vis de l'urohypotensine, que l'injection de doses non mortelles de cette substance entraîne des troubles très graves et même la mort à bref délai. Les dernières expériences de MM. Abelous et Bardier leur ont permis d'établir que la formation de la toxogénine est la conséquence de l'autolyse qui se produit dans les tissus nerveux.

L'anoxhémie des altitudes et son traitement par l'oxygénation hypodermique. — M. Raoul BAYEUX. Dans l'espoir de pouvoir lutter efficacement contre les accidents parfois redoutables du *mal des altitudes* et contre les syncopes des aviateurs, au moyen des injections sous-cutanées d'oxygène, M. Bayeux, au cours de sa huitième ascension scientifique au mont Blanc, a fait à l'observatoire Vallot une série d'expériences dont voici les résultats :

1° La photographie en couleurs du sang démontre que le séjour à la haute altitude réduit l'oxyhémoglobine et détermine l'asphyxie;

2° L'insuffisance de l'hématose respiratoire peut être suppléée par l'oxygénation hypodermique qui rend au sang sa couleur normale;

3° La dose efficace à employer par la voie hypodermique est très minime en comparaison de celle que nécessite l'inhalation de ce gaz pour triompher de l'asphyxie.

Chaleur des gaz de la respiration. — M. LECERCLE décrit un procédé permettant au moyen d'une pile thermo-électrique de déterminer les calories contenues dans les gaz de la respiration. Ce procédé paraît applicable en physiologie et en clinique.

Etude anatomique sur la terminaison arétinienne du nerf optique dans la série des vertébrés. — M. BARBIERI.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 11 JUIN 1912)

Trypanosome. — M. BLANCHARD fait, au nom de M. Brumpt, une communication sur une curieuse maladie à trypanosomes découverte par Chaga, au Brésil, en 1904, maladie inoculée à l'homme par un gros hémiptère qui joue au Brésil le même rôle que la mouche *tsé-tsé* en Afrique.

Considérations sur l'attaque lente des divers alliages ou métaux par les eaux potables gazéifiées ; cas particulier de l'aluminium. — M. BARILLÉ rappelle avoir déjà appelé l'attention sur les intoxications saturnines provoquées par des tubes d'étain-plomb ou même d'étain du commerce qui contient du plomb plongés dans des eaux gazéifiées (eau de Seltz). Il concluait à la nécessité de prohiber tout alliage pour l'emploi de ces tubes. Le remède proposé consistait à recouvrir ces tubes de porcelaine.

On a aussi proposé l'emploi de l'aluminium pur, mais il a été reconnu que l'aluminium, à la longue, pouvait être aussi attaqué ou oxydé. M. Léon Taylor, chimiste à Londres, a montré l'action chimique exercée sur l'aluminium par l'eau de boisson et l'acide carbonique et a décrit ainsi la maladie de l'écrouissage.

L'aluminium n'est donc pas apte à être employé comme armature des siphons.

M. Barillé termine par les conclusions suivantes. L'atoxicité de l'aluminium et comparativement à l'étain son prix de revient moins élevé et sa légèreté plus grande nous amènent à cette conclusion pratique :

Confectionner en aluminium les armatures des siphons d'eau de seltz en les garnissant d'un intérieur en porcelaine fine. Il y a lieu de penser que ce métal se prêtera facilement à cet émaillage hygiénique.

Quelques parasites nouveaux des crustacés. — M. COUTIÈRE a trouvé de nouveaux parasites des crustacés qu'il importe d'étudier.

Les rayons ultraviolets et le rôle de la lumière dans les échanges de matière et d'énergie entre animaux et végétaux. — M. Daniel BERTHELOT. Jusqu'ici on n'avait pas réussi à reproduire dans les laboratoires le mécanisme synthétique par lequel la plante verte refait du sucre et de l'amidon avec les gaz de l'air, à la lumière solaire. L'auteur y est

parvenu à l'aide des rayons ultraviolets de la lampe à mercure. Il n'y a donc pas là une action propre à la vie, mais un phénomène physico-chimique.

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES SUR LA TUBERCULOSE

(SÉANCE DU 9 MAI 1912)

M. ARMAND-DELILLE attire l'attention sur **les formes anascitiques de la péritonite tuberculeuse** et cite à l'appui deux observations dans lesquelles le diagnostic n'a pu être fait que par une laparotomie exploratrice. Il pense que ces formes sont plus fréquentes qu'on ne le croit, mais qu'elles restent souvent méconnues.

M. Léon BERNARD a observé une jeune fille qui, après un début marqué par une fièvre continue très élevée, de l'amaigrissement et une anémie intense, a localisé son infection dans le péritoine, d'abord dans l'hypocondre droit, ensuite dans la région ombilicale, puis autour des annexes gauches. A aucun moment il ne s'est développé d'ascite; les phénomènes abdominaux ont consisté en douleurs et zones de rénitence. La température est redevenue normale après quelques semaines, caractérisée seulement par de l'instabilité. Ces faits rentrent dans le cadre général des typho-bacilloses, définies par leur allure clinique.

M. L. MARTIN apporte une observation analogue où le bacille isolé était du type bovin.

M. F. BEZANÇON rapporte également un cas qu'il a observé avec M. Gastinel où l'on crut à de l'appendicite et où l'opération montra qu'il s'agissait de péritonite tuberculeuse.

Note préliminaire sur la morphologie et les affinités colorantes des corpuscules chromophiles du bacille de Koch. — MM. F. BEZANÇON et A. PHILIBERT. Les corpuscules signalés autrefois par Koch dans le corps du bacille tuberculeux, réétudiés par Straus, Babès et Gram, et plus récemment encore par Much, Fontès et Nabaciashi, présentent au point de vue morphologique pur un grand intérêt.

C'est dans le bacille la partie qui présente le plus d'affinité pour les couleurs, en particulier pour les violets; les granulations prennent aussi la fuschine phéniquée, elles prennent aussi le bleu de Unna et le bleu de Giemsa, à condition de prolonger la coloration pendant trente-six heures au moins. La meilleure technique consiste à employer la méthode de Fontès (coloration successive et rapide par la fuschine et le violet phéniqué, réaction de Gram, recoloration au bleu aqueux). Les granulations sont évidemment gramophiles, acidophiles, mais elles sont surtout chromophiles, et c'est la principale raison qui fait qu'elles gardent surtout et parfois exclusivement la couleur. Ce sont les mêmes granulations que l'on colore et par le Ziehl et par le Fontès et par toute autre méthode.

On compte d'un à six dans le bacille. Lorsque la granulation est unique, elle est le plus souvent centrale, ovalaire, et parfois le bacille est coudé à son niveau. Elle est peut-être sub-terminale, mais dans ce cas il y a généralement deux granulations, d'où l'aspect bipolaire du bacille; les deux granulations sont colorées en violet, le corps du bacille qui dépasse la granulation à chaque extrémité est coloré en rose par la fuschine. Quand il y a plusieurs granulations elles sont surtout rougies inégalement, et inégalement volumineuses et colorées.

Les granulations se trouvent souvent dans les bacilles des crachats et dans les bacilles des cultures; dans celles-ci les granulations semblent constantes.

Dans les frottis de culture on trouve souvent des granulations isolées, on trouve aussi des grains isolés de morphologie analogue dans les crachats.

Ces grains chromophiles paraissent être un élément constant et important de bacille. Leur nature et leur interprétation seront étudiées dans une prochaine note.

Des tuberculoses osseuses à foyers multiples chez l'enfant. — M. Jacques CALVÉ (de Berck). *Fréquence.* — Comparés au nombre de cas atteints de foyers, cliniquement uniques, les cas de foyers multiples varient de 9 à 12 p. 100.

Nombre des foyers. — De 2 à 12.

Age. — Surviennent à tout âge de deux à quinze ans, avec une prédilection très nette pour la première enfance de deux à cinq ans.

Répartition. — Si on divise les divers foyers en petits foyers (spina ventosa, ostéites du cubitus, du calcanéum, du malaire, etc.) et en gros foyers (hanche, colonne vertébrale, genou), les statistiques montrent des affinités très nettes et constantes.

Les petits foyers s'associent entre eux, sont en général nombreux et frappent les enfants de deux à cinq ans.

Les gros foyers s'associent entre eux, en petit nombre (3 au maximum) et surviennent au cours de la deuxième enfance.

Association avec d'autres lésions. — Sur 85 cas :

Foyers osseux associés à : foyers osseux, 45; foyers ganglionnaires, 18; foyers cutanés, 19; foyers péritonéaux, 2; foyers pulmonaires, 1.

Il faut, à ce point de vue, distinguer encore entre les petits foyers et les gros foyers.

Sur 38 maux de Pott associés :

Maux de Pott associés à : ostéites, 34; adénites, 3; péritonites, 1.

Sur 172 coxalgies associées (Tillaye) :

Coxalgies associées à : ostéites, 169; adénites, 1; lupus, 2.

Sur 274 spina ventosa associés :

Spina ventosa associés à : ostéites, 111; adénites, 74; lésions cutanées, 89.

Date d'apparition. — Concomitants : c'est la règle pour les petits foyers.

Successifs : fréquent lorsque les gros foyers succèdent aux petits foyers.

Pronostic. — Plus grave que celui des foyers uniques.

Mortalité. — Foyers uniques, 2,5 p. 100; foyers multiples, 9,5 p. 100.

Méningites. — Foyers uniques, 1,15 p. 100; foyers multiples, 5,9 p. 100.

Pathogénie. — La proportion de 10 p. 100 des foyers multiples par rapport aux foyers uniques ne représente que les cas cliniquement décelables. Les autopsies démontrent que la proportion des foyers multiples est en réalité beaucoup plus forte, les uns se résorbant sans aboutir à une « extériorisation clinique », les autres restant à l'état latent.

La tuberculose osseuse est une maladie générale dont il faut considérer les manifestations comme des éclosions locales, uniques ou multiples, concomitantes ou successives d'un ensemencement général de l'organisme par le bacille de Koch ou ses toxines.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 9 MAI 1912)

Ostéomalacie chez deux lapins soumis pendant deux ans à l'ingestion de poudre totale d'hypophyse. — MM. HALLION et L. ALQUIER. Les deux animaux avaient absorbé tous les jours 20 centigrammes de poudre totale d'hypophyse de bœuf. A l'autopsie on trouva une ostéomalacie remarquable des os du crâne avec, chez un seul, la même lésion aux os des membres. Il s'agit de décalcification simple sans modification de la structure de l'os. La pathogénie apparaît assez complexe; les auteurs ont démontré précédemment que l'ingestion d'hypophyse détermine chez le lapin des modifications considérables du thyroïde qui se retrouvent dans les deux faits actuels. Or, l'hypothèse de l'origine thyroïdienne de l'ostéomalacie a été soulevée chez l'homme; elle peut se poser également à propos des expériences actuelles.

(SÉANCE DU 6 JUIN 1912)

Paralysie des muscles de l'épaule. — M. LAIGNEL-LAVASTINE. Un homme de trente-trois ans, palefrenier, fut pris brusquement voici deux ans de douleurs pendant quelques mois puis d'atrophie des muscles scapulaires. C'est un éthylique, la cause de la paralysie est difficile à préciser.

Syringomyélie ou sclérose latérale amyotrophique. — MM. MARIE et CHATELAIN. La malade fut prise voici trois ans de paralysie atrophique progressive de la main droite (d'abord les doigts du milieu) ; depuis six mois le côté gauche est pris à son tour. L'examen ne montre pas d'autres signes que l'atrophie de l'épaule avec secousses fibrillaires des muscles de l'avant-bras et du deltoïde, diminution des réactions électriques sans réaction de dégénérescence. Wassermann négatif dans le sang. Malgré l'absence de troubles de la sensibilité le diagnostic de syringomyélie est rendu probable par l'existence d'une grosse lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Cette manière de voir est partagée par MM. Babinski, Sicard, Claude.

Laminectomie pour mal de Pott. — MM. SICARD et CUTMAN. Depuis un an, le malade souffrait d'une paraplégie complète avec troubles sphinctériens, abolition des réflexes rotuliens et achilléens, persistance des réflexes cutanés de défense, anesthésie remontant jusqu'aux huitième, neuvième droites et respectant les racines sacrées. La laminectomie fut pratiquée en septembre dernier avec ablation des fongosités sus-durales. Amélioration rapide et remarquable des signes de compression postérieure puis antérieure. Actuellement le malade se promène. — M. BABINSKI a, dans un cas semblable, fait pratiquer la laminectomie suivie également d'une amélioration.

Syndrome thalamique. — MM. DÉJERINE et PÉLISSIER. En mars 1912, le malade se sent tout à coup projeté à droite, et, sans perte de connaissance, éprouve de la difficulté à causer et à avaler; depuis, il tient la tête inclinée à droite et est projeté à droite dès qu'il se met debout; le voile du palais est paralysé à droite ainsi que la corde vocale. La recherche du vertige voltaïque donne toujours une inclinaison de la tête à droite quel que soit le sens du courant; il n'y a pas de troubles cérébelleux, la sensibilité thermique et douloureuse sont perverties à gauche, ce qui semble indiquer l'existence de conducteurs différents, tout au moins dans le bulbe pour les différents modes de la sensibilité.

Névralgie ascendante. — MM. SICARD et BLANC montrent une femme qui, en juillet 1911, se coupa légèrement au pouce. En quelques jours la petite plaie guérit, mais apparurent des douleurs avec irradiations cubitales et dans les racines cinquième, sixième et septième gauches. De multiples traitements ayant échoué, M. Sicard a obtenu d'excellents résultats en pratiquant sous la peau de l'avant-bras des injections de 1000 à 1200 centimètres cubes d'air après ligature de la racine du membre. Dans un autre cas analogue la radiographie montra l'existence sous la peau de l'apophyse styloïde radiale d'une paille de fer dont l'ablation amena la rétrocession des accidents. — M. DE MASSARY emploie depuis des années les injections massives d'air sous la peau dans les névralgies toujours avec succès, procédé que M. Crouzon rappelle avoir indiqué dès 1903 avec M. Marie. — M. GUILLAIN, dans un fait analogue, a vu échouer la section des racines cervicales.

Réaction myotonique de la pupille. — M. GALEZOWSKI. Elle consiste en lenteur de la contraction et de la décontraction pupillaires et serait un stade dans l'évolution du signe d'Argyll.

Complications nerveuses du paludisme aigu. — M. DUMOLLARD. Sur 200 cas, l'auteur a noté 11 fois des complications nerveuses : une hémiplégie par hémorragie méningée, un syndrome de Weber dû à de simples phénomènes congestifs, seule lésion trouvée à l'autopsie. Deux cas de syndrome de méningite atténuée guérie, une polynévrite survenue après des accidents infectieux. On trouva l'hématozoaire dans le sang, et le traitement du paludisme fit rétrocéder les accidents; enfin cinq cas d'accès pernicieux dont deux avec lymphocytose. Le paludisme chronique peut agir comme cause de nombreuses maladies chroniques du névraxe.

Lésion du nerf médian. — MM. ENRIQUEZ et GUTMAN. Il y a deux mois une plaie en séton du thorax par balle de revolver vint léser l'artère humérale et le nerf médian; le seul signe de la lésion nerveuse qui persiste encore est l'abolition du réflexe pronateur.

Ostéo-arthropathie sans signes de tabes. — M. LIAN. Une femme actuellement soignée pour fracture spontanée du fémur a eu du même côté une arthropathie du genou et une du pied. La radiographie montre dans les jointures du côté opposé la raréfaction des os comme au niveau des arthropathies. Il n'y a aucun signe de tabes que des douleurs fulgurantes, pas de lymphocytose céphalo-rachidienne.

Paralysie avec contracture en flexion et exagération des réflexes cutanés de défense dans le mal de Pott. — MM. LIAN et ROLAND.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 8 JUIN 1912)

Action de diverses substances sur la motricité intestinale. — MM. Paul CARNOT et Roger GLÉNARD continuent leurs recherches sur la perfusion intestinale et étudient l'action d'une série de produits physiologiques et médicamenteux sur la motricité de l'intestin.

Le simple passage du liquide de Ringer oxygéné suffit déjà à ranimer et à entretenir, pendant plusieurs heures, les mouvements péristaltiques. L'augmentation de vitesse du courant et l'élévation de température exagèrent ces mouvements, tout en leur conservant leur caractère normal de rythme et d'amplitude.

Le sérum sanguin agit comme un stimulant très remarquable des contractions intestinales, qui restent amples et efficaces, et qui se raniment même, lorsque l'estomac est atone ou défaillant.

La peptone a les mêmes propriétés, mais plus fugaces; de même divers extraits d'organes (hormones, etc.).

Les solutions acides provoquent des contractions spasmodiques avec production de bagues de contraction qui ferment l'intestin et surtout le pylore. Les solutions alcalines (bicarbonate de soude) restituent, au contraire, des mouvements péristaltiques amples et efficaces et puissants, même après action des acides.

Les purgatifs exagèrent, pour la plupart, les mouvements de l'intestin; le sulfate de soude, le séné sont particulièrement remarquables, mais les contractions revêtent facilement une violence et un caractère spastique (coliques) qui entraînent le transit intestinal en fermant l'intestin par des bagues de contraction. Il en est de même de l'aloès, de la phtaléine du phénol, etc. Par contre, le sulfate de magnésie provoque, même à faible dose, un arrêt immédiat des mouvements intestinaux : son action purgative, cliniquement équivalente à celle du sulfate de soude, est donc due à un tout autre mécanisme. Une conséquence de cette action des purgatifs par voie sanguine étudiée par la méthode de la perfusion est la possibilité de l'utilisation thérapeutique d'une série de purgatifs (sénés, aloès, cascara, sulfate de soude) par voie extra-intestinale du moins, lorsque leur injection sous-cutanée est bien supportée.

L'anergie vaccinale au cours de la rougeole. — MM. Arnold NETTER et René PORAK. Von Pirquet a montré que la rougeole supprime momentanément la réaction locale à l'inoculation de la tuberculine chez les tuberculeux. Il explique le phénomène par une modification de la réactivité. La rougeole fait disparaître l'allergie. Elle crée l'anergie.

Cette anergie du sujet atteint de rougeole peut être mise en évidence vis-à-vis d'autres facteurs et notamment du virus vaccin.

Sur 74 enfants revaccinés pendant l'éruption de rougeole 66 soit 90 p. 100 ne présentèrent pas de réaction locale. Les huit sujets qui présentèrent une réaction étaient atteints de formes très légères.

Chez 33 de ces sujets les auteurs ont constaté le retour de l'allergie vaccinale après une période plus ou moins longue d'anergie. L'allergie existait dès le début chez huit sujets qui ont été vaccinés à partir du neuvième jour de la maladie.

Les observations montrent donc que la rougeole crée l'anergie vis-à-vis du virus vaccinal comme vis-à-vis de la tuberculine. Hamburger et Sekey avaient déjà noté le fait incidemment.

Cette constatation peut être utilisée pour le diagnostic comme pour le pronostic. Elle doit sans doute être rapprochée de la fréquence et de la gravité des infections secondaires après la rougeole.

Les « protéocholestérides » du sérum et leur dédoublement en vue de l'extraction totale de la cholestérine. — M. A. Grigaut montre que la cholestérine existe dans le sérum sanguin sous la forme d'une combinaison avec les matières albuminoïdes à laquelle il donne le nom de protéocholestéride. Cette combinaison étant insoluble dans l'éther il est de toute nécessité de la détruire pour arriver à l'épuisement complet du sérum et les méthodes qui ne tiennent pas compte de ce fait donnent des résultats trop faibles.

Il indique deux moyens excellents pour détruire le complexe protéine plus cholestérine; l'hydrolyse par les alcoolés et l'hydrolyse par l'alcool. C'est d'ailleurs sur ces moyens qu'est basée la technique de dosage de la cholestérine qu'il a indiquée et c'est grâce à eux qu'il peut obtenir l'épuisement complet du sérum.

Le Tcha-Tchin et la centrothérapie. — M. Pierre Bonnier. Les Chinois nous ont précédés de toute leur antiquité dans la thérapeutique fondée sur la sollicitation directe des centres nerveux, par la cautérisation de points définis des téguments déterminant ainsi la reprise d'équilibres organiques et fonctionnels, et supprimant les troubles cliniques dus à la torpeur de centres déséquilibrés. Le trijumeau, dont la racine parcourt toute la masse des centres régulateurs bulbaires, possède à ce point de vue un champ d'action aussi étendu à lui seul que tous les autres nerfs centripètes ensemble. Le terme de centrothérapie, qui donne au procédé toute sa signification physiologique, puisqu'il s'agit d'agir sur le centre avant d'agir par le centre, est préférable au terme de réflexothérapie, car cette action n'a rien d'un réflexe.

Temps minimum de disparition des spirilles de la syphilis avec l'arsenobenzol. — MM. Paul Salmon et Browne. En utilisant le néosalvarsan, les spirochètes ont disparu de la sérosité des ulcères syphilitiques en cinq heures en moyenne. Les auteurs ont pu constater la raréfaction et l'immobilisation des spirilles, mais n'ont pu voir la fragmentation et la transformation granuleuse des parasites. La rapide disparition des spirilles explique la prompte guérison des lésions syphilitiques; de plus, le remède d'Erhlich, en supprimant la virulence des accidents contagieux, a une grande importance dans la prophylaxie de la syphilis.

Les lipoïdes du sang. Préparation des lipoïdes des globules rouges. — M. H. Iscovesco décrit la méthode dont il se sert pour extraire les lipoïdes des stromas globulaires. Il montre que ceux-ci contiennent 31 p. 100 de lipoïdes saponifiables et 3,8 p. 100 de cholestérine.

Variation de l'activité rénale en fonction de la température. — MM. Ambard et Hallion. L'activité sécrétoire du rein, mesurée par le débit d'urée, varie avec la température du corps. La variation est de 12 p. 100 pour un écart d'un degré.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ASTHME CARDIAQUE ET LA DYSPNÉE

(Liés aux cardiopathies organiques.) — Un ou deux granules à 1/4 de milligramme de digitaline Nativelle ou XII à XXV gouttes de la solution au millième, pendant 2 à 3 jours, ou plutôt, à très faibles doses de 1/10 de milligramme, 10 jours de suite. Associer la digitaline à la théobromine.

COURS ET CONFÉRENCES

Clinique d'accouchements et de gynécologie Tarnier (89, rue d'Assas). — Professeur : M. Paul Bar. — *Cours de pratique obstétricale*, par MM. Brindeau, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux; Guéniot et Lequeux, professeurs agrégés; Devraigne, ancien chef de clinique; Chirié, chef de clinique; Lemeland et Marioton, chefs de clinique adjoints; assistés de MM. Roullier, Pellissier, Brisson, Gaujoux, Siguret et Roux, moniteurs; réservé aux étudiants ayant seize inscriptions et aux docteurs français et étrangers régulièrement inscrits à la clinique.

Le cours commencera le 12 juin 1912. Il comprendra quatorze leçons qui auront lieu tous les jours, à cinq heures du soir. Les auditeurs seront personnellement exercés aux manœuvres obstétricales.

Programme du cours. — Mercredi 12 juin 1912. M. Devraigne, à cinq heures. Diagnostic des présentations et des positions par le palper.

Jeudi 13 juin, à trois heures. Exercices du palper au lit des malades. — M. Devraigne, à cinq heures. L'auscultation en obstétrique.

Vendredi 14 juin, à trois heures. Exercices d'auscultation au lit des malades. — M. Chirié, à cinq heures. Le toucher en obstétrique.

Samedi 15 juin, à trois heures. Exercices de toucher. — M. Devraigne, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions directes).

Lundi 17 juin, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Guéniot, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions obliques antérieures).

Mardi 18 juin, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Lemeland, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions obliques postérieures).

Mercredi 19 juin, à neuf heures et demie du matin. Consultation des femmes enceintes, par M. le professeur Bar; examen des malades par les élèves du cours. — A trois heures : Exercices pratiques de forceps. — M. Devraigne, à cinq heures. Le forceps sur la face et le front.

Jeudi 20 juin, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Brindeau, à cinq heures. Le forceps sur les présentations élevées.

Vendredi 21 juin, à trois heures. Exercices pratiques, revision des diverses applications de forceps. — M. Chirié, à cinq heures. La version par manœuvres internes (version séparée).

Samedi 22 juin, à trois heures. Exercices pratiques de version. — M. Chirié, à cinq heures. L'extraction du siège décompleté mode des fesses.

Lundi 24 juin, à trois heures. Exercices pratiques : L'extraction du siège décompleté mode des fesses et après version. — M. Lequeux, à cinq heures. L'extraction après la version : ses difficultés.

Mardi 25 juin, à trois heures. Exercices pratiques de version par manœuvres internes (revision). — M. Lemeland, à cinq heures. L'embryotomie céphalique (cranioclasie).

Mercredi 26 juin, à neuf heures et demie du matin. Consultation des femmes enceintes par M. le professeur Bar; examen des malades par les élèves du cours. — A trois heures : Exercices pratiques d'embryotomie. — M. Lemeland, à cinq heures. L'embryotomie céphalique (basiotripsie).

Jeudi 27 juin, à trois heures. Exercices pratiques d'embryotomie. — M. Lemeland, à cinq heures. Embryotomie rachidienne.

Pour renseignements et inscription, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures. Le droit à verser est de 50 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Hydrologie élémentaire à l'usage des praticiens, par le docteur Allyre Chassevant, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. In-16, cart., avec 24 fig. — Prix : 4 francs. — Paris, Vigot frères.

La Désinfection du champ opératoire et des mains du chirurgien par la teinture d'iode sans lavage préalable, par le docteur Henri Fournier. (Th. de Paris.) — Paris, J. Rousset.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE L'APPENDICITE AIGUE (1)

III. **Appendicite toxique.** — Sous ce nom, il faut entendre certaines variétés d'appendicite, sur lesquelles Dieulafoy a bien insisté, et qui se caractérisent par ce fait que l'*intoxication* générale de l'organisme domine l'infection locale.

Dès le début de l'affection, ce qui domine le tableau clinique, c'est l'altération rapide et profonde de l'état général, l'albuminurie, l'oligurie, l'urémie, l'ictère, les hématémèses, les accidents nerveux. L'examen du sang ne révèle pas toujours une hyperleucocytose très nette; quelquefois la culture du sang est positive; il s'agit alors d'une véritable septicémie.

L'ICTÈRE est un symptôme très souvent observé; il s'agit soit d'un ictère franc, soit encore plus souvent d'un ictère terreux; le foie est gros, douloureux; l'urine contient de l'urobiline; rappelons d'ailleurs que l'apparition d'un ictère est toujours un symptôme alarmant au cours de l'appendicite.

Les hématémèses sont fréquentes; il s'agit, soit de petites hématémèses, soit au contraire de volumineuses hématémèses souvent mortelles [le *vomito-negro appendiculaire* (Dieulafoy)].

On peut également observer des accidents nerveux (convulsions, coma). La température est toujours abaissée, le pouls est petit, incomptable, la respiration accélérée. Dans certains cas, le malade est dans un véritable état typhoïde.

Contrastant avec cette intensité des symptômes généraux, les symptômes locaux au contraire sont à peine marqués; la douleur est minime, il n'y a presque pas de contracture de la paroi. Si l'on intervient chirurgicalement au cours de ces appendicites, toxiques ou avec péritonite septique, on ne trouve dans le péritoine que quelques cuillerées d'un liquide roussâtre, pauvre en éléments cellulaires (phagocytes), riche en bacilles anaérobies; l'appendice est le plus souvent gangréné, perforé, les anses intestinales, sont turgescentes, rouge violacé, noires par place, et comme agglutinées. L'intervention chirurgicale n'est qu'exceptionnellement suivie de succès dans ces cas. Il en est souvent de même d'ailleurs dans la péritonite purulente généralisée; on trouve alors au cours de l'opération une quantité de pus assez considérable, le plus souvent d'odeur fécaloïde (coli-bacille), qui s'accumule dans les parties déclives; il importe à la suite de l'intervention d'effectuer un bon drainage, et pour cela, à l'aide de gros drains, on assurera l'évacuation du pus qui tend à s'amasser, soit dans le petit bassin, soit sous le foie, etc.; une intervention précoce, avec un bon drainage, pourrait aboutir quelquefois à la guérison.

C. APPENDICITES AIGUES ANORMALES. — Sous ce nom, on décrit des variétés anormales d'appendicites, tenant à une situation anatomique particulière de l'appendice.

a. **Appendicite pelvienne.** — Dans cette forme, le plastron iliaque fait défaut, au début tout au moins; la sensibilité abdominale est aussi prononcée à droite qu'à gauche. Les troubles urinaires sont constants; il existe du ténesme rectal. On ne posera le diagnostic d'appendicite qu'après avoir fait le toucher rectal ou vaginal, qui permet de reconnaître la tuméfaction pelvienne. Lorsqu'il se forme un abcès enkysté, il s'évacue le plus souvent par le rectum, le vagin ou la vessie. Cette forme est l'objet de nombreuses erreurs de diagnostic, salpingite, pelvi-péritonite, phlegmon du ligament large, etc.

b. **Para-appendicite.** — La suppuration, au lieu de se faire dans le péritoine, peut se faire à la face postérieure du cæcum, dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque ou de la région lombaire; quelquefois cette localisation anormale du pus s'observe également à la suite d'une appendicite enkystée, intrapéritonéale. L'on voit apparaître alors une douleur lombaire diffuse, des douleurs dans le territoire du crural, quelquefois il se forme une psoïtis, d'origine appendiculaire, qui se caractérise par la position spéciale de la cuisse qui se met en flexion et en rotation en dehors. Quelquefois il se forme un véritable phlegmon périnéphrétique; bien souvent l'origine appendiculaire de ces suppurations sera méconnue.

c. **L'appendicite sous-hépatique**, tenant à une situation élevée de l'appendice, n'est en général pas diagnostiquée; l'on pense qu'il s'agit d'une affection aiguë vésiculaire; signalons encore l'*appendicite à gauche*, l'*appendicite herniaire*, qui font porter le plus souvent le diagnostic de hernie étranglée de diverticulite.

D. APPENDICITES SPÉCIFIQUES. — *Appendicite typhique.* — Au cours de la fièvre typhoïde, il existe deux variétés de réaction appendiculaire: l'une correspond à la *perforation de l'appendice*, et revêt le tableau clinique habituel de la perforation intestinale; elle donne lieu à la péritonite typhoïde, l'autre est l'*appendicite para-typhoïde*, bien étudiée par Dieulafoy. Il ne s'agit pas là de perforation appendiculaire, mais d'une appendicite au vrai sens du mot; elle s'observe dans le décours, ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde; elle est généralement accompagnée, d'une reprise de la fièvre et d'une élévation de la température; elle évolue comme une appendicite banale; le processus toxi-infectieux peut limiter son action à la simple crise appendiculaire, comme aussi il peut aboutir à toutes les complications de l'appendicite (abcès enkysté, infection à distance, abcès du foie). Signalons enfin le fait que, au cours d'appendicites banales en apparence, le séro-diagnostic serait positif pour le bacille d'Eberth, encore assez souvent.

Appendicite aiguë tuberculeuse. — Le début de l'appendicite tuberculeuse peut être aigu et faire croire à une appendicite aiguë, banale. Lorsque la crise appendiculaire est calmée, un abcès se forme, dans la fosse iliaque droite, et souvent une fistule pyostercorale s'établit. Souvent c'est au cours d'une appendicite chronique tuberculeuse, que l'on voit survenir une poussée aiguë.

Appendicite scarlatineuse. — Bien étudiée dans la thèse de Kauffmann, l'appendicite scarlatineuse est assez fréquente; elle s'observe soit au début de l'affection, soit au moment de l'exanthème, soit quelquefois dans la convalescence; elle s'accompagne, assez souvent, d'une réaction péritonéale inquiétante au début, mais qui se calme assez vite.

L'*appendicite syphilitique* a été signalée par M. Gaucher; elle s'observerait surtout au moment de la période secondaire.

L'*appendicite vermineuse* (voir Revue générale, *Gaz. des hôp.*, 1910), bien étudiée par Metchnikoff, Guiart, Weinberg, est surtout due au trichocéphale, quelquefois aux oxyures. Cliniquement, rien ne la sépare des formes que nous avons décrites, et le diagnostic ne peut en être fait que par les recherches des œufs de parasites dans les selles; le diagnostic de cette forme serait particulièrement important, en raison du traitement. S'il s'agit d'un ascaris, on prescrira de la santonine, ou du semen-contra; s'il s'agit d'oxyures ou de trichocéphales, on donnera, à plusieurs reprises, des cachets de thymol.

L'*appendicite actinomycosique* revêt encore assez souvent l'allure aiguë. On pourra y songer s'il existe d'autres manifestations actinomycosiques; le diagnostic n'en sera fait, en général, qu'à l'examen histologique de l'appendice, ou plus tard s'il se forme une fistule, par la constatation des grains jaunes, caractéristiques. Le traitement spécifique en est l'iodure de potassium.

Expérimentalement on a réalisé d'autres *appendicites aiguës mycosiques* (muguet, sporotrichose, etc.). Leur diagnostic pourrait en être fait par la recherche de la co-agglutination et de la co-fixation de Widal.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 59, p. 888; n° 61, p. 922 et n° 64, p. 965.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Question donnée : « Anatomie du nerf grand hypoglosse à partir de sa sortie du crâne. — Symptômes et diagnostic des goitres exophtalmiques. »

La première séance de lecture aura lieu lundi prochain, 17 juin, à trois heures et demie, à la salle des Saints-Pères.

— Le concours pour l'emploi de médecin de la fondation Brézin (hospice de la Reconnaissance), à Garches (Seine-et-Oise), s'est terminé le 12 juin par la nomination de M. Mutel, interne de quatrième année.

— Concours des prix de l'internat en pharmacie. — *Première division.* — Premier prix, médaille d'or et bourse de voyage : M. Fabre, interne à Bichat.

Accessit, médaille d'argent : M. Lantenois, interne à Cochin.

Mention : M. Dufraisse, interne aux Enfants-Assistés.

Deuxième division. — Premier prix, médaille d'argent : M. Falvy, interne à Cochin.

Accessit, des livres : M. Benoist, interne à Laënnec.

Mention : M. Delsart, interne à la Pitié.

GUERRE. — Service de santé militaire. — Un concours sera ouvert le 2 décembre 1912, à neuf heures du matin, à l'Ecole d'application du service de santé militaire pour l'admission à quarante emplois de médecin aide-major de deuxième classe élève à ladite école.

Sont admis à concourir les docteurs en médecine ayant au moins de vingt-huit ans au 1er janvier 1912 et ayant satisfait aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée.

Les étudiants en médecine qui ne sont pas encore en possession du diplôme de docteur en médecine sont également autorisés à concourir, sous réserve de l'annulation de leur admission, s'ils ne sont pas reçus docteur avant le 31 décembre 1912. Les demandes d'admission au concours doivent être adressées au ministre de la guerre (7e direction, 1er bureau) avant le 15 novembre 1912.

Les programmes arrêtés le 14 mai 1912 donnant les conditions de ces concours sont insérés au *Bulletin officiel* du ministère de la guerre (partie semi-permanente).

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE. — La prochaine séance aura lieu à l'asile clinique (amphithéâtre de l'admission), le lundi 17 juin à trois heures et demie très précises.

SOCIÉTÉ DE PSYCHOTHÉRAPIE. — La vingt et unième séance annuelle de la Société de psychothérapie, d'hypnologie et de psychologie aura lieu le mardi 18 juin 1912, à quatre heures précises, au palais des sociétés savantes, 8, rue Danton, sous la présidence de M. le docteur Lucas-Championnière, membre de l'Institut.

Questions générales mises à l'ordre du jour :

1° Les anesthésies et les hyperesthésies psychiques;

2° Les applications chirurgicales, dentaires et obstétricales de l'anesthésie hypnotique;

3° La psychothérapie chirurgicale.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Villemin, chirurgien des hôpitaux de Paris.

RENSEIGNEMENTS

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 12, 21 mars 1912.) CRAMER : Les affections nerveuses consécutives aux accidents. — ROSENBACH : Expériences sur l'emploi de la tuberculine de Rosenbach dans les tuberculoses chirurgicales. — BLUMENTHAL : Problèmes chemothérapiques. — BECKER : Nouveaux points de vue dans le traitement du charbon. — TUSCHINSKY : Traitement de la malaria par le salvarsan. — SCHÜRER : Sur l'intoxication par les champignons. — KAYSER : Emploi des rayons Röntgen et de la réaction du glycil-tryptophane pour le diagnostic du carcinome gastrique. — HOCHSTETTER : Sur la guérison de la méningite tuberculeuse. — RŒPKE : Etat actuel du diagnostic de la tuberculose. — SCHLESINGER : Action de la chaleur de l'été sur les nourrissons et les enfants plus âgés. — HIRSCH : Traitement de la fièvre puerpérale par une préparation d'argent et d'arsenic. — LUDERS : Tuméfaction périodique des glandes salivaires. — MÜLLER : Le savon à l'afridol.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 12, 19 mars 1912.) KROGIUS : Comment pouvons-nous arriver à la solution de la question de l'appendicite. — CRÆMER : Cæcum mobile et appendicite chronique. — GOLDMANN : Sur la question du mouvement en sens inverse dans les systèmes de conduits creux. — HAMBURGER : Sur les formes tardives de la tuberculose. — BERGEL : Hémolyse, lipolyse et rôle des cellules basophiles non granuleuses mononucléaires. — EDEN : Traitement de la luxation des péronés. — DIETRICH : Remarques statistiques et étiologiques sur l'ulcère peptique du duodénum. — HOPMANN : Extirpation complète des amygdales palatines. — HAPPICH : Actions nuisibles du camphre. — NAST-KOLB : Ligature de l'artère fessière inférieure pour une déchirure traumatique sous-cutanée. — MÜLLER : Complications rares par un diverticule de Meckel.

Progrès médical. — (N° 8, 24 fév. 1912.) BARBÉ : La démence alcoolique. — Ch. GARIN : Recherches helminthologiques à l'hôpital Sadiki (Tunis). — (N° 9, 2 mars.) J. ROUX : La tuberculose caséeuse et ulcéreuse considérée comme déterminée par une défaillance enzymatique protéolytique et lipolytique des glandes digestives (*fin*). — (N° 10, 9 mars.) Witold ORLOWSKI : Contribution à l'étude du polycythæmia rubra. — (N° 11, 16 mars.) LENORMANT et PIZON : Septicémie pneumococcique avec localisation péritonéale. — LAFFORGUE : L'épigastralgie sérique. — (N° 12, 23 mars.) A. LÉRI : L'évolution et l'état actuel de la doctrine des diathèses.

Semaine médicale. — (N° 10, 6 mars 1912.) Drag WLADISSARLIÉVITCH : Des différents moyens de prélever le matériel pour la recherche du tréponème pâle dans les lésions syphilitiques. — (N° 11, 13 mars.) LHERMITTE : L'hépatite familiale juvénile à évolution rapide avec dégénérescence du corps strié; dégénération lenticulaire progressive de Wilson. — (N° 12, 20 mars.) R. DE BOVIS : A propos du traitement de l'éclampsie puerpérale par la trépanation; essai d'une nouvelle théorie nerveuse de cette affection. — (N° 13, 27 mars.) CHEINISSE : La maladie de Brill est-elle une entité morbide nouvelle ?

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 24 AU 29 JUIN 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 24 juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 25 juin, à une heure. — 1er (sages-femmes, 1re et 2e séries).

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 26 juin, à une heure. — 1er.

2e.

3e (oral, 2e partie).

5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

2e (sages-femmes), *Clinique Baudelocque.*

Jeudi 27 juin, à une heure. — 4e (1re et 2e séries).

1er (sages-femmes).

Vendredi 28 juin, à une heure. — 2e (sages-femmes), *Clinique Baudelocque.*

Samedi 29 juin, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).

2e (sages-femmes), *Beaujon.*

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

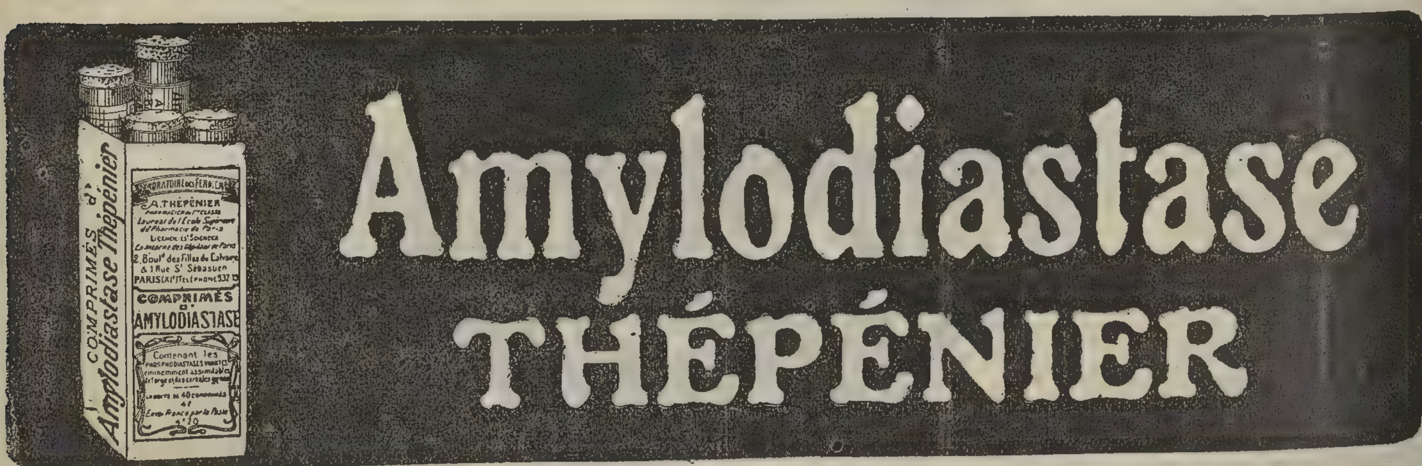
GINGIVO-STOMATITES
GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
DYSENTERIES
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES
Prophylaxie de la **FIÈVRE TYPHOÏDE** *et du* **CHOLÉRA**



Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* **DYSPEPSIES** *salivaires et pancréatiques*
Préparation des **BOUILLIES MALTÉES**
PALPITATIONS *d'origine digestive*
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES
SURALIMENTATION
DIGESTION RAPIDE *des* **FECULENTS**



Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le " Laboratoire des Ferments " A. THEPENIER, 2, boul. des Filles-du-Calvaire, PARIS

REVUE GÉNÉRALE

DIAGNOSTIC DES FIÈVRES ÉRUPTIVES

Par M. BRELET,
Professeur suppléant à l'École de médecine de Nantes.

Les fièvres éruptives sont des maladies infectieuses, microbiennes et contagieuses, qui, après une incubation plus ou moins longue, débutent par une période d'invasion, caractérisée par de la fièvre, une atteinte de l'état général et des symptômes locaux assez caractéristiques de chaque fièvre éruptive, pour la plupart d'entre elles; puis survient un exanthème, c'est alors la période d'éruption; et enfin, certaines fièvres éruptives se terminent par une desquamation également caractéristique. A chacune de ces périodes, ou plutôt aux trois dernières, l'incubation restant habituellement silencieuse, le diagnostic différentiel est souvent très difficile, les fièvres éruptives pouvant être confondues les unes avec les autres et pouvant aussi être malaisément distinguées d'autres affections qui comptent parmi leurs symptômes des érythèmes ressemblant singulièrement aux exanthèmes des fièvres éruptives, à ceux de la rougeole et de la scarlatine par exemple. Ce qui montre bien que les erreurs de diagnostic sont fréquentes et presque inévitables, c'est l'existence même, dans certains hôpitaux d'enfants, d'un service dit de douteux où l'on met en observation et où l'on isole les enfants atteints d'érythèmes sur lesquels il est impossible de se prononcer; au bout de quelques jours, ces petits malades sont transportés définitivement au pavillon des rougeoleux ou des scarlatineux; même après cette sélection, on se trouve parfois en présence de cas bien embarrassants, presque insolubles, surtout en ce qui concerne la scarlatine. Rougeole, scarlatine, rubéole, varicelle et variole, telles sont les fièvres éruptives actuellement décrites et il est préférable de s'en tenir à cette nosographie classique, la description d'autres fièvres éruptives, comme la quatrième maladie, ne pouvant que compliquer encore une question déjà difficile sans y apporter la moindre clarté.

I

Diagnostic à la période d'incubation. — Entre le moment du contage, qu'il est d'ailleurs bien souvent impossible de préciser, et le moment où apparaissent les premiers symptômes, s'étend la période d'incubation; celle-ci n'est, dans la plupart des cas, marquée par aucun phénomène morbide. On a décrit, dans la rougeole, un certain nombre de signes qui permettraient de prévoir que tel enfant, ayant été en contact avec un rougeoleux, n'a pas échappé à la contagion et va lui aussi avoir la rougeole. Quelques médecins signalent pendant cette période de légers malaises, des élévations thermiques passagères, des érythèmes fugaces; ces symptômes sont bien vagues et d'ailleurs leur présence paraît très rare, puisque plusieurs auteurs disent les avoir cherchés en vain et avoir toujours vu l'incubation de la rougeole absolument silencieuse. Cependant, deux symptômes plus intéressants ont été décrits; le premier a été découvert par Meunier; c'est un abaissement notable du poids de l'enfant, une *chute de poids prémorbilleuse*, qui débute vers le quatrième ou cinquième jour de l'incubation, par conséquent plusieurs jours avant la fièvre de la période d'invasion; la perte de poids est en moyenne, chez l'enfant, de 60 grammes par jour; elle tient sans doute à un trouble précoce de la nutrition provoqué par l'infection morbilleuse, aussi observerait-on peut-être le même phénomène, si on le recherchait, dans l'incubation d'autres maladies infectieuses, ce qui en diminue la valeur diagnostique comme Meunier le reconnaît lui-même. Le second signe de l'incubation de la rougeole a été signalé par Combe, bien étudié par Renaud, Plantenga. En examinant le sang et en comptant les globules blancs des sujets qui vont avoir la rougeole, on constate une *hyperleucocytose prérubéolique*, qui commence en même temps que l'incubation, augmente rapidement et atteint son maximum le sixième jour environ avant l'apparition de l'exanthème; à ce moment, le chiffre normal des leucocytes est souvent triplé et l'augmentation porte sur les leucocytes polynucléaires. Quand la rougeole commence, l'hyperleucocytose diminue si bien que, pendant la période d'éruption, la rougeole non compliquée s'accompagne d'hypoleucocytose. Ces deux signes (chute de poids et hyperleucocytose) n'ont guère qu'un intérêt théorique, car, dans la pratique médicale, il est bien difficile de les rechercher, tout au moins de rechercher le second.

Mais si l'incubation des fièvres éruptives ne donne lieu à aucun symptôme et ne peut, par conséquent, être diagnostiquée, il est important de bien connaître sa *durée*, pour chacune de ces affections, car on est fort souvent consulté à ce sujet. Un enfant a été en contact avec un malade atteint de rougeole, de scarlatine, de varicelle; dans combien de jours saurons-nous si, oui ou non, l'enfant a été contagionné? Dans combien de jours vont apparaître les premiers symptômes? Pour la rougeole, l'incubation est longue, dix jours en moyenne, avec un minimum de huit jours et un maximum de quatorze; chez les nourrissons, la durée de l'incubation paraît plus variable, tantôt plus courte, tantôt plus longue. Dans la scarlatine, l'incubation est de quatre à sept jours, mais elle peut être plus courte et Trousseau cite un cas très démonstratif dans lequel l'incubation ne fut que de vingt-quatre heures; on a signalé des incubations très prolongées de vingt, trente et même quarante jours, ces faits sont très douteux et sans doute susceptibles d'une autre interprétation. Les chiffres donnés pour l'incubation de la rubéole sont si différents qu'il est impossible d'en préciser la durée; Hutinel et Martin indiquent une moyenne de quatorze jours, avec un minimum de cinq jours et un maximum de trois semaines; d'après May Michael, l'incubation est de plus de dix jours. Chez les sujets inoculés de variole, au temps de la variolisation, l'incubation de la variole était de sept à huit jours; pour ceux qui prennent la maladie par contagion, l'incubation est plus longue, douze jours en moyenne

avec un minimum de huit jours et un maximum de quatorze. Dans la varicelle enfin, il faut compter quatorze à quinze jours d'incubation, quelquefois un peu moins, onze ou douze jours, quelquefois un peu plus, dix-sept, dix-neuf et même vingt et un jours.

II

Diagnostic à la période d'invasion. — La période d'invasion s'étend depuis le début de la fièvre et des symptômes généraux jusqu'à l'apparition de l'éruption. Le diagnostic de la *rougeole* peut et doit être fait, dans la plupart des cas, dès cette période, parce que l'invasion de la rougeole dure habituellement quatre jours, temps assez long pour bien examiner le malade et se garantir ainsi de toute surprise, et parce que l'on peut trouver pendant cette période, à la condition de le rechercher systématiquement et avec soin, un signe pathognomonique, le signe de Koplik. En l'absence même du signe de Koplik, nous verrons dans un instant ce qu'il faut en penser, l'invasion de la rougeole est marquée par un ensemble de symptômes assez nets et assez particuliers. Le malade est pris de fièvre, la température s'élève à 38°5, 39 et même parfois 40 degrés dès le premier ou le second jour; la température est généralement plus élevée le soir que le matin; parfois, le troisième jour, la veille de l'éruption par conséquent, on constate une rémission et une baisse de la température qui peut être de deux degrés, mais cette rémission n'est pas constante, et, en réalité, la courbe thermique de l'invasion de la rougeole est des plus variables, des plus irrégulières (Comby).

Le pouls est rapide, l'appétit perdu, la soif vive, le sommeil agité; les vomissements ne sont pas rares, et, chez les enfants nerveux, des convulsions peuvent se produire. Avec la fièvre il existe un catarrhe des muqueuses, du nez, des yeux, du larynx, et, en même temps, un énanthème sur la muqueuse bucco-pharyngée. Le catarrhe oculo-nasal se traduit par la rougeur des yeux, le larmoiement, la photophobie, des éternuements, quelquefois des épistaxis et un coryza avec écoulement séreux ou muqueux qui irrite le pourtour des narines; le catarrhe du larynx a comme symptômes l'enrouement et une toux sèche un peu rauque, incessante et pénible; dans quelques cas, le catarrhe du larynx provoque des accès de laryngite striduleuse (Trousseau). Cette infection des voies aériennes supérieures et l'énanthème bucco-pharyngé peuvent avoir pour conséquence des adénopathies cervicales et sous-maxillaires (Dieulafoy).

A l'examen de la bouche et du pharynx on constate plusieurs signes, dont un de la plus grande valeur pour le diagnostic.

Heim, puis d'Espine, décrivent un piqueté rose occupant le voile du palais et constitué par des taches plus ou moins saillantes, à contours bien limités; c'est l'érythème tacheté du voile du palais, très fréquent mais non constant, apparaissant un ou deux jours avant l'éruption (Combe). Comby a montré la fréquence de la stomatite érythémato-pultacée au début de la rougeole; la muqueuse des gencives, de la face interne des lèvres et des joues apparaît gonflée, d'une coloration rouge violacé, recouverte par places d'un dépôt pultacé; mais si cette stomatite est fréquente, elle ne diffère en rien de la stomatite érythémato-pultacée banale; c'est donc une infection buccale qui n'appartient pas en propre à la rougeole, qui peut être observée dans toutes les maladies infectieuses chez les enfants.

Au contraire, le *signe de Koplik* est spécial à la rougeole; découvert par Koplik en 1896, ce signe a été longtemps discuté en France, tout simplement parce qu'on le recherchait mal et parce que les premières descriptions données avaient été inexactes.

Guérin et surtout Bing, dans sa remarquable thèse, eurent le mérite de reprendre complètement l'étude du signe de Koplik et d'attirer sur sa valeur l'attention des médecins français; depuis, les travaux se sont multipliés (Braillon, Apert, Gouget, Brelet, M. de Biehler) pour montrer que ce signe devait devenir classique. Le signe de Koplik est constitué par la présence, sur la face interne de la muqueuse des joues et des lèvres, de taches rouges dont le centre est occupé par un point blanc bleuâtre. La tache, rose ou rouge clair, est irrégulière, étoilée, parfois arrondie; d'abord petite, elle s'élargit et vient se réunir aux taches voisines; le point central, blanc bleuâtre, est l'élément fondamental, seul pathognomonique, du signe de Koplik; il est arrondi, de dimensions très petites, n'atteignant jamais 2 à 6 millimètres de diamètre, comme on l'a souvent écrit par erreur, mesurant tout au plus un millimètre de diamètre et même, dans la plupart des cas, ne dépassant guère 2 à 6/10 de millimètre. Le point blanc bleuâtre fait une légère saillie, adhère à la muqueuse et n'en est détaché qu'assez difficilement par le frottement de l'abaisse-langue. La muqueuse sur laquelle repose la tache de Koplik présente souvent un aspect dépoli assez caractéristique bien mis en évidence par Guérin; quand les taches rouges se sont fusionnées, la muqueuse forme un fond uniformément rouge, mais les petits points d'un blanc bleuâtre ne se réunissent jamais les uns aux autres; la tache de Koplik ne s'ulcère pas et disparaît en trois à cinq jours. La localisation exclusive du signe de Koplik est la muqueuse des joues et des lèvres, avec une grande prédominance sur la face interne des joues; le nombre des taches et des points blancs est très variable; si parfois il en existe seulement quelques-uns, dans d'autres cas ils sont en très grand nombre; certains auteurs indiquent une moyenne de six à vingt points sur la face interne de chaque joue; cette moyenne est très au-dessous de la réalité. Pour bien voir les taches de Koplik un bon éclairage est indispensable; on examinera la bouche du malade au grand jour, près d'une fenêtre. Le signe de Koplik apparaît l'un des trois jours qui précèdent l'éruption, dans la majorité des cas l'avant-veille d'après Bing, un jour avant l'éruption d'après M. de Biehler; il peut apparaître plus tôt, et M. de Biehler cite un fait exceptionnel dans lequel les taches de Koplik précédèrent de dix jours l'éruption morbilleuse. Quand on trouve le signe, on peut affirmer que le malade est en incubation de rougeole; l'absence du signe de Koplik ne doit pas

faire écarter complètement le diagnostic de rougeole, car, dans quelques cas exceptionnels, ce signe paraît manquer; en 1905, Bing écrivait qu'on trouve le signe de Koplik dans 80 p. 100 des cas environ. Aujourd'hui qu'on le recherche avec plus de soin, le pourcentage est beaucoup plus élevé puisque M. de Biehler n'a constaté l'absence des taches de Koplik que dans 3 cas sur 947. Le signe de Koplik est donc sans doute constant, mais, comme les autres exanthèmes et énanthèmes des fièvres éruptives, il peut parfois être réduit au minimum ou n'avoir qu'une durée très éphémère et échapper ainsi à l'observation. M. de Biehler a donc parfaitement raison de conclure que l'examen de la bouche, chez les malades suspects de rougeole, doit être toujours fait par le médecin et pour ainsi dire machinalement, cet examen ayant au moins autant d'importance que celui de la gorge et que l'auscultation.

Ainsi donc fièvre, catarrhe oculo-nasal, signe de Koplik, tels sont les grands symptômes de l'invasion morbilleuse. Les troubles digestifs sont aussi assez fréquents; ils consistent en nausées, vomissements et diarrhée, diarrhée souvent bilieuse, chargée de matières verdâtres, surtout chez les enfants en dentition (Borsieri). Il est presque inutile de mentionner le signe de Bolognini, un froissement péritonéal fin et neigeux, perçu à la palpation de l'abdomen et attribué par cet auteur à un énanthème du péritoine; ce signe est rare, difficile à rechercher; il peut se rencontrer dans toute diarrhée (Comby). Quant aux rash, ils sont exceptionnels, fort heureusement, car rien ne complique le diagnostic des fièvres éruptives comme l'apparition de rash; quand ils apparaissent au début de la rougeole, ce sont des érythèmes rubéoliformes ou scarlatiniformes, de nature infectieuse; ils ont une certaine importance pour le pronostic car ils indiquent que l'enfant est menacé, dans le cours ou dans la convalescence de sa maladie, par des infections secondaires (Hutinel et Martin). Nous avons vu que, dans la plupart des cas, l'invasion de la rougeole dure quatre jours; mais parfois elle se prolonge cinq, six et jusqu'à huit jours (Trousseau); elle peut aussi être plus courte et même manquer complètement, l'éruption apparaissant d'emblée sans avoir été précédée de fièvre ni de catarrhe oculo-nasal (Comby).

L'invasion de la *scarlatine* est plus rapide, plus brutale; elle ne dure que douze à vingt-quatre heures, très exceptionnellement deux jours; elle est marquée par trois symptômes : la fièvre avec tachycardie, les troubles gastro-intestinaux, l'angine ou plutôt les signes amygdalo-pharyngés. La fièvre débute brusquement, s'élève quelquefois jusqu'à 39°5, 40 degrés et même plus; la peau est brûlante, sèche, le malade est agité, anxieux, peut avoir dès les premières heures du délire; avec cette fièvre, le pouls devient très rapide, 120 à 140 et au delà chez les jeunes enfants; Trousseau a bien montré que cette fréquence du pouls avait une grande importance pour le diagnostic; Fiessinger a signalé des cas de scarlatine peu fébrile dans lesquels on pouvait noter la tachycardie. Les signes gastro-intestinaux ne manquent presque jamais; ce sont des nausées et des vomissements, alimentaires d'abord, puis bilieux; la diarrhée est parfois abondante; Raoul, Tissier accordent une grande valeur diagnostique à ces symptômes; d'après Raoul, ils existent dans les quatre cinquièmes des cas et beaucoup plus souvent que dans tous les autres cas d'angine où au contraire les troubles digestifs sont rares; cette assertion est peut-être un peu exagérée, toute angine à début brusque et très fébrile pouvant s'accompagner de vomissements. A l'examen de la gorge, on constate toujours quelque chose d'anormal, mais il est important de bien préciser les résultats fournis par cet examen car les descriptions données diffèrent assez les unes des autres; tantôt on remarque seulement une rougeur diffuse, foncée, recouvrant les amygdales, les piliers et le voile du palais; tantôt existent tous les signes d'une inflammation amygdalo-pharyngée, douleur, rougeur, tuméfaction. Cette variabilité dans l'aspect de la gorge explique pourquoi l'angine est considérée par certains auteurs comme un symptôme, par les autres comme une complication de la scarlatine. Lasègue, Cadet de Gassicourt, Moizard distinguent l'énanthème de l'isthme pharyngé, symptôme de la scarlatine, et les angines qui viennent se greffer sur l'énanthème, constituant par conséquent une complication. Nous croyons aussi que l'énanthème est le véritable symptôme pharyngien de la scarlatine (Babonneix et Brelet). Gouget n'admet pas cette opinion et considère l'angine comme un symptôme essentiel de la scarlatine. L'énanthème est une rougeur plus ou moins vive, répandue non seulement sur les amygdales, la luette et le voile du palais, mais encore sur la face interne des joues et sur les gencives; la coloration varie du rose tendre à la rougeur framboisée, écarlate, vineuse; l'énanthème est en nappe ou en pointillé; il ne donne que peu de symptômes fonctionnels, le malade ne se plaignant guère que d'une sensation de sécheresse dans la bouche et dans la gorge. La rougeur peut disparaître, c'est alors une scarlatine avec énanthème sans angine; mais très souvent, l'énanthème ayant préparé l'infection de la gorge, on observe tous les symptômes et signes d'une angine érythémato-pultacée : douleur à la déglutition, voix nasillarde, tuméfaction rouge des amygdales et de la luette, aspect vernissé des amygdales recouvertes d'une légère couche de mucus, enduits pultacés disposés en îlots ou recouvrant uniformément les amygdales et le pharynx. Une adénopathie sous-maxillaire accompagne ces angines, mais elle est habituellement peu développée. On a signalé quelques cas d'angine à fausses membranes précédant l'éruption (Millard); ils sont très exceptionnels. Dès cette période de la scarlatine l'examen de la langue est très important; la langue est allongée, rouge vif sur les bords et à la pointe, alors que sur le dos est un enduit pultacé, blanc, épais; ce contraste entre les deux teintes, blanc sur rouge vif, est caractéristique (Lesage, Tissier).

Dans la *variole*, l'invasion est la période la plus aiguë de la maladie, celle où les symptômes généraux sont les plus marqués; de toutes les fièvres éruptives, la variole a l'invasion la plus violente

(Hutinel et Martin). L'affection débute par un frisson intense et prolongé; la température s'élève dès le premier jour à 39°5, 40 degrés, le pouls atteint 120, 140; la respiration est accélérée, angoissante; le malade ressent des douleurs vives, une céphalalgie frontale ou généralisée, une rachialgie qui consiste en douleurs de reins tantôt sourdes et contusives, tantôt lancinantes et qui s'accompagnent parfois de troubles de la miction, parfois encore d'impotence des membres inférieurs allant jusqu'à la paraplégie. L'anorexie est absolue, la soif vive, quelquefois le malade a de la gastralgie avec ou sans vomissements; les symptômes nerveux sont fréquents (délire chez les adultes, convulsions chez les enfants). Dans les jours qui suivent, la température atteint quelquefois 41 degrés et même 42 degrés le soir, avec une légère rémission le matin; vers le deuxième ou troisième jour peuvent apparaître des rash; leur fréquence varie suivant les épidémies; ainsi Briquet a observé des rash dans 2,4 p. 100 des cas, Brouardel dans 28 p. 100; d'après Roger et Weill, ils sont particulièrement fréquents dans les cas graves, par exemple dans les varioles hémorragiques. Le rash qui précède l'éruption est le plus souvent scarlatiniforme; il débute par les aines, envahit les régions crurales et l'abdomen, existe aussi aux aisselles et au tronc; il est très rare que ce rash scarlatiniforme se généralise. Dans d'autres cas, c'est un rash morbilliforme; parfois un rash hémorragique généralisé à tout le corps, et alors le pronostic est presque fatal. On décrit aussi un rash ortié qui s'accompagne de prurit, et un rash érysipélateux qui consiste dans une rougeur sombre de la face sans bourrelet périphérique (Hutinel et Martin). La durée de cette invasion de la variole varie entre un et cinq jours; les varioles graves ont une invasion courte; toute invasion qui dure plus de trois jours laisse espérer une variole moyenne ou légère.

Rubéole et varicelle ont une période d'invasion si courte et à symptômes si peu intenses que bien souvent le médecin n'est appelé qu'au moment de l'éruption. Dans la *rubéole*, l'invasion dure quelques heures seulement; on a noté cependant jusqu'à trois, quatre et même cinq jours de prodromes; le malade a de la fièvre à 38, 38°5, parfois 40 degrés (Comby); on signale aussi des symptômes de catarrhe oculonasal rappelant l'invasion de la rougeole. D'après Aviragnet et Apert, le début se fait brusquement par une légère élévation de température, suivie à bref délai (vingt-deux heures en moyenne) de l'apparition de l'éruption.

L'invasion de la *varicelle* est très souvent insidieuse; beaucoup d'enfants ne se plaignent de rien, continuent à sortir et à fréquenter l'école alors qu'ils ont déjà les vésicules de la varicelle; mais d'autres ont de la fièvre, des vomissements, des convulsions, quelquefois des rash du type scarlatiniforme, plus rarement morbilliforme ou purpurique (Comby, Chauffard, Cerf). L'invasion de la varicelle dure un jour, deux jours, rarement plus; Galliard a publié deux observations de fièvre prévaricellique prolongée.

Pendant cette période d'invasion, les fièvres éruptives ne peuvent guère être confondues les unes avec les autres; cependant les rash de la variole ressemblent tout à fait à une éruption de scarlatine ou de rougeole, mais ces rash surviennent chez un malade dont l'état général grave, la rachialgie, les symptômes nerveux font penser à une variole, alors surtout que manquent complètement les signes habituels de la scarlatine ou de la rougeole. C'est plutôt avec d'autres affections que le diagnostic est à faire. Un début brusque, brutal, par de la fièvre, des frissons, des troubles gastro-intestinaux est commun à la scarlatine, à la variole, à la *pneumonie*, à l'*érysipèle*, et même à la *fièvre typhoïde*, qui, surtout chez l'enfant, n'a pas toujours le début progressif décrit comme classique; dans tous ces cas, c'est un examen complet du malade, qui permet de reconnaître les symptômes propres à chaque maladie. Que si des *convulsions* apparaissent dès le début d'une fièvre éruptive et comme premier symptôme au moment du frisson initial, il ne faut pas s'alarmer; Trousseau a bien décrit l'affolement des familles et aussi du jeune praticien encore inexpérimenté en présence de pareils faits. « Rien n'épouvante une famille autant que ces convulsions... On appelle de tous côtés un médecin; celui-ci n'arrivant qu'à la fin de la crise, ne constatant que les phénomènes apoplectiques, perd quelquefois son sang-froid, et, dans son trouble peut commettre bien des fautes. » Attention donc aux erreurs de diagnostic; ne prononçons jamais de paroles imprudentes; n'instituons pas une « médication active, énergique, à grand appareil »; ne faisons pas de « médecine tumultueuse » (Trousseau).

Le catarrhe oculo-nasal et le catarrhe laryngo-trachéo-bronchique de la rougeole peuvent être pris soit pour un *coryza* et un rhume vulgaires, soit pour une *grippe*, mais la grippe a un début plus brutal, elle donne presque immédiatement de la courbature, des douleurs dans la tête, le rachis et les membres, un abattement profond, phénomènes qui font défaut dans la rougeole; celle-ci, par contre, a son signe de Koplik qui impose le diagnostic. Si dans la rougeole, la laryngite du début prend les caractères de la laryngite striduleuse, c'est alors avec le *croup* que la confusion devient possible; cette laryngite striduleuse, ce faux croup peut aussi être observé au début de la variole, mais il est, dans la variole beaucoup moins commun que dans la rougeole (Trousseau). Pour la laryngite striduleuse de la rougeole il faut d'abord faire le diagnostic de faux croup en se basant sur le début brusque, la dyspnée violente d'emblée, les caractères de la voix et de la toux qui sont rauques, bruyantes, mais ne sont pas éteintes dans l'intervalle des accès, alors que dans le croup le début est lent, des modifications de la toux et de la voix précèdent la dyspnée, celle-ci s'installe progressivement et persiste ensuite entre les paroxysmes; mais il faut reconnaître que ce parallèle théorique entre les symptômes du croup et du faux croup ne peut suffire à résoudre toutes les difficultés et qu'il y a certains cas de faux croup dans lesquels le tubage et la trachéotomie deviennent nécessaires, ce qui montre bien que cliniquement ils se rapprochent singulièrement du croup à bacilles de Lœffler.

Pour la *scarlatine*, c'est avec toutes les angines

que le diagnostic est à faire. On pensera toujours à la scarlatine en présence d'une affection à début brusque marqué par de la fièvre, des troubles gastro-intestinaux et des symptômes pharyngiens; la scarlatine est très souvent méconnue, aussi toutes les fois qu'on est appelé auprès d'un enfant et même d'un adulte atteint d'*angine* « il faut songer à la possibilité d'une scarlatine, la chercher dès le premier jour, et les deux ou trois jours suivants » (Comby). L'aspect de la langue sera noté avec soin, car il est très spécial dans la scarlatine.

La *variole* se présente au début comme une maladie générale grave, elle peut être différenciée de toutes les grandes pyrexies par l'acuité de ses symptômes et par leur réunion qu'on ne trouve vraiment que dans la variole (Hutinel et Martin). Dans la *grippe* à forme nerveuse le début se rapproche beaucoup de celui de la variole; mais en général les symptômes s'amendent très rapidement. La *néphrite* aiguë et la *myélite* aiguë ont avec la variole quelques symptômes communs (douleurs lombaires, rachialgie), mais on peut les différencier par l'étude détaillée des symptômes urinaires ou nerveux qui les accompagnent.

III

Diagnostic à la période d'éruption. — Si j'ai longuement insisté sur les signes qui marquent le début des fièvres éruptives, c'est que l'on peut affirmer, sans paradoxe, que, dans ces maladies, l'éruption est très souvent un élément d'importance minime pour le diagnostic différentiel; en d'autres termes, il faut tenir compte autant, sinon plus, du début de la maladie, des signes de la période d'invasion, que de l'éruption elle-même. Un érythème morbilliforme, un érythème scarlatiniforme ne peuvent être distingués d'une rougeole, d'une scarlatine que par la notion des circonstances dans lesquelles sont apparus les exanthèmes.

L'éruption de la *rougeole* débute, au quatrième jour de la maladie, alors que l'enfant a les yeux bouffis et larmoyants, les conjonctives injectées, du coryza et de la toux; les premières taches seront recherchées en arrière des oreilles, sur le front, sur le cou, puis sur le reste du visage; ce sont d'abord de petites taches rouges, des macules isolées, ayant à peine la dimension d'une lentille; elles deviennent bientôt plus grandes et plus nombreuses, se réunissent en grappe, et couvrent la face, mais en laissant par places des intervalles de peau saine; à ce moment les macules se sont légèrement surélevées, devenant ainsi des papules; au toucher, la peau donne une sensation comparée à celle d'un velours très fin. De la face et du cou, l'éruption s'étend, gagne le tronc et les membres, mettant environ deux jours à se constituer; sur la poitrine, sur les bras et les jambes, les taches sont étendues, formées de larges macules rouges à contours irréguliers, groupées souvent en corymbes; comme à la face, il y a toujours sur le corps des intervalles de peau saine. Les éléments éruptifs perdent rapidement la vivacité de leur coloration, si bien qu'à la face ils pâlissent déjà quand l'éruption atteint les membres inférieurs. Pendant toute la durée de l'éruption, la température oscille entre 39 et 40 degrés; puis la défervescence se fait brusquement ou par échelons.

L'éruption peut présenter quelques anomalies : les taches forment parfois une véritable saillie, ce sont des papules très accentuées (rougeole boutonneuse); dans certains cas, les taches sont hémorragiques (rougeole hémorragique, rougeole ecchymotique) mais il en faut distinguer deux variétés : chez des enfants ayant une toux quinteuse et pénible, les macules deviennent ecchymotiques, parce que, sous l'influence des efforts de toux, les capillaires de la peau se dilatent à l'excès et peuvent même se rompre, la forme ecchymotique n'a pas alors de pronostic grave; au contraire, quand les éléments éruptifs deviennent hémorragiques, chez des enfants infectés, affaiblis ou cachectiques, le pronostic est toujours redoutable (Hutinel et Martin). Il existe aussi de grandes variations dans l'intensité de l'éruption : rougeole confluente, rougeole discrète; on a même décrit la rougeole sans éruption, *morbilli sine morbillis;* Hutinel et Martin disent n'en avoir jamais observé un seul cas; d'après Comby, les observations publiées sont sujettes à caution. Notons enfin que parfois l'éruption est prurigineuse, ce qui a pour conséquence des lésions de grattage (Vergely).

Dans la plupart des cas, quand la rougeole est régulière, se présente avec tous ses symptômes, le diagnostic est vraiment très facile; mais souvent aussi, les symptômes sont incomplets, l'éruption discrète et alors le diagnostic devient délicat. Nous verrons plus loin comment différencier la rougeole de certaines autres fièvres éruptives : rubéole, scarlatine et même variole. Sous le nom de *roséole saisonnière*, on décrit une éruption morbilliforme ou plutôt rubéoliforme, qui évolue sans fièvre, apparaît et disparaît en vingt-quatre heures; l'éruption, qui n'est précédée d'aucun catarrhe, se généralise d'emblée, ses macules ne présentent aucun soulèvement; cette roséole saisonnière n'est pas une maladie contagieuse, c'est très probablement un érythème d'origine intestinale et de nature infectieuse (Hutinel).

La *roséole syphilitique* est exceptionnelle chez les enfants, à l'âge habituel de la rougeole; elle rappelle un peu la rougeole comme éruption, mais il n'y a ni fièvre, ni catarrhe oculo-nasal, et, par contre, on constate habituellement d'autres accidents spécifiques. La *suette miliaire* présente quelques analogies avec la rougeole; cependant le début par des sueurs profuses et des accidents nerveux (étouffement, angoisse épigastrique, palpitations) est bien spécial à la suette; après trois ou quatre jours, apparaît une éruption qui peut prendre trois aspects, morbilliforme, scarlatiniforme ou purpurique, mais qui toujours s'accompagne de miliaire, l'élément de la miliaire étant constitué par une petite élévation de la peau qui forme un relief appréciable au toucher. Dans sa forme commune, la suette se distingue donc nettement de la rougeole, mais on a décrit une forme rubéolique de la suette, qui s'observe chez des enfants, et qui débute par du catarrhe oculo-nasal; on se basera, pour faire le diagnostic de suette sur l'abondance des sueurs, sur le polymorphisme de

l'exanthème et sur l'éruption miliaire (Thoinot, Hontang).

C'est surtout avec les éruptions d'origine médicamenteuse et avec les érythèmes toxi-infectieux que l'on peut confondre la rougeole. Parmi les *éruptions médicamenteuses* qui ressemblent à l'exanthème de la rougeole, on peut citer celles qui sont dues à l'antipyrine, au chloral, à la quinine et aux balsamiques; l'antipyrine donne de larges placards rouges qui prédominent à la face et aux membres; l'érythème du chloral est constitué par de petites taches rosées, arrondies, répandues sur tout le corps mais respectant souvent la face. Les éruptions dues à la quinine et aux balsamiques sont souvent prurigineuses et rappellent plutôt l'urticaire. Dans tous ces cas, il n'y a ni fièvre, ni catarrhe oculo-nasal, ni énanthème. Des éruptions médicamenteuses, il faut rapprocher les *éruptions sériques* qui apparaissent après une injection de sérum antidiphtérique ou de tout autre sérum, et qui présentent des modalités nombreuses, parmi lesquelles l'érythème morbilliforme; celui-ci, qui, d'après Marfan, doit être rattaché, comme pathogénie, non pas au sérum, mais à une toxi-infection secondaire, le plus souvent streptococcique, diffère de la rougeole par plusieurs caractères : l'éruption débute plutôt aux fesses, aux genoux qu'à la face; elle est souvent accompagnée de prurit; elle est fugace, disparaît pour se montrer de nouveau quelques heures après. Mais il faut savoir que, dans un hôpital d'enfants, un convalescent de diphtérie peut avoir une véritable rougeole; il faut donc quelquefois y regarder de près pour différencier un érythème sérique morbilliforme d'une rougeole authentique. Reste à faire le diagnostic avec les *érythèmes toxi-infectieux* qui ont pris une place importante en pathologie infantile, à la suite des travaux de Hutinel et de ses élèves; ils se montrent au cours ou dans la convalescence de maladies générales (fièvre typhoïde, grippe, par exemple), d'infections pharyngées, gastro-intestinales ou pulmonaires; ils sont quelquefois morbilliformes, scarlatiniformes, mais plus habituellement ils sont polymorphes; ils siègent surtout au niveau des articulations, aux coudes, aux genoux et ils restent localisés aux membres; ils s'accompagnent souvent de douleurs articulaires. Leur apparition au cours d'une maladie antérieure, l'absence de période d'invasion et par conséquent de catarrhe oculo-nasal et d'énanthème permettent de les différencier assez facilement de la rougeole.

(*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 12 JUIN 1912)

Sérum antitétanique. — M. LE PRÉSIDENT donne lecture d'une lettre de l'Institut Pasteur en réponse à la question qui lui a été posée, par la Société de chirurgie, sur la composition exacte des sérums antitétaniques. La réponse est que le sérum humain et le sérum vétérinaire proviennent des mêmes chevaux. La seule différence qu'il y ait entre les deux sérums c'est que le sérum vétérinaire contient plus de substance antitoxique que le sérum humain.

Mort de Villemin. — M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Villemin qui a succombé brusquement dans son laboratoire. Il rappelle, en termes heureux, la vie toute de travail, de modestie, de dignité professionnelle que fut la sienne. Mieux que personne il avait compris que noblesse oblige, et il s'était efforcé, à force de labeur, d'intelligence et de distinction, de se montrer digne fils de son illustre père. Villemin était un ami sûr et fidèle qui emportera les regrets unanimes de ceux qui l'ont connu.

La séance est levée, momentanément, en signe de deuil et reprise quelques instants après.

Pseudo-anévrisme de la fémorale. — M. MONOD analyse une observation de M. Hautepage concernant un homme de trente-deux ans qui, à la suite d'un coup de pied de cheval, vit apparaître graduellement une tumeur pulsatile à la face interne de la cuisse. M. Hautepage diagnostiqua un anévrisme et l'opéra; il fit une large ouverture du sac, lia l'artère au-dessus et au-dessous, s'appliqua à libérer la tumeur, ce qui n'était pas facile, l'isola, l'extirpa et draina. La cavité restante fut longue à combler, mais les suites opératoires furent bonnes. Il n'y eut aucun trouble vasculaire. Il s'agissait d'un hématome artériel ou pseudo-anévrisme. Il y a à faire une distinction nécessaire, au point de vue scientifique, entre les anévrismes vrais et les hématomes artériels ou anévrismes faux ou pseudo-anévrismes. Mais cette distinction a moins d'importance au point de vue pratique. M. Hautepage s'est adressé à l'intervention qui se pratique de plus en plus. Alors qu'on en comptait 9 cas en 1895, on arrive aujourd'hui au total de 42 cas d'extirpation d'anévrismes de la fémorale publiés et suivis de guérison.

Fracture ouverte du calcanéum. — M. JACOB fait un rapport sur une observation de M. Batut, son collègue de l'armée. Dans une tentative de suicide, un jeune homme tombe sur les deux pieds. Il se fait une fracture de l'astragale d'un côté, une fracture du calcanéum de l'autre côté. Il y a une plaie du côté de la fracture du calcanéum avec un vaste hématome, le pied est subluxé en dehors. Là où se trouvait M. Batut, il n'y avait pas d'installation radiographique. Devant la gravité des lésions, il crut cependant devoir intervenir immédiatement. Les trois quarts du calcanéum furent enlevés; M. Batut crut aussi devoir enlever l'astragale. Après une suppuration qui a duré deux mois, ce malade a guéri. Il y a un an qu'a eu lieu l'accident et aujourd'hui ce malade a un bon pied, bien placé, bien mobile; il n'a que 3 centimètres de raccourcissement, il marche sans claudication, ne souffre pas. En somme résultat fonctionnel parfait.

La fracture ouverte du calcanéum s'observe très rarement et c'est une fracture très grave. Il faut, dans ces cas, être largement interventionniste. Ici, l'ablation du calcanéum s'imposait. Celle de l'astragale est peut-être discutable. Quoi qu'il en soit le résultat définitif est très beau.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE trouve très beau le résultat obtenu par M. Batut. Bien que partisan des tarsectomies très larges, il pense que, dans ce cas, on aurait pu conserver l'astragale si on avait été à même de l'examiner auparavant par la radiographie.

M. MOTY a observé un cas semblable en 1889 et, à cette époque l'asepsie n'existait pas encore, il a dû amputer son malade.

Ostéome du muscle crural. — M. AUVRAY fait un rapport sur une observation de M. Lapointe. Un homme de vingt et un ans tombe d'un échafaudage sur la cuisse; trois semaines après on constate une tuméfaction osseuse faisant corps avec le fémur. Après radiographie, M. Lapointe, croyant à un ostéosarcome, attend et refait une seconde radiographie. Il

reconnaît alors un ostéome pédiculé, adhérent par son bout supérieur. Il opère, dissèque l'ostéome, décolle les adhérences. Le malade guérit. Mais peu de temps après, il y a une récidive sous forme d'un petit ostéome de la partie supérieure du fémur.

Ce qu'il y a de particulier dans l'observation de M. Lapointe, c'est, d'une part, le volume énorme de l'ostéome, qui mesurait 17 centimètres de longueur, et, d'autre part, la rapidité de son évolution, trois semaines. Cette rapidité de production des ostéomes peut avoir une grande importance en matière d'accidents du travail.

M. Auvray fait suivre cette observation de réflexions sur la pathogénie de ces ostéomes, attribués soit à la myosite ossifiante, soit à l'ouverture du périoste. Il se rattache à la première théorie, celle de la myosite ossifiante.

Au point de vue du traitement, il y a lieu, pour intervenir, d'attendre la maturité de l'ostéome.

M. Championnière se demande pourquoi, dans ce cas, on n'opérerait pas la récidive. Il n'hésiterait pas, quant à lui.

M. Ombrédanne insiste sur la fréquence de ces récidives. Il cite un fait de ce genre dans lequel il opéra un gros ostéome récidivé. Celui-ci fut mis dans l'eau bouillante pour être conservé, mais il y disparut. Il y eut une résolution absolue, ce qui peut avoir son intérêt au point de vue de la constitution de ces ostéomes.

M. Quénu, au point de vue de la pathogénie, insiste sur l'importance de la déchirure du périoste qui peut produire un véritable semis d'ostéoblastes. Il insiste également sur la tendance fâcheuse de ces ostéomes à se reproduire.

M. Reynier rappelle qu'il existe un emboîtement, une imbrication des cellules tendineuses et des cellules osseuses au niveau des insertions tendineuses sur les os.

Cette disposition anatomique peut expliquer facilement la production des ostéomes musculaires.

M. Sieur rappelle qu'Ollier admettait que ces ostéomes se développaient au détriment des éléments des muscles. Il cite des expériences sur des lapins qui sembleraient confirmer cette opinion.

M. Sieur semble attacher une certaine valeur à l'influence des massages, après les lésions articulaires, dans la production des ostéomes.

M. Savariaud a observé des ostéomes chez les adultes et non chez les enfants. Le traitement de certaines lésions articulaires par la compression et le massage ne lui semble pas étranger à la production des ostéomes.

M. Lucas-Championnière proteste : « Jamais, dit-il, les massages prudents n'ont produit d'ostéomes. » Mais il ne faut pas confondre les massages prudents qu'il a préconisés avec les massages déplorables qui sont pratiqués le plus souvent dans les hôpitaux.

M. Kirmisson dit que l'ostéome du brachial antérieur n'est pas très rare chez l'enfant. Les massages pratiqués après les luxations du coude peuvent produire des ostéomes. Il n'est pas nécessaire qu'il y ait du tissu osseux pour produire de l'ostéome, témoin l'ostéome de la choroïde.

M. Delbet insiste sur la rapidité de l'évolution des ostéomes. C'est, dit-il, par des radiographies successives qu'on peut arriver à déterminer le moment d'intervenir. Il est également convaincu que les mauvais massages prédisposent à la production des ostéomes.

M. Quénu croit qu'il y a des ostéomes d'origine traumatique qui se développent aux dépens du périoste.

M. Broca insiste sur l'influence du massage sur la production des ostéomes. Son expérience lui permet d'affirmer ceci : pas de massages, après les luxations du coude, pas d'ostéomes ; massage, ostéomes. Il faut donc croire qu'il est bien difficile d'apprendre à faire de bons massages.

M. Lucas-Championnière répond à M. Broca qu'il n'a qu'à l'apprendre.

Cure des angiomes par le radium. — M. Kirmisson présente deux enfants qui étaient atteints d'angiomes ; l'un a été traité par le radium : très mauvais résultat. L'autre par l'ablation au bistouri : bon résultat.

Appareils simplifiés pour l'extension continue du membre inférieur. — M. Chaput a simplifié considérablement l'appareil de Hennequin pour les fractures de cuisse, en supprimant le débourrage du matelas. Il enveloppe le membre depuis le pied jusqu'au quart inférieur de la cuisse à la façon de Hennequin.

Il remplace le débourrage du matelas en soulevant le genou au moyen d'un billot résistant d'un diamètre de 12 à 15 centimètres placé sous le creux poplité.

La jambe fait ainsi avec le plan du lit un angle de 20 à 25 degrés.

On place ensuite sur la cuisse et le mollet, à la façon de Hennequin, un lien en 8 de chiffre auquel on fixe la corde et les poids.

Pour éviter la douleur du talon, on le soulève avec un coussin placé sous le tendon d'Achille.

M. Chaput a soigné de cette façon trois malades à leur entière satisfaction et à la sienne.

Cette manière de faire remédie efficacement à l'action du psoas et elle relâche avantageusement le triceps crural.

Il emploie aussi pour les fractures de jambe une botte ouatée à laquelle on fixe l'étrier pour la traction.

ANALYSES

MÉDECINE

Deux cas d'aphasie de Broca, suivis d'autopsie. (J. Déjerine et André Thomas. *L'Encéphale*, 10 déc. 1911.) — Dans ces deux cas, il s'agit d'aphasie motrice extrêmement intense, avec altération du langage intérieur et conservation de l'intelligence malgré le grand âge des malades. Le registre verbal est réduit à deux ou trois mots dans le premier cas, à un seul dans le second. Il existe des troubles de la lecture et de l'écriture, tels qu'on les constate habituellement dans l'aphasie de Broca (possibilité de copier en transcrivant l'imprimé en manuscrit). Pas de surdité verbale ; mimique et intonation conservées. Les troubles du langage parlé persistèrent jusqu'à la mort qui eut lieu pour la première malade huit ans et pour la seconde douze ans après le début de l'aphasie.

La distribution des lésions doit retenir l'attention. Dans le premier cas c'est un foyer de ramollissement cortical et sous-cortical localisé au pied de la troisième frontale gauche, à l'opercule rolandique et à l'extrémité inférieure de la frontale ascendante. L'insula est légèrement touché mais la zone de Wernicke, les noyaux gris, la capsule interne sont respectés. Dans le second cas le ramollissement sous-cortical intéresse la troisième frontale gauche, le pied des frontale et pariétale ascendantes, l'insula et le noyau lenticulaire, mais la zone de Wernicke et la capsule interne sont indemnes.

Ces 2 cas s'ajoutent à ceux déjà publiés de lésions localisées à la zone de Broca pour prouver le rôle physiologique qui revient à cette région dans la fonction du langage. Les auteurs insistent enfin sur la nécessité, dans les questions d'aphasie, de toujours procéder à des examens histologiques sur coupes sériées des deux hémisphères cérébraux. P. CAMUS.

La position génu-pectorale, signe pathognomonique de la forme dyspnéique des péricardites à gros épanchement. (Marc Frenkel. Thèse de Paris, 1911. Steinheil, édit.) — L'auteur établit tout d'abord que la dyspnée est un signe fonctionnel qui appartient à la symptomatologie des péricardites aiguës ou subaiguës, mais cette dyspnée est extrêmement variable quant à son intensité. Parfois extrêmement légère, elle devient au contraire dans quelques cas véritablement

effrayante, et les malades prennent alors d'eux-mêmes, instinctivement, la position génu-pectorale.

Cette position peut évidemment se produire ailleurs que dans la péricardite, elle a été notamment observée, quoique de façon exceptionnelle, dans l'ulcère du duodénum et dans l'occlusion intestinale pour calmer de violentes douleurs; mais lorsque cette singulière attitude coïncide avec une dyspnée formidable, elle a, sauf contradiction ultérieure, une valeur pathognomonique et révèle la forme dyspnéique des péricardites à gros épanchement.

La position génu-pectorale dans les péricardites est en effet sous la dépendance exclusive de la grande quantité de liquide épanché dans le sac péricardique; c'est une posture de décompression spontanée. Elle commande d'urgence une injection de morphine et la paracentèse du péricarde.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

MÉDECINE INFANTILE

L'asthme chez les enfants. (COMBY. *Arch. de Méd. des enfants*, oct. 1911.) — Cette revue générale présente un intérêt tout spécial en ce sens qu'elle est le résumé d'observations personnelles très nombreuses (75), ce qui lui donne un cachet d'originalité très particulier ; nous ne pouvons résumer ici tout ce travail : nous nous contenterons d'en indiquer les grandes lignes.

L'*asthme vrai* est une *névrose respiratoire paroxystique*, caractérisée par des accès de dyspnée intense avec catarrhe bronchique, revenant à intervalles plus ou moins longs : 56 fois sur 75, l'asthme s'est déclaré dans les trois premières années de la vie ; il est plus fréquent chez les garçons que chez les filles. L'hérédité similaire domine l'histoire de l'asthme; l'hérédité arthritique (migraine, goutte, gravelle, etc. est aussi très fréquente, l'asthme familial n'est pas exceptionnel.

L'asthme vrai n'est jamais causé par une affection nasale, des végétations adénoïdes, une adénopathie trachéobronchique, les crises déterminées par ces causes sont des crises asthmatiformes, et non de l'asthme vrai.

Les *causes occasionnelles* de l'asthme sont variées (refroidissement, émotions, maladies aiguës). Le début est insidieux, précédé d'un rhume vulgaire ou brutal. Chez quelques enfants l'accès se traduit par des *éternuements* violents et répétés. Plusieurs manifestations nerveuses ou arthritiques peuvent s'associer à l'asthme infantile : laryngite striduleuse, spasme de la glotte, convulsions.

Le *pronostic* de l'asthme n'est pas très sombre chez l'enfant. Les accès disparaissent en général à la puberté, et d'autre part l'emphysème pulmonaire, la bronchite chronique sont rares chez l'enfant. Le cœur non plus ne se laisse pas facilement forcer.

Le *diagnostic* de l'accès d'asthme est la première fois toujours difficile. On pense à une broncho-pneumonie, à la bronchite capillaire. Il faut également distinguer de l'accès d'asthme, le spasme de la glotte, la laryngite striduleuse, la compression trachéale par un thymus hypertrophié.

Le *traitement* consiste dans l'emploi des révulsifs et des calmants : très rarement on aura recours aux injections de morphine.

Le *traitement prophylactique* fait appel aux agents physiques : cure d'air, bains et douches, régime végétarien. Parmi les médicaments, l'iodure de sodium, l'arséniate de soude. Comme eaux minérales, le Mont-Dore, la Bourboule.

L. BABONNEIX.

CHIRURGIE

Perforation de la voûte orbitaire [suite de l'observation (1)]. (M. GALLEMAERTS. *Académie royale de médecine de Belgique*, procès-verbal de la séance du 24 fév. 1912.) — L'enfant dont la voûte orbitaire gauche avait été perforée par un crayon d'ardoise de 38 millimètres de long, en novembre 1910, et qui avait présenté l'apparence d'une guérison parfaite, a été atteinte environ treize mois après l'accident de troubles cérébraux graves, avec papille de stase et paralysie des deux muscles droits externes ; la mort est survenue rapidement. A l'autopsie on a trouvé un abcès contenant 20 centimètres cubes d'un pus crémeux verdâtre, à streptocoque ; le pus était renfermé dans une cavité à parois lisses, ayant détruit la substance blanche du lobe frontal au-devant du noyau lenticulaire et s'étendant jusqu'au voisinage du troisième ventricule. L'observation démontre la nécessité, dans les cas de traumatisme du crâne, de soumettre les blessés à des examens ophtalmoscopiques répétés pendant des mois ; l'apparition d'une papille de stase donnera l'indication d'une intervention qui, pratiquée rapidement, augmentera les chances de guérison.

L. GAYARD.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 134, p. 1925.

Etude sur le cancer mastitoïde. (Edward A. SCHUMANN. *Ann. surg.*, vol. LIV, n° 1, juillet 1911, pp. 69-77). — Il s'agit de la mastite carcinomateuse de Volkmann dont l'auteur relate un cas où se retrouvent les traits classiques du tableau : début pendant la lactation, allure de mastite, bilatéralité, issue fatale en quelques mois. Le diagnostic avec une mastite est particulièrement difficile, et, comme ces cas ne sont pas très rares, la chose suggérée par l'auteur, à savoir de prélever un fragment pour biopsie sur toute mastite qui ne se résout pas normalement sous l'influence du traitement antiphlogistique, a peut-être une certaine valeur. Une infiltration du tissu cancéreux par des cellules rondes qui semblent appelées là par une action spéciale des cellules cancéreuses est notée dans toutes les observations : en même temps, les cellules cancéreuses elles-mêmes ne montrent point de figures karyocinétiques. C'est là la caractéristique histologique, qui explique l'allure inflammatoire et la formation d'abcès. Pour la pathogénie, on peut invoquer deux facteurs : ou une toxine spéciale sécrétée par les cellules cancéreuses, ou un manque de résistance contre l'invasion cancéreuse, localisée dans le sein même. Le fait que tous les cas publiés intéressent la période de lactation plaide en faveur d'une vulnérabilité spéciale. La question de la virulence spéciale de la toxine ne sera résolue que lorsqu'on saura davantage de la biochimie du cancer. Il semble donc qu'il s'agisse moins d'une malignité cancéreuse spéciale que d'un manque de défense de la glande.

F. GARDNER.

OBSTÉTRIQUE

De l'avenir obstétrical des femmes ayant subi l'opération césarienne classique conservatrice. (Charles MARIOTON. Thèse de Paris, 1911. Vigot frères, édit.) — Cette thèse, faite à propos d'une série de vingt-trois opérations itératives pratiquées par M. Bar ou par ses élèves, est une mise au point de la question.

Avant d'examiner les différentes complications éloignées qui peuvent survenir chez les femmes hystérotomisées, l'auteur, dans la première partie de son travail, étudie la fréquence et les conditions de production des deux grands facteurs qui, de l'avis de tous les accoucheurs, régissent ces complications, à savoir :

1° Les adhérences, adhérences qui unissent les deux cicatrices abdominale et utérine, soit entre elles, soit aux organes voisins, épiploon, intestin, vessie ;

2° L'affaiblissement de la musculature utérine, au niveau de la ligne de suture, et dont l'aboutissant pourra être la rupture utérine.

Il semble que ces deux facteurs reconnaissent comme causes capitales une suture défectueuse de la paroi utérine, enfin et surtout l'infection.

Chez la femme qui a subi une opération césarienne classique conservatrice, les complications tardives qui peuvent survenir

en dehors de toute nouvelle grossesse sont rares et minimes; il ne semble pas y avoir de troubles apportés à l'évolution d'une nouvelle grossesse et au bon développement du fœtus.

Le principal risque imposé par une nouvelle grossesse est constitué par la rupture utérine; complication rare (2. 54 p. 100) qui reconnaît surtout comme cause prédisposante l'affaiblissement de la paroi utérine au niveau de la zone cicatricielle, comme cause déterminante la contraction utérine pendant le travail.

Les opérations itératives peuvent être gênées par les adhérences multiples, par l'amincissement de la paroi utérine; mais le fait est rare; les difficultés sont en général minimes et le plus grave danger provient des adhérences intestinales.

Les facteurs qui surtout pèsent sur l'avenir obstétrical de la femme hystérotomisée sont donc les adhérences utéro-pariétales étendues ou intestinales, l'affaiblissement marqué de la paroi utérine. Ces risques se réduisent chaque jour depuis que l'asepsie est devenue plus rigoureuse. Mais ils nous enseignent qu'on ne saurait se montrer trop prudent dans le choix des cas où la césarienne conservatrice est indiquée; il faut, dit l'auteur, la réserver aux « cas purs » où rien ne fera craindre de risques d'infection. M. DELESTRE.

THÉRAPEUTIQUE

Action de l'énésol sur les affections nerveuses métasyphilitiques et sur la réaction de Wassermann. (E. FREY. *Berliner klin. Woch.*, 26 juin 1911. Travail du premier service de neurologie et du laboratoire de la policlinique de Budapest [chef de service : professeur Karl Schaffer].) — L'auteur donne les règles qu'il s'est proposées et qu'il a observées, tant au point de vue du mode opératoire que de la posologie (injections intramusculaires aseptiques de 2 centimètres cubes *pro die* avec repos tous les huit ou dix jours; cure totale de 20 à 30 injections).

« Parmi les affections parasyphilitiques, écrit-il, j'ai fait le traitement à l'énésol dans des cas de tabes, d'ophtalmoplégie, de cérébrasthénie, de myélite syphilitique et d'hémiplégie. Les ptosis guérirent avec une surprenante rapidité. La paupière supérieure totalement paralysée était complètement mobile au bout de 1 à 2 injections et ce n'est que dans des cas très rares que j'eus besoin de plus de 10 injections pour faire disparaître les ptosis.

Sur les 16 cas d'ophtalmoplégie, après 15 à 30 injections, il y eut un seul cas non amélioré; dans 4 les muscles oculaires paralysés furent très améliorés et dans les 11 autres, le traitement se termina par la guérison complète de tous les muscles paralysés. Donc l'action de l'énésol est instantanée dans les ophtalmoplégies externes et même étonnante dans le ptosis. »

Dans le tabes, les résultats obtenus sont au moins égaux et souvent supérieurs à ceux que donnent les méthodes thérapeutiques utilisées jusqu'ici.

Une partie capitale du travail de M. Frey est celle qui concerne l'action de l'énésol sur la réaction de Wassermann.

« De nombreux observateurs, dit le docteur Frey, eurent l'occasion de constater que la réaction de Wassermann fortement positive devint négative après un plus ou moins grand nombre d'injections d'énésol, et, suivant les données de la littérature, plus souvent même qu'après le traitement par l'arsenobenzol. »

L'auteur, après avoir examiné l'état de la question au moment même de son travail, cherche une explication plausible à la disparition de la réaction de Wassermann sous l'influence du traitement à l'énésol et admet « que les cas dans lesquels la réaction de Wassermann ne redevint pas de nouveau positive sont des cas de syphilis réellement guéris et que toute aggravation des affections nerveuses parasyphilitiques est empêchée parce qu'il ne se fait plus de production du virus syphilitique et que le système nerveux sensitif n'est plus exposé à aucune action nuisible ».

Puis le docteur Frey rend compte de ses résultats personnels et il conclut : « L'énésol est un remède d'action extraordinairement rapide, dont l'effet curatif est indubitable dans les paralysies des muscles oculaires extrinsèques. Les douleurs tabétiques disparaissent dans la plupart des cas, grâce à ce remède; les crises intestinales et gastriques paraissent favorablement influencées. L'énésol peut amener la régression des nombreuses altérations nerveuses, et même, une guérison complète. La réaction positive de Wassermann peut devenir négative sous l'action de l'énésol; ce médicament ne provoque pas de symptômes d'intoxication, pas plus que de réaction locale. Son action tonifiante est incontestable. »

L. GAYARD.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Leucoplasie de la corde vocale avec transformation néoplasique. (MM. Paul LAURENS et Marcel NATHAN. *Bull. soc. anat.*, p. 673-675.) — Une série de biopsies avaient montré qu'il s'agissait de leucoplasie laryngée; puis apparurent des globes épidermiques et l'effondrement de la basale avec essaimage de cellules dans le stroma conjonctif avec l'évolution clinique du cancer. L. ALQUIER.

PRATIQUE MÉDICALE

CONSIDÉRATIONS SUR LE SEVRAGE DES ENFANTS

Par M. BOUHEY.

En règle générale, il est établi qu'on ne doit jamais sans raison majeure essayer le sevrage avant que l'enfant ait atteint l'âge de douze mois.

Il est une autre règle : si l'on est en ville et dans la saison chaude, il faut reculer à l'hiver l'époque du sevrage ou bien à l'automne.

Troisième règle : jamais le sevrage ne doit être brutal. Cela veut dire qu'il ne faut pas du jour au lendemain supprimer complètement le sein. On espace les tétées, on en diminue le nombre et au bout d'une à deux semaines on cesse l'allaitement.

Pendant ce temps, on aura déjà donné à l'enfant du lait animal, des œufs, des panades, des féculents.

Il est un moyen d'hygiène qu'il faut connaître parce qu'il facilite la digestion de cette nouvelle alimentation, supplée à l'insuffisance salivaire constante chez l'enfant qui avale gloutonnement sans mastiquer, et s'oppose à l'apparition des dyspepsies gastro-intestinales et consécutivement du rachitisme : ce moyen est le mélange à l'alimentation de ferments digestifs tels que l'amylodiastase. On délaie dans les bouillies ou panades une cuillerée à café de sirop d'amylodiastase et la digestion des féculents s'opère rapidement, sans fermentations douloureuses.

Cette alimentation par les laitages et les amylacés sera indispensable jusqu'à trois ans; plus tard, les panades et les féculents deviendront la base du régime; mais aussi apparaîtront alors les entérites et les dyspepsies par défaut de digestion et d'assimilation.

Contre ces troubles qui deviennent chroniques et s'accompagnent de diarrhée et de lientérie, le professeur Ausset propose les bouillies maltosées. « J'ai vu, dit-il, des enfants qui vomissaient le lait et qui ne vomissaient pas la bouillie diastasée. »

Thépénier propose, dans le même ordre d'idées, l'amylodiastase, ferment digestif de grande puissance et qui réunit aux diastases issues des céréales germées les phosphodiastases vivantes assimilables. Cette thérapeutique est adoptée en France par nombre d'auteurs et le professeur Pauchet (d'Amiens), Labbé, Roux, Triboulet, Lesné, Ball, Odillon Martin citent des observations favorables.

Ce ferment digestif le plus puissant peut-être, et qui transforme en sucres assimilables les féculents de l'alimentation, même en milieu acide, est en outre par ses phosphates un reminéralisateur de l'organisme. C'est encore à ce point de vue qu'il est étudié dans la thérapeutique, il est non seulement un digestif et un antidyspeptique, mais un reconstituant.

On aura bien soin, chez les enfants, de surveiller la quantité de boissons absorbée. Beaucoup d'enfants boivent à chaque instant même la nuit. Il faudra résister à leurs sollicitations car elles amèneraient fatalement des diarrhées et de la dilatation d'estomac difficile à combattre ensuite.

CONGRÈS

PREMIER CONGRÈS DES MÉDECINS SCOLAIRES DE LANGUE FRANÇAISE (Paris, 20-21-22 juin 1912). — PROGRAMME PROVISOIRE. — *Jeudi 20 juin*, à neuf heures du matin (petit amphithéâtre). — Réunion de l'Association française des médecins scolaires. — Vote des statuts. — Election du bureau. — Désignation de la ville où se réunira le prochain Congrès.

Jeudi 20 juin, à deux heures de l'après-midi (grand amphithéâtre). — Ouverture solennelle du Congrès, par M. le ministre de l'Instruction publique, président, assisté de M. le professeur Courmont (de Lyon), vice-président. — Organisation de l'inspection médicale des écoles en France (rapports des docteurs Doisy, député et rapporteur de la Commission d'hygiène de la Chambre, et H. Gourichon, médecin inspecteur des écoles de Paris).

Jeudi (soirée). — Fête organisée par la Société des médecins inspecteurs des écoles de la Seine avec le concours de la municipalité d'Enghien-les-Bains (S.-et-O.) et de l'établissement thermal de cette ville.

Vendredi 21 juin, à neuf heures du matin (petit amphithéâtre). — Présidence de M. le professeur Weiss (de Paris), vice-président. — L'éducation physique à l'école (rapport du docteur Dufestel, médecin inspecteur des écoles de Paris).

Communications : L'éducation physique en classe [docteur Gérard Monod (de Lyon)]; — Gymnastique respiratoire et paresse [docteur Natier (de Paris)]; — La Pratique de la gymnastique respiratoire à l'école [docteur Rosenthal (de Paris)]; — Les Eclaireurs français (Boys-Scouts) [docteur Foveau de Courmelles (de Paris)].

Vendredi, à deux heures de l'après-midi (petit amphithéâtre). — Présidence de M. le professeur Régis (de Bordeaux), vice-président.

Communications diverses : Déviations de la colonne vertébrale d'origine scolaire [docteur Redard (de Paris)]; — Les Ecoles de plein air à Rome [docteur Génévrier (de Paris)]; — La Préservation de la tuberculose par les écoles en plein air [docteurs S. Bernheim et H. Parmentier (de Paris); — L'Ecole moderne avec lavage automatique du sol, chauffage central, désinfection des effets des élèves pendant les classes au moyen d'une salle appelée salle vestiaire à désinfection [docteur Le Filliâtre (de Paris)]; — Les Bains à l'école [docteur Weigert (de Lyon)]; — Les Maladies de l'instinct chez l'enfant [docteur Bérillon (de Paris)]; — Rapports des médecins scolaires avec les bureaux d'hygiène [docteur Courgey (d'Ivry)].

Vendredi, à cinq heures de l'après-midi. — Réception à l'Hôtel de Ville de Paris.

Samedi 22 juin, à neuf heures du matin (petit amphithéâtre). — Présidence de M. le docteur Mosny, vice-président. — Suite et fin de la discussion des rapports sur l'Organisation de l'Inspection médicale des écoles en France.

Communications : Prophylaxie scolaire des maladies transmissibles, projet de règlement [docteur Stackler (de Paris)]; — Le Médecin orthopédiste dans l'inspection médicale des écoles [docteur Paul Vital-Bodin (de Paris)]; — L'Inspection orthopédique des écoles de la ville de Bordeaux [docteur Gourdon (de Bordeaux)]; — Le Cahier médical de classe (docteur Dinet); — Clôture du Congrès.

Samedi, après-midi. — Visites d'écoles et excursions par groupes de congressistes.

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUE MÉDICALE DE SAINT-ANTOINE (Professeur : M. A. CHAUFFARD). — ETUDE CLINIQUE ET BIOCHIMIQUE DES GRANDS SYNDROMES HÉPATIQUES GASTRO-INTESTINAUX ET RÉNAUX : DIAGNOSTIC, PRONOSTIC, MÉTHODES PRATIQUES D'INVESTIGATION CLINIQUE. — Cours de perfectionnement, par MM. H. Rendu et Guy Laroche, chefs de clinique ; Rivet, ancien chef de clinique, et MM. J. Troisier, Grigaut et Ronneaux, chefs de laboratoire.

1° Les méthodes d'examen clinique des organes de la cavité abdominale ; 2° le foie et le pancréas ; 3° le tube digestif (estomac, intestin) ; 4° les reins.

Ce cours est réservé aux docteurs français et étrangers et aux étudiants titulaires de 16 inscriptions. Il sera complet en 20 leçons environ. Des certificats seront délivrés à la fin des exercices. Au cours de chacune de ces leçons, des malades, en rapport avec le sujet traité, seront montrés aux élèves qui seront individuellement exercés à l'examen clinique et aux démonstrations pratiques des méthodes de dosage ou des recherches biologiques et cytologiques.

Le cours commencera le lundi 24 juin 1912 et aura lieu tous les jours, à quatre heures, sauf le dimanche.

Le droit à verser est de 100 francs. Le nombre d'élèves est limité.

Les inscriptions seront reçues, dès à présent, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

MÉDECINE OPÉRATOIRE SPÉCIALE, sous la direction de MM. HARTMANN, professeur, et Paul LECÈNE, agrégé. — Cours de M. le docteur Antoine BASSET, prosecteur. — *Opérations d'urgence et de pratique courante.* — Ouverture le lundi 17 juin 1912, à une heure et demie du soir.

Le cours aura lieu tous les jours. Les élèves répéteront eux-mêmes les opérations sous la direction du prosecteur.

Le nombre des élèves admis à ce cours est limité. Seront seuls admis : les docteurs en médecine, français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés. Le droit à verser est de 50 francs. S'inscrire au secrétariat (guichet n° 3), de midi à trois heures, les mardis, jeudis et samedis.

HOPITAL MARITIME DE BERCK-SUR-MER. (Assistance publique de Paris.) — COURS DE VACANCES. — Douze leçons sur la tuberculose des os, des articulations et des ganglions, par les docteurs Ménard, Andrieu et Calvé, du 5 au 17 août 1912. Ces leçons seront accompagnées de démonstrations pratiques : appareils plâtrés, traitement des abcès froids, présentations de malades, examen de pièces, radiographies, etc.

Droit d'inscription : 50 francs. (Les internes et externes des hôpitaux de Paris seront dispensés de ce droit.)

S'adresser aux docteurs Calvé ou Andrieu, Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis de Pathologie interne. Maladies infectieuses et diathésiques. Intoxications. Maladies du sang, par MM. les docteurs DOPTER, professeur agrégé au Val-de-Grâce ; RATHERY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et RIBIERRE, médecin des hôpitaux. In-8 de 907 p., avec 92 figures en couleurs et en noir. (Bibliothèque du doct. en méd., A. GILBERT et FOURNIER.) — Prix, cart. : 14 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 69. — MARDI 18 JUIN 1912. 85e ANNÉE. MARDI 18 JUIN 1912. — N° 69.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite*. — Séance du 14 juin : MM. Lemierre, 20 ; Abrami, 18 ; Balthazard, 19 ; Monier-Vinard, 18.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours pour la nomination des internes des hospices civils de Lyon aura lieu le lundi 16 septembre. Le registre d'inscription sera clos le samedi 31 août.

Le concours d'externat commencera le lundi 30 septembre. Clôture des inscriptions le samedi 14 septembre.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Dor, citoyen suisse, oculiste, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

LA QUESTION DES ÉTUDIANTS ÉTRANGERS. — Une réunion d'étudiants a voté, à l'unanimité moins 5 voix, l'adresse suivante au ministre de l'Instruction publique :

« Les étudiants français, réunis salle des Sociétés savantes, après avoir entendu l'exposé de la question des métèques (les étudiants étrangers), prient instamment M. le ministre de l'Instruction publique d'examiner au plus tôt les solutions que réclame la défense des intérêts professionnels des étudiants à savoir :

1° Une juste et sévère revision des équivalences ;

2° La limitation du nombre des étudiants étrangers dans les Facultés et dans les concours professionnels ;

3° Un contrôle rigoureux sur l'installation en France d'étudiants étrangers pourvus de diplômes français ;

4° L'obligation pour les étudiants étrangers se faisant naturaliser de faire leur service militaire après vingt-sept ans.

Ils espèrent que M. le ministre donnera aux vœux émis les suites comportées par la protection que doit assurer l'Etat français aux étudiants français sur la terre de France. »

LA FABRICATION DE L'ABSINTHE. — Le Sénat vient de décider que l'absinthe serait désormais fabriquée sans absinthe. En effet, il a ratifié le projet qui lui était présenté par sa commission et qui interdit la fabrication et la vente des liqueurs et apéritifs contenant de la thuyone. Or, l'absinthe, plante contenant de la thuyone, ne pourra plus être employée non plus d'ailleurs que l'anis étoilé du Japon et quelques autres plantes.

La mesure prise par le Sénat est plus générale, on le voit que celle qui était préconisée par M. de Lamarzelle, auteur de la proposition initiale. Il ne s'agit plus seulement de l'absinthe, mais de toutes les liqueurs ou apéritifs contenant de la thuyone.

Ce projet du Sénat ne sera définitif qu'après ratification par la Chambre des députés.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA LIGUE CONTRE LA MORTALITÉ INFANTILE. — L'assemblée générale de la Ligue contre la mortalité infantile aura lieu le mercredi 19 juin, à quatre heures, à la mairie du VIe arrondissement (place Saint-Sulpice), sous la présidence de M. Steeg, ministre de l'Intérieur. En voici le programme :

1° Allocution de M. Straus, sénateur de la Seine, président de la Ligue ;

2° M. le professeur Marfan, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, vice-président de la Ligue : « L'enseignement de l'hygiène des nourrissons dans les facultés de médecine » ;

3° Rapport de M. le docteur E.-C. Aviragnet, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, secrétaire de la Ligue ;

4° Compte rendu financier par Mme Budin, trésorière ;

5° Discours de M. Steeg, ministre de l'Intérieur.

Le soir, à huit heures, au restaurant Ledoyen, la Ligue, pour fêter le dixième anniversaire de sa création (elle a été, en effet, fondée en 1902 par M. Straus et le regretté Pierre Budin, avec le patronage et le concours de Théophile Roussel), réunira ses nombreux adhérents dans un banquet que présidera M. Paul Morel, sous-secrétaire d'Etat au ministère de l'Intérieur.

Les adhésions au banquet (12 francs) doivent être adressées à M. Chauffour, 46, rue de Custine.

PNEUMOTHORAX THÉRAPEUTIQUE. — A la suite d'un échange de vues qui a eu lieu au Congrès international de la tuberculose réuni à Rome, il s'est fondé une association internationale, « Pneumothorax artificialis », dont le but est de dresser un répertoire des stations de cure et des médecins qui pratiquent le pneumothorax thérapeutique, de telle sorte que l'on soit toujours à même de savoir où l'on peut envoyer les malades qui ont besoin de ce traitement. L'association se propose également de faciliter les échanges de vues et de publications scientifiques entre les personnes qui poursuivent l'étude de la question dans les différents pays.

Le bureau tient au courant chaque année, ou plus souvent s'il est nécessaire, une liste des adhérents qui est remise à tous les correspondants.

Pour s'inscrire, envoyer une carte de visite avec une adresse suffisamment précise, et un mandat-poste de 5 francs, au professeur Saugman, Vejlefjord, Daugaard, Danemark.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Michel (d'Argenton-Château).

CLINIQUE CHIRURGICALE

(Hotel-Dieu de Lyon. — Professeur A. Poncet)

L'ÉRYTHÈME NOUEUX D'ORIGINE TUBERCULEUSE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE INFLAMMATOIRE DE LA PEAU

Par M. H. ALAMARTINE,
Ex-interne des hôpitaux,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Lyon.

Après les vives discussions et les ardentes oppositions de la première heure, la théorie de la tuberculose inflammatoire a vu son procès revisé peu à peu, et elle a définitivement obtenu gain de cause. Lorsque, il y a dix ans déjà, elle fut formulée pour la première fois par M. le professeur Poncet, ce n'était encore qu'une vue synthétique. Se basant surtout sur des considérations cliniques, envisageant, en bloc et de très haut, les lésions des divers organes et des divers tissus, M. Poncet proclamait l'existence d'une nouvelle variété d'infection tuberculeuse caractérisée, uniquement, par un processus inflammatoire simple sans aucune signature anatomo-pathologique spécifique. Grâce à un travail patient d'analyse, cette conception synthétique s'est, peu à peu, vérifiée. Pour chaque organe, pour chaque tissu en particulier l'étude des formes non folliculaires de la tuberculose a été reprise à l'aide des procédés les plus récents fournis par le laboratoire. Le rôle de la tuberculose non folliculaire a été reconnu par la plupart de ceux qui avaient accueilli avec le plus de scepticisme la tuberculose inflammatoire à son début. Mais en changeant une appellation, on n'a pas touché à l'essence même de la conception de M. Poncet, qui se consolide ainsi de jour en jour.

Dans l'ouvrage récent (1), qu'en collaboration avec M. Leriche M. Poncet vient de consacrer à l'étude de la tuberculose inflammatoire, un chapitre entier est réservé à la tuberculose inflammatoire de la peau. « Les lésions cutanées d'origine tuberculeuse, disent MM. Poncet et Leriche, sont légion. Pour qui n'est pas familiarisé avec les multiples désignations, si scrupuleusement morphologiques de la dermatologie actuelle, il est malaisé de s'orienter au travers des descriptions nombreuses de tant de maladies diverses. Nous ne voulons pas nous y aventurer. Nous avons observé les maladies de la peau surtout avec une idée pathogénique, et nous avons acquis la conviction que ces maladies si nombreuses, que si peu de chose sépare souvent les unes des autres, ne sont, le plus ordinairement, que des syndromes toxi-infectieux avec réaction anatomique simplement inflammatoire et ont une cause commune. Les dermatologistes ont été, les premiers, à se rendre compte de l'existence d'une tuberculose aspécifique, et à admettre la réalité de la tuberculose inflammatoire. Tout les y poussait : l'enseignement traditionnel des maîtres de la dermatologie, la trace profonde laissée par Bazin entre autres, puis, et surtout l'observation de chaque jour qui montrait le nombre infini des manifestations aspécifiques, étiologiquement non déterminées, qu'ils voyaient éclore sous leurs yeux, chez des gens vivant dans une véritable atmosphère de tuberculose (tuberculose familiale, tuberculose des ascendants, tuberculose viscérale concomitante), présentant des lésions de scrofule, d'arthritisme, ou devenant nettement tuberculeux. Dans les autres cas les lésions élémentaires apparaissaient au voisinage de foyers de tuberculose virulente, sur les cicatrices d'opérations dirigées contre des lésions tuberculeuses classiques ; ou bien on remarquait des termes anatomiques et cliniques de passage entre une lésion typique et une autre banale. De telles observations acheminaient, peu à peu, les dermatologistes, à la notion des tuberculoses atténuées, des tuberculides ; en un mot de la tuberculose inflammatoire. Dans un ouvrage remarquable, Pautrier a bien montré, il y a quelques années, la face complexe du problème dont il a repéré les étapes successives. Elles sont jalonnées par les noms de Hallopeau, Darier, Brocq, Balzer, Leredde, etc. Gougerot dans une série de travaux a particulièrement poursuivi la question et dans sa thèse (Paris 1908) il a réuni un ensemble de faits venant à l'appui des idées défendues par l'un de nous depuis 1899. »

Parmi toutes les lésions cutanées relevant de la tuberculose inflammatoire, l'érythème noueux est certainement celle dont la filiation est établie aujourd'hui de la façon la plus irréfutable. A cet égard les documents abondent et confirment pleinement la notion de sa nature fréquemment tuberculeuse, que dès 1905 M. Poncet avait été, le premier, à formuler d'une façon explicite.

I

Historique et évolution des idées. — Si M. Poncet a été, le premier, à affirmer dans la thèse de son élève Pons (Lyon 1905) la nature tuberculeuse de nombre de cas d'érythème noueux, depuis longtemps divers cliniciens avaient remarqué certains faits qui devaient mettre sur la voie de cette pathogénie. C'est, tout d'abord, la coexistence de poussées érythémateuses nodulaires avec des poussées de rhumatisme articulaire plus ou moins franc, possédant dans nombre de cas les caractères classiques du rhumatisme tuberculeux (Bouillaud, Bazin, etc.). C'est ensuite les rapports, fréquemment observés, entre l'érythème noueux et une localisation tuberculeuse quelconque. Dans sa thèse (1) consacrée aux rapports de l'érythème noueux avec la tuberculose (Paris 1909-1910) Mlle Perel rapporte un certain nombre d'observations anciennes où l'on voit très nettement une poussée d'érythème noueux précéder et, en quelque sorte, conditionner une tuberculose souvent grave. Œhne a vu une jeune fille de quinze ans, anémique, non encore réglée et qui mourut d'une tuberculose méningée, six semaines après la disparition d'un érythème noueux. Schmitz en 1882, Appert en 1890 ont observé des cas absolument analogues. Goldscheider, Baumler rapportent chacun une observation de tuberculose aiguë mortelle consécutive à une poussée d'érythème noueux.

Uffelmann, Comby, Jouillié, Buisine, N. Lévy ont observé de nombreux cas d'érythème noueux, survenant chez des tuberculeux avérés, ou chez des individus de souche tuberculeuse. Se basant sur tous ces faits, Schumann (2) [Th. de Paris, 1897] avance que l'érythème noueux peut être la première manifestation d'une tuberculose jusque-là inaperçue ;

(1) A. Poncet et R. Leriche. *La Tuberculose inflammatoire*, Bibliothèque de la tuberculose. Paris, O. Doin.

(1) Pour toutes les indications bibliographiques voir : Mlle A. Pérel. *Les rapports de l'érythème noueux avec la tuberculose*. Th. de Paris, 1909-1910, n° 196.

(2) C. Schumann. *Erythème noueux et tuberculose*, Th. de Paris, 1896-1897.

mais, fidèle au dogme intangible alors de la tuberculose spécifique, Schumann se refuse à voir dans la lésion cutanée un méfait direct du bacille de Koch et il imagine pour l'expliquer une pathogénie compliquée. Pour lui l'érythème paraît dû à l'action sur les centres vaso-moteurs des toxines du bacille de Koch ou d'autres microbes venus infecter secondairement l'organisme. Rousseau (Th. de Bordeaux 1902) se contente de noter l'apparition de l'érythème noueux dans la tuberculose, soit au cours de cette maladie, soit antérieurement à elle (érythème prétuberculeux).

M. le professeur Poncet dans la thèse de Pons, en 1905 (1), a été, le premier, à affirmer, d'une façon explicite, la nature tuberculeuse de l'érythème noueux survenant chez des tuberculeux, et à en donner l'explication pathogénique reconnue aujourd'hui comme exacte, à savoir l'action des toxines du bacille de Koch, agissant suivant la modalité inflammatoire. Du reste, en 1903, dans sa monographie sur le rhumatisme tuberculeux écrite en collaboration avec Mailland (2), M. Poncet avait déjà exprimé l'essentiel de sa doctrine en disant : « Il semble que l'intoxication bacillaire ait, parmi tant d'autres caractéristiques, celle de modifier profondément l'état de la circulation et de la sécrétion cutanée; des éruptions diverses, des érythèmes noueux, papuleux, etc., ne sont pas exceptionnels chez les tuberculeux. » Dans la thèse de Pons, M. Poncet précise cette opinion première en l'appuyant à la fois sur des arguments cliniques et anatomo-pathologiques. Il apporte un ensemble de vingt observations, dont dix inédites et personnelles, où l'érythème noueux a fait la preuve de sa nature tuberculeuse, soit par des coïncidences cliniques, soit par le résultat des méthodes de laboratoire (séro-diagnostic tuberculeux positif). Un de ces cas personnels est particulièrement intéressant, en ce sens qu'à côté des lésions inflammatoires simples L. Dor put déceler dans un nodule sous-cutané une cellule géante typique. Nous aurons à revenir plus loin sur ce cas dont l'importance doctrinale est considérable.

Se basant sur ces différentes observations, M. Poncet formule les conclusions suivantes qui sont restées définitives : « De même que la blennorragie, le rhumatisme, la syphilis, le paludisme, etc. peuvent produire des éruptions d'érythème noueux, de même la tuberculose, maladie infectieuse par excellence, peut provoquer des éruptions d'érythème noueux; nous les considérons comme une des manifestations les plus apparentes du rhumatisme tuberculeux abarticulaire, de la tuberculose inflammatoire. L'éruption érythémateuse coïncide, le plus souvent, avec d'autres localisations de l'infection tuberculeuse, et en particulier, sur les articulations (rhumatisme tuberculeux articulaire). Elle peut être la première manifestation locale d'origine tuberculeuse. Cet érythème noueux reconnaît pour cause l'action du poison tuberculeux; c'est une lésion toxinienne d'origine bacillaire. »

A ces conclusions de M. Poncet on n'a rien ajouté, si ce n'est la substitution du terme tuberculose non folliculaire au nom de tuberculose inflammatoire.

Depuis les travaux de Poncet et la thèse de Pons, voici les principales publications parues sur les rapports de l'érythème noueux et de la tuberculose.

(1) J. Pons. *Erythème noueux d'origine tuberculeuse. Tuberculose inflammatoire*, Th. de Lyon, 1905.

(2) Poncet et Mailland. *Rhumatisme tuberculeux*, in monographies cliniques de l'Œuvre médico-chirurgical du docteur Critzmann. — Voir également : le Rhumatisme tuberculeux abarticulaire, in *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1902.

En 1907, au Congrès de Reims pour l'avancement des sciences, M. le professeur Landouzy (1) fait une importante communication sur l'érythème noueux d'origine tuberculeuse. Cette affection doit être considérée comme une manifestation locale d'une septicémie bacillaire qui peut rester légère, atténuée, ou prendre le type de la typho-bacillose ; parfois cette poussée scepticémique guérit sans laisser de lésion cliniquement appréciable. D'autres fois, à plus ou moins longue échéance, la bacillose pourra se révéler par diverses manifestations pulmonaires, péritonéales, méningées, etc.

Dès lors nous entrons dans la période en quelque sorte expérimentale où la preuve de la nature tuberculeuse de nombre de cas d'érythèmes noueux est faite par l'emploi des méthodes de laboratoire. Hildebrandt [1907 (2)] apporte des éléments de probabilité en démontrant, au moment de l'éruption, une décharge bacillémique par l'inoculation du sang du malade au cobaye. Gougerot [1908 (3)] sous l'inspiration de son maître Landouzy reproduit expérimentalement diverses variétés de tuberculides cutanées non folliculaires et notamment l'érythème induré dermique et hypodermique. Dans son intéressante thèse (Paris, 1908-1909), Gougerot déclare presque complète la démonstration de l'origine tuberculeuse de l'érythème noueux, il a observé lui-même la réactivation d'éléments anciens et l'apparition d'éléments nouveaux à la convalescence d'un érythème noueux, à la suite d'injection sous-cutanée de tuberculine.

En 1909, une discussion sur l'érythème noueux d'origine tuberculeuse s'engage à la Société médicale des hôpitaux de Paris. Le point de départ en est une communication de MM. Chauffard et J. Troisier. Ces deux auteurs, chez une jeune bacillaire atteinte d'érythème noueux polymorphe, obtiennent, par l'intradermo-réaction, des nodules cutanés absolument semblables à l'éruption primitive. Pour Chauffard et Troisier (4), l'identité des deux lésions cutanées est une preuve, à peu près certaine, en faveur de leur nature, à toutes deux, bacillaire. Ces conclusions furent confirmées par Laignel-Lavastine (5) et attaquées par Thibierge et Gastinel (6). Ces auteurs ayant fait chez des malades porteurs de dermatoses diverses (urticaire, zona, érythème polymorphe) des injections intradermiques de tuberculine et de sérums différents, même d'eau salée simple, ont obtenu des lésions ressemblant, de tous points, à l'intradermo-réaction. D'où la non spécificité de l'intradermo-réaction. A ces conclusions, Chauffard et Troisier (7) ont répondu par d'autres expériences donnant des résultats absolument opposés. Les injections de toxine typhique, et de sérum antidiphtérique qu'ils ont faites à leurs malades en même temps que des injections tuberculiniques positives, ont donné des résultats négatifs et, deux fois seulement,

(1) Landouzy. *Assoc. franç. pour l'avanc. des sc.*, Reims, août 1907, comptes rendus, p. 337.

(2) Hildebrandt. *Münch. med. Woch.*, 12 janv. 1907, p. 310.

(3) Gougerot et Laroche. Reproduction expérimentale des tuberculides cutanées non folliculaires histologiquement atypiques, *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, 1908, t. XX, p. 580.

(4) Chauffard et J. Troisier. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 15 janv. 1909, p. 7.

(5) Laignel-Lavastine. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 22 janv. 1909, p. 77.

(6) Thibierge et Gastinel. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 30 avril 1909, p. 757.

(7) Chauffard et Troisier. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 30 avril 1909, p. 772.

une réaction locale, légère, mais purement congestive ayant disparu en vingt-quatre heures, sans présenter aucun caractère nodulaire. Ces résultats et la valeur de l'intradermo-réaction furent confirmées par Barbier et Lian (1) qui ont noté l'absence de réaction cutanée au sérum antidiphtérique dans leur observation d'érythème noueux où l'intradermo-réaction fut positive. Tous ces faits ont été bien mis en évidence dans la thèse récente de Mlle Perel (Paris, 1909-1910) inspirée par M. le professeur Chauffard. L'auteur y conclut nettement à l'existence d'une variété d'érythème noueux survenant au cours d'une tuberculose plus ou moins latente, érythème noueux qui d'après la clinique et les constatations de laboratoire doit être considéré comme une détermination cutanée d'une septicémie tuberculeuse atténuée.

La pathogénie de l'érythème noueux est revenue, tout récemment, en discussion devant la Société médicale des hôpitaux de Lyon à propos d'une communication de MM. J. Courmont, P. Savy et Charlet (2). Il s'agissait de six cas, des plus typiques, d'érythème noueux, dont la nature tuberculeuse avait pu être soupçonnée, soit cliniquement, du fait des antécédents, d'une induration concomitante d'un sommet, d'une pleurésie, d'une hydarthrose, survenues ultérieurement; soit bactériologiquement, sur les résultats du séro-diagnostic tuberculeux d'Arloing et P. Courmont. Dans tous ces cas sans exception le séro-diagnostic fut extrêmement positif.

M. le professeur Pic (3), lui aussi, croit à l'origine fréquemment tuberculeuse de l'érythème noueux. Depuis 1904, il a eu à soigner dans son service hospitalier 9 cas d'érythème noueux typiques. Toutes ces observations sont inscrites sous la rubrique : érythème noueux d'origine tuberculeuse. Trois de ces neuf observations ont trait à des malades chez lesquels la tuberculose n'a pu être affirmée que par l'existence de signes de tuberculose légère au niveau des sommets et en outre d'antécédents bacillaires avérés, héréditaires ou personnels à l'exclusion de toute tare. Comme ces cas peuvent prêter à discussion, M. Pic les laisse de côté. Il en est de même d'une quatrième observation où, en dehors des signes cliniques, il n'y eut qu'une séro-réaction douteuse: ébauche d'agglutination à 1/5, pas d'agglutination à 1/10. En revanche, les cinq autres observations sont pleinement démonstratives, tant par la coïncidence d'autres manifestations tuberculeuses que par l'agglutination positive très accentuée. Comme conclusions de ces observations M. Pic admet avec M. Poncet que, en clinique, tout érythème noueux survenant en apparence spontanément est tuberculeux, au même titre, par exemple, qu'une pleurésie survenant dans les mêmes conditions. M. Lesieur (4) a observé, lui aussi, plusieurs cas d'érythème polymorphe et notamment d'érythème noueux de nature évidemment tuberculeuse.

Si nous voulons maintenant résumer, en quelques mots, ce long historique, nous pouvons dire, faisant nôtres les conclusions formulées par M. Pic devant la Société médicale des hôpitaux de Lyon (19 décembre 1911), que la théorie de l'érythème noueux tuberculeux est une question toute lyonnaise par ses origines, car il ne faut pas oublier que c'est une doctrine soutenue et à notre avis démontrée, dès 1905, par M. Poncet dans la thèse de son élève Pons, alors que les travaux de Hildebrandt ne datent que de 1907 et que les publications, d'ailleurs très remarquables de MM. Landouzy et Gougerot, Chauffard et Troisier et d'une série d'auteurs parisiens, s'échelonnent de 1907 à nos jours. Ces derniers travaux ont bien mis en évidence, par comparaison avec les résultats de l'intradermo-réaction, l'origine probablement toxinienne de l'érythème noueux. Mais il ne faut pas oublier que, dans la thèse de Pons, la recherche des bacilles, l'hémoculture, l'inoculation aux animaux ayant été négatives, cette origine toxinienne apparaissait déjà comme probable. A ce sujet toutefois il est intéressant de rappeler les biopsies pratiquées par M. L. Dor, chef de laboratoire de M. Poncet, qui lui ont montré la présence, dans un nodule érythémateux de follicules tuberculeux typiques. Ceci pour dire que, au moins en ce qui concerne l'érythème noueux, l'appellation de tuberculose inflammatoire est préférable à celle de tuberculose non folliculaire qu'on a voulu souvent lui substituer. Voici, en effet, une tuberculose inflammatoire qui est en même temps folliculaire.

II

Observations. — Notre intention n'est pas de reproduire toutes les observations d'érythème noueux d'origine tuberculeuse publiées par les divers auteurs cités dans l'historique. Nous donnons ici seulement, et très résumées, les observations lyonnaises.

Observations de la clinique de M. le professeur Poncet. — OBSERVATION I (Th. de Pons, Lyon 1905). — *Etude clinique.* — Femme de quarante et un ans, synovite fongueuse

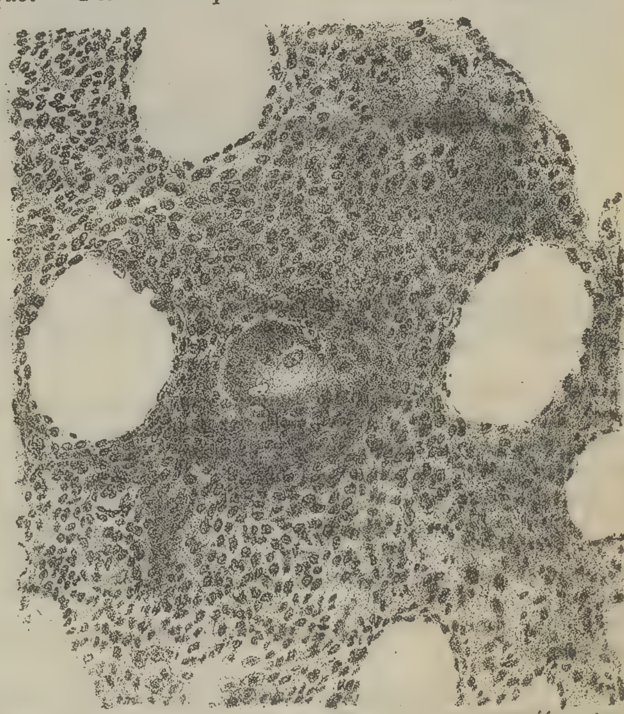


FIG. 1. — *Un point de la préparation ci-contre vu à un fort grossissement* (L. DOR. Th. de Pons, Lyon 1905). — Cellule géante avec sa couronne de noyaux, entourée de nombreuses cellules épithélioïdes.

des gaines tendineuses du poignet gauche, ancienne ostéo-arthrite sèche du genou droit remontant à l'enfance avec genu valgum consécutif. Nombreuses poussées de rhumatisme arti-

(1) BARBIER et LIAN. *Bull. de la Soc. méd des hôpit. de Paris*, 7 mai 1909, p. 837.

(2) J. COURMONT, P. SAVY et CHARLET. Six cas d'érythème noueux. Discussion de leur nature tuberculeuse, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, séance du 17 déc. 1911; *Lyon méd.*, 1911, p. 1523.

(3) A. PIC. Érythème noueux et tuberculose, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, séance du 19 déc. 1911; *Lyon méd.*, 1911, p. 1527.

(4) LESIEUR. *Ibid.*, *Lyon méd.*, 1911, p. 1531.

culaire tuberculeux; à diverses reprises poussées d'érythème noueux coïncidant avec une exagération des douleurs articulaires. Bacillose pulmonaire fibreuse.

Examen de laboratoire. — Un nodule érythémateux enlevé chirurgicalement a été examiné par M. Dor.

« Les lésions capitales sont des lésions profondes qui ont leur maximum dans le tissu sous-dermique et envahissent secondairement le plan dermique. On constate au-dessous du derme d'importantes lésions inflammatoires (fig. 2); on y trouve le tissu graisseux circonscrit par des travées conjonctives rapprochées formant un réseau à mailles serrées; ces travées sont infiltrées par des cellules rondes extrêmement nombreuses; sur un point de la préparation (fig. 1), on voit une *cellule géante* extrêmement nette avec sa couronne de noyaux et entourée de nombreuses cellules *épithélioïdes.* C'est surtout dans la partie profonde du derme et plus particulièrement au point où le derme s'unit à la couche cellulo-adipeuse que se voit une infiltration intense de cellules épithélioïdes. »



Fig. 2. — *Coupe d'un nodule sous-cutané excisé à la jambe* (L. Dor. Th. de Pons, Lyon 1905). — *e.* épiderme. — *d,* derme épaissi. — *g,* tissu adipeux enflammé. — *cg,* cellule géante. — *v,* vaisseaux dilatés.

Recherche des bacilles de Koch et inoculation au cobaye négatives.

Obs. II (Th. de Pons, 1905). — *Etude clinique.* — Homme de trente-quatre ans, antécédents héréditaires tuberculeux, tuberculose pulmonaire. Poussées de rhumatisme tuberculeux récidivant. Erythème noueux.

Examen de laboratoire. — Inoculation au cobaye d'un nodule enlevé chirurgicalement. Inoculation négative.

Obs. III (Th. de Pons, 1905). — *Etude clinique.* — Femme de trente et un ans. Tuberculose pulmonaire. Poussées répétées de rhumatisme tuberculeux articulaire ; hydarthrose du genou droit ayant évolué concomitamment avec une poussée d'érythème noueux au niveau des jambes et ressemblant à de nombreuses éruptions antérieures.

Examen de laboratoire. — Néant.

Obs. IV (Pons, Th. de Lyon, 1905). — *Etude clinique.* — Homme de vingt-trois ans. Poussées très nombreuses de rhumatisme articulaire tuberculeux subaigu. Depuis plusieurs années, coïncidence entre les attaques rhumatismales au niveau des articulations et des poussées éruptives d'érythème noueux. Le malade instruit par sa propre expérience dit lui-même que ces grosseurs disparaissent spontanément avec la cessation des gonflements articulaires.

Examen de laboratoire. — Néant.

Obs. V (MM. Poncet et Bérard, Th. de Pons, Lyon 1905). — *Etude clinique.* — Homme de vingt-huit ans. Bacillose pulmonaire discrète. Poussées répétées d'érythème noueux en coïncidence avec des attaques de rhumatisme articulaire tuberculeux subaigu.

Examen de laboratoire. — Néant.

Obs. VI (MM. Poncet et Bérard, Th. de Pons, Lyon 1905). — *Etude clinique.* — Fille de douze ans. Antécédents héréditaires bacillaires. Pas de bacillose pulmonaire. Placards d'érythème noueux très étendus au niveau des deux jambes. Disparition progressive.

Examen de laboratoire. — Séro-diagnostic tuberculeux positif (agglutination à 1 p. 10).

Obs. VII (Th. de Pons, Lyon 1905). — *Etude clinique.* — Homme de trente-quatre ans. Bacillose pulmonaire. Poussées articulaires rhumatismales tuberculeuses coïncidant avec des poussées d'érythème noueux en particulier sur les jambes.

Examen de laboratoire. — Néant.

Obs. VIII (Pons, Th. de Lyon, 1905). — *Etude clinique.* — Femme de dix-neuf ans. Bacillose pulmonaire discrète, anémie. Des injections de tuberculine faites dans le but d'assurer le diagnostic entre tuberculose ou chlorose déterminent une poussée de méningisme grave avec en même temps attaque polyarticulaire subaiguë et poussées d'érythème noueux répétées. Guérison.

Examen de laboratoire. — Séro-diagnostic tuberculeux positif, agglutination à 1 p. 5.

Obs. IX (Pons, Th. de Lyon, 1905). — *Etude clinique.* — Femme de vingt-deux ans. Poussée de rhumatisme polyarticulaire subaigu coïncidant avec une éruption d'érythème noueux.

Examen de laboratoire. — Séro-diagnostic tuberculeux positif.

Obs. X (Pons, Th. de Lyon, 1905). — *Etude clinique.* — Femme de vingt-deux ans. Poussée de rhumatisme polyarticulaire subaigu coïncidant avec une éruption d'érythème noueux.

Examen de laboratoire. — Séro-diagnostic tuberculeux positif.

Obs. XI (MM. Poncet et Leriche, *La Tuberculose inflammatoire*, O. Doin, éditeur). — *Etude clinique.* — Garçon de dix ans. Prend un jour sans antécédents, au milieu d'un cortège

fébrile et rhumatismal, un érythème noueux avec placards abondants. Quelques semaines après apparurent de grandes oscillations thermiques et développement d'une double broncho-pneumonie tuberculeuse. Injection de sérum de Marmoreck. Mort.

Examen de laboratoire. — Néant.

Obs. XII (MM. Poncet et Leriche, *Ibid.*). — *Etude clinique.* — Femme de cinquante ans. Rhumatisme tuberculeux torpide. Au bout de quelques jours se montrèrent quelques nodosités érythémateuses caractéristiques, et peu après le rhumatisme disparaissait tandis qu'on voyait se développer une tumeur blanche du cou-de-pied.

Obs. XIII inédite (*Cliniques* de MM. Poncet et Roque). — *Etude clinique.* — Femme de trente-deux ans. Pas d'antécédents tuberculeux personnels ou héréditaires. Erythème noueux polymorphe survenu en décembre 1911; rhumatisme polyarticulaire d'allure infectieuse et d'origine indéterminée évoluant peu de jours après et se terminant par une tumeur blanche du coude.

Examen de laboratoire. — Séro-diagnostic tuberculeux positif à 1/5, 1/10, 1/15.

Intradermo-réaction positive.

Obs. XIV inédite (*Clinique* de M. le professeur Poncet). — *Etude clinique.* — Femme de vingt-neuf ans. Hydarthrose chronique des deux genoux récidivant après ponction. Antécédents bacillaires personnels. Poussée d'érythème noueux en vastes placards au niveau des membres inférieurs coïncidant avec des douleurs arthralgiques et une augmentation de l'hydarthrose.

Examen de laboratoire. — Réaction de Wassermann négative.

Séro-diagnostic tuberculeux positif à 1/5, 1/10, 1/15.

Inoculation intrapéritonéale au cobaye du liquide articulaire négative.

Autres observations lyonnaises :

Obs. XV (MM. J. Courmont, Savy et Charlet, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 19 déc. 1911). — *Etude clinique.* — Femme de trente-sept ans. Induration du sommet droit. Eruptions typiques d'érythème noueux au niveau des membres et principalement autour des articulations ayant coïncidé avec une angine, source de douleurs articulaires. Amélioration par le traitement salicylé.

Examen de laboratoire. — Séro-diagnostic tuberculeux très positif à 1 p. 18.

Obs. XVI (*Ibid.*). — *Etude clinique.* — Homme de dix-sept ans. Antécédents tuberculeux, chorée dans l'enfance, induration du sommet droit. Trois poussées successives polyarticulaires, éruptives (érythème noueux typique) et thermiques améliorées par le salicylate de soude.

Examen de laboratoire. — Séro-diagnostic tuberculeux positif à 1/15.

Obs. XVII (*Ibid.*). — *Etude clinique.* — Femme de dix-neuf ans. Pas d'antécédents tuberculeux héréditaires ou personnels. Eruption d'érythème noueux présentant les caractères classiques avec douleurs mais sans gonflement articulaire.

Examen de laboratoire. — Séro-diagnostic tuberculeux positif à 1/16.

Six hémocultures négatives (pas de bacille d'Achalme et Thiroloix).

Obs. XVIII (*Ibid.*). — *Etude clinique.* — Femme de seize ans. Induration légère du sommet droit, érythème noueux à rechutes successives avec poussées thermiques mais sans douleurs articulaires. Pleurésie consécutive avec épanchement (lymphocytose).

Examen de laboratoire. — Séro-diagnostic tuberculeux positif à 1/10.

Deux hémocultures négatives (aérobies et anaérobies).

Séro-diagnostic typhique négatif.

Obs. XIX (*Ibid.*). — *Etude clinique.* — Homme de trente-trois ans. Antécédents tuberculeux collatéraux. Induration du sommet droit. Eruption bien caractérisée d'érythème noueux, douleurs articulaires sans gonflement.

Examen de laboratoire. — Séro-diagnostic tuberculeux positif à 1 p. 15.

Hémocultures négatives.

Obs. XX (M. Mollard, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 19 déc. 1911). — *Etude clinique.* — Femme de seize ans. Premier séjour : sommet douteux (tuberculisation certaine mais discrète d'un sommet).

Deuxième séjour : érythème polymorphe typique et polyarthrites rhumatismales.

Troisième séjour : hydarthrose du genou gauche.

Examen de laboratoire. — Néant.

Obs. XXI (M. Pic, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 19 déc. 1911). — *Etude clinique.* — Femme de vingt-deux ans. Erythème noueux typique avec fièvre, état général de maladie infectieuse, arthralgies; signes de sclérose légère du sommet droit, mais aucun signe de poussée actuelle.

Examen de laboratoire. — Séro-diagnostic tuberculeux positif à 1/15.

Obs. XXII (M. Pic, *Ibid.*). — *Etude clinique.* — Femme de vingt ans. A quatorze ans, pleurésie. En avril 1909, signes caractéristiques d'un érythème noueux avec rhumatisme articulaire subaigu, insuffisance mitrale, pleurésie sèche de la base droite.

Examen de laboratoire. — Séro-diagnostic tuberculeux positif à 1/15.

Obs. XXIII (M. Pic, *Ibid.*). — *Etude clinique.* — Femme de quarante ans. Rhumatisme avec érythème noueux.

Examen de laboratoire. — Séro-diagnostic tuberculeux positif à 1/15.

Obs. XXIV (M. Pic, *Ibid.*). — *Etude clinique.* — Femme de seize ans. Anémie, scoliose, ramollissement du sommet droit ayant succédé à une poussée d'érythème noueux typique.

Examen de laboratoire. — Néant.

Obs. XXV (M. Pic, *Ibid.*). — *Etude clinique.* — Femme de vingt-quatre ans. Rhumatisme ancien avec rétrécissement et insuffisance mitrale. Erythème noueux typique coïncidant avec une poussée péricarditique récente. On soumet la malade au traitement salicylé, l'état empire. On fait une injection de 2/10 de centimètre cube de la cinquième dilution de la tuberculine BE; immédiatement après, la température tombe de 38 à 37 degrés en l'espace de cinq jours; huit jours plus tard nouvelle injection qui est le signal de la guérison définitive.

Examen de laboratoire. — Séro-diagnostic tuberculeux positif à 1/15.

III

Conclusions. Existence de l'érythème noueux polymorphe. Sa pathogénie expliquée par la tuberculose inflammatoire. — L'existence d'une variété tuberculeuse d'érythème noueux polymorphe est démontrée par trois ordres de faits :

1° Des faits d'ordre clinique;
2° Des faits d'ordre anatomo-pathologique;
3° Des faits tirés des épreuves dites de laboratoire (réaction à la tuberculine, séro-diagnostic d'Arloing et Courmont, cuti et intradermo-réaction, etc.).

Les faits d'ordre clinique résultent de la constatation maintes et maintes fois observée d'éruption érythémateuse nodulaire survenant chez des tuberculeux avérés. Ces éruptions se présentent d'ordinaire dans des conditions cliniques telles que d'emblée cette idée s'impose à l'esprit qu'elles sont la résultante d'une poussée septicémique bacillaire nouvelle. Très souvent elles coïncident avec une attaque de rhumatisme polyarticulaire aigu ou subaigu présentant tous les caractères du rhumatisme tuberculeux. Les faits de cet ordre se rencontrent dans nombre des observations que nous rapportons plus haut. D'autres fois, et c'est là une particularité non

moins significative, l'éruption érythémateuse est le prélude d'une tuberculisation rapide (granulie, méningite tuberculeuse). Du reste, Hildebrandt a montré expérimentalement par l'inoculation au cobaye du sang d'un de ses malades, que l'éruption coïncidait avec une décharge bacillémique. Un fait rapporté par Pons (thèse de Lyon 1905, observation VIII) a la valeur d'une véritable expérience. A la suite d'une injection de tuberculine faite chez une malade dans le but d'assurer le diagnostic entre chlorose et bacillose, on vit apparaître des phénomènes méningés intenses : céphalée violente, photophobie, diplopie, raideur de la nuque, hyperesthésie très marquée, délire, pouls à 136. Le diagnostic de méningite semblait s'imposer. En réalité il s'agissait simplement d'une poussée de tuberculose inflammatoire des méninges. Au bout de sept jours tout était rentré dans l'ordre, mais on vit apparaître une éruption d'érythème noueux sur les jambes, éruption, formée de nodosités nombreuses, d'une coloration rouge violacé, extrêmement douloureuses à la pression. En même temps on notait un gonflement douloureux des articulations des membres inférieurs. Il n'est pas douteux que l'injection de tuberculine pratiquée chez cette malade n'ait déterminé une décharge bacillémique ou toxémique avec localisation au niveau des méninges, des articulations et de la peau.

Les faits d'ordre anatomo-pathologique sont tout aussi significatifs. Il faut, tout d'abord, réserver une place spéciale à l'observation si intéressante de M. Poncet où l'examen d'un nodule sous-cutané érythémateux typique pratiqué par M. L. Dor lui montra la présence de lésions tuberculeuses typiques, à côté de lésions simplement inflammatoires. Au milieu d'une infiltration lymphocytaire banale on voyait une cellule géante extrêmement nette avec sa couronne de noyaux et entourée de nombreuses cellules épithélioïdes. Les réflexions faites par M. Pic à la Société médicale des hôpitaux de Lyon, au sujet de cet examen anatomo-pathologique, nous semblent tout à fait dignes d'être reproduites ici. Et tout d'abord du moins en ce qui concerne l'érythème noueux, l'appellation de tuberculose inflammatoire est préférable à celle de tuberculose non folliculaire qu'on a souvent voulu lui substituer, car voilà une tuberculose inflammatoire qui est en même temps folliculaire. En second lieu sans méconnaître la non-spécificité de la cellule géante, si bien mise en évidence récemment encore par MM. J. Nicolas et Favre, il ne faut pas, cependant, dénier toute importance à cette constatation anatomo-pathologique qui, en ce qui concerne l'érythème noueux, est le fait exclusif des travaux de MM. Poncet et L. Dor.

Une autre série d'arguments d'ordre anatomo-pathologique est tirée des travaux de MM. Gougerot et Laroche qui, expérimentalement, sont arrivés à reproduire chez l'animal avec des cultures de bacilles de Koch des tuberculides cutanées macroscopiquement et histologiquement semblables au noyau d'érythème noueux. Enfin, la ressemblance frappante des lésions produites par l'intradermo-réaction pratiquée chez les tuberculeux avec les éruptions érythémateuses nodulaires est un fait très significatif. Dans les deux cas, l'aspect macroscopique est le même, ainsi que les lésions microscopiques. MM. Pehu et Gardère ont récemment étudié de très près les lésions cutanées produites par une intradermo-réaction positive. A côté de lésions purement inflammatoires ils ont vu, dans les nodules suffisamment anciens, une très grande abondance de cellules géantes typiques. L'analogie est donc absolue avec les lésions de l'érythème noueux. Du reste, pas plus dans un cas que dans l'autre, on n'a vu des bacilles de Koch, même au niveau des lésions spécifiques. C'est donc un nouvel exemple à l'appui de ce fait que la distinction entre les tuberculoses folliculaires et non folliculaires n'a rien d'absolu et que l'appellation de tuberculose inflammatoire qui ne préjuge en rien des lésions anatomo-pathologiques mérite de voir son emploi généralisé.

La troisième catégorie d'arguments en faveur de l'origine tuberculeuse de l'érythème noueux est tirée des examents dits de laboratoire. Jusqu'à présent les essais d'hémocultures, pratiqués au moment des poussées éruptives, sont restés négatifs. Par contre la séro-réaction par la méthode de S. Arloing et P. Courmont et l'intradermo-réaction de Mantoux ont donné des résultats fort intéressants. Bien entendu, lorsqu'on voit survenir une poussée d'érythème noueux chez un tuberculeux avéré, que cette poussée s'accompagne d'attaque polyarticulaire, de méningisme, etc., la séro-réaction, l'intradermo-réaction n'ont qu'une signification bien minime et elles ne sont nullement nécessaires pour affirmer la nature tuberculeuse de l'éruption cutanée. Mais au contraire, lorsqu'il s'agit d'un érythème noueux survenant chez un sujet indemne ou seulement suspect de tuberculose, le résultat positif des méthodes de laboratoire précitées a une signification très importante, parce qu'il est un élément de présomption sinon de certitude en faveur de la nature tuberculeuse du processus éruptif. Or pratiquées dans ces conditions l'intradermo-réaction aussi bien que la séro-réaction ont donné très souvent des résultats fortement positifs.

L'intradermo-réaction a surtout été utilisée à Paris et par MM. Chauffard et Troisier. Nous avons déjà rappelé plus haut les objections faites par MM. Thibierge et Gastinel quant à la valeur réelle d'une intradermo-réaction tuberculeuse positive. Il semble bien que les expériences contradictoires de MM. Chauffard et Troisier aient définitivement fait justice des arguments de leurs contradicteurs. Du reste les mêmes objections ne peuvent être adressées au séro-diagnostic de S. Arloing et P. Courmont et cette méthode appliquée largement à Lyon dans les cas d'érythème noueux par MM. Nicolas, Savy et Charlet, par MM. Pic et Pierry, par M. Poncet lui-même a donné des résultats hautement significatifs. Sur les 6 cas de MM. Nicolas, Savy et Charlet le séro-diagnostic a été très positif dans les cinq cas où il a été pratiqué; sur les 9 cas de M. Pic il a été très positif cinq fois.

En raison de tous ces faits d'ordre clinique ou anatomo-pathologique concordant avec les résultats des examens de laboratoire, il nous semble donc légitime d'affirmer aujourd'hui que nombre de cas d'érythème noueux relèvent de l'infection tuberculeuse. S'agit-il de lésions dues au bacille lui-même ou bien de toxines à action vaso-dilatatrice? La question n'est pas encore résolue, non plus, du reste, que pour toutes les manifestations de la tuberculose inflammatoire en général. La présence niée, il est vrai, mais dûment constatée, cependant, par M. L. Dor, de cellules géantes sans bacille de Koch au niveau des nodules cutanés au milieu de lésions purement inflammatoires nous incite à dire, avec M. Poncet et

M. Pic, qu'il est préférable de désigner un semblable processus sous le nom de tuberculose inflammatoire plutôt que sous celui de tuberculose non folliculaire. Mais ce n'est là qu'une question de terme fort peu importante, ce qui est essentiel c'est la nature tuberculeuse aujourd'hui parfaitement démontrée de nombre de cas d'érythème noueux. « A cette doctrine affirmée de par la clinique et l'anatomie pathologique dès 1905, par M. Poncet, les travaux récents et concordants publiés en Allemagne et surtout à Paris et à Lyon ont ajouté des preuves d'ordre expérimental et biologique, et l'avenir dira s'il est permis d'y ajouter encore des arguments d'ordre thérapeutique. » (A. Pic, *Société médicale des hôpitaux de Lyon*, séance du 19 décembre 1911) (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 14 JUIN 1912)

Dans quelle région du sommet faut-il chercher les premiers signes physiques de la tuberculose pulmonaire. Valeur de la « zone d'alarme » de St. Chauvet. — M. Emile SERGENT. Le poumon déborde notablement la clavicule: si on veut explorer le sommet, en avant, c'est le creux sus-claviculaire et non le creux sous-claviculaire qu'il faut examiner. Or, l'auscultation du creux sus-claviculaire est à peu près impossible sans le secours du stéthoscope et peut être entachée, dans ses résultats, de nombreuses causes d'erreur (voisinage du bruit trachéal, souffles vasculaires).

C'est pourquoi l'auscultation du sommet par sa face postérieure lui a toujours paru préférable. Elle donne les meilleurs résultats lorsqu'elle est pratiquée dans la partie tout à fait interne de la fosse sus-épineuse, dans la région décrite par son ancien interne St. Chauvet, sous le nom de « zone d'alarme » pour la raison que c'est à son niveau qu'on a le plus de chances de constater les premiers signes physiques de la tuberculose débutante.

Pour délimiter la zone d'alarme on procède ainsi : du milieu de l'espace qui sépare l'apophyse épineuse de la septième cervicale de celle de la première dorsale on tire une ligne jusqu'au tubercule du trapèze sur l'épine de l'omoplate; du milieu de cette ligne pris comme centre on décrit une circonférence du diamètre d'une pièce de 5 francs; cette circonférence circonscrit la zone d'alarme. Si on fixe un point de repère métallique au centre de cette zone et si on tire une épreuve radiographique on constate que ce point de repère se projette précisément dans le dôme même du poumon et qu'il correspond, en arrière à la partie tout à fait interne de la fosse sus-épineuse, et en avant à la partie tout à fait interne du creux sus-claviculaire à une hauteur notable au-dessus de la clavicule.

Les statistiques de l'auteur, depuis quatre ans, lui ont démontré que, dans bien des cas où l'exploration des autres régions du sommet reste négative, l'exploration attentive de la zone d'alarme décèle l'existence de lésions non seulement débutantes, mais assez souvent avancées dans leur évolution, quoique très circonscrites.

Un cas d'alcaptonurie. — MM. H. TRIBOULET et BOUGAULT. Modification rare des urines, non définie encore dans sa pathogénie, l'alcaptonurie (présence d'acide homogentérique ou de composés phénoliques) peut intéresser le clinicien.

Sans parler des autres faits de mélanurie (cancer, empoisonnement phénique) aisément reconnus par l'étiologie, l'alcaptonurie se distingue par une réaction noire, instantanée, avec l'azotate d'argent ammoniacal. Comme l'alcaptone réduit à chaud la liqueur de Fehling, elle pourrait, dans certains cas à examen superficiel, prêter à confusion avec la glycosurie (l'examen polarimétrique est négatif).

Dans le cas clinique actuel, enfant de huit mois, normale, semble-t-il.

L'effet purgatif des injections hypodermiques de sulfate de magnésie. — MM. Albert ROBIN et Marcel SOURDEL ont constaté à plusieurs reprises les bons effets de cette thérapeutique. Il suffit souvent d'une injection d'un centimètre cube de la solution de sulfate de magnésie au quart pour obtenir un résultat.

Dans certains cas, l'injection a dû être répétée plusieurs jours de suite. En cas d'insuccès avec cette dose, jamais une dose plus forte n'a donné de meilleurs résultats. Au contraire 12cg5 ont donné des effets là où 25 centigrammes avaient été suivis d'échec. Les selles obtenues sont bien moulées, très rarement diarrhéiques. Il semble donc, contrairement à l'opinion de certains auteurs, que le sulfate de magnésie agisse surtout en réveillant ou en augmentant la contraction intestinale tandis qu'après injection la purgation doit être rapportée plutôt à des phénomènes d'osmose. Ce traitement pourra être utilisé en clinique toutes les fois que l'introduction du purgatif par la bouche sera impossible (trismus), que l'estomac sera intolérant (vomissements), que l'introduction par le rectum sera insuffisante, toutes les fois enfin que c'est surtout contre la paresse intestinale qu'on aura à lutter.

M. CARNOT rappelle que la question des injections sous-cutanées et intraveineuses de substances purgatives est déjà ancienne. Il a eu l'occasion d'étudier l'action du sulfate de soude introduit directement dans la circulation, et a pu suivre après injection de sérum de Locke l'action sur l'intestin du sulfate de magnésie par l'examen radioscopique des contractions intestinales.

La plupart des injections sous-cutanées de ces substances provoquent des effets purgatifs (sené, aloès, sulfate de soude, phénol-phtaléine), mais beaucoup provoquent des excitations locales et générales qu'il faut éviter. L'aloès provoque des douleurs et la température monte à 40 degrés. Le sulfate de soude provoque des œdèmes locaux, le sulfate de magnésie est douloureux.

Dans presque tous les cas, les résultats sont inconstants et l'action est prolongée.

Pigmentation physiologique des muqueuses. — M. L. LORTAT-JACOB. La pigmentation des muqueuses peut se rencontrer chez certains individus en dehors de toute tare pathologique notamment chez les Philippins, les Tziganes et les Roumains. L'auteur l'a notée chez un homme de soixante-treize ans bien portant originaire de Manille.

D'autres observations semblables ont été rapportées par Sabareanu en 1908 qui relate le fait chez douze individus physiologiques roumains et tziganes. Il est donc nécessaire en présence d'individus porteurs de taches pigmentaires de nature indéterminée de préciser autant que possible les antécédents héréditaires dans le sens de la nationalité ou des caractères ethnologiques.

Erythrocytes et leucocytes d'albuminuriques. — MM. E. FEUILLIÉ et Emile ROUX. A l'origine des albuminuries il existe de la fragilité leucocytaire à laquelle s'ajoute souvent une diminution de résistance des globules rouges. Il s'agit d'érythro-leucopathies. Certaines formes graves avec prédominance d'érythropathie répondent au chloro-brightisme de Dieulafoy.

Les albuminuries sont indépendantes de l'état des tubuli contorti. Ce n'est pas le rein qu'il faut soigner, mais l'état général et la leucopathie.

Polioencéphalite syphilitique. Guérison par le 606. — M. F. BAUDOUIN (de Tours) présente un cas de polioencéphalite syphilitique guéri, par les injections successives de 606. Il s'agissait d'un homme de quarante ans, entré dans un service d'ophtalmologie pour de la diplopie. On porte le diagnostic de syphilis probable, lorsqu'apparaît une paralysie faciale du côté opposé à type supérieur et inférieur, avec ptosis. Bien que la réaction de Wassermann soit négative, le malade n'ayant été qu'amélioré passagèrement par le mercure on fit

(1) Cet article était écrit depuis la fin de février dernier.

La discussion récente sur la *Tuberculose inflammatoire* (Soc. méd. des hôpit. de Paris, avril, mai 1912) lui donne un regain d'actualité.

une injection de 60 centigrammes de salvarsan. Le Wassermann redevint positif par réactivation biologique. Ce malade eut successivement 6 injections de 606 et est actuellement guéri, avec une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien très diminuée et la disparition complète des accidents.

(*A suivre.*)

PRATIQUE MÉDICALE

LES TUBERCULEUX QU'IL FAUT SURALIMENTER

Par M. Jean Trouette.

Le procès depuis si longtemps pendant devant le corps médical est enfin jugé. La cause est entendue. La guerre est close entre les partisans à outrance de la suralimentation dans la tuberculose et les détracteurs systématiques. Les adversaires se sont réconciliés, ou plutôt les uns et les autres ont évolué, chaque parti abandonnant ce que sa thèse avait d'excessif ou d'exclusif. On est d'accord aujourd'hui pour reconnaître à la suralimentation son utilité, sa nécessité même dans certains cas, ses dangers dans d'autres.

L'erreur de ceux qui prônaient jadis la suralimentation était de vouloir faire de celle-ci le traitement spécifique, la panacée universelle des tuberculeux. Par contre, ses détracteurs semblaient n'avoir d'yeux que pour les désordres causés, chez quelques-uns d'entre eux, par une suralimentation mal comprise, mal instituée et faite sans discernement. Les uns comme les autres péchaient par l'excès d'un esprit trop simpliste, et oubliaient que le tuberculeux n'est pas un système toujours identique de lésions et de réactions, auquel conviendrait une formule unique adaptée à tous les cas. La suralimentation aveugle était un danger, comme l'est aussi l'emploi du régime lacto-végétarien exclusif, par crainte de l'intoxication azotée; ces deux abus, il est vrai, sont déjà d'un autre temps.

Essayons de résumer les points définitivement acquis, et, pour échapper à tout reproche de partialité, laissons-nous guider par les plus récents écrits d'un jeune et brillant maître qui a consacré à cette question les plus remarquables travaux.

Une vérité actuellement hors de doute est la fréquence des troubles, quelquefois graves, auxquels donne lieu la suralimentation inconsciente de nombre de gens bien portants qui, n'écoutant que leur appétit démesuré ou leur gourmandise, vont droit à la dyspepsie (1). Mais il ne s'agit pas là de malades et nous ne faisons que citer leur cas pour éviter toute confusion.

Une seconde vérité, concernant alors les tuberculeux, est qu'il faut bien se garder de suralimenter ceux dont le poids est normal et stationnaire, à plus forte raison ceux qui ont une tendance à dépasser leur poids normal.

Mais si le praticien se trouve en présence d'un bacillaire qui maigrit, le problème est différent. Cet amaigrissement peut être dû à un état dyspeptique ou bien anorexique; l'insuffisance de son alimentation est notoire, et constitue un danger; plus de doute, il faut suralimenter, et cela jusqu'au retour du poids normal; ce résultat obtenu, cesser.

Si l'intolérance alimentaire est très prononcée, il y a lieu d'utiliser le gavage à la poudre de viande, le vieux gavage qui donna tant de succès entre les mains du professeur Debove.

Très souvent, aussi, malgré une alimentation suffisante, c'est une poussée fébrile qui amène la dénutrition et l'amaigrissement: les avis sont partagés sur la nécessité de suralimenter à ce moment. Beaucoup d'auteurs y reviennent; M. Marcel Labbé, plus éclectique, préconise une suralimentation azotée *périodique* et *interrompue*, qui semble en effet convenir à la plupart des cas.

Un dernier point reste à préciser. Qu'appelle-t-on ration normale chez un tuberculeux? Il est facile de s'en rendre compte grâce à M. Laufer, qui a démontré que, à travail égal, et du fait de sa maladie, un tuberculeux consomme environ 20 p. 100 de plus qu'un homme sain du même poids. *Ce n'est donc pas le suralimenter* que de lui donner ce supplément de 20 p. 100 sans lequel il maigrirait rapidement.

Quels sont les aliments de choix pour instituer le régime convenable ? On entend parfois parler des « biftecks » comme réalisant l'idéal ; c'est oublier trop aisément une des données principales du problème : dyspepsie et anorexie. Les extraits de viande sont reconnus peu nutritifs et toxiques à haute dose, les peptones et albumoses irritent le tube digestif. On n'a en revanche aucune objection sérieuse à faire à une poudre de viande de bonne qualité, qu'on doit préférer diastasée et mélangée de féculents ; on évite ainsi de risquer la *surazotation* du malade, et on combat son anorexie par un produit peptogène et stimulant, tout en respectant son estomac dyspeptique.

(1) Marcel Labbé. La suralimentation et ses dangers. *Revue hebdomadaire*, 1910, n° 31. — La suralimentation, facteur de dyspepsie. *Journal de médecine de Paris*, 12 novembre 1910.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 24 AU 29 JUIN 1912

THÈSES

Mercredi 26 juin, à une heure. — M. Marro. Essai sur la coccygodynie. (MM. Reclus, président; Segond, Nicolas et Grégoire.) — M. Monlaur. De la chondro-périchondrite tuberculeuse du larynx. (MM. Segond, président; Reclus, Nicolas et Grégoire.) — M. Gauthier. Les fractures du nez chez les boxeurs. (MM. Segond, président; Reclus, Nicolas et Grégoire.) — M. Hovelacque. Anatomie descriptive et topographique des racines rachidiennes postérieures. Les divers procédés de radiotomie postérieure (opération de Fœrster, Van Gehuchten Gulcke). (MM. Nicolas, président; Reclus, Segond et Grégoire.) — M. Martingay. Entérocolites toxiques suraiguës de la seconde enfance. (MM. Marfan, président; Teissier, Guillain et André Léri.) — M. Verdoux. Contribution à l'étude de l'angine diphtérique maligne tirée d'une série de cas graves observés et traités à l'hôpital Bretonneau. (MM. Marfan, président; Teissier, Guillain et André Léri.)

Jeudi 27 juin, à une heure. — M. Fabre. Sur quelques cas anormaux de maladie d'Addison. (MM. Debove, président; Albert Robin, Achard et Rathery.) — M. Pironneau. Essai de classification étiologique des diarrhées infantiles. (MM. A. Robin, président; Debove, Achard et Rathery.) — M. Angot. A propos de quelques observations de grippe pseudo-phymique. (MM. Achard, président; Debove, Albert Robin et Rathery.) — M. Viard. Contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathogénie du goitre endémique. (MM. Chantemesse, président; Gilbert Ballet, Pierre Marie et Roussy.) — M. Salomon. Contribution à l'étude des paralysies générales prolongées. (MM. Gilbert Ballet, président; Chantemesse, Pierre Marie et Roussy.) — M. Chefick Husny. Compression de la moelle épinière par les néoplasmes vertébraux. (MM. Pierre Marie, président; Chantemesse, Gilbert Ballet et Roussy.) — M. Parlitch. Etiologie et symptomatologie du cancer de l'utérus. (MM. Pozzi, président; Bar, Brindeau et Okinczyc.) — M. Istria. Comment traiter les ruptures de l'utérus survenant pendant le travail. (MM. Bar, président; Pozzi, Brindeau et Okinczyc.) — M. Alich. L'irido-choroïdite tardive par fistulisation de la cicatrice après l'opération de la cataracte et son traitement. (MM. de Lapersonne, président; Prenant, Retterer et Terrien.) — M. Bulliard. Essai doctrinal et pratique sur la dépilation. (MM. Prenant, président; de Lapersonne, Retterer et Terrien.)

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la vingt-troisième semaine, 907 décès, au lieu de 899 pendant la semaine précédente et au lieu de 843, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès, la variole 1, la rougeole 21, la scarlatine 4, la coqueluche 10, la diphtérie 5.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 17 juin : MM. Laederich, 18; Armand-Delille et Paisseau, 19.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Ordre de lecture.* — MM. Muret, Roux, Mocquot, Mercadé, Barbier, Sauvé, Guimbellot, Gasne, Gernez, Martin, Capette, Bazy, Bailleul, Deniker, Mathieu, Picot, Okinczyc, Français, Küss, Kendirdjy, Bréchot, Rouhier, Poupardin, Heitz-Boyer et Piquand.

Lecture. — Séance du 17 juin. — MM. Muret, 23; Roux, 25; Mocquot, 28; Mercadé, 26.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Rennes. — Un concours sera ouvert devant l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes, le 14 octobre 1912, pour un emploi de chef de clinique chirurgicale.

Sont admis à concourir les docteurs en médecine français et les étudiants en médecine ayant soutenu leurs cinq examens de doctorat, avec condition d'être docteur dans les six mois.

Les chefs de clinique sont nommés pour deux ans. Ils reçoivent une indemnité annuelle de 800 francs.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes un mois avant l'ouverture du concours.

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 9 juin 1912 :

Médecin principal de première classe. — M. Descour est nommé directeur du service de santé du 11e corps d'armée.

Médecin principal de deuxième classe. — M. Vachez est nommé médecin chef de l'hôpit. de Grenoble.

Médecins-majors de première classe. — MM. Sebillon est nommé médecin chef de l'hôpit. de Toul; Chevalier passe aux troupes débarquées au Maroc; Guirlet, au 33e d'art.; Brico, à l'hôpit. de Toul; Michaud est affecté par ordre aux salles milit. de l'hospice mixte de Chambéry; Bichelonne passe en Algérie; Fohanno, au 25e d'art.; Castaing est affecté en Algérie; Delmas, au 111e d'inf.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Rolland passe au 97e d'inf.; David de Drézigué, au 47e d'inf.; Guignot, au 21e d'inf.; Canel, au 86e d'inf.; Melliès est désigné pour l'Algérie; Rouchaud passe au 17e d'art.; Périé et Fontagné, aux troupes débarquées au Maroc; Dabat, au 24e bat. de chass. à pied; Renaud, au 18e dragons.

UN CONGRÈS MÉDICAL A PLOMBIÈRES. — A l'issue du deuxième Congrès des anciens internes, qui vient de se tenir à Nancy, une visite a été faite à la station des eaux de Plombières sous la présidence de M. le professeur Spillmann.

A leur arrivée, les congressistes, au nombre d'une soixantaine, conduits par M. Lanique, ont été reçus par la municipalité de Plombières.

Après une visite complète des établissements thermaux, une réception a été offerte aux congressistes par les médecins de la station. Des allocutions ont été prononcées par les docteurs Hamaide, président du Syndicat des médecins de Plombières; Charles, vice-président de la Compagnie des Thermes; Pelthier et Lanique.

CRITIQUE SCIENTIFIQUE ET DIFFAMATION. — Un procès en diffamation relatif à la cure du cancer s'est terminé à Londres. Le docteur Bell poursuivait en diffamation le docteur Bashford, directeur d'une institution officielle, qui l'avait traité de charlatan dans le *British medical Journal.* Après les plaidoiries, le lord-chief justice a, comme d'ordinaire, résumé les débats et indiqué au jury quels étaient les points sur lesquels ils étaient appelés à se prononcer.

« Vous aurez à considérer, dit-il, si en exposant sa théorie comme il l'a fait le docteur Bell s'est rendu coupable de charlatanisme. On a répété à satiété que le docteur Bashford est honnête. Ce n'est pas la seule question. Si ce médecin a décrit le docteur Bell comme un charlatan et que vous pensiez que ce qu'il a écrit dépassait son droit de critique, il serait lamentable que toute tentative pour découvrir un remède à ce terrible fléau fût empêchée par la publication de critiques injustes. On ne vous demande pas d'exprimer vos vues sur la théorie du docteur Bell en elle-même. On vous demande de dire si le docteur a été diffamé. »

Le jury, après une courte consultation, a rapporté un verdict de culpabilité contre le docteur Bashford et le *British medical journal*, qui ont été condamnés à 50.000 francs de dommages-intérêts. Ils ont interjeté appel (*Le Temps*).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Léon Duchesne, président d'honneur de l'Union des syndicats des médecins de France.

DE L'EXOPHTALMIE UNILATÉRALE DANS LA MALADIE DE BASEDOW

Par MM. G. WORMS,
Médecin aide-major de première classe,
et A. HAMANT,
Ancien interne des hôpitaux de Nancy.

Au cours de la maladie de Basedow, les signes oculaires se manifestent en général par une exophtalmie bilatérale. Mais il peut arriver que la protrusion du globe oculaire demeure localisée à un seul côté.

C'est là une particularité symptomatique qui, jusqu'en ces dernières années, avait échappé à l'attention des cliniciens.

Certains auteurs [Schott (1), Marcus (2)] sont allés jusqu'à nier sa possibilité, et considérer sa présence comme devant faire rejeter le diagnostic de goitre exophtalmique.

J. Terson (3) paraît avoir été le premier à signaler son existence.

Son étude fut reprise par A. Trousseau (4) qui rapporta plusieurs faits analogues à ceux décrits dans ce premier travail.

Les observations éparses dans différents recueils, plus encore à l'étranger qu'en France, sont aujourd'hui assez nombreuses pour qu'il soit possible, en les rapprochant les unes des autres, de se rendre compte de la fréquence relative et de la valeur diagnostique des manifestations monoculaires dans la maladie de Graves.

Dans sa thèse (Lyon 1910) Legras de Vaubercey, élève du professeur Rollet, en a réuni 48 cas.

König en a présenté récemment un bel exemple à la Société de neurologie.

En ce qui nous concerne, nous avons eu l'occasion d'en observer un cas très net dans le service de notre maître, M. le professeur Weiss, et notre ami le docteur Gelma, médecin de l'asile de Nancy, a eu l'obligeance de nous en communiquer une autre observation.

Nos recherches bibliographiques nous ont permis d'en réunir 112 cas et nous avons l'impression que cette statistique est encore incomplète.

Voici d'abord nos observations personnelles.

Observation I. — C. K., trente et un ans, modiste, entre le 24 novembre 1910 dans le service de M. le professeur Weiss, en se plaignant d'une augmentation de volume du cou et de la saillie de l'œil gauche.

Rien de particulier à relever dans ses antécédents héréditaires.

Personnellement, réglée à l'âge de quinze ans et depuis cette époque, de façon régulière, elle éprouva, dès la puberté, des palpitations, et une certaine émotivité.

(1) Schott. *Deut. med. Zeit.*, 1889, n° 32.

(2) Marcus. *Ibid.*, 1903, n° 48.

(3) J. Terson (de Toulouse). *La Clinique ophtalmologique*, 25 mars 1902.

(4) A. Trousseau. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 janvier 1906.

Depuis trois à quatre ans, elle a remarqué un certain changement dans son caractère, devenu plus irritable, en même temps que l'apparition d'un tremblement des doigts qui la gêne beaucoup dans son métier.

Depuis deux ans, elle a renoncé à porter des cols à son corsage, car leur pression était douloureuse, bien qu'ils ne fussent pas très ajustés.

Il y a quelques mois, une tuméfaction est apparue au niveau du cou, qui augmenta petit à petit pour acquérir le volume actuel.



Examen de la malade. — Personne anémiée, petite, très impressionnable, éprouvant à toute occasion des crises de tremblement et de palpitations.

Tous les signes du goitre exophtalmique sont au complet, mais à un degré moyen.

Pouls à 90, température 36°8.

Le lobe gauche de la thyroïde est seul hypertrophié ; il contient une tumeur du volume d'une noix verte, que l'on peut facilement contourner avec les doigts.

Tour du cou 30 centimètres. Pas de gêne de la déglutition, ni de la respiration.



Exophtalmie très accusée de l'œil gauche. — Ce symptôme est apparu en même temps que se développait la tumeur thyroïdienne. La paupière supérieure est relevée et laisse à découvert une partie de la sclérotique large de 1 millimètre, ce qui donne au regard, de ce côté, une expression de fixité étrange (signe de Stellwag).

Quand on demande à la malade de diriger l'œil en bas, la paupière suit à peine le mouvement (signe de Græfe). Acuité visuelle normale. Pas de diplopie.

A droite, au contraire, l'aspect de l'œil et de l'ouverture palpébrale n'offre rien d'anormal, et cette intégrité de l'appareil oculaire fait contraste avec l'exophtalmie du côté opposé.

Ni sucre, ni albumine dans l'urine. La malade n'éprouve aucune douleur, mais seulement une grande fatigue générale.

On pratique une *thyroïdectomie gauche*. Incision le long du sterno-cléido-mastoïdien.

Ligature de la thyroïdienne supérieure. Ecrasement et liga-

ture de l'isthme supérieur. Ablation du lobe gauche, en allant vers la corne inférieure ; on lie, pour terminer, la thyroïdienne inférieure ; drainage aux crins, suture, suites normales.

Examen trois mois après : la plupart des symptômes (émotivité, palpitations, faiblesse générale) se sont amendés, sauf l'exophtalmie gauche, qui présente sensiblement la même intensité qu'avant l'intervention.

Obs. II. — Nous n'en donnons qu'un résumé succinct, car elle doit faire l'objet d'une communication à la Société de neurologie, de la part du docteur Gelma.

Malade de cinquante-six ans, atteinte de goitre exophtalmique unilatéral droit. Exophtalmie droite très accusée, avec signes de Moebius, de Stellwag, de de Græfe, de Rosenback, de Jellinek localisés du côté de l'exophtalmie. Le début du goitre est ignoré. Tachycardie avec paroxysmes. Tremblement des doigts, très menu, association de gigantisme avec tendance à l'acromégalie fruste. Légère glycosurie et albuminurie, coïncidence de psychose périodique.

Liste des cas trouvés dans la littérature, et ne figurant pas dans la thèse de Legras de Vaubercey (Lyon 1910) :

Œil gauche. — Schnitzler. Klinische Beobachtungen über die Basedowsche Kranckheit, *Wiener med. Halle*, S. 245-350, 1864.

Baldwin. Exophtalmic goitre, *The Brit. med. Journ.*, I, p. 112, 1884.

Dreyfus-Brisac. *Gaz. hebdom.*, n° 17, p. 271, 1885.

Taylor. *Philad. med. und surg. Reporter*, 1888, p. 468.

Snell. 2 cas. *The Lancet*, 1887, p. 818 et *The Brit. med. Journ.*, I, p. 115, 1887.

Berry G. A. *Grave's Disease*, 1889, p. 382.

Williams. *Clin. Journ. of London*, 1896, VII, n° 93.

Clarke. *The americ. Journ. of ophtalm.*, 1897, n° 11, p. 349.

Wilbrand et Saenger. *Die Neurol. des Auges*, 1909, Bd. I. S. 25.

Mooren. *Gesichtsstörungen und unterinleiden*, 1898, 2 aufl. S. 70.

Griefith. *Analyse des cas des cliniques de Little et Glascott*, n° 656, p. 60, 1886 (7 cas).

Pässler. *Deut. Zeit. f. Nervenheilk*, 1895. S. 210.

Fr. Müller. *XXIIIe Congrès all. de méd. int.*, 1906, S. 100.

Krong. *St-Petersb. med. Wochen.*, 1906, XXXI, n° 36.

Frank Billings. *The Journ. of americ. med. assoc.*, 1907, XLVIII, p. 349.

Œil droit. — Eulenbourg. *Berl. klin. Wochen.*, 1869, n° 27.

Abadie. *Union méd.*, 1880, n° 157.

Gluzinski. *Pazeglad lekarski*, 1880, n° 51.

Gueneau de Mussy. *Gaz. hebdom.*, 1881, p. 745.

Berger. *Bull. de la soc. de chir.*, 1884, p. 277.

Saunby. *The Brit. med. Journ.*, 1885, I, p. 228.

Snell. *The Brit. med. Journ.*, I, p. 115, 1887.

Hirschl. *Jahrbücher f. Psychiat.*, 1894, XII, p. 550.

Risley. *Transactions of the americ. ophtalm. Society*, 1895, XXXI.

Vossius. *Berträge f. Augenheilk*, 1895, XVIII, S. 704.

Boisson. Th. de Paris, 1898.

Boinet. *Revue de méd.*, 1898, p. 525.

Miller. *The Brit. med. Journ.*, II, p. 629.

Féré. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1900, n° 5, p. 494.

Witherspoon. *The Journ. of the americ. med. assoc.*, 1903, XL, n° 4, p. 228.

A. Barkan. *The ophtalm. Record*, 1905, XV, n° 1, p. 44.

Gifford. *The ophtalm. Record*, 1906, n° 5, p. 249.

Pribram. *Prager med. Wochen.*, 1906, n° 22-24.

Posey-Campbell et Swindells. *The ophtalm. Record*, 1904, XIII, p. 284-215.

Franke. *Deut. med. Wochen.*, 1904, XXX, n° 47.

Voyons quels caractères cliniques ont revêtus, dans les observations que nous avons colligées, ces signes oculaires unilatéraux.

L'exophtalmie, dans plusieurs cas, ne s'est pas établie dès le début de l'affection ; les autres symptômes cardinaux, goitre, palpitations, tremblement, existaient depuis quelque temps déjà, lorsque l'exophtalmie s'est montrée d'un côté.

Il en a été autrement dans les observations de Trousseau, de Terson, de Gifford, de Campbell-Posey, où l'exophtalmie a débuté en même temps que les manifestations du goitre, et parfois a précédé ces dernières.

On conçoit combien alors le diagnostic peut être embarrassant : nombreux, en effet, sont les syndromes qui peuvent donner le change et la confusion que l'on est exposé à commettre avec des lésions locales de l'orbite, et tout particulièrement avec les tumeurs de cette région, peut être grave de conséquences.

Dans la plupart des observations l'exophtalmie est d'emblée unilatérale et le demeure pendant toute la durée de la maladie.

Inversement, il peut arriver que, localisée d'abord d'un seul côté, elle envahisse seulement plus tard, et parfois, très longtemps après, le côté opposé.

Une fois constituée, elle présente une certaine fixité, restant identique à elle-même, d'un jour à l'autre. Exceptionnellement, elle a montré une certaine variabilité dans son intensité et son degré, s'accentuant un jour, s'atténuant le lendemain. Dans quelques cas rares, d'abord bilatérale, elle a disparu d'un côté, à une période plus ou moins éloignée de la maladie, ne devenant ainsi bilatérale que secondairement.

En ce qui concerne le côté de l'exophtalmie, on peut dire qu'elle atteint en proportions sensiblement égales l'œil droit et l'œil gauche.

Les signes de de Græfe et de Stellwag lui sont presque toujours associés, et respectent au contraire l'œil opposé.

Relations entre le goitre et l'exophtalmie. — Certains auteurs (Buschan, Gowers) ont prétendu que, d'une façon générale, goitre et exophtalmie marchaient de pair, en ce sens qu'on les rencontrait du même côté et qu'ils se manifestaient avec une intensité comparable.

De là, à mettre la production de l'exophtalmie unilatérale sur le compte de l'hypertrophie thyroïdienne, il n'y avait qu'un pas. C'est, en effet, l'opinion soutenue au XXIIIe Congrès allemand de médecine interne (1906) par F. Müller qui apporte à l'appui de sa thèse 2 cas personnels de goitre unilatéral associé à une exophtalmie homonyme. Chez l'une des deux malades l'ablation du lobe thyroïdien hypertrophié entraîna la disparition de l'exophtalmie, sans influencer en rien les autres symptômes.

Cette théorie, qui s'impose de prime abord à l'esprit, fut également adoptée par Kocher.

S'accorde-t-elle avec les faits ? Une première et sérieuse objection peut lui être opposée, qui est tirée des constatations faites dans notre cas personnel ; chez notre malade, goitre et exophtalmie étaient

également localisés à gauche, mais, contrairement à ce qui se passa dans le cas de Fr. Müller, la thyroïdectomie du lobe gauche n'amena aucun changement dans le degré de l'exophtalmie, même à plusieurs mois de distance.

Si nous considérons d'autre part les 43 cas d'exophtalmie unilatérale où furent notés avec précision les caractères de l'hypertrophie thyroïdienne, nous constatons que :

17 fois le goitre intéressait le même côté que la saillie oculaire;

14 fois le côté droit;

3 fois le côté gauche.

Dans 6 cas, il y avait croisement des deux symptômes.

Dans 13 cas, l'hypertrophie thyroïdienne était à peine apparente ou même absente.

S'il paraît donc indéniable que souvent l'exophtalmie monoculaire corresponde au lobe thyroïdien hypertrophié, on ne doit voir là qu'une pure coïncidence, et il est difficile d'établir entre les deux symptômes une relation certaine de causalité.

La théorie précédente, si séduisante qu'elle soit, ne semble donc pas confirmée par les constatations cliniques.

Pathogénie de l'exophtalmie. — Sans vouloir choisir de façon catégorique entre les théories qui actuellement se partagent la faveur des auteurs pour expliquer le goitre exophtalmique, nous ne pouvons nous empêcher de considérer que l'un au moins des symptômes cardinaux de la maladie, l'exophtalmie, réalise le tableau d'une excitation du sympathique cervical.

Cette opinion qui, dès le début, conquit les suffrages de de Græfe, de Charcot, etc., conserve aujourd'hui un grand nombre d'adeptes, qui ne manquent pas, pour la soutenir, d'accumuler force arguments d'ordre anatomique, expérimental, clinique et thérapeutique (Abadie, Jaboulay, A. Chalier).

L'état actuel de nos connaissances ne nous permet pas de dire encore d'où provient cette excitation du sympathique; peut-être faut-il en chercher le *primum movens* dans un trouble de la sécrétion thyroïdienne, dans un processus de dysthyroïdie, comme de récentes recherches paraissent l'indiquer (Gley).

On ne peut non plus admettre que le trouble ou la lésion intéresse le *tronc* même du sympathique cervical, car alors toutes les fibres qui le constituent devraient être intéressées, y compris les fibres irido-dilatatrices. Or, chez la plupart des malades atteints de maladie de Basedow, on n'observe que de l'exophtalmie, sans troubles pupillaires, sans dilatation de la pupille en particulier.

S'il y a excitation du sympathique, c'est une excitation incomplète ou plutôt dissociée, en ce sens que certaines seulement des fibres motrices de ce nerf sont atteintes, à l'exclusion de celles qui font dilater l'iris. Une pareille dissociation ne s'explique guère qu'en localisant le trouble originel au niveau de l'un des groupes cellulaires bulbomédullaires dont dépend le grand sympathique.

Comment agit le sympathique pour produire l'exophtalmie ?

Sur ce point encore, les avis sont partagés.

a. *Théorie vasculaire.* — Pour Abadie (Congrès français de chirurgie, 1896, *Presse médicale*, 3 mars 1897), il s'agirait d'un phénomène purement vasculaire, les vaisseaux rétro-oculaires dilatés propulseraient le globe.

Cette interprétation ne semble pas admissible pour bien des raisons.

Comme le dit Jaboulay, pourquoi l'exophtalmie, après la section du grand sympathique, diminuerait-elle rapidement, malgré la présence d'une vasodilatation évidente dans le territoire de l'ophtalmique ?

D'autre part, si la dilatation des artères rétro-oculaires était assez considérable pour provoquer la saillie du globe à un point tel qu'il en paraît parfois luxé hors de l'orbite, comment se fait-il que les différences de pression entre la systole et la diastole ne se traduisent pas par une exophtalmie pulsatile. On assiste, au contraire, à une expression du regard qui se caractérise par sa fixité.

b. *Théorie musculaire.* — Beaucoup plus satisfaisante est la théorie musculaire, ainsi exposée par Jaboulay (*Chirurgie du grand sympathique et du corps thyroïde*, Lyon, 1900).

« La rentrée de l'œil dans l'orbite, après sympathicotomie, par sa persistance définitive, ressemble à une paralysie d'un muscle privé de son innervation.

Si un œil en position normale peut sous l'influence de la paralysie d'un muscle placé autour de l'œil rentrer dans l'orbite, un œil en exorbitisme est peut-être sollicité par d'autres moyens d'action. C'est précisément le cas de l'exophtalmie dans la maladie de Graves où chez ces malades la sympathicotomie produit encore de la vasodilatation de la face et de toute la tête, des conjonctives, de la rétine, par suite des artères rétro-oculaires. Il y a donc vasodilatation des vaisseaux du fond de l'orbite. Cette vasodilatation est cependant incapable d'empêcher la rentrée de l'œil. C'est donc à la paralysie d'un muscle, qui est probablement le muscle lisse orbitaire de Sappey et de Müller qu'il faut rattacher l'exorbitisme. Il s'agit dans ces phénomènes extraoculaires, d'un mécanisme analogue à celui qui régit les modifications intraoculaires comme le myosis, autrefois rattaché à des phénomènes vasomoteurs, c'est-à-dire d'un mécanisme musculaire pur, sans intervention des vaisseaux. Ainsi nous croyons avoir démontré que les mouvements de translation de l'œil, après la sympathicotomie, relèvent d'une action musculaire, comme d'ailleurs le mouvement pupillaire. »

Sur quels éléments agit l'excitation du sympathique ?

Il semble bien qu'il n'y ait que la capsule de Tenon, emboîtant le pôle postérieur de l'œil, comme le cotyle, la tête fémorale, qui soit susceptible de recevoir cette excitation et d'amener la propulsion de l'œil hors de l'orbite.

En effet, cette membrane est constituée par du tissu fibreux, mais aussi par des fibres musculaires lisses, qui sont animées par le sympathique; elle est rattachée au rebord orbitaire par de véritables ailerons, eux-mêmes infiltrés de fibres lisses. Dans

ces derniers temps, Landström (1) a attiré l'attention sur l'existence d'un muscle lisse, jusqu'alors inconnu, qui, de forme cylindrique, entourerait le tiers antérieur du globe, et prendrait son origine au septum orbital pour venir s'insérer à l'équateur de l'œil.

Par contre, les muscles orbitaires externe et interne décrits par Sappey n'existeraient pas.

Quoi qu'il en soit des divergences des auteurs sur la disposition intime de ces éléments contractiles, il n'en demeure pas moins que la contraction de ces fibres peut attirer en avant la capsule rétrobulbaire et, par conséquent, l'œil lui-même.

Les signes de Stellwag et de de Græfe s'expliquent de la même façon. C'est le muscle de Müller qui, s'étendant du bord adhérent du tarse au fornix et d'une commissure à l'autre, entraîne, par sa contraction, l'impossibilité de fermer l'œil (signe de Stellwag).

Ce muscle de Müller est en rapport intime avec le releveur de la paupière supérieure; sa contracture s'opposera au fonctionnement normal du releveur et la synergie des mouvements de ce muscle avec ceux des droits supérieur et inférieur se trouvera fatalement compromise, surtout dans les mouvements d'abaissement (signe de de Græfe).

Pronostic. — L'unilatéralité de l'exophtalmie est en relation avec un tableau clinique incomplet de la maladie de Basedow, le processus fondamental de l'affection n'atteint pas ici un développement considérable.

Cette compréhension du syndrome se fonde sur la rareté des terminaisons mortelles signalées au cours de ces cas frustes; nous n'en trouvons relatés que deux cas, ceux de Praël et de Reith, survenus chez des hommes, et répondant à une particulière gravité de la maladie dans le sexe masculin. Encore, dans ces deux cas, l'exophtalmie, d'abord unilatérale, devint-elle, avant la mort, bilatérale.

Très souvent plusieurs des symptômes cardinaux de la maladie, palpitations, tremblement, firent défaut.

L'unilatéralité des signes oculaires paraît donc devoir être considérée, tant qu'elle persiste, comme un signe de bon augure.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 10 JUIN 1912)

Sur quelques essais de désintoxication intestinale. — MM. El. Metchnikoff et Eug. Wollmann. Parmi les poisons de notre flore intestinale, les corps de la série aromatique méritent une attention toute particulière. Incapables de provoquer la formation d'antitoxines dans l'organisme, ils subissent surtout une transformation en combinaisons sulfoconjuguées; celles-ci, bien que moins toxiques que les phénols et l'indol même, restent néanmoins capables d'amener un empoisonnement aigu et mortel des mammifères de laboratoire.

Le rôle le plus important de ces poisons est leur pouvoir d'engendrer des lésions chroniques des organes les plus nobles de l'organisme (athérome aortique, cirrhose du foie, néphrite interstitielle chronique).

Ce qui est particulièrement remarquable dans les lésions expérimentales c'est leur analogie avec les lésions de la vieillesse dans le système vasculaire, les reins, le foie et le cerveau.

Les auteurs préconisent contre les intoxications un régime mixte dans lequel entre une petite quantité de viande, environ 120 grammes répartis entre les deux repas; 5 à 600 grammes de lait caillé aigri au coccobacille paralactique, le reste de la nourriture étant fourni par les légumes, fruits et farineux, le tout additionné de cultures des bacilles lactiques.

Détermination du sexe par l'adrénaline et la choline. — M. R. Robinson résume, dans une note, les expériences qu'il a poursuivies depuis un an, chez les cobayes, le chien, le lapin et chez l'homme. Par une technique dont il donne les détails dans sa note, l'auteur est arrivé à faire procréer 84 p. 100 de rejetons mâles par l'emploi méthodique de l'*adrénaline*. Par contre l'usage de la *choline* chez les futures mères a favorisé la naissance de petites femelles à raison de 90 p. 100 environ. En outre, M. R. Robinson a pu prédire le sexe des enfants dans quatre cas de grossesse, dont deux ont été contrôlés dans la maternité de Baudelocque. C'est la présence ou l'absence de l'adrénaline dans les humeurs qui lui a permis de faire ce diagnostic du sexe du fœtus. M. R. Robinson a fait l'examen microscopique des ovules pour interpréter le pourquoi et le comment du déterminisme sexuel chez les êtres vivants. Il publiera ultérieurement les microphotographies des coupes histologiques dans un travail d'ensemble.

Etiologie de la fièvre récurrente. Son mode de transmission par le pou. — MM. Ch. Nicolle, L. Blaizot et E. Conseil. Les médecins qui se sont attachés à l'étude de la fièvre récurrente dans l'Afrique du nord ont été tous frappés de l'analogie que présentent ses épidémies avec celles du typhus exanthématique; même mode d'extension, mêmes milieux atteints, les deux fièvres s'arrêtent au seuil des hôpitaux, frappant le personnel de l'entrée, épargnant ceux qui se trouvent en contact avec les malades, dépouillés de leur linge et lavés. Comme agent possible de transmission un seul facteur constant dans les deux cas : le pou.

Cette opinion est maintenant admise.

Les expériences des auteurs l'expliquent et la confirment. Il en résulte que le pou est bien l'agent de la transmission de la fièvre récurrente, et chez lui l'infection est héréditaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 18 JUIN 1912)

Résultats nouveaux relatifs à la vie manifeste permanente des tissus séparés de l'organisme. — M. Pozzi fait connaître de nouvelles expériences de M. Carrel datant du 19 janvier 1912.

Ces expériences, pratiquées selon une technique perfectionnée, ont porté sur des cultures de cœur et de vaisseaux sanguins de fœtus de poulet. Elles consistent à faire subir à ces tissus une série de lavages et de passages dans un milieu neuf. Après trente-neuf à quarante-trois passages ces tissus se trouvaient encore en pleine activité vitale au début du cinquième mois de leur vie in vitro.

Des observations déjà faites au point de vue de la rapidité de la croissance des tissus à l'état de vie alternante ont été confirmées.

Mais voici ce qui est encore plus intéressant : c'est la persistance de l'activité fonctionnelle. Des fragments de cœur ont été animés de pulsations qui, après avoir disparu, ont reparu avec la même intensité après un nouveau lavage et un nouveau passage en milieu neuf. Ces battements plus fréquents sur les petits fragments que sur les gros persistaient encore trois mois après leur séparation de l'organisme.

Greffe osseuse pour une pseudarthrose ancienne du col du fémur. — M. Delbet communique, dans tous ses détails,

(1) Landström. Ueber morbus Basedowii, *Nord. mediz. arch.*, 1907, Stockholm.

une observation fort intéressante dont voici le résumé. Un homme se fait une fracture du col du fémur le 5 avril 1905. Après divers traitements, il se fait une pseudarthrose du col du fémur. Bien des tentatives de traitement sont restées sans résultat. M. Delbet voit le malade en décembre 1910, six ans après la fracture. L'impotence fonctionnelle est à peu près complète. D'après le conseil de plusieurs chirurgiens, il ne restait plus qu'à extraire la tête du fémur. Il parut à M. Delbet qu'une greffe osseuse pourrait donner un bon résultat.

L'opération fut pratiquée le 3 février 1911. Elle consista à creuser un tunnel allant jusque dans la tête du fémur, à élargir ce tunnel, à faire la résection sous-périostée d'un fragment de péroné de 9 centimètres de long et à l'adapter dans le tunnel. M. Delbet sutura complètement sans drainage. Suites simples. Le malade commença à marcher vers le cinquantième jour.

Cette greffe autoplastique intraosseuse d'os dépériosté a donné un résultat fonctionnel très satisfaisant. Les radiographies successives qui ont été faites, la façon dont marche aujourd'hui ce malade prouvent qu'avec une greffe intraosseuse de péroné dépériosté on peut guérir une pseudarthrose du col du fémur vieille de six ans.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 14 JUIN 1912 [*fin*])

Essais de sérothérapie antiparaméningococcique. — M. DOPTER rappelle qu'il existe, à côté de l'infection méningococcique, une infection produite par un germe voisin mais différent du coccus de Weichselbaum le paraméningocoque. Il a préparé un sérum destiné à lutter contre les effets pathogènes de ce germe; l'action de ce sérum a été expérimentée dans un cas grave de septicémie paraméningococcique qu'il rapporte au nom de MM. BARRAL, COULOMB et COUTON (de Nîmes) :

Il s'agit d'un enfant de neuf ans qui présente les symptômes d'une infection caractérisée par de la fièvre, des taches rosées, des frissons, de l'hypertrophie de la rate, survenus à la suite d'un coryza. On pense tout d'abord à la fièvre typhoïde; mais l'hémoculture révèle dans la circulation l'existence d'un coccus en grain de café, que les épreuves de laboratoire permettent de rapporter au paraméningocoque. Alors que le sérum antiméningococcique était resté impuissant à juguler les phénomènes septicémiques, le sérum antiparaméningococcique amena rapidement leur atténuation puis leur disparition. L'enfant guérit sans séquelles.

M. Dopter signale un autre succès enregistré dans un cas de méningite produite par ce même germe. Ces résultats sont à retenir car les atteintes non traitées par le sérum se sont, jusqu'alors, toutes terminées par la mort.

Pleurésies aseptiques parapneumoniques. — MM. MOSNY et J. DUMONT rapportent trois observations analogues à celles que MM. Widal et Gougerot ont étudiées, il y a quelques années. Ces trois épanchements sont survenus au cours de pneumonies grippales à début moins brusque, à évolution moins régulière que la pneumonie franche. Au point de vue clinique, ces épanchements sont survenus non dans la convalescence, mais dans les derniers jours de la période d'état; ce sont des pleurésies de petit volume (40 à 50 grammes) occupant le cul-de-sac costo-diaphragmatique ou la région juxtascissurale. Elles se manifestent seulement par de la diminution des vibrations de la broncho-égophonie et de la pectoriloquie aphone. Seules, les ponctions exploratrices et les examens radioscopiques permettent d'en affirmer l'existence. Si leur pronostic est bénin, leur évolution est tantôt très rapide (quarante-huit heures), tantôt plus lente.

Le liquide exsudé, franchement purulent, est très riche en polynucléaires, dont les uns sont intacts, mais dont une partie présente des formes de plasmo et de karyolyse. Les cellules endothéliales s'y constatent toujours. Lorsque l'épanchement dure longtemps, il s'éclaircit; la lymphocytose ou l'éosinophilie remplacent la neutrophilie du début.

La culture et les inoculations prouvent l'asepsie de ces épanchements; mais au point de vue pathogénique ils sont peut-être dus à une infection legère de la plèvre. Ils seraient aseptiques au même titre que les arthrites gonococciques, les germes pathogènes resteraient cantonnés dans les tissus sous-pleuraux où nos moyens d'investigation ne permettent pas de les découvrir.

Il faut remarquer, enfin, que les éléments cellulaires intacts épars dans l'exsudat voisinent avec des formes altérées et que l'intégrité leucocytaire n'est pas fonction de l'asepsie (on trouve des polynucléaires intacts dans les méningites cérébro-spinales et dans les urétrites), mais surtout de la durée de l'epanchement et de l'âge des éléments cellulaires qui y sont contenus.

Hémorragie méningée sous-arachnoïdienne non traumatique à « forme jacksonienne ». Craniectomie. Guérison. — MM. CHIRAY et J. ROLLAND apportent une observation d'hémorragie méningée sous-arachnoïdienne survenue chez un alcoolique de trente-quatre ans et pouvant être rapprochée du cas de MM. Babinski et Jumentié.

Cette observation tire tout son intérêt de l'épilepsie jacksonienne présentée par le malade. Les faits de cette nature, encore peu connus, constituent une rareté dans l'histoire clinique de l'hémorragie sous-arachnoïdienne « médicale ». On ne retrouve, en effet, dans la littérature concernant cette affection, que quelques exemples seulement des signes de localisation.

Enfin, à la connaissance des auteurs, on n'était encore jamais intervenu chirurgicalement dans un cas de ce genre.

Après un début progressif, sans traumatisme initial, on vit s'établir peu à peu une hémiparésie gauche avec signe de Bernig et demi-coma sans fièvre; la ponction lombaire fit reconnaître une hémorragie méningée dont une crise d'épilepsie jacksonienne typique, gauche et exclusivement faciale, permit de préciser la localisation probable.

Une craniectomie pratiquée par M. Tuffier permit, après incision de la dure-mère au niveau de la région rolandique droite, d'extirper un assez volumineux caillot dont la partie postérieure comprimait manifestement le pied de la circonvolution frontale ascendante.

L'intervention fut suivie, dans le cas rapporté, d'une amélioration manifeste : les crises jacksoniennes persistèrent quelques jours, puis s'espacèrent et disparurent en même temps qu'on assistait à une rétrocession rapide des phénomènes de déficit nerveux présentés par le malade.

Les auteurs le montrent complètement guéri, et ayant repris depuis quelques jours son métier de jardinier.

Sur le traitement spécifique des aortites syphilitiques et des anévrismes de l'aorte. — MM. VAQUEZ et Ch. LAUBRY apportent une statistique de 28 malades, observés et suivis depuis dix-huit mois, sur lesquels 15 malades ont été traités par plusieurs séries de trois injections de 20 centigrammes de salvarsan, soit isolément, soit concurremment avec le traitement mercuriel, et 13 autres avec le traitement hydrargyrique seul (injections intraveineuses ou intramusculaires de cyanure, injections de biiodure). De cette statistique ils tirent les conclusions suivantes : l'arsenobenzol constitue une ressource précieuse dans le traitement des aortites spécifiques, à condition d'être employé à petites doses et avec prudence, c'est-à-dire chez des sujets indemnes de tout symptôme asystolique et de préférence chez ceux qui n'ont aucune tendance à l'œdème pulmonaire. Dans 27 p. 100 des cas, l'usage exclusif du salvarsan a provoqué une sédation manifeste et durable des troubles fonctionnels, et parallèlement une modification objective vérifiée à l'examen clinique, confirmée à l'examen orthodiagraphique. Dans 35 p. 100 des cas l'amélioration s'est bornée aux signes fonctionnels. Dans 38 p. 100 il n'a été observé aucune amélioration. Les résultats les plus favorables concernent les aortites sans anévrisme.

En regard de ces faits, il importe de noter que le traitement hydrargyrique seul et surtout les injections intraveineuses de cyanure ont donné des résultats aussi favorables, une amélioration subjective et quelquefois objective aussi manifeste.

Un certain nombre de cas rebelles au traitement mercuriel ont été modifiés par le salvarsan. Par contre ce dernier s'est montré inactif alors que le traitement hydrargyrique a eu un plein succès. Enfin dans certains cas, alors que ni l'une ni

l'autre des deux méthodes n'avaient donné de résultat, le traitement iodé (injections de lipiodol) ou ioduré était suivi d'effet.

Pratiquement les auteurs essaient toujours de prime abord le traitement hydrargyrique et donnent la préférence aux injections intraveineuses. Ils le combinent avec les injections de lipiodol ou l'usage de l'iodure et ce n'est qu'en cas d'insuccès qu'ils ont recours à l'arsenobenzol.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 15 JUIN 1912)

Les lipoïdes du bacille diphtérique. — M. P. J. Ménard, après avoir indiqué le mode technique par lui suivi pour l'extraction des lipoïdes du bacille diphtérique, résume les résultats expérimentaux qu'il a obtenus avec ces corps. Quelle que soit la toxicité des bacilles dont ils sont extraits, les lipoïdes diphtériques ont une action locale constante et une action générale variable. L'action locale consiste essentiellement en une nécrose de structure analogue à celle de la fausse membrane. Mais les lésions varient avec les tissus intéressés.

De cette action l'auteur conclut à l'intervention certaine des lipoïdes diphtériques dans la production des lésions locales de la diphtérie.

Les accidents généraux sont par contre inconstants. Tardifs, ce sont des accidents bulbaires, amenant rapidement la mort.

Action antihémolytique de l'arsenobenzol. — M. R. Demanche a recherché l'action de l'arsenobenzol sur la résistance globulaire in vitro. La résistance des hématies humaines est nettement augmentée vis-à-vis des solutions salines hypotoniques par l'addition de quantités minimes de sel arsenical; l'hémolyse initiale qui apparaît normalement quand la concentration moléculaire en NaCl atteint 4,8 p. 1000, ne se produit plus que pour une concentration de 3,8 à 4,2 en présence de 1/5000 d'arsenobenzol. Le même effet s'observe vis-à-vis des sérums hémolytiques, soit hémolysine naturelle du sérum humain, soit sérum de lapin anti-mouton; la présence de de 0mm³3 à 0mm³5 d'arsenobenzol dans les tubes préparés comme pour la réaction de Hecht ou celle de Wassermann empêche l'hémolyse de globules de mouton; les globules sont de plus agglutinés et précipités. Mais après centrifugation et lavage, les hématies même restées vingt-quatre heures au contact de la solution d'arsenobenzol reprennent leur fragilité normale.

Les lipoïdes du sang. Dosages comparatifs des lipoïdes des globules frais et du sérum. — M. H. Iscovesco montre que les globules rouges de l'homme normal contiennent environ 3 p. 1000 de cholestérine et 3,90 p. 1000 d'acides gras, tandis que le sérum contient 4 à 7 p. 1000 d'acides gras et de 0,72 à 1,46 p. 1000 de cholestérine. Alors que la composition des globules est à peu près constante, celle du sérum présente de grandes variations.

Réaction de Wassermann. — M. Tribondeau communique à la Société un procédé pour la réaction de Wassermann qu'il appelle procédé éclectique et dans lequel il a, en effet, réuni les particularités avantageuses des techniques de divers expérimentateurs : distribution des réactifs par gouttes; emploi de sérum humain non chauffé à très petite dose, de lipoïdes épurés suivant la méthode de Noguchi, d'une unité forte de complément, etc.

Ce procédé combine les manières de faire différentes de Bauer et de Wassermann en ce qui concerne l'ambocepteur; utilisant, quand il existe en quantité suffisante, l'ambo-antimouton naturel des sérums humains, mais aussi ajoutant, par ailleurs, de l'ambo artificiel, en prévision de l'insuffisance ou de l'absence d'ambo naturel.

M. Tribondeau, après avoir donné les détails techniques nécessaires et un tableau de son procédé, conclut que ce procédé lui a paru plus sensible et plus constant que les autres.

Présence du vibrion cholérique dans la vésicule biliaire. — MM. Defressine et Cazeneuve. Le vibrion cholérique se retrouve fréquemment dans la vésicule des sujets morts du choléra. Ce fait ne s'explique point entièrement par un envahissement organique du vibrion à partir de l'intestin; il explique les cas d'excrétion intermittente et chronique de vibrions signalés chez les malades et les convalescents de choléra.

Anaphylaxie alimentaire. Sa durée. — M. Ch. Richet rapporte des faits établissant l'existence, jusqu'ici contestée, de l'anaphylaxie alimentaire et sa longue persistance : plus d'un an; au bout de ce temps, elle est assez éclatante pour que la mort survienne dans le choc anaphylactique.

Persistance de la leucocytose après une injection de peptone. — MM. Lassablière et Ch. Richet. Une injection de peptone, quelle que soit sa dose, produit une leucocytose invariable; cette leucocytose persiste plus de deux mois.

Recherches histo-physiologiques sur les premiers stades de la sécrétion urinaire. — M. Policard conclut de ses recherches qu'il n'y a pas une dépendance très étroite entre le glomérule et le segment à bâtonnets puisqu'un glomérule à type embryonnaire correspond indifféremment à un tube contourné à type embryonnaire ou à type adulte, et qu'un tube contourné de structure habituelle correspond indifféremment à un glomérule à épithélium élevé ou à endothélium discontinu.

Destruction du complément par l'agitation. — MM. Courmont et Dufourt (de Lyon). 1° Il est possible d'inactiver des sérums par l'agitation. A + 37 degrés, et dans certaines conditions, les auteurs ont inactivé complètement : trois sérums de cobayes, deux sérums de chien, un sérum de lapin et deux sérums isolytiques d'homme.

2° Certains de ces sérums ont été inactivés en quatre heures, d'autres seulement au bout de sept heures. Il y a des variations de résistance suivant les espèces et les individus;

3° Le complément diminue rapidement dans certains cas. le plus souvent, il ne se modifie pas pendant les premières heures, mais on assiste à une baisse brusque dès que la diminution a commencé.

Agglutination du bacille morveux par le sérum normal de cheval. — M. Oguda. Si le sérum de la plupart des chevaux agglutine le bacille morveux ce n'est pas parce que ces chevaux sont atteints de morve, mais parce que ce sérum possède des propriétés agglutinantes spontanées.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 5 JUIN 1912)

A propos du traitement préventif du paludisme. — M. Romary reste partisan convaincu de la valeur de l'arrhénal comme préventif de la malaria; toutefois, dans les contrées à paludisme intense et dans les cas de fatigues prononcées, il n'y aurait que des avantages à associer l'arrhénal à des doses modérées de quinine et de quinquina. Il préconise de faire prendre, cinq jours consécutifs sur dix, à la fin d'un des repas, une dose de 40 grammes environ d'un vin de quinquina contenant 1g25 d'arrhénal. Si des accès aigus se produisent, on reviendra entièrement à la quinine, d'autant plus efficace que l'organisme n'en aura pas subi l'accoutumance.

Fractures multiples de la voûte du crâne avec enfoncement compliquées de plaies. Double trépanation. Guérison. — MM. Goumy et Ouin.

Anévrisme de la sous-clavière droite. — M. Gruet cite l'observation d'un malade porteur d'un anévrisme de l'artère sous-clavière droite du volume d'un œuf de poule, traité par les injections sous-cutanées de sérum gélatiné, méthode qui détermine une amélioration considérable chez le malade qui est en observation depuis un an.

M. Gruet insiste sur l'absence de danger de la méthode, la technique qu'il a suivie pour les soixante injections pratiques, et il pense, ainsi que Lancereaux, « qu'un essai loyal de cette médication doit précéder toute intervention chirurgicale ».

Péritonite intestinale des typhoïdiques. — M. Toussaint, à propos de deux observations de complications abdominales au cours de la fièvre typhoïde, rappelle que la péritonite typhoïdique est enrayée par l'immobilisation de l'abdomen sous la vessie de glace, et que l'on évite souvent par ce traitement les perforations. Les purgatifs légers et répétés sont également indiqués pour éviter cette complication.

Il est bien entendu que si, au bout de douze heures de traitement, les symptômes ne s'amendent pas, l'intervention s'impose et, dans ce cas, l'opération de choix est l'entérostomie systématique.

M. Sieur préfère à l'application de la glace, qui masque les signes péritonéaux et modifie les conditions d'exploration de la fosse iliaque, un large enveloppement humide du ventre toujours admirablement supporté et ne nécessitant pas une surveillance aussi grande que la vessie de glace. Le pouls, la température, l'état du ventre, les selles (leur suppression brusque en particulier) doivent être fréquemment contrôlés; au moindre signe de complication on se tiendra prêt à intervenir, l'entérostomie étant le traitement de choix de la perforation.

M. Vennin pense que, quelque rapide que soit l'examen des lésions intestinales, il doit être complet et porter en particulier sur la valvule iléo-cæcale et le cæcum, qui, ainsi qu'il l'a observé dans un cas, peuvent être le siège de perforations.

Deux cas de gangrène gazeuse avec guérison après intervention en foyer septique et traitement par l'eau oxygénée. — M. Cochois.

Anomalies respiratoires, au cours de l'obstruction des fosses nasales, de la fièvre typhoïde. — M. Blanc cite l'observation de deux malades considérés à tort comme tuberculeux.

Dans le premier cas, les troubles respiratoires apparurent au cours d'une rhino-pharyngo-laryngite tenace et disparurent avec elle. Dans le second cas, il s'agissait d'une fièvre typhoïde à début pulmonaire cliniquement tuberculeux.

MM. Lemoine, Sieur et Moty citent des observations analogues.

Traumatisme du poignet. — M. Plisson rapporte l'observation d'un malade qui présente un tassement du scaphoïde qui, à l'examen clinique, ainsi du reste qu'à l'examen des radiographes, passerait facilement inaperçu à un clinicien non prévenu.

Délire toxi-infectieux au cours d'une prostatite suppurée. — M. Vennin cite le cas d'un malade qui présente, au cours d'une prostatite suppurée avec envahissement des fosses ischio-rectales, un délire toxi-infectieux qui guérit après ouverture et drainage du foyer purulent, mais présente au cours de sa convalescence les deux incidents suivants :

1° Une céphalée frontale persistante;

2° Une réaction méningée intense, survenue un mois après l'intervention.

Calcul du canal de Wharton. Abcès localisé à l'orifice du canal. Présentation du malade. — M. Reverchon.

PRATIQUE MÉDICALE

NOTE SUR LA MÉDICATION ANTISPASMODIQUE

Par M. Nigoul Foussal.

On sait que la médication antispasmodique est pauvre en principes actifs puisque, en réalité, dans la pratique, on n'utilise que le bromure et la valériane. Or, dans bien des cas, ces médicaments eux-mêmes sont nuisibles ou, pour le moins, inutiles.

Albertoni, qui a repris l'étude des bromures, a montré que ces substances, en diminuant l'excitabilité du cerveau, sont des dépresseurs dangereux pour tous les états névropathiques où il y a déjà de la dépression (neurasthénie, mélancolie, fatigue cérébrale). Ils sont aussi des vaso-constricteurs locaux, et, de ce fait, ne peuvent convenir à aucune névropathie, sauf l'épilepsie. Dans ces affections en effet (hystérie, neurasthénie, névroses diverses) il existe des troubles vaso-moteurs. Des poussées congestives alternent bien avec des périodes d'anémie, mais, dans l'ensemble, c'est l'ischémie qui domine. Les bromures sont dès lors contre-indiqués.

Quant aux valérianes et valérianates ils sont sans action ou inconstants. Cela tient aux difficultés considérables que l'on a pour obtenir une valériane renfermant des principes actifs non altérés. D'autre part, les travaux récents publiés sur les valérianates leur refusent même une action antispasmodique (Pouchet).

Dans ces conditions, je me suis demandé s'il n'existe pas dans la thérapeutique nouvelle un agent antispasmodique véritablement actif et sans inconvénients. Mes recherches se sont portées sur le Véronidia, connu des médecins comme un hypnotique d'activité constante et sans actions secondaires. J'ai consigné les résultats de ces recherches expérimentales et de mes observations cliniques dans une communication au récent Congrès de neurologie de Tunis. En voici les conclusions :

1° Le véronidia (solution de diéthylmalonylurée) se présente sous la forme d'un liquide brun, inodore et sans mauvais goût.

2° A la dose journalière de 2 cuillerées *à café*, il est un sédatif général, agissant à la fois sur les excités et les déprimés sans que ces derniers voient leur dépression augmenter. Au contraire, sous l'influence générale tonique, la nutrition se relève.

3° Cette action antispasmodique est rapide et constante sur la céphalalgie, les palpitations, le tremblement, le déséquilibre sensitif, sensoriel et psychique.

4° On ne constate pas de phénomènes secondaires (estomac, intestins, cerveau, épiderme, rein).

5° La posologie doit être exactement respectée. La dose de 2 cuillerées à café par vingt-quatre heures est suffisante.

LIVRES NOUVEAUX

Cent soixante consultations médicales pour les maladies des enfants (1), par le docteur Comby.

Les éditions successives et rapprochées de ce précis disent, mieux que nous ne saurions le faire, tout le succès qu'il rencontre auprès des étudiants et des praticiens. Cette nouvelle édition diffère de la précédente, par des corrections de détail et par un certain nombre d'additions qui élèvent le nombre de consultations à cent soixante. Il était de cent cinquante, dans la deuxième édition, et de cent dans la première. Le format en est agréable, la disposition des consultations très heureuse, pour faciliter une recherche rapide; c'est l'ordre alphabétique qui a été adopté. Enfin chacune de ces consultations est exposée d'une manière claire, et surtout essentiellement pratique : elle ne s'encombre pas d'une pharmacopée compliquée, mais en six ou sept articles elle indique tous les conseils nécessaires et suffisants, pour parer à toutes les éventualités qui pourraient se produire au cours de l'affection; chacune de ces consultations se termine par quelques lignes qui résument rapidement ce que tout médecin doit savoir au sujet de la maladie, dont le traitement vient d'être indiqué.

A parcourir cet ouvrage, nous le répétons, clair et pratique, on en comprend facilement le succès, et l'on peut s'attendre, à ce que cette troisième édition soit aussi rapidement enlevée que les deux premières.

L. BABONNEIX.

Thérapeutique usuelle du praticien, traitement de la tuberculose, par le docteur Albert Robin, professeur de clinique thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. 3e série. In-8° de 650 p. — Prix : 8 francs. — Paris, Vigot frères.

(1) Troisième édition. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DE L'APPENDICITE AIGUE (1)

E. APPENDICITES SUIVANT L'ÉVOLUTION. — Il faut insister surtout sur la gravité des appendicites *aiguës à répétition, à rechutes,* qui ne tardent pas à aboutir à l'appendicite chronique, au cours de laquelle il n'est pas exceptionnel de voir éclater tout à coup une crise d'appendicite aiguë, très souvent mortelle.

F. APPENDICITES AIGUES SUIVANT LE TERRAIN. — *Chez le nourrisson* et jusqu'à cinq ans, l'appendicite est exceptionnelle ; son maximum, *chez l'enfant*, est entre dix et quinze ans; elle atteint surtout les garçons, elle est souvent précédée d'angine, de scarlatine, de rougeole, des oreillons, de la pneumonie; le début en est souvent marqué par des symptômes de gastro-entérite; l'allure clinique rappelle celle de l'adulte, l'évolution en est souvent fatale; une des difficultés de diagnostic, chez l'enfant, est la fréquence d un point abdominal appendiculaire, avec vomissements, au début de la pneumonie; avant d'affirmer qu'il s'agit bien d'appendicite, il faudra ausculter les poumons avec attention, surtout au niveau du sommet.

Chez le vieillard, l'appendicite est assez rare, mais elle peut s'observer qnelquefois, même à un âge très avancé, son évolution est le plus souvent fatale en peu de jours.

Chez la femme enceinte, l'appendicite est assez fréquente, elle peut compliquer la grossesse à toutes ses périodes, elle amène le plus souvent la mort du fœtus par septicémie; son pronostic est toujours aggravé, du fait de l'état puerpéral.

Au cours des entérites et de l'entéro-colite muco-membraneuse, il serait fréquent pour certains auteurs d'observer des crises successives d'appendicite aiguë, il suffirait d'ailleurs d'opérer ces malades de leur appendicite, pour voir disparaître les phénomènes d'entérite. Pour M. Dieulafoy, l'appendicite n'est pas l'aboutissant des entéro-colites, et l'appendicite vraie ne survient qu'à titre tout à fait exceptionnel, dans le cours des entéro-colites.

On a discuté récemment, sans apporter toutefois encore de preuves bien convaincantes, sur l'existence d'*une appendicite aiguë traumatique*.

G. APPENDICITES AIGUES MODIFIÉES PAR LES COMPLICATIONS. — Les complications sont soit des complications locales, soit des complications à distance; nous nous contenterons de les signaler rapidement.

Parmi les *complications locales*, il faut citer l'*abcès du tissu cellulaire sous-péritonéal*, dont il existe trois variétés, iliaque, lombaire, pelvien; il faut y ajouter la psoïtis.

L'*abcès de la paroi abdominale*, qui aboutit à l'ouverture spontanée ou chirurgicale, donne une fistulisation pariétale de l'appendice ou du cæcum.

Parmi les *complications à distance*, il faut citer tout d'abord la TOXI-INFECTION DU FOIE; on peut observer l'hépatite toxique, caractérisée par un ictère peu accusé, des urines foncées, avec albumine et urobiline; l'évolution peut se faire vers la guérison en quelques jours, ou vers l'insuffisance hépatique complète.

L'*abcès du foie* (v. *Gaz. des hôp.*, 1911, nos 70, 73, 76 et 79) peut se présenter sous la forme d'abcès aréolaire, ou de volumineuses collections; il peut même se développer après l'opération de l'appendice. Il faut encore citer la pyléphlébite, la pleurésie appendiculaire, séreuse ou purulente, le rein appendiculaire, des abcès pyohémiques, etc.

Telles sont les multiples formes cliniques de l'appendicite aiguë. Il s'en faut que le diagnostic en soit toujours facile, et bien souvent le clinicien hésitera longtemps, autant pour affirmer qu'il s'agit vraiment bien d'une appendicite, que pour apprécier l'intensité de la réaction péritonéale.

DIAGNOSTIC. — a. *Positif*. — Le diagnostic positif se base, sur la douleur localisée à la fosse iliaque droite au point de Mac Burney le plus souvent, sur l'hyperesthésie cutanée, la défense musculaire, les vomissements, la fièvre, l'hypothermie quelquefois, l'arrêt des matières et des gaz; nous avons déjà signalé les erreurs de diagnostic que l'on peut commettre dès le début de l'affection avec l'indigestion, la colique hépatique, la colique néphrétique, la colique de plomb, les crises douloureuses du rein flottant; ajoutons encore les pseudo-appendicites hystériques, les crises viscéralgiques du tabes. Pour apprécier la gravité de la variété observée, on se basera sur l'existence d'un plastron, d'un abcès enkysté ou d une péritonite généralisée, purulente ou septique; le pouls, la température, le facies, seront les principaux éléments d'appréciation; l'examen du sang montrant une polynucléose franche sans diminution du taux de l'hémoglobine rendra aussi de grands services.

b. Le *diagnostic différentiel* doit être fait, avec une crise de colite muco-membraneuse, avec la salpingite aiguë, une hématocèle rétro-utérine, un kyste de l'ovaire tordu, avec l'occlusion intestinale, la diverticulite aiguë, une perforation intestinale, enfin toutes les causes de péritonite aiguë (péritonite primitive à pneumocoques, péritonite secondaire à une infection de voisinage, cholécystite suppurée, etc.).

L'*entéro-colite* s'accompagne de douleurs localisées surtout aux angles du côlon; la palpation le montre contracté et douloureux, on observe des glaires et des membranes dans les selles.

La *salpingite droite*, avec pelvi-péritonite, est souvent confondue avec une appendicite pelvienne, ou iliaque; au moment de la crise, le diagnostic est presque impossible; il ne se fait qu'un peu plus tard, grâce aux renseignements fournis par le toucher vaginal. D'ailleurs appendicite et salpingite coexistent souvent.

La *cholécystite*, calculeuse ou non, simule l'appendicite sous-hépatique.

La perforation d'un *ulcère du duodénum* donne lieu à un syndrome qui rappelle celui de l'appendicite, mais la douleur est haut située.

La *péritonite primitive à pneumocoques* (surtout chez l'enfant), et la péritonite tuberculeuse, seront souvent d'un diagnostic très difficile.

Les affections de la fosse iliaque droite (*typhlite* proprement dite, *invagination iléo-cæcale*) peuvent simuler l'appendicite, comme d'ailleurs une appendicite peut venir compliquer une tuberculose iléo-cæcale, un cancer cæcal, etc.

La *diverticulite* ne sera bien souvent diagnostiquée qu'au cours de l'intervention. Les formes graves de l'appendicite peuvent être confondues avec l'*occlusion intestinale*, la rupture de grossesse tubaire. Les formes toxiques peuvent faire croire à la *fièvre typhoïde*. Les formes anormales de l'appendicite peuvent être l'origine de nombreuses erreurs de diagnostic (appendicite à gauche, appendicite herniaire, sous-hépatique, appendicite lombaire, avec phlegmon périnéphrétique, etc.).

Le diagnostic du traitement est une question trop importante, pour être discutée ici en quelques lignes. Il suffit de rappeler qu'en principe toute appendicite doit être opérée. L'opération est une intervention d'indication urgente dans certaines crises graves; c'est une intervention curative et prophylactique, dans certaines crises guéries.

BIBLIOGRAPHIE. — *Précis de pathologie chirurgicale*, t. II. — DIEULAFOY. *Manuel de pathologie interne*, t. II. — LEJARS. *Semaine méd.*, 1908. — HUTINEL. *Traité des maladies des enfants*, t. III. — ODDO. *La médecine d'urgence*. — *Gaz. des hôpit.*, Rev. gén., 1891, no 17; 1906, no 44; 1909, nos 27 et 30.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, no 59, p. 888; no 61, p. 922; no 64, p. 965 et no 67, p. 1006.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.



N° 71 — SAMEDI 22 JUIN 1912. 85e ANNÉE. SAMEDI 22 JUIN 1912. — N° 71.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 19 juin : MM. Camus, 19 ; Aubertin, 20 ; Darré, 18.

Sont admis à concourir pour l'épreuve clinique :

MM. Crouzon, Merklen, Lemierre, Aubertin, Babonneix, Camus, Balthazard, Lortat-Jacob, Faure-Beaulieu, Paisseau, Armand-Delille, Courcoux, Gaultier, Rivet et Léri.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture.* — Séance du 19 juin. — MM. Barbier, 27 ; Sauvé, 26 ; Guimbellot, 22 ; Gasne, 24.

— Un concours pour la nomination à une place de médecin adjoint du service des aliénés dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière sera ouvert le lundi 18 novembre 1912, à midi, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, de dix heures à trois heures, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, du lundi 14 octobre au samedi 2 novembre inclusivement.

— Prix Fillioux. — En conformité du legs fait à l'Administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les *maladies de l'oreille*. Le montant de chacun de ces prix est fixé à la fin du concours.

Pour 1912, le concours sera ouvert le jeudi 5 décembre.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale (service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 12 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le samedi 12 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

I. *Programme du concours.* — 1° Un mémoire, manuscrit et inédit, sur les maladies de l'oreille, le sujet de ce mémoire étant laissé au choix des candidats qui devront nécessairement comprendre dans leur étude l'élément anatomo-pathologique ; 2° Une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille. Il est accordé au candidat vingt minutes pour examiner le malade, et dix minutes pour faire sa leçon, après dix minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer à la suite de chacune de ces deux épreuves est de : pour le mémoire, 30 points ; pour l'épreuve clinique, 20 points.

II. *Jury du concours.* — Le jury du concours est composé de cinq membres tirés au sort, savoir :

Trois parmi les chefs de service d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, titulaires et suppléants ;

Un médecin et un chirurgien parmi les médecins et les chirurgiens chefs de service des hôpitaux, en exercice et honoraires, ainsi que parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux comptant huit années d'exercice à partir du 1er janvier qui a suivi leur nomination.

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 9 juin 1912 :

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Groc est désigné pour l'Algérie ; Salètes passe à l'école polytechnique ; Le Petit, au 31e d'inf. ; Marchal, au 67e d'inf. ; Homolle, au 144e d'inf. ; Bellot, aux salles milit. de l'hospice mixte de Nantes ; Pagnier est désigné pour l'Algérie ; Louis, au 157e d'inf. ; Bolotte, au 89e d'inf.

— Le *Journal officiel* (n° 165, 19 juin, p. 5402 à 5422) publie un décret, suivi d'une instruction, relatif à l'établissement annuel des tableaux d'avancement et des tableaux de concours pour la Légion d'honneur et la médaille militaire.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Daubret (d'Arcueil-Cachan), Guilloteau (de Maisons-Alfort), Natanson (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs André (de Pont-de-Roide), Cabessa, Dumas, Gillot et Mosqueron (de Paris), Queyrat (de Mostaganem), Vignon (de Juniville).

VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES. — Les Etablissements des Pins, Sanatorium et Villa Jeanne-d'Arc, ont décidé de mettre une bourse de voyage à la disposition d'un jeune médecin, ancien interne ou externe des hôpitaux ayant terminé ses études depuis moins de six mois, ou d'un étudiant qui n'aurait plus d'autre examen que sa thèse.

Les demandes, appuyées des titres et des références scolaires, devront être adressées avant le 15 août à M. le directeur des Etablissements des Pins, à Lamotte-Beuvron.

RENSEIGNEMENTS

REVUE GÉNÉRALE

DIAGNOSTIC DES FIÈVRES ÉRUPTIVES [1]

Par M. BRELET,
Professeur suppléant à l'École de médecine de Nantes.

Dans la *scarlatine*, l'éruption débute sur la poitrine, sur le ventre et les aines, puis elle gagne les membres où elle est surtout nette aux jarrets, aux plis des coudes. Au début, c'est un pointillé rouge, formé de très petites papules grosses au plus comme une tête d'épingle et faisant à la surface de la peau une saillie appréciable au toucher; ce pointillé est entouré d'une zone de congestion rosée. Selon le nombre et la confluence des papules, l'éruption présente un aspect très variable : souvent elle reste très discrète, réduite à un pointillé sur la région antérieure du thorax et sur les aines; dans d'autres cas, les éléments sont beaucoup plus nombreux, occupant une plus grande étendue de la surface cutanée; si l'éruption est intense, les papules sont tellement confluentes qu'elles se confondent avec la zone congestive, et l'on voit alors de grandes nappes éruptives, d'une coloration rouge écarlate qui rappelle la couleur de l'écrevisse cuite (rouge astacoïde), du jus de framboise ou de la lie de vin; à la périphérie de ces grandes nappes éruptives, on retrouve le pointillé caractéristique. Au début, la rougeur de la scarlatine s'efface à la pression; en appliquant la main, les doigts ouverts, au niveau d'une plaque scarlatineuse, on voit l'empreinte des doigts se dessiner en blanc quelques instants; en faisant des stries avec l'ongle sur une partie rouge de la peau, on voit apparaître des raies blanches; c'est la raie scarlatineuse de Borsieri. A la face, l'éruption est rare (Moizard); quand elle envahit le visage, elle s'y montre sous forme d'éléments papuleux isolés ou sous forme de bandes éruptives qui donnent l'apparence de l'empreinte des doigts, comme si le malade avait reçu un soufflet; la peau de la face est alors un peu tuméfiée. Avec une éruption scarlatineuse intense, on observe souvent de la miliaire (Archambault) surtout au niveau du ventre, du cou et sur la poitrine (Moizard). L'éruption de scarlatine ne s'accompagne pas habituellement de démangeaisons; cependant, parfois il y a du prurit et le malade se gratte (Grisolle, Rilliet et Barthez, Saint-Philippe). Mayer a signalé un engourdissement des mains qui apparaît en même temps que l'éruption et donne une sensation d'épines, de fourmis, à la face palmaire des mains; ce trouble dure un jour ou deux, ou seulement quelques heures; Aubertin, atteint de scarlatine, a constaté sur lui-même ce symptôme et confirme la description de Mayer; il a souvent rencontré ce signe chez les scarlatineux adultes.

En 1910, Pastia a décrit un nouveau signe de diagnostic de la scarlatine, le signe du pli du coude : c'est un exanthème linéaire, très intense, localisé au niveau des plis de flexion du coude; sa teinte, d'abord rosée, devient rouge foncé ou lie de vin, puis souvent ecchymotique; on observe ainsi une ou plutôt deux à quatre traînées linéaires entre lesquelles est un exanthème semblable à celui qui se développe sur les autres parties du corps; ce signe se voit aussi parfois, mais plus rarement qu'au coude, au niveau des plis de l'aisselle; il est précoce, apparaissant dès le début, persistant pendant toute la durée de l'éruption et même quelque temps après sous forme d'une pigmentation linéaire très intense; d'après Pastia, le signe du pli du coude n'existe pas dans les éruptions médicamenteuses, il est presque constant dans la scarlatine (94 cas sur 100); mais Lereboullet et Schreiber font des réserves sur la valeur diagnostique de ce signe qui ne leur semble pas lié d'une manière absolue au seul érythème scarlatin. Tout récemment, Fromont a rappelé l'attention sur un signe décrit par Filatow et pouvant être facilement observé à la face : c'est une pâleur péri-buccale, une pâleur des lèvres et du menton faisant contraste avec la rougeur intense des joues; cette pâleur, qui s'arrête au sillon naso-jugal, reconnaîtrait pour cause une vaso-constriction due à un réflexe parti du pharynx; la pâleur péri-buccale est un signe de début de l'éruption, mais elle persiste plusieurs jours pendant la période d'état.

L'éruption scarlatineuse se constitue toujours rapidement, en vingt-quatre ou trente-six heures au plus; dans les cas moyens elle dure quatre à six jours, dans les cas intenses elle peut persister plus longtemps et rester encore nettement perceptible dix jours après son début. Mais il faut aussi retenir la grande fréquence des scarlatines frustes; l'éruption est alors très légère, localisée en certaines régions; elle ne persiste que quelques heures; ces cas ne peuvent être souvent diagnostiqués que par l'examen de la gorge, de la langue, et plus tard par la desquamation. On a encore décrit d'autres anomalies de l'éruption, par exemple l'exanthème en plaques irrégulières n'ayant aucune tendance à se rejoindre; c'est la *scarlatina variegata*; on peut observer aussi des pétéchies plus ou moins abondantes qui sont d'un pronostic très grave quand elles s'accompagnent d'autres hémorragies.

Après avoir bien recherché l'éruption de scarlatine, il faut examiner avec autant d'attention *la gorge et la langue* du malade. Sur le voile du palais, les piliers, les amygdales, on voit une rougeur uniforme qui augmente avec l'éruption et prend la teinte framboisée. La muqueuse du voile du palais est lisse, vernissée; souvent les amygdales sont plus ou moins recouvertes d'un enduit pultacé ou même de fausses membranes; c'est alors l'angine pseudo-membraneuse précoce qui n'est presque jamais une angine diphtérique à bacilles de Lœffler.

L'aspect de la langue est peut-être encore plus caractéristique; la signature de la maladie est inscrite sur la langue et la gorge (Lesage). On observe en effet un véritable cycle d'évolution linguale, dont nous avons déjà décrit le premier stade (blanc sur rouge vif); au deuxième stade le dépôt pultacé diminue d'étendue et tombe d'avant en arrière, si bien que le liseré rouge vif s'élargit sur les côtés et forme un V qui circonscrit le V blanc; vers le septième ou huitième jour (troisième stade), toute la langue est dépouillée, rouge écarlate, framboise, la desquamation ayant mis à nu les papilles; cet aspect spécial dure deux à quatre jours, puis (quatrième stade), l'épithélium se refait, les papilles deviennent moins saillantes, la langue perd sa teinte rouge écarlate, devient lisse et vernissée pour reprendre vers le quinzième jour son aspect normal; la scarlatine détermine donc une glossite aiguë, proliférative, exfoliatrice (Lesage, Tissier). Pendant la période

[1] Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 68, p. 1013.

d'éruption, la température est plus ou moins élevée, mais quelquefois la scarlatine est apyrétique; le pouls reste fréquent, la soif est vive, l'appétit nul. Les symptômes généraux sont très variables; parfois le malade n'a qu'un malaise presque insignifiant, il y a d'autres cas au contraire dans lesquels il succombe rapidement, après avoir présenté tous les signes d'une toxi-infection profonde.

Le diagnostic de la scarlatine est à faire avec la rubéole et la quatrième maladie; nous en reparlerons. On risque aussi de la confondre avec une éruption médicamenteuse, avec les érythèmes toxi-infectieux, avec l'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant. Parmi les *éruptions médicamenteuses* pouvant affecter le type scarlatineux, on peut citer les éruptions dues à la belladone, à l'antipyrine, à la quinine, au chloral, qui apparaissent sans fièvre, sans symptômes bucco-pharyngés, et, par conséquent, seront facilement distinguées de la scarlatine. Au contraire, les érythèmes déterminés par le *mercure* sont souvent d'un diagnostic très délicat; l'ingestion de protoiodure de mercure, de calomel, les frictions à l'onguent napolitain, les injections de sublimé peuvent provoquer un érythème scarlatiniforme avec des symptômes généraux et locaux, dont la réunion rappelle beaucoup la scarlatine; le début se fait par de la fièvre, de la céphalée, de la sécheresse buccopharyngée, puis l'éruption apparaît aux aines, au ventre; c'est un granité éruptif sur des placards cramoisis; cet érythème s'accompagne presque toujours d'un prurit souvent très intense; il reste localisé à la région inguinale ou se généralise; en même temps, la stomatite augmente d'intensité, quelquefois même la langue desquame; le malade a des symptômes gastro-intestinaux (vomissements, diarrhée) et nerveux plus ou moins intenses; la desquamation au niveau des régions qui ont été le siège de l'éruption, survient rapidement, elle ressemble absolument à celle de la scarlatine (Morel-Lavallée). Dans ces formes graves d'hydrargyrisme, le diagnostic serait donc impossible sans la notion d'étiologie (Moizard); la salivation mercurielle existe aussi presque toujours et doit attirer l'attention (Hutinel et Martin.)

L'érythème scarlatiniforme qui apparaît après une injection de sérum antidiphtérique est, lui aussi, tellement voisin de la scarlatine que Marfan le décrit sous le nom de *scarlatinoïde métadiphtérique*; il ne peut être distingué de la scarlatine que par les circonstances dans lesquelles il survient; quelquefois, comme pour l'érythème sérique morbilliforme, il s'agit d'une véritable scarlatine due par exemple à une infection hospitalière. En ce qui concerne les *érythèmes toxi-infectieux* scarlatiniformes secondaires à diverses infections, il y a lieu de faire les mêmes remarques que pour la rougeole; Poisot a bien décrit les érythèmes graves qui se produisent au cours de la fièvre typhoïde, on peut croire alors à une fièvre éruptive associée à la fièvre typhoïde, mais ce diagnostic doit être écarté, parce que l'éruption n'est pas précédée des symptômes qui marquent la période d'invasion des fièvres éruptives.

L'*érythème scarlatiniforme desquamatif* (dermatite exfoliatrice récidivante) a comme principal caractère la discordance entre le peu de gravité des symptômes généraux et l'intensité de l'éruption; il ne s'accompagne pas du syndrome bucco-pharyngé de la scarlatine; la desquamation est précoce, apparaissant alors que l'éruption est dans son plein développement; cette desquamation est d'ailleurs considérable, déterminant même la chute des poils et des ongles. La notion de récidive sera aussi très importante pour le diagnostic, mais seulement, cela va sans dire, à une seconde ou troisième atteinte de la dermatite.

Ainsi donc, il faut encore le répéter, l'érythème scarlatineux n'a rien de pathognomonique; on ne doit faire le diagnostic de scarlatine que s'il existe en même temps les symptômes déterminés par la scarlatine au niveau de la gorge et de la langue. Quelle que soit l'opinon que l'on admette sur la pathogénie de la scarlatine, que l'on adopte ou non la théorie de Bergé sur l'origine streptococcique et à point de départ amygdalien de la scarlatine, on ne peut nier que les symptômes bucco-pharyngés ont une importance capitale pour le diagnostic; c'est pourquoi les faits décrits sous le nom de *scarlatine puerpérale* et de *scarlatine chirurgicale* doivent être rangés, pour la plupart, dans le groupe des érythèmes toxi-infectieux. Une accouchée, un blessé peuvent contracter une scarlatine, mais ils en présentent alors tous les signes, à commencer par l'énanthème pharyngé et l'angine; on n'admet plus l'inoculation scarlatineuse à point de départ génital, on n'admet plus la pénétration du contage par une plaie accidentelle ou opératoire; par conséquent la scarlatine puerpérale ou chirurgicale n'existe plus, telle qu'on la comprenait autrefois; il ne reste que la scarlatine survenant chez une accouchée ou chez un blessé.

C'est le plus souvent par la face que débute l'éruption de la *rubéole*, mais l'exanthème s'étend avec une grande rapidité, et tout le corps est envahi en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Dans sa forme la plus typique, l'éruption consiste en macules roses, de petites dimensions, rondes ou ovales, légèrement surélevées; les taches sont discrètes, séparées par des espaces de peau saine; cela ressemble donc à une rougeole discrète, mais parfois les taches de rubéole deviennent confluentes, forment des placards rouges irréguliers et alors la rubéole rappelle plutôt la scarlatine; cependant on remarquera dans ces cas qu'à côté des placards scarlatiniformes il existe des macules isolées, si bien que la rubéole devient ainsi un mélange d'érythème scarlatiniforme et d'érythème morbilliforme. Le malade atteint de rubéole a un peu de fièvre, quelques signes de catarrhe oculo-nasal et de bronchite, très souvent de l'angine, fréquemment aussi des adénopathies cervicales ou autres. L'hypertrophie des ganglions a été longtemps regardée comme un symptôme constant; elle manque cependant parfois; quand elle existe, elle est plus ou moins généralisée; bien souvent, les ganglions situés à l'angle de la mâchoire et le long des muscles sterno-cléido-mastoïdiens sont seuls hypertrophiés; l'adénopathie n'a alors rien de bien caractéristique puisqu'elle existe souvent dans la scarlatine, et quelquefois, à un moindre degré, dans la rougeole; quand les ganglions des aisselles, des aines sont aussi tuméfiés, cette généralisation devient un signe important pour le diagnostic.

C'est avec la rougeole et la scarlatine que l'on est exposé à confondre la rubéole. L'absence ou le peu d'intensité des prodromes et du catarrhe oculo-nasal, la brusquerie du début, l'apparition rapide et l'extension précoce de l'éruption, les caractères de celle-ci, le peu de gravité des phénomènes généraux, les adénopathies, la notion épidémiologique permettent de différencier la rubéole de la *rougeole* (Nobécourt). La rougeur moins intense du pharynx, les

caractères de l'éruption qui est rarement uniformément scarlatineuse font faire le diagnostic avec la *scarlatine*. On éliminera aussi les érythèmes toxi-infectieux dont nous avons déjà signalé les principaux caractères.

Sous le nom de *quatrième maladie*, Clément Dukes a décrit, en 1900, une fièvre éruptive qui a le même exanthème que la scarlatine et la bénignité de la rubéole; il l'a observée chez des enfants ayant eu déjà la rubéole ou la scarlatine. Cette quatrième maladie se rapproche beaucoup de la rubéole scarlatineuse étudiée en 1884 par Filatow. Après une incubation de neuf à vingt jours survient un léger malaise général et une éruption nettement scarlatiniforme, abondante, généralisée; les amygdales sont tuméfiées et rouges, les ganglions du cou légèrement augmentés de volume; la langue est saburrale, mais ne se dépouille pas comme dans la scarlatine; pendant trois ou quatre jours, le malade a de la fièvre légère, 38 à 39 degrés, puis la température baisse rapidement; la desquamation se fait ensuite comme dans la scarlatine. Cette fièvre éruptive ressemble singulièrement à la scarlatine; Dukes l'en sépare cependant parce qu'il l'a vue survenir chez des sujets ayant eu la scarlatine, mais cet argument n'est pas suffisant puisque la scarlatine peut récidiver.

Hutinel et Martin conseillent de traiter les enfants atteints d'une quatrième maladie comme des scarlatineux; Nobécourt déclare que la quatrième maladie n'est pas encore nettement individualisée; Apert la rapproche des scarlatines bénignes. Il est donc bien inutile de faire de la quatrième maladie une nouvelle fièvre éruptive.

L'éruption de la *variole* débute à la face, au front, autour des yeux, pour gagner ensuite le tronc et les membres; elle commence par des macules, taches rouges, arrondies, isolées, disparaissant sous la pression; en quelques heures les macules se transforment en papules, saillies arrondies aréolées de rouge. Vers la fin du deuxième jour de l'éruption, les papules, surtout à la face, sont déjà devenues des vésicules remplies d'une sérosité claire; les vésicules s'élargissent, se tuméfient, leur centre se déprime ce qui donne naissance à l'ombilication; mais ce phénomène n'est pas constant; on l'observe surtout au tronc, assez souvent à la face; il manque au niveau des extrémités. Entre les éléments éruptifs le derme est infiltré, et dans les régions où le tissu cellulaire est abondant il y a un gonflement œdémateux très prononcé. L'exanthème variolique s'accompagne d'un énanthème qui se montre sur les muqueuses presque en même temps que l'éruption cutanée; l'énanthème siège surtout dans la bouche où l'on voit des saillies papuleuses puis des vésico-pustules; d'autres muqueuses peuvent être envahies, par exemple la pituitaire, la muqueuse laryngo-trachéale, les muqueuses anale, vulvaire et vaginale.

Pendant cette période d'éruption, les symptômes généraux de la variole s'atténuent dans la plupart des cas; mais ils prennent une nouvelle violence au moment de la période de suppuration qui commence cinq à sept jours après le début de l'éruption. La température remonte à 39 ou 40 degrés, le pouls est accéléré; il existe de la céphalalgie, de la courbature, des vomissements, parfois de la diarrhée. Les vésicules sont devenues des pustules remplies d'un liquide louche puis purulent; quand l'éruption est discrète, chaque pustule demeure isolée; mais le plus souvent, à la face surtout, les pustules et leurs aréoles inflammatoires se confondent, et on voit ainsi de larges placards représentant des nappes purulentes. La suppuration entraîne un gonflement énorme du tissu cellulaire avec des douleurs très vives, de la cuisson, du prurit, si bien que, dans les formes intenses, la situation du malade devient très grave. La période de suppuration dure de deux à cinq jours; c'est celle où la mortalité est la plus forte, où les complications sont plus fréquentes. Lorsque le malade doit succomber, les symptômes généraux s'aggravent, les urines deviennent rares ou nulles, le pouls petit, filiforme, la mort survient dans le coma. Si le malade doit guérir, tous les symptômes disparaissent; le malade entre en convalescence pendant que des croûtes se forment sur les pustules; c'est alors la période de dessiccation et de desquamation.

Selon les variétés de l'éruption, on décrit plusieurs formes de variole : variole atténuée, variole discrète, variole abondante qui correspond à la forme précédemment décrite, variole cohérente avec des éléments très nombreux mais cependant isolés, variole confluente dont l'éruption couvre toute la surface cutanée, variole hémorragique ou variole noire. Dans cette dernière forme, la variole est hémorragique d'emblée ou secondairement; en cas de variole hémorragique d'emblée, la marche de la maladie peut être foudroyante : après un frisson violent la température monte à 40, 41 degrés; le malade a du délire, de la dyspnée, de l'angoisse, la peau est uniformément rouge, elle ne présente pas d'éléments éruptifs isolés, et le malade meurt en vingt-quatre ou trente-six heures; dans les formes moins rapides, après une invasion d'un à deux jours, on voit aux aines une rougeur lie de vin qui se généralise, se couvre de taches purpuriques ou de plaques hémorragiques, puis de phlyctènes sanguinolentes; en même temps surviennent aussi des hémorragies par la bouche et le nez, des hématémèses; le malade succombe dans le collapsus, la guérison est exceptionnelle. Le pronostic est moins grave quand la variole est secondairement hémorragique; il s'agit alors d'une variole abondante dans laquelle, au moment de l'éruption, des taches purpuriques apparaissent sur la peau, dans laquelle les pustules se teintent de sang; des hémorragies peuvent se produire par diverses voies (épistaxis, hématuries, métrorragies).

Beaucoup d'auteurs décrivent aussi une forme de variole dite *varioloïde*, mais ce terme est employé dans des sens différents; pour les uns, le mot varioloïde doit s'appliquer à toute variole survenant chez un individu vacciné; pour les autres, la varioloïde est la variole qui évolue sans fièvre de suppuration et dans laquelle les pustules, au lieu de suppurer, se dessèchent rapidement; cet avortement des pustules se voyant surtout chez les sujets antérieurement vaccinés, on revient ainsi à la première acception du terme varioloïde. Hutinel et Martin préfèrent ne pas se servir du mot varioloïde dans leur description de la vaccine, mais seulement signaler les différences d'évolution de la vaccine alors qu'elle survient chez un vacciné ou un non-vacciné.

Le diagnostic de la variole à la période d'éruption est relativement aisé; une variole discrète pourrait être confondue avec l'*acné varioliforme*, la *syphilis* varioliforme, l'*herpès* généralisé; mais, dans ces cas, on n'observe ni fièvre, ni vomissements, ni douleurs, l'état général n'est pas atteint comme dans la variole.

Une *rougeole boutonneuse* ressemble assez à une variole au début; mais la rougeole boutonneuse a été précédée du catarrhe oculo-nasal; dans les cas douteux, l'examen du sang peut être utile au diagnostic, la variole ayant une formule leucocytaire assez caractéristique. Le *purpura* hémorragique doit être distingué de la variole hémorragique qui, en somme, s'annonce par un véritable purpura; il existe toutefois une grande différence entre les symptômes généraux de ces deux affections : « Le purpura n'est rien à côté de cette variole noire qui plonge d'emblée les malades dans la prostration et l'adynamie et marque leur facies d'une empreinte désespérée. » (Comby.) Dans les cas de variole discrète c'est surtout avec la vaccine généralisée et avec la varicelle que le diagnostic est à faire, comme nous allons le voir.

La *vaccine généralisée* est très rare; en 1883, Dauchez en rapportait, dans sa thèse, une trentaine de cas seulement; depuis, quelques observations ont été publiées, les plus récentes par Leuret, d'Astros. Dans ces cas, la pénétration dans l'économie du vaccin, qui d'habitude reste local, se généralise sur les téguments, et on voit apparaître des pustules vaccinales plus ou moins confluentes. Il faut distinguer cette vaccine généralisée de l'auto-inoculation vaccinale dans laquelle des pustules vaccinales supplémentaires se montrent en divers points du corps, lorsque le sujet vacciné s'est gratté au niveau des vaccins et a porté ailleurs le virus de la vaccine. Le diagnostic différentiel de la vaccine généralisée et de la variole n'est pas difficile; l'intensité des symptômes généraux est moindre dans la vaccine généralisée; l'apparition des pustules après une vaccination lève tous les doutes, avec cette réserve qu'on a vu parfois la variole et la vaccine évoluer simultanément (Bouchut).

Dans la *varicelle*, l'éruption débute en des points quelconques, la tête, le tronc ou les membres ; on n'observe pas cette régularité de l'exanthème morbilleux et de la variole où les éléments éruptifs progressent de haut en bas; c'est déjà un caractère important de diagnostic différentiel. L'éruption de la varicelle consiste d'abord en macules rouges ou rosées, en taches érythémateuses dont le centre devient très vite vésiculeux ou plutôt bulleux; les bulles, arrondies ou ovalaires, ont des dimensions variables, tantôt petites comme des grains de chénevis, tantôt plus grosses et atteignant les dimensions de petits raisins; elles sont remplies d'un liquide clair, transparent comme l'eau de roche, qui s'est formé dans la couche la plus superficielle de l'épiderme. La base des vésicules est variable suivant les cas; c'est une tache rouge plate ou un peu surélevée; mais très souvent cette base manque, et alors les vésicules sont comme des gouttes de rosée semées sur la peau. En regardant ces bulles varicelliques et mieux encore en promenant le doigt sur leur surface, on se rend parfaitement compte qu'elles sont très superficielles, ce qui les distingue bien des vésico-pustules varioliques. D'ordinaire les bulles de varicelle sont en petit nombre, laissant entre elles de grands espaces de peau saine; parfois même il faut les rechercher avec attention pour en trouver seulement quelques-unes sur tout le corps. Mais, dans d'autres cas, elles sont, en certaines régions, plus abondantes et même confluentes, par exemple dans les points qui sont le siège de quelque irritation ; Galliard a observé une éruption très confluente au niveau d'une région badigeonnée à la teinture d'iode ; j'ai vu récemment un enfant qui, ayant eu de la bronchite quelques jours avant la varicelle, avait été soigné par des badigeonnages à l'essence de térébenthine ; au moment de la varicelle, tout le dos fut couvert d'un très grand nombre de bulles alors que sur le reste du corps l'éruption resta assez discrète. Comby, Merklen insistent sur le prurit d'ordinaire modéré, mais parfois très intense ; c'est surtout quand des bulles se forment sur le cuir chevelu que les démangeaisons peuvent devenir atroces, ce qui entraîne des lésions de grattage. L'éruption de la varicelle procède par poussées successives, autre caractère très important; ces poussées peuvent être nombreuses et faire durer la période d'éruption une dizaine de jours. Comme anomalie de l'éruption, Le Roy a décrit une forme papuleuse constituée par des saillies rouges qui se recouvrent d'une croûtelle grisâtre sans avoir passé par le stade bulleux.

Avec l'exanthème, on observe aussi un énanthème, des bulles sur diverses muqueuses : muqueuse bucco-pharyngée, muqueuse conjonctivale, muqueuse pituitaire, prépuce, vulve. Quelquefois c'est sur le larynx que se développent les bulles varicelliques; la laryngite varicelleuse peut alors s'accompagner de spasme de la glotte (Boucheron, Marfan et Hallé). A cette période d'éruption le malade a une fièvre légère et quelques symptômes généraux peu marqués ; cependant une varicelle confluente peut donner une température de 39 degrés, de l'agitation et de l'insomnie; quelquefois on constate une poussée ganglionnaire diffuse (adénopathies cervicales, axillaires, inguinales) mais presque toujours ce sont des adénopathies antérieures réveillées par l'infection varicelleuse (Merklen). Les bulles de varicelle ne suppurent pas si l'évolution est normale; elles se dessèchent rapidement, l'épiderme s'affaisse et forme une croûtelle noirâtre qui tombe au bout de quelques jours; parfois même la croûte ne se forme pas, la vésicule se flétrit par une sorte d'évaporation de son contenu, laissant à peine une squame pour témoigner de sa présence (Comby). Mais quelquefois des infections secondaires se produisent, ce sont les formes suppurée, ulcéreuse et même gangréneuse de la varicelle; on cite également quelques cas de varicelle hémorragique.

Eruption à topographie irrégulière et à poussées successives, éléments très superficiels, peu d'intensité des phénomènes généraux, tels sont les caractères qui distinguent la varicelle de la *variole*. Mais il faut bien reconnaître que la varicelle confluente simule assez bien une variole ; dans ces cas, on peut recourir à l'inoculation de l'élément éruptif douteux dans l'épithélium de la cornée d'un lapin; Salmon a montré que la variole était ainsi inoculable, tandis que la varicelle ne l'est pas ; en cas de variole, on voit apparaître, après vingt-quatre ou quarante-huit heures, le long des stries d'inoculation de petites saillies transparentes qui se transforment ensuite en vésicules. La varicelle peut encore être confondue avec l'*urticaire* vésiculeux, avec les *syphilides* varicelliformes, avec certaines *éruptions médicamenteuses* dues à l'arsenic, aux bromures, aux iodures; mais vraiment toutes ces affections ne rappellent que de très loin la varicelle. Le *pemphigus* aigu, quand il se présente sous forme de petites bulles, peut ressembler à la varicelle; bientôt les bulles grandissent et le doute ne persiste pas; il faut savoir cependant que, chez des malades affai-

blis, la varicelle prend parfois l'aspect pemphigoïde et aussi, que les deux maladies peuvent coïncider.

Les fièvres éruptives ne sont pas des maladies à *rechutes*; on cite seulement quelques observations de rechute de rougeole (Chauffard et Lemoine, Comby, Fédou), de scarlatine (Jeanselme, Richardière et Kauffmann, Lettry, Gouget, Brelet, Rouèche). Pour la rougeole, la date de la rechute est variable; dans un cas de Fédou, elle survint après trois jours d'apyrexie; dans une autre observation du même auteur, au bout de neuf jours. Dans la scarlatine, la rechute est en général tardive; Lettry relate 18 cas, dans lesquels la rechute débuta du dix-huitième au vingt-cinquième jour après la première éruption, et 21 cas dans lesquels ce début eut lieu entre le vingt-cinquième et le quarantième jour; les symptômes de la rechute sont généralement moins intenses que ceux de la première atteinte et les complications sont exceptionnelles; on a cependant relaté deux cas de rechutes suivies de mort. En règle générale, les fièvres éruptives ne *récidivent* pas, une première atteinte conférant une immunité durable; mais cette règle comporte quelques exceptions.

En résumé, ce qu'il faut retenir de ce diagnostic des fièvres éruptives, ce sont les grandes ressemblances entre l'éruption de la rougeole et les érythèmes toxi-infectieux morbilliformes, entre l'éruption de la scarlatine et les érythèmes scarlatiniformes; c'est encore la difficulté à différencier parfois la varicelle et la variole. Pour résoudre ces cas, fort embarrassants, il faudrait connaître les microbes des fièvres éruptives : il faudrait les avoir cultivés, pouvoir appliquer au diagnostic des fièvres éruptives les méthodes de séro-réaction agglutinante et d'hémoculture; en attendant, on a voulu trouver dans l'*examen du sang*, des éléments de diagnostic différentiel. Voici, à ce sujet, les conclusions d'un travail de Pater : pour la rougeole et la rubéole, les auteurs ne sont pas d'accord; Combe et Renaut, Plantenga ont trouvé, à la période d'éruption morbilleuse, de l'hypoleucocytose, avec hypopolynucléose, tandis que Courmont, Montagard et Péhu, Tiliston constatent, à ce même stade éruptif, de la polynucléose. Pour la rubéole, mêmes contradictions; il est impossible de distinguer la rubéole ou la rougeole par l'examen hématologique. Rougeole et rubéole ne peuvent non plus être séparées nettement des érythèmes capables de les simuler, sauf dans les cas rares d'érythèmes accompagnés d'une très forte mononucléose. La scarlatine se manifeste dès le début de l'éruption par une polynucléose très nette; les mononucléaires subissent une diminution portant surtout sur les lymphocytes; le chiffre des éosinophiles est assez souvent augmenté; la scarlatine peut ainsi être distinguée des érythèmes scarlatiniformes dont la formule leucocytaire est normale ou caractérisée par une mononucléose (Pater). L'étude hématologique de la variole a donné des résultats plus intéressants; E. Weil, Courmont et Montagard ont montré qu'il existait dans cette affection une hyperleucocytose avec mononucléose et apparition de myélocytes neutrophiles. Weill et Decos ont indiqué pour la varicelle une formule hémoleucocytaire différente de celle de la variole (pas d'hyperleucocytose, polynucléose, pas de myélocytes); mais Weil, Nobécourt et Merklen ont parfois trouvé dans la varicelle de la mononucléose et de la myélocytose comme dans la variole. L'examen du sang ne peut donc beaucoup aider au diagnostic des fièvres éruptives.

IV

Diagnostic à la période de desquamation. — On est appelé à faire le diagnostic d'une fièvre éruptive à la période de desquamation dans deux circonstances, soit que la desquamation permette de réformer le diagnostic primitivement porté et reconnu inexact à l'apparition de ce dernier symptôme, soit que le malade desquamant ait été peu gravement atteint au moment de l'éruption, ait eu une éruption légère et ne se soit pas alors fait examiner par un médecin.

On décrit à la *rougeole* une desquamation furfuracée, en toutes petites écailles qui font que la peau, recouverte de ces furfurs, semble poudrée; la desquamation commence au sixième ou septième jour de l'éruption, débute par le cou et la face, puis suit la même marche que l'éruption, et dure une ou deux semaines. Les cas où la desquamation est absente ne sont pas rares (Dopter); parfois la desquamation est si discrète qu'elle pourrait passer inaperçue (Comby); la desquamation furfuracée typique est donc peut-être plus exceptionnelle que ne l'écrivent les auteurs classiques; bien souvent, c'est plutôt par la persistance sur le thorax et sur le ventre de macules grisâtres, pigmentées, qui donnent aux téguments un aspect tigré, que l'on peut faire le diagnostic rétrospectif de rougeole.

Dans la *scarlatine*, la desquamation est tout à fait caractéristique, mais sa date d'apparition très variable. On peut parfois voir la peau se fendiller dès le septième ou huitième jour; bien souvent la desquamation ne commence qu'au dixième, quinzième jour de la maladie et même plus tard, pour ne se terminer que du trentième au quarantième jour; on a cité des cas de desquamation encore plus prolongée, ayant duré deux mois (Sanné), soixante-dix jours (Trousseau). Rilliet et Barthez, Sanné ont bien décrit la desquamation scarlatineuse; l'épiderme devient rugueux, se ride en formant de petites élevures arrondies, flaccides et sèches; ces élevures restent isolées ou s'agglomèrent, puis elles se déchirent par leur centre, laissant à leur place des surfaces épidermiques nouvelles qui sont limitées par l'épiderme ancien, dont les bords circulaires sont soulevés jusqu'à une certaine distance; le décollement se propage d'une surface à l'autre; la peau présente ainsi un mélange de places dénudées, et de lambeaux épidermiques à moitié détachés; peu à peu les squames tombent, l'épiderme nouveau présente une coloration rose pâle, puis reprend lentement sa teinte normale. Aux mains et aux pieds, la desquamation se fait par larges bandes; aux doigts et aux orteils, sur la face palmaire et plantaire, où l'épiderme est plus épais, la peau se détache en grands lambeaux, en véritables doigts de gant. Quelques observateurs ont noté, dans la scarlatine, la chute des poils, des cheveux et même des ongles; le fait est exceptionnel, il se voit plutôt dans l'érythème scarlatiniforme récidivant.

Les squames de la scarlatine ont été longtemps considérées comme très contagieuses; on admet aujourd'hui que les germes de la scarlatine pullulent surtout dans la gorge des malades, et si les squames ont pu parfois transmettre la maladie, c'est alors qu'elles avaient été souillées et infectées par les

sécrétions naso-pharyngées (Lemoine, Gouget, Lesage).

La desquamation de la *variole* succède à la dessiccation des pustules ; la dessiccation se fait un peu différemment selon les régions ; à la face, les pustules se déchirent, au tronc elles se dessèchent sans se déchirer, puis les unes et les autres se recouvrent de croûtes rugueuses, assez épaisses, qui restent adhérentes tant que l'épiderme n'est pas régénéré ; parfois les croûtes épaisses tombent pour être remplacées par d'autres plus légères, et le phénomène peut se reproduire deux ou trois fois ce qui prolonge la période de desquamation. Après la chute des croûtes, la peau présente des cicatrices qui restent souvent ineffaçables.

Dans la *varicelle*, la desquamation existe à peine ; les bulles se dessèchent et se recouvrent de croûtelles noirâtres qui se détachent rapidement, sans laisser de cicatrices. En cas de varicelle suppurée, la dessiccation est beaucoup plus lente ; il peut alors persister quelques cicatrices. Marfan a montré qu'on observe souvent, à la place des bulles varicelliques, des taches blanches pouvant présenter plusieurs aspects : taches blanches achromiques, très lisses, d'un blanc d'ivoire, sans saillie ni dépression ; taches blanches saillantes avec plicatures parallèles ; taches blanches entourées d'une zone hyperpigmentée. Les taches persistent pendant des années, mais elles doivent finir par disparaître, puisqu'on ne les rencontre plus chez les adultes.

Après avoir fait le diagnostic de rougeole, de scarlatine, de varicelle ou de variole, il faut essayer d'établir un *pronostic* ; celui-ci sera basé sur l'examen général du malade, sur la présence ou l'absence de complications ; on tiendra compte aussi de l'âge du sujet, du milieu dans lequel il est soigné, les fièvres éruptives ayant une gravité plus grande dans les hôpitaux d'enfants. En ce qui concerne les *complications*, chaque fièvre éruptive a pour ainsi dire les siennes qui, sans lui appartenir exclusivement, sont particulièrement fréquentes ; dans la rougeole, ce sont les complications broncho-pulmonaires ; dans la scarlatine, les angines, la néphrite, le pseudo-rhumatisme ; dans la variole, les suppurations de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, les complications atteignant le système nerveux et l'appareil circulatoire. Les complications sont dues les unes aux germes et aux toxines, encore inconnus, des fièvres éruptives, les autres, beaucoup plus nombreuses, aux infections secondaires ; microbes et poisons envahissent tout l'organisme, pouvant déterminer des lésions dans tous les parenchymes ; le foie, le pancréas, les capsules surrénales sont ainsi atteints et les altérations de ces organes glandulaires ont un rôle que l'on commence seulement à entrevoir dans la production des symptômes et des complications de la maladie. Pour établir un pronostic exact, il y a lieu de tenir compte de ces notions de pathologie générale. On n'oubliera pas enfin la possibilité d'association, chez un même malade, de deux fièvres éruptives, par exemple scarlatine-rougeole, scarlatine-varicelle ; il est encore une autre infection qu'il ne faut jamais méconnaître, c'est la diphtérie ; la diphtérie complique assez souvent la rougeole, quelquefois elle survient chez un scarlatineux ; il importe d'en faire le diagnostic le plus tôt possible pour ajouter immédiatement au traitement de la fièvre éruptive le traitement de la diphtérie, c'est-à-dire la sérothérapie intensive.

BIBLIOGRAPHIE.

APERT. Diagnostic précoce de la rougeole, *Bull. méd.*, 19 sept. 1908 ; — *Précis des maladies des enfants*, 1909. — ASTROS (Dr). Un cas de vaccine généralisée terminé par la mort, *Marseille méd.*, 1er mars 1912. — AUBERTIN. L'engourdissement des mains dans la scarlatine, *Arch. de méd. des enf.*, 1903, p. 226. — AVIRAGNET et APERT. Deux épidémies de rubéole, *Soc. de péd.*, 20 fév. 1906.

BABONNEIX et BRELET. Les angines de la scarlatine, *Gaz. des hôpit.*, 13 et 20 fév. 1909. — BALDINI. Quelques cas anormaux de rougeole (un cas de rougeole hémorragique), *Arch. de méd. des enf.*, juin 1911, p. 445. — BARANNIKOW. De la thermo-séméiologie de la scarlatine, *Arch. de méd. des enf.*, 1910, p. 98. — BIEHLER (Mathilde DE). Les taches de Koplik, *Arch. de méd. des enf.*, janv. 1911, p. 15 ; — Exanthèmes après vaccination chez les enfants, *Arch. de méd. des enf.*, avril 1911, p. 264. — BIEHLER (Mathilde et Waclaw DE). Examen du sang de l'enfant dans les maladies infectieuses (rougeole, diphtérie, scarlatine), *Arch. de méd. des enf.*, août 1909, p. 561. — BING. *Les Taches de Koplik. Leur importance pour le diagnostic et la prophylaxie de la rougeole*, Th. de Paris, juin 1905 ; — Signe de Koplik et rougeole, *Progrès méd.*, 1er juillet 1911. — BOUCHARD-BRISSAUD. *Traité de méd.*, t. II. — BRAILLON. *Revue méd. d'Amiens*, janv. 1908. — BRELET. Diagnostic précoce de la rougeole, *Arch. gén. de méd.*, 13 mars 1906 ; — Le signe de Koplik, *Gaz. méd. de Nantes*, mai 1909 ; — Les rechutes de la scarlatine, *Gaz. méd. de Nantes*, 26 août 1911. — BRESSET et DÉTRÉ. Sur quelques cas anormaux de varicelle, *Arch. de méd. des enf.*, 1908, p. 694. — BRUDZINSKI. De l'infection double par rougeole et scarlatine chez les enfants, *Arch. de méd. des enf.*, 1910, p. 1.

CERF. Les anomalies et les complications de la varicelle, *Gaz. des hôpit.*, 29 juin 1901, p. 713. — CHAUFFARD et LEMOINE. Quelques cas de rougeole à rechute, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1895, p. 864. — COMBE. *Arch. de méd. des enf.*, juin 1899. — COMBY. *Traité des Maladies de l'enfance* ; — *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 22 nov. 1895.

DEBOVE et ACHARD. *Manuel de médecine*, t. VIII. — DOPTER. Art. MALADIES INFECTIEUSES, *Précis de pathologie interne* Gilbert-Fournier.

FÉDOU. Une épidémie de rougeole en 1905, *Arch. de méd. des enf.*, 1912, p. 279. — FROMONT. Sur un signe peu connu de la scarlatine, *La Clinique infantile*, 1er fév. 1912, p. 75.

GALLIARD. La fièvre prévaricellique, *Journ. de méd. de Paris*, 8 avril 1911. — GOUGET. La rougeole compliquant la scarlatine, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1909, p. 171 ; — La scarlatine à l'hôpital Claude-Bernard en 1908, *Revue de méd.*, janv.-avril 1910. — GRANCHER-COMBY. *Traité des maladies de l'enfance*, 2e édition, t. I. — GUÉRIN. *Contribution à l'étude clinique de la bouche dans la rougeole*, Th. de Paris, janv. 1904.

HAMBURGER et SCHEY. Ueber systematische Lymphdrüsenschwellungen bei Röteln, *Münch. med. Woch.*, 1909, p. 2309. — HUTINEL. *Les Maladies des enfants*, t. I ; — Septicémie et altérations glandulaires dans la scarlatine, *Arch. de méd. des enf.*, mars 1911, p. 161 ; — Association de la rougeole et de la scarlatine, *Paris méd.*, 28 janv. 1911.

JEANSELME. Etude sur les fausses rechutes, les rechutes et les récidives de la scarlatine, *Arch. gén. de méd.*, 1892.

KOPLIK. *Arch. of Ped.*, déc. 1896.

LEREBOULLET et SCHREIBER. Les maladies des enfants en 1911, *Paris méd.*, 2 déc. 1911. — LE ROY. *Sur une épidémie de varicelle anormale*, Th. de Paris, fév. 1911, n° 201. — LESAGE. Contagion et séméiologie de la scarlatine, *Gaz. des hôpit.*, 16 oct. 1909, p. 1471. — LETTRY. *Les Rechutes de la scarlatine*, Th. de Paris, 1907-1908. — LEURET. Trois cas familiaux de vaccine généralisée d'emblée, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1908, p. 360.

MARFAN. Pigmentation et dépigmentation cutanées à la suite de la varicelle, *Soc. de péd.*, 20 mars 1906. — MAY MICHAEL. Rubella a report of an epidemic of eighty cases, *Arch. of ped.*, août 1908. — MAYER. *Etude d'un symptôme différentiel de l'exanthème scarlatineux*, Th. de Paris, mai 1902, n° 351. — MERKLEN. Trois particularités au cours de la varicelle, *Soc. de péd.*, janv. 1911. — MEUNIER. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 6 nov. 1898. — MOREL-LAVALLÉE. Des hy-

drargyries pathogénétiques. Erythèmes polymorphes scarlatiniformes dus à l'usage interne du mercure, *Revue de méd.*, 1891, p. 449.

NOBÉCOURT. *Précis de médecine infantile*, 2e édition, 1912.

PASTIA. Un nouveau signe de diagnostic de la scarlatine, *Tribune méd.*, 12 nov. 1910, p. 726; — Le signe du pli du coude dans la scarlatine, *Arch. de méd. des enf.*, fév. 1911, p. 130. — PATER. Sur le diagnostic hématologique des fièvres éruptives et des érythèmes qui les simulent, *Arch. de méd. des enf.*, 1909, p. 577. — PLANTENGA. *Arch. de méd. des enf.*, mars 1903. — POISOT. *Les Erythèmes graves principalement au cours de la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1908.

RENAUD. Th. de Lausanne, mars 1900. — RICHARDIÈRE et KAUFMANN. Quelques cas de rechute de la scarlatine, *La Clinique infantile*, 15 nov. 1903. — ROBERT. *Les Erythèmes scarlatiniformes observés à la suite des injections de sérum antidiphtérique*, Th. de Paris, 1911-1912, n° 9. — ROGER. *Les Maladies infectieuses*, 1902. — ROUÈCHE. *Neuf cas d'éruptions scarlatiniformes secondaires tardives chez des enfants convalescents de scarlatine*, Th. de Paris, 1911-1912, n° 61. — ROUSSET. *Varicelle et scarlatine*, Th. de Paris, janv. 1910, n° 123.

SÉBILLEAU. La période d'incubation dans la rougeole, *Gaz. méd. de Nantes*, 26 mars 1910, p. 241.

TISSIER et LEBEAUPIN. Sur un cas de scarlatine fruste, *Gaz. méd. de Nantes*, 2 déc. 1911, p. 1009. — TIXIER et TROISIER. La surrénalite et la pancréatite scarlatineuses, *Arch. de méd. des enf.*, 1912, p. 321.

NOTE

SUR LE

TRANSPORT DES BLESSÉS EN TERRAIN ACCIDENTÉ

Par M. A. CHALLAMEL,
Médecin aide-major de réserve.

Le transport des blessés en terrain accidenté ne peut se faire qu'en brancard.

Le transport en brancard se fait à deux ou à quatre brancardiers.

Lors de la période d'instruction que j'ai accomplie au Val-de-Grâce en 1911, j'ai pu me convaincre que le transport à deux, à l'aide de bretelles, était plus pratique et moins fatigant que le transport à quatre.

Si le transport à deux est le plus pratique, il offre deux grands inconvénients :

1° Le porteur de tête se fatigue beaucoup plus que le porteur de pied, car outre le poids plus considérable de la partie supérieure du corps du blessé, il supporte le poids du sac que l'on place habituellement sous la tête.

2° Le porteur de tête ne voit pas où il pose les pieds, ce qui en terrain accidenté est incommode et dangereux.

Il me paraîtrait que l'on gagnerait du temps (à cause de la fatigue moindre des brancardiers et de la sûreté de leur marche) à effectuer le transport à trois.

Voici comment je comprends ce transport. Le porteur de pied qui marche en avant est placé entre les brancards comme dans le portage à deux.

A la tête on placerait deux brancardiers, un de chaque côté du brancard, à la place du seul brancardier d'arrière.

Ainsi ces brancardiers qui marcheraient en dehors des hampes, verraient où ils posent le pied, et se partageraient le poids de la tête du brancard.

Pour que ces deux brancardiers de tête puissent porter commodément, il faut qu'ils soient munis de bretelles ; par conséquent qu'à chaque brancard soient jointes trois bretelles au lieu de deux.

Les bretelles, portées en écharpe, passeraient sur l'épaule la plus éloignée du brancard. Les boucles d'ajustage seraient placées au-devant de la poitrine pour faciliter la tension de la bretelle. Les deux extrémités bouclées passeraient dans la hampe que le brancardier maintiendrait de la main gauche s'il est placé à droite, de la main droite s'il est placé à gauche.

Le transport à trois pourrait se faire aussi avec l'adjonction d'une barre transversale, branche d'arbre par exemple, placée à la tête du brancard (à l'angle des pieds du brancard et des poignées de tête).

Les brancardiers placeraient leurs mains et les boucles de bretelles, au niveau de la poignée de tête et au niveau de l'extrémité de la barre transversale.

La fixité de cette barre transversale pourrait être assurée très simplement par la boucle de bretelle qui se fixerait obliquement à la poignée, au pied du brancard et à la barre tout ensemble.

Cette façon de faire me paraît moins pratique que la précédente à cause de l'adjonction de la barre transversale.

La formation de l'équipe de brancardiers resterait fixée comme par le passé à quatre brancardiers :

Le transport à quatre brancardiers est indispensable pour le chargement du blessé en voiture ou en wagon.

Le transport à deux brancardiers conserverait toute sa supériorité en terrain plat, à de très courtes distances (à défaut de transport par brancard sur roues).

Le transport à trois brancardiers serait utilisé en terrain accidenté ou pour les distances notables.

Dans ce dernier cas, le quatrième brancardier, selon les circonstances, accompagnerait le convoi ou resterait sur le lieu du combat pour donner ses soins à d'autres blessés ou se livrer à leur recherche.

Conclusions.—Pour que ce transport à trois puisse se faire, il suffirait d'en indiquer la possibilité dans les théories, et d'ajouter à chaque brancard une troisième bretelle.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE L'HYSTÉRALGIE

Par M. SARDENT.

L'hystéralgie est la névralgie de l'utérus, c'est un état douloureux se développant en dehors ou indépendamment de toute lésion morbide.

Le diagnostic de cette affection se fait par l'exclusion des diverses affections douloureuses, dysménorrhée, annexite, et aussi en tenant compte du caractère de la douleur et de sa *disproportion* avec les lésions locales existant.

Le traitement de cette névralgie, que l'on rencontrerait bien souvent si l'on y pensait, est à la fois local et général.

On a préconisé longtemps l'application de pointes de feu sur l'utérus et sur l'hypogastre, les lombes, les hypocondres, points ou siège la douleur.

Mais il y a plus à compter sur l'utilisation locale des calmants, on emploie par exemple des suppositoires belladonés :

Extrait de belladone... 1 à 2 centigrammes.
Beurre de cacao........... 3 grammes.

Pour un suppositoire.

Et on peut donner surtout le Pantopon Roche (sirop),

excellent sédatif. On prescrit des injections vaginales lénitives, des bains de siège, on fait contre le col des pansements opiacés et on applique des Ovules Roche au thigénol et des tampols à la belladone. Certains médecins n'admettent pas de névralgies utérines sans lésion inflammatoire préalable et sans métrite. Aussi conseillent-ils d'une façon systématique le Tampol ou l'ovule Roche au thigénol parce que ce topique est décongestif, excito-sécrétoire et analgésique. Il est certain que, dans la majorité des cas, ce traitement donne des résultats et permet de n'avoir pas recours aux antinervins habituels.

Cependant, et ce sera là le traitement général, il faudra, chez ces nerveuses, utiliser la valériane, les bromures, les antispasmodiques. Quelques gynécologues se trouvent bien de la résine d'ombellifères.

On tonifiera aussi l'état général par les ferrugineux, les reconstituants. L'hydrothérapie est indispensable, douches froides, drap mouillé, ablutions.

Ces malades très arthritiques et goutteuses devront être soumises au salicylate de soude, à la lithine et les névropathes iront à Néris et à Plombières.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 1er AU 6 JUILLET 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 1er juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, A. R., 1re, 2e, 3e et 4e séries).
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).
Mardi 2 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, A. R., 1re, 2e et 3e séries).
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).
Mercredi 3 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, A. R., 1re, 2e et 3e séries).
5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).
Jeudi 4 juillet, à une heure. — 3e (oral, 2e partie).
1er (chirurgien-dentiste, A. R., 1re et 2e séries).
2e (chirurgien-dentiste, A. R., 1re et 2e séries).
Vendredi 5 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, A. R., 1re, 2e, 3e et 4e séries).
Samedi 6 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, A. R., 1re, 2e et 3e séries).
5e (2e partie), *Beaujon* (1re et 2e séries).

THÈSES

Mercredi 3 juillet, à une heure. — M. DETRE. L'avenir des prématurés. (MM. Pinard, président; Delbet, Hartmann et Couvelaire.) — M. ROUSSEL. L'amputation du rectum cancéreux par la voie transvaginale. (MM. Delbet, président; Pinard, Hartmann et Couvelaire.) — M. LEROUX. Des fractures exposées de la rotule et de leur traitement. (MM. Hartmann, président; Pinard, Delbet et Couvelaire.) — M. KRIEGER. Contribution à l'étude de la fièvre des foins. (MM. Blanchard, président; Déjerine, Roger et André Jousset.) — M. BÉAL. Contribution à l'étude du mal perforant buccal. (MM. Déjerine, président; Blanchard, Roger et André Jousset.) — M. QUIQUANDON. Les pleurésies pulsatiles. (MM. Roger, président; Blanchard, Déjerine et André Jousset.) — M. BOBRIE. Etude sur la syphilis et l'hérédité syphilitique. (MM. Gaucher, président; Marfan, Teissier et Gougerot.) — M. GOURVITCH-SCHMERLING. La forme digestive de l'énurésie. (MM. Marfan, président; Gaucher, Teissier et Gougerot). — M. LUTENBACHER. L'érythémie. (MM. Teissier, président; Gaucher, Marfan et Gougerot.) — M. CHABROL. Contribution à l'étude des ostéomes musculaires traumatiques (ou myosite ossifiante traumatique). (MM. Segond, président; Monod, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. FIEVEZ. Rupture intracapsulaire du long biceps brachial et arthrite sèche scapulohumérale (contribution à l'étude de l'épaule sénile). (MM. Segond, président; Monod, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. PINAULT. Appendicite chronique et pseudo-tuberculose. (MM. Segond, président; Monod, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. PHELIP. Etude clinique des résultats éloignés de l'ostéomyélite des os longs chez l'enfant et l'adolescent. (MM. Segond, président; Monod, Pierre Duval et Ombrédanne.)

Jeudi 4 juillet, à une heure. — M. VALLEIX. L'ictère émotif chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Albert Robin, Pierre Marie et Nobécourt.) — M. GAILLARD. De la valeur du sulfate de magnésie en thérapeutique. Ses propriétés purgatives en injections hypodermiques. (MM. Albert Robin, président; Hutinel, Pierre Marie et Nobécourt.) — M. KOPELMAN. Contribution à l'étude de la spondylose rhizomélique. (MM. Pierre Marie, président; Hutinel, Albert Robin et Nobécourt.) — M. CADO. La forme comateuse de la méningite tuberculeuse chez l'adulte. (MM. Pierre Marie, président; Hutinel, Albert Robin et Nobécourt.) — M. BRANCHARD. Les reins polykystiques. (MM. Pozzi, président; de Lapersonne, Quénu et Terrien.) — M. CHARBONNIER. Les diverticules de la vessie. Symptômes, diagnostic et traitement. (MM. Pozzi, président; de Lapersonne, Quénu et Terrien.) — M. JEANSON. Le docteur Casimir Davaine. Sa vie, son œuvre (1812-1882). (MM. de Lapersonne, président; Pozzi, Quénu et Terrien.) — M. PERDOUX. Le drainage en gynécologie. (MM. Quénu, président; Pozzi, de Lapersonne et Terrien.)

COURS ET CONFÉRENCES

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — COURS DE VACANCES. — M. Mauclaire, agrégé, commencera le jeudi 4 juillet, à neuf heures et demie, une série de dix leçons sur des sujets d'actualité chirurgicale, et il les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Présentation de malades après la leçon.

Visite dans les salles à neuf heures. Consultations pour les maladies des os et des articulations les lundis et vendredis. Consultation de gynécologie les mercredis et samedis. Opérations tous les jours, à dix heures et demie.

COURS PRATIQUE DE SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE, par le professeur agrégé LAIGNEL-LAVASTINE, médecin des hôpitaux, et les docteurs Félix Rose, Barbé, Boudon, Pierre Kahn et Lévi-Valensi, chefs de clinique. — Ce cours, consistant en vingt leçons avec présentations de malades, suivies d'exercices pratiques par les élèves, aura lieu à l'Hôtel-Dieu et à l'Asile clinique, 1, rue Cabanis, du jeudi 29 août 1912, à dix heures, au jeudi 12 septembre, à deux heures.

Programme des leçons. — I. La méthode psychoscopique et les grands syndromes psychiques de la pathologie cérébrale. — II. L'excitation cérébrale et la manie. — III. La dépression cérébrale et la mélancolie. — IV. L'intoxication corticale : confusion mentale et catatonie. — V. Les hallucinations. — VI. Les rêves et le délire onirique. — VII. La logique affective et les délires systématisés. — VIII. Les amnésies et l'apraxie. — IX. L'aphasie. — X. Les déficits cérébraux et la démence. — XI. Les dysgénésies cérébrales et la débilité mentale. — XII. La neurasthénie et l'hypocondrie. — XIII. Les obsessions. — XIV. L'hystérie. — XV. L'épilepsie. — XVI. L'alcoolisme cérébral. — XVII. La syphilis cérébrale. — XVIII. La tuberculose cérébrale. — XIX. Les réactions humorales des psychopathes. — XX. Les rapports du cortex avec le sympathique et les glandes endocrines.

Le montant du droit à verser est de 100 francs.

Prière de s'inscrire auprès de M. Laignel-Lavastine, laboratoire de la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale, 1, rue Cabanis.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVE, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 21 juin : MM. Aubertin, Babonneix et Armand-Delille, 20.

Prochaine séance mercredi 26 juin, à quatre heures et demie, à Lariboisière.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture.* — Séance du 21 juin. — MM. Gernez, 28; Martin, 23; Capette, 25; Bazy, 22.

Les hôpitaux, Charité, Necker, Beaujon, Lariboisière, sont interdits aux candidats.

— Prix Civiale. — Un concours est ouvert en 1912, entre les internes titulaires ou provisoires en médecine, pour l'attribution du prix biennal de 1000 francs, fondé par feu le docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires.

Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (service du personnel) avant le 25 novembre 1912, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Le lundi 21 octobre 1912, à neuf heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours pour dix places d'élèves internes en médecine et en chirurgie pour le service des hôpitaux.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu. Ils auront à justifier du nombre de huit inscriptions de médecine (nouveau régime). La liste sera close le lundi précédant le jour du concours (terme de rigueur).

GUERRE. — M. le médecin inspecteur Comte, nouvellement promu, est maintenu dans ses fonctions de directeur du service de santé du 4e corps d'armée au Mans.

MARINE. — Le *Journal officiel* du 23 juin 1912 publie le programme du concours d'admission à l'Ecole principale du service de santé de la marine.

JUBILÉ DU PROFESSEUR CHARLES RICHET. — Les élèves et les amis de M. Ch. Richet, désirant fêter le vingt-cinquième anniversaire de son enseignement à la Faculté de médecine, en qualité de professeur titulaire de la chaire de physiologie, ont pensé que la meilleure façon d'honorer sa vie de fécond labeur et de lui témoigner l'admiration et la reconnaissance que les biologistes doivent à son œuvre serait de lui offrir un volume formé de mémoires écrits à l'occasion de ce jubilé par des collègues et des élèves. On peut souscrire à cet ouvrage, dont le prix est de 20 francs et qui ne sera pas mis dans le commerce, en envoyant les cotisations à M. J.-P. Langlois, directeur de la *Revue générale des sciences*, 18, rue Chauveau-Lagarde, Paris 8e.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la vingt-quatrième semaine, 869 décès, au lieu de 907 pendant la semaine précédente et au lieu de 843, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant.

La fièvre typhoïde a causé 6 décès, la variole 0, la rougeole 26, la scarlatine 8, la coqueluche 6, la diphtérie 5.

LA BIBLIOTHÈQUE DES MÉDECINS DE CHATEL-GUYON. — Les médecins de Châtel-Guyon viennent de créer une bibliothèque dont ils mettent les différents services à la disposition de ceux de leurs confrères qui se rendront dans cette station.

Ils pourront y faire leur courrier et ils y trouveront un certain choix de livres ou revues de médecine et de littérature qui sera mis gracieusement à leur disposition et qu'ils pourront emporter pour la lecture à domicile.

D'autre part, l'administration du Casino a bien voulu disposer pour eux d'un certain nombre de cartes d'invitation pour les représentations théâtrales.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Augros, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien médecin adjoint de la Maison des Loges, décédé à Maisons-Laffitte, et Derazey, médecin principal de l'armée, à Aix-les-Bains.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — Maladies du cœur et des vaisseaux. (Service de M. le docteur Josué.) — Sous la direction du chef de service, à partir du 1er juillet, commenceront de nouvelles séries de douze leçons d'exercices individuels de percussion, auscultation, sphygmomanométrie, suivis d'exercices de diagnostic et de rédaction d'ordonnances.

Pour que ces leçons atteignent efficacement leur but, et que chaque élève puisse être exercé individuellement, chaque série est limitée à un nombre maximum de cinq élèves.

Droit d'inscription : 100 francs.

S'inscrire auprès de M. Henri Godlewski, interne du service.

PRATIQUE BACTÉRIOLOGIQUE

L'ULTRAMICROSCOPIE EN DEHORS DE LA SYPHILIS

Par A. SÉZARY,
Chef de clinique adjoint à la Faculté.

A l'heure actuelle, l'emploi de l'ultramicroscope s'est généralisé dans les laboratoires de bactériologie où il est à peu près exclusivement réservé à l'étude du tréponème et des spirilles. Il est rare que cet appareil soit utilisé pour rechercher d'autres microbes. Il peut cependant, comme nous allons le montrer, rendre des services importants en dehors de la syphiligraphie.

*
* *

Notre attention a été attirée sur ce fait à l'occasion de l'étude bactériologique d'une pleurésie purulente que nous avait confiée notre regretté maître le professeur Dieulafoy.

L'observation de ce cas se trouve exposée dans la dernière édition du *Manuel de pathologie interne* (t. I, p. 659). Il s'agissait d'un homme atteint d'une pleurésie « intarissable », chez lequel, en l'espace de dix ans, on avait dû pratiquer une centaine de ponctions et évacuer 230 litres d'un liquide séro-purulent légèrement fétide. A plusieurs reprises, on avait recherché les microbes dans ce pus. Les examens directs après coloration au violet de gentiane étaient demeurés négatifs, bien qu'ils eussent été pratiqués à diverses reprises et par plusieurs bactériologistes expérimentés. L'inoculation au cobaye n'avait pas décelé de tuberculose.

Faisant à notre tour l'étude de ce liquide, nous constatâmes que la coloration au violet de gentiane, que la méthode de Gram ne permettaient de déceler aucun microbe. Ce fait contrastait avec les altérations marquées des globules blancs que renfermait l'épanchement. Nous eûmes alors l'idée d'examiner le liquide à l'ultramicroscope. Nous pûmes y découvrir une quantité de microbes répondant à deux types différents, d'une part un bacille à extrémités arrondies et ordinairement disposé par chaînettes de deux ou plusieurs éléments, d'autre part un microcoque formant des chaînettes analogues à celles du streptocoque. Ces mêmes microbes furent toujours retrouvés lors de plusieurs ponctions successives. La coloration habituelle au violet demeura toujours négative. C'est seulement en les imprégnant d'une façon prolongée avec le bleu phéniqué que l'on parvenait à discerner quelques-uns des microbes et à reconnaître en particulier que le bacille présentait une capsule. L'étude des cultures nous montra alors qu'il s'agissait de deux microbes poussant aussi bien en milieu aérobie qu'anaérobie : le pneumobacille de Friedländer et le streptocoque. Mais de même qu'ils avaient perdu leurs affinités colorantes, de même ils avaient perdu leur virulence ; l'inoculation du pneumobacille (pus et cultures) à la souris ne détermina aucun trouble appréciable, le streptocoque injecté à l'oreille du lapin ne provoqua qu'un léger érythème qui disparut en vingt-quatre heures.

Dans cette observation, on voit donc l'ultramicroscope révéler des microbes qui avaient perdu leurs affinités colorantes pour les réactifs habituels et qui pour cette raison étaient demeurés invisibles jusqu'ici.

*
* *

Or, il n'est pas rare que des conditions semblables se trouvent réalisées dans la pratique des laboratoires de bactériologie.

C'est ainsi que certains méningocoques, provenant du liquide céphalo-rachidien, prennent mal la matière colorante : « Ils forment deux petites taches accolées l'une à l'autre, et l'on peut hésiter à prendre ces grains, ces ombres de microbes, pour des germes véritables. » (Netter et Debré.) D'ailleurs les colonies du même microbe, après quarante-huit heures de culture, renferment une grande majorité de ces formes mal colorables.

Le même fait se retrouve pour les anaérobies. Le bacillus ramosus, le bacillus fragilis provenant du pus sont le plus souvent très mal colorés : c'est ce qu'en particulier Guillemot a constaté dans les gangrènes pulmonaires. Comme l'indiquent Jungano et Distaso, beaucoup d'espèces anaérobies se colorent avec difficulté (bacillus fundiliformis, bacillus Albarani, etc.) ou ne prennent la couleur que par place (bacillus bifidus, bacille granuleux, etc.). Aussi peuvent-ils passer inaperçus à l'examen direct après simple coloration.

Il en est de même pour les mycoses. On connaît la difficulté que l'on éprouve à déceler les champignons pathogènes dans les frottis colorés provenant de lésions mycosiques. Gougerot déclare avoir méconnu plusieurs fois la présence des parasites parce qu'ils étaient incolorables ou du moins parce qu'ils ne retenaient pas la coloration élective qui les fait reconnaître classiquement. Un œil exercé peut alors les discerner à leur ombre, comme l'indique Gougerot ; mais un œil inexpérimenté ne saura les distinguer.

Dans tous ces cas, l'ultramicroscope rend un service évident en révélant le microbe qui échappait à l'examen à cause de son incolorabilité. De tels faits ne sont pas rares comme on le voit. Aussi son usage, bien plus commode que l'examen direct au microscope sans coloration, précise-t-il et simplifie-t-il singulièrement la technique bactériologique.

L'ultramicroscopie ne doit pas remplacer les méthodes actuelles, mais elle les complète et doit trouver une place presque nécessaire à côté d'elles.

*
* *

Il est une autre circonstance, plus particulière, où l'ultramicroscope devient très utile en bactériologie. C'est lorsqu'il s'agit d'étudier un microbe anaérobie qu'on a réussi à isoler en cultivant du pus en gélose profonde.

Dans ce cas, l'examen direct est très difficile, non seulement parce que les anaérobies sont souvent mal colorables, mais encore parce que les colonies se développent dans la gélose même et qu'en les prélevant on ramène avec les microbes un enduit

de gélose qui empêche les colorants de les atteindre.

Voici alors comment nous opérons. A l'aide d'une pipette non brisée ou d'un long fil de platine, nous faisons à travers la gélose une voie directe jusqu'au voisinage des colonies. Puis, dans ce conduit, nous introduisons une pipette dont l'extrémité a été brisée. Nous prélevons, comme à l'emporte-pièce, un fragment de la gélose contenant la colonie. Ce fragment vermiculaire s'extrait de l'extrémité de la pipette en chauffant très légèrement celle-ci. Il est placé sur une lame et fortement écrasé par une lamelle. La préparation ainsi faite est examinée à l'ultramicroscope. On voit alors facilement le contour des microbes qu'on a cultivés. Cette méthode nous a toujours donné facilement de bons résultats dans les cas où nous l'avons employée.

***

On voit donc que soit en bactériologie générale, soit en anaérobiologie, l'ultramicroscopie peut rendre des services dont il ne faut pas méconnaître l'importance, si l'on veut, non seulement aboutir à une étude complète, mais encore éviter des erreurs grossières.

L'EUGÉNIQUE

Par M. J. LAUMONIER.

L'eugénique est une science nouvelle, fondée, il y a une vingtaine d'années, par Francis Galton, auquel de longues et patientes recherches sur l'hérédité familiale avaient appris le danger de la libre multiplication des déchets humains et la nécessité d'y parer sous peine d'une inévitable déchéance. Mais à côté de lui et après lui, d'autres auteurs, K. Pearson, Bateson, Haycraft, Closson, en Angleterre et aux Etats-Unis, V. de Lapouge et G. Le Bon en France, Otto Ammon et Woltmann en Allemagne, Niceforo en Italie, etc., arrivaient, par des voies différentes, aux mêmes conclusions. De là est né ce mouvement réactionnel contre les méfaits de la bienfaisance sentimentale et de la *sélection à rebours*, qui s'affirme aujourd'hui un peu partout, et qui s'est déjà traduit par la création, à Londres, de l'*Eugenics education Society* et de l'*Eugenics Review* et par l'organisation d'un premier congrès international d'eugénique, dont les séances se tiendront, à Londres également, du 24 au 30 juillet prochain.

D'après Fr. Galton, l'eugénique a pour but essentiel l'étude théorique et pratique de tous les moyens capables de protéger, d'accroître et de perfectionner les éléments les plus robustes et les mieux doués des races humaines : d'où son nom. C'est donc une sorte d'anthropotechnie, de viriculture, qui, par la défense rationnelle de l'hérédité normale, se propose d'éviter à l'humanité actuelle la décadence dont toutes les civilisations antiques ont été successivement les victimes. Nous avons ainsi à considérer deux choses, dans l'eugénique, d'une part la doctrine, d'autre part, ses applications pratiques.

Comme je l'ai montré dans l'article précédent, la survivance, par l'effet de la sélection à rebours, d'une proportion croissante d'inaptes, de déchets humains, diminue la résistance de la race et constitue un danger pour la prospérité et la durée de la collectivité. La nécessité s'impose par conséquent, aux nations qui ne veulent pas dégénérer et disparaître, de protéger, d'uue manière efficace, les éléments sains et vigoureux, actifs et féconds, sans lesquels il n'y aurait en définitive ni famille, ni société, ni Etat.

Mais que faut-il entendre par élément sain ? Evidemment, le tuberculeux, le syphilitique, l'alcoolique, le vésanique ne sont pas des individus sains et leur hérédité est forcément plus ou moins tarée. Peut-on regarder comme réellement sain, le pléthorique, le surmené hyperfonctionnel, dont les enfants sont destinés à devenir arthritiques ou névropathes, à figurer dans la catégorie des dégénérés prétendus supérieurs ? Est-il réellement « désirable », au sens de la morale collective, celui qui, en dehors de nécessité médicale, pratique systématiquement la restriction volontaire ou cherche à obtenir, pour lui-même, pour ses enfants ou ses amis, à l'aide de recommandations ou de certificats de complaisance, l'exemption illégitime du service militaire ? Les eugénistes ne le pensent pas. Et alors, restreignant ainsi les limites entre lesquels subsistent les éléments sains et socialement désirables, on en arrive à accepter, pour ces derniers, la définition attribuée à Michelet : « Le bon citoyen est l'homme qui, ayant rempli tous ses devoirs (physiques et moraux) envers lui-même, envers les autres et envers l'Etat, sait également soutenir ses droits légitimes quand il en est besoin. »

Cette définition fait nécessairement de l'élément sain et désirable une minorité, une élite. A des points de vue différents, mais avec une force égale, Carlyle et Fr. Galton, T. Izoulet, G. Le Bon, Nietzsch, Ammon, Jacoby, etc. ont montré que la valeur, la richesse, la force expansive d'un Etat dépendent de la qualité et du nombre de son élite. Et cependant les statistiques constatent que les élites diminuent et tendent à disparaître partout, en Allemagne, en Angleterre, aux Etats-Unis, en Australie, au Japon comme en France. Tandis que, en effet, les classes ouvrières les plus pauvres ont conservé une natalité voisine de quatre et souvent supérieure, l'aristocratie, la grande bourgeoisie et, en général, les classes riches voient la leur tomber au-dessous de deux. La dépopulation se fait donc surtout par en haut, et atteint de préférence les éléments de culture héréditaire. Pourquoi en est-il ainsi ? L'eugénique nous l'apprend, en rappelant l'action de certaines lois biologiques : loi de Weismann, en vertu de laquelle les unions mixtes ramènent constamment le type à sa forme la plus commune, la moins différenciée ; loi de Delbœuf, qui montre comment des caractères nouveaux (hérédo-tuberculose, hérédo-syphilis, hérédo-alcoolisme, hérédo-névrose, hérédo-arthritisme, etc.) tendent à se retrouver chez un nombre croissant d'individus ; loi de Galton, relative aux compensations qui s'établissent, pour réaliser une moyenne, entre les éléments supérieurs

et inférieurs de la lignée ou de la race ; loi de Cope enfin, suivant laquelle plus les individus se perfectionnent, plus aussi se multiplient pour eux les causes de destruction.

Connaissant ces lois, l'homme doit s'efforcer de s'y soustraire ou, du moins, de pallier leurs conséquences les plus proches. C'est la partie pratique de l'eugénique.

Faisons tout de suite une remarque. Pour conserver, protéger, accroître les éléments sains et désirables, garder leur hérédité intacte, il faut, étant donné l'encombrement des inaptes, des efforts longs et coûteux. Or, les disponibilités des Etats, si opulents qu'ils paraissent, sont forcément limitées et quand la plus grosse part a été absorbée par la surveillance et l'hospitalisation des infirmes et des déments et la répression des crimes, il n'en reste plus assez pour améliorer efficacement les conditions d'existence des personnes normales. La première chose à faire, en vue de créer des disponibilités, est donc de limiter et de diminuer le nombre des éléments tarés et dangereux. Vouloir, comme en France, sauvegarder à la fois, sous prétexte d'humanité, les bons et les mauvais est une injustice, un gaspillage et une sottise, qui ne peuvent manquer d'aboutir à cette faillite sanitaire, économique et sociale, dont nous entrevoyons déjà les signes avant-coureurs.

D'ailleurs, en raison même du but qu'elle se propose, l'eugénique ne peut ni ne doit s'embarrasser de considérations sentimentales. Les mesures qu'elle préconise comportent par suite, au même titre que le service militaire, les quarantaines et la vaccination obligatoire, certaines restrictions de la liberté individuelle et mettent les éléments tarés et dangereux dans un état d'infériorité physiologique et sociale. Si je n'écrivais pour des médecins, familiarisés avec les retentissements multiples des maladies du corps et de l'esprit, j'hésiterais peut-être à exposer ces mesures, parce qu'elles vont nettement à l'encontre de ce dogme absurde de l'égalité de tous en tout et partout, dont les plus « intellectuels » de nos contemporains se déclarent les croyants.

La première, relative à l'immigration, est un moyen de protection extérieure. Les pays, dont la natalité faiblit ou dont la densité d'habitants n'est pas en rapport avec l'abondance des ressources, constituent des zones de moindre résistance, d'appel, vers lesquelles se précipitent les éléments en excès dans les régions pauvres ou à densité trop forte. Naturellement, ce ne sont pas toujours les éléments les meilleurs qui émigrent; beaucoup sont insuffisants, tarés, « undesirables », et introduisent, dans les contrées qu'ils envahissent, des unités sans valeur ou même nuisibles, capables de créer des causes nouvelles de faiblesse et d'anarchie. Il est donc indiqué de prendre, à l'égard des immigrants, certaines précautions et de ne les admettre qu'après un contrôle sévère. La France, qui est un pays d'immigration, puisque sa densité kilométrique est faible par rapport à ses voisines et qu'elle héberge près de 1 200 000 étrangers, néglige d'excercer ce contrôle, si bien que ces étrangers interviennent, pour une part très importante, dans le nombre élevé des délits et et des crimes. Ailleurs, ce laisser-aller a cessé d'être de mise. C'est ainsi que, aux Etats-Unis, la libre entrée n'est autorisée qu'aux immigrants sains de corps et d'esprit, justifiant de la possession d'un pécule ou d'un engagement ferme qui les empêchent d'être à charge à la collectivité. La prohibition peut même s'appliquer à des catégories définies d'individus (Jaunes) dont la présence est estimée dangereuse pour la sécurité de l'Etat ou le maintien des salaires. Au Canada et dans certaines colonies anglaises, il en est de même. La *South african colonisation Society*, qui s'occupe de placer des jeunes filles, n'accepte que des sujets physiquement et moralement sains, nantis de certificats médicaux et de références de premier ordre, parce que, beaucoup de ces femmes étant appelées à contracter mariage dans le Sud-africain, il importe qu'elles ne viennent pas affaiblir la vigueur, la santé et la moralité des colons.

A cette mesure de protection extérieure, s'en ajoute une autre, de protection intérieure, qui vise à limiter la multiplication des éléments nuisibles dans la collectivité. Le procédé légal le plus simple est l'interdiction du mariage aux individus dont les tares peuvent se transmettre à la descendance, et là encore, les Yankees, gens pratiques et prévoyants, que les objections sentimentales n'arrêtent jamais, se montrent fort en avance sur les Européens. Une loi du Connecticut interdit le mariage aux épileptiques, aux arriérés et aux déments, sous peine de trois ans de prison au minimum, et les intermédiaires ayant facilité soit le mariage, soit les rapports sexuels, sont frappés d'une amende de 1000 dollars. En Pensylvanie, le mariage est également défendu aux syphilitiques, aux blennorragiques, aux épileptiques, aux tuberculeux, aux alcooliques, aux aliénés, aux criminels. Dans le Maryland, l'Ohio, l'Iowa, l'Etat de New-York, on en arrive peu à peu aux mêmes prohibitions, parce que les résultats obtenus ailleurs, grâce à elles, ont paru tout à fait satisfaisants.

Toutefois ces mesures, n'empêchant pas rigoureusement les relations passagères, qui peuvent être fécondes, ont paru vite insuffisantes. Dès 1906, van Metter a proposé de réséquer deux centimètres du canal déférent des tarés, opération facile et sans danger et qui rend l'homme absolument incapable de se reproduire, et, chez la femme, de lier les trompes, ce qui aboutit aussi à l'infécondité. En Angleterre, on a préconisé la sclérose de l'épididyme par l'injection de chlorure de zinc. En France, Viaud-Conand a réclamé, en 1909, la castration des apaches chez lesquels en effet la vanité sexuelle tient une place importante. Enfin, tout récemment, Grégory a déposé, au parlement de l'Iowa, un projet de loi demandant la suppression des incurables notoires et dangereux.

Aucune de ces dernières mesures, je n'ai pas besoin de le dire, n'a encore reçu d'application, l'opinion n'étant nullement préparée à en comprendre la légitimité et la nécessité. Aussi ont-elles provoqué, de la part des philanthropes, de nombreuses et parfois déconcertantes objections. Je passe sur celles qui se

bornent à accuser l'eugénique d'inhumanité envers les doux assassins et les sympathiques apaches ou à affirmer le droit du syphilitique à contaminer sa femme et ses enfants. Mais il en est une au moins qu'il convient de retenir, parce qu'elle a pour nous, Français, une importance particulière. M. H. Joly, de l'Institut, la formule comme suit: quand la natalité baisse scandaleusement, ce n'est pas le moment de proposer de la restreindre encore. Cette objection montre combien mal les esprits les plus distingués posent le problème de la dépopulation. Et J. Bertillon lui-même sacrifie sans doute à un pareil préjugé lorsqu'il dit : « Pour avoir la qualité, il faut avoir la quantité (1). » Dans la nature, oui, mais point dans l'humanité, car, nous l'avons vu, les sélections sociales sont souvent des sélections à rebours, qui multiplient les inaptes plutôt que les éléments perfectibles. Ce qui importe, par conséquent, c'est moins le nombre que la qualité des citoyens. Du reste et l'histoire nous l'enseigne à chacune de ses pages, une petite population de gens robustes, intelligents et énergiques l'emporte toujours, aussi bien dans les luttes économiques que dans les conflits armés, sur des millions de débiles, de lâches, d'idiots et de fous. Pour vivre et durer, il faut non seulement combattre, mais vaincre.

Reste à savoir comment multiplier et perfectionner les éléments sains, but essentiel de l'eugénique. Assurément les ressources rendues disponibles par la diminution des déchets humains peuvent et doivent être immédiatement appliquées à la protection des gens vigoureux, sous forme de puériculture et de viriculture et des mesures connexes : assainissement des habitations et désencombrement, lutte contre l'alcoolisme et les maladies infectieuses, retour à la terre par l'utilisation plus étendue et plus parfaite de la houille blanche, etc. Mais, il faut le dire, la mise en pratique de ces réformes se heurte à maintes difficultés, à des habitudes, à des vices, à des préjugés, à l'inintelligence des médiocres, qui, étant le nombre, font la loi. On l'a bien vu quand la majorité des députés a repoussé le projet relatif à la limitation des débits de boissons. De plus, si la protection, ainsi réalisée malgré tout, est efficace incontestablement à l'égard de l'individu, nous ne savons pas encore exactement quelle sera son action sur la descendance, parce que celle que nous constatons déjà est troublée par le jeu de la sélection à rebours. Que les lois de l'hérédité soient les mêmes chez l'homme et chez les autres animaux, nul n'en doute, mais les facteurs sociaux y introduisent des modifications difficiles à apprécier et, pour le moment, impossibles à éliminer. Il appartient en propre à l'eugénique de faire le départ entre ces diverses influences et nous avons le ferme espoir que son prochain Congrès ne manquera pas d'y aider (2).

(1) *La Dépopulation de la France*, p. 60.

(2) Dans mon dernier article, la *Sélection à rebours*, j'ai attribué à V. de Lapouge la paternité de l'expression *sélection sociale*. C'est une erreur que me signale aimablement le docteur Callamand (de Saint-Mandé). Paul Broca, en effet, a donné le titre de sélections sociales à un chapitre de son mémoire sur les *sélections*. (*Revue d'anthropologie*, 1872.)

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT LOCAL DANS L'INFECTION PUERPÉRALE

Au cours de l'infection puerpérale consécutive à l'avortement ou à l'accouchement, la question d'une thérapeutique active se pose sous deux formes différentes :

1° Au début, dans tous les cas, l'infection locale peut-elle être enrayée dans sa marche par différents moyens chirurgicaux, de façon à éviter l'infection profonde de l'utérus ou des organes voisins ?

2° La toxémie ou la bactériémie peuvent-elles être évitées si l'on enlève à temps le foyer primitif de l'infection ?

Sur le premier point, jusqu'à ces dernières années, la réponse n'était pas douteuse. Ne comptant pas uniquement sur la résistance de l'organisme et les médications générales qui pouvaient l'aider à lutter contre l'infection, on s'efforçait de lutter localement contre l'infection utérine : évacuation complète de la cavité en cas de rétention, curettage, écouvillonnage, curage digital, lavages vaginaux et intra-utérins, antisepsie et drainage de la cavité utérine, autant de moyens par lesquels on croyait lutter contre l'infection.

Depuis quelques années une réaction est en train de s'effectuer contre cette thérapeutique active; pour beaucoup, ces interventions n'auraient aucune action sur la marche de l'infection ; bien plus, elles risqueraient de faciliter sa dissémination, et en ouvrant de nouvelles surfaces d'absorption d'augmenter la facilité de pénétration des germes.

Il conviendrait, pendant toute la période aiguë, de s'abstenir de toute manipulation locale, se contentant de lutter contre l'infection en augmentant au maximum la résistance de l'organisme. C'est plus tard seulement, « à froid », qu'un curettage viendrait débarrasser la cavité utérine de son contenu si celui-ci ne s'était pas auparavant évacué spontanément en masse ou par débris.

Nous ne pouvons rapporter ici tout ce qui a été publié en ce sens; nous ne ferons qu'indiquer rapidement les grandes lignes du débat, renvoyant pour plus de détails aux publications que nous citerons chemin faisant.

Passons en revue les divers arguments que peuvent nous fournir dans le débat la bactériologie d'abord, puis la clinique.

Un certain nombre de points importants ont été depuis peu d'années bien mis en lumière dans l'histoire de l'infection puerpérale.

Tout d'abord une élévation de température dans les suites de couches n'implique pas toujours une infection des voies génitales. L'examen clinique suffit souvent à indiquer les autres foyers possibles. Mais il n'en est pas toujours ainsi. N'y a-t-il pas un moyen simple de se rendre compte ou non de la septicité du contenu utérin ?

Au lieu d'aller chercher à ensemencer ce contenu utérin, Zangemeister, Heynemann, Goldschmidt ont montré qu'il suffisait de recueillir les lochies dans le vagin ; les cultures obtenues dans les deux cas sont toujours identiques.

Ces examens des lochies ont donné des résultats très intéressants.

Tout d'abord il est prouvé que si le streptocoque est le principal agent de l'infection, il est loin d'être le seul. On trouve associés à lui ou sans lui quantité d'autres germes, aérobies le plus souvent, mais aussi des anaérobies. La plupart se trouvent normalement dans les voies génitales de la femme et l'exaltation de leur virulence peut suffire à provoquer l'infection sans qu'un apport extérieur soit indispensable. L'infection peut même provenir de l'intestin (colibacille, Hinselmann), d'une infection générale concomitante (influenza, Talhimer).

Non moins importante est la division établie par Walthard (de Francfort-sur-le-Mein) de ces agents en saprophytes, c'est-à-dire en agents incapables de pénétrer dans les tissus vivants et ne pouvant donner lieu qu'à une résorption plus ou moins intense de toxines, à une toxinémie (staphylocoque non liquéfiant, tétragènes, sarcines, bacille pyocyanique, bacille proteus, bacille pseudo-diphtérique, etc.), et en agents susceptibles d'envahir l'organisme lui-même, créant des infec-

tions diffuses, de la pyohémie, de la septicémie (staphylocoque liquéfiant, gonocoque, streptocoque, etc.). Il y a donc deux sortes d'endométrite, l'endométrite bactério-toxique et l'endométrite septique.

Dans le premier cas il y a tout intérêt à évacuer rapidement le contenu utérin, tandis que dans le second il vaut mieux s'abstenir d'ouvrir des voies d'absorption nouvelles. Il faudra attendre pour intervenir que la virulence des agents soit diminuée ou que l'auto-immunisation de l'organisme se soit produite. Cette division admise par les uns (Traugott, M. Stowe, etc.) a rencontré des détracteurs (Schottmüller).

Il faut d'abord convenir, comme est bien obligé de le faire Traugott, l'assistant de Walthard, qu'il n'y a aucun signe clinique qui permette de distinguer l'endométrite infectieuse de l'endométrite toxique; ni la fièvre, ni les frissons, ni la leucocytose, ni la présence de bacilles dans le sang ne sont probants. Il faut se baser uniquement sur l'examen des cultures de la flore des lochies. Dans quelques cas rares on peut ne trouver que des agents sûrement saprophytiques, mais c'est l'exception; le plus souvent on trouve d'autres microorganismes, en particulier le streptocoque, et il reste à déterminer s'il est là virulent ou non. Bumm a trouvé le streptocoque dans le vagin de 50 p. 100 des femmes enceintes, 75 p. 100 des accouchées normales; Schank et Scheib l'ont noté dans 30 p. 100 des accouchées normales entre le septième et le neuvième jour après l'accouchement; Zangemeister le trouve dans 31 p. 100 des cas de grossesse et dans 76 p. 100 des cas au quatrième jour du puerpérium.

Dans presque tous ces cas, le streptocoque est de virulence faible ou nulle. Peut-on déceler l'augmentation de cette virulence?

Dans ce but, un certain nombre de procédés ont été proposés, nous ne citerons que les plus connus.

Sigwart indique les différences que présente l'examen des lochies par simple frottis dans les cas fébricitants et non fébricitants, mais Heynemann, Zangemeister, Goldsmidt, Burgers ont trouvé la méthode infidèle.

C'est surtout l'emploi de milieux de cultures spéciaux qui donne des renseignements précieux.

Schottmüller a indiqué, en 1903, que lorsqu'on ensemence les lochies sur du « Blutagar » (agar + sang défibriné) si l'on voit au bout de vingt-quatre heures les colonies se développer entourées d'une auréole claire due à la résorption par hémolyse du milieu de culture c'est qu'on est en présence d'une variété virulente de streptocoque, le streptocoque dit hémolytique. Les formes non virulentes ne sont pas hémolytiques.

D'abord vérifiée et admise par de nombreux auteurs, la méthode a été fort battue en brèche ces dernières années. On a trouvé (Breitke et Rosenthal) des streptocoques non hémolysants dans des cas de septicémie mortelle, et chez des femmes non infectées on trouve le streptocoque hémolysant (Sigwart, Ludke et Polano, Curt Kock, Heynemann). Sigwart, examinant 56 malades non infectées dans le puerpérium, a trouvé chez 40 (71 p. 100) le streptocoque dans les lochies dont 30 fois le streptocoque hémolysant. Heynemann, à la clinique de Veit, sur 50 accouchées non fébriles, l'a trouvé 31 fois.

Parmi les autres procédés employés, il faut citer l'épreuve de la lécithine de Fromme : le streptocoque banal poussant sur des bouillons faiblement lécithinés, tandis que le streptocoque virulent exige pour pousser des bouillons plus riches en lécithine.

Cette épreuve, d'un emploi très délicat, s'est montrée aussi infidèle (Walthard et Traugott, Sachs, Hann et Jacquin, Machtle, Stowe, etc.).

Si l'on joint à cela le rôle joué par les anaérobies (streptocoque putridus de Schottmüller, bacille de E. Fraenkel, etc.) dans ces infections (Schottmüller, Lamers, Goldschmidt, Heynemann), ces anaérobies se trouvent à l'état normal dans les sécrétions de la femme enceinte et de l'accouchée normale. Goldschmidt les a trouvés 7 fois sur 50 accouchées non fébricitantes et 11 fois chez 75 fébricitantes. Leur importance dans la propagation de l'infection est encore inconnue.

Il faut donc avouer que, actuellement, le critérium bactériologique de la virulence ou non des germes des lochies n'est pas encore trouvé, que ceux que l'on a proposés jusqu'ici sont inconstants et ne peuvent servir de base ferme à établir la règle de conduite dans les cas d'infection puerpérale.

Force est donc d'en revenir à la clinique.

Les arguments des non interventionnistes à la période aiguë se résument en deux principaux :

1° Les résultats obtenus par l'abstention de tout traitement local sont non seulement égaux mais supérieurs à ceux qui résultent d'une thérapeutique active.

2° La plupart des manœuvres chirurgicales exposent, à cette époque, à des dangers et peuvent conduire à des désastres.

Voyons le premier argument.

D'après les abstentionnistes comme Stowe, Findley, Polak, Watkins, Carstens, toutes les formes d'infection intra-utérine tendent à la guérison spontanée.

C'est Statz qui le premier, en 1906, à la Société néerlandaise de gynécologie, attira l'attention sur cette possibilité de la guérison spontanée des rétentions utérines septiques. Puis en Allemagne Winter a défendu cette opinion que, pendant la période aiguë de l'infection, toute intervention doit être écartée.

Mais c'est surtout en Amérique que cette manière de voir a été adoptée et suivie. Voyons les résultats obtenus.

Winter, sur 100 cas, a traité 80 cas et a obtenu 16 décès (16,25 p. 100); 21 cas graves, 10 cas avec complications légères et 36 évolutions normales, tandis que sur les 20 malades abandonnées à elles-mêmes on n'observe qu'un seul décès (5 p. 100), une complication légère et 18 évolutions normales (90 p. 100). Depuis lors, il a publié 21 autres cas traités par expectation avec un seul décès (4,7 p. 100), et ce décès est justement survenu chez une malade chez laquelle, au bout de trente-six heures, on a été obligé de faire un curettage pour hémorragie.

Stowe a traité 490 cas d'infection puerpérale par l'expectation, se contentant de mettre les malades en position de Fowler pour amener l'évacuation des lochies et de donner de l'ergot. L'évacuation de l'utérus n'a été effectuée que dans les cas d'hémorragie ou de rétention complète.

Le tamponnement du vagin et du segment inférieur de l'utérus a été employé fréquemment pour provoquer l'évacuation utérine. Tous les malades ont guéri en sept jours sans aucune complication.

Watkins, depuis trois ans, suit une conduite analogue et il note que, si la mortalité est élevée chez les malades qui arrivent de l'extérieur ayant subi un curettage ou des lavages intra-utérins, elle est presque nulle chez les malades traités par l'expectation.

Findley, Carstens sont partisans d'une conduite analogue.

E. Boyen Young et J. T. Williams, examinant les résultats obtenus depuis treize ans (1896 à 1910) à l'hôpital de la Cité à Boston dans 2000 cas d'avortement, montrent que l'utérus n'a tendance à s'évacuer spontanément que dans 13,2 p. 100 des avortements.

Sur ces 2000 cas, 523 présentèrent de l'infection avec 6 décès (1,6 p. 100). Or, de l'étude de ces observations, les auteurs concluent que l'évacuation de l'utérus infecté est une indication importante. Ils ont employé le tamponnement 34 fois seulement, il ne s'est montré efficace que dans quelques cas.

Somme toute, les statistiques présentées sont jusqu'ici peu nombreuses. Celle de Stowe, qui semble au premier abord admirable, perd beaucoup de sa valeur, quand on sait qu'il s'agit de malades peu profondément atteintes, les malades très graves étant dirigées sur un autre hôpital.

Le deuxième argument, la nocivité des manœuvres sur l'utérus pendant la période aiguë de l'infection semble reposer sur des bases plus solides. C'est surtout le curettage de l'utérus qui a été fortement attaqué.

Normalement, dans les cas infectés, après l'évacuation spontanée du contenu utérin, on observe une amélioration plus ou moins brusque des symptômes d'infection, en particulier de la température.

Certains auteurs ont vu des cas où une infection utérine en cours qui paraissait d'intensité moyenne après le curettage s'aggravait rapidement, la malade étant emportée en trente-six, quarante-huit heures par une septicémie suraiguë.

Winter a publié deux de ces cas. M. de Bovis, en les discutant, cite un cas personnel analogue. On peut soutenir que l'infection a progressé « malgré » le curettage et non « à cause » de lui. Mais la fréquence d'une telle remarque est bien troublante. Veit, Schauta, Walthard, Polak, Findley, Stowe, Watkins, Carstens se montrent adversaires résolus de la curette. L'évacuation utérine à la période aiguë de l'infection doit être abandonnée à elle-même ou effectuée sans le secours de la curette « universellement condamnée » (Findley), avec un tamponnement ou le curage digital. D'après E. Boyen Young et J. T. Williams, le curettage augmente la mortalité de 10 p. 100. Quant au curettage de l'utérus évacué dans le but d'enlever à la curette tranchante la muqueuse infectée, inutile d'insister sur ses dangers ; de plus, il est inefficace; Watkins a bien montré par l'examen de trente utérus, enlevés par hystérectomie après curettage, qu'il était impossible d'enlever toute la muqueuse à la curette.

Mais le curettage n'est pas seul attaqué.

Polak, Watkins insistent avec raison sur les dangers des touchers répétés pratiqués chez ces malades avec une asepsie relative, sans les raser le plus souvent. Les douches vaginales sont inutiles et peuvent être nuisibles, les auteurs américains leur préfèrent de beaucoup l'emploi de la position semi-assise de Fowler.

Les injections intra-utérines sont considérées par beaucoup comme inutiles et dangereuses (Stowe, Polak, Carstens, Watkins). Dans leur étude de 2000 cas d'avortement, E. Boyen Young et J. T. Williams montrent par des tableaux les dangers des injections intra-utérines. Sur 465 cas infectés, 55 traités sans injection n'ont pas présenté une seule salpingite consécutive, tandis que 410 soignés avec des injections intra-utérines ont présenté 12 salpingites (3,9 p. 100).

Un autre tableau montre que la mortalité est moitié plus élevée (11,6 p. 100) dans les cas ayant reçu des injections intra-utérines que dans les cas (6,2 p. 100) ayant eu un simple tamponnement à la gaze. S'appuyant sur une statistique personnelle de 825 cas, J. A. Harrar conclut que, lorsque l'infection est due au gonocoque, le curage digital et les injections intra-utérines augmentent notablement le taux des complications pelviennes, toute intervention est aussi à rejeter en cas d'infection à streptocoque et à staphylocoque; on ne trouve d'indication à l'évacuation de l'utérus que si l'infection est colibacillaire ou à saprophytes.

Quant à la valeur des différents antiseptiques, les mêmes auteurs montrent que leur action est absolument nocive dans l'utérus infecté. Les résultats sont bien moins bons après des lavages avec des solutions de formol, de sublimé, d'alcool, qu'avec le sérum physiologique. Le rôle de la coagulation des albumines ne doit pas être étranger à ce résultat. L'insufflation d'iodoforme donne aussi de mauvais résultats, tandis qu'ils sont excellents par l'emploi du badigeonnage à la teinture d'iode, ce que doit expliquer sa diffusibilité et son pouvoir de pénétration.

Les tamponnements à la gaze simple ou iodoformée se sont montrés mauvais tandis que le tamponnement à la gaze imbibée d'alcool à 50 p. 100 donne des résultats un peu supérieurs à l'abstention. C'est aussi le traitement préconisé par Ed. J. Ill, qui emploie un dispositif spécial pour l'établir. Le tamponnement ainsi effectué pour arrêter une hémorragie ne semble pas favoriser l'infection.

Au lieu de chercher à détruire les germes dans la cavité utérine on a cherché à y substituer une flore innocente. On a essayé dans ce but les bouillies de culture de bacille lactique (Brindeau, Jeannin). Si les résultats obtenus sont très encourageants pour les infections vaginales, ils sont beaucoup moins brillants pour les infections utérines.

Ce que l'on peut retenir de cette rapide étude c'est que le curettage semble condamné dans les cas septiques, et, s'il est indiqué de pratiquer une évacuation de l'utérus, il vaut mieux pratiquer le curage digital. Les irrigations intra-utérines sont inutiles et dangereuses surtout pratiquées avec des antiseptiques. L'attouchement de la cavité à la teinture d'iode est une excellente méthode, et si l'on veut pratiquer un tamponnement on pourra le faire à la gaze imbibée d'alcool à 50 p. 100.

La deuxième question que nous nous sommes posée, la toxémie ou l'infection sanguine, par les microorganismes, peut-elle être évitée si l'on enlève à temps le foyer primitif, soulève la grave question de l'hystérectomie dans l'infection puerpérale. Pratiquée d'abord en Allemagne, puis surtout aux Etats-Unis, importée en France par Bouilly, elle a fait l'objet d'une discussion à la Société de chirurgie et à la Société d'obstétrique de Paris en 1901, au Congrès international de Rome (sept. 1902) et de Madrid (1903). On trouvera son histoire exposée dans les thèses de Wintrebert (1895), Bonamy (1898), Benoist (1901), Mouchotte (1903), Ricou, Galland, Carnus (1905), Adde (Lyon, déc. 1911).

Si son emploi est toujours resté absolument exceptionnel, cela tient à l'impuissance de la clinique, de la bactériologie à poser ses indications nettes.

Pour intervenir avec chances de succès, il faut intervenir avant que les germes aient envahi l'organisme et qu'on les trouve dans le sang.

Bien que dans certains cas (Schottmüller, Ludke et Polano, Semon) on ait vu des guérisons après constatation de streptocoques anaérobies ou non dans le sang, dans ces cas la mort est la règle (80 p. 100). Semon, sur 86 cas de fièvre puerpérale, a trouvé le sang infecté 12 fois avec 6 décès. De plus, la constatation de germes dans le sang n'est pas toujours constante dans les cas mortels. Sur 7 cas de septicémie post abortum, Lamers n'a trouvé qu'une fois des anaérobies et des aérobies dans le sang. Friedrich a montré que dans les péritonites post partum le sang se montre stérile; il est exceptionnel que le passage des bactéries se fasse de la séreuse au sang.

Sur 74 cas où l'examen du sang avait été négatif, Semon trouve 4 morts. A la Société d'obstétrique de France (1909) Guéniot et Cathala donnent les conclusions suivantes de leurs recherches sur les cultures de sang dans une série intégrale d'infections puerpérales graves : « L'ensemencement massif (5 à 15 centimètres cubes) du sang circulant dans les puerpérales infectées n'y décèle la présence de microorganismes que dans une proportion de cas relativement restreinte. La bactériémie n'est pas constante même dans les cas mortels, même très peu de temps avant la mort, en pleine agonie. La rareté des résultats positifs à la suite d'ensemencements massifs fait apparaître pratiquement l'infection puerpérale comme n'étant pas le plus souvent une maladie générale, bactériémique, mais comme une infection locale à retentissement général. »

A côté de la bactériémie, il faut donc faire une place aux toxémies que nous ne sommes pas en état de déceler par l'examen du sang, et à l'état de résistance du malade facteur capital sur lequel l'examen de la leucocytose renseigne bien sommairement (Mouchotte).

A quel moment l'organisme est-il envahi et quand faudrait-il opérer pour couper court à cette infection ?

La plupart des tentatives d'hystérectomie ont échoué, et les auteurs avouent qu'ils sont arrivés trop tard.

Une observation très intéressante de Pankow nous montre qu'en opérant à la quarante-huitième heure on risque déjà d'arriver trop tard. Sa malade a guéri, mais après avoir fait une phlébite et présenté des streptocoques dans le sang. Il y avait un thrombus septique dans les veines tubo-ovariennes, ce thrombus et toutes les couches de l'utérus contenaient du streptocoque hémolytique.

C'est donc dans les deux ou trois premiers jours qu'il faudra intervenir si l'on veut avoir quelques chances de succès. Mais à cette époque rien ne différencie anatomiquement et cliniquement les cas d'infection qui guériront facilement des cas mortels. Watkins a rapporté un cas d'infection puerpérale, rapidement mortelle, où les organes génitaux étaient macroscopiquement normaux.

L'altération de l'état général, la marche du pouls et de la température, leur dissociation en particulier (Ricard), les frissons répétés, autant de symptômes qui demandent plusieurs jours d'étude.

C'est cette impuissance, avouée par tous, de la clinique comme du laboratoire à poser l'indication du moment opportun de l'intervention qui fait que l'hystérectomie est restée une opération d'exception. Réservée aux cas de perforation utérine, d'abcès de l'utérus, de suppuration et de gangrène des fibromes, de rétention complète de l'œuf infecté, de péritonite généralisée, ses résultats sont encore fort médiocres

dans ces cas. Wormser, qui a réuni 291 cas d'hystérectomie pour infection puerpérale, trouve une mortalité de 64,9 p. 100 dans les septicémies, 68,1 p. 100 dans la phlébite des veines du bassin, 67,3 p. 100 dans la péritonite généralisée, 47,6 p. 100 dans la perforation utérine, 37,5 p. 100 dans la rétention placentaire, 23,5 p. 100 dans les gangrènes ou suppuration de fibrome.

L'hystérectomie n'est pas la seule opération qu'on ait tenté pour arrêter l'invasion de l'organisme. Dans la fièvre puerpérale, Trendelenburg est le premier qui ait pratiqué la ligature des veines du bassin pour arrêter la marche de la pyémie; cette intervention doit être bannie à la période aiguë de l'infection, on l'a pratiquée à la période subaiguë ou chronique de la thrombo-phlébite (Seitz et Wormser, Latzki, Williams, O. V. Herff).

Sur 187 cas, Latzki en a opéré 28 avec 10 guérisons (35 p. 100); Wormser note 37 p. 100 de guérisons; Williams a perdu 80 p. 100 de ses malades en opérant par voie sous-péritonéale, et 43 p. 100 par voie intrapéritonéale. Etant donné les lésions d'infection récente dans les organes du pelvis, l'opération est toujours délicate, difficile, et son emploi ne semble pas devoir se généraliser.

Restent les indications tirées de la présence de suppurations pelviennes limitées (colpotomie) ou de péritonite (laparotomie, colpotomie, hystérectomie). Elles diffèrent peu ici de ce qu'elles sont dans les autres infections. Il faut noter la gravité toute particulière de ces péritonites. Elle proviendrait d'après Murphy de ce que l'invasion de la séreuse n'est pas directe mais se fait par l'intermédiaire d'une cellulite sous-péritonéale. Dans ces cas Fromme a observé une mortalité de 83,3 p. 100, Bumm (45 cas) de 52 p. 100, Wormser (177 cas) de 63 p. 100. Latzki, Henkel préconisent l'opération précoce avec au besoin une excision exploratrice de Douglas et prise de cultures dans le péritoine. Sur 125 cas Latzki n'en a opéré que 47 avec 24 p. 100 de guérison, tandis que des cas non opérés 2 seulement (4 p. 100) échappèrent à la mort.

Que conclure de tout ceci. Sinon que nous sommes encore bien désarmés quant au traitement local dans la lutte contre l'infection puerpérale, que la plupart des interventions utilisées jusqu'ici doivent être maniées avec discrétion et discernement, en se guidant sur les données encore bien imparfaites de la clinique et du laboratoire. C'est donc sur la médication générale que chez ces malades le gros effort devra porter. Nous indiquerons dans un prochain article quels progrès ont été réalisés depuis peu en ce sens. M. LANCE.

BIBLIOGRAPHIE

1908. HYNEMANN. *Arch. f. Gyn.*, heft 1, t. LXXXV.

1909. WILLIAMS. *The amer. Journ. of obst.* — J. Thomas WATKINS. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 23 oct.

1910. VEIT. *Prakt. Ergeb. der Geb. u. Gyn.*, 2e année, Wiesbaden. — SIGWART. *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, p. 486. — O. PANKOW. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, t. LXVI, heft 2. — FABRE et BOURRET. *L'Obstétrique*, août. — J. H. CARSTENS. *The Amer. Journ. med. Assoc.*, 6 août, p. 475-477.

1911. HINSELMANN. *Münch. med. Woch.*, 17 janv., p. 165. — A. J. M. LAMERS. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, t. LXVIII, n° 1, p. 88 à 105. — TRAUGOTT. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, t. LXVIII, n° 2, p. 328 à 352. — HEYNEMANN. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, n° 2, t. LXVIII, p. 425 à 443. — SEMON. *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, t. XXXIII, h. 2. — Osborn POLLAK. *The amer. Journ. of obst. and dis. of women and children*, fév., t. LXIII, n° 2, p. 323. — G. WINTER. *Centralbl. f. Gyn.*, 15 avril. — Th. J. WATKINS. *Surg., gyn. and obst.*, mai, n° 5, p. 500. — La « crise » du streptocoque en pathologie puerpérale, *Semaine méd.*, n° 22, 31 mai, p. 257. — Ernest Boyen YOUNG et John T. WILLIAMS. *The Boston med. and surg. Journ.*, vol. CLXIV, n° 25, 22 juin, p. 871 à 876. — HARRAR. *The amer. Journ. of obst. and diseases of women and children*, avril, t. LXIII, n° 4. — PARKER. *Id.* — ILL. *Id.* — M. METZER. *Presse méd.*, n° 30, 15 avril, p. 303. — WINTER. *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, juillet, t. XXXIV, f. 1, p. 95. — DE BOVIS. *Semaine méd.*, 26 juillet, t. XXXI, n° 30, p. 349. — TALHIMER. *Bull. of the John Hopk. hosp.*, août, t. XXII, n° 246. — COUVELAIRE. *Journ. des prat.*, t. XXV, n° 36, 9 sept. — Palmer FINDLEY. *Interstate med. Journ.*, vol. XVIII, n° 11, nov., p. 1083 à 1093. — Adde RAYMOND. Th. de Lyon, 12 déc.

1912. Herbert Marion STOWE. *Surg., gyn. and obst.*, n° 1, vol. XIV, janv., p. 20 à 30. — Thomas J. WATKINS. *Surg., gyn. and obst.*, janv., vol. XIV, n° 1, p. 31 à 34. — THELIN. *Revue méd. de la Suisse romande*, 32e année, n° 2, 20 fév. — E. Boyen YOUNG et John T. WILLIAMS. *The Boston med. and surg. Journ.*, 7 mars, vol. CLXVI, p. 364 à 367. — H. FRIEDRICH. *Arch. f. Gyn.*, t. XCV, fasc. 3, p. 571 à 585. — F. SCHAUTA. *Wien. klin. Woch.*, t. XXV, n° 58. — BURCKHARDT. *Arch. f. Gyn.*, t. XCV, f. 3. — BRINDEAU. *Arch. mens. d'obst. et de gyn.*, mars. — Cyrille JEANNIN. *Presse méd.*, 20 avril, n° 32, p. 330.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 21 JUIN 1912)

La cryesthésie tabétique. — M. MILIAN. Dieulafoy a décrit depuis longtemps la cryesthésie brightique, signe dénonciateur d'une lésion rénale et avertisseur de petite urémie.

Il existe également une *cryesthésie tabétique*.

Ce symptôme, qui n'est décrit nulle part, est cependant fréquent. Il s'observe dès le début du tabes et mérite de rentrer parmi les signes dits du prétabes; mais on le rencontre également à la période d'état.

La sensation du froid est plus ou moins accusée et les malades viennent parfois consulter pour cet unique symptôme.

Elle siège le plus souvent aux orteils, aux pieds, aux cuisses, plus rarement aux lombes ou au thorax. Il y a souvent un abaissement réel de la température locale, qui diffère de 1 degré à 1 degré 1/2 de celle du côté opposé. C'est surtout en hiver que ce symptôme apparaît, mais on l'observe également en été par les plus fortes chaleurs.

M. Milian montre un malade ayant eu la syphilis. Auparavant, il s'était présenté à la consultation de médecine de la Charité, envoyé par un médecin avec le diagnostic de sciatique. Cet homme a en effet une sciatique gauche avec points fessiers douloureux et signes de Lasègue; mais il y a, en outre, disparition du réflexe achilléen du même côté, douleurs fulgurantes des membres inférieurs, signe de Romberg, et surtout une abondante lymphocytose rachidienne. La réaction de Wassermann est positive. Le diagnostic de sciatique tabétique est donc évident. Le symptôme le plus pénible pour le malade, celui pour lequel il a consulté, est une sensation très pénible du froid occupant le membre inférieur gauche, particulièrement la cuisse et la fesse, qui lui semblent un véritable glaçon. Malgré les chaleurs intenses de ces jours-ci, il a le membre inférieur entièrement enveloppé de flanelle sous son caleçon et son pantalon. Le symptôme est ici particulièrement accusé et étendu.

On le rencontre souvent au cours des paroxysmes tabétiques et il peut disparaître sous l'influence du traitement spécifique.

Il peut exister au cours de l'hémiplégie.

Ce signe, dont la pathogénie est assez difficile à établir en l'absence de constatation anatomique, possède néanmoins une grande valeur diagnostique.

Peut-être la cryesthésie brightique ne s'observe-t-elle que chez les syphilitiques prétabétiques. Mais, en tous cas, le symptôme cryesthésie ne doit pas seulement faire songer au brightisme, mais aussi et sans doute plus souvent au tabes.

Urémie rapidement mortelle par pyélonéphrite gravidique. — MM. ACHARD et FEUILLÉ présentent les pièces d'un cas de pyélonéphrite gravidique dont le début ne remontait guère à plus d'un an et qui avait donné lieu néanmoins à une atrophie scléreuse telle que les reins pesaient seulement à eux deux 100 grammes. L'accouchement avait été normal ainsi que les suites de couches. C'est à la suite d'un rhumatisme aigu que se montrèrent, sept jours seulement avant la mort, des symptômes sérieux consistant en vomissements et diarrhée tenace. Ces troubles digestifs, accompagnés de myosis, de torpeur, de dyspnée légère, de douleurs lombaires, d'albumi-

nurie abondante sans fièvre, firent aussitôt porter le diagnostic d'urémie. Le sérum, d'ailleurs, renfermait un taux d'urée très supérieur à la normale (1g35 p. 100 par le procédé de l'hypoliomètre), mais qui pouvait paraître compatible avec une assez longue survie. Or la malade mourut deux jours après et, malgré la diète hydrique à peu près complète, malgré des émissions sanguines et des évacuations supplémentaires copieuses par le tube digestif, le taux de l'urée s'était élevé dans le sérum à 4g37.

Ce fait montre combien il importe de réserver le pronostic lorsque la rétention d'urée tient à des causes qui ne sont pas transitoires, et combien il est nécessaire de rechercher si le taux de l'urée sanguine s'élève d'une manière progressive.

D'ailleurs, l'excès de l'urée dans le sérum est surtout le témoin d'une rétention générale de produits toxiques. Son taux en mesure exactement ni le degré de l'intoxication complexe, ni la résistance de l'organisme à cette intoxication.

Les lésions, dans ce cas, rendaient fort bien compte de la marche des accidents. Aux lésions plus anciennes de sclérose et d'atrophie des tubes s'ajoutèrent, en effet, des altérations aiguës, toutes récentes, sous la forme d'une infiltration leucocytaire dans le tissu conjonctif intertubulaire et d'une obstruction d'un grand nombre de tubes.

Action du plomb sur le système nerveux. — M. Braillon (d'Amiens).

Variations du taux de la cholestérinémie par rapport à l'alimentation. — MM. G. Lemoine et E. Gérard (de Lille). Comme la proportion des matières grasses du sérum sanguin augmente au moment de la digestion et que, d'autre part, la quantité de la cholestérine est en relation directe avec celle des graisses, les auteurs ont cherché à voir si le taux de la cholestérinémie n'était pas plus élevé au moment de la digestion à la suite d'un repas riche en œufs et en lait. Pour que leurs chiffres puissent être comparés avec ceux des autres expérimentateurs, ils ont employé la technique indiquée par M. Grigaut qui n'est, du reste, que l'application au sérum sanguin du procédé de Kumagawa et Suto, paru en 1908 dans le *Biochem-Zeit*.

A ce sujet, MM. Gérard et Lemoine déclarent que les travaux de la commission de la Société médicale des hôpitaux instituée pour contrôler la réalité des faits apportés par MM. Chauffard et ses collaborateurs sont indiscutables, elle a contrôlé par suite la méthode de Kumagawa et Suto qui appellent « matière insaponifiable » ce que M. Grigaut appelle cholestérine. Or, en réunissant les cholestérines retirées dans de multiples dosages, les auteurs ont pu prendre le pouvoir rotatoire qui diffère sensiblement de celui de la cholestérine pure, et, en outre, par des cristallisations fractionnées, ils ont séparé des produits fondant respectivement à 148 degrés (cholestérine pure), 143, 139, 105 degrés. MM. Gérard et Lemoine en concluent, par suite, que ce qui est obtenu dans le dosage est certainement constitué pour une partie par de la cholestérine, mais qu'il y a aussi des impuretés qui justifient le terme de « matière insaponifiable » employé par Kumagawa et Suto et par eux-mêmes.

Ceci établi, les auteurs montrent que le taux de la cholestérinémie varie dans des proportions considérables suivant que l'on examine, au moment de la digestion, le sang des sujets soumis à un régime végétarien (régime hypocholestérique) ou celui d'individus nourris avec de la viande, des œufs et du lait (régime hypercholestérique).

Il résulte de ces faits que l'on ne peut parler de cholestérinémie sans spécifier la nature de l'alimentation et le moment de la saignée.

Sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel. — M. Jules Courmont, depuis deux ans et demi, traite, dans son service d'hôpital, tous les tuberculeux, qui en sont susceptibles, par la méthode de Forlanini. Il a eu de très beaux résultats dans un certain nombre de cas; mais le nombre de ces cas heureux, par rapport à celui des tuberculeux, a été tout à fait exagéré. Sur la population hospitalière des tuberculeux cavitaires, c'est tout au plus 9 p. 100 qui sont justiciables de ce traitement (31 sur 352 cas). Un sur trois des cas traités peut être mené à bonne fin. En somme, 3 p. 100 seulement des cavitaires avancés peuvent retirer un bénéfice du pneumothorax artificiel. C'est un joli résultat, mais qu'on a beaucoup exagéré comme importance dans le traitement de la tuberculose.

Lorsque le traitement ne peut être continué, en raison des adhérences qui isolent le sommet de la base du poumon, il faut tenter le traitement chirurgical.

MM. Léon Bernard et Rist, qui ont également expérimenté cette méthode dans leurs services partagent l'avis de M. Courmont et, avec cet auteur, estiment que le procédé de Forlanini n'est, actuellement tout au moins, qu'une méthode d'exception dans le traitement général de la tuberculose pulmonaire.

PRATIQUE MÉDICALE

L'INFLUENCE DE L'ADALINE SUR LES NÉVROSES ET LES PSYCHOSES,

Par M. Hennes.

Nous avons expérimenté l'Adaline sur plus de 100 malades.

Dans les troubles neurasthéniques et dans l'agitation légère d'origine hystérique, il suffisait d'administrer aux malades de 4 à 6 doses de 0g25 du médicament (1) plusieurs jours de suite, pour provoquer une diminution notable des malaises; il se produisait toujours un soulagement ainsi qu'une amélioration de l'état général.

Par l'administration du médicament à doses réfractées, l'action purement hypnotique s'efface presque complètement derrière l'action sédative. Un grand nombre de malades nous ont déclaré que les effets de l'Adaline étaient sans contredit supérieurs à ceux des autres hypnotiques. Il nous a paru important de signaler une opinion exprimée parfois spontanément, à savoir que la période d'excitation précédant le sommeil se trouvait supprimée grâce à l'Adaline.

Etant donnée la faible toxicité de ce remède, l'Adaline jouera un rôle important dans le traitement des états de surexcitation chez les enfants; l'absence d'odeur ou de saveur désagréables en rendra l'administration très facile.

Au cours de nos expériences, nous n'avons jamais remarqué de phénomènes secondaires bien caractérisés. En tout cas, les malaises tels que vertiges, maux de tête, palpitations, troubles gastriques, etc., dont souffraient les malades faisant usage des autres hypnotiques, disparaissaient d'une façon tout à fait surprenante dès l'administration de l'Adaline, si bien que presque tous les patients manifestaient une préférence toute particulière pour cette préparation.

Nous n'avons constaté chez nos malades ni exanthèmes, ni vomissements, ni éructations, et dans la grande majorité des cas, aucun malaise subjectif n'a été observé. Nos analyses d'urine n'ont permis de trouver ni albumine, ni sucre, ni sang.

Notre expérience personnelle nous permet de considérer l'Adaline comme un enrichissement notable de l'arsenal thérapeutique des neurologistes et des psychiatres (2).

(1) Se prescrit sous forme de comprimés Bayer d'Adaline dosés à 0g50.

(2) Extrait de *Zeitz. für ges. Neurol. und Psychiat*, 1911.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 73. — JEUDI 27 JUIN 1912. 85e ANNÉE. JEUDI 27 JUIN 1912. — N° 73.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture.* — Séance du 24 juin. — MM. Mathieu, 26; Picot, 22; Okinczyc, 23; Français, 21; Kendirdjy, 22.

GUERRE. — Par décret en date du 24 juin 1912, sont promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Ulfoltz, Melnotte, Lejeune et Lapasset.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Camentron, Lebon, Pech et Gruson.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Gorisse, Viallet, Brice, Dehoey, Idrac, Bonthoux, Trassagnac, Dor, Camus, Defoug, Perrin, Boucarut, Bouquet de Jolinière et Ravé.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Reynaud, Pillot, Larroque, Croidieu, Delahousse, Grondone, Gassin, Laloy, Rémy, Groc, Salètes, Ducos, James, Charton, Trèves, Querleux, Lefèvre, Lemonon, Sanson, Martin, Ortal et Dellys.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE LANGUE ESPAGNOLE, DE LA TUBERCULOSE, A SAINT-SÉBASTIEN. — Le Comité hispano-franco-américano de Paris informe le corps médical français que le Congrès aura lieu du 9 au 16 septembre 1912.

Toutes les communications devront être faites en langue espagnole.

Les auteurs sont priés d'envoyer les titres de leurs communications, au secrétaire général (docteur Bandelac de Pariente, 10, square Moncey) avant le 1er août.

Les membres d'honneur ayant adhéré, sont :

Le doyen de la Faculté de médecine, M. le professeur Landouzy; les professeurs, académiciens et agrégés, Bezançon, Chauffard, Chantemesse, Cunéo, J.-L. Faure, Pozzi, Roux directeur de l'Institut Pasteur, Thiéry, Widal, Zimmern et Ortega Morejon (de Madrid).

Le Comité directeur de Paris, est ainsi composé :

MM. les docteurs Cobos, président; Kolbé et Enriquez, vice-présidents; Bandelac de Pariente, secrétaire général; Dartigues, secrétaire adjoint; Gaulieur L'Hardy, trésorier.

A. P. M. — La prochaine conférence de l'A. P. M. (dernière de cette saison) aura lieu le samedi 29 juin, à neuf heures du soir, à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de M. le professeur Gariel, président de l'Académie de médecine. M. le professeur R. Blanchard, vice-président de l'A. P. M., traitera le sujet suivant : « La médecine dans l'Empire ottoman et la Faculté de Beyrouth. » (Projections.)

On peut se procurer des cartes au secrétariat de l'Ecole de médecine, ou en écrivant au siège central de l'A. P. M., 12, rue François-Millet, Paris XVIe.

VOYAGE D'ÉTUDES. — Le voyage d'études de la IXe session de l'Association internationale de perfectionnement scientifique, patronnée par le Gouvernement français, est ainsi arrêté par le Conseil central :

Concentration le 8 août à Besançon. Itinéraire : Salzburg, le Königsee, les Salines de Berchtesgaden, Reichenhall, les Tauern, les Karawankes, la Wochein, les Grottes d'Adelsberg, Agram, le Danube, les Passes de Kazan, les Portes de Fer, Bucarest, Constantinople (Pera-Stamboul-Scutari), Sofia, Belgrade, Fiume, Abbazia (la Nice de l'Adriatique), Trieste, la presqu'île de Miramare, Venise. Dislocation le 30 août à Aix-les-Bains.

Il est nécessaire de s'inscrire le plus rapidement possible. Le voyage s'accomplira dans les meilleures conditions à tous les points de vue et sans aucun heurt, les sections de l'A. P. M. dans les Balkans et à Constantinople ayant préparé l'organisation avec le plus grand soin.

Le programme illustré et détaillé et les conditions paraîtront dans le numéro de juin de la *Revue de l'Association* (envoi franco recommandé contre 0 fr. 60).

Pour tous renseignements, écrire au siège de l'A. P. M., 12, rue François-Millet, Paris XVIe, ou s'y adresser directement le mercredi et le samedi, de trois à quatre heures.

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 27 juin 1912, à quatre heures et demie du soir, 12, rue de Seine, dans les locaux de la Société de chirurgie.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL PROFESSIONNEL. — Cours de vacances (onzième année). — L'Association

organise, chaque année, deux séries de cours de vacances. Dans ces cours de revision et de perfectionnement, les médecins praticiens et les étudiants trouveront les éléments essentiellement pratiques des méthodes cliniques et thérapeutiques spéciales aux principales branches de la médecine et de la chirurgie. Les deux séries ont lieu : l'une à Pâques (quinzaine de Pâques), l'autre, à la fin des grandes vacances (dernières semaines de septembre).

La prochaine série aura lieu du lundi 23 septembre au samedi 5 octobre 1912 avec le programme suivant :

A huit heures : M. Perruchet (dispensaire Heine-Fould, 37, rue de la Glacière). Chirurgie pratique.

A huit heures et demie : M. Bourguignon (cabinet d'électrothérapie, 2, square du Croisic). Maladies du système nerveux : électrodiagnostic, électrothérapie, radiothérapie.

A huit heures et demie : M. Caboche (clinique, 31, rue Ballu). Examen, diagnostic et thérapeutique des maladies du nez, du larynx et de l'oreille. — M. Menier (clinique, 76, quai des Orfèvres, *Pâques 1913*).

A neuf heures et demie : M. Audistère (hôpital Beaujon). Etude clinique des maladies du cœur et du poumon.

A dix heures : M. d'Herbécourt (clinique, 31, rue Ballu). Examen, diagnostic et traitement des affections gynécologiques.

A dix heures et demie : M. Civatte (hôpital Saint-Louis). Dermatologie et syphiligraphie.

A onze heures : M. Pasteau (hôpital Necker). Maladies des voies urinaires. — M. Lavenant (clinique, 76, quai des Orfèvres, *Pâques 1913*). — M. Rousseau-Decelle (Sociétés savantes, 28, rue Serpente). Stomatologie.

A deux heures et demie et huit heures et demie du soir : M. Delherm (Pitié et clinique Apostoli, 60, rue de Rome). Electrothérapie, radiothérapie et applications indirectes de l'électricité.

A quatre heures : M. Judet (clinique orthopédique, 33, rue de Grenelle). Clinique chirurgicale des maladies infantiles. Orthopédie pratique. — M. Barbarin (clinique, 76, quai des Orfèvres, *Pâques 1913*).

A cinq heures : M. Dubrisay (Sociétés savantes, 28, rue Serpente). Accouchements. Présentations et positions. Hémorragies. Infection. Opérations et manœuvres obstétricales. — M. de Font-Réaulx (clinique, 31, rue Ballu). Méthodes de diagnostic et de traitement des principales affections oculaires.

A six heures : M. Agasse-Lafont (Sociétés savantes, 28, rue Serpente). Maladies de l'appareil digestif.

S'incrire : 1° par correspondance auprès de M. Mouly, 28, rue Serpente (Sociétés savantes); 2° auprès du professeur lors de la première leçon.

Le droit d'inscription est de 25 francs pour chaque cours qui comprendra de huit à onze leçons. Tous les cours commenceront le lundi 23 septembre aux heures indiquées, et seront terminés le samedi 5 octobre.

Pour tous renseignements s'adresser à M. Mouly, 28, rue Serpente. Envoi du programme détaillé sur demande.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 1er AU 6 JUILLET 1912

Jeudi 4 juillet (fin). — Mme Schereschewski-Holtzmann. Contribution à l'étude des fractures isolées du sacrum au point de vue chirurgical et obstétrical. (MM. Bar, président; Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin.) — M. Quesnel. Contribution à l'étude du curettage instrumental. La curette de Pozzi. (MM. Bar, président; Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin.) — M. Levant. L'hystérectomie totale dans le traitement du cancer du col de l'utérus au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. (MM. Bar, président; Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin.) — M. Bedu. Contribution à l'étude de certaines variations de poids et de longueur du fœtus avant terme (jusqu'au début du neuvième mois). (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Bar, Jeannin et Brindeau.)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 13, 28 mars 1912.) Killian : Traitement de la tuberculose du larynx. — Rosenbach : Expériences sur l'emploi de la tuberculine de Rosenbach dans les tuberculoses chirurgicales. — Roepke : Etat actuel du diagnostic de la tuberculose. — Sonnenburg : Sur la question de la tuberculose traumatique. — Hoffmann et Budde : Sur le catgut à la teinture d'iode. — Heile : Traitement du prolapsus rectal. — Gudzent et Apolant : Méthode simple pour la recherche d'acide urique dans le sang et les sérosités colloïdales. — Flachs : La dentition. — Klose : Succès du traitement orthopédique de la paralysie infantile.

Gazette médicale de Nantes. — (N° 9, 2 mars 1912.) Jonon : Le traitement de convalescence de la luxation congénitale de la hanche (après enlèvement du deuxième appareil plâtré). — (N° 10, 9 mars.) Favreul : Traitement des abcès froids par la ponction. — Benon : Assistance hospitalière spéciale et états mentaux aigus ou subaigus. — (N° 11, 16 mars.) Castenet de Géry et Daussy : Appendicite avec gangrène totale et perforation de l'appendice. Péritonite diffuse. Opération. Guérison. — (N° 12, 23 mars.) Ollive et H. Collet : Thrombose cardiaque et hémiplégie postdiphtérique. — F. Constantin : Thérapeutique des affections osseuses et ganglionnaires. — (N° 13, 30 mars.) H. Malherbe et H. Lerat : Lithiase intestinale d'origine médicamenteuse. Occlusion. Anus artificiel. Guérison.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 13, 26 mars 1912.) Magnus : Rapport entre la tête et les membres. — Much : Nouvelles études d'immunité biologique et de clinique sur la tuberculose avec considérations sur la lèpre. — Autenrieth et Funk : Contribution au dosage biologique du glucose par la méthode colorimétrique. — Kahn : Sur la teneur du sérum en substances analogues à l'adrénaline. — Schmitt : Expériences cliniques avec le « Joha » de Schnidler. — Tschmarke : La péritonite purulente généralisée et son traitement. — Eisler : Radiodiagnostic de l'ulcère gastrique. — Burk : Subluxation habituelle de l'articulation carpo-métacarpienne. — Funke : Un instrument pratique. — Schlagintweit : Aréomètre perfectionné pour fixation du poids spécifique de petites quantités d'urine. — Ehrmann : Contribution à l'irradiation du testicule dans l'hypertrophie prostatique. — Craemer : Cæcum mobile et appendicite chronique.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 11, 14 mars 1912.) W. von Jauregg : Sur les actes instinctifs morbides. — Finsterer : La bradycardie dans les ruptures du foie. — Bernheimer : Indicanurie et affections oculaires. — Kreuzfuchs : Observations radiologiques dans l'ulcère du duodénum. — Podzahradzky : Un cas de jumeaux monamniotiques. — Goldmann : Paralysie bilatérale du facial acoustique après le salvarsan. — (N° 12, 21 mars.) Falta, Kriser et Zehner : Traitement de la leucémie par le thorium X. — Kuaffl-Lanz : Sur l'action des émanations de radium. — Miloslavich : Pathogénie de l'appendicite. — Blum : Diagnostic des affections rénales fondé sur l'étude des fonctions. — Von Schrötter : Bronchoscopie dans les corps étrangers. — Gobiet : Cas de hernie de Treitz étranglée, guérie par l'intervention. — (N° 13, 28 mars.) Nobl et Fluss : Sur la réaction intracutanée dans la syphilis. — Richter : Moyens analgésiques et accélérant les contractions utérines en obstétrique. — Hofbauer : Traitement moderne de l'emphysème. — Schmid : Procédé opératoire simple pour le traitement des diverticules œsophagiens. — Spassokukozky : Un cas d'ostéomyélite causé par les bacilles paratyphiques.

RECHERCHES

SUR LA

RÉACTION DE RIVALTA

Par MM. PROSPER MERKLEN, MICHEL REGNARD,
Anciens internes des hôpitaux de Paris,
et M. BONVALET,
Professeur suppléant à l'École de médecine et de pharmacie de Rouen.

La réaction de Rivalta a été importée d'Italie en France par l'école de Bordeaux, sous l'impulsion du professeur Picot qui pendant longtemps en fit couramment usage. L'un de ses élèves, Lautier (1), en reprit l'étude, et inspira la thèse de Barbier de la Serre (2) qui relate la bibliographie de la question. Cruchet et Lautier (3) mirent aussi en relief l'intérêt de cette réaction, que Castaigne (4) accepte comme un utile procédé d'analyse des liquides pleuraux et péritonéaux, Quelques auteurs, tels que Oppenheim et Crépin (5), Rolland (6), l'emploient dans leurs recherches.

La réaction de Rivalta différencie les exsudats des transsudats, en d'autres termes les productions inflammatoires des liquides de stase. La technique en est fort simple : verser dans un verre à expérience 50 centimètres cubes environ d'eau distillée, l'aciduler avec une goutte d'une solution aqueuse d'acide acétique dilué par moitié, laisser enfin tomber le plus près possible de la surface du liquide une goutte de l'épanchement à étudier.

Si le liquide est un exsudat, le Rivalta se montre positif : on voit descendre au fond du verre, sous forme d'un anneau se résolvant en stries ou plus souvent sous forme de stries immédiates, un précipité de teinte bleutée, objectivement comparable à la fumée de cigarette. Le précipité se dissout dans un excès d'acide acétique ; la dissolution fait-elle défaut, il n'y a pas de réaction de Rivalta et on a affaire à une précipitation de mucine.

Si le liquide est un transsudat, le Rivalta se montre négatif : seules se dessinent de petites stries incolores, semblables à celles d'une solution fortement sucrée et dues à la différence de densité des corps en présence, qui se dissipent sans donner lieu à aucun dépôt.

* * *

Le nombre relativement restreint des travaux français publiés sur la réaction de Rivalta nous imposait avant tout l'obligation de vérifier la valeur clinique du procédé.

De nos recherches se dégagent les données suivantes :

1. Dans la majorité des cas, nous avons été à même de contrôler l'exactitude de la réaction. Mise en œuvre suivant la méthode que nous indiquons plus haut, elle permet en général de distinguer les exsudats des transsudats. Il serait excessif pourtant de lui reconnaître une valeur absolue. On doit surtout y voir une *importante indication*, quand elle est nette dans un sens ou l'autre.

Il est, en effet, des cas qui n'autorisent pas d'appréciation ferme et ne permettent d'attribuer à la réaction ni un caractère positif ni un caractère négatif.

2. En comparant les données fournies par la réaction de Rivalta à celles de l'examen cytologique, nous avons noté l'association courante d'un Rivalta positif à des éléments inflammatoires, polynucléaires ou lymphocytes, avec ou sans cellules endothéliales ; l'absence de Rivalta répondait à une réaction endothéliale, d'ordinaire pure, plus rarement troublée par une leucocytose discrète. Certes ce parallélisme nous a paru quelquefois en défaut, mais les exceptions ne dépassaient pas somme toute des limites assez restreintes, à l'opposé de l'opinion d'autres auteurs ; en règle la réaction de Rivalta et la cytologie s'accordent à démontrer l'origine inflammatoire du liquide examiné.

3. Si dans les exsudats la précipitation des substances qui réalisent la réaction de Rivalta est évidemment due à l'acide acétique, il ne faut cependant pas admettre qu'avec l'eau distillée pure ces substances ne fournissent pas de précipité.

Une goutte d'exsudat versée dans de l'eau distillée pure ne provoque à coup sûr aucune réaction, *mises à part les exceptions envisagées plus loin.* En employant par contre *plusieurs gouttes*, il se produit très souvent un dépôt blanchâtre et floconneux, analogue à celui fourni par l'eau acidulée, mais moins abondant que lui et non précédé de fumée de cigarette. L'acide acétique agit donc comme sensibilisateur; il renforce la réaction, au point qu'avec une seule goutte d'exsudat se forment déjà dans l'eau acidulée la fumée de cigarette et le dépôt consécutif.

Nos recherches nous ont montré qu'il y a souvent intérêt à comparer la réaction à l'eau acidulée avec celle à l'eau simple. Mais cette comparaison oblige, pour être valable, à n'employer dans les deux cas qu'une goutte d'exsudat.

Aussi appelons-nous *réaction positive* ou *négative avec l'eau simple* celle qui s'exécute dans des conditions identiques à la réaction acidulée ; il reste bien entendu qu'à doses d'exsudat plus élevées un grand nombre de réactions à l'eau simple se montrent positives.

* * *

Voici le détail des constatations que nous avons eu l'occasion de relever.

I

Liquides séro-fibrineux. — *A.* PLÈVRE. — 1. La réaction de Rivalta est positive dans les *pleuro-tuber-*

(1) LAUTIER. Réunion biologique de Bordeaux, 1909 et 1910.
(2) BARBIER DE LA SERRE. *La réaction de Rivalta en clinique médicale*, Th. de Bordeaux, 1908-1909.
(3) CRUCHET et LAUTIER. Pleurésies et hydrothorax cardiaques, *Presse méd.*, 9 juillet 1910.
(4) CASTAIGNE. *Journal médical français*, 15 nov. 1910, p. 465.
(5) OPPENHEIM et CRÉPIN. Les pleurésies des vieillards, *Progrès méd.*, 14 oct. 1911.
(6) ROLLAND. *Contribution à l'étude des pleurésies du rhumatisme articulaire aigu.* Th. de Bordeaux, 1910-1911.

culoses primitives et dans les *épanchements pleuraux liés à une infection pulmonaire aiguë.*

Nous avons observé la réaction chez 22 malades atteints de pleurésie tuberculeuse banale, dont 21 adultes et 1 enfant de neuf ans. A l'examen cytologique se notaient presque toujours des lymphocytes, quelquefois des polynucléaires et des hématies.

Le liquide pleural qui accompagne la congestion pulmonaire, celui des pleurésies métapneumoniques riche en éléments cellulaires et surtout en polynucléaires nous ont toujours fourni une réaction positive.

2. La réaction de Rivalta est négative dans les *hydrothorax d'origine cardiaque*, à cellules endothéliales.

C'est dans ces faits qu'on observe le plus souvent, semble-t-il, les formes d'interprétation délicate. On voit par exemple l'acide acétique tomber au fond du liquide sous forme de sucre comme dans les transsudats, puis entraîner la formation d'un dépôt à sa partie inférieure comme dans les exsudats. Sans doute convient-il d'incriminer des infections légères surajoutées, ou plus souvent encore, comme nous le verrons plus loin, des raptus hémorragiques à l'intérieur des transsudats.

Nous avons encore relevé l'absence de réaction de Rivalta dans des transsudats d'origines variées, qui se rapportent aux faits suivants :

Sujet amené à l'hôpital avec le tableau clinique de l'*œdème pulmonaire*, sans manifestations aortiques ou rénales concomitantes. Double épanchement pleural, qui se résorbe peu après la guérison de la lésion pulmonaire. Pas de réaction de Rivalta.

Femme opérée pour *cancer du sein*. Envahissement pleuro-pulmonaire secondaire; épanchement bilatéral, contenant des placards endothéliaux, sans leucocytes. Pas de réaction de Rivalta.

Femme atteinte de *néphrite chronique*, avec œdème des membres inférieurs et rétention chlorurée. Epanchement pleural droit. Pas de réaction de Rivalta.

B. Péritoine. — Au cours des lésions péritonéales on observe, comme au cours des lésions pleurales, des résultats indiscutables dans les cas types : Rivalta positif dans les péritonites franches, Rivalta négatif dans les ascites dépourvues de toute altération concomitante de la séreuse.

Cependant, dans l'ensemble, les résultats de la réaction de Rivalta apparaissent moins probants qu'en matière d'épanchements de la plèvre. Mêmes remarques s'appliquent, on le sait, aux données cytologiques. On peut, en effet, voir le Rivalta positif ou négatif chez divers malades atteints d'une même affection.

1. La réaction de Rivalta se montre souvent positive dans la *péritonite tuberculeuse*, et cela même lorsqu'il n'y a qu'une lymphocytose discrète.

Elle est positive dans l'*ascite cancéreuse* par péritonite consécutive aux néoplasmes du foie et de l'intestin.

Certaines *ascites cirrhotiques* s'accompagnent aussi d'ascite avec réaction de Rivalta. Citons l'exemple d'une *cirrhose cardio-éthylique*, dont l'ascite avait été déjà souvent ponctionnée ; le liquide, foncé et mousseux, ne contenait qu'un petit nombre d'éléments figurés. Ajoutons celui d'une *cirrhose hypertrophique*, avec épanchement contenant des cellules endothéliales et des hématies.

2. La réaction de Rivalta fait défaut dans certains cas de *péritonite tuberculeuse*. Nous l'avons vu manquer chez des sujets dont l'épanchement présentait une réaction inflammatoire lymphocytaire évidente, associée à des hématies et des cellules endothéliales ; elle faisait aussi défaut chez une femme dont l'autopsie nous permit de noter de nombreuses granulations péritonéales.

Elle ne se rencontre pas dans la *cirrhose de Laënnec* banale, à liquide citrin et à cellules endothéliales. De même ne la décèle-t-on pas dans maintes *cirrhoses à gros foie*.

Nous ne l'avons pas relevée chez un malade que l'autopsie nous a prouvé être atteint de *linite plastique*, sans réaction péritonéale, constatation qui démontre que toutes les ascites liées à l'évolution des processus proliférants chroniques ne donnent pas la réaction.

Enfin, cas intermédiaire, le liquide d'une ascite recueilli chez une cardio-rénale tomba dans l'eau acidulée comme du sucre (Rivalta négatif), pour donner au fond du verre un dépôt soluble dans l'acide acétique (Rivalta positif).

II

Liquides purulents (1). — Avec les liquides purulents, le Rivalta est toujours positif (2). La réaction est même si forte qu'il est inutile d'aciduler l'eau ; à l'inverse de celui des liquides citrins, le précipité est assez marqué pour se voir dans l'eau distillée simple avec une seule goutte d'exsudat.

La recherche de la réaction n'offre d'ailleurs en l'espèce aucun intérêt pratique, et nous passerions outre si un cas ne devait retenir notre attention.

Il se rapporte à un homme entré à l'Hôtel-Dieu pour une congestion pleuro-pulmonaire aiguë à liquide citrin.

Le liquide nous fournit la réaction positive classique avec l'eau acidulée ; mais, fait intéressant, la réaction était aussi positive à la dose d'*une goutte* avec l'eau simple. Six jours plus tard, nous avions l'explication du phénomène : le liquide était devenu purulent.

Le paragraphe suivant éclairera cette observation.

III

Liquides citrins histologiquement hémorragiques. — Il est nécessaire, dans l'étude de la réaction de Rivalta, de séparer des liquides citrins ordinaires ceux qui sont, en général, désignés sous le nom de *liquides histologiquement hémorragiques*. Nous avons rencontré ces petites hémorragies dans des pleu-

(1) Dans ce chapitre et les deux suivants nous continuons à n'envisager que les liquides pleuraux et péritonéaux.

(2) Nous avons également obtenu une réaction positive avec un épanchement pleural chyliforme.

résies tuberculeuses et cancéreuses, dans des pleuro-congestions aiguës, dans des péritonites tuberculeuses, dans des ascites liées à des cirrhoses de diverses variétés.

Ces hémorragies, trop minimes pour être objectivement appréciables, peuvent être mises en évidence en laissant tomber une goutte de l'exsudat dans un premier verre d'eau acidulée (réaction de Rivalta vraie) et une autre goutte dans un second verre d'eau distillée pure. S'agit-il d'exsudats histologiquement hémorragiques, ils provoquent dans *les deux cas* une réaction positive. La constance de cette double réaction nous paraît suffisante pour constituer une forte présomption en faveur de la présence d'une petite quantité de sang dans un liquide citrin. Grâce aux éléments sanguins qu'ils renferment, les liquides épanchés deviennent assez sensibles à la réaction pour qu'*une seule* goutte donne un précipité avec de l'eau simple. Ils s'opposent ainsi aux liquides citrins ordinaires, chez qui la réaction, à cette dose, a besoin pour se produire de la sensibilisation de l'acide acétique.

Il n'est pas rare de n'observer avec l'eau simple qu'un dépôt plus ou moins abondant, la fumée restant atténuée ; cela prouve bien que cette dernière traduit une réaction relativement forte, le dépôt se produisant déjà en cas de réaction moins accentuée.

On assiste donc à un phénomène identique à celui que nous avons relevé dans notre pleurésie en voie de suppuration, constatation à rapprocher de cette notion que les pleurésies purulentes passent souvent par un stade antérieur de pleurésie citrine histologiquement hémorragique.

Ce sont aussi les éléments figurés de sang qui sont, à notre avis, responsables dans certains cas du précipité, d'intensité et de netteté variables, fourni quelquefois par les transsudats; après une irruption sanguine plus ou moins marquée, ceux-ci réalisent une réaction franche ou des modalités de détermination plus difficile.

On pourrait être tenté, dans des circonstances analogues à celles que nous envisageons, d'expliquer la réaction par l'hémolyse des globules rouges au contact de l'eau distillée. Il est toutefois facile de se persuader que les hématies n'interviennent pas dans la réaction de Rivalta : isolées et lavées dans du sérum isotonique, elles ne donnent pas la réaction, comme nous l'avons constaté. Au surplus des liquides dépourvus d'hématies peuvent donner une réaction positive à l'eau acidulée et à l'eau simple.

Qu'on se garde d'ailleurs d'une erreur possible d'interprétation. En tombant dans l'eau distillée, les hématies forment, on le sait, des traînées rougeâtres. On ne les assimilera pas au précipité de la réaction de Rivalta ; elles en diffèrent morphologiquement, et n'ont pas l'aspect de la fumée bleutée de cigarette. Un peu d'attention suffit à éviter la confusion.

La plus grande sensibilité à la réaction de Rivalta d'une sérosité contenant une petite quantité de sang tient, entre autres causes, croyons-nous, aux leucocytes. Des liquides chargés de leucocytes et privés d'hématies, telles que des urines infectées, donnent la réaction.

Au surplus il n'est pas toujours nécessaire, pour que le Rivalta soit positif, que les liquides renferment des leucocytes. Il suffit que s'y trouvent des substances élaborées par les globules blancs, comme en témoigne la persistance possible de la réaction après centrifugation.

Pour importante que nous semble l'intervention des leucocytes, nous ne concluons pas qu'elle résume toute la pathogénie de la réaction. D'autres éléments entrent bien probablement en jeu, et il est vraisemblable que cette complexité relative rend compte de la diversité des opinions tour à tour émises.

Ainsi, contrairement à ce qui a été soutenu, il n'est pas prouvé que la fibrine soit sans action sur la production de la réaction, puisque récemment Patein et Weitz (1) ont réalisé cette dernière avec des solutions de fibrine dans l'eau salée.

Une remarque s'impose en terminant. La moindre sensibilité des liquides citrins au Rivalta par rapport aux épanchements histologiquement hémorragiques est à mettre en regard du nombre de leucocytes, cependant souvent élevé, que laisse percevoir l'examen cytologique dans les faits de premier groupe.

IV

Liquides hémorragiques. — A plus forte raison les liquides objectivement hémorragiques donnent-ils une réaction positive à l'eau acidulée et à l'eau simple.

Relatons à ce propos l'observation d'une femme atteinte de bacillose pleuro-péritonéale subaiguë. L'épanchement pleural droit était constitué par un liquide citrin banal, l'épanchement pleural gauche se montrait franchement hémorragique ; le premier ne fournissait de réaction qu'avec l'eau acidulée, le second en fournissait avec l'eau acidulée et avec l'eau simple. L'ascite, citrine, ne donnait rien à l'eau simple ; pendant une poussée hémorragique, elle donnait au contraire les deux réactions.

Une sérosité qui contient du sang donne toujours le Rivalta. Nous avons, en effet, noté que les transsudats hémorragiques, contrairement aux assertions de Barbier de la Serre, fournissent une réaction positive. Ils se comportent donc comme les exsudats. Aussi ne s'adressera-t-on pas à la réaction pour dépister l'origine mécanique ou inflammatoire d'un épanchement hémorragique.

L'application de la réaction de Rivalta se limite donc en définitive aux seuls liquides citrins. Elle indique, en général, de façon satisfaisante leur nature exsudative ou transsudative.

Mais il faut lui demander davantage. Rien de plus simple que de pratiquer, parallèlement au Rivalta, une réaction identique avec l'eau distillée non acidulée. On a chance d'obtenir par là un second renseignement : un résultat positif avec l'eau simple conduit à soupçonner des caractères particuliers à une sérosité citrine, le plus souvent richesse en éléments sanguins, quelquefois tendance à la suppuration, sans qu'au surplus puisse être omise l'intervention possible d'autres anomalies.

(1) PATEIN et WEITZ. *Soc. de pharm. de Paris*, 3 avril 1912.

V

Liquides céphalo-rachidiens. — Pas plus à l'état normal que dans les états pathologiques, le liquide céphalo-rachidien ne nous a donné de réaction de Rivalta. Les résultats ont toujours été négatifs, que le liquide fût ou non riche en éléments cellulaires et en albumine.

Nos constatations ont porté sur des cas de méningite tuberculeuse, de méningite aiguë d'origine otique, de méningite à méningocoques avant injection de sérum, de tumeur cérébrale, de tabes, de paralysie générale. Nous avons examiné aussi les liquides de syphilitiques à toutes les périodes de leur maladie, avec ou sans accidents nerveux. Malgré la variété de ces affections, le Rivalta n'a pu être obtenu.

Il est tout naturel à ce propos de rappeler que le liquide céphalo-rachidien ne renferme pas tous les constituants du plasma et du sérum et se différencie par là des sérosités précédemment étudiées ; ses propriétés ne sauraient par suite se superposer à celles de ces sérosités (1).

* * *

On a souvent essayé de déterminer la substance précipitée par la réaction de Rivalta. Diverses solutions ont été proposées. Rivalta, Primavera, Moritz, etc., s'arrêtent à l'idée de paralbumine ou de paraglobuline, Stahelin à celle de globuline ; Paijkull parle de nucléo-albumine, et Umber de séro-mucine.

La divergence de ces opinions suffit à montrer la difficulté du problème. Il est en outre assez malaisé de connaître la véritable pensée des expérimentateurs qui ont désigné sous des noms différents plusieurs corps de même nature et n'ont pas toujours assez précisé les caractères distinctifs des substances albuminoïdes incriminées.

Aussi n'est-on pas régulièrement en état d'établir à laquelle de nos matières albuminoïdes actuelles correspondent ces dernières.

Rivalta, après une série de recherches complémentaires qui vont à l'encontre de sa manière de voir primitive, croit que la réaction positive des exsudats est due à la présence de deux globulines du sang : une globuline vraie, et une pseudo-globuline contenant du phosphore et possédant les autres propriétés des nucléo-albumines. Mais si cette dernière offre les caractères des nucléo-albumines, elle n'est elle-même qu'une nucléo-albumine, et il est tout à fait impropre de l'appeler pseudo-globuline.

Des constatations exposées plus haut découle naturellement que le principe des exsudats qui donne le Rivalta doit être recherché parmi les substances albuminoïdes précipitables par l'acide acétique et par l'eau distillée.

Quatre d'entre elles répondent à ce double desideratum : la *mucine*, les *nucléo-albumines*, les *alcali-albumines*, et en partie la *globuline*. Laquelle convient-il de retenir ?

La *mucine* précipite bien par l'acide acétique ; mais le précipité est insoluble dans un excès d'acide, tandis que le dépôt floconneux du Rivalta est dissous par lui. D'ailleurs l'épreuve de la glycosamine (hydrolyse de la mucine par l'acide chlorhydrique dilué) est négative. Il ne saurait donc être question de ce corps.

Les *nucléo-albumines* et les *alcali-albumines* précipitent aussi par l'acide acétique, mais sont solubles dans un excès ; de plus ces substances sont insolubles dans l'eau. De même la *globuline* se montre insoluble dans l'eau pure et précipite partiellement par l'acide acétique (1).

Voilà donc trois principes placés dans les conditions exigées par la réaction de Rivalta à l'eau acidulée et par la réaction à l'eau distillée simple. Or l'analyse montre que les précipités de ces réactions présentent les caractères chimiques propres tantôt à l'une, tantôt à l'autre de ces substances. Celles-ci peuvent être associées dans un même liquide ; toutefois l'une d'elles, l'alcali-albumine le plus souvent, est en général prédominante et imprime sa caractéristique au précipité. Elles l'engendrent avec l'eau pure comme avec l'eau acidulée, mais à des degrés différents suivant leur abondance et leurs proportions respectives. De même que n'existe pas en chimie minérale de corps absolument insoluble dans l'eau, de même peut-on l'admettre en chimie biologique. Solubles dans l'eau à la petite dose d'une goutte, ces corps ne le sont plus si, mettant en œuvre la réaction de Rivalta, l'on acidifie l'eau avec un peu d'acide acétique. Ils se montrent par contre insolubles dans l'eau à doses plus élevées, sans que l'acidification soit nécessaire.

Cette manière de voir ne pourrait être contrebalancée que par l'existence d'un quatrième corps qui présenterait certains caractères communs aux trois précédents. Peut-être l'acétoglobuline de Patein entre-t-elle en jeu à ce point de vue.

Si ces corps se combinent en proportions très variables, on est cependant provisoirement en droit d'admettre, d'après nos expériences, que la globuline joue toujours un rôle très restreint et n'intervient même quelquefois pas du tout. La véritable cause de la réaction résiderait en définitive le plus souvent dans la production d'un précipité constitué par une alcali-albumine, associée quelquefois à des nucléo-albumines ou à leurs produits de désintégration.

La présence de nucléo-albumine dans le précipité s'accorderait avec l'importance du rôle qui, au cours de la réaction, revient à notre avis aux globules blancs. Cette manière de voir serait conforme à l'opinion primitive de Rivalta, qui tout d'abord supposait le précipité constitué par une nucléo-albumine issue du protoplasma des leucocytes et des globules de pus. Cependant on n'a jamais, semble-t-il, mis en

(1) De même pour MESTREZAT (*Le liquide céphalo-rachidien normal et pathologique*) la réaction de Rivalta n'est pas applicable à ce liquide. D'après cet auteur, PIEPER (*Münch. med. Woch.*, 4 janv. 1910) aurait obtenu un résultat en cas de méningites tuberculeuse et cérébro-spinale par la réaction de Moritz, dérivée de celle de Rivalta.

(1) PATEIN n'admet pas cette dernière notion (*Journ. de pharm. et de chimie*, 1907, t. I, p. 470).

évidence le noyau phosphoré des nucléo-albumines, ce qui empêche de porter une affirmation ferme.

Envisagée de la sorte, la réaction de Rivalta prouve que le liquide contient ou a contenu des leucocytes ; elle témoigne aussi de leur désintégration, condition nécessaire à la mise en liberté de la nucléo-albumine. Il est possible qu'une altération leucocytaire insuffisante explique en partie les faits de disparition du Rivalta après centrifugation.

Celle-ci n'influe d'ailleurs pas toujours de la même façon la réaction de Rivalta. Nous avons colligé des cas où, après centrifugation, les sérosités continuent à donner la réaction à l'eau acidulée et à l'eau simple ; où elles ne fournissent plus de réaction ni à l'eau acidulée ni à l'eau simple ; où persiste la réaction à l'eau acidulée, tandis que disparaît celle à l'eau simple.

* * *

Peut-on, au moyen des données précédentes, justifier les diverses conditions où la réaction de Rivalta a été trouvée positive ?

a. Il est naturel que l'*eau distillée* donne un précipité plus ou moins marqué avec un exsudat suffisamment abondant, puisque les trois corps envisagés sont insolubles dans l'eau. Nous rappelons ici qu'en parlant de réaction négative à l'eau simple nous avons toujours eu en vue la réaction produite avec une seule goutte d'exsudat, par analogie avec la technique employée dans la réaction à l'eau acidulée ; cela ne contredit pas la nature positive d'une réaction produite avec une plus grande quantité d'exsudat.

b. Le *sérum humain* donne une réaction positive. Il contient, en effet, de la globuline, ainsi que des nucléo-albumines d'origine leucocytaire.

c. Avec les *urines albumineuses* on n'obtient pas le Rivalta, quoique l'albumine soit un mélange de sérine et de globuline ; cette remarque vient à l'appui du faible rôle que doit jouer la globuline dans la réaction de Rivalta.

Lorsque l'albumine urinaire est d'origine purulente, on provoque la réaction avec l'eau acidulée et avec l'eau pure ; après filtration, il n'y a plus de réaction appréciable. Ici encore on est en droit d'expliquer la réaction par les nucléo-albumines issues des globules blancs ; en outre, la fermentation bactérienne a pu transformer une partie des albuminoïdes en alcali-albumines. La plus grande partie de ces matières est retenue sur le filtre, et ce qui passe ne suffit plus à donner une réaction visible.

Notons l'intérêt que peut offrir la réaction de Rivalta dans la détermination de la nature de certaines albuminuries : les albuminuries purulentes donnent un précipité avec l'eau acidulée et avec l'eau simple, les albuminuries rénales ne donnent pas de précipité avec ces deux réactifs. De plus, le Rivalta constitue souvent un moyen facile de dépister la présence de petites quantités de pus dans une urine.

d. Dilue-t-on un exsudat dans de l'eau distillée et filtre-t-on le précipité ainsi constitué, le liquide filtré ne donne pas le Rivalta dans les cas où les alcali-albumines et nucléo-albumines ont été en totalité précipitées et retenues sur le filtre. Lorsqu'une plus ou moins grande quantité de ces corps a échappé à la précipitation, le liquide filtré donne plus ou moins nettement le Rivalta, contre-épreuve qui corrobore l'importance des substances en question dans la réaction.

e. Traite-t-on un exsudat par la chaleur et filtre-t-on le précipité, le liquide filtré ne donne plus la réaction. Les alcali-albumines et nucléo-albumines sont cependant incoagulables par la chaleur et devraient théoriquement se retrouver dans le liquide filtré. Mais il convient de songer que la masse volumineuse du coagulum, formé de sérine et de globuline, retient mécaniquement dans sa trame les petites quantités de matières non coagulables de l'exsudat, de sorte que l'absence de Rivalta avec le liquide filtré n'infirme pas le rôle des alcali et nucléo-albumines.

Javal (*Soc. de biol.*, 27 avril 1912) se refuse à voir dans la réaction de Rivalta un attribut plus ou moins spécifique des exsudats. Elle n'a pour lui qu'une valeur quantitative, et rend simplement compte de la dose d'albumine acéto-précipitable contenue dans un épanchement, abondante dans les liquides inflammatoires, faible ou nulle dans les liquides mécaniques.

Cette conception est plausible ; la composition chimique des épanchements montre, en effet, entre l'exsudat et le transsudat, des termes de passage, mis au surplus en évidence, comme nous l'avons écrit plus haut, par les modalités anormales de la réaction de Rivalta.

Il n'est pas démontré que les corps qui donnent le Rivalta dans les exsudats n'existent pas dans les transsudats, à dose trop faible pour être objectivement appréciables. Mais, toute question doctrinale mise à part, ce qui constitue l'intérêt de la réaction en pratique, c'est précisément la richesse des exsudats en substances capables de les différencier des transsudats purs.

Telles sont les données qui nous semblent aujourd'hui à peu près acquises sur la réaction de Rivalta. Elles demandent cependant à être encore vérifiées par de nouvelles expériences en ce qui concerne la nature du précipité.

Voici d'ailleurs les principales conclusions qu'il y a lieu de retenir.

1. La réaction de Rivalta permet dans bien des cas de faire rentrer un épanchement citrin dans le groupe des exsudats ou dans celui des transsudats. Elle est assez sensible pour mériter d'être prise en considération.

2. Il ne faut jamais rechercher la réaction sans verser en même temps une goutte du liquide examiné dans de l'eau distillée pure. Si, après précipitation par l'eau acidulée, un second précipité se forme avec l'eau pure, on est en droit de conclure que le liquide examiné, quoique d'apparence citrine, offre certaines particularités, telles que présence en quantité notable d'éléments sanguins ou évolution vers la suppuration.

3. La réaction de Rivalta peut servir à dépister la

cause de certaines albuminuries : elle est négative avec les urines qui renferment de l'albumine de provenance rénale, positive avec celles dont l'albumine est liée à la présence de leucocytes et de pus dans les voies urinaires. Elle aide aussi à dépister les formes légères d'infection urinaire.

4. La réaction est pour une part d'origine leucocytaire. Dans sa production interviennent les alcali-albumines et dans une certaine mesure sans doute les nucléo-albumines. Mais une réserve s'impose en faveur d'un corps encore moins bien déterminé.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 17 JUIN 1912)

Excitabilité des organismes par les rayons ultraviolets. — M. et Mme Victor Henri. Il existe une excitabilité physiologique par les rayons ultraviolets; on trouve, pour cette excitabilité, la loi du minimum d'intensité lumineuse; la loi du minimum d'énergie; la loi d'addition des excitations présentant plusieurs modalités, en particulier un phénomène physiologique nouveau de renforcement que les auteurs désignent par le terme d'induction physiologique.

Sur l'existence d'un pilier grêle externe de l'organe de Corti. — M. E. Vasticar.

Sur l'ambréine. — M. Riban.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 25 JUIN 1912)

Le nouvel hôpital de Lyon. — M. Mosny fait un rapport sur un projet d'hôpital à Lyon au sujet duquel M. Herriot, maire de cette ville, a demandé l'approbation de l'Académie. D'après les détails très précis qu'a donnés M. Mosny sur ce projet d'hôpital, les mesures les plus rigoureuses, mesures de séparation des services, d'isolement des contagieux, de désinfection, etc., seront prises pour qu'en aucune circonstance un malade puisse être une gêne ou un danger pour les autres malades. Les tuberculeux n'y seront pas admis.

L'hypertension et certaines hémorragies de la grossesse. — M. Wallich. On n'a pas jusqu'ici précisé la cause des hémorragies qui se produisent dans le placenta des albuminuriques. Pour M. Wallich, c'est l'hypertension qui agirait mécaniquement sur les lacs sanguins du placenta, dont la paroi villeuse constitue la partie la plus fragile du système circulatoire maternel. L'endothélium vasculaire est formé à ce niveau de la vaste masse protoplasmique syncytiale, dépourvue d'enveloppe et munie d'une bordure ciliée des plus délicates. Ces lésions placentaires par hypertension sont à rapprocher des hémorragies viscérales des éclamptiques, qui sont vraisemblablement aussi des hémorragies par hypertension produites lors des accès convulsifs.

Cette hypertension peut se montrer avec ou sans albuminurie, elle exprime sans doute un trouble fonctionnel du rein, aboutissant, comme l'a établi Widal pour toute néphrite, soit au syndrome chlorurémique hydropigène, soit au syndrome azotémique, soit au syndrome hypertension associés ou isolés.

M. Wallich conseille donc de surveiller périodiquement et régulièrement la tension du pouls chez toute femme enceinte, comme on surveille les urines. L'hypertension révélée, même par le sphygmomètre le plus simple, sera combattue par la médication habituelle, le régime, les purgatifs ou la saignée. On s'efforcera aussi de prévenir les accès convulsifs par le chloral, le chloroforme. De la sorte on réussira à éviter cette nouvelle catégorie d'hémorragies de la grossesse qu'on peut réunir sous le nom d'hémorragie par hypertension.

La prophylaxie des difformités physiques chez les enfants. L'inspection orthopédique des écoles communales de la ville de Bordeaux. — M. Gourdon (de Bordeaux). Les œuvres de puériculture ont, jusqu'à ce jour, limité leur action bienfaisante à la protection des nourrissons contre les maladies du jeune âge et à la préservation de l'enfance contre la tuberculose.

On ne s'est pas occupé de surveiller le développement des enfants du second âge et des adolescents afin de les préserver des difformités physiques.

La ville de Bordeaux a comblé cette lacune en créant la première l'inspection orthopédique des élèves de ses écoles communales.

Il existe dans d'autres villes une inspection scolaire d'ordre médical, mais il n'est pas d'inspection spéciale pour la protection des infirmités comme celle qui fonctionne à Bordeaux.

Cette inspection, la seule existant en France et à l'étranger, a pour but de diagnostiquer à temps les malformations congénitales et de « dépister » dès leur apparition les déformations acquises du squelette et des articulations chez les écoliers; de prévenir les parents; de faciliter le traitement des élèves indigents.

Elle comprend la visite dans les classes faite par le médecin inspecteur spécialiste ou ses adjoints et une consultation mensuelle pour chaque groupement scolaire faite par le médecin inspecteur spécialiste.

Cette inspection orthopédique scolaire fonctionne régulièrement depuis trois années; elle a donné des résultats très intéressants.

Les déformations le plus fréquemment observées ont été les déviations de la colonne vertébrale au nombre de 748, puis, par ordre de fréquence, les luxations congénitales de la hanche, les coxalgies, les pieds plats, les déformations rachitiques de membres, les tuberculoses osseuses à localisations variées.

Il faut souligner : 1° que la plupart de ces déformations ont été découvertes à leur début; 2° que les quatre cinquièmes des enfants pour lesquels un traitement a été reconnu nécessaire ont été traités et sont guéris ou très améliorés.

L'utilité de l'inspection orthopédique scolaire est donc démontrée; c'est la manière la plus rationnelle de préserver l'enfant de l'infirmité. Mais pour que cette inspection soit efficace il faut la rendre obligatoire au même titre que l'instruction.

M. Gourdon développe les raisons qui doivent faire encourager et développer cette œuvre de protection physique de la jeunesse en faisant ressortir les avantages qu'en retire l'individu auquel on épargne bien des souffrances physiques et morales, la société dont les œuvres d'assistance et de bienfaisance ne seront plus grevées par l'entretien de débiles et d'estropiés. En surveillant « la graine » on perfectionnera la race et on maintiendra l'individu en état de remplir utilement ses devoirs dans la vie civile et militaire.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie, en remplacement de M. Caventou.

La liste de présentation portait en première ligne M. Grimbert; puis MM. Léger, Barillé, Berthelot, Coulière et Patein.

Au premier tour, M. Grimbert a été élu.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 19 JUIN 1912)

Ostéomes musculaires. — M. Schwartz apporte deux faits au débat : dans le premier cas, il s'agit d'un ostéome de la cuisse dit des cavaliers, d'un volume considérable. M. Schwartz attendit avant d'intervenir. Après deux mois, il constatait une grande diminution de la tumeur. Le malade ne souffrait pas. Il n'y eut pas d'intervention. Ce fait prouve qu'il ne faut pas se presser d'opérer.

Dans le second cas, il s'agit d'un maçon qui reçut sur le bras un seau tombé de haut. Il fut massé pendant quinze jours. Quarante jours après l'accident on constatait un ostéome du brachial antérieur, une tumeur paraosseuse. M. Schwartz attendit trois semaines. N'ayant pas constaté de diminution de la tumeur, il l'enleva. L'examen histologique montra qu'il s'agissait de myosite ossifiante.

Fractures d'os primitivement altérés. — M. Broca, à propos d'une présentation de M. Savariaud, présente plusieurs radiographies intéressantes, se rapportant à des garçons de onze, treize et quatorze ans chez lesquels se firent des fractures de l'humérus ou du fémur, ces os étant antérieurement atteints de processus pathologiques divers, inflammatoire, kystique ou néoplasique. On peut aussi trouver des états pathologiques très variables, y compris des tumeurs à myéloplases sur la nature desquelles M. Broca avoue n'avoir jamais été fixé.

M. Savariaud revient sur le petit malade qui a fait l'objet de sa présentation. La radiographie qu'il a fait faire de son fémur montre qu'il y avait des lésions importantes antérieures à la fracture; d'après ces lésions et les commémoratifs, il croit qu'il s'agit, dans ce cas, d'une ostéomyélite prolongée avec épisodes aigus. L'enfant qui fait l'objet de cette observation est un garçon de quinze ans qui n'a marché qu'à quatre ans, qui était rachitique, noué, comme dit sa mère. Jusqu'à six ans il a très mal marché; à onze ans, il a eu un état général défectueux. Le 17 mars, en sautant d'un omnibus, il ressentit une vive douleur dans la cuisse, s'alita, avec un peu de fièvre; il ne pouvait plus soulever le talon du lit, sa température était de 38°6. C'est dans ces conditions qu'il se fit une fracture spontanée. M. Savariaud croit qu'il s'agit là d'une ostéomyélite.

M. Broca estime que M. Savariaud, dans ce cas, doit recourir à un évidement.

Ostéite tuberculeuse de la partie supérieure du fémur gauche. Désarticulation de la hanche. Hémostase par le procédé de Monburg. — M. Sieur fait un rapport sur une observation de M. Coullaud, son collègue de l'armée, attaché à l'hôpital de Constantine. Un soldat de vingt-deux ans, souffre de la cuisse et présente tous les signes d'une ostéite du fémur, avec élévation de température. Les douleurs devenant de plus en plus vives, M. Coullaud croit devoir intervenir après avoir essayé, sans succès, un traitement antisyphilitique. Après avoir appliqué l'appareil de Monburg et fait une incision qui lui montre une profonde altération des muscles, il se décide alors immédiatement pour la désarticulation de la hanche. L'opération fut faite à blanc. Pendant l'application de la bande, le pouls est monté à 108 et il s'est encore exagéré au moment de l'ablation de la bande. L'examen histologique de la pièce a montré qu'il s'agissait de lésions tuberculeuses. Il y avait une ostéomyélite de même nature, ostéomyélite tuberculeuse primitive.

M. Coullaud a fait une série d'expériences sur des sujets sains avec l'appareil de Monburg et en a tiré des conclusions intéressantes.

M. Faure n'est pas d'avis de recourir à la bande de Monburg comme moyen d'hémostase dans la désarticulation de la hanche. On peut assurer l'hémostase par des moyens moins dangereux.

Dans les cas de doute sur la nature et l'étendue de l'affection, M. Faure est d'avis de faire d'abord une amputation sous-trochantérienne, on est toujours à temps après, à enlever facilement la tête fémorale si on le juge nécessaire.

M. Broca est de cet avis. Il n'a jamais eu recours au procédé de Monburg.

M. Cunéo demande à M. Sieur si, dans le cas de M. Coullaud, il a été fait toutes les recherches nécessaires pour juger de sa nature tuberculeuse. A-t-on fait des inoculations?

M. Delorme rappelle que Lefort a déjà conseillé de recourir au procédé que vient d'indiquer M. Faure : d'abord amputation haute, puis ablation du reste du fémur si c'est nécessaire.

M. Tuffier, dans bien des cas, a eu recours à cette amputation sous-cervicale préalable.

M. Auvray rappelle l'opinion qu'il a déjà émise, dans une discussion antérieure, sur l'appareil de Monburg. C'est une méthode dangereuse, à l'égard de laquelle on doit se montrer très circonspect. Les expériences de M. Callaud ont été faites sur des hommes jeunes et sains. Nous intervenons chez des sujets qui se trouvent dans de tout autres conditions.

M. Arrou a pratiqué une désarticulation de la hanche, il y a seize ans, dans d'excellentes conditions d'hémostase en faisant simplement comprimer par un bon aide l'iliaque externe.

M. Morestin reconnaît que dans bien des cas, dans le cas de M. Coullaud entre autres, on aurait pu se contenter de l'amputation sous-trochantérienne. Mais lorsqu'on a un diagnostic sûr et qu'on doit pratiquer la désarticulation de la hanche, il vaut beaucoup mieux la faire en un seul temps, par le procédé de Verneuil. L'hémostase se fait à mesure de l'ouverture des vaisseaux. Pour les gros vaisseaux on peut les pincer avant de les couper. M. Morestin a fait seize désarticulations de la hanche; il n'a eu recours qu'une seule fois au procédé de Monburg; il a eu des accidents et ne s'en servira plus jamais.

M. Delorme rappelle que Lisfranc conseillait de comprimer le vaisseau juste assez pour empêcher le sang de couler. Cette compression n'a pas besoin de s'exercer avec une grande énergie.

M. Broca est resté fidèle aux procédés courants d'hémostase, pincement et ligature à l'ouverture des petits vaisseaux, ligature préalable de la fémorale et des gros vaisseaux. Il n'y a jamais eu de bandes d'Esmarch dans son service.

M. Walther estime que le procédé de Monburg n'est pas applicable à la désarticulation de la hanche. En fait d'hémostase, les pinces et la ligature préalable des gros vaisseaux doivent suffire. Il est partisan, en cas de doute, de pratiquer d'abord l'amputation sous-cervicale. Il considère la méthode de Monburg comme dangereuse.

M. Lucas-Championnière repousse également le procédé de Monburg. Les moyens d'hémostase ordinaire lui ont toujours suffi. Il ne voit pas la nécessité de pratiquer la désarticulation de la hanche en deux temps, quand cette opération est formellement indiquée.

M. Quénu est de cet avis et adopte entièrement l'opération de Verneuil. Il y a parfois inconvénient à garder la tête fémorale qui n'est pas toujours très bien supportée.

M. Faure n'a proposé l'amputation sous-cervicale préalable que dans les cas de doute. Quand la désarticulation est bien indiquée, il faut la pratiquer d'emblée, en ayant soin de faire la ligature préalable de l'iliaque primitive plutôt que de la fémorale. C'est cette ligature seule, en effet, qui peut assurer une hémostase parfaite aussi bien des vaisseaux antérieurs que des vaisseaux de la fesse.

M. Sieur répond à M. Broca, qui a émis des doutes sur le diagnostic de tuberculose dans le cas de M. Coullaud, que ce diagnostic ne saurait être mis en doute après l'examen macroscopique et microscopique de la pièce. M. Coullaud, dans son cas, a cru devoir recourir d'emblée à la désarticulation en raison des lésions très étendues des muscles. Quant à l'emploi de l'appareil de Monburg, il faut se rappeler qu'il y a deux ans on le préconisait volontiers. C'est à cette époque que remonte le cas de M. Coullaud. Il est probable qu'aujourd'hui il ne s'en servirait pas.

Election. — M. Gosset est élu membre titulaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 14 JUIN 1912)

Inversion totale des viscères et ptose gastro-intestinale. — M. Taguet présente un malade qui a une inversion totale des organes et chez lequel les troubles gastro-intestinaux ne sont pas dus à cette anomalie mais ont été déterminés par la ptose des viscères abdominaux.

Bronchopneumonie suraiguë consécutive à l'amygdalectomie. — M. Raoul Labbé communique l'observation d'un jeune enfant qui accusa une bronchopneumonie suraiguë aussitôt après l'ablation des amygdales. Il s'agissait d'une infection générale et pulmonaire à pneumocoques, la fièvre dura quarante et un jours, et la guérison survint enfin sans com-

plication. L'auteur recherche le mécanisme de cette infection et suppose que l'enfant aspira par les bronches une particule de pus ou un fragment d'amygdale infectée.

M. Mortier relate le cas d'une fillette qui, à la suite de l'ablation des amygdales et des végétations, fit une septicémie généralisée avec abcès du médiastin; au dix-huitième jour, la petite malade eut trois vomiques consécutives à streptocoques; au trente-troisième jour, la guérison était parfaite. L'amygdalectomie et l'adénoïdectomie ne sont donc pas toujours exemptes de graves complications.

M. Grossard estime que l'anesthésie générale n'est pas susceptible de faciliter la chute de fragments de tumeur opérée dans les voies respiratoires, c'est quand l'enfant se débat et pousse des cris aigus que ses efforts d'expiration suivie d'inspirations brusques soulèvent son épiglotte et permettent plus facilement à sa glotte de happer pour ainsi dire les corps étrangers. Les complications à distance sont en tous cas exceptionnelles, et quand elles surviennent elles sont plutôt dues à la flore microbienne locale dont la virulence est exaltée par le traumatisme opératoire.

M. Guisez insiste sur la rareté de ces complications bronchopneumoniques : celles-ci, comme le prouvent trois observations rapportées par l'auteur, sont occasionnées par la chute de débris de végétations dans les voies aériennes supérieures. Pour les éviter, il faut : 1° au moment du curettage maintenir avec soin l'abaisse-langue sur la paroi postérieure du pharynx; 2° aussitôt le curettage, incliner brusquement la tête de l'enfant en avant.

De l'application des régimes alimentaires dans les villes d'eaux. — M. Roger Glénard, dans un travail de candidature, étudie les différents modes d'application des régimes alimentaires dans les villes d'eaux. Il donne la préférence au système des cartes de régime avec indications diététiques.

Diabète et dysfonctions hépatiques. — M. Edmond Vidal rapporte un certain nombre d'observations de diabétiques présentant des modifications dans le volume et le fonctionnement du foie. Il conclut à l'action prédominante de la dysfonction cellulaire hépatique dans la production du diabète et montre l'effet régulateur des eaux minérales chez tous les diabétiques ainsi que la persistance des résultats obtenus par le traitement hydrominéral.

Traitement médical des hémorroïdes. — M. Duba préconise contre les hémorroïdes un traitement médical local basé sur une thérapeutique à la fois interne et externe; ce traitement permet toujours ou presque toujours d'éviter les interventions sanglantes dont certaines suites fâcheuses sont parfois à redouter.

Cholélithiase et coliques hépatiques. — M. François Dainville montre 1550 calculs biliaires trouvés chez une femme qui n'eut jamais de coliques hépatiques, ce fait de remarquable tolérance s'explique par l'intégrité des voies biliaires sans aucune réaction inflammatoire.

M. Bourdel a constaté chez une jeune fille de vingt-sept ans une vésicule remplie de petits calculs agglutinés les uns aux autres par de la bile condensée, mais la malade présentait depuis des années des crises douloureuses répétées.

Impuissance génitale. — M. Le Fur apporte les conclusions suivantes : la majorité des impuissances sont dues à des lésions locales de l'appareil génital, du verumontanum et de l'urètre postérieur que l'urétroscopie permet de diagnostiquer et de guérir. En dehors de ces impuissances d'origine locale, le plus grand nombre des autres tiennent à une mauvaise hygiène génitale; une bonne hygiène génitale en constitue donc le meilleur traitement préventif. Dans tous les cas le traitement psychothérapique et l'opothérapie seraient d'un très utile secours.

Cirrhose hypertrophique énorme. — M. Depasse étudie le cas d'un jeune homme de dix-huit ans chez lequel le foie et la rate très hypertrophiés remplissaient tout l'abdomen et la moitié gauche du thorax en refoulant le cœur à droite.

MÉDECINE MILITAIRE

LE COURS D'INSTRUCTION DU SERVICE DE SANTÉ EN CAMPAGNE

Le cours d'instruction du service de santé en campagne du gouvernement militaire de Paris vient de se terminer.

On sait l'importance que ce cours a pris depuis quelques années, d'abord sous la direction éclairée de M. le médecin inspecteur Troussaint, alors médecin en chef de l'Ecole de guerre, puis sous celle de M. le médecin principal de première classe Boisson, son successeur à l'Ecole de guerre. Après avoir réuni l'an dernier environ 300 médecins, pharmaciens et officiers d'administration du cadre auxiliaire, il en a groupé cette année près de 500. C'est dire combien fut difficile la tâche du directeur technique, M. le médecin principal de première classe Boisson, et de ses adjoints, M. le médecin principal de deuxième classe Piussan, MM. les médecins-majors de première classe Le Roux, Le Goïc, Cavalier-Bénézet, Job et Decaux.

Tel qu'il est organisé actuellement le cours d'instruction du centre de Paris constitue un moyen d'enseignement absolument unique dans son genre. Il n'existe rien de pareil à l'étranger, pas même en Allemagne.

Il est à remarquer cependant que le cours réunit actuellement trop d'auditeurs pour que chacun d'eux puisse en tirer tout le fruit désirable. Ce point n'a pas échappé à la direction technique, et il est très probable qu'à l'avenir l'instruction sera donnée en plusieurs séries.

Mais dès maintenant les médecins du cadre de complément ont constaté par eux-mêmes combien on travaille dans l'armée et dans le service de santé en particulier. Grâce au dévouement et à la patience de leurs instructeurs ils sont bien *débrouillés*, et nous ne doutons pas que leur bonne volonté et le sentiment très vif de leurs devoirs militaires aidant, ils ne continuent à se préparer utilement à leur mission éventuelle.

Le cours d'instruction comprenait deux parties. Une partie *théorique*, professée au Val-de-Grâce par le directeur technique, un officier d'état-major, les médecins chefs de formation, fut consacrée à des conférences sur toutes les connaissances générales que doit posséder le médecin du cadre de complément. Nos lecteurs ont pu lire ici même (1) le programme de ces conférences si intéressantes, et en apprécier ainsi l'importance.

Le règlement de 1910 sur le service de santé en campagne et l'adaptation du matériel du service de santé de 1892 au fonctionnement du nouveau règlement furent particulièrement étudiés.

M. le médecin-major de première classe Cousergues a trop bien montré ici même (2) combien le nouveau règlement s'adapte à toutes les exigences de la guerre moderne pour que nous insistions sur ce sujet qui doit être maintenant familier à tous les médecins de réserve.

La dernière semaine a été occupée par des *manœuvres du service de santé* qui ont pris cette année une ampleur particulière.

Après deux exercices de cadres sur le terrain de la manœuvre au cours desquels furent faits des exercices de bivouac, de cantonnement et de réquisition, deux ambulances type 1910 et une section d'hospitalisation furent mobilisées avec l'effectif de guerre en personnel, matériel et attelages.

Au cours d'une manœuvre de garnison exécutée par une division d'infanterie au nord de Saint-Denis entre Pierrefitte-Stains et Villiers-le-Bel-Gonesse, le service de santé fonctionna comme en temps de guerre : service régimentaire, relèvement des blessés par les brancardiers divisionnaires et les brancardiers de corps, installation des ambulances, immobilisation d'une ambulance complétée par une section d'hospitalisation, fonctionnement de cette ambulance comme hôpital du champ de bataille.

A l'occasion du *relèvement des blessés*, on vit fonctionner les

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 29, p. 434-437.
(2) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, nos 59 et 60, p. 879 et 895.

brouettes brancards, les voiturettes brancards tirées par des chiens, et les brancards automobiles du docteur Michel.

L'organisation de l'ambulance 1 dirigée par M. le médecin-major Le Roux fut particulièrement remarquable.

A côté des installations réglementaires, on put y voir fonctionner la salle d'opération automobile de l'ingénieur Boulant. Montée sur un chassis d'autobus parisien, cette salle contient sans complications inutiles, tous les perfectionnements de la chirurgie moderne, elle permet en outre de stériliser très rapidement de grandes quantités d'eau, 600 litres à l'heure, et peut ainsi rendre d'immenses services dans les cantonnements.

La voiture de radiographie du docteur Lesage, le laboratoire de radiographie de campagne du professeur agrégé Vennin, le laboratoire de bactériologie du médecin-major Orticoni furent installés et fonctionnèrent en quelques instants.

Entre temps avait eu lieu une très intéressante démonstration de recherche des blessés par les chiens sanitaires du chenil du service de santé de Fontainebleau et par ceux de la Société du chien sanitaire présentés par M. le capitaine Tolet et par M. le capitaine de territoriale Lepel-Cointet, président de la Société.

Le dernier jour des manœuvres fut consacré à l'*évacuation* des blessés. Un convoi automobile formé de fourgons automobiles du service de l'artillerie, de voitures automobiles de livraison aménagées et de chassis de taxis et de voitures de luxe aménagés suivant les indications du docteur Ovide Benoît avec des appareils Després-Bréchot-Ameline ramena dans les meilleures conditions 90 blessés à Paris. Il y a là un moyen d'évacuation extrêmement confortable et qui rendra les plus précieux services, maintenant que le service de santé a la disposition des *compagnies sanitaires automobiles* récemment organisées. Conduits à l'*hôpital d'évacuation* installé au quai de la Rapée, les blessés furent ensuite embarqués dans un train sanitaire et une péniche aménagée.

Ces manœuvres constituèrent une excellente illustration des conférences théoriques et l'on doit remercier M. le médecin principal Boisson de les avoir préparées avec un tel soin qu'aucun accroc n'est venu en déranger la parfaite exécution. Il y a là un bel exemple de cette *prévision* qui doit être toujours la première préoccupation de la direction du service de santé en campagne.

Le samedi soir, suivant une heureuse coutume, l'Union fédérative des médecins de réserve et de territoriale a réuni au buffet de la gare de Lyon en un banquet plein de cordialité les directeurs de l'école d'instruction, les médecins, les pharmaciens et les officiers d'administration du cadre de complément.

PRATIQUE MÉDICALE

TUBERCULOSE ET DÉMINÉRALISATION

Les récentes communications sur la tuberculose nous ont révélé l'importance de la déminéralisation chez les bacillaires. Les sujets parmi lesquels se recrutent les phtisiques sont « des consomptifs avant d'être des tuberculeux, ils s'incendient avant de s'infecter ». Leur organisme est le siège d'une suractivité des actes chimiques de la nutrition qui se traduit par une exagération des échanges et une consommation démesurée de substances minérales. Pareille chose se retrouve du reste dans les pyrexies, chez les alcooliques, chez tous les surmenés du travail ou du plaisir, dans la grossesse, etc. La déminéralisation ainsi provoquée expose à de graves dangers : en dehors des observations cliniques, on en a pour preuves, d'une part, les expériences faites sur les animaux, où l'on a vu la résistance aux infections considérablement augmentée chez les animaux surminéralisés, d'autre part, les avantages retirés par les tuberculeux dès que l'on combat ce processus.

Quel est le mécanisme de la déminéralisation? Le professeur Robin admet que le phénomène est dû à des excès d'acides provenant de l'organisme en général et principalement de l'estomac. Les tuberculeux deviennent des hyperacides, soit par hyperchlorhydrie, soit par suite de digestions stomacales laborieuses donnant naissance aux acides lactique, malique, butyrique. Ces acides s'éliminent en dissolvant et en soustrayant à l'individu des phosphates basiques de chaux. Il est une autre théorie — très séduisante — de la déminéralisation. Nous savons que chez les tuberculeux ou même simplement chez les prédisposés, chez les surmenés, l'acide carbonique est fabriqué en quantité considérable. Cet acide carbonique, charrié par le torrent circulatoire, pénètre dans la cellule, y dissout l'élément minéral qui en est une des parties constitutives et l'entraîne avec lui. Arrivé au niveau des alvéoles pulmonaires, l'acide carbonique, en présence de l'oxygène, est rendu libre et est éliminé à l'état gazeux. Sa combinaison avec les sels de chaux est détruite, ce qui explique ces dépôts calcaires qu'on trouve dans les poumons des tuberculeux et qui aident si grandement à la cicatrisation des cavernes.

Quoi qu'il en soit cette déminéralisation doit être combattue, et il apparaît qu'elle l'est le plus efficacement par les phosphates et carbonates insolubles, comme étant plus basiques et pouvant mieux saturer, *en se dissolvant*, les acides en excès. Comment assurer leur assimilation? « La fixation des matières inorganiques, répond l'éminent professeur de thérapeutique, est corrélative d'une bonne évolution des matières ternaires. Si vous voulez reminéraliser un malade et si vous voulez que les éléments minéraux pénètrent jusqu'aux cellules, il faut augmenter la proportion des aliments ternaires et en assurer la digestion avec des ferments tels que la maltine. »

Ce sont les principes dont s'est inspiré la maison Trouette-Perret en créant la Ternose. Nous y trouvons des substances ternaires (sucres, féculents), de la maltine, et un choix judicieux des meilleurs composants salins. Signalons notamment le fluorure de calcium d'un si grand intérêt pour la reminéralisation osseuse, et le silicate de chaux.

Destiné aux enfants tuberculeux, lymphatiques, rachitiques, comme aux adultes (neurasthénie, grossesse, convalescence, porteurs de lésions bacillaires avancées ou non), ce produit se présente sous forme de granulé, très agréable au goût; aussi est-il particulièrement précieux en médecine infantile.

G. C.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Pratiques chirurgicales chez les Arabes, par le docteur H.-J. Brion. — Paris, Jouve et Cie.

La Simulation du merveilleux, par Saintyves. 1 vol. de 382 p. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Flammarion.

NOTES POUR L'INTERNAT

HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE

Définition. — Sous le nom d'hématocèle rétro-utérine, on entend toute hémorragie spontanée, d'ordre génital, épanchée dans le péritoine chez la femme : cette définition comprend par conséquent les grandes hémorragies intrapéritonéales, *libres, non enkystées*, que Bernutz séparait de l'hématocèle rétro-utérine, mais elle élimine par contre l'*hématocèle extra-péritonéale*.

L'hématocèle rétro-utérine a été bien décrite pour la première fois par Récamier et Bernutz, puis par Nélaton. Sa pathogénie a donné lieu à de nombreuses théories, auxquelles sont attachés les noms de Bernutz, Gallard, Lawson-Tait; son traitement a bénéficié des progrès contemporains de la chirurgie abdominale, aussi cette affection constitue-t-elle une entité morbide dont l'étude est particulièrement intéressante tant en raison de sa gravité et de sa fréquence relative, que de l'importance de son diagnostic en vue d'une intervention chirurgicale très urgente dans bien des cas.

Nous allons, tout d'abord, très rapidement passer en revue

les différentes théories pathogéniques qui en ont été successivement proposées, pour ne retenir d'ailleurs que la *grossesse tubaire*, seule pathogénie sur laquelle nous insisterons; nous montrerons ensuite comment, anatomiquement, se localise, s'enkyste l'hématocèle, et comment s'opère la résorption.

Nous accorderons, dans notre description, la place prépondérante à la description clinique et au diagnostic; puis nous insisterons, également, sur la conduite à tenir, variable suivant les cas, suivant le moment où l'on est appelé à intervenir et suivant les complications qui peuvent survenir.

PATHOGÉNIE. — « *A péritoine sain, grande hémorragie; à péritoine malade, petit épanchement* », telles sont, en premier lieu, les conditions pathogéniques essentielles qui dominent l'histoire de l'hématocèle. Il reste à préciser la source de l'hémorragie : on a fait appel tour à tour à de nombreuses théories; nous nous contenterons de les rappeler sans y insister, car elles ne présentent pour la plupart le plus souvent qu'un intérêt historique.

Pour mémoire signalons d'abord la théorie de l'*exhalaison sanguine*, totalement oubliée de nos jours. Besnier et Bernutz invoquaient pour expliquer l'épanchement sanguin intrapéritonéal, la *pachy-pelvi-péritonite* hémorragique : à l'heure actuelle, on n'admet plus que ce soit la séreuse qui fournisse le sang, mais simplement qu'elle se contente de réagir au contact de l'épanchement hémorragique.

Richet et Devalz pensaient qu'il s'agissait de la rupture d'une *varice des veines* du ligament large; à l'analyse des cas rapportés par ces auteurs, on s'aperçoit aisément qu'il s'agissait de grossesses tubaires méconnues. Galiard invoquait la rupture de l'*ovisac*, au moment de la congestion que subit l'*ovaire* pendant l'ovulation : en réalité la rupture d'un ovisac fournit, au maximum, 2 à 3 grammes de sang. Martin et Chrobak expliquaient l'hémorragie par la rupture du kyste fœtal dans une *grossesse ovarienne*. L'existence de cette grossesse ovarienne est niée par Lawson-Tait. Exceptionnellement la rupture d'un *petit kyste ovarique* (dégénérescence scléro-kystique) serait capable de déterminer une hématocèle.

Plus tard, la grande majorité des auteurs localisèrent à la *trompe* l'origine du sang épanché : mais nombreuses sont encore les hypothèses tour à tour émises, pour en expliquer le mécanisme. La *théorie* de l'hématocèle cataméniale par exagération de l'*exhalaison sanguine* normale (Trousseau) n'est plus soutenue de nos jours; l'hématocèle par *rétention et reflux du sang* menstruel dans le péritoine (Bernutz) repose sur l'existence d'une dysménorrhée membraneuse, qui n'est pas autre chose qu'une caduque méconnue. Une seule théorie est acceptée de nos jours, c'est celle de la GROSSESSE TUBAIRE, qui fut soutenue par Lawson-Tait.

La grossesse tubaire est la véritable cause, la seule cause même, pourrait-on dire, de l'hématocèle. Le mécanisme et les causes intimes de sa production ont été résumées par Cestan de la manière suivante : « Insuffisance de la circulation placentaire, arrêt de développement presque fatal, décollement du placenta presque inévitable par hémorragie interstitielle, voici pour l'œuf; parois vasculaires, distendues, amincies et éraillées au niveau de l'insertion placentaire, voici pour la trompe; ces conditions déplorables sous l'influence d'une congestion menstruelle, sexuelle, ou d'un effort, conduisent à trois déterminations différentes, l'hématosalpinx, l'avortement tubaire, la rupture tubaire. »

L'*hématosalpinx* tend normalement à se résorber; il ne donne qu'une hémorragie insignifiante; l'*avortement tubo-utérin* ne donne jamais lieu à une hématocèle; l'*avortement tubo-péritonéal*, qui se produit dans les premières semaines de la grossesse, ne donne qu'exceptionnellement lieu à une importante hémorragie.

Il n'en est plus de même de la RUPTURE TUBAIRE, qui est la cause la plus fréquente de l'hématocèle. Cette rupture se fait de la *quatrième* à la *douzième semaine* de la grossesse tubaire; elle correspond souvent d'ailleurs à une période menstruelle. L'hémorragie se fait d'emblée, soit dans le péritoine et alors, des adhérences n'ayant pas eu le temps de s'organiser, l'on aura le tableau de l'inondation péritonéale, soit d'abord dans le kyste fœtal par décollement progressif du placenta et alors, le péritoine ayant eu le temps d'organiser quelques adhérences, l'hématocèle pourra s'enkyster.

La rupture siège au niveau de l'insertion du placenta, c'est-à-dire le plus souvent, au niveau de la partie supérieure de la trompe : l'hémorragie est en général violente; elle se répète au fur et à mesure que le placenta se décolle.

Lorsqu'il n'y a aucune adhérence péritonéale, autour de la trompe, l'hémorragie n'a aucune tendance à s'arrêter spontanément; au contraire si, tout autour du kyste fœtal, des adhérences se sont organisées, l'hémorragie s'arrêtera beaucoup plus vite : ce fait capital dans l'histoire de l'hématocèle a été bien mis en évidence par Segond, et bien résumé dans la formule que nous avons déjà signalée : « A péritoine sain, grand épanchement; à péritoine malade, petite hémorragie. »

Telles sont les diverses causes de l'hématocèle rétro-utérine : en résumé, il faut retenir de toute cette énumération l'importance pathogénique capitale de la grossesse tubaire agissant suivant deux mécanismes, l'un assez rare, l'avortement, l'autre beaucoup plus fréquent, la rupture; dans des cas très exceptionnels d'ailleurs, il faut invoquer la pachypéritonite accompagnant des lésions anciennes de salpingite, ou la rupture de vésicule d'un ovaire kystique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'épanchement sanguin siège ordinairement dans le cul-de-sac de Douglas, entre le rectum et la vessie; il peut siéger quelquefois en dehors de ces cas entre la vessie et l'utérus (hématocèle anté-utérine, Schröder), lorsqu'une pelvi-péritonite préalable a comblé le cul-de-sac postérieur.

Le plus souvent la collection refoule l'utérus en avant et en haut, aplatit le rectum contre le sacrum, repose sur le plancher pelvien et s'étend plus ou moins sur les côtés. La limite supérieure est constituée, suivant l'expression de Bernutz, par un véritable diaphragme pathologique se moulant sur l'épanchement, agglutinant l'intestin, l'épiploon. Il ne s'agit pas d'un enkystement véritable, mais d'adhérences plus ou moins lâches, rapprochant les anses intestinales, l'épiploon, et devenant de plus en plus épais à mesure que la lésion est plus ancienne.

Le volume de l'hématocèle est subordonné à deux conditions : 1° l'intégrité plus ou moins complète de l'endothélium péritonéal; 2° l'origine même de l'hémorragie. L'absence d'adhérences et d'altération du péritoine favorise la diffusion de l'épanchement; au contraire, lorsqu'il existe de la pachy-péritonite, la coagulation est rapide. D'autre part lorsqu'il s'agit d'avortement tubaire, le sang provient de l'ouverture des sinus, il coule alors sous une faible pression et se coagule assez vite; au contraire, s'il s'agit de la rupture d'un kyste fœtal, il y a courte hémorragie veineuse, mais par contre une hémorragie artérielle en jet, ce qui détermine un épanchement sanguin beaucoup plus abondant et plus grave.

De toute manière l'épanchement sanguin provoque assez rapidement une réaction péritonéale qui aboutit dès le troisième jour à un enkystement relatif. Le sang ne reste pas longtemps fluide : il se coagule, puis prend une consistance sirupeuse noirâtre, qui l'a fait comparer à de la mélasse. Plus tard, il peut être remplacé par un liquide séreux, libre dans une coque de stratifications fibrineuses : on peut trouver au milieu des caillots l'embryon et le placenta plus ou moins modifiés.

Abandonné à lui-même, l'épanchement se résorbe peu à peu. Il peut suppurer et, dans ce cas, la collection purulente qui en résulte va pouvoir s'ouvrir dans les organes de voisinage (rectum, vagin, vessie, péritoine).

On doit également toujours rechercher les lésions causales préexistantes des annexes ou du péritoine; lorsque l'hématocèle est ancienne il est rare que l'on retrouve le fœtus qui est assez rapidement résorbé; lorsque l'hématocèle est récente on le trouve au milieu du sang, avec du placenta : la rupture tubaire se montre en général large de 2 à 3 centimètres. On peut observer encore sur le péritoine quelques taches pigmentaires et, dans certains cas, des rétrécissements de l'intestin par brides cicatricielles. Dumontpallier a signalé de l'ectasie des uretères, avec néphrite consécutive.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. D. — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 26 juin : MM. Crouzon, Merklen et Lemierre, 20.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture.* — Séance du 26 juin. — MM. Bréchot, 25; Rouhier, 22; Heitz-Boyer, 25; Piquand, 21.

Sont déclarés admis à prendre part à l'épreuve clinique les candidats ayant obtenu un minimum de 22 points.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Avignon. — Un concours sera ouvert le lundi 11 novembre pour la nomination d'un médecin oculiste chargé du service ophtalmologique à l'hôpital Sainte-Marthe d'Avignon. Les candidats devront se faire inscrire avant le 10 octobre, dernier délai.

— Un concours pour une place de professeur du cours départemental d'accouchement et d'accoucheur des hôpitaux adjoint au chef de service de la Maternité d'Avignon s'ouvrira le 5 novembre, à une heure, devant la Faculté de médecine de Montpellier. Ce concours est ouvert aux docteurs ayant trois ans d'exercice (un an pour les anciens internes des hôpitaux).

S'inscrire à la préfecture de Vaucluse au plus tard avant le 4 octobre, dernier délai.

GUERRE. — Corps de santé des troupes coloniales. — Par décret en date du 24 juin 1912, ont été promus dans le corps de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Guilloteau, Martel et Thiroux.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Camus, Ferris, Sauzeau de Puyberneau, Imbert, Dupuy, Guillemet, Rapin, Sambuc, Feray et Sautarel.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Le Bouvier, Benjamin, Marque, Sibenaler, Blain, de Schaken, Jambon, Huet, Casabianca, Bouchard, Besse, Gaubil, Gaillaud, Bouissière, Stenevel et Gibert.

— Un concours s'ouvrira le 4 novembre 1912 à neuf heures du matin, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce à Paris, et le 11 novembre à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille pour l'admission de 15 docteurs en médecine et de 2 pharmaciens de première classe à des emplois de médecin et de pharmacien aides-majors de deuxième classe des troupes coloniales.

Les conditions et le programme de ce concours sont publiés dans le *Journal officiel* du 26 juin 1912, p. 5617-5618.

LA COMMISSION SUPÉRIEURE DES ÉTUDES MÉDICALES. — La commission supérieure des études médicales vient de se réunir au ministère de l'instruction publique pour tenir sa deuxième session de l'année. M. Bayet, directeur de l'enseignement supérieur, présidait.

Elle a examiné les rapports sur les conditions d'accès à l'agrégation et l'organisation des concours d'agrégation.

C'est par l'examen du rapport de M. Regaud (de Lyon) que la commission a commencé ses travaux. Ce rapport conclut à un projet d'agrégation comportant un concours, précédé d'attestations d'études complémentaires biologiques et pathologiques, avec stages de laboratoires.

Par 23 voix contre 20 elle a refusé de passer à la discussion des articles de ce projet. Elle a décidé ensuite d'aborder la discussion des articles du projet du professeur Grasset (de Montpellier) sur le même sujet. La différence essentielle entre le projet Regaud et le projet Grasset est la suivante : aux termes du premier, le candidat aux concours d'agrégation doit justifier, en outre de son titre de docteur en médecine, d'attestations d'études complémentaires biologiques et pathologiques et de stages de laboratoire; le deuxième projet, au contraire, n'exige du candidat aux concours que le titre de docteur en médecine.

Sous la présidence de M. Bayet, directeur de l'enseignement supérieur, la commission supérieure a examiné les trois premiers titres du projet Grasset. Le titre premier a été adopté sans modifications. Sur le titre second, M. Mairet, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, et M. Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, ont fait adopter des amendements qui ont nécessité le renvoi du titre tout entier à la sous-commission. Ce n'est qu'après l'examen du projet sur les concours d'agrégation que la commission supérieure discutera la question du statut des agrégés, sur le rapport de M. Paul Carnot.

LIGUE FRATERNELLE DES ENFANTS DE FRANCE. — L'inauguration des nouveaux locaux de l'hôpital Marie-Lannelongue aura lieu, 108, avenue d'Ivry, le mercredi 3 juillet, à trois heures et demie, sous la présidence de M. Steeg, ministre de l'Intérieur.

RENSEIGNEMENTS

REVUE GÉNÉRALE

DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS CÉRÉBRO-SPINALE

PAR LES MOYENS DE LABORATOIRE (1)

Par MM. CHARLES FOIX,
Ancien interne médaille d'or des hôpitaux de Paris,
et MARCEL BLOCH,
Interne des hôpitaux de Paris.

Considérations générales. — Il n'est pas en séméiologie nerveuse de symptômes exclusivement propres aux lésions syphilitiques de l'axe encéphalo-médullaire. Souvent la clinique seule est impuissante à dépister la syphilis non seulement dans les affections habituellement d'origine syphilitique, mais encore et surtout dans celles où cette infection est plus rarement en cause (hydrocéphalie, lacunes de désintégration cérébrale).

La syphilis avouée ne permet pas en effet d'affirmer l'origine syphilitique des accidents. La syphilis ignorée ou niée est ici tout particulièrement fréquente et le traitement d'épreuve n'a malheureusement qu'une valeur plus qu'aléatoire dans les lésions du névraxe. Ce diagnostic cliniquement souvent très difficile est aujourd'hui rendu relativement facile et remarquablement sûr par les procédés de laboratoire. On peut les ramener à deux chefs principaux :

1° Examen du sérum et plus particulièrement recherche de la réaction de Wassermann ;

2° Examen du liquide céphalo-rachidien au triple point de vue de la formule cytologique, de la composition chimique et des réactions biologiques.

L'examen du sérum renseigne sur l'état d'infection générale de l'organisme ; celui du liquide céphalo-rachidien sur l'inflammation spécifique des centres nerveux.

I

Le sérum sanguin dans la syphilis cérébro-spinale. — C'est lui qu'il faut interroger tout d'abord, car il fixe un point capital : le malade est-il ou non en état d'infection syphilitique ?

I. RÉACTION DE WASSERMANN. — On peut pratiquement résumer ses résultats dans la formule suivante : le Wassermann *négatif n'exclut pas* l'hypothèse de syphilis ; le Wassermann *positif permet de l'affirmer*. La lèpre, la dourine, la frambœsia, la maladie du sommeil, peuvent, il est vrai, donner des réactions positives, mais sont plus qu'exceptionnelles dans nos climats. Cependant, la réaction de Wassermann est parfois positive dans la scarlatine (2).

L'important est de savoir quel est, dans chaque affection syphilitique du névraxe, le pourcentage des cas positifs. Disons tout de suite que ce pourcentage est suffisamment important pour imposer la recherche de la réaction de Wassermann dans tous les cas douteux. Elle a fourni la preuve de l'origine syphilitique du tabes et de la paralysie générale, origine admise déjà par la plupart des cliniciens.

a. *Paralysie générale.* — Toutes les statistiques récentes sont concordantes et donnent de 90 à 100 p. 100 de cas positifs.

En 1906, Marie, Levaditi et Yamamouchi, 60 p. 100 de cas positifs ; en 1908, Hœlme, 80 p. 100 ; Ledermann, 87 p. 100 ; Joltrain, 75 p. 100 ; Raviart, Breton, Petit, 93 p. 100 ; Wassermann et Plaut, 100 p. 100 ; Morgenroth et Stertz, 100 p. 100 ; Meier, 100 p. 100 ; Plaut, 100 p. 100 ; Lesser, 100 p. 100.

Notre statistique personnelle portant sur plus de 100 cas de paralysie générale nous donne également 100 p. 100 de résultats positifs. Si bien que l'on peut dire avec Plaut (*Bedeutung der W. R. in Psychiatrie*, 1909) : « En présence d'un diagnostic de paralysie générale si la réaction de Wassermann est négative ou douteuse il faut la recommencer. Généralement de nouvelles recherches la montrent positive. Si la réaction de Wassermann plusieurs fois recherchée dans le sérum est négative, le diagnostic de paralysie générale n'est pas établi. »

b. *Tabes.* — Tandis que dans les statistiques, le pourcentage des cas positifs semble aller en augmentant pour la paralysie générale, il semble aller en diminuant pour le sérum des tabétiques.

De 80 p. 100 (Boas), 80 p. 100 (Joltrain), 90 p. 100 (Lener), 77 p. 100 (Much, Eichelberg, Morgenroth), 76,5 p. 100 (Ledermann), 76 p. 100 (Raviart, Petit, Breton), 69 p. 100 (Schütze), 80 p. 100 (Citron), 80 p. 100 (Fleischmann), les statistiques ont tendance à tomber à 70 p. 100 (Wassermann et Plaut), 60 p. 100 avec Liepmann, Stertz, Noguchi, Hoehne. C'est également ce chiffre que nous donnent nos statistiques personnelles. Levaditi et Latapie (*Presse médicale*, 1911, p. 890) au cours de recherches portant sur les années 1910-1911 ne trouvent plus que 43,8 p. 100 de cas positifs dans le tabes (1).

Dès 1909, Wassermann (Congrès des neurologistes allemands, Vienne) relevait ce fait de la diminution des cas positifs pour le tabes, et il notait ce paradoxe que la réaction est beaucoup plus souvent positive chez les tabétiques dont la syphilis a passé inaperçue que chez ceux chez lesquels les premiers accidents ont été reconnus. Il croit en trouver l'explication dans ce fait que les derniers ont été traités énergiquement et les premiers pas du tout (action du traitement sur la réaction de Wassermann au cours de la syphilis primaire, secondaire et tertiaire).

Quoi qu'il en soit le clinicien doit retenir que dans 60 à 80 p. 100 des cas le sérum des tabétiques

(1) Travail des laboratoires du professeur Pierre Marie et du professeur agrégé Sicard.

(2) MUCH et EICHELBERG (1908) ont trouvé le Wassermann positif dans 46 p. 100 des cas de scarlatine. Ces résultats ont été vérifiés en Allemagne par Halberstadter, Muller et Reiche, Hœndel et Schultz, Brüch, Plaut et Fischer, Boas et Hauge, Seligmann et Kloptock ; en Russie par Margoulies ; en France par René Bénard.

(1) Ces résultats s'expliquent peut-être par le fait que l'on s'est tout d'abord adressé à des tabes typiques, les auteurs cherchant avant tout à établir la valeur de la réaction. Plus tard, on a pratiqué la réaction dans un but surtout diagnostique, et l'on s'est adressé surtout à des cas de tabes dit « incipiens » lequel n'est bien souvent qu'un tabes arrêté, où l'action de la maladie causale s'est montrée beaucoup moins intense.

dévie le complément au même titre que le sérum des paralytiques généraux.

c. *Myélites syphilitiques.* — Ici encore toutes les statistiques sont d'accord pour montrer plus de 60 p. 100 de résultats positifs dans les paraplégies spasmodiques syphilitiques.

d. *Syphilis cérébro-spinale (gommeuse ou artérielle).* — Alors que Nonne (1908) ne trouve chez ces malades que 50 p. 100 de résultats positifs, Wassermann en trouve 95 p. 100 (comme chez les paralytiques généraux, dit-il). En 1909, Nonne a, comme Wassermann, trouvé beaucoup plus de résultats positifs, puisque sa statistique donne 80 p. 100.

e. *Sclérose en plaques.* — Dans bon nombre de cas d'après plusieurs auteurs le sérum a dévié le complément (Marie, Wassermann, Plaut et Zalociesky, Joltrain). Ce résultat pouvait être prévu et cette fréquence relative des Wassermann positifs est en faveur de l'origine syphilitique de certaines scléroses en plaques. On sait, en effet, que pour P. Marie il existe :

1° Une sclérose en plaques des jeunes, celle qui survient de dix à vingt ans ou plus tôt. Celle-ci ne serait presque jamais syphilitique.

2° Une sclérose en plaques de l'adulte qui apparaît après trente ans et qui serait le plus souvent syphilitique.

Nous verrons plus loin que la lymphocytose, comme le Wassermann, vient à l'appui de cette thèse.

f. *Lacunes de désintégration. Pseudo-bulbaires.* — Le pourcentage élevé de résultats positifs (65 p. 100 pour certains auteurs) vient ici aussi confirmer les présomptions cliniques en faveur de l'origine fréquemment syphilitique de ces troubles moteurs et psychiques (extension uni ou bilatérale de l'orteil, démarche à petits pas, rire et pleurer spasmodiques) qui ressortissent généralement, chez les jeunes à la syphilis, chez les sujets âgés à la sclérose artérielle (P. Marie).

g. *Syndromes frustes. Symptômes isolés.* — Au même titre que la lymphocytose, le Wassermann existe dans nombre de cas d'*anomalies pupillaires* sans autres symptômes, d'*abolition uni ou bilatérale des réflexes achilléens*, d'*arthropathies nerveuses* plus ou moins isolées. Rappelons que, dans ces dernières années, plusieurs cas de *maux perforants* ou de troubles trophiques analogues ont été signalés chez des sujets présentant nettement une réaction positive.

Il va de soi que dans tous ces cas la réaction positive dans le sérum signifie simplement imprégnation spécifique de l'organisme et ne préjuge en rien de la nature de l'affection nerveuse en cause.

h. *Syphilis nerveuse familiale ou héréditaire.* — La réaction de Wassermann a été également trouvée positive dans nombre de cas de maladies familiales ou héréditaires : paralysies juvéniles, affections cérébrales infantiles, idiotie, débilité motrice ou mentale, enfin dans quelques cas de maladie de Friedreich.

i. *Maladies nerveuses non syphilitiques.* — La réaction est constamment négative : syringomyélie, pseudo-tabes polynévritique, névrites toxiques ou infectieuses, infections méningo-cérébro-spinales non syphilitiques, hystérie, *épilepsie essentielle, tumeurs cérébrales.*

Ces deux derniers cas sont particulièrements intéressants. On sait combien le diagnostic est hésitant quand chez un ancien syphilitique surviennent des crises comitiales vraies ou des signes de tumeur cérébrale.

En pareil cas : 1° La *réaction négative* du sérum est une forte présomption contre l'origine syphilitique des lésions.

2° La *réaction positive chez un ancien syphilitique* ne prouve pas que la lésion soit syphilitique ; il peut s'agir soit de tumeur banale, soit d'épilepsie essentielle chez un syphilitique, les modifications du liquide céphalo-rachidien permettront seuls le diagnostic de syphilis cérébro-spinale.

II. Le sérum des syphilitiques au point de vue biochimique. — 1° *Considérations pratiques sur la réaction de Wassermann.* — La réaction de Wassermann permet d'affirmer qu'un malade est syphilitique. Associée aux modifications du liquide céphalo-rachidien, elle prouvera la nature syphilitique d'une affection nerveuse. Avant d'examiner l'importance et la valeur de ces dernières modifications nous rappellerons ici les objections que l'on a faites à la réaction de Wassermann. Laissant de côté les variations spontanées ou provoquées, oscillations aux cours d'une infection évolutive (paralysie générale, tabes), variations après traitement, réactivation, nous nous bornerons à signaler deux grandes causes qui, à notre avis, expliquent la possibilité de résultats différents donnés par un même sérum entre les mains d'un seul ou de plusieurs expérimentateurs.

1° L'emploi de méthodes trop simplifiées, par exemple celles où complément et ambocepteur sont empruntés au sérum du malade lui-même.

Les variations fatales de ces deux éléments suivant les sérums envisagés, l'*altération rapide du complément par vieillissement du sérum* (1), ont pu amener des divergences regrettables avec les résultats obtenus par d'autres techniques plus précises. Or si la présence de sensibilisatrice en excès ne gênera pas la réaction, il n'en est pas de même de la diminution du complément puisque le résultat final se réduit somme toute à mesurer la quantité de complément resté en liberté. Il est donc essentiel de mettre une quantité de complément fixe à moins de s'exposer à l'erreur grave de dire « positif » lorsqu'il s'agit d'une réaction négative. Par contre, les réactions basées sur l'emploi du complément de cobaye à dose fixe et des hémolysines naturelles du sérum humain (Bauer, Foix) sont à l'abri de cette cause d'erreur, et donnent un pourcentage de résultats positifs sensiblement équivalent à celui que fournit la méthode primitive.

2° L'existence de réactions douteuses ; et la seule méthode prudente en pareil cas sera de recommen-

(1) Ceci explique que la réaction de Hecht donne d'assez bons résultats lorsque l'on emploie le sérum immédiatement et de mauvais quand, pour une raison ou pour une autre, on est obligé d'attendre.

cer dès qu'il y aura doute ; tôt ou tard on verra le résultat s'affirmer dans un sens ou dans l'autre.

2° *Considérations théoriques sur la réaction de Wassermann.* — De l'emploi d'un antigène banal (extrait de foie ou de cœur normal, d'autres organes, de lipoïdes) on dut conclure que la réaction de Wassermann n'était pas une réaction absolument spécifique. Sa spécificité relative (et suffisante en clinique) est due à la présence constante chez les syphilitiques d'une ou plusieurs substances chimiques. La difficulté et la complexité commencent quand il s'agit de rechercher quelles sont ces substances et quel est leur rôle dans la déviation du complément. Il faut donc étudier chacun des éléments de la réaction et rechercher quelle est, pour chacun d'eux, la substance active :

a. *Antigène.* — Il semble établi que la substance active de l'antigène est un lipoïde, toujours le même ou différent suivant les extraits, mais en tous cas susceptible d'exister daus de nombreux organes (foie syphilitique, foie normal, cœur, etc.).

La solubilité du corps actif dans l'alcool, la possibilité de le remplacer par des lipoïdes artificiels et chimiquement fixes (lécithine, oléate de soude, glycocholate et taurocholate de soude), tout plaide en faveur de la nature lipoïdale de l'élément actif des antigènes.

b. *Complément.* — L'analyse du complément a été poussée assez loin. Dans le sérum de cobaye, complément type, on peut, par un procédé quelconque, précipiter les globulines. Il surnage des produits solubles. Isolées, aucune de ces deux parties, globulines ou produits solubles, ne peuvent jouer le rôle de complément ; mais Liefmann a prouvé que la globuline représente la substance active bien qu'elle n'exerce cette activité qu'en présence de la partie soluble.

Est-ce à dire que les globulines elles-mêmes soient le produit primordial et actif? Rien n'est moins prouvé ; l'élément véritablement actif, et encore inconnu, est peut-être au contraire simplement entraîné dans l'expérience précédente par la précipitation des globulines jouant le rôle de vecteur.

c. *Substance active du sérum syphilitique.* — Le problème est ici encore plus complexe, et nombreuses sont déjà les théories s'efforçant d'expliquer comment l'antigène (lipoïde), mis en présence du sérum syphilitique, fixe et entraîne la substance X, principe du complément.

On peut ranger les théories en trois groupes :

1° *Théorie de la combinaison des lipoïdes.* — Les anticorps sériques sont des lipoïdes susceptibles de se combiner aux lipoïdes antigènes en entraînant le complément.

Ces lipoïdes anticorps seraient des produits de désintégration des tissus atteints de lésions syphilitiques.

2° La *théorie colloïdale*, qui explique la déviation par l'action de substances colloïdales de charges électrolytiques différentes, n'ajoute en réalité rien à la précédente.

3° *Théorie de la précipitation des globulines.* — D'après cette théorie la substance princeps du complément est entraînée par la précipitation, en présence du lipoïde antigène, d'une substance toujours abondante dans le sérum des syphilitiques et qui n'est autre qu'une globuline.

Plusieurs auteurs ont rendu tangible cette abondance remarquable des sérums syphilitiques en globuline.

Porges, Elias Neubauer et Salomon, mélangent un lipoïde (lécithine) avec le sérum syphilitique : un précipité se forme à la surface de contact. Mêmes résultats avec le glycocholate de soude et ce point a été contrôlé par Le Sourd et Pagniez.

Du même ordre est le précipité obtenu par mise en présence du sérum à étudier et d'un sérum syphilitique avéré (précipito-diagnostic de Fornet et Cherechefky).

Klausner enfin obtient un précipité par simple adjonction d'eau distillée au sérum à examiner.

Il nous a semblé que cet excès des globulines peut être mis en évidence d'une façon encore plus nette par les deux procédés suivants :

a. Si on mélange quelques gouttes de sérum à de l'eau alcoolisée (alcool absolu = 15 centimètres cubes, eau *distillée* = 85 centimètres cubes) on obtient avec les sérums syphilitiques un liquide laiteux presque opaque, avec des sérums normaux un trouble léger quelquefois à peine appréciable. Par le repos ou la centrifugation les premiers donnent un culot abondant. Les derniers un culot minime. Ces précipités se redissolvent complètement dans les solutions de chlorure de sodium.

b. Cette réaction est encore plus nette si, au lieu d'eau alcoolisée simple, on se sert d'eau alcoolisée additionnée de quelques gouttes d'un lipoïde (lécithine, glycocholate de soude, ou plus simplement de l'extrait d'organe dont on se sert comme antigène pour le Wassermann).

Au surplus, voici le détail de la technique :

Dans des tubes à essais ordinaires on met une quantité fixe d'eau alcoolisée à 15 p. 100, 4 centimètres cubes par exemple.

On ajoute alors II à VI gouttes d'antigène par tube, puis dans chaque tube II à IV gouttes du sérum à examiner. Il se produit alors un précipité globulinique remarquablement abondant et plus abondant que par aucun autre procédé.

Avec un sérum normal non syphilitique le précipité amène un trouble modéré. Mais avec un sérum de syphilitique avéré le précipité est tel que par adjonction de II gouttes de sérum le liquide devient immédiatement blanchâtre et opaque. Si l'on s'en tient aux syphilitiques secondaires récents (roséole, plaques muqueuses) ou tertiaires (porteurs de gommes cutanées ou viscérales) les précipités obtenus sont si abondants, par opposition avec les sérums normaux, que la différence se voit au premier coup d'œil. Mais dans la syphilis cérébro-spinale et la parasyphilis nerveuse où la méthode aurait été beaucoup plus intéressante, les résultats sont beaucoup moins constants. Si le sérum de certains hémiplégiques, tabétiques ou paralytiques généraux donne des précipités abondants (avec dans quelques cas Wassermann négatif), on voit plus souvent des

sérums de syphilis nerveuses donner un louche à peu près normal, et, chose grave, le Wassermann peut être en pareil cas positif.

D'autre part, nous avons observé ce précipité (de façon il est vrai très exceptionnelle) dans des sérums de tuberculeux ou d'autres malades fébriles non syphilitiques avec Wassermann négatif.

Ces faits ont été observés par tous ceux qui ont tenté de faire de cette précipitation de globulines une méthode directe de diagnostic susceptible de supplanter la réaction de Wassermann. Elle infirme la valeur de ces méthodes. Mais remarquons que si elle est en défaut dans des cas de syphilis nerveuse et de parasyphilis, elle donne d'assez bons résultats dans la syphilis secondo-tertiaire cutanée, ce qui explique la divergence des opinions à son sujet suivant les services de maladies cutanées ou de maladies nerveuses où on les essaya.

En résumé, l'hyperproduction de globulines dans le sérum se retrouvant dans bon nombre d'infections autres que la syphilis ne peut servir de base à des méthodes de diagnostic, et, malgré sa constance presque absolue dans le sérum des syphilitiques avérés, il n'est pas prouvé qu'elle soit la substance spécifique de ces sérums. *Mais ce qu'on peut tenter de prouver, c'est qu'elle y joue un rôle de support, de vecteur, d'« adsorption » vis-à-vis de la substance véritablement active.*

Pour cela il suffit, comme cela avait été fait pour le complément, d'isoler les globulines du sérum et de rechercher avec elles seules la déviation complémentaire.

Voici comment nous avons procédé. On prélève 2 centimètres cubes de sérum que l'on mélange à 4 centimètres cubes d'eau alcoolisée à 15 p. 100. Il se produit le précipité que nous avons signalé plus haut, généralement faible pour les non syphilitiques, très abondant pour les syphilitiques. On laisse déposer à la glacière vingt-quatre heures, puis on isole le précipité par centrifugation (cette centrifugation est parfois difficile, le précipité restant en émulsion). Les culots obtenus sont lavés à plusieurs reprises à l'eau distillée. Puis après une dernière centrifugation on ramène aux 2 centimètres cubes primitifs à l'aide d'eau chlorurée à 7 p. 1000 qui dissout le précipité. Sur ces solutions globuliniques, on pratique la réaction de Wassermann par la méthode primitive et les résultats obtenus sont constamment semblables à ceux donnés par le sérum complet.

Il ressort donc de cette expérience qu'avec des globulines isolées du sérum on peut obtenir la déviation du complément absolument comme avec le sérum global. La *substance primordiale du sérum syphilitique dans la réaction de Wassermann, si elle n'est pas constituée par les globulines, est en tout cas intimement liée à elles et entraînée avec elles.*

III. Autres caractères du sérum des syphilitiques. — Quand on examine le sérum frais de sujets syphilitiques ou parasyphilitiques, surtout si on dispose d'un volume assez considérable de sérum, on peut observer un aspect assez spécial consistant en un louche opalin à reflets verdâtres, parfois une véritable lactescence.

Ces caractères nous ont surtout paru marqués dans les sérums de syphilitiques secondo-tertiaires, et il n'est pas sans intérêt d'ajouter que ce sont précisément ces sérums qui fournissent, par les procédés que nous venons d'indiquer, les plus forts précipités. D'autre part, on a signalé, comme pouvant donner la réaction de Wassermann, certains sérums, lactescents ou ictériques, de sujets non syphilitiques.

La lactescence du sérum est d'ailleurs, on le sait, loin d'être spéciale à la syphilis. En dehors même de la néphrite chronique où elle a été signalée par Sicard, elle existe *très fréquemment chez les sujets normaux pendant la digestion et chez les typhiques* surtout à une période un peu avancée (plus de la moitié des cas).

Avant de quitter l'étude du sérum dans la syphilis cérébro-spinale, il nous faut signaler l'importance que certains auteurs étrangers attachent à la recherche de la *lécithine* dans le sérum (G. Peritz). Ils auraient remarqué une augmentation de la lécithine du sérum chez les syphilitiques, tabétiques, paralytiques généraux, coïncidant avec une augmentation de la lécithine dans les matières fécales et une diminution notable de cette substance dans la moelle des os et dans l'axe encéphalo-médullaire. Ils concluent chez ces malades à un appauvrissement progressif de l'organisme et surtout des centres nerveux en lécithine, sous l'action du virus syphilitique.

Ces auteurs ont en outre noté des améliorations cliniques et des modifications de la réaction de Wassermann après injections thérapeutiques de lécithine. Ils en concluent qu'il existe un rapport intime entre le virus syphilitique et la lécithine de l'organisme (1).

II

Le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis cérébro-spinale. — L'examen du sérum établit si le malade est ou n'est pas syphilitique. C'est le liquide céphalo-rachidien qui dira si l'affection cérébro-spinale est ou non causée par la syphilis. Il existe, en effet, *un syndrome syphilitique céphalo-rachidien* à la fois cytologique, chimique et biologique, sans lequel il est impossible d'affirmer l'origine syphilitique d'une affection nerveuse. Ce syndrome est indépendant des modifications sériques, si bien qu'on le trouve fréquemment absent quand le sérum présente les réactions syphilitiques les plus intenses. L'inverse est possible. Il semble qu'une barrière sépare le liquide céphalo-rachidien du milieu humoral tout entier.

I. Réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien (2). — La statistique des résultats est

(1) G. Péritz. *Congrès de neurol. allemand*, Heidelberg 1908.

(2) L'absence de complément ou de sensibilisatrice hémolytique naturelle dans le liquide céphalo-rachidien nécessite ici forcément l'emploi de la méthode de Wassermann primitive. Il semble important d'agir en présence de la plus grande quantité possible de liquide céphalo-rachidien pur. Si l'on n'a pas d'animal préparé il est possible de remplacer le sérum hémolytique artificiel par du sérum humain non syphilitique (éprouvé au préalable). On se servira alors de globules de mouton ou de lapin.

ici des plus importantes à connaître, car elle est essentiellement différente pour chaque affection de ce qu'elle était dans le sérum (sauf pour la paralysie générale).

Paralysie générale. — Ici, en effet, parallélisme complet entre le liquide céphalo-rachidien et le sérum ; les statistiques donnent de 90 à 100 p. 100 de résultats positifs (Marie, Levaditi, Yamamouchi, Wassermann, Plaut, Nonne, Eichelberg, Morgenroth). C'est également avec une constance absolue que nous avons personnellement trouvé la réaction positive dans tous nos cas de paralysie générale.

On conçoit l'importance considérable de ce résultat en neuropsychiatrie, quand on sait que les auteurs étudiant la réaction chez des syphilitiques sans symptôme nerveux ni mental trouveront la réaction positive 90 fois sur 100 dans le sérum, mais jamais dans le liquide *céphalo-rachidien* (Levaditi).

Voilà donc, en présence d'un syphilitique présentant des troubles mentaux ou somatiques, un moyen certain de faire le départ entre ce qui ressort d'une paralysie générale vraie et ce qui n'est qu'une psychose banale chez un syphilitique.

« Même chez un syphilitique, se méfier du diagnostic de paralysie générale, si le Wassermann n'est pas positif dans le liquide céphalo-rachidien. » (Nonne, 1909, Congrès de neurol. allem., Vienne.) Il trouve, en effet, à peine 8 p. 100 de cas négatifs, Plaut moins de 5 p. 100 et Eichelberg déclare n'avoir pas de résultats négatifs dans la paralysie générale.

De même, pour les pseudo-paralysies générales toxiques (saturnines, alcooliques) la recherche de la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien tranche la question : positive, il s'agit de paralysie générale ; négative, elle doit faire penser à l'artériosclérose, aux intoxications, aux diverses psychoses et démences (psychose maniaque dépressive, démence posttraumatique, etc.).

Avant d'abandonner la paralysie générale, rappelons avec Levaditi et Marie, que, dans les rares cas (1) où le sérum de ces malades donne une réaction négative, il est assez fréquent de rencontrer une réaction positive dans le liquide céphalo-rachidien. Première preuve de l'indépendance des deux humeurs.

Tabes. — La plupart des auteurs ne trouvent la réaction positive que dans la moitié des cas (Marie, Levaditi, Wassermann, Plaut, Nonne, Eichelberg, Morgenroth). La présence des anticorps dans le liquide céphalo-rachidien serait donc beaucoup moins fréquente dans le tabes que dans la paralysie générale. Bien plus, Nonne, revenant sur cette question en 1909, déclare que ce chiffre de 50 p. 100 de résultats positifs doit être revisé. Il pense que dans ce chiffre rentrent encore un certain nombre de faux tabétiques (généralement des paralysies générales frustes avec symptômes tabétiques). De plus, il croit que les techniciens emploient des doses trop fortes d'antigène, doses anticomplémentaires par elles-mêmes en présence du liquide céphalo-rachidien, et, employant des doses moins fortes d'extrait, il déclare trouver presque toujours la *réaction négative* dans le liquide céphalo-rachidien des tabétiques. Il croit qu'il y a infiniment moins d'anticorps dans le liquide céphalo-rachidien des tabétiques que dans celui des paralytiques généraux, et se demande si ce n'est pas là un fait en rapport : avec la masse du cerveau beaucoup plus considérable que celle de la moelle, avec la si grande lenteur de l'évolution du tabes, avec l'altération de la pie-mère dans la paralysie générale ? Et il conclut en disant : « Au point de vue liquide céphalo-rachidien, le tabes se différencie de la paralysie générale par l'absence de réaction de Wassermann. » Il ajoute même que, à ce point de vue, il faut assimiler le tabes à la syphilis spinale et cérébro-spinale (dans laquelle il voit la réaction de Wassermann manquer dans le liquide céphalo-rachidien), « sauf, dit-il, que la réaction de Wassermann du *sérum* est plus fréquente dans la syphilis cérébro-spinale que dans le tabes ».

Ces résultats, un peu surprenants, de Nonne, sont en désaccord avec ceux de tous les auteurs. Trouvant nous-mêmes personnellement une statistique plus forte en cas positifs que la plupart des auteurs, nous nous demandons (tout en reconnaissant que la remarque de Nonne sur l'excès de doses d'antigène est probablement fondée) si, sans diminuer ces doses, on ne peut obvier à cet inconvénient en augmentant les doses de liquide céphalo-rachidien. Et, en procédant ainsi (ce qui revient à introduire une plus forte dose d'anticorps), nous sommes arrivés à plus de 50 p. 100 de résultats positifs dans le tabes en des séries paraissant techniquement absolument correctes.

Les *méningo-myélites syphilitiques* à type paraplégique fournissent des résultats identiques à ceux du tabes.

Syphilis cérébro-spinale gommeuse ou artérielle. — Wassermann trouve toujours la réaction du liquide céphalo-rachidien négative ou très faible, alors que celle du sérum est positive dans plus de 90 p. 100 de cas.

Il déclare que c'est là un moyen de diagnostic entre les gommes ou artérites cérébrales avec troubles mentaux, et la paralysie générale.

Nonne, Stertz et Plaut, arrivent au même résultat. La réaction de Wassermann du liquide céphalo-rachidien est, pour eux, négative dans la syphilis cérébro-spinale sans méningite (2 cas, disent-ils, où elle fut positive, furent vérifiés à l'autopsie comme étant des paralysies générales).

Maladies nerveuses non syphilitiques. — Jamais la réaction de Wassermann du liquide céphalo-rachidien n'est positive dans la sclérose en plaques, la syringomyélie, les pseudo-tabes polynévritiques, les tumeurs cérébrales, l'épilepsie essentielle.

II. Considérations théoriques sur les anticorps du liquide céphalo-rachidien. — L'importance diagnostique du Wassermann, dans le liquide céphalo-rachidien provient de ce fait qu'elle est une conséquence directe, *locale*, de la lésion. Que l'organisme produise ou non des anticorps dans le milieu san-

(1) Nous n'en avons jamais observé.

guin. peu importe : s'il y en a dans le liquide céphalo-rachidien cela signifie qu'il y a lésion syphilitique de l'axe nerveux.

Le point de savoir si l'élaboration *locale* des anticorps est effectivement possible fut expérimentalement prouvé par l'expérience de von Dungern qui l'a constatée « in situ » après inoculation dans la chambre antérieure de l'œil du lapin. (Signalons l'opinion curieuse de Pappenheim [Congrès de neurol. allem., Liepzig, 1908] d'après laquelle les anticorps du liquide céphalo-rachidien proviennent directement des globules blancs; la déviation du complément serait fonction de la lymphocytose.)

Sérum et liquide céphalo-rachidien sont donc indépendants au point de vue anticorps. Il était intéressant de se demander, *comment ils se comportent réunis lorsque isolés ils deviennent le complément de façon différente.* Le sérum donnant par exemple un Wassermann positif, le liquide céphalo-rachidien un négatif ou inversement, et surtout si tous deux donnent un négatif, que donne le mélange des deux humeurs ? *Arriveront-elles, réunies, à dévier le complément, sur lequel, isolées, elles étaient sans action ?*

Il nous a semblé qu'on peut résoudre la question par l'artifice suivant : la réaction de Wassermann ayant été pratiquée par la méthode primitive, tant sur les sérums que sur les liquides céphalo-rachidiens, on choisit les cas où chez un même malade l'un donne positif, l'autre négatif ou plutôt ceux où tous deux sont négatifs. Puis se servant des propriétés hémolytiques naturelles du sérum humain contre les globules de lapin ou de mouton [bases de plusieurs méthodes de simplification (Foix, Hecht, Bauer, Stern)], on substitue au système hémolytique artificiel le propre sérum inactivé du malade et on a une réaction où se trouvent combinés chaque sérum et liquide céphalo-rachidien correspondant.

Parallèlement, pour chaque malade, nous avons disposé une expérience analogue, mais en remplaçant le sérum du malade par le sérum d'un sujet quelconque (hétéro-sérum) vérifié négatif par un Wassermann antécédent.

Sur 10 cas de tabes, étudiés de cette façon, nous avons constaté que dans 7 cas où l'un des deux éléments sérum ou liquide céphalo-rachidien était positif, séparément au Wassermann, le résultat du mélange était également positif. Un cas où tous deux étaient négatifs est resté négatif par le procédé du mélange. Mais deux cas, où sérum et liquide céphalo-rachidien donnaient négatifs isolément, ont dévié positivement le complément quand nous les avons réunis dans la même réaction. Par contre aucun de ces deux derniers liquides céphalo-rachidiens ne déviait le complément si au lieu du sérum du malade (pourtant négatif) on mettait le sérum d'un sujet quelconque non syphilitique.

Ces deux derniers cas nous ont semblé très intéressants : car ils tendent à montrer que, dans le tabes en particulier, la dose d'anticorps du liquide céphalo-rachidien ou du sérum, isolément insuffisante à dévier le complément, devient suffisante si on les réunit.

Il y a donc avantage incontestable pour le *tabes*, où les récentes statistiques tendent à montrer un si grand pourcentage de cas négatifs dans le sérum et le liquide céphalo-rachidien, à tenter ce *procédé du mélange* susceptible, comme nous le pensons, de donner alors un résultat positif dans bon nombre de cas négatifs par les méthodes ordinaires.

Conclusions sur la valeur du Wassermann du liquide céphalo-rachidien. — Lui seul donne un critérium sûr de l'existence d'une lésion syphilitique méningo-cérébrale. Il n'apparaît qu'en cas de réaction méningée [rappelons que ce sont les seules conditions où le liquide céphalo-rachidien acquiert un pouvoir leuco-activant considérable (Achard et Foix)]. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 26 JUIN 1912)

Ostéomes musculaires. — M. Mauclaire apporte au débat pendant sur cette question le fait suivant. Un jeune homme se luxe le coude en avant et en dehors. Trois semaines après, le bras encore raide est en extension complète; en avant de l'articulation du coude on sent une saillie osseuse volumineuse qui envahit les muscles antérieurs. En arrière, également, se trouve une saillie qui, avec celle de la face antérieure, forme un bloc considérable. M. Mauclaire fait une hémirésection; il résèque 4 centimètres de l'humérus. Malgré cette résection très large, il se fait une nouvelle ankylose et un nouvel ostéome. Au point de vue pathogénique, M. Mauclaire se rattache à la théorie de la myosite ossifiante. Ce nouveau fait montre que certains sujets présentent une prédisposition spéciale à faire du tissu osseux.

M. Auvray résume la discussion dont son rapport a été le point de départ. Il insiste sur le développement rapide de ces ostéomes qui, au point de vue des accidents du travail, peut avoir une grande importance. Quant à la question de la pathogénie, elle n'est pas résolue. Toutefois, la théorie de la myosite ossifiante s'appuie sur de sérieux arguments, tandis qu'il n'en est pas de même de la théorie de l'origine périostique. Enfin, pour la conduite à tenir, il importe de retenir que des faits qui ont été communiqués il résulte qu'il faut, ainsi que le recommande M. Lucas-Championnière, ne pratiquer le massage qu'avec une grande douceur. Enfin, ces faits prouvent également que les récidives des ostéomes sont surtout fréquentes pour les ostéomes périarticulaires.

Ostéite vacuolaire métatraumatique. — M. Mauclaire, à propos de l'observation présentée par M. Savariaud, cite le fait d'un homme de vingt-trois ans qui, en boxant, reçut un coup de pied au niveau du tibia. Celui-ci devint gros et sensible.

Un jour, en traversant une rue, d'un pas un peu pressé, ce jeune homme se fit une fracture subite et spontanée de ce tibia. Au niveau de la partie moyenne de la diaphyse, on constatait un ramollissement notable de l'os. Les différents réactifs de la syphilis, de la tuberculose, de la sporothricose restèrent sans résultat. D'ailleurs, la fracture se consolida et le malade put reprendre ses occupations et même la boxe.

M. Mauclaire, dans un travail, a pu réunir 80 observations de ce genre. On a donné à cette affection diverses dénominations : cals soufflés, kystes osseux, ostéite vacuolaire métatraumatique; dans ces cas, on observe très souvent des fractures spontanées, surtout chez les jeunes sujets. Le symptôme dominant est la douleur. Le pronostic peut être grave.

L'indication thérapeutique est de rechercher la consolidation de la fracture et, si on ne peut l'obtenir, la résection.

M. Mauclaire propose de désigner cette affection sous le nom d'ostéite vacuolaire métatraumatique, en raison de vacuoles osseuses que l'on rencontre sur cet os.

M. Broca n'admet pas cette dénomination, parce qu'il n'y a pas toujours de trauma à l'origine de ces accidents. En outre, il se montre personnellement opposé à la résection osseuse dans ces cas.

M. Mauclaire fait observer qu'il y a cependant des cas où cette résection s'impose.

Les calculs de l'ampoule de Vater. — M. Walther résume la discussion à laquelle a donné lieu le rapport qu'il a fait sur la présentation de M. Baumgartner. Comme plusieurs de ses collègues, M. Walther estime que, dans ces cas, il faut s'appliquer autant que possible à conserver la vésicule biliaire. Quant au meilleur moyen d'explorer la partie inférieure du cholédoque et l'ampoule de Vater, tout le monde est d'accord sur ces points.

M. Walther ajoute trois observations personnelles à celles qui ont été publiées.

Plaie du poumon, suture, guérison. — M. Savariaud fait un rapport sur une observation de M. Lapointe relative à une plaie du poumon gauche par balle de revolver, traitée par la suture. Un jeune homme se tire une balle de revolver, on l'amène à l'hôpital, on diagnostique une plaie du poumon, avec hémo-pneumo-thorax et hémo-pneumo-péricarde. Pas de plaie du cœur. M. Lapointe fait une thoracotomie à volet, trouve trois plaies du lobe supérieur du poumon gauche, les suture par un surjet au catgut. Le péricarde ne contient ni air, ni sang. Le diaphragme est effleuré par la balle, ce qui explique la contracture abdominale constatée chez le blessé. M. Lapointe rabat le volet thoracique. Pas d'hémoptysies, guérison. Il existait chez ce malade un bruit de moulin qui avait fait croire à un hémo-pneumo-péricarde. Il n'en était rien. Ce bruit de moulin était déterminé par les plaies pulmonaires.

M. Lapointe, un peu trop sceptique et trop modeste, se demande s'il a bien fait d'intervenir dans ce cas, cela est incontestable et M. Savariaud l'en félicite.

M. Souligoux estime que M. Lapointe a bien fait. Dans un cas analogue, M. Souligoux n'est pas intervenu et trois semaines après il s'est fait un épanchement qu'il a dû ponctionner.

M. Quénu préfère au volet thoracique, dans ces cas, la résection d'une côte qui donne un jour très suffisant.

M. Thierry cite le fait d'un blessé de ce genre qui avait un hémothorax considérable. Il n'est pas intervenu. Il a fait des injections de sérum et le malade a guéri.

Décollement épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur. — M. Savariaud analyse une observation de M. Djemtel. Un garçon de dix ans fait une chute et ne peut se relever. On constate une fracture spontanée du fémur. Un mois d'appareil. M. Djemtel voit alors le malade et constate une mauvaise position de l'os et une gêne fonctionnelle. Trente-six jours après l'accident, il intervient à l'aide de la vis de Lorenz comme instrument de traction. Immobilisation en flexion à angle droit pendant vingt jours, résultat médiocre. Le décollement épiphysaire, dit en terminant M. Savariaud, mérite sa mauvaise réputation.

Trois observations de brûlures de l'estomac par l'ingestion des acides. — M. Poncet présente un travail très important de M. Delore (de Lyon). Ce travail sera l'objet d'un rapport.

Métrorragie incoercible, transfusion du sang, guérison. — M. Tuffier présente une malade qui était mourante d'une métrorragie incoercible. On fit une transfusion du sang et la guérison fut très rapide. Avant la transfusion, la tension artérielle au Pachot donnait 10,5; après la transfusion, elle donnait 15. Le taux de l'hémoglobine était, avant la transfusion, de 4,2 et après de 8,1.

Cette transfusion a été faite directement par un petit tube de 5 millimètres de diamètre introduit par un bout dans la radiale du donneur de sang et par l'autre bout dans la céphalique du receveur.

Résection de l'épaule, greffe du cartilage. — M. Jacob montre un soldat qui exécute, avec ses bras, tous les mouvements. Cet homme, à la suite d'une ancienne luxation de l'épaule, avait une ankylose complète. M. Jacob fit une résection de la tête humérale, tailla dans la partie réséquée une greffe ostéo-cartilagineuse qui fut incluse dans la cavité glénoïde, sans sutures. La portion de la tête humérale fut coiffée par cette greffe et le tout réintégré dans la cavité glénoïde. Immobilisation pendant trois semaines, puis mobilisation et massage. Succès fonctionnel complet. M. Jacob attribue ce succès à la greffe ostéo-cartilagineuse.

M. Delorme insiste sur le remarquable résultat fonctionnel.

M. Poncet attribue ce succès plus à l'asepsie rigoureuse de l'opération qu'à la greffe.

M. Tuffier rappelle qu'on lui a fait, il y a douze ans, les mêmes objections. Il reste convaincu que cette greffe est une très bonne méthode.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 22 JUIN 1912)

MM. Garnier et Chaoul, dans leurs recherches sur les **pseudo-tuberculoses par substances inanimées**, arrivent à établir que celles-ci sont dues en réalité aux microbes qui végètent constamment sur les poudres inertes. Injectés dans le péritoine du cobaye les grains de lycopode déterminent des lésions nodulaires plus ou moins analogues à des tubercules comme l'avait vu Hippolyte Martin en 1881; à l'autopsie on trouve dans l'exsudat péritonéal et aussi dans le sang du cœur de nombreuses bactéries. La poudre de charbon suscite aussi le développement de nodules dans lesquels on rencontre, à côté de masses caséeuses et de leucocytes, des microbes variés. Au contraire, quand elle a été stérilisée au four Pasteur à 180 degrés, elle est bien supportée par le cobaye et s'entoure seulement de quelques fibres conjonctives. Mais si à ce charbon stérilisé on mélange une culture de subtilis on trouve à l'autopsie de fausses membranes blanchâtres, et l'examen histologique montre sous l'épiploon des formations microscopiques rappelant l'aspect du follicule tuberculeux; en effet, autour d'un centre hyalin, on voit une couronne de cellules épithélioïdes entourée de nombreux leucocytes.

Ainsi, si certaines substances inanimées sont capables de déterminer la formation de tubercules c'est grâce aux microbes dont elles sont chargées, et parmi ces microbes le subtilis paraît être celui auquel on doit attribuer le développement des nodules.

Dans le but de déterminer **la région du cœur du lapin où passent les fibres nerveuses inhibitrices pour se rendre aux ventricules**, MM. C. Pezzi et A. Clerc ont pratiqué, sur le cœur isolé de lapin, une section transversale de la moitié droite de l'aorte, à la racine du vaisseau, au point où il s'unit au septum interventriculaire et à la partie tout à fait antérieure de la cloison interauriculaire. Dans ces conditions, le passage ultérieur d'une solution de nicotine ne provoque plus ni l'arrêt du ventricule, ni la bradycardie. Il faut donc admettre que les fibres nerveuses inhibitrices passent dans cette région avant leur distribution ventriculaire.

M. Iscovesco discute les méthodes employées pour **le dosage de la cholestérine du sérum**.

M. Pierre Bonnier, au cours de **recherches expérimentales sur l'agoraphobie**, a constaté que l'extinction directe de la réaction anxieuse bulbaire, par cautérisation nasale, peut suffire pour faire disparaître l'agoraphobie et la claustrophobie. Le mécanisme de cette action est démontré par quelques observations cliniques.

MM. Paul Courmont et André Dufourt (de Lyon) ont montré comment on peut détruire le complément par **l'agitation des sérums** (+ 37 degrés, 200 secousses à la minute), et que ces sérums inactivés ne renferment pas d'antihémolysines et peuvent être réactivés.

Ils ont cherché quel est le rôle de l'oxygène dans cette destruction par l'agitation en faisant des expériences comparatives dans l'air, l'oxygène, le vide et l'azote. La disparition du complément se fait beaucoup plus vite dans l'air et surtout l'oxygène; elle ne s'observe pas ou peu dans le vide ou l'azote. Le rôle de l'oxygène paraît donc prépondérant, sinon exclusif, dans la destruction du complément et dans le vieillissement des sérums. Il y a de grandes variations avec les sérums et les espèces animales.

MM. Achard et Feuillié étudient **la rétention de l'urée dans les maladies aiguës**. On sait que l'urée peut être retenue dans l'organisme au cours des maladies aiguës. On le démontre en constatant que l'urée ingérée par des malades en équilibre d'azote ne s'élimine pas. A la rétention d'azote par utilisation réparatrice des albumines qui s'observe pendant la convalescence, on peut donc opposer la rétention d'azote par insuffisance excrétoire de l'urée, qui caractérise la période d'état et se termine par la crise azoturique de la défervescence.

Le dosage de l'urée dans le sérum montre que son taux s'élève pendant la période fébrile de la pneumonie pour revenir à la normale pendant la convalescence. La chute peut être brusque ; dans un cas, le taux uréique est tombé du jour au lendemain de 0g68 à 0g31. Dans un cas mortel, il s'est élevé de 0g70 à 0g85. Il peut arriver que même pendant la période d'état, le taux reste peu élevé; 0g36 chez un pneumonique, 0g30 chez un typhique atteint, d'ailleurs, d'une forme bénigne.

En cas de lésions rénales manifestes, l'urée du sang peut monter très haut : de 0g53 à 2g04 dans un cas mortel de fièvre bilieuse hémoglobinurique; 4g36 dans un cas d'anurie due à l'empoisonnement par le sublimé. Dans ce dernier cas qui guérit, le taux d'urée descendit après le complet rétablissement à 0g30.

La constante uréique d'Ambard a été recherchée chez plusieurs malades pour déterminer la perméabilité rénale. Elle avait une valeur forte, en général, dans les cas où le taux uréique était lui-même élevé. Elle s'abaissa chez un pneumonique après guérison, de 0,27 à 0,04 pendant que l'urée sanguine tombait de 0g96 à 0g14.

— M. Frouin expose ses recherches sur l'action favorable des sels de vanadium et des terres rares sur le développement des cultures du bacille tuberculeux.

M. Victor Henri pense que cette action est due au rôle oxydant de ces corps.

Election. — M. Levaditi est élu membre de la Société.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 8 AU 13 JUILLET 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 8 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, A. R., 1re et 2e séries).
2e (chirurgien-dentiste, A. R., 1re et 2e séries).
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).
5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).
Mardi 9 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, A. R., 1re et 2e séries).
2e (chirurgien-dentiste, A. R., 1re, 2e et 3e séries).
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).
5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).
Mercredi 10 juillet, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, A. R., 1re et 2e séries).
2e (chirurgien-dentiste, A. R.).
5e (2e partie), *Laënnec* (1re, 2e et 3e séries).
Jeudi 11 juillet, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste, A. R., 1re, 2e et 3e séries).
Vendredi 12 juillet, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste, A. R., 1re, 2e, 3e et 4e séries).
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).
5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).
Samedi 13 juillet, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste, A. R., 1re, 2e et 3e séries).
5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la vingt-cinquième semaine, 874 décès, au lieu de 869 pendant la semaine précédente et au lieu de 843, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès, au lieu de 6 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 4. Le nombre des cas nouveaux signalés est de 61 au lieu de 78 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 32. Autres décès : la rougeole 37 (moyenne 19), la scarlatine 9 (moyenne 5), la coqueluche 3, la diphtérie 4.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fête nationale du 14 Juillet.* — La Fête nationale du 14 Juillet donne lieu, chaque année, à de nombreux déplacements sur le réseau P.-L.-M., si remarquable par les belles régions qu'il dessert.

Les voyageurs apprendront avec plaisir que, à l'occasion de cette fête, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 4 juillet 1912 seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 18 juillet, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

— La compagnie P.-L.-M. rappelle que de confortables voitures automobiles (coupés à deux places ou omnibus à six places) assurent le service à domicile des voyageurs débarquant à la gare de Paris-Lyon, ou venant y prendre un train.

Adresser les commandes :

1° Pour l'arrivée à Paris, par lettre à M. le chef de gare de Paris-Lyon ou par dépêche (Parlyo-Paris), en indiquant l'heure exacte d'arrivée du train, le type de la voiture demandée (coupé ou omnibus automobile), le nombre et le poids approximatif des bagages.

Les commandes remises à la gare initiale de départ ou à toute gare d'arrêt intermédiaire sont transmises gratuitement par dépêche.

2° Pour le départ de Paris, trois heures au moins à l'avance au bureau des omnibus à la gare de Paris-Lyon ou dans les bureaux de ville de la Compagnie, en indiquant l'heure à laquelle la voiture (coupé ou omnibus automobile) devra se présenter au domicile ainsi que le nombre et le poids approximatif des bagages.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Sont nommés médecins des hôpitaux pour prendre rang à partir du 1er juillet 1912 :

MM. Babonneix, Lemierre, Merklen, Crouzon et Aubertin.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 28 juin. — MM. Mocquot, 19; Gernez, 14; Bréchot, 16.

— L'ouverture du concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 1er mars 1913 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le lundi 16 septembre 1912, à quatre heures précises, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, 49.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours de chirurgien adjoint des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Lefèvre.

— Grenoble. — La ville de Bordeaux ayant été désignée par le sort pour les concours d'urologie, d'oto-rhino-laryngologie et de dermatologie que les hospices de Grenoble ont décidé d'ouvrir pour doter leurs services de spécialistes, les jurys de ces concours seront composés de membres du corps des hôpitaux de Bordeaux auxquels seront adjoints un médecin et un chirurgien désignés par les hospices de Bordeaux.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés professeurs :

M. Lejars, agrégé, à la chaire de pathologie externe.
M. Legueu, agrégé, à la clinique des voies urinaires.
M. Desgrez, agrégé, à la chaire de chimie médicale.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — M. Trabut est nommé professeur d'histoire naturelle médicale.

M. Soulier est nommé professeur de pathologie générale.

— Lyon. — M. Beauvisage, professeur de matière médicale et botanique est admis sur sa demande à faire valoir ses droits à la retraite et nommé professeur honoraire à partir du 1er novembre 1912.

— Toulouse. — M. Bardier, agrégé, est nommé professeur de pathologie expérimentale.

M. Frenkel est nommé professeur de clinique ophtalmologique.

A LA COMMISSION SUPÉRIEURE DES ÉTUDES MÉDICALES. — La commission supérieure des études médicales a terminé sa deuxième session.

A l'unanimité des membres présents, elle a adopté, sur la proposition du professeur Grasset, de la Faculté de médecine de Montpellier, le vœu suivant :

La commission supérieure émet le vœu que dans l'article du décret du 22 juillet 1902 stipulant que, pour prendre leur première inscription, les aspirants au doctorat en médecine doivent présenter le baccalauréat de l'enseignement secondaire, institué par le décret du 31 mai 1902, ces mots : « quelle que soit la mention inscrite sur le diplôme » soient remplacés par ceux-ci : « série A. B. ou C. de la première partie et série philosophie de la seconde partie ».

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — M. le docteur Henri Labbé, chef du laboratoire de chimie biologique et médicale à la Faculté de médecine de Paris, et M. Louis Baudet, sénateur, ancien vice-président de la commission de l'hygiène publique à la Chambre des députés, sont nommés auditeurs au Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — Un congé portant sur la moitié de son enseignement, pendant le second semestre de l'année scolaire 1911-1912, est accordé, sur sa demande, à M. Chauveau, professeur de pathologie comparée au muséum d'histoire naturelle.

M. Lucet, assistant de la chaire de pathologie comparée audit établissement, est nommé professeur intérimaire pendant la durée du congé accordé à M. Chauveau.

LES DISTRIBUTIONS DE PRIX DANS LES LYCÉES. — Parmi les personnalités désignées pour présider les distributions de prix dans les lycées de Paris nous relevons les noms suivants :

Henri IV. — M. le docteur Reymond, sénateur de la Loire.

Montaigne. — M. le docteur Ombrédanne, agrégé, chirurgien des hôpitaux.

Michelet. — M. le docteur Maurice de Fleury, membre de l'Académie de médecine.

L'OFFICE SCIENTIFIQUE DE CRIMINOLOGIE. — Le garde des sceaux vient de demander à la Chambre d'annexer au service de statistique un office scientifique destiné à assurer les recherches criminologiques et à en centraliser les résultats.

Cet office dont il a déjà été souvent parlé nécessitera une dépense de 25000 francs environ.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le médecin général de la marine Paul Rouvier, du cadre de réserve; M. Eugène Chassaing, pharmacien à Paris.

MÉNINGOCOCCÉMIE

AVEC LOCALISATION MÉNINGÉE TARDIVE

Par A. LEMIERRE, E. MAY et S. PORTRET (1).

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service du professeur Widal un cas de septicémie méningococcique compliqué assez tardivement de méningite. Le tableau clinique a tout d'abord été, à quelques détails près, celui d'une fièvre typhoïde ; le syndrome méningé, qui s'est manifesté dans la suite, a été relativement atténué. Les examens de laboratoire nous ont permis de déceler le méningocoque d'abord dans le sang, puis dans le liquide céphalo-rachidien. La sérothérapie à la fois intrarachidienne et sous-cutanée a été couronnée de succès.

Voici, du reste l'observation dans ses détails :

Mme L., âgée de vingt-cinq ans, entre à l'hôpital Cochin, dans le service du professeur Widal, le 19 décembre 1911 pour un état subdélirant avec une température à 39 degrés, et c'est seulement plusieurs jours après, que des renseignements fournis par son entourage ont permis de reconstituer l'évolution des accidents.

Cette femme, jusque-là bien portante, nourrissait un enfant âgé de neuf mois qui contracta une rougeole compliquée de bronchopneumonie et dont on dut la séparer brusquement. L'avant-veille de son entrée, *17 décembre*, elle fut prise subitement d'un frisson violent accompagné de claquements de dents, puis de sensation de courbature avec douleurs diffuses dans les membres ; dans l'après-midi survinrent des vomissements verdâtres abondants et répétés, et une diarrhée assez profuse. Enfin, le soir du même jour, la malade commença à délirer.

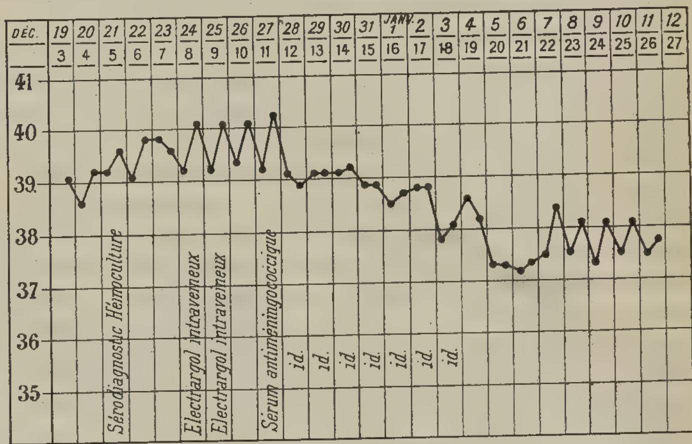
A l'entrée, on se trouve en présence d'une femme en état de confusion mentale, désorientée dans le temps et dans l'espace, faisant effort pour trouver ses mots, et incapable de répondre correctement aux questions qu'on lui pose. On note *une éruption d'herpès* aux lèvres ; le ventre est légèrement ballonné, avec une rate sensible à la percussion. Le foie n'est pas hypertrophié, le cœur et les poumons sont normaux. Enfin l'examen du système nerveux est complètement négatif; la malade *ne se plaint pas de la tête*, et on *ne note aucun symptôme méningé* ; les vomissements ont disparu, il n'y a pas de constipation ; on ne trouve ni raideur de la nuque, ni signe de Kernig ; les réflexes sont un peu faibles, mais égaux des deux côtés; le réflexe plantaire est en flexion et l'examen des yeux ne donne aucun renseignement. Les urines, aux environs de deux litres, sont légèrement albumineuses, mais ne contiennent pas de sucre.

Le *21 décembre*, l'état mental s'améliore, la malade est présente, répond bien aux questions, mais ne peut se souvenir des accidents qui l'ont amenée à l'hôpital. Par contre la température monte à 40 degrés. A ce moment la malade *donne l'impression d'une typhique*; en présence de son abattement, de sa température, avec *pouls à 110 et légèrement dicrote*, d'un *syndrome abdominal* caractérisé par le *ballonnement du ventre*, sans taches rosées, et *la splénomégalie*, on pratique un sérodiagnostic; mais l'agglutination fait complètement défaut aussi bien avec le bacille d'Eberth qu'avec les paratyphiques. Une ponction veineuse est faite, et 10 centimètres cubes de sang ensemencés dans 500 centimètres cubes d'eau peptonée.

Les jours suivants, l'état reste stationnaire : la température se maintient aux environs de 40 degrés avec prostration marquée; il n'y a toujours aucun signe méningé. Le ballon ensemencé n'a pas encore donné de culture. Quatre injections intraveineuses de 20 centimètres cubes d'électrargol pratiquées le 24 et le 25 décembre n'amènent aucune modification de l'état général.

Le *26 décembre* dans l'après-midi la malade se plaint pour la première fois de sa tête; mais il n'y a encore ni raideur de la nuque, ni signe de Kernig.

Le *27 décembre* au matin, la céphalée se maintient peu accentuée, mais on note pour la première fois une ébauche de Kernig. La ponction lombaire donne issue à un liquide hypertendu, clair, mais légèrement opalescent, et où l'agitation met en évidence quelques ondes soyeuses. Après centrifugation on obtient un culot très abondant composé presque uniquement de polynucléaires; on trouve en outre d'assez nombreux diplocoques en grains de café ne prenant pas le Gram, les uns intra, les autres extracellulaires. Le liquide est ensemencé sur gélose ascite et la malade reçoit une injection intrarachidienne de 20 centimètres cubes de sérum antiméningococcique.



Le *28 décembre*, la température est tombée à 39 degrés ; l'état général est meilleur, mais il y a toujours quelques signes méningés : une céphalée légère, un peu de raideur de la nuque et un Kernig très peu accentué, tous ces symptômes ne s'imposent pas, mais demandent à être recherchés avec soin. Le réflexe plantaire est toujours en flexion, mais les réflexes patellaires sont très affaiblis des deux côtés.

Le liquide céphalo-rachidien a donné une culture abondante de *méningocoques* et, pour la première fois on obtient des cultures de méningocoque avec le ballon qui a été ensemencé le 22.

Un nouvel ensemencement de sang est pratiqué le 29 décembre en bouillon ascite, mais ne donne pas de cultures.

Jusqu'au 3 janvier, la malade reçoit journellement une injection intrarachidienne de 20 centimètres cubes, puis, à partir du 31 décembre, de 30 centimètres cubes de sérum antiméningococcique; elle reçoit en même temps une injection intramusculaire journalière de 20 centimètres cubes du même sérum.

Pendant ce temps, la température baisse graduellement pour atteindre 37°8, le 3 janvier. En même temps l'état général s'améliore, les signes méningés diminuent, mais le Kernig persiste.

Le liquide céphalo-rachidien garde au début les mêmes caractères. A partir du 2 janvier, il est plus jaune et plus nettement trouble. Le culot de centrifugation toujours abondant et composé presque exclusivement de polynucléaires, ne montre plus de méningocoques, et les cultures qui en sont faites restent négatives.

Le 4 janvier la température remonte à 38°6 ; on décide alors de cesser le sérum. Dans les jours suivants la température redescend peu à peu aux environs de 37 degrés; tous les

(1) Travail du laboratoire de M. le professeur Widal.

symptômes disparaissent, et la malade sort guérie le 27 janvier.

Dès l'entrée de la malade à l'hôpital nous avions été frappés du contraste existant entre l'aspect général, la stupeur, les troubles intellectuels, l'élévation de la température, le dicrotisme du pouls, le météorisme abdominal, la splénomégalie, l'état de la langue, tous symptômes rappelant une fièvre typhoïde et un certain nombre de particularités cliniques difficilement compatibles avec ce diagnostic. C'étaient le début si brutal avec grand frisson, vomissements et diarrhée, et d'autre part l'existence de l'herpès labial. Aussi avons-nous vu sans étonnement le sérodiagnostic rester négatif avec le bacille d'Eberth.

D'emblée nous avons pensé qu'il s'agissait soit d'une infection pneumococcique, soit d'une infection méningococcique, et c'est avec une attention toute particulière que nous avons dès le début surveillé l'appareil respiratoire et les méninges. Nous avons pu surprendre les premiers symptômes méningés dès leur apparition : ils ne se sont montrés qu'au dixième jour de la maladie. La céphalalgie et le signe de Kernig, qui ont constitué à eux seuls le syndrome, ont été du reste assez peu intenses ; cette bénignité de la réaction clinique des méninges a été de pair avec des modifications relativement modérées du liquide céphalo-rachidien ; celui-ci n'a jamais été franchement purulent, mais seulement légèrement opalescent. Il ne s'est troublé plus fortement qu'après plusieurs jours de sérothérapie intrarachidienne, au moment même où ni l'examen direct, ni les cultures n'ont plus montré de méningocoque.

La première hémoculture a été pratiquée le cinquième jour de la maladie, en eau peptonée. Le développement du méningocoque dans ce milieu a été lent, puisque c'est au bout de cinq jours seulement que le repiquage sur gélose-ascite a donné des cultures. Un deuxième ensemencement de sang pratiqué le treizième jour de l'affection, après l'apparition des symptômes méningés, est resté sans résultat.

Le fait dominant de cette observation a été la précession des symptômes d'infection générale, de septicémie, confirmée par l'hémoculture, sur les symptômes de localisation méningée apparus au bout de dix jours. Il est de toute évidence que la bactériémie a précédé la méningite.

Un assez grand nombre de cas ont été publiés actuellement où l'hémoculture a démontré l'existence d'une septicémie méningococcique. Il s'agissait alors tantôt de méningites cérébro-spinales typiques [Netter (1), Gwyn, Achard et Grenet (2), Lenhartz (3), Follet et Sacquépée (4)], tantôt d'états infectieux sans méningites, mais souvent accompagnés de localisations métastatiques diverses : arthropathies, purpura, érythème, endocardite, pleurésie, etc. [Warfield et Walker (1), Schottmüller (2), Andrew et Liebermeister (3), Netter (4), Monziols et Loiseleur (5), Chevrel et Bourdinière (6)].

(1) Netter. Diagnostic de la méningite cérébro-spinale, *Semaine méd.*, 1898, p. 281.

(2) Gwyn, Achard et Grenet. Cités par A. Lemierre, Thèse 1904, p. 203.

(3) Lenhartz. *Die Septischen Erkrankungen*, p. 310.

(4) Follet et Sacquépée. Sur les septicémies en général et les septicémies méningococciques en particulier, *Presse méd.*, 1898, p. 41.

Plus rares sont les observations où une première période plus ou moins longue de méningococcémie a précédé l'apparition d'une méningite.

Nous ne pouvons guère citer que le cas de Salomon (7) où la méningite n'apparut que le soixante-deuxième jour d'une maladie caractérisée par de la fièvre, des arthropathies, un exanthème ; le cas de Martini et Rohde (8) où elle se montra le troisième jour d'un purpura infectieux ; et enfin le fait récemment publié sous le nom de « typhose méningococcique » par MM. Pissavy, Ch. Richet fils et Pignot (9) où le syndrome méningé ne fut constaté qu'au bout de trois semaines environ d'une infection simulant la fièvre typhoïde.

Dans ces observations, comme dans la nôtre, il est impossible de se défendre de l'impression que la méningite n'a été autre chose qu'une localisation métastatique de l'infection sanguine, au même titre que les arthropathies ou les endocardites. On admet en général, et MM. Netter et Debré (10) se sont faits récemment les défenseurs de cette théorie, que le méningocoque parti de la muqueuse nasale parvient à la pie-mère en cheminant le long des gaines sous-arachnoïdiennes qui accompagnent à travers la lame criblée de l'ethmoïde les ramifications du nerf olfactif.

Quand au cours d'une méningite cérébro-spinale on isole le méningocoque du sang ou quand surviennent des complications à distance, témoins indiscutables de la méningococcémie, on admet que les microbes ayant envahi la circulation partent des espaces sous-arachnoïdiens où ils ont préalablement pullulé.

Il n'en est certainement pas toujours ainsi. Les cas de septicémie méningococcique sans méningite montrent que le diplocoque de Weichselbaum peut envahir l'économie sans passage ni multiplication préalable dans les méninges ; MM. Netter et Debré pensent même que les méningites foudroyantes ne sont autre chose que des septicémies méningococciques suraiguës. Il se peut que la voie transethmoïdale soit celle qu'emprunte le plus souvent le méningocoque pour parvenir aux méninges ; mais ce n'est sans doute pas la seule. Notre observation et celles que nous venons de rappeler montrent qu'à

(1) Warfield et Walker. In Lemierre. Loc. cit., p. 204.

(2) Schottmüller. In Follet et Sacquépée. Loc. cit., p. 42.

(3) Andrew et Liebermeister. Cités par Netter et Debré. *La Méningite cérébro-spinale*, Paris 1911, p. 183.

(4) Netter. In Netter et Debré. Loc. cit., p. 184.

(5) Monziols et Loiseleur. Deux cas de méningococcémie sans méningite cérébro-spinale, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1910, p. 155, t. I.

(6) Chevrel et Bourdinière. Septicémie méningococcique essentielle à caractère de fièvre intermittente. Traitement par le sérum antiméningococcique, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1910, t. II, p. 165.

(7) Salomon. In Lemierre. Loc. cit., p. 202.

(8) Martini et Rohde. In Follet et Sacquépée, p. 42.

(9) Pissavy, Ch. Richet fils et Pignot. Typhose méningococcique, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1911, p. 576.

(10) Netter et Debré. Loc. cit.

l'occasion il peut les aborder par voie sanguine comme l'ont soutenu il y a quelques années MM. Follet et Sacquépée (1).

Indépendamment de ces considérations théoriques notre observation et les faits que nous venons de rappeler à son occasion comportent une indication d'ordre éminemment pratique.

En face d'un état septicémique, à début brusque, s'accompagnant de vomissements et d'herpès, il y a lieu de songer, si le pneumocoque n'est pas en cause d'une façon évidente, à la possibilité d'une infection méningococcique.

Dans ce cas l'hémoculture et au besoin l'agglutination peuvent aisément changer le soupçon en certitude. Il y a là plus qu'un intérêt de diagnostic puisque l'application précoce et répétée de la sérothérapie antiméningococcique permet d'opposer à la maladie un traitement spécifique et de prévenir peut-être des localisations fâcheuses.

MÉDECINE PRATIQUE

LES CONVULSIONS (ÉCLAMPSIE INFANTILE)

Les convulsions infantiles doivent être considérées comme un syndrome survenant sous des influences très diverses; elles consistent essentiellement en mouvements toniques, puis cloniques qui apparaissent brusquement et s'accompagnent de perte de connaissance. Leur étiologie, leur pathogénie, leur pronostic sont extrêmement variables, aussi l'étude des convulsions constitue-t-elle « l'un des chapitres les plus obscurs de la séméiologie infantile » [Hutinel et Babonneix (2)].

Rilliet et Barthez distinguaient deux variétés de convulsions : 1° les convulsions externes qui sont elles-mêmes cloniques (éclampsie) ou toniques (contractures); 2° les convulsions internes. On sépare aujourd'hui des convulsions les contractures qui sont étudiées avec la tétanie et qui sont d'ailleurs beaucoup moins fréquentes.

Dans la plupart des cas, les convulsions débutent brusquement, sans avoir été précédées de prodromes; d'autres fois, elles sont annoncées chez le tout jeune enfant par une hyperesthésie sensitivo-sensorielle, chez l'enfant plus âgé par une émotivité et une irritabilité excessives. Lorsque l'accès convulsif commence, l'enfant pousse un cri, perd connaissance et se raidit; le regard devient fixe, le globe oculaire est agité de mouvements saccadés qui le dirigent en haut, sous la paupière supérieure, beaucoup plus rarement en bas; il redevient ensuite momentanément fixe pour être entraîné tantôt à droite, tantôt à gauche; les pupilles sont dilatées ou contractées. En même temps, les muscles du visage entrent en contraction; la face est grimaçante, les commissures labiales tirées en dehors par des mouvements saccadés; souvent des mucosités mousseuses ou légèrement sanguinolentes couvrent les lèvres. Il y a parfois du trismus, interrompu de temps à autre par des grincements de dents. Aux membres supérieurs, les avant-bras ramenés sur les bras sont agités par des mouvements de demi-flexion et de demi-extension; les doigts sont fléchis sur la paume de la main; on observe aux membres inférieurs les mêmes symptômes, mais en général moins prononcés; les muscles du tronc participent rarement aux contractions cloniques; d'ordinaire le torse est raide. La contraction spasmodique du diaphragme et des muscles du larynx produit quelquefois un bruit spécial lorsque l'air pénètre dans la poitrine à chaque inspiration. L'intelligence est presque toujours abolie, la sensibilité nulle; dans les attaques convulsives violentes, les urines et les matières fécales sont rendues involontaire ment (Rilliet et Barthez). Toutes les fois que les convulsions sont intenses et surtout prolongées, elles se compliquent de phénomènes asphyxiques; au début de l'accès, la face pâlit brusquement, mais ensuite elle devient violette, les extrémités se refroidissent et se cyanosent, la respiration est fréquente, bruyante, le pouls faible et accéléré.

Telle est l'attaque de convulsions généralisées, mélange de clonisme et de tonisme, à évolution très souvent irrégulière, mais passant quelquefois par les trois phases, tonique, clonique et résolutive comme dans l'épilepsie. La crise convulsive dure de quelques secondes à quelques minutes, parfois jusqu'à une demi-heure; elle est rarement isolée; après un intervalle plus ou moins long, un nouvel accès survient, et ainsi se constitue une attaque convulsive de plusieurs accès, qui peut, dans les cas les plus graves, aboutir à l'état de mal et à la mort.

Les convulsions ne sont pas toujours généralisées; elles peuvent rester partielles, affectant alors les membres, le tronc, la face, ou encore la moitié du corps. Ces convulsions partielles ont été bien étudiées par Trousseau (1); il arrive quelquefois que, après une grande attaque, la moitié du corps reste pendant plusieurs heures agitée de mouvements cloniques; dans d'autres cas, la convulsion des membres affecte, à des degrés différents, tel ou tel muscle; on peut observer aussi des convulsions partielles du tronc ou des muscles du cou; mais, de toutes les convulsions partielles, les plus fréquentes sont assurément celles du visage : tantôt elles occupent tous les muscles de la face d'un seul côté, tantôt la convulsion, encore plus limitée, atteint seulement les muscles de l'œil ou les muscles de la langue. Les convulsions partielles peuvent encore frapper le pharynx, le diaphragme; ce sont alors les convulsions internes caractérisées par une difficulté extrême de la déglutition et par des troubles respiratoires divers (apnée dans les cas de contraction tonique, inspirations précipitées suivies d'expirations brèves en cas de convulsions cloniques); on en a souvent rapproché les phénomènes décrits sous le nom d'asthme thymique.

Après la convulsion, l'enfant est pâle, abattu; il s'endort pour quelques heures. Parfois, vers la fin de la crise, on observe de la diarrhée, une épistaxis ou un vomissement (Peruzzi). Après quelques heures d'un sommeil profond, l'enfant s'éveille, assez remis; mais, si les accès se répètent, li devient de plus en plus faible.

Quelle que soit la forme clinique, on ne peut indiquer d'une manière générale l'évolution de l'accès, et, pour avoir une idée sur le pronostic des convulsions, il faut d'abord en reconnaître la cause; il existe deux grands groupes de convulsions : celles qui dépendent d'une lésion du cerveau ou de ses enveloppes, ce sont les convulsions symptomatiques et celles qui n'en dépendent pas, convulsions idiopathiques ou essentielles; cette classification n'a d'ailleurs qu'une valeur très relative, les convulsions dites essentielles relevant, comme les autres, de lésions nerveuses. Dans les deux cas, il est à noter que les convulsions apparaissent exclusivement chez des enfants prédisposés, de par leur hérédité; très souvent, il s'agit d'hérédité névropathique, les parents de l'enfant éclamptique étant atteints de névroses, de psychoses, ou d'affections organique du système nerveux; l'alcoolisme, la syphilis, le saturnisme de parents sont aussi assez fréquents dans les antécédents héréditaires des enfants qui naissent avec l'aptitude convulsive.

(1) Follet et Sacquépée. Loc. cit.

(2) Hutinel et Babonneix. *Les Maladies des enfants*, 1909, t. V. Nous avons emprunté presque tous les éléments de cette Médecine pratique à l'excellent article de ces auteurs.

(1) Trousseau. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, t. II

L'influence de l'âge est également importante; les convulsions s'observent surtout dans la première enfance, dans les deux premières années; déjà moins fréquentes dans la troisième année, elles deviennent rares après cinq ans. Ainsi donc l'enfant nerveux a une tendance aux états spasmodiques et en particulier aux convulsions; c'est la spasmophilie (1), c'est l'aptitude convulsivante (Joffroy).

Les convulsions symptomatiques ont été observées au cours de presque toutes les affections aiguës ou chroniques du névraxe; on les a notées dans les encéphalites aiguës, plus souvent dans les méningo-encéphalites chroniques; elles sont constantes dans les scléroses cérébrales, se répétant à intervalles irréguliers et pouvant, dans quelques cas, aboutir à la mort en état de mal. La méningite chronique, les arrêts de développement avec ou sans malformation du cerveau se compliquent très souvent de convulsions. Dans la tétanie, les convulsions sont très habituelles; tantôt elles annoncent l'accès de tétanie, tantôt elles le suivent, tantôt, enfin, elles surviennent en pleine crise de contractures; le plus souvent, elles se localisent aux muscles de la face (Rilliet et Barthez, Escherich, Hutinel et Babonneix). Quant aux rapports entre les convulsions infantiles et l'épilepsie, ils ont été très discutés; pour les uns les convulsions infantiles prédisposent à l'épilepsie, pour les autres l'éclampsie infantile n'est qu'une épilepsie aiguë, pour d'autres encore, il n'y a, entre les deux affections, que des analogies apparentes.

Les convulsions essentielles apparaissent sous des influences multiples « Toute influence pathogène peut, chez le jeune enfant, déterminer l'apparition d'un accès convulsif. » Souvent la crise éclamptique survient au début ou au cours d'une infection : ce sont les convulsions initiales des maladies fébriles (pneumonie, variole, scarlatine, rougeole, fièvre intermittente); ce sont les convulsions observées dans les gastro-entérites aiguës ou chroniques, dans l'entérite mucomembraneuse, dans la simple indigestion. Les intoxications ont aussi un rôle capital dans le développement de l'éclampsie infantile; quelquefois c'est une intoxication exogène (empoisonnement accidentel, intoxication d'origine médicamenteuse); dans d'autres cas, c'est une auto-intoxication qui provoque la crise convulsive, par exemple l'urémie ou plus souvent encore l'auto-intoxication d'origine digestive. « Le mauvais fonctionnement des voies digestives, voilà la grande cause des convulsions infantiles; c'est, en pratique, celle qu'il faudra toujours rechercher et contre laquelle le médecin devra diriger tous ses efforts. » (Hutinel et Babonneix.) Il faut encore signaler les cas dans lesquels une irritation viscérale ou périphérique détermine, par réflexe, les crises convulsives; on peut rattacher à cette origine l'éclampsie survenant au moment de la dentition, l'éclampsie des enfants ayant des vers intestinaux; les médecins anglais et américains attribuent un certain rôle au phimosis. On a dit que les convulsions pouvaient survenir à la suite d'une émotion, d'une peur, d'une colère; Pfaundler, Hutinel et Babonneix ne pensent pas que l'on puisse identifier à l'éclampsie les faits de ce genre; ils leur attribuent plutôt une origine purement névropathique. On a signalé quelques cas de convulsions à la suite d'un traumatisme. Lorsque les convulsions surviennent chez un nourrisson au sein, il faudra non seulement examiner celui-ci, mais encore interroger la nourrice, faire une enquête complète sur sa santé et ses habitudes, car on a vu des convulsions d'un enfant au sein reconnaître pour cause une émotion de la nourrice, un abus de café ou d'alcool, et même un coït trop passionné [Apert (2)].

De cet aperçu des principales causes des convulsions dites essentielles, on doit d'abord conclure que celles-ci sont en réalité toujours symptomatiques. Quelle est la pathogénie des convulsions? Où siège l'excitation convulsivante? Quelle est sa nature? Hutinel et Babonneix enseignent que l'éclampsie infantile est presque toujours explicable par une irritation médullaire, en opposition par conséquent avec les convulsions de l'adulte qui reconnaissent constamment une origine corticale; quant à la nature de l'excitation convulsivante, elle varie selon les cas; presque toujours plusieurs facteurs (intoxication, infection, troubles circulatoires réflexes) interviennent ensemble dans la pathogénie d'une crise convulsive. En ces dernières années, on a pu, avec des arguments cliniques et expérimentaux, rapprocher les convulsions infantiles de la tétanie et en faire, comme de la tétanie, un symptôme d'insuffisance parathyroïdienne.

Le diagnostic différentiel des convulsions n'est pas difficile; seul l'accès épileptique peut être confondu avec l'éclampsie infantile, mais, dans l'épilepsie, l'aura, la morsure de la langue, la décomposition des traits, le stertor et le sommeil consécutifs à l'attaque sont assez caractéristiques. Le problème du diagnostic étiologique est plus complexe; les antécédents de l'enfant, l'examen des différents organes et, au besoin, la ponction lombaire permettront toutefois, dans la plupart des cas, de rattacher l'accès éclamptique à sa véritable cause.

Du diagnostic étiologique dépend le pronostic; car, du fait de la crise convulsive elle-même, le pronostic ne sera pas trop sombre avec quelques réserves naturellement, la mort étant à redouter, si l'attaque est violente, prolongée, si le pouls et la respiration sont très accélérés, la face très cyanosée. En dehors de ces considérations, le pronostic variera du tout au tout selon la cause, une attaque d'éclampsie liée à la présence de vers intestinaux ou à une indisposition de la nourrice étant essentiellement bénigne, tandis que des accès convulsifs dépendant d'une tumeur cérébrale impliquent un pronostic fatal. Une autre question importante doit retenir l'attention. Quel est l'avenir des enfants atteints de convulsions essentielles? Ne sont-ils pas destinés à devenir ultérieurement des épileptiques? D'après Pierre Marie, 80 p. 100 des épileptiques adultes sont d'anciens convulsifs infantiles; Monod admet que les enfants atteints de convulsions dans les deux premières années de leur existence présentent presque tous, à partir de cinq ou six ans, des crises d'épilepsie. Pour d'autres auteurs, les rapports de l'éclampsie infantile et de l'épilepsie sont moins intimes, et un enfant atteint d'éclampsie n'est pas fatalement destiné à devenir un comitial (d'Espine); que si, d'autre part, un enfant ayant eu des convulsions est plus tard un arriéré, un imbécile ou même un idiot, il faut considérer cet état intellectuel comme une conséquence, non des convulsions, mais des causes qui les ont produites, malformation cérébrale, encéphalopathie infantile par exemple (Hutinel et Babonneix).

Chaque variété étiologique de convulsions nécessite un traitement causal variable selon les cas. Quant au traitement symptomatique de l'attaque elle-même, il consiste d'abord à prescrire un bain tiède (simple ou de tilleul), qui est utile dans toutes les variétés de convulsions, qui ne présente aucune espèce d'inconvénient ni de contre-indications; on peut y maintenir longtemps l'enfant; pour en compléter l'effet, on met des compresses froides sur le front et le crâne du petit malade. Dans les convulsions accompagnées d'hyperthermie, le bain sera donné plus frais et même froid, sauf chez les très jeunes enfants; on ne donnera jamais de bain sinapisé.

Parmi les médicaments antispasmodiques, les meilleurs sont le chloral, les bromures et l'antipyrine; on peut associer le chloral et les bromures, en les donnant par exemple en lavement, comme dans la formule suivante :

Lait.............	100 grammes.
Jaune d'œuf.......	n° 1.
Chloral...........	0gr10 par année d'âge.
Bromure de sodium.	1 gramme.

(Apert.)

(1) PERUZZI. La spasmophilie dans l'enfance, *Congrès italien de pédiatrie*, avril 1911, et *La Pédiatrie pratique*, 25 mai 1912.
(2) APERT. *Précis des maladies des enfants*, 1909.

L'antipyrine ne sera prescrite que si l'on est certain de l'intégrité des reins.

West a conseillé les inhalations de chloroforme ou d'éther; on peut les employer avec prudence en ne faisant pas absorber au petit malade de trop fortes doses d'anesthésique. Pour les cas enfin dans lesquels les convulsions sont dues à l'hypertension cranienne, la ponction lombaire donne souvent des résultats favorables.

Une fois l'attaque éclamptique terminée, il faut continuer à traiter la maladie causale; il faut aussi éviter à l'enfant tout ce qui pourrait réveiller l'aptitude convulsivante, tout ce qui pourrait entretenir la spasmophilie. On surveillera le fonctionnement du tube digestif; on interdira le séjour au bord de la mer, les bains salés, les bains sinapisés, le thé, le café et les liqueurs alcooliques.

M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 28 JUIN 1912)

Lipomatose à localisation thoraco-abdominale. — M. PAGNIEZ présente un homme atteint de lipomatose à localisation thoraco-abdominale qui n'est pas une maladie de Dercum.

M. RATHERY a vu un homme semblable atteint d'une lipomatose analogue mais surtout marquée aux membres supérieurs.

La localisation initiale de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant et chez l'adulte. — M. RIST vient confirmer ce que disait l'autre jour M. Ribadeau-Dumas de la fréquence des localisations initiales de la tuberculose au niveau des lobes inférieurs du poumon chez l'enfant. Les conceptions nouvelles qui s'édifient aujourd'hui de l'évolution de l'infection tuberculeuse chez l'homme donnent à ces faits, mis en lumière il y a quinze ans par G. Küss, un renouveau d'intérêt. Il faut distinguer nettement l'inoculation primitive basilaire du jeune enfant et la réinfection apexienne de l'adulte. La cause de la localisation au sommet de la phtisie de l'adulte est assez obscure; mais il faut en tout cas tenir grand compte de l'action mécanique de la toux qui, ainsi que le fait voir l'examen radioscopique, chasse l'air des bases pour le refouler dans les sommets, et produit ainsi des inoculations par voie bronchique de la base aux sommets.

M. SERGENT est d'accord avec MM. Ribadeau-Dumas et Rist pour reconnaître que la lésion initiale de la tuberculose pulmonaire n'est pas toujours au sommet. Il est possible que par la radioscopie on puisse déceler assez souvent, comme dans le cas de M. Rist, une tuberculose initiale de la base; il n'en résulte pas moins que cliniquement c'est toujours au sommet, en raison même de sa situation anatomique, que se révèlent les premiers signes sthétoscopiques, et que c'est dans la zone d'alarme, en arrière et en dedans, qu'on les recherchera de préférence.

Chorée chez une hérédo-syphilitique guérie par le traitement spécifique. — M. MILIAN présente une jeune fille atteinte de chorée qu'on pouvait soupçonner de nature hérédo-syphilitique et qui fut guérie de sa chorée par le traitement spécifique.

M. APERT ne croit pas que le fait que la chorée se retrouve chez un grand nombre d'enfants hérédo-syphilitiques soit suffisant pour admettre la nature spécifique de l'affection. Il a eu cependant l'occasion d'observer un fait analogue à celui que vient de rapporter M. Milian. Il s'agissait d'une enfant atteinte de chorée qui eut à la suite d'une émotion une crise très violente. Des stigmates d'hérédo-syphilis chez l'enfant, de nombreuses fausses couches chez la mère permettaient de suspecter la syphilis, et à l'autopsie on trouva une gomme du foie.

Chutes brusques de la température au cours de la fièvre typhoïde à la suite d'ingestions médicamenteuses. — MM. HIRTZ et CROISSANT communiquent les observations de plusieurs malades typhiques ayant eu une chute brusque de température après ingestion de doses légères de pyramidon (20 et 15 centigrammes) associées à la caféine. Une de ces malades notamment a été prise de vomissements abondants verdâtres avec contracture abdominale assez marquée et température descendue à 36°8 pouvant faire craindre une perforation intestinale.

Il est intéressant de rappeler ce fait et d'y insister. Dans certains cas il est possible d'arriver jusqu'à une détermination chirurgicale en face d'un syndrome qui n'est provoqué que par une ingestion médicamenteuse.

Les auteurs pensent que ces doses légères ne doivent pas être employées et qu'il faut au cours de la fièvre typhoïde toujours s'en tenir aux petites doses de 5 centigrammes de pyramidon associées à la caféine.

M. RIST a observé plusieurs fois au cours de la fièvre typhoïde des chutes brusques de la température à la suite de doses même faibles de pyramidon; mais il y eut souvent des accidents de collapsus qui lui firent abandonner complètement cette médication. M. Rendu avait constaté autrefois des accidents semblables avec l'antipyrine.

M. BRAULT a observé des accidents cardiaques analogues avec les médicaments salicylés.

Guérison d'une fistule pleurale sans résection de la paroi par gymnastique pulmonaire. — M. Henri DUFOUR présente un malade âgé de quarante-cinq ans environ, qui subit pour une pleurésie purulente une résection costale. Après une longue période de suppuration, la cavité pleurale ne s'oblitérant pas, on proposa à ce malade une opération destinée à rapprocher la paroi thoracique de la surface pulmonaire et consistant en une large résection costale de cette paroi. Il entreprit le traitement médical de ce malade, qui, à la suite de gymnastique respiratoire consistant en exercices respiratoires faits du côté malade, le côté sain étant immobilisé, vit lentement son poumon se distendre et combler l'espace pleural. La guérison obtenue depuis plus d'un an se maintient parfaite.

Maladie de Mikulicz à forme fruste et avec absence de sécrétion salivaire. — MM. J.-A. SICARD et LEBLANC présentent une femme atteinte depuis deux ans de cette forme particulière d'hypertrophie bilatérale et symétrique des glandes salivaires et lacrymales, décrites par Mikulicz. Le syndrome est ici incomplet, car les glandes salivaires seules participent au processus hypertrophique. La sécrétion de salive est à peu près nulle, rendant des plus pénibles l'acte de la mastication et même de la parole. C'est là un fait très rarement signalé dans des observations analogues. L'épreuve à la pilocarpine, tentée chez cette malade, n'a provoqué aucune réaction sécrétoire salivaire apparente.

L'étiologie de ce syndrome est imprécise, et le pronostic en général favorable. Dans ce cas, la formule sanguine s'est montrée normale, et le Wassermann du sang a été négatif.

M. RIST a observé une malade atteinte de maladie de Mikulicz à forme fruste chez laquelle la rate était grosse, et qui fut très améliorée par la radiothérapie.

Alcoolisation du nerf saphène externe dans les algies du bord externe du pied. — MM. J.-A. SICARD et LEBLANC rapportent les observations de deux malades, dont l'un était atteint d'une algie « essentielle » du bord externe du pied et l'autre de sphacèle, par artérite, du petit doigt du pied. Chez tous deux, l'alcoolisation du nerf saphène externe (procédé qui n'avait pas été appliqué à cette branche nerveuse) a produit une sédation remarquable des douleurs. Par contre, la neurolyse locale de ce nerf n'a été suivie d'aucun résultat dans les algies d'origine centrale, les algies tabétiques, par exemple.

Le lieu d'élection de la piqûre est à deux travers de doigt au-dessus de la malléole externe et à 1 centimètre en dehors du rebord osseux du péroné. Le nerf saphène externe chemine, à ce niveau, dans les plans sous-cutanés, facilement abordable à l'injection.

Les ménorragies de la puberté. — M. P.-Emile Weil rapporte l'histoire de neuf fillettes qui, au moment de la puberté, présentaient des ménorragies profuses, capables de mettre leur vie en danger et qui s'accompagnaient d'un état anémique prolongé et grave; il reprend à ce propos l'étude de ces faits pathologiques.

Attribuées par certains à des lésions locales de l'appareil utéro-ovarien, elles ressortiraient uniquement pour l'auteur à des troubles dyscrasiques généraux. Une série d'arguments viennent se grouper en faveur de cette manière de voir :

1° L'absence de troubles fonctionnels génitaux et de lésions au toucher rectal;

2° La coexistence chez toutes ces malades d'hémorragies associées, épistaxis, purpura, etc.;

3° Le commémoratif d'hémorragies diverses, survenues dans l'enfance où paraissant en dehors des règles;

4° La présence d'antécédents semblables dans la lignée maternelle;

5° La constatation de lésions sanguines (retard léger de coagulation du sang, coagulation plasmatique partielle, diminution de rétractilité du caillot, suintement du caillot, sérum jaune);

6° L'augmentation, plus ou moins considérable, souvent extrême du temps de saignement expérimental.

Tous ces phénomènes permettent d'affirmer l'origine dyscrasique de ces ménorragies. L'étude clinique des malades permet de déceler, outre ces troubles sanguins, des troubles endocriniques d'autres glandes (corps thyroïde, foie, ovaire, peut-être surrénale et pituitaire).

Quatre des neuf malades étaient des infantiles et trois des obèses; une de ces obèses présentait au contraire du gigantisme de croissance.

Le traitement de ces ménorragies relève entièrement de la thérapeutique médicale. Il consiste à arrêter les hémorragies par l'administration de sérum sanguin frais, surtout en injections sous-cutanées, parfois en lavements ou en injections vaginales; puis ce traitement d'urgence réalisé, on prescrira des opothérapies différentes (opothérapie ovarienne, thyroïdienne, hépatique, etc.), d'après les troubles variés des sécrétions internes qu'on peut noter chez les malades. Ces opothérapies, insuffisantes à elles seules à arrêter les hémorragies de la puberté, sont utiles en agissant sur l'état général, l'infantilisme, l'obésité, et ainsi parviennent à rétablir l'équilibre fonctionnel de l'appareil génital.

M. Siredey demande si l'on doit faire une classe spéciale des cas signalés par M. P.-E. Weil ou si l'on doit admettre la même pathogénie pour toutes les hémorragies de la puberté.

Il a eu l'occasion d'observer un grand nombre de ces faits. Dans certains cas, les hémorragies lui ont paru nettement en rapport avec des lésions de l'ovaire et de la muqueuse utérine. Le traitement thyroïdien échoue dans ces cas, et on est parfois obligé de recourir au curettage. Il y a une dégénérescence adénomateuse de la muqueuse utérine.

M. Pagniez demande si M. P.-E. Weil a compté les plaquettes sanguines. Il est intéressant de noter que le temps de saignement est habituellement inversement proportionnel au nombre de plaquettes. Chaque fois que celui-ci augmente le temps de saignement diminue.

M. P.-E. Weil a trouvé tantôt une augmentation des plaquettes, tantôt un nombre en apparence normal; mais il n'a pas fait une numération très précise, et d'ailleurs il y a souvent, dans les cas qu'il a rapporté, des variations qui rendent difficile cette recherche; il y a comme une sorte d'« arythmie » de saignement.

Empoisonnement par le sublimé avec anurie. — MM. Achard et Saint-Girons ont observé une jeune femme de dix-neuf ans qui, après ingestion de sublimé, fut prise aussitôt de vomissements et diarrhée avec anurie complète. Elle eut encore un peu de stomatite et une éruption scarlatiniforme. On fit des injections intraveineuses de solutions de sulfate de soude et de glucose; la malade ne buvait qu'un peu de lait et de tisane. Les vomissements et la diarrhée, très abondants, contenaient du mercure.

L'anurie cessa le sixième jour; les premières urines renfermaient des globules blancs, des cylindres et des corps biréfringents.

Le poids de la malade diminua notablement après le retour des urines (5 kilos) pendant quinze jours.

Le dosage de l'urée dans le sérum, par le procédé Desgrez-Feuillié qui donne des chiffres généralement inférieurs à celui de l'hypobromite, a montré l'ascension graduelle du taux uréique de 1g39 p. 1000 le troisième jour, à 2g7 le quatrième, et même à 4g36 le lendemain du retour des urines, d'ailleurs encore très rares. Ce taux s'élevait à 2g8 le neuvième jour après le rétablissement des urines. Enfin, après complète guérison, il retomba à 0g30.

Les vomissements renfermaient 1g80 d'urée p. 1000 et les selles 1g92, proportion qui n'est pas négligeable, mais qui ne pouvait assurer une dépuration suffisante.

Le coefficient d'Ambard n'a pas été déterminé. Mais les urines émises les premiers jours avaient un taux assez fixe d'urée, de sorte que, vu l'état de déshydratation de la malade, et le faible volume des urines, il est vraisemblable que leur taux d'urée devait être voisin de la concentration maxime : or ce taux était compris entre 8 et 9 p. 1000, ce qui correspondrait à une perméabilité rénale très réduite.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE L'ENFUMAGE IODÉ

A propos de l'historique sur l'enfumage iodé actuel (1), je voudrais rappeler que ce mode de traitement est utilisé depuis lontgemps par les otologistes.

Nous l'avons vu employer couramment, dès 1878, par le docteur Miot qui se servait tantôt de cristaux d'iode jetés dans un flacon contenant de l'eau, tantôt de cristaux d'iode déposés dans un ballon qu'il chauffait à la lampe à alcool.

Du reste dans son *Traité élémentaire de pathologie externe* (2), J. Duplay parlant des insufflations gazeuses propres à modifier l'état pathologique de la muqueuse de l'oreille dit : « On a employé à cet usage les substances volatiles tantôt seules, tantôt mélangées à de la vapeur d'eau. Je citerai parmi les résolutives, celles d'*iode*, de chlorhydrate d'ammoniaque, de calomel. »

Le docteur Gellé dans son livre paru en 1884 dit également qu'on utilise les substances volatiles soit seules, soit unies à la vapeur d'eau, telles que fumigations de benjoin, de tolu, de genièvre, d'acide acétique, d'ammoniaque, d'*iode*, de chlorhydrate d'ammoniaque naissant, d'éther, de bromure d'éthyle, etc.

Le docteur Loewenberg, au Congrès international d'otologie de Paris en 1889, s'exprime ainsi : « Mais le danger me paraît bien plus sérieux encore du côté des vapeurs sèches, par exemple de celles de l'iode si fréquemment employées ici. D'après mes expériences, celles-ci atteignent extrêmement vite une température de 175 degrés (!) dès qu'il y a dégagement abondant de vapeurs violettes. Si l'on se rappelle maintenant l'action irritante des vapeurs iodées répandues dans l'atmosphère (par conséquent froides et mélangées de beaucoup d'air) sur la conjonctive, la membrane de Schneider, etc., on conçoit que de telles vapeurs pures, et possédant

(1) *Gaz. des hôp.*, 1912, n° 66, p. 983 et n° 67, p. 997.
(2) Tome IV, p. 130, Paris 1875.

une température très élevée qui ne peut qu'accroître leur activité, présentent un danger pour l'organe de l'audition.

Mais nous pouvons employer des vapeurs iodées exemptes de tous ces inconvénients. L'iode émet déjà à la température ordinaire des vapeurs sensibles... J'ai mis à profit cette particularité pour employer, dans le traitement de la sclérose, des vapeurs d'iodes froides et mélangées d'air, par conséquent, dépourvues de l'action irritante des vapeurs chaudes et pures. On obtient ces premières en introduisant aussi hermétiquement que possible l'embout d'une poire de caoutchouc préalablement comprimée dans le goulot d'un flacon contenant de l'iode solide, comme on fait pour aspirer des vapeurs de chloroforme, d'éther et d'iodure d'éthyle. En se dilatant, le ballon s'emplit d'air mélangé de la vapeur toujours contenue dans un récipient qui renferme de l'iode.

On peut d'ailleurs activer le dégagement de la vapeur en tenant le flacon dans la main, ou en le passant rapidement au-dessus d'une flamme.

L'usage de l'iode employé de cette façon à l'état de vapeur froide et mélangé d'air est exempt de tout danger d'irritation et me paraît appelé à rendre d'utiles services. »

A propos de cette note de traitement de la sclérose, nous avons nous-même fait connaître l'instrument que nous utilisions pour obtenir les vapeurs d'iode pour combattre diverses affections de l'oreille et du nez (1).

Nous préférons avoir recours au procédé suivant pour obtenir ces vapeurs que nous avons toujours employées froides. Nous avons fait construire il y a quelques années, par M. Clasen (de Bruxelles), une petite ampoule de verre analogue à celle d'Hartmann (2) et terminée à ses extrémités par deux embouts qui peuvent s'adapter l'un à la poire de Politzer et l'autre à la sonde. Dans cette ampoule, nous introduisons le coton renfermant quelques cristaux d'iode métallique.

Nous avons donc toujours à notre disposition des vapeurs d'iode. Cette ampoule est conservée dans un flacon bouché à l'émeri analogue à ceux dont on se sert en micrographie pour renfermer le baume du Canada ou la gomme de Damas.

Dans le travail de Delie, cité par M. Louge, sur les vapeurs d'iodoforme publié dans la *Revue de Laryngologie* de 1889, et non 1888 (p. 81), cet auteur dit que sa méthode est née de l'idée théorique de l'action résolutive des préparations iodées en général. Pour obtenir les vapeurs, il se sert d'un tube en verre effilé à l'une de ses extrémités, muni à l'autre extrémité d'un cylindre-bouchon auquel s'adapte un tuyau en caoutchouc. Ce tube renferme une faible quantité d'iodoforme; l'exposition du tube à une flamme quelconque fait naître les vapeurs et celles-ci se dégagent en chassant l'air à travers tout le système au moyen de la bouche ou du ballon de Politzer.

Dans le cours de la discussion, le docteur Delétanche émit l'opinion que les vapeurs produites par cet appareil sont des vapeurs d'iode dues à la décomposition de l'iodoforme par la chaleur. C'est aussi l'avis de Delie qui fit observer que ces vapeurs sont bien supportées tandis que les vapeurs produites par l'iode chauffé ne le sont presque jamais.

Au reste quand on utilise les vapeurs chaudes avec le ballon contenant des cristaux d'iode il suffit de tenir une flamme au-dessous de ce ballon pendant quelques secondes comme nous l'avons toujours fait ou vu faire avant nous.

J. BARATOUX.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 8 AU 13 JUILLET 1912

THÈSES

Mercredi 10 juillet, à une heure. — M. LANZONBERG. L'ammoniaque et l'urée, étude physio-pathologique d'un nouveau coefficient urinaire. (MM. Gautier, président; Roger, Desgrez et Nicloux.) — M. MICHEL. Le sourcil dans ses rapports avec le corps thyroïde. (MM. Roger, président; Gautier, Desgrez et Nicloux.) — M. BILBAULT. De la résistance globulaire dans les états morbides et chez les malades traités par le « 606 ». (MM. Roger, président; Gautier, Desgrez et Nicloux.) — M. PLACET. Recherches expérimentales sur la toxicité, l'élimination et la combustion dans l'organisme de l'alcool méthylique. (MM. Roger, président; Gautier, Desgrez et Nicloux.) — M. MAGNIEL. La forme auriculaire de la tachycardie paroxystique. (MM. Pinard, président; Segond, Couvelaire et Guéniot.) — M. MARCHAL. Contribution à l'étude de l'hypertrophie mammaire au cours de la gestation. (MM. Pinard, président; Segond, Couvelaire et Guéniot.) — M. RICHET. Considérations sur les fractures du sternum. (MM. Segond, président; Pinard, Couvelaire et Guéniot.) — M. MATIGNON. Des lipo-myxomes sous-péritonéaux pelviens. (MM. Segond, président; Pinard, Couvelaire et Guéniot.) — Mme PERL. Traitement du bec-de-lièvre unilatéral (procédé de M. Jalaguier). (MM. Kirmisson, président; Reclus, Nicolas et Campenon.) — M. FONTAINE. Les achillodynies par exostoses rétro-calcanéennes. (MM. Reclus, président; Kirmisson, Nicolas et Campenon.) — M. POUJOULA. Contribution à l'étude du traitement de l'hémarthrose du genou par la ponction et la marche immédiate. (MM. Reclus, président; Kirmisson, Nicolas et Campenon.) — Mlle NETCHAIFF. Les voies lymphatiques de l'anneau de Waldeyer. (MM. Nicolas, président; Kirmisson, Reclus et Campenon.) — M. DOMBROWSKI. Contribution à l'étude de la paralysie faciale zostérienne syndrome de l'inflammation herpétique du ganglion géniculé. (MM. Déjerine, président; Marfan, Sicard et André Jousset.) — M. COLLET. Les hémoptysies dans la granulie. (MM. Marfan, président; Déjerine, Sicard et André Jousset.) — M. GUÉNAUX. Valeur séméiologique des différents procédés d'exploration externe du tube digestif. (MM. Marfan, président; Déjerine, Sicard et André Jousset.) — M. GOULLIER. Contribution à l'étude de la tension artérielle chez les vieillards tuberculeux. (MM. Marfan, président; Déjerine, Sicard et André Jousset.)

Jeudi 11 juillet, à une heure. — M. BOUTRY. De l'évacuation spontanée de l'ascite par l'ombilic. (MM. Debove, président; Achard, Castaigne et Rathery.) — M. POUGET. A propos d'un cas de fièvre typhoïde chez une tabétique (maladies infectieuses et tabes). (MM. Achard, président; Debove, Castaigne et Rathery.) — M. LAPIQUE. A propos d'un cas de fistule gastro-intestinale tardive post-traumatique. (MM. Achard, président; Debove, Castaigne et Rathery.) — M. DEVEAU. Du rhumatisme post-traumatique et ses applications à l'expertise médico-légale. (MM. Achard, président; Debove, Castaigne et Rathery.) — Mlle SAMOYLOVA. De la pneumonie de la première enfance. (MM. Hutinel, président; Pozzi, Lenormant et Okinczyc.) — M. DANIEL. Contribution à l'étude de la valeur diagnostique et pronostique de la tuberculine chez le nourrisson. (MM. Hutinel, président; Pozzi, Lenormant et Okinczyc.) — M. JACQUARD. Contribution à l'étude des pneumonies prolongées chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Pozzi, Lenormant et Okinczyc.) — M. PINEAU. Des résultats éloignés de la stomatoplastie par évidement commissural du col de l'utérus (opération de M. le professeur S. Pozzi). (MM. Pozzi, président; Hutinel, Lenormant et Okinczyc.) — M. POIROT-DELPECH. De la résistivité électrique des eaux minérales. (MM. Chantemesse, président; Chauffard, Widal et Nicloux.) — M. FLOQUET. Homère médecin (MM. Chauffard, président; Chantemesse, Widal et Nicloux.) — M. MEULLE. Etude sur l'ulcère simple du duodénum. (MM. Chauffard, président; Chantemesse, Widal et Nicloux.) — M. CAILLET. Les filtres à sable non submergé. (MM. Widal, président; Chantemesse, Chauffard et Nicloux.) — M. CORNU. De l'agrandissement du diamètre bisischiatique dans les accouchements dystociques des détroits moyen et inférieur par la position de la taille complétée par l'extension des jambes. (MM. Bar, président; André Broca, Brindeau et Jeannin.) — M. LECLÈRE. L'hystérotomie vaginale antérieure en obstétrique, opération de Dührssen-Bumm. (MM. Bar, président; André Broca, Brindeau et Jeannin.) — Mlle RAPOPORT. Syndrome de Korsacoff au cours de la grossesse et de la puerpéralité. (MM. Bar, président; André Broca, Brindeau et Jeannin.) — M. COUDERC. Grossesse et cardiopathies congénitales. (MM. Bar, président; André Broca, Brindeau et Jeannin.) — M. GÉRAUD. Dystocie par atrésie cicatricielle du col

(1) *Pratique médicale*, 1890, n° 23, p. 275.

(2) Nous utilisions tout d'abord cet appareil en enroulant autour d'une cheville portée par un ajutage de l'ouate contenant quelques cristaux d'iode.

utérin. (MM. Bar, président; André Broca, Brindeau et Jeannin.) — M. LE BRETON. Epilepsie et menstruation, contribution à l'étude clinique des rapports entre les phénomènes cataméniaux et les crises convulsives. (MM. Gilbert Ballet, président; Pierre Marie, Claude et Roussy.) — M. VANHOUTTE. Etudes cliniques sur la mort rapide dans le cancer du foie. (MM. Pierre Marie, président; Gilbert Ballet, Claude et Roussy.)

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXVI, n° 11, 14 mars 1912.) R. H. FITZ : Discussion sur le service d'hôpital ininterrompu ou périodique pour les chefs. — Adelaïde NUTTING : L'éducation médicale élémentaire de la femme et la santé publique. — Ernest BOYEN-YOUNG et John T. WILLIAMS : Le traitement de l'infection puerpérale par le grand air. — J. DELLINGER-BARNEY : L'épididymite tuberculeuse ; résultats éloignés de 61 cas (2 graphiques). — William PEARCE-COUES : Les lésions osseuses accompagnant les ulcères chroniques de jambe. — Stephen RUSHMORE : Disparition d'une tumeur ovarienne après une môle vésiculaire. — (N° 12, 21 mars.) Abraham JACOBI : L'importance du rôle du médecin praticien. — Hans BARKAN et William PALMER-LUCAS : La péricardite aiguë suppurée chez l'enfant. — Mary Elisabeth MORSE : Les plaques du sang chez la femme normale, les malades obstétricales et les nouveau-nés (9 tableaux). — Horace PACKARD : L'alimentation déminéralisée et le cancer. — David COGGIN : Résorption tardive complète d'une cataracte traumatique après règlement avec une Compagnie d'assurance sur les accidents. — (N° 13, 28 mars.) A. E. AUSTIN : Les affections simulées par la cholélithiase chronique. — E. E. SOUTHARD : Note sur la distribution géographique de la démence dans les Massachusets de 1901 à 1910. — Oliver A. LOTHROP : L'emploi des sutures pour servir d'attelles après la résection sous-muqueuse de la cloison nasale (2 fig.). — Barbara T. RING : L'emploi d'infirmières pour exercer le traitement psychothérapique. — Frederic J. COTTON et Walther M. BOOTHBY : Nécessité d'une grande prudence dans l'emploi de l'anesthésie par insufflation intratrachéale; nécessité d'une valve de sûreté. — Harry W. GOODALL : Une méthode pour déceler la bile dans le contenu stomacal. — (N° 14, 4 avril.) Charles F. WITHINGTON : Le purpura viscéral et l'œdème angioneurotique. — Ch. Greene CUMSTON : Quelques brèves notes sur l'histoire du début de cystostomie suspubienne (1 fig.). — W. E. PAUL : La méthode d'étude psychologique de Frend appliquée aux enfants. — Clarence J. BLAKE, James J. PUTNAM et Nigles STANDISH : Articles en mémoire de Oliver Fairfield Wadsworth.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 14, 4 avril 1912.) — FEER : Le traitement de la diphtérie. — FRAENKEL : Sur la maladie de Hodgkin. — ROTHE : Etudes sur la tuberculose spontanée du lapin. — HESSE : Sur une action parallèle de l'hormonal. — BLUM : Sur l'intoxication saturnine. — MULZER : Sur le traitement précoce de la syphilis par le salvarsan. — PÖHLMANN : Emploi d'eau physiologique sodée pour le Wassermann. — HERZ : Prolapsus de l'anus et du rectum. — ENGEL : La scarification de l'utérus entre les mains du praticien. — HENIUS : Les rayons X dans le diagnostic et le traitement des affections gastro-intestinales. — ENGELKEN-DRAEGER : Appareil combiné d'injection et d'aspiration.

Journal de médecine de Paris. — (Nos 11 et 12, 16 et 23 mars 1912.) BRELET : Traitement de la diphtérie.

Montpellier médical. — (N° 9, 3 mars 1912.) G. RAUZIER : Tabes et hémiplégie. — (N° 10, 10 mars.) FORGUE : Diagnostic et traitement de l'appendicite chronique. — RAUZIER : Tabes et hémiplégie (*fin*). — (N° 11, 17 mars.) JOURDAN : A propos de deux cas d'opération de Talma. — (N° 12, 24 mars.) VIRES : Les orientations actuelles de la thérapeutique et l'analyse clinique montpelliéraine. — (N° 13, 31 mars.) Ch. FLEIG : Résumé de recherches sur la toxicité du salvarsan. Toxicité comparative des principales préparations acides, alcalines et neutres de dioxydiaminoarsenobenzol, injectables dans les veines; déductions pratiques. — VIRES : Les orientations actuelles de la thérapeutique et l'analyse clinique montpelliéraine (*suite*).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 14, 2 avril 1912.) CZERNY et CAAN : Sur le traitement des tumeurs malignes par le mésothérium et le thorium X. — FALTA et FREUND : Traitement des affections internes par les émanations de radium. — WEBER : La radiothérapie en gynécologie. — KELEN : Traitement de la métrite chronique par les rayons X. — HERING : Mort subite par fibrillation des cavités cardiaques. — GRÜTZNER : Deux appareils simples pour l'examen du sang. — GRŒDEL : Bains carbo-gazeux dans le block atrioventriculaire. — MOHR : Thrombose des veines du bras par mesures de la tension sanguine. — HAEBERLE : Sur le traitement de l'avortement infecté. — FRANK : Sur un cas de scopomorphinisme. — KOLB : Expériences avec la gurita. — KRÖNIG et GAUSS : Castration opératoire ou traitement radiothérapique des myomes. — AUTENRIETH et FUNK : Contribution à la méthode colorimétrique de dosage du glucose.

Progrès médical. — (N° 13, 30 mars 1912.) J. ANDRAIN : Essai sur une pathogénie commune aux lésions du corps thyroïde et des organes à fonction antitoxique. — H. VIOLET et J. MURARD : Kystes hydatiques multiples du péritoine.

Province médicale. — (N° 9, 2 mars 1912.) J. VIRES : Les orientations actuelles de la thérapeutique et l'analyse clinique montpelliéraine (leçon d'ouverture). — (N° 10, 9 mars.) A. CANGE : Les interventions orbitaires plastiques. — BECH : Deux cas de thyroïdite aiguë rhumatismale. — (N° 11, 16 mars.) RAUZIER : L'hématémèse des tabétiques. — DUCUING et JACOTOT : A propos des greffes libres. Où trouverons-nous des greffons? — (N° 12, 23 mars.) J. TEISSIER et F. ARLOING : La thérapeutique des maladies tuberculeuses au moyen des sérums spécifiques. — (N° 13, 30 mars.) Maurice PERRIN : Une pommade camphrée forte introduite dans les narines d'un jeune enfant peut avoir les mêmes inconvénients que le menthol. — R. CRUCHET : Diagnostic pratique de la déficience mentale et de ses principales variétés cliniques. — DOR et MOVIOUD : Les hématuries de la grossesse.

Semaine gynécologique. — (N° 10, 5 mars 1912.) P. REYNIER : Le rein mobile. — POTOCKI : Traitement du prolapsus utérin (*suite*). — (N° 11, 12 mars.) REYNIER : Le rein mobile (*fin*). — PICHEVIN : Traitement non opératoire du cancer. — (N° 12, 19 mars.) R. PICHEVIN : Ponction vaginale pour kyste ovarique pendant l'accouchement; — Badigeonnage à la teinture d'iode. — (N° 13, 26 mars.) PICHEVIN : Curettage explorateur de l'utérus et hystérectomie.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 5, 15 mars 1912.) COLLEVILLE : Sur un cas de gastropathie syphilitique. — TÉCHOUEYRES : Les conditions organiques de la mémoire. — (N° 6, 30 mars.) TÉCHOUEYRES : Les conditions organiques de la mémoire (*suite*).

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 14, 4 avril 1912.) FUCHS : Tabes et œil. — NEUGEBAUER : Sur la pathogénie de l'ictère catarrhal. — PUPOVAC : Emploi de fragments du fascia lata dans la mobilisation des articulations ankylosées. — WINIWARTER : Extirpation des carcinomes de l'œsophage au cou. — ZADRO : Sur la question de l'héliothérapie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.
La première série étant close, les demandes pour la deuxième série doivent nous parvenir avant le 15 juillet.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 1er juillet. — MM. Mercadé, 17 ; Heitz-Boyer, 20 ; Capette, 17 ; Kendirdjy, 16.

— Concours de l'externat. — L'ouverture du concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 1er mars 1913 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le lundi 16 septembre 1912, à quatre heures précises, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, 49.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du jeudi 1er août au samedi 31 août 1912 inclusivement.

Avis spécial. — Par exception, les candidats qui doivent être appelés sous les drapeaux à la fin de l'année sont appelés à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

Par exception également, et pour le concours de l'année 1912 seulement, les élèves de première année qui n'auront pu, en raison de la fermeture de la Faculté pendant les mois de janvier et février 1912, prendre leur quatrième inscription avant la fin de l'année scolaire, seront admis, bien que ne possédant que trois inscriptions seulement, à se faire inscrire conditionnellement au concours de l'externat dans les limites ordinaires sous la réserve toutefois qu'ils produiront, outre les quatre pièces mentionnées ci-dessus, un certificat délivré par le doyen de la Faculté de médecine attestant qu'ils seront en situation de prendre leur quatrième inscription dans la première semaine d'octobre.

L'inscription de ces candidats au concours de l'externat ne sera définitive que s'ils justifient, avant le 10 octobre 1912, de la prise de leur quatrième inscription de médecine.

Les candidats dont il s'agit ne seront appelés à subir les épreuves réglementaires que dans les dernières séances du concours.

HOPITAL CIVIL FRANÇAIS DE TUNIS. — Deux places d'internes sont vacantes à l'hôpital civil français de Tunis, une troisième le sera en novembre prochain.

Seize inscriptions sont exigées.

GUERRE. — Service de santé. — Par décret en date du 29 juin 1912, ont été nommés dans le cadre auxiliaire du service de santé :

Au grade de médecin principal de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins principaux de première classe de l'armée active retraités Lambert et de Casabianca.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Prat, Coindreau et Deumié.

LA DÉCLARATION DE LA TUBERCULOSE. — Le groupe de défense contre la tuberculose, au cours de sa dernière réunion, a entendu une très intéressante déposition de M. le docteur Landouzy, membre de l'Académie de médecine, qui s'est prononcé pour la déclaration obligatoire de la tuberculose.

RENSEIGNEMENTS

TROIS OBSERVATIONS

DE

BRULURE DE L'ESTOMAC

PAR L'INGESTION DES ACIDES

Par M. XAVIER DELORE [1],
Chirurgien des hôpitaux de Lyon.

Après l'ingestion des acides éminemment corrosifs, on observe d'ordinaire des lésions simultanées de l'œsophage et de l'estomac et l'intégrité complète de l'intestin. Cette notion ressort de tous les récents travaux, en particulier des publications de MM. Duval et Pascalis et de la thèse de Bruel.

Toutefois, on ne saurait nier l'absence des désordres gastriques après une ingestion d'acide; mais il nous faut ajouter qu'en pareil cas le liquide corrosif, arrêté par un spasme des premières voies digestives, n'a pas pénétré dans l'estomac.

En dehors de ces cas, l'intégrité de l'estomac ne saurait guère être admise. Avec la radioscopie, on arrive aujourd'hui à découvrir la constance des altérations gastriques voilées bien souvent par les troubles œsophagiens.

Par contre, il s'en faut que la brûlure de l'œsophage soit toujours réalisée.

Dès 1902, MM. Quénu et Petit (*Revue de chirurgie*), sur 59 autopsies de sujets ayant succombé à l'ingestion de caustiques, notent 20 fois l'intégrité de l'œsophage tandis qu'ils constatent toujours de profondes lésions de l'estomac. Hartmann a fait la même remarque sur deux malades.

Personnellement nous avons observé, sur trois cas, deux malades qui présentaient de graves désordres gastriques alors que l'œsophage pouvait être considéré comme sain ou à peu près.

Voici ces trois observations :

OBSERVATION I. (DELORE et LERICHE. Société nationale de médecine de Lyon, séance du 29 janvier 1906. *Lyon médical* p. 322.) — *Absorption d'acide chlorhydrique. Sphacèle des parois gastriques.* — Femme de cinquante-deux ans avale un demi-verre d'acide chlorhydrique. Immédiatement brûlure intense de la gorge. Le liquide fut cependant avalé et la malade *sans avoir vomi* fut amenée à l'Hôtel-Dieu incapable de déglutir même sa salive. Reçue dans un service de médecine (docteur Pic), on essaya vainement de faire un cathétérisme aux fins d'un lavage d'estomac. L'alimentation étant par ailleurs impossible elle fut envoyée, trente-six heures après l'accident, dans le service du professeur Poncet pour être gastrotomisée.

A ce moment état dyspnéique, langue sèche et rôtie, bouche tapissée de fausses membranes et de phlyctènes : bref, état très précaire.

A quatre heures du soir intervention d'urgence. En prévision de brûlures possibles de l'estomac on songe à fistuliser le pylore.

Laparotomie médiane (Delore). — L'antre pylorique est attiré au dehors. L'estomac très violacé présentait près du vestibule une plaque noirâtre, véritable escarre d'une surface supérieure à celle d'une pièce de cinq francs. L'antre fut fixé à la peau par quatre points au catgut et ponctionné au bistouri juste au contact du sphincter pylorique. Une sonde fut passée dans le duodénum, l'opération n'avait pas duré cinq minutes. Injection immédiate de lait dans l'intestin.

La malade mourait le même soir à onze heures.

Autopsie. — Phlyctènes au niveau de la bouche et du pharynx. Tout le long de l'œsophage, au contraire, existaient sur la paroi postérieure deux longues traînées noires, continues, linéaires, rugueuses au toucher et légèrement en saillie. Il semblait que l'on eût finement cautérisé au Paquelin deux plis saillants du conduit qui s'était ensuite étalé avec comme reliquat deux raies de feu.

Au niveau du cardia la muqueuse est légèrement ulcérée sans trace de brûlure.

L'estomac, au contraire, paraît entièrement brûlé. Extérieurement il est violacé du cardia au pylore, presque noir, avec dans la région de l'antre une plaque verdâtre. Toute la paroi postérieure de l'arrière-cavité des épiploons est très congestionnée. Il s'agit d'une congestion régionale et non d'une réaction congestive en masse des viscères, car cette zone inflammatoire ne s'étend ni sur le duodénum, ni sur le côlon. Sur le pancréas elle disparaît au niveau de la tête tandis qu'elle est très intense sur le corps et la queue. Il semblerait qu'il s'agisse d'une congestion obtenue par rayonnement.

L'estomac ouvert est vide, les parois en sont noires comme carbonisées. Tous les plis normaux de la muqueuse sont très prononcés, fixés en quelque sorte dans leur forme, ainsi qu'il en est d'une pièce durcie dans le Muller. Au doigt, les saillies sont dures.

Cette carbonisation massive de l'estomac s'arrête net au pylore. Le duodénum est absolument intact.

OBS. II. — *Absorption d'acide sulfurique. Cicatrice juxtapylorique de l'estomac. Dilatation considérable de l'organe.* — Homme de quarante-sept ans qui me fut adressé par MM. Bonnamour et Mouriquand. Il avait avalé par mégarde, le 25 juin 1906, un demi-verre d'acide sulfurique, croyant qu'il s'agissait de limonade. Aussitôt après cette ingestion, il ressentit une vive douleur à la gorge, tout le long de l'œsophage ainsi qu'à l'épigastre. Il but immédiatement deux verres de limonade.

Un quart d'heure après survinrent des vomissements avec rejet d'un liquide noirâtre comme du café. Au bout d'une heure, le malade absorbe de l'eau de Vichy, puis du lait et entre à l'hôpital. Les jours suivants on note encore quelques vomissements, puis l'apparition d'ulcérations pharyngées. L'état s'améliore assez cependant pour que cet homme puisse sortir de l'hôpital le 2 juillet. Mais ce n'était qu'un répit. Au bout de quinze jours on note des signes d'intolérance gastrique, les vomissements reviennent plus fréquents; malgré un régime lacté absolu. Le malade perd ses forces, maigrit de plus de 10 kilos et se décide à revenir à l'hôpital.

Le 10 août 1906, on constate que l'estomac très distendu se dessine avec la plus grande netteté sous la paroi abdominale. Il y a du clapotage. La grande courbure descend à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. On voit de violentes contractions péristaltiques de l'estomac. Les vomissements se répètent au moins une fois par jour et l'on y constate à plusieurs reprises des aliments ingérés la veille ou l'avant-veille. Constipation opiniâtre. Bref existent au grand complet les signes d'une sténose pylorique accusée avec dilatation gastrique.

C'est alors que je suis appelé à voir le malade et que l'intervention est décidée.

Le 16 août 1906, je pratique une très large gastro-entérostomie postérieure transmésocolique à la suture à deux plans. L'estomac est très dilaté, avec des tuniques épaissies et œdématiées, telles qu'on les rencontre dans les anciennes sténoses pyloriques serrées. Il n'y a pas d'adhérences gastriques, sauf

[1] Ce travail a été l'objet d'un rapport de M. le professeur Poncet à la Société de chirurgie.

au niveau de l'antre pylorique où l'on trouve le maximum de lésions. La grande courbure présente, en effet, à 4 ou 5 centimètres du pylore des sortes de sillons ou dents de scie, au nombre de 3 ou 4 dénotant une rétraction cicatricielle de toutes les tuniques du réservoir. Enfin, à la palpation le pylore semble induré. La cicatrice reste donc limitée au pylore et à une partie de son antre; le reste de l'estomac n'offre aucune altération cicatricielle. La section, faite pour établir l'anastomose, démontre l'intégrité des différentes couches.

Les suites de l'intervention furent des plus heureuses. L'opéré avait au bout de cinq semaines engraissé de 10 kilos. Il a été revu par M. le professeur Pic, en octobre 1907, et n'accusait à cette date aucun trouble digestif.

Le résultat était prévu parce que les lésions étaient limitées au niveau de l'antre pylorique et s'étaient bornées à produire une sténose mécanique avec dilatation gastrique.

Obs. III. — *Absorption d'acide azotique. Gastrite cicatricielle diffuse avec rétraction de l'estomac.* — S. Anna, vingt-quatre ans, a absorbé le 29 novembre 1911 vers midi un demi-verre d'acide azotique.

Immédiatement après l'ingestion sensation de brûlure atroce le long de l'œsophage et au niveau du creux épigastrique. Dix minutes environ après l'ingestion un vomissement qui provoque une sensation très douloureuse de brûlure au niveau de la bouche.

Vingt minutes à peu près après l'accident, de l'ipéca fut donné par un pharmacien, qui provoqua d'abondants vomissements.

Vers midi et demi vomissement de sang.

A l'entrée, malade en très mauvais état : pâle, pouls petit et incomptable. On fait absorber 40 grammes de magnésie calcinée dissoute dans un litre d'eau. Cette solution ne peut d'ailleurs être avalée qu'à petites gorgées; souvent même un spasme de l'œsophage amène une régurgitation immédiate. En raison de la faiblesse extrême de la malade et de l'hématémèse qui se manifeste de temps en temps, on n'ose tenter un lavage de l'estomac.

La malade est quelque peu remontée par les moyens d'usage ordinairement employés en pareil cas (docteur Froment).

Dans les jours suivants, état général assez précaire. Malgré la diète rigoureuse les vomissements persistent. Ils sont jaunes, mêlés de sang liquide et de caillots.

La malade reçoit des injections de sérum, des lavements alimentaires. Une potion bismuthée est en outre donnée par la bouche.

Les vomissements qui avaient d'abord persisté diminuent de fréquence et cessent d'être sanglants.

La malade se sentant améliorée on essaie de l'alimenter, mais toute ingestion est suivie de vomissements abondants.

A ce moment (20 décembre) la malade pèse 50 kilos.

L'alimentation par la bouche est complètement supprimée exception faite pour la potion bismuthée.

Ce mode de faire supprime les douleurs, mais la malade a encore maigri de 2 kilos.

On essaie à nouveau de reprendre l'alimentation par la bouche; mais le lait lui-même est continuellement rejeté, souvent d'ailleurs longtemps après l'ingestion.

Je suis alors consulté et conseille une opération destinée à permettre l'alimentation. Il s'agit d'une lésion diffuse de l'estomac qui est devenu intolérant. A côté d'une gastrite cicatricielle, existe probablement de la sténose.

15 janvier 1912. — Opération : Delore; aide : Arnaud. Une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique à la suture est pratiquée au milieu de grandes difficultés et l'orifice d'anastomose n'a que des dimensions restreintes.

L'estomac est, en effet, ratatiné à tel point qu'on ne peut l'attirer au dehors. Les lésions maxima siègent sur l'antre pylorique adhérent à la paroi postérieure de l'arrière-cavité des épiploons et c'est la grande courbure qui porte les traces les plus manifestes de la brûlure; elle offre des sillons ou mieux des festons recouverts de varicosités. Mais ce ne sont pas les seuls désordres et l'estomac est atteint, bien au-dessus de l'antre pylorique, par une gastrite cicatricielle. La musculeuse est blanchâtre, cicatricielle et cartonnée, la muqueuse est boursouflée, rouge, plus friable qu'à l'état normal; la séreuse est aussi enflammée et toutes les tuniques se séparent mal.

De ces lésions, les unes entraînaient une sténose curable par la gastro-entérostomie. Les autres, plus diffuses, seraient-elles améliorées par l'opération?

La chose pouvait être discutée. Or l'étude des suites opératoires permet de répondre à cette question; l'opérée a continué à vomir pendant une dizaine de jours, puis ces vomissements se sont espacés; l'alimentation a été reprise d'abord avec des bouillons de légumes, puis avec du lait. L'état est actuellement satisfaisant, mais on a constaté dans ces derniers jours l'existence d'un rétrécissement œsophagien du reste franchissable.

En somme, le résultat, bien que satisfaisant, fut loin d'être comparable à celui obtenu chez le malade de l'observation II, qui présentait des lésions limitées sans gastrite diffuse. On peut se demander si la mise au repos absolu de l'estomac par la jéjunostomie n'aurait pas été préférable à la gastro-entérostomie.

7 mai 1912. — La malade suivie par mon collègue, M. Froment, avec beaucoup de soins, peut manger toutes sortes d'aliments. La sténose de l'œsophage admet une bougie n° 28. A la radioscopie, l'estomac fonctionne bien et la bouillie bismuthée passe par le pylore et la bouche de la gastro-entérostomie (Barjon).

Sans vouloir insister ici sur l'intégrité de l'œsophage, nous croyons que ces trois observations offrent, au point de vue des lésions gastriques, des types anatomiques et cliniques distincts dont la connaissance doit guider la thérapeutique.

I. Un premier point mérite d'être mis en lumière, c'est le siège maximum des lésions. Celles-ci sont plus accentuées sur la grande courbure et dans la région juxta-pylorique qui constitue le point déclive où s'accumule et s'arrête le liquide corrosif. De ce centre les lésions rayonnent à distance sur les faces et vers la grosse tubérosité. Si le pylore est d'ordinaire atteint la petite courbure au contraire est peu touchée, contrairement à l'opinion générale admise.

En profondeur les dégâts sont variables. Tantôt les parois de l'estomac sont véritablement brûlées; à l'ouverture de l'abdomen on trouvera alors (obs. I) une plaque de sphacèle verdâtre caractéristique occupant l'antre pylorique, une véritable escarre en voie d'élimination. La muqueuse est carbonisée à un degré plus accentué que les autres tuniques, elle se détache par lambeaux.

D'autres fois, la brûlure produit des lésions plus discrètes qui n'aboutissent pas à l'escarre, mais à une cicatrice plus ou moins étendue. Cette diffusion de la brûlure donne à l'estomac un aspect variable; d'une façon générale, on peut décrire deux types extrêmes réunis entre eux par des formes intermédiaires.

Dans le premier cas l'organe est petit, rétracté, atteignant à peine le calibre d'un gros intestin. A la palpation les parois sont épaissies, de consistance cartonnée. Si le maximum des lésions occupe l'antre

pylorique il n'en est pas moins évident que le reste de l'organe a été frappé : c'est la gastrite cicatricielle diffuse. Dans notre troisième observation, qui réalisait bien ce type de l'estomac rétracté, on voyait sur la grande courbure, à quelques centimètres du pylore, de véritables festons indices d'une rétraction cicatricielle de toutes les tuniques. Puis en remontant vers le grand cul-de-sac l'estomac était rétracté; à la coupe on retrouvait la muqueuse enflammée friable, la musculeuse était blanchâtre, d'aspect cicatriciel. Ces faits ont été notés déjà par les auteurs, tels que Pilliet, Lancereaux, Gehle, et surtout par MM. Quénu et Hartmann. A notre avis ce type anatomique mérite bien son nom parce qu'il est justiciable d'une thérapeutique spéciale.

D'autres fois, au contraire, l'estomac est fortement dilaté tel qu'on le trouve en cas de sténose pylorique. Il existe en effet une plaque cicatricielle juxta-pylorique des dimensions d'une pièce de 2 ou de 5 francs qui de part et d'autre de la grande courbure s'étend sur les faces de l'organe et se prolonge du côté du pylore qu'elle obture d'ordinaire complètement. La portion de la grande courbure qui correspond à la cicatrice a un aspect dentelé caractéristique. Les lésions constatées dans l'observation II représentent ce type de la sténose cicatricielle avec grand estomac qui est le plus fréquemment réalisé après l'ingestion des acides.

En résumé, on peut constater trois catégories principales dans les lésions gastriques : 1° des désordres profonds à évolution aiguë ou suraiguë avec nécrose des parois gastriques pouvant aboutir à la perforation de l'organe; 2° des lésions plus superficielles, susceptibles de réparation ou aboutissant à une cicatrice. Suivant l'étendue de cette cicatrice on observera deux variétés :

A. Un estomac rétracté dans une grande partie de son étendue;

B. Un estomac dilaté provoqué par une cicatrice juxta-pylorique.

II. Cliniquement, les signes du début sont toujours alarmants, quelle que soit l'évolution ultérieure. En proie à d'horribles douleurs le sujet a la face pâle, un pouls rapide, une respiration haletante, il peut succomber dans le collapsus, quelques heures après l'accident. Mais la plupart du temps l'issue n'est pas aussi rapide. Des vomissements apparaissent teintés de sang, peu abondants, mais inquiétant par leur répétition. Deux de nos malades en ont présenté. Lorsque les lésions sont profondes et ont une tendance à l'escarrification, on note, plus tard, de la contracture de la paroi et du météorisme, signes de la plus haute importance, dont il faut savoir reconnaître la valeur au milieu des autres symptômes réflexes de signification douteuse pour le pronostic. Associés avec le pouls rapide, la température, ils indiquent la gangrène de l'estomac et l'imminence de la péritonite. Dans notre première observation, ils nous ont permis de poser un diagnostic assez précis des lésions.

Tous les cas ne sont pas aussi graves comme on le sait; on assiste alors à l'apaisement progressif des symptômes généraux, à l'atténuation des vomissements, voire même d'une guérison exceptionnelle. D'ordinaire les vomissements persistent et avec eux d'autres signes du côté de l'estomac ou de l'œsophage. Laissant de côté les désordres œsophagiens nous observons tardivement deux types cliniques correspondant aux deux types anatomiques déjà cités.

Lorsque l'on est en présence d'un estomac rétracté, atteint de gastrite cicatricielle diffuse comme dans l'observation III, les vomissements reparaissent dès la reprise, même timide, de l'alimentation. Quels que soient les aliments ingérés, ils sont rejetés presque aussitôt après leur ingestion, et n'était la quantité de liquide dégluti et rendu on pourrait croire à des vomissements œsophagiens. L'estomac enflammé réagit au moindre contact alimentaire, il est devenu absolument intolérant. C'est en vain qu'on cherche alors le clapotage ou tout autre signe de rétention. Par contre, le malade accuse à l'épigastre une sensation douloureuse qui est réveillée par la pression. Il y a de la contracture légère de la paroi comme dans toute gastrite avec périgastrite.

Tous les signes classiques de la sténose pylorique se retrouvent au contraire chez le malade dont l'estomac est dilaté. Atteint de lésions plus superficielles et limitées vers l'antre du pylore, il s'est en général remis des premiers accidents; il se croit guéri et reprend l'alimentation, mais plus ou moins tôt, au bout de trois semaines dans l'observation II, les vomissements reparaissent avec le caractère des vomissements de rétention. Il y a du clapotage, de la tension intermittente de l'épigastre, et l'on voit à un moment donné l'estomac se dessiner sous la paroi avec ses ondes péristaltiques. Le viscère n'est pas intolérant, il lutte contre l'obstacle et se dilate peu à peu parce que la plus grande partie de ses parois est restée souple. Les signes de sténose apparaissent de préférence dans les semaines qui suivent l'ingestion de l'acide. Néanmoins ils peuvent ne se développer que tardivement, à une date très éloignée, tel le cas de MM. Quénu et Petit dans lequel les troubles gastriques ne surviennent qu'au bout de huit ans.

III. Les différentes lésions gastriques avec leur évolution variable comportent un pronostic différent suivant le cas; d'une façon générale toute ingestion d'acide entraîne un pronostic réservé.

Celui-ci sera de gravité exceptionnelle lorsque la nécrose des parois gastriques se produit; la mort en est la fatale conséquence si l'on n'y remédie par une intervention précoce, encore cette dernière est-elle souvent inefficace (obs. I).

Lorsqu'il n'y a pas de danger immédiat, le pronostic diffère selon l'étendue de la cicatrice. S'agit-il d'un estomac rétracté par la gastrite cicatricielle diffuse, le pronostic sera réservé parce que la thérapeutique est moins efficace (obs. III), quelquefois vouée à un échec. On a même signalé, en pareil cas, le sphacèle secondaire de l'estomac provoqué par un écart de régime.

Il en va tout autrement avec le type d'estomac dilaté. Ici le pronostic est favorable puisque avec une opération simple on obtient toujours des résultats excellents (obs. II).

IV. Ces considérations font prévoir combien la thérapeutique devra varier suivant les symptômes et les lésions gastriques.

Un sujet vient d'avaler un demi-verre d'acide sulfurique par exemple. N'y aurait-il pas lieu d'intervenir immédiatement? A lire les statistiques on serait porté à répondre par l'affirmative : Kœllner note 7 décès rapides sur 11 cas; Goehle, 13 sur 25; MM. Quénu et Petit, 29 sur 59. Mais la question ne saurait être tranchée aussi simplement. Avant tout l'on doit se demander si le chirurgien est capable par une intervention immédiate de sauver le malade. Or, celui-ci se trouve, aussitôt après l'accident, dans un état de shock prononcé et incapable de supporter une intervention sérieuse. Et puis quelle intervention appliquerait-on puisque à une date aussi rapprochée de l'accident il ne saurait exister que des lésions potentielles dont le degré et l'évolution ne peuvent être fixés? Une exclusion du pylore, une jéjunostomie risqueraient d'être insuffisantes, quant à la gastrectomie elle serait bien grave et peut-être superflue. L'indication d'une opération immédiate nous semble donc exceptionnelle.

Il n'en est plus de même pendant les jours suivants. Le sphacèle gastrique avec la perforation imminente indique une intervention rapide. Le succès récent de Cunéo doit être connu et sa conduite mérite d'être imitée. A notre avis, la laparotomie sus-ombilicale sera pratiquée toutes les fois que l'état général du malade le permettra, lorsqu'on observera, avec un pouls rapide à 140 et une température élevée, de la contracture de la paroi et des vomissements sanglants, dès que vingt-quatre heures se sont écoulées depuis l'accident. En présence d'une perforation, on pratiquerait la suture. S'il y a une large plaque de sphacèle, la gastrectomie reste une suprême ressource, trop souvent contre-indiquée par l'état général. Il faut alors se rabattre sur une méthode mettant l'estomac au repos, pylorostomie, duodénostomie ou jéjunostomie, sans trop s'illusionner sur le résultat.

Par contre, n'y a-t-il pas de plaques de sphacèle, la nécrose totale paraît-elle évitable, ces trois dernières méthodes sont formellement indiquées. La meilleure est la jéjunostomie par le procédé de Witzel. Elle permet l'alimentation, tout en assurant le repos absolu de l'estomac dont les lésions sont ainsi placées dans de bonnes conditions de cicatrisation. Ainsi compris ce traitement précoce des brûlures de l'estomac peut procurer quelques succès; il est cependant d'application délicate et rare encore aujourd'hui.

Le plus souvent le chirurgien n'est appelé à intervenir que tardivement chez des malades qui présentent soit une intolérance gastrique absolue, soit des accidents de sténose pylorique correspondant à un estomac rétracté ou à un estomac dilaté.

L'estomac est-il petit, rétracté, l'établissement d'une gastro-entérostomie est discutable. Tout d'abord, en raison de la rétraction de l'organe, de sa perte de souplesse absolue, la création d'une anastomose est difficile, pleine de dangers; les sutures déchirent ces tuniques épaissies, cartonnées.

En outre, cette gastro-entérostomie pratiquée péniblement constitue une intervention insuffisante; suivant la remarque d'Hartmann, l'estomac rétracté ne joue plus son rôle de conduit entre l'œsophage et le jéjunum. Après l'anastomose, les opérés continuent à vomir, l'amaigrissement s'accuse à tel point que l'on doit recourir secondairement à une jéjunostomie. Quelquefois cependant, après une période d'inefficacité, la gastro-entérostomie se décide à fonctionner et le malade guérit. Il en fut ainsi chez la malade de l'observation III qui dut être soumise au régime des bouillons de légumes après l'anastomose; au bout d'un mois les vomissements disparurent et l'opérée est actuellement guérie avec une bouche gastro-jéjunale perméable, comme l'a démontré la radioscopie.

En raison précisément de l'inconstance des résultats de la gastro-entérostomie lorsque l'estomac est par trop rétracté, on aura souvent avantage à lui préférer son exclusion; ici encore c'est à la jéjunostomie que l'on devra recourir.

Après cette opération, on pourra, il est vrai, observer une nécrose tardive de l'estomac que préviendrait seule une gastrectomie; cependant c'est là un accident bien rare. Le plus souvent la jéjunostomie donnera de bons résultats. L'état du malade s'améliore rapidement en même temps que les lésions gastriques se réparent, et l'on peut bientôt songer à pratiquer une gastro-entérostomie, car la jéjunostomie n'est que temporaire. On sera alors étonné de constater combien la mise au repos de l'organe a pu modifier ses lésions : la rétraction est moindre, l'inflammation a disparu, les tuniques ont recouvré leur souplesse ainsi qu'il ressort d'un cas récent de Tavernier. La gastro-entérostomie aura alors un rôle efficace; il est même possible qu'on ne soit pas obligé de la pratiquer.

On le voit, en présence d'un estomac rétracté, le traitement est assez difficile à appliquer. La conduite est singulièrement plus simple lorsqu'il s'agit d'une cicatrice juxta-pylorique limitée avec dilatation de l'estomac. Il suffit d'assurer ici la circulation des aliments arrêtés par l'occlusion du pylore. De toutes les interventions proposées, il ne reste que la gastro-entérostomie de technique relativement facile. Faite transmésocolique, postérieure à la suture au catgut, très large, elle fournira de brillants résultats, tel fut le cas de l'observation II.

Telles sont les considérations que nous avons cru intéressant d'exposer à propos de ces trois malades qui représentaient bien trois types différents au point de vue des lésions gastriques. Il y aurait bien d'autres points à mettre en relief, notamment au sujet des cicatrices œsophagiennes, mais l'étude de celles-ci nous aurait entraîné, croyons-nous, à de trop longues discussions, et nous avons préféré limiter notre sujet.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE DES OUVRAGES CONSULTÉS

HARTMANN. Note à propos d'un cas de duodénostomie, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris 1901, p. 1156; — *Congrès français de chir.*, 1896, p. 424.

QUÉNU et PETIT. *Revue de chir.*, 1902, t. XXV.

DUVAL et PASCALIS. Art. des MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF, 1910, p. 113.

BRUEL. Th. de Paris, 1910-1911.

TAVERNIER et PATEL. Soc. des sc. méd. de Lyon, *Lyon méd.*, 28 avril et 5 mai 1912.

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DE LA LUXATION CONGÉNITALE DE LA HANCHE CHEZ LES SUJETS AGÉS

Notre distingué confrère le docteur J. Gourdon, directeur du service de massage et de gymnastique orthopédique de l'hôpital des enfants, à Bordeaux, vient de consacrer une étude (1) à la question si importante du traitement de la luxation congénitale de la hanche chez les sujets âgés.

L'auteur commence par établir que la limite d'âge maxima de la période favorable à la réduction non sanglante de la luxation congénitale de la hanche ne peut être déterminée rigoureusement, mais que, à mesure que les luxés avancent en âge, les indications de la méthode de Lorenz sont moins générales, puis il divise son sujet en deux parties : 1° traitement par la réduction non sanglante, des luxés ayant dépassé l'âge admis par tous comme le plus favorable à l'application de ce traitement, c'est-à-dire cinq ans; 2° traitement des luxés plus âgés chez lesquels la réduction non sanglante ne peut être tentée.

Pour M. Gourdon la réduction non sanglante doit être faite jusqu'à quatorze ans pour les luxés unilatéraux, jusqu'à onze ans pour les luxés bilatéraux qui se trouvent dans les conditions les plus favorables et répondent à un type clinique soigneusement décrit par l'auteur. Pour les malades ne répondant pas à ce type clinique, la limite d'âge sera plus ou moins abaissée suivant que l'examen décèlera la présence de contre-indications plus ou moins importantes dans l'état anatomique de la hanche et le développement physique du malade.

Ce traitement, appliqué après cinq ans, réclame beaucoup de prudence et beaucoup de patience. Dans les cas favorables, on a des résultats excellents au point de vue fonctionnel, à peu près parfaits au point de vue esthétique; mais, même dans ces cas, on ne peut obtenir de résultats sérieux que si le traitement est prolongé aussi longtemps qu'il est nécessaire.

Les effets les plus généraux et les plus saisissants s'adressent à la fonction des membres qui s'améliore même dans les cas où l'intervention n'a pu être complète. Il faut bien savoir en effet que l'état du boiteux non traité va s'aggravant de plus en plus, tandis que celui du boiteux opéré tend à s'améliorer toujours davantage.

Quant aux boiteux âgés, si nous ne possédons pas encore de méthode curative contre leur infirmité, du moins peut-on leur procurer sans danger une amélioration importante en soulageant leurs douleurs et en facilitant leur marche. On peut recourir pour cela à l'ostéotomie sous-trochantérienne oblique, de Kirmisson, ou à la méthode de Paci. C'est cette dernière que M. Gourdon a utilisée dans onze cas chez des boiteux ayant de vingt-deux à quarante-cinq ans, mais en modifiant un peu la technique, et surtout en préparant les malades à l'intervention et en instituant un traitement postopératoire assez prolongé. Presque tous les luxés âgés, surtout les bilatéraux, présentent en effet un développement physique exagéré dû à l'inaction, et cet embonpoint excessif surcharge leurs hanches et accentue l'impotence fonctionnelle des membres inférieurs, laquelle augmente proportionnellement au poids du sujet. Il est donc logique, avant de chercher au fémur un point d'appui qui pour être amélioré sera cependant toujours incomplet, de provoquer la diminution de la surcharge graisseuse. La cure d'amaigrissement sera en conséquence instituée pendant trois mois, grâce au régime alimentaire, aux massages prolongés sous l'eau, préférables aux douches, aux exercices progressivement plus longs et plus étendus de toutes les articulations. Puis, durant huit jours avant l'intervention, les membres inférieurs sont soumis à une traction caoutchoutée permanente supprimant toute contracture musculaire.

« Les manœuvres de transposition, dit M. Gourdon, doivent toujours être précédées de la ténotomie des adducteurs, du couturier et du tenseur du fascia. Après l'âge de vingt ans, le myorrhexis ne paraît pas fournir d'élongation suffisante de ces muscles. De même ne peut-on, après cet âge, obtenir d'abaissement appréciable du fémur sans traction mécanique; ces tractions seront faites avec prudence et avec le contrôle du dynamomètre, mais il faut savoir qu'en raison de la résistance des tissus des luxés âgés, la traction mécanique est moins dangereuse chez eux que chez l'enfant. »

M. Gourdon expose en détails la technique de la traction, qui ne doit pas dépasser 60 kilogrammes sur chaque membre, sous peine de déterminer de la paralysie sciatique par élongation.

Immédiatement après l'ablation de l'appareil de traction, on appliquera un corset amovible provisoire pour assurer la fixation de l'extrémité fémorale replacée et on instituera le traitement postopératoire destiné à fortifier les muscles pelvitrochantériens, à maintenir un certain degré d'abduction des cuisses et à assurer l'attitude normale du tronc; les exercices de rééducation de la marche trouvent là une heureuse application.

Enfin, quand on constatera des modifications suffisantes dans la forme et la solidité des hanches, dans la position des membres inférieurs et dans la correction des déviations vertébrales, on prendra un moulage du tronc sur lequel on construira un corset en celluloïde qui devra emboîter le bassin et en recouvrir particulièrement les régions postérieure et latérale.

Dans les onze cas où M. Gourdon a employé la méthode que nous venons de résumer sommairement, il en a retiré d'excellents résultats; dans tous les cas les douleurs inhérentes à la dislocation articulaire ont disparu, et au point de vue fonctionnel la marche a été possible et même facile chez dix malades; chez le onzième il existait d'ailleurs, outre une luxation bilatérale, un degré accentué de paraplégie spasmodique.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Brochure de 48 pages. — Bordeaux, imprimerie centrale G. Delmas.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 24 JUIN 1912)

Sur la résorption de glycose dans les tubuli contorti. — MM. R. LÉPINE et BOULUD ont voulu déterminer la proportion de glycose excrété par le rein intoxiqué et le rein simplement comprimé consécutivement à l'injection intraveineuse de quelques grammes de cette substance.

De toutes leurs expériences il se dégage deux faits : que le rein intoxiqué excrète, par *rapport à l'urée*, une proportion de sucre plus élevée; que par rapport au sucre du côté simplement comprimé, celui du côté opposé se présente tantôt en quantités centésimales et absolues diminuées, tantôt en quantité centésimale diminuée, mais absolue, augmentée (à cause du volume plus considérable de l'urine); tantôt en quantités non seulement absolues, mais centésimales augmentées.

Un procédé pratique de désinfection chirurgicale des mains par la teinture d'iode. — M. TAPHANEL, maître de conférences d'hygiène à l'École nationale de Grignon. L'usage de la teinture d'iode est aujourd'hui si répandu pour la désinfection du champ opératoire sur le malade, et ses avantages sont reconnus de façon si universelle qu'il semble nécessaire

d'étendre ce procédé à la désinfection des mains du chirurgien.

Les méthodes mécaniques les plus couramment employées nécessitent une perte de temps qui n'est pas négligeable, même en excluant les cas où l'urgence est réclamée par l'état du malade.

Voici très brièvement exposée la manière d'utiliser l'iode dans le cas particulier qui nous occupe :

On verse 250 centimètres cubes de teinture d'iode dans un verre à expériences à fond conique de 25 à 30 centimètres de profondeur et mesurant 16 à 18 centimètres de diamètre à son ouverture. On plonge chaque main, successivement, à plusieurs reprises jusqu'au fond du verre. La teinture peut ainsi atteindre un niveau un peu plus élevé que les articulations métacarpo-phalangiennes. Quant au reste de la main et aux avant-bras, rien n'est plus facile que de les badigeonner avec un tampon d'ouate hydrophile imbibé de teinture d'iode. Ceci fait, et lorsque le chirurgien juge suffisante l'action de l'iode, il se rince les mains et les avant-bras dans une solution étendue de bisulfite de soude. Cette solution, il la possède déjà dans son arsenal; elle lui servait à décolorer ses mains tachées par le permanganate. Pour décolorer l'iode, la solution de bisulfite pourra être deux fois et même trois fois plus étendue que dans le cas précédent. La décoloration est obtenue instantanément.

C'est d'ailleurs une réaction bien connue des chimistes, mais il faut croire que beaucoup de chirurgiens l'ont ignorée puisqu'ils ne l'ont pas employée.

Quoi qu'il en soit, cette méthode paraît présenter un triple avantage. En dehors de l'action antiseptique du bisulfite qui est superflue après celle de l'iode, on obtient ainsi une désinfection parfaite; ensuite on gagne du temps, et enfin M. Taphanel a remarqué que les mains traitées de cette manière perdent momentanément leur moiteur habituelle; la sécrétion sudorale ne semble se rétablir qu'une heure environ après cette opération; ceci n'est pas un mince avantage pour certains chirurgiens qui sont condamnés à se servir de gants.

Immunisation antityphique de l'homme par voie intestinale. — MM. Jules Courmont et A. Rochain. Les propriétés acquises du sérum des hommes ayant reçu en lavements 300 centimètres cubes de culture de bacilles d'Eberth tués à 53 degrés disparaissent vers le septième mois; on les fait réapparaître dans les mêmes conditions avec de nouveaux lavements administrés au bout d'un an; elles semblent disparaître plus vite que la première fois; un seul lavement de 100 centimètres cubes suffit à faire apparaître ces propriétés dès le deuxième jour, mais leur disparition est alors très rapide; la dose de trois lavements de 100 centimètres cubes paraît la meilleure pour cette seconde vaccination comme pour la première.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 JUILLET 1912)

Eloge de Hamy. — M. Pozzi donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, à l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Hamy, ancien membre associé libre.

Le vin, le cidre et la goutte. — M. Motais (d'Angers) présente une communication d'un grand intérêt parce qu'elle met en cause une maladie fort commune, la goutte, et deux de nos produits nationaux, le vin et le cidre.

Il est de tradition médicale que, dans les contrées cidricoles, la goutte est rare. A cette opinion un peu vague, M. Motais apporte l'appui d'observations précises.

La première, particulièrement intéressante, concerne un médecin, membre de l'Académie. Très gravement goutteux pendant dix ans, malgré une alimentation rationnelle et l'exercice, mais avec usage — modéré pourtant — de vin de Bordeaux, il prend en 1907 comme boisson exclusive du cidre léger. La goutte disparaît rapidement. En cinq ans, 4 voyages pendant lesquels il boit du vin de Bordeaux ou de Bourgogne. Chacun des voyages est suivi d'un accès. Dans les intervalles pendant l'usage exclusif du cidre, aucun soupçon de goutte. Les autres observations sont aussi frappantes et confirment absolument l'action réelle et bienfaisante du cidre.

Conclusion. Le vin, à dose modérée, ne donne pas la goutte aux sujets sains; chez les prédisposés à la goutte et, à plus forte raison, chez les malades, il est nuisible.

Le cidre, fabriqué et conservé dans de bonnes conditions, préserve de la goutte et diminue ou même supprime les accès. On doit donc, avec Dieulafoy et Marcel Labbé, prescrire l'usage du cidre aux goutteux.

Insuffisance surrénale et fièvre typhoïde. — M. Emile Sergent s'est attaché, depuis près de quinze ans, à l'étude des manifestations cliniques de l'insuffisance surrénale. Après avoir décrit en 1899, avec M. L. Bernard, les accidents aigus qui résultent de la destruction brusque des glandes surrénales, il montra que les maladies infectieuses et les intoxications, par les lésions qu'elles provoquent dans les surrénales, engendrent souvent l'insuffisance surrénale, et s'efforça de décrire les signes qui permettent de la dépister au milieu des symptômes dus à l'affection causale.

De ces notions est née l'idée de combattre de tels accidents par l'opothérapie, c'est-à-dire par l'administration d'extraits de glandes surrénales d'animaux.

Les résultats ont été excellents, notamment dans la scarlatine et la diphtérie.

Il en est de même dans la fièvre typhoïde, ainsi que l'auteur l'a déjà montré en 1906 avec M. Ribadeau-Dumas dans un mémoire sur la valeur du phénomène décrit par lui sous le nom de ligne blanche surrénale.

Par de nouvelles observations, il insiste aujourd'hui sur l'importance du rôle de l'insuffisance surrénale dans la fièvre typhoïde. L'abattement habituel, la petitesse du pouls dans tout état typhoïde sont des signes d'insuffisance surrénale. Ces signes sont plus accentués dans les formes sévères adynamiques ou cardiaques et atteignent leur maximum dans certains cas graves simulant la péritonite ou l'hémorragie interne et guérissant rapidement par l'opothérapie surrénale.

De ces données l'auteur conclut à l'emploi systématique de l'adrénaline dans tous les cas de fièvre typhoïde et à l'emploi des extraits totaux contre les accidents intenses d'insuffisance surrénale aiguë; sa pratique personnelle lui permet d'affirmer que, abstraction faite des formes hypertoxiques et hémorragiques qui défient, hélas! tout effort, cette méthode combinée avec le traitement habituel (balnéation, etc.) donne les résultats les plus favorables.

Rétraction de l'aponévrose palmaire et traitement thyroïdien. — M. Léopold-Lévi rapporte cinq cas de rétraction de l'aponévrose palmaire dans lesquels la médication a fourni des résultats très favorables. Ils ont porté : *a.* sur le fonctionnement de la main qui récupère sa force et son habileté; *b.* sur la morphologie de la main qui reprend sa forme à peu près normale; *c.* sur l'état anatomique des tissus qui s'assouplissent.

De par la rapidité, la continuité, les effets transformateurs du traitement thyroïdien, de par l'existence chez les sujets d'autres phénomènes thyroïdiens, influencés simultanément par la médication, on peut conclure que la rétraction de l'aponévrose palmaire est fréquemment un accident thyroïdien.

L'action antisclérosante du traitement thyroïdien s'exerce encore contre certaines sclérodermies, certains rhumatismes chroniques.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 29 JUIN 1912)

Sur la différenciation élective des substances grasses du tissu nerveux normal. Les corps biréfringents (2e note). — MM. G. Roussy et Guy Laroche apportent comme complément à l'étude des graisses dans les corps granuleux les résultats obtenus par l'examen du tissu nerveux normal au microscope polarisant.

La biréfringence de la myéline permet de suivre le trajet des fibres aussi bien des fibres fines de l'écorce cérébrale ou de la substance grise de la moelle que celui des grosses fibres

des centres ou des nerfs. Le cylindraxe n'est pas biréfringent. Dans les cellules nerveuses le pigment jaune si abondant dans les cellules de l'écorce des cerveaux de vieillards et dans les cellules des ganglions rachidiens n'est pas biréfringent.

En dehors des fibres, dans le cerveau normal de lapin ou d'enfant il n'existe pas de corps biréfringents, chez le vieillard au contraire on trouve d'assez nombreuses gouttes graisseuses anisotropes principalement autour des vaisseaux et qui sont l'effet de processus de désintégration.

Sur le testicule en ectopie du nouveau-né. — MM. de Kervily et A. Branca. Chez un enfant dont l'un des testicules était en ectopie et l'autre scrotal, les auteurs ont constaté que dès la naissance il existe dans ces deux organes des différences de taille et des différences histologiques. Le testicule en ectopie est déjà plus petit, le tissu conjonctif extralobulaire est moins développé, tandis que le tissu conjonctif intralobulaire est plus développé que dans le testicule normal. Les vaisseaux sont plus grêles et moins nombreux, les tubes séminipares sont plus petits et plus écartés les uns des autres et les ovules mâles sont notablement moins nombreux dans le testicule en ectopie.

Méningite expérimentale du singe par injection de microbes dans les nerfs périphériques. — MM. Levaditi, Danulesco et Artz ont injecté dans les nerfs médians d'un singe une émulsion d'amygdales provenant d'un *Cynomolgus* atteint de paralysie infantile. Trois jours après l'inoculation l'animal fut pris d'une parésie des membres supérieurs et de convulsions, avec salivation, nystagmus et déviation de la tête. Il succomba le cinquième jour, et à la nécropsie, on constata des lésions de méningite aiguë, provoquées par un diplocoque gram positif. Avec le cerveau et la moelle de ce singe, on inocula un second, également dans les nerfs médians; l'inoculation fut suivie de l'éclosion d'une méningite mortelle, provoquée par le même diplocoque. L'injection de la culture pure dans le cerveau d'un simien engendra la méningite, cependant que, par suite d'une perte de virulence, l'inoculation dans les nerfs resta sans succès. Les auteurs ont étudié histologiquement la marche du virus le long des nerfs, à travers les ganglions rachidiens et les racines, jusqu'aux méninges médullaires. C'est le long des espaces lymphatiques et du tissu conjonctif que le microbe progresse ; il ne s'attaque cependant pas aux cellules des ganglions rachidiens, comme le font les virus rabique et poliomyélitique, lesquels se propagent également le long des nerfs, mais qui possèdent, en plus, une affinité particulière pour les éléments nobles du système nerveux central.

Extraction du poison anaphylactique de l'encéphale. — MM. Achard et Flandin avaient précédemment constaté que l'extrait aqueux préparé avec le cerveau d'un animal en état de choc anaphylactique possédait des propriétés toxiques et reproduisait, lorsqu'on l'injectait dans le crâne ou dans les veines, les accidents du choc chez l'animal neuf.

Dans de nouvelles expériences, ils ont extrait ce poison de l'anaphylaxie (apotoxine de Richet) en traitant la substance cérébrale par l'alcool, l'éther, le chloroforme. Les extraits éthérés et chloroformiques paraissent les plus actifs.

Après avoir été épuisé par des traitements successifs à l'éther et au chloroforme, la substance nerveuse est dépouillée de ses propriétés toxiques, de sorte que celles-ci paraissent inhérentes aux lipoïdes de la matière cérébrale.

Les lipoïdes du sang dans l'anémie expérimentale. — M. Iscovesco montre que, dans les anémies hémolytiques, la quantité des lipoïdes des globules rouges devient double ou triple de ce qu'elle est à l'état normal. Au contraire, dans les anémies hémorragiques, elle reste normale. On peut donc simplement d'après le résultat d'une analyse des lipoïdes globulaires affirmer si une anémie est toxi-hémolytique ou banale.

Action de la bile sur les albumines. — M. Roger. La bile, en milieu acide, précipite les diverses albumines (albumine de l'œuf, albumine du sang) ainsi que les peptones. Les acides, déterminant dans la bile un trouble marqué, qui rend l'appréciation difficile, il a fallu préparer un réactif spécial, réactif acéto-biliaire, dans lequel les matières que l'acide acétique précipite ont été éliminées. On peut utiliser également les solutions acétiques des sels biliaires, qui donnent des résultats analogues.

Le précipité formé est constitué par un mélange de l'albumine et des éléments de la bile; car le poids est supérieur à celui de l'albumine employée et ce poids varie avec la concentration du réactif. Il faut remarquer, enfin, qu'un excès d'acide réduisait le précipité, partiellement s'il s'agit d'albumines, totalement s'il s'agit de peptones.

LIVRES NOUVEAUX

Contribution à l'étude du diabète pancréatique. Les formes prolongées du diabète expérimental (1), par M. le docteur Pierre Jacob.

S'il est un sujet fort malaisé à connaître, c'est bien celui du diabète pancréatique. Aussi la thèse de M. P. Jacob sera-t-elle spécialement remarquée. Elle le sera à juste titre, parce qu'elle apporte, sur ce sujet, une mise au point judicieuse et claire des théories récentes et surtout une très large contribution personnelle et expérimentale.

Après un exposé général de la question du diabète pancréatique et des hypothèses invoquées pour l'expliquer, l'auteur s'occupe surtout de l'étude des diabètes expérimentaux de longue durée consécutifs à des *ablations seulement partielles du pancréas*. Il résume les travaux anciens sur cette question (Kinkowski, Sandmeyer, Hédon, etc.), travaux dont on a peut-être un peu trop méconnu l'importance.

Exposant ensuite les résultats de ses expériences personnelles, il montre que, en pratiquant l'ablation partielle du pancréas de telle sorte qu'une partie importante de la glande (le cinquième ou le sixième) reste en place, gardant ses connexions avec le canal de Wirtung conservé et continuant à sécréter dans le duodénum, on peut obtenir des glycosuries. Transitoires parfois, elles sont souvent durables, considérables, et peuvent persister pendant trois et quatre mois et plus, compatibles pendant longtemps avec un bon état général et n'entraînant qu'un amaigrissement lent de l'animal.

Bien plus, cette même opération a permis dans un cas de reproduire un diabète plus léger encore, au début, simple trouble dans la fixation des hydrates de carbone, ne se traduisant que par de la glycosurie alimentaire provoquée par une alimentation hydrocarbonée, disparaissant par le régime carné. Il en fut ainsi pendant plus d'*un an*; mais ce diabète léger sous l'influence d'une alimentation hydrocarbonée, riche et prolongée, s'est brusquement transformé en diabète grave, continu, irréductible par le régime.

Un tel fait ne peut s'expliquer par la destruction du pancréas laissé, les examens histologiques antérieurs ayant toujours montré le fragment pancréatique indemne de toute sclérose. Il faut donc invoquer une modification *qualitative* et non quantitative de la glande. Quelques constatations amènent l'auteur à adopter la théorie insulaire du diabète. Chez des animaux n'ayant présenté après l'opération aucun trouble dans le métabolisme hydrocarboné le fragment pancréatique laissé était beaucoup plus riche en îlots très développés que celui des animaux diabétiques. En dehors du foie et des reins, très fréquemment mais non constamment lésés en surcharge et autres en dégénérescence graisseuse, les glandes à sécrétion interne ne sont guère modifiées chez les animaux diabétiques.

L'examen anatomique du pancréas des diabétiques permet à l'auteur de retrouver des modifications très semblables à celles décrites par Curtri et Gellé, sclérose fixe, altérations insulaires et extraordinaire abondance des formes de passage insulo-veineuse.

Les altérations pancréatiques pourraient donc, d'après l'auteur, jouer un rôle très important, non seulement dans la production des diabètes graves, mais encore dans la production des formes les plus légères de l'affection.

P. GASTINEL.

(1) Paris, Vigot frères.

NOTES POUR L'INTERNAT

HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE (1)

SYMPTOMATOLOGIE. — Suivant qu'il s'agit d'une hémorragie rapidement abondante, sans tendance à l'arrêt, se faisant dans un péritoine sain, ou, au contraire, d'un épanchement sanguin rapidement enkysté dans un péritoine un peu malade, le tableau clinique est extrêmement différent. Entre ces deux variétés cliniques néanmoins, il est de nombreuses formes intermédiaires; d'ailleurs, bien souvent, le début de la forme enkystée rappelle celui de la forme libre intrapéritonéale : néanmoins pour la commodité de la description, nous séparerons nettement ces deux types cliniques.

Il est des *conditions étiologiques* qui se rencontrent dans les deux cas : ce sont celles qui favorisent précisément le développement d'une grossesse tubaire; affection génitale antérieure (cause prédisposante niée par certains auteurs, qui n'admettent que le rôle favorisant des coudures congénitales), fausses couches, troubles utéro-annexiels; bien souvent c'est à la suite d'une période de plusieurs années de stérilité, que la grossesse tubaire apparaît.

I. **Forme cataclysmique de Barnes. Inondation péritonéale.** — Elle s'observe lors de la rupture d'emblée, dans le péritoine, d'une grossesse ectopique; le plus souvent la femme ignorait alors qu'elle était enceinte; brutalement sans cause provocatrice elle ressent une douleur extrêmement violente dans le bas-ventre, suivie presque aussitôt de vomissements et de ballonnement abdominal. Le pouls est incomptable, les extrémités sont froides, le facies grippé, la température très abaissée; le plus souvent la mort survient en quelques minutes. Il s'agit là de l'inondation péritonéale. Dans quelques cas, alors même que le début est aussi dramatique, l'évolution est moins rapidement fatale, et une intervention rapide peut alors sauver la malade.

II. **Hématocèle rétro-utérine proprement dite.** — Il n'est pas rare d'observer dans cette forme des *signes précurseurs*. Très souvent la femme présente depuis quelque temps déjà, deux à quatre mois, rarement plus, des signes de grossesse (arrêt des règles, troubles gastriques, gonflement des seins). De plus, à intervalles réguliers, elle ressent des douleurs dans le petit bassin; ces crises douloureuses s'accompagnent de nausées, de frissonnements, qui traduisent l'irritation du péritoine. Dans quelques cas, assez rares cependant, on peut observer des pertes utérines abondantes, prolongées, de sang noirâtre, mélangé à des caillots. Parfois au contraire, ces signes précurseurs sont réduits au minimum : tout au plus la femme se plaint de troubles de la menstruation, de pertes blanches, de sensations douloureuses assez vagues. Quoi qu'il en soit, le moment où l'hémorragie se produit, se révèle suivant deux types cliniques : début dramatique rappelant celui de la forme précédente bien qu'un peu atténuée, ou au contraire, allure insidieuse progressive.

La *douleur* par laquelle se révèle le plus souvent en clinique le début de l'hématocèle est très caractéristique : la malade la compare à un craquement accompagné de la sensation d'une tiédeur spéciale dans le ventre, comme d'un liquide chaud qui remplirait peu à peu l'abdomen. Il est des cas où la douleur est franchement syncopale : parfois elle revêt le type de coliques intestinales très violentes, tantôt elle a pu être comparée aux douleurs expulsives de l'accouchement. Cette douleur, exaspérée par le mouvement, irradie vers les cuisses, les lombes, la vessie, le rectum.

En même temps l'on observe les signes habituels de la *réaction péritonéale* : vomissements, arrêt des matières et des gaz, constipation. Le *pouls* au début est petit, incomptable : c'est le pouls habituellement observé au cours des hémorragies; lorsque l'hémorragie s'arrête, il retrouve peu à peu son énergie; il reste rapide à 120, mais il est beaucoup mieux frappé. Au début, la *température* s'abaisse : cette phase d'hypothermie correspond à la période où dominent les symptômes habituels des grandes hémorragies (pouls petit, filiforme, tendance aux syncopes, refroidissement, décoloration des téguments, des muqueuses, sueurs). La température ne tarde pas d'ailleurs à se relever : en dehors même de toute infection, on peut observer dans les jours qui suivent ce début, 38°5, 39 même. Il s'agit alors de la *fièvre hématolytique*, dont Froin a bien expliqué la pathogénie, spécialement à propos des hémorragies méningées : il n'est pas rare d'observer à cette période un écoulement se faisant par l'utérus et tenant soit à une endométrite, soit à l'expulsion d'une caduque.

EXAMEN PHYSIQUE. — La *palpation* peut permettre de sentir une tuméfaction pelvienne, fluctuante le plus souvent, rénitente quelquefois. Cette tuméfaction peut siéger ailleurs que dans le petit bassin : on peut la rencontrer dans la fosse iliaque droite, la région lombaire; la palpation permet souvent de sentir le *cri de neige*, signe sur lequel a insisté Pozzi.

La *percussion* permet de limiter cet épanchement, mais il ne faudra pratiquer cette percussion qu'avec une extrême légèreté, dans la crainte, ou de rompre des adhérences, ou de mobiliser et détacher les caillots qui se sont formés; le *toucher vaginal* donne de précieux renseignements : tout d'abord on ne découvre pas le col, et le doigt qui pénètre dans le vagin arrive rapidement sur une masse fluctuante, nettement liquide, qui a fait disparaître complètement le cul-de-sac postérieur. Le col, ramolli, est surélevé et appliqué contre la face postérieure de la symphyse du pubis. Le *toucher rectal* montre l'aplatissement du rectum; en combinant le toucher rectal et le toucher vaginal, on peut assez facilement parvenir à apprécier les limites de la collection liquide. Cet examen peut encore être complété par l'examen au *spéculum* qui montre au niveau de la muqueuse du cul-de-sac postérieur du vagin une teinte violacée, souvent ecchymotique. Tels sont les symptômes que l'on observe au début de l'hématocèle : lorsqu'il s'agit de l'inondation péritonéale, la femme meurt avant que l'on ait eu le temps de les rechercher; dans la forme moyenne, après un début assez dramatique, l'hémorragie tend à s'arrêter : le pouls devient meilleur; les signes alarmants d'hémorragie interne disparaissent peu a peu; l'enkystement se fait progressivement; aussi faut-il être très prudent dans l'examen de la malade, surtout en pratiquant le toucher, dans la crainte de faire réapparaître l'hémorragie. Il n'est pas exceptionnel d'ailleurs de voir l'épanchement s'accroître par poussées successives, dans les jours qui suivent ce début. Enfin dans certains cas, à aucun moment, l'on n'observe ce début dramatique, et ce n'est que peu à peu que l'hématocèle se constitue.

ÉVOLUTION. — Dans les jours qui suivent, l'*enkystement* de l'épanchement sanguin se poursuit assez vite : la palpation et le toucher permettent plus facilement de limiter les contours de cette tumeur sanguine; le cul-de-sac postérieur du vagin est moins tendu : sa surface est inégale, dure par places, molle en d'autres. Par suite de phénomènes de compression, on peut observer de l'anurie, quelquefois de l'œdème des membres inférieurs et des organes génitaux. Puis la résorption s'effectue peu à peu, mais d'une manière très lente, avec une durée moyenne de quatre à huit mois : c'est au moment des règles que l'hématocèle diminue de volume d'une manière saccadée, alors que dans l'intervalle elle est absolument stationnaire. Au fur et à mesure que cette résorption se fait, la collection change de consistance : l'épanchement donne par le toucher vaginal une sensation de dureté ligneuse, ou des alternatives de dureté cartilagineuse et de mollesse : l'utérus est refoulé en haut et en avant; il est comme encastré dans la tuméfaction qui, lorsqu'elle empiète sur l'autre côté, représente la figure d'un cœur de carte à jouer. Lorsque le cul-de-sac de Douglas est oblitéré par des adhérences développées antérieurement à la rupture de la trompe, l'épanchement se fait alors au-dessus et assez haut pour que l'exploration vaginale ne donne aucun renseignement. — La *résorption* peut être complètement effectuée en huit mois; il ne subsiste souvent alors qu'une petite induration du cul-de-sac fixant l'utérus; il peut persister des troubles relevant de la compression du rectum, de la vessie, des uretères, des plexus nerveux.

Telles sont les formes cliniques habituelles de l'hématocèle rétro-utérine; on les classe parfois suivant la prédominance de certains symptômes : *forme pseudo-péritonitique, pseudo-abortive, chronique d'emblée.* Cette allure clinique peut être d'ailleurs modifiée dans son évolution générale par deux variétés de complications : la réapparition de l'hémorragie et l'infection.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 73, p. 1085.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

La première série étant close, les demandes pour la deuxième série doivent nous parvenir avant le 15 juillet.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 3 juillet. — MM. Mathieu, 16; Guimbellot, 12; Martin, 19.

GUERRE. — Service de santé. — Par décret en date du 29 juin 1912, ont été nommés dans le cadre auxiliaire du service de santé :

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — M. le médecin aide-major de première classe de l'armée active démissionnaire Söderlindh.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Camuset, Potheau, Jacob, Percheval, Fortin, Debertrand, Jolivet, Bénazet, Dubs, Liégault, Jacquard, Lecoutour, Benoist, Marre, Olivier, Michel, Jacobs, Olivier (E.-V.), Lambert, Le Blaye, du Castel, Mosqueron, Ballereau, Bruslé, Baurain, Duprez, Lavabre, Torné, Wagon, Fourgous, Leroy, Tonnot, Faure-Beaulieu, Bleynie, Guignard, Mirabail, Bertier, Jacob, Fayollas, Meynadier, Garin, Girard, Parent, Mainbrecq, Dumas, Garnier, Ramond, Rigoulet, Ribo, Flottes, Chabrol, Montet, Barbier, Malbrancke, Simacourbe, Roux, Anduze-Acher, Tarrade, Corsy, Leulier, Sans, Vaucher, Fraudet, Weil, Delsouiller, Timal, Arnaudon, Silve, Rodon, Chevalier-Seyvet, Barrois, Lançon, Goullioud, Loumaigne, Béliard, Moisan, Guenet, Lavigne, Lefebvre, Machefer, Mandosse, Leclère, Barbin, Devineux, Catrice, Durand, Lefebvre, Arnal, Masson, Giraud, Andrieux, Condroyer, Poulain, Aussilloux, Laux, Guittard, Affichard, Alberti, Latour, Imbert, Coulon, Villemin, Jéhanin, Berthon, Bouzat, Leroy, Jouve, Brunet, Huck, Pauvert, Guyonnet, Dumont, Blutel, Déjault, Fontaine, Amigues et Touzery.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Carnus, Laurent, Bordenave, Giroux, Genevrier, Delille, Benech, Soucy, Delord et Duval.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la vingt-sixième semaine, 788 décès, au lieu de 874 pendant la semaine précédente et au lieu de 843, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès, comme pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 4. Le nombre des cas nouveaux signalés est de 70 au lieu de 61 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 32. Le nombre des cas déclarés continue donc à être élevé, comme pendant les six semaines précédentes, mais le nombre des décès reste inférieur à la moyenne.

La rougeole a causé 22 décès, au lieu de 37 pendant la semaine précédente et au lieu de la moyenne 19. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 257, au lieu de 289 précédemment, et au lieu de la moyenne 439.

Les autres maladies infectieuses ne dépassent pas la normale.

UNE VISITE DE M. LE PROFESSEUR AUSSET (DE LILLE) A L'ÉTABLISSEMENT THERMAL D'ENGHIEN-LES-BAINS. — M. le docteur Ausset, professeur d'hydrologie à la Faculté de médecine de Lille, voulant compléter et « illustrer » son cours si intéressant sur la crénothérapie par une « leçon de choses », a conduit ses élèves à Enghien pour visiter l'établissement thermal le 17 juin dernier.

Après une visite minutieuse des sources, de l'embouteillage et des différents services de l'établissement thermal, M. le docteur Ausset, en une causerie pleine de charme et de précision, a résumé devant un auditoire très attentif les principales indications des eaux sulfureuses d'Enghien, insistant tout particulièrement sur leurs richesses en hydrogène sulfuré qui en font à la fois les eaux les plus sulfureuses de France et les plus actives dans le traitement des voies respiratoires et de certaines dermatoses.

RENSEIGNEMENTS

449. — **ON DEMANDE DE SUITE UN REMPLAÇANT** pour juillet à l'hôpital Bretonneau (service de médecine); 50 francs par mois. — S'adresser P. M., 21, rue Fortuny.

REVUE GÉNÉRALE

DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS CÉRÉBRO-SPINALE
PAR LES MOYENS DE LABORATOIRE (1)

Par MM. Charles FOIX,
Ancien interne médaille d'or des hôpitaux de Paris,
et Marcel BLOCH,
Interne des hôpitaux de Paris.

III. Les éléments figurés du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis cérébro-spinale. — L'étude des anticorps du liquide céphalo-rachidien était à peine ébauchée que déjà depuis dix ans l'étude cytologique en était poussée à fond (Société de Biologie, 13 octobre 1900, Widal, Sicard, Ravaut; janvier 1901, Société médicale des hôpitaux, Widal, Sicard et Ravaut, Monod : La lymphocytose rachidienne au cours de méningites chroniques du tabes et de la paralysie générale). « La collaboration des services Brissaud et Widal » (2) établissait de plus l'existence de la lymphocytose dans la méningo-myélite syphilitique. Les nombreuses communications des années suivantes permettent de formuler un certain nombre de « lois cytologiques ».

1° *La lymphocytose est de règle et persistante* dans :
Le tabes, la paralysie générale.
L'hémiplégie et la paraplégie syphilitique.
Les radiculites, névrites optiques, iritis, syphilitiques.
Les syndromes tabétiques frustes. Le signe Argyll isolé.
La méningite chronique asymptomatique.
La méningite aiguë syphilitique.
La sclérose en plaque d'origine syphilitique.
Les affections monosymptomatiques (crises gastriques sans tabes).

2° *Il existe des réactions lymphocytiques passagères et plus ou moins légères* dans certains états infectieux, oreillons, fièvres éruptives, dermatites; certaines affections nerveuses, chorée, poliomyélites, paralysie infantile, le zona; certaines affections toxiques, urémie, éclampsie, saturnisme, diabète.

3° *On a vu des lymphocytoses persistantes* dans certaines tumeurs cérébrales qui n'étaient pas toujours des gommes syphilitiques.

Enfin la présence de cellules néoplasiques dans le liquide céphalo-rachidien a été signalée par un certain nombre d'auteurs notamment par MM. Dufour, Widal et Abrami, Sicard et Gy. Ces cellules reproduisent le type du néoplasme dont elles émanent. Dans un cas de sarcomatose méningée que nous avons observé, et où le diagnostic fut confirmé par l'autopsie, les éléments ressemblaient à de très gros lymphocytes à protoplasme basophile, assez analogues en leur aspect aux cellules dites primordiales du sang des malades atteints de leucémie aiguë.

A. *Technique.* — La technique classique (Widal, Sicard, Ravaut) consiste en centrifugation, prélèvement du culot avec une pipette fine de sorte qu'une seule petite goutte déposée sur la lame contienne tous les éléments. Des procédés d'évaluation plus précis ont été proposés par Laignel-Lavastine, Nageotte et Lévy-Valensi. Ces derniers auteurs ont fait graver au fond d'une cellule de 100 à 200 millimètres cubes des rectangles de dimension connue; la numération des éléments qui y sont contenus permet d'établir la teneur moyenne d'un millimètre cube du liquide céphalo-rachidien examiné. Au delà de trois par millimètre cube, la lymphocytose est pour eux pathologique; ce procédé serait assez sensible pour permettre de suivre les oscillations du taux lymphocytaire, sous l'influence du traitement par exemple (Milian et Lévy-Valensi, dans le tabes, Jeanselme et Vernes, Jeanselme et Chevallier, dans la syphilis secondaire).

B. *Caractères histologiques des éléments du liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis cérébro-spinale.* — Nous avons constamment en parlant de « lymphocytose » donné le caractère général de la réaction cellulaire dans l'immense majorité des affections syphilitiques céphalo-rachidiennes. Or il faut savoir que le liquide céphalo-rachidien peut renfermer tous les éléments histologiques qu'est capable de donner une séreuse quand elle est enflammée d'une façon aiguë, subaiguë ou chronique, c'est-à-dire :

1. Des lymphocytes;
2. Des polynucléaires neutrophiles, quelquefois éosinophiles;
3. Des cellules endothéliales faciles à différencier des lymphocytes par leur protoplasma plus ou moins quadrangulaire et leur noyau plus pâle;
4. Des moyens et grands mononucléaires, certains à noyau excentrique, à protoplasma très colorable et basophile, « cellules à type de plasmazellen » de Ravaut.

Le nom de cellules plasmatiques que l'on donne volontiers à ces éléments nous paraît plutôt basé sur une vue de l'esprit, séduisante au premier abord, que sur des caractères cytologiques nets. Ces cellules diffèrent en effet par plus d'un point des plasmazellens. Elles n'ont ni leur petit noyau arrondi, fortement chromatophile, dont la chromatine différenciée prend l'aspect en rayon de roue, ni leur protoplasme polygonal, ni généralement leurs réactions colorantes au Pappenheim. Ce sont des cellules relativement volumineuses, à protoplasme basophile, à noyau arrondi ou réniforme, occupant la moitié de la cellule. Ce noyau est également assez fortement basophile, mais il faut tenir compte de ce fait que la présence du liquide céphalo-rachidien albumineux favorise certainement la coloration par le bleu. Dans l'ensemble, ces cellules rappellent certainement beaucoup plus certains mononucléaires à fonction macrophagique que de véritables plasmazellens. Nous leur conserverons cependant, pour éviter la confusion, le nom de cellules *dites* à type plasmatique.

C. *Les divers types de réaction cytologique pendant l'évolution clinique.* — Ils sont relativement simples,

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 74, p. 1091.
(2) Widal. *Soc. méd. des hôp.*, 18 janvier 1901.

et à part les deux grands types que nous allons décrire, il nous paraît impossible pour le moment d'en décrire d'autres pouvant servir de caractéristique à une forme clinique spéciale.

a. *Réaction cellulaire mixte. Lésions syphilitiques en évolution.* — Elle comprend avec des variantes quantitatives tous les éléments précités et se voit comme caractère commun de toutes les manifestations de la syphilis nerveuse. Il n'y a pas de syphilis nerveuse en évolution sans méningite, si limitée que soit la lésion (Clovis Vincent). Pour cet auteur, les lymphocytes de la lésion syphilitique en activité sont différents des « lymphocytes d'un liquide céphalo-rachidien au repos. Ils sont plus gros, ils ne sont pas aussi réduits à leur noyau. Ils sont ordinairement entourés d'une étroite bande colorée en rose orangé (si on se sert de l'éosine orange); il n'est même pas très rare qu'on distingue un certain nombre de détails du noyau (1) ». On trouve cette réaction cellulaire mixte :

α. *Dans les méningites syphilitiques aiguës ou subaiguës.*— Grosse prédominance de polynucléaires et de cellules endothéliales comme dans les méningites microbiennes banales.

β. *Dans la syphilis secondaire avec céphalée, grosse éruption cutanée et pigmentation intense* (Ravaut 1903). — Mélange de polynucléaires et de cellules dites à type de plasmazellen.

γ. *Au début du tabes et de la paralysie générale.* — Et d'une façon générale chaque fois qu'il y a des *lésions méningo-cérébro-spinales* en voie d'évolution.

La paralysie générale s'accompagne presque toujours d'une formule cytologique à type mixte, tandis qu'il est fréquent dans le tabes d'observer un type lymphocytique pur. Ceci cadre avec ce que l'on sait des deux processus. En général, la paralysie générale en période de rémission donne une formule à grosse prédominance lymphocytique avec quelques grandes cellules dites à types plasmatiques et de rares polynucléaires. La paralysie générale en évolution montre, avec une prédominance lymphocytique légère, de nombreuses grandes cellules et des polynucléaires assez nombreux, 10 à 30 p. 100. Enfin, au moment des ictus ou au cours d'une forme aiguë, les polynucléaires l'emportent en nombre sur les éléments mononucléés, lymphocytes et pseudo-plasmazellens.

La réaction à type mixte, lymphocytes, polynucléaires, pseudo-plasmazellens traduit alors l'état d'activité de la lésion.

b. *Réaction lymphocytaire pure.* — C'est la réaction de toutes les lésions syphilitiques ou parasyphilitiques établies, c'est-à-dire dont la période active est apparemment terminée, paralysies, hémiplégie, tabes, etc.

Toutefois, si peu active que paraisse la lésion, il semble exister dans tous ces cas de véritables « oscillations » du taux lymphocytaire, sous des influences mal connues, décelables par de grandes différences à la numération, ou sur la lame de centrifugation, quand on ponctionne ces malades à des intervalles éloignés (1).

(1) Clovis Vincent. Th. de Paris, 1910, p. 9.

Et ici se posent deux questions du plus haut intérêt pathogénique :

1. Comment expliquer qu'une lésion apparemment éteinte, nous voulons dire arrivée au stade de sclérose terminant l'évolution morbide, puisse continuer à donner un liquide céphalo-rachidien chargé de lymphocytes ?

2. La lymphocytose date-t-elle de l'apparition de la lésion nerveuse, ou la précède-t-elle et de combien ?

A la première question il faut répondre en considérant les cas où le foyer méningo-cérébro-spinal est sûrement éteint et où l'autopsie prouve la sclérose totale de la lésion. N'est-on pas alors obligé d'admettre avec M. Sicard (*Soc. de neurol.*, 3 déc. 1908) une *lymphocytose « résiduelle passive »* opposée aux réactions séreuses *actives* des foyers en évolution? Comme on admet des albuminuries résiduelles par « cicatrice rénale », la lymphocytose n'est-elle « pas la preuve d'un reliquat cicatriciel avec béance in situ des gaines lymphatiques déversant ainsi passivement leurs éléments lymphocytiques dans le sac arachnoïdo-pie-mérien » (Sicard)?

A la seconde question répondent les faits de MM. Widal, Babinski, Nageotte, Sicard, Ravaut, Jeanselme et Barbé. La lymphocytose préexiste souvent de beaucoup à l'apparition clinique des troubles nerveux et la démonstration rigoureuse en est faite dans la thèse de Clovis Vincent.

L'histoire de la *méningite chronique syphilitique « latente »* est actuellement bien élucidée ; ce sont les cas où l'on a pu saisir la lymphocytose dès son apparition à la période secondaire jusqu'à l'apparition d'accidents nerveux graves beaucoup plus tard. Paralysie générale deux ans après la constatation de la lymphocytose dans les cas de Sicard, méningo-encéphalite diffuse, hémiplégie, double névrite du huitième après une phase de lymphocytose sans troubles nerveux dans les cas de Vincent avec qui on peut conclure :

« La méningite chronique se trouve être l'ancêtre commun qui probablement, suivant les prédispositions des individus chez lesquels elle évolue, donnera : le tabes, la paralysie générale, l'hémiplégie, la méningo-myélite diffuse, la myélite transverse ou des hybrides. »

Σ
↓
Méningite secondaire (?).
↓
Méningite chronique.
↓ ↓ ↓ ↓
Tabes. P. G. Hémiplégie. Myélites.

Et telle est également l'opinion de Sézary.

c. Reste une dernière question à se poser. Nous venons de voir qu'il n'y a pas de lymphocytose chez

(1) Certaines causes banales peuvent influencer le taux lymphocytaire d'un liquide céphalo-rachidien telles que la position du sujet avant la ponction, le lieu de la ponction, etc. (Sicard et Marcel Bloch, *Soc. méd. des hôpit.*, 1911).

un syphilitique qui ne soit l'indice d'une lésion nerveuse ou méningée. L'inverse est-il possible? Une lésion syphilitique peut-elle exister sans lymphocytose? Il existe actuellement quelques cas de tabes sans lymphocytose ou de gommes sans réaction méningée. Mais il s'agit là de rarissimes exceptions, et au contraire l'immense majorité des faits prouve que la plus limitée des lésions syphilitiques nerveuses s'accompagne, et probablement est *précédée*, de méningite chronique.

d. Nous n'avons pas parlé, parmi les éléments figurés, *de la recherche du tréponème* dans le liquide céphalo-rachidien qui, malgré les trois cas publiés, demeure un procédé d'exception.

IV. Etude chimique du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis cérébro-spinale. — A. *Albumino-réaction.* — Pressenties par divers auteurs (Wolff, R. Monod, Léri, Achard, Lœper et Laubry), les modifications chimiques du liquide céphalo-rachidien furent étudiées vers 1903 simultanément par MM. Widal, Sicard et Ravaut d'une part, Guillain et Parent d'autre part. Chez les tabétiques et les paralytiques généraux, ils constatèrent une hyperalbuminose des plus nettes que ne présentaient pas les épileptiques, les déments précoces, les alcooliques, etc. D'une façon générale, tous les liquides présentant de la lymphocytose montraient cette réaction à la chaleur ou à l'acide nitrique. En outre, par le sulfate de magnésie à saturation ils montrèrent qu'on peut séparer la globuline de la sérine et apprécier ainsi qualitativement la nature de cette albumine rachidienne. Plus récemment, on s'est servi de l'acide butyrique pour précipiter les globulines du liquide céphalo-rachidien (Noguchi et Moore, Joltrain, Français et Baudouin).

Depuis 1907, on emploie en Allemagne la réaction de Nonne et Appelt (1) que ces auteurs décrivent de la façon suivante :

« On mélange par parties égales le liquide céphalo-rachidien suspect avec une solution de sulfate d'ammoniaque saturée à chaud, filtrée et refroidie; ce mélange doit être neutre et ne doit pas être soumis à l'ébullition; il ne doit pas contenir de sang. Si la réaction est positive il apparaît en trois minutes un trouble que suivant l'intensité on peut appeler « trouble », « opalescence », « faible opalescence », « trace d'opalescence ».

« Nous appelons cette réaction « *phase I* »; si on filtre le liquide, qu'on acidule et qu'on chauffe, alors dans tous les cas apparaît un trouble que nous appelons « *phase II* ».

« La *phase I* était positive : dans 59 cas de paralysie générale, soit 100 p. 100; dans 28 cas de tabes, soit 96 p. 100; dans 29 cas de syphilis cérébro-spinale, soit 9 p. 100; dans 20 p. 100 des cas examinés de syphilis secondaire; dans 100 p. 100 des cas examinés de syphilis héréditaire. La proportion des cas positifs était de 0 p. 100 chez les syphilitiques n'ayant pas présenté d'accidents; de 0 p. 100 chez les épileptiques; de 12 p. 100 dans les tumeurs cérébrales; dans 100 p. 100 des tumeurs juxtamédullaires sans lymphocytose; dans 80 p. 100 des abcès du cerveau; dans 43 p. 100 de scléroses combinées; dans 45 p. 100 de scléroses en plaques; dans 50 p. 100 des cas d'infections diverses (pneumonie, méningite cérébro-spinale, tuberculose, typhoïde, tétanos, staphylo et streptococcies); dans 50 p. 100 de cas d'alcoolisme chronique; dans 0 p. 100 de pseudo-tabes alcoolique avec ou sans syphilis; dans 0 p. 100 des psychoses sans syphilis; dans 0 p. 100 des névroses avec ou sans syphilis.

« Dans 21 cas d'anomalie pupillaire sans signes associés on trouvait :

8 cas avec syphilis dans les antécédents, phase I : 5 fois positive;

11 cas sans syphilis dans les antécédents, phase I : 9 fois négative, 2 fois faiblement positive;

2 cas sans syphilis dans les antécédents ou douteux, phase I : 1 fois positive, 1 fois négative. »

Donc, conclut Nonne : « 1° Dans tous les cas où il y a lymphocytose, on trouve la phase I; 2° dans tous les cas de maladies nerveuses organiques où il y a lymphocytose, il y a la phase I; 3° dans les cas de syphilis cliniquement guérie, la phase I manque; 4° dans les névroses fonctionnelles pas de phase I, même s'il y a syphilis dans les antécédents. »

Donc grande importance et simplicité de la méthode, qui permet en trois minutes sans centrifugation ni microscope de faire le diagnostic de réaction méningée ; sans d'ailleurs, ajoute Nonne, signifier à elle seule syphilis ni faire le diagnostic entre syphilis cérébrale ou spinale, ni entre tumeur médullaire ou syphilis médullaire.

Sans discuter ici la valeur de cette méthode, nous voulons faire remarquer que cette réaction, à laquelle Nonne donne tant d'importance, n'est au fond qu'un dérivé des procédés classiques employés depuis quatre ans par les neurologistes français. La phase I de Nonne est-elle différente de la phase I du procédé de MM. Widal, Sicard, Ravaut, Guillain, Parant qui précipitent la globuline par le sulfate de magnésie ? Et sa phase II de la phase II des mêmes auteurs où on précipite dans la liqueur filtrée la sérine par la chaleur et l'acide acétique?

La seule différence est que Nonne n'accorde de valeur qu'à la phase I, tandis que les auteurs français attachent surtout de l'importance à la coagulation globale des albumines.

De plus, dans de nombreux cas de tabes et de paralysie générale et dans plusieurs cas de maux de Pott, l'albumino-réaction par les procédés classiques français nous a paru de beaucoup plus nette que par le procédé de Nonne et Appelt.

Technique. — Il existe deux façons d'obtenir un précipité d'albumine intense et indiscutable.

1° *La chaleur.* — Un liquide normal donne toujours à l'ébullition un trouble léger; mais ce trouble, dès que la syphilis a touché la méninge, est beaucoup plus intense. S'il y a doute, une *trace* d'acide acétique [une trace car les albumines du liquide céphalo-rachidien sont extraordinairement acéto-so-

(1) Nonne. *Verhand. der Gesell. Deut. Nerven.*, Leipzig 1908.

lubles (1)] suivi d'une nouvelle ébullition et le louche devient une véritable opacité s'il y a tabes, paralysie générale, syphilis cérébro-spinale.

2° *L'acide nitrique.* — On laisse tomber, à l'aide d'une pipette, l'acide goutte à goutte dans le liquide jusqu'à ce que le précipité n'augmente plus. Il faut savoir que le précipité n'apparaît qu'au bout de quelques gouttes, sauf quantité considérable d'albumine. Normalement l'acide nitrique donne une opalescence légère ; au cas d'albumino-réaction positive le trouble est au contraire extrêmement marqué.

Il est fréquent d'obtenir chez les paralytiques généraux ou les tabétiques (et aussi évidemment dans les processus méningés aigus ou chroniques non syphilitiques) une précipitation presque massive.

Ces procédés classiques si simples nous ont paru plus sensibles que les procédés de Noguchi, ou de Nonne. Il est exact qu'avec eux, tous les liquides céphalo-rachidiens donnent une opalescence légère, mais il n'est pas un clinicien qui ne puisse, avec la plus grande facilité, les différencier des précipités pathologiques.

De plus, comme l'avaient vu MM. Widal, Sicard, Ravaut, Guillain, Parant, la séparation des albumines n'est pas susceptible de fournir d'indices cliniques utiles.

Valeur séméiologique de l'albumino-réaction. — C'est, dans la syphilis, celle qu'indiquent les premiers auteurs; c'est-à-dire qu'elle est *parallèle à la lymphocytose.* On la trouve dans 100 p. 100 des cas de paralysie générale, dans 95 p. 100 environ des cas de tabes et de syphilis cérébro-spinale, avec un pourcentage variable dans celles des affections non syphilitiques pouvant s'accompagner de lymphocytose (zona, affections cutanées étendues, intoxication, infections).

C'est-à-dire que pas plus que la lymphocytose, elle n'est à elle seule caractéristique de la syphilis.

*Ce qui est caractéristique de la réaction méningée, c'est donc l'*ASSOCIATION LYMPHOCYTOSE ET ALBUMINE, et en réalité, sauf exceptions rarissimes et douteuses, *toujours*, lorsqu'*il y a lymphocytose, il y a hyperalbuminose.*

Ce sont donc là les deux signes qui doivent mettre sur la voie du diagnostic de syphilis nerveuse.

Mais peut-on rencontrer l'*hyperalbuminose* seule et sans lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien ?

Si l'on dépouille nombre d'observations d'états méningés syphilitiques ou autres on en trouve un certain nombre où se trouve signalée l'albumino-réaction sans lymphocytose.

Ces syndromes d'*albumine sans lymphocytose* par réaction méningée doivent toujours prêter à méfiance. Il semble cependant en exister quelques cas incontestables.

Actuellement on peut pratiquement poser comme loi qu'*il n'y a pas dans la* SYPHILIS NERVEUSE *de liquide céphalo-rachidien hyperalbumineux sans lymphocytose.* — En dehors de la syphilis c'est encore un syndrome rare. Il peut se voir toutefois dans certaines hémorragies cérébrales, dans certaines infections ou intoxications locales ou générales (poliomyélites, septicémies, typhoïde, pneumococcémie, urémie, diabète, etc.). Enfin, il semble bien que certains états cliniquement méningés ne présentent, au point de vue liquide céphalo-rachidien, que de l'hypertension avec albumine sans lymphocytose.

Tout ce que nous venons de dire s'applique aussi à la pathologie de la méninge spinale. L'hyperalbuminose est de règle dans les tumeurs juxta-médullaires (Nonne). Toute myélite d'origine syphilitique voit cette albumine s'accompagner de lymphocytose.

Mais une place importante doit être réservée au syndrome *albumine sans lymphocytose*, « DISSOCIATION ALBUMINO-CYTOLOGIQUE » des compressions médullaires non syphilitiques, tumeurs, pachyméningites, mal de Pott (1). Ce n'est pas là un des points les moins curieux de la physiologie pathologique du liquide arachnoïdo-pie-mérien.

B. *Autres éléments chimiques du liquide céphalo-rachidien.* — Ils ont beaucoup moins d'importance dans la syphilis cérébro-spinale.

a. *Glucose.* — On sait qu'une substance réductrice facilement décelable dans le liquide céphalo-rachidien a permis d'établir une glycométrie (2) normale et pathologique du liquide céphalo-rachidien. Dans la syphilis cérébro-spinale le sucre ne paraît pas différer beaucoup de la normale. Le seul point intéressant est la disparition fréquente de la substance réductrice dans les méningites aiguës (Sicard), importante pour le diagnostic avec une infection fébrile générale surajoutée à une méningite chronique syphilitique; dans ce dernier cas, en effet, le sucre rachidien est conservé (3).

b. *Chlorure. Urée. Pigments biliaires.* — Rien de spécial dans la syphilis cérébro-spinale.

c. *Choline* — On a cru pouvoir faire de la présence de cette substance trouvée par Mott et Halliburton un moyen de diagnostic entre les névroses et les maladies organiques. D'autres auteurs ont cru

---

(1) On peut dans une certaine mesure éviter l'acéto-solubilité en ajoutant auparavant quelques grains de chlorure de sodium.

(1) Il existe ainsi un *syndrome de* COMPRESSION MÉDULLAIRE caractérisé par une *albumino-réaction* extrêmement marquée avec *lymphocytose* INSIGNIFIANTE OU NULLE, s'opposant au syndrome des *méningo-myélites* syphilitiques où l'albumino-réaction moins marquée s'accompagne d'une lymphocytose abondante.

Ce syndrome de « dissociation albumino-cytologique » présente plusieurs degrés d'intensité, suivant l'abondance de l'albumine et l'apparition d'une teinte jaune du liquide céphalo-rachidien. Au maximum d'intensité c'est le syndrome xanthochromie, coagulation massive (de Froin, Sicard et Descomps) des compressions médullaires.

SICARD et FOIX. *Revue neurol.*, 1910. — SICARD, FOIX, SALIN. *Presse méd*,, 1911.

(2) Normalement 0,40 à 0,50 par litre (Sicard et Rousseau Langwelt). Voici la méthode approximative employée dans le service de notre maître Sicard ; à l'aide d'une pipette graduée on ajoute progressivement le liquide céphalo-rachidien à une quantité connue de liqueur de Fehling filtrée et chauffée. La quantité de liquide employée pour obtenir la décoloration donne par un simple calcul le glucose par litre.

(3) On peut prouver que la disparition du glycose rachidien est due dans les méningites aiguës à la pullulation microbienne et non à un ferment glycolytique des leucocytes (Sicard, Foix, Hallion et Bauer).

pouvoir lui faire jouer un rôle dans la pathogénie de l'épilepsie (Donath). Ces assertions n'ont pu être vérifiées (Pierre Marie).

V. Examen physique du liquide céphalo-rachidien. — a. *Tension.* — A l'inverse de ce qu'on trouve dans la syphilis secondaire (Ravaut) elle semble ne pas présenter de modifications constantes dans la syphilis cérébro-spinale.

b. *Cryoscopie.* — Le point cryoscopique diffère peu de la normale.

c. *Perméabilité méningée.* — C'est au contraire un point qui semble susceptible d'appeler de nouvelles études.

Si elle ne peut servir comme on l'avait espéré après les recherches de Widal, Sicard et Monod sur les méningites tuberculeuses, à différencier entre eux les états méningés, pourtant elle prête encore à d'intéressantes considérations (1).

Pathologiquement toute lésion méningée active, qu'il s'agisse de syphilis ou de tuberculose, amène un trouble de la perméabilité normale, et un passage beaucoup plus net de l'iodure : coloration rose franche par acide nitrique et sulfure de carbone. C'est ce qu'on peut constater dans la syphilis cérébro-spinale, les méningo-myélites de date récente, la paralysie générale, surtout après ictus congestifs, les hémiplégies syphilitiques récentes. Chez les tabétiques de vieille date avec peu de réaction méningée, l'iodure ne passe qu'à l'état de traces et d'une façon fugace comme chez les sujets normaux (Sicard). Le passage est donc moins net dans les lésions anciennes et organisées.

Lorsqu'on provoque artificiellement une réaction méningée — injections thérapeutiques dans le canal rachidien — on constate une augmentation de la perméabilité nette pendant toute la durée de la réaction (Sicard).

(1) Comme substance indicatrice, on se sert de l'iodure de potassium avec les précautions suivantes recommandées par M. Sicard. Dose d'iodure de 5 grammes en une seule fois par la bouche. Recherche de KI sur 8 à 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien, par l'acide nitrique et le sulfure de carbone (Achard et Lœfer). On a ainsi, quelquefois trois quarts d'heure après l'absorption, une très légère teinte rose du liquide; mais le passage maximum (teinte rose légère) se fait de une heure et demie à deux heures et demie après; à l'état normal (Sicard) dix à douze heures après, toute trace a disparu. Donc normalement, l'iodure ne passe qu'à l'état de traces.

V

Conclusions. — Telles sont les considérations auxquelles nous semblent prêter actuellement les procédés que le laboratoire moderne emploie pour dépister la syphilis dans les affections du système nerveux. Sont-ce bien d'ailleurs des procédés « de laboratoire » que des méthodes si universellement et couramment pratiquées qu'elles font partie de la besogne du « clinicien », au même titre que la recherche de l'albumine dans le diagnostic des affections rénales.

Quoi qu'il en soit, ce que le clinicien désire savoir ce sont les résultats sur lesquels il peut compter pour établir un diagnostic qui appelle actuellement une thérapeutique aussi spéciale qu'énergique. Au sérum et au liquide céphalo-rachidien qu'il enverra au laboratoire il demandera des réponses *nécessaires et suffisantes.*

Nécessaires :

Albumine......... } *du liquide céphalo-rachidien.*
Lymphocytose..... }

C'est le *syndrome minimum*, sans lequel on peut dire qu'il n'existe pas pratiquement de syphilis cérébro-spinale.

Suffisantes, outre l'albumine et la lymphocytose il y a :

Réaction de Wassermann positive { dans le *sérum sanguin.* / dans le *liquide céphalo-rachidien.*

C'est le *syndrome maximum*, où la syphilis nerveuse est indiscutable.

Le clinicien pourra recevoir toute une série de réponses intermédiaires, mais dont la valeur diagnostique n'est pas moins grande.

Par exemple :

Réponses		Interprétation
Wassermann positif. Sérum......... — négatif. Liquide C. R.. Pas de lymphocytose............... Albumino-réaction négative.........		*Syphilis sûre, mais lésion nerveuse non syphilitique.*
Albumino-réaction positive Lymphocytose........... Wassermann positif. Sérum........ — négatif. Liquide C. R...	L. C. R. (albumino-réaction, lymphocytose)	*Grande probabilité de lésion nerveuse syphilitique.*
Albumino-réaction positive Lymphocytose........... Wassermann négatif. Sérum......... — positif. Liquide C. R...	L. C. R. (albumino-réaction, lymphocytose)	*Syphilis nerveuse absolument certaine.*

TABLEAU DES RÉSULTATS DES DIVERSES ÉPREUVES DE DIAGNOSTIC DE LABORATOIRE SUIVANT LES AFFECTIONS

Affection	Sérum	L. C. R.
Paralysie générale.......	*Sérum* W = +.	*L. C. R.* Albumine, lymphocytose, W = +.
Tabes..................	*Sérum* W = + dans 60 p. 100.	*L. C. R.* Albumine, lymphocytose, W = + dans 50 p. 100.
Syphilis cérébro-spinale..	*Sérum* W = + dans 80 p. 100.	*L. C. R.* Albumine, lymphocytose, W = + dans 50 p. 100.
Scléroses en plaques.....	*Sérum* W = + quelquefois.	*L. C. R.* Quelquefois albumine et lymphocytose peu marquées, W = —.
Tumeurs cérébrales......	*Sérum* W = —.	*L. C. R.* Quelquefois albumine et lymphocytose faibles, W = —.
Epilepsie essentielle.....	*Sérum* W = —.	*L. C. R.* Rien, W = —.
Syringomyélie	*Idem.*	*Idem.*
Compressions médullaires (Pott, pachyméningites, tumeurs vertébrales)...	*Sérum* W = —.	*L. C. R.* Albumine, pas ou peu de lymphocytose (dissociation albumino-cytologique), W = —.
Tumeurs ponto-médull...	*Sérum* W = —.	*L. C. R.* Albumine, pas de lymphocytose (dissociation albumino-cytologique), W = —.

Dans ces dernières affections si le sujet est syphilitique. *Idem*, mais W du sérum = +.

MÉDECINE PRATIQUE

LES INJECTIONS DE CINNAMATE DE SOUDE DANS LA TUBERCULOSE

Par M. Jean LABORDE,
Médecin de la Crèche Furtado-Heine.

Les injections hypodermiques de cinnamate de soude ont, à mon avis, une action très nettement favorable dans tous les cas où l'organisme a, d'une façon générale, besoin d'être tonifié. Sans cantonner leur emploi comme cela a été fait dans la tuberculose pulmonaire, j'ai été frappé de la rapidité et de la solidité des résultats obtenus, et je n'hésite pas à affirmer la supériorité très évidente du cinnamate de soude.

Mais, et là est le point capital de mon expérimentation, les doses employées et relatées dans les formulaires sont tout à fait inférieures. Tout en procédant avec la prudence obligée pour toute thérapeutique, j'estime qu'on peut d'emblée injecter une ampoule de 5 centimètres cubes contenant un centigramme par centimètre cube. Cette dose de début qui est déjà très supérieure aux doses que l'on trouve indiquées chez les différents auteurs peut être très rapidement portée à un centigramme et demi par centimètre cube puis à 2 centigrammes, et sur plus de trois cents malades jamais je n'ai constaté d'intolérance en injectant 5 centimètres cubes à la fois. En revanche, les effets bienfaisants sont très rapidement manifestés et les malades mêmes qui déclaraient ne pas retirer de bénéfice des traitements antérieurs accusent spontanément une action singulièrement reconstituante.

Dans ma pratique journalière j'ai très souvent rencontré une certaine résistance de la part de quelques pharmaciens ou même de quelques confrères qui, consultant les diverses notes passées sur les cinnamates, considéraient ces doses comme exagérées... et ceux qui ont bien voulu se ranger à l'expérience que j'ai de cette posologie spéciale m'ont depuis fait part des bons résultats obtenus. On peut injecter 10 centigrammes par vingt-quatre heures sans le moindre danger.

Je reste convaincu de l'utilité que présente pour beaucoup de substances médicamenteuses la substitution de l'expérimentation personnelle à la consultation de formulaires souvent inexacts.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 3 JUILLET 1912)

Kyste hydatique de la paroi vésicale. — M. ARROU fait un rapport sur une observation adressée par M. Guichemin, médecin-major en Tunisie. Il s'agit d'un homme de cinquante-cinq ans qui se présente avec une rétention d'urine et une énorme tumeur du bas-ventre. Le cathétérisme vésical n'amène rien. Une ponction donne un peu de pus. M. Guichemin se décide alors à faire une incision. Il tombe sur une membrane très épaisse, qu'il incise et il sort une quantité considérable de pus et des membranes hydatides. Il s'agissait donc d'un kyste hydatique. Introduisant un cathéter dans la vessie et explorant en même temps la cavité de la poche, M. Guichemin se rend compte que la vessie fait corps avec la paroi du kyste. Il en conclut qu'il s'agit d'un kyste hydatique de la paroi vésicale elle-même. Il draine cette poche et cinquante jours après le malade était guéri.

M. Arrou cite un fait analogue qui lui est personnel. Il s'agissait d'un kyste hydatique du bassin. Il était impossible, dans ce cas, de ne pas se tromper; son malade a mis beaucoup plus de temps à guérir que celui de M. Guichemin.

M Segond a publié un cas de ce genre dans lequel il a attaqué le kyste par la voie prérectale.

Des recherches bibliographiques auxquelles s'est livré M. Arrou et des faits publiés par Charcot, Legrand, Martin, Albarran, Sauvage, etc., il résulte que les kystes de la paroi même de la vessie sont tout à fait exceptionnels.

Traitement du pied plat invétéré par la tarsectomie. — M. OMBRÉDANNE analyse un travail de MM. Pierre Duval et Cauchois sur le traitement de trois malades atteints de pied plat invétéré, par ce que les auteurs appellent la tarsectomie trapézoïdale et que M. Ombrédanne préfère désigner du nom de tarsectomie cunéiforme plantaire interne.

Après avoir donné la description de cette opération, M. Ombrédanne fait connaître les trois observations sur lesquelles s'appuient MM. Duval et Cauchois. La première opération date du 15 mars 1908, la seconde du mois de mai 1908, la troisième du mois de novembre 1910. Dans ces trois cas, le résultat fonctionnel et la force du pied sont très satisfaisants.

Fibrome avec pyo-salpinx ouvert dans la cavité abdominale. — M. Jean-Louis FAURE fait un rapport sur une observation de M. Lemonnier (de Rennes).

Une femme atteinte d'une grosse tumeur abdominale est prise tout à coup de douleurs vives et de fièvre. M. Lemonnier croit à un kyste de l'ovaire à pédicule tordu. Il intervient, trouve du liquide séro-purulent dans la cavité abdominale. Il s'agit d'un gros fibrome avec un pyo-salpinx qui s'est ouvert dans la cavité abdominale. M. Lemonnier fait l'hystérectomie abdominale totale, enlève les annexes et draine par le ventre et le vagin. Dans ces cas difficiles, la laparotomie seule permet de faire le diagnostic exact des lésions. M. Lemonnier a fait l'hystérectomie totale pour mieux assurer un bon drainage. Il eût pu faire la subtotale et drainer par le cul-de-sac postérieur.

L'avantage qu'il y aurait eu à cette manière de faire était d'aller plus vite. Il ne faut pas oublier que dans des opérations aussi graves la durée de l'opération a une grande importance. Toutefois la malade de M. Lemonnier a bien guéri et on ne peut que le féliciter.

Troubles de la mémoire après traumatismes du crâne. — M. TUFFIER a étudié cette question, il commence par citer des exemples. Un cavalier tombe de cheval sur la tête. Il reste dix-neuf jours dans le coma. Il récupère ensuite sa connaissance et ses mouvements. Il retrouve sa mémoire du passé; mais il ne se souvient ni de son accident ni des vingt jours consécutifs. Il y a vingt pages blanches dans sa vie. Cette lacune persiste encore après vingt années. M. Tuffier cite plusieurs exemples analogues. On peut constater une forte amnésie après une petite lésion et réciproquement. Il ne faut pas confondre ces faits avec les faits d'hystéro-traumatisme qui sont d'un autre ordre. Dans l'opération de la mémoire, l'image doit être imprimée, fixée et conservée dans les cellules cérébrales. Le traumatisme peut dissocier ces divers éléments. Il peut y avoir amnésie par défaut de fixation ou par défaut de conservation, dans l'espèce c'est le mécanisme moteur qui est faussé.

Le traitement consiste dans la rééducation qui se fait plus ou moins rapidement.

M. DELBET demande si l'on a recherché la réaction de Wassermann chez ces malades.

M. TUFFIER répond que la plupart de ces faits ont été observés avant la découverte de Wassermann.

M. POZZI cite un fait analogue qu'il a observé chez une jeune fille à l'abri de tout soupçon de syphilis.

M. PICQUÉ fait observer que la question d'amnésie est indépendante de la syphilis. Il reviendra d'ailleurs sur cette question.

M. THIÉRY fait remarquer qu'il faut aussi, dans ces cas, compter avec la simulation possible qui peut être dictée par une question d'intérêt.

Rétraction tendineuse consécutive à une fracture de l'humérus. — M. DELBET présente une fillette de dix ans qui, à la suite d'une fracture de l'humérus traitée par un appareil plâtré, présenta une rétraction des fléchisseurs portant sur les quatre derniers doigts. Guérison par une mécanothérapie bien dirigée, après libération du nerf, conduite préférable aux résections osseuses.

M. KIRMISSON estime, avec M. Delbet, qu'il est préférable, dans ces accidents d'origine nerveuse, d'agir par le dégage-

ment du nerf ou une ténoplastie plutôt que par des opérations osseuses; puis MM. SAVARIAUD et BROCA émettent quelques réflexions dans le même sens.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 27 JUIN 1912)

Remarques anatomiques sur l'opération de Franke. — MM. SICARD et LEBLANC. Sur le cadavre, l'arrachement du nerf intercostal au point d'élection, c'est-à-dire à 2-3 centimètres du trou de conjugaison, n'intéresse pas le ganglion rachidien. Si l'on s'en rapproche davantage, en sectionnant le ligament transverso-costal, technique délicate sur le vivant, la traction faite sur le point d'émergence du nerf porte plus sur la corne antérieure que sur la postérieure, et détermine des brèches dure-mériennes importantes, avec issue de liquide céphalo-rachidien. L'opération de Franke est donc inutile et dangereuse.

Lésions cérébrales dans la chorée de Huntington. — MM. MARIE et LHERMITTE ont trouvé, dans deux cas, l'atrophie du névraxe et spécialement des noyaux gris centraux, avec dilatation des ventricules, épendymites, lésions cellulaires enfin, production d'astrocytes nombreux, encéphalite des pieds des lobes frontaux et des noyaux centraux. Cette dernière lésion pourrait être en rapport avec les troubles mentaux et les mouvements choréiformes.

Différenciation élective des graisses dans les centres nerveux et les corps granuleux. — MM. ROUSSY et Guy LAROCHE. La coloration au Nil blau et au Soudan montrent la multiplicité des graisses du névraxe; le microscope polarisant montre la biréfringence de la myéline saine, et met en évidence les fibres myéliniques fines; on peut par cette méthode se rendre compte très rapidement de l'existence d'une dégénération myélinique; enfin, les corps biréfringents extra-cellulaires très nombreux chez le vieillard, manquent chez les enfants et les animaux.

Ramollissement du noyau rouge. — M. CLAUDE. Le malade a été présenté dans la séance du 1er février (v. *Gaz. des hôp.*, 1912, p. 234). L'autopsie faite récemment a montré un ramollissement thrombosique du noyau rouge intéressant le faisceau longitudinal postérieur, et respectant la voie sensitive. Il n'y a pas de grosses lésions du noyau dentelé et de l'olive, ce qui étonne M. Guillain. M. Thomas observe qu'il s'agirait là d'une dégénérescence rétrograde qui n'a peut-être pas eu le temps de se faire.

Rétinite albuminurique. Aspects ophtalmoscopiques et lésions. — M. ROCHON-DUVIGNEAUD. Les lésions vasculaires n'ont pas l'importance que leur attribue l'école allemande, la lésion la plus intéressante est l'accumulation de fibrine entre les grains externes et les grains internes; il semble que la fibrine, matière albumineuse, puisse se transformer en graisse.

Hémiplégie avec chorée limitée à la face. — M. TOUCHE. A l'occasion des mouvements et des émotions, ce malade âgé de cinquante-sept ans, avait des mouvements choréiformes limités à la face avec bredouillement et troubles de la déglutition; l'autopsie montra l'absence des opercules rolandiques et des végétations en chou-fleur de l'épendyme ventriculaire.

Diplégie infantile par méningite tuberculeuse. — M. TOUCHE. Diplégie datant de l'enfance avec déformation des quatre membres et idiotie; méningite ancienne, probablement tuberculeuse avec aspect gélatiniforme des circonvolutions et tendance à la porencéphalie, lésions de méningite tuberculeuse récente.

Aphasie chez une gauchère. — M. THOMAS. Il s'agit d'une femme de quarante-neuf ans, qui, en 1902, fit une aphasie avec alexie, agraphie, un peu de paraphasie, et pouvait transcrire l'imprimé en écriture ordinaire; à l'autopsie, grosses lésions de l'hémisphère droit; la zone sous-corticale de F 3 est complètement détruite, mais cette circonvolution a gardé ses connexions avec les voisines, ce qui a permis à la malade de rééduquer son aphasie avec une facilité remarquable. Grosses lésions du corps calleux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 20 JUIN 1912)

Mammite chronique. — M. NICLOT, qui a étudié en 1900 dans les *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, avec M. Massoulard, les mammites chroniques, indique que les examens anatomo-pathologiques et bactériologiques qu'il a pratiqués lui permettent seulement de conclure que l'étiologie infectieuse est possible mais la preuve décisive demeure encore à fournir.

Trois cas de gynécomastie primitive. — M. DETTLING publie l'observation de trois conscrits qui présentent sans traumatisme ou inflammation, sans aucune tare des organes génitaux, une hypertrophie idiopathique d'un sein.

La gynécomastie serait rare (1 cas sur 13000 conscrits d'après Puech, 1 cas sur 3500 d'après l'auteur), elle ne semble gênante, au point de vue du service militaire, que pour les fantassins qui portent le sac ou les cuirassiers.

Cure du varicocèle. — M. DEJOUANY, à propos des indications de la cure du varicocèle, montre que si les gros varicocèles, qui ne sont pas toujours les plus gênants, sont opérés par presque tous sans grande discussion, le chirurgien devra, lorsqu'il s'agit de varicocèles moyens ou petits mais douloureux, se préoccuper de l'état mental et des troubles nerveux, que peut présenter le malade, néanmoins un certain nombre de ces cas sont susceptibles d'être améliorés, mais c'est une entreprise difficile que chacun conduira à sa manière, avec son tempérament, son tact.

Quant à la technique, M. Dejouany pense que la résection veineuse, funiculaire ou inguinale, est la méthode la plus sûre et aussi la plus simple.

Dans certains cas elle sera utilement associée à la résection scrotale, à la manière de Chevrier. Comme opération de complément et seulement à titre occasionnel, la résection scrotale mérite de conserver une place dans notre thérapeutique chirurgicale.

Notes bactériologiques sur l'épidémie tunisienne de choléra en 1911. — M. CONOR signale à la Société les résultats bactériologiques qu'il a obtenus au cours de cette épidémie. Le vibrion observé répond au type décrit par Roch, les cultures étaient obtenues en deux temps : ensemencement en milieu pepto-gélosé à l'étuve à 37 degrés, puis après six à huit heures prélèvement à la surface et repiquage sur gélose. La réaction du choléra rott s'est produite dans 72,91 p. 100 des cas, la recherche de l'agglutination est nécessaire, elle doit être pratiquée à des taux élevés, la réaction de Baudi a été pratiquée, dans un certain nombre de cas, les cholériques, cliniquement guéris, conservent pendant environ douze jours le bacille du choléra dans leur intestin d'où la nécessité d'isoler rigoureusement les convalescents jusqu'à ce que l'examen bactériologique ait montré la disparition du bacille (vingt-huit jours dans un cas).

M. Conor a pu trouver le bacille chez cinq porteurs sains.

Sur 550 échantillons d'eau la présence du vibrion a été décelée trois fois.

L'exposition au soleil pendant plusieurs heures permet de détruire le bacille du choléra contenu dans une eau, de même l'hypochlorate de chaux s'est montré d'une grande efficacité; il semble que ce procédé soit appelé à rendre de réels services.

Gangrène gazeuse et eau oxygénée. — M. VEAUDIDIER apporte une observation analogue à celle publiée à la dernière séance par M. Cabois où l'irrigation par l'eau oxygénée jointe au débridement a arrêté net l'évolution d'une gangrène rapidement envahissante et sauvé un malade que condamnaient ses hésitations devant l'intervention radicale.

Note sur le néo-salvarsan. — MM. TERSEN et DUPUY signalent les premiers résultats qu'ils ont obtenu par ce médicament dont ils ont pratiqué 14 injections. Il semble, d'après ces auteurs, que la toxicité du 914 soit moindre que celle du 606, mais par contre qu'il soit moins efficace.

Principes pour l'évacuation des blessés sur le champ de bataille. — M. BOIGEY ouvre une discussion sur cette importante question. Il pense que :

1° Pendant le cours et à la suite des grandes batailles mo-

dernes il sera nécessaire de faire des évacuations de blessés. L'organisation des premiers convois d'évacuation pendant la bataille ou après la cessation des hostilités sera toujours précipitée, hâtive, imparfaite.

Elle se ressentira de l'agitation générale, ses premiers convois devront être réservés au transport des seuls blessés assis qui seront moins éprouvés que les autres par les considérations relativement défavorables d'une évacuation réalisée dans ces conditions.

2° Les blessés couchés seront groupés et retenus dans les formations immobilisées jusqu'à ce que le calme soit revenu sur le champ de bataille. Alors seulement on constituera en toute sécurité et sans la hâte préjudiciable aux blessés des convois homogènes exclusivement composés de voitures aménagées pour aller couchés. Enfin si les circonstances le permettent, c'est à ce moment qu'on pourra faire avancer sur le champ de bataille les trains sanitaires improvisés.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 29 JUIN 1912)

Papier de cellulose pure. — M. André MORIN montre un papier de cellulose pure qui est un produit industriel et peu coûteux. Ce papier résiste à tous les agents chimiques employés en pansement, et, ramolli par l'eau, permet d'obtenir un capuchonnage hermétique de tout flacon.

Mal de Pott cervical décelé par la radiographie. — MM. Albert WEIL et Carl RŒDERER présentent un cas de mal de Pott cervical dont l'évolution fut insidieuse, et qui risquait de passer inaperçu si la radiographie de profil n'était venue montrer, au niveau de la troisième cervicale, une fracture pathologique du corps de la vertèbre avec écrasement du fragment situé en avant du trait.

L'instinct et la pathologie générale. — M. BÉRILLON. L'instinct, aptitude par laquelle les individus normaux assurent la conservation de leur existence et la perpétuation de l'espèce, présente de nombreuses imperfections; les diverses maladies lui impriment des variations et des modifications différentes; les troubles des instincts de conservation proprement dits (antigénétiques) et ceux des instincts relatifs au développement de la race (philogénétiques) ne doivent pas être méconnus. Cette question, qui n'est traitée dans aucun livre de pathologie générale, ne peut laisser indifférent le médecin dont le rôle est de veiller à la conservation et à l'évolution normale des instincts par lesquels sont assurés la vie et l'accroissement des sociétés.

Biologie et action physiologique des eaux de la Bourboule en injections. — MM. GASTOU et FERREYROLLES démontrent par une série de projections et par un film cinématographique, ce que sont les colloïdes et les cristalloïdes de l'organisme. Les auteurs exposent le mode d'action des injections intratissulaires des eaux de la Bourboule : les injections agissent non seulement comme les sérums médicamenteux, mais encore par l'arsenic colloïdal que ces eaux contiennent.

Rupture de grossesse extra-utérine. — M. PERAIRE communique une observation de grossesse extra-utérine rompue avec inondation péritonéale. La malade, âgée de trente-deux ans, était en état de mort apparente : aucun mouvement, ni pouls, ni respiration, le corps froid, le ventre ballonné. La laparotomie fut pratiquée sans anesthésie ni aide : la trompe rompue contenait un placenta et un fœtus de deux mois et demi. Actuellement, la malade est complètement guérie.

L'auteur insiste sur la nécessité de toujours intervenir dans ces formes désespérées.

Opération de Freund et méconnaissance de la physiothérapie. — M. Georges ROSENTHAL montre que l'opération de Freund est aléatoire et dangereuse; aléatoire car un résultat satisfaisant a pu disparaître rapidement, et un autre cas a été absolument négatif; dangereuse, puisque une opération sans résultat durable a provoqué un pneumothorax, une infection aiguë avec menace de mort. Il faut donc limiter l'indication de cette intervention aux cas où la suppléance diaphragmatique n'a pu être installée par la kinésithérapie.

Coryza et gymnastique respiratoire. — M. Marcel NATIER. Le coryza procède fréquemment de troubles généraux, occasionnés par de l'insuffisance respiratoire : celle-ci détermine la viciation de l'hématose et par suite des perturbations vasomotrices avec troubles sécrétoires, au nombre desquels doit être rangé le coryza. En rectifiant la respiration par des exercices appropriés, on restitue du même coup au système nerveux sa faculté de contrôle, et, dès lors, on triomphe du coryza.

FORMULAIRE

CONTRE LES VOMISSEMENTS DES NOURRISSONS ET LA DIARRHÉE INFANTILE

Les premiers jours donner du « Képhir Salières » coupé d'eau de Vals par moitié pour arriver à le donner pur soit au biberon, soit au verre, à la dose d'un flacon par jour.

Il est rare qu'au bout d'une semaine les vomissements et la diarrhée n'aient pas disparu.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

UNE CIRCULAIRE DE M. BRIAND SUR LES EXPERTISES D'ACCIDENTS DU TRAVAIL. — M. A. Briand, garde des sceaux, ministre de la justice, vient d'adresser aux premiers présidents des cours d'appel la circulaire suivante :

« Dans une circulaire en date du 25 juillet 1910, relative aux expertises médicales en matière d'accidents du travail, M. le garde des sceaux L. Barthou vous a rappelé que l'expert commis ne pouvait « être le médecin qui a soigné le blessé ni un médecin attaché à l'entreprise ou à la société d'assurance à laquelle le chef d'entreprise est affilié » (art. 17, paragraphe 4 de la loi du 9 avril 1898 modifiée par celle du 22 mars 1902).

Tout en reconnaissant que la loi n'interdit pas expressément de commettre un médecin attaché à une « autre » compagnie d'assurances, mon prédécesseur vous signalait les inconvénients pouvant résulter du cumul des deux fonctions et il recommandait de n'inscrire sur les listes d'experts, quand le nombre des médecins le permet, aucun médecin d'une société d'assurances ou d'un syndicat de garantie ou, tout au moins, de ne jamais désigner ceux-ci dans une affaire d'accident du travail.

Je suis informé que les dispositions susvisées de la circulaire du 25 juillet 1910 ne sont pas toujours observées. De nouvelles réclamations ont été formulées signalant que des médecins notoirement attachés à des compagnies d'assurances continuaient à être commis.

Dans ces conditions, j'appelle de nouveau votre attention sur cette question.

Je vous prie de vouloir bien inviter les présidents des tribunaux civils de votre ressort à provoquer les mesures nécessaires pour que la règle formellement posée par l'article 17 paragraphe 4 de la loi de 1898 ne soit jamais perdue de vue et que, en outre, les médecins attachés aux sociétés d'assurances ou aux syndicats de garantie contre les accidents du travail ou encore aux entreprises s'assurant elles-mêmes ne soient pas commis dans les affaires d'accidents du travail. A cet effet, ceux-ci seront, le cas échéant, mis en demeure d'opter entre leurs fonctions et leur maintien sur la liste des médecins experts; tout au moins, la liste devra être divisée en deux parties dont l'une ne comprendra que les médecins pouvant être commis dans les affaires dont il s'agit. MM. les présidents devront, au besoin, s'entendre avec MM. les procureurs de la République en vue de contrôler la situation exacte à cet égard de chacun des médecins experts.

Vous voudrez bien également rappeler aux présidents les autres dispositions de la circulaire susvisée et m'accuser réception des présentes instructions. »

A. BRIAND.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

La première série étant close, les demandes pour la deuxième série doivent nous parvenir avant le 15 juillet.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 5 juillet. — MM. Gasne, 16; Bazy et Sauvé, 19.

HOPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Un concours pour la nomination d'internes des hôpitaux aura lieu le lundi 16 septembre 1912.

Les inscriptions seront reçues à l'administration centrale des hospices, 56, passage de l'Hôtel-Dieu, tous les jours non fériés, de neuf heures à onze heures et de trois heures à cinq heures. Le registre d'inscription sera clos le samedi 31 août, à onze heures du matin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Rouvière, agrégé, est admis à prendre part au concours qui s'ouvrira le 1er juillet 1912 pour l'emploi de chef des travaux anatomiques.

MARINE. — Ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins de troisième classe Juhel, Coureaud, Robin, Guierre, Michaud, Esquier, Collin, Charpentier, Bevengut, Jobard, Larroque, Rondet, Brunet, Chauvel, Bienvenue, Mazérès, Négrié, Marmouget et Parcellier.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Sont nommés dans le corps des sapeurs-pompiers :

Au grade de médecin aide-major de première classe : MM. les docteurs Perrin, à Boulogne, et Robin, à Pantin.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe : MM. les docteurs Caron, à Carvin, et Louart, à Labuissière.

AU CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — La première session ordinaire du conseil supérieur de l'instruction publique s'est ouverte sous la présidence de M. Darboux, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, vice-président du conseil supérieur.

Parmi les projets de décrets soumis à l'examen du conseil supérieur figure au point de vue de l'enseignement supérieur :

« Un projet de décret modifiant différents articles du décret du 29 novembre 1911 portant réorganisation des études en vue du doctorat en médecine. Le principe de cette modification est le suivant :

Il n'y aurait plus, à la fin de chacune des cinq années d'études, qu'un seul examen, à matières multiples, portant sur tout l'enseignement de l'année, examen à la fois pratique et oral. Il y aurait, pour chaque matière, une note spéciale votée par le jury entier.

Il n'y aurait que deux sessions d'examens : juillet et octobre. Un échec partiel en juillet pourrait se racheter en octobre. Mais tout échec, même partiel en octobre, entraînerait pour l'étudiant la nécessité de recommencer l'année suivante. »

A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — LES AGRANDISSEMENTS DE L'ÉCOLE. — L'augmentation du nombre des médecins militaires (loi du 20 juillet 1911) et la création d'une cinquième année d'études (décret du 29 novembre 1911) rendent nécessaire l'agrandissement de l'école de santé militaire créée à Lyon il y a une dizaine d'années. Voici les détails que donne à ce sujet le *Lyon universitaire*.

Divers projets ont été étudiés par l'architecte en chef de la ville. Tous sont basés sur la surélévation d'un étage des bâtiments de l'école, surélévation qui pourra être entreprise au fur et à mesure des besoins.

Mais il résulte de l'étude faite par M. l'architecte en chef de la ville, de concert avec M. le médecin inspecteur Polin, directeur de l'école, qu'il est indispensable, pour faire face aux besoins dès la rentrée d'octobre, d'exhausser d'un étage toute la partie du pavillon est de l'école. Dans cette partie on placerait 34 lits et 10 salles d'études de six élèves chacune.

Les travaux coûteraient 210 498 fr. 75.

Un agrandissement semblable serait effectué l'année prochaine sur l'aile ouest des bâtiments.

En raison de l'urgence, le maire demande l'autorisation de traiter de gré à gré et de préférence avec les entrepreneurs adjudicataires de l'entretien des bâtiments communaux ou des travaux neufs en cours d'exécution.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Henri Blitz (de Marseille) et Jean Forné (d'Amélie-les-Bains).

OBÉSITÉ ET THERMOTHÉRAPIE

Par Louis-Albert AMBLARD
(de Vittel)
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Ancien assistant de la Consultation des maladies du cœur
à l'hôpital Necker.

I

La thermothérapie jouit depuis quelques années d'une vogue croissante, et participe au développement considérable des différentes branches de la physiothérapie. Mais, dès la plus haute antiquité, les applications de la chaleur, sous diverses formes, étaient utilisées pour le traitement d'affections variées. Excitant essentiel de l'activité cellulaire, la chaleur joue, en effet, un rôle prépondérant dans les variations des phénomènes vitaux; il est donc naturel que, devançant les recherches biologiques précises, cette observation, très générale, ait conduit à son utilisation empirique.

II

Agissant sur une cellule isolée et prise dans des conditions thermiques moyennes, l'élévation de la température détermine des phénomènes d'excitation, qui aboutit, au delà d'un certain chiffre, à l'arrêt des processus vitaux. La chaleur d'abord excitante devient paralysante. Les cellules des organismes les plus élevés sont les plus sensibles aux variations de la température, et si, chez un animal à sang froid, chez un hétérotherme, elles s'accordent des variations thermiques assez larges, cette tolérance diminue pour devenir très étroite chez les animaux à sang chaud, les homéothermes.

Chez les hétérothermes la chaleur augmente et le froid diminue l'activité cellulaire. Chez les homéothermes au contraire, les cellules sont maintenues aux environs de 36 à 40 degrés, dans les limites les plus favorables à leur activité, par l'intermédiaire du système nerveux agissant sur le milieu intérieur où vivent ces cellules. La chaleur s'élève-t-elle l'activité des cellules diminue, s'abaisse-t-elle, leur activité augmente. C'est ainsi, qu'agissant sur un homéotherme, les variations de la température extérieure vont modifier les échanges nutritifs. Le froid augmente les échanges respiratoires, la grandeur du métabolisme azoté et hydrocarboné, l'appétit; la chaleur les diminue.

Ainsi, pour se maintenir dans les limites de température optima, l'organisme met en jeu un certain nombre de moyens de défense. Sous l'influence de températures croissantes, la sécrétion sudorale, très faible au-dessous de 25 degrés, s'accroît considérablement, cet accroissement n'étant, du reste, pas dû à une action locale de la chaleur sur les terminaisons des nerfs sudoripares, mais à l'intervention du système nerveux central. A cette réaction sudorale s'ajoute une polypnée qui s'accroît avec la température, et contribue également à la déperdition calorique. Enfin, l'accroissement de température du milieu ambiant agit puissamment sur la circulation. Il n'est pas bien prouvé que l'action se produise directement sur le cœur dont les battements deviennent cependant plus fréquents, cette modification du rythme pouvant n'être qu'une conséquence de l'abaissement de la pression dans le système artériel, dû à la diminution de la résistance à l'écoulement sanguin au niveau des petits vaisseaux périphériques dilatés.

Chez un homéotherme placé dans des conditions normales, l'accroissement de chaleur détermine donc une exagération de la sécrétion sudorale, et une polypnée déperditrice de calorique, provoque une modification profonde de la circulation, tachycardie avec abaissement de la tension artérielle, diminue l'activité cellulaire et ralentit les échanges.

Mais, lorsque des conditions normales on passe, comme c'est le cas de la thermothérapie, à des conditions anormales, et que l'on surchauffe le sujet, certaines de ces réactions deviennent inverses, et, bien loin d'être ralenties, les combustions s'exagèrent, les échanges augmentent, le métabolisme est excité; les autres réactions de défense, sécrétion sudorale, polypnée, chute de la tension, persistent. Enfin phénomène important, la sécrétion sudorale s'accompagne d'une diminution marquée de la sécrétion rénale (1).

III

Que doit-on entendre par obésité? « L'obésité est un syndrome clinique relevant d'un trouble de la nutrition portant sur les matières grasses et caractérisé par une accumulation en excès des réserves de graisse dans tout l'organisme (2). »

Due à des causes multiples, chez des sujets prédisposés, l'obésité apparaît chez les arthritiques ; très fréquemment, elle précède ou accompagne la lithiase rénale, le diabète, la goutte, l'artériosclérose. Ces rapports de l'obésité avec ces affections ne sont pas indifférents considérés au point de vue du traitement thermothérapique. Et sans insister sur tous les troubles provoqués par l'obésité, rappelons que les fonctions rénales sont généralement troublées, l'albuminurie habituelle, la tension artérielle très souvent élevée, les accidents cardiaques fréquents, dus à l'adipose simple ou compliquée de myocardite ; symptômes qui ne sont pas à négliger dans la prescription et la direction de la cure thermothérapique.

Quelle qu'en soit la cause, dans quelles conditions spéciales l'obésité place-t-elle le sujet qui en est atteint? Contrairement à l'opinion courante qui veut que l'obèse soit protégé contre le froid par l'épaisseur de la couche adipeuse sous-cutanée, la physiologie montre qu'il y est d'autant plus sensible, sa surface de déperdition calorique étant exagérée par rapport à sa masse productrice de chaleur, souvent, du reste, réduite elle-même par diminution de la masse musculaire due au défaut d'exercice. De même les recherches des explorateurs concordent pour montrer que, si les animaux polaires sont pro-

(1) Cf. Jules Lefèvre. *Chaleur animale et bioénergétique*, Masson 1911.

(2) Rathery. *Manuel de médecine* Debove, Achard, Castaigne (article goutte).

tégés par une fourrure épaisse et se mouillant difficilement, ils ont une couche graisseuse sous-cutanée fort réduite (J. Liouville).

Du fait que l'obésité s'accompagne très fréquemment de troubles cardio-vasculaires dus soit à la dégénérescence graisseuse du cœur, soit à l'hypertension artérielle liée à une insuffisance rénale plus ou moins accentuée, il s'ensuit que le surchauffage auquel on soumet l'obèse doit, a priori, nécessiter une surveillance toute spéciale de l'état du myocarde et des réactions musculaires.

L'exagération de la sécrétion sudorale, qui entraîne une diminution accentuée de la sécrétion urinaire, nécessite une précaution particulière et absolument indispensable, celle de prescrire pendant, ou après la cure, l'absorption de boissons en grande quantité; car il est bien acquis que la quantité de boissons est sans influence aucune sur l'engraissement d'un sujet (Debove, Rathery), et d'autre part, l'exagération du métabolisme provoqué par le surchauffage nécessite une épuration urinaire encore plus accentuée, si possible qu'à l'état normal.

IV

Ces précautions prises, quel peut être l'utilité du surchauffage dans le traitement de l'obésité? Nous connaissons les réactions provoquées chez le sujet normal, augmentation des échanges et crise sudorale. En exagérant ces phénomènes, le surchauffage ne peut être que salutaire, un certain nombre de produits toxiques s'éliminant par la sueur.

Mais quel sera le rôle vraiment amaigrissant de la cure? La question est assez délicate. Comme nous allons le voir plus loin, sous l'influence d'un bain chaud le poids d'un sujet diminue. Est-ce dire qu'il y aura eu destruction de la graisse? En réalité, cette idée que le traitement par le surchauffage seul provoque l'amaigrissement ne repose sur aucune expérience de valeur. Car la perte de poids, ainsi que le fait très justement remarquer Javal (1), peut être déterminée soit par la perte d'eau et de sels, soit par destruction des albuminoïdes, soit par celle des graisses et des hydrates de carbone. Et, s'il est facile d'évaluer la perte d'eau par le bilan de l'eau absorbée et urinée, les pertes d'albumine par le dosage de l'azote urinaire, pour les graisses et les hydrates de carbone dont les termes de désagrégation ultime sont CO^2 et H^2O, l'étude est pratiquement impossible. Et il nous semble bien probable que la diminution de poids obtenue au cours d'un bain chaud représente la perte en eau de l'organisme, les obèses ayant du reste une grande tendance à retenir le chlorure de sodium (M. Labbé et Furet). On connaît les très intéressantes recherches de M. le professeur Widal (2) et ses élèves, Besnard et Vaucher, sur le degré de concentration sanguine étudiée à l'aide du réfractomètre de Pulfrich, chez les brightiques. De telles expériences poursuivies chez les malades au cours d'une cure de thermothérapie seraient du plus grand intérêt.

(1) A. Javal. *De l'obésité. Hygiène et traitement*, Th. de Paris, 1900; — *IIIe Congrès de physiot.*, 1911.

(2) Widal, Besnard, Vaucher. *Semaine méd.*, 1911.

V

A l'heure actuelle les traitements thermothérapiques de l'obésité sont nombreux.

1° Traitement par les boues minérales de Dax, Barbotan, Saint-Amand sur lequel nous n'insistons pas, ces boues agissant évidemment par leur degré thermique, mais aussi par d'autres qualités assez complexes.

2° Le traitement par les bains balsamiques obtenus par les émanations dans une étuve des vapeurs dues à la combustion de pin Mugho, bains que l'on applique à Beaume-les-Bains, mais que l'on peut administrer aussi bien dans tout établissement hydrothérapique [Dubois de Saujon (1)] et sur lesquels nous n'insistons pas pour des raisons analogues.

3° La cure solaire, qui est bien plutôt une cure de photothérapie que de thermothérapie. Il est certain que le surchauffage peut être obtenu par exposition à la lumière solaire. Les « coups de chaleur » dans les troupes en marche en sont la preuve. Mais d'autres facteurs entrent ici en jeu : le fait de cheminer en groupe, la privation d'oxygène, le port de vêtements chauds, toutes conditions qui font différer ce cas de celui des sujets soumis à la cure solaire, et qui sont exposés nus à la lumière du soleil, à une température atteignant rarement 36 degrés.

4° Les bains de sable.

5° Les bains d'eau chaude.

7° Les bains d'étuves à vapeur humide et les bains d'étuves sèches.

7° Les bains d'air chaud, avec ou sans adjonction de l'élément lumineux.

Bains de sable. — Beaucoup plus souvent utilisés autrefois qu'aujourd'hui sur certaines plages, où les malades étaient recouverts partiellement de sable chauffé par le soleil. Leur application, plutôt dirigée contre les affections rhumatismales que contre l'obésité, entraîne une sudation particulièrement vite évaporée et absorbée par le sable chaud. Contre certaines obésités locales des sacs de sable chauffé ont aussi été préconisés. Leur emploi ne s'est pas généralisé.

Bains d'eau chaude. — Le malade est placé dans un bain à 35 degrés progressivement réchauffé, jusqu'à 40 degrés au moins, et d'une durée de dix à trente minutes. La température peut être portée jusqu'à 42 et 45 degrés. Nous avons étudié l'action de bains d'eau chaude sur plusieurs sujets normaux en portant la température à 44 degrés pendant une demi-heure. Les résultats ont été concordants dans les divers cas.

1. Pendant le bain, accélération du rythme respiratoire, oppression, élévation de la température du corps à 39 et 40 degrés, rubéfaction de la peau, sudation violente de la face, violente modification de la circulation. La tension artérielle maxima augmente de 1 à 2 centimètres de mercure (2). La tension

(1) Dubois (de Saujon). *IIIe Congrès de physiot.*, Paris 1910.

(2) Mêmes résultats observés pour la marche de la tension maxima par Gouruku, Kunigama, Kusch, Baccarini, Filipovitch, Pobrowski, Miadjowski.

minima diminue de la même quantité. Pouls, 100-120 à la minute.

2. Après le bain, le sujet étant étendu au repos pendant une demi-heure et enveloppé dans une couverture de laine épaisse et chaude, rubéfaction violente de la peau, sudation marquée. Les tensions artérielles maxima et minima reviennent lentement à la normale. Le pouls se ralentit, 85-75 à la minute. Diminution du poids, de 800 à 1 000 grammes.

La sensation de malaise pendant le bain, l'accélération du pouls, les bourdonnements d'oreilles, les battements artériels généralisés obligent parfois à arrêter l'expérience. Après le bain, sensation d'affaiblissement, torpeur.

Bains d'étuves à vapeurs humides. — Surtout employés en Russie, Suède, Norvège et Finlande, ces bains se donnent dans des étuves portées par de la vapeur d'eau à une température de 40 à 45 degrés, et durent de dix à quarante minutes. A l'entrée dans le bain, suffocation, polypnée, oppression, puis accoutumance, sudation énergique. Accélération du pouls, 110, 120, 130 pulsations à la minute. Accélération des mouvements respiratoires, 20-22 inspirations à la minute. Elévation de la température du corps, 38-39 degrés, surtout dans les dernières minutes du bain. Etat général : cuisson de la peau, bourdonnements d'oreilles, tendance à la syncope, soif ardente, battements artériels, céphalée intense.

Bains d'étuves sèches. — Ils comprennent deux variétés :

1. Le bain généralisé, où le malade entre dans une chambre dont la température est portée à 40, 45, 50 degrés par l'échauffement des murs. La durée est de dix à quarante minutes. Les phénomènes sont assez analogues à ceux que l'on observe au cours des bains d'étuves à vapeurs humides. L'évaporation de la sueur est cependant plus rapide.

2. Dans l'appareil de Berthe le malade est placé dans une caisse dont émerge la tête. La vapeur chaude et sèche est amenée par une tuyauterie dans l'appareil. En réalité, malgré les précautions prises pour conserver, à la vapeur, sa sécheresse, il se produit trop souvent des zones de condensation, d'où brûlures. Les phénomènes observés sont assez identiques à ceux que l'on obtient avec l'étuve sèche. La sensation d'oppression est cependant moins accentuée, et le bain mieux supporté.

Bain d'air chaud. — Plus rationnel et mieux supporté. Les appareils les plus fréquemment utilisés sont, en Allemagne l'appareil d'Hilzinger, en Angleterre l'appareil de Tallermann, en France celui de Ménétrel. Cet appareil est constitué par une étuve en cuivre dans laquelle le malade est introduit jusqu'à la hauteur des seins. La source de chaleur est une lampe à alcool. La durée de la séance ne doit pas dépasser quarante-cinq minutes ; l'air peut être porté à une température de 110-130 degrés. Pendant le bain, accélération de la respiration, sudation énergique, chute de la pression artérielle. La perte de poids est de 600 à 1 000 grammes (1).

(1) MÉNÉTREL. *Congrès de Liége*, 1906; — *Congrès de Rome*, 1908; — *Congrès de Paris*, 1910.

Bains thermolumineux. — L'appareil généralement employé est celui de Heller, constitué par une caisse en bois munie d'un certain nombre de lampes électriques (lampe Edison à filament de charbon, lampe à filament métallique, lampes de Dowsing). La qualité des rayons émis (rayons caloriques, rayons lumineux) varie avec la variété de lampe employée. Ce bain n'est donc pas purement un bain de chaleur, mais aussi un bain de lumière, la part qui revient à l'un et l'autre de ces facteurs étant difficile à préciser (1). Notons, en passant, que la teinte de la lumière n'est pas sans influence, la lumière bleue présentant un effet calmant, la lumière rouge, un effet excitant [Foveau de Courmelles (1890)]. Le malade est soumis à une température croissante de 15 à 20 degrés jusqu'à 40 et 45 degrés.

La sudation commence à 38 degrés, s'exagère à 40 degrés pour devenir très abondante. La respiration s'accélère, mais peu ; la tension artérielle baisse, aussi bien la tension maxima que minima (2). Le pouls devient plus fréquent, 100, 120 et plus.

Après le bain, le malade douché (36 degrés) reste au repos pendant une demi-heure, enveloppé dans une couverture chaude. La sécrétion sudorale est abondante, Le pouls devient moins fréquent; la tension artérielle tend à revenir à son niveau primitif. La perte de poids est de 800 à 1200 grammes. Ces bains sont assez bien supportés et les accidents sont rares.

Quelques auteurs, et tout récemment encore, ont publié des observations où la tension artérielle maxima était considérée comme ayant été surélevée dans une certaine mesure, au cours de bains thermolumineux chez les hypertendus. Nous ne croyons pas pour notre part, d'accord en cela avec les physiologistes, à cette élévation que nous n'avons jamais constatée, à la condition d'utiliser, pour mesurer la tension artérielle maxima un appareil susceptible de fournir cette mesure d'une façon absolument objective, sans participation, dans la lecture des chiffres de tension, des qualités d'observation de l'observateur, soit notre « sphygmométroscope », soit le « sphygmosignal » de M. Vaquez.

Il est cependant possible que parfois la tension maxima puisse être au début du bain momentanément et très légèrement surélevée, comme le signale Pariset, avant que la sudation s'établisse; nous croyons cependant que l'on doit considérer le bain thermolumineux comme un hypotenseur très actif.

VI

Ainsi pour ne s'en tenir qu'à l'effet utile obtenu, et abstraction faite des risques que peut faire courir au malade l'emploi de tel ou tel de ces moyens d'ap-

(1) Finsen, qui préconisa le premier le bain de lumière, et employa l'arc électrique constata qu'ils produisaient une hyperhémie persistante de la peau, et Wulff qui essaya d'utiliser la lumière seule, fournie par 17 becs à incandescence munis de réflecteurs paraboliques, aurait obtenu une sudation très abondante vers 25 à 30 degrés. Mais ces expériences seraient viciées par des défauts de techniques (Pariset), et ne sont pas généralement acceptées.

(2) L.-A. AMBLARD. Action des bains sur le poids et la tension artérielle, *Bull. gén. de thérap.*, avril 1911.

plication de la chaleur, on constate que, à la suite d'une séance, la tension artérielle est abaissée pour ne remonter à son niveau primitif qu'après un certain temps, et qu'une sudation énergique se manifeste (1). Des expériences ont montré l'importance de la désintoxication ainsi obtenue [Italo Tonta (2)]. Le bénéfice est donc réel. Pour ce qui est de la perte du poids, nous avons déjà indiqué qu'elle est probablement due à la soustraction d'une certaine quantité d'eau à l'organisme. L'étude du poids au cours d'une cure thermothérapique prolongée montre, en effet, que quelle que soit la méthode employée les résultats obtenus sont comparables et ne sont guère encourageants. La perte de poids va en régressant assez rapidement à mesure que le nombre des séances augmente. Elle tombe le second jour à 600-800 grammes, le lendemain à 600 grammes environ, pour se maintenir dans la suite aux environs de 300 à 600 grammes. Chaque jour la perte de poids est alors à peu près compensée. Cependant, il est indéniable que, toutes conditions de régime alimentaire et d'exercice restant les mêmes, un traitement thermothérapique d'une dizaine de séances amène un abaissement de poids allant de 2 à 4 kilos et persistant assez longtemps, voire plusieurs mois après la cessation des séances (Laquerrière et Delherm, Ménétrel, Amblard).

Théoriquement et pratiquement il y a donc intérêt à conseiller la thermothérapie aux obèses.

VII

Mais des indications précises doivent êtres posées portant :

1° Sur la catégorie d'obèses que l'on doit traiter par la thermothérapie ;

2° Sur la méthode à laquelle on doit accorder la préférence ;

3° Sur les précautions dont pour éviter tout risque d'accident on devra s'entourer.

D'une façon générale, toutes les variétés d'obésité peuvent être soignées par le traitement thermothérapique. S'il n'y a pas lieu d'espérer une perte de poids très sensible, du moins l'action sur l'état général, sur l'activité des échanges qui est accrue, l'action désintoxicante, s'adresseront aussi bien à l'obèse jeune, pléthorique, gros mangeur et sédentaire, qu'à l'obèse atonique avec signes concomitants d'artériosclérose. Mais il est certain que l'on devra se garder de soumettre au surchauffage, même très prudemment conduit, les sujets dont la tension artérielle est très élevée, ou ceux dont le cœur est atteint par la dégénérescence graisseuse compliquée ou non de myocardite. Nous croyons que le surchauffage est complètement contre-indiqué chez ces derniers malades. Plusieurs cas de mort nous ont été signalés en pareil cas.

L'obèse jeune, à circulation normale, pourra indifféremment être traité par les divers procédés, étuves humides ou sèches, bains thermolumineux. Mais comme les réactions diffèrent un peu suivant les méthodes employées, on devra, chez tous les autres obèses, utiliser le mode de traitement qui assure des résultats suffisants avec un minimum de dangers.

Le bain d'eau chaude s'accompagne d'une perte de poids assez considérable, élève la tension maxima et abaisse la minima, provoque donc une perturbation profonde de la circulation, et entraîne un état d'affaiblissement persistant assez longtemps après la cessation du traitement, tout au moins dans les conditions de température (42-44 degrés), et de durée (trente minutes), nécessaires pour que l'effet désiré soit obtenu.

Les bains d'étuves aussi bien sèches qu'humides où le sujet tout entier est soumis à l'action de la vapeur surchauffée devront être réservés aux obèses jeunes, à circulation normale. S'ils semblent plus énergiques et préférables au point de vue des résultats, ils sont certainement plus dangereux. Le fait que le sujet respire un air surchauffé n'est pas négligeable, car l'expérience montre qu'il contribue pour une part notable à l'élévation de la température du corps (Fredericq).

L'évaporation de la sueur, par laquelle se défend l'organisme contre le surchauffage, étant d'autant plus facile que l'air ambiant est plus éloigné de son point de saturation par la vapeur d'eau, le bain de vapeur sèche est incontestablement préférable au bain de vapeur humide. De plus, diverses expériences ont montré que dans une athmosphère sèche le sujet peut être soumis à une température excessive, jusqu'à 260 degrés, tandis que dans une athmosphère humide sa résistance ne va plus jusqu'à supporter 100 degrés (1). Dans l'appareil de Berthe, théoriquement à vapeurs sèches, trop souvent des condensations se produisent qui peuvent provoquer des brûlures. Les moyens de choix semblent donc être le bain d'air sec obtenu avec l'appareil thermolumineux ou avec l'appareil à chaleur obscure de Ménétrel, à la condition, cependant, pour ce dernier appareil que toutes les précautions soient prises afin d'absorber la vapeur d'eau produite par la combustion de l'alcool, source de chaleur, qui tendrait à ramener cet appareil à un appareil de Berthe.

VIII

Pendant l'application du bain, il sera bon de :

a. Connaître exactement le degré de la température à laquelle est soumis le patient ; question délicate à résoudre. On peut employer des thermomètres spéciaux, soit le thermomètre noirci (Pariset), soit le thermographe de Tatin (Ménétrel). Avec le bain thermolumineux, une température de 45 à 50 degrés est très suffisante.

(1) G. Amblard. *Action des bains thermolumineux sur l'hypertension dans les cardiopathies artérielles*, Th. de Paris, 1910. — L.-A. Amblard. Artériosclérose et bains lumineux, *Journ. des prat.*, 1910 ; — Action des bains sur le poids et la tension artérielle, *Bull. de thérap.*, 1911 ; — Action du bain de lumière électrique sur la tension artérielle des artérioscléreux, *Congrès de physiot.*, Paris 1910 ; — Artériosclérose et bains thermolumineux, *Soc. de méd. de Paris*, mai 1912.

(2) Italo Tonta. *Congrès d'électrologie*, 1903.

(1) Rodriguez, Sanz et Macouzet. *IIIe Congrès internat. de physiot.*, p. 485.

b. Surveiller constamment pendant toute la durée du bain la marche de la tension artérielle et la fréquence du pouls (1). Cette précaution est absolument indispensable. Arrêter l'opération si le pouls dépasse 120 à la minute est une mesure prudente.

c. Eviter les troubles de circulation encéphalique, soit à l'aide d'un casque réfrigérant, soit à l'aide d'un ventilateur.

d. Faire respirer au malade un air frais.

e. Ne jamais poursuivre une cure thermothérapique sans se préoccuper de la quantité d'eau absorbée journellement, quantité qui devra être non diminuée, mais augmentée.

Après le bain, par une application d'eau relativement froide, provoquer le ralentissement du pouls, qui s'obtient soit par un effet direct sur le cœur, assez discutable, soit par un resserrement des petits vaisseaux périphériques. Puis entourer le malade d'une couverture de laine chaude pour éviter le refroidissement, et laisser le sujet au repos en position étendue pendant une demi-heure.

Après le bain thermolumineux, certaines autres pratiques hydrothérapiques sont parfois employées, douche en pluie, douche chaude, etc. La percussion due à la vigueur du jet aurait une influence favorable (Sandoz, Taguet).

Entourée de ces précautions qui nécessitent absolument des connaissances médicales très précises, les applications thermothérapiques sont un adjuvant utile pour la cure de l'obésité plus encore par leurs effets indirects de désintoxication, d'excitation des échanges, et de modifications de la circulation, que par leur action directe sur l'exagération de la combustion des graisses, qui reste discutable.

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT GÉNÉRAL DANS L'INFECTION PUERPÉRALE

Nous avons indiqué dans un précédent article (voir *Gaz. des hôpit.*, 25 juin 1912, n° 72) que la tendance actuelle était de restreindre au minimum indispensable le traitement local dans l'infection puerpérale. Nous avons indiqué les raisons de cette tendance à l'abstentionnisme.

Si l'agent microbien causal est difficilement accessible à une thérapeutique locale, on peut par contre lutter contre son envahissement en augmentant par tous les moyens possibles la résistance de l'organisme à l'infection. C'est dans ce sens que la thérapeutique de l'infection puerpérale s'est orientée dans ces dernières années.

Des méthodes employées, les unes sont spécifiques pour l'agent pathogène causal, les autres sont générales, indépendantes du mode d'infection.

Voyons d'abord les premières, ce sont les méthodes sérothérapique et vaccinothérapique.

La sérothérapie est la plus simple des deux; elle consiste en l'injection à la malade d'un sérum provenant d'un animal immunisé contre l'agent de l'infection.

Elle fournit directement à l'organisme les anticorps bactériens ne nécessitant de sa part aucun effort nouveau, suppléant au contraire à ses forces défaillantes. C'est une méthode qui semblait appelée à réussir dans ces infections graves où l'organisme est vite épuisé par la lutte. Il n'en est rien. La sérothérapie antistreptococcique n'a donné dans l'infection puerpérale que des résultats peu encourageants. Un comité de l'American gynecological Association (Williams, Pryor, Frye et Reynolds) a trouvé, en 1899, pour 101 cas traités par le sérum de Marmorek une mortalité de 32,69 p. 100. Avec le sérum d'Aronsohn, Bümm traitant 32 cas d'infections mixtes a eu une mortalité de 21 p. 100.

E. Boyen Young et J. T. Williams, sur 13 cas, ont une mortalité de 20,6 p. 100.

Par contre, Peham utilisant le sérum de Paltauf dans 19 cas d'infection streptococcique pure n'a observé qu'un seul décès, et Montanelli a publié récemment 40 cas d'infection grave guéris par le sérum de Tavel.

Les raisons principales des échecs sont, d'une part, la rareté des infections streptococciques pures, d'autre part l'époque tardive à laquelle on voit les malades dans les cliniques et les hôpitaux, car il semble prouvé que le sérum n'agisse que dans les cas tout à fait au début.

La vaccinothérapie est toute différente : par l'inoculation répétée de microbes tués ou rendus moins virulents elle vise à réveiller dans l'organisme la production des bactériolysines. A priori, il semble illogique, chez des sujets profondément infectés dans l'organisme desquels des billions de microbes virulents circulent après avoir épuisé son pouvoir producteur d'anticorps, d'ajouter quelques millions de corps microbiens de virulence atténuée pour exciter ce même pouvoir. Aussi la méthode est-elle considérée par certains comme forcément inefficace.

Pour être actif, il faut que le vaccin soit spécifique, identique aux agents microbiens en cause. On devra donc faire des cultures avec des produits prélevés sur la malade; on aura ainsi un vaccin autogène.

Théoriquement, on devrait se servir de culture de sang pour la fabrication des vaccins autogènes; pratiquement on utilise les lochies recueillies dans l'utérus au moyen d'un dispositif spécial.

Comme il est parfois impossible de fabriquer ce vaccin autogène et que dans tous les cas cette préparation demande un certain temps (vingt-quatre heures), faute de mieux on se sert, en l'absence de l'autogène ou en attendant qu'il soit prêt, d'un vaccin préparé à l'avance, un « stock-vaccin » que l'on suppose correspondre à l'infection à soigner.

De façon certaine, l'emploi des vaccins autogènes polyvalents est ici, où l'infection est le plus souvent mixte, bien supérieure à celle des stock-vaccins; mais la méthode devient de ce fait infiniment plus compliquée et délicate.

En Amérique où elle a été employée assez souvent les résultats semblent médiocres. C'est la conclusion de l'enquête du comité de l'American gynecological Association en 1910 (Williams, Cragin, Newell) auquel nous renvoyons. Depuis il a été publié peu de chose aux Etats-Unis, des cas isolés de guérison comme celui de Wolwerton; la statistique de E. Boyen Young et J. T. Williams qui, sur 9 cas traités avec une vaccine autogène (7 fois streptocoque, 1 cas pneumocoque, 1 cas staphylocoque), n'ont obtenu aucun résultat appréciable de l'emploi des vaccins.

La statistique la plus favorable semble être celle de Watters et C. A. Eaton qui porte sur 50 cas. Ici les vaccins ont été employés prophylactiquement sur tous les cas où on prévoyait un accouchement difficile et une infection possible, aucune des malades injectées préventivement n'est morte; au total, sur 50 cas il y a eu 10 décès, mais 4 dans les vingt-quatre heures après l'entrée à l'hôpital et 3 chez des malades moribondes quand on commença la médication, il n'y eut donc que 3 décès chez les 43 malades traitées réellement (7 p. 100).

Il semble que ce soit en Angleterre que l'emploi des vaccins ait rencontré les plus nombreux et les plus convaincus. Les publications sur ce sujet sont nombreuses (Foulerton et Bonney, Lea et Sidebotham, Whitridge Williams, Chamberlain, G. T. Western, A. Hawkyard, etc.). Il est difficile de se faire une opinion sur la valeur de ce traitement d'après les documents publiés, et cela pour plusieurs raisons.

D'abord parce que beaucoup concernent des cas heureux isolés ou de très petites statistiques de 3 ou 4 cas.

D'autre part, les statistiques plus importantes, les statistiques intégrales comprenant tous les cas d'un hôpital visent souvent des infections de gravité très variable. Certains auteurs ont surtout à traiter des infections obstétricales con-

(1) G. Amblard. Loc. cit.

tractées dans le service, la plupart légères, comme par exemple Whitridge Williams, et comptent comme infection puerpérale tous les cas où dans le cours du puerpérium la température a atteint, ne serait-ce qu'une fois, 38°1; dans ces conditions, sur 92 cas traités par les vaccins, la mortalité n'atteint que 15 p. 100.

D'autres publications concernent des malades infectées au dehors, fausses couches provoquées ou non, arrivant tardivement à l'hôpital dans un état très grave, souvent désespéré.

Une des statistiques les plus complètes, celle de G. E. Western, concerne 120 malades graves venant du dehors et traitées au London hospital; 69 malades ont reçu des vaccins, chez la plupart l'examen du sang a été pratiqué et a donné le plus souvent un résultat positif. Western conclut que la mortalité des cas où il y avait des bactéries dans le sang (septicémie vraie) qui est de 85 à 95 p. 100, peut être réduite par l'emploi des vaccins autogènes à 55 p. 100, et pour les cas de fièvre puerpérale (infection locale, toxémie) la mortalité de 60 p. 100 peut être ramenée par les vaccins à 30 p. 100.

Selon les cas, on peut observer trois manières de se comporter en présence du vaccin : 1° certaines malades répondent à la première inoculation et la température tombe en quarante-huit heures; 2° d'autres répondent à une série de quatre, cinq et six injections, et la température tombe en lysis en huit à quinze jours; 3° dans certains cas, la température reste élevée; en général on observe alors la formation de pus et la température tombe brusquement lorsque la collection est ouverte.

Il semble donc que, contrairement à ce qu'on devait logiquement attendre, la méthode des vaccins autogènes ait donné des résultats supérieurs à ceux de la sérothérapie. Malheureusement sa technique est compliquée et délicate; elle sera forcément réservée aux hôpitaux et aux centres munis de laboratoires bien outillés, elle ne pourra se généraliser dans la pratique courante.

Au lieu de chercher à augmenter le pouvoir destructeur de l'organisme entier envers certaines espèces bactériennes, on peut essayer, en traumatisant un point du corps, en y créant un lien de moindre résistance, de localiser, de fixer en ce point les agents pathogènes; ainsi enkystés, les microbes seront plus facilement détruits ou neutralisés par l'apport leucocytaire, et un abcès se formera au point frappé.

C'est la méthode des abcès de fixation imaginée par Fochier (de Lyon). Après avoir essayé l'injection sous la peau des substances diverses, le choix des auteurs s'est arrêté sur l'essence de térébenthine (1 à 3 centimètres cubes) proposée par Gravitch. Elle présente sur les autres substances l'avantage de donner toujours des abcès aseptiques, car outre son pouvoir traumatisant pour l'organisme, elle possède un pouvoir bactéricide qui semble spécifique pour le streptocoque. Préconisée en France par Fochier, Boissard, Fabre et Trillat (de Lyon), Carles (de Bordeaux), elle semble se répandre un peu dans ces derniers temps (voir Santi, Buchenand, Meltzer, Mlle Zadvine). La méthode ne doit naturellement être employée que dans les cas graves lorsque les autres moyens semblent échouer. Il convient cependant de ne pas attendre trop car elle est lente à agir. Il faut aussi créer un nouveau foyer avant d'évacuer le pus formé dans le premier si l'amélioration n'a pas été suffisante. La seule contre-indication est la présence d'œdèmes. La statistique la plus importante a été fournie par Carles qui, sur 28 cas tous graves, a obtenu 17 guérisons (60,7 p. 100). La méthode d'une technique facile peut rendre des services et mérite d'être connue.

Viennent ensuite les méthodes médicamenteuses qui ont pour but de relever l'état général de la malade et de lui permettre de lutter contre l'infection.

Ce ne sont plus des méthodes spécifiques. Elles s'adressent à toutes les infections graves de l'organisme. En les passant rapidement en revue nous n'insisterons que sur celles qui ont été plus particulièrement préconisées dans l'infection puerpérale.

On sait la vogue que l'acide nucléinique et ses sels a obtenue pendant un certain temps dans les infections chirurgicales; on l'a aussi employé ici sans succès bien marqué (voir Leopardi, W. E. Parke).

L'argent colloïdal (collargol, électrargol) employé soit en frictions, soit en lavements, soit surtout en injections intraveineuses a donné des résultats très inégaux contre les infections puerpérales. Bubert a publié 36 cas traités par les frictions avec 29 guérisons et 7 morts (20 p. 100) et 11 cas traités à la fois par les frictions et le sérum antistreptococcique avec 9 guérisons et 2 morts (18 p. 100), 5 cas avec des lavements de collargol à 2 p. 100 avec 5 guérisons et 9 cas avec des lavements de collargol et du sérum avec 2 morts, 9 cas traités seulement avec le sérum antistreptococcique seul ont donné 5 morts. Spindler a obtenu des succès avec les lavements au collargol.

M. Bonnaire a publié en 1906 une statistique de 40 cas de septicémies graves traitées par les injections intraveineuses avec 13 morts (32,5 p. 100); en 1908, il publie avec C. Jeannin 3 cas traités à titre préventif par les injections intraveineuses avec 3 guérisons, et 43 cas très graves avec 10 morts (21 p. 100). C'est la statistique la plus importante et la plus probante en faveur de l'emploi du collargol que l'on ait publiée.

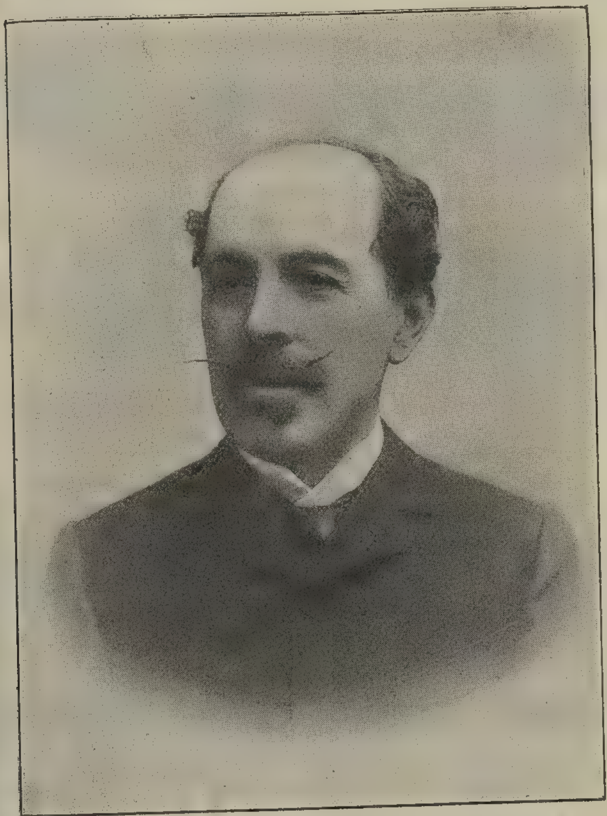
Baros, Will. E. Parke ont publié des cas favorables à l'emploi des injections intraveineuses; Schreiber, Le Calvé [de Nantes] (5 cas, 5 morts) des échecs. D'après Stowe l'action du collargol est parfois nettement favorable s'accompagnant d'une véritable crise, mais ces cas sont rares, plus souvent il se montre inefficace, parfois même son emploi est suivi d'une augmentation rapide de la température et du pouls et de frissons répétés. En présence des contradictions relevées chez les auteurs il est impossible de conclure. *(A suivre.)*

Le Professeur Johannès CHATIN

Le professeur Johannès Chatin vient de succomber à la maladie qui, depuis près de deux ans, le tenait éloigné de Paris. La *Gazette des Hôpitaux* ne peut laisser partir ce maître aimé sans lui adresser un suprême adieu. Fils du professeur Gaspard-Adolphe Chatin, il s'était, de bonne heure, orienté vers la botanique et la zoologie. Etudiant en médecine, il fréquentait les laboratoires de Claude Bernard et de Milne-Edwards. En 1871, il passait sa thèse de doctorat sur les *Valérianées et leurs produits*. Quelques années plus tard, il se présentait à l'agrégation d'histoire naturelle médicale. Ses titres, ses recherches antérieures, ses épreuves, tout semblait le désigner au choix des juges. On lui préféra cependant un candidat qui, depuis, a fait une assez belle carrière dans la politique... Johannès Chatin se vit donc dans l'obligation de quitter, pour toujours, l'ingrate *alma Mater*. Il n'eut d'ailleurs pas à le regretter. Bientôt, il emportait de haute lutte les grades de docteur ès sciences et d'agrégé de l'Ecole supérieure de pharmacie. En 1886, l'Académie de médecine lui ouvrait ses portes. Successivement, il était nommé membre de la Société de biologie, du Conseil d'hygiène, de l'Institut, professeur adjoint, puis titulaire, à la Sorbonne. Tout récemment, la rosette d'officier de la Légion d'honneur était venue récompenser les services qu'en sa qualité de président de l'*Union fédérative des médecins de réserve* il avait eu l'occasion de rendre au corps de santé.

Malgré ses occupations techniques, le professeur Chatin avait beaucoup publié. Les spécialistes se rappellent encore sa thèse d'agrégation sur le *siège des substances actives dans les plantes médicinales*. Mais celui de ses travaux que nous connaissons le mieux, nous autres médecins, c'est son mémoire sur la *Trichine* qui lui valut, à l'Académie des sciences, le prix Barbier (1880-1883). Pour la première fois, se trouvaient scientifiquement décrites les mœurs du parasite, sa structure, l'évolution de sa larve, avec les deux phases de l'infection : intestinale et tissulaire. Pour la première fois aussi, la prophylaxie de la maladie était si nettement formulée qu'à l'heure actuelle on applique encore les règles qu'il a édictées, et que résument les termes suivants : surveillance de l'élevage et de l'alimentation des porcs, destruction des rats, examen microscopique sévère des viandes importées. Citons aussi ses recherches sur la *nocivité des huîtres*, dont s'inspira l'Académie de médecine dans ses instructions, sur la *bilharzia* et l'*ankylostome*, les *coccidies*, le *tænia mediocanellata*, etc. Parmi ses autres travaux, il faut mentionner ceux qu'il a consacrés aux *helminthes*, à l'*ascaride de l'orang-outang*

et du lion, à la *filaire de l'otarie*, à la *ladrerie du mouton*, à la *linguatule de l'alligator*, aux *cysticerques du lapin*, à l'*anguillule de l'oignon* (1884), aux *pièces labiales et mandibulaires des hyménoptères* (1887), au *tanguin*, poison d'épreuve utilisé par les Malgaches, et dont il a précisé les propriétés cardio-paralytiques, à la *terfezia africana*, etc.; ses ouvrages didactiques sur la *cellule animale*; sur les *organes de nutrition et de reproduction chez les vertébrés et les invertébrés*; sur les *organes des sens dans la série animale*. Au dire des connaisseurs, quelques-unes de ces recherches auraient, à elles seules, suffi pour lui assurer une renommée durable.



S'il ne nous appartient pas de juger le savant, qu'il nous soit au moins permis de louer l'homme. Chez lui, les vertus du cœur ne le cédaient en rien aux qualités de l'esprit. A l'intégral accomplissement de sa tâche, il donnait chaque jour, suivant la belle expression de l'historien, de lui-même tout, et peut-être encore plus. Jusqu'au dernier moment, il aura fourni l'effort le plus noble et le plus méritoire. La mort, qu'il avait vue jadis de si près, alors que, jeune aide-major, il participait à la sanglante sortie de Buzenval, ne l'effrayait d'ailleurs pas. Depuis longtemps, il la voyait venir, mais, à force de sérénité, il avait réussi à tromper la sollicitude des siens. Ce courageux, doublé d'un modeste, fut aussi le meilleur des maîtres. Sa bienveillance aux examens était légendaire; de même, son affabilité pour ses subordonnés. En toutes circonstances, il savait se mettre à la portée du plus humble d'entre eux, trouver, pour lui parler, les mots qui vont au cœur, lui prodiguer les réconforts et les encouragements. Une force irrésistible l'obligeait à obliger. Que d'infortunes n'a-t-il pas secourues! A combien d'élèves n'a-t-il pas offert, avec d'infinies délicatesses et d'inimaginables pudeurs, l'aide matérielle la plus large et la plus désintéressée! Ses libéralités n'avaient d'autre confident que la femme admirable qui, pendant trente ans, a vécu sa vie, partagé ses joies et souffert ses souffrances. Nul plus que lui n'a pratiqué l'art de laisser ignorer à la main gauche ce que donnait la main droite. Il a passé en faisant le bien.

L. BABONNEIX.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

COURS ET CONFÉRENCES

LE XIIe VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES AUX STATIONS HYDROMINÉRALES ET CLIMATIQUES DE FRANCE aura lieu du 1er au 14 septembre 1912.

Il comprendra les stations du Centre et de l'Auvergne (Loir-et-Cher, Vienne, Allier, Creuse, Puy-de-Dôme, Cantal, Saône-et-Loire, Nièvre) : Lamotte-Beuvron (sanatorium), La Roche-Posay, Néris, Evaux, Le Mont-Dore, Saint-Nectaire, La Bourboule, Vic-sur-Cère, Le Lioran, Royat, Durtol (sanatorium), Châtel-Guyon, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré, Pougues.

Le voyage d'études médicales de 1912 est placé sous la direction scientifique du professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, qui fera, sur place, des conférences sur la crénothérapie, ses indications et ses applications.

Prix à forfait : 230 francs, tout compris, chemins de fer, voitures, hôtels, pourboires.

Pour s'inscrire envoyer : I. Son adhésion au docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris VIIIe : 1° son nom et son adresse lisiblement écrits; 2° l'indication de la gare d'où l'on partira, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français.

II. Sa souscription, 230 francs, au docteur Jouaust, 4, rue Frédéric-Bastiat, à Paris.

Les inscriptions sont reçues jusqu'au 20 août 1912, terme de rigueur.

Dimanche 1er septembre. — Concentration à Lamotte-Beuvron (station de la Compagnie d'Orléans, entre Orléans et Vierzon) de tous les adhérents à ce voyage dans la matinée du 1er septembre, par l'express partant de Paris-Orsay vers sept heures du matin et arrivant à Lamotte-Beuvron vers dix heures du matin.

Après la visite du sanatorium, déjeuner et départ en train spécial à deux heures pour La Roche-Posay (Vienne). Arrivée vers six heures. Dîner. Coucher.

Lundi 2 septembre. — Le matin visite de la Roche-Posay. Conférence. Déjeuner. Départ en train spécial vers deux heures pour Chamblet-Néris. Arrivée vers six heures, départ en voiture pour Néris. Dîner. Coucher. — Correspondance : V. E. M. Poste restante : Néris (Allier).

Mardi 3 septembre. — Le matin, visite des établissements de Néris. Conférence. A dix heures trente, départ en voitures pour Chamblet, et en train spécial pour Evaux. Déjeuner. Visite de l'établissement. Départ en train spécial. Arrivée au Mont-Dore vers sept heures trente du soir. Dîner. Coucher. — Correspondance : V. E. M. Poste restante : Le Mont-Dore (Puy-de-Dôme).

Mercredi 4 septembre. — Le matin, visite des établissements du Mont-Dore. Conférence. Déjeuner. Après midi, excursion facultative au Sancy ou aux Roches Sanadoires. Retour au Mont-Dore. Dîner. Coucher. — Correspondance : V. E. M. Poste restante : Le Mont-Dore (Puy-de-Dôme).

Jeudi 5 septembre. — A six heures du matin, départ en voitures pour Saint-Nectaire. Arrivée vers huit heures trente à Murols, visite du château. Départ à neuf heures quinze. Arrivée à Saint-Nectaire vers dix heures. Visite de Saint-Nectaire. Déjeuner. Départ en voitures pour le Mont-Dore. Arrivée au Mont-Dore vers sept heures. Dîner. Coucher. — Correspondance : V. E. M. Poste restante : Le Mont-Dore (Puy-de-Dôme).

Vendredi 6 septembre. — Vers sept heures trente, départ du train spécial pour La Bourboule. Visite des établissements. Conférence. Déjeuner. Après midi, excursions. Dîner à sept heures. Coucher. — Correspondance : V. E. M. Poste restante : La Bourboule (Puy-de-Dôme).

Samedi 7 septembre. — A cinq heures trente du matin, départ du train spécial pour Vic-sur-Cère et le Lioran. Arrivée à Vic-sur-Cère à onze heures cinquante. Déjeuner. A deux heures trente, départ du train spécial. A trois heures quinze, arrivée au Lioran. Quatre heures quinze, départ. Arrivée à Arvant, à six heures vingt. A Clermont, à sept heures trente. A Royat, à sept heures cinquante. Dîner. Coucher Grand Hôtel Servant. — Correspondance : V. E. M. Poste restante : Royat (Puy-de-Dôme).

Dimanche 8 septembre. — A huit heures, visite des établissements. A dix heures, conférence. Déjeuner. Vers trois heures, départ en chemin de fer pour Durtol. Visite du sanatorium. Départ en chemin de fer. Retour à Royat vers six heures trente. Dîner. — Correspondance : V. E. M. Poste restante : Royat (Puy-de-Dôme).

Lundi 9 septembre. — Vers six heures quarante-cinq du matin, départ en train spécial pour Châtel-Guyon. Arrivée vers huit heures. Visite des établissements. Conférence. Déjeuner. Vers quatre heures, départ en train spécial pour Vichy. Arrivée vers cinq heures. Dîner. Coucher. — Correspondance : V. E. M. Poste restante : Vichy (Allier).

Mardi 10 septembre. — A huit heures du matin, visite des établissements de Vichy. Conférence. Déjeuner. Après midi, visite à Saint-Yorre. Retour à Vichy. Dîner. — Correspondance : V. E. M. Poste restante : Vichy (Allier).

Mercredi 11 septembre. — Vers 6 h. 55 du matin, départ en train spécial pour Bourbon-l'Archambault. Visite. Conférence. Déjeuner. Vers trois heures, départ en train spécial pour Bourbon-Lancy. Dîner. Coucher. — Correspondance : V. E. M. Poste restante : Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire).

Jeudi 12 septembre. — A huit heures, visite de Bourbon-Lancy. Conférence. Déjeuner. Vers deux heures, départ pour Saint-Honoré. Arrivée vers quatre heures trente. Dîner. Coucher. — Correspondance : V. E. M. Poste restante : Saint-Honoré (Nièvre).

Vendredi 13 septembre. — Le matin, visite de la station. Conférence. Déjeuner. A trois heures, départ pour Pougues. Arrivée à cinq heures quarante et un. Dîner. Coucher. — Correspondance : V. E. M. Poste restante : Pougues (Nièvre.)

Samedi 14 septembre. — Le matin, visite de Pougues. Conférence. Déjeuner. Dislocation.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER (89, rue d'Assas). — Professeur : M. Paul BAR. — *Cours de pratique obstétricale*, par MM. Brindeau, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux; Guéniot et Lequeux, professeurs agrégés; Devraigne, ancien chef de clinique; Chirié, chef de clinique; Lemeland et Marioton, chefs de clinique adjoints; assistés de MM. Roullier, Pellissier, Brisson, Gaujoux, Siguret et Roux, moniteurs; réservé aux étudiants ayant seize inscriptions et aux docteurs français et étrangers régulièrement inscrits à la clinique.

Le cours commencera le 10 juillet 1912. Il comprendra quatorze leçons qui auront lieu tous les jours, à cinq heures du soir. Les auditeurs seront personnellement exercés aux manœuvres obstétricales.

Programme du cours. — Mercredi 10 juillet 1912. M. Devraigne, à cinq heures. Diagnostic des présentations et des positions par le palper.

Jeudi 11 juillet, à trois heures. Exercices du palper au lit des malades. — M. Lemeland, à cinq heures. L'auscultation en obstétrique.

Vendredi 12 juillet, à trois heures. Exercices d'auscultation au lit des malades. — M. Lemeland, à cinq heures. Le toucher en obstétrique.

Samedi 13 juillet, à trois heures. Exercices de toucher. — M. Devraigne, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions directes).

Mardi 16 juillet, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Guéniot, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions obliques antérieures).

Mardi 16 juillet, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Devraigne, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions obliques postérieures).

Mercredi 17 juillet, à neuf heures et demie du matin. Consultation des femmes enceintes, par M. le professeur Bar; examen des malades par les élèves du cours. — A trois heures : Exercices pratiques de forceps. — M. Devraigne, à cinq heures. Le forceps sur la face et le front.

Jeudi 18 juillet, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Brindeau, à cinq heures. Le forceps sur les présentations élevées.

Vendredi 19 juillet, à trois heures. Exercices pratiques, revision des diverses applications de forceps. — M. Lemeland, à cinq heures. La version par manœuvres internes (version séparée).

Samedi 20 juillet, à trois heures. Exercices pratiques de version. — M. Lemeland, à cinq heures. L'extraction du siège décompléte mode des fesses.

Lundi 22 juillet, à trois heures. Exercices pratiques : L'extraction du siège décompléte mode des fesses et après version. — M. Lequeux, à cinq heures. L'extraction après la version : ses difficultés.

Mardi 23 juillet, à trois heures. Exercices pratiques de version par manœuvres internes (revision). — M. Chirié, à cinq heures. L'embryotomie céphalique (cranioclasie).

Mercredi 24 juillet, à neuf heures et demie du matin. Consultation des femmes enceintes par M. le professeur Bar; examen des malades par les élèves du cours. — A trois heures : Exercices pratiques d'embryotomie. — M. Chirié, à cinq heures. L'embryotomie céphalique (basiotripsie).

Jeudi 25 juillet, à trois heures. Exercices pratiques d'embryotomie. — M. Chirié, à cinq heures. Embryotomie rachidienne.

Pour renseignements et inscription, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures. Le droit à verser est de 50 francs.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 15 AU 20 JUILLET 1912

THÈSES

Mardi 16 juillet, à une heure. — M. MORALI. Essai de pathogénie de la roséole syphilitique. (MM. Debove, président; Chauffard, Achard et Rathery.) — M. PY. Du traitement radiothérapique des sciatiques. Valeur de la méthode. (MM. Chauffard, président; Debove, Achard et Rathery.) — M. AMYOT. Traitement des entérites chroniques par les injections souscutanées d'eau de mer. (MM. Chauffard, président; Debove, Achard et Rathery.) — M. SCHWARTZ. Contribution à l'étiologie générale, Etiologie et thérapeutique sociales. (MM. Achard, président; Debove, Chauffard et Rathery.) — M. TARA. De l'anasarque chez le nourrisson. (MM. Hutinel, président; Gilbert Ballet, Claude et Balthazard.) — M. EPSTEIN. La sténose hypertrophique du pylore chez les nourrissons. (MM. Hutinel, président; Gilbert Ballet, Claude et Balthazard.) — M. LORION. Sur la mortalité infantile et l'alimentation des nourrissons. (MM. Hutinel, président; Gilbert Ballet, Claude et Balthazard.) — M. SEIGNEUR. Etude critique sur la glande pinéale normale et pathologique. (MM. Gilbert Ballet, président; Hutinel, Claude et Balthazard.) — M. CREUZE. Recherches sur la vaccination antityphoïde. Contribution à l'étude des réactions sanguines. (MM. Chantemesse, président; Widal, Desgrez et Roussy.) — M. ANTONELLI. L'aortite typhique. (MM. Widal, président; Chantemesse, Desgrez et Roussy.) — M. RADEFF. Les infections à paraméningocoque. (MM. Widal, président; Chantemesse, Desgrez et Roussy.) — M. PORTOCALIS. L'asystolie avec hypertension. (MM. Widal, président; Chantemesse, Desgrez et Roussy.) — M. BAUDY. Etudes historique et critique des traitements du tétanos. (MM. Gilbert, président; Albert Robin, Richaud et Castaigne.) — M. FOURRIÈRE. Recherches tonométriques dans le glaucome. (MM. Gilbert, président; Albert Robin, Richaud et Castaigne.) — M. GUÉNOT. Contribution à l'étude de l'arsenobenzol « 606 ». (MM. Gilbert, président; Albert Robin, Richaud et Castaigne.) — M. SECHERET. A propos de 3 cas d'anémie. (Etudes clinique et diagnostique) (MM. Gilbert, président; Albert Robin, Richaud et Castaigne. — M. REBUFFAT. De quelques complications immédiates du typhus exanthématique observées à Alger de 1909 à 1912. (MM. Thoinot, président; Letulle, Brumpt et Nicloux.) — M. GAZEL. Le baron des Genettes, 1762-1837. Notes biographiques. (MM. Letulle, président; Thoinot, Brumpt et Nicloux.)

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 79 — JEUDI 11 JUILLET 1912. 85e ANNÉE. JEUDI 11 JUILLET 1912. — N° 79.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

La première série étant close, les demandes pour la deuxième série doivent nous parvenir avant le 15 juillet.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 8 juillet. — MM. Muret, 17; Picot, 15; Okinczyc, 19.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — La chaire de clinique gynécologique de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux est déclarée vacante.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le conseil supérieur de l'instruction publique a examiné et voté les projets relatifs aux « équivalences » du baccalauréat en vue de la licence dans les Facultés de droit, les Facultés des sciences, les Facultés des lettres, pour les candidats de nationalité française.

Il n'est rien modifié aux règlements qui déterminent l'inscription des étudiants de nationalité française dans les Facultés de médecine et dans les Ecoles supérieures de pharmacie.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE LONDRES. — Le XVIIe Congrès international des sciences médicales aura lieu à Londres, du 5 au 12 août 1913. La section de pathologie médicale a constitué son bureau de la manière suivante : président, M. le professeur Gilbert; vice-président, M. le docteur Brault; secrétaire, M. le docteur Léon Bernard.

Les questions mises à l'ordre du jour par le comité anglais sont : 1° Les glandes à sécrétions internes et leurs troubles fonctionnels. (Discussion en commun avec la section de physiologie.) — 2° Classification des arthrites chroniques. — 3° Pathologie de la systole cardiaque. — 4° Le diabète. — 5° L'hémolyse au point de vue clinique.

Les médecins qui désirent faire une communication sur l'un de ces sujets ou sur d'autres sont priés d'en aviser M. le docteur Léon Bernard, 9, rue de Penthièvre, Paris.

XIIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE (13-16 octobre 1912). — La séance d'inauguration du XIIIe Congrès français de médecine aura lieu à la Sorbonne sous la présidence de M. le ministre de l'Instruction publique, le dimanche 13 octobre, à neuf heures du soir. Elle se tiendra dans les salons de l'Université, que M. le vice-recteur a bien voulu mettre à la disposition du bureau du Congrès.

Les séances scientifiques commenceront le lundi matin et se tiendront dans les locaux de la Faculté de médecine.

Les adhésions et inscriptions pour communications doivent être envoyées au docteur Pierre Teissier, 142 bis, rue de Grenelle, avant le 15 août.

La cotisation est de 20 francs pour les membres adhérents et de 10 francs pour les membres associés (étudiants en médecine, femmes et enfants des membres adhérents).

Les cotisations peuvent être jointes à la demande d'adhésion ou envoyées directement à M. le docteur Thibierge, 64, rue des Mathurins.

Un bureau est ouvert dès maintenant à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, tous les jours de deux heures à cinq heures, sauf le dimanche.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. R. Cumine, externe des hôpitaux de Paris.

Une plaie sociale (les avortements criminels), par les docteurs Balthazard et Prévost. Brochure de 134 pages. — Paris, A. Maloine.

RENSEIGNEMENTS

AVIS. — Le docteur Siffre cesse son enseignement de l'odontologie aux médecins et étudiants en médecine à partir du 15 juillet prochain.

450. — **INTERNE DES HOPITAUX**, scolarité terminée, ferait remplacement à Paris. — S'adresser au journal.

L'INSUFFISANCE SURRÉNALE CHEZ LES TUBERCULEUX

Par M. Emile SERGENT (1).

L'étude des maladies des capsules surrénales remonte en 1855 à Addison, qui a découvert et décrit la maladie bronzée, qui porte aujourd'hui son nom et dont les symptômes sont constitués par l'association des signes que nous rattachons aujourd'hui à l'insuffisance surrénale et des signes qui sont la conséquence de l'irritation des plexus nerveux péricapsulaires, telle, en particulier, la mélanodermie. Or c'est surtout chez les tuberculeux qu'on observe la maladie d'Addison. Dans les autopsies des addisoniens on trouve, le plus souvent, les capsules surrénales détruites par la tuberculose ; elles apparaissent alors volumineuses, infiltrées de masses caséeuses et de noyaux indurés ou calcaires; c'est là, la lésion la plus fréquente qu'on trouve chez les tuberculeux qui ont présenté pendant la vie des symptômes d'insuffisance surrénale. Mais il s'en faut de beaucoup que les lésions soient toujours aussi évidentes et, si l'on peut dire, aussi caractéristiques ; en effet, on observe souvent de l'induration fibreuse, de la sclérose des capsules surrénales; c'est la *surrénalite scléreuse* de Babes, dont l'étude a fait l'objet de la thèse récente de Sézary.

Cette variété de *surrénalite scléreuse* occupe une place très large dans l'histoire de l'insuffisance surrénale. Chez nombre de tuberculeux on observe, en effet, des symptômes plus ou moins accentués de défaillance surrénale et, à l'autopsie, on constate la *surrénalite scléreuse*. Ces constatations anatomiques et cliniques montrent la fréquence de l'insuffisance surrénale des tuberculeux.

Pathogénie. — Ici prennent place les considérations exposées dans les leçons précédentes et dont je ne vous rappellerai que celles qui se rapportent plus particulièrement à la pathogénie de l'insuffisance surrénale chez les tuberculeux. Aux autopsies des addisoniens ou des sujets ayant succombé à un syndrome lent d'insuffisance surrénale pure sans mélanodermie (formes frustes de Dieulafoy et Bressy), on n'est pas surpris de trouver des lésions caséeuses. Mais, parfois, on observe des lésions énormes sans que, pendant la vie, le sujet ait présenté des symptômes de lésion surrénalienne. De telles observations ont rendu classique la notion de la fréquence de la *mort subite* dans les lésions destructives, et particulièrement tuberculeuses, des capsules surrénales ; vous en trouverez une intéressante étude dans la thèse d'Ihler. Qu'il me suffise de vous rappeler ici que, pour moi, la mort subite, en pareil cas, doit être considérée comme l'expression d'une insuffisance surrénale aiguë, foudroyante.

Il y a des sujets chez lesquels l'évolution se fait lentement, très lentement, et, un beau jour, brusquement, éclatent les signes de l'insuffisance surrénale aiguë, soit que l'extension progressive des lésions dépasse les limites nécessaires pour la survie (le onzième du poids total suffit, d'après Langlois, à assurer la fonction), soit qu'une maladie intercurrente survienne et, en augmentant le travail imposé aux glandes surrénales, accuse leur défaillance et précipite les accidents.

Je vous ai dit que le sujet pouvait mourir subitement avec des capsules surrénales détruites, sans que cette destruction eût entraîné des manifestations cliniques antérieures. La mort subite est ici, si j'ose dire, le seul accident, le seul signe de la lésion capsulaire. Il faut expliquer ces faits par la présence de capsules surrénales accessoires.

Donc, des lésions chroniques peuvent rester silencieuses et ne se révéler, tout à coup, que par l'éclosion d'accidents aigus.

Il faut ici faire une place, également aux altérations cellulaires dégénératives que l'examen histologique permet de constater à la périphérie des lésions tuberculeuses proprement dites. Ces lésions dues, en grande partie, aux toxines du bacille de Koch, permettent encore un fonctionnement relatif de la glande. Si elles s'étendent, s'il survient une cause banale (surmenage, infection intercurrente), la fonction, jusqu'alors précaire, cesse de l'être et l'insuffisance éclate plus ou moins brusquement. Dans d'autres circonstances, ainsi que je l'ai décrit dans mon mémoire sur la forme *pseudo-méningitique* de l'insuffisance surrénale, les accidents aigus sont dus à la production de lésions aiguës granuliques dans des parties encore respectées par le processus de caséification lente.

Evolution clinique. — L'insuffisance surrénale des tuberculeux revêt deux formes principales.

1° Toute l'évolution des accidents observés se passe, en quelque sorte, dans les capsules surrénales ; le sujet ne présente pas d'autres localisations apparentes de tuberculose.

2° Le sujet est notoirement tuberculeux et c'est au cours de l'évolution de sa tuberculose pulmonaire que surviennent un certain nombre de symptômes qui, en se groupant, reproduisent, complet ou ébauché, le syndrome de l'insuffisance surrénale.

Première forme. — *Tout se passe dans la capsule surrénale.* — Le type de ces cas est représenté par la *maladie d'Addison* qui est la plus belle expression de cette catégorie, soit qu'elle soit complète, avec *mélanodermie*, soit qu'il s'agisse des formes frustes sans mélanodermie.

A. *Maladie d'Addison.* — On y observe la mélanodermie et tous les symptômes d'insuffisance surrénale : asthénie, anémie, amaigrissement progressif, vomissements, constipation, douleurs lombaires irradiées à l'abdomen par participation du plexus solaire, hypotension due à la perturbation apportée à la fonction des capsules surrénales, collapsus, ligne blanche.

Ce syndrome addisonien peut présenter de multiples variétés suivant la prédominance ou la précession de tel ou tel symptôme (formes mélanodermique, asthénique, douloureuse, etc.), ou suivant la durée et l'évolution générale (formes lentes, rapides, prolongées, rémittentes).

Je n'insisterai pas davantage sur ces données classiques.

B. *Formes frustes* (Dieulafoy-Bressy). — Moins connues sont les formes frustes décrites par Dieulafoy et Bressy, dont la caractéristique essentielle réside dans ce fait qu'elles ne présentent pas de *mélanodermie*. Ici, si le signe révélateur classique, la pigmentation de la peau et des muqueuses fait défaut,

(1) Conférence faite à l'hôpital de la Charité, le 11 juin 1912, et recueillie par Mlle Tronçay.

du moins, l'insuffisance surrénale se présente-t-elle en toute pureté, dégagée de tout symptôme associé. L'évolution est plus rapide que dans la maladie d'Addison parce que, fatalement, l'insuffisance surrénale est liée à une lésion destructive des capsules surrénales, qui se traduit par l'hypofonctionnement glandulaire, tandis que la *maladie d'Addison* est compatible avec des lésions glandulaires atténuées et localisées à la périphérie des capsules. Entre ces formes frustes (qui sont, à mon avis, mal dénommées et qu'il est préférable de décrire sous le nom de syndromes lents d'insuffisance surrénale pure) et l'insuffisance surrénale aiguë, représentée par le *syndrome Sergent-Bernard*, prennent place toute la série des syndromes subaigus intermédiaires, qui ne se distinguent que par la durée et l'intensité de leur évolution. Chez les tuberculeux existent aussi, en effet, des *formes aiguës d'insuffisance surrénale*. Ici c'est le tableau des grandes intoxications, des empoisonnements. On les observe, dans le cours de la maladie d'Addison, à titre d'accidents aigus passagers ou terminaux; elles ont leur caractéristique la plus pure, lorsqu'elles éclatent d'emblée chez des sujets porteurs de grosses lésions chroniques jusque-là latentes. Elles ont une évolution plus ou moins rapide, plus ou moins aiguë. Elles se terminent, le plus souvent, par la mort subite.

Deuxième forme. — *Le sujet est un tuberculeux, qui, au cours de l'évolution de sa tuberculose pulmonaire, présente des symptômes plus ou moins accentués, indiquant une perturbation plus ou moins grande de sa fonction surrénale.*

Ici il faut distinguer deux types, suivant que le malade présente un certain degré de pigmentation ou suivant qu'il n'y a pas la moindre trace de mélanodermie.

a. *Le sujet présente une légère pigmentation.* — Dans ce groupe prennent place les faits que Boinet a décrits sous le nom d'*addisonisme*. Dénomination d'ailleurs fâcheuse, mais qui, néanmoins, répond à un type clinique fréquemment observé.

Le sujet est un tuberculeux chronique qui tousse, crache, maigrit, présente des signes stéthoscopiques incontestables et, en outre, se bronze peu à peu. Ce n'est pas la mélanodermie typique des addisoniens, dont les téguments brunissent progressivement. Ce sont de petits placards, café au lait, disséminés. Parfois, on a la chance de trouver une petite tache sur les muqueuses. C'est alors la transition avec la maladie d'Addison, avec cette différence que, dans cette maladie, les accidents surrénaliens se déroulent chez un sujet indemne, ou apparemment indemne, au point de vue pulmonaire.

Outre ces taches disséminées, rares parfois, on observe, surtout quand on les cherche avec soin, certains symptômes qui révèlent un certain degré d'insuffisance surrénale. Le malade est plus fatigué que dans la tuberculose pulmonaire. Ce n'est pas encore l'*asthénie;* c'est une lassitude profonde, qui en est l'ébauche. Ou bien, on est frappé par une *anémie profonde*, une *hypotension* plus marquée que dans la tuberculose ordinaire. De cet *addisonisme* de Boinet, il faut rapprocher les faits décrits par Laffite et Moncany, qui n'en diffèrent que par des nuances légères et envisagent surtout la valeur séméiologique de la pigmentation simple qu'on observe si souvent chez les tuberculeux.

Dans ces deux types la pigmentation est le signe révélateur dominant; elle attire l'attention du côté de l'insuffisance surrénale, qu'on dépiste alors assez facilement, bien qu'elle se réduise à quelques symptômes isolés et incomplets.

b. *Le sujet ne présente aucune pigmentation.* — On sait (Marfan, Potain, Teissier) que les tuberculeux sont des hypotendus. De cette constatation à dire que tous les tuberculeux présentent de la surrénalite, il n'y aurait qu'un pas. Je ne le ferai pas! Mais, si mon malade présente une grande *hypotension*, 10, 9, 8 au sphygmomanomètre de Potain, qu'il ait ou n'ait pas la *ligne blanche*, je cherche systématiquement l'*asthénie* et je la trouve quelquefois. Qu'il présente de la fatigue, de l'anémie, de l'amaigrissement (je sais bien que ces symptômes s'observent dans la tuberculose), mais qu'ils soient hors de proportion avec les lésions pulmonaires constatées, qu'il y ait une cachexie rapide très marquée, je regarde de plus près et, si je suis en présence d'une tuberculose pulmonaire peu toxique, je songe à l'insuffisance surrénale, je soutiens mon malade par l'opothérapie surrénale et, parfois, je vois s'atténuer et disparaître ces accidents surajoutés et menaçants.

Tout ceci a été dit aussi par Sézary dans sa thèse. Il insiste surtout sur un symptôme très important: *l'amyotrophie diffuse considérable*. Ces malades, littéralement, fondent. Ils ne perdent pas seulement leur graisse, mais leurs muscles aussi. Cette fonte musculaire est un symptôme capital de la variété d'insuffisance surrénale que nous étudions en ce moment.

De tels malades, qui ont peu de lésions pulmonaires, sont réduits cependant à l'état de squelettes. Ils traînent deux à trois ans, et même plus, et finissent par mourir de phénomènes d'insuffisance surrénale aiguë. A l'autopsie, les capsules sont dures, crient sous le couteau; c'est la *surrénalite scléreuse*.

Je ne vous parlerai pas des formes récemment décrites sous le nom de syndromes pluri-glandulaires comme des *associations du syndrome d'insuffisance surrénale avec un syndrome d'insuffisance ou d'hyperfonctionnement d'une autre glande vasculaire sanguine*.

Ceci est de la pathologie dans l'espace! On conçoit évidemment que ce qui peut toucher les capsules surrénales puisse aussi intéresser les autres glandes à sécrétion interne, et il en est ainsi dans les maladies infectieuses. Cependant la tuberculose frappe électivement les capsules surrénales. Je ne sache pas qu'il existe des thyroïdites, des hypophysites tuberculeuses, tandis que la caséification ou la sclérose des capsules surrénales est extrêmement fréquente.

Renon a décrit des cas d'association *surréno-hypophysaire*, dans lesquels les glandes surrénales et l'hypophyse seraient touchées simultanément. Mais, voyons ce syndrome *surréno-hypophysaire*. Il se compose d'asthénie, petitesse et rapidité du pouls, tachycardie, insomnie, oligurie, hypotension, *sudation*. Hormis la *sudation* tous les éléments de ce syndrome se retrouvent dans l'insuffisance surrénale. Serait-ce alors la sudation, le symptôme de l'*association surréno-hypophysaire?* Je ne pense pas qu'elle soit un élément bien caractéristique, et j'estime que, là encore, il s'agit tout simplement d'insuffisance surrénale.

Je passe maintenant à un ordre de faits différents, et qui n'ont pas encore été, que je sache, beaucoup envisagés. Quelques-uns sont, à la vérité, *hypothé-*

tiques encore ; ils sont basés sur des résultats thérapeutiques. Or, si importantes que soient les constatations *anatomo-cliniques*, les constatations thérapeutiques ne sont pas des quantités négligeables, surtout lorsque l'épreuve thérapeutique est empreinte d'une signification spécifique. Elle peut alors jouer le rôle d'une preuve indirecte dans l'explication séméiologique de faits cliniques bien observés. Je passe à l'étude de ces faits.

Etude de la répercussion de l'insuffisance surrénale sur l'évolution du processus tuberculeux. — Dans ces dernières années, Ferrier, se basant sur des faits patiemment observés, a étudié le rôle important de la décalcification de l'organisme dans la tuberculisation. Sa conception est une limitation de l'idée générale émise par Robin sur la déminéralisation. Pour ma part je suis convaincu de la valeur de cette doctrine et du rôle de la décalcification dans l'évolution de la tuberculose. Les malades pris au début et soumis au traitement recalcifiant ont les plus grandes chances de guérir.

Les tuberculeux avancés, eux-mêmes, nourris de façon convenable et appropriée, tirent un profit sérieux de la cure de recalcification ainsi que je l'ai montré dans un travail récent (1).

Voici donc une première donnée, capitale à mon sens : *La décalcification joue un rôle considérable dans la tuberculisation et dans l'évolution de la tuberculose.*

D'autre part, la recalcification peut être favorisée par l'administration de l'adrénaline. Les recherches de Bossi, de Gley et de Léon Bernard ont montré les effets heureux de l'adrénaline sur l'ostéomalacie ; on a même signalé des cas de guérison.

Carnot et Slavu, par l'expérimentation, ont montré que, si à un lot de dix animaux on fait des fractures, si on laisse cinq d'entre eux faire spontanément leur cal, si aux cinq autres on donne de l'adrénaline, ces derniers font un cal plus rapide, plus exubérant et plus résistant.

Cliniquement et expérimentalement, l'adrénaline joue donc un rôle dans la recalcification.

Partant de ces données, j'ai complété le traitement de recalcification de Ferrier par l'adjonction de l'adrénaline.

J'ai donné, dans un travail récent, les détails de cette thérapeutique combinée et le résumé général des résultats qu'elle semble donner (2). A ce propos je vous signale l'observation d'un malade qui est actuellement dans le service. C'est un homme de haute taille, solide et bien bâti, ancien cuirassier, jeune encore (une trentaine d'années) et qui a un mal de Pott dorso-lombaire. Il a été immobilisé trois mois dans un corset plâtré et soumis en outre au traitement recalcifiant adrénaliné. Comme il avait beaucoup engraissé, force fut, au bout de trois mois, de lui retirer son plâtre. Nous l'avons montré alors au docteur Mauclaire qui l'avait vu la première fois et qui jugea inutile l'application d'un nouvel appareil plâtré.

Or, vous savez que, généralement, il faut compter six mois d'immobilisation pour obtenir la consolidation et l'arrêt des lésions osseuses pottiques.

(1) Emile Sergent. La valeur thérapeutique de la recalcification (méthode de Ferrier) dans la tuberculose pulmonaire, jugée par six années de pratique, *Presse méd.*, 19 nov. 1910.

(2) L'adrénaline dans le traitement de la tuberculose, *Paris méd.*, fév. 1912.

Voici, maintenant, d'autres considérations qui tendent également à établir la répercussion de la défaillance surrénale sur l'évolution du processus tuberculeux.

Ces considérations sont tirées, d'une part des rapports de la grossesse avec la tuberculose, et, d'autre part, des rapports de la grossesse avec l'insuffisance surrénale.

1° *Dans la grossesse, les capsules surrénales sont très fréquemment touchées.* — Je vous ai parlé des expériences et des constatations histologiques de Guieysse, quand j'ai traité devant vous, dans une de mes dernières conférences, la question de l'insuffisance surrénale en obstétrique et en chirurgie. Je vous ai dit que la gravidité déterminait volontiers des lésions des capsules surrénales, et je vous ai montré que les vomissements incoercibles, qui sont si souvent amendés par l'opothérapie surrénale, reconnaissaient, dans bien des cas, pour origine vraie, une insuffisance surrénale provoquée par de telles lésions. Je ne reviendrai pas sur ces données.

2° *La tuberculose est aggravée par la grossesse.* — Certes, cette question est très controversée, tout au moins au point de vue pathogénétique. Mais, au point de vue purement pratique, tout le monde admet que, lorsqu'une femme tuberculeuse devient enceinte, le pronostic de sa tuberculose prend un caractère de haute gravité.

En général, l'état reste favorable jusques et y compris l'accouchement. Puis, aussitôt après l'accouchement, en quinze jours, trois semaines, six semaines, des accidents galopants se déclarent et la malade ne tarde pas à succomber. C'est la règle.

Quelle est la cause de ce coup de fouet donné par la grossesse à la tuberculose ?

On peut admettre que, pendant l'évolution de la grossesse, l'organisme maternel ayant besoin de chaux pour édifier le squelette du fœtus, il se fait une véritable rétention calcique. Mais, après l'accouchement au contraire, il se fait une fuite de chaux brusque et considérable ; l'organisme se décalcifie complètement, ainsi qu'on peut s'en assurer par la pesée de la chaux contenue dans les urines et les matières fécales.

Ces considérations sur le rôle de l'adrénaline dans la recalcification, sur les rapports de la grossesse avec les lésions surrénales et avec la décalcification, mènent à cette conclusion que la défaillance des capsules surrénales joue un rôle dans le processus évolutif de la tuberculose, si on admet avec Ferrier l'importance de la décalcification dans la pathogénie de la tuberculisation.

Ce n'est encore qu'une hypothèse, mais une hypothèse qui s'appuie à la fois sur des faits cliniques et expérimentaux tellement incontestables qu'elle paraît représenter la vérité.

Je me résume : quand vous traitez un tuberculeux, songez à la participation possible de l'insuffisance surrénale. Songez à l'insuffisance surrénale quand il y a une asthénie marquée, plus marquée que la simple faiblesse ; quand il y a une amyotrophie généralisée profonde, une hypotension très accentuée, un syndrome solaire. Songez-y aussi quand vous avez affaire à une femme tuberculeuse enceinte.

Il serait important de connaître un signe pathognomonique de l'*insuffisance surrénale*. A plusieurs reprises je vous ai parlé dans cette série de leçons sur l'insuffisance surrénale de la ligne blanche. Je n'y reviens pas. Ce qu'il faudrait rechercher c'est le principe toxique circulant dans le sang et éliminé par les urines, qui doit révéler l'insuffisance de la fonction surrénale. En effet, chez les sujets atteints d'insuffisance surrénale, les poisons qui résultent du travail musculaire ne sont plus détruits. Il serait important de pouvoir déceler ce poison. C'est à cette recherche que nous nous attachons depuis quelques mois.

Traitement. — L'opothérapie surrénale peut trouver, chez les tuberculeux, son indication dans trois conditions :

1° Les signes d'insuffisance surrénale ne sont pas rares (maladie d'Addison, syndromes lents).

2° L'*adrénaline* a une action vaso-constrictive qu'il est bon d'utiliser dans la tuberculose. Le tuberculeux fait du collapsus qui peut même aller jusqu'à la mort subite, des défaillances cardiaques, des phénomènes de sidération bulbaire, tous symptômes heureusement combattus par l'adrénaline. La seule réserve à faire est la question des hémoptysies. Dans ce cas on ne doit pas donner d'adrénaline, quoi qu'on en ait dit il y a quelques années, parce qu'elle augmente la tension.

3° L'adrénaline est un adjuvant de la méthode de recalcification et tend à combattre le processus évolutif de la tuberculose.

A PROPOS DE L'ORGANISATION SANITAIRE

DU CORPS D'EXPÉDITION ITALIEN EN TRIPOLITAINE

Par M. ORTICONI,
Médecin-major de deuxième classe.

La discussion des interpellations sur le Maroc, qui s'est poursuivie à la Chambre depuis trois semaines, vient de poser à nouveau devant le Parlement et l'opinion publique, en même temps que la question du protectorat marocain, celle, non moins importante, de l'état sanitaire de notre corps d'expédition. Il ne nous appartient pas de revenir ici sur les diverses opinions qui ont été développées à la tribune ou dans la presse — les uns ne voulant voir dans notre morbidité et notre mortalité au Maroc, que la preuve de l'insuffisance numérique des médecins militaires — d'autres, rejetant toute la faute sur notre commandement et nos états-majors qui, par esprit de bouton, auraient dédaigneusement tenu le corps de santé à l'écart, négligeant de prendre son avis pour l'installation des camps et pour organiser l'hygiène des colonnes en marche. Il importe peu de s'attarder aujourd'hui à rechercher de quel côté se trouvent les responsabilités. Ce serait, d'ailleurs, faire œuvre de polémiste, et les polémiques doivent disparaître devant le drapeau dans l'intérêt général du pays. Mais ce que nous pouvons faire, ce que nous devons faire, c'est tirer la leçon du passé, et ce n'est pas en rejetant la faute sur telle ou telle autre personnalité que nous arriverons à un résultat appréciable. Nous avons tous en France une part de responsabilité quand il s'agit de la non-application des mesures d'hygiène. N'est-il pas vrai qu'en France ces questions sont souvent reléguées au second plan, et qu'un de nos maîtres les plus éminents a pu déclarer récemment dans un rapport à l'Académie de médecine que, chez nous, « l'hygiène était une vaste façade derrière laquelle il n'y avait rien ».

C'est à ce point de vue qu'il nous a paru intéressant de voir de l'autre côté de la frontière des Alpes, ce qui avait été fait pour l'organisation sanitaire de l'expédition en Tripolitaine. Oh ! nous ne sommes pas de ceux qui, systématiquement, jettent les yeux sur l'étranger pour trouver que tout est pour le mieux ailleurs, et que tout est chez nous matière à critique. Mais reconnaissons pourtant, que si le propre du génie français est de faire surgir l'invention, l'idée nouvelle, nous sommes malheureusement souvent devancés par l'étranger dans le domaine d'application pratique de l'idée.

Voici un épisode sanitaire de la campagne de Tripolitaine, que je livre sans le commenter au jugement des lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*, dont le directeur m'a si aimablement ouvert les colonnes.

Au moment où le gouvernement italien décida l'expédition en Tripolitaine, toute la péninsule italique était ravagée par une épidémie de choléra qui atteignit surtout certaines villes du littoral, en particulier Gênes, Livourne, Naples, Palerme, etc. Dans la seule ville de Palerme, il y eut pendant l'été 1911 d'après les statistiques officielles 1540 cas de choléra avec 536 décès. Pour éviter que le corps expéditionnaire n'emportât avec lui les germes du choléra soit par des malades atteints de diarrhée en apparence banale, soit par des porteurs sains, le service de santé italien organisa la prophylaxie anticholérique sur des bases vraiment scientifiques, avec l'aide d'une équipe de médecins exercés aux expertises bactériologiques.

Il proposa et fit adopter les mesures suivantes qui furent strictement appliquées :

1° Visite médicale des habitants de toutes les maisons environnant les casernes, afin de dépister les cas de maladies infectieuses échappés à la déclaration.

2° Surveillance sur tous les services de propreté aux environs des casernes, sur les lingères des soldats et leurs familles.

3° Enquête sur la provenance et la pureté des eaux distribuées dans les casernes, en même temps que des substances alimentaires vendues dans les cantines militaires et dans les boutiques environnantes.

4° Enfin *examens des fèces de tous les soldats* avant le départ, au point de vue de la présence du vibrion cholérique.

Toutes ces mesures furent rigoureusement appliquées pour les garnisons des villes infectées, et notamment pour Palerme.

Quelques-uns ont dit qu'il aurait été inutile de prendre pareilles mesures, puisque le choléra s'est déclaré dans le corps expéditionnaire italien peu après le débarquement des troupes à Tripoli.

Mais il est à peu près certain que l'épidémie cholérique fut communiquée aux troupes par les indigènes de la ville, qui vivaient à ce moment dans un état de malpropreté impossible à décrire. Sans doute il n'est pas permis d'affirmer que, parmi les soldats venant d'Italie, il n'y avait pas un seul porteur de germes. Pourtant, il n'en est pas moins vrai, comme le dit le général médecin Sforza, que plusieurs milliers d'autres soldats italiens ont pu occuper différentes autres villes de la Cyrénaïque, sans qu'un seul cas de choléra se soit manifesté parmi eux.

Ces faits soulignent l'utilité des mesures prophylactiques prises avant le départ des troupes italiennes pour la Lybie. Ces précautions n'ont malheureusement pas empêché le corps expéditionnaire d'être contaminé peu après son arrivée par la population indigène, où quelques cas de choléra s'étaient manifestés quelques jours avant le débarquement des Italiens. L'épidémie a pu ainsi éclater dans le corps d'occupation et elle y a sévi pendant près de deux mois, du milieu octobre à la fin de décembre, ayant fait 1048 atteintes sur lesquelles on compta 332 décès. Les causes probables de contaminations furent les dattes souillées par les mouches, qui passaient des matières fécales des cholériques aux fruits tombés à terre. Des expériences très intéressantes furent faites sur place par les docteurs d'Ormea et Rizzuti, qui étaient chargés du laboratoire de bactériologie de campagne installé dans l'oasis auprès de l'hôpital-ambulance des cholériques. La contamination des eaux des puits, dans lesquelles on mit en évidence le vibrion cholérique, contribua également à propager le fléau. On peut dire que seuls furent atteints les hommes ayant bu de l'eau infectée, ou ayant mangé des dattes souillées. Les officiers furent en général épargnés. Les mesures prises pour arrêter l'épidémie consistèrent dans la défense faite aux hommes de boire de l'eau non bouillie et de manger des dattes. Dès qu'elles furent appliquées, ces mesures amenèrent une diminution très brusque du nombre des malades et la cessation rapide de l'épidémie, un mois et demi environ après l'apparition des premiers cas.

Pour leur exécution, la bactériologie fut d'un secours indispensable. On installa dans l'oasis un laboratoire de campagne, transportable par 4 mulets, et dont l'outillage contenu dans 5 cantines et 3 bonbonnes, permit de faire la plupart des expertises bactériologiques. Ce laboratoire fit un nombre considérable d'examens d'eaux et de matières fécales, et permit d'organiser contre l'épidémie cholérique la lutte scientifique, la seule capable ici de donner de bons résultats.

C'est le laboratoire qui permit de mettre nettement en évidence la contamination des dattes par les mouches. Les docteurs d'Ormea et Rizzuti trouvèrent le vibrion cholérique sur les dattes achetées dans la ville de Tripoli et démontrèrent l'infection possible de ces dattes par des mouches capturées dans le lazaret militaire. Des mouches furent mises en contact direct sous des cloches en verre, avec des fèces de cholériques, puis avec des dattes non infectées. La contamination fut obtenue avec une facilité extrême.

En ce qui concerne les mesures prises pour donner aux troupes de l'eau non contaminée, un détail d'application témoigne de l'effort colossal, effort de Romains pourrait-on dire, accompli au point de vue sanitaire par les Italiens en Lybie. Quand le laboratoire eut montré que la presque totalité des eaux de Tripoli étaient contaminées par la présence du vibrion cholérique, on songea immédiatement à prescrire l'ébullition des eaux de boisson distribuée aux troupes. Et en attendant la construction et l'installation de grands appareils pour l'ébullition de l'eau, on fit venir l'eau de Naples par des bateaux qui apportaient chaque jour 3 000 à 4 000 tonnes d'eau.

J'ai cité à dessein ce détail en dernier lieu, parce qu'il témoigne d'un effort de volonté admirable par le service de santé italien en Tripolitaine avec l'aide des chefs du corps expéditionnaire. Il peut servir de conclusion à cet article, qui n'a eu pour but que d'attirer l'attention sur l'étranger, pour en tirer des enseignements utiles. Nous aimons, en effet, à supposer que, dans des conditions identiques à celles où se sont trouvés les Italiens à Tripoli, nous serions capables d'adopter et surtout de faire exécuter les mêmes mesures d'hygiène et de prophylaxie. Nous posons en tout cas la question au lecteur en lui laissant le soin d'y répondre.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 1er JUILLET 1912)

L'accroissement inégal à l'époque de la puberté et les états pathologiques qu'il peut déterminer. — M. Paul GODIN. Le principe embryonnaire de l'accroissement inégal s'applique manifestement à la phase pubertaire de la croissance. Il reste normalement soumis à la loi des alternances, qui limite ses effets et les maintient dans les bornes de la physiologie. Mais, et cela est individuel, la mauvaise nutrition placentaire qui fait la puberté difficile et tardive peut, en outre, soustraire à la loi des alternances les effets de l'accroissement inégal et les transformer en altérations pathologiques.

Ainsi se trouvent constituées les déformations ostéo-articulaires qu'Ollier a groupées sous le nom de *rachitisme tardif* et un certain nombre des autres troubles qui composent la pathologie de la puberté.

L'observation périodique de l'enfant (examen semestriel anatomo-physiologique appuyé sur l'anthropométrie) fait assister à la genèse des troubles de cet ordre, en même temps qu'elle permet de dégager l'individualité à laquelle l'appropriation du traitement de ces troubles est indispensable.

La médication, qu'elle soit curative, qu'elle soit préventive, devra réserver une place importante au phosphate de chaux. Mais il faut savoir que l'organisme de l'adolescent en travail de puberté n'utilise vraiment ni le phosphore ni la chaux si le phosphate de chaux n'est pas associé au manganèse (Gabriel Bertrand).

Il est des sujets pour qui au manganèse il convient de substituer le zinc, l'arsenic, le fer, etc. Le médecin de l'adolescent est tenu de connaître profondément chaque individualité.

Immunisation vaccinale passive et sérothérapie. — M. Lucien CAMUS. Les propriétés immunisantes du sérum des animaux guéris d'infection pouvant parfois donner des résultats favorables dans le traitement des maladies humaines similaires, on a essayé depuis longtemps d'instituer une thérapeutique de la variole au moyen du sérum des animaux vaccinés.

M. Lucien Camus a repris cette étude et ses expériences lui ont montré que les injections de sérum virulicide ne peuvent avoir qu'une application restreinte.

Employée préventivement, la sérothérapie antivariolique peut se montrer efficace; mais après le début de l'infection son influence devient douteuse, et plus on avance dans la phase d'incubation, plus faibles sont les chances de succès; passé cette phase, elle devient sans effet sur l'éruption.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 9 JUILLET 1912)

Eloge de J. Chatin. — M. GRIMBERT donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques de M. Joannès Chatin.

Culture des ganglions spinaux des mammifères in vitro suivant le procédé de M. Carrel. — M. MARIE lit une note de MM. G. Marinesco et J. Minea qui ont pensé que la culture des ganglions nerveux par le milieu plasmatique suivant

le procédé de Carrel pourrait donner des résultats intéressants.

Leurs expériences ont confirmé leurs espérances.

Hygiène hospitalière. — L'ordre du jour appelle la discussion sur le rapport de M. Mosny.

M. Pinard rappelle les circonstances dans lesquelles a été décidée la construction d'un hôpital moderne et modèle à Lyon. Une commission a été nommée qui, sous la présidence de M. Herriot, maire de Lyon, a étudié en détails les dispositions de ce grand hôpital. Par l'organe de son président, cette commission a demandé à l'Académie le témoignage que rien n'a été négligé pour arriver à des résultats aussi satisfaisants que possible.

Heureuse la municipalité de Lyon, s'écrie M. Pinard, qui a pu constituer une telle œuvre d'humanité et servir si bien la science!

La construction de cet hôpital lyonnais marque une étape dans la technique des constructions hospitalières.

M. Pinard insiste pour qu'on s'occupe de la question des consultations permanentes et qu'on puisse soustraire les malades aux souffrances des agonisants.

En terminant, M. Pinard fait appel à qui de droit pour que les mesures qu'il réclame soient réalisées par l'Assistance publique. Il émet le vœu que des mesures soient prises pour que les malades hospitalisés n'aient pas à souffrir des souffrances des autres malades.

M. Widal dit que ces mesures sont déjà prises dans son service où existent des chambres d'isolement dans lesquelles on peut mettre des malades dangereux ou gênants pour les autres, ou même agonisants.

M. Vaillard explique que ces mêmes mesures sont déjà adoptées dans les hôpitaux militaires. Mais il ne voudrait pas que ces chambres d'isolement fussent installées sous le vocable de chambres d'agonisants. On y met les malades gravement atteints, dangereux pour les autres ou en danger de mort.

M. Mosny rappelle que dans son rapport, d'accord avec M. Herriot, il a exprimé les mêmes vœux. Il est bien entendu que chambre d'isolement ne veut pas dire antichambre du cimetière.

M. Mesureur estime qu'il y aurait une sorte de barbarie, pour les malades gravement atteints, à les placer dans des chambres qu'on saurait destinées à des agonisants. D'accord avec ses collègues, il pense qu'il faut multiplier autant que possible les chambres d'isolement dans les services hospitaliers.

Dans les services où ces chambres n'existent pas on pourrait y suppléer par des paravents mobiles. En terminant, M. le directeur de l'Assistance publique s'engage à faire tout son possible pour donner satisfaction aux légitimes revendications des chefs de services.

MM. Mosny, Pinard et Widal émettent des avis dans le même sens.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants étrangers (3e division, médecine vétérinaire).

La liste des candidats porte :

En première ligne, M. Lydtin (de Baden-Baden); en deuxième ligne, M. Bassi (de Turin); en troisième ligne et par ordre alphabétique, MM. Hutyra (de Budapest), Mac Fadyean (de Londres), Salmon (de Montevideo), Schütz (de Berlin).

MM. Lydtin et Bassi sont élus.

LIVRES NOUVEAUX

La Pratique des maladies des enfants(1). T. V : *Maladies des os, de la nutrition, du système nerveux*, par MM. Apert, Cruchet et Carrière.

Il est toujours difficile d'analyser un ouvrage portant sur un sujet que l'on a personnellement étudié. Une tendance toute naturelle vous porte, en effet, à louer sans mesure celles de ses théories qui se rapprochent des vôtres et à critiquer âprement les autres. La difficulté s'accroît encore lorsque l'auteur est un ami. La plus légère critique risque alors de paraître excessive, le moindre éloge devient suspect. Efforçons-nous donc d'oublier, pour un instant, que nous avons, avec M. le professeur Hutinel, consacré à la question des encéphalopathies infantiles un article de quelque cinq cents pages, et que, depuis certaine polémique engagée ici même, les liens de l'amitié nous unissent à M. Cruchet. Longtemps, les encéphalopathies infantiles ne furent l'objet d'aucun travail d'ensemble. De patients collectionneurs se contentaient d'en extraire d'innombrables petits faits particuliers qui ne conduisaient à aucune loi générale. « Elles avaient des annales et n'avaient point d'histoire. » Les classiques morcelaient à l'infini la description qu'ils en donnaient, envisageant séparément chacune des modalités cliniques qu'elles peuvent affecter. Le lecteur était ainsi amené à croire qu'il avait affaire à des entités morbides bien définies là où il ne s'agit que de simples syndromes et à séparer des faits qu'il y aurait eu le plus grand avantage à rapprocher et à réunir. Cette méthode analytique n'aboutissait qu'à la confusion. Il fallait donc lui substituer la synthèse. Synthèse bien incomplète, et toute provisoire, sans doute, mais indispensable, néanmoins, pour grouper les faits et permettre de les mieux interpréter. Le principal mérite de M. Cruchet, c'est d'avoir compris la nécessité d'une telle œuvre. Au lieu de se perdre dans les divisions et les subdivisions, de rechercher les oppositions artificielles et de se complaire, comme la plupart de ses prédécesseurs, dans le clair-obscur, il jette, d'emblée, les grandes lignes de l'édifice à construire et en ordonne si heureusement les diverses parties que, sans qu'elles cessent d'être solidaires, l'air et la lumière peuvent aisément circuler entre elles. L'étude des *grands syndromes cérébro-spinaux*, convulsions, paralysie, idiotie, sert de préface aux *maladies du cerveau*, de la *moelle*, des *racines* et des *muscles*, et fait, par une pente insensible, glisser jusqu'aux *névroses*. Cette façon de procéder est conforme aux lois de la séméiologie, puisque, du symptôme, elle remonte à la cause; elle est élégante; elle est commode. Oserons-nous avouer, toutefois, qu'elle ne nous satisfait pas pleinement? Elle semble, en effet, sacrifier un peu trop l'anatomie pathologique, et, si elle synthétise à merveille les symptômes, ce n'est peut-être que pour mieux morceler la description des lésions. Il y aurait aussi beaucoup à dire sur une classification qui range le tétanos à côté de la tétanie, parmi les convulsions. Mais nous ne sommes pas de ceux que la nouveauté effraie. Depuis trop de lustres, les traités classiques passent leur temps à se copier les uns les autres, sans jamais rien tenter d'original. A ceux qui veulent, à l'antique médecine, infuser un peu de sang nouveau de réagir! Et puisque M. Cruchet se place au premier rang de ceux-ci, ne le chicanons pas sur quelques détails. Louons-le plutôt de ses brillantes qualités d'exposition, du caractère littéraire de son œuvre, et de son érudition. Et souhaitons à son important article tout le succès qu'il mérite.

Dans ce même tome V de la *Pratique des maladies des enfants*, M. Apert s'est chargé de rédiger le chapitre relatif aux *maladies du tissu cellulaire*, des *os et des articulations*, et aux *maladies de la nutrition* : il s'est acquitté de sa tâche avec son habituelle conscience. A M. Carrière ont été dévolues les *maladies des méninges* : on trouvera dans les pages sérieuses et solides qu'il leur a consacrées une excellente mise au point de questions à l'ordre du jour : le méningisme, l'hydrocéphalie et l'hémorragie méningée.

L. BABONNEIX.

(1) In-8 avec 242 fig. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DES INJECTIONS DE CINNAMATE DE SOUDE DANS LA TUBERCULOSE

Monsieur le directeur,

M. le docteur Jean Laborde, de la crèche Furtado-Heine, dans le numéro de la *Gazette des hôpitaux* du 6 juillet, vante les heureux résultats des injections de cinnamate de soude dans la tuberculose, et nous dit que, d'après son expérimentation, ces injections doivent être faites à la dose de 5 centigrammes et non pas aux doses indiquées dans les formulaires.

Je suis très heureux de voir M. Jean Laborde confirmer les résultats que j'ai obtenus moi-même depuis plusieurs années dans mon service de l'hôpital Lariboisière, et dans ma clientèle par ces injections de cinnamate de soude, que je fais à doses encore plus élevées, puisque j'injecte d'un seul coup une solution de 10 centimètres cubes de sérum physiologique contenant 10 centigrammes de cinnamate de soude.

J'ai fait connaître les heureux résultats qu'on obtient de ces injections dans la tuberculose à l'Académie de médecine le 1er décembre 1908; mon élève M. Bluysen avait fait la même année sur le même sujet sa thèse inaugurale avec les observations prises dans mon service.

Si je faisais connaître les heureux résultats obtenus dans la tuberculose par les injections de cinnamate de soude à doses élevées, je n'avais pas la priorité de ce traitement, je n'avais cette priorité qu'en France. Dans ma communication je rappelais les travaux de Landerer sur l'acide cinnamique et le cinnamate de soude, et je disais que j'avais appris cette médication par le cinnamate à doses élevées, des médecins espagnols qui l'employaient depuis un certain temps.

Les travaux de M. le docteur Jean Laborde ne sont donc que la confirmation intéressante de tous ces travaux antérieurs.

Veuillez agréer, monsieur le directeur, l'assurance de ma considération distinguée.

Dr PAUL REYNIER,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière,
Membre de l'Académie de médecine.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 15 AU 20 JUILLET 1912

THÈSES

Mardi 16 juillet, à une heure (*suite.*) — M. LE ROUX. La prophylaxie de la tuberculose à la maison départementale de la Seine (Nanterre) et le quartier spécial des tuberculeux isolés. (MM. Letulle, président; Thoinot, Brumpt et Nicloux.) — M. COUDERT. Traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations des poussières O. Verdet. (MM. Letulle, président; Thoinot, Brumpt et Nicloux.) — M. BELS. Une consultation de nourrissons en pays flamand. Etude sur la mortalité infantile à Barxlaul (Nord), ses causes et les principaux moyens d'y remédier. (MM. Bar, président; Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin.) — M. VANNESSON. Contribution à l'étude des hernies diaphragmatiques congénitales du nouveau-né. (MM. Bar, président; Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin.) — M. MORAND. Contribution à l'étude du pronostic éloigné de l'opération césarienne conservatoire classique. (MM. Bar, président; Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin.) — M. VALLETON. Des indications du forceps d'après une statistique de la maternité de l'hôpital Beaujon de 1897 à 1911. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Bar, Brindeau et Jeannin.)

Mercredi 17 juillet, à une heure. — M. RIMEY. L'accouchement dans la présentation du siège lorsque les enfants sont volumineux. (MM. Pinard, président; Kirmisson, Delbet et Couvelaire.) — M. BIENVENUE. Diverticulites et occlusion intestinale diverticulaire. (MM. Kirmisson, président; Pinard, Delbet et Couvelaire.) — M. DIDIER. Contribution à l'étude de la cure radicale de la hernie crurale, résultats éloignés et avantages du procédé de Proust et Guilié modifié. (MM. Kirmisson, président; Pinard, Delbet et Couvelaire.) — M. MUTEL. Diagnostic et traitement de l'appendicite chez les tuberculeux pulmonaires. (MM. Delbet, président; Pinard, Kirmisson et Couvelaire.) — M. LANDRIEU. Les mycoses oculaires. (MM. Blanchard, président; Gaucher, Macaigne et Zimmern.) — M. PARAMANOFF. Du chancre mixte. (MM. Gaucher, président; Blanchard, Macaigne et Zimmern.) — M. RABOURDIN. Le chancre syphilitique du cuir chevelu. (MM. Gaucher, président; Blanchard, Macaigne et Zimmern.) — M. WILMET. Contribution à l'étude du traitement du psoriasis par les bains d'émulsions médicamenteuses. (MM. Gaucher, président; Blanchard, Macaigne et Zimmern.) — M. LELIÈVRE. Le traitement orthopédique du mal de Pott. (MM. Reclus, président; Hartmann, Weiss et Jean Camus.) — M. ROBERT. De la spondylose traumatique (maladies de Kimmer-Verneuil). (MM. Reclus, président; Hartmann, Weiss et Jean Camus.) — M. MORESTIN. La restauration de la paroi abdominale par résection étendue des téguments et de la graisse sous-cutanée, et le plissement des aponévroses superficielles, envisagée comme complément de la cure radicale des hernies ombilicales. (MM. Hartmann, président; Reclus, Weiss et Jean Camus.) — M. LABANDE. Contribution à l'étude clinique de l'astigmatisme. (MM. Weiss, président; Reclus, Hartmann et Jean Camus.) — M. STREHAIANO. Action de la digitaline sur la durée de la circulation pulmonaire. (MM. Roger, président; Teissier, Letulle et Marcel Labbé.) — M. BOUSSAGUET. Recherches expérimentales sur les conditions physiologiques du travail des mineurs. (MM. Roger, président; Teissier, Letulle et Marcel Labbé.) — M. LEJEUNE. Le pouls lent ictérique (étude clinique, physiologique et pathogénique). (MM. Teissier, président; Roger, Letulle et Marcel Labbé.) — M. VERRIER. De l'unité de la création d'un casier sanitaire communal. (MM. Letulle, président; Roger, Teissier et Marcel Labbé.) — M. CHICHMANIAN. L'incontinence dans la tuberculose des voies urinaires. (MM. Segond, président; Lejars, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. FERRAND. Contribution à l'étude des suppurations graves des gaines synoviales de la main. (MM. Segond, président; Lejars, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. GUILLOU. Contribution à l'étude de la coexistence de la tuberculose et du cancer de l'utérus. (MM. Segond, président; Lejars, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. CAILLET. Des complications vésicales au cours de l'appendicite. (MM. Segond, président; Lejars, Pierre Duval et Ombrédanne.) — M. GUILLAUME. De la dérivation temporaire des urines dans les opérations sur l'urètre, en particulier dans l'urétrectomie suivie d'urétrorraphie. (MM. Segond, président; Lejars, Pierre Duval et Ombrédanne.)

Jeudi 18 juillet, à une heure. — Mme MICHELOWSKI. L'hydartrose intermittente périodique. (MM. Debove, président; Gilbert Ballet, Achard et Rathery.) — M. ROLAND. Le « 606 » dans la prophylaxie sociale de la syphilis. (MM. Debove, président; Gilbert Ballet, Achard et Rathery.) — Mlle DAMOUCHIEWSKY. Contribution à l'étude de la paralysie générale juvénile. (MM. Gilbert Ballet, président; Debove, Achard et Rathery.) — M. LAIGNIER. Thérapeutique oculaire par la lanoline hydrargyrique avec ou sans massage. (MM. Achard, président; Debove, Gilbert Ballet et Rathery.)

(*A suivre.*)

NOTES POUR L'INTERNAT

HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE (1)

COMPLICATIONS. — a. *Hémorragies.* — Il n'est pas rare d'observer, pendant l'évolution de l'hématocèle, des poussées récidivantes d'hémorragies. Ces hémorragies se font le plus souvent insidieusement; elles peuvent coïncider dans certains cas, avec les périodes menstruelles. Elles ne se traduisent bien souvent que par la constatation, lors d'un toucher, d'une tumeur plus volumineuse qu'elle ne l'était au dernier examen, moins organisée, moins résistante; plus exceptionnellement l'on observe une légère élévation thermique, ou quelques symptômes atténués de réaction péritonéale. Ces hémorragies récidivantes, tardives, prolongent beaucoup la période de résorption de l'hématocèle, mais elles ne sont qu'exceptionnellement l'origine d'accidents très alarmants.

b. *Infection.* — L'infection de l'hématocèle se réalise, soit par la voie génitale, soit quelquefois par la voie intestinale. C'est une complication toujours à redouter, et qui survient souvent à une période très tardive de l'évolution. Elle s'annonce par des frissons, de la fièvre, une réaction péritonéale plus ou moins vive, de la diarrhée fétide. Le toucher permet de sentir le ramollissement de la tumeur, puis apparaît la fluctuation. Au bout d'un certain temps, lorsque la transformation purulente de la poche est totalement effectuée, l'*ouverture* s'en

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, no 73, p. 1085, et no 76, p. 1122.

fait dans les organes de voisinage. Le plus souvent, si l'on n'intervient pas, c'est dans le *rectum* que le pus s'évacue; la malade expulse des matières brunâtres striées de pus, ou du pus d'odeur infecte, mélangé à quelques caillots : à la suite de cette ouverture spontanée, rarement la poche se comble par bourgeonnement. Le plus souvent la suppuration continue indéfiniment, et il survient, soit de la pyohémie, soit de la septicémie, soit une fièvre hectique qui emporte la malade.

L'ouverture peut encore se faire dans le *vagin*, ou à la fois dans le vagin et le rectum; l'ouverture dans la *vessie*, ou à la *paroi abdominale*, se voit rarement. Enfin la poche purulente peut s'ouvrir dans le *péritoine* et donner lieu à une *péritonite suraiguë*, généralisée, très rapidement mortelle.

DIAGNOSTIC. — a. *Positif.* — Le diagnostic positif est fondé sur les symptômes syncopaux hémorragiques du début, survenant assez souvent à la suite de prodromes caractéristiques chez une femme qui a tout lieu de se supposer enceinte, sur les renseignements fournis par le palper abdominal combiné au toucher vaginal et rectal.

b. *Différentiel.* — Le diagnostic différentiel doit être discuté d'abord au moment de la période bruyante du début, puis lorsque l'enkystement donne à l'hématocèle la symptomatologie d'une tumeur.

Le diagnostic de l'inondation péritonéale cataclysmique n'a en général pas à être discuté en raison de son évolution rapidement mortelle; le début bruyant de l'hématocèle proprement dite doit faire penser à l'avortement simple, aux coliques néphrétiques, hépatiques, tous diagnostics en général faciles.

Plus difficile sera parfois le diagnostic de l'étranglement interne, de l'appendicite aiguë, d'une péritonite. La localisation de la douleur, l'absence des signes d'hématocèle constatés par le toucher vaginal permettront en général de trancher la difficulté; s'il s'agit d'une pelvi-péritonite, le diagnostic est souvent presque impossible.

Le *kyste de l'ovaire à pédicule tordu* est d'un diagnostic très délicat, cependant, dans ce cas, le kyste de l'ovaire occupe une situation plus élevée, et il forme une tumeur mieux circonscrite que l'hématocèle. D'autre part, il n'existe pas de modifications du col de l'utérus.

Lorsque l'hématocèle est constituée, elle peut être confondue avec une déviation ou avec toute autre tumeur utérine ou juxta-utérine. La déviation de l'utérus se reconnaît par la recherche du fond de l'utérus et la constatation de la crête verticale postérieure du corps de l'utérus : comme l'a montré Pozzi, c'est encore la recherche de l'utérus enchâssé au centre de la tuméfaction qui permettra d'éviter la confusion, facile d'ailleurs, avec une rétroflexion de l'utérus gravide.

Une salpingite kystique, une salpingo-ovarite, entourée d'adhérences, peuvent à l'occasion d'une torsion, donner lieu à des accidents qui rappellent une hématocèle. Le fibrome a une consistance plus égale, une évolution différente et il s'accompagne de métrorragies et d'augmentation de la cavité utérine.

Le clinicien devra discuter encore l'hypothèse plausible d'un kyste du ligament large, d'un kyste dermoïde ou hydatique, dont le siège de prédilection est le cul-de-sac de Douglas; il faudra différencier encore un hématosalpinx prolabé en arrière de l'utérus, une grossesse extra-utérine non rompue, un fibrome de la paroi postérieure.

Le diagnostic avec l'hématocèle extrapéritonéale est en général facile, grâce aux renseignements fournis par le toucher qui montre le cul-de-sac de Douglas entièrement libre, et l'utérus dévié latéralement et refoulé soit en avant, soit en arrière; d'ailleurs les phénomènes du début ont toujours été beaucoup plus atténués.

La question de savoir si l'hématocèle contient ou non un œuf, un fœtus, un placenta, ne présente aucun intérêt et n'a pas l'importance que l'on a voulu lui attribuer autrefois; d'ailleurs l'embryon est résorbé très rapidement au milieu des caillots.

PRONOSTIC. — Le pronostic est très différent suivant le moment de l'hématocèle : tant que l'hémorragie est diffuse et peut récidiver, le pronostic est réservé, car la mort peut survenir à plus ou moins brève échéance, si l'on n'intervient pas. Lorsque l'enkystement est réalisé, il n'y a plus à redouter que l'infection et ses conséquences : mais outre que cette infection n'est pas constante, le danger qu'elle présente n'est presque jamais immédiat. Le pronostic est à réserver néanmoins, même si la résorption doit se faire, en raison de lésions pelviennes consécutives, de brides péritonéales, de fistules. La femme est en général condamnée à la stérilité, et elle reste exposée aux dangers d'une récidive. Toutes ces raisons militent énergiquement en faveur d'un traitement bien conduit.

TRAITEMENT. — 1° *Prophylactique.* — L'hématocèle rétro-utérine résultant presque exclusivement de la rupture d'une grossesse tubaire, il s'ensuit que si l'on a l'occasion de diagnostiquer une grossesse ectopique chez une femme présentant les symptômes d'une grossesse ou simplement accusant des douleurs pelviennes, il est de toute nécessité d'intervenir chirurgicalement avant que la rupture ne se produise : toute grossesse ectopique doit être considérée comme une tumeur dangereuse (Le Dentu).

2° *Traitement d'urgence.* — Dans l'inondation péritonéale, rapidement mortelle, l'on n'a en général pas le temps d'intervenir. Lorsque les symptômes tout en étant alarmants dès le début n'ont cependant pas une évolution aussi rapidement fatale, après l'emploi des moyens immédiats (éther, caféine, sérum), si le pouls faiblit, si la tendance syncopale s'accentue, il faut absolument intervenir et le plus rapidement possible. Souvent la situation s'améliore plutôt qu'elle ne s'aggrave dans les moments qui suivent; le but à atteindre alors, n'est plus l'hémorragie qui se fait, mais celle qui peut se reproduire, si les choses sont abandonnées à elles-mêmes. C'est à la *laparotomie* qu'il faut avoir recours, seule opération permettant de faire, dans les meilleures conditions, l'hémostase et la salpingectomie.

3° *Traitement de la forme enkystée.* — Lorsqu'il s'agit d'hématocèle enkystée, l'indication opératoire et le procédé à employer, sont subordonnés à différentes conditions, dépendant de l'âge de la lésion, de son siège, de son volume. Dans certaines hématocèles de petit volume, le repos, les injections chaudes, vaginales et rectales, suffisent en général à amener la guérison.

Dans les hématocèles assez récentes, sujettes à des hémorragies récidivantes, relevant de la rupture d'une grossesse tubaire au troisième mois, et dont le début ne remonte pas à plus de six à huit semaines, il faut encore intervenir, mais l'accord est loin d'être fait sur le choix de l'intervention.

Certains auteurs conseillent la *laparotomie* (Reynier, Terrier) : une fois le ventre ouvert, on effondre le foyer hématique, on le vide de ses caillots et on pratique soit la salpingectomie, soit la salpingorraphie : le plus souvent, la marsupialisation de la poche n'est pas possible; on se contente de faire alors une toilette péritonéale; il est prudent ensuite de drainer : la laparotomie s'adresse de préférence aux tuméfactions haut situées, abondantes, comme aux cas où le cul-de-sac postérieur du vagin est comblé par des adhérences anciennes.

Bon nombre de chirurgiens (Picqué, Ricard, Segond) préfèrent la *colpotomie*; elle se fait au ras du col; après avoir effondré le cul-de-sac péritonéal on évacue les caillots avec une extrême douceur; le drainage est assuré pendant une quinzaine de jours, au moyen d'un tube en T, à nombreuses ouvertures latérales, la guérison est obtenue en trois à quatre semaines.

D'autres voies d'abord peuvent encore être employées suivant les cas. Lejars a vidé une hématocèle par une incision ischio-rectale; lorsque la poche bombe au-dessus du ligament de Fallope, on peut pratiquer (Pozzi) la laparotomie sous-péritonéale.

Lorsque l'hématocèle vient à suppurer, il faut intervenir avant que ne se produise l'ouverture spontanée dans le rectum, le vagin; on aura recours alors à une large incision vaginale, exceptionnellement à une incision rectale, dans les cas de collection enclavée et peu accessible par le vagin.

BIBLIOGRAPHIE. — CESTAN. Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1896, n° 80-82. — *Traité de chirurgie* LE DENTU-DELBET, t. X. — RIBEMONT-DESSAIGNES. *Traité d'obstétrique*. — DUBRISAY et JEANNIN. *Précis d'accouchement*.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 80. — SAMEDI 13 JUILLET 1912. 85e ANNÉE SAMEDI 13 JUILLET 1912. — N° 80.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas mardi.

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* **1 FRANC** *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 30 septembre, et des abonnements* **GRATUITS** *de deux mois pour MM. les étudiants.*

Ces abonnements sont divisés en deux séries : la première du 1er juillet au 30 août, la seconde du 1er août au 30 septembre.

La première série étant close, les demandes pour la deuxième série doivent nous parvenir avant le 15 juillet.

Ecrire très lisiblement son nom et son adresse en indiquant la série choisie.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 10 juillet. — MM. Roux, 12; Muret et Barbier, 14.

Sont admis à prendre part à la troisième épreuve les candidats ayant obtenu un minimum de 40 points.

MM. Mocquot, 47; Heitz-Boyer et Sauvé, 45; Mercadé, 43; Gernez, Capette, Martin, Mathieu et Okinczyc, 42; Bréchot, Bazy et Barbier, 41; Muret et Gasne, 40.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Le personnel du laboratoire d'anatomie est constitué ainsi qu'il suit à dater du 1er novembre 1912 :

Un chef de laboratoire;
Un préparateur;
Un préparateur technique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ROUEN. — M. Bance, pharmacien de première classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en vermeil est décernée à MM. les docteurs Raybaud (de Marseille), Doillon (de Vesoul), Hugonneau (de Saint-Mathieu).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Chantier (de Bar-sur-Seine), Le Normand (de Saint-Malo), Bourgain (de Boulogne-sur-Mer), Henry (de Montdidier), Vignaud-Dupuy (de Saint-Florent), Joubin (de Marseille).

M. Carpentier, interne des hôpitaux de Rouen.

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Bonjour (de Saint-Florentin), Rouslacroix (de Marseille), Dumont, médecin sanitaire maritime.

M. Dogny, interne à Saint-Lazare.

M. Prudhomme, interne des hospices de Saint-Quentin.

MM. Petit (Paul-Emile) et Delotte, internes des hôpitaux de Paris.

MM. Auvigne, Houlbert, Lelièvre, Petit (Antoine), Ramadier et Tournay, externes des hôpitaux.

M. Lembert, étudiant en pharmacie.

Mentions honorables. — M. le docteur Brissot, médecin sanitaire maritime.

M. Rigal, pharmacien à Nîmes.

M. Rambour, préparateur en pharmacie à Préseau.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Menut (de Vernoille-Fourrier), Meuvret, médecin chef de service aux prisons de Fresnes à Sceaux; Odinet, Petit et Regnault (de Paris), Tardif (de Longué).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Battesti (de Marseille), Bernuchon (de Moncontour), Chambay, chirurgien de l'hospice d'Alençon, médecin inspecteur des écoles; Faure (de Paris), Hochard (de Neuilly-sur-Seine), Laurent (de Paris), Le Clerc, médecin-major à Versailles; Léger, médecin de l'orphelinat des arts à Neuilly-sur-Seine; Lestelle (de Paris), Looten, président de société musicale à Lille; Thooris, médecin-major, membre du comité médical de la fédération nationale des sociétés de préparation militaire à Paris.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la vingt-septième semaine, 838 décès, au lieu de 788 pendant la semaine précédente et au lieu de 832, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc normal.

Physiologie du péritoine. Le grand épiploon, par les docteurs A. LEPLAY, chef de laboratoire à l'hôpital Laënnec, docteur ès sciences, et J. FAVRE, prosecteur des hôpitaux. In-8 (19-12) de 180 p. (Encyclop. scient. des Aide-mémoire.) — Prix : broché, 2 fr. 50; cart., 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

RENSEIGNEMENTS

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

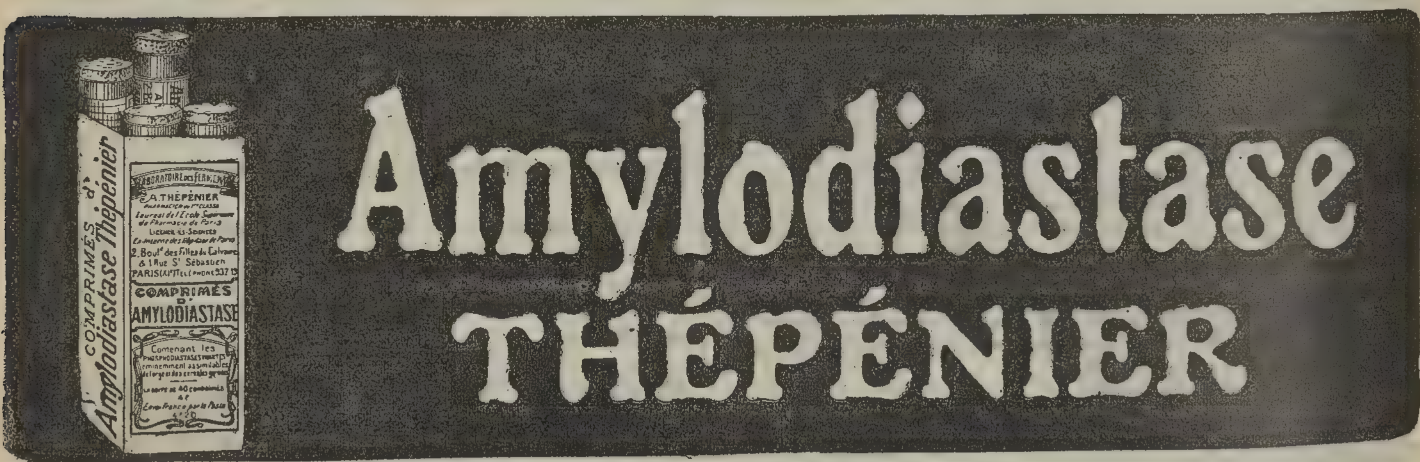
GINGIVO-STOMATITES
GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
DYSENTERIES
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES
Prophylaxie de la **FIÈVRE TYPHOÏDE** *et du* **CHOLÉRA**



Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* **DYSPEPSIES** *salivaires et pancréatiques*
Préparation des **BOUILLIES MALTÉES**
PALPITATIONS *d'origine digestive*
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES
SURALIMENTATION
DIGESTION RAPIDE *des* **FECULENTS**



Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le " Laboratoire des Ferments " A. THEPENIER, 2, boul. des Filles-du-Calvaire, PARIS

REVUE GÉNÉRALE

LE COMA DIABÉTIQUE

Par M. Paul JACQUET,
Interne des hôpitaux de Paris.

Définition. — Au début de cette étude, il importe de distinguer le *coma diabétique vrai* du *coma chez les diabétiques*.

Le diabétique, en effet, peut présenter des phénomènes comateux d'ordre banal, et indépendants de son diabète. Ces malades sont très souvent des artérioscléreux, des albuminuriques, des hypertendus, et comme tels, et plus que tous autres peut-être, ils sont prédisposés aux accidents comateux de cause rénale ou cérébrale.

Mais le coma diabétique vrai, le seul que nous envisagerons, est un *coma toxique*, en rapport avec une intoxication intimement liée au diabète.

Quelle est la nature de cette intoxication? Nous verrons plus loin qu'on a longuement discuté à ce sujet. La plupart des auteurs font jouer un rôle prépondérant aux corps acétoniques, et l'usage a prévalu (sans préjuger pour cela de sa nature réelle), de conserver au coma diabétique la dénomination de *coma acétonémique*.

Causes prédisposantes. — Le coma diabétique s'observe dans toutes les formes du diabète, et à toutes les périodes. Sa *fréquence* est grande, un tiers des diabétiques environ, d'après le professeur Lépine, succomberaient dans le coma.

Il s'observe exceptionnellement au cours du diabète maigre, dont l'évolution se fait le plus habituellement vers la tuberculose; il est très fréquent, par contre, au cours du *diabète gras*.

Il survient surtout dans les *formes graves* avec glycosurie abondante ne cédant pas au régime, ceci d'ailleurs n'ayant rien d'absolu, car les formes moyennes et même légères du diabète constitutionnel ne sont nullement à l'abri de cette complication.

Le coma est fréquent dans les *formes nerveuses* du diabète, diabète de cause nerveuse ou avec prédominance de phénomènes nerveux; il est très fréquent également au cours du *diabète infantile*, qui revêt habituellement une forme consomptive et à marche rapide.

Chez tous ces malades, le coma est un épisode *tardif*, de la période de consomption et de dénutrition, lorsqu'apparaissent l'amaigrissement, la perte des forces, les œdèmes malléolaires.

Le coma diabétique n'apparaît que chez les sujets en état d'*acétonémie*, que cette acétonémie soit ancienne, qu'elle soit récente au contraire ou méconnue, le coma apparaissant dans certains cas comme le symptôme révélateur d'une acétonémie commençante.

Enfin, dans tous ces cas, il faut faire entrer en ligne de compte la prédisposition individuelle, certains diabétiques ont une tendance naturelle à faire du coma, d'autres au contraire y semblent réfractaires.

Causes occasionnelles. — Le coma diabétique peut débuter spontanément, sans raison apparente; le plus souvent toutefois il reconnaît comme cause un épisode quelconque, physiologique ou pathologique.

Parmi les causes susceptibles de lui donner naissance, on peut mettre en première ligne tout ce qui touche à l'alimentation. C'est ainsi que le coma peut apparaître à l'occasion d'une simple indigestion, d'un *embarras gastrique*, pour une crise de diarrhée. Mais ce sont surtout les *écarts de régime*, les *fautes de diététique* commises par ignorance qui peuvent susciter le coma. C'est ainsi que la suppression brusque des hydrates de carbone, que la mise du malade à un régime carné exclusif ou trop riche en graisses, que la réduction volontaire des boissons, qu'une cure de jeûne intempestive peuvent être fatales au diabétique.

Tout traitement, tout régime exclusif tendant à obtenir l'amaigrissement, ou la diminution de la glycosurie, est dangereux chez de tels malades, à tel point que l'on a pu dire autrefois (Pavy), lorsque l'on soumettait ces malades à des régimes antiglycosuriques rigoureux, que les diabétiques traités succombaient dans le coma, tandis que les diabétiques non traités marchaient à la tuberculose.

D'autres fois, c'est une *intoxication médicamenteuse*, par l'opium ou l'antipyrine par exemple, donnés à dose massive et longtemps continués, qui provoque les accidents.

Le surmenage sous toutes ses formes joue un grand rôle dans la production du coma, que ce soit le *surmenage physique*, tel qu'exercices violents, marches forcées avec transpiration abondante, déplacement pendant les grandes chaleurs. On connaît l'influence toute spéciale des voyages effectués dans ces conditions, et au cours desquels la sudation d'une part, les soucis de l'installation d'autre part viennent joindre leurs effets à celui de la fatigue.

Il en est de même pour le *surmenage moral* : émotions vives, chagrins, tourments variés. Il en est de même également pour le *surmenage intellectuel* : travail de tête intensif, veillées prolongées, et nombreux sont les cas relatés de coma survenu dans ces conditions.

Le *traumatisme* joue un grand rôle dans l'étiologie du coma. Le cas du diabétique qui fait une chute, subit une fracture, et meurt dans les heures qui suivent, est classique et bien connu.

Le traumatisme opératoire, les *interventions chirurgicales*, ont à ce point de vue une redoutable influence. L'incision d'un anthrax, l'opération d'une cataracte, constituent un choc parfois suffisant pour tuer ces malades, les interventions étant d'autant plus graves qu'elles sont effectuées sous anesthésie. La *narcose* à elle seule suffit à provoquer le coma chez les diabétiques acétonémiques, et son influence vient s'ajouter au choc opératoire. C'est dire quels risques court le diabétique du fait d'une intervention qui ne doit être pratiquée qu'à bon escient, et en cas seulement d'absolue nécessité.

La *puerpéralité* est grave chez les diabétiques; le coma peut apparaître au cours même du travail, ou dans les suites de couches.

D'autres fois enfin, c'est un *épisode infectieux et fébrile*, tel qu'une gangrène localisée, qu'une grippe, qu'une pneumonie, qui sont à l'origine d'une attaque de coma.

Quoi qu'il en soit, et quelle que soit sa nature, la cause occasionnelle peut être insignifiante. Un choc parfois minime peut produire le coma, et l'on a pu comparer le diabétique à ce point de vue, à un véritable « colis fragile » (Landouzy), ou à un voyageur sur le bord d'un précipice, que le moindre faux pas peut faire choir dans l'abîme (Frerichs).

DÉBUT. — Le coma diabétique *peut débuter brusquement*, de façon inattendue. C'est le cas notamment de certains diabétiques méconnus, bien portants jusque-là, et qui, à la suite d'un traumatisme, et sans que rien ait laissé prévoir ce dénouement, tombent en somnolence, avec apathie, indifférence aux objets extérieurs, progressivement croissantes jusqu'au coma confirmé.

Le plus souvent, il est vrai, ce n'est pas ainsi que les choses se passent. Il existe une *période prodromique* de durée très variable, dont les symptômes se confondent plus ou moins avec ceux du diabète, et passent aisément inaperçus.

Parmi ces prodromes, les uns sont évidents, s'imposent à l'attention, tels que la somnolence. Ce sont des prodromes à brève échéance, annonçant déjà le début du coma. D'autres au contraire sont des prodromes à distance, ils constituent à proprement parler les petits signes révélateurs de l'acétonémie, et doivent être recherchés systématiquement chez les diabétiques surveillés.

Il est possible, grâce à eux, de prévoir les accidents longtemps à l'avance, et de les prévenir à temps par une thérapeutique appropriée.

I

Période prodromique. — ACÉTONÉMIE. — Le coma diabétique ne s'observe guère que chez des sujets en état d'acétonémie, d'où le nom de coma acétonémique sous lequel on le désigne parfois ; l'acétonémie étant due elle-même à la présence simultanée dans l'économie de trois corps, dits corps acétoniques, et qui sont : l'acétone, l'acide diacétique et l'acide β-oxybutyrique ; ces trois corps provenant, semble-t-il, du métabolisme incomplet des graisses, et des matières albuminoïdes. Pratiquement l'acétonémie se reconnaît à deux signes : l'odeur acétonémique de l'haleine, d'une part ; la réaction des urines au perchlorure de fer, d'autre part.

L'*odeur acétonémique de l'haleine* est variable dans son intensité. C'est une odeur chloroformique, odeur de « pomme de reinette » suivant la comparaison classique, qu'exhale le malade. Elle est tantôt peu marquée, à peine perceptible, tantôt frappante, emplissant la salle, imprégnant les vêtements.

L'urine, elle aussi, peut sentir l'acétone, cette odeur acétonique de l'urine n'étant jamais, d'ailleurs, aussi nette que celle de l'haleine.

Mais surtout, fait important : si dans l'urine à examiner on fait tomber quelques gouttes de perchlorure de fer, on voit apparaître une coloration rouge vin de Porto. Telle est la *réaction de Gerhardt*, caractéristique, non pas de l'acétone elle-même comme on le croyait autrefois, mais de l'acide diacétique qui coexiste dans l'urine avec l'acétone.

Quant à l'acétone, on la décèle dans les urines par la réaction de Legal, au nitroprussiate de soude. Si à l'urine suspecte on ajoute quelques gouttes d'une solution fraîche de nitroprussiate de soude en alcalinisant fortement avec de la soude, on voit apparaître une coloration pourpre qui vire bientôt au jaune ; l'adjonction ultérieure de quelques gouttes d'acide acétique fera naître une coloration rouge pourpre foncé.

On peut employer également le réactif de Chautard, ou la réaction de Lieben, à l'iodoforme, qui permet en même temps de doser l'acétone.

Quant à l'acide β-oxybutyrique, on le recherche au polarimètre. L'acide β-oxybutyrique est lévogyre, le glucose dextrogyre. On fait fermenter l'urine pour détruire le sucre, et l'examen polarimétrique permet d'emblée de doser l'acide.

Mentionnons également chez ces malades la présence des corps acétoniques dans le liquide céphalo-rachidien (Sicard) et dans le sérum sanguin.

SYMPTOMES NERVEUX. — La *céphalée* est fréquente à cette période prémonitoire ; c'est une sensation de pesanteur de tête plutôt qu'une céphalée véritable. Elle s'accompagne de douleurs diffuses aux membres, à l'abdomen, à la région lombaire ; le malade souffre de partout.

Les *troubles visuels* sont assez fréquents : ils consistent principalement en une diminution de l'acuité visuelle avec brouillard devant les yeux. Ils s'accompagnent souvent de vertiges, avec titubation, démarche ébrieuse.

On a signalé, comme dans l'urémie, l'amaurose subite sans lésion du fond de l'œil, de nature toxique vraisemblablement.

Les pupilles ne présentent rien de caractéristique ; elles sont égales, et réagissent normalement.

L'aspect du malade, à cette période prémonitoire, est assez spéciale ; on le trouve anxieux, gémissant, mal à l'aise. La fatigue habituelle du diabétique s'est muée chez lui en une *sensation d'accablement*, de fatigue intense. L'inaptitude au travail est complète. L'insomnie fréquente pendant la nuit, contraste avec la somnolence qui ne va pas tarder à apparaître.

Parfois à cette période, on note une courte phase d'*excitation*, avec agitation, loquacité comme chez les alcooliques, pouvant aller jusqu'à l'accès maniaque. Le délire est rare, cependant. Puis apparaît la phase de dépression. Le malade est prostré, abattu, indifférent aux choses environnantes. Et bientôt s'installe la *somnolence*, qui va croître progressivement jusqu'au coma confirmé.

L'apparition de la somnolence est du plus fâcheux augure ; peu de malades survivraient après avoir été somnolents pendant toute une journée (Lépine).

Dans certains cas enfin, rares d'ailleurs, on peut voir des *convulsions épileptiformes* généralisées, celles-ci survenant à la période précomateuse ou au cours même du coma.

Les anciens auteurs contestaient la nature toxique de ces phénomènes convulsifs ; Naunyn notamment les attribuait toujours à une lésion en foyer, ou à l'urémie concomitante. Mais un certain nombre d'observations ont été publiées récemment qui établissent d'une façon certaine la possibilité de convulsions purement toxiques survenant au cours de l'acétonémie.

SYMPTOMES DIGESTIFS. — Les symptômes digestifs consistent surtout en une *anorexie* profonde et irréductible, une inappétence absolue s'opposant à toute alimentation.

La langue est sèche et chargée, la soif vive.

Puis apparaissent des nausées, des phénomènes d'intolérance gastrique, des *vomissements* muqueux ou bilieux dégageant parfois l'odeur d'acétone.

Du côté de l'intestin, on peut noter de la *constipation* ; parfois aussi des *débâcles diarrhéiques*, diarrhée parfois incoercible attribuable, semble-t-il, à des décharges toxiques au niveau de l'intestin.

Quoique banaux, ces phénomènes digestifs prennent de la valeur par leur brusquerie d'apparition. L'apparition subite et sans motif de l'anorexie, de phénomènes d'embarras gastrique chez un diabétique

dont l'appétit était conservé jusque-là, est un phénomène suspect et qui doit faire craindre une attaque de coma.

Mais à côté de ces phénomènes digestifs d'allure banale, il est un symptôme sur lequel on a tout récemment attiré l'attention (Lereboullet), l'*épistralgie prémonitoire* du coma diabétique.

C'est là un prodrome à brève échéance, comportant lorsqu'il existe une réelle valeur pronostique, et à rapprocher, semble-t-il, de la barre épigastrique décrite par Chaussier, et prémonitoire de l'attaque d'éclampsie.

C'est une douleur paroxystique et très intense, survenant spontanément et cessant de même, indépendante de l'ingestion alimentaire, et n'entraînant pas le vomissement.

Elle survient par crises, laissant entre temps l'épigastre à peu près indolent, et s'accompagne habituellement d'un certain degré de météorisme abdominal.

Parfois aberrante, elle peut siéger dans les hypocondres, dans les flancs, dans les fosses iliaques. Par sa spontanéité, son intensité, sa brusquerie d'apparition cette douleur est très comparable aux crises gastriques du tabes.

Associée au rythme de Kussmaul, elle aurait permis dans certains cas de prévoir le coma plusieurs heures à l'avance.

Symptomes respiratoires. — La respiration à cette période présente des modifications caractéristiques; c'est la *grande respiration*, ou *rythme de Kussmaul*.

A l'examen du malade, on est frappé par le caractère laborieux de la respiration, par l'amplitude inaccoutumée des mouvements inspiratoires, le malade respirant à fond, et distendant au maximum sa cage thoracique.

L'inspiration est bruyante, prolongée, portée au maximum, avec entrée en jeu de tous les muscles inspirateurs. Le thorax se soulève d'un bloc; puis il se fait une pause légère, et le thorax brusquement retombe en une expiration active, saccadée, bruyante elle aussi. Il se fait une nouvelle pause, et le rythme reprend.

La respiration est régulière, à cette période tout au moins; elle est légèrement accélérée, sa fréquence toutefois peut rester normale.

En même temps, et contrastant avec le caractère pénible de la respiration, on est frappé par l'absence d'orthopnée. Le malade *n'est pas oppressé*, ou ne l'est que fort peu; il n'éprouve pas le besoin d'air auquel on pourrait s'attendre, il demeure étendu dans le décubitus, et ne cherche pas de soulagement dans un changement d'attitude.

Enfin, dernier caractère : l'auscultation chez ce malade demeure négative : murmure vésiculaire normal en tous points, aucune gêne mécanique de l'hématose, il s'agit là d'une dyspnée d'ordre purement toxique, dyspnée sine materia typique, en tous points comparable à la dyspnée urémique.

Telle est la respiration de Kussmaul qui, d'après certains auteurs (Kussmaul, Naunyn), serait pathognomonique du coma diabétique.

A la vérité, cette assertion semble exagérée. On a vu parfois ce rythme manquer et être remplacé par un Cheyne-Stokes très caractérisé; et inversement, chez certains urémiques, on a pu noter un caractère laborieux, suspirieux de la respiration, analogue en tous points au rythme de Kussmaul.

Quoi qu'il en soit, la valeur de ce signe est considérable; et sans aller jusqu'à faire du coma diabétique un coma essentiellement dyspnéique (Naunyn) on peut dire cependant que l'apparition de cette dyspnée spéciale chez un diabétique inappétent et somnolent indique d'une façon certaine l'imminence du coma.

Symptomes généraux. — Il est fréquent de constater à cette période une *diminution notable de la quantité des urines*.

Les urines sont *hyperacides*, *avec résistance à l'alcalinisation* par ingestion de bicarbonate de soude. Au lieu des 5 à 10 grammes qui suffisent chez un sujet normal pour donner à l'urine une réaction alcaline, il faudra faire ingérer au diabétique en imminence de coma des doses cinq fois, dix fois plus élevées pour atteindre le même but. La quantité de bicarbonate ingéré nécessaire pour obtenir l'alcalinisation permettrait d'emblée de doser l'acidité.

Chimiquement, en plus de l'acétonurie précédemment décrite, on constate une *ammoniurie* très nette : 2 à 3 grammes d'ammoniaque par vingt-quatre heures au lieu de 70 centigrammes, chiffre normal. Cette ammoniurie diabétique, depuis longtemps observée d'ailleurs (Boussingault) doit être considérée comme une réaction de défense de l'organisme qui fabrique de l'ammoniaque pour saturer les acides — β-oxybutyrique et autres — qui existent en excès.

On constate de plus une *diminution de la glycosurie*, parfois même sa disparition complète dans les heures qui précèdent le coma. Cette disparition subite de la réaction sucrée chez de tels malades, doit être considérée comme un symptôme des plus alarmants.

Fréquemment enfin on trouve de l'albumine avec cylindrurie (Kulz), attribuables vraisemblablement à un léger degré de néphrite toxique, par élimination d'acides en excès.

La *température*, pendant ce temps, subit un abaissement progressif et modéré; parfois cependant elle demeure à la normale, d'autres fois encore s'élève légèrement.

Le *pouls* est régulier, légèrement accéléré. Le professeur Lépine insiste sur cette accélération, le plus souvent modérée, du pouls chez les diabétiques en imminence de coma, ce symptôme n'étant d'ailleurs nullement caractéristique.

A noter également dès cette période un léger degré de cyanose (Blum) avec refroidissement des extrémités.

Quant à l'examen du sang, il montre la *diminution de l'alcalinité sanguine*. Il montre également la *lipémie*. Celle-ci se reconnaît à l'aspect lactescent du sérum après coagulation, avec, dans les cas très marqués, une teinte particulière du sang ressemblant à celle du chocolat et formation d'un dépôt huileux à la surface du caillot.

Elle se reconnaît d'autre part à l'examen ophtalmoscopique, qui montre la pâleur avec aspect trouble des vaisseaux rétiniens (Krause et Heine).

II

Période de coma confirmé. — Le coma diabétique, dans son évolution, est un *coma progressif*, et c'est par une transition continue que l'on passe de la somnolence du début au coma confirmé.

Au début, coma incomplet : le malade peut être

tiré momentanément de sa torpeur par une interpellation énergique, il répond par monosyllabes.

Puis, l'affection évoluant, le coma devient absolu, caractérisé par le relâchement musculaire avec perte complète de la connaissance et de la sensibilité.

Le malade est immobile, anéanti, dans le décubitus dorsal; la face est pâle, non vultueuse, légèrement cyanosée. La flaccidité est complète, le bras soulevé retombe inerte.

La sensibilité est abolie, le malade ne réagit plus aux excitations extérieures.

Les réflexes sont variables : tantôt persistants et tantôt abolis; ils disparaissent définitivement dans les heures qui précèdent la mort.

Les pupilles sont égales, fixes, parfois dilatées et parfois contractées; elles cessent de réagir lorsque la mort approche.

Krause a signalé récemment, au cours du coma diabétique, l'hypotension des globes oculaires qui apparaissent mous et flasques, donnant au doigt qui les palpe la sensation d'un sac à moitié rempli. L'examen ophtalmoscopique montre les vaisseaux rétiniens sous forme de stries pâles et décolorées, tranchant sur le fond rosé de la rétine; ce phénomène semblant en rapport avec la lipémie.

La respiration est profonde, bruyante, stertoreuse; elle s'accélère, diminue d'amplitude aux approches de la mort en perdant ses caractères.

Le pouls est accéléré, la tension artérielle basse.

Les urines sont diminuées, l'anurie peut être complète.

Enfin, caractère important, le coma diabétique est un *coma hypothermique*. La température s'abaisse pendant la période prodromique, elle s'abaisse encore au cours du coma s'accompagnant de cyanose avec refroidissement des extrémités. Quelquefois cependant elle demeure à la normale; d'autres fois encore, elle s'élève légèrement.

III

Marche. Durée. Terminaison. — Le coma diabétique a une évolution progressive, précédé par une période prodromique qui parfois fait défaut. Le début dans ce cas est brusque, au milieu d'une santé en apparence parfaite.

La durée moyenne est de trente-six à quarante-huit heures, à dater de l'apparition des premiers symptômes, cette durée étant d'autant plus courte que l'apparition du coma est plus précoce. Un abaissement très marqué de la température centrale, une odeur très forte d'acétone doivent faire présager une marche rapide.

Le pronostic est d'une extrême gravité et la mort presque inévitable quand le coma s'est déclaré. En intervenant précocement, au cours de la période prodromique, on peut agir efficacement, la guérison est toujours possible à cette période.

Mais quand le coma s'est installé il est trop tard, et la mort n'est qu'une question d'heures.

IV

Formes cliniques. — En se basant sur les phénomènes douloureux de la période prémonitoire on a décrit toute une série de *formes douloureuses* du coma diabétique.

C'est la forme péritonitique de Jaccoud avec météorisme abdominal, douleurs diffuses, constipation, vomissements; ce sont les formes épigastralgique, pseudo-appendiculaire pouvant entraîner des erreurs de diagnostic; c'est la forme musculaire de Lancereaux avec arthralgies et myalgies, asthénie très marquée.

On a décrit une forme *cholériforme* (Jaccoud) avec diarrhée incoercible, douleurs abdominales violentes, oligurie et algidité; une forme *dyspnéique* avec prédominance des troubles respiratoires; enfin la *forme cérébrale ou comateuse* qui a été l'objet de notre description.

Plus intéressante est la *forme vertigineuse* (Jaccoud) ou *forme alcoolique* (Dreschfeld). Celle-ci ne comporte ni troubles respiratoires, ni troubles abdominaux. Elle s'annonce par de la céphalée avec phénomènes vertigineux et sensation d'ivresse.

La parole est embarrassée, la démarche ébrieuse, et la mort survient dans le coma au bout de douze à vingt-quatre heures.

Enfin, on a décrit une *forme cardiaque* du coma diabétique. Cette forme, qu'il ne faut pas confondre avec le collapsus cardiaque en rapport avec une dégénérescence ou une surcharge graisseuse du myocarde, s'observe chez des malades atteints de diabète grave avec acétonémie.

On voit apparaître un état de somnolence aboutissant petit à petit au coma confirmé. La respiration ne présente pas de particularités, mais il se développe un état de faiblesse cardio-vasculaire qui va en augmentant, et que les différents médicaments cardiaques et vasculaires sont impuissants à arrêter (Blum).

Suivant l'évolution de l'affection on a décrit une *forme foudroyante* débutant brusquement sans prodromes et tuant le malade en quelques heures.

Inversement, Lécorché décrit des *formes prolongées*. L'une, forme chronique, avec état prolongé d'accablement, respiration pénible et suspirieuse, odeur acétonémique de l'haleine; le ventre est douloureux et ballonné, l'affection peut durer plusieurs jours à plusieurs semaines. L'autre, forme intermittente, évolue par poussées passagères au cours du diabète pour aboutir finalement au coma confirmé.

Chez l'enfant, le coma diabétique est remarquable par sa précocité d'apparition, le diabète infantile évoluant d'autant plus rapidement que l'enfant est plus jeune (Kulz).

A la période d'invasion, l'odeur acétonémique de l'haleine fait habituellement défaut, les phénomènes abdominaux sont au premier plan. L'épigastralgie est fréquente et très marquée, le ventre ballonné et difficile à explorer. La soif est vive, la langue blanche, sale, un peu rouge sur les bords. On note des phénomènes d'intolérance gastrique avec vomissements aqueux très abondants, la constipation est de règle. Puis, le coma se confirmant, les extrémités sont froides, violacées, le pouls radial imperceptible. Les traits sont tirés, les yeux ternes, excavés, l'haleine se refroidit et la mort survient en algidité.

V

Diagnostic. — Le diagnostic du coma diabétique repose sur trois symptômes : *odeur acétonémique de l'haleine avec diacéturie, respiration de Kussmaul* et *hypothermie*. Quand ces trois symptômes apparaissent simultanément chez un diabétique avéré, s'accompagnant de *somnolence*, le diagnostic s'impose.

Mais le diabète peut être méconnu, le diagnostic dans ce cas peut présenter de sérieuses difficultés. Aucun symptôme, en effet, n'est pathognomo-

nique. La *glycosurie*, à elle seule, est infidèle et trompeuse ; elle peut disparaître chez le diabétique en imminence de coma et apparaître au contraire dans d'autres affections (hémorragie cérébrale).

L'*acétonémie* n'est nullement spéciale au diabète. C'est un symptôme banal au cours d'une foule d'affections : chez les inanitiés, chez les sujets fébricitants, dans certains cas de cancers des voies digestives, au cours des vomissements cycliques de l'enfance, après narcose chloroformique, par exemple.

Quant à la *respiration de Kussmaul*, elle n'est pas absolument constante et peut exister d'autre part au cours de l'urémie.

Le diagnostic, à la PÉRIODE PRODROMIQUE, doit être aussi précoce que possible. Tout symptôme anormal, tout phénomène insolite apparaissant chez un diabétique surveillé doit attirer l'attention et faire rechercher dans l'urine la présence de l'acétone.

A cette condition seulement on pourra intervenir dans de bonnes conditions, et l'on ne sera pas exposé à prendre pour une *colique hépatique*, pour une *appendicite*, voire même pour un *empoisonnement*, les douleurs et les vomissements précurseurs du coma.

A la période de COMA CONFIRMÉ, il faudra distinguer le coma diabétique proprement dit des autres formes de comas toxiques ou cérébraux.

Le diagnostic est d'autant plus difficile dans certains cas que le diabétique, même acétonémique, n'est nullement à l'abri d'une hémorragie cérébrale ou d'une crise d'urémie.

Dans le *coma de l'ivresse*, l'odeur même de l'haleine peut prêter à confusion. Mais l'alcoolique a la face rouge, vultueuse, sans cyanose ni refroidissement des extrémités. La température centrale n'est pas abaissée, et la nature des vomissements lèvera tous les doutes.

Le *coma opiacé* peut s'accompagner de glycosurie; l'histoire du malade mettra sur la voie du diagnostic.

Quant au *coma apoplectique*, il s'accompagne d'hémiplégie : le malade fume la pipe, il verse dans son lit; le phénomène des orteils apparaissant dès cette période a pu dans un cas (Sicard) faire cesser les hésitations.

Mais deux cas surtout prêteront à confusion : le coma urémique d'une part, le collapsus cardiaque d'autre part.

Théoriquement, en ce qui concerne l'*urémie*, le diagnostic différentiel se fera d'après la rapidité d'évolution beaucoup plus considérable dans le coma diabétique que dans le coma urémique; d'après les caractères de la dyspnée, Cheyne-Stokes dans un cas, rythme de Kussmaul dans l'autre; d'après les phénomènes convulsifs, fréquents dans l'urémie, exceptionnels dans le diabète. La dépression physique et intellectuelle est le fait du diabétique en imminence de coma, la céphalée intense est le fait de l'urémique.

Enfin l'analyse des urines, acétonurie et glycosurie d'une part, albuminurie de l'autre, facilitera le diagnostic.

En réalité, les choses sont plus complexes; ces deux états toxiques présentent de grandes analogies. Le rythme de Cheyne-Stokes a été vu dans le coma diabétique remplacer le rythme de Kussmaul ou alterner avec lui; et réciproquement on a observé chez certains urémiques une respiration profonde, bruyante, suspirieuse, ressemblant en tous points à la dyspnée acétonémique.

Les convulsions s'observent, bien que rarement, dans le diabète; l'albuminurie est courante chez le diabétique à cette période; enfin l'hypothermie est un symptôme commun aux deux affections.

En réalité, on connaît la fréquence des lésions rénales au cours du diabète. L'acétonémie et l'urémie marchent souvent de pair et s'associent à elles deux pour produire un *coma mixte* dans la symptomatologie duquel il faudra départager ce qui revient à l'une et à l'autre des deux affections.

Quant au *collapsus cardiaque*, il s'annonce rapidement par une sensation d'extrême faiblesse obligeant le malade à s'aliter. Ce qui domine à l'examen ce sont les phénomènes de collapsus cardio-vasculaire : pouls filiforme, incomptable, affaiblissement progressif des battements du cœur qui s'accélèrent, deviennent imperceptibles. La face est pâle, les extrémités froides, on ne note aucun trouble respiratoire, aucun phénomène acétonémique, l'intelligence est conservée, et la mort survient en hypothermie au bout de vingt-quatre ou trente-six heures.

Ces phénomènes de collapsus diabétique ont souvent prêté à l'erreur; Naunyn les décrit sous le nom de coma atypique. En réalité, il s'agit d'un collapsus cardio-vasculaire, en rapport avec la surcharge graisseuse du cœur, indépendamment de toute intoxication. Absence de troubles respiratoires, *pas d'acétonémie*, apparition des accidents chez des diabétiques obèses ayant dépassé la quarantaine, tels seront les signes distinctifs de cette affection et qui permettront de la distinguer du coma acétonémique.

Enfin, chez le jeune sujet, le diagnostic sera à faire avec les *vomissements cycliques de l'enfance*. Ceux-ci simulent d'autant mieux les vomissements de la période prémonitoire du coma diabétique qu'ils s'accompagnent eux aussi d'odeur acétonémique de l'haleine avec réaction de Gehrardt positive, et de douleurs abdominales.

L'absence de glycosurie, la bénignité relative et l'évolution périodique de la maladie permettront de les reconnaître aisément.

VI

Pathogénie. — La pathogénie du coma diabétique a fait l'objet de longues discussions, et l'accord n'est pas encore fait à ce sujet.

Nous ne rappellerons que pour mémoire les théories anciennes, dites THÉORIES ANATOMIQUES du coma diabétique, qui mettaient en causes certaines lésions du système nerveux constatées à l'autopsie, celles-ci étant en réalité les conséquences et non pas la cause du coma. C'est ainsi que la congestion, que l'œdème, que l'anémie cérébrale furent incriminés tour à tour.

La *théorie lipémique*, avec Sanders et Hamilton, fait intervenir la thrombose graisseuse des capillaires pulmonaires et cérébraux constatée post mortem pour expliquer les phénomènes comateux et dyspnéiques.

Ebstein édifie la *théorie rénale* du coma diabétique qu'il rapproche du coma urémique. Il a le mérite de mettre en valeur les lésions rénales, les unes banales (néphrite interstitielle), les autres spécifiques (nécrose d'Ebstein, lésions d'Armanni-Ehrlich) si fréquentes chez les diabétiques albuminuriques.

M. Bouchard enfin fait intervenir la déshydratation

des tissus par exosmose, sous l'influence de l'hyperglycémie (*théorie osmotique*).

Toutes ces théories actuellement sont passées au second plan. Le coma diabétique apparaît nettement comme un coma toxique, mais les divergences apparaissent quand il s'agit de préciser la nature de cette intoxication.

Théories chimiques. — Depuis longtemps, l'odeur des diabétiques en imminence de coma avait frappé les observateurs; aussi, cherchant dans cette voie, attribua-t-on le coma successivement à l'acétone elle-même (Kussmaul), puis à l'acide diacétique (von Jaksch), enfin à l'acide β-oxybutyrique (Kulz) qui coexistent, dans les urines, avec l'acétone.

Cette *théorie acétonique* fut battue en brèche par les expériences de Frerichs, d'Albertoni et Pisenti, et plus récemment encore de Desgrez et Saggio, qui démontrèrent la faible toxicité des corps incriminés. On reconnut d'autre part qu'aucun de ces corps pris isolément n'était capable de reproduire le coma, et l'on fut amené à la notion d'une *intoxication complexe*. Mais ici nouvelles discussions. Deux interprétations se trouvent actuellement en présence, la théorie de l'acidose d'une part, l'intoxication par les polypeptides d'autre part.

Théorie de l'acidose. — La théorie de l'acidose met en jeu une intoxication acide de l'organisme, avec diminution consécutive de l'alcalinité humorale. C'est à cette *diminution de l'alcalinité humorale* qu'elle attribue les accidents observés.

a. La réalité de cette intoxication acide chez les diabétiques en imminence de coma paraît démontrée par certains arguments tirés, les uns de l'étude du sérum, les autres de l'examen des urines.

On a pu constater directement la diminution de l'alcalinité du sérum de ces malades; et l'on a pu constater en outre que la toxicité du sérum diminuait des deux tiers (Roque, Devic et Hugounenq) par l'adjonction directe de bicarbonate de soude.

L'hyperacidité des urines, leur résistance à l'alcalinisation sont encore en faveur de l'acidose; elles attestent, semble-t-il, une élimination anormale de corps acides. Enfin l'ammoniurie vient plaider dans le même sens; l'on a démontré expérimentalement qu'elle constituait un processus de défense de l'organisme contre l'empoisonnement par les acides.

b. Les arguments invoqués pour établir le rôle de l'acidose dans la pathogénie du coma sont les suivants : dans aucun cas de coma diabétique aboutissant à la mort il n'a été possible d'obtenir l'alcalinité urinaire par ingestion de doses, quelles qu'elles soient, de bicarbonate de soude; et inversement, dans les cas où cette alcalinisation des urines a pu être obtenue, le coma s'est dissipé, la guérison est survenue.

Enfin les succès obtenus par la thérapeutique alcaline ont été invoqués par les partisans de l'acidose en faveur de leur théorie.

c. Quelle est la nature de cette intoxication acide? Elle est vraisemblablement complexe, mais tous les partisans de l'acidose (Stadelmann, Naunyn, M. Labbé) s'accordent à faire jouer le principal rôle à l'acide β-oxybutyrique, et accessoirement aux autres corps acides de la série acétonique.

On a constaté, en effet, la diminution d'excrétion par les urines, de corps acétoniques à fonction acide chez les malades en imminence de coma, la rétention de ces corps acides en quantité souvent considérable dans les organes et le milieu intérieur (Magnus-Levy), enfin l'élimination de ces corps en quantité considérable également après ingestion d'alcalins, et dans les cas tout au moins où la guérison est survenue.

Expérimentalement MM. Marcel Labbé et Violle ont reproduit chez l'animal, avec certains acides organiques, des états de somnolence avec respiration profonde ressemblant beaucoup à ce que l'on voit en clinique.

d. A la théorie de l'acidose on a fait diverses objections. On a objecté notamment la faible toxicité des corps acétoniques, les échecs fréquents de la thérapeutique alcaline, la difficulté réelle de reproduire expérimentalement le coma chez l'animal en partant des corps acides. On a objecté surtout l'existence des comas diabétiques sans acétonémie, ainsi que l'existence possible d'acétonémies considérables chez des diabétiques non comateux.

Intoxication par les polypeptides. — En opposition à la théorie précédente, MM. Hugounenq et Morel font intervenir des substances albuminoïdes complexes, appartenant au groupe des polypeptides et résultant de la désassimilation exagérée ou du métabolisme anormal des substances albuminoïdes. MM. Hugounenq et Morel insistent sur ce fait que, à côté du métabolisme anormal des hydrates de carbone facilement constatable au cours du diabète, il existe parallèlement des modifications dans le métabolisme des albuminoïdes.

L'amino-acidurie constatée chez les diabétiques par MM. M. Labbé et Bith, l'augmentation de l'indosé urinaire, l'azoturie, l'ammoniurie, la polypeptidurie enfin constatée chez les diabétiques en imminence de coma sont autant d'arguments en faveur de cette hypothèse.

Les auteurs rappellent ce fait qu'en chimie organique les substances vraiment toxiques sont pour ainsi dire toujours des substances azotées. Expérimentalement enfin, l'intoxication peptonée (Grosjean) permet de reproduire chez l'animal des phénomènes comateux avec troubles respiratoires.

La théorie de MM. Hugounenq et Morel, à la vérité, n'est encore réduite qu'à l'état d'hypothèse ; les faits manquent, en sa faveur comme à son désavantage.

Que conclure en définitive? Les deux théories sont-elles compatibles ? La pathogénie du coma diabétique est-elle exclusive au contraire ?

On ne peut conclure en présence de ces faits, l'avenir se chargera de trancher la question.

VII

Traitement. — Le traitement du coma diabétique est surtout dirigé contre l'intoxication acide ; il consiste dans l'administration à hautes doses de bicarbonate de soude.

Le bicarbonate peut être administré par ingestion, à doses massives de 15 à 20 grammes ; ou par injection intraveineuse, ce qui constitue le procédé de choix. La voie rectale est mal tolérée; quant aux injections sous-cutanées, elles peuvent aboutir à la formation d'escarres, et doivent être formellement rejetées.

L'injection intraveineuse ne comporte pas de technique propre. On utilise une solution de bicarbonate dans l'eau ou dans du sérum physiologique, à des taux qui varient suivant les auteurs de 3 p. 100 (Minkowski, M. Labbé) à 6 et 8 p. 100 (Sicard et Salin). Cette

solution doit être stérilisée en vase clos (Sicard).

L'injection doit se faire lentement, en évitant l'écoulement du liquide dans le tissu cellulaire, et en surveillant le cœur pour éviter une surcharge circulatoire. On fera passer de la sorte 15 à 20 grammes de substance active, quitte à recommencer le lendemain si cette dose n'est pas suffisante.

Dans les cas heureux, après l'injection, le malade se réveille, la dyspnée s'atténue, la diurèse se relève, et l'on assiste à une véritable débâcle de corps acétoniques. Mais souvent l'amélioration n'est que passagère, et au bout de peu de temps le coma reparaît.

Parfois, à la suite de cette cure alcaline, apparaissent des œdèmes étendus par rétention chlorurée, le bicarbonate exerçant une action suspensive (Widal, Lemierre et Cotoni) sur l'élimination des chlorures.

Comme médication adjuvante, on pourra avoir recours à la saignée générale, on purgera son malade. Magnus-Lévy insiste sur l'énorme quantité de liquide à faire ingérer (lait, boissons alcalines).

Au point de vue diététique, il faudra restreindre les albuminoïdes et les graisses; donner au contraire des hydrates de carbone sous forme de pommes de terre ou de farines d'avoine.

Le régime lacté a parfois donné de bons résultats. On a préconisé l'alcool et les substances anticétogènes.

Le malade sera mis au repos, et le traitement alcalin sera continué jusqu'à disparition de la réaction de Gerhardt.

Enfin et surtout on ne saurait trop insister sur ce fait que le traitement doit être précoce; le traitement du coma diabétique est surtout préventif; le coma une fois déclaré, l'échec est presque certain.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 5 JUILLET 1912)

Salvarsan et eau distillée plombique. — MM. SICARD et LEBLANC, ayant observé des accidents graves d'intoxication à la suite d'injections de doses légères de néosalvarsan, ont pu rendre responsable de ces troubles leur appareil à distiller. Il s'agissait d'intoxication aiguë plombique. Leur condensateur était en cristal, très riche en silicate de plomb, et abandonnait ce sel à l'eau de distillation lorsque le verre surchauffé n'était pas suffisamment refroidi par l'eau du réfrigérant.

Il est donc necessaire de substituer le verre ordinaire au cristal et d'apprécier par l'épreuve au chalumeau la teneur plus ou moins grande en silicate de plomb du verre employé.

Vitiligo et syphilis. — MM. Pierre MARIE et CROUZON présentent une malade atteinte de syphilides cutanées et de vitiligo survenus simultanément il y a deux ans. Les auteurs rappellent que, il y a dix ans, ils ont les premiers formulé l'hypothèse que certains cas de vitiligo étaient de nature syphilitique et quoique plusieurs travaux aient, depuis, corroboré cette opinion, cette notion n'est pas encore aujourd'hui généralement répandue. L'observation rapportée à la Société est un remarquable exemple de cette conséquence assez rare de la syphilis.

Poliomyélite aiguë mortelle. — MM. WIDAL, BRODIN, LEVADITI et Mlle LEONEANO rapportent l'étude clinique, anatomique et expérimentale d'un cas de poliomyélite aiguë mortelle. L'affection a été caractérisée cliniquement par un début angineux, l'amygdale semblant avoir été la porte d'entrée du virus, sa localisation supérieure d'emblée cervico-bulbaire avec paralysie faciale, paralysie du voile du palais, paralysie des membres supérieurs et intégrité des membres inférieurs, son évolution très rapide en trois jours.

L'examen histologique du système nerveux a montré une concordance frappante entre les signes cliniques observés et les lésions anatomiques. Les lésions portent sur la moelle dorsale, mais sont surtout intenses au niveau de la moelle cervicale et du bulbe. Elles consistent en une prolifération périvasculaire et une infiltration leucocytaire de la substance grise avec autolyse et neuronophagie.

Un singe inoculé avec des fragments de moelle cervicale a présenté après une inoculation de quinze jours une forme paraplégique et a succombé le lendemain, mais le passage en série a été impossible.

C'est le troisième cas parisien de poliomyélite aiguë mortelle que M. Levaditi a eu l'occasion d'étudier. Chacun d'eux a été un cas isolé, sporadique; dans deux d'entre eux l'inoculation au singe a été positive, mais le passage en série impossible.

Par contre quatre moelles provenant de sujets frappés au cours d'une épidémie ayant sévi à Londres pendant l'année 1911 donnent des passages de singe à singe avec une remarquable facilité. Il semble donc que si les cas sporadique et épidémique de poliomyélite aiguë reconnaissent le même agent pathogène, sa virulence diffère; atténuée dans un cas, elle est dans l'autre exagérée.

Nouveau cas parisien de maladie de Heine-Medin. Etude clinique, anatomopathologique et expérimentale. — MM. LEVADITI, Jean PIGNOT et Mlle LEONEANO rapportent l'observation d'un malade âgé de trente-quatre ans, entré à Necker dans le service de M. Barth le 9 mars 1912 pour une paraplégie survenue brusquement. Le surlendemain, le malade présente une respiration pénible et bruyante, ne peut remuer les membres supérieurs et entre bientôt dans le coma. La température axillaire est à 40 quand le malade succombe.

L'hémoculture fut négative. La ponction lombaire donna issue à un liquide légèrement trouble et l'examen du culot montra l'absence de tout élément microbien, mais la présence de nombreux lymphocytes et surtout de gros mononucléaires à noyaux ronds et ovalaires et à protoplasma abondant et vacuolaire.

L'autopsie permit de constater seulement une légère congestion des viscères, mais l'examen histologique du système nerveux central démontra surtout au niveau de la moelle lombaire une infiltration leucocytaire prédominant dans la substance grise des cornes antérieures et des petits foyers hémorragiques; de nombreuses cellules nerveuses sont dégénérées, quelques-unes même presque digérées (processus de neuronophagie et de neuronolyse). La substance blanche n'est pas épargnée. On y décèle aussi de nombreux foyers hémorragiques.

Les coupes de moelles dorsales et cervicales montrent des lésions moins marquées, mais on trouve jusque dans le bulbe la présence des éléments mononucléaires dans les espaces lymphatiques périvasculaires.

On constate également des lésions inflammatoires dans un ganglion rachidien lombaire. Aucune altération dans le cerveau et le cervelet.

Au point de vue expérimental, des fragments de moelle, d'amygdale et de muqueuse nasale, recueillis dans la glycérine au tiers ont été filtrés et inoculés dans les sciatiques et dans le péritoine d'un macacus. L'animal a survécu sans présenter aucun trouble.

Eprouvé plus tard par un badigeonnage de la muqueuse nasale avec du virus de poliomyélite (virus Lendres), il s'est montré sensible et a succombé à la maladie.

En matière de conclusion les auteurs rapprochent ce cas de celui qu'ils ont publié avec M. Froin en 1911, où ils avaient tenté pour la première fois avec un virus parisien la transmission de l'infection au singe mais n'avaient pu obtenir la transmission en série.

Dans le cas présent l'absence de transmission de l'infection au singe ne peut s'expliquer que par la faible virulence pour les espèces simiennes.

C'est là un fait intéressant au point de vue épidémiologique comme l'un des auteurs (Levaditi) le montrera prochainement.

Il importe aussi de noter le parallélisme entre l'évolution des signes cliniques et celle des altérations médullaires.

La marche ascendante des phénomènes paralytiques correspond à l'inégale intensité des altérations dans les divers segments de la moelle.

Les auteurs attirent de nouveau l'attention sur la présence dans les méninges, dans le liquide céphalo-rachidien, dans les espaces lymphatiques qui entourent les vaisseaux, d'un nombre inaccoutumé de grosses cellules mononucléaires, véritables macrophages à fonction phagocytaire démontrée.

Enfin ils rappellent par cette observation les relations confirmées déjà entre certaines paralysies à type ascendant, véritable syndrome de Landry, et la maladie de Heine-Medin.

M. NETTER rappelle qu'il a eu souvent l'occasion d'observer plusieurs cas dans la même maison, fait intéressant au point de vue épidémiologique. Il est infiniment probable que le virus se transmet par les fosses nasales, la gorge ou le pharynx. Expérimentalement, les inoculations au singe des produits recueillis dans la gorge se montrèrent négatives. Cependant en Suède, au cours d'une épidémie, plusieurs auteurs sont parvenus à inoculer l'affection au singe, non seulement avec le produit du lavage des fosses nasales et de l'arrière-gorge, mais encore avec le contenu intestinal, en ayant soin d'écarter les autres germes par la filtration. Des faits analogues ont d'ailleurs été observés pour la méningite cérébro-spinale. (*A suivre.*)

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 15 AU 20 JUILLET 1912

THÈSES

Jeudi 18 juillet, à une heure (suite). — M. RAFINESQUE. Le syndrome crise gastrique. La valeur clinique et étiologique. (MM. Hutinel, président; Chauffard, Castaigne et Nicloux.) — M. FLACH. Etude sur l'albumine du liquide céphalo-rachidien. (MM. Hutinel, président; Chauffard, Castaigne et Nicloux.) — M. DALBANNE. Contribution à l'étude de l'empoisonnement par les amanites. (MM. Hutinel, président; Chauffard, Castaigne et Nicloux.) — M. RAULT. De l'hémoglobinurie paroxystique chez l'enfant. Ses rapports avec la syphilis héréditaire. (MM. Chauffard, président; Hutinel, Castaigne et Nicloux.) — Mlle BITCHOUNSKY. Contribution à l'étude de la leucoplasie vulvaire. (MM. Pozzi, président; de Lapersonne, André Broca et Lenormant.) — M. GASCHIGNARD. De la persistance des sensations lumineuses dans le champ visuel aveugle des hernianopsiques. (MM. de Lapersonne, président; Pozzi, André Broca et Lenormant.) — M. VELLUTINI. De l'exercice illégal de la médecine par les remèdes secrets, commentaire de la loi de Germinal. (MM. Gilbert, président; Thoinot, Richaud et Balthazard.) — Mlle TOUR. Etude des formes du sporotrichum beurmannii dans le sang et les séreuses. (MM. Gilbert, président; Thoinot, Richaud et Balthazard.) — M. BION. Contribution à l'étude de l'hormone péristaltique. (MM. Gilbert, président; Thoinot, Richaud et Balthazard.) — M. MAYAUD. Tabes et traumatisme, étude pathogénique et médico-légale. (MM. Thoinot, président; Gilbert, Richaud et Balthazard.) — Mlle BLANC. Les leucorrhées : alternances morbides. (MM. Albert Robin, président; Pierre Marie, Widal et Claude.) — M. SOURDEL. Contribution à l'étude anatomo-clinique des syndromes pluriglandulaires. (MM. Albert Robin, président; Pierre Marie, Widal et Claude.) — Mme TIXIER. Artère sylvienne et réseau de la pie-mère. (MM. Pierre Marie, président; Albert Robin, Widal et Claude.) — Mlle ROSENKRANZ. Les infections pulmonaires à pneumo-bacilles de Friedlander. (MM. Widal, président; Albert Robin, Pierre Marie et Claude.)

Vendredi 19 juillet, à une heure. — M. BRUSLON. La tension artérielle chez les femmes enceintes albuminuriques. (MM. Pinard, président; Delbet, Couvelaire et Guéniot.) — Mlle SCHMIERGELD. Contribution à l'étude du traitement des kystes de l'ovaire pelvien pendant le travail. (MM. Pinard, président; Delbet, Couvelaire et Guéniot.) — M. BIGOT. Contribution à l'étude des ruptures totales traumatiques du duodénum. (MM. Delbet, président; Pinard, Couvelaire et Guéniot.) — M. PAPADATO. Contribution à l'étude de la pachyméningite cervicale hypertrophique. (MM. Déjerine, président; Marfan, Sicard et Guillain.) — M. GHIANNOULATOS. L'oracle de Delphes et la manie d'Apollon, étude historique et clinique. (MM. Déjerine, président; Marfan, Sicard et Guillain.) — Mlle GOLDENFANN. Contribution à l'étude des bronchopneumonies prolongées, cachectisantes pseudo-tuberculeuses chez l'enfant. (MM. Marfan, président; Déjerine, Sicard, et Guillain.) — M. HUE. Etude sur les dermites proportionnelles des mains. (MM. Marfan, président; Déjerine, Sicard et Guillain.) — Mlle LE SCORNET. Etude clinique sur la mégalosplénie de la première enfance. (MM. Marfan, président; Déjerine, Sicard et Guillain.) — M. NAHAN. Diverses applications de l'électricité dans le traitement des verrues (verrues planes, verrues vulgaires). (MM. Gaucher, président; Teissier, Pierre Duval et Zimmern.) — M. KAHN. Traitement des ulcères variqueux rebelles par les boues radioactives activifères et les poudres radifères. (MM. Gaucher, président; Teissier, Pierre Duval et Zimmern.) — M. BRICOUT. Syphilis du cœur. Revue d'ensemble et diagnostic général, étude particulière de l'insuffisance aortique syphilitique, des formes arythmiques et curables. (MM. Gaucher, président; Teissier, Pierre Duval et Zimmern.) — M. GOHIER. La neige carbonique comprimée en dermatologie. (MM. Gaucher, président; Teissier, Pierre Duval et Zimmern.) — M. HENNEGUIER. De l'occlusion intestinale chez le nouveau-né. (MM. Reclus, président; Hartmann, Proust et Chevassu.) — M. KREPS. La prostatectomie sus-pubienne sans anesthésie locale. (MM. Reclus, président; Hartmann, Proust et Chevassu.) — M. LEDOUX. Contribution à l'étude des luxations des cartilages semi-lunaires du genou. (MM. Hartmann, président; Reclus, Proust et Chevassu.) — M. MASCARENHAS. Contribution à l'étude du traitement du cancer des testicules. (MM. Hartmann, président; Reclus, Proust et Chevassu.) — Mlle DELANNOY. Rhinite hypertrophique, traitement par l'électrolyse. (MM. Segond, président; Ternier, Branca et Ombrédanne.) — M. SILVA. De la dérivation urinaire dans les opérations sur l'urètre. (MM. Segond, président; Ternier, Branca et Ombrédanne.) — M. ROBILLARD. Contribution à l'étude du traitement des fractures fermées de l'olécrane. (MM. Segond, président; Ternier, Branca et Ombrédanne.) — M. FOURDINIER. Contribution à l'étude des hémorragies gastro-intestinales post-opératoires. (MM. Segond, président; Ternier, Branca et Ombrédanne.) — M. BORIES. Des indications opératoires dans les ruptures traumatiques du rein. (MM. Segond, président; Ternier, Branca et Ombrédanne.)

Samedi 20 juillet, à une heure. — M. LESENNE. L'isolement des typhiques dans les hôpitaux. (MM. Hutinel, président; Widal, Balthazard et Roussy.) — Mlle AUCHÈRE. Les formes prolongées de la méningite cérébro-spinale épidémique. (MM. Hutinel, président; Widal, Balthazard et Roussy.) — M. SEVESTRE. Le sang et les organes hématopoïétiques (principalement maladie osseuse) dans la syphilis héréditaire des enfants du premier âge. (MM. Hutinel, président; Widal, Balthazard et Roussy.) — M. DESPLANTEZ. Contribution à la séméiologie de l'insuffisance aortique, insuffisances aortiques sans souffle et pseudo-insuffisances aortiques. (MM. Widal, président; Hutinel, Balthazard et Roussy.) — M. DAVID. La dactylomégalie essentielle. (MM. Gilbert, président; Achard, Richaud et Rathery.) — M. DROUAN. Considérations sur un cas de granulome calcaire sous-cutané. (MM. Gilbert, président; Achard, Richaud et Rathery.) — Mlle FOGUEL. Etude sur un cas d'endocardite infectieuse végétante d'origine inconnue. (MM. Gilbert, président; Achard, Richaud et Rathery.) — M. CAMHI. Les vomissements par insuffisance d'alimentation chez le nourrisson, symptômes, diagnostic, traitement. (MM. Bar, président; Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin.) — Mme BOHN. Contribution à l'étude des prolapsus génitaux considérés dans leurs rapports avec la puerpéralité. (MM. Bar, président; Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin.) — M. VILLANOVA. Deux consultations obstétricales de nourrissons, Lariboisière 1906-1910, la Maternité 1911-1912. (MM. Bar, président, Ribemont-Dessaignes, Brindeau et Jeannin.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 81. — MARDI 16 ET JEUDI 18 JUIL. 1912. 85e ANNÉE. MARDI 16 ET JEUDI 18 JUIL. 1912. — N° 81.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Notre cher rédacteur en chef, le docteur A. Ricard, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, vient d'être promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

Le directeur et les rédacteurs de la *Gazette des hôpitaux* sont particulièrement heureux de cette haute distinction qui coïncide précisément avec le vingt-cinquième anniversaire de l'entrée de M. Ricard dans ce journal. Ils le prient de trouver ici l'expression de leurs très affectueuses félicitations.

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 12 juillet. — MM. Heitz-Boyer, 19; Sauvé, 12; Mercadé, 17; Gernez, 19; Mathieu, 12.

Prochaine séance vendredi 19 juillet, à quatre heures et demie, à Lariboisière.

Erratum. — Dans la séance du 10 juillet M. Muret a obtenu 17 points au lieu de 14.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lille. — Sont nommés externes des hôpitaux :

MM. Cordier, Ribet, Toulotte, Deriencourt, Bailliu, Chandelier, Crépin, Huchard, Longueval, Lelong, Delplace, Guilluy, Rouarts, François, Gobert, Widig, Dehove, Eloy, Penant, Tillier et Plet.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Les concours du clinicat se sont terminés par la nomination des docteurs A. Charlier (clinique de M. le professeur Jaboulay), Alamartine (clinique de M. le professeur Poncet).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Grande chancellerie. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Ricard, chirurgien des hôpitaux, agrégé.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Lombard (de Terrasson) et M. le médecin-major de première classe retraité Chabrut.

Guerre. — *Au grade de commandeur.* — M. le médecin inspecteur général Chevassu et M. le médecin inspecteur Landrieu.

Au grade d'officier. — MM. les médecins principaux Lambert, Salètes, Sudour et Troché.

M. le médecin inspecteur des troupes coloniales Clarac.

M. le médecin principal des troupes coloniales Merveilleux.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Cathoire, Coullaud, Fohanno, Léniez, Libessart, Ligouzat, Moinet, Binet et Alix.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Pignet, Bailby, Gaimard, Hochwelker, Leclerc, Munaret et Stéfani.

MM. les médecins-majors Bresson, Dubruel, Massion. Maurras, Mul, Noblet, Reboul, Tanvet, Broquet, Comméléran et Mouillac.

M. le médecin-major Geniès (faits de guerre).

MM. les médecins-majors de première classe des troupes coloniales Gaudücheau, Nouaille-Degorce et Ortholan.

(Au titre de la réserve et de l'armée territoriale) :

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de deuxième classe Burlureaux.

MM. les médecins-majors de première classe Balthazar de Gachéo et Letessier.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Colombel, Cousin, Lévy et Potherat.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Coudray de Pradel, Fiaux et Riocreux.

(Au titre civil) :

MM. les docteurs Pruvost et Moutier (de Paris).

Marine. — *Au grade d'officier.* — M. le médecin principal de la marine de Gouyon de Pontaurande.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe Lowitz, Maille, Chapuis, Douarre, Guyot et Fourgous.

RENSEIGNEMENTS

A PROPOS
DES
INJECTIONS DE SÉRUM ANTITÉTANIQUE

Par MM. HOUZEL,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
et RANÇON (de Samer).

De récentes discussions à la Société de chirurgie de Paris ont, à nouveau, fixé l'attention sur les effets du sérum antitétanique employé à titre préventif. Les conclusions que l'on peut tirer de la lecture des débats sont, comme en 1907, entièrement favorables à l'emploi de la sérothérapie dans toutes les plaies douteuses quels que soient leur étendue, leur gravité et leur siège. En principe, cette manière de faire était admise par tout le monde médical comme un véritable dogme, et il eût été regrettable de jeter la suspicion sur les résultats de l'injection antitétanique universellement acceptés aujourd'hui.

Cette action prophylactique du sérum antitétanique ne doit pas être soupçonnée; elle doit être acceptée comme un article de foi car, s'il en était autrement, le médecin serait en droit, vu les inconvénients et même les dangers de la sérothérapie, de soustraire ses blessés aux bienfaits de l'injection préventive.

Nous admettons donc qu'il s'agit d'une action certaine et contrôlée; cet acte de foi nous autorise à présenter ici l'histoire d'un accident consécutif à une injection de sérum faite pour une inoffensive petite plaie, accident qui fut indubitablement causé par 10 centimètres cubes d'un sérum antitétanique qu'un défaut d'asepsie ou qu'une insuffisance de bouchage avait transformé en un véritable bouillon de cultures.

Observation. — A. G..., trente-huit ans, fait le 29 août 1911, dans une partie de chasse, une chute sur un silex et se blesse au genou droit.

L'un de nous le voit quelques heures après l'accident et constate qu'il s'agit d'une blessure sans gravité. En effet, l'individu présente une plaie transversale située au niveau de la région antéro-externe du genou droit, dirigée de gauche à droite et de bas en haut, ayant une longueur de 5 centimètres environ et n'intéressant que les plans superficiels. Cette plaie d'ailleurs saigne très peu.

Désinfection de la blessure à l'eau bouillie additionnée d'eau oxygénée, puis lavage à l'alcool, et enfin application de teinture d'iode. On réunit les deux lèvres de la plaie par trois points de suture. Pansement antiseptique.

Comme la plaie avait été souillée de terre mélangée d'excréments de mouton, l'on décide de faire, à titre préventif, une injection de sérum antitétanique. Devant la famille, l'on fait bouillir pendant dix minutes la seringue, l'embout et l'aiguille. Après nettoyage minutieux des mains, l'on puise directement dans le flacon le sérum qui, sur l'étiquette, porte comme date : juin 1911. L'injection est pratiquée sous la peau de l'abdomen après décapage à l'alcool et à l'iode.

Le lendemain, 30 août, le blessé se plaint de souffrir un peu au niveau de son injection de sérum. La température est à 37°8. Légère réaction inflammatoire au niveau de la piqûre.

Le 31, douleurs plus vives. La température = 38°5. La plaie du genou est superbe et indolore. Du côté du ventre, à la rougeur s'est ajouté un peu d'empâtement. On ordonne des pansements humides.

Les 1er et 2 septembre, les symptômes s'accentuent. La température est à 38°9 puis à 39°2. Au point de vue local, outre les douleurs qui sont intolérables, on note une rougeur diffuse qui s'accompagne d'empâtement considérable. La zone inflammatoire gagne à la périphérie, en arrière du côté des lombes et surtout en bas vers la racine de la cuisse. On continue, au point de vue traitement, les larges pansements humides en pratiquant en plus des piqûres d'électrargol sous la peau.

Le 3 septembre, la température est à 39°6, le pouls rapide. L'état général est très médiocre. Le facies est grippé, anxieux et l'on constate l'apparition de sueurs profuses. L'aspect clinique est celui d'une septicémie grave. Au niveau de la piqûre l'empâtement a encore augmenté, ayant envahi toute la partie antéro-latérale de l'abdomen. Il monte, en haut, jusqu'au mamelon, en arrière sa limite est donnée par la colonne vertébrale. En avant il s'arrête à la ligne ombilico-pubienne fusant surtout du côté des organes génitaux où il existe un œdème du scrotum et de la verge très marqué. La coloration lie de vin de la zone inflammatoire rappelle absolument l'érysipèle bronzé.

En auscultant le blessé, on note quelques râles en foyers s'entendant en arrière à la base du poumon droit.

Devant un pareil tableau on intervient le 4 septembre. On essaie d'enrayer la marche du phlegmon de la paroi par de l'ignipuncture profonde faite largement sous anesthésie. On couvre la surface intéressée d'environ deux cents pointes de feu. Celles-ci, très profondes, ramènent non du pus mais un liquide louche analogue à celui des phlegmons péri-urétraux. On installe à demeure la marmite de Championnière qui pulvérise de l'eau oxygénée sur le foyer. On pratique en plus des injections intraveineuses d'électrargol.

La température est à 39°8. L'état général devient de plus en plus mauvais. Sueurs, délire, agitation, urines rares. Bronchopneumonie évidente à l'auscultation.

Le 5 septembre, à la suite de l'intervention, la température a baissé légèrement, 39 degrés.

Localement, il y a un suintement très intense qui imbibe les compresses, et le résultat de l'ignipuncture est appréciable. L'empâtement a légèrement rétrocédé du côté du scrotum et de la cuisse; ailleurs le mouvement d'extension semble arrêté. Néanmoins, l'état du malade est très grave. Anhélant, couvert de sueurs, il présente à l'examen du poumon des foyers de bronchopneumonie en pleine activité; d'autre part les bruits cardiaques sont sourds, mous, et il faut s'attendre à une endocardite infectieuse.

Les 7, 8 et 9 septembre l'état local reste stationnaire. La température oscille entre 38°5 et 39°5. Bronchopneumonie. Endocardite. Grosse quantité d'albumine dans les urines. On pratique de larges débridements dans le phlegmon. Il s'écoule du pus en assez grande quantité. Malheureusement l'état général ne fait qu'empirer. Le pouls petit, rapide, est intermittent. L'affaiblissement est progressif. Le malade a plusieurs syncopes dans la journée, et le 10 septembre, à cinq heures du matin, il meurt terrassé par la septicémie qui dure depuis dix jours.

La plaie du genou était guérie sans incident depuis le 8 septembre.

Voilà donc l'histoire navrante de ce blessé qui, pour une plaie insignifiante de la région du genou, reçoit, par précaution, une injection préventive de sérum antitétanique contrôlé comme date et comme provenance. Un praticien, avec le luxe de précautions aseptiques que l'on accorde toujours aux clients de qualité, pratique sa piqûre dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

En moins de huit jours, le malade est emporté par une septicémie formidable avec localisations pulmo-

naire, cardiaque et rénale. Un phlegmon diffus, tel que peuvent seuls en provoquer des liquides hyperseptiques lancés dans le tissu cellulaire, marque le point de départ de l'infection sanguine.

On doit faire connaître un aussi dramatique accident; il mérite la publicité, non pas pour faire naître encore dans l'esprit des médecins des soupçons sur les vertus prophylactiques du sérum antitétanique, mais pour appeler l'attention sur des négligences regrettables, causes de désastres.

M. Thiéry, au cours de la discussion récente à la Société de chirurgie, a protesté contre l'antique procédé de bouchage des flacons : « Ce paquetage, dit-il, n'est pas conforme aux règles de l'asepsie prolongée. »

L'observation que nous venons de publier est un exemple malheureux qui vient à l'appui de ces dires.

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT GÉNÉRAL DANS L'INFECTION PUERPÉRALE (1)

La quinine à hautes doses, comme tonique général, a aussi des défenseurs convaincus (J. H. Carstens), mais c'est le mercure qui semble l'agent médicamenteux le plus en vogue. Préconisé dès 1764 par Hamilton, employé couramment dans toute la première moitié du XIXe siècle, d'abord en frictions, puis par voie buccale (calomel), il fut oublié depuis le moment où l'apparition de l'antisepsie fit espérer la guérison de l'affection par des moyens locaux. Cette médication a été reprise en Italie sous l'influence du professeur Guido Baccelli et semble y être très répandue à en juger par le nombre des publications dont elle est l'objet (voir la bibliographie dans la thèse de Fourney), en Autriche sous les auspices du professeur Barsony (de Budapest).

En France l'attention a été rappelée depuis peu sur la question par une communication de M. Souligoux à la Société de chirurgie et la thèse de son élève Fourney.

On pourrait craindre a priori que l'emploi du mercure n'ait une action nocive sur la fragilité globulaire si grande chez ces malades. Barsony, Fourney ont montré par des examens de sang que cette action était très variable, en tout cas la médication devra être cessée si on observe une anémie progressive; Baccelli, Barsony emploient le sublimé en injections, M. Souligoux lui préfère le cyanure de mercure intramusculaire. En cas d'intolérance, les injections sont suspendues et remplacées par des injections de sérum physiologique. La statistique de Barsony (1903 à 1909) qui ne comprend que les cas obstétricaux infectés à la clinique, donc les cas les plus bénins, comporte une mortalité de 0,059 p. 100; celle d'Ahrfeld, qui comprend tous les malades venus de la ville, comporte une mortalité de 5 à 6 p. 100.

Dans son service de Tenon, M. Souligoux, sur 145 cas presque tous assez graves, a eu 7 décès dont 4 moins de quarante-huit heures après l'entrée à l'hôpital.

La méthode semble assez lente dans son action et échoue dans les cas déjà très infectés à l'entrée ou foudroyants, son action se ferait surtout sentir dans les cas graves prolongés où l'action du mercure aurait le temps de s'effectuer.

Nous ne pouvons que citer rapidement des méthodes couramment employées dans toutes les infections. Les injections de sérum physiologique dans le tissu cellulaire, ou par voie rectale selon la technique de Murphy, visent surtout les cas où le taux des urines est très faible. Signalons en passant que les tentatives de traitement des infections et toxémies par la transfusion directe tentées en Amérique (Crile) n'ont pas donné de résultats bien nets. On peut concevoir comme possible dans ces cas la transfusion du sang empruntée à un animal immunisé, mais c'est là une question entièrement à l'étude.

Les toniques du cœur, strychnine, digitale, huile camphrée, trouvent ici des indications dans certains cas.

Les préparations ferrugineuses et arsenicales peuvent aider à lutter contre la destruction globulaire qui résulte de l'hémorragie et de l'action hémolysante du streptocoque.

On a aussi employé les bains froids pour lutter contre la pyrexie prolongée (Bouffe de Saint-Blaise) et provoquer la diurèse.

Enfin, dans ces dernières années, les auteurs américains ont particulièrement insisté sur l'importance capitale des moyens hygiéniques chez les grands infectés et particulièrement chez les puerpérales.

Une alimentation très légère, substantielle et abondante, est nécessaire (Ed. J. Ill-W. R. Parke). Le lait peptonisé, les œufs, le bœuf ayant subi un début de digestion, le jus de raisin non fermenté, le bouillon, les entremets, formeront la base de petits repas fréquemment répétés. La malade doit boire beaucoup. La plupart des auteurs recommandent l'emploi de l'alcool (J. Ill-Boyen Young et Williams, Stowe) qui excite l'appétit et évite un amaigrissement trop rapide dans une pyrexie prolongée. Th. J. Watkins le croit plus nuisible qu'utile. Une indication formelle est le repos. Il est nécessaire que la malade dorme cinq à six heures par jour. On a affaire ici à des malades très agitées, parfois délirantes et le résultat sera difficile à obtenir. Pour y arriver il faut d'abord calmer la douleur d'où la nécessité de la vessie de glace sur le ventre et de l'emploi de l'opium, souvent indispensable, mais les Américains préconisent surtout dans ce but la méthode thérapeutique du séjour au plein air et à la lumière.

On sait quel rôle les hôpitaux de plein air ont pris dans ces dernières années en Amérique. La plupart des malades atteints d'affections fébriles, de toxémies, d'anémies, d'affections débilitantes (pneumonie, fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu, scarlatine, bronchopneumonie, rougeole, anémies, mélancolie, manie aiguë, etc.), ne sont laissés dans les salles, d'ailleurs très aérées et ventilées, que pendant la nuit. Pendant le jour, les lits sont sortis sur de vastes balcons et terrasses. Bien couverts de vêtements et de bonnets de laine, leur lit chauffé par des bouillottes par temps froid, protégés du vent et du soleil par de petits abris de toile, ils supportent admirablement ce régime.

On observe de ce fait chez eux une triple action : le grand air calme très rapidement les agités en leur procurant le repos et le sommeil. L'air frais, parfois très froid, procure à l'organisme une déperdition de calories plus active que les bains froids parce qu'elle est permanente. Enfin la lumière, le soleil, présentent une action hémoglobinisante rapide et puissante.

Les bons résultats obtenus dans beaucoup d'affections (metropolitan, presbyterian Hospital) engagèrent à essayer ce traitement pour les septicémies au Lying-Hospital (voir W. S. Stowe. Discussion à l'Académie de médecine de New-York, 17 janvier 1907). Les résultats ont été très encourageants et, depuis, l' « out door treatment » s'est répandu rapidement aux Etats-Unis (Stone, Stowe, Lea, Watkins, Boyen Young et Williams).

Dans un très intéressant article sur la question, Boyen Young et T. Williams viennent de résumer les résultats obtenus de cette façon au Boston city Hospital depuis cinq ans, en les comparant aux résultats obtenus pendant les dix années précédentes dans le même hôpital.

Pendant ce temps, la mortalité pour les cas graves est passée de 44,6 p. 100 à 24 p. 100. On peut objecter que les cas ont pu être moins graves. Les auteurs montrent par un tableau

(1) Fin. — *Voir Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 78, p. 1143.

que le nombre des morts dans les quarante-huit heures après leur entrée est plus élevé dans les cinq dernières années. On peut aussi attribuer l'abaissement de la mortalité à d'autres modifications apportées dans le traitement, comme par exemple la diminution de l'emploi du curettage, des injections intra-utérines, de l'introduction du sérum ou des vaccins. Les auteurs par des tableaux montrent qu'il y a eu peu de modifications dans le traitement depuis quinze ans, et que, pour des cas ayant subi un traitement identique, la mortalité est plus faible depuis qu'on pratique le séjour au plein air.

Il y a plus qu'une simple coïncidence. D'ailleurs on observe une rapide amélioration des symptômes : le délire, l'insomnie, disparaissent rapidement au grand air (Stone); l'anémie intense et toute particulière des malades, due aux propriétés hémolytiques du streptocoque, s'améliore, la pâleur disparaît, l'appétit s'éveille, l'amaigrissement s'arrête et les forces reviennent peu à peu. L'abaissement de température n'est pas immédiat, mais graduel. Les résultats les plus frappants sont surtout marqués dans les cas graves prolongés. On a l'impression que la convalescence est singulièrement raccourcie.

Les examens de sang comparatifs n'ont pas été publiés pour la septicémie puerpérale ainsi traitée, mais Gilman Thompson l'a fait pour des cas d'anémie pernicieuse. Chez un malade en huit jours, les hématies ont passé de 828 000 à 1 700 000, pour atteindre 4 000 000 en quelques semaines, pendant que l'hémoglobine passait de 20 à 80 p. 100.

Si l'on cherche à résumer l'évolution de la thérapeutique de l'infection puerpérale dans ces dernières années on constate que si la lutte contre le microbe par une thérapeutique locale active est un peu délaissée, c'est par l'action générale sur l'organisme qu'on cherche à l'atteindre, et là les moyens se sont multipliés et perfectionnés, apportant l'espoir de voir encore s'abaisser, dans une large mesure, le taux de la mortalité, déjà bien amoindri grâce à une prophylaxie bien entendue.

M. LANCE.

BIBLIOGRAPHIE

1899. WILLIAMS, PRYOR, FRYE et REYNOLDS. *Trans. of the amer. gyn. Soc.*, t. XXIV, p. 80 à 110.

1903. CARLES. Th. de Bordeaux.

1904. BUMM. *Berl. klin. Woch.*, t. V, p. 1344.

1905. PEHAM. *Arch. f. Gyn.*, t. XXIV, p. 47-69. — FOULERTON et BONNEY. *The Lancet*, 21 janv., p. 162.

1906. BUBERT. *Wiener klin. Woch.*, n° 10, p. 264. — BONNAIRE. *Presse méd.*, 21 nov.

1907. *New-York Acad. of med.*, séance du 17 janvier. Thérapeutique du plein air : W. P. Northrup, W. S. Stone, W. Gilman Thompson, Will. Mabon, Alfred Meyer, David Bovair, Henry Piffard, Robert Wilson, Louis Livingstone Seamon, John H. Huddleston, in *Med. record*, t. LXXI, 9 fév., p. 213 et 246. — BAROS. *Revue méd. de l'Est*, p. 206.

1908. BONNAIRE et Cyrille JEANNIN. *L'Obstétrique*, n° 2, fév., p. 125. — SCHREIBER. *Soc. d'obst.*, 21 mars. — LE CALVÉ. *Gaz. méd. de Nantes*, p. 661.

1909. LEA et SIDEBOTHAM. *Proced. of the royal Soc. of med.*, *obst. section*, vol. II, p. 127. — Guido BACCELLI. *Congrès int. de Budapest*, sept. — BARSONY. *Id.*, in *L'Obstétrique*, Paris, vol. V, t. II, p. 797 à 817. — WATKINS. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, t. III, p. 1386 à 1389.

1910. WILLIAMS, CRAGIN et NEWELL. *Trans. of the Amer. gyn. Soc.*, t. XXXV, p. 81 à 200. — SANTI. *Soc. toscane d'obst. et de gyn.*, 4 fév., in *La Ginecol.*, t. VIII, fasc. 9, 15 mai, p. 257 à 288. — LEA. *Puerperal infection*, p. 260. — J. H. GARSTENS. *The Journ. of the amer. med. Assoc.*, 6 août, p. 475-477.

1911. CHAMBERLAIN. *The Brit. med. Journ.*, n° 2616, 18 fév. — BUCHENAND. Th. de Toulouse, fév. — FOURNEY. Th. de Paris, mars, n° 227. — HARRAR. *The amer. Journ. of obst. and diseases of women and children*, avril, t. LXIII, n° 4, p. 599-614. — Will. E. PARKE. *Id.*, p. 638-644. — Edw. J. ILL. *Id.*, p. 644-652. — W. H. WATTERS et C. A. EATON *Boston med. and surg. Journ.*, vol. CLIV, n° 15, 13 avril, p. 524. — MONTANELLI. *La Ginecol.*, t. VIII, f. 7, 15 avril. — METZGER. *Bull. de la Soc. d'obst. de Paris*, avril. — SPINDLER. *Nov. v. Med.*, t. V, n° 11, 15 juin. — WOLWERTON. *The Journ. of the amer. med. Assoc.*, n° 16, 14 oct. — LEOPARDI. *La Ginecol.*, t. VIII, f. 20, 30 oct. — Mlle ZADVINE. Th. de Paris, déc., n° 77.

1912. Herbert Marion STOWE. *Surg., gyn. and obst.*, n° 1, vol. XIV, janv., p. 20 à 30. — Thomas J. WATKINS. *Surg., gyn. and obst.*, janv., vol. XIV, n° 1, p. 31 à 34. — A. HAWKYARD. *The Brit. med. Journ.*, 6 janv., p. 13-14, n° 2662. — G. T. WESTERN. *The Lancet*, 10 fév., p. 351 à 357. — SOULIGOUX. *Soc. de chir. de Paris*, séance du 28 fév. — E. Boyen YOUNG et John T. WILLIAMS. *The Boston med. and surg. Journ.*, 14 mars, vol. CLXVI, p. 405 à 409, n° 11.

JURISPRUDENCE

LES MALADIES SCOLAIRES ET LA RESPONSABILITÉ DES INSTITUTEURS

Les instituteurs sont l'objet, comme on sait, d'une responsabilité exceptionnelle qui est une conséquence de la profession qu'ils exercent : l'article 1384, alinéa 4, dispose que les instituteurs sont responsables du dommage causé par leurs élèves pendant le temps qu'ils sont sous leur surveillance.

Il est un point de cette responsabilité spéciale qui n'offre pas, jusqu'à présent, une certitude. C'est celle que pourrait encourir l'instituteur en présence d'une maladie scolaire, d'une maladie contagieuse.

L'instituteur n'est pas en principe responsable des maladies contagieuses ou non que l'enfant confié à sa garde peut contracter à l'école. Les auteurs, comme MM. Beurdeley, Vaquez, Buisson, Lejeal ont posé comme principe que l'instituteur ne pouvait être déclaré responsable, qu'à de très rares exceptions, de la maladie transmise d'un élève à un autre. La raison en est la suivante : c'est que le maître n'a nullement la compétence nécessaire pour diagnostiquer, dès son origine, une maladie, tâche souvent très délicate pour le médecin.

Il est certain qu'avec quelque prudence et quelques précautions l'instituteur pourra facilement éviter toute responsabilité. Cependant l'instituteur engagerait sa responsabilité s'il ne se conformait pas à certaines prescriptions qui lui sont imposées par des lois spéciales, et il ne peut être recherché que dans les cas suivants :

1° S'il reçoit à l'école un enfant non vacciné ou manifestement malade; 2° s'il néglige de signaler une maladie dont il a pu s'apercevoir ou qu'on lui a signalée personnellement; 3° s'il permet la rentrée à l'école, sans exiger un certificat médical, d'un enfant qui, à sa connaissance, sort de faire une maladie contagieuse.

I. *Réception à l'école d'un enfant non vacciné ou manifestement malade.* — L'instituteur est responsable s'il reçoit dans son école un enfant non vacciné ou atteint de maladies ou d'infirmités de nature à nuire à la santé des autres élèves (loi du 10 avril 1867, art. 21; loi du 28 mars 1882, art. 4; décret du 18 mars 1887, art. 3). D'après ces textes, l'instituteur doit exiger un certificat de médecin de chaque nouvel élève. En ce qui touche la vaccination, l'instituteur se trouve couvert par le certificat médical constatant ladite vaccination. Il n'encourrait de responsabilité que s'il négligeait d'exiger cette attestation et qu'une épidémie de variole fût la conséquence de cette faute.

L'instituteur doit veiller en outre, et c'est là un point capital d'hygiène, à n'introduire au sein de la classe aucun foyer de contagion. Mais n'est-il pas certain que dans la plupart

des cas l'instituteur est hors d'état de veiller à l'exécution rigoureuse de cette prescription administrative. Il est en effet bien rare qu'il soit capable de reconnaître une maladie qui aurait échappé à la sollicitude perspicace de la famille. Très souvent la maladie a des allures secrètes et ne se révèle qu'à l'œil exercé du médecin, parfois à un second examen. La gale, la teigne, la période d'incubation des grandes maladies infectieuses en sont des exemples frappants. L'instituteur ne peut avoir la compétence nécessaire et ne pourra déjouer le péril. D'ailleurs n'est-il pas couvert par la production par l'enfant du certificat médical qui doit constater « qu'il n'est pas atteint de maladies ou d'infirmités de nature à nuire à la santé des autres élèves ». (*A suivre.*)

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ACCÈS DES FACULTÉS DE MÉDECINE AUX NON BACHELIERS

Par M. le professeur GRASSET (de Montpellier).

En publiant, ces jours-ci, le décret qui règle l'accès dans les Facultés de droit, des sciences et des lettres (décret du 28 avril 1910, annulé par le Conseil d'Etat parce que le Conseil supérieur de l'Instruction publique n'avait pas été consulté, et repris après avis de ce Conseil du 9 juillet 1912), les journaux ajoutent : « Rien ne sera modifié en ce qui concerne l'inscription des étudiants aux Facultés de médecine. »

Il semble, dès lors, que ce nouveau décret n'intéresse en rien le recrutement des futurs médecins. Or, ceci est une erreur formelle : ce décret ouvre la porte des Facultés de médecine à une série de non bacheliers et constitue un danger extrêmement grave.

En effet, le décret du 24 juillet 1899, non modifié sur ce point par le décret du 22 juillet 1902, stipule que, pour prendre la première inscription de médecine, il faut produire : « soit..., soit, avec la dispense du baccalauréat, les quatre certificats d'études supérieures ci-après désignés, délivrés par une Faculté des sciences : physique, chimie, botanique, zoologie ou physiologie générale, ou embryologie générale ».

Les conditions d'accès dans les Facultés des sciences sont donc, par cette voie, les conditions d'accès dans les Facultés de médecine.

Or, voici les titres qui permettent aux Français non bacheliers l'accès des Facultés des sciences : « certificat d'aptitude à l'enseignement secondaire des jeunes filles (sciences); certificat d'aptitude au professorat des classes élémentaires de l'enseignement secondaire; certificat d'aptitude au professorat dans les écoles normales et dans les écoles primaires supérieures (sciences); le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles obtenu avec 77 points et le brevet supérieur de l'enseignement primaire ou le diplôme de fin d'études de l'enseignement secondaire des jeunes filles; titre d'ancien élève de l'Ecole polytechnique, de l'Ecole navale, de l'Ecole de Saint-Cyr, de l'Ecole centrale des arts et manufactures, de l'Ecole des mines de Paris, de l'Ecole des mines de Saint-Etienne, de l'Ecole des ponts et chaussées, de l'Ecole supérieure des postes et télégraphes (2e section), de l'Institut agronomique; grade de contrôleur des mines, grade de conducteur des ponts et chaussées. »

Il est facile de voir le danger pour les études médicales et pour le recrutement de nos futurs médecins, de ces dispositions qui permettent de devenir docteur en médecine, non seulement sans grec, sans latin et sans philosophie, mais sans aucun baccalauréat, avec le *certificat d'aptitude à l'enseignement secondaire des jeunes filles* (*sciences*), le *brevet supérieur de l'enseignement primaire* ou le *diplôme de fin d'études de l'enseignement secondaire des jeunes filles*, le *grade de contrôleur des mines* ou *de conducteur des ponts et chaussées!*

Exprimant l'opinion, souvent formulée, de l'immense majorité des médecins, la Commission supérieure de l'enseignement médical a voté, à l'unanimité des membres présents, le vœu qu'on exigeât, à l'entrée des études médicales, non un baccalauréat quelconque, mais le baccalauréat classique, c'est-à-dire série A, B ou C de la première partie et série philosophie de la seconde partie.

Ce vœu, réglant la situation des bacheliers, n'aurait aucune utilité, si, en même temps, les non bacheliers pouvaient envahir les Facultés de médecine par la porte des Facultés des sciences, largement ouverte par le décret, que je dénonce à l'attention de mes confrères des sociétés médicales et de la Presse, médicale et extramédicale.

Il me paraît nécessaire de faire campagne pour que le ministre veuille bien accepter et appliquer, non plus seulement le vœu (devenu insuffisant) de la Commission supérieure, mais le vœu,

Que l'article du décret du 24 juillet 1899, relatif aux conditions à remplir pour obtenir le diplôme de docteur en médecine, modifié par le décret du 22 juillet 1902, soit remplacé par celui-ci :

« Les aspirants au doctorat en médecine doivent, tous, produire, pour prendre la première inscription, le baccalauréat de l'enseignement secondaire institué par le décret du 31 mai 1902 (série A, B ou C de la première partie et série philosophie de la seconde partie) et le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 16 JUILLET 1912)

Suite de la discussion sur un projet d'hôpital lyonnais. M. Gilbert BALLET regrette qu'on n'ait pas prévu parmi les organes du nouvel hôpital un service pour les délirants aigus (intoxiqués ou infectés confusionnels, obsédés, petits mélancoliques, alcooliques aigus accidentels, cocaïnomanes, etc.).

Les quelques chambres (six) réservées dans un petit pavillon spécial pour les malades agités ne sauraient en effet être considérées comme l'équivalent d'un tel service. Elles sont destinées moins à l'assistance nosocomiale des délirants qu'à la protection des autres malades contre les agités et les bruyants.

M. G. Ballet déplore que chaque fois qu'on prend des mesures à l'égard des psychopathes, ce soit toujours dans l'intérêt des « autres » et jamais de ces derniers.

On l'a bien vu avec la loi de 1838 et surtout avec le projet de revision de cette loi voté par la Chambre qui se préoccupent beaucoup plus d'assurer aux bien portants des garanties contre des menaces chimériques qu'aux malades des conditions humaines d'assistance.

Les grandes villes qui, comme Lyon, disposent d'un riche budget d'assistance se doivent de secourir plus humainement leurs délirants aigus. M. G. Ballet estime qu'au plus grand nombre de ces malades, souvent rapidement curables, on pourrait éviter l'entrée et la tare de l'asile en créant des services hospitaliers analogues à celui qui existe à l'hôpital général de Bordeaux, dans divers hôpitaux étrangers et à celui qu'il a lui-même fait créer naguère à l'Hôtel-Dieu de Paris.

L'utilité de ces services n'est plus à démontrer. Entre autres avantages ils ont celui de servir à tempérer pour les délirants aigus les rigueurs actuelles de notre législation sur les aliénés en attendant qu'à la formule retardataire l'aliéné à l'asile, qui est la formule du présent, on ait substitué celle qui lui paraît devoir être la formule de l'avenir : le psychopathe aigu à l'hôpital, le psychopathe chronique à l'hospice ou à la colonie.

M Mesureur intervient à deux reprises, dans ce débat, la première fois pour répondre, mot à mot en quelque sorte, aux critiques formulées par M. Mosny, dans son rapport, contre l'assistance publique. S'appuyant sur des chiffres et des documents précis, M. le directeur de l'assistance publique défend, avec non moins de talent que d'énergie, la vaste administration qu'il dirige.

Dans une seconde intervention, il critique, à son tour, le projet lyonnais. Son argumentation n'est pas de celle qu'on peut résumer d'un mot. Nous y reviendrons à la fin de ce débat.

Teneur en cholestérine du sérum sanguin des syphilitiques. — M. Gaucher en son nom et au nom de MM. Paris et Desmoulière lit un travail dont voici les conclusions :

1° Dans des conditions déterminées, la cholestérine paraît posséder une certaine valeur antigénique dans la réaction de Wassermann.

2° Il n'existe aucun parallélisme entre la teneur du sérum sanguin en cholestérine et le sens de la réaction de Wassermann.

3° Dans les syphilis datant de moins d'un an, les résultats des dosages de cholestérine ne permettent pas encore de déductions précises.

4° Dans les syphilis datant de plus de trois ans, l'hypercholestérinémie semble être la règle générale.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants étrangers.

MM. Ramsay (de Londres) et Reverdin (de Genève) sont élus.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

[séance du 5 juillet 1912 (*fin*)]

Coma avec acidose et dégénérescence hépatique. — MM. Marcel Labbé et Henry Bith rapportent l'observation d'une malade, jeune, qui n'ayant jamais eu antérieurement de signe de diabète, est tombée subitement dans le coma acidosique et est morte en deux jours. A l'autopsie on a trouvé une dégénérescence graisseuse du foie.

Ils ne pensent pas avoir eu affaire à un coma diabétique, malgré qu'il y ait eu une légère glycosurie; car le diabète latent est rare; l'évolution suraiguë ne se voit guère en dehors du diabète traumatique; enfin les grosses lésions hépatiques sont exceptionnelles au cours du diabète.

Pour eux, il y a eu une affection hépatique de cause indéterminée, s'accompagnant de glycosurie passagère, d'acidose et de coma.

Ce n'est pas d'ailleurs la première fois que l'acidose est constatée en même temps que la dégénérescence hépatique. Ce cas est intermédiaire entre les acidoses diabétiques et les acidoses graves en dehors du diabète dont les auteurs ont rapporté, il y a quelque temps, des observations.

M. Rathery souligne l'intérêt que présente l'observation de M. Labbé. Il croit en effet utile d'insister sur les lésions du foie non seulement dans les cas d'acidose diabétique, mais encore dans tous les cas d'acidose quelle qu'en soit la nature.

Il rappelle à ce propos avoir, avec M. Morel, obtenu chez l'animal un coma en tout analogue au coma diabétique par l'ablation des parathyroïdes. Il y eut à la suite une acidose marquée avec présence d'acide diacétique et d'acide β-oxybutyrique. Il y avait des lésions hépatiques très importantes. Avec M. Mayer, l'auteur a pu démontrer que l'acide β-oxybutyrique provoque à lui seul des lésions très nettes du foie.

Il est intéressant de rapprocher ces faits d'acidose expérimentale des cas cliniques rapportés par M. Labbé.

Hémosidérose viscérale et insuffisance pluriglandulaire. — MM. Henri Claude et Marcel Sourdel croient que l'infantilisme que l'on observe quelquefois dans les cirrhoses biliaires est dû dans certains cas à l'infiltration des glandes à sécrétion interne par le pigment ferrique. Les auteurs rapportent deux observations suivies d'autopsie où les lésions pluriglandulaires sont sans doute la cause de dystrophies analogues. Le premier sujet est un malade en puissance de tuberculose atténuée atteint d'une cirrhose alcoolique. Ce malade n'a jamais présenté de diabète bronzé ni de cirrhose pigmentaire. On note la pigmentation des téguments, l'asthénie, l'abaissement de la pression artérielle et surtout la disparition des caractères sexuels secondaires coexistant avec une atrophie relative des testicules. Ce malade est mort du fait de l'asthénie progressive. A l'autopsie, le foie était surchargé de pigments biliaires. La rate et le pancréas étaient également chargés de pigment ocre et de pigment noir, sans doute d'origine hépatique. L'auto-intoxication tuberculeuse et l'alcoolisme ont été compliqués ici de lésions accessoires des glandes endocrines.

Dans la deuxième observation, les lésions glandulaires tiennent la première place. Il s'agit d'un tuberculeux sans lésions destructives des poumons qui a souffert de manifestations rhumatoïdes. La pigmentation, l'asthénie, la déchéance génitale dominent là encore la scène morbide. La mort arrive due à la cachexie progressive. L'autopsie a montré des lésions générales de toutes les glandes à sécrétion interne : thyroïde, capsules surrénales, hypophyse sont infiltrées de pigment. Il est remarquable que le testicule et le pancréas soient touchés surtout dans leur élément endocrinien (îlots de Langerhans, cellules interstitielles). Le foie est généralement infiltré; mais la rate et le rein sont relativement respectés.

Dans les deux cas, la surcharge pigmentaire a créé l'insuffisance ou tout au moins la déviation de l'activité fonctionnelle des glandes vasculaires sanguines.

Au stade initial, les cellules infiltrées manifestent une vitalité intense. Mais par places les éléments formés de pigments ne constituent plus que des amas aux contours indistincts, à noyau invisible. La cellule ne peut plus fonctionner normalement dans ces conditions.

Les auteurs concluent que sous l'influence de l'alcoolisme et de la tuberculose un état spécial a été créé qui a déterminé la destruction d'une grande quantité de globules rouges et la mise en liberté de pigment ferrique. Suivant la localisation du pigment sur tel ou tel organe c'est la cirrhose pigmentaire, le diabète bronzé qui seront observés, ou encore un syndrome pluriglandulaire quand toutes les glandes vasculaires sanguines auront été infiltrées.

M. Brault croit que les conclusions de MM. Claude et Sourdel ne doivent pas être admises dans tous les cas. Il est en effet possible que les deux phénomènes, atrophie glandulaire et surcharge pigmentaire, soient connexes sans être conséquence l'un de l'autre; tous deux ayant à leur origine un processus inflammatoire ou toxique de nature inconnue.

Il peut y avoir, chez des tuberculeux et des alcooliques infiltration pigmentaire sans hémosclérose. Dans le diabète bronzé, par exemple, on est obligé d'admettre que la cachexie, produisant une hémolyse progressive, provoque la surcharge pigmentaire. Mais le pigment pénètre dans la cellule sans que celle-ci se défende, c'est un acte passif. Les cellules gardent encore leur activité dans certains cas, mais c'est encore là une preuve qu'elles subissent l'infiltration pigmentaire sans jouer aucun rôle dans l'élaboration ou même l'élimination des pigments.

M. Rist croit qu'il ne faut pas attribuer la surcharge pigmentaire à un processus hémolytique mystérieux. C'est ainsi que chez le premier malade dont il parle la présence d'une cirrhose avec ictère chronique peut faire penser à un processus hémolytique dû seulement aux sels biliaires.

Valeur pronostique de l'élévation du taux de l'urée dans le liquide céphalo-rachidien des nourrissons. — MM. Nobécourt, Bidot et Marcel Maillet, chez les nourrissons, surtout chez ceux atteints d'affections gastro-intestinales graves avec pertes de poids importantes et rapides, ont constaté fréquemment une élévation plus ou moins considérable du taux de l'urée du liquide céphalo-rachidien, indépendamment d'une néphrite caractérisée et de troubles manifestes de la diurèse. Ces observations confirment les faits publiés récemment par Nobécourt, Sevestre et Bidot. Elles permettent en outre d'attribuer au phénomène une signification pronostique. La constatation d'un taux d'urée supérieur à un gramme par litre comporte un pronostic grave à brève échéance; chez dix malades la survie maxima a été de vingt-neuf jours après le premier examen, et quand le taux a dépassé 2 grammes n'a été que de trois jours. D'autre part, les deux seuls enfants, sur les douze étudiés, qui survivent actuellement ont eu un taux d'urée inférieur à un gramme par litre.

Syndrome hémorragique au cours d'une néphrite aiguë. — MM. Carnot et Rathery rapportent le cas d'un jeune homme de vingt-deux ans qui entre à l'hôpital pour des vomissements, un état d'anémie marquée, de la somnolence et des œdèmes généralisés. Il avait une forte quantité d'albumine, des troubles oculaires manifestes avec rétinite albuminurique. Il avait eu quelques années auparavant une néphrite scarlatineuse, et c'est de cette époque que dataient les premiers petits signes de brightisme. Ce malade présentait une azotémie marquée et progressive qui fit porter un mauvais pronostic (2,20, 2,50, 3,30, 3,80). Le point le plus intéressant de son histoire clinique fut qu'il eut au cours de cette néphrite un véritable syndrome hémorragique avec état hémophilique qui causa rapidement la mort. A l'autopsie on constata des lésions intenses de néphrite chronique avec sclérose marquée portant sur tous les glomérules.

Les diverses recherches de laboratoire effectuées dans ce cas montrèrent une coagulation normale du sang, l'absence complète d'hémolysines, si bien que l'on se demande de quel nom on peut désigner cet état particulier; le terme d'hémophilie acquise répondant parfaitement aux caractères cliniques et nullement aux renseignements fournis par l'hématologie.

Etude bactériologique du noma. — M. Zuber a entrepris l'étude anatomique et bactériologique d'un certain nombre de cas de gangrène buccale. Il croit que les constatations qu'il a pu faire permettent de faire rentrer cette maladie dans le groupe des affections fuso-spirillaires. Il rapporte à ce sujet trois cas qu'il a eu l'occasion d'observer. L'examen direct montrait la présence presque exclusive sur les lames de ce que l'on est convenu d'appeler le bacille fusiforme de Vincent et de nombreux spirilles, en un mot la symbiose fuso-spirillaire de l'angine de Vincent. En milieux aérobies et anaérobies la culture de ces germes ne fut pas possible. Dans un cas les tubes restèrent stériles, dans les deux autres il poussa des germes anaérobies, bacillus refringens, ramosus, streptococcobacille, etc. Mais aucune culture ne reproduisait ce que l'on avait observé sur les lames.

Au contraire, sur les coupes, dans deux cas où l'examen anatomo-pathologique fut pratiqué on retrouvait les bacilles et les spirilles. Dans la zone de l'escarre il y avait le polymorphisme microbien que permettait de soupçonner la culture. Dans la zone périphérique des microbes prenant le gram et quelques bacilles fusiformes et spirilles, mais c'est surtout dans les mailles du tissu adipeux sous-cutané qu'on retrouvait cette symbiose. L'examen clinique faisait nettement rentrer ces cas dans ce qu'on appelle le noma. Cette affection appartient donc au groupe des fuso-spirilloses au même titre que la stomatite mercurielle et que la stomatite ulcéro-membraneuse. Au point de vue thérapeutique, il pourrait être intéressant, puisqu'il s'agit d'une spirillose, d'essayer les arsenicaux, en particulier l'arsenobenzol sans que l'auteur puisse conclure d'un seul résultat favorable observé à la valeur de cette méthode.

M. Gaillard fait observer à ce sujet les bons effets obtenus par l'application en pareil cas d'un traitement énergique par le thermocautère et l'acide phénique.

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES SUR LA TUBERCULOSE

(séance du 13 juin 1912)

A propos des granulations chromophiles du bacille tuberculeux. — M. P. Armand-Delille conclut de ses recherches que les aspects des granulations sont très différents suivant que l'on colore les bacilles par le Ziehl, le Fontès ou le Gram, et qu'il est difficile d'admettre que ce soient les mêmes granulations qui se colorent par ces différents procédés.

Trois décès par méningite tuberculeuse au cours d'une cure stimulante. — Mme N. Girard-Mangin. Le docteur Barbier a signalé le danger de soumettre certains enfants à une cure marine ou thermale trop excitante. L'auteur apporte trois observations à l'appui. Les enfants qui ont succombé n'ont jamais eu de douleurs à localisation imprécise pouvant être attribuées à des radiculites postérieures. Deux ont eu des céphalées et des nausées attribuées à la suralimentation. Le troisième n'a jamais souffert que de fatigue ou de fièvre : c'était une fillette à l'âge de la formation. Le pronostic de méningite était difficile à établir. En tout cas il faut éviter de placer dans un climat excitant un enfant suspect de réaction méningée ou dont le poids est instable.

La situation, la forme, le volume du cœur et l'exploration radiologique du médiastin postérieur des tuberculeux. — M. G. Maingot insiste sur la nécessité d'explorer le médiastin postérieur au cours de l'examen radiologique du thorax des tuberculeux. Le médiastin postérieur dont la représentation radiologique est désignée sous le nom d'espace clair médian s'observe habituellement dans les orientations oblique antérieure droite, oblique postérieure gauche. Maingot précise les relations entre la situation, la forme, le volume du cœur et la visibilité de la région intercardiovertébrale.

Large et régulier quand le bord droit du cœur avoisine le bord droit de la colonne vertébrale (cœur gauche), l'espace clair médian se rétrécit quand l'axe vertical de l'ensemble cardio-aortique se rapproche de la ligne médiane (cœur périmédian, cœur médian); il disparaît pour se retrouver dans les examens oblique antérieur gauche, oblique postérieur droit quand le cœur est suffisamment à droite du thorax pour que le bord gauche soit confondu avec le bord homonyme de la colonne vertébrale (cœur droit).

De même les hypertrophies cardiaques, les augmentations de volume de l'oreillette gauche, de l'aorte, nuisent à la visibilité du médiastin postérieur dont l'exploration ne doit être pratiquée qu'après examen du cœur en position frontale.

Sérothérapie antituberculeuse par le sérum de Marmorek et vaccination antianaphylactique par la méthode de Besredka. — M. Gaussel (de Montpellier), pour prévenir les accidents locaux ou généraux d'anaphylaxie observés à la suite des injections de sérum antituberculeux, emploie la méthode de la double injection conseillée par M. Besredka. Il injecte d'abord dix ou douze gouttes de sérum, et quatre heures après il fait l'injection thérapeutique d'un à 5 centimètres cubes du même sérum (de Marmorek). Seize tuberculeux pulmonaires traités par cette méthode ont reçu en quatre mois près de trois cents injections doubles. Dans un tiers des cas il n'y eut aucune réaction; la majorité des malades ont eu un érythème, quelquefois prurigineux, limité à la région injectée, et une légère adénite vers la quatrième injection, accidents toujours anodins et de courte durée.

Rarement la réaction locale a été un peu forte ; un seul tuberculeux a présenté des accidents généraux (hyperthermie, éruption généralisée très prurigineuse, malaises) sans suites graves.

Aucun malade n'a souffert d'arthralgies. La méthode de la double injection ne met pas à l'abri des accidents anaphylactiques mais elle paraît diminuer leur fréquence et atténuer leur intensité.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 6 juillet 1912)

MM. Achard et Flandin ont constaté le rôle **antianaphylactique de la lécithine** injectée quelques heures avant l'injection déchaînante faite dans le péritoine, rôle qui ne s'exerce pas si l'injection est intravasculaire ou intracranienne. La lécithine paraît agir en empêchant le poison de se former dans le cerveau de l'animal.

MM. Carnot et Dorlencourt, étudiant l'**absorption et la transformation des savons introduits dans la cavité d'une anse intestinale isolée et perfusée**, ont constaté, histologiquement, le passage des graisses dans la partie apicale des cellules intestinales, puis dans l'axe central de la villosité, dans les lymphatiques et englobées dans les leucocytes des ganglions.

MM. Roger, Sartory et Ménard ont eu l'occasion d'observer une **nouvelle mycose** chez une femme âgée de vingt-cinq ans, atteinte de lésions gommeuses disséminées sur les jambes.

Ces lésions avaient tous les caractères de la sporotrichose et la guérison fut obtenue rapidement par un traitement ioduré intensif. Les cultures faites avec le pus de ces lésions, ont permis d'isoler un nouveau champignon pathogène. Ce champignon ne se développe qu'à la température ambiante, vers 18 degrés. Il croît difficilement sur les milieux sucrés, et ne pousse bien que sur le bouillon Martin liquide ou solidifié. Il forme des colonies d'abord minces, qui s'épaississent et prennent successivement une coloration rosée, puis brune. Examiné sans précaution, le végétal se présente sous l'aspect de bacilles. Etudié par la méthode des gouttes pendantes, il pousse sous la forme de filaments ramifiés. Les appareils reproducteurs affectent des aspects variables : tantôt, ce sont des chapelets de spores cylindriques, tantôt des spores en fuseaux ou en bâtonnets tronqués aux deux bouts, tantôt enfin des chaînettes de spores arrondies.

Ces divers caractères permettent de séparer ce champignon des diverses espèces de sporotrichum. Les auteurs reviendront bientôt sur la place qu'il convient de lui assigner et sur la dénomination qu'on doit lui imposer.

M. THIBAUT expose les résultats de ses recherches sur les **altérations spléniques à la suite d'injections de sérum humain**. Le sérum humain injecté une ou plusieurs fois détermine les modifications suivantes dans le parenchyme splénique : congestion, stase sanguine, réduction des cordons et des corpuscules de Malpighi et macrophagie intense.

Les lésions obtenues chez le lapin s'accompagnent d'une destruction globulaire intense qui atteint en moyenne 2 000 000 d'hématies. Certaines conditions sont nécessaires pour produire des lésions spléniques : la quantité de liquide injecté, le nombre et la vitesse des injections sont autant de facteurs qui doivent entrer en ligne de compte.

MM. Maurice NICLOUX et André PLACET ont étudié expérimentalement la **toxicité et l'élimination comparées de l'alcool méthylique et de l'alcool éthylique**. L'épidémie de Berlin de décembre 1911 a appelé l'attention sur l'intoxication par l'alcool méthylique. Les auteurs ont soumis à l'expérimentation physiologique le problème de la toxicité et de l'élimination comparées des alcools méthylique et éthylique. En employant les méthodes analytiques décrites par l'un d'eux ils ont dosé l'alcool méthylique dans le sang d'animaux, chiens et lapins, soumis à l'intoxication aiguë par l'alcool méthylique, soit en injection intraveineuse, soit en ingestion. Dans le premier cas l'alcool méthylique s'est montré moins toxique, dans le second cas plus toxique que l'alcool méthylique, du moins lorsqu'on répète les ingestions à vingt-quatre heures d'intervalle. Les auteurs donnent l'explication logique de ce dernier fait par la démonstration qu'ils donnent de l'élimination extrêmement lente de l'alcool méthylique qui demande, pour une dose de 5 centimètres cubes par kilogramme, cinq jours pour s'éliminer alors que l'alcool de vin a complètement disparu de l'organisme en vingt-trois heures.

M. M. NICLOUX expose une méthode de **dosage de l'alcool méthylique** dans le sang et les tissus, et le dosage de sa vapeur dans l'air.

M. H. ISCOVESCO extrait et sépare les différents **lipoïdes de l'ovaire**. Cet organe contient 3,15 p. 100 de lipoïdes et 0,35 p. 100 de cholestérine.

M. Jean CAMUS a montré récemment qu'une **méningite irritative aseptique au cours d'une intoxication sanguine par le plomb** est capable de déterminer le tableau de l'encéphalopathie saturnine alors que l'intoxication sanguine seule ne donne pas lieu à des accidents nerveux.

Il a repris les mêmes recherches expérimentales **avec la toxine tétanique**, poison très différent du plomb, afin de savoir si ses premières constatations étaient susceptibles de généralisation. Il arrive aux conclusions suivantes. Les animaux qui en même temps que l'injection de toxine dans les veines ont été soumis à une irritation méningée banale, non mortelle par elle-même, ont présenté des accidents très différents de ceux observés après injection de toxine seule. Ces accidents se rapprochent de ceux qui ont été réalisés par Roux et Borrel dans le tétanos cérébral par injection directe de toxine dans les centres encéphaliques. De plus, la période d'incubation a été abrégée et la mort est survenue rapidement sans tétanos généralisé quatre et six jours plutôt que chez les témoins.

MM. Léon BERNARD, R. DEBRÉ et R. PORAK, dans leurs recherches sur la **présence d'albumines hétérogènes dans le sang circulant après l ingestion de viandes crues**, établissent qu'on peut mettre en évidence l'existence de ces albumines, que leur passage dans le sang est très précoce et éphémère et que leur quantité est minime.

MM. LAIGNEL-LAVASTINE et Victor JONNESCO, suivant la technique d'Ehrlich et Apolank ont greffé sur la peau de souris blanches des fragments de cervelet prélevés à l'instant même sur un animal de même espèce.

Par des examens histochimiques de ces greffes âgées de douze, vingt-quatre, quarante-huit heures et trois et cinq jours, les auteurs ont constaté la **dégénérescence lipoïdique des cellules de Purkinje** caractérisée par l'hypertrophie de la cellule nerveuse et de l'axone, la migration périphérique, l'atrophie et la disparition du noyau, les transformations chimiques du cytoplasme aboutissant à un aspect granuleux et très riche en lipoïdes mis en évidence par leurs changements de colorabilité avec les réactifs employés.

Ainsi avec le bleu de Nil ils ont obtenu successivement des colorations électives bleues, puis violet lilas, puis rose, puis marron.

MM. Noël FIESSINGER et L. ROUDOWSKA, à l'aide de la benzidine, démontrent que les leucocytes polynucléaires de la série myéloïde contiennent des granulations très fines présentant la **réaction des oxydases indirectes**.

LIVRES NOUVEAUX

Guide médical du missionnaire et de l'explorateur colonial (1), par M. Henri DAUCHEZ, ancien interne des hôpitaux.

Sous ce titre, notre confrère, le docteur Dauchez, a écrit un petit livre fort utile et qu'il y aurait tout intérêt à mettre entre les mains de tous ceux qui, dans quelque but que ce soit, s'en vont dans les colonies. Dans l'esprit de notre confrère, c'est surtout aux missionnaires, aux religieuses, aux infirniers isolés, aux chefs de poste que s'adressent ses bons conseils. M. Dauchez nous paraît trop modeste et restreint un peu trop, nous semble-t-il, le public interessé à lire son œuvre. Tous les officiers de l'armée coloniale, tous les fonctionnaires, tous les coloniaux, en un mot, et tous les explorateurs devraient avoir en poche ce petit volume.

La tâche de M. Dauchez n'était pas aisée, car c'est à la fois un dictionnaire de médecine générale et de médecine coloniale qu'il nous donne, et c'est à la fois aux médecins et aux personnes étrangères à la médecine qu'il s'adresse.

Toutefois, c'est plus particulièrement aux missionnaires qu'est consacré ce véritable bréviaire médical et hygiénique, missionnaires appelés à vivre seuls, isolés, loin de tout médecin, de tout centre, de tout secours, et réduits à prendre un parti d'urgence dans des circonstances plus ou moins graves.

Nous ne pouvons que nous associer au vœu qu'exprime notre confrère d'ouvrir largement aux jeunes missionnaires les portes de nos dispensaires, de nos hôpitaux et des infirmeries de régiment, afin de leur permettre de se familiariser un peu avec les choses de la médecine et de la petite chirurgie. Dans ces conditions, le livre de M. Dauchez leur serait d'autant plus utile.

Nous ne pouvons que féliciter notre confrère de son heureuse idée et de la façon si pratique, si simple dont il l'a mise à exécution. C'est véritablement faire œuvre utile que de vulgariser un semblable ouvrage.

A. BROCHIN.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS LE POULS LENT PERMANENT

Un granule à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou V gouttes de la solution au millième 4 à 6 jours de suite. Interrompre autant et reprendre.

(1) Paris, Gabriel Beauchesne, 117, rue de Rennes.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANATOMIE MACROSCOPIQUE DES VOIES BILIAIRES EXTRAHÉPATIQUES

DÉFINITION. GÉNÉRALITÉS. — Le produit de la sécrétion cellulaire hépatique se déverse dans le duodénum après avoir parcouru des voies d'excrétion que l'on a coutume de diviser en deux portions distinctes : *voies biliaires intrahépatiques* (canalicules sécréteurs ou intralobulaires et conduits biliaires ou extralobulaires) et *voies biliaires extrahépatiques* (canaux hépatique et cholédoque, vésicule biliaire et canal cystique) dans lesquelles se résument les précédentes et que nous avons seules à étudier ici.

Les progrès de la chirurgie moderne ont fait multiplier les travaux et les recherches anatomiques portant sur les voies biliaires extrahépatiques. Si l'existence de rapports, d'importance capitale pour le chirurgien, tels que la veine porte, la veine cave inférieure nécessitaient des données exactes sur la topographie de ces organes, la différenciation anatomique même des voies biliaires était intéressante puisqu'elle permettait de distinguer un appareil excréteur de la bile proprement dit dont l'intégrité anatomo-physiologique devait être rigoureusement observée, le canal hépatocholédoque, et un réservoir diverticulaire, surajouté, dont l'absence n'entraîne aucun trouble appréciable pour l'individu, l'appareil cholécystocystique.

Si cette division générale est plus conforme à la physiologie et répond mieux à l'esprit chirurgical, nous conserverons néanmoins, pour la facilité de la description, la division classique des voies biliaires en canal hépatique, canal cholédoque, vésicule biliaire et canal cystique.

L'ensemble de cet appareil occupe une région dite espace sous-hépatique, région des voies biliaires, lieu des interventions chirurgicales, étendu entre le plan horizontal joignant l'extrémité antérieure des neuvièmes côtes et le plan parallèle répondant au disque intervertébral qui unit les troisième et quatrième vertèbres lombaires, et limité latéralement par deux plans sagittaux : l'interne passant par la ligne médiane xyphoombilicale, l'externe rasant le bord externe du muscle grand droit du côté droit.

Ainsi limité, cet espace est situé sous la face inférieure du foie, dans l'étage sus-mésocolique de l'abdomen, à droite de la ligne médiane, en contiguïté avec l'hiatus de Winslow en arrière, l'arrière-cavité des épiploons en dedans et en arrière, la grande cavité péritonéale en avant, l'infundibulum colopariétal droit en dehors.

Cette topographie générale connue, nous allons étudier séparément la configuration et les rapports de chacun des segments. Nous verrons ensuite quel est leur aspect interne et terminerons par un chapitre général d'exploration et de voies d'accès.

CONFIGURATION EXTÉRIEURE ET RAPPORTS. — 1° **Confluent biliaire supérieur.** — Les conduits biliaires, ceux des espaces portes comme ceux qui parcourent la face inférieure du foie, convergent vers le hile hépatique. En ce point ils se résolvent classiquement en deux canaux biliaires d'origine, droit et gauche, formant eux-mêmes par leur réunion à angle obtus le confluent supérieur, d'où part le canal hépatique, confluent bien étudié par Descomps. Le canal gauche est souvent plus long que le droit et reçoit plus d'affluents. Les affluents des deux canaux nés surtout de la fossette cystique, du sillon de la veine ombilicale, du sillon du canal veineux, communiquent entre eux par un réseau anastomotique superficiel, cheminant dans les fins sillons de la face inférieure du foie. Ainsi, remarque Charpy, les deux canaux communiquent indirectement; il n'y a pas de gros tronc anastomotique direct. Il existe fréquemment un certain nombre de canaux biliaires supplémentaires volumineux. Tantôt le canal supplémentaire est unique, siégeant à droite, de longueur variable et tributaire soit de la racine droite du canal hépatique, soit du confluent supérieur même, soit du canal hépatique, soit du canal cystique, soit du confluent inférieur hépatocystique (Descomps). Tantôt le canal est double, et dès lors ils peuvent tous deux se trouver à droite comme dans le type précédent, ou bien l'un siège à droite, l'autre à gauche. Quant à l'angle même de convergence des deux canaux principaux, s'il est le plus souvent obtus il peut varier extrêmement, de l'angle obtus à l'angle de 45 degrés en passant par l'angle droit. Nous avons déjà là une cause de variabilité de longueur du canal hépatique, longueur qui sera encore modifiée du fait des nombreux aspects du confluent hépatocystique. Le confluent biliaire supérieur est situé dans la région hilaire, entre les deux éminences portes, antérieure et postérieure. Par rapport avec les autres organes de cette région, on trouve d'avant en arrière : les conduits biliaires, les branches artérielles, les branches de division de la veine porte. Il y a donc un véritable sinus sanguin en arrière du hile biliaire. Ces rapports méritent d'être précisés.

Le plus généralement le confluent biliaire ne répond pas à l'angle de bifurcation de la veine porte, mais est situé à sa droite. Parfois il est reporté à sa gauche. Dans les autres cas il y a superposition.

Pour ce qui est des branches artérielles il faut noter en premier lieu que les canaux biliaires sont enfouis plus profondément dans le hile que les branches artérielles. Aussi dans la plupart des cas la branche droite de l'artère hépatique sous-croise-t-elle les voies biliaires soit directement, soit après avoir décrit une boucle qui recouvre le canal biliaire avant de le sous-croiser.

Plus rarement il y a sur-croisement par cette branche artérielle.

Enfin, l'artère peut passer entre le canal principal et un canal supplémentaire. La branche artérielle gauche est généralement rejetée à 1 ou 2 centimètres à gauche des voies biliaires.

Parfois il y a un épanouissement en bouquet des artères qui passent alors en avant et en arrière des canaux biliaires.

Il existe encore à ce niveau des filets nerveux, des lymphatiques, des ganglions nombreux à la partie supérieure du pédicule.

Il faut signaler de plus des artères supérieures descendantes qui, nées de l'artère hépatique, se ramifient sur les canaux biliaires, et des variétés de l'artère cystique qui, parfois très haute, croise dans ces cas le canal biliaire d'origine droit.

2° **Canal hépatique.** — Né du confluent biliaire supérieur, le canal hépatique d'un diamètre de 5 millimètres en moyenne, est extrêmement variable de longueur, vu les différences du niveau de convergence des canaux biliaires que nous venons de voir et les modalités non moins nombreuses de la convergence hépatocystique ou confluent biliaire inférieur de Descomps que nous étudierons bientôt. Mesurant en moyenne 3 centimètres le canal hépatique peut être ainsi réduit à un centimètre et demi, un centimètre, 6 millimètres et moins encore.

Le canal hépatique a une direction oblique en bas, en arrière et à gauche jusqu'au point d'abouchement du cystique. Durant tout son trajet il est situé dans l'épaisseur de la portion hépato-duodénale du petit épiploon plaqué sur la face antéroexterne de la veine porte. L'artère hépatique est située à sa gauche, un intervalle de 10 à 25 millimètres séparant les deux organes.

Très rarement il peut y avoir contact complet, superposition segmentaire même de l'artère aux voies biliaires. Quénu a insisté sur le fait suivant : lorsque le doigt est dans l'hiatus de Winslow et repousse le petit épiploon en avant, l'écart augmente.

L'artère cystique dans sa variété basse croise en avant le canal hépatique et peut lui abandonner des rameaux biliaires descendants, plus rarement ascendants.

Quant au plan postérieur, représenté par la veine porte, Vautrin a signalé que dans l'exploration de l'hiatus de Winslow, le doigt portant le petit épiploon en avant, la veine vient faire saillie en dehors du canal hépatique. Ce fait, d'ailleurs contesté par Wiart, ne semble guère avoir l'importance opératoire que lui donnait Vautrin.

Enfin rappelons que tous ces organes sont plongés dans un tissu cellulaire lâche contenant des filets nerveux et des ganglions lymphatiques, causes possibles d'erreur dans le diagnostic d'un calcul des voies biliaires, lors de l'exploration chirurgicale.

Pour étudier avec plus de clarté le canal cholédoque, son point de naissance, il est nécessaire d'étudier de suite la vésicule biliaire et son canal de déversement en rappelant les restrictions de plan rationnel faites au début. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 82. — SAMEDI 20 JUILLET 1912. 85e ANNÉE. SAMEDI 20 JUILLET 1912. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours des clinicats. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Médical. — Chefs de clinique titulaires : MM. Sézary, Esmein, Jomier et Laroche; chefs de clinique adjoints : MM. du Castel, Richet, Flandin et Descomps.

Chirurgical. — Chefs de clinique titulaires : MM. Kendirdjy et Mocquot; chef de clinique adjoint : MM. Bréchot.

Maladies mentales. — Chefs de clinique titulaires : MM. Kahen et Lévy-Valensi; chef de clinique adjoint : M. Collin.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Chef de clinique titulaire : M. Giroux; chef de clinique adjoint : M. Brin.

Maladies nerveuses. — Chef de clinique titulaire : MM. Jumentié; chef de clinique adjoint : M. Pélissier.

Ophtalmologique. — Chef de clinique adjoint : M. Velter.

Médical infantile. — Chef de clinique titulaire : M. Harvier; chefs de clinique adjoints : MM. Milhit et Schreiber.

Obstétrical. — Chefs de clinique titulaires : MM. Lévy et Lemeland; chefs de clinique adjoints : MM. Eude, Metzger et Levant.

Chirurgical infantile. — Chefs de clinique adjoints : MM. Bailleul et Monsaingeon.

Thérapeutique. — Chef de clinique titulaire : M. Fiessinger; chef de clinique adjoint : M. Lyon-Caen.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Caen. — Un concours s'ouvrira le 20 janvier 1913, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie de l'Ecole de médecine de Caen.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

CONCOURS POUR UN EMPLOI D'INSPECTEUR DÉPARTEMENTAL DES SERVICES D'HYGIÈNE DE L'HÉRAULT. — Un concours pour la nomination d'un inspecteur départemental des services d'hygiène (traitement, 8 à 10000 francs) s'ouvrira à la préfecture de Montpellier.

Les candidats doivent s'inscrire avant le 15 septembre 1912.

Chaque candidat sera avisé quinze jours au moins avant la date du concours s'il est admis à y prendre part.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Commandeur (de Lyon), Demeure (de Lille), Desforges-Mériel (de Toulouse), Dufour (de Nancy), Florence (de Montpellier), Fruhinsholz et Gross (de Nancy), Jacquemet (de Grenoble), Laborde (de Toulouse), Lagriffoul (de Montpellier), Le Fort (de Lille), Lemaire et Mandoul (de Bordeaux), Marfan de Paris), Mirallié (de Nantes), Morestin (de Paris), Neveu-Lemaire (de Lyon), Perrin (de Marseille), Petit (de Poitiers), Rémond (de Toulouse), Renaut, médecin principal de première classe; Ribaut (de Toulouse), Rosenthal et Spillmann (de Nancy), Teissier (de Paris), Venot (de Bordeaux), Véron (de Rennes) et Weiss (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Anglada (de Montpellier), Arloing (de Lyon), Aurégan, médecin principal de la marine; Bahuaud (de Nantes), Bonnamour (de Lyon), Camo (de Marseille), Caubet (de Toulouse), Chavigny, médecin-major de première classe; Corneloup (de Grenoble), Divai (d'Angers), Guillemard (de Lyon), Jeannin et Josué (de Paris), Joüon (de Nantes), Lamy (de Nancy), Lemeignen (de Nantes), Looten (de Lille), Oraison (de Bordeaux), Rajoelina (de Tananarive), Rocher (de Bordeaux), Thibault, médecin-major de deuxième classe; Turlais (d'Angers) et Vanverts (de Lille).

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — Des médailles d'honneur et des mentions honorables ont été décernées aux personnes ci-après désignées qui se sont particulièrement signalées par leur dévouement au cours de différentes épidémies qui ont sévi en Algérie :

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Bonafé (d'El-Milia) et Arnaud (de la Calle).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Ciavaldini (d'El Arrouch), Orsini (de Laverdure), Valeton (de Kerrata) et Hybram (du Tarf).

M. Lasseigne, interne à l'hôpital de Relizane.

Mentions honorables. — MM. les docteurs Grosdemange (de la Mina) et Clapies (de Lavigerie).

INAUGURATION DU BUSTE DU DOCTEUR DOYON. — Le 16 juillet a eu lieu, à Uriage, l'inauguration du buste du docteur Doyon. Après une allocution de M. Lacassagne, professeur de médecine légale à Lyon, divers orateurs ont rappelé la carrière de labeur, de dévouement du docteur Doyon, ses travaux scientifiques et surtout la part qu'il prit dans la vulgarisation en France des travaux de langue allemande et dans la fondation des *Annales de dermatologie et de syphiligraphie.* M. Thibierge a fait la remise du monument. Les docteurs Clément Simon et Jourdanet ont lu les discours de MM. Balzer et Aubert, retenus à Paris et à Lyon. Le docteur Teulon a parlé au nom des médecins d'Uriage, et enfin M. Buisson, fermier des eaux d'Uriage, a exprimé la reconnaissance que gardent à Doyon les employés, les humbles et les pauvres.

REVUE GÉNÉRALE

LA FIÈVRE APHTEUSE CHEZ L'HOMME

Par Em. GAUJOUX (de Montpellier).

I

On désigne en *pathologie vétérinaire* sous le nom de fièvre aphteuse une maladie spécifique contagieuse, inoculable, épizootique ou enzootique, se montrant surtout chez les grands ruminants, quoique aussi chez le porc, le mouton, la chèvre, et qui se caractérise cliniquement par une fièvre plus ou moins marquée et par une éruption vésiculeuse ou vésiculo-pustuleuse, à la bouche, à la région mammaire, à la région podale; *bactériologiquement* son existence est affirmée par l'inoculabilité du microbe de l'éruption nettement spécifique.

Son nom lui a été donné à cause de la présence habituelle dans cette maladie de vésicules ou phlyctènes buccales, communément désignées sous le nom d'aphtes. On l'a désignée encore sous le nom de maladie ou épizootie aphteuse, de fièvre éruptive phlycténique, cocotte, exanthème interphalangé, mal de bouche, stomatite aphteuse, maladie aphtongulaire, phlyctène glossopode, exanthème interphalangé, surlangue, claudication.

Ainsi dénommée, la fièvre aphteuse a sévi et sévit encore un peu partout. Sans faire ici l'historique de la question ni l'étude de sa distribution géographique actuelle au point de vue vétérinaire, bornons-nous à constater que nous assistons aujourd'hui en France à une poussée épidémique très nette; après y être restée longtemps installée à l'état presque endémique, la fièvre aphteuse nous est revenue d'Allemagne, il y a deux ans, et semble garder depuis la forme d'épidémie; cette infection du bétail français est due aussi bien aux facilités des communications, qu'à l'activité des transactions commerciales favorisant le déplacement d'animaux malades ou contaminés et ainsi le fléau s'étend de région à région, de ville en ville, d'une ferme ou d'une étable à l'autre entraînant partout des pertes matérielles importantes à cause de la mortalité animale qu'elle crée parfois, à cause du repos qu'elle exige pour les bêtes malades, à cause de leur amaigrissement et de la diminution du lait qu'elle provoque; les statistiques allemandes accusent de ce fait une perte matérielle de soixante millions au passif de la dernière poussée épidémique.

Mais à part cette gravité indiscutable de l'épizootie aphteuse, de nombreux exemples de contagion humaine ont été depuis longtemps observés, si bien qu'il importe aujourd'hui, nous semble-t-il, de chercher à en préciser la valeur.

En *pathologie humaine*, il était sans doute classique depuis Boerhave et van Switen de ne considérer les aphtes de la bouche que comme une détermination morbide locale d'une véritable maladie générale accompagnée d'accidents fébriles et à marche cyclique. Cependant à vrai dire, l'existence de la fièvre aphteuse d'origine bovine n'a été pour la première fois réellement signalée qu'en 1764-1765 par Michel Sagar, après qu'il eut observé une épidémie indiscutable de gingivostomatite aphteuse dans un couvent de religieux qui consommaient non bouilli du lait provenant d'animaux atteints de fièvre aphteuse (1).

A diverses reprises depuis cette époque et journellement encore sont signalés de divers côtés des cas de fièvre aphteuse humaine d'origine vraisemblablement bovine et, d'autre part, s'observe la coexistence d'épizooties et de petites épidémies humaines aphteuses; on trouvera un historique très minutieux de la question dans les ouvrages de médecine vétérinaire, dans les thèses de Crojat (de Montpellier) et Pommeret (de Paris), enfin dans la bonne revue générale de Boyé et Panisset; bornons-nous ici nous-même à mentionner les faits les plus importants qui suivent.

C'est aux trois vétérinaires allemands Hertwig, Mann, et Vilain que revient l'honneur d'avoir de façon indiscutable établi en 1834 la transmissibilité à l'homme de la « cocotte bovine »; ayant volontairement ingéré pendant plusieurs jours du lait de vaches aphteuses, tous trois présentèrent des accidents de même nature, et en particulier une stomatite très nettement spécifique. Un an après, Jacob, vétérinaire militaire français, réalisait la même expérience de façon aussi positive. En 1840 Hildebrandt signale dans un intéressant mémoire plusieurs faits de transmission à l'homme et surtout aux enfants à la suite d'une inoculation directe du virus sur les téguments, ou comme conséquence de l'ingestion du lait ou de beurre provenant de vaches aphteuses. Les nombreuses observations publiées depuis cette époque ne manquent pas d'apporter une nouvelle confirmation au fait ainsi établi. Les épidémies anglaises de Bucles (100 personnes), de Douvres (205 personnes), d'Eagley (100 personnes) combinées aux observations de Hulin (de Louvain) et de Chauveau (de Lyon) établissent sans discussion que la maladie peut même revêtir un caractère épidémique (2).

Cependant d'autre part et malgré les faits ainsi accumulés certains vétérinaires et certains médecins déclaraient encore, il n'y a pas très longtemps, la transmissibilité de la fièvre aphteuse comme extrêmement douteuse (3). En 1876, à la suite de l'épidémie d'Eaglen, le ministère de l'agriculture adresse aux vétérinaires français un questionnaire relatif à la contagion de la fièvre aphteuse à l'homme, presque tous répondent par la négative. Mêmes résultats en

(1) Il est bon de signaler cependant que dès 1695 Adami avait présenté le fait comme possible; c'est donc peut-être à lui qu'il faudrait laisser remonter l'origine de nos connaissances sur la fièvre aphteuse humaine.

(2) En 1874, Hulin (de Louvain) étudie une épidémie de fièvre aphteuse humaine étendue à toute une commune; Chauveau presque à la même époque observe et rapporte une épidémie aphteuse dans un pensionnat de Lyon où l'on consommait du lait provenant de vaches atteintes par la maladie.

(3) En 1856, le Conseil de salubrité de la Seine ne déclarait-il pas en effet sur un rapport de Chevreul la complète innocuité du lait des vaches aphteuses.

Suisse à la même époque après l'enquête du professeur Putz.

Tout récemment encore à la suite d'épizootie de 1902 le ministère de l'Agriculture ayant demandé une enquête sur le même objet, très peu de rapports notent en conclusion la contagiosité indiscutable de la fièvre aphteuse. Le rapport de notre compatriote et ami M. Conte, chef du service vétérinaire sanitaire du département de l'Hérault, est cependant à citer. Sur 301 réponses l'auteur a pu enregistrer seulement 12 réponses positives signalant 22 cas bien nets de fièvre aphteuse humaine, 9 enfants et 13 adultes, dont 5 bergers, 3 laitiers et 2 éleveurs. L'une des observations rapportée par Roques vétérinaire à Pézenas est tout entière à citer. M. le docteur Sassy fut appelé à N... auprès de deux enfants ayant des aphtes dans la bouche. Présumant une contamination par le lait, il en réfère au maire de la commune de N... qui requiert immédiatement M. Roques à l'effet de visiter les vaches laitières de sa commune ; le résultat de cette intervention est la constatation de la fièvre aphteuse chez les vaches dont le lait était consommé par les enfants malades.

Quoi qu'il en soit de tous ces documents bien significatifs, mais dont beaucoup sont d'ailleurs assez récents, les médecins français ont été, on peut le dire, presque indifférents à la question, jusqu'au moment où Delestre en 1881, David en 1887 et Proust en 1888 publièrent chacun une étude, où documents à l'appui ils établissaient de façon positive l'origine bovine des aphtes. A partir de ce moment, et seulement alors les auteurs classiques commencèrent à accorder à la fièvre aphteuse d'origine bovine une place dans la pathologie humaine, mais comme il arrive souvent en médecine la généralisation complète paraissant à beaucoup séduisante, tandis que certains cliniciens justement avertis sans méconnaître la valeur des faits indiscutables de fièvre aphteuse humaine d'origine bovine admettaient encore l'existence d'aphtes buccaux et d'une véritable fièvre aphteuse non spécifique ; d'autres plus enthousiastes ont volontiers pensé et écrit que chez l'homme les aphtes buccaux pharyngés ne représentent exclusivement que la manifestation d'une maladie générale et spécifique, cette fièvre aphteuse étant toujours pour eux d'origine bovine. Dans cette courte monographie nous chercherons à établir ce qu'est la fièvre aphteuse humaine, ce qu'il faut savoir de sa fréquence, son mode d'apparition et de transmission, de son évolution clinique et de son traitement.

Dans l'expression de fièvre aphteuse figure essentiellement le terme d'aphtes.

Autrefois on désignait sous ce nom toutes les inflammations de la bouche. Rilliot et Barthez comprenant la nécessité de donner au terme d'aphtes un sens plus précis ont ainsi désigné les seules affections vésico-ulcéreuses du buccopharynx. Les aphtes ne sont donc autre chose chez l'homme que des éléments éruptifs particuliers, constitués par l'exsudation sous-épithéliale d'un produit liquide ou pâteux clair jaunâtre dont l'élimination rapide découvre une érosion douloureuse grosse comme une lentille mais qui disparaît assez rapidement.

Définir ainsi les aphtes c'est ne leur donner qu'une réalité purement anatomique et partant admettre qu'ils puissent se rencontrer dans nombre d'affections de valeur clinique différente, autrement dit ne faire de la stomatite aphteuse que la conséquence de divers facteurs étiologiques à déterminer. Voilà comment au début même de cette étude nous sommes inévitablement conduits à regretter une dénomination aujourd'hui consacrée quoique déplorable parce qu'elle englobe sous un même vocable une maladie infectieuse bien caractérisée commune à l'homme et aux animaux et d'autre part les aphtes avec fièvre à causes multiples de nature non spécifique que l'on observe chez l'adulte aussi bien que chez le nourrisson ou chez l'enfant déjà grand à l'occasion de poussées dentaires, de troubles digestifs, et à titre d'accidents d'une intoxication alimentaire ou tabagique.

Voilà pourquoi aussi tout en croyant avec Ruault et Comby que seulement devraient être décrits, sous le nom de fièvre aphteuse humaine, les accidents observés au cours de la maladie générale d'origine bovine, nous nous séparons cependant de ces auteurs lorsqu'ils pensent que les éléments vésiculo-ulcéreux que l'on rencontre au cours des infections banales de la bouche ne sauraient en aucun cas mériter le terme d'aphtes. Entre certains éléments éruptifs bucco-pharyngés observés chez l'homme en dehors de toute fièvre aphteuse d'origine bovine et ceux qui accompagnent régulièrement cette maladie, la distinction clinique anatomique est impossible ; l'étiologie seule diffère, mais suffit à justifier les réflexions précédentes ; nous reviendrons d'ailleurs sur ce point au chapitre du diagnostic.

II

Etude clinique. — Après une période d'incubation qui dure de trois à dix jours, l'affection débute ordinairement par un peu de sécheresse de la bouche ; mais bientôt se marque une vraie cuisson bucco-pharyngée qui s'accompagne d'une sécrétion salivaire très marquée et parfois d'un peu de gêne de la déglutition.

Dès ce moment apparaît plus complet le cortège symptomatique de toute infection : élévation thermique à 38-39 degrés, céphalée, agitation, vertiges et assourdissements, quelquefois délire. Le nourrisson se borne lui en général à pleurer, faire de la fièvre et des troubles gastro-intestinaux (vomissements, diarrhée) plus ou moins accusés. Ces symptômes généraux peuvent d'ailleurs parfois manquer si bien que l'éruption buccale avec ses conséquences (salivation, gêne de la déglutition) constituent alors le seul phénomène pathologique capable de fixer l'attention du clinicien.

De même, mais à l'inverse, les signes locaux même chez l'adulte peuvent n'occuper que tout à fait le second plan, le malade ne souffre alors pas de la bouche, ne présente que quelques signes d'une septicémie dont la nature échappe à tout esprit non averti.

Quoi qu'il en soit, dès ce moment, l'examen du

bucco-pharynx permet à qui sait chercher d'y constater l'existence de larges plaques rouges douloureuses au contact et siégeant sur la voûte palatine, à la face interne des lèvres, dans les sillons gengivo-labiaux supérieurs et inférieurs, sur la pointe, les bords et le frein de la langue chez les jeunes nourrissons biberonneux. L'éruption serait d'après Ruault fréquemment dispersée sur deux lignes symétriques de chaque côté du raphé médian du palais. C'est au centre de ces taches parfois ecchymotiques que par la suite se montrent les vésicules aphteuses; l'évolution de ces dernières est d'une étonnante rapidité; en vingt-quatre, quarante-huit heures la vésicule aphteuse est devenue pustule; dès le troisième jour celle-ci se rompt laissant à sa place une ulcération arrondie d'aspect chancriforme à bords rouges taillés à pic et dont le fond se trouve occupé par un enduit pultacé, véritable pseudomembrane grisâtre au-dessous de laquelle, après arrachement, la muqueuse apparaît rouge saignante. Le nombre de ces ulcérations toujours isolées varie de 8 à 10, leurs dimensions égalent en général celles d'une lentille; en tout cas la réparation tissulaire est presque aussi rapide que l'altération, et au bout de quatre ou cinq jours ne persiste à leur place qu'une tache rouge qui disparaît entièrement en général au bout de deux semaines.

Cependant les symptômes généraux et fonctionnels n'ont en général fait que s'aggraver. La salivation est devenue très abondante, la mastication presque impossible. Les troubles digestifs et la fièvre persistent avec leur cortège habituel, faiblesse, courbature, céphalée.

Le tout ne rentre généralement dans l'ordre qu'avec la cicatrisation des aphtes.

Ce n'est qu'à titre exceptionnel que l'on a noté des complications telles que l'orchite, l'avortement, l'hémorragie, l'hémiplégie.

L'énoncé de ces dernières complications nous amène cependant à parler de la tendance hémorragique de la fièvre aphteuse sur laquelle tout récemment insistait le docteur Lévy; elle se marquerait du côté de la muqueuse nasale (épistaxis) ou de l'intestin (selles sanglantes), du côté du rein (hématurie), du côté de l'utérus (métrorragies). Ces hémorragies souvent occultes expliquent dans une certaine mesure l'état marqué d'anémie dans lequel sont certains convalescents de fièvre aphteuse.

Ajoutons cependant que d'une façon générale et pour les formes normales, sauf peut-être chez l'enfant, la guérison est de règle après le troisième septénaire. La terminaison mortelle n'a été observée de manière assez fréquente que dans certaines épidémies (Britz, Allemagne 1889 à 1891).

III

Formes anormales. — On doit les distinguer d'après l'élément symptomatique anormal. La *forme cohérente* ou *confluente* se caractérise par l'aspect même des aphtes qui, devenus confluents, déterminent une tuméfaction considérable de la langue, dans certains cas même la mortification de l'organe (Boas, 1893).

La *forme cutanée* ne mérite d'être isolée qu'à cause de l'apparition de vésico-pustules cutanées, contemporaines ou non de l'éruption bucco-pharyngée. Le siège anormal de ces « aphtes » (?) tient souvent à une inoculation accidentelle, et « dans ce cas il est possible que l'envahissement des muqueuses n'ait lieu que secondairement » [obs. de Hulin (de Louvain)].

La *forme prolongée* n'a pas besoin d'être définie.

Les *formes graves*, bien étudiées par les médecins d'enfants et surtout par Hutinel, du Pasquier et Roger Voisin, Arthaud, ont surtout trait, nous semble-t-il, à des observations d'aphtes avec fièvre et non pas de vraie fièvre aphteuse d'origine bovine. Nous ne nous y arrêterons pas les trouvant suffisamment définies par une simple citation.

IV

Etiologie. — Causes prédisposantes. — *Age.* — Incontestablement la fièvre aphteuse s'observe surtout chez les enfants et en particulier chez les nourrissons tant à cause de leur régime lacté absolu que par suite d'une plus grande sensibilité à la maladie.

Profession. — A part ce fait de la fréquence chez l'enfant on peut bien dire que ce sont évidemment les professions qui mettent l'homme le plus en contact avec les animaux malades, qui prédisposent le plus l'adulte à l'infection : laitiers, vachers, garçons de ferme, vétérinaires.

V

Modes de transmission. — La transmission de la fièvre aphteuse à l'homme peut se produire et a été observée dans les conditions suivantes (Galtier) : à la suite de l'ingestion de matières virulentes, de lait cru provenant de bêtes malades, de beurre et de fromage frais fabriqués avec ledit lait; à la suite d'inoculations accidentelles à la surface de la peau; chez des personnes qui avaient examiné, soigné, touché ou travaillé des animaux malades; chez des personnes qui avaient tiré des vaches malades; chez des vétérinaires qui s'étaient inoculés aux lèvres avec leurs doigts ou leur mouchoir souillé de virus; sur des personnes qui avaient marché pieds nus sur les fumiers et les litières des fermes infectées.

Toutefois et malgré que certains vétérinaires français [Viseur (d'Arras), Boulay (d'Avesnes)] comme certains médecins [Lévy (de Gacé)] considèrent la contagion à l'homme comme un fait commun dans leur région, une notion paraît aujourd'hui bien acquise concernant la fréquence de la fièvre aphteuse humaine c'est sa rareté.

La fièvre aphteuse est d'une façon générale exceptionnelle chez l'homme, et cela malgré qu'elle frappe en certaines années plusieurs centaines de mille têtes de bétail en rapport constant avec des milliers d'individus. Dans les rapports officiels allemands ne sont mentionnés, de 1887 à 1894, que 600 cas de fièvre aphteuse humaine. A Paris où la fièvre aphteuse sévit, on peut le dire, presque chaque année sur les animaux amenés aux concours généraux et alors qu'une grande partie du lait est consommée sur place, les accidents signalés sont pourtant exceptionnels.

Cependant cela posé, et une fois admis le fait que l'organisme humain constitue un terrain peu favorable à l'évolution, malgré que l'identité de la fièvre aphteuse humaine avec la cocotte des bovidés paraisse suffisamment établie par les célèbres expériences de Hertwig Mann, Villain et Jacob d'une part, et de l'autre par les faits indiscutables de coexistence endémo-épidémique des deux maladies, il faut ici signaler que beaucoup de médecins et de vétérinaires se sont longtemps déclarés partisans de leur dualité sous le prétexte que toutes les expériences tentées dans le but de reproduire la maladie chez les bovidés avec des produits d'origine humaine avaient échoué (1). Ce nouvel argument, le seul encore à réclamer, un savant italien Bertarelli est venu le donner en déclarant qu'un veau inoculé avec de la sérosité provenant d'un aphte d'un homme atteint lui a présenté un aphte typique avec œdème très étendu.

Il ne peut donc désormais y avoir conteste quelle que soient les réserves que l'on puisse faire sur l'imminence de la contagion de la fièvre aphteuse bovine à l'homme ; la possibilité de cette transmission est définitivement démontrée.

Ajoutons que personnellement nous pensons que l'attention des médecins étant attirée sur ce point des observations du même ordre ne manqueront pas d'être rapportées de jour en jour plus nombreuses.

Dès lors semblent par analogie devoir sans discussion s'appliquer à la fièvre aphteuse humaine les conclusions de travaux modernes sur le virus de la cocotte bovine.

Ce virus contenu dans les aphtes appartient à la catégorie des virus filtrants et quoique peu résistant (détruit par l'ébullition ou antiseptiques usuels, formol à 2/2000, soude à 3/100) il est normalement très actif.

Il suffit de 1/5000 de centimètre cube pour assurer l'infection, et si les mains, les vêtements et même l'écurie, le fumier comme le lait ou la salive possèdent des propriétés virulentes ce n'est très vraisemblablement que parce qu'ils ont été souillés par le liquide des vésicules du virus aphteux.

Quoi qu'il en soit et à simple titre documentaire parmi les faits récents témoignant de la réalité de la transmission humaine, citons le plus récent rapporté par le *Petit journal agricole* (p. 760) ; il a trait à un de nos commandants de la garnison de Paris qui vient, dit-il, de rester près d'un mois dans son lit, atteint par le terrible fléau. Il dut supporter nuit et jour une fièvre oscillant entre 39°5 et 40 degrés presque aussi accablante que la fièvre typhoïde. Durant une excursion dans la campagne, le commandant, avec un de ses amis, s'arrêta dans une ferme pour demander un bol de lait. Il le but sans méfiance et c'est en causant avec le propriétaire qu'il apprit qu'une épidémie de fièvre aphteuse commençait à sévir dans la contrée; le fermier lui-même avait quelques bêtes contaminées. Ce n'est qu'une huitaine de jours après que le commandant dut garder la chambre épuisé par une très forte fièvre. Des docteurs du Val-de-Grâce, appelés au chevet du malade, diagnostiquèrent la fièvre aphteuse.

Nous avons nous-même observé au cours de ces deux derniers mois trois faits positifs de la fièvre aphteuse humaine ; deux chez des enfants jeunes ; un chez un adulte vacher, et sans admettre comme Arthaud que la fièvre aphteuse de l'homme au même titre que la fièvre de Malte est une maladie essentiellement polymorphe presque toujours méconnue, nous pensons que dans bien des cas le clinicien néglige de poser un diagnostic au cours de la fièvre aphteuse, parce qu'il néglige de penser à l'existence possible de cette infection. Il en serait de la fièvre aphteuse un peu comme des sporotrichoses. L'avenir nous démontrera le bien ou le mal fondé de cette hypothèse.

Nous n'avons pas à revenir sur le caractère épidémique possible de la fièvre aphteuse humaine. Les faits déjà mentionnés survenus en Angleterre et en France en sont des exemples incontestables.

Ces données, quoi qu'il en soit, une fois précisées ainsi que les divers facteurs de prédisposition que l'on relève dans l'étiologie de fièvre aphteuse humaine, restent à déterminer sa vraie nature, son origine.

A moins de ne raisonner que par analogie, le problème de la pénétration du virus, en un mot la pathogénie de la cocotte humaine est tout entière à écrire, ce sera l'œuvre de l'avenir.

VI

Diagnostic. — La question du diagnostic de la fièvre aphteuse telle que nous venons de la décrire et identifier, nous amène fatalement à reprendre l'étude des aphtes avec fièvre étiologiquement distincts mais anatomiquement et cliniquement assimilables à la fièvre aphteuse spécifique.

Nous allons donc étudier successivement :

1° Le *diagnostic clinique* d'une fièvre aphteuse ;
2° *Celui de sa nature.*

I. Le diagnostic de la fièvre aphteuse offre au début de très réelles difficultés ; à vrai dire le clinicien ne se trouve alors en présence que d'un ensemble symptomatique d'infection générale et ce n'est que l'examen systématique de la bouche, du pharynx et des diverses muqueuses digestives qui permet dès leur apparition par la constatation des aphtes, d'établir le diagnostic de cette affection ; une erreur trop classique consiste à croire que fièvre aphteuse égale stomatite aphteuse ; sans doute mais il est certain que bien que parfois le malade ne souffre pas de la bouche c'est là qu'il faut aller tout d'abord chercher, on fouillera tous les recoins de la muqueuse, et alors c'est tantôt vers la langue, tantôt au niveau de la région angulomaxillaire, tantôt à la face interne de la joue que l'on trouvera une, deux ou plusieurs vésicules aphteuses qui, peut-on dire, signeront par leur présence le diagnostic, car elles ne peuvent être confondues avec le *muguet* dans lequel il n'y a ni éruption vésiculeuse, ni ulcération, avec la *stomatite*

(1) Témoins les résultats des enquêtes anglaises et suisses.

diphtérique vraie et la *stomatite diphtéroïde* impétigineuse cliniquement si typiques.

Les aphtes tels que nous les avons décrits seront aussi très facilement distingués de la *stomatite ulcéro-membraneuse* dont les lésions plus larges et les ulcérations plus profondes s'accompagnent d'une volumineuse adénite.

Seule la *stomatite herpétique* mérite avec l'*hydroa* de Quinquaud, et la *plaque muqueuse syphilitique* une étude diagnostique plus approfondie.

On se rappellera que les vésicules herpétiques sont généralement groupées à trois ou quatre en un bouquet siégeant aux lèvres, aux ailes du nez, sur les organes génitaux. Ces vésicules à contenu clair transparent laissent après leur rupture un dépôt nacré de teinte plus nettement blanchâtre que l'ulcération aphteuse.

La plaque muqueuse syphilitique d'autre part est généralement beaucoup moins régulière de contours et moins douloureuse que l'aphte ulcéré.

L'hydroa de Quinquaud malgré des signes de début somme toute assez analogues à ceux de la fièvre aphteuse se marque localement par des vésicules exclusivement citrines pas opaques laissant à leur suite des érosions rouges très superficielles quoique recouvertes d'un exsudat toujours très blanc ; le diagnostic sera souvent aidé par ce fait que s'il y a une poussée éruptive cutanée elle se fait sur le tronc et rarement sur les membres, c'est-à-dire extrabuccale à l'inverse de ce qu'on observe dans la fièvre aphteuse.

II. Au cours d'une infection fébrile plus ou moins marquée sont relevés des aphtes indiscutables ; il s'agit au sens littéral du mot d'une « fièvre aphteuse » : est-ce bien ainsi que doit s'affirmer le diagnostic, c'est-à-dire doit-on croire dans ce cas à l'existence d'une infection spécifique dont le point de départ se trouve précisément être la même maladie si fréquente chez les bovidés, ou bien avons-nous affaire à une simple infection locale non spécifique, à une stomatite pseudo-aphteuse serait-on presque tenté d'écrire.

Il n'est pas douteux que, quoi qu'on en ait dit, les aphtes communs peuvent revêtir une forme très grave, s'accompagner de phénomènes généraux très graves (il en est surtout ainsi lorsque comme l'ont bien montré Hutinel et ses élèves les aphtes apparaissent comme épiphénomène véritable, infection terminale au déclin d'une maladie aiguë comme une rougeole, une broncho-pneumonie). Quoi qu'il en soit on se souviendra que d'une façon générale, les aphtes communs qu'ils s'accompagnent ou non de fièvre sont avant tout des aphtes buccaux sans manifestation cutanée ; ils coïncident d'ailleurs le plus souvent chez l'enfant avec une poussée dentaire, surviennent chez certaines femmes au moment des époques menstruelles ou bien à la suite de l'ingestion de certains aliments ; tandis que la fièvre aphteuse vraie même sans fièvre se montre plutôt chez des nourrissons ou des professionnels plus exposés à subir la contagion d'une épizootie aphteuse régnante.

Parler ainsi c'est dire que le diagnostic se trouvera dans la majorité des cas dicté par l'enquête étiologique ; à moins toutefois que l'injection au cobaye du produit de l'aphte lui-même ne soit possible ; il rendrait dans de telles conditions de réels services.

VII

Prophylaxie. — Toute la question de la prophylaxie actuelle de la fièvre aphteuse humaine repose sur les données que nous possédons touchant les divers modes de la contagion aphteuse.

En ce qui concerne la récolte du lait, on a conseillé les lavages réguliers de la mamelle et du trayon avec une solution savonneuse tiède, mais cette mesure de simple propreté sera généralement repoussée par les vachers intéressés.

La prohibition de la vente du lait prévue en Autriche, en Italie et ailleurs nous apparaît d'autre part comme une mesure bien excessive, l'ébullition est en effet un moyen très sûr de garantir au consommateur l'innocuité du liquide même le plus souillé du virus.

Aussi, dans la plupart des pays qui ont été touchés par la fièvre aphteuse les lois et règlements sanitaires établissent-ils l'obligation de l'ébullition du lait qui va être livré à la vente.

En France malgré l'opinion de l'Académie de médecine cette doctrine n'a pas prévalu et la police sanitaire se borne en ce qui concerne la fièvre aphteuse des bovidés à chercher d'atteindre le double but suivant : 1° prévenir l'importation de la maladie par des animaux venant de l'étranger ; 2° restreindre ses ravages en essayant de borner, d'abréger et d'éteindre les épizooties de fièvre aphteuse constatée sur le territoire (inspection des foires, marchés, abattoirs, déclarations, visites, constatations, mesures de séquestration, d'isolement, de quarantaine, désinfection, destruction des étourneaux, et tous autres agents possibles de propagation de la maladie).

A chaque individu appartient en définitive en France à l'heure actuelle le soin de se protéger lui-même contre la maladie par l'ébullition du lait qu'il consomme, par le rejet en temps d'épizootie du beurre, du fromage et de la crême habituellement si appréciés.

VIII

Traitement. — *A.* Symptomatique. — Comme toute ulcération buccale, l'aphte demande une antisepsie méthodique ; l'eau boriquée à 3/100, l'eau oxygénée étendue au 1/5 ou 1/10 d'eau bouillie, les solutions boratées, bicarbonatées ou salicylées ont été tour à tour conseillées en lavages gargarismes. Les attouchements des ulcérations trois ou quatre fois par jour avec une solution concentrée de salicylate de soude, avec de l'acide chromique pur, avec une solution de nitrate d'argent à 2/100, auraient donné aussi de bons résultats. Les infusions de serpolet elles-mêmes proposées par Boutant auraient une action très favorable sur le bourgeonnement tissulaire.

Il est bien entendu d'ailleurs que si la dysphagie est intense, des badigeonnages boratés, cocaïnéss ont encore à proposer ; que d'autre part si la fièvre est marquée, les antithermiques seront indiqués et que d'une façon générale chaque complication méritera d'être traitée en elle-même par tous les moyens

appropriés ; à ce point de vue signalons sans y insister que Lévy (de Gacé) vient de proposer de lutter contre les tendances hémorragipares de la fièvre aphteuse par l'injection sous-cutanée ou l'ingestion préventive et systématique de sérum de Roux.

B. Curatif. — Les divers éléments d'une thérapie purement symptomatique étant ainsi établis, n'est-il pas possible d'appliquer à la fièvre aphteuse humaine, et cela d'une façon générale, un traitement spécifique ?

Dans l'état actuel de la science, mieux vaut reconnaître que rien de positif n'est acquis.

Les essais de sérothérapie antiaphteuse sont en effet jusqu'ici restés infructueux. Sans doute, Löffler obtint il y a déjà longtemps avec le cheval et le bœuf et par des injections intraveineuses de virus aphteux un sérum immunisant. Nocard, Roux, Carré et Vallée sont depuis arrivés au même résultat en même temps qu'ils faisaient connaître le moyen de produire de grandes quantités de virus pur par l'injection de virus au porcelet.

Ainsi obtenu, le sérum est nettement préventif, il préserve sûrement, à des doses très variables suivant son pouvoir, contre la contamination accidentelle. Il protège également contre une inoculation expérimentale à la condition que celle-ci ne soit pas trop sévère.

L'action curative est aussi évidente; suivant le moment de l'intervention, le traitement enraye ou atténue une évolution commencée.

Quoi qu'il en soit, en médecine vétérinaire on n'a fait jusqu'ici, il faut bien l'avouer, aucune application méthodique de la sérothérapie antiaphteuse.

Les faits en étant à ce point en thérapeutique animale, rien d'étonnant à ce que chez l'homme il ne puisse encore être question d'une thérapeutique spécifique de la fièvre aphteuse. Houssay a cependant bien émis l'idée qu'il serait utile de vacciner tous les enfants contre la fièvre aphteuse. Il a même proposé d'utiliser dans ce but un virus atténué par des passages sur des adultes d'âge décroissant. A de telles affirmations on ne saurait attribuer que la valeur d'hypothèses.

BIBLIOGRAPHIE

A part les divers traités classiques de médecine humaine et de pathologie vétérinaire consulter surtout :

Ardenghi. *Giorn. d. r. Soc. ed Ac. Vet. ital.*, Torino 1906. — Arthaud. *Progrès méd.*, 1901 et 1902; — *Ibid.*, 1904.

Bekla. *Centralbl. f. Bakt.*, 1893. — Bertarelli. *Riv. d'ig. e san. publ.*, Torino 1907. — Boas. *Soc. de méd. int.*, Berlin 1893. — Bohn. *Gerh. Hand. d. Kind.*, 1880. — Bontant. Th. de Paris, 1901. — Boulay. *Recueil vétérinaire*, 1873. — Boyé et Panisset. *Gaz. des hôpit.*, 1908. — Bussenius et Shegel. *Deut. med. Woch.*, 1897.

Calatrateno. *Rev. med. y cir. pract.*, Madrid 1906. — Chaumier. *Congrès de Nancy*, 1896. — Chauveau. *Congrès int. d'hyg. de Londres*, 1890.

Darier. *Soc. franç. de dermat. et syphil.*, 1904. — David. *Arch. de méd.*, 1887. — Delent. Th. de Paris, 1881. — Domme. *Wiener med. Blatt.*, 1883.

Feci. *Giorn. d. r. Soc. ed Accad. Vet. ital.*, Torino 1906. — Fiorentini. *Clin. Vet.*, Milano 1907. — Frankel. *Centralbl. f. Vet.*, 1888.

Gabbi. *Boll. d. clin.*, Milano 1906. — Gonzalez Alvarez. *Rev. med. y cir. pract.*, Madrid 1906; — *Ann. r. Accad. de med.*, Madrid 1906. — Guimaraes. *Tribuna med.*, Rio-de-Janeiro 1907, p. 453; — *Ibid.*, 1908, p. 49 et 93.

Hertwig. *Berl. med. Zeit.*, 1834. — Hildebrandt. *Mag. f. Tierk.*, 1840. — Houssay. *Arch. de méd. des enf.*, 1903.

Jarre. *Journ. de Lucas-Championnière*, 1900.

Klein. *Centralbl. f. Veter.*, 1888. — Kreis. *Jahrb. f. Pharm.*, XXXVI.

Landel. *Journ. de Lucas-Championnière*, 1900. — Legendre. *Revue méd. de Normandie*, Rouen 1907.

Mantegazza. *Giorn. ital. d. mal. veter.*, Milan 1907.

Ollivier. *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1892. — Ortega Morejon. *Rev. med. y cir. pract.*, Madrid 1896. — Ory. *Bull. de la Soc. cent. de méd. vét.*, Paris 1907. — Perroncito. *Forsch. der Vet. Hyg.*, Berlin 1905. — Problema. *Clin. vet.*, Milano 1907. — Proust. *Revue d'hygiène*, 1888. — Petre. Th. de Paris, 1894.

Rayer. *Arch. de méd. comparée*, 1843. — Rievel. *Hand. der Milch*, 1907. — Roché. *Revue franç. de méd. et de chir.*, 1903.

Sagar. *Libellus der aphtis pacomis*, 1763. — Schöttelius. *Centralbl. f. Bakt.*, 1893. — Siegel. *Deut. med. Woch.*, 1891. — Stazi. *Clin. vet.*, Milano 1907.

Taboada. *Rev. med. y cir. pract.*, Madrid 1906. — Terni. *Clin. vet.*, Milano 1907. — Tolosa-Latour. *Rev. med. y cir. pract.*, Madrid 1906.

Vialle. Th. de Toulouse, 1900.

Weissenberg. *Berl. klin. Woch.*, 1890.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 10 JUILLET 1912)

Amnésie post-traumatique. — M. Chavasse, à propos de la communication de M. Tuffier, rapporte l'observation d'un jeune cavalier qui fait une chute de cheval, perd quelque temps connaissance et revient à lui. Il remonte à cheval et rentre au quartier. Là il ne se souvient plus de rien et ne sait comment il est rentré au quartier.

Des opérations sanglantes dans le traitement du pied plat valgus douloureux. — M. Kirmisson, à propos de la communication de M. Pierre Duval, rappelle avoir combattu l'opinion de M. Poncet sur la nature tuberculeuse du pied plat valgus douloureux. Cette maladie est, on le sait, beaucoup plus fréquente et plus rebelle chez les malades de l'hôpital qui sont des enfants que l'on fait travailler que chez les enfants de la ville.

Quant au traitement opératoire, il faut se rappeler que le siège de la lésion est exactement au niveau de l'articulation astragalo-scaphoïdienne. C'est donc là que doit porter l'intervention, or l'opération d'Hogtson que M. Kirmisson a introduite en France dès 1887 remplit exactement ce but et, dans un certain nombre de cas M. Kirmisson en a obtenu les meilleurs résultats. Il s'applique donc à disculper cette opération du reproche injuste que lui a adressé M. Duval, c'est cette opération qui permet le mieux de rétablir la voûte plantaire.

On sait qu'elle consiste essentiellement à tailler une tranche oblique en forme de coin et à corriger ainsi le valgus et à reconstituer la voûte plantaire. M. Kirmisson montre des moules où l'on peut constater que le pied est dans une bonne position et dans une bonne direction. Cette opération, selon lui, donne de meilleurs résultats que la tarsectomie complète préconisée par M. Duval.

M. Broca partage complètement l'opinion de M. Kirmisson. Il reconnaît que les moulages présentés par lui sont supérieurs à ceux qu'a présentés M. Duval; dans certains cas, à l'opération d'Hogtson, M. Broca ajoute une arthrodèse sous-astragalienne complémentaire.

Anesthésie par injections intrafessières d'éther. — M. Broca communique une nouvelle observation de M. Darbault dans laquelle 80 centimètres cubes d'éther injectés dans les fesses ont déterminé de l'ivresse sans anesthésie.

M. Delorme fait justement observer que, ivresse pour ivresse, autant vaudrait revenir à un siècle en arrière et imiter la conduite de Percy qui ayant à réduire une luxation de l'épaule fit prendre à son malade une bonne bouteille de Bourgogne.

Invagination chronique du gros intestin. — M. Lafourcade (de Bayonne) rapporte l'observation d'un malade qui portait une énorme tumeur abdominale sous-ombilicale; il avait des crises très douloureuses, de la diarrhée et avait perdu 19 kilogs en deux mois et demi. M. Lafourcade crut à de la tuberculose, fit la laparotomie et trouva une invagination chronique du gros intestin. Il réséqua la partie engainée de l'intestin et fit une suture termino-latérale de l'iléon au côlon transverse. Le malade a guéri.

Cancer primitif de l'appendice. — M. Schwartz communique un cas de cancer primitif de l'appendice. C'est le premier qu'il observe. L'appendice blanchâtre, épais, court avait l'aspect d'un rat de cave. Il s'agissait d'une femme de cinquante-deux ans qui avait présenté tous les signes d'une appendicite, avec fièvre et vomissements. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un cancer. La malade est actuellement bien guérie.

M. Thiéry pense que le cancer de l'appendice n'est pas extrêmement rare. On a même cité des cas de cancer de l'appendice hernié. M. Thiéry a opéré un phlegmon péri-appendiculaire qui avait bien guéri. Quelques semaines après, la malade est devenue jaune et conservait encore une fistule. M. Thiéry pensa qu'il avait pu rester une compresse dans le ventre. Il rouvrit et se trouva en présence d'une cavité énorme, l'ancienne cavité de l'abcès qui était parsemée de végétations cancéreuses.

M. Lejars a publié un premier cas de cancer de l'appendice qui s'est terminé par une récidive et une généralisation suivie de mort. Il avait été frappé, comme M. Schwartz, de l'aspect de l'appendice qui ressemblait à un rat de cave. Dans un second cas où l'appendice présentait le même aspect, l'examen a montré qu'il s'agissait également d'un cancer. Il n'y a pas eu, jusqu'ici, de récidive. Il s'agit là de formes suspectes d'appendicite et, malgré l'examen histologique, il n'est pas bien démontré que tous ces cas soient du vrai cancer.

M. Potherat rappelle avoir communiqué un cas de cancer de l'appendice dans lequel la mort est survenue après trois ans.

Hépatite diffuse. — M. Faure le 13 janvier 1911 a été appelé à voir une malade qui présentait les signes d'une hépatite diffuse, cette malade avait été opérée par M. Dartigues d'un fibrome utérin dont elle avait bien guéri après un hématome du ligament large, après avoir eu de la température et un écoulement vaginal purulent. M. Faure fit dans le foie plusieurs ponctions qui amenèrent du pus. L'état général s'aggravant, croyant avoir affaire à un abcès du foie, il fit une large incision intercostale, incisa le diaphragme et alla à la recherche de l'abcès. Il fit une dilacération considérable du foie, trouva quelques foyers purulents disséminés; il draina. Contre toute attente, cette malade guérit après une phlébite de la jambe gauche.

Quelle est l'origine de cette hépatite? Cette malade ayant été en Cochinchine, on peut trouver là l'origine de cette hépatite diffuse.

M. Tuffier cite plusieurs cas dans lesquels la laparotomie lui ayant montré qu'il s'agissait d'hépatite suppurée, il se contenta de refermer le ventre et les malades guérirent.

M. Routier croit que dans le cas de M. Faure la cause de l'hépatite a été l'infection consécutive à l'hystérectomie abdominale.

M. Robert signale les bons effets des ponctions dans ces cas.

M. Walther cite un cas où croyant avoir affaire à un abcès du foie il trouva des abcès miliaires, il draina et la mort survint quarante-huit heures après. Dans un autre cas que M. Walther vit avec Hanot la guérison fut obtenue par ce même drainage.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 4 juillet 1912, consacrée a l'anatomie pathologique)

Sur les lésions de la maladie de Friedreich. — M. Thomas. Ce sont, dans le cas actuel, celles qu'on rencontre d'ordinaire, mais M. Thomas fait les remarques suivantes : c'est surtout la périphérie des neurones qui est atteinte ainsi; la pyramide, très atteinte dans la moelle, est remarquablement saine plus haut. Les fibres paraissent surtout atteintes dans leur vitalité; enfin, les lésions cérébelleuses méritent d'attirer davantage l'attention et seraient probablement plus fréquentes si on les cherchait avec plus de soin.

Un cas de syringomyélie. — M. Quercy. Le tableau clinique était celui de la maladie de Morvan avec disparition des doigts. A l'autopsie, cavité syringomyélique présentant une membrane papillaire qui se continue directement avec les méninges et est soulevée par de nombreux vaisseaux sanguins semblant jouer un rôle considérable dans la genèse de la cavité; ils sont oblitérés en de nombreux points au voisinage desquels on voit de nombreuses hémorragies. Enfin, on eut la surprise de trouver des fibres musculaires striées en différents points du gliome, du névraxe et des racines. — M. Lhermitte objecte à la théorie vasculaire qu'il faut tenir compte du gliome dont la fonte n'est pas négligeable, ainsi que des dilatations des gaines lymphatiques périvasculaires. Les lésions vasculaires se trouvent dans d'autres lésions telles que l'état varioliforme, par exemple.

Trois cas de pachyméningite cervicale hypertrophique. — M. Tinel. Le premier, publié cliniquement en 1909, concerne un fait de pachyméningite syphilitique avec gommes et signes de compression médullaire. Au-dessous de la pachyméningite existe une radiculite similaire, la moelle n'est pas dégénérée, les racines le sont seulement dans leur traversée des lésions méningées.

Les deux autres cas sont de nature tuberculeuse avec démyélinisation périphérique notable de la moelle.

Radiculite aiguë syphilitique. Myélite aiguë transverse. — M. Tinel. Cliniquement, il y avait eu paraplégie assez brusque des membres inférieurs avec anesthésie et troubles sphinctériens, syndrome de coagulation massive et xantochromie du liquide céphalo-rachidien. Anatomiquement myélite avec grosse pachyméningite contenant des gommes, grosses lésions de radiculite avec démyélinisation massive de certaines racines, d'autres étant complètement respectées.

Pseudo-kyste colloïde par cysticerque ventriculaire. — M. Foix. La région pariétale postérieure présente un gros amas de substance analogue à la colloïde, situé en pleine substance cérébrale et bordé par une paroi conjonctive avec autour des vaisseaux gaine d'éléments embryonnaires, grosse épendymite à macrophages et cellules géantes. Enfin, dans l'épendyme existe un cysticerque à plusieurs têtes très nettes, fait qui n'appartient pas au cysticerque de l'homme, unicéphale d'ordinaire.

Hémiplégie cérébelleuse syphilitique. — M. Foix. La syphilis est affirmée par la réaction de Wassermann, la lymphocytose céphalo-rachidienne. Dans un cas, il y avait avec le signe de Babinski une asynergie cérébelleuse homolatérale et une paralysie transitoire de la septième paire. Anatomiquement, petites lésions réparties sur les voies cérébelleuses et pyramidales avec intégrité du noyau rouge. Un deuxième fait concerne une hémiasynergie cérébelleuse par lésion destructive du pédoncule cérébelleux moyen; l'existence d'une paroi inflammatoire autour du foyer explique la marche progressive des accidents. Pas de Babinski. — M. Thomas s'élève contre le terme d'hémiplégie cérébelleuse appliqué à des faits où la voie pyramidale est atteinte.

Lésion du cone terminal. — MM. Jumentié et Valensi. Il s'agit d'un cas de grosses dilatations variqueuses des veines postérieures de la moelle. Depuis quatre ans le patient souffrait de douleurs, de paraplégie et de claudication inter-

s membres. Puis, deux ans plus tard, les réflexes ores inférieurs étaient disparus avec paraplégie phique et troubles de la sensibilité. On trouva une e transverse de la septième dorsale avec dégénérations idantes, et au-dessous des lésions limitées de la substance se lombo sacrée avec dégénérescence radiculaire dans le omaine de deux racines seulement.

FORMULAIRE

CONTRE LES VOMISSEMENTS DES NOURRISSONS ET LA DIARRHÉE INFANTILE

Les premiers jours donner du « Képhir Salières » coupé d'eau de Vals par moitié pour arriver à le donner pur soit au biberon, soit au verre, à la dose d'un flacon par jour.

Il est rare qu'au bout d'une semaine les vomissements et la diarrhée n'aient pas disparu.

CONGRÈS

XXVe CONGRÈS DE CHIRURGIE (Paris, 7-12 octobre 1912). — Le XXVe Congrès de l'Association française de chirurgie s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 7 octobre 1912, sous la présidence de M. le médecin inspecteur général E. Delorme, président du Comité technique de santé, membre de l'Académie de médecine.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

1° « Diagnostic et traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. » [Rapporteurs : MM. Guisez (de Paris) et Moure (de Bordeaux)].

2° « Des indications cliniques fournies par la radiologie dans les affections chirurgicales de l'estomac. » [Rapporteurs : MM. Béclère (de Paris) et Mériel (de Toulouse)].

3° « La coxa vara; ses rapports avec les fractures et les décollements épiphysaires de l'extrémité supérieure du fémur. » [Rapporteurs : MM Kirmisson (de Paris) et Frœlich (de Nancy)].

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 31 juillet, le titre et les conclusions de leurs communications à M. le docteur Walther, secrétaire général, rue de Bellechasse, 68, à Paris.

Des salles particulières seront mises à la disposition de MM. les membres de l'Association pour l'exposition des documents divers, pièces anatomiques, photographies, dessins, schéma, etc., relatifs à leurs communications ou à la discussion des questions mises à l'ordre du jour.

Pendant la durée du Congrès, une exposition d'instruments de chirurgie, d'objets de pansement, d'électricité médicale, etc., sera installée dans le grand vestibule de la Faculté de médecine.

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser au secrétaire général, M. le docteur Walther, 68, rue de Bellechasse.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — Par décret, en date du 29 juin 1912, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de première classe de réserve et de l'armée territoriale Bercher, Orlou, Briot, Masson, Le Marchand, Medieux, Bonnery, Peugniez, Roland et Durand-Fardel.

Au grade de médecin-major de première classe de réserve. — M. le médecin-major de deuxième classe de réserve Collet.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de réserve et de l'armée territoriale Giberton-Dubreuil, Lacaze-Dori, Leflaive, Dausse, Augis, Brisson, Breynaert, Ledé, Fournial, Brullard, Porquet, Voituriez, Désir de Fortunet, Fage, Loppé, Fayol, Blondel, Laurent, Leconte, Truchy, Cavle, Roche, Herr, Auché, Lacoste, Benoit, Thiéry, Brodier, Braquehaye, Décamps et Cochez.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de première classe de réserve Ficatier, Audouin, Berry, Mari, Schieffer, Jay, Cogrel, Bourgain, Pinault, Boué, Armbruster, Barthélémy, Hémery, Senlecq, Galliot, Rouanet, Enard, Roux et Leroux.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Buret, Mugnier-Motta, Thorion, Mathieu, Rodier, Maurin, Carrière, Tournant, Frémin, Magnol, Sélignac, Duvivier, Sacaze, Camus, Payrau, Chapotot, Arnaud, Debrabant, Camus (C.), Lepetit, Pertat, Sonrel, Aupérin, Boudry, Lacombe, Leray, Voirin, Gigon, Béal, Larroussinie, Barbellion, Lestunf, Kortz, Souesme, Carra, Dangers, Dupret, Kaminski, Chevereau, Engelhardt, Brindel, Soula, Dietz, Guillemaud, Roux, Haslé, Guillaumont, Darquier, Lestra, Deronde, Ysambert, Demanté, Bonnus, Rudaux, Mouchet, Gourdet, Guérin-Valmale, Dupretz, Dunis, Bellouard, Lapointe, André, Bron, Miquet, Molle, Reynes, Lapicque, Vandermeersch, Maleterre, Grosmaire, Huguenin, Férary, Dreyfus, Delage et Baudouin.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Poinsot, Marchand, Poissonnier, Jumelais, Chardon, Santiard, Richard, Gérard, Lardillon, Bachman, Laborie, Quedec, Pagès, Lafage, Richard, Doin, Bignat, Vallette, Brabant, Reubsaet, Royer, Beun, Barrère, Oudot, Lemerle, Neuillès, Thomas de la Pintière, Sordoillet, Maillard, Arcelin, Merson, Royet, Bricout, Faidherbe, Dumont, Lozé, Masseret, Rambaud, Berny, Boismoreau, Gascoin, Dehon, Gosselin, Bourée, Jandot dit Danjou, Vachez, Hernette, Louvrier, Eschbach, Darboux, Thévenot, Roucayrol, Lassonnery, Castel, Maille, Izard, Streiff, Obellianne, Richard, Debroye, Arnaud, Pintaud-Dessallées, Sauvet, Dichamp, Guignon, Chouquet, Brevet, Delobel, Decroo, Desnier, Derrien, Siguret, Artigues, Pérignat, Lefèvre, Gardiol, Esquirol, Levesi, Schaepelynck et Leclercq.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Bacaresse, Blanchereau, Berthelot, Lélu, Bidou, Liabot, Vion, Abt, Landaud, Clerc, Pujo, Maillon, Carette, Quinsac, Martre, Le Fort, Durand, Lemaire, Joussemet, Giraudet, Crouzet, Varnière, Pagniez, Duponnois, Roque, Courchet, Bousquet, Bertrand, Blondin, Netter, Bertrand (A.-L.), Dubuche, Le Meur, Beis, Guille-Desbuttes, Olivier, Alayrac, Mombet, Mahoudeau, Desourteaux, Rubinrot, Grand-Clément, Drain, Pozersky, Vésignié, Signeux et Péricat.

COURS DE VACANCES DE M. CALOT, du 5 au 11 août 1912, à l'Institut orthopédique de Berck (sixième année). — En sept jours, de huit heures du matin à sept heures du soir, enseignement de l'*orthopédie* indispensable aux médecins et du traitement des *tuberculoses externes*, coxalgie, mal de Pott, tumeurs blanches, luxation congénitale de la hanche, déviations, maladies des os et des articulations, etc. Neuf conférences avec leçons, présentation de malades, démonstrations d'exercices pratiques *individuels*.

Sont admis les médecins et étudiants français et étrangers.

Chaque élève inscrit sera exercé individuellement à la technique des appareils et des ponctions et injections, et aussi, dans la mesure du possible, aux diverses opérations.

Pour l'inscription, les renseignements et le mode d'installation à Berck, s'adresser dès maintenant au docteur Fouchet, chirurgien assistant de l'Institut orthopédique, à Berck-Plage (Pas-de-Calais).

Droits à verser : 100 francs pour les leçons, démonstrations et exercices pratiques.

Le nombre des places étant limité, on est prié de s'inscrire à l'avance.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17

N° 83. — MARDI 23 JUILLET 1912 85e ANNÉE. MARDI 23 JUILLET 1912. — N° 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 19 juillet. — MM. Bazy, 18; Barbier, 15; Mocquot, 19; Muret, 15; Gasne, 12.

La note de M. Mathieu est revisée et portée à 16.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Par arrêté ministériel, en date du 20 juillet 1912, l'article 6 du statut du 16 novembre 1874 sur l'agrégation des facultés, modifié par l'arrêté du 21 juillet 1909 en ce qui concerne l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, est rédigé ainsi qu'il suit :

« Art. 6. — Les juges des concours d'agrégation sont tirés au sort parmi les professeurs titulaires et les professeurs adjoints des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie suivant les dispositions déterminées par l'arrêté du 25 mars 1910.

Tout professeur titulaire ou tout professeur adjoint des facultés de médecine et facultés mixtes de médecine et de pharmacie qui n'est pas désigné par le titre de son enseignement pour faire partie des jurys des concours d'agrégation des facultés de médecine, peut être appelé à siéger dans les jurys où l'ordre d'agrégation auquel il appartient se trouve représenté.

Aucune faculté ne peut être représentée dans un jury par plus de deux membres lorsque le jury comprend cinq juges, par plus de trois membres lorsqu'il en comprend neuf. »

— Par arrêté du même jour, le tableau annexé à l'arrêté du 21 juillet 1909 susvisé et fixant la constitution des jurys des diverses sections de l'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie est modifié ainsi qu'il suit en ce qui concerne la section de matière médicale et pharmacodynamie.

Section de matière médicale et pharmacodynamie. — Cinq juges :

Trois professeurs de pharmacologie;

Un professeur de chimie;

Un professeur de thérapeutique, de pathologie et thérapeutique générales ou de matière médicale.

— Lyon. — Le concours pour une place de chef de clinique chirurgicale (clinique du professeur Poncet) s'est terminé par la nomination de M. le docteur H. Alamartine, prosecteur à la Faculté de médecine.

— Le concours pour une place de chef de clinique des maladies mentales s'est terminé par la nomination de M. le docteur A. Courjon. Le jury a demandé la nomination de M. le docteur Giraud comme chef de clinique adjoint.

— Le concours pour une place de chef de clinique chirurgicale (clinique du professeur Jaboulay) s'est terminé par la nomination du docteur André Chalier, comme chef de clinique, et du docteur P. Bonnet, comme chef de clinique adjoint.

VOYAGES D'ÉTUDES. — La neuvième mission d'études de l'Association internationale de perfectionnement scientifique, patronnée par le gouvernement français, s'accomplira selon l'itinéraire quotidien suivant :

6 août : Besançon, concentration. — 7 et 8 août : Salzburg. — 9 août : Adelsberg (le matin). — 9 et 10 août : Agram. — 11 août : Descente du Danube. — 12 et 13 août : Bucarest. — 14, 15, 16, 17 août : Constantinople. — 18 août : Passage par Andrinople et Philippopoli. — 19 et 20 août : Sofia. — 21 et 22 août : Belgrade. — 23 août : Passage par Fiume. — 24 août : Abbazia. — 25 août : Trieste. — 26 août : Venise. — 27 août : Aix-les-Bains, dislocation.

Le prix de revient du voyage entier, tous frais compris (hôtels de premier ordre, nourriture : 3 repas par jour, excursions, transports, billets de chemin de fer et de paquebots, pourboires, etc.), a pu en raison des réductions consenties en faveur de l'association être arrêté à la somme globale et à forfait de 990 francs par personne.

Toutes les compagnies de chemins de fer français ont accordé 50 p. 100 de réduction pour se rendre de sa résidence à la frontière-concentration et revenir de la frontière-dislocation à sa résidence.

Le programme détaillé et les conditions d'admission et d'inscription se trouvent dans le numéro de juin de la revue de l'association (envoi franco recommandé contre 0 fr. 60).

Pour tous renseignements, écrire ou s'adresser le mercredi et le samedi de trois à quatre heures au siège de l'A. P. M., 12, rue François-Millet, Paris XVIe.

Dernier délai pour l'admission : 25 juillet.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la vingt-huitième semaine, 878 décès, au lieu de 838 pendant la semaine précédente et au lieu de 832, moyenne ordinaire de la saison. La diarrhée infantile est la seule cause de cette légère augmentation du nombre des décès (62 décès de 0 à 1 an au lieu de 23 la semaine précédente).

LUXATION DU TESTICULE
CONSÉCUTIVE A UN TRAUMATISME

PAR MM.

L. POISSON, et Henri LERAT,

Professeur de clinique chirurgicale Chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Nantes.

Il nous a été donné d'observer un cas de luxation abdomino-crurale du testicule consécutive à un traumatisme.

Cette affection est rare, plus rare encore que la migration aberrante sous-cutanée abdominale ou crurale, pourtant peu fréquente elle-même.

Aussi nous a-t-il semblé intéressant d'en rapporter l'histoire.

H..., cultivateur, âgé de dix-huit ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes, salle 7, le 11 décembre 1911, pour se faire opérer.

Quand on l'examine, on constate chez lui l'absence dans le scrotum du testicule gauche.

L'hémiscrotum correspondant dans lequel devrait se trouver le testicule présente néanmoins un développement à peu près normal.

En avant de l'arcade de Fallope, en un point situé à égale distance des vaisseaux fémoraux et de l'épine iliaque, on sent une petite tumeur du volume d'une noix, régulière, très légèrement mobile, peu douloureuse à la palpation qui donne nettement l'impression d'être le testicule en situation anormale.

On ne constate pas de hernie inguinale.

Le canal semble normal.

Le testicule du côté opposé est dans le scrotum. Son volume est normal.

Le malade est plutôt grand et bien constitué, sans être extrêmement vigoureux.

Il raconte qu'à l'âge de dix ans il reçut, en jouant avec des camarades, un violent coup de pied dans les bourses.

La douleur fut très forte, et le malade rapporte qu'instinctivement, pour l'atténuer, il se courba, se pliant presque en deux, et avec ses mains exerça une forte pression sur la région traumatisée.

Quelques instants après, il se déshabilla et constata que le testicule gauche n'était plus dans le scrotum où il avait siégé jusqu'à ce moment.

Il sentit par contre, dans le pli de l'aine, une petite tumeur douloureuse.

Le malade, continuant à souffrir, s'alita pendant quelques jours. Puis les phénomènes douloureux cessèrent, et le malade se remit à vaquer à ses occupations.

Pendant sept années il éprouva plutôt une gêne légère qu'une véritable souffrance.

Cependant, de temps à autre, à la suite d'une marche un peu prolongée ou d'une journée fatigante, le testicule ectopié était le siège d'une poussée congestive. Il se tuméfiait, atteignant presque le volume d'un œuf de poule et devenait alors douloureux.

Enfin le malade raconte en outre avoir reçu un coup de couteau dans l'aine gauche il y a trois mois.

Depuis cette époque le testicule se tuméfierait plus fréquemment et plus facilement.

Les parents du malade interrogés confirment cette histoire.

Ils rapportent que l'enfant venu à terme était bien conformé, qu'il n'a jamais été malade et que, avant l'accident qu'il eut à l'âge de dix ans, les deux testicules étaient dans le scrotum.

Ajoutons que le malade étant à peu près fixé sur la nature de son affection et ne croyant pas, avec raison, avoir de hernie, n'a jamais porté de bandage.

L'intervention est décidée. Elle a lieu le 13 décembre 1911.

Incision longue de 10 centimètres, légèrement oblique, rejoignant par son extrémité inférieure la naissance des bourses.

Après avoir incisé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané on trouve le testicule gauche placé obliquement de dedans en dehors au-devant de l'arcade crurale en dehors des vaisseaux dans une sorte de petite logette située immédiatement sous la peau.

Cette logette est creusée pour ainsi dire dans le tissu cellulaire qui s'est comme tassé, au contact de la glande et qui présente un aspect humide et luisant affectant presque l'aspect d'une séreuse.

Ce testicule est plus petit et plus flasque qu'un testicule normal.

La mobilisation du testicule est des plus faciles car on ne trouve pas trace de cordon fibreux représentant le gubernaculum. Il n'existe pas le moindre tractus et le testicule est parfaitement libre dans la petite loge qu'il s'est créée.

Par contre, de l'orifice externe du canal inguinal et de la face superficielle des deux piliers externes, partent de petits filaments cellulo-fibreux qui vont se jeter en s'éparpillant sur le cordon un peu replié sur lui-même.

Ces filaments se laissent facilement dilacérer à la sonde cannelée.

A la suite de cette libération du cordon, le testicule se laisse aisément placer dans la bourse gauche préparée d'un coup d'index.

Cette bourse gauche est du reste à peine occupée par du tissu cellulaire de faible consistance. L'entrée n'en est pas obstruée.

Fixation du testicule par un point de catgut au fond de la bourse.

Funiculopexie.

Au dixième jour les fils sont enlevés.

Réunion par première intention.

A ce moment on aperçoit l'hémiscrotum gauche un peu remonté, il a suivi la légère ascension testiculaire.

Ce testicule est en effet situé alors à la naissance de la bourse gauche.

Le malade est revu un mois après l'opération.

Le testicule n'est pas complètement descendu, il est cependant situé un peu plus bas que lorsque le malade est sorti de l'hôpital.

Le malade n'éprouve plus aucune douleur.

En présence de ce cas, on devait, tout d'abord, éloigner l'idée d'une ectopie acquise ou ectopie en retour.

Il y a ectopie, en effet, lorsque le testicule est refoulé par un traumatisme dans un des points où se rencontre la glande en état de migration incomplète.

Ce refoulement du testicule peut succéder à une contraction violente du crémaster, soit au moment du coït (observation de Kocher), soit à l'occasion d'un violent effort (observation de Terrillon) ou d'un traumatisme.

Dans un cas de Schenkins la glande avait été refoulée dans le canal inguinal par une chute sur le pommeau d'une selle. Cette ectopie en retour a été observée en outre par Godard qui en a rapporté sept observations, par Hamilton et par Salmuth.

Les deux cas cités par Schenkins et Salmuth se sont du reste terminés par la mort.

Cette ectopie en retour semble surtout survenir chez des enfants dont la migration testiculaire n'est pas complète et qui présentent un canal vagino-péritonéal perméable.

On comprend qu'il est facile à un testicule mal fixé de remonter le conduit vagino-péritonéal ouvert et libre. D'après Foville (Th. de Paris, 1858) il faudrait également faire jouer un rôle assez important à la puissance anormale des vaisseaux crémastériens.

Mais dans le cas que nous rapportons il ne pouvait aucunement s'agir de cette ectopie en retour, car la glande était située dans un point éloigné de son trajet de descente normale.

Par contre, on pouvait se demander si l'on avait affaire à une simple *ectopie irrégulière par migration aberrante* ou à une *véritable luxation du testicule* (celui-ci ayant été chassé de sa loge par le traumatisme).

La variété d'ectopie irrégulière à laquelle on pouvait songer ici était l'ectopie abdomino-interstitielle des classiques dénommée par Souligoux (1) ectopie sous-cutanée, et par Villard (2) ectopie extrapariétale, et que Petit de la Villéon (3) propose de désigner d'une façon plus précise sous le nom d'ectopie sous-cutanée abdominale.

Dans cette variété d'ectopie, comme le dit ce dernier auteur, « le testicule, après avoir effectué correctement et normalement la traversée inguinale prend une voie détournée à la sortie de l'anneau inguinal externe et finit dans la nappe de tissu cellulo-adipeux qui s'interpose entre la couche musculo-aponévrotique et la peau ».

Cette variété d'ectopie est peu fréquente, du reste, comparativement aux autres variétés d'ectopie aberrante, car si d'après la statistique de Wenniberger, déjà vieille de quelques années, il est vrai, citée par Villard, on trouve une douzaine d'observations d'ectopie crurale profonde et environ 74 faits d'ectopie périnéale on ne trouve guère que 4 cas d'ectopie sous-cutanée abdominale.

Ce sont ceux de Marotte, de Salzmann, de Grüber, de Delore et Leriche.

A ces quatre cas il faut en ajouter un cinquième rapporté par Petit de la Villéon.

Nous n'exposerons pas ici le mécanisme de la descente normale du testicule décrit longuement dans tous les classiques et repris par Villard et Souligoux.

Nous rappellerons brièvement que pour expliquer ces ectopies irrégulières aberrantes on a invoqué :

1° *Des causes anatomiques :* telles que dimensions restreintes de l'hémiscrotum, obstruction de la bourse correspondante (Jalaguier a trouvé dans un cas les deux bourses fermées par une membrane fibreuse).

Brièveté congénitale des éléments du cordon.

2° *Des causes mécaniques :* parmi celles-ci on sait quelle importance avait assignée Godard à un vice gubernaculaire (absence, paralysie ou insertion anormale).

Cette importance découlait tout naturellement du rôle que cet auteur faisait jouer dans la migration testiculaire au gubernaculum testis de Hunter.

La description de ce gubernaculum divisé en trois faisceaux et l'exposé du mécanisme de la descente du testicule étaient restés classiques depuis lui.

D'après cette théorie, les ectopies aberrantes seraient dues à des insertions anormales du faisceau moyen du gubernaculum qui devraient conduire la glande vers le fond du scrotum (son point d'attache normal).

Cependant cette théorie qui fait jouer un rôle si important au gubernaculum est singulièrement battue en brèche.

Et Sébileau notamment se demande « comment tant de gens ont osé décrire après Godard, avec tant de précision et d'une manière si limpide, la disposition du gubernaculum ».

D'après lui « on peut tenir pour simples vues de l'esprit tout ce qui a été écrit sur les faisceaux périphériques du gubernaculum ». Et cet auteur ajoute « que le rôle de ce gubernaculum serait épuisé quand il a conduit le testicule à l'entrée du canal inguinal ».

Parmi les causes mécaniques de l'ectopie aberrante on a signalé, avec quelque raison semble-t-il, l'influence dans certains cas d'un bandage herniaire qui, comprimant le testicule à sa sortie du canal inguinal et barrant la voie qui le conduirait vers le scrotum, le force à dévier et à aller se fixer secondairement dans un point plus ou moins éloigné (observation de Salzmann, *Würt. Corresp. Blatt.*, 1864).

Nous avons la conviction qu'aucune de ces causes d'ectopie aberrante ne saurait être invoquée dans notre cas.

Notre malade n'a jamais porté de bandage.

L'hémiscrotum du côté correspondant semblait à peu près de dimension normale.

La bourse gauche, quoique vide, ne nous parut pas au cours de l'opération être obstruée, et le tissu cellulaire très lâche qui la remplissait fut très facile à repousser.

Le cordon n'était pas d'une brièveté très marquée, et nous inclinons à croire que les très minces filaments qui l'unissaient lâchement aux piliers du canal étaient de formation secondaire.

Quant au gubernaculum, nous n'en avons pas trouvé trace, et il semble que notre cas démontre bien son inconstance.

Nous ne croyons donc pas avoir été en présence d'une ectopie aberrante non plus que d'une ectopie par issue anormale du testicule à travers une éraillure des muscles abdominaux qui semblaient parfaitement normaux.

Et étant donnés le récit du malade, confirmé par les parents, la notion très nette d'un traumatisme violent et les dispositions anatomiques que nous avons constatées au cours de l'opération, il nous semble que nous pouvons conclure à une véritable luxation traumatique du testicule, et cela d'autant

(1) Rapport de Souligoux sur l'ectopie testiculaire, *XIXe Congrès de chir.*, 1906, p. 636.

(2) Rapport de Villard. *Id.*, p. 578.

(3) Petit de la Villéon. Sur une variété exceptionnelle d'ectopie testiculaire sous-abdominale, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 17 janv. 1909.

plus que notre observation paraît se rapprocher des trois observations connues.

La luxation a eu, en effet, pour cause dans ces trois observations un traumatisme violent.

Celle de Hess [de Huster] (1) est très démonstrative à cet égard :

« Un artilleur est renversé par terre sur le ventre, le sabre entre les jambes. Dans cette position, une roue lui passe sur le corps en touchant d'abord la jambe gauche.

Le premier chirurgien qui le vit aperçut sous la peau de la cuisse droite une petite tumeur qu'il prit pour un hématome. Hess, le troisième jour après l'accident, constata que les bourses étaient vides à droite, tandis qu'à la face interne de la cuisse droite, à deux pouces et demi environ au-dessous du pli crural, il se trouvait une tumeur très douloureuse aux moindres attouchements, du volume d'une amande, facile à refouler en haut.

Vu l'extrême sensibilité des parties, on différa jusqu'au lendemain la réduction qui s'opéra assez facilement. La guérison survint sans aucun accident.

Tout d'abord le testicule ne descendit pas jusqu'au fond du scrotum. Il y arriva après trois mois. »

Le second cas est de Bruns [de Tubingen] (2) :

« Un homme est renversé par une voiture. Au bout de quatre semaines, le sac scrotal est vide et la glande se trouve sous la peau du pubis, au-dessus de la racine de la verge. La réduction ne fut pas possible. D'ailleurs le malade ne paraissait pas souffrir de ce déplacement. »

Une troisième observation très laconique de J. Wolfrin est citée par Godard :

« Un homme, âgé de soixante-six ans, eut les testicules repoussés jusqu'à l'os pubis par un coup violent. »

Bien que le traumatisme qui a joué un rôle non douteux dans notre cas soit signalé dans les autres observations, nous croyons cependant qu'il existe des causes prédisposantes importantes. Et parmi elles il semble qu'on doit signaler surtout l'insuffisance de fixation au fond du scrotum.

Et E. Schwartz (in Le Dentu et Delbet) a signalé des cas « de refoulement ou de rétraction brusque d'un testicule régulièrement descendu dans les bourses. »

Sebileau a désigné ces testicules mal fixés sous le nom de « testicules flottants ».

Et suivant la comparaison classique et pittoresque de Nicoladini :

« Le testicule, ainsi privé de ses moyens de fixité et excessivement mobile, serait comme un fruit supporté par son pédicule et exposé aux intempéries des saisons. »

A cette insuffisance de fixation testiculaire on doit ajouter le développement exagéré dans certains cas des faisceaux du crémaster.

Et de Fayole (3) a même avancé que le premier acte de l'accident consistait vraisemblablement dans la contraction du crémaster qui fixe le testicule à l'entrée du canal inguinal. C'est alors que le choc intervient agissant pour le refouler dans ce canal.

Et on comprend que lorsque le canal n'est pas perméable comme chez notre malade le testicule refoulé par le traumatisme aille se fixer aux environs et plus ou moins loin de l'orifice externe sous la peau réalisant ainsi une véritable luxation.

Nous n'insisterons pas sur les indications opératoires.

Notre malade souffrait et demandait lui-même l'intervention.

Les résultats immédiats de cette intervention n'ont pas été aussi satisfaisants que ceux que donne l'orchidopexie par la méthode de Walther par exemple.

Mais étant donnée la facilité que nous avons eue à agrandir la cavité scrotale gauche déjà existante nous avons cru qu'il n'était pas indiqué de faire une opération plus complexe.

L'examen du malade pratiqué un mois après l'intervention semble du reste nous donner raison.

Le testicule était en effet déjà plus bas que lorsque nous avions enlevé les fils au dixième jour, et nous croyons que ce testicule, qui est maintenant dans la bonne voie et dont le cordon est solidement fixé, arrivera très probablement peu à peu au fond du scrotum.

(1) Hess. *Corresp. Blatt f. schweitzer Ærste*, 1er nov. 1874.
(2) Bruns. *Centralbl. f. Chir.*, 1885, p. 416.
(3) De Fayole. *Contribution à l'étude de l'ectopie testiculaire traumatique*, Th. de Montpellier, 31 juillet 1896.

MÉDECINE PRATIQUE

LES ANÉMIES ET LEUR TRAITEMENT

« Je suis convaincu, déclarait Trousseau, que la confusion dans le diagnostic des maladies qui ont pour élément commun l'anémie, fait chaque jour de nombreuses victimes (1). » L'anémie est, en effet, un « élément commun » à un grand nombre d'affections diverses ; pour le diagnostic, le pronostic et le traitement des anémies, on ne peut atteindre une certaine précision qu'en cherchant à pénétrer, pour chaque cas, la cause et la pathogénie de l'état anémique.

Mais ne soyons pas cependant trop curieux, car à vouloir approfondir cette pathogénie, nous risquerions fort de nous égarer dans des discussions de pathologie générale et d'aborder des problèmes très compliqués.

Dans un livre d'une haute portée biologique, Froin (2) a étudié la vie et les maladies du sang, il a indiqué les grandes lois de la physio-pathologie sanguine et classé les maladies du sang d'après les modifications dans l'adhésion des hémobiotines à l'antitoxine ; l'anémie pernicieuse est due à la diminution de l'adhésion de la toxine hématique à l'antitoxine, tandis que l'anémie pseudo-leucémique est caractérisée par une diminution de l'adhésion de la sensibilisatrice à l'antitoxine. Malgré leur grand intérêt, les travaux de Froin ne peuvent guère être utilisés, tout au moins à l'heure actuelle, pour une étude clinique des anémies. Il est préférable d'adopter une classification moins scientifique peut-être, mais plus pratique. Une des meilleures est celle de Ribierre (3) qui a donné récemment une bonne étude didactique des syndromes anémiques ou d'insuffisance hématique. Les syndromes anémiques sont des états caractérisés par la diminution de la teneur du sang en globules rouges et en hémoglobine (Dominici). Parmi les états anémiques, les uns sont caractérisés

(1) Trousseau. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, t. III, p. 533.
(2) Froin. *La vie et les maladies du sang*, G. Steinheil, 1911.
(3) Ribierre. Les maladies du sang. *Précis de pathologie interne* (Bibliothèque Gilbert et Fournier), J.-B. Baillière et fils, 1912.

surtout par la diminution du nombre des globules rouges, d'autres consistent essentiellement dans la pauvreté des hématies en hémoglobine ; aussi Ribierre distingue-t-il les anémies globulaires ou hypoglobulies, et les anémies hémoglobiniques ou chloro-anémies ; dans un chapitre spécial, à côté des états lymphadéniques, il décrit les anémies pseudoleucémiques.

Pour bien comprendre les *anémies globulaires*, il faut d'abord donner un aperçu général des réactions sanguines dans les états anémiques. Presque toujours, lorsque la diminution globulaire atteint un certain degré, on voit apparaître, dans le sang du malade, des modifications cytologiques qui traduisent une réaction de la moelle osseuse pour parer à l'insuffisance hématique ; l'anémie est dite alors *plastique* ; on trouve à l'examen du sang des globules rouges déformés (poïkilocytose), des globules rouges avec des noyaux (normoblastes et mégaloblastes) ou avec des granulations dans leur protoplasma, un plus grand nombre d'hématoblastes et des modifications de la formule leucocytaire (polynucléose, apparition de quelques myélocytes). Dans d'autres cas, le sang des anémiques ne présente aucune modification cytologique appréciable, tout au moins en ce qui concerne les globules rouges ; c'est l'*anémie aplastique,* très rare, mais d'un pronostic extrêmement grave. Entre les anémies plastiques et les anémies aplastiques, on a décrit les anémies *hypoplastiques* dans lesquelles la réaction hématopoïétique est faible et dans lesquelles à l'examen du sang, on ne trouve pas au complet les signes de réaction myéloïde. Cette division des anémies globulaires en anémies plastiques et aplastiques présente une très grande importance pour le pronostic ; mais la nature plastique ou aplastique d'une anémie ne pouvant être établie qu'après des examens de sang fréquemment répétés et nécessitant presque une compétence spéciale en hématologie, il faut encore chercher une autre classification clinique des anémies globulaires. Nous arrivons ainsi à la distinction des anémies symptomatiques et des anémies essentielles ; les premières sont attribuables à des influences morbides définies qui atteignent secondairement le sang et l'appareil hématopoïétique ; les secondes ne surviennent pas comme conséquence d'une maladie définie, elles apparaissent donc d'emblée avec des caractères cliniques que dominent les lésions hématiques. Ribierre fait remarquer très justement que cette classification est imparfaite, parce qu'il y a des faits de transition reliant les deux groupes d'états anémiques, et aussi parce qu'elle est basée en partie sur notre ignorance qui nous fait considérer comme essentielle ou protopathique une anémie dont la cause et la pathogénie nous échappent.

Les *anémies globulaires symptomatiques* s'observent avec une très grande fréquence. Elles comprennent d'abord le groupe important des anémies posthémorragiques, qui surviennent, les unes après une perte de sang abondante (hématémèse, hémoptysie, hémorragie obstétricale), les autres après des hémorragies peu abondantes mais répétées (épistaxis, flux hémorroïdaires). Certaines infections aiguës ont une influence anémiante très marquée, par exemple le rhumatisme articulaire aigu, la variole grave; toutes les autres maladies infectieuses peuvent s'accompagner d'une anémie habituellement modérée, parfois très grave. Les infections à rechutes et les infections chroniques déterminent presque toujours de l'anémie (paludisme, tuberculose, syphilis) ; il en est de même pour le cancer, et dans certains cancers du tube digestif, de l'estomac en particulier, le néoplasme étant inaccessible à l'exploration, ce qui domine la symptomatologie, c'est une anémie à type pernicieux. Parmi les intoxications exogènes, le saturnisme provoque une anémie, assez souvent considérable. Beaucoup de brightiques, d'ictériques sont aussi des anémiques. Il faut citer également les anémies dues à la présence de parasites intestinaux ; il en existe deux variétés, l'une due à l'ankylostome duodénal (anémie des mineurs, anémie des ouvriers des tunnels, anémie du Saint-Gothard), l'autre au bothriocephalus latus.

En général, ces diverses anémies globulaires symptomatiques sont assez modérées, ne se traduisant cliniquement que par un certain degré de décoloration des téguments et des muqueuses. Les symptômes fonctionnels sont la dyspnée d'effort, divers troubles nerveux provoqués par l'anémie encéphalique ; dans certains cas graves, peuvent apparaître des œdèmes, de la fièvre, ainsi que des hémorragies. A l'examen hématologique, on trouve une diminution plus ou moins marquée du chiffre des globules rouges et presque toujours les modifications sanguines qui caractérisent l'anémie plastique ou tout au moins hypoplastique. On ne compte que de très rares et pas toujours probantes observations d'anémies symptomatiques aplastiques (Ribierre). Les plus intenses parmi ces anémies sont les anémies bothriocéphaliques qui revêtent parfois le type pernicieux, avec évolution mortelle, entrecoupée ou non de rémissions. On ne doit pas oublier aussi que dans les cancers du tube digestif (estomac, intestin, cæcum), dans les infections aiguës (fièvre typhoïde) ou chroniques (tuberculose), l'anémie peut prendre les caractères de l'anémie pernicieuse.

Le type des *anémies globulaires essentielles* ou protopathiques est l'anémie pernicieuse de Biermer. Tout en reconnaissant que parfois l'anémie symptomatique d'une affection quelconque présente les mêmes symptômes cliniques et hématologiques, la même évolution que la maladie de Biermer, tout en admettant que l'anémie pernicieuse est un syndrome plutôt qu'une maladie, il n'en reste pas moins vrai qu'il subsiste à l'heure actuelle des *anémies pernicieuses cryptogénétiques* méritant une description spéciale (1). Le début de cette anémie pernicieuse est en général insidieux, souvent marqué par de la dyspnée, des palpitations ou des troubles digestifs ; mais bientôt l'état anémique attire l'attention. Quand l'affection est constituée, on observe des symptômes de déglobulisation (décoloration des téguments et des muqueuses, palpitations, souffles cardio-pulmonaires, quelquefois souffles jugulaires), des symptômes hémorragiques (pétéchies, hémorragies gingivales, épistaxis, parfois hématémèses, hémorragies rétiniennes) et enfin des symptômes digestifs (anorexie, vomissements et diarrhée).

A ces symptômes cardinaux peuvent s'ajouter des œdèmes, de la fièvre, une splénomégalie peu considérable ; on a observé aussi des accidents nerveux à type pseudo-tabétique ; un syndrome hémorragique à type de purpura grave ; de l'ictère hémolytique ; des signes atténués de néphrite (Ribierre).

On dit habituellement que l'anémie pernicieuse est progressive ; il en est ainsi dans un grand nombre de cas, mais Chauffard, Vaquez, Ménétrier ont publié des observations d'anémie pernicieuse avec rémissions plus ou moins prolongées ; Houlmann (2) a décrit dans sa thèse l'anémie pernicieuse à rechutes. Par conséquent, la durée d'une anémie pernicieuse est assez difficile à fixer avec précision; si le plus souvent, la maladie évolue vers la terminaison fatale en quelques mois, une année, elle peut aussi durer plusieurs années dans la forme à rechutes.

La formule sanguine de l'anémie pernicieuse montre toujours une déglobulisation considérable ; on trouve communément les chiffres de 800 000, 600 000 globules rouges par millimètre cube. Mais cet abaissement du chiffre des globules rouges n'a qu'une valeur très relative pour le pronostic. Il est plus important de noter la présence ou l'absence de réaction hématopoïétique. La plupart des anémies pernicieuses sont plastiques ou hypoplastiques ; quelques-unes seulement présentent le type aplastique.

L'étiologie et la pathogénie de l'anémie pernicieuse sont encore très obscures ; on sait seulement que cette affection est exceptionnelle chez l'enfant, qu'elle s'observe assez souvent chez les femmes ayant eu des grossesses répétées, suivies d'allaitement prolongé. On a aussi remarqué que l'anémie pernicieuse peut accompagner d'autres syndromes hématiques, le purpura hémorragique, l'hémophilie, les leucémies (Chauffard et Laederich, Weil et Clerc, Labbé et Laignel-Lavastine, Rivet). Certaines anémies à type pernicieux ont aussi des rapports avec les ictères hémolytiques (Chauffard).

Les *anémies hémoglobiniques* ou *chloro-anémies* sont caractérisées par un abaissement plus ou moins marqué du nombre des globules rouges, mais surtout par une forte diminution du taux de l'hémoglobine, de la valeur globulaire. Ici encore,

(1) Voir l'article de RIVET. Diagnostic et traitement des anémies à type pernicieux, *Bull. gén. de thérap.*, 8, 15 et 23 mars 1912.

(2) HOULMANN. *Anémie pernicieuse à rechutes. Evolution de l'anémie pernicieuse*, Th. de Paris, juillet 1908.

Ribierre admet la division en chlorose symptomatique et chlorose essentielle, en faisant toujours des réserves et en rappelant que certains auteurs, Marcel Labbé en particulier, enseignent que la chlorose est toujours symptomatique, le plus souvent sous la dépendance d'une tuberculose plus ou moins latente. Dans les deux groupes de faits, la formule hématologique est la même : diminution modérée du nombre des globules rouges, diminution considérable de la quantité d'hémoglobine.

Comme *chloro-anémies symptomatiques*, les plus fréquentes sont les chloro-anémies tuberculeuses, syphilitiques, dyspeptiques. On a signalé également des états chloro-anémiques dans le brightisme, dans le saturnisme chronique, dans l'intoxication oxycarbonée, à la suite d'hémorragies répétées. Pour ce qui est de la *chlorose essentielle*, les théories pathogéniques sont très nombreuses; mais il faut tenir compte de ce fait clinique capital que la chlorose survient à l'âge de la puberté chez la femme. « A considérer la chlorose comme une maladie du sang, on risque d'en rapetisser la conception, de n'envisager qu'une des faces du processus très général qui la constitue. La chlorose est un type morbide constitué par le concours de lésions et de symptômes très divers, type dont l'apparition est intimement liée à l'instauration de la puberté chez la femme. » [Hutinel et Bigart (1).] Il est inutile de rappeler les symptômes de la chlorose ; les descriptions récentes n'ont rien ajouté aux signes classiques ; on a seulement montré qu'il ne fallait s'arrêter au diagnostic de chlorose essentielle qu'après un examen très minutieux, la chlorose étant très souvent fonction de tuberculose (Landouzy, M. Labbé).

Les *anémies pseudo-leucémiques* présentent comme principaux symptômes : une splénomégalie de volume variable, une leucocytose modérée, une formule sanguine se rapprochant de celle des leucémies (le plus souvent de la leucémie myéloïde) mais avec prédominance très nette des hématies nucléées (Ribierre). Ce syndrome, étudié pour la première fois par von Jaksch, Luzet, s'observe surtout chez les enfants (anémie infantile pseudo-leucémique), dans les deux premières années ; il peut survenir à un âge plus avancé, et même exceptionnellement chez l'adulte. Le plus grand rôle étiologique revient au rachitisme, au paludisme, et surtout à la syphilis, au point que se pose la question de savoir si la syphilis n'est pas, dans nos climats, la cause unique de l'anémie infantile pseudo-leucémique (Hutinel et Bigart).

L'enfant atteint d'anémie pseudo-leucémique est d'une pâleur extrême, indolent et apathique; il a le plus souvent une fièvre légère, irrégulière. L'abdomen est volumineux ; on y perçoit une rate hypertrophiée, quelquefois énorme, dépassant l'ombilic; le foie déborde un peu les fausses côtes ; les ganglions, très souvent normaux, peuvent être modérément tuméfiés. A l'examen du sang, on constate : diminution du chiffre des globules rouges, beaucoup d'hématies nucléées, augmentation modérée du nombre des leucocytes, polynucléose, quelques myélocytes ; la lymphocytémie est plus rare. Le pronostic de l'anémie infantile pseudo-leucémique s'est amélioré depuis qu'on connaît la fréquence de son étiologie syphilitique, car le traitement mercuriel donne souvent de très heureux résultats. Mais il reste cependant un certain nombre de cas graves, dans lesquels la mort peut survenir soit par le progrès de l'anémie et le marasme, soit par des complications diverses (hémorragies, entérite, broncho-pneumonie).

A chaque forme clinique, à chaque variété étiologique des anémies il faut instituer évidemment un *traitement* approprié ; on peut cependant, sans entrer dans le détail de chaque cas, indiquer les principes généraux du traitement des syndromes anémiques.

Tout d'abord, une thérapeutique étiologique, aussi souvent que cela est possible, c'est-à-dire aussi souvent que l'on a trouvé la cause de l'anémie; enlever des hémorroïdes qui saignent, faire une hystérectomie si un fibrome utérin s'accompagne de métrorragies répétées, voilà le meilleur traitement de certains malades ; chez d'autres, ce sont des vers intestinaux dont il faut débarrasser l'intestin ; chez d'autres encore, particulièrement dans l'anémie infantile pseudo-leucémique, c'est la syphilis héréditaire qu'il faut rechercher, déceler et soigner. Par la thérapeutique symptomatique, on cherche à favoriser la régénération du sang, en fournissant à l'organisme les éléments qui lui font défaut et en stimulant l'activité des organes hématopoïétiques. Les prescriptions relatives à l'hygiène et au régime ne doivent jamais être négligées ; le repos sera conseillé, d'autant plus complet que l'anémie est plus intense ; Hayem a montré depuis longtemps déjà que le repos absolu au lit était indispensable pour le traitement de la chlorose. Avant Hayem « les jeunes filles chlorotiques étaient condamnées à prendre de l'exercice ; les marches, la gymnastique, les distractions leur étaient prescrites. On voyait ces malheureuses promener lamentablement leur visage de cire. Au contraire, il est indispensable d'obliger les malades au repos absolu » (Hutinel et Bigart). Le repos sera encore plus utile, s'il est pris à la campagne, au grand air ; le séjour au bord de la mer, les cures aux eaux chlorurées, arsenicales ou ferrugineuses peuvent aussi, dans certains cas, rendre de grands services. L'alimentation sera surveillée, adaptée à l'état de l'estomac et de l'intestin ; Tixier (1) a bien mis en lumière les rapports entre les fonctions digestives et l'hématopoïèse ; il existe, chez les enfants comme chez les adultes, des états anémiques qui dépendent exclusivement d'affections diverses du tube digestif ; dans les cas mêmes d'anémies reconnaissant d'autres causes, le tube digestif est rarement normal; en régularisant ses fonctions, on permet à la rénovation sanguine de s'effectuer plus facilement. Certains aliments contenant du fer à dose assez élevée seront recommandés (lait, œufs, lentilles, épinards), mais à la condition qu'ils soient bien digérés et assimilés; parfois la viande crue donne d'excellents résultats, chez les enfants, en particulier (Hutinel, Tixier). On conseillera aussi quelques pratiques d'hygiène générale : hydrothérapie, frictions sèches ou lotions alcoolisées pour aider au bon fonctionnement de la peau et stimuler tout l'organisme.

Les deux grands médicaments des états anémiques sont le fer et l'arsenic. Le *fer* augmente le nombre des globules rouges et leur valeur en hémoglobine ; il est donc bien le médicament fondamental du syndrome anémique, mais encore faut-il savoir que toutes les anémies ne se trouvent pas également bien de cette médication ; il en est où le remède est inutile ou nuisible; d'autres où son efficacité est surprenante (2). Le fer n'agit qu'à titre très secondaire dans les anémies dues à des parasites intestinaux ; il est d'ordinaire inutile dans les anémies d'origine rénale; il peut être dangereux dans les anémies d'origine stomacale, lorsqu'il s'agit par exemple d'un ulcère de l'estomac.

Il faut aussi faire attention à l'emploi du fer dans les anémies tuberculeuses et le réserver aux tuberculoses torpides, non fébriles, non compliquées d'hémoptysies, où les troubles digestifs sont très atténués (Huchard et Fiessinger). En dehors de ces exceptions, le fer doit constituer la base du traitement des états anémiques et chloro-anémiques ; on donnera de préférence le protoxalate de fer (20 à 40 centigrammes chez l'adulte ; 1 à 2 centigrammes par année d'âge chez l'enfant) ou le carbonate de fer aux mêmes doses. Les préparations ferrugineuses déterminant souvent de la constipation, il est bon de leur associer un laxatif, comme dans la formule suivante :

Protoxalate de fer...........	0gr10
Aloès pulvérisé	0gr025
Extrait de rhubarbe..........	0gr05

Pour une pilule. Une ou deux avant le repas (Huchard et Fiessinger).

Parmi les préparations ferrugineuses solubles, Huchard et Fiessinger préconisent la teinture de Bestucheff (perchlorure de fer associé à la liqueur d'Hoffmann).

Teinture de Bestucheff..............	20	grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères....	40	—
Hydrolat de cannelle................	200	—

Deux cuillerées à soupe par jour au moment des repas.

(1) Hutinel et Bigart. *Les Maladies des enfants*, t. II.

(1) Tixier. Th. de Paris, 1907.

(2) Huchard et Fiessinger. *La thérapeutique en vingt médicaments*, Paris, A. Maloine, 1911.

En cas d'intolérance gastrique, il faut recourir aux injections sous-cutanées de cacodylate de fer (0gr03 par centimètre cube), ou de citrate de fer, que l'on peut associer au manganèse et à la strychnine, comme dans la formule suivante indiquée par Oppenheim (1) :

Citrate de fer et de manganèse......	0gr04
Arséniate de strychnine............	0gr002
Glycérophosphate de soude.........	0gr10
Chlorure de sodium................	0gr04
Eau distillée......................	2 cent. cubes

Pour une ampoule. Injecter tous les jours le contenu d'une ampoule.

L'*arsenic* est aussi un médicament très utile dans les états anémiques, mais, pour un grand nombre de cas, il ne sera employé que comme adjuvant de la médication ferrugineuse, celle-ci restant au premier plan. C'est seulement dans les anémies pernicieuses que l'arsenic semble plus actif que le fer (Padley, Hayem, Rivet) ; il sera prescrit par la bouche (liqueur de Fowler) ou en injections sous-cutanées (liqueur de Fowler, solution d'arsénite de potasse, cacodylate de soude).

Pour activer les organes hématopoïétiques, on peut encore s'adresser au *traitement opothérapique* et prescrire de la moelle osseuse de veau, moelle fraîche ou extraits. La moelle fraîche de veau se prend crue, à la dose de 50 à 100 grammes par jour ; la pulpe glycérinée de moelle osseuse s'emploie à la dose d'une ou deux cuillerées à café par jour, diluées dans un liquide froid ou tiède ; enfin, l'extrait sec de moelle se prescrit à la dose de 0gr10, deux ou trois fois par jour et plus (Rivet).

L'opothérapie médullaire a donné quelques résultats heureux dans l'anémie pernicieuse ; on a préconisé également l'opothérapie splénique simple ou associée avec la précédente. C'est aussi faire en quelque sorte de l'opothérapie que de donner aux malades de l'hémoglobine soit en cachets (cachets à 0gr25, trois à six par jour), soit dans du sirop.

Ces traitements opothérapiques doivent d'ailleurs être toujours combinés avec le traitement classique des états anémiques.

Carnot et Mlle Deflandre (2) ont observé que, chez les animaux saignés, il se fait un travail de rénovation hématique et qu'il existe alors dans le sang une substance stimulatrice de l'hématopoïèse ; en injectant à des animaux le sérum de chevaux en pleine crise de rénovation hématique, on provoque une hyperglobulie intense. Carnot et Mlle Deflandre ont fait à des malades anémiques ces mêmes injections de sérum et obtenu aussi une augmentation du nombre des hématies. La *sérothérapie* des anémies peut être ainsi pratiquée : « L'application de cette méthode est facilitée par diverses préparations spécialisées, utilisant soit le sérum de cheval en rénovation sanguine, sous forme d'ampoules injectables ou absorbables, ou en comprimés de sérum frais desséché, soit même le sang total desséché » (Rivet). A défaut de ces préparations, on a utilisé le sérum antidiphtérique frais, ce sérum provenant de chevaux qui ont subi des saignées abondantes et répétées, mais les résultats obtenus avec le sérum antidiphtérique sont très variables. Certains auteurs, revenant au principe de l'ancienne transfusion du sang, ont préconisé récemment des injections intramusculaires de sang humain défibriné (Esch). Les injections sous-cutanées de sérum physiologique peuvent aussi constituer un bon stimulant de l'hématopoïèse.

La *radiothérapie* a été essayée dans le même but ; Aubertin et Beaujard ont montré que l'application des rayons X sur les épiphyses des os longs détermine des poussées de réaction myéloïde ; quelques résultats favorables ont été obtenus par ce traitement dans l'anémie pernicieuse, mais, dans d'autres cas, la radiothérapie ne détermina aucune amélioration notable de la formule sanguine.

Ces divers procédés de traitement visent à stimuler l'hématopoïèse ; d'autres ont été préconisés pour diminuer les déperditions sanguines, pour empêcher l'hémolyse en augmentant la résistance globulaire. On a essayé ainsi la glycérine (trois cuillerées à dessert par jour) qui neutraliserait les substances hémolytiques ; et surtout la *cholestérine* à la dose de 1 à 2 grammes par jour en pilules (Iscovesco) ; cette application thérapeutique de la cholestérine a pour base les expériences de Pribram, de Gardner, démontrant que l'injection sous-cutanée ou l'ingestion de cholestérine augmente la résistance des globules sanguins de l'animal à l'action de certaines hémolysines ; il semble donc théoriquement que la cholestérine doit trouver ses indications dans les anémies par destruction globulaire exagérée (1).

Voici donc de nombreux traitements des états anémiques ; il ne reste plus qu'à les employer judicieusement selon chaque cas. Aux anémies globulaires et aux chloro-anémies symptomatiques, on fera tout d'abord le traitement de l'affection causale ; comme traitement symptomatique, le repos, une bonne alimentation, le fer, l'arsenic suffiront, en général, à guérir l'anémie. Dans les anémies infantiles pseudo-leucémiques, il faudra rechercher avec soin la syphilis héréditaire pour instituer, si elle existe, le traitement spécifique. En cas d'anémie pernicieuse, ce ne sera pas trop d'avoir dans son arsenal thérapeutique l'opo, la séro, la radiothérapie, car trop souvent, si cette anémie est du type hypoplastique ou aplastique, toutes ces méthodes de traitement ne donneront malheureusement que peu de résultats. M. BRELET.

(1) OPPENHEIM. Traitement de la chlorose, *Le Progrès médical*, 1er juin 1912.

(2) CARNOT et Mlle DEFLANDRE. L'activité hématopoïétique des différents organes au cours de la régénération du sang, *Acad. des sciences*, 17 sept. 1906.

(1) Voir un travail récent de LINOSSIER. La cholestérine. Son rôle en physiologie et en pathologie, *Arch. des mal. de l'appareil digestif et de la nutrition*, mai 1912.

JURISPRUDENCE

LES MALADIES SCOLAIRES ET LA RESPONSABILITÉ DES INSTITUTEURS (2)

II. *Négligence de l'instituteur en ne signalant pas une maladie qu'il peut connaître.* — L'instituteur serait responsable pour cause de négligence ou d'imprudence s'il omettait de signaler une maladie d'un de ses élèves dont il a pu et dû s'apercevoir ou sur laquelle on a attiré son attention. Dans ce dernier cas, il a la tâche facilitée par le fonctionnement de l'inspection médicale des écoles dont la principale tâche est de signaler les maladies et les cas de contagion dans les écoles publiques et privées. La loi du 30 octobre 1886 (art. 7 et 9) et le décret organique du 18 janvier 1887 (art. 141) ont organisé cette inspection médicale qui porte sur la santé des enfants, la salubrité des locaux et l'observation des règles de l'hygiène scolaire.

Quelques maladies ont des signes très apparents, comme la toux, la fièvre, et il y aurait chez le maître une faute à ne pas s'inquiéter de ces symptômes et à ne pas prendre les précautions élémentaires. Dès qu'il soupçonne une maladie, il doit de suite en informer le médecin inspecteur et les parents, et écarter, s'il est nécessaire, l'enfant de l'école. Le docteur Saffray, dans son *Dictionnaire pédagogique* (V. MALADIES) dit : « Ce que l'on doit demander aux maîtres, c'est bien moins un diagnostic de la maladie que la connaissance de certains signes caractéristiques, communs d'ailleurs à plusieurs affections et qui suffisent pour faire isoler l'enfant qui les présente. »

Les maladies éruptives de l'enfance sont toutes précédées de fièvre. C'est là un symptôme qui a frappé les pouvoirs publics ; ne lit-on pas dans le règlement modèle du 13 août 1893 à l'article 8 : « Tout enfant atteint de fièvre doit être immédiatement éloigné de l'école ou envoyé à l'infirmerie en cas d'internat. » L'article 9 de ce même règlement dispose : « Tout enfant atteint d'une maladie contagieuse confirmée doit être éloigné de l'école. »

Les tribunaux ont eu à trancher une espèce se rattachant à ce cas de responsabilité. Un arrêt rendu le 12 mai 1898 par la 5e chambre de la Cour d'appel de Paris (*Gaz. Trib.*, 1898, II, 2.372) a condamné à des dommages-intérêts un instituteur

(2) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 81, p. 1177.

dans l'espèce suivante. Un enfant était atteint d'une maladie du cuir chevelu ; le directeur de l'école rassura son père, en lui déclarant que le médecin avait été consulté et que les symptômes n'avaient rien d'inquiétant. Il fut démontré que cette affirmation était fausse et que l'enfant avait contracté cette maladie dans l'établissemont scolaire.

« Considérant que s'il n'est pas établi que le jeune Delevse ait contracté la maladie dont il a été atteint, par suite de son contact avec d'autres élèves infectés du même mal, il est constant que cette maladie a pris naissance alors qu'il était élève dans la pension dirigée par Ségaux; que le devoir de Ségaux était d'appeler l'attention du médecin ordinaire de son établissement et de la famille de son élève, dès les premières manifestations de cette maladie sur les symptômes inquiétants que présentait le cuir chevelu du jeune Delevse;

« Considérant que, de l'autre enquête à laquelle il a été procédé, il appert que le médecin, ou n'a pas été appelé à donner des soins alors qu'une tonsure s'était déjà produite, ou s'il a examiné le jeune Delevse, il l'a fait si superficiellement qu'il n'en a aucun souvenir; que dans le courant de juin 1893, la dame Ségaux, constatant avec les parents Delevse les symptômes ci-dessus indiqués, les a tranquillisés en prétextant des soins qui n'ont pas été donnés et d'une visite médicale qui ne paraît pas avoir été faite; que par suite, la responsabilité civile de Ségaux se trouve engagée... »

Tout dernièrement encore la 7e Chambre du tribunal civil de la Seine, par un jugement du 20 juin 1912 a condamné un directeur d'une école de préparation aux examens à des dommages-intérêts envers le père d'un élève qui avait contracté par contagion une fièvre pultacée, maladie dont était atteint un camarade de chambre.

(*A suivre.*) R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 12 JUILLET 1912

Cholélithiase pigmentaire dans un cas d'ictère congénital hémolytique. Analyse chimique des calculs. — M. Chauffard présente une série de calculs pigmentaires enlevés chirurgicalement par cholécystostomie chez un malade atteint d'ictère congénital hémolytique. Cette intervention avait été rendue nécessaire par l'aggravation des crises douloureuses, accompagnées de cholurie et de fièvre.

Dans la vésicule, se trouvait une bile épaisse et noire, remplie de fines concrétions pigmentaires; de plus, on put extraire 32 calculs d'un volume variant entre celui d'un pois et celui d'une noisette; la couleur en était d'un noir verdâtre très foncé, presque comme du graphite, avec des reflets brillants et d'aspect métallique; leur forme était irrégulière, conglomérée, anguleuse, leur consistance friable, sans cohésion.

L'analyse chimique, faite par A. Grigaut, a donné les proportions centésimales suivantes : eau 7,46 ; cholestérine et graisse 4,39; sels biliaires 6,73; mucus et matières organiques 11,60; bilirubine 51,36; matières minérales, chaux 9,32; traces de magnésie, de phosphate et de carbonates.

De plus la bile était infectée par le streptocoque.

L'énorme prédominance de bilirubinate de chaux dans ces calculs confirme leur origine par pléiochromie biliaire, et les oppose nettement aux autres variétés de cholélithes.

L'intervention chirurgicale, de nul effet au point de vue de la cure de l'ictère, peut être rendue nécessaire par l'aggravation évolutive de la cholélithiase pigmentaire.

Une variété fréquente de déformation rhumatismale sénile. La nodosité du carpe. — MM. Pierre Marie et André Léri présentent à la Société plusieurs malades atteints d'une déformation sénile spéciale de la main; cette déformation consiste en une saillie osseuse du dos de la main dans sa partie supérieure et externe. Elle est généralement oblongue, allongée transversalement; elle peut être surélevée de près de 2 centimètres et avoir une surface de 4 à 5 centimètres de large sur 2 à 3 de haut.

Cette déformation est excessivement fréquente chez les sujets âgés, bien que, à leur connaissance, elle n'ait pas été signalée jusqu'ici; chez les vieillards de la Salpêtrière elle existe très accentuée dans 4 p. 100 des cas, très nette encore dans 12,5 p. 100, ébauchée chez presque tous à partir au moins de soixante-dix ans, souvent beaucoup plus tôt.

Cette déformation est due à la saillie de la base des deuxième et troisième métacarpiens et des os correspondants de la deuxième rangée du carpe (trapèze, trapézoïde et grand os). Au microscope on voit toutes les altérations du rhumatisme chronique : congestion et inflammation de la synoviale, multiplication des cellules du cartilage avec état fibrillaire et granuleux de la substance fondamentale, gonflement des os avec dilatation des aréoles remplies de moelle graisseuse et raréfaction des travées.

Cette tuméfaction est donc tout à fait analogue à celle qui se produit au niveau des phalanges dans les nodosités d'Heberden ou de Bouchard; le siège seul diffère, et la déformation décrite ici mérite d'être appelée par comparaison « nodosité du carpe ».

Il est d'ailleurs très fréquent de la voir coïncider avec ces nodosités d'Heberden ou de Bouchard, ainsi qu'avec une déformation analogue du pied qu'on peut appeler nodosité du tarse.

Déformation de la base du crâne dans la maladie de Paget. — MM. Pierre Marie, André Léri et Chatelin. On considère la maladie de Paget comme déterminant une hypertrophie exclusivement de certains os, les os longs et quelques os plats comme ceux de la voûte du crâne : on n'a jamais signalé jusqu'ici de déformation de la base du crâne. Les deux crânes que nous présentons montrent de la façon la plus nette que la base du crâne peut participer au processus.

Il existe en effet sur ces deux crânes une saillie extrêmement accentuée du sphénoïde et de la portion bacillaire de l'occipital. Ces os bombent dans la cavité cranienne, aplatissant la selle turcique, réduisant le volume des fosses cérébrales et cérébelleuses et rétrécissant considérablement d'avant en arrière le trou occipital.

Il y a ainsi une variété spéciale de « cyphose basilaire », suivant l'expression de Virchow; mais cette cyphose diffère absolument de celle de l'achondroplasie par exemple où, par suite d'une soudure précoce des os de la base, cette base est rétrécie et l'angle sphéno-basilaire est diminué, la base de l'occipital devenant verticale. Dans la maladie de Paget il y a au contraire hypertrophie des os de la base, au même titre que les autres os; la radiographie montre que cette hypertrophie est due à une augmentation de la spongiosité, que l'os est « en meringue » là comme ailleurs; il y a non pas verticobasie, mais, pour ainsi dire, « convexobasie ».

Cette hypertrophie des os de la base n'est pas constante dans la maladie de Paget, mais elle peut exister même en l'absence de toute atteinte des os de la voûte. Peut-être est-elle en relation avec certains troubles mentaux, auriculaires ou oculaires, cardio-vasculaires ou respiratoires, trophiques ou vaso-moteurs que de très nombreux auteurs ont signalés au cours de la maladie de Paget.

Un cas de purpura hémorragique avec disparition totale des plaquettes du sang. — MM. Louis Le Sourd et Ph. Pagniez rapportent un cas de purpura hémorragique cliniquement banal sans retentissement marqué sur l'état général, sans caractère accusé de gravité des phénomènes hémorragiques et, sans arthropathies; mais dont l'étude hématologique a permis d'intéressantes constatations.

Le premier examen du sang pratiqué chez cette malade fit constater : 1° un état hémophilique se traduisant par la tendance accusée des moindres piqûres à une hémorragie persistante; 2° une irrétractilité totale du caillot; 3° l'absence complète de toute plaquette sanguine, aussi bien sur lames que dans le sang recueilli dans la veine et soumis à la centrifugation. Les examens ultérieurs permirent de constater la réapparition progressive des plaquettes tandis que le caillot sanguin devenait parallèlement rétractile et que la tendance aux hémorragies disparaissait.

Il était intéressant de déterminer quelle relation pouvait exister entre l'absence de plaquettes et l'état hémophilique transitoire qui s'était affirmé chez cette malade. Or, les recherches des auteurs et surtout les importants travaux de Bordet et Delange ont montré qu'à l'état normal les plaquettes constituent un élément très important de la coagulation du sang. C'est aux plaquettes en particulier qu'est due la rapidité de la coagulation, ces éléments intervenant dans ce processus en tant que producteurs de grandes quantités de fibrine-ferment.

MM. L. Le Sourd et Ph. Pagniez, partant de ces données, ont étudié la coagulabilité du sang chez leur malade et constaté par une série d'expériences que le retard de coagulation que ce sang présentait ainsi que son irrétractilité étaient fonction de l'absence de plaquettes. L'addition de plaquettes déplasmatisées provenant d'un sujet sain lui restituait, en effet, ses caractéristiques normales.

Des expériences de contrôle ont montré d'autre part qu'il n'existait dans le plasma de cette malade aucune substance anticoagulante susceptible d'influencer la coagulation d'un plasma et de plaquettes normaux.

La conclusion qui découle de ces recherches est que les phénomènes hémorragiques présentés par cette malade doivent être attribués à une perturbation de la coagulation du sang caractérisée par la lenteur du phénomène et son caractère anormal d'irrétractilité, et que cette perturbation relève de l'absence même des plaquettes. Depuis longtemps M. Hayem et ses élèves MM. Bensaude et Lenoble entre autres ont insisté sur l'irrétractilité du caillot au cours du purpura et sur les modifications concomitantes de nombre des plaquettes. Mais c'est la première fois que l'absence totale des plaquettes est relatée et qu'un lien de causalité entre cette absence de plaquettes et l'ensemble des troubles de la coagulation présentée par les malades de ce genre est expérimentalement établie.

M. Lion rappelle les travaux de M. Hayem qui, dès 1894, avait insisté sur le rôle des hématoblastes dans la coagulation du sang.

M. Achard insiste sur la possibilité de faire disparaître les globulins chez l'animal par l'introduction dans l'organisme de colloïdes étrangers. *(A suivre.)*

ACTUALITÉS

LE MUSÉE MUNICIPAL D'HYGIÈNE DE LA VILLE DE PARIS

Le préfet de la Seine inaugurera prochainement ce nouveau musée, dont l'organisation fut proposée par M. Lemarchand et qui fut confiée, en 1908, par le Conseil municipal, à M. Paul Juillerat, chef des services d'hygiène de la ville de Paris. Un crédit de 150000 francs lui fut alloué. Et bientôt le public pourra visiter des collections intéressantes et ne plus songer qu'il n'y avait que Dresde, Berlin, qui possédaient un musée d'hygiène.

Le Musée d'hygiène est situé au centre de Paris, 57, boulevard de Sébastopol, dans l'ancien presbytère de l'église Saint-Leu. Sous le titre, alors immérité, de Musée municipal d'hygiène, existait, il y a quatre ans, dans les dépendances du dépotoir de la Villette, une collection d'appareils sanitaires en vue d'une propagande pour le tout à l'égoût.

Le dépotoir disparut, et quelques spécialistes songèrent à créer un véritable musée d'hygiène. Après de longs efforts, M. Juillerat, chef du bureau administratif des services d'hygiène de la préfecture de la Seine, à qui l'on doit, notamment, le casier sanitaire de l'habitation, est arrivé à grouper les collections qui ne peuvent qu'intéresser tous ceux qui s'occupent des questions d'hygiène. Un conservateur, un conservateur adjoint, deux ouvriers spéciaux, composent le personnel du nouveau musée.

Le musée comprend deux corps de bâtiments de trois étages, ouvrant l'un sur le boulevard de Sébastopol et l'autre sur la rue Saint-Denis, réunis par une vaste salle pouvant contenir 300 personnes, à l'usage de conférences. A côté, une salle de travail et une bibliothèque, dont le fonds a été constitué par la bibliothèque de Durand-Claye, léguée à la ville de Paris par la veuve du célèbre ingénieur de l'assainissement de Paris.

Dans vingt-huit salles ou galeries, les collections sont exposées en sept sections :

Section de l'hygiène urbaine : Enlèvement, utilisation ou destruction des ordures ménagères; évacuation des matières usées; plans d'extension des villes; espaces libres; cimetières; histoire des égouts parisiens, depuis le ruisseau de Ménilmontant.

Hygiène de l'habitation : Matériaux de construction; éclairage et chauffage; aération; distribution des locaux et mobiliers considérés selon l'hygiène.

Prophylaxie des maladies contagieuses : Moyens de désinfection, publique et privée; vaccination; surveillance des eaux potables; stérilisation des substances et objets contaminés; transport des malades.

Hygiène des collectivités : Etude des procédés des trois sections précédentes dans leur application aux écoles, lycées, hôpitaux et hospices, casernes, prisons, etc.

Hygiène alimentaire : Modèle d'un laboratoire pour analyses en vue de la découverte des fraudes; conservation des denrées dans les halles et marchés; frigorifiques, etc.

Hygiène des transports : Dans les trains, les voitures publiques ou privées, les bateaux, mesures utiles aux voyageurs et aussi aux localités parcourues, notamment pour l'évacuation des matières usées.

Hygiène sociale : Habitations à bon marché; lutte contre l'alcoolisme et la tuberculose; sanatoriums; protection de l'enfance; bains-douches; habillement; exercices physiques, etc.

Le but des organisateurs de ce musée est d'y faire un véritable enseignement populaire sur l'hygiène et la santé. C'est ainsi que les mères de famille pourront s'y instruire utilement. Elles y pourront voir par exemple des moulages de viandes diverses, depuis les meilleures qualités jusqu'à celles qui contiennent des parasites comme l'actinomycose ou le tænia. Elles pourront donc y apprendre non pas, sans doute, à devenir vétérinaires inspecteurs, mais tout uniquement à ne pas se laisser vendre de la viande de second choix pour de la viande de première qualité, ce qui est particulièrement important pour une ménagère. Elles y pourront apprendre aussi ce que toute mère doit absolument savoir : à quoi on reconnaît qu'un intestin de nourrisson fonctionne bien ou mal, de telle sorte qu'elles seront en mesure de ne pas appeler le médecin trop tard.

Des tableaux muraux extrêmement suggestifs montreront aux enfants ce qu'ils ne doivent pas faire pour obéir aux règles de l'hygiène, comme par exemple de ne pas boire aux fontaines Wallace ou ramasser un morceau de pain tombé sur le sol.

Médecins, vétérinaires, ingénieurs trouveront à s'instruire en visitant les collections du Musée municipal d'hygiène et en consultant dans la salle de travail les livres de la bibliothèque qui seront mis à leur disposition.

Ces collections ont été constituées grâce aux dons de l'Assistance publique, des services municipaux, de sociétés privées et des administrations publiques, de constructeurs, des compagnies de chemins de fer de P.-L.-M. et du Nord, et tous les objets exposés ont été acceptés ou acquis après décision de la Commission de surveillance et de perfectionnement des services d'hygiène que préside M. le docteur Roux. C'est une œuvre de vulgarisation qui sera précieuse pour les techniciens et pour les profanes avec ses documents, ses appareils prêts à fonctionner, avec ses conférences du soir, ses visites-promenades, avec, en un mot, tous les éléments d'une école de l'hygiène.

R. M. P.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

FONDS DE COMMERCE DE **BANDAGISTE** exploité à Paris, rue de Turenne, no 52. A adjuger en l'étude de Me VIGIER, notaire, 18, rue des Pyramides, le 29 juillet, à 4 heures. MISE A PRIX, *pouvant être baissée*, **2000 fr.** Marchandises et matériel en sus à dire d'experts. Consignation pour enchérir, 1 000 fr. — S'adresser à Me BRUNET, avoué, 95, rue des Petits-Champs, et au notaire.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 22 juillet. — MM. Capette, 20; Martin, 17; Okinczyc, 18; Bréchot, 16.

Admissibles aux épreuves de la seconde série les huit candidats dont les noms suivent :

MM. Mocquot, 66 points; Heitz-Boyer, 64; Capette, 62; Gernez, 61; Mercadé et Okinczyc, 60; Martin et Bazy, 59.

— Le Conseil municipal a décidé, contrairement à l'avis de l'administration préfectorale, de relever à 5 francs pour la médecine et à 6 francs pour la chirurgie le prix de la journée des malades payants admis dans les hôpitaux parisiens.

RÉORGANISATION DES ÉTUDES EN VUE DU DIPLOME DE CHIRURGIEN DENTISTE. — Par décret en date du 20 juillet 1912, l'article 8 du décret du 11 janvier 1909, portant réorganisation des études en vue du diplôme de chirurgien dentiste, est modifié ainsi qu'il suit :

« ART. 8. — La valeur de chaque épreuve est exprimée par une note variant de 0 à 20.

Le coefficient 2 est attribué à l'épreuve pratique de prothèse dentaire.

Est ajourné à la session suivante tout candidat qui n'a pas obtenu, pour l'ensemble des épreuves, la moyenne de 50 points.

Est ajourné, après délibération du jury, tout candidat qui, pour une épreuve, a obtenu la note 0.

Aucun candidat ne peut se présenter à l'examen de validation devant deux facultés différentes pendant la même session. Le candidat devra déclarer par écrit, au moment de subir l'examen, qu'il ne s'est pas déjà présenté dans la session.

En cas d'infraction à cette disposition, l'article 33 du décret du 21 juillet 1897 sera appliqué au délinquant. »

LE IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL MÉDICAL DES ACCIDENTS DU TRAVAIL se tiendra à Dusseldorf du 6 au 10 août 1912. Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour :

1° Etat comparatif, dans les divers pays, de la législation actuellement en vigueur quant à la réparation des accidents du travail.

Assurance contre les maladies professionnelles.

2° Importance du traitement fonctionnel précoce en matière d'accidents.

3° Affections vasculaires et accidents.

4° Arthrite déformante et accidents.

5° Influence des accidents sur la formation et l'aggravation des tumeurs.

6° Procédés d'examen des blessés, notamment en ce qui concerne la mensuration, la formation des callosités aux mains et aux pieds, la comparaison des gauchers et des droitiers.

Les médecins désireux d'assister à ce Congrès sont priés d'adresser leur adhésion et leur cotisation au professeur Liniger, secrétaire général du Congrès, à Dusseldorf (Landeshaus).

La cotisation est de 25 francs et de 7 fr. 50 pour les dames. Aussitôt sa réception, tous les documents relatifs au Congrès et au voyage seront envoyés.

Le docteur Demoulin, 8, rue du Four, à Paris, est le secrétaire du comité français.

LES FAUX « ACCIDENTÉS ». — Trois ouvriers étaient poursuivis devant la 10e chambre pour avoir, en simulant des accidents — brûlures ou piqûres volontaires — escroqué des compagnies d'assurances et aussi des médecins. Ceux-ci, suivant un usage (?) qui est devenu un abus, leur avaient remis, en outre des frais de pansement, de petites sommes d'argent — de 1 à 5 francs — qu'ils se faisaient rembourser par les compagnies en les comprenant dans leurs notes d'honoraires. Beaucoup de ces médecins, mis en cause au cours de l'information, avaient hésité à porter plainte. Et, dans son réquisitoire définitif, le parquet soulignait en ces termes cette hésitation :

« Ce procédé ne laisse pas que de prêter à critique. Les ouvriers en arrivent à considérer ces avances comme de véritables primes que chaque médecin délivre, au gré de sa générosité, pour inciter l'accidenté à le consulter de préférence aux médecins de l'assurance qui font moins de pansements et renvoient plus vite au travail. »

Deux des inculpés ont été condamnés à treize mois de prison et le troisième à trois mois. — (*Le Temps.*)

RENSEIGNEMENTS

MON ULCÈRE DUODÉNAL

(AUTO-OBSERVATION)

Par M. Xavier COMBES.

L'histoire de ma maladie répond avec tant d'exactitude et de perfection à la description actuellement classique de l'ulcère duodénal que la raconter équivaut à une leçon clinique complète de cette affection.

J'ai quarante-trois ans, et exerce la médecine à Paris. Mon père est mort d'angine de poitrine à cinquante-neuf ans ; *ma mère* a succombé à soixante-cinq ans à la suite d'accidents cardio-vasculaires ; elle *avait souffert longtemps d'un ulcère gastrique.* J'ai joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de trente-trois ans (1902), époque où je commençai à éprouver les premiers troubles dyspeptiques. Tous les jours, *vers dix heures du matin*, je ressentais dans *la partie droite de l'épigastre* une *douleur aiguë* dont le *siège* précis *aurait pu être couvert par une pièce de 5 francs.* Cette douleur supportable durait environ trois quarts d'heure ; elle se calmait et recommençait le lendemain. Cet état dura un mois ; je l'*attribuai à l'hyperchlorhydrie* et supprimai le tabac, et tous les aliments excitants. Malgré cette modification de mon régime mes digestions deviennent plus laborieuses pendant des séries de quelques semaines ou de quelques mois. Cela dura quatre ou cinq ans. Je me considérais comme un hyperchlorhydrique et ne me préoccupais pas davantage de ces troubles gastriques.

En 1907, à la suite d'une préoccupation, mon appétit tomba, puis, sans transition, je fus pris d'*une fringale* avec sensation pénible du côté de l'estomac. Les douleurs que je commençais à ressentir survenaient deux fois par jour, à dix heures du matin et à quatre heures de l'après-midi ; elles persistaient jusqu'au repas suivant avec des périodes d'atténuation et d'aggravation. *Ces douleurs étaient calmées par l'ingestion d'un aliment quelconque ; un verre d'eau les supprimait pendant dix minutes; une tasse de lait pendant une demi-heure ; un morceau de pain et une tablette de chocolat me permettaient d'attendre sans trop souffrir* le repas suivant. *La distraction chassait* momentanément la souffrance ; il m'est arrivé à plusieurs reprises de laisser ma douleur épigastrique à la porte d'un client, et de la ressentir de nouveau en descendant l'escalier. Le contraire aussi se produisait ; si la consultation était longue, la douleur pénible, un instant calmée, revenait ; elle se traduisait par la pâleur et la crispation du visage qui faisait dire à mon client : « Docteur, vous avez l'air de souffrir. »

Quelques mois plus tard, à la suite d'un dîner en ville, je fus pris d'une *hématémèse*. Je gardai le lit vingt-quatre heures et restai au régime lacté pendant quelques jours ; le surlendemain je reprends mes occupations. Les crises douloureuses se font plus fréquentes ; je consulte un confrère parisien qui *diagnostique un ulcère gastrique.* Dès lors, je surveille davantage mon régime et supprime tous les aliments lourds et excitants.

Fait intéressant à noter : je constate des *périodes d'accalmie qui coïncident avec les fortes chaleurs* ; par l'*orage et la pluie les douleurs me reprennent* et s'aggravent. Je subis l'influence des dépressions barométriques ; il en est de même de la température ; *dès que l'hiver survient, les crises augmentent* de fréquence et d'intensité. Je *les ressens* non plus deux fois, mais *trois fois par vingt-quatre heures* ; aux *souffrances de la journée s'ajoutent celles de la nuit ;* brusquement vers *minuit je suis réveillé* par une *douleur angoissante*, siégeant toujours à *droite et un peu au-dessus de l'ombilic*, au voisinage *des fausses côtes* ; ces douleurs irradient quelquefois dans le dos ; je prends pour les atténuer les positions les plus bizarres ; l'*attitude qui me soulage le plus est celle qui consiste à plier mes cuisses sur l'abdomen* de façon qu'elles compriment la région douloureuse. J'ai soin également *de mettre sur ma table de nuit, tous les soirs en me couchant, un gâteau sec ou un bâton de chocolat que je mange dès que la douleur se révèle. Ce petit repas me soulage* momentanément. *Dans la journée les crises se produisent aux mêmes heures.* Elles *débutent par un afflux de salive, de goût* sucré à la bouche, puis la sensation *de brûlure se produit*, accompagnée *de régurgitations acides* ; quelquefois elle est suivie *de nausées et de vomissements alimentaires* ou aqueux qui *amènent un peu de soulagement.* Les *dents*, surtout les incisives me *paraissent allongées* et *j'ai la sensation*, en les frottant les unes contre les autres, de *broyer du sable.* Je prends du *bicarbonate de soude* à hautes doses ; le *soulagement* se produit trois minutes après l'absorption et *dès que je puis émettre un renvoi.* Malheureusement ce calme ne persiste pas et les douleurs me reprennent vingt minutes après. Lorsque ces crises ont lieu dans la rue, j'entre dans une crêmerie et j'avale un bol de lait qui me soulage immédiatement.

En 1909, j'essaie l'électrothérapie ; les courants continus semblent plutôt accroître les accidents et je cesse le traitement après quelques séances. Je me soumets alors à un régime plus sévère composé exclusivement de pâtes, purée, lait et fruits cuits ; j'essaie alors les pansements gastriques au bismuth ; tous les matins au réveil j'absorbe 20 grammes de *sous-nitrate de bismuth* dans un verre d'eau ; au bout d'une semaine de ce régime les crises cessent subitement. Je ne puis malheureusement continuer ce régime pour plusieurs raisons ; il produit une constipation terrible, et puis je maigris à vue d'œil ; je perds un kilo par semaine et me sens de plus en plus faible. Sur ces entrefaites un *melæna* se produit. Les beaux jours arrivent ; les souffrances se calment pendant plusieurs mois ; je ne ressens rien ; je me sens guéri. Mais une émotion, une période de surmenage, le moindre repas en ville, un abaissement de température, un orage provoquent une nouvelle crise. L'hiver revient ; les souffrances redoublent ; j'arrive pourtant à supprimer la crise de dix heures du matin de la façon suivante. Je remplace mon premier déjeuner par une bouillie bismuthée. Pour atténuer de même la crise de l'après-midi que je n'arrive jamais à éviter, j'essaie également de faire usage du pansement bismuthé ; mais je n'éprouve aucun soulagement. Un nouvel hiver se passe.

Par un beau jour du mois de mai 1910 je me sens tout à coup mal à l'aise; mes oreilles bourdonnent; je me sens ébloui; mes jambes fléchissent; quelque temps après je suis pris d'un *melæna abondant* qui dure trois jours. Je garde le lit vingt-quatre heures, absorbe du lait glacé et reprend mes visites. Les aliments solides calment mes douleurs et pourtant *j'évite de manger*, car je remarque qu'*au bien-être procuré par un aliment quelconque succédait peu après une recrudescence* des douleurs; en outre, un repas abondant était suivi immédiatement d'une sensation *pénible de plénitude* avec oppression, bâillement et renvois. De sorte que la période d'accalmie précédant la crise était d'autant plus courte que le repas avait été plus copieux.

En 1911, j'ai l'occasion de rendre visite à un de mes bons amis, le docteur Larmandieu (de Rollot). Je lui raconte mes misères; immédiatement mon confrère de s'écrier : « Tu n'as jamais eu d'ulcère gastrique; tu es un cas admirablement typique d'ulcère duodénal. — Comment fais-tu le diagnostic d'une façon si certaine, lui demandai-je? — Tu as *la faim douloureuse*, une douleur quatre heures après le repas; cette douleur se calme dès que tu as mangé ; son maximum est à la limite de l'épigastre et de l'hypocondre droit ; tu as présenté des signes d'hyperchlorhydrie, du melæna; tous ces accidents surviennent par crises de plusieurs semaines et de plusieurs mois, crises influencées par la mauvaise température; tu es une observation splendide d'ulcère duodénal. » En disant ces mots, mon camarade Larmandieu tire de sa bibliothèque un fascicule qui représente le rapport de Ricard et Pauchet sur *le traitement de l'ulcus duodénal* exposé au Congrès de chirurgie 1910. Je parcours ce travail; cette lecture est pour moi une révélation; j'y retrouve mon histoire complète décrite dans tous ses détails. J'admire l'esprit clinique et l'érudition de mon ami Larmandieu. Mais ce dernier ajoute modestement : « Oh! si je connais si bien la question c'est que j'ai eu une malade semblable il y a un an et l'ai observée tout à mon aise. Cette malade a subi une gastro-entérostomie et depuis ce temps est totalement guérie. Elle travaille, mange comme tout le monde et n'a plus jamais souffert. — Voilà bien le diagnostic, dis-je, mais quel traitement? — Toujours chirurgical, me dit mon ami; lis donc les statistiques; les résultats opératoires sont merveilleux : une mort sur 100. » Je quitte mon ami Larmandieu à peu près rassuré; je l'aurais été sans doute complètement s'il se fût agi d'un client; mais puisqu'il s'agissait de moi-même, j'avais encore l'arrière-pensée que mon ulcère pouvait être dégénéré et que je portais un cancer au début. Toutefois je ne m'attardai pas à ces idées tristes et je pris la décision de me faire opérer dès que la saison rendrait ma clientèle moins exigeante.

Un mois plus tard (août 1911) nouveau *melæna*; le plus abondant que j'aie jamais eu. Je suis pris dans la rue à dix heures du soir de coliques avec besoin impérieux d'aller à la garde-robe. J'entre dans un café et, dans les cabinets, j'expulse une quantité énorme de goudron; je grimpe sur l'impériale d'un tramway et rentre chez moi. Arrivé à ma porte, je suis pris de bourdonnements d'oreilles et n'ai que le temps d'ouvrir et de me jeter sur mon lit. Ce melæna continue deux ou trois jours; j'en sors vidé de force et de sang. Je continue quand même ma clientèle pendant quelques mois, menant une vie très pénible, tant par les douleurs que j'éprouvais que par la crainte d'une nouvelle hémorragie. Celle-ci se reproduit en avril 1912. Devant ce nouvel accident je ne veux plus attendre davantage; je lâche ma clientèle et prépare ma valise pour me faire opérer.

Si donc, je synthétise mon observation clinique, elle peut SE RÉSUMER ainsi : *signes subjectifs d'hyperchlorhydrie*, régurgitations acides, pyrosis, brûlures épigastriques, etc.; *douleurs tardives* trois ou quatre heures après les repas; *douleurs calmées* par la prise d'aliments, d'alcalins et de bismuth. *Périodes de répit* suivies de périodes d'aggravation dont la durée augmente progressivement de plusieurs semaines à plusieurs mois; et enfin *trois melænas* et une hématémèse. C'est bien là l'aspect clinique complet de l'ulcère duodénal, tel qu'il est décrit actuellement.

Je passe par Rollot et prends mon ami Larmandieu pour qu'il m'accompagne jusqu'à la clinique du docteur Pauchet.

Je trouve à Amiens le chirurgien en train d'opérer à l'hospice Saint-Vincent-de-Paul; entre deux interventions il me fait étendre sur un lit du service, me pose quelques questions, palpe mon abdomen et me dit : « Vous avez certainement un ulcère duodénal; il faut pratiquer la gastro-entérostomie et l'exclusion du pylore. L'intervention est sans danger; je serais content toutefois que vous entriez à ma clinique de façon à subir un examen radioscopique et un tubage après repas d'épreuve. » J'entrai donc à la maison chirurgicale où je fus pris d'une nouvelle hématémèse. Le docteur Jeunet qui vient prendre mon observation décide que je ne devais point subir d'exploration nouvelle. On s'abstint de tubage et des rayons X. Il est décidé que je serai opéré le lendemain après avoir subi un lavage d'estomac et un lavage d'intestin.

Depuis quarante-huit heures je suis enrhumé; le docteur Jeunet m'ausculte et décide qu'il ne faudra pas employer l'éther pour l'anesthésie. J'aurai donc à choisir entre le chloroforme et la rachi-anesthésie. Une courte narcose au chloroforme ne peut avoir d'inconvénient. Ce sera le mode d'anesthésie choisi.

Intervention. — Le docteur Larmandieu et mon frère, le docteur J. Combes (de Paris) ainsi que le docteur Jeunet, veulent bien assister à mon opération. Le docteur Bailey sera chargé de l'anesthésie, le docteur Sourdat aidera le docteur Pauchet.

A partir de ce moment je ne puis rien raconter, sauf ce que les spectateurs m'ont rapporté. Voici donc comment les choses se sont passées.

Anesthésie. — Je supportai très mal le chloroforme; je respirais si faiblement et d'une façon si irrégulière que l'anesthésiste préféra prendre l'éther, malgré mon rhume.

L'opération se divisa en trois temps : exploration, gastro-entérostomie et exclusion pylorique.

1° *Exploration.* — La laparotomie fit découvrir un cas absolument typique d'ulcère duodénal ; la veine pylorique qui sert de repère entre l'estomac et le duodénum était chez moi d'une grande netteté. L'ulcère occupait le bord supérieur de la première portion du duodénum à 3 centimètres du pylore. Il pouvait avoir les dimensions d'une pièce de 50 centimes ; le chirurgien introduisit son doigt dans l'ulcération à travers l'épaisseur de la paroi antérieure de l'intestin. Des adhérences unissaient la plus grande partie de la première portion du duodénum à la vésicule biliaire et au foie.

2° *Gastro-entérostomie.* — C'est le procédé vertical postérieur à anse courte qui fut employé (méthode de suspension de Ricard).

3° *Exclusion pylorique.* — Ce troisième temps s'exécute, paraît-il, de la façon suivante : le chirurgien passe un clan à travers les deux mésos insérés aux deux courbures de l'estomac et ramène ainsi une compresse par derrière ; puis il lie les vaisseaux des deux courbures, coupe en travers l'estomac le plus près possible du pylore ; chaque bout est fermé par un double surjet. Dans mon cas personnel ce temps fut assez délicat parce que le chirurgien voulut couper l'estomac très près du pylore et que ce pylore adhérait au pancréas ; il y eut donc un léger suintement sanguin qui exigea un tamponnement de quelques minutes.

Mon ventre fut fermé en un plan au fil de bronze.

Suites opératoires. — Elles eussent été parfaites et d'une extrême bénignité si mon rhume n'avait été accru par l'absorption de trois quarts d'heure d'éther; ma température, le second jour, atteignit pour cette raison 37°8, mais elle tomba à 37°2 le soir suivant. Pendant cinq ou six jours je toussai et chaque accès de toux provoqua des douleurs au niveau de ma suture. *Le septième jour*, tout allait si bien que je me levai et commençai à m'alimenter légèrement. Au début je n'avais pu absorber que des tisanes chaudes; vers *le dixième jour*, je commençai à circuler dans la maison. *Le douzième jour*, les fils sont enlevés ; je fais un tour dans la clinique ; je vais rendre visite à un confrère de la Seine-et-Oise qui a été prostatectomisé quelques jours avant mon opération. C'est un homme fort intelligent, très agréable; nous apprenons avec plaisir que nous sommes tous deux nés en Auvergne à quelques kilomètres l'un de l'autre. Comme le monde est petit !

Le quinzième jour je remplace mon bandage de corps par un maillot élastique. Je vais à la salle d'opérations et assiste à une série d'opérations. Je vois faire une prostatectomie, une laparotomie pour coudure intestinale avec appendicite, et je reste debout toute une matinée sans fatigue. Je visite Amiens l'après-midi. Chaque jour je m'alimente davantage et n'éprouve plus de trouble d'aucune sorte. Je me sens renaître à une nouvelle vie. Je quitte définitivement la maison chirurgicale dix-sept jours après y être entré.

UN CAS D'APPENDICITE HERNIAIRE

AVEC ADHÉRENCE DU MÉSO-APPENDICE AU SAC ET CORPS ÉTRANGER DE L'APPENDICE

SIMULANT UNE OCCLUSION INTESTINALE

Par M. G. DANIEL,
Interne des hôpitaux de Marseille.

Observation. — Le nommé C. E..., âgé de vingt-trois ans, journalier, entre à la Conception, dans le service de M. le docteur Pluyette le 6 février 1912.

Ses *antécédents héréditaires* sont sans importance.

Antécédents personnels. — On note à l'âge de douze ans une otite compliquée de mastoïdite, à quatorze ans un abcès froid à la cuisse gauche.

Il y a deux ans le malade a présenté une première crise consistant en une douleur très violente et très brusque siégeant au niveau de l'aine droite et se propageant secondairement à l'épigastre, accompagnée de l'apparition d'une tumeur inguinale du volume d'un œuf de pigeon, arrêt des matières et des gaz, quelques vomissements bilieux. Au bout de six heures, la tumeur disparaît et les autres symptômes s'amendent peu à peu. Le malade reprend son travail, et trois mois après part pour le service militaire pendant lequel on n'a rien constaté, et dont il est revenu il y a cinq mois.

Histoire de la maladie. — La crise actuelle a débuté le 4 février à dix heures du matin. Le malade ressent brusquement une douleur très violente au niveau du pli inguinal droit en même temps qu'apparaît en cet endroit une petite tumeur. Au bout de deux heures la douleur disparaît et la tumeur diminue de volume. Dans l'après-midi, quelques vomissements bilieux; la grosseur existe toujours, la douleur abdominale se localise à l'épigastre et dure jusqu'au 5 février au matin, date à laquelle la tumeur disparaît également. Le malade se lève et marche une partie de la journée. Mais il ne se sent pas bien puisque le 6 au soir il entre à l'hôpital présentant depuis trois jours de l'arrêt complet des matières et des gaz.

A ce moment, au niveau du canal inguinal droit, on trouve une petite grosseur du volume d'un œuf de pigeon légèrement allongée. Sa consistance est dure, elle est mate à la percussion, peu douloureuse à la pression. Elle est réductible et passe à travers un canal inguinal assez large pour admettre facilement l'index. Quand on l'attire au dehors, on sent assez nettement un cordon continuer son pôle profond vers l'abdomen. Les deux testicules sont dans les bourses. La température atteint 37°8, le pouls 30 par minute.

Donc, petite tumeur solide, réductible, peu douloureuse, avec quelques vomissements et surtout un arrêt absolu des matières et des gaz depuis trois jours, tels étaient les symptômes que présentait le malade à son entrée à l'hôpital. Sans que l'on puisse en préciser exactement la cause, l'occlusion est évidente, l'intervention est décidée.

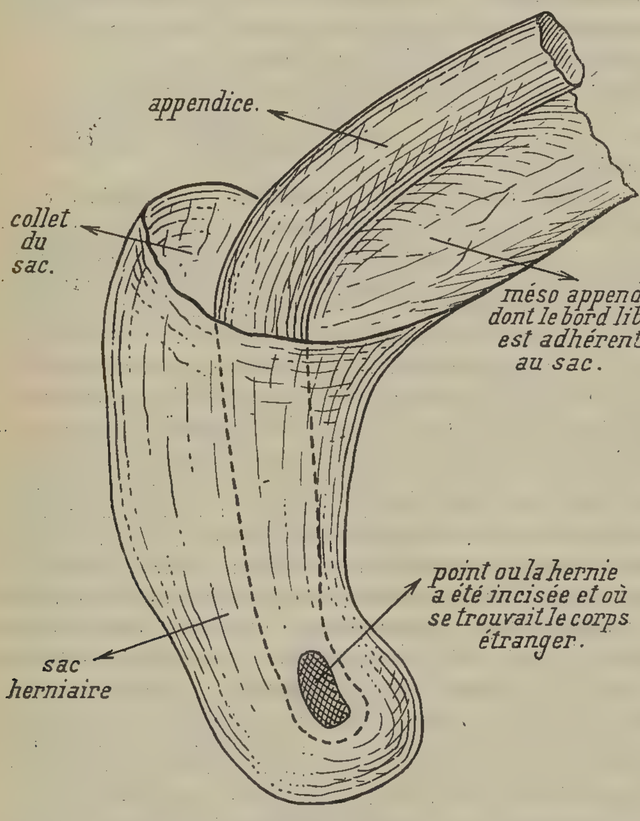
Intervention. — Opérateur docteur Aubert, chirurgien des hôpitaux ; aide Daniel, interne.

Durée de l'intervention : trente-cinq minutes.

Incision sur le trajet inguinal. Découverte de la tumeur qui se présente sous l'aspect d'une masse un peu allongée, presque sphérique, très dure. L'incision sur la face antérieure et près de son pôle inférieur traverse un tissu dur, blanchâtre, et conduit sur une petite cavité aux parois tomenteuses et violacées contenant un petit corps pointu ayant tous les caractères d'une épine d'oursin. Il est évident qu'on vient d'ouvrir l'appendice. Aussitôt, agrandissement de l'incision par en haut, incision d'un sac nettement reconnaissable. C'est bien l'appendice seul qu'il contient, mais comme il adhère par sa pointe et par le bord libre de son méso-appendice on ne peut l'extraire. Il est également très difficile d'attirer le cæcum,

adhérent par toute sa face postérieure. On peut cependant lier et sectionner l'appendice, puis son méso-adhérent, par son bord libre au péritoine pariétal; enfouir le moignon appendiculaire par une suture en bourse. On isole alors facilement le sac contenant l'appendice et on le sépare d'un coup de ciseaux. Suture en surjet de l'incision péritonéale. Suture de la paroi musculaire avec un fil d'argent passé en lacets de bottine. Suture de la peau aux agrafes de Michel. Un petit drain en verre est disposé dans la partie supérieure de l'incision.

Résultats opératoires. — Le lendemain, 7 février, la température vespérale atteint 38 degrés. Dans la soirée, le malade a une première selle suivie bientôt d'une débâcle diarrhéique. La cicatrisation de la plaie se fait normalement. Le malade sort complètement guéri le 22 février.



Examen de la pièce. — Longueur de l'appendice : 7 centimètres. Son extrémité inférieure, renflée, dure, a été incisée avec le sac auquel elle adhérait. C'est là que se trouvait l'épine d'oursin. La muqueuse est en ce point congestionnée et violacée. Plus haut, l'appendice est absolument libre dans le sac herniaire, sauf le méso-appendice, dont le bord libre est adhérent au péritoine pariétal qui forme le sac.

Conclusions. — Le cas est intéressant sous plusieurs points :

1° Au point de vue clinique, par l'*arrêt complet des matières et des gaz* pendant trois jours et demi, alors que l'on avait affaire à une hernie de l'appendice seul. Or, d'après Jaboulay et Patel (*Traité de chirurgie* Le Dentu-Delbet), dans tous les cas d'appendicite herniaire où l'appendice est le seul organe contenu dans le sac, les phénomènes abdominaux sont très légers et l'arrêt des matières et des gaz n'est jamais que très incomplet. Ici deux explications nous semblent possibles : 1° le retentissement sur le péritoine de la poussée inflammatoire appendiculaire; 2° l'étranglement passager d'une anse d'intestin grêle. La première hypothèse nous semble la plus vraisemblable, l'occlusion étant analogue à celle que l'on observe dans les crises d'appendicite ordinaire.

2° Par la présence d'un *corps étranger* à extrémités pointues dans l'appendice (épine d'oursin) qui a, très probablement, en traumatisant la muqueuse appendiculaire, amené de l'inflammation de cet organe et une crise subaiguë d'appendicite.

3° Enfin, et c'est le point le plus intéressant de la question, par la ligne d'adhérence qui unit le bord libre du méso-appendice au péritoine pariétal qui forme le sac herniaire. Le reste de l'appendice est libre dans la cavité du sac, sauf le bout inférieur qui a contracté quelques adhérences inflammatoires autour de la pointe où se trouvait le corps étranger.

Donc, il s'est formé le long du bord libre du méso-appendice une ligne de coalescence réunissant ce bord, constituée par le péritoine viscéral, avec le sac herniaire, constitué par le péritoine pariétal.

Il serait intéressant de discuter la pathogénie de cette coalescence.

Or, dans le cas qui nous occupe, nous avons :

1° Un cæcum dont la face postérieure est adhérente;

2° Un appendice dont le bord libre du méso est adhérent.

La pathogénie des adhérences du gros intestin est à l'heure actuelle bien étudiée. En résumant les divers travaux de Lardennois et Okinczyc, de Cavaillon et Leriche, nous pourrons conclure :

α. Que ces adhérences sont naturelles et non inflammatoires.

β. Que les accolements, qui d'une anse intestinale libre feront une anse fixe, n'aboutissent jamais à une disparition, à une résorption d'un quelconque des feuillets péritonéaux, mais qu'ils subsistent toujours sous forme de fascias d'accolement qu'il sera toujours possible de dédoubler.

γ. Qu'elles sont liées au développement du gros intestin. Celui-ci est en effet primitivement libre dans la cavité abdominale, tout comme l'intestin grêle. Il possède un revêtement péritonéal continu avec un mésentère à insertion dorsale et axiale. Ce n'est que secondairement qu'il se fixe par accolement de son mésentère au péritoine pariétal primitif, mais il faut savoir que cette fixation est tardive et toujours incomplète et que, point très important, elle n'atteint pas le cæcum, ni l'appendice, non plus que le côlon transverse et le côlon iliaque. Mais sous certaines influences, comme le fait de la présence de ces organes dans une hernie, le processus de coalescence peut dépasser les limites ordinaires et intéresser le cæcum et même l'appendice. La hernie est primitive, l'accolement est secondaire.

A. *Pour le cæcum*, cet accolement se fait comme pour le reste du gros intestin, c'est-à-dire que :

1° Le point de départ du processus de coalescence se trouve sur la ligne des vaisseaux mésentériques et que l'accolement progresse ensuite de gauche à droite.

2° Que le processus d'accolement chemine de haut en bas.

B. *Pour l'appendice*, ce processus débute également le long des vaisseaux, c'est-à-dire le long de

l'artère appendiculaire qui longe, on le sait, le bord libre du méso-appendice, et ici nous assistons en quelque sorte au premier stade de cet accolement.

Cette observation vient donc à l'appui de la théorie des adhérences charnues naturelles appliquée à l'appendice.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 23 JUILLET 1912)

Méningite cérébro-spinale méningococcique et paraméningococcique. — M. WIDAL fait une intéressante communication d'où il ressort qu'à côté de la méningite méningococcique il existe une méningite paraméningococcique dans laquelle le sérum antiméningococcique reste inefficace. C'est pourtant la même maladie, cliniquement ce sont les mêmes symptômes.

Le méningocoque qui caractérise la première ne diffère en aucune façon ni biologiquement, ni morphologiquement du paraméningocoque qui caractérise la seconde. Il n'est qu'un seul moyen de différenciation, c'est l'inefficacité du sérum antiméningococcique dans les cas de méningite paraméningococcique.

Aussi quand on a constaté cette inefficacité après deux ou trois injections doit-on procéder à de nouvelles investigations.

Il y a un moyen de différencier le méningocoque du paraméningocoque : le premier est agglutinable par le sérum antiméningococcique, le second ne l'est pas.

Lorsqu'on est arrivé à reconnaître ainsi qu'il s'agit d'une méningite paraméningococcique, il faut recourir au sérum antiparaméningococcique de Dopter.

M. Widal, dans un cas, a eu ainsi un succès, alors que géralement tous les cas de méningite paraméningococcique se terminent par la mort.

En 1909, avant que ces faits ne fussent connus, M. Widal a perdu un malade de méningite cérébro-spinale malgré un grand nombre d'injections de sérum antiméningococcique, commencées dès le quatrième jour de la maladie. Il n'est pas douteux pour lui qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une méningite paraméningococcique.

M. NETTER estime que devant ces faits il serait utile de chercher à constituer un sérum capable de combattre ces deux variétés de méningite cérébro-spinale.

De l'alitement dans les maladies mentales. — M. MAGNAN fait à l'Académie une importante communication sur les effets de l'alitement dans les maladies mentales, d'après ses expériences personnelles dans le service central d'admission (Sainte-Anne).

Le traitement par l'alitement dans une salle commune paraît être la formule définitive d'une série d'améliorations heureuses dans le traitement de ces maladies ; elles débutèrent par la suppression de la camisole de force, puis de la cellule.

Ce traitement exerce une influence extrême sur les formes aiguës fébriles, qu'il s'agisse d'états infectieux ou d'un délire aigu consécutif d'un accès maniaque ou d'un accès mélancolique ; les délires aigus fébriles, le delirium tremens fébrile deviennent exceptionnels. En même temps ont diminué les suicides, dans une proportion énorme : pour 4000 malades par an, on n'a eu depuis 1897, à l'admission, que 3 suicides aux hommes, pas un aux femmes.

M. Magnan, frappé de la supériorité des soins donnés par les femmes avec plus de zèle et de dévouement, termine en désirant la substitution du personnel féminin aux hommes, dans les infirmeries et dans les salles d'alitement.

M. BALLET s'associe aux conclusions de M. Magnan. Il ne doit pas y avoir de différence entre une salle d'asile et une salle d'hôpital. Ce qui domine ici, c'est la question du personnel soignant. Il faut renoncer d'une façon absolue à la cellule et aux chambres d'isolement pour les agités. Il y a longtemps que M. Ballet a constaté, à ce point de vue, que les aliénés traités dans les salles d'asiles généraux vont mieux que ceux qui sont traités dans les chambres des asiles privés. Enfin en terminant, M. Ballet partage complètement l'opinion de M. Magnan sur la grande supériorité des femmes sur les hommes pour soigner les aliénés.

Influence de la composition chimique de l'air sur la vitalité des microbes. — M. TRILLAT fait une lecture sur ce sujet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 12 JUILLET 1912 (*fin*)

Juvénilisme pur. — MM. APERT et BOUILLARD présentent un sujet de trente-huit ans qui, à la suite d'une fièvre typhoïde grave survenue à l'âge de seize ans, a cessé de se développer. Il a conservé la morphologie corporelle d'un sujet de seize ans. La barbe est restée limitée à un duvet léger de la lèvre supérieure, le pubis n'est garni de poils que sur un mince triangle, il n'y a pas de poils thoraciques ou abdominaux ; pas d'érection, aucun désir sexuel ; les testicules sont mous, mais de volume normal ainsi que la verge.

De même que les infantiles type Bourneville, type Brissaud, type Lorrain, sont restés les premiers au stade bébé, les seconds au stade enfant, les troisièmes au stade adolescent, ce sujet est demeuré au stade jeune homme ; c'est du juvénilisme plus que de l'infantilisme. Ce sujet continue donc la série des arrêts de croissance dus aux lésions du corps thyroïde.

M. Pierre MARIE fait remarquer qu'il y a chez ce malade des déformations manifestes du bassin qui peuvent être antérieures à la fièvre typhoïde et faire rentrer ce malade dans le groupe des infantiles.

L'albumino-diagnostic des épanchements des séreuses. — MM. MOSNY, JAVAL et DUMONT, en dosant systématiquement les matières albuminoïdes totales dans les épanchements pleuraux et ascitiques, sont arrivés aux conclusions suivantes :

1° Un épanchement récidivant pleural ou ascitique récidive suivant une formule d'albumine sensiblement identique à condition que sa cause pathogénique ne varie pas.

2° Les exsudats pleuraux (pleurésie aiguë séro-fibrineuse tuberculeuse par exemple) contiennent une quantité d'albuminoïdes de l'ordre de 30 grammes par litre très supérieure à celles des transsudats (hydrothorax des cardiaques par exemple) qui ne renferment que de 3 à 30 grammes de matières albuminoïdes par litre.

3° Parmi les ascites, les ascites cirrhotiques contiennent moins d'albumine que les ascites cardiaques dont le taux d'albumine paraît être du même ordre que celui des hydrothorax cardiaques. Les ascites cancéreuses sont les plus riches en albumine.

4° La réaction de Rivalta est positive dans les épanchements qui renferment au moins un gramme par litre d'une albumine spéciale précipitable à froid par l'acide acétique très dilué. Cette albumine spéciale qu'il y a intérêt à doser varie en général dans les épanchements, parallèlement aux autres matières albuminoïdes, sans leur être rigoureusement proportionnelle.

Les dosages d'albumine ainsi pratiqués donnent dans beaucoup de cas des résultats assez précis pour permettre de fonder sur eux un albumino-diagnostic des épanchements. Ils permettent de différencier les pleurésies inflammatoires des épanchements mécaniques et de classer entre ces groupes extrêmes toute une série d'épanchements mixtes.

Pour les ascites, l'albumino-diagnostic donne des formules très différentes suivant qu'il s'agit d'une ascite cancéreuse, cardiaque ou cirrhotique.

L'albumino-diagnostic ne se substitue ni à l'analyse cytologique ni à l'analyse bactériologique qui conservent toute leur valeur pour établir le diagnostic étiologique, mais il peut apporter sa part d'information dans l'étude d'un épanchement et ajouter des renseignements utiles à ceux qui sont

fournis par les autres méthodes et notamment par la réaction de Rivalta.

Pyélo-néphrite puerpérale avec septicémie paracolibacillaire. — MM. Achard et Saint-Girons apportent une observation de pyélo-néphrite survenue au cours d'accidents puerpéraux caractérisés par une fièvre modérée, des métrorragies et la transmission d'une ophtalmie légère au nouveau-né. La pyélo-néphrite se manifesta par des douleurs lombaires et paraombilicales à la pression et de la pyurie. Il y eut, en outre, deux grandes poussées fébriles au cours de l'une desquelles on obtint par l'hémoculture un bacille offrant les caractères d'un paracolibacille qui ne faisait que lentement fermenter la lactose et produisait de l'indol. Un bacille identique fut trouvé dans l'urine. Le sérum de la malade n'agglutinait pas ce microbe.

L'amélioration fut rapide et la malade put quitter l'hôpital moins de deux mois après le début des accidents.

Les auteurs insistent sur la nécessité d'une surveillance assez prolongée, même dans les cas favorables. Ils citent l'exemple d'une autre malade qui, après un accouchement, ayant été sondée par une sage-femme, fut prise de fièvre, de douleurs rénales unilatérales ressemblant à la colique néphrétique et d'urines purulentes. Traitée par l'urotropine et un régime approprié, elle eut pendant de longs mois un peu d'albumine et de pus dans ses urines. Puis l'urine devint tout à fait normale, et une seconde grossesse suivit un cours régulier sans aucun retour d'accidents urinaires.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 12 JUILLET 1912)

Section des racines lombo-sacrées postérieures pour algie consécutive à une méningite cérébro-spinale. — MM. Sicard, Bloch et Leblanc ont fait sectionner par M. Desmarest les racines postérieures gauches cinquième lombaire, première et deuxième sacrées, chez un homme de quarante-cinq ans, atteint depuis six ans, d'algies dans le domaine de ces racines, consécutives à une méningite cérébro-spinale. Les douleurs ont disparu, la marche est redevenue normale; la guérison se maintient depuis plus de deux mois.

Méralgie paresthésique secondaire. — MM. Sicard et Leblanc ont observé 3 cas où la méralgie reconnaît pour cause une hypertrophie des cols anatomique et chirurgical du fémur, échappant à l'exploration clinique et reconnaissable seulement à la radiographie. Dans le groupe des névralgies secondaires du fémur cutané, il y a donc place pour un syndrome étiologique osseux fémoral de cette affection. M. Claude a observé deux faits analogues.

Atrophie olivo-ponto-cérébelleuse. — M. Claude montre un homme de soixante-deux ans, qui depuis dix-neuf mois est atteint de dysmétrie et gêne des mouvements, sans signe physique ou mental de lésion organique. Il s'agit probablement de troubles fonctionnels, d'un état régressif lent de l'écorce cérébelleuse, se rapprochant des cas décrits par MM. Déjerine et Thomas sous le nom d'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse, interprétation que confirme M. Thomas.

Fractures spontanées des doigts chez une tabétique. — MM. Gaucher et Crouzon. Cette femme depuis neuf ans, a eu divers troubles trophiques : maux perforants multiples, fracture d'un doigt survenue à la suite d'un serrement de main, il y a deux ans, la radiographie montre une fracture insoupçonnée d'un métatarsien.

Paralysie double des sixièmes paires guérie par l'avancement musculaire. — MM. Dufour et Rochon-Duvigneaud montrent un tabétique guéri depuis 1908, par l'avancement des muscles parésiés, d'une diplopie qui n'existe plus que dans les positions extrêmes. M. de Lapersonne remarque que cette intervention n'est applicable qu'aux cas de parésie incomplète.

Famille d'achondroplasiques. — M. Souques montre trois achondroplasiques appartenant à une famille où, sur six enfants nés de parents bien portants, deux seulement sont indemnes. Il discute, à ce propos, les théories qui font des achondroplasiques soit des dégénérés, soit les créateurs d'une race nouvelle. M. Marie élève ici l'objection du rachitisme tardif, pseudo-achondroplasique.

Tumeur cérébrale opérée depuis treize mois. Guérison. — MM. Souques et de Martel montrent le malade, qui actuellement ne présente plus qu'un peu de gêne des mouvements de la commissure labiale. Depuis cinq ans, il souffrait de céphalée, surtout pénible depuis deux ans, avec crises jacksoniennes, débutant par la commissure labiale gauche, et stase papillaire. Il s'agissait d'un endothéliome méningé, l'opération fut faite en deux temps à trois jours d'intervalle, ablation complète.

Trophœdème ou adipose. — M. Laignel-Lavastine montre une femme de trente-neuf ans, qui, enfant, se faisait remarquer par ses gros mollets. A vingt-deux ans, les cuisses grossirent à leur tour. Actuellement, les membres inférieurs et le bassin sont énormes; il s'agit ou de trophœdème dur, ne faisant pas le godet, ne pouvant être pincé, ou d'adipose diffuse, c'est un fait de transition entre les deux états.

Paraplégie à titre de flexion avec exagération des réflexes cutanés de défense. — MM. Klippel et Monier-Vinard présentent un homme atteint vraisemblablement d'une paraplégie pottique présentant le type décrit par M. Babinski, avec suppression de la motilité volontaire des membres inférieurs, anesthésie remontant jusqu'à 5 centimètres de la ligne mamelonnaire, réflexe faible, les excitations cutanées produisent l'extension de l'orteil, et des mouvements de défense qui se généralisent de l'extrémité du membre vers sa racine. Les réactions vaso-motrices sont très différentes sur la partie supérieure et inférieure du corps.

Différence entre l'anesthésie organique et psychique. — MM. Babinski et Jarkowski. La délimitation des territoires anesthésiques est bien plus précise dans les affections organiques que dans les anesthésies psychiques où la zone d'erreur peut atteindre 3 à 4 centimètres. La différence est encore plus nette si l'on explore simultanément deux modes de la sensibilité; la piqûre et la chaleur par exemple. MM. Dufour et Dupré, dans le même but, prient le malade de compter à haute voix les piqûres; l'effort psychique ainsi compliqué rend plus malaisée la simulation.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 4 JUILLET 1912)

Méthodes de gymnastique utilisées et utilisables dans l'armée. — M. Castaing résume l'importante discussion de la Société sur ce sujet.

I. La gymnastique suédoise a trouvé des défenseurs en MM. Mercier, Toussaint, Daussat, Bourguignon, Arnaud, Dettling, aussi le règlement du 21 janvier 1910 est-il, de ce fait, favorablement apprécié par les adeptes de cette méthode. Il serait cependant à compléter pour quelques-uns, tandis que d'autres, avec M. Boigey, souhaiteraient que le règlement comprît exclusivement la gymnastique d'application. La gymnastique d'éducation devant être faite avant le régiment ou bien réservée seulement aux malingres, comme le veut M. Epaulard.

II. La gymnastique respiratoire compte également de nombreux adeptes, mais aussi des adversaires avec MM. Castaing, de Champtassin, Borgey. M. Mauquat qui condamne la gymnastique respiratoire usuelle lui substitue une méthode de respiration rythmée, fonctionnant en même temps que la suractivité musculaire cause du besoin physiologique de respiration, tandis que M. Thooris préconise une méthode qui a pour objet de « combiner les mouvements de l'appareil locomoteur et préhenseur avec les changements périphériques et volumétriques réciproques du thorax et de l'abdomen dans la position couchée et debout et avec le régime glottique ».

III. Différentes méthodes aux programmes utilisables ont été proposées. M. Thooris pense que c'est le système neuro-

central, glandulaire et viscéral, l'organisme entier qu'il faut savoir mettre en jeu pour arriver harmonieusement à des fins utiles. M. Epaulard recherche surtout les résultats à obtenir sans distinction de méthodes. M. Ménard recourt éclectiquement à toutes les méthodes pour augmenter le développement somatique en utilisant toutes les aptitudes du sujet. M. A. de Champtassin, après avoir critiqué la méthode suédoise qui repose d'après lui sur des données erronées, et après avoir indiqué sa théorie osmotique qu'il oppose à la théorie purement circulatoire cherche à obtenir l'augmentation de volume musculaire par l'effet d'un travail surtout qualitatif qui doit être recherché avant l'incorporation, la gymnastique d'application devant être exclusive au régiment. Enfin, M. Castaing tenant compte de l'état initial des recrues, indépendamment de toute méthode classée d'avance, cherche à obtenir un résultat somatique, cinétique, euphorique ou utilitaire par la gymnastique de force, d'assouplissement, de coordination, de répétition d'un même exercice en fonds et en vitesse dont il a tracé un programme.

Septicémies à staphylocoques et à streptocoques traitées par l'argent colloïdal et le sérum térébenthiné de Fabre. — M. BILLET signale trois observations de malades atteints de septicémies où la porte d'entrée était insignifiante et qui ressemblèrent à des typhoïdiques. L'hémoculture permit de faire le diagnostic et d'instituer le traitement immédiat. Dans ces trois cas les injections intraveineuses de collargol ou d'électrargol, associées chez deux des malades au sérum térébenthiné de Fabre, donnèrent des résultats heureux.

Evacuation des blessés sur les champs de bataille. — Au cours de cette intéressante discussion, M. POTIRALOWSKI, médecin militaire russe, qui a suivi d'un bout à l'autre la guerre russo-japonaise, apporte à la Société, avec les observations qu'il a pu faire au cours de cette campagne, le résultat de son expérience.

L'évacuation de tous les blessés vers l'arrière doit être aussi large et aussi grande que possible d'après lui, et contrairement à ce que l'on admet les blessés les plus graves doivent être évacués les premiers et supportent le transport mieux qu'on ne le croit. Pendant cette guerre, les évacuations jour par jour ont été de Moukden à Kharbine de 60000 blessés ou malades en deux semaines. Kharbine, qui se trouve à 600 kilomètres de Moukden, fonctionnait comme un hôpital d'évacuation. M. Potiralowski décrit la façon dont furent aménagés les trains d'évacuation. Malgré la présence de salles d'opérations, de cabinet de radiographie, les chirurgiens ne purent pas pratiquer d'interventions dans le service de l'avant, des blessés arrivèrent à 1000 kilomètres du terrain de combat porteurs de leurs pansements individuels.

Les postes de secours ne doivent être ni trop près ni trop loin des lignes de feu. Ils doivent être installés près des routes par lesquelles les blessés s'éloigneront d'eux-mêmes et souvent en groupe du terrain de combat. Dans les centres où furent rassemblés les soldats évacués, des hôpitaux furent créés pour recevoir des malades atteints de la même affection ou des mêmes genres de blessures (fièvres typhoïdes et dysenterie, oreilles, yeux).

D'après M. Potiralowski, le rôle des sociétés de secours a été incontestable mais très exagéré. Il fallait frapper le public en vue de solliciter des offrandes. Le service de santé de l'armée a fait son devoir avec plus de calme et de simplicité.

LIVRES NOUVEAUX

Légendes et curiosités de l'histoire (1), par le docteur CABANÈS.

Pour mener à bien la tâche de constituer les archives cliniques du passé, il faudrait réunir « l'érudition du chartiste, le tact du psychologue, et l'expérience du médecin ». Il nous semble bien que ces qualités requises pour faire un bon clinicien historique se rencontrent chez l'auteur de ce nouveau volume.

(1) Paris, Albin Michel, 22, rue Huyghens.

Sous le titre, *Un Maniaque sur le trône*, M. Cabanès nous raconte l'histoire de la folie de Charles VI.

Après une discussion très serrée des symptômes observés chez Charles VI, l'examen des antécédents personnels et héréditaires, l'influence d'une fièvre typhoïde grave, d'émotions morales profondes, M. Cabanès, avec Dupré, conclut à un de ces états mixtes se manifestant à la fois par des accès maniaques intermittents et par des crises confusionnelles et anxieuses, affection mentale bien étudiée par Krapelin en Allemagne, Deny et Camus en France.

Parmi les nombreux chapitres qui composent ce nouveau volume, nous signalerons l'*énigme du masque de velours*, le *parrain de la marseilldise*, la *fin d'un héros*, le *prétendu verre de sang de Mlle de Sombreuil*, les *femmes grosses devant l'échafaud*, etc., etc.

Le chapitre, peut-être le plus intéressant, est celui qui est est consacré au *Légendaire Barbe-bleue*.

Le Barbe-bleue de M. Cabanès est bien différent du Barbe-bleue que nous avons tous connu dans notre enfance et dont la cruauté semblait s'exercer uniquement sur les femmes.

L'histoire de Gilles de Rais, telle que nous la raconte Cabanès, est vraiment des plus captivantes. Elle nous montre un homme plein de courage, instruit, tout puissant, qui va se livrer impunément aux crimes les plus odieux, les plus horribles qu'il soit possible d'imaginer, crimes inouïs dont le nombre et la variété déconcertent. Quand, comme Cabanès, on va au fond des choses de l'histoire, on est loin de la légende et ici nous sommes loin du conte de Perrault. Jamais en aucun temps ni en aucun lieu on ne vit monstre pareil. « En comparant, dit en terminant Cabanès, le barbe-bleue de la légende avec le Gilles de Rais de l'histoire on a deux types différents d'un personnage identique.

« Pour les historiens, c'est le maréchal tel qu'il apparut devant ses juges. Pour les gens du peuple, c'est la personnification de la cruauté; c'est l'homme à qui on peut prêter tous les crimes et dont on ne chargera jamais assez la mémoire; c'est le tueur d'enfants, l'égorgeur de femmes, c'est pour tout dire, Barbe-bleue! Pour le médecin, c'est un anormal, un dégénéré, un maniaque dangereux, dont la société a plus que le droit, le devoir de se garantir. »

Comment se fait-il que la sentence, trop juste et trop tardive, du tribunal de Nantes ait pu être discutée? Comment se fait-il que des historiens, et des mieux qualifiés, aient pu chercher à réhabiliter Gilles de Rais?

Lisez Cabanès et vous serez édifié. A. BROCHIN.

Traité de matière médicale. Pharmacographie (1), par J. HÉRAIL, docteur ès sciences, professeur de matière médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger.

Voici un beau volume de plus de 800 pages qui me paraît constituer un traité bien complet de matière médicale. A vrai dire, la matière médicale intéresse plus particulièrement les pharmaciens; et cependant les médecins ont tout intérêt à la connaître ou, au moins, à avoir dans leur bibliothèque un ouvrage dans lequel ils puissent trouver le renseignement nécessaire. C'est dans la matière médicale que la thérapeutique va chercher un grand nombre de médicaments et on peut, avec M. Hérail, la définir « cette branche des sciences médicales et pharmaceutiques qui traite de l'origine et des caractères des substances médicamenteuses tirées des animaux et des végétaux ». Elle relève donc de la botanique et de la zoologie; elle contracte aussi des rapports, chaque jour plus étroits, avec la chimie et même sous l'influence des progrès réalisés par la chimie, le champ de la matière médicale s'est singulièrement restreint; les produits chimiques définis se sont peu à peu substitués aux matières minérales naturelles. Aussi le traité de M. Hérail est-il, plutôt qu'un traité de matière médicale, un traité de pharmacographie, ce terme créé par Fluckiger et Houbury désignant l'histoire des drogues simples. A propos de chaque drogue, l'auteur étudie successivement l'origine, la récolte ou préparation, les caractères, la composition chimique, les falsifications et les usages.

M. BRELET.

(1) In-8. Deuxième édition, J.-B. Baillière et fils, Paris 1912.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANATOMIE MACROSCOPIQUE DES VOIES BILIAIRES EXTRAHÉPATIQUES (1)

3° **Vésicule biliaire.** — La vésicule biliaire est un réservoir membraneux, de forme ovoïde, plus rarement cylindrique, situé dans la fossette cystique, sur la face inférieure du foie, à droite du lobe carré, depuis le sillon transverse jusqu'au bord antérieur. Cette fossette fait partie de la branche droite de l'H de Meckel. D'une longueur de 8 à 10 centimètres, d'une capacité normale de 30 ou 40 centimètres cubes, mais très extensible, la vésicule biliaire a une direction générale oblique de bas en haut, d'avant en arrière, de droite à gauche. On a coutume de lui décrire un fond, ou extrémité antéroinférieure, arrondie — un corps, avec deux faces, supérieure et inférieure — un col, se continuant par le cystique.

Ainsi comprise la vésicule biliaire est maintenue dans sa position par plusieurs moyens de fixité. C'est ainsi qu'il existe des veines, veines cystiques profondes, veines portes accessoires se rendant directement de la vésicule au foie et des artérioles. De plus, le corps de la vésicule est fixé au foie par des adhérences celluleuses qui se portent sur la capsule de Glisson. Mais le principal moyen de fixité est le péritoine. La disposition de ce dernier est très variable.

Parfois c'est un véritable voile tendu sur la vésicule biliaire qu'il plaque contre le foie, entourant seulement sa face inférieure et la moitié de ses bords. Considéré dans le sens vertical, le péritoine tapisse le fond de la vésicule, revêt la partie supérieure de ce dernier sur une étendue de 2 à 3 centimètres, puis se réfléchit sur la face inférieure du foie, formant l'angle hépato-cystique. D'autres fois le péritoine va entourer complètement la vésicule et lui forme un méso plus ou moins long la rattachant au foie. Dès lors la vésicule peut être plus ou moins flottante. Enfin dans certains cas on trouve un repli péritonéal prolongeant à droite l'épiploon hépato-duodénal. Ce repli peut atteindre le col vésiculaire, le dépasser et gagner le fond de la vésicule. Il est appelé ligament cystico-duodénal. Parfois il se continue en avant, en bas et à droite, semblant s'insérer sur l'angle colique droit : ligament cystico-duodéno-colique des classiques, cystico-duodéno-épiploïque d'Ancel et Sencert.

On a vu coïncider cette disposition avec l'existence du mésocyste hépatique, si bien que la vésicule paraissait suspendue au milieu d'un épiploon hépato-colique (Jonnesco).

Cette disposition du péritoine laisse deviner la variabilité des rapports de la vésicule.

a. *Rapports du fond.* — Dirigé en bas et en avant, le fond, portion la plus mobile, entièrement recouvert de péritoine, dépasse le bord tranchant du foie de 1 à 4 centimètres, selon que la vésicule est pleine ou distendue : c'est le lieu de l'échancrure ou incisure cystique. Il est très rare que le foie recouvre complètement la vésicule et qu'il faille soulever son bord antérieur pour la découvrir (Calot). La face supérieure est séparée du foie par un double feuillet péritonéal limitant le recessus hépato-cystique de Jacquemet, déjà individualisé précédemment. La face inférieure repose selon les cas (méso plus ou moins long, foie abaissé, etc.) sur le côlon transverse, sur le duodénum (adhérences possibles). Ses rapports avec la paroi abdominale sont les plus importants à préciser. Le fond de la vésicule est généralement situé à 1 ou 2 centimètres en dehors du bord externe du muscle droit de l'abdomen, à 5 ou 6 centimètres de la ligne médiane (Siraud), à 10 ou 12 centimètres (Raynal). D'autre part le fond serait au contact du rebord costal, au niveau de l'extrémité antérieure de la dixième côte, dans le décubitus dorsal (Calot). Dans la pratique on cherchera le fond de la vésicule à l'intersection du bord externe du muscle grand droit et de la dixième côte droite, un peu en dedans en cas d'hypertrophie du foie, un peu en dehors en cas d'atrophie.

b. *Rapports du corps.* — Nous avons déjà vu ses faces supérieure et inférieure avec l'étude des moyens de fixité. Nous ajouterons que normalement la face inférieure du corps répond en avant au côlon transverse, en arrière au duodénum. Des adhérences fréquentes expliquent le passage possible de calculs directement de la vésicule dans le gros intestin. Parfois la vésicule est déviée à gauche et affecte des rapports avec le pylore (coloré souvent en vert sur le cadavre), ou à droite, se mettant en contact avec le rein droit.

c. *Rapports du col.* — C'est la portion la plus étroite recourbée en bec d'oiseau (Heister). Séparé du corps par un sillon et du canal cystique par un rétrécissement, le col est infléchi à angle aigu sur le corps, formant ainsi parfois avec la nouvelle inflexion du cystique un *S* italique, à branches rapprochées (Cruveilhier). Dirigé de droite à gauche puis d'avant en arrière, le col présente des étranglements au nombre de trois. Les deux premiers, en comptant à partir de la vésicule, limitent une bosselure répondant au bassinet de Broca. Situé au sommet de la fossette cystique, inclus ou non dans le petit épiploon selon la disposition péritonéale, le col s'avance vers le hile, sans l'atteindre en général. Il repose sur la première portion duodénale, au voisinage de son angle avec la deuxième portion. Il répond en haut à la branche droite de la veine porte. Dans l'angle rentrant du col et du corps, à gauche, se trouve un gros ganglion lymphatique, ganglion du col de Mascagni inconstant.

4° **Canal cystique.** — Etendu du col de la vésicule biliaire au canal hépatique, ce conduit biliaire a généralement un aspect flexueux, noueux et bosselé. A l'état de vacuité il est aplati et assez lisse. D'une longueur variable, 3 à 4 centimètres, le cystique a un calibre très irrégulier. D'un diamètre inférieur à celui de l'hépatique, 2 à 3 millimètres en moyenne, il présente des rétrécissements et des dilatations. Pour Faure le minimum du diamètre est au niveau de sa naissance; pour Hyrtl à sa partie moyenne; Raynal admet la même disposition que Faure, qui signale de plus une dilatation ampullaire ou fusiforme du canal. Oblique en bas, en arrière et à gauche, le cystique se rapproche du hile. En général l'angle vésiculo-cystique est à quelques millimètres de l'extrémité droite du hile, et sur un plan antéroinférieur. Pour Descomps vésicule et cystique sont dans une sorte de dépendance du diverticule droit du hile. Très rarement, à la suite de l'effacement ou de l'absence du lobe carré, la vésicule et le cystique sont reportés à gauche, au niveau de la face antérieure de l'épanouissement du pédicule. Parfois le canal cystique part à angle droit de l'extrémité du col et se dirige transversalement vers le canal hépatique.

Comme le canal hépatique, le cystique chemine dans l'épaisseur de la portion hépato-duodénale du petit épiploon. Il descend situé en avant et à droite de la veine porte, séparé du canal hépatique par un espace angulaire très variable, angle de ligature de l'artère cystique (Hartmann). En effet dans le cas où il y a une vésicule munie d'un long méso, le cystique rejoint assez bas l'hépatique, ne s'adossant à lui que tardivement; au contraire, si la vésicule est collée contre le foie, le cystique rejoint précocement l'hépatique et les deux canaux cheminent côte à côte durant un parcours variable. L'artère cystique, dont nous avons déjà cité les nombreuses variétés, est généralement située à gauche du canal qu'elle côtoie, plus rarement à droite. Quant à la terminaison du cystique, elle mérite une étude spéciale qui rentre dans celle du confluent hépato-cystique.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — *Voir Gaz. des hôpit*, 1912, n° 81, p. 1182.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17


TRAITEMENT DE L'ANÉMIE, NEURASTHÉNIE
ET DE TOUS LES ETATS CONSOMPTIFS
SUC PUR INALTÉRABLE DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ A LA CATALASE ET AUX OXYDASES OXYHÉMOGLOBINIQUES
LE FLACON ENTIER 8 FRANCS
MUSCULOSINE
BYLA
LE DEMI-FLACON 4 Fr. 50
LES PLUS HAUTES RÉCOMPENSES
PRÉPARÉE ET CONCENTRÉE A FROID
DOSE MOYENNE
4 Cuillerées à soupe par Jour pour Adultes, 4 Cuillerées à dessert pour les enfants.
ABSENCE TOTALE DE TOUS GERMES NOCIFS
LES ÉTABLISSEMENTS BYLA
GENTILLY (SEINE)

N° 85. — SAMEDI 27 JUILLET 1912 85e ANNÉE SAMEDI 27 JUILLET 1912. — N° 85.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve opératoire.* — Séance du 24 juillet. — MM. Capette, 15; Mercadé, 23; Martin, 24; Bazy, 14; Okinczyc, 23; Gernez, 25; Heitz-Boyer, 27; Mocquot, 29.

Séance du 25 juillet. — *Epreuve orale.* « De l'invagination intestinale aiguë. » — MM. Mercadé, 15; Okinczyc, 20; Gernez, 18; Heitz-Boyer, 16; Mocquot, 19.

Les autres candidats se sont retirés.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Duchâteau, médecin général de deuxième classe.

Au grade d'officier. — MM. les docteur Netter (de Paris); Trabaud, médecin en chef de première classe de la marine; Roux-Freissineng, médecin principal de la marine; Ludger, médecin en chef de première classe de réserve.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Bonzon, Farez, de Langenhagen, Le Noir, Maréchal, Ombrédanne, Retterer, Richardière et Thomas (de Paris), Broussin (de Versailles), Darget (d'Orthez), Héron (de Tours), Maignal (de Dakar); Allain, médecin de première classe de réserve; Régnault, Oudart et Barbe, médecins de première classe de la marine.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la vingt-neuvième semaine, 833 décès, au lieu de 878 pendant la semaine précédente et au lieu de 832, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 7 décès au lieu de 2 la semaine précédente (moyenne 5); la diarrhée infantile a causé 58 décès de 0 à 1 an au lieu de 62 la semaine précédente (moyenne 39).

Les autres maladies infectieuses ne dépassent pas la normale.

COMITÉ MÉDICAL D'AVIATION MILITAIRE. — Le Comité rappelle à tous les confrères que le montant de la souscription, ouverte dans le corps médical en faveur de l'aviation militaire, est remis au Comité national que préside notre éminent confrère, M. le sénateur Raymond, et que le Comité national a décidé de ne verser qu'entre les mains des services compétents les sommes recueillies par lui, et seulement au fur et à mesure des dépenses engagées.

Nos confrères peuvent donc être certains que leurs oboles seront entièrement consacrées au développement des différentes branches de l'aviation militaire et qu'elles contribueront ainsi sûrement à conserver à la France le premier rang que ses aviateurs lui ont si glorieusement, mais parfois si douloureusement conquis.

Le montant des deux premières souscriptions s'élève à la somme de 3 168 francs.

Le Comité prie instamment tous les médecins français d'adresser leurs souscriptions, si minimes soient-elles, au trésorier, M. le docteur Chapon, 21, rue du Louvre, Paris.

Deuxième liste de souscription :

Docteur Ravaud	10 fr.
— Contet	20
— Huerre	5
— A. Maurice	5
— Gamulin	10
— Vatineau	3
Syndicat médical de la Sarthe (docteur Vincent)	25
Professeur Bouchard	100
Docteur G. Lyon	25
— J.-L. Faure	50
— Bodin	5
— Maringer	20
Syndicat médical des Voges (docteur Brallet)	50
Société de médecine du Mans (docteur Delaunay)	50
Docteur Gairal	20
— Bourdel	25
Maison des Etudiants (docteur Mallet)	50
Docteur Walsdorff	10
— Boulay	20
— A. Petit, 130, rue de Rennes	20
— Martinelli	50
— Coudour	10
— Schmitt	20
— Coudray	20
Conseil des professeurs de la Faculté de Montpellier (docteur Vires)	300
Docteur Deparpe	10
— Paul Guillon	10
— Le Maguet	20
Professeur Gilbert	100
Total	1063
Première liste de souscription	2105
Total général	3168

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pfeiffer (de Paris).

RENSEIGNEMENTS

452. — **EXTERNE CHIRURGIE, SAINT-LOUIS** (30 fr. par mois), demande remplaçant du 1er ou, au plus tard, du 15 août au 15 septembre. — Ecrire P. N. Deschamps, 25, quai Conti.

REVUE GÉNÉRALE

TUBERCULOSE PULMONAIRE ET GROSSESSE

Par M. JEAN COLOMBET,
Ex-interne des hôpitaux de Lyon et de la maternité de l'Hôtel-Dieu.

Le clinicien en présence d'une femme enceinte, atteinte de tuberculose pulmonaire se trouve en face de plusieurs problèmes très angoissants qu'il a le devoir de résoudre :

Quelle sera l'influence de la grossesse sur la lésion du poumon? — Quelle sera l'action de la tuberculose sur la grossesse? — Quelle sera la valeur du produit de conception?

A chacune de ces questions, il doit faire une réponse d'autant plus consciencieuse qu'elle lui dictera une conduite thérapeutique parfois grave dans ses conséquences.

I

Historique. — Il n'est donc pas étonnant de constater que les rapports entre la grossesse et la tuberculose pulmonaire aient été étudiés depuis fort longtemps. Beaucoup de mémoires se plaisent à citer l'opinion d'Hippocrate. Depuis, ce problème a fait le sujet de nombreux travaux, il a été posé et discuté maintes fois dans les sociétés et congrès de médecine, il a été résolu, d'ailleurs, dans des sens très différents, comme l'on peut s'en convaincre par la lecture des documents qui s'y rapportent.

Ce sont des *idées générales*, qui, aux différentes époques ont dirigé le traitement de la femme enceinte atteinte de tuberculose pulmonaire.

De la plus haute antiquité jusqu'au milieu du XIXe siècle on a vécu sur cette idée que la *grossesse avait une influence heureuse sur la bacillose pulmonaire*. Cette opinion a été défendue par Sims, Ronzière de la Chassagne, Marc Franck, Baumès, Cullen, Lassègue, etc. Wernich recommandait même aux jeunes femmes phtisiques le mariage, dans le but de guérir leur affection du poumon. Aussi, logiques avec eux-mêmes les médecins de cette époque *laissèrent toujours évoluer la grossesse de la femme tuberculeuse*.

En 1849 Grisolle, deux ans plus tard Dubreuihl, reprenant les idées émises par Mauriceau, firent une communication à l'Académie de médecine pour prouver, documents cliniques en mains, l'*influence néfaste de la grossesse sur la phtisie*; la grande majorité des médecins se rangèrent à leur avis; parmi eux il convient de citer en France, Guéneau de Mussy, Perroud, Hergott, Grancher, et à l'étranger Lebert, Triedleben, Virchow, Brehmer, Kirschner, Bernheim, Bumm, etc.

Or ce fait nouveau n'eut pas, tout au début, de conséquences thérapeutiques appréciables, soit que l'interruption de la grossesse fût rejetée en principe par certains accoucheurs qui l'estimaient contraire à la morale et à la loi, soit qu'une pareille intervention fût considérée comme inefficace ou même nuisible. Ce dernier argument a été soutenu par l'*école française dont le seul souci même encore aujourd'hui est de laisser évoluer la grossesse jusqu'à terme en la favorisant par des moyens purement médicaux*.

De cette notion nouvelle, les savants étrangers tirèrent, dans la suite, des conclusions thérapeutiques bien différentes.

Pasquali, Bompiani, au Congrès de la Société d'obstétrique à Rome (1886) présentèrent plusieurs cas d'interruption de grossesse pour tuberculose pulmonaire. En 1890 William Duncan considérant la grossesse comme une complication de la phtisie préconisa sans hésiter la lutte contre la puerpéralité en pareil cas. *Le principe de l'interruption de la grossesse était posé ;* il fut défendu dans la suite par Simpson au Congrès de Padoue 1903, par Puncke en 1903.

L'*école allemande* se fit bientôt le champion de cette thérapeutique nouvelle, mais elle en exagéra la portée puisque l'on vit bientôt certains gynécologues proposer pour tous les cas de grossesse associée à la tuberculose pulmonaire non plus seulement l'*avortement* provoqué mais la *stérilisation* temporaire ou définitive de la femme enceinte.

Actuellement à l'étranger, une opinion plus modérée tend à prendre pas sur les autres. La puerpéralité a une action très variable sur les lésions tuberculeuses du poumon, qui elles-mêmes se présentent sous les formes les plus diverses. Aussi, il convient de raisonner, non pas sur des principes absolus, *mais sur chaque cas pris en particulier*, et l'on doit faire appel tantôt à une thérapeutique purement médicale et tantôt à une intervention plus énergique.

Avant d'exposer et de discuter le problème thérapeutique, il est utile de mettre en lumière les faits cliniques sur lesquels il repose.

II

Influence de la grossesse sur la tuberculose pulmonaire. — Nous nous trouvons en présence de plusieurs opinions :

Les anciens sont des optimistes ; ils estiment tous que la *grossesse est indifférente sinon favorable à la tuberculose pulmonaire*. Buckhardt et Wernich lui attribuent même une action curative. De nos jours Mercier et Kania admettent que la grossesse atténue les effets de la prédisposition tuberculeuse.

Pour Mauriceau, Louis, Gaulard, etc., la *grossesse aggrave la tuberculose pulmonaire*. Les auteurs étrangers modernes abondent dans ce sens; Heimann, dans une statistique générale montre que cette action nocive se produit dans 73,4 p. 100 et provoque la mort dans 55 p. 100 des cas. Dans la statistique Fellner-Schauta la grossesse a été le point de départ d'une poussée tuberculeuse dans 68 p. 100 des cas. Pradella s'appuyant sur 1035 observations affirme avoir constaté une aggravation dans 80 cas sur 100. Hermann et Hartl en ont fait la preuve expérimentale sur des cobayes.

Certains auteurs adoptent une opinion mixte : la *puerpéralité a une action d'arrêt à l'une de ses périodes* (début, milieu de la grossesse) et *une influence accélératrice aux autres* (accouchements, suites de couches, lactation) [Gendrin, Pidoux, Peter, etc.].

Les éclectiques constatent simplement que, suivant le degré des lésions et la résistance des sujets, la *tuberculose reste stationnaire ou s'améliore ou s'aggrave au cours de la grossesse* (Dubois, Héraud, Cornil, etc.)

La clinique semble donner raison à cette dernière opinion ; dans la majorité des cas les événements se passent ainsi :

« Tolérance relative ou légère poussée au début,

accalmie au milieu de la grossesse, aggravation à la fin de la gestation. Véritable coup de fouet au moment de l'accouchement et surtout pendant les suites de couches. » (Magnette.)

L'allaitement entretient et favorise cette aggravation. Théoriquement d'ailleurs la grossesse par les modifications profondes qu'elle apporte dans la circulation et la nutrition de l'organisme en affaiblit la résistance. Le sang, dit Bonnaire, se trouve dans des conditions de chloroanémie, tous ses éléments sont diminués, sauf l'eau et les leucocytes. Du côté de l'urine, même raréfaction des substances solubles et extractives; la perte des phosphates est très accusée, il se produit une espèce de cachexie par déminéralisation au profit de l'organisme fœtal (Ferrier). La grossesse, avec ses troubles sympathiques et ses complications, doit être considérée comme une véritable maladie de neuf mois qui facilite singulièrement la contagion tuberculeuse et favorise l'aggravation d'une lésion existante.

En réalité, la résistance de l'organisme est toujours diminuée (Resinelli) mais certaines conditions masquent ou exagèrent cette action néfaste. La situation sociale, l'état moral, les tares héréditaires ou acquises, les degrés et la forme de la tuberculose, les infections associées, le passé obstétrical, la grossesse elle-même qui peut évoluer sans violence ou s'accompagner de manifestations sympathiques graves (troubles gastro-intestinaux, hépatiques ou rénaux) constituent des sources continuelles d'intoxication.

Aussi il est difficile d'établir pour chaque cas particulier le pronostic de la tuberculose. C'est pour cette raison qu'il faut être *pessimiste* même dans les cas les plus favorables (Marigliano-Schauta.)

De ces considérations, il faut retenir les deux faits suivants :

a. L'aggravation fréquente de la tuberculose pulmonaire pendant la grossesse et surtout au moment de l'accouchement et dans les suites de couches.

b. La difficulté d'établir un pronostic de la lésion tuberculeuse au début de la grossesse.

III

Influence de la tuberculose pulmonaire sur la grossesse. — Sur cette question, les opinions sont moins divergentes et, pour la grande majorité des accoucheurs, les faits se passent ainsi :

L'avortement spontané est rare, l'accouchement prématuré est très fréquent, presque de règle dans les cas graves.

Dans les formes bénignes ou moyennes, l'accouchement se produit à terme (Ascoli, Merletti, Freund, etc.).

L'interruption spontanée de la grossesse est due surtout à des complications de la maladie (hémoptysie, toux fréquente et spasmodique, infections secondaires, hyperthermie, etc.).

A sa naissance l'enfant a un poids souvent inférieur à la moyenne (Charrin), rarement supérieur, parfois normal.

En résumé la tuberculose pulmonaire n'entrave pas sensiblement la marche de la grossesse.

IV

Valeur du produit de conception. — Quand la tuberculose pulmonaire évolue normalement l'enfant arrive à terme. Quel est le sort qui lui est réservé ?

Pour résoudre ce problème il faut connaître *l'état de santé de l'enfant à sa naissance, les dangers qui le menacent dans l'avenir.*

α. La valeur du produit de conception à la naissance est a priori *fonction de l'influence héréditaire.*

La contagion conceptionnelle par le sperme qui a infecté l'ovule au moment de la fécondation doit être tellement rare qu'elle ne peut entrer en ligne de compte dans la discussion du problème.

Trois opinions restent en présence :

L'enfant n'hérite à aucun degré des tares de la mère, et par conséquent doit être considéré comme normal et sain à la naissance. *Il naît sain, absolument indemne, non tuberculeux, non tuberculisable* (Lequeux).

Pour défendre cette théorie, on invoque le rôle d'arrêt du placenta pour les microbes et les toxines, l'extrême rareté des lésions tuberculeuses au niveau du placenta et dans les organes du fœtus, le poids normal de l'enfant à sa naissance, l'absence de tout stigmate de tuberculose, le parfait développement ultérieur.

Comby affirme que l'hérédité de terrain n'existe pas plus que l'hérédité de graine. L'enfant devient tuberculeux parce qu'il se contamine directement en vivant dans le milieu familial, mais si on l'éloigne immédiatement de ce milieu infecté, comme le conseille le professeur Weill il se développe aussi bien que tout autre.

Cette opinion qui nie toute hérédité a aussi rencontré de nombreux adversaires qui lui ont opposé soit la théorie de l'hérédocontagion soit la doctrine de la prédisposition.

L'*hérédocontagion* est défendue surtout à l'étranger ; l'infection se fait par voie sanguine à travers le placenta par l'intermédiaire des leucocytes ou de l'épithélium de la villosité choriale.

Cette opinion prétend s'appuyer sur des preuves cliniques et expérimentales.

De nombreux auteurs ont signalé des cas de tuberculose fœtale constatés à l'autopsie (Armani, Schmorl, Birch, Hirschfeld, Sabouraud, Londe, Bar et Rénon, Ausset).

Von Schmorl aurait trouvé la tuberculose placentaire dans 45 p. 100 des cas. Bar dans 4 cas sur 12. Wertheim, Nowak, Raigel, Paukow considèrent comme très fréquente l'infection tuberculeuse du placenta. Schlimpert a constaté la présence de bacilles de Koch dans cet organe dès le début de la grossesse. Rielander et Mayer, après recherches histologiques, affirment que la tuberculose envahit d'abord la membrane déciduale ; peu à peu le placenta est attaqué dans sa profondeur et l'infection gagne le fœtus.

Landouzy et Martin, et depuis eux de nombreux savants ont réalisé la preuve expérimentale de ce passage de l'infection tuberculeuse, sans obtenir toutefois de lésions bacillaires.

Beaucoup inclinent à penser que des procédés de laboratoire plus sensibles révéleront la fréquence de la tuberculose placentaire.

Certains adversaires de cette théorie, sans nier l'influence de l'hérédité refusent de lui reconnaître une action si directe. Ils appuient leur opinion sur l'anatomie pathologique, la clinique et enfin la biologie : le nouveau-né, en effet, ne réagit ni à la tuberculine (Hutinel), ni au sérodiagnostic tuberculeux (Andérodias et Buard), ni à l'ophtalmoréaction (Plauchu, Lesieur), ni à la cutiréaction (sauf dans la statistique de Salge).

Mais si l'enfant ne naît pas tuberculeux au sens bactériologique du mot, il est un prédisposé. L'*hérédoprédisposition* est la transmission par le générateur, non plus d'une infection bacillaire, mais d'un état organique spécial qui rend le nouveau-né sensible aux maladies contagieuses.

En clinique, cette déchéance ne se manifeste pas comme dans la syphilis par des stigmates indélébiles et constants; toutefois l'enfant né d'une phtisique présente souvent un poids inférieur à la moyenne, un développement tardif et lent (Charrin), des déformations osseuses qui sont des signes de débilité (Alberto Baudelac de Pariente).

Cette opinion n'est pas à l'abri de toute critique. Récemment encore Landouzy (1911) dans une communication à l'Académie de médecine montrait que si on ne trouve pas de bacilles de Koch chez la plupart des cobayes nés de mères bacillaires, le virus de ces premiers descendants injectés à d'autres animaux leur inocule la tuberculose.

Toutefois la théorie de l'hérédoprédisposition satisfait l'esprit dans la grande majorité des cas cliniques; elle est adoptée par la plupart des auteurs.

β. C'est surtout l'*avenir des enfants nés de mères tuberculeuses* qui représente la preuve la plus décisive en faveur de la prédisposition héréditaire.

M. le docteur Plauchu (de Lyon) a montré récemment, avec son élève Gardère, que les prématurés nés de mères tuberculeuses ont un avenir immédiat beaucoup plus sombre que les autres prématurés placés dans les mêmes conditions. Pendant leur croissance, ils sont fréquemment sujets à des accidents pathologiques portant surtout sur l'appareil pulmonaire (observations de la nourricerie Rémond).

D'autre part, abandonnés à la vie courante, ces enfants meurent dans une proportion effrayante. Dans la statistique d'Ascoli, 55 p. 100 sont morts dans la première enfance dont 33 p. 100 de méningite bacillaire. Un grand nombre de survivants deviennent tuberculeux.

Dans la statistique d'Hambürger, sur 51 enfants de phtisiques, 23 sont morts. Dans la statistique de Miller et Woodraff (New-York) sur 150 enfants de tuberculeuses, 76 ont présenté des lésions bacillaires, soit 51 p. 100.

Médovikov signale une recrudescence de mortalité au moment de la puberté. Pissavy croit que la tuberculose des parents quadruple les chances de tuberculose des descendants.

Enfin, M. le professeur Voron (thèse Vittoz, Lyon 1911) a démontré que la survie de ces enfants est précaire puisque sur 46 cas observés et suivis pendant quelques années la mortalité s'est élevée à 68 p. 100.

En conclusion la valeur de l'enfant issu d'une mère atteinte de tuberculose pulmonaire est relative. Elle dépend de beaucoup de circonstances.

Cet enfant, le plus souvent indemne de tout bacille à sa naissance, se trouve toutefois dans un état de moindre résistance qui le prédispose, sans le vouer fatalement, à la tuberculose. Eloigné du milieu de contagion familiale dès la première heure, soustrait à l'allaitement maternel, élevé à la campagne, au biberon ou de préférence au sein, entouré de soins constants, il se développera normalement, ainsi que le prouvent les statistiques de la nourricerie Rémond (Plauchu, Gardère). Mais il est impossible actuellement de réaliser ces mesures d'hygiène dans tous les cas, puisque les œuvres d'assistance de l'enfance sont encore l'exception : *aussi fatalement grand nombre de ces prédisposés sont voués à la tuberculose par incurie maternelle ou imprévoyance sociale.*

V

Traitement. — A la lumière des documents que nous venons d'exposer il est facile d'aborder dans de bonnes conditions le problème thérapeutique que nous avons posé au début.

Une femme enceinte présente des lésions tuberculeuses du poumon. Quelle doit être la conduite du médecin ?

Les accoucheurs se divisent sur cette question en trois groupes :

A. Méthode abstentionniste. — Les uns ont pour principe de laisser évoluer la grossesse quels que soient son âge et le degré des lésions pulmonaires : « Nous ne devons jamais, dit Rudaux, discuter la question de l'évacuation utérine, tout au moins dans l'intérêt de la femme. »

Fatalistes à l'égard de la mère, ces accoucheurs se tiennent avec prudence dans l'expectative armée et ils espèrent sauver l'enfant en permettant à la grossesse d'évoluer jusqu'à son terme normal avec le seul secours de la thérapeutique et de l'hygiène. C'est le professeur Pinard qui, *au Congrès de Rome 1902*, a formulé ces principes au nom de l'*école française*, synthétisant sa pensée sous la forme suivante : *il n'y a pas d'indication d'avortement ou d'accouchement prématuré au cours de la tuberculose pulmonaire.* Les partisans de cette méthode abstentionniste considèrent la malade comme condamnée à une mort prochaine quand ses lésions pulmonaires s'aggravent sous l'influence d'une grossesse (Bouchard), l'avortement provoqué est en pareil cas inutile sinon nuisible à l'égard de la mère et il tue l'enfant. Dans ces conditions, c'est l'enfant qu'il faut sauver à tout prix.

B. La méthode abortive, proposée déjà au Congrès de Rome (1886) par Pasquali, Bompiani, a été défendue en 1890 à Londres par William Duncan. Elle est aujourd'hui acceptée dans ses principes par les accoucheurs étrangers. C'est dans l'*école allemande* que l'on trouve les plus ardents défenseurs de cette thérapeutique qui est dirigée par deux idées.

1. En obstétrique, il faut avant tout sauvegarder les intérêts de la mère, surtout lorsque l'avenir de l'enfant est très précaire.

2. La grossesse est une cause certaine d'aggravation pour la tuberculose pulmonaire; aussi il faut la supprimer et même en éviter le retour par la stérilisation de la femme.

Les cliniciens les plus audacieux appliquent dans toute leur rigueur ces lois générales, et c'est ainsi que Hermann, Marigliano, Ploos, Vicarelli, Hamburger, Chauta, etc., admettent sans restrictions l'interruption de la grossesse.

Mais la grande majorité des accoucheurs étrangers ont basé leur ligne de conduite sur certaines règles qui constituent les *indications de l'interruption de la grossesse au cours de la tuberculose pulmonaire.*

Ces individualistes (Schauta) s'accordent à reconnaître les trois principes suivants :

1. *Il faut intervenir au début de la grossesse dans les trois premiers mois.*

2. *La malade doit présenter une forme de tuberculose susceptible de s'améliorer et de guérir.*

3. L'accouchement prématuré doit être considéré comme un traitement d'exception pour sauver non pas la mère mais l'enfant dans les cas désespérés.

A cette opinion se rangent Strassmann, Bumm, Reich, Shalkowski, Martin, Jaschke, Asch, Krauss, Woïta, Kaminer, Mordkowitsch, Ascoli, Hammerschlag, Henius, Frigyesi et Kiraliff, Hellendall, etc.

Certains auteurs essayent de préciser davantage les indications de l'avortement provoqué. Les uns insistent sur l'*état général* et sur le *poids*. Une diminution de poids rend inutile toute intervention (Ascoli et Zagari). La *température* est également un bon élément de pronostic : l'hyperthermie même légère commande l'intervention (Neu, Rosthorn, Dützmann, Woïta, Fraenkel, Henius, etc.).

La *lésion pulmonaire elle-même* a une grande importance. Il faut intervenir quand la tuberculose apparaît ou s'aggrave dès le début de la grossesse (Merletti, Kaminer, Bossi, etc.); de même lorsque le processus tuberculeux envahit les lobes moyens et inférieurs du poumon (Rosthorn, Fraenkel) et dans les cas où les lésions sont parenchymateuses (Woïta), enfin dans les lésions du premier et du deuxième degré seulement (Bumm, Frigyesi et Kiraliff, etc.).

Les *hémorragies* et surtout les *hémoptysies* abondantes et répétées sont des indications d'avortement (Pestalozza, Bollenhagen, etc.).

Les *complications cardiaques, gastro-entériques, hépatiques ou rénales* peuvent également rendre nécessaire l'intervention. De même la propagation de la tuberculose au larynx (avis unanime).

Bossi, Henius, Krönig, etc., invoquent des *raisons d'ordre social* en faveur de l'avortement : « Il faut le pratiquer de préférence chez les femmes pauvres, c'est-à-dire incapables de lutter par l'hygiène et la bonne nourriture contre la tuberculose envahissante. »

Liepmann, Mordkowitsch considèrent l'avortement comme nécessaire chez les multipares dont les grossesses antérieures ont aggravé la tuberculose pulmonaire. On fait appel, enfin, aux *réactions biologiques* pour éclairer le pronostic.

Sippel attire l'attention sur la *formule leucocytaire et l'indice opsonique* : quand il y a diminution du pouvoir phagocytaire et de l'indice opsonique, il y a rupture d'équilibre entre les moyens de défense de l'organisme et les agresseurs en faveur de ces derniers; il faut alors intervenir. Martin (de Berlin) considère les résultats positifs de l'*ophtalmo-réaction* chez les tuberculeuses gravides comme un bon signe de défense de l'organisme; dans ce cas la grossesse sera bien supportée et il ne faut pas intervenir.

Dans le même ordre d'idées, Bar et Devraigne considèrent l'*épreuve à la tuberculine* (*procédé d'Arneth*) comme un excellent moyen de pronostic : « Toute femme qui, au début de sa grossesse, a une réaction violente à la tuberculine, même avec des lésions pulmonaires en évolution, supportera bien sa grossesse. Au contraire une réaction négative coïncidant avec des lésions même légères entraîne avec elle un pronostic grave, et dans ce cas il y a une indication pressante d'intervention. »

Beaucoup d'accoucheurs étrangers considèrent la *stérilisation* comme la conclusion sinon le temps principal de la thérapeutique interventionniste.

L'idée directrice c'est que l'accoucheur doit achever son œuvre en supprimant définitivement la fonction de maternité qui est la source de dangers constants pour la femme tuberculeuse.

Bumm, l'un des plus ardents défenseurs de cette pratique, la propose en ces termes : « On se fait trop souvent illusion sur les effets de l'avortement artificiel dans les cas de tuberculose pulmonaire, et, malgré les bons résultats obtenus, il vaut mieux, si la femme est trop fertile, lui enlever les ovaires et l'utérus, s'il est gravide. Désormais à l'abri du danger, la femme acquerra un embonpoint qui augmentera sa force de résistance. »

Voici les *indications générales* de cette intervention :

1. La femme doit être âgée, multipare et ne pas désirer avoir de nouveaux enfants;
2. Elle ne doit pas être enceinte de plus de quatre mois;
3. Elle doit présenter des lésions pulmonaires en évolution mais susceptibles de rétrocéder après l'interruption de la grossesse.

La stérilisation n'est indiquée chez la primipare que dans les formes très sévères.

Les moyens proposés pour la stérilisation sont les uns sanglants et définitifs, les autres temporaires.

Pour la *stérilisation définitive* l'école de Bumm préconise l'extirpation totale de l'utérus et de ses annexes (Martin). Cette intervention favorise l'apparition de l'embonpoint.

Strassmann conseille l'hystérectomie simple, Bardeleben et Fraenkel l'hystérectomie subtotale; ces chirurgiens respectent les ovaires pour soustraire leurs opérées aux troubles de la ménopause prématurée.

D'autres accoucheurs préfèrent la *stérilisation temporaire* soit par ligature, soit par section des trompes (Dützmann, Jaschke, Rosthorn, Neu, etc.). La stérilisation que l'on obtient ainsi n'est pas théoriquement définitive, car si la malade guérit de ses lésions pulmonaires on peut alors soit reconstituer la trompe, soit implanter l'ovaire dans la paroi de l'utérus : une grossesse nouvelle est alors possible.

Signalons enfin les *rayons Rœntgen* qui, pour Gauss (de Fribourg-en-Brisgau), auraient une action stérilisante sur les ovaires.

Tout récemment M. le professeur Bar a proposé l'*hystérectomie* dans un tout autre but : ayant eu l'occasion de constater plusieurs cas de tuberculose placentaire il émet l'hypothèse que cette lésion peut être la cause des désordres qui surviennent chez la tuberculeuse au moment de l'accouchement; les contractions utérines brassant le placenta libèrent et jettent dans la circulation les colonies bacillaires, et cette dissémination donne un sérieux coup de fouet à la tuberculose. Il faut donc extirper cet abcès bacillaire avant ce moment critique; l'hystérectomie précoce est alors un procédé de choix.

Sans prendre parti pour ou contre cette cure radicale de la maternité, toujours lourde de conséquences, on peut conclure que la stérilisation peut être théoriquement légitimée par ce fait qu'elle soustrait définitivement la malade aux dangers de la grossesse et qu'elle évite aussi à l'accoucheur la cruelle nécessité de provoquer des avortements à répétition.

C. Les méthodes que nous venons d'exposer sont des méthodes extrêmes qui paraissent posséder l'une et l'autre une part de vérité. Entre elles prend tout naturellement place une THÉRAPEUTIQUE ÉCLECTIQUE dont les partisans adoptent suivant les circonstances et suivant les cas telle ou telle ligne de conduite.

Cette thérapeutique est appliquée depuis plusieurs années par M. le professeur Voron à la maternité de

l'Hôtel-Dieu de Lyon où elle donne de très bons résultats.

L'accoucheur, en présence d'une femme enceinte atteinte de tuberculose pulmonaire, doit apprécier l'*âge de la grossesse et la gravité des lésions du poumon*, car ces éléments sont de première importance et mettent immédiatement en valeur les cas pour lesquels doit se discuter la question de l'avortement provoqué.

En effet, l'interruption de la grossesse ne peut trouver son application que *dans le groupe des femmes dont la tuberculose est bénigne et curable*, *la grossesse dans le premier tiers de son évolution*, c'est-à-dire à une époque où elle n'a pas encore fait sentir son influence nocive.

Il faut d'ailleurs faire d'importantes *restrictions* à cette règle trop générale.

La lésion ne doit pas être simplement soupçonnée, elle doit être affirmée par la clinique, elle doit se manifester par des signes physiques nets (signes d'induration ou de congestion, craquements localisés aux sommets) auxquels peuvent s'adjoindre des signes fonctionnels et des signes généraux (hémoptysie, toux fréquente, expectoration contenant des bacilles de Koch, amaigrissement réel évalué en tenant compte de l'augmentation normale de poids pendant la grossesse, élévation thermique même légère, transpirations profuses, etc.).

Si la lésion pulmonaire s'est au contraire extériorisée depuis fort longtemps de tout cortège symptomatique le médecin doit la considérer comme cicatrisée, l'avortement est alors contre-indiqué.

D'autres formes peuvent encore bénéficier de l'intervention précoce : ce sont celles qui se manifestent par des râles de congestion ou par des craquements localisés aux sommets.

Dès que les râles humides apparaissent, les chances de guérison s'éloignent et le succès de la thérapeutique abortive est déjà compromis.

Toutefois, dans les cas où les râles sont localisés et peu nombreux l'avortement peut être indiqué si la malade s'engage à suivre pendant plusieurs années un traitement antibacillaire.

Il faut exclure résolument, des indications de l'avortement médical, les formes graves parce que leur guérison devient trop incertaine ; il n'est pas raisonnable alors de sacrifier l'enfant pour un bénéfice maternel trop aléatoire.

Pour prendre une décision thérapeutique il faut observer *certaines règles de prudence*.

Le diagnostic de tuberculose pulmonaire au début est toujours délicat à établir ; d'autre part l'examen clinique doit être rapide, car l'intervention a d'autant plus de chance d'aboutir au succès qu'elle est précoce. Aussi l'accoucheur placé dans une situation lourde de responsabilité doit faire appel à un médecin expérimenté et lui demander d'établir, sans idées préconçues, le diagnostic et le pronostic de la lésion pulmonaire. Fort de cet avis l'accoucheur reprend alors son rôle ; *nous considérons cette collaboration comme essentielle et même nécessaire en pareil cas.*

Pour éviter toute chance d'erreur, on mettra la malade en observation pendant plusieurs jours : c'est de cet examen clinique consciencieux que dépendra la décision thérapeutique. Les différentes réactions susceptibles de révéler la tuberculose seront d'utiles adjuvants.

L'accoucheur se trouve en présence d'une malade dont les lésions pulmonaires sont peu accentuées et curables, la grossesse âgée de trois mois au plus. Quel que soit le milieu dans lequel il évolue, il doit agir avec une conscience rigoureuse lorsqu'il est sur le point de provoquer l'avortement. Il doit s'entourer de précautions extrêmes sur lesquelles on ne saurait trop insister, car *ses actes doivent être à l'abri de tout soupçon et se faire au grand jour*.

Il doit s'assurer du *consentement écrit* de la malade et même du mari et *prendre l'avis d'un ou plusieurs confrères* ; la décision thérapeutique doit être rédigée en des termes explicites, et faite en autant d'exemplaires qu'il y a de consultants. Après l'interruption de la grossesse, le médecin avise le magistrat de son acte en lui adressant une copie de la consultation, ou, pour être plus correct, en la lui remettant en mains propres (Bonnaire). Cette formalité légale est d'autant plus nécessaire qu'aucun texte de loi, en France comme à l'étranger, ne tranche la question de l'avortement thérapeutique. « Actuellement encore, comme en 1810, dit M. Bonnaire, la loi refuse d'admettre cette opération. » Il serait nécessaire, comme le fait remarquer Montal, qu'un texte de loi vînt donner toute sécurité aux médecins que l'exercice consciencieux de leur ministère peut obliger à provoquer un avortement. En France, un projet de loi destiné à rajeunir l'article 317 du code pénal a été déposé sur le bureau de la Chambre en 1910. En Allemagne l'association libre des gynécologues allemands tend à faire adopter un projet mettant d'accord la loi avec les exigences présentes de la science (Bumm, Peters, Polag, Thorn, 1911).

L'avortement étant décidé, tous les procédés opératoires préconisés pour interrompre la grossesse doivent donner de bons résultats, s'ils sont réalisés par des mains expérimentées et dans des conditions d'asepsie rigoureuse.

Il ne faut pas abandonner les malades que l'on a fait avorter si l'on veut obtenir un succès thérapeutique complet ; on les enverra à la campagne, dans un hospice de convalescence ou dans un sanatorium. On leur interdira en termes sévères toute nouvelle grossesse pendant de longues années.

La stérilisation consécutive ne doit compléter logiquement cette thérapeutique abortive que dans le cas où tuberculose et grossesse paraissent désormais incompatibles ; mais cette cure radicale de la maternité ne doit être proposée qu'avec une extrême prudence, et dans les cas où la femme, âgée, très féconde, multipare, mère de plusieurs enfants vivants, présente une lésion pulmonaire à la limite d'une aggravation sérieuse et d'une amélioration de longue durée.

Les malades dont les lésions sont simplement soupçonnées ou encore cicatrisées depuis plusieurs années relèvent de la thérapeutique médicale ; elles doivent éviter tout surmenage pendant la gestation.

Si la grossesse ou la tuberculose se trouvent trop avancées, le rôle du médecin se limite à soutenir les forces de la malade pour permettre à la grossesse d'évoluer dans les meilleures conditions jusqu'à terme. *Il faut alors instituer le traitement médical de la tuberculose* (repos, bonne alimentation, cure d'air à la campagne, dans les montagnes ou sur le bord de la mer suivant les cas), administration de stimulants et de toniques (huile de foie de morue, phosphate et carbonate de chaux, cacodylate de soude, etc.)

Il faut surveiller les lésions pulmonaires et on est autorisé à appliquer tous les traitements médicaux qui paraissent rationnels.

A l'approche du terme, il est indiqué de provoquer l'accouchement si la santé de la mère met les jours de l'enfant en danger.

Au moment de l'accouchement, il faut éviter que la mère s'épuise en vains efforts ; on peut alors pratiquer l'accouchement rapide par application de forceps ou par version (Rénon).

Dans les cas de mort subite de la malade à l'approche du terme, une césarienne post mortem s'impose si le fœtus est vivant.

Il faut interdire l'allaitement maternel ; on supprime ainsi une cause d'épuisement pour la mère, une source de contamination pour l'enfant. Le médecin doit exiger l'éloignement immédiat du nouveau-né si inhumain que paraisse cet ordre. C'est en effet le seul moyen de soustraire ce prédisposé au foyer de contamination familiale. Le mieux est de le confier à une nourrice mercenaire, habitant la campagne ; l'allaitement au sein et des soins intelligents doivent atténuer chez ces nourrissons la prédisposition héréditaire à la tuberculose.

Dès que l'accouchée pourra se lever on l'enverra à la campagne ou dans un sanatorium.

Telle est dans ses grandes lignes le traitement médical de la tuberculose pulmonaire au cours de la grossesse. Malheureusement dans l'état social actuel ces principes thérapeutiques sont presque toujours irréalisables, et on a eu raison de dire que l'association tuberculose et grossesse rentrait dans le cadre des maladies sociales dont la gravité est inversement proportionnelle à la situation matérielle des victimes (Weinberg).

Aussi l'on a cherché à lutter contre cette misère sociale et l'on a même proposé de créer soit des sanatoria pour femmes tuberculeuses en état de grossesse, soit des infirmeries spéciales annexées aux maternités (Albeck).

Les accoucheurs français ont eu plus de sollicitude à l'égard des enfants issus de mères tuberculeuses, et ils ont créé des institutions qui fonctionnent admirablement bien. Nous citerons à titre d'exemple la nourricerie Rémond, où l'on élève les prématurés de la région lyonnaise. A Paris, Gaucher a créé l'œuvre de la protection de l'enfance qui permet d'élever les nourrissons des tuberculeuses dans de fort bonnes conditions à la campagne.

Il est nécessaire de multiplier ces œuvres de prévoyance et de protection sociale contre la maladie, si l'on veut réaliser des progrès thérapeutiques ; il faut les encourager d'autant plus que l'on fera ainsi œuvre de prophylaxie sociale.

VI

Conclusion. — Le problème thérapeutique est complexe et délicat, car il prend appui sur des faits qui eux-mêmes ne sont pas encore bien établis. Les rapports entre la tuberculose et la grossesse, l'hérédité tuberculeuse, la curabilité de la tuberculose pulmonaire. Il est essentiellement médical, et pourtant beaucoup d'auteurs se plaisent à faire intervenir des arguments tirés de la morale, de la jurisprudence, de l'économie sociale, du sentiment de famille et même du sentiment religieux, et suivant qu'on l'envisage à l'un ou l'autre de ces points de vue les idées changent.

Pour certains accoucheurs, l'avortement quel qu'il soit est un acte criminel que leur conscience réprouve ; d'autres hésitent à engager leur responsabilité devant l'incertitude des textes de loi ; d'autres sont des interventionnistes parce qu'ils considèrent les enfants des tuberculeuses comme de véritables déchets sociaux, des non valeurs qui ne peuvent que compromettre la force de la société et les qualités de la race ; d'autres sacrifient sans hésiter l'enfant à la mère parce que cette dernière représente l'âme de la famille, enfin il existe encore un tout petit nombre d'accoucheurs pour qui le « non occides » de leur religion reste un commandement intangible.

Nous croyons au contraire qu'il faut s'extérioriser autant que possible de tout sentiment pour n'envisager le problème qu'au seul point de vue médical. Mais sur ce terrain encore, il y a de grandes divergences d'opinion, car l'accoucheur est porté à défendre les intérêts de l'enfant, le médecin à défendre la vie de la malade, l'accoucheur gynécologue (Allemagne) à préconiser l'intervention, tant il est vrai que chacun subit inconsciemment une certaine déformation d'esprit qui lui vient de sa profession.

Enfin ce problème dépend étroitement des découvertes scientifiques de l'avenir, il peut même être définitivement résolu si l'on parvient à établir avec certitude le pronostic de la tuberculose pulmonaire au cours de la grossesse et si l'on trouve le traitement spécifique de la tuberculose.

Devant toutes ces difficultés, et à l'exemple de M. le professeur Voron nous concluons en disant que, dans l'état actuel des choses, la thérapeutique abortive nous paraît salutaire dans certains cas de tuberculose pulmonaire. Cette thérapeutique ne doit pas être ignorée des médecins qui ont l'occasion de voir des tuberculeuses au début de leur grossesse, elle doit être discutée à leur propos, et appliquée dans quelques cas.

BIBLIOGRAPHIE

Pour la période antérieure à 1902 (*Congrès international d'obstétrique de Rome*) nous renvoyons aux mémoires suivants :

En France. — REBIÈRE (J.). *Contribution à l'étude de la tuberculose dans ses relations avec la grossesse et les suites de couches*, Th. de Paris, 1900. — PROUST (G.). *Influence qu'exercent la grossesse, l'accouchement et l'état puerpéral sur la tuberculose pulmonaire*, Th. de Paris, 1903. — KANIA. *Influence de la puerpéralité sur les femmes prédisposées à la tuberculose*, Th. de Paris, 1904. — FAVRE-THOMAS. *Tuberculose et puerpéralité. Essai critique des indications de l'avortement provoqué dans la tuberculose pulmonaire*, Th. de Paris, 1905. — MAGNETTE. *Contribution à l'étude clinique de l'évolution de la tuberculose pulmonaire après l'accouchement et l'avortement spontané ou provoqué*, Th. de Lyon, 1908. — MONNIER. *Considération sur les rapports de la grossesse et de la puerpéralité*, Th. de Paris, 1908. — PRINARIS. Th. de Lyon, 1911. — VITTOZ. *De la Survie des enfants d'accouchées atteintes de tuberculose pulmonaire*, Th. de Lyon, 1911.

Dans les pays de langue germanique. — David MORDKOWITSCH. *Traitement de la tuberculose pulmonaire pendant la grossesse*, Th. de Berlin, 1911. — H. HELLENDAL. Tuberculose et grossesse, *Gyn. Rund.*, 1911. — HENIUS. Tuberculose et grossesse, *Monats. f. Geb. u. Gyn.*, mars 1911. — SCHAUTA. *Tuberculose et grossesse*, Vienne 1911.

En Italie. — MERLETTI. *Tuberculose et grossesse*, Ferrare 1905. — GUICCIARDI (G.). *Tuberculose et grossesse*, Florence 1907.

Depuis 1902. — AHLFELD. Des indications de l'avortement provoqué, *Centralbl. f. Gyn.*, 1906, n° 23. — ANGRES (Alwin). Tuberculose et grossesse, *Inaug. dissert. Univ. Greif.*, mars 1911. — ASCOLI. Communication au *XIIIe Congrès de la Soc. de méd. interne*, Padoue 1903.

BAR et DEVRAIGNE. De l'épreuve de la tuberculine chez les femmes enceintes, *Soc. d'obst.*, Paris, 16 fév. 1911 ; — De la

sensibilité des femmes enceintes et récemment accouchées à la tuberculine, *L'Obstétrique*, 14 avril 1911. — BAR, DAUNAY, DEVRAIGNE et CHIRIÉ. Faits pour servir à l'étude de la tuberculose pendant la grossesse, *Soc. obst. de France*, Paris, 14e session, oct. 1911. — BARBIER. La tuberculose du nourrisson, *Revue mens. de gyn., d'obst. et de péd.*, 1909, n° 11. — BAUDELAC DE PARIENTE. *Des Tares observées chez les rejetons des mères tuberculeuses*, Th. de Paris, 1902. — BEUTTNER. Sur les indications de l'avortement ou de l'accouchement prématuré provoqué dans la tuberculose pulmonaire et les cardiopathies graves, *Soc. méd. de Genève*, 12 juin 1908. — BONNAIRE. De l'influence de la puerpéralité sur la tuberculose, *Presse méd.*, 6 oct. 1905. — La responsabilité du médecin dans l'avortement provoqué médical, *Presse méd.*, 1911, n° 24. — BOSS. Communication au *IVe Congrès de Rome*, 1902. — BOSSI. Les indications médicales de l'interruption de la grossesse, *L'Obstétrique*, 1902; — Recherches sur la transmission de la tuberculose, *Policl. prat.*, 1903; — De l'interruption de la grossesse dans la tuberculose, *Arch. ital. de gyn.*, Naples 1905, n° 16; — De l'hérédité tuberculeuse, *Rass. di ost. et gyn.*, Naples 1905; — *C. r. du Congrès international de la tuberculose*, Paris 1905; — Sur l'interruption de la grossesse chez les tuberculeuses, *Gyn. Rund.*, 1910, n° 17. — BOUCHARD. *C. r. du Congrès international de la tuberculose*, Paris, oct. 1905. — BUDIN. *Manuel pratique d'accouchement*, Paris 1904. — BUMM. De l'interruption de la grossesse chez les tuberculeuses, *Semaine méd.*, n° 10, 1908; — *Précis d'accouchement*, 1908; — *De la Nécessité d'une définition légale de l'avortement artificiel* (complément du travail de Thorn, 1910). — BURCKHARDT. Le pronostic de la tuberculose pulmonaire compliquée de grossesse, *C. r. du Congrès int. de la tuberculose*, Paris, oct. 1905, p. 626-630; — Tuberculose et grossesse d'après les observations recueillies dans les statistiques d'altitude, *Deut. med. Woch.*, n° 24, 1905. — BUKŒNISKI. Grossesse et tuberculose, *Roussky Vratch.*, 23 mai 1909.

CALMETTE. Étiologie de la tuberculose infantile, *Ann. de chir. et méd. inf.*, 15 fév. 1907; — L'hérédo-prédisposition tuberculeuse et le terrain tuberculisable, *Echo méd. du Nord*, 9 oct. 1910; et *Revue d'hygiène*, 20 oct. 1910. — CHAMBRELENT. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1903; — *Soc. d'obst. de Paris*, 2 juin 1903 (*L'Obstétrique*, 1904). — CHROBAK. Sur la stérilisation artificielle, *Centralbl. f. Gyn.*, 1905, n° 21. — CIOFFI. Communication au *XIIIe Congrès de la Soc. de méd. interne de Padoue*, 1903. — COLOMBET (Jean). *Conduite à tenir en présence d'une femme enceinte atteinte de tuberculose pulmonaire*, Th. de Lyon, 1913. — COMBY. *Rôle de la contagion humaine dans la tuberculose infantile.* — *Congrès intern. de gyn.*, Rome, sept. 1902. Indications médicales de l'interruption de la grossesse (Pinard, Simpson, Marigliano, Schauta). — *Congrès de la Soc. ital. de méd. interne*, Padoue 1903 (Ascoli, Zagari, Cioffi, Truzzi, Andérodias, Buard). — *Congrès nat. ital. de Palerme*, 1904. Tuberculose et grossesse (Merletti, Pestalozza, Truzzi, Pinzani, Calderini, Ferroni, Giglio, Fraenkel). — *LXXXe Congrès des nat. et méd. allemands*, Cologne, 20-25 sept. 1908. Transmissibilité de la tuberculose de la mère à l'enfant (Jesreck). — *Congrès international de la tuberculose*, 4e section, Washington (thèse B. Sachs), in *Revue de la tuberculose*, oct. 1908. — *Congrès des nat. et méd. allemands*, section gynécologique (Muller, Martin, Jaschke, Asch, Krauss, Fischer, Mayer, Doderlein, Neu, Dützmann), in *Königsberg* (Prusse), 1910. In *Centralbl. f. Gyn.*, 1910. — *XIVe Congrès des gyn. allemands*, Münich, juin 1911. Grossesse et tuberculose. In *Centralbl. f. Gyn.*, 1911, nos 27, 28 et 29.

DEMELIN. Grossesse et tuberculose, *Le Médecin praticien*, 8 déc. 1908.

EICH. *De l'Avortement artificiel dans la tuberculose pulmonaire*, Th. de Marbourg, 1904.

FABRE et RHENTER. Un cas de granulie au cours de la grossesse, *Réunion obstétricale de Lyon*, 15 juin 1907. — FAVRE-THOMAS. *Tuberculose et puerpéralité. Essai critique des indications de l'avortement provoqué dans la tuberculose pulmonaire*, Th. de Paris, 1905. — FELLNER. Tuberculose et grossesse, *Gyn. Rund.*, 1910, n° 11. — FRAENKEL. Tuberculose et grossesse, *Monat. f. Geb. und Gyn.*, mai 1906; — L'aménorrhée comme signe précoce de la tuberculose pulmonaire; la stérilité chez les femmes tuberculeuses en état de grossesse, *Gyn. Woch.*, 15 août 1911, n° 56. — FREUND. L'interruption artificielle de la grossesse, *Deut. med. Zeit.*, 1910. — FRIGYESI et KIRALIFF (de Budapest). Contribution à l'étude de la tuberculose et de la grossesse, *Gyn. Rund.*, 1911, n° 10. — FRITSCH. L'avortement artificiel, *Deut. med. Woch.*, 1904, n° 48. — FUNKE. Les indications de l'avortement artificiel dans la tuberculose pulmonaire, *Unt. Aertzt.*, déc. 1903.

GODREAU (Mlle). *Influence réciproque de la tuberculose et de la puerpéralité d'après les statistiques faites dans les hôpitaux de Toulouse*, Th. de Toulouse, 1905-1906. — GUERDJIKOFF. Tuberculose et grossesse, *Revue méd. de la Suisse romande*, 20 déc. 1908. — GUICCIARDI. Tuberculose et grossesse, *La Ginecologia*, 1907, vol. IV.

HAMBURGER. De la nécessité d'interrompre la grossesse chez les femmes tuberculeuses, *Berl. klin. Woch.*, 1902, n° 45. — HAMM. De la tuberculose congénitale, *Centralbl. f. Gyn.*, 1910, n° 27. — HAMMERSCHLAG. *Berl. klin. Woch.*, 1910, n° 49, in *Centralbl.*, 1911, n° 12. — HAHN. Tuberculose et grossesse, *Berl. klin. Woch.*, 1903, n° 52. — HEITZ. Transmission placentaire du bacille de Koch au fœtus dans un cas de tuberculose à marche rapide, *Revue de la tuberculose*, 1902. — HELLENDALL. Tuberculose et grossesse, *Gyn. Rund.*, 1911, n° 6. — HENIUS. Tuberculose et grossesse, *Monat. f. Geb. und Gyn.*, mars 1911. — HÉRON. La prédisposition à la tuberculose, *IXe Congrès international de la tuberculose*, Bruxelles, oct. 1910. — HOFBAUER. Tuberculose et grossesse, *Deut. med. Woch.*, 1910, n° 47. — HOHLBELD. De la tuberculose pulmonaire chez le nourrisson, *Münch. med. Woch.*, 1902, n° 47. — HOLST (V. Max). Tuberculose et grossesse, *Münch. med. Woch.*, 1905, n° 9. — HUTINEL. La tuberculose pulmonaire des nourrissons, *Médecine prat.*, 2 juin 1909.

KALABIN. De l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur la tuberculose, et du traitement de la tuberculose pulmonaire par la tuberculine de Denis dans la grossesse, *Schournal akousch. ischen. bolesnei*, nov. 1908. — KAMINER. L'ophtalmoréaction a-t-elle une signification pour le pronostic de la tuberculose chez la femme enceinte, *Centralbl.*, 1910, n° 9; — Les indications de l'interruption de la grossesse chez les tuberculeuses, *Clinique méd.*, 1910, n° 37, in *Centralbl.*, 1911, n° 13. — KANIA. *De l'Influence de la puerpéralité sur les femmes prédisposées à la tuberculose pulmonaire*, Th. de Paris, 1904. — KIEWE (de Siegfried). Tuberculose et grossesse, *Inaug. dissert. Königsberg*, 1910. — KLEINWAECHTER. *L'Interruption artificielle de la grossesse*, 1902.

LAMBINON (de Liége). Tuberculose et grossesse, *Journal d'accouchement*, 1903, n° 37. — LANDOUZY. Sur les voies conceptionnelles et transplacentaires de pénétration de la tuberculose (hérédo-tuberculose), *Ann. de gyn. et d'obst.*, janv. 1911; — L'hérédité tuberculeuse, communication à l'*Acad. de méd. de Paris*, oct. 1910. — LA TORRE. Tuberculose et grossesse, *La Clinica ostet.*, 1906. — LEMPERT. *De l'Influence de la grossesse, de l'accouchement et du post partum sur la tuberculose pulmonaire*, Paris, 27 déc. 1909. — LEQUEUX. Des rapports entre la tuberculose et la grossesse au point de vue pronostique et thérapeutique, *Journ. de méd. interne*, 20 avril 1909. — LHOMME. *Contribution à l'étude de la tuberculose dans l'enfance*, Th. de Paris, 1905-1906. — LOP (de Marseille). *Ann. de la Soc. d'obst. de France*, 1902.

MAGNETTE. *Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de l'évolution de la tuberculose pulmonaire après l'accouchement et l'avortement spontané ou provoqué*, Lyon 1908. — MALEBARY. Tuberculose et grossesse, *The Amer. Journ. of obst.*, juillet 1905. — MALETERRE. *Contribution à l'étude de la tuberculose dans la première enfance*, Th. de Nancy, 1906. — MARIGLIANO. Tuberculose et grossesse au point de vue thérapeutique, *La Clinica ostet.*, 1906, n° 2; — *Leçon clinique obstétricale*, 15 juin 1907. — MARTIN. L'ophtalmoréaction et le pronostic de la tuberculose dans la gravidité, *Münch. med. Woch.*, 1909, n° 3, in *Centralbl. f. Gyn.*, 1910. — MARSCHNER. Sur la question de l'avortement artificiel, *Centralbl. f. Gyn.*, 1910, n° 10. — MEDOVIKOV. La fréquence de la tuberculose chez les enfants, *Roussky Vratch.*, 25 déc. 1910, in *Semaine méd.*, 7 juin 1911. — MEYER. Tuberculose et prédisposition,

Revue méd. de la Suisse romande, 20 juillet 1908, n° 7. — MERLETTI. Tuberculose et grossesse, *Atti della Soc. ital. di ost. et gin.*, vol. X, 1904-1905. — MONNIER. *Considérations sur les rapports de la grossesse et de la puerpéralité*, Th. de Paris, 1908. — MONTAL. De l'avortement provoqué, *Presse méd.*, 25 mars 1911. — MORDKOWITSCH (David). Traitement de la tuberculose pendant la grossesse, *Inaug. dissert. Univ. Berlin*, mars-avril 1911. — MOSNY. La famille des tuberculeux, *Ann. d'hygiène publique et de méd. légale*, mars 1902.

NATTAN-LARRIER. *Revue hebdomad. de la tuberculose*, 1904.

PARIENTE. *Part de l'hérédité et de la contagion dans la tuberculose infantile*, Th. de Montpellier, 1902-1903. — PAUKOW (de Fribourg). De la transmission héréditaire de la tuberculose, *Monat. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XXXII, heft. 5; *Centralbl. f. Gyn.*, 1911, n° 3. — PÉHU et CHALIER. De la tuberculose humaine congénitale, *Arch. de méd. des enf.*, janv.-fév. 1908. — PERI. Sur l'interruption artificielle de la grossesse au cours de la tuberculose pulmonaire, *Il Policlinico*, avril 1903. — PESTALOZZA. Tuberculose et grossesse, *La Ginecologia*, 1905, n° 10. — PETERS. De la nécessité d'une définition légale de l'avortement artificiel, *Centralbl. f. Gyn.*, 1910, n° 22. — PIERY. L'hérédité de la tuberculose, *Lyon méd.*, 27 nov. 1910. — PINARD. De l'interruption thérapeutique de la grossesse, *Revue franç. de méd. et de chir.*, 1903, n° 9. — PISSAVY. Fréquence comparée de la tuberculose chez les descendants des tuberculeux et chez les descendants des non tuberculeux, *La Clinique infantile*, 11 janv. 1910. — PLAUCHU et GARDÈRE. Le nourrisson prématuré né de mère tuberculeuse, *Presse méd.*, 26 oct. 1907. — PLAUCHU et ALOIN. Les prématurés nés de mères tuberculeuses, *Lyon méd.*, janv. 1911. — PLAUCHU. De la mortalité des prématurés dans ses relations avec les causes de la prématurité, communication à la *Soc. obst. de France*, 1911; — La frauenclinique allemande, *Lyon méd.*, avril-mai 1911; — *L'Obstétrique*, 1912. — POLAK. Sur la légitimité de l'avortement artificiel au point de vue médical, juridique et économique national, *Centralbl. f. Gyn.*, 1910, n° 2. — PROUST. *Influence qu'exerce la grossesse, l'accouchement et l'état puerpéral sur la tuberculose pulmonaire*, Th. de Paris, 1903.

QUEIREL et PINARD. *Leçons de clinique obstétricale*, Paris 1902.

RABINOWITCH. De l'avortement artificiel au cours de la tuberculose, *Inaug. dissert. Univ. Heidelberg*, mars 1909. — RABNOW et REICHER. Tuberculose pulmonaire et grossesse, *Deut. med. Woch.*, 1911, n° 22. Résumé dans *Presse méd.*, 30 sept. 1911. — RANI. Tuberculose et grossesse, *La Clinica ostet.*, fév. 1909. — REICHE. Tuberculose et grossesse, *Münch. med. Woch.*, 1905, n° 28. — RENON. La tuberculose pulmonaire et la grossesse, *Journ. des méd. prat.*, 3 fév. 1906. — ROSTHORN. Tuberculose et grossesse, *Monat. f. Geb. und Gyn.*, 1906, n° 17. — RUDAUX. Tuberculose et puerpéralité, *La Clinique*, juillet 1909. — RUGE. De l'interruption artificielle de la grossesse dans les vomissements incoercibles et dans la phtisie, *Berl. klin. Woch.*, 1905, n° 33.

SALGE (de Berlin). Contribution à l'étude de l'infection tuberculeuse dans le premier âge, *Jahrb. f. Rund.*, janv. 1906, n° 1. — SCHENK (de Prague). Recherches sur les anticorps tuberculeux et leur passage de la mère à l'enfant, *Centralbl.*, 1910, n° 19. — SHALKOWSKI (de Lemberg). Commentaire sur les indications de l'interruption de la grossesse, *Livowski tygod. lek.*, n° 26-30, 1909; *Centralbl. f. Gyn.*, 1911, n° 9. — SIPPEL. Nouvel élément pour faciliter un pronostic sur la tuberculose et la grossesse, *Gyn. Rund.*, 1908, n° 20; *Centralbl. f. Gyn.*, 1910, n° 9. — *Soc. méd. de Hambourg*, 1904 (SIMMOND). — *Soc. de méd. berlinoise*, 4 juin 1902. L'interruption de la grossesse chez les femmes tuberculeuses (Hamburger, Kaminer, Jacob, Heimann, Dührssen), in *Semaine méd.*, 1902, n° 25. — *Soc. méd. de Würzburg*, 7 nov. 1905; *Presse méd.*, 25 nov. 1905 (BOLLENHAGEN). — *Soc. de méd. de Genève*, 9 mars 1905. Tuberculose et grossesse, in *Revue méd. de la Suisse allemande*, 1905, n° 5. — *Soc. gyn. de Dresde*, 21 oct. 1909 (Léopold, Von Holst, Schlimpert), in *Centralbl. f. Gyn.*, 1910, n° 5. — *Soc. des méd. contre la tuberculose à Karlshr.*, juin 1910. — *Soc. Hufeland Berlin*, 8 déc. 1910. Tuberculose et grossesse (Martin, Bardeleben, Dürhssen, Gottschalk, Bumm). — *Soc. des méd. de Leysins*, 27 avril 1911. Grossesse et tuberculose pulmonaire (Dieudonné, de Reynier, de Peyer, Roulet, Jacquerod, Tecon, Exchaquet, Kaplausky), in *Presse méd.*, 5 juillet 1911. — *Soc. gyn. de Dresde*, séance du 16 juin 1910. Sur l'avortement artificiel (Marschner, Léopold), in *Centralbl. f. Gyn.*, 1911, n° 10. — *Soc. de gyn. et d'accouch.*, Berlin 1911. Discussion sur grossesse et tuberculose (Wolff, Eisner, Dützmann, Bardeleben, Strassmann). — STERN. Recherche systématique des réactions locales à la tuberculose pendant la grossesse et les suites de couches, conclusions diagnostiques et pronostiques, *Monat. f. Geb. und Gyn.*, 1910, n° 3. — STRASSMANN. *Berl. klin. Woch.*, 1902. — STUART TIDEY (de Montreux). Tuberculose et grossesse, *Journ. des prat.*, fév. 1906, n° 5.

TÉCON. Tuberculose pulmonaire et grossesse, *Revue méd. de la Suisse romande*, 20 juin 1911. — TEISSIER. *C. r. du Congrès international de la tuberculose*, Paris, oct. 1905. — THORN. De la nécessité d'une définition légale de l'avortement artificiel, *Centralbl. f. Gyn.*, 1910, n° 15.

VEIT. *Tuberculose et grossesse*, Stuttgart, 18 sept. 1906. — VIDAL. *Le Droit à l'avortement. Essai critique médical et social*, Th. de Toulouse, 1908. — VILLAPADIERNA. Tuberculose et grossesse, *Siglio med.*, 30 juillet 1910. — VITTOZ. *De la Survie des enfants d'accouchées atteintes de tuberculose pulmonaire*, Th. de Lyon, 1911.

WEILL. Œuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose, *Bull. du IVe Congrès d'hygiène sociale*, Lyon 1907; — *Précis de médecine infantile* (thèse de Dauvergne), Lyon 1904. — WEINBERG. Rapport entre la tuberculose et la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, 1906, n° 3. — WILLIAMS. La prédisposition héréditaire de la tuberculose pulmonaire, *IXe Congrès international de la tuberculose*, Bruxelles 1910. — WOSITA. Tuberculose et grossesse, *Inaug. dissert. Univ. Münch.*, juillet 1910; *Centralbl. f. Gyn.*, 1911, n° 14.

ZANONI. De l'avortement dans la tuberculose pulmonaire, *Gaz. degli osped. e delle clin.*, 2 mars 1902. — ZAMBONI-BALDO. La famille des tuberculeux, *Riv. di sc. med.*, 15 janv. 1902. — ZELLFELDER. *A propos de la tuberculose des nourrissons*, Th. inaug., Munich 1904. — ZIRKEL. Contribution à l'étude des complications au cours de la tuberculose et de la grossesse, *Inaug. dissert. Würzburg*, mars 1908.

LIVRES NOUVEAUX

Morphologie médicale. Etude des quatre types humains. Applications à la clinique et à la thérapeutique (1), par A. CHAILLOU, de l'Institut-Pasteur, et Léon MAC-AULIFFE, maître de conférences à l'Ecole des hautes études.

Dans cet ouvrage, très original, les auteurs se sont proposé de déterminer le mode suivant lequel notre organisme prend contact avec les éléments naturels qui l'entourent. « Ce contact avec le milieu ambiant a marqué la première réaction spontanée de notre organisme et reste, au cours de notre vie, le premier anneau de la chaîne des phénomènes physiologiques qui se déroulent ensuite au sein de l'économie. » Or il existe pour le corps humain quatre surfaces de contact avec le milieu extérieur : surface respiratoire, surface digestive, surface musculo cutanée, surface cérébrale, et ces zones étant d'inégale importance, selon que chez tel ou tel individu il y aura prédominance de l'une ou de l'autre il existera quatre types morphologiques humains : respiratoire, digestif, musculaire ou cérébral. On lira avec intérêt les données sur lesquelles les auteurs établissent leur théorie et les applications à la clinique et à la thérapeutique qu'ils en tirent. Très soigneusement édité cet ouvrage contient d'excellentes photographies d'après nature qui en illustrent le texte.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Un vol. de 248 pages avec 132 figures dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris. O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 86 — MARDI 30 JUILLET 1912 85e ANNÉE MARDI 30 JUILLET 1912. — N° 86.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 26 juillet. — MM. Heitz-Boyer, 19; Gernez et Okinczyc, 18; Mocquot, 19.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Mocquot et Heitz-Boyer.

HOPITAL SAINT-JOSEPH DE LYON. — Concours d'internat. — Le lundi 21 octobre 1912 aura lieu, à l'hôpital Saint-Joseph de Lyon, rue Parmentier, 7, devant le conseil d'administration assisté d'un jury médical, un concours public pour la nomination de deux élèves internes nécessaires au service de l'hôpital. Ils seront nommés pour deux ans.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'hôpital jusqu'au 19 octobre inclus.

— Concours d'externat. — Un concours public pour la nomination d'élèves externes nécessaires au service de l'hôpital, et dont le nombre pourra varier de cinq à sept, aura lieu le lundi 28 octobre 1912.

Les inscriptions seront reçues, 7, rue Parmentier, jusqu'au 26 octobre inclus.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Le concours du clinicat chirurgical vient de se terminer par les nominations de MM. Loubat et Coiquand comme chefs de clinique titulaires, et de MM. Lalesque et Drouin comme chefs de clinique adjoints.

GUERRE. — Par décret du 23 juillet 1912 ont été promus dans le cadre du corps de santé militaire :

Au grade de médecin inspecteur général. — M. le médecin inspecteur Calmette, directeur du service de santé du 19e corps d'armée, en remplacement de M. l'inspecteur général Delorme.

Au grade de médecin inspecteur. — M. le médecin principal de première classe Salles, médecin chef à l'hôpital militaire de Toulouse, en remplacement de M. le médecin inspecteur Calmette, promu.

— Par décret du même jour, M. le médecin inspecteur Mignon, directeur du service de santé du 6e corps d'armée, membre du comité consultatif de santé, a été nommé, à dater du 2 août 1912, directeur de l'école d'application du service de santé, à Paris, en remplacement de M. le médecin inspecteur général Vaillard (maintenu au comité consultatif de santé).

— Par décision ministérielle du même jour, M. le médecin inspecteur général Vaillard a été nommé, pour 1912, à dater du 2 août 1912, président du comité consultatif de santé, en remplacement de M. le médecin inspecteur général Delorme, qui sera, à cette date, placé dans la section de réserve.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Baches (de Sos), Bourdier (d'Arcachon), Charpenay (de La Tronche), Patrigeon (de Chabris) et Cazeneuve, médecin de première classe.

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — Les récompenses suivantes ont été décernées aux personnes dont les noms suivent en témoignage du dévouement dont elles ont fait preuve à l'occasion de maladies contagieuses ou dans l'application des mesures prophylactiques destinées à circonscrire la maladie et en empêcher la propagation.

Médaille d'or. — MM. les docteurs Dopter (du Val-de-Grâce) et Salimbeni (de l'Institut Pasteur).

Médaille de vermeil. — MM. les docteurs Arnaud, Boinet et Engelhart (de Marseille); Orticoni, médecin-major de deuxième classe, et Cazeneuve, médecin de première classe de la marine.

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Alombert-Goget, Alezais, Brun, Chailan, Journiac, Léna et Teissonnière (de Marseille); Goéré, médecin-major de deuxième classe; Florence, Lagriffoul et Vigouroux (de Montpellier); Paramananda (de Karikal).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Benoit et François (de Marseille); Kéraudel et Marty, médecins-majors de deuxième classe des troupes coloniales; Flourens, médecin aide-major des troupes coloniales.

MM. Petit, interne; Sauvan, externe, et Vegeas, étudiant en médecine, à l'hôpital de la Conception de Marseille.

Lettre de félicitation. — M. le docteur Pitti Ferrandi, inspecteur des services d'hygiène et d'assistance de la Corse.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE (HOTEL-DIEU). — M. F. Terrien, agrégé d'ophtalmologie, fera pendant les vacances une série de leçons cliniques avec présentation de malades.

La première leçon aura lieu le vendredi 9 août 1912, à dix heures (amphithéâtre Dupuytren).

Le jeudi, à neuf heures et demie, opérations tous les mercredis. Examen des malades par les élèves.

RAPPORTS
DES
CONVULSIONS INFANTILES AVEC L'ÉPILEPSIE

Par L. MARCHAND,
Médecin en chef de la Maison nationale de Charenton.

Les partisans de l'hérédité comme cause prédominante de l'épilepsie admettaient, et en cela ils étaient d'accord avec leur théorie, que l'épileptique naît épileptique; son système nerveux dès la naissance est capable de réagir par des convulsions à des excitations qui chez d'autres n'auraient aucun effet. De là, à considérer les convulsions infantiles comme la première manifestation de l'épilepsie il n'y avait qu'un pas.

J. P. Franck, Hasse, Baumez, Hénoch, Féré, Foville, Burlureaux, Germain Sée, Gélineau, Dufour, Cruchet admettent l'identité des convulsions infantiles et de l'épilepsie. La ressemblance clinique des deux syndromes, la transformation commune des convulsions infantiles en épilepsie dite idiopathique, la fréquence des convulsions chez les enfants d'épileptiques donnent une certaine vraisemblance à cette thèse.

Aujourd'hui la question se pose différemment. L'accès épileptique est un syndrome au même titre que la convulsion infantile. Des affections cérébrales diverses peuvent donner lieu à des accès épileptiques, il en est de même des convulsions. Aucun clinicien n'admet par exemple l'identité des crises convulsives qui surviennent au cours de la paralysie générale, de celles qui apparaissent au cours d'une néphrite aiguë et enfin des crises qui constituent les accès épileptiques dits idiopathiques. Si le syndrome convulsif est le même dans ces affections, les symptômes qui l'accompagnent sont différents et permettent le diagnostic de l'affection cérébrale qui commande les phénomènes nerveux. On doit distinguer de même diverses sortes de convulsions infantiles répondant à divers états cérébraux et ne pas conclure sans examen approfondi des faits de l'identité de toutes les convulsions infantiles avec l'épilepsie. Si l'accès de convulsions infantiles et l'accès d'épilepsie dite idiopathique revêtent le même tableau clinique, ils peuvent être symptomatiques de lésions différentes des centres nerveux. L'identité symptomatique du syndrome convulsion dans les deux cas n'entraîne pas l'identité de sa pathogénie et par suite du pronostic. La thèse qui considère les convulsions infantiles comme étant d'origine épileptique a d'ailleurs été combattue par Pierre Marie, Monod, Lemoine, d'Espine.

Les résultats que donnent les statistiques sur la fréquence des convulsions infantiles chez les épileptiques dits idiopathiques sont des plus contradictoires. Voici quelques pourcentages que nous avons relevé dans le travail de M. Cruchet (1) et au cours de nos recherches. Pierre Marie trouve 75 à 80 p. 100; H. Martin, 64,1 p. 100; Féré, 33 p. 100; Dufour, 27,7 p. 100; Michea, Haberman et Berger, 20 p. 100; Moreau (de Tours), H. Gillet, 17 p. 100; Bulland et Townsend, 16 p. 100; Gowers, 12,5 p. 100; Coutts, 7,6 p. 100; d'Espine, 7,4 p. 100.

Ces statistiques peuvent servir aussi bien à démontrer la grande fréquence que le peu de fréquence des convulsions infantiles chez les épileptiques. Toutefois en ne retenant que le chiffre le plus bas, on doit reconnaître que chez les individus normaux on ne relève pas cette proportion [Vallé (1)]; il existe donc un rapport entre certaines convulsions infantiles et les accès épileptiques dits idiopathiques. Nous pensons que la moyenne de 7,4 p. 100 est bien inférieure à la réalité; les épileptiques qui ont été atteints de convulsions infantiles sont plus nombreux que ceux qui n'en ont pas présentées. Si, par contre, on recherche parmi les sujets qui ont été atteints de convulsions combien il y en a qui sont devenus épileptiques, on trouve que ceux-ci sont relativement peu nombreux.

Ainsi il existe de nombreux convulsifs infantiles, qui ne deviennent pas épileptiques et de nombreux comitiaux qui n'ont pas eu de convulsions infantiles. Toutes les crises convulsives du jeune âge n'entraînent donc pas le même pronostic.

De l'avis de tous les cliniciens, les convulsions infantiles sont très fréquentes; Peckham (2) est même d'avis qu'elles constituent la maladie nerveuse la plus commune de l'enfance. Mais ces accidents peuvent être symptomatiques de nombreuses affections cérébrales qui sont loin d'avoir la même gravité. Tilner (3) est un des premiers auteurs qui établit une division des convulsions basée sur leur étiologie. Il arriva ainsi à montrer qu'à côté des convulsions qui résultent de l'état morbide du cerveau même, il y en a qui proviennent d'un état pathologique du sang, d'autres qui prennent leur source dans un état morbide soit des voies digestives, soit des organes respiratoires, soit du système osseux; il établissait une classe spéciale pour les maladies des voies urinaires (éclampsie) et montrait que certaines convulsions avaient pour point de départ une malformation des organes génitaux (rétention d'un testicule dans l'anneau inguinal). Sans parler ici des convulsions réflexes dont la pathogénie est encore bien discutée, on peut admettre comme causes pathogéniques des convulsions infantiles les trois états cérébraux suivants qui peuvent également s'associer : la congestion simple, l'intoxication, les lésions inflammatoires méningo-corticales.

Prenons les exemples suivants. Voici un enfant âgé de deux ans qui depuis vingt-quatre heures présente des troubles digestifs avec fièvre; son haleine exhale une forte odeur d'acétone. Le soir, au moment où la température atteint son maximum, il présente une perte brusque de connaissance accompagnée

(1) R. Cruchet. Les convulsions de l'enfance et l'épilepsie infantile, *Gaz. des hôp.*, 5 mars 1912.

(1) A. Vallé. Eclampsie infantile et épilepsie, *Riv. sperim. di Fren.*, vol. XXIX, fasc. 1 et 2, 25 mai 1903, p. 284.

(2) G. Peckham. Base anatomique et physiologique des névroses motrices de l'enfance et de la jeunesse, *The journ. of nerv. and ment. diseases*, juillet 1884.

(3) Tilner. Des convulsions chez les enfants considérées au point de vue étiologique, *Gaz. des hôp.*, 1857.

d'une raideur musculaire généralisée, avec déviation conjuguée des yeux; quelques secousses cloniques succèdent aux contractions toniques; de la mousse salivaire s'échappe de la bouche. Une ou deux minutes après le début de la crise, l'enfant reprend connaissance; on remarque souvent des traces de morsure sur l'un des côtés de la langue. La crise est terminée, l'enfant s'endort. Le lendemain il reste fatigué; la température est moins élevée. Quelques jours plus tard l'enfant a repris son appétit; il ne reste aucune trace de l'affection gastrique et des troubles nerveux qu'il vient de présenter. Dans de tels cas on ne peut attribuer les convulsions qu'à l'état congestif de l'encéphale et à l'intoxication. On peut attribuer les mêmes causes aux crises convulsives qui surviennent au cours des affections pyrétiques aiguës et des fièvres éruptives, au moment où la température atteint son maximum, quand ces crises ne s'accompagnent pas d'autres symptômes d'ordre méningo-cortical.

Ces convulsions présentent une pathogénie bien différente de celles qui surviennent chez certains enfants au moment de l'évolution de la première dentition. Au cours d'un état de santé satisfaisant, sans élévation de température, l'enfant est atteint à plusieurs reprises de convulsions. Quelquefois, on observera avant l'apparition de la première crise un changement de caractère, quelques troubles digestifs qui cependant ne présentent pas l'acuité de ceux auxquels nous faisions allusion plus haut. Ces convulsions entraînent pour l'avenir un pronostic plus grave. L'apparition des crises au cours d'un état de santé paraissant normal, la répétition des crises sont déjà des signes que l'on est en présence d'un système nerveux qui est peut-être déjà atteint de lésions méningo-corticales chroniques d'emblée. Ici, le terrain est déjà celui de l'épileptique. Les crises pourront se suspendre pendant quelques années pour réapparaître plus tard et l'enfant sera considéré alors comme atteint d'épilepsie idiopathique. Même pronostic grave pour les convulsions qui surviennent pendant la convalescence des pyréxies aiguës.

Les convulsions qui sont causées par une affection aiguë du cerveau lui-même présentent un pronostic extrêmement grave pour l'avenir. D'ailleurs les convulsions n'occupent plus que le second plan dans le tableau clinique. Les symptômes méningés, les troubles moteurs, les symptômes généraux, la courbe de la température permettent le diagnostic de l'encéphalopathie aiguë ou subaiguë. A la suite de ces affections, on constate souvent un arrêt du développement cérébral et, les enfants deviennent des idiots ou des imbéciles et souvent en même temps des épileptiques. Ces affections cérébrales aiguës (états méningés, méningite, artérite, etc.) surviennent souvent comme complications des maladies infectieuses de l'enfance. Il y a lieu de remarquer en outre que, parmi ces malades, voués plus tard à l'épilepsie, un grand nombre succombent du fait même de leurs convulsions, c'est-à-dire de leur affection cérébrale aiguë, ce qui dans les statistiques diminue d'autant le pourcentage des épileptiques qui ont été atteints de convulsions dans le jeune âge.

Doit-on assimiler toutes les convulsions infantiles à l'épilepsie même? Loin d'admettre qu'il n'existe entre les deux syndromes qu'une question d'évolution, nous pensons qu'ils répondent à des états anatomo-pathologiques différents. Les convulsions qui ont pour cause un état congestif passager du cerveau survenant au cours d'une maladie fébrile sont loin de présenter le même pronostic fâcheux que les convulsions qui ont pour substratum une affection aiguë du cerveau ou de ses enveloppes, un état méningé par exemple. Tandis que l'état congestif du cerveau disparaît sans laisser aucune trace, les lésions méningées après la disparition de la période aiguë laissent des séquelles consistant en adhérences méningo-corticales, en sclérose corticale qui deviendront le substratum anatomique d'une épilepsie dite idiopathique, syndrome à évolution chronique qui se développera plus tard.

On doit tenir compte également du nombre des crises qui surviennent chez l'enfant. Certains sujets ne sont atteints que d'une seule crise convulsive; d'autres présentent une succession de crises soit le même jour, soit plusieurs jours de suite. Autant la crise isolée, quand elle survient au cours d'un état fébrile, est généralement d'un pronostic bénin (Stoll), autant l'état de mal convulsif est grave pour l'avenir, même s'il ne laisse après sa disparition aucun symptôme moteur ou intellectuel.

D'après ces considérations on voit que l'épilepsie dite idiopathique est très rare dans la première enfance. On ne peut cliniquement poser ce diagnostic qu'en présence d'un enfant atteint de convulsions à répétition survenant sans cause apparente, ne s'accompagnant pas d'autres manifestations symptomatiques de lésions méningo-corticales aiguës.

De plus, le médecin hésitera souvent à porter ce diagnostic si sombre parce qu'il attribuera les convulsions à des causes diverses (dentition, état gastrique, etc.) et parce que les accès, moins violents que chez l'adulte, sont facilement confondus avec les convulsions ordinaires [Esquirol (1)]. Cette rareté de l'apparition de l'épilepsie dite idiopathique dans la première enfance apparaît bien dans les différentes statistiques sur l'âge des sujets au début de l'épilepsie. Dans celles-ci on voit le début de cette affection devenir de plus en plus fréquent à mesure que l'on s'éloigne de la naissance pour se rapprocher de l'âge de la puberté.

On peut conclure que les convulsions infantiles sont toujours un précédent fâcheux, même chez des enfants sains [Moon (2)]. C'est avec juste raison que Bourneville appelait l'épilepsie la *bête noire des convulsifs*. Même quand elles n'apparaissent qu'à titre épisodique au cours d'une intoxication avec fièvre de l'organisme, elles indiquent une prédisposition spéciale du système nerveux que certains auteurs désignent du nom de convulsibilité. On peut dire

(1) E. Esquirol, *Des maladies mentales*, 1838, p. 278.

(2) O. Moon. Observations de convulsions chez les enfants et leurs relations avec l'épilepsie. *Lancet*, 24 déc. 1904.

que dans ce cas la convulsion infantile est une pierre de touche, un avertissement de la nature qui permet déjà de reconnaître parmi les enfants ceux qui présentent un terrain spécial. Quant aux accès convulsifs qui apparaissent au cours des encéphalopathies aiguës de l'enfance, ils ont un caractère de haute gravité ; non seulement l'enfant doit être considéré comme un simple prédisposé aux convulsions mais son cerveau est atteint de lésions aiguës qui, si elles n'entraînent pas la mort, laisseront après elles des altérations chroniques qui seront plus tard la cause de l'épilepsie et souvent d'un état de faiblesse intellectuelle. Ces deux ordres de phénomènes convulsifs sont importants à préciser car le pronostic des convulsions dépend surtout de leurs causes, de leurs formes, du terrain sur lequel elles apparaissent. Les enfants qui présentent des convulsions sous l'influence d'un état congestif de l'encéphale sans syndrome méningé ont beaucoup moins de chances de devenir des épileptiques que ceux qui ont présenté des convulsions sous l'influence de lésions méningo-corticales aiguës ou subaiguës, lésions qui seront suivies de sclérose diffuse corticale et d'adhérences méningées.

Il existe enfin des états convulsifs de l'enfance qui surviennent chez des héréditaires sans cause apparente, sans prodromes, au cours d'un état de santé, qui paraît normal, qui ne s'accompagnent pas d'autres symptômes de maladies aiguës, qui ne paraissent porter aucune atteinte à l'état général; ces convulsions qui d'ordinaire se répètent à des intervalles irréguliers peuvent être assimilées aux crises épileptiques dites idiopathiques; elles ont pour substratum anatomique des lésions de l'encéphale qui sont chroniques d'emblée, et qui ont pu commencer à se développer avant la naissance, pendant la vie intra-utérine.

JURISPRUDENCE

LES MALADIES SCOLAIRES ET LA RESPONSABILITÉ DES INSTITUTEURS (1)

III. *Rentrée à l'école d'un enfant qui sort d'une maladie contagieuse.* — L'article 12 de ce règlement de 1893 (qui d'ailleurs a été complété par l'arrêté du 3 février 1912) disposait que « les enfants qui avaient été malades ne rentreraient à l'école qu'avec un certificat médical et après qu'il se sera écoulé, depuis le début de la maladie, une période de temps égale à celle prescrite par les instructions de l'Académie de médecine ». De plus l'arrêté de 1912 se trouve contenir la durée de l'éviction de l'enfant malade. Nous trouvons donc ici un cas de responsabilité de l'instituteur, si, en ne se conformant pas aux prescriptions administratives, il n'exige pas un certificat médical pour autoriser la rentrée de l'élève qui est resté éloigné de l'école pendant un certain laps de temps par suite d'une maladie notoirement contagieuse. Ce certificat doit constater le retour de l'enfant à la santé, et son inaptitude à transmettre aux autres la contagion.

Il ne nous reste qu'à conclure. De tout ce qui précède, il est facile de conclure qu'avec un peu de vigilance le maître évitera toute responsabilité à raison des maladies scolaires et qu'il sera bien rare qu'il soit recherché à ce sujet. Il convient en terminant de faire remarquer que le demandeur en dommages-intérêts doit naturellement faire la preuve que la maladie s'est déclarée ou aggravée par la faute de l'instituteur.

Un jugement du tribunal de Moulins du 9 juillet 1896 (*Gaz. Trib.*, 4 octobre 1896) fait une saine application de ce principe. Un élève d'une école normale d'instituteurs est atteint d'une maladie contagieuse; le médecin de l'établissement ordonne de renvoyer l'enfant dans sa famille. Le directeur de l'établissement embarque l'élève en chemin de fer et celui-ci meurt en cours de route. Le père intente une action en dommages-intérêts contre l'instituteur comme ayant ainsi causé la mort de son enfant. Le tribunal a débouté le père de sa demande par des attendus intéressants et qui peuvent ainsi se résumer :

Le médecin d'une école normale d'instituteurs a seul qualité pour donner l'ordre de départ à un élève malade, et le directeur ne peut aller à l'encontre de ses prescriptions sans engager gravement sa responsabilité.

Lorsqu'un élève meurt au cours de la route, son départ ayant été ordonné par le médecin, son père n'a qu'à s'en prendre à lui-même, de n'avoir pas, aussitôt après le décès, fait procéder à une autopsie qui seule eût pu faire connaître la véritable cause de sa mort.

Une faute fût-elle prouvée contre le directeur de l'école, il faudrait établir, pour que sa responsabilité fût engagée, qu'elle a été la cause immédiate et nécessaire du décès, et que celui-ci n'a pas eu d'autre cause.

Ainsi, on le voit nettement, les principes sont posés très clairement par ce jugement. Pour qu'il y ait lieu à responsabilité, il faut :

1° Qu'il y ait une faute.

2° Que cette faute, qui n'est point présumée, soit établie par la victime, ou par ses ayants-droit.

3° Que le dommage ait pour cause immédiate la faute commise par l'instituteur.

Les parents ont la tendance bien naturelle, lorsque leur enfant tombe malade à l'école, d'accuser le manque de soins du maître, mais les tribunaux ont d'ailleurs jusqu'à présent fait une saine appréciation des faits et n'ont admis la responsabilité que dans les cas, peu nombreux, où elle était nettement établie.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 81, p. 1177, et n° 83, p. 1204.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 JUILLET 1912)

De la valeur de l'immunité vaccinale passive. — M. CAMUS. L'immunisation passive absolue est très difficilement réalisable ; l'immunité vaccinale de l'organisme n'est peut-être pas assurée uniquement par le sang.

On est frappé de la faiblesse relative du pouvoir immunisant du sang, ce pouvoir est dû principalement à sa propriété virulicide.

Le fait pratique qui ressort des recherches de M. Camus c'est qu'il ne faut compter que sur la vaccination préventive pour combattre la variole.

Le magot, animal réactif du trachome. — MM. CH. NICOLLE, C. BLAISOT et A. GUÉNIOT. Le magot (singe inférieur) offre au virus trachomateux une sensibilité manifeste.

L'agent invisible du trachome est un microbe filtrant.

Les larmes des malades sont infectantes par dépôt sur la conjonctive escoriée et même par simple contact sur la muqueuse indemne. Cette donnée, la gravité extrême du trachome, et sa longue contagiosité, justifient et commandent les mesures de prophylaxie les plus sévères.

Pathogénie des hémarthroses du genou. — MM. Pierre Delbet et Pierre Cortier. Quand le traumatisme, déterminant l'hémartrose, est peu violent, que l'épanchement n'est pas immédiat, qu'il contient peu de globules rouges et beaucoup de lymphocytes, on doit soupçonner sinon affirmer qu'une hémarthrose est tuberculeuse.

Excitation prolongée du nerf sensitif et son influence sur le fonctionnement du système nerveux central. — M. Wedensky.

Sur le mécanisme de l'hémolyse par l'arachnolysine. — M. Robert Levy.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 19 juillet 1912)

Etat du sang dans le purpura hémorragique. — M. Bensaude, à l'occasion de la communication faite à la dernière séance par MM. L. Le Sourd et Pagniez, signale qu'il a également observé des malades atteints de purpura hémorragique, dans le sang desquels on ne pouvait constater la présence d'un seul hématoblaste, et cela par examen à sec, par examen dans les liquides conservateurs ou après dépôt lorsque le sang avait été rendu incoagulable par l'extrait de sangsue ; mais du fait qu'il n'avait pas rencontré d'hématoblastes par ces différents procédés, M. Bensaude ne s'est pas cru autorisé à conclure à l'absence totale de ces éléments dans le sang. M. Bensaude rappelle que dans des communications antérieures, il a insisté sur la corrélation entre le nombre des hématoblastes dans le sang et le degré de rétractilité du caillot, ainsi que sur un certain parallélisme entre les poussées hémorragiques et les lésions sanguines. Ces observations cliniques sur l'état du sang dans les diverses variétés du purpura n'ont pas au début été acceptées sans réserves; M. Bensaude est heureux de les voir confirmées maintenant par d'autres observateurs.

Origine de l'infantilisme. — M. Souques. L'origine de l'infantilisme est très discutée. Le point de départ de ce syndrome peut être dans l'hypophyse et dans les glandes génitales comme dans la thyroïde. Mais il semble que la participation des glandes génitales soit nécessaire pour que ce syndrome se produise.

Les faits cliniques et expérimentaux concordent pour montrer que le développement à la puberté des organes génitaux et des caractères sexuels secondaires se fait sous la dépendance de la sécrétion interne des glandes génitales. Or l'arrêt du développement de ces organes génitaux et de ces caractères sexuels secondaires constitue essentiellement l'infantilisme. Quand la glande génitale interne est la première touchée, son insuffisance explique naturellement le syndrome infantilisme; quand elle n'est touchée que secondairement à une altération primitive de la thyroïde ou de l'hypophyse, par exemple, il faut pour expliquer son insuffisance invoquer jusqu'à nouvel ordre le mécanisme obscur des corrélations fonctionnelles des glandes endocrines.

Influence du régime alimentaire sur les îlots de Langherans du pancréas. — M. Marcel Labbé a montré que, en donnant de la viande crue aux cobayes et aux lapins, on constate à la coupe du pancréas une multiplication des îlots de Langherans et quelques altérations rénales. Il lui semble donc impossible de se baser sur la multiplication des îlots pour déterminer le pronostic d'un diabète.

M. Josué fait remarquer à ce sujet qu'il est difficile de former un jugement basé sur des expériences au cours desquelles on modifie complètement l'alimentation d'un animal.

Obésité colossale avec infantilisme. Bons effets de l'opothérapie hypophyso-testiculaire. — MM. Léopold-Lévi et Barthélemy présentent un sujet de vingt-sept ans, atteint d'obésité colossale, avec infantilisme, sans humeur hypophysaire.

Le traitement par l'hypophyse détermine une série de modifications, accentuées par l'orchitine. Ce sont : la sortie des poils sur le corps, de moustache et de barbe, la diminution du nombre des pulsations, l'augmentation de la diurèse, le réveil du sujet, dont la force, l'intelligence, la mémoire, la volonté deviennent meilleures.

L'étude pathogénique du cas montre que, pour constituer cette obésité, il y a intrication de mécanismes endogènes et exogènes.

Le syndrome adiposo-génital, avec insuffisance hypophysaire, se rattache au syndrome de Frœlich-Launois. Comme chaînon intermédiaire se place l'instabilité hypophysaire, qui comporte l'association, au point de vue clinique, d'acromégalie et d'obésité. L'hyperplasie, coexistant parfois avec des lésions d'insuffisance hypophysaire, peut aller, à un stade de plus, jusqu'à l'adénome.

M. Marcel Labbé, à propos du malade intéressant présenté par M. Léopold-Lévi, fait remarquer qu'on admet souvent le rôle de l'insuffisance ovarienne ou testiculaire dans l'obésité, et qu'on prend alors la cause pour l'effet. Il rappelle l'action très nette de l'obésité qui supprime les règles chez la femme. Il suffit de soumettre les malades à un régime sévère pour voir les phénomènes disparaître, alors que l'extrait d'ovaire est impuissant à les modifier.

L'obésité même typique du myxœdémateux s'explique en partie par la sédentarité et l'alimentation trop copieuse.

Hémorragie méningée à forme démentielle. — MM. Chauffard et Cl. Vincent. A côté de la forme classique de l'hémorragie méningée, caractérisée par un syndrome d'hypertension intracranienne apyrétique (en dehors de la période de résorption sanguine) et un syndrome hémolytique local, il existe des formes diverses dans lesquelles au tableau précédent s'ajoutent des phénomènes variables avec les cas et dus à des lésions de centres, de faisceaux, de nerfs en rapport avec l'hémorragie. C'est ainsi qu'il existe des hémorragies méningées à forme basilaire, à forme protubérantielle, à formes cérébrales. Dans ces dernières on distingue divers types : hémorragies méningées à type hémiplégique, à type aphasique, à type jaksonnien. Les auteurs y ajoutent le *type démentiel*.

Cette forme est caractérisée par la présence de troubles mentaux permanents consécutifs à l'hémorragie. Ces troubles vont depuis la démence complète jusqu'au simple affaiblissement intellectuel.

Les homostimulines. Etude expérimentale et clinique des lipoïdes génito-stimulants de l'ovaire, néphro-stimulants du rein et du lipoïde du corps jaune. — M. H. Iscovesco a montré des pièces provenant d'animaux auxquels il a pratiqué en six semaines dix-huit injections hypodermiques d'un lipoïde à propriété spécifique qu'il a isolé de l'ovaire. Il a constaté, en sacrifiant les animaux, que chez tous ces injections avaient provoqué une augmentation considérable du volume et du poids de l'utérus et des ovaires. Les ovaires sont remplis de follicules et leur poids est augmenté de 50 à 100 p. 100. Quant aux utérus, ils sont fortement congestionnés, présentent souvent des hémorragies dans leur cavité, et une augmentation du poids qui peut aller jusqu'à être cinq fois plus grand qu'à l'état normal.

En dehors de cette étude expérimentale, il rapporte vingt observations de malades atteintes d'aménorrhée, de dysménorrhée, de troubles d'hypoovarie chez lesquelles sans exception l'injection journalière de 1 à 2 centigrammes de ce lipoïde, suivant les cas, a provoqué, soit le retour des règles, soit la suppression des douleurs, soit la suppression des différents troubles d'hypoovarie dont se plaignaient les malades.

Il a isolé ensuite et étudié un lipoïde spécifique dans le corps jaune. L'étude expérimentale pratiquée sur des animaux, dont il présente les pièces à la Société, a montré que, injecté à des lapines gravides, l'utérus finit son involution au bout de dix jours alors que chez les lapines gravides non traitées l'involution n'était pas complètement terminée au bout d'un mois. Il constate aussi expérimentalement que ce lipoïde favorise la lactation. Ayant ensuite passé à l'étude clinique de cette substance, il apporte sept observations et montre que l'injection de petites doses (un centigramme) chez les femmes présentant les troubles de la castration supprime ces troubles; que, dans des cas d'aménorrhée ayant résisté à un traitement ovarien, on pouvait obtenir un résultat avec le lipoïde du corps jaune.

Ensuite il signale son action sur les vomissements de la grossesse et pense que son action serait des plus intéressantes à étudier d'une façon systématique dans les suites de couches.

Enfin, il a exposé qu'il a isolé dans le rein un lipoïde qui constitue une sorte de sécrétine puisque, injecté à des lapins à la dose d'un demi à un milligramme par kilo d'animal il double la quantité d'urine, la quantité d'urée et de chlorures excrétés.

Il conclut de ses expériences et de ses recherches cliniques :

1° Les lipoïdes jouent parmi les sécrétions internes un rôle important totalement méconnu jusqu'à ce jour.

2° Il existe dans beaucoup d'organes, parmi de nombreux lipoïdes indifférents, quelques-uns même antagonistes, un lipoïde spécifique qui a des propriétés excitantes sur l'appareil même dont il provient. Ainsi, le lipoïde génito-excitant de l'ovaire provoque une augmentation de volume de l'utérus et de l'ovaire et la menstruation. Le lipoïde spécifique du corps jaune règle l'involution utérine postpuerpérale, favorise la lactation et semble dans certains cas constituer un antagoniste du lipoïde ovarien.

3° Les lipoïdes spécifiques qui existent dans certains organes constituent une place importante, bien définie physiologiquement et chimiquement, parmi les sécrétions internes et jouent un rôle autorégulateur par voie humorale en constituant de véritables homostimulines.

Œdèmes brightiques infectés par le pneumocoque Talamon-Frankel. Evolution sans fièvre. — MM. G. Caussade et Logre rapportent l'observation d'un ancien brightique chez lequel on vit, sous l'influence d'une infection pneumococcique, une poussée aiguë de néphrite, et successivement l'ensemencement d'un œdème pulmonaire, d'un hydrothorax double et d'un hydropéricarde. Toutes ces étapes successives de la septicémie ne s'accompagnèrent pas de fièvre, l'hypothermie urémique dissimulant sans doute la pyrexie. Dans les divers transsudats le pneumocoque était abondant, il fut trouvé plus facilement que dans les sérosités ou les liquides séro-fibrineux ou purulents qui sont les moyens de défense de l'organisme. Sa virulence n'était pas exaltée. Le pneumocoque, à raison de cinq gouttes, tuait la souris en trente-six ou quarante-huit heures.

La cytologie montra la transformation des transsudats en exsudats. Dans l'hydrothorax droit, le premier infecté, on vit d'abord des cellules endothéliales de desquamation associées en proportion à peu près égale à des polynucléaires, puis, plus tard, des polynucléaires. L'hydrothorax gauche ensemencé les derniers jours ne contenait que des cellules endothéliales et des pneumocoques.

Les reins présentaient des lésions anciennes (sclérose) et des lésions récentes aiguës (prolifération, boules de mucosité, hémorragie) dues au pneumocoque. Ce fait prouve qu'au cours du mal de Bright il y a des poussées aiguës de nature infectieuse.

Les auteurs signalent enfin qu'au cours d'une septicémie pneumococcique on peut voir une détermination d'abord rénale puis pulmonaire. Cette dernière ne doit pas être confondue avec les complications pulmonaires d'une néphrite.

Histologie comparée de la muqueuse gastrique du chien à jeun et après repas à division alimentaire grossière ou parfaite. — MM. L. Jacquet et Jourdanet ont observé cliniquement des régressions si saisissantes de divers états pathologiques par le seul passage de la « tachyphagie » à la « bradyphagie » qu'ils ont tenu à étudier expérimentalement cette question sous tous ses aspects.

Dans ces nouvelles expériences les auteurs ont recherché à déterminer l'état histologique de la muqueuse gastrique à jeun, et après repas à division alimentaire grossière ou parfaite.

Les glandes de la région pylorique gardent dans ces trois conditions le même état.

Par contre, les glandes fundiques présentent d'importantes différenciations histo-physiologiques, surtout en ce qui concerne les cellules principales.

Celles-ci sont nettes, bien individualisées, homogènes à l'état de jeûne; à l'état d'activité fonctionnelle leur protoplasme apparaît flétri, vidé, vacuolaire, mais ces changements cytologiques sont particulièrement nets quand la masse alimentaire est en état de division parfaite, comme la réalise chez l'homme la bradyphagie.

Autohémothérapie et épilepsie. Etude des réactions hémolytiques. — MM. Sicard et Guttmann ont voulu se rendre compte de l'action thérapeutique des injections de sang total d'épileptique aux épileptiques en état de crises. Les résultats obtenus n'ont pas été concluants et leur ont fait abandonner de cette circonstance cette méthode tant vantée dans certains pays. Les auteurs ont profité de cette circonstance pour étudier les réactions humorales provoquées dans l'organisme par cette injection. Ils ont vu que les globules rouges devenaient d'abord plus fragiles et ensuite plus résistants. De plus, les globules rouges sont facilement détruits par tout sérum, sauf celui du malade. L'injection de sang total provoque donc dans l'organisme une modification qui rend ces globules rouges plus sensibles à l'action des hémolysines étrangères.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 17 JUILLET 1912)

Traitement du pied bot valgus douloureux. — M. Ombrédanne résume la discussion sur le traitement des pieds bots.

Les corps étrangers employés au cours des opérations qu'ils nécessitent peuvent parfaitement être tolérés, mais il y a des éliminations, aussi vaut-il mieux fixer les os par des porteurs de tendons que par ces corps étrangers métalliques.

Les mouvements de flexion du pied sont à conserver à tous prix.

Le déplacement secondaire du calcanéum est à prévenir par l'arthrodèse.

De l'hémitarsectomie interne et de la tarsectomie totale quelle est la meilleure opération et quelles sont leurs indications ? Après l'hémitarsectomie classique des obstacles externes peuvent s'opposer à la réduction et on peut par le fait de la présence de tubérosités calcanéenne et cuboïdienne trouver des obstacles à la réduction, aussi faudrait-il les enlever. MM. Kirmisson et Broca nous disent que cette hémisection est suffisante, ils ont en vue des enfants chez lesquels les tubérosités n'existent pas alors qu'on peut les rencontrer chez les adultes.

Chez ces derniers l'hémitarsectomie totale est donc parfois nécessaire quand la partielle est suffisante chez les enfants.

Pour ce qui est du déplacement calcanéen qui affaisse la voûte, on ne peut le prévenir que par l'arthrodèse calcanéo-astragalienne.

Des hépatites infectieuses. — M. Sieur, ayant exercé dans les hôpitaux militaires d'Algérie, a eu l'occasion d'observer fréquemment des infections biliaires d'origine dysentérique. La plupart de ces malades lui étaient envoyés avec le diagnostic d'abcès du foie. Dans ces cas la simple ponction du foie a souvent amené la guérison.

La cause la plus habituelle de ces affections du foie était d'origine intestinale et le plus souvent d'origine dysentérique, ainsi que cela résulte des recherches bactériologiques de M. Remlinger. L'origine intestinale, qu'il s'agisse de fièvre typhoïde ou de dysenterie, lui a été ainsi souvent révélée. Cliniquement on constata dans ces cas de grandes oscillations thermométriques qui ont pu donner le change avec le paludisme. L'affection débute par de violentes douleurs, l'ictère fait souvent défaut, il y a très peu de pigments biliaires dans l'urine. Le foie est gros, la rate augmente aussi de volume. La fièvre s'allume. Les accidents deviennent souvent assez graves pour commander l'intervention. On fait une laparotomie, on ne trouve rien d'anormal, on fait dans le foie des ponctions blanches ou qui donnent un peu de sang, on referme et les accidents s'atténuent aussitôt. Dans d'autres cas on ouvrira et on drainera la vésicule biliaire. Enfin on pourra aussi recourir à la dilacération du foie telle que l'a pratiquée M. Faure.

M. Loison avait déjà appelé l'attention sur les bons effets de ces ponctions, et son travail a fait l'objet d'un rapport de M. Walther; M. Sieur insiste sur les bons effets de ce traitement par les ponctions et il cite à l'appui de nombreux exemples empruntés soit à sa pratique personnelle, soit au travail de M. Remlinger.

En résumé, la ponction simple dans les cas d'hépatite aiguë d'origine intestinale peut donner de très bons résultats. Si elle ne suffit pas, il ne faut pas hésiter à recourir à la laparotomie.

M. Walther rappelle les propres termes dont il s'est servi dans son rapport sur le travail de M. Loison et qui expriment exactement la même opinion que vient de défendre M. Sieur. En effet, M. Loison insistait déjà sur les avantages de la saignée du foie par ponctions.

M. Faure, tout en partageant cet avis, fait cependant remarquer que tous les cas ne guérissent pas avec la simple ponction. C'est pourquoi il a proposé la dilacération du foie qui peut répondre à certaines indications.

Traitement de l'ulcère duodénal. — M. Pauchet (d'Amiens). L'ulcère duodénal, comme l'ulcère gastrique, est plus commun chez l'homme que chez la femme. Il se révèle surtout par des douleurs survenant trois ou cinq heures après les repas, douleurs calmées par une nouvelle prise de nourriture et des signes subjectifs d'hyperacidité gastrique (pyrosis); ces phénomènes surviennent par périodes qui, espacées au début, se rapprochent au fur et à mesure que les récidives sont plus fréquentes.

L'ulcère duodénal, comme l'ulcère gastrique aigu ou récent, peut guérir par le traitement médical (repos, jeûne, alcalins); mais l'ulcère duodénal chronique, c'est-à-dire récidivant, doit toujours être opéré. Il menace la vie du sujet (hémorragie, perforation, tuberculose pulmonaire ou autre). Quand la mort ne survient pas, il raccourcit l'existence du malade et paralyse sa vie sociale. L'opération est d'ailleurs d'une grande bénignité entre les mains d'un chirurgien entraîné.

La gastro-entérostomie procure des guérisons fréquentes, souvent définitives; toutefois les récidives sont communes; elles tiennent à ce que, après guérison de l'ulcère, le pylore fonctionne de nouveau et le passage des aliments chargés d'un suc gastrique altéré réveille l'ulcère guéri. La gastro-entérostomie est bonne pour tous les cas accompagnés de sténose; mais dans tous les autres cas où l'ulcère est en activité (douleurs, hémorragie) il faut la compléter systématiquement par la fermeture du pylore (exclusion pylorique). Si on craint que l'intervention soit trop longue, il faut recourir à la rachi-anesthésie.

Sur 21 malades opérés, 18 ont subi une gastro-entérostomie simple; 3 ont montré une récidive (hémorragie, douleurs violentes); 2 ont dû être réopérés et ont guéri par une exclusion complémentaire; 3 malades ont subi l'exclusion pylorique systématique. Trois opérés ont été rachi-anesthésiés. Sur ces 23 opérations, aucun décès à enregistrer.

Il faut conclure que si l'ulcère duodénal ne s'accompagne pas de sténose du duodénum, il faut compléter la gastro-entérostomie par une exclusion pylorique. A ce prix la guérison sera définitive et complète.

Fracture marginale postérieure du tibia. — M. Quénu lit un travail très complet et très documenté, accompagné de pièces anatomiques et de radiographies sur cette variété de fracture encore incomplètement étudiée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 13 juillet 1912)

MM. P. Teissier, M. Duvoir et P. Gastinel ont pratiqué chez un grand nombre de lapins des **inoculations vaccinales par les voies sous-cutanée, endoveineuse, péritonéale et digestive** dans le but d'étudier les réactions humorales qui peuvent témoigner de l'état d'infection ou d'immunité.

L'immunité par la voie sous-cutanée a été obtenue de façon constante par des doses sensiblement plus faibles que celles employées jusqu'ici. Par la voie veineuse, l'immunisation est relativement assez précoce et pour ainsi dire constante, même à doses faibles. L'inoculation de vaccin dans la cavité péritonéale peut également conférer l'immunité : tardivement et à doses fortes par la méthode des sacs de collodion, de façon plus précoce et semble-t-il plus active par la méthode directe, peut-être moins exacte que la précédente. Par la voie digestive, l'immunisation est toujours tardive, exige les doses les plus fortes et paraît précédée d'un état transitoire d'hypersensibilisation.

Ces résultats ont une valeur simplement expérimentale et témoignent qu'on ne saurait, à l'exemple de certains expérimentateurs, préconiser en thérapeutique humaine la pratique des vaccinations sous-tégumentaires, même par la voie sous-cutanée.

MM. Achard et Feuillié, ayant provoqué chez le chien, par l'injection d'ovalbumine dans les veines, des altérations très rapides de **cytolyse de l'épithélium rénal** ainsi qu'une forte albuminurie, ont constaté que la **perméabilité du rein** au ferrocyanure de potassium était exagérée, et que la perméabilité à l'urée, mesurée par la constante d'Ambard, n'était nullement diminuée mais plutôt accrue. Le débit du chlore urinaire tendait à monter. L'urée du sérum ne changeait presque pas, non plus que les albumines.

Or, un état semblable de la perméabilité rénale peut s'observer en clinique, pendant la période fébrile des maladies aiguës telles que la pneumonie et la fièvre typhoïde. Sans prétendre que les modifications de l'épithélium rénal soient identiques dans les faits cliniques et expérimentaux, le rapprochement mérite d'être fait car il permet de concevoir comment des lésions aiguës et légères de l'épithélium, des tubes contournés peuvent s'accompagner d'une élimination bonne et même exagérée.

Toutefois, cette conservation de la perméabilité rénale n'est pas constante dans les processus de cytolyse aiguë. Chez un chien qui avait reçu de l'acide chromique en injection dans les veines et qui était albuminurique, si l'excrétion du ferrocyanure était abondante, celle de l'urée par contre était diminuée tandis que le taux de l'urée montait dans le sérum et que celui des albumines s'abaissait.

Il est vrai que, dans ce dernier cas, certains tubes contournés présentaient des lésions plus avancées au stade de destruction et de desquamation des cellules; c'est peut-être la raison de la gêne apportée à l'excrétion de l'urée.

MM. Achard et Flandin, à propos de l'**influence de l'espèce animale sur les effets du poison de l'anaphylaxie**, ont constaté que le poison formé dans l'encéphale pendant le choc anaphylactique agit constamment chez l'animal neuf de même espèce, mais produit des effets variables chez d'autres espèces.

Le cerveau toxique du cobaye est sans action sur le lapin et réciproquement. Le cerveau toxique du cobaye est inactif pour le chien neuf, mais par contre le cerveau toxique du chien est actif pour le cobaye.

Les extraits éthérés et chloroformiques du cerveau toxique ont donné les mêmes résultats que les extraits aqueux.

Le choc déterminé chez le cobaye par le poison du chien n'a pas différé de celui que provoque le poison du cobaye.

On doit remarquer que chaque espèce animale réagit à sa manière à l'anaphylaxie et fait une forme de choc un peu spéciale.

Les substances anaphylactisantes tirées de l'organisme n'anaphylactisent que pour les substances de la même espèce zoologique ou d'espèces très voisines.

Dans l'anaphylaxie passive, la substance sensibilisante (toxogénine) n'a pas de spécificité zoologique mais elle n'agit pas cependant de même chez toutes les espèces.

Enfin, le poison formé pendant le choc (apotoxine) n'a pas non plus de spécificité zoologique, mais il n'agit pas non plus indifféremment chez toutes les espèces.

MM. Maurice Nicloux et André Placet établissent dans leurs expériences que la plus lente **élimination de l'alcool méthylique**, démontrée antérieurement, **va de pair avec une moindre combustion** chez le chien. On retrouve, en effet, dans les excrétions pulmonaire et urinaire 25 à 30 p. 100 de l'alcool méthylique ingéré.

Les auteurs pensent que si à n'en pas douter la lente élimination de l'alcool méthylique peut être un facteur important de sa nocivité, on ne peut lui faire jouer un rôle capital dans la fameuse épidémie de Berlin de décembre 1911. Il s'agit très vraisemblablement d'impuretés que contenait cet alcool.

Les expériences faites par M. MOOG sur des cobayes maintenus dans l'air raréfié, ont montré chez ces animaux l'apparition d'une azotémie prononcée. Ce fait, rapproché des troubles de la fonction rénale et des symptômes habituels du mal de montagne (céphalée, anorexie, vomissements, somnolence) autorise à considérer le **mal de montagne comme une véritable crise d'urémie** consécutive à une auto-intoxication aiguë.

M. H. ISCOVESCO a isolé de l'ovaire un lipoïde, **le lipoïde utéro-excitant** qui n'est pas toxique pour le chien, le cobaye et le lapin. Il a pratiqué à une série de lapines, en six semaines, 18 injections de 3 centigrammes de ce lipoïde. Les animaux se portèrent très bien et engraissèrent tous. Il les garda ensuite en observation pendant deux mois. A ce moment il les sacrifia. Tous les organes étaient normaux mais les utérus de ces animaux présentaient tous une augmentation considérable de volume et de poids. Les utérus ont doublé, triplé et même quadruplé de volume. Ils sont très congestionnés et dans quelques cas il y a même un épanchement de sang intra-utérin. Tous les autres lipoïdes sont indifférents.

M. Michel DE KERVILY, étudiant la **valeur de la réaction myéloïde expérimentale de la rate du chien** adulte, a toujours constaté la présence de mégacaryocytes. L'abondance de ces éléments est très variable dans la pulpe splénique selon les sujets, même à l'état normal; on en trouve 4 à une centaine sur une préparation de un centimètre carré. Par conséquent le chien n'est pas plus utilisable que les autres animaux de laboratoires usuels pour des expériences précises sur la transformation myéloïde de la rate.

M. Jean CAMUS, par ses recherches **sur les centres du vomissement**, montre qu'à l'aide du chloralose injecté en solution plus ou moins diluée dans la région du bulbe il est possible en faisant varier les doses de produire des dissociations fonctionnelles très nettes des différents centres bulbaires.

On peut ainsi paralyser complètement les centres du vomissement qui ne répondent plus alors à aucun des vomitifs habituels : apomorphine, ipéca, émétique, sulfate de cuivre quelle que soit d'ailleurs la voie d'introduction de ces vomitifs.

Avec une dose plus faible de chloralose au lieu de paralyser les centres du vomissement on les excite et les vomissements apparaissent par le fait même du chloralose.

A une dose convenable que l'on peut trouver par tâtonnement il est possible de paralyser les centres du vomissement sans intéresser les autres centres bulbaires de sorte que les animaux survivent parfaitement à cette atteinte partielle du bulbe. Chez un animal qui présente ainsi une paralysie toxique de ses centres du vomissement l'apomorphine, bien que ne déterminant plus de vomissement, produit encore l'accélération du rythme respiratoire, or la même dissociation a été observée quand par une lésion expérimentale limitée les centres des vomissements ont été détruits.

MM. NETTER et Henri PORAK ont observé que chez les sujets atteints de scarlatine la revaccination est suivie presque toujours, et cela dès le premier jour de l'éruption, d'une réaction locale. Cette **allergie vaccinale** contraste avec l'**anergie** relevée pendant la période éruptive de la rougeole.

La succession des deux fièvres éruptives chez le même sujet a permis de constater 3 fois la succession de l'anergie et de l'allergie, 2 fois celle de l'allergie et de l'anergie.

M. LE LORIER communique un procédé pour le **dosage colorimétrique de l'acide acétyl-acétique**. Ce dosage consiste essentiellement dans la préparation d'une solution titrée à 1 p. 100 d'acide acétyl-acétique obtenue en saponifiant l'éther correspondant au moyen de lessive de soude et en mettant en liberté l'acide par saturation de la soude au moyen de l'acide oxalique. Cette solution titrée est additionnée d'un volume égal de perchlorure de fer à 10 p. 100. L'urine à examiner est après décoloration par le noir animal additionnée elle aussi d'un égal volume de perchlorure de fer à 10 p. 100. On filtre pour éliminer le précipité et on compare la solution de l'urine et celle du tube étalon. L'égalité des teintes est obtenue par addition d'eau et une simple proportion donne le titre de l'acide contenu dans l'urine.

MM. Léon BERNARD, Robert DEBRÉ et R. PORAK pour rechercher **la formation de précipitines chez l'homme après injection intrarectale de sérum équin**, ont injecté dans le rectum à 18 sujets tuberculeux pendant douze jours consécutifs 20 centimètres cubes de sérum de cheval antituberculeux. Ils ont recherché les précipitines dans le sérum de ces malades à plusieurs reprises et à plusieurs jours d'intervalles, notamment à la période la plus favorable pour la constatation de ces anticorps, c'est-à-dire du dixième au vingt-cinquième jour après la date du premier lavement.

Dans 16 cas, les auteurs n'ont pu mettre en évidence la présence de précipitines. Dans un cas ils ont observé une réaction douteuse, le onzième jour après le premier lavement de sérum. Dans un cas les précipitines furent trouvées le quinzième et le seizième jour, le vingt-quatrième jour elles avaient disparu.

De ces résultats on ne doit pas conclure que les albumines hétérogènes injectées dans le rectum n'ont pas traversé la paroi intestinale puisque la formation des précipitines est très inconstante chez l'homme.

MM. CARCANAGUE et MAUREL ont recherché la **répartition du plomb dans les divers organes et tissus** en l'injectant sous forme d'acétate de plomb par doses répétées, par la voie hypodermique. Ils ont opéré sur deux lapins et d'après leurs analyses les quantités de plomb évaluées à l'état de sulfate et rapportées à 100 grammes d'organes et tissus placeraient ces derniers dans l'ordre décroissant suivant : le rein, l'estomac et l'intestin, le cerveau, les muscles striés, le foie, le cœur et le poumon.

(SÉANCE DU 20 JUILLET 1912)

Variations cycliques des albumines du sérum dans les maladies aiguës. — MM. ACHARD, TOURAINE et SAINT-GIRONS ont étudié par la réfractométrie la teneur du sérum en albumines dans une série d'infections aiguës : pneumonie, fièvre typhoïde et paratyphoïde, rhumatisme, angine, streptococcie.

Pendant la période fébrile, le taux de l'albumine baisse (albuminémie descendante) d'autant plus que l'infection est plus longue et plus grave.

Le minimum d'albuminémie est atteint au moment de la défervescence.

Le relèvement de l'albuminémie se produit à partir de l'apyrexie et se poursuit assez régulièrement, mais il est assez souvent coupé par une baisse passagère, en crochet, qui correspond à une crise polyurique.

La réascension du taux albumineux du sérum va jusqu'à dépasser le taux normal (hyperalbuminémie réactionnelle); puis il redescend à ce taux normal pour s'y maintenir d'une façon stable à la guérison complète.

On peut dire, d'une façon générale, que la courbe des albumines du sérum est l'inverse du tracé thermométrique.

Taux comparé de la cholestérine des hématies et du sérum dans le sang normal et pathologique. — MM. A. GRIGAUT et A. L'HUILLIER montrent que, tandis que la teneur en cholestérine du sérum varie considérablement au cours des différents états pathologiques, la teneur des hématies est à peu près constante. Les variations de la cholestérinémie ont donc leur siège unique dans le sérum sanguin, et le taux des hématies est indépendant de celui du sérum.

Chez l'homme sain, le taux des hématies varie dans les mêmes limites que le taux du sérum et a généralement une valeur un peu inférieure à celui-ci.

Dosage rigoureux de la cholestérine par la méthode de dosage dans les sérums et dans les tissus. — M. A. GRIGAUT montre que la méthode qu'il a indiquée convient particulièrement au dosage de la cholestérine. En effet, une fois l'épuise-

ment éthéré opéré il est impossible de déceler de cholestérine dans le liquide aqueux résiduel. Cette constatation jointe à la pureté du résidu final pesé et isolé à la fin des manipulations font que les chiffres donnés par cette méthode correspondent exactement aux chiffres réels.

L'amino-acidurie, signe d'insuffisance hépatique. — MM. Marcel Labbé et Henri Bith ont recherché l'amino-acidurie chez vingt-sept malades atteints de diverses affections hépatiques. Ils l'ont trouvée augmentée toutes les fois que la cellule hépatique était dégénérée, par exemple dans les cirrhoses graisseuses tuberculeuses et dans l'ictère grave. Au début des cirrhoses éthyliques elle est peu marquée, mais apparaît au bout d'un certain temps d'évolution. Il en est de même dans le cancer du foie. Elle est en général peu intense dans les ictères catarrhaux et manque dans la lithiase biliaire.

L'amino-acidurie exagérée est liée le plus souvent à un trouble organique ou fonctionnel du foie; sa recherche est la méthode de choix pour reconnaître l'insuffisance fonctionnelle hépatique vis-à-vis du métabolisme des albuminoïdes.

Influence du sang sur la toxicité des extraits pulmonaires. — M. Roger. Injectés dans les veines d'un lapin les extraits préparés avec les poumons d'un animal de même espèce sont extrêmement toxiques. Mais si on mélange l'extrait avec du sérum sanguin et si on maintient le mélange en contact pendant une heure la toxicité diminue dans des proportions notables. Cette action si curieuse du sérum sanguin que l'auteur avait indiquée déjà il y a environ un an a été également mise en évidence par Dold, Blaizot, Gley. Par contre, elle n'a pas été retrouvée par Cese Bianchi. L'auteur a donc cru intéressant de reprendre cette étude. Voici les chiffres fournis par une nouvelle expérience : l'extrait pulmonaire mélangé à son volume d'une solution salée est maintenu deux heures à 38 degrés. Injecté à la vitesse moyenne de 0cc85 par minute et par kilo, il tue à la dose de 8cc5 par kilo. Si on le mélange dans les mêmes proportions avec du sérum sanguin et si on pratique l'injection, aussitôt le mélange opéré, la dose mortelle est de 11 par kilo. Si on prolonge le contact pendant une heure, alors même que l'injection est poussée rapidement (1,99 au lieu de 0,85) on peut introduire 22 centimètres cubes sans amener le moindre trouble. Ces chiffres mettent bien en évidence l'action antitoxique du sérum sanguin.

Les lipoïdes du corps jaune. Leur rôle dans l'involution utérine postpuerpérale. — M. H. Iscovesco a isolé du corps jaune un lipoïde qui, injecté à des lapines après la mise-bas, hâte considérablement l'involution utérine et favorise la lactation.

Deuxième note sur la répartition du plomb dans les divers organes et tissus du lapin en le donnant par la voie hypodermique. — MM. Carcanague et Maurel ont recommencé sur deux autres lapins l'expérience dont ils ont déjà rendu compte; les résultats, sauf pour le cerveau et les muscles striés, sont restés les mêmes. Dans la première expérience, le cerveau était placé avant les muscles striés, et dans celle-ci c'est le contraire.

Les organes et tissus se sont donc placés dans cette deuxième expérience dans l'ordre décroissant suivant : le rein, l'estomac et l'intestin qui ont été analysés en même temps, les muscles striés, le cerveau, le foie, et enfin le cœur et le poumon dans lesquels le plomb n'a été trouvé qu'en quantité indosable.

M. Pettit extrait, d'une boîte à biscuits Olibet, un éléphant ou plutôt un **fœtus d'éléphant**. Cette présentation met en joie la grave Société. On entend un membre demander s'il s'agit d'un éléphant de trois mois...

M. Nicloux rapporte, à ce sujet, une curieuse anecdote. Un barnum amène un jour à un savant américain, M. Schapmann, un éléphant femelle en état de gravidité pour savoir quand aurait lieu la délivrance. L'époque de la conception était connue. Après avoir consulté les textes, M. Schapman s'aperçoit que, sur la durée de la gestation de l'éléphant, seul Aristote fournissait des renseignements précis. Il indique donc une date en se fondant sur les données du philosophe grec, et à sa grande surprise cette date se trouve être exacte.

MM. Léon Bernard, Robert Debré et R. Porak ont recherché **la présence d'albumine hétérogène dans le sang circulant après l'injection intrarectale de sérum équin.** Leurs recherches ont porté sur 33 malades tuberculeux. Chacun a reçu 20 centimètres cubes de sérum antituberculeux. La présence de l'albumine hétérogène a été recherchée à l'aide de la précipito-réaction. Chez 9 malades la recherche a été faite moins de douze heures après le lavement de sérum, toutes les réactions ont été négatives. Chez 25 malades la recherche a été faite de douze à vingt-quatre heures après le lavement de sérum. La présence de l'albumine dans le sang circulant a été décélée chez 13 malades. Chez certains sujets la réaction était positive avec le sang recueilli la seizième et la dix-septième heure après le lavement de sérum, et devenait négative avec le sang recueilli à la dix-huitième ou à la dix-neuzième heure. Chez 9 malades, la recherche a été faite vingt-quatre ou quarante-huit heures après le lavement. Sur les 10 réactions, 3 furent positives, 3 négatives, 2 douteuses. Les cas positifs concernent l'un une recherche faite à la trentième heure, 2 autres des recherches faites à la quarante-septième et à la quarante-huitième heure après le lavement de sérum.

La présence d'albumine hétérogène dans le sang circulant est donc fréquente (16 sujets sur 33). La durée de la présence de l'albumine hétérogène est éphémère.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Æsculape. — (N° 4, avril 1912.) L. Libert : Les cimetières turcs. — Branon : Deux statuettes grecques et une gravure ancienne. — H. Bouquet : Les criminels peints par eux-mêmes. — F. Regnault : Asklépios, son caractère et ses cures d'après les récentes découvertes. — G. Vitoux : Les vertus médicinales des gemmes. — Avalon : Restif de la Bretonne, fétichiste. — A. Lepaitre : Le troisième salon des médecins. — L. Nass : Les hermaphrodites devant les tribunaux du moyen âge.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 4, avril 1912.) W. Dubreuilh : De la mélanose circonscrite précancéreuse. — Carle : Troisième note sur l'interprétation des lois de l'hérédo-syphilis. — Ch. Audry : Sur une singulière récidive de syphilis, récidive ab initio. — A. Bergé et R.-J. Weissenbach : Absence congénitale complète des ongles de tous les doigts. Biopsie.

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 4, avril 1912.) Pol Coryllos : Les adamantinomes. — Robert Leroux : Le paraffinostyle.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Avril 1912.) Lafforgue : La contagion indirecte à court terme de la rougeole. — Thoinot : Les inhumations précipitées. — Vaillard : Les porteurs de germes en épidémiologie. — Et. Ginestous : L'inspection oculistique des écoles, lycées et collèges. — Richard Millant : L'exercice et l'enseignement de la médecine légale en Roumanie.

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 17, 27 avril 1912.) R. von Jacksch : Contribution à l'étude de la maladie de Vaquez-Orler. — (N° 18, 4 mai.) Overlach : La trivaline. — (N° 19, 11 mai.) Goldberg : L'épreuve de dilution de Straus-Grünwald pour le diagnostic et le pronostic de la néphrite est-elle utile. — Robin : Sur l'action de la source de Rohit-Donati sur les affections gastro-intestinales. — (N° 21, 25 mai.) Pribram et Löwy : L'excrétion des colloïdes dans l'urine dans le diabète sucré.

Medizinische Blätter. — (Nos 8, 9 et 10, 20 avril, 4 et 18 mai 1912.) Oppenheim : Sur l'évolution et l'état actuel du traitement par le salvarsan.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — Un concours pour une place de chef de clinique médicale sera ouvert le lundi 21 octobre 1912.

Les inscriptions seront reçues, au secrétariat de la Faculté, jusqu'au vendredi 18 octobre, à quatre heures du soir.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — Un concours s'ouvrira le 23 octobre 1912 pour l'emploi de prosecteur.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Ecole, avant le 15 octobre 1912.

Les candidats doivent être docteurs en médecine ou avoir au moins douze inscriptions en médecine.

MARINE. — M. le médecin de deuxième classe Mathieu est promu au grade de médecin de première classe.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Parisot, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

MÉDAILLE DE LA MUTUALITÉ. — Les récompenses suivantes ont été accordées aux personnes ci-après désignées pour services rendus à la mutualité en Algérie :

Médaille de bronze. — M. le docteur Labrosse (d'Alger).
Mention honorable. — M. le docteur Raoust (d'Alger).

LEGS A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Mme Dieulafoy, veuve du célèbre clinicien, vient de mettre à la disposition de l'Académie de médecine, en mémoire de son mari, la somme nécessaire pour fonder un prix de 2000 francs qui sera décerné, tous les deux ans, à l'auteur du meilleur travail sur une question de pathologie interne.

M. Pannetier vient de léguer à la même Compagnie, une somme de 100000 francs dont les arrérages devront servir à fonder un prix de médecine.

LES APPELLATIONS DANS L'ARMÉE. — Un décret en date du 4 février 1911 avait étendu à tous les officiers, quelle que fût leur situation, les appellations jusqu'alors réservées, par un usage immémorial, aux seuls officiers du commandement. Ce décret tendait à unifier et à simplifier dans l'éducation du soldat les différentes dénominations des officiers. Il a depuis paru de nature à induire en erreur le soldat sur le rôle et les fonctions des officiers avec lesquels il est en rapport, et M. Millerand vient d'estimer nécessaire d'en revenir au régime constamment suivi jusqu'en 1911.

Désormais en parlant à un médecin principal on ne dira plus « mon colonel », mais « Monsieur le médecin principal » ; en parlant à un médecin-major, on dira « Monsieur le médecin-major », etc.

M. Millerand estime que les officiers des services ne peuvent qu'être *honorés* : « Ces appellations sont, en effet, la désignation précise de fonctions qu'ils ont conquises par leur mérite, et que leur haute importance doit les rendre légitimement fiers d'exercer; elles sont, d'ailleurs, seules conformes aux lois en vigueur sur l'organisation de l'armée et sur la constitution des cadres. »

LES SŒURS ET LES CLINIQUES MÉDICALES. — M. Gilbert Laurent, député de la Loire, a demandé par voie de question écrite au ministre de l'intérieur quelle était la définition exacte que son administration donne aux mots « établissement congréganiste » employés dans la loi du 4 décembre 1902, et spécialement lorsqu'il s'applique aux cliniques médico-chirurgicales.

Voici la réponse du ministre :

« Il y a « établissement congréganiste », au sens de la loi du 4 décembre 1902, toutes les fois qu'un ou plusieurs religieux, restant soumis à la règle et à la discipline de leur ordre, sont installés dans un immeuble du consentement ou sur l'ordre de leurs supérieurs, et se consacrent à une œuvre entrant ou non dans les missions de leur institut, alors même que l'œuvre a été créée sur l'initiative de tiers, et que l'immeuble où elle a son siège appartient à celui qui en assure le fonctionnement.

Notamment, des religieuses appartenant à une congrégation autorisée qui, du consentement de leur supérieure générale, se sont installées dans une clinique privée dont elles assurent le service, tout en restant liées par des règles de discipline et de subordination à leur congrégation, dont elles observent la règle et portent le costume, constituent dans cette clinique un établissement congréganiste dont la formation et l'existence sont subordonnées à une autorisation préalable. »

Cette théorie est conforme à la jurisprudence des tribunaux. (Cf. R.-M. PETIT. Cliniques et associations religieuses, *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 45, p. 688.)

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

SUR UN CAS
DE
SUBLUXATION ISOLÉE DU SCAPHOIDE CARPIEN

PAR MM.
DUVAL, Médecin-major de 2e classe.
DUCASTAING, Interne des hôpitaux de Paris.

Tandis que les fractures du scaphoïde sont relativement fréquentes (Destot), les luxations sont beaucoup plus rares. Cette constatation faite déjà par Nélaton (1) a été reprise par de très nombreux auteurs, qui ont insisté successivement sur la solidité des ligaments et la mobilité très faible des os du carpe. Il est classique de signaler les 5 observations répétées partout de déplacements du scaphoïde en arrière (2), en avant (3), associé à une luxation du grand os (4), ou du semi-lunaire (5). Leur mode de production a été longtemps obscur, et on lit dans la deuxième édition du traité de Duplay et Reclus, qu' « on ne sait rien de leur mécanisme », sinon qu' « elles réclament une force considérable pour se produire ».

Mais les travaux récents ont montré qu'il fallait placer dans une catégorie à part les luxations *isolées* du scaphoïde. Celles-ci ne figurent pas dans la statistique dressée par Lilienfeld (6), qui porte sur 384 cas de traumatismes du poignet et qui relève 13 fractures isolées du « naviculaire ». Ludloff « n'en a pas trouvé un seul cas dans toute la littérature » (7). Tavernier les dit tout à fait exceptionnelles (8), et se borne à montrer, comme Destot, l'intérêt que présentent ces déplacements, lorsqu'ils sont associés à ceux du semi-lunaire.

En raison de sa rareté et des déductions physiologiques que nous avons pu faire, notre observation nous a paru offrir un intérêt très réel.

OBSERVATION. — W..., sergent, âgé de vingt-trois ans, vient à la consultation, le 25 janvier 1911, se plaignant de douleurs du poignet gauche et d'une gêne fonctionnelle assez marquée. Une heure auparavant, il veut exécuter le mouvement de « suspension allongée », sur des barres parallèles placées à 2m50 au-dessus du sol; il s'élance, saisit à pleines mains les barres, et ressent une douleur vive qui l'oblige à lâcher prise.

A l'examen, on constate seulement un peu d'œdème avec ecchymoses à peine dessinées sur la face dorsale du carpe gauche. Le diagnostic d'entorse est porté, et le malade est traité par le massage et la mobilisation.

Au bout de quelques jours, les douleurs s'atténuent, l'œdème se résorbe : une certaine gêne persiste cependant.

Ce n'est que plusieurs mois après, à la fin de mai, que W... revient à la visite, parce que son poignet « craque » dans certains mouvements, et que dans certaines attitudes, sa main gauche est incapable d'accomplir un effort même léger. Il dit ne pouvoir plus actuellement manier le fleuret de la main gauche, alors qu'avant son accident il faisait indifféremment de l'escrime des deux côtés. Le craquement, sur lequel le malade attire notre attention, ne se produit que dans certains mouvements que nous cherchons à préciser. Nous plaçons sa main à plat sur une table, sa face palmaire exerçant une certaine pression, et l'axe de l'avant-bras prolongeant celui de la main : rien d'anormal ne se produit. Tandis que la face palmaire reste au contact du plan de la table, l'avant-bras se relève : W... accuse alors une sensation de déplacement d'un os du poignet. Si l'avant-bras continue à se redresser, quelle que soit son inclinaison cubitale ou radiale, un peu avant de se trouver à angle droit sur la face dorsale de la main, un craquement se fait entendre; le malade a, en même temps, la sensation que tout est rentré dans l'ordre.

A l'inspection, on ne trouve rien sur la face palmaire comme sur la face dorsale du carpe. La palpation ne révèle ni point douloureux, ni déformation. L'obliquité des apophyses styloïdes est normale. Nous repérons facilement sur la face dorsale, dans le prolongement du troisième métacarpien, la dépression du col du grand os. Lorsque l'avant-bras du malade a quitté le plan de la table, le doigt sent à ce niveau une saillie anormale, qui disparaît ensuite, en même temps que le craquement se fait entendre. Le doigt comme l'oreille donnent ainsi l'impression d'une subluxation qui se produit puis se réduit spontanément. En exerçant une certaine pression sur la fossette médio-carpienne, nous arrêtons le déplacement. Nous sommes ainsi amenés à porter le diagnostic de subluxation de la tête du grand os.

M. le médecin-major Niclot radiographie la main gauche dans les deux attitudes : avant et pendant le déplacement.

Etat actuel (mai 1912). — Les signes physiques sont sensiblement les mêmes, mais la gêne fonctionnelle a beaucoup diminué.

Radiographies. — La *première radiographie* (v. fig. 1) représentant le poignet vu de face, la main reposant sur la plaque, ne révèle rien d'anormal. Nous constatons l'intégrité de la ligne bistyloïdienne et de l'articulation radio-cubitale infé-

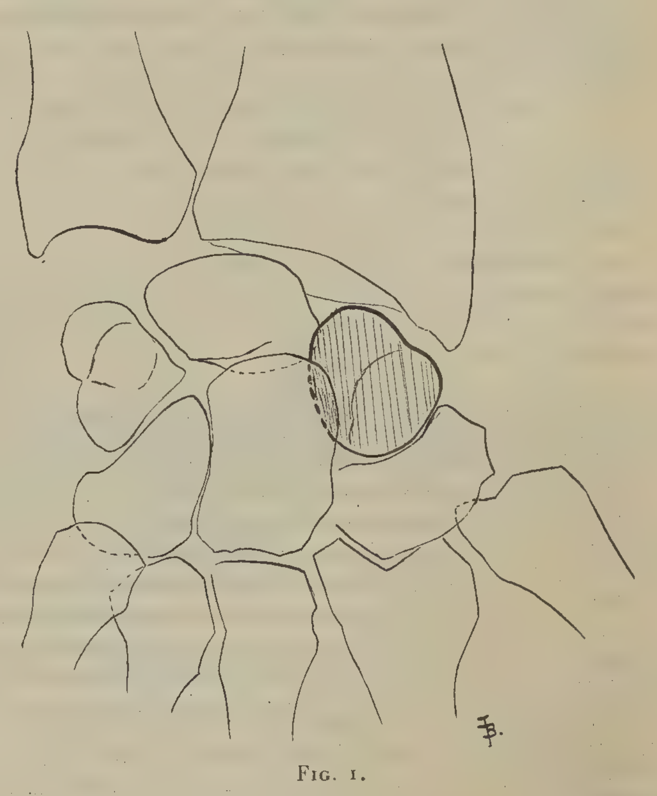


FIG. 1.

(1) NÉLATON. *Eléments de pathol. chir.*, t. II, 1847, p. 1113.

(2) COOPER. *Œuvres*, p. 436.

(3) CAMÉRON. *Lancet*, 1884, t. I, p. 885.

(4) MORRIS. *New-York med. rec.*, 1883, t. XXIII, p. 376.

(5) FORGUE. *Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 1, 1887.

(6) LILIENFELD. Statistique au Zander-Institut der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgegend.

(7) LUDLOFF. « Diese reine luxation des Naviculare ist eine seltene Verletzung. Ich habe bis jetzt in der ganzen Litteratur nicht einen einzigen Fall beschrieben gefunden. » (Voir Bibliographie.)

(8) TAVERNIER. Th. Obs. xv et LXXVII.

rieure. La semi-lunaire est dans sa position normale : le tiers interne de sa face supérieure « dépasse l'interligne radio-cubital de 2 millimètres environ, et en dedans d'une longueur au moins double le niveau de l'interligne entre le grand os et l'os crochu » (Tavernier). Ses deux tiers externes répondent au radius. Le scaphoïde a sa forme habituelle : son extrémité supérieure est effilée, son extrémité inférieure étalée, « coupée d'un trait noir plus dense répondant à la projection de l'apophyse palmaire » (Destot). Sa portion supérieure est oblique, sa portion inférieure verticale ; la facette supérieure de sa face interne est au contact du semi-lunaire, et la facette inférieure de la même face se moule sur la tête du grand os, qui ne présente rien de particulier, de même que les autres os de la deuxième rangée.

La *seconde radiographie* (v. fig. 2) représente le poignet dans l'attitude d'extension moyenne appuyée, l'avant-bras légèrement écarté de la plaque. A première vue, on constate une obliquité très marquée de la ligne bistyloïdienne ; l'espace interstylo-premier métacarpien est très réduit. Le semi-lunaire masque la partie supérieure de la tête du grand os, sur laquelle il empiète et dessine plus nettement la lèvre antérieure de sa face inférieure. Le scaphoïde est maintenant de forme globuleuse ; un espace clair, triangulaire à base supé-

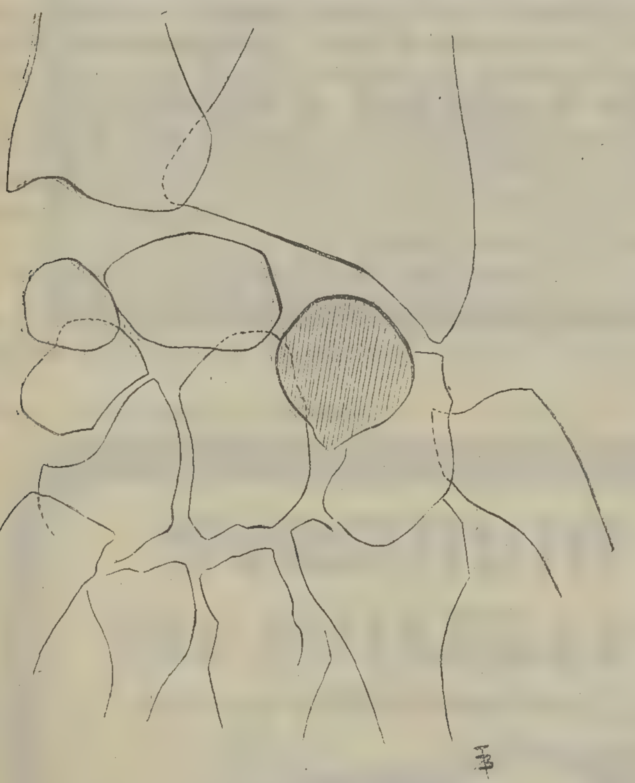


Fig. 2.

rieure, exagération de l'interstice normal scapho-lunaire, le sépare nettement de la joue externe du semi-lunaire. Sa partie latérale interne empiète sur la face latérale du grand os ; son extrémité inférieure projette une ombre foncée au-devant de la partie toute supérieure du trapèze, trapézoïde et de la partie toute contiguë du grand os : cet empiètement est normal (Tavernier). La position du semi-lunaire aussi est normale. *Le fait pathologique essentiel est donc la disjonction scapho-lunaire :* le scaphoïde subluxé est vu en raccourci ; il a effectué son mouvement de bascule en arrière, et tandis que son extrémité inférieure est restée au contact des os de la deuxième rangée, son extrémité supérieure a pointé à la face dorsale.

La radiographie de profil n'a pas été prise. Heureusement, dans notre cas, la seule radiographie de face est absolument probante (1).

Il ne s'agissait donc pas de subluxation du grand os. Et de fait, par l'examen clinique, nous pouvons maintenant constater que c'est bien le scaphoïde qui est en cause. Par une palpation minutieuse, nous pouvons nous convaincre qu'en réalité c'est un peu en dehors de la dépression médio-carpienne que vient faire saillie un rebord osseux oblique en bas et en dehors, correspondant bien à la direction du scaphoïde. En exerçant une légère pression sur le bord radial de cette dépression médio-carpienne, nous pouvons facilement empêcher le déplacement de se produire. De plus, en mesurant la distance qui sépare la pointe de l'apophyse styloïde radiale de la base du premier métacarpien, nous trouvons, dans l'extension moyenne appuyée, un demi-centimètre de moins que du côté sain. Le raccourcissement de la hauteur du poignet que l'école de Lyon regardait comme pathognomonique des luxations médio-carpiennes, peut donc s'observer dans d'autres cas : écrasement lunaire (cas de Vallas), écrasement du scaphoïde [cas de Tavernier (1)], ou simple subluxation de cet os, comme dans notre observation.

Mais un fait capital découlait aussi bien de l'examen clinique que de l'examen radiographique : la nécessité d'un *certain degré d'extension appuyée* pour déterminer la subluxation du scaphoïde. Le mécanisme des mouvements de cet os tel que le conçoit Destot, dans sa théorie de la « dislocation physiologique » de la première rangée, nous donne de ce phénomène une explication satisfaisante. Dans l'extension appuyée, tandis que le semi-lunaire « force l'extension et se reporte en avant », le scaphoïde dont l'apophyse palmaire bute contre le point d'appui, bascule en arrière « par un mouvement de levier de sonnette, et tend à se faire jour du côté dorsal » (Destot).

Chez notre malade, le déplacement ne se produit que lorsque l'extension appuyée oscille autour de 45 degrés. C'est que, dans cette attitude, le sca-

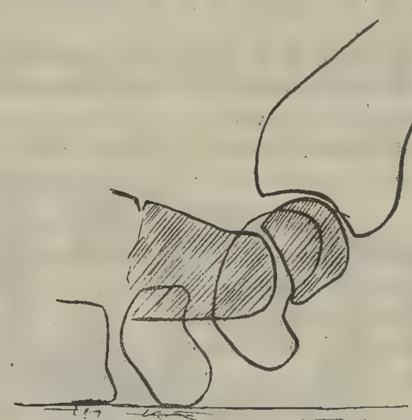


Fig. 3 (d'après Destot).

phoïde à peine engainé par le radius, est relativement mobile, tandis que le semi-lunaire fixe supporte toute la pression (v. fig. 3). Que le degré d'extension augmente et tende à atteindre 90 degrés, le

(1) « Lorsque le scaphoïde perd sa forme de haricot irrégulier, prend un aspect globuleux et est éloigné du semi-lunaire par un intervalle clair, cela signifie qu'il a subi une bascule en arrière. » (Tavernier, th.)

(1) Tavernier, Th., p. 114-115.

scaphoïde, maintenant très engainé, « se présente, son grand axe prolongeant directement celui du radius » (Tavernier); il « reste pour ainsi dire debout » (Destot), tandis que le semi-lunaire mobile se dérobe à la pression et cherche à s'énucléer sur la face palmaire (v. fig. 4). En résumé, dans l'exten-

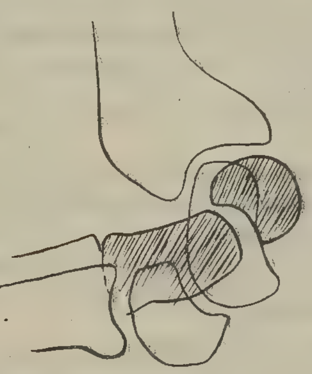


Fig. 4 (d'après Destot).

sion appuyée, les mouvements du scaphoïde sont précisément l'inverse de ceux du semi-lunaire.

A priori, il semblerait pourtant que le scaphoïde devrait effectuer son mouvement de bascule même dans l'hyperextension, si on la combine à une forte *inclinaison cubitale*. On sait, en effet, que Destot a montré que, dans ces conditions, le scaphoïde est à peine retenu par la lèvre postérieure du radius; plus encore que les auteurs allemands, il a insisté sur l'importance de l' « adduction cubitale ». [Lilienfeld] (1). Or, chez notre malade, nous n'avons jamais pu provoquer le déplacement, dans l'hyperextension, quelle que soit par ailleurs l'inclinaison. Cette observation faite sur le vivant est d'accord avec l'expérimentation de Tavernier sur le cadavre : cet auteur a beaucoup insisté snr la difficulté « d'obtenir une inclinaison cubitale suffisante pour que le scaphoïde échappe au radius ». Même après section du ligament interosseux scapho-lunaire, il n'a pu provoquer de luxation du semi-lunaire, qu'associée à une *fracture* du scaphoïde. D'ailleurs, au point de vue strictement physiologique, dans l'inclinaison cubitale (Tavernier), les ligaments trapèzo-scaphoïdiens fortement tendus redressent l'axe du scaphoïde qui devient sensiblement parallèle à celui du grand os. En somme, dans l'hyperextension avec inclinaison radiale, c'est principalement un obstacle osseux qui s'oppose à la subluxation; avec inclinaison cubitale, c'est un obstacle ligamenteux.

On peut, dès lors, concevoir la complexité des phénomènes souvent contradictoires, qui se produisent dans une chute sur la paume de la main. Si la main est en inclinaison radiale, le scaphoïde « tend à se basculer en arrière et à substituer à son grand axe un axe plus petit » (Tavernier), mais son jeu est entravé par le radius; si elle est en inclinaison cubitale, et si la pression de l'apophyse palmaire contre le sol est assez forte, le scaphoïde triomphe facilement de la résistance ligamenteuse et se subluxe.

(1) Lilienfeld. *Arch. f. klin. Chir.*, 1905.

Reste à expliquer le mécanisme de l'accident initial. Nous ne pouvons invoquer ici la théorie que nous venons d'exposer de l'extension appuyée avec ou sans inclinaison; car, lorsqu'on se suspend à deux barres parallèles suffisamment larges sans essayer des mouvements de traction, les mains ne sont pas en extension, mais en légère flexion; les éminences thénar et hypothénar exercent, en même temps, une pression énergique sur les faces latérales des barres. C'est dire que le scaphoïde n'est pas dans le prolongement du radius (position de l'extension libre) mais exagère son obliquité normale en haut et en arrière, tendant à se coucher sur l'axe du radius, et par conséquent tendant à subluxer son pôle supérieur.

Notre subluxation ne peut donc être que l'exagération d'un mouvement physiologique; elle s'est produite, bien que l'effort n'ait pas été très violent, grâce à une prédisposition spéciale.

Nous avons, en effet, constaté chez notre malade une *laxité ligamenteuse* d'origine congénitale atteignant de nombreuses articulations. L'examen du membre supérieur gauche nous révèle l'existence d'un pouce à ressort et d'un relâchement de l'articulation du poignet, permettant au métacarpe et aux doigts de se renverser, d'une façon anormale, sur la face dorsale. Il y a quelques années, W... pouvait même arriver à placer ses doigts en extension forcée presque au contact de la face postérieure du poignet. Il n'y a pas de laxité appréciable de l'articulation radio-cubitale inférieure. Du côté droit, les articulations digitales et carpiennes ne présentent rien de particulier. Celles des épaules sont relâchées, et W... arrive à faire toucher par leurs faces dorsales les coudes rejetés en arrière. Il peut, en fléchissant fortement le tronc, sans plier les membres inférieurs, toucher le sol avec la première phalange des doigts. Enfin, il place avec la plus grande facilité ses pieds en adduction ou abduction extrême, sensiblement dans le même plan frontal.

Nous n'avons relevé aucun antécédent héréditaire.

Cette *laxité ligamenteuse* est donc la véritable cause de la subluxation observée. Ce fait d'ordre anatomique nous semble avoir une importance capitale, non seulement dans notre cas particulier, mais dans la plupart des déplacements des os du carpe. Divers auteurs ont d'ailleurs insisté sur la disposition des ligaments même normaux, prédisposant aux luxations (1); ils ont rappelé le point faible qui existe entre les deux branches du V palmaire « laissant la face antérieure du semi-lunaire sans soutien » (2). Les anatomistes signalent aussi les variations et irrégularités de développement des ligaments carpiens, et pour Bryce (3) il y aurait des cas où le ligament scapho-lunaire d'ordinaire bien dessiné manque complètement.

C'est une laxité ligamenteuse anormale qui, seule, nous semble pouvoir expliquer ces cas exceptionnels

(1) Poirier-Arthrol. « Scaphoïde, semi-lunaire, pyramidal sont unis latéralement par des articulations qui ne sont pas aussi serrées qu'on le dit. »

(2) Gallony. Th. de Paris, 1902.

(3) Bryce. *Journ. of anat. and physiol.*, 1896, p. 59.

de bascule en sens inverse du semi-lunaire dont la concavité regarde en arrière, allant de la simple subluxation à la rotation de 270 degrés signalée dans une observation de Gross (1). Dans certains cas, c'est « probablement une faiblesse particulière du ligament radio-lunaire qu'il faut incriminer » (2).

Les mêmes remarques avaient été faites il y a longtemps par Boyer (3) à propos des subluxations du grand os survenant chez des sujets prédisposés dont la profession a pu déterminer à la longue un relâchement anormal du ligament postérieur.

Ces cas sont à rapprocher de la luxation médio-carpienne produite par simple contraction musculaire observée par Tillman (4); pour Tavernier, il s'agirait d'une « subluxation du grand os en avant préparée par une laxité ligamenteuse anormale ». Cet auteur conclut d'ailleurs de l'échec de ses tentatives expérimentales que « même dans les positions de chute les plus favorables à la production de la luxation du semi-lunaire, celle-ci ne se produit que si des conditions peu habituelles sont réalisées, grande résistance des os, *faiblesse anormale des ligaments*... » (5).

Notre observation prête donc à des considérations multiples. Au point de vue clinique, elle montre encore une fois que, « lorsqu'on se trouve en présence de lésions limitées du carpe... ce n'est que par la radiographie que l'on peut faire le diagnostic » (6). La confusion avec l'entorse du poignet est des plus fréquentes; il faut se souvenir qu'il s'agit le plus souvent alors « de fractures ou de subluxations que nos moyens d'investigation ne peuvent déceler » (7).

Au point de vue étiologique, il était intéressant de montrer la possibilité de subluxation d'un os du carpe à la suite d'un simple effort chez des sujets prédisposés; ces lésions sont à rapprocher des fractures spontanées et, comme elles, pourraient prendre une certaine importance médico-légale si elles étaient plus fréquentes. Elles semblent d'ailleurs fort rares. Quoi qu'il en soit, il serait curieux de rechercher systématiquement l'état des ligaments chez tout individu ayant subi un déplacement complet ou incomplet des os du carpe.

Mais l'originalité de notre observation est surtout dans la facilité avec laquelle nous avons pu vérifier par des moyens cliniques la théorie que Destot a basée sur la radiographie. Nous avons pu « toucher du doigt » le scaphoïde se subluxant d'une façon constante dans l'extension appuyée moyenne, puis revenant en place : en un mot, ceci est l'étude des mouvements physiologiques d'un véritable *scaphoïde à ressort*.

(1) TAVERNIER. Thèse, p. 62-63, obs. XVI et LXXXI (cas 1 de Lembke) et LX (cas de Gross).

(2) TAVERNIER. Thèse, p. 88 et obs. XXXI (subluxation du semi-lunaire en avant, Berger).

(3) BOYER. *Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent.*

(4) TAVERNIER. Thèse, p. 57. — TILLMAN. *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1898.

(5) *Id.*, p. 91.

(6) ROCHARD et DEMOULIN. *Manuel de diagnostic chirurgical.*

(7) COUSIN. Th. de Lyon, 1897-1898.

BIBLIOGRAPHIE

LE DENTU et DELBET. *Traité de chir.*, t. III.

DUPLAY et RECLUS. *Id.*, t. III.

DUPLAY, ROCHARD et DEMOULIN. *Manuel de diagnostic chirurgical.*

COUSIN. *De l'Emploi de la radiographie dans les lésions traumatiques du poignet*, Th. de Lyon, 1897-1898.

DESTOT. *Le Poignet et les accidents du travail*, 1905.

GALLOIS. *Fracture de l'extrémité inférieure du radius*, Th. de Lyon, 1898-1899.

GALLONY. *Des Luxations du semi-lunaire*, Th. de Paris, 1901-1902.

NÉE. *De la Luxation du semi-lunaire*, Th. de Paris, 1905.

TAVERNIER. *Les Déplacements traumatiques du semi-lunaire*, Th. de Lyon, 1905-1906.

DELBET. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 16 mai 1906.

SEGOND et NÉLATON. *Id.*, 23 mai 1906; — *Id.*, 31 juillet 1907.

DELBET. *Id.*, 18 mars 1908.

JACOB. Subluxation du semi-lunaire et fracture du scaphoïde, *Id.*, 26 juillet 1911.

MARIX. Fracture du scaphoïde, *Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 6 mai 1910.

MERET. *Soc. de méd. de Rouen*, 13 juin 1910.

DESTOT. *Lyon méd.*, 31 mai 1906; — *Id.*, 1908; — *Id.*, 21 fév. 1907.

DURAND. *Id.*, 11 avril 1907.

GOULLIOUD. Luxation du grand os en avant, du semi-lunaire en arrière, *Id.*, 1908, t. II.

REY. Luxation du scaphoïde, *Id.*, 1903, p. 347, t. II.

BERTIER. Les traumatismes du carpe, *Gaz. des hôpit.*, 1905, p. 1365 et 26 août 1911; — *Gaz. heb. de Montpellier*, n° 1, 1887.

GABAGLIO. Fracture du scaphoïde, *Policlinico*, août et oct. 1910.

HIRSCH. *Wiener med. Woch.*, mars 1910.

MAYER. Fracture du scaphoïde, *Soc. impér.-roy. des méd. de Vienne*, 1910.

PREISER. Fracture du scaphoïde, *Centralbl. f. Chir.*, 9 juillet 1910.

LUDLOFF. Luxation des Naviculare, *Schlesiche Gesell. f. vater. Cult.*, Breslau, 4 mars 1910.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 24 JUILLET 1912)

Fracture marginale postérieure. — M. SOULIGOUX présente quelques observations à propos de la communication de M. Quénu sur ce sujet. Il a fait une étude de ces fractures qu'il a présentée au Congrès de 1906. Cette étude était basée sur des expériences personnelles et sur des pièces anatomiques du musée Dupuytren. Selon M. Souligoux, M. Quénu aurait exagéré le rôle du fragment marginal postérieur. Le fragment n'a rien à voir dans la luxation du pied en arrière. Il n'est pas besoin de fracture pour que cette luxation se produise. Il suffit de la rupture des ligaments. Toutes les fois que l'articulation tibio-tarsienne est démolie il peut se faire une luxation en arrière. Il n'est pas besoin pour cela de lésion de la marginale postérieure. De même, il ne peut pas y avoir de fracture de Dupuytren sans déchirure des ligaments péronéo-tibiaux. M. Souligoux montre des pièces anatomiques et des radiographies qui viennent à l'appui de ses assertions.

M. AUVRAY montre une pièce et une radiographie de profil où l'on voit une subluxation du pied en arrière sans fracture des malléoles ni de la marginale postérieure. L'axe du péroné est dévié et il y a disjonction de la symphyse tibio-péronienne.

M. Quénu maintient que la fracture marginale postérieure isolée n'est pas contestable.

La discussion se poursuit entre MM. Souligoux, Quénu, Auvray et Demoulin.

Amnésie posttraumatique. — M. Picqué, à propos de la communication de M. Tuffier, entre dans des développements spéciaux sur les rapports de la chirurgie avec la psychologie.

Fracture du fémur avec disjonction condylienne. — M. Arrou fait un rapport sur une observation de M. Alglave. Une femme de cinquante-deux ans fait une chute du premier étage d'où il résulte une fracture du fémur droit avec disjonction condylienne.

M. Alglave fit une grande incision en U, concave en haut, au-dessus de la rotule. Il soude les deux condyles l'un à l'autre à l'aide d'une instrumentation spéciale. La diaphyse est ensuite réappliquée sur les deux condyles ainsi réunis par une plaque qui est enlevée huit jours après. La malade se lève trente-cinq jours après. Il y a une flexion de l'articulation qui n'atteint pas tout à fait l'angle droit. Résultat opératoire très satisfaisant.

M. Routier pense que cette fracture aurait pu guérir par l'extension continue. Il estime qu'il ne faut pas trop se hâter, dans ces cas, d'intervenir immédiatement.

Anévrisme. — M. Potherat présente un malade qu'il a guéri d'un anévrisme du pli de l'aine par excision.

— M. Morestin présente trois beaux succès opératoires :

Un lupus de la face, excision, autoplastie, guéri depuis huit ans.

Un bec-de-lièvre complexe, avec fente palatine. Très beau résultat esthétique, phonation parfaite.

Une arthrectomie pour arthrite blennorragique. Guérison très rapide avec ankylose voulue.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 27 JUILLET 1912)

De la réaction de fixation dans la vaccine et la variole. — MM. P. Teissier et P. Gastinel présentent le résumé de leurs recherches sur les sensibilisatrices capables de dévier le complément et existant dans le sérum des sujets vaccinés ou varioleux.

Les auteurs emploient surtout comme antigène la pulpe fraîche de génisse qui leur donne des résultats bien supérieurs à ceux obtenus par l'emploi de vaccin glycériné.

Adressant à la méthode de sévères critiques, ils cherchent à prouver sa spécificité. Ils montrent que seul le sérum des animaux vaccinés dévie le complément en présence de cet antigène, que ce dernier peut être indistinctement une pulpe vaccinale de l'homme, de génisse, ou de lapin, que la réaction de fixation n'existe que lorsque le sérum de l'animal étudié est ou sera antivirulent, enfin qu'il est possible de substituer l'antigène variole à l'antigène vacc'n. D'autre part, un animal préparé avec un vaccin tué n'offre pas de réaction de déviation.

Leurs recherches portent sur des sujets vaccinés et des animaux vaccinés expérimentalement par voie cutanée et non tégumentaire (génisse, singes, chiens, lapins). Ils ont toujours obtenu une réaction de fixation vers les septième ou dixième jours et durant une dizaine de jours sauf pour quelques faits de vaccine cutanée de l'homme et de lapin. L'étude de cette réaction chez 39 varioleux leur a montré son apparition vers le huitième ou dixième jour de l'affection et sa disparition vers le trentième. Dans cette note ils concluent :

1° Il existe des sensibilisatrices chez le vacciné et le varioleux;

2° Elles existent quel que soit le mode de vaccination (cutanée, sous-cutanée, endoveineuse, digestive, péritonéale);

3° La réaction de fixation est toujours transitoire;

4° Elle peut servir au diagnostic de la variole et à sa distinction d'avec la varicelle.

Mais le point le plus intéressant est de rechercher le rapport que l'on peut établir entre la réaction de fixation et le pouvoir neutralisant du sérum, la valeur à attribuer à la présence des sensibilisatrices et comment les notions permettent d'interpréter l'allergie vaccinale et les phénomènes cliniques de la réaction précoce. Ce sera l'objet d'une note ultérieure.

Activité de la bile, in vitro, sur le développement des microbes de l'intestin. — M. L. Lagane. L'addition de bile, dans la proportion de 1/5e au bouillon des cultures de microbes intestinaux n'exerce pas de pouvoir antiseptique, mais semble favoriser le développement de certains microbes aux dépens des autres. Tandis que le développement du colibacille n'est pas entravé, le nombre des colonies des divers anaérobies de l'intestin diminue de façon considérable. Cette même action s'exerce si l'on sème à la fois sur milieux à la bile du coli-bacille et du bacille perfringens : le développement du perfringens est restreint au profit de celui du colibacille. Ensemencés isolément, ces deux microbes ont un développement normal.

La bile n'empêche donc pas le développement des cultures microbiennes, mais le modifie.

Production expérimentale des agglutinines chez les animaux par les injections de salvarsan. — MM. J. Nicolas, Paul Courmont et Gaté (de Lyon) ont expérimenté sur la chèvre, le chien, le lapin et le cobaye. Le pouvoir agglutinant normal était fixé avant toute inoculation, puis recherché après des injections successives intraveineuses de salvarsan. Les auteurs ont employé pour l'agglutination des cultures homogènes en bouillon de bacille d'Eberth et de bacille de Koch.

Conclusions. — 1° Les injections de salvarsan produisent chez certains animaux une augmentation considérable des agglutinines normales de leur sérum.

2° Chez le chien, et surtout chez la chèvre, dont le pouvoir agglutinant normal est assez élevé surtout pour le bacille de Koch, ils ont observé une augmentation considérable des agglutinines.

3° Chez le cobaye et le lapin, dont le sérum n'est à peu près pas agglutinant normalement, ils n'ont pas observé ce développement d'agglutinines.

4° L'augmentation des agglutinines a été beaucoup plus rapide et plus élevée (chez le chien et la chèvre) pour le bacille de Koch; plus lente, mais plus prolongée pour le bacille d'Eberth.

5° Le salvarsan peut donc produire une réactivation générale des anticorps dans l'organisme, même chez les animaux normaux, lorsqu'il existe chez eux un certain taux naturel de ces anticorps.

Développement des agglutinines tuberculeuses chez les syphilitiques par les injections de salvarsan. — MM. J. Nicolas, Paul Courmont et Charlet (de Lyon). Chez certains syphilitiques les injections de salvarsan développent un pouvoir agglutinant extrêmement élevé pour le bacille de Koch, alors que ce phénomène ne s'observe pas chez d'autres. Ce pouvoir agglutinant peut atteindre 1 p. 150, et persister plusieurs semaines, avant le retour au taux normal. Il s'agit de sujets présentant en général un certain pouvoir agglutinant tuberculeux antérieur au traitement, et probablement porteurs de lésions tuberculeuses latentes. Le salvarsan agit en mettant en liberté les anticorps déjà existants ou en activant leur processus de formation, qu'il s'agisse d'anticorps syphilitiques, tuberculeux ou autres (processus de réactivation générale des anticorps).

Ces faits sont importants : 1° pour les applications du sérodiagnostic tuberculeux chez les sujets traités par le salvarsan ; 2° pour fixer le rôle de certains médicaments et notamment de certains sels d'arsenic dans le développement des anticorps.

MM. Ch. Achard et A. Touraine, au cours de recherches sur les modifications du sérum sanguin dans les maladies aiguës, ont constaté un **parallélisme régulier de la densité du sérum et de son indice de réfraction.**

Cette densité, qui avait été mesurée par la méthode des pesées, peut l'être plus rapidement et avec autant de précision par le procédé d'Hammerschlag. Une goutte du sérum est déposée dans différents mélanges de chloroforme et de benzine ou de xylol. Lorsque la goutte immergée reste flottante en plein liquide, son poids spécifique est alors égal

à celui du mélange, qu'il est facile de connaître avec un densimètre.

Un écart d'une troisième décimale de la valeur de la densité correspond à une différence de 3 grammes environ d'albumine par litre.

Il y a donc là un procédé rapide et économique d'évaluation du taux de l'albumine du sérum dont l'approximation est très suffisante pour les besoins de la clinique.

Influence de la bile sur la putréfaction des albumines. — M. ROGER. En semant dans des tubes contenant de l'eau peptonée des cultures polymicrobiennes d'origine intestinale on constate que la putréfaction a pour effet de faire disparaître plus ou moins rapidement les peptones si les milieux ont été additionnés de bile; bien que les microbes se développent, bien qu'ils donnent naissance à des produits d'une odeur fort désagréable, une grande partie des peptones reste inattaquée, même au bout de quarante-cinq jours, on peut obtenir une très belle et très intense réaction du biuret. C'est ce qu'on observe surtout quand la dose de bile est comprise entre 10 et 20 p. 100.

En employant les réactifs qui précipitent les peptones et les albumines, on constate que, dans ces tubes témoins, le précipité est d'autant moins abondant que le processus est plus avancé. Au contraire, dans les tubes additionnés de bile il se produit des substances nouvelles de telle sorte que le précipité est d'autant plus intense que la durée de la fermentation a été plus longue.

Si on fait les mêmes expériences en employant du bouillon non peptoné, on obtient des résultats comparables. Il en est de même quand on remplace la bile par des sels biliaires.

On peut donc conclure que la bile et les sels biliaires sans s'opposer au développement des microbes protègent les matières azotées contre les agents de la putréfaction. Ces résultats peuvent être rapprochés de ceux auquels l'étude des hydrates de carbone avait conduit l'auteur.

Rapport entre la répartition du plomb dans les organes et tissus en le donnant par la voie hypodermique et l'ordre de sensibilité des divers éléments anatomiques à ce même métal. — Dans ce travail, MM. MAUREL et CARCANAGUE rappellent d'abord le rapport que l'un d'eux a établi entre l'ordre de sensibilité des éléments anatomiques au plomb, et la fréquence des diverses localisations du saturnisme. Puis, en s'appuyant sur leurs analyses, ils établissent le rapport entre l'ordre de sensibilité des éléments anatomiques au plomb et les quantités de ce métal trouvées dans chacun d'eux. Ce sont les éléments anatomiques les plus sensibles qui en contiennent le plus. Ils arrivent donc à cette conclusion qu'ils ne donnent, du reste, qu'avec une sage réserve, même en limitant cette conclusion au plomb, que l'électivité semble dépendre non de la sensibilité des divers éléments à la même quantité de plomb, mais de la quantité que chacun d'eux peut en retenir.

Nature cholestérinique des plaques blanches rétiniennes dans un cas de rétinite albuminurique. — MM. A. CHAUFFARD, DE FONT-REAULX et Guy LAROCHE ont examiné histologiquement la rétine d'un brightique mort en état d'azotémie avec hypercholestérinémie. La rétention azotée était de 4g47 au moment de la mort, et la cholestérinémie a oscillé entre 2g35 et 3 grammes. L'examen des coupes de la rétine a montré des dépôts lipoïdiques présentant les réactions caractéristiques des éthers de la cholestérine. L'examen de la rétine à plat a montré de nombreuses plaques à contours irréguliers, ayant les mêmes caractères. L'avantage de cette méthode d'ordre topographique est de permettre la comparaison objective directe entre les images ophtalmoscopiques et les lésions histologiques. Cette observation confirme pleinement l'interprétation proposée par A. Chauffard pour la pathogénie des rétinites albuminuriques.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 18 JUILLET 1912)

Injections sous-cutanées d'oxygène. — M. BOVIER-LAPIERRE, après avoir indiqué la technique qu'il emploie pour ces injections, signale les heureux résultats qu'il a obtenus par cette méthode dans les maladies pulmonaires aiguës à forme asphyxique, ainsi que dans un cas d'endocardite aiguë.

Hémorragie sous-arachnoïdienne spontanée des jeunes sujets. — M. LAFFORGUE apporte à la Société une observation d'hémorragie sous-arachnoïdienne spontanée, maladie rare puisque l'on n'en connaît que neuf cas. A cette occasion, et d'après les constatations qu'il fait chez le malade, M. Lafforgue se demande quel est le pronostic d'une semblable affection et pourquoi il y a lieu de rechercher une étiologie tuberculeuse et de comparer cette hémorragie sous-arachnoïdienne aux hémoptysies initiales de la tuberculose pulmonaire ou aux hématuries prémonitoires de la tuberculose rénale.

Fracture du cinquième métacarpien, accident professionnel observé chez les cavaliers. — M. BILLET cite l'observation de deux cavaliers qui ont présenté des fractures du cinquième métacarpien caractérisées par un trait fissuraire oblique sans déplacement des fragments. Cette fracture non décrite est un accident professionnel, elle se produit par le choc de la main soit sur le pommeau de la selle, soit sur la colonne cervicale du cheval et serait de cause indirecte en raison de l'obliquité du trait de fracture.

Principes pour l'évacuation des blessés sur le champ de bataille. — Le principe de l'évacuation de tous les blessés semble admis par tous, mais par contre les opinions divergent dès que l'on envisage le moment ou les moyens de ces évacuations. Pour les uns il importe d'évacuer immédiatement blessés ou malades quels que soient les moyens, quelle que soit la nature des blessés.

M. LEGRAND est l'adversaire irréductible de l'hospitalisation sur place; l'évacuation, dit-il, doit être la plus prompte, la plus intensive possible vers de vrais hôpitaux où les blessés pourront être vraiment soignés.

C'est également l'opinion de M. le médecin inspecteur général ROBERT qui, d'après ses souvenirs de 1870, pense que toute division, toute répartition des blessés est impossible.

M. SIMONIN rapporte également l'opinion de Larrey et de Percy qui se trouvèrent sous l'Empire après les batailles d'Austerlitz, d'Eylau, etc., en présence de nombreux blessés, d'effectifs énormes, analogues à ceux des guerres modernes. Il résume ainsi la pratique de Larrey :

1° Opérer et panser tout d'abord les grands blessés sur le champ de bataille dans les ambulances volantes ou dans une formation sanitaire purement chirurgicale momentanément installée dans le voisinage, et que Larrey dénomme quartier général;

2° Refouler immédiatement vers l'arrière tous les blessés moins graves et encombrants, principalement les blessés légers susceptibles de marcher;

3° Ultérieurement, et dans le plus bref délai possible, procéder aux évacuations des opérés sur l'arrière même avec des moyens de fortune et malgré les intempéries;

4° Continuer les évacuations par étapes ininterrompues jusque dans la mère patrie.

Des relations de Percy M. Simonin tire également les enseignements suivants :

1° Nécessité d'évacuer tous les blessés et malades avec la plus grande célérité en utilisant tous les moyens;

2° Innocuité relative même pour les blessés graves de ces évacuations hâtives et répétées faites avec des moyens sommaires et dans des conditions d'hygiène précaires;

3° Lenteur inexplicable de ces évacuations.

Pour les autres au contraire l'évacuation des grands blessés ne serait pa sans danger ni sans inconvénients.

MM. CAHIER et ROUFFIANDIS proposent pour diminuer l'encombrement l'évacuation immédiate des blessés légers, tandis que pour les grands blessés il faut savoir temporiser. Le transport, en effet, ne peut être effectué d'après eux qu'après le pansement, aussi proposent-ils d'évacuer après chaque engagement, dans la soirée et dans la nuit, les blessés assis tandis que les blessés couchés ne seraient évacués que le lendemain, aussi pour que ces évacuations soient assurées ces auteurs demandent avec M. le professeur SIEUR que l'on donne au service de santé des moyens de transport en quantité et en qualité suffisantes. M. Boigey, empruntant à la

guerre de Mandchourie des exemples cités par Bornhaupt, Brentano, von Manteuffel, montre les inconvénients du transport à outrance. Seuls peuvent être évacués, d'après lui, les blessés qui peuvent supporter le transport sans qu'il résulte une aggravation de leur état.

M. DELORME également, citant des exemples de la guerre franco-allemande et de la campagne de Mandchourie, montre les dangers de l'évacuation à outrance qu'il faut éviter comme l'hospitalisation à outrance sur le champ de bataille.

Dans les guerres coloniales les conditions sont changées, ainsi qu'il résulte des observations faites par MM. TOUBERT, BECHARD et RAUZY au Maroc, l'évacuation des blessés devient très difficile, sinon impossible. Il faudra agir suivant les circonstances en se souvenant de cette formule : « Evacuer le plus, le mieux et le plus vite possible. L'ennemi à éviter c'est l'encombrement. »

PRATIQUE MÉDICALE

L'IODE COLLOIDAL EN THÉRAPEUTIQUE ANTITUBERCULEUSE

On sait que l'iode n'est pas admis, en général, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, en raison non seulement de son pouvoir hyperémiant à l'égard du poumon, mais aussi des modifications qu'il détermine dans les échanges. Cependant, on sait aussi qu'il donne des résultats intéressants dans les formes torpide et fibreuse, dans les adénopathies et certaines adénopathies tuberculeuses.

On peut se demander, en conséquence, si les quelques inconvénients reprochés à l'iode, en phtisiothérapie, ne tenaient pas surtout à l'état sous lequel on le préconise d'habitude, puisque l'huile de foie de morue, qui contient une proportion notable d'iode dissimulé, paraît réussir dans des cas où les iodures et même les iodes organiques sont contre-indiqués.

C'est pourquoi M. Laumonnier (1) étudie, depuis plusieurs années, un iode colloïdal électro-chimique, rigoureusement pur, préparé par un chimiste de Rennes, M. E. Viel.

Le nombre des observations jusqu'à présent recueillies par divers cliniciens s'élève à plus de 350. Sur ce chiffre près des trois quarts s'appliquent à des affections pulmonaires non tuberculeuses : pneumonies, bronchopneumonies, bronchites, congestions, etc. Dans toutes, le succès de l'iode colloïdal a été remarquablement constant. L'action du médicament s'est traduite par un abaissement rapide de la température, une diminution de la toux et de la dyspnée, le raccourcissement notable de la période d'état, l'accroissement de la leucocytose et l'élévation de l'index opsonique. Aucun effet fâcheux n'a été constaté, ni sur les reins, ni sur la circulation, ni sur les fonctions digestives. L'absorption et l'élimination se font rapidement. Jamais on ne constate d'iodisme. Les résultats n'ont pas été moins satisfaisants chez 80 tuberculeux environ qui ont été traités par cette méthode.

De toutes les observations recueillies, il semble résulter que, dans la plupart des cas, l'iode colloïdal détermine, au bout de six à huit semaines de traitement, un changement complet dans l'état du malade. Le bacille de Koch disparaît des crachats, qui deviennent rares et d'aspect muqueux, et les modifications des signes d'auscultation — sans parler de l'augmentation du poids, du relèvement des forces, etc. — sont si marquées qu'elles donnent l'impression de lésions en voie de cicatrisation.

Ces résultats semblent pouvoir être attribués à deux causes :

1° L'iode colloïdal possède un pouvoir germicide considérable, puisqu'une goutte de la solution colloïdale à 5 p. 100 ajoutée à une culture en plein développement, la stérilise en vingt-quatre heures.

2° L'iode colloïdal augmente les défenses organiques, leucocytaires et humorales.

A ces propriétés spéciales, l'iode colloïdal joint celles qui appartiennent aux iodiques en général, et notamment le pouvoir lymphagogue. On constate que la tendance aux hémoptysies, loin d'être augmentée, est, au contraire, très diminuée.

Dans la tuberculose, l'iode colloïdal peut s'employer sous les quatre formes suivantes :

1° En *injections intramusculaires*, dans la tuberculose pulmonaire et viscérale. Les injections ne sont pas douloureuses et ne produisent pas d'accidents. Au cours des poussées aiguës, injection quotidienne d'une ampoule (20 centigrammes d'iode colloïdal pur dans 2 centimètres cubes de véhicule huileux), pendant huit jours consécutifs. Dans les états chroniques, 2, 3 ou 4 injections par semaine, suivant la gravité du cas, deux semaines de suite. En toute occurrence, le traitement est suivi d'un repos de durée égale (huit ou quinze jours) et repris ensuite s'il y a lieu.

2° En *injections intraganglionnaires*, dans les adénopathies accessibles à l'intervention.

3° Dans les adénopathies trachéobronchiques et les bronchites suspectes, en *badigeonnages*, à l'aide de l'iode colloïdal pour usage externe, lequel renferme 50 p. 100 de son poids d'iode colloïdal pur, ne teint ni n'irrite la peau, et agit par absorption, puisque ce badigeonnage peut être renouvelé tous les jours sans inconvénient.

4° Enfin à l'intérieur, sous forme de capsules gélatinisées, dans les convalescences des affections pulmonaires aiguës, pour éviter les rechutes et hâter la guérison. Dans la tuberculose pulmonaire ces capsules contribuent à calmer la toux émétisante et à modifier l'expectoration.

L'iode colloïdal semble donc constituer un adjuvant précieux du traitement des diverses tuberculoses, sans dispenser, bien entendu, des soins hygiéniques et de la diététique qui sont actuellement à la base de la phtisiothérapie.

(1) VIIIe Congrès international contre la tuberculose.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — Au départ de Paris et au départ de Marseille, des voitures à bogies contenant des places de couchettes sont mises en service, entre Paris et Marseille :

Dans le train rapide n° 7 partant de Paris à 21 heures et arrivant à Marseille à 8 h. 40;

Et dans le train rapide n° 10 partant de Marseille à 20 h. 15 et arrivant à Paris à 8 heures.

Pour la location à l'avance des places de couchettes, s'adresser :

A Paris, gare de Paris-P.-L.-M, ou aux bureaux de ville : rue Saint-Lazare, 88; rue Sainte-Anne, 6; rue de Rennes, 45.

A Marseille, à la gare ou au bureau de ville, rue Grignan.

— *Trains spéciaux, à prix réduits* (2e et 3e classes) *sur l'Auvergne.* — Départs de Paris, les 7, 13, 20 et 29 août.

Retour au gré des voyageurs, jusqu'au 1er novembre 1912, par tous les trains du service régulier, sans arrêt au cours de route, et sous réserve, pour l'usage des express, des conditions de parcours relatives à l'admission dans ces trains.

Les billets seront délivrés, *exclusivement à l'agence des trains dit Bonnet*, 64, boulevard Beaumarchais, à Paris; la délivrance de ces billets commencera huit jours avant le départ des trains et cessera la veille du départ.

Pour tous renseignements sur les conditions, les prix et l'horaire de ces trains, à nombre limité de places, se reporter à l'affiche spéciale ou s'adresser soit à l'agence Bonnet, soit aux bureaux de ville de la Compagnie.

— *Fête de l'Assomption.* — La Fête de l'Assomption donne lieu, chaque année, à de nombreux déplacements sur le réseau P.-L.-M., si remarquable par les belles régions qu'il dessert.

Les voyageurs apprendront avec plaisir que, à l'occasion de cette fête, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 8 août 1912 seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 21 août, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANATOMIE MACROSCOPIQUE DES VOIES BILIAIRES EXTRAHÉPATIQUES (1)

5° **Confluent hépato-cystique.** — Ce point de réunion, que Descomps appelle confluent biliaire inférieur, a suscité les discussions les plus diverses. De sa localisation exacte dépend en effet non seulement l'appréciation réelle de la longueur du canal cholédoque, mais encore l'individualisation ou non d'un segment sus-duodénal du cholédoque. Alors que les anciens auteurs plaçaient ce confluent en situation assez élevée, donnant dès lors au canal cholédoque une longueur double de celle de l'hépatique (6 centimètres et 3 centimètres), Wiart conclut au contraire que l'hépatique en général l'emporte sur le cholédoque (47 millimètres et 43 millimètres). L'erreur, pour cet auteur, vient de ce fait que le point d'accollement de l'hépatique et du cystique n'est pas en réalité le point d'abouchement. Wiart distingue l'abouchement vrai de l'abouchement apparent, cette distinction s'expliquant par ce fait que les deux canaux restent juxtaposés durant un trajet de 15 ou 20 millimètres. Quant à l'abouchement proprement dit il est variable : ou bien le cystique se jette sur le bord droit du canal hépato-cholédoque; ou bien il pénètre sa face antérieure, ou bien encore il le contourne en hélice ou même se jette dans sa face postérieure. Au niveau du confluent existe un ganglion lymphatique assez constant pour Quénu.

6° **Canal cholédoque.** — La discussion précédente nous montre la difficulté qu'il y a à donner au cholédoque des limites précises. En vérité il n'y a pas de règles immuables et les divers types peuvent se rencontrer. Etendu du confluent inférieur au fond de l'ampoule de Vater située sur le milieu de la portion descendante du duodénum, le cholédoque est plus infundibuliforme que cylindrique, son diamètre diminuant à mesure qu'il se rapproche du duodénum. Pouvant se dilater extrêmement dans la distension chronique, le cholédoque a un calibre moyen semblable à celui de l'hépatique : 5 à 7 millimètres de diamètre. Si sa longueur est discutée, nous venons de le voir, il en est de même de sa direction. Cruveilhier la considérait comme oblique en bas, à droite en arrière. Quénu, à la suite d'expérimentations, conclut que son extrémité supérieure est plus à droite de la ligne médiane que son extrémité inférieure : c'est donc que la direction est oblique en bas et à gauche. Wiart aboutit à des résultats concordants avec les données de Cruveilhier. Par ailleurs il faut distinguer deux portions à la direction du cholédoque : une première portion répondant à la direction générale indiquée, véritable courbe antérieure embrassant le duodénum et une deuxième portion dirigée en avant, à concavité droite, derrière le pancréas.

Ainsi mal limité le cholédoque a des rapports qui ont été divisés par les classiques en quatre portions : sus-duodénale, rétroduodénale, rétropancréatique, inférieure ou pariétale. Mais la discussion même de la limite supérieure devait entraîner des descriptions différentes. En effet pour Quénu le cholédoque commence au niveau de la moitié supérieure de la première vertèbre lombaire et se termine au niveau du disque séparant la troisième et la quatrième vertèbre lombaire; la portion sus-duodénale existe. Pour Wiart au contraire le cholédoque dès son origine est rétroduodénal, et Charpy ajoute que le fait même que le duodénum est au contact du foie et y laisse une empreinte fait comprendre que cette portion sus-duodénale ne peut exister. Ce dernier argument nous permettra peut-être de montrer qu'en réalité les deux opinions sont également justes, selon que l'on s'adresse au sujet vivant ou au cadavre. Sur le sujet disséqué Descomps a trouvé la naissance du cholédoque à plusieurs millimètres au-dessus du bord supérieur du duodénum dans les trois quarts des cas. Souvent même elle était très élevée, atteignant le tiers supérieur du pédicule hépatique. Mais sur le vivant l'intégrité du ligament cystico-duodéno-épiploïque qui soulève l'angle duodénal, la distension du duodénum sont autant de causes modifiant les rapports. Une partie variable des voies biliaires peut être rétroduodénale tout en étant intraépiploïque.

(1) Suite. — *Voir Gaz. des hôpit.*, 1912, nos 81 et 84.

Il ne faut donc point rejeter comme le voudraient Wiart et Charpy la portion sus-duodénale, inconstante, mais souvent visible après abaissement du duodénum; et avec Ancel nous reprendrons la description de Quénu en quatre portions.

a. *Portion sus-duodénale.* — D'une longueur de 3 centimètres pour Quénu, ce segment est situé dans l'épaisseur de la portion inférieure du petit épiploon, et le fait que le canal biliaire est ensuite rétroduodénal explique bien que l'insertion inférieure du petit épiploon se fasse non sur la face supérieure, mais sur la face postérieure du duodénum. Ainsi compris, le canal occupe le bord libre du petit épiploon, d'aspect variable. Tantôt le feuillet antérieur contourne immédiatement le bord du cholédoque et devient feuillet postérieur, tantôt il se prolonge à droite en un ligament cystico-duodéno-épiploïque déjà cité. A gauche du canal, sur un plan postérieur se trouve la veine porte, plus écartée inférieurement de la voie biliaire, avec en avant d'elle l'artère hépatique. C'est dans cette portion sus-duodénale que Quénu signale une grosse veine constante, venue du pancréas et du duodénum, qui passe en avant et en dehors du cholédoque, rarement en dedans. Un ou deux ganglions séparent le cholédoque de l'hépatique, un autre est situé juste contre son bord interne. Un lacis veineux et du tissu celluleux entourent en plus le canal. Dans cette portion le cholédoque répond en arrière à l'hiatus de Winslow dont l'ouverture peut être rétrécie par la présence des ligaments cystico duodéno-épiploïque, hépato-rénal, duodéno-rénal. Un doigt dans l'hiatus facilite l'exploration du cholédoque. En avant, nous l'avons dit, le cholédoque répond parfois au duodénum distendu; la voie biliaire est bien rétroduodénale mais intraépiploïque.

b. *Portion rétroduodénale.* — En avant le cholédoque est directement en rapport avec la paroi de la première portion duodénale, mais ne lui adhère pas; après avoir ainsi parcouru 1 à 2 centimètres, le canal aborde le bord supérieur de la tête du pancréas, au niveau de l'échancrure duodénale. Il existe parfois un prolongement supérieur de la tête du pancréas, qui surmonte l'extrémité droite de l'échancrure duodénale et peut dépasser la première portion duodénale, allant se loger dans le petit épiploon. Dans ce cas le cholédoque descend sur le versant gauche de ce prolongement qui l'entoure parfois et comme l'a montré Wiart il est d'emblée rétropancréatique. En arrière le cholédoque répond à la veine cave inférieure. Dans sa partie supérieure il est séparé d'elle par l'extrémité inférieure de l'hiatus de Winslow, dont le seuil est marqué par le repli antérieur du méso-hépato-cave dont la corne antérieure s'insère sur la face postérieure du petit épiploon. Plus bas un gros ganglion lymphatique ou plusieurs ganglions s'intercalent entre le cholédoque et la veine. A gauche et en dedans le canal cholédoque n'est plus au contact de la veine porte. Il existe entre les deux organes un espace triangulaire, à base duodénale, ne dépassant pas 8 à 10 millimètres de largeur. Les variations de l'espace dépendent surtout de la veine qui se rapproche tantôt de la verticale, tantôt de l'horizontale, selon l'orientation du foie, alors que le canal est oblique en bas et à droite. La distance entre la voie biliaire et l'artère hépatique est relativement notable, atteignant 2 centimètres. L'artère hépatique donne, on le sait, une grosse artère gastro-duodénale qui peut surcroiser le cholédoque avant de se bifurquer. Le plus souvent la division de l'artère en gastro-épiploïque et pancréatico-duodénale est précoce, et c'est la branche postérieure et droite, la pancréatico-duodénale, qui surcroise le canal biliaire. Dans la suite cette artère se place à la droite et en arrière du cholédoque, décrivant une véritable spire pour aller s'anastomoser avec la pancréatico-duodénale inférieure. Cette même artère gastro-duodénale donne un ou plusieurs rameaux cholédociens. Unique le rameau est volumineux et précholédocien; double chaque rameau est plus grêle, l'un étant précholédocien, l'autre rétrocholédocien. La veine pancréatico-duodénale supérieure et postérieure se jette dans le bord droit de la veine porte après avoir sous-croisé la voie biliaire. Le long du bord droit du cholédoque et sur sa face postérieure sont échelonnés des ganglions lymphatiques de la chaine cholédocienne.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 88 — SAMEDI 3 AOUT 1912. 85e ANNÉE. SAMEDI 3 AOUT 1912. — N° 88.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Ministère de l'instruction publique. — Le *Journal officiel* du 2 août 1912 publie un décret modifiant le décret du 29 novembre 1911, portant réorganisation des études en vue du doctorat en médecine. (Nous publierons ce décret dans un prochain numéro.)

Hopital civil de Philippeville. — Un concours sera ouvert à Alger, le 6 janvier 1913, pour une place de chirurgien adjoint à l'hôpital civil de Philippeville.

Les candidats devront se faire inscrire avant le 6 décembre 1912.

Écoles de médecine. — Rouen. — Un concours s'ouvrira le 3 février 1913; devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Rouen.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Statistique. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la trentième semaine, 828 décès, au lieu de 833 pendant la semaine précédente et au lieu de 832, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 2 décès au lieu de 7 la semaine précédente (moyenne 5). Le nombre des cas nouveaux est de 64 au lieu de 87 la semaine précédente (moyenne 34).

La diarrhée infantile a causé 54 décès de 0 à 1 an au lieu de 58 la semaine précédente (moyenne 39).

Les autres maladies infectieuses restent normales.

Les expertises médicales dans les accidents du travail. — Une proposition de loi déposée par MM. Doisy et Desfontaines, députés, demande qu'il soit ajouté à l'article 17 de la loi du 9 avril 1898, *in fine*, les dispositions suivantes :

« Toute expertise médicale aura lieu, sauf en cas d'impossibilité du fait du blessé, au cabinet du médecin ou au palais de justice.

Le jugement de désignation des experts fixera un délai dans lequel il devra être procédé à l'expertise.

Toutes les fois qu'une expertise sera confiée à trois médecins, chacune des parties désignera son expert; les deux experts ainsi nommés choisiront le troisième; s'ils ne s'entendent pas sur ce choix, la désignation sera faite d'office par le tribunal en suivant l'ordre du tableau.

Ne peuvent être désignés comme experts et ne sont portés au tableau, par ordre chronologique de réception au doctorat, que les docteurs en médecine, français, domiciliés soit dans l'arrondissement, soit dans le ressort de la Cour et ayant cinq ans d'exercice.

Chacune des parties a le droit de remplacer son expert médecin par un expert professionnel français, homme ou femme, domicilié soit dans l'arrondissement, soit dans le ressort de la Cour, et exerçant depuis cinq ans au moins la même profession que le blessé. »

Le pharmacien et les retraites ouvrières. — Un pharmacien, M. C... (de Réquista), s'était fait inscrire sur la liste des assurés facultatifs, à titre de petit patron. Le préfet de l'Aveyron ordonna sa radiation. Le juge de paix, par un jugement récent, décida la réintégration de M. C... sur ladite liste, et le préfet fit appel de cette décision devant le tribunal civil de Rodez, qui a mis à néant le jugement et donné raison au préfet, par les motifs suivants, que rapporte le *Temps :*

« Attendu que l'article 36 de la loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes admet au versement en vue d'une retraite, facultativement au même titre que les fermiers, métayers, cultivateurs et artisans, les petits patrons, mais qu'il résulte clairement de la disposition et des travaux préparatoires de la loi que le législateur a entendu désigner par cette appellation de « petits patrons » les chefs de petites entreprises industrielles, commerciales ou agricoles dans une position modeste et qui, par suite du progrès du machinisme et de l'extension des grandes entreprises, se trouvent chaque jour dans une situation plus précaire et plus voisine du salarié; que partant de ce principe la loi leur impose l'obligation de démontrer qu'ils travaillent seuls ou avec des membres de leur famille ou avec un seul ouvrier, ce qui suppose une besogne manuelle ou tout au moins des occupations autres que celles dont l'exercice habituel caractérise les professions libérales; qu'encore que les pharmaciens soient des commerçants, leur profession, tant en raison des conditions d'études, de stage, des connaissancee scientifiques qui leur sont imposées et du monopole qu'ils exerçent que de leur rang social, doit être rangée au nombre des professions libérales et qu'ils ne peuvent conséquemment être admis au bénéfice des dispositions de la loi sur les retraites ouvrières et paysannes.

Par ces motifs, met à néant le jugement dont est appel et dit que la décision du préfet sortira son effet. »

Hopital Saint-Antoine. (Service du docteur Vaquez. Cours de vacances.) — Maladies du cœur, des vaisseaux et du sang. — M. le docteur Ch. Laubry, médecin des hôpitaux, commencera une série de leçons sur les maladies du cœur, des vaisseaux et du sang, le jeudi 8 août 1912, à dix heures du matin, à la Policlinique du pavillon Lorain, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

REVUE GÉNÉRALE

LES ARTHROPATHIES NERVEUSES

Par J. CRESPIN,
Professeur à la Faculté de médecine d'Alger.

I

Il est certes difficile de bien délimiter le cadre des arthropathies nerveuses, et la doctrine de Charcot sur ce point n'est rien moins que satisfaisante.

Dans toute manifestation ou détermination articulaire, le système nerveux intervient, comme du reste dans toutes les infections ou intoxications. Nous ne pouvons pas dire cependant que les arthropathies du rhumatisme articulaire aigu ou de la scarlatine soient des arthropathies nerveuses.

De même au cours des maladies nerveuses les mieux caractérisées, au cours des syndromes médullaires, par exemple, il peut se développer des arthrites dues manifestement à un agent infectieux qui par lui-même ou ses toxines se sera jeté sur une articulation donnée. Il s'agit comme dans le cas précédent, en dépit du terrain envisagé, d'une arthrite infectieuse.

Pareil raisonnement est applicable aux arthropathies toxiques ou autotoxiques (rhumatisme, goutte). Mais en cas d'arthropathies chroniques, la distinction sera très difficile ; dans ces maladies par ralentissement de la nutrition, dans ces bradytrophies, l'influence du système nerveux est autrement marquée que dans les arthropathies aiguës, provenant d'un germe plus ou moins bien différencié.

Si l'on voulait être très rigoriste, on pourrait réserver le nom d'arthropathies nerveuses à celles identifiées par Charcot dans le tabes et la syringomyélie, et qualifier toutes autres arthropathies au cours de toutes autres infections ou intoxications, d'arthropathies infectieuses ou toxiques.

Tel n'est pas mon avis, et je ne crois pas qu'il s'agisse d'une simple question de mots. En employant si communément les qualificatifs en question, en dehors des seuls tabes et syringomyélie, il semble qu'on veuille par une telle terminologie, méconnaître le rôle important du système nerveux au cours du développement de beaucoup d'arthropathies.

Pour ma part, j'estime qu'à l'heure actuelle on peut décrire sous le nom d'arthropathies nerveuses celles qui reconnaissent, comme origine presque exclusive et à coup sûr prédominante, le système nerveux soit central, soit périphérique (cerveau, moelle, racines, nerfs). A côté de ce groupe, il y aurait place pour un autre, celui des arthralgies nerveuses (pithiatiques notamment).

Que cette détermination du rôle du système nerveux dans un cas à étiologie et pathogénie complexes soit souvent difficile, qu'il y ait des cas limites dans lesquelles la notion causale soit bien peu nette, aucun doute à cet égard. Mais n'en est-il pas de même pour d'autres affections, à la réalisation desquelles concourent plusieurs causes? Il appartient au clinicien d'établir entre celles-ci une hiérarchisation légitime, la hiérarchisation des causes étant en somme un des grands buts de la clinique.

Sans doute, on ne peut pas méconnaître, dans l'immense majorité des faits, le rôle de l'infection ; mais quand cette infection est lointaine, ancestrale par exemple, quand le germe ou ses toxines ne peuvent plus être incriminés qu'à la faveur de souvenirs plus ou moins précis, de reliquats plus ou moins nets, quand le système nerveux paraît seul au contraire occuper la scène morbide, nous sommes bien en droit d'attribuer les déterminations articulaires observées à ce système nerveux, même si l'infection a touché autrefois une partie quelconque de ce système nerveux.

De même les travaux récents qui ont mis en relief l'influence des glandes endocrines, de la thyroïde surtout, sur les arthropathies, ne doivent pas nous faire perdre de vue l'atteinte prédominante du système nerveux.

Là comme ailleurs, il faudra faire la part de ce qui revient à l'infection, à l'intoxication, au système nerveux.

Nous pouvons parler de parasyphilis en présence d'un cas de tabes, et quand une arthrite se développera chez un tabétique, nous aurons le droit d'envisager si l'atteinte articulaire est due soit au tréponème ou à un autre germe agissant directement sur l'article, soit à une action trophique nerveuse, et dans ce dernier cas seulement nous devons conclure à une arthropathie nerveuse.

A côté de parasyphilis, nous pourrons aussi décrire la paratuberculose, et avec cette conception pathogénique nous pourrons arriver à faire rentrer nombre de rhumatismes tuberculeux dans le cadre des arthropathies nerveuses.

La littérature médicale est peu riche en études d'ensemble sur la question. La revue générale la plus complète est déjà un peu ancienne : c'est celle de Londe (1). Puis ce sont des travaux spéciaux dignes du plus grand intérêt. Ainsi Gilles de la Tourette (2) à propos de l'atrophie musculaire et des douleurs des hémiplégiques est amené à traiter des arthropathies chez ces derniers. C'est cette partie de la question qui est également envisagée par Pierre Marie et André Léri (3). En diverses parties de ses œuvres, Grasset s'efforce de synthétiser nos données à ce sujet (4). H. Dufour (5) fait un exposé général concis des arthropathies nerveuses, et les grands traités de Déjerine (6) d'une part, de Pierre Marie (7) d'autre part, n'ajoutent rien aux données classiques que nous possédons depuis Charcot.

Un certain nombre d'auteurs ont voulu fouiller la pathogénie des diverses arthropathies nerveuses, et ont émis des théories originales, dont nous devons dire un mot.

Londe (loc. cit.) ne veut regarder comme arthropathies nerveuses que celles du tabes et de la syringomyélie. Il les appelle les vraies arthropathies nerveuses, et parce que d'autres arthropathies survenant au cours d'autres maladies du système nerveux n'ont pas les caractères anatomo-cliniques décrits par Charcot dans le tabes et la syringomyélie, il leur dénie le droit de s'appeler arthropathies nerveuses.

Ni les arthropathies médullaires (des myélites autres que les deux grands syndromes ci-dessus), ni les arthropathies névritiques ne sont de vraies arthropathies nerveuses, « parce qu'elles ne sont pas dues exclusivement, dans certains cas au moins, à des lésions correspondantes du système nerveux. Il y a un autre facteur étiologique à mettre ici en cause : c'est tantôt l'infection, tantôt l'auto-intoxication ». Et il cite Souques (*Traité de médecine*), Marinesco (*Revue neurologique*, 1894) qui considèrent les arthrites des hémiplégiques comme infectieuses. A côté de l'infection, il fait une place à l'auto-intoxication, rappelant que Scott Alison a trouvé dans un cas d'hémiplégie les cartilages incrustés d'urate de soude, comme la radiographie me l'a d'ailleurs révélé dans un cas personnel. Il dit encore : « L'hémiplégie, la névrite, la myélite sont capables de réveiller l'état diathésique à la manière d'un traumatisme. » Comme conclusion, Londe raisonne ainsi : « Du moment que les arthropathies névritiques, médullaires, cérébrales ne ressemblent pas aux vraies arthropathies du tabes et de la syringomyélie, c'est que celles-ci relèvent d'un siège spécial, au niveau probablement du mésocéphale. » Je crois qu'il faut s'élever contre un pareil raisonnement qui tend à établir une barrière entre les diverses catégories d'arthropathies, sous prétexte qu'elles ne sont pas toutes cliniquement semblables. Est-ce que les troubles trophiques doivent être tous taillés sur le même modèle? En ce qui concerne des troubles névritiques par exemple, ne sait-on pas que, dans un cas, ils donneront lieu à un zona, dans un autre cas à un urticaire, dans d'autres cas à des dermatoses plus ou moins dissemblables? Faudra-t-il réserver le nom de dermatose nerveuse vraie au seul zona? Je ne fais aucune difficulté pour admettre avec certains auteurs le centre de la trophicité dans le mésocéphale ; mais je ne vois pas pourquoi on enlèverait aux lésions de ce centre comme à celles de ses voies centripètes et centrifuges le pouvoir de réaliser des arthropathies à caractères cliniques multiples et variables, des dermatoses à symptomatologie dissemblable. Même en supposant que le centre mésocéphalique doive forcément être atteint, il ne s'ensuit pas que d'autres lésions ne puissent se rencontrer dans le cerveau, dans la moelle, dans les racines, dans les nerfs périphériques, et sans préjuger de l'action d'un centre encore hypothétique, j'aurai le droit, non seulement pour faciliter l'étude de la question, mais aussi pour satisfaire la logique, de catégoriser les arthropathies nerveuses en cérébrales, en médullaires, en radiculaires, en névritiques, et comme je le disais plus haut je ferai cette catégorisation, quand j'aurai pu non pas supprimer le rôle de l'infection ou de l'intoxication, ce qui est impossible, mais réduire ce rôle à sa part équitable.

MM. G. Etienne et Champy (8) sont beaucoup moins exclusifs. C'est l'application des idées de Marinesco sur le rôle trophique des cellules des cornes antérieures de la moelle, influencées par les divers courants nerveux reçus par elles, qu'ils mettent en relief. Une telle explication qui tient compte de la solidarité étroite de tous les segments du système cérébro-spinal, mérite assurément d'être retenue.

Pour M. Grasset (loc. cit. p. 677 des *Centres nerveux*), l'existence d'un appareil trophique ne fait pas de doute. « On peut affirmer, dit-il, qu'il y a des voies nerveuses de la trophicité, que, pour cet appareil comme pour tous les autres, il y a des voies centripètes, des voies centrifuges et des centres. Les voies centripètes se confondent avec les nerfs sensitifs, les voies centrifuges avec les nerfs vasomoteurs et les nerfs moteurs ; les centres sont dans les ganglions (sympathiques et rachidiens), dans la substance grise du bulbe et de la moelle, dans les centres de la base de l'encéphale et même de l'écorce.

A l'état normal, la sensibilité des tissus les protège et règle leur nutrition ; d'où l'association fréquente des troubles trophiques avec les troubles de la sensibilité.

L'appareil nerveux trophique étant absolument sur le même plan que tous les autres appareils nerveux, on comprend que les troubles trophiques puissent présenter, suivant le siège de l'altération, la distribution périphérique, la distribution radiculaire ou la distribution segmentaire, comme tous les symptômes nerveux.

Dans la production des troubles trophiques, quels qu'ils soient, la question du rôle du système nerveux reste toujours une question de pathogénie et de mécanisme d'action et ne préjuge en rien la question d'étiologie et du rôle causal des infections, des intoxications et des toxi-infections. »

On ne saurait mieux dire, et l'on peut faire l'application de ces données hautement cliniques à propos des arthropathies nerveuses.

Etudions donc successivement les arthropathies médullaires, radiculaires, névritiques, cérébrales, et voyons si cette étude analytique nous permettra de faire une synthèse des faits observés avec ou sans l'appoint des idées théoriques déjà exposées.

II

Arthropathies médullaires. — Je n'ai pas l'intention de reproduire la description classique de Charcot (9) [1868] à laquelle on n'a rien changé. Le tabes et la syringomyélie, syndromes anatomo-cliniques, à symptomatologie très complexe, caractérisés par des troubles de la sensibilité toujours très marqués (sensibilité profonde dans le tabes, sensibilité superficielle dans la syringomyélie), réalisent des arthropathies qui peuvent se ramener à deux grands types anatomiques, l'un atrophique (hanche et épaule surtout), l'autre hypertrophique (genou et coude). L'iconographie, et actuellement la radiographie ont rendu palpables la forme et la nature des lésions. Le début est brusque, et dans l'immense majorité des cas, indolore. Le malade s'aperçoit seulement de son arthrite, quand il est gêné dans ses mouvements. Le gonflement devient énorme. Ce gonflement est fait de divers éléments : tuméfaction des surfaces osseuses, épanchement séreux ou sanguin (parfois purulent) dans la cavité synoviale, empâtement des tissus périarticulaires, de la peau notamment. A la

palpation, on sent des masses dures ou semi-molles qui roulent et fuient sous les doigts (sensation de sac de noix, Déjerine); ce sont des surfaces articulaires qui ont perdu tout rapport entre elles, ce sont des lambeaux de synoviale ossifiés, ce sont des corps étrangers intraarticulaires. Il y a aussi parfois des destructions osseuses considérables sans épanchement notable : c'est alors le type atrophique qui est réalisé. Gibert (10) et Dupré et Devaux (11) ont bien étudié par la méthode de Röntgen les lésions articulaires des tabétiques, et ils ont révélé l'importance des altérations périarticulaires (ossification capsulaire particulièrement) qui n'étaient pas bien connues avant l'emploi de cette méthode. D'après Destot, cité par Léri (in *Pratique neurologique* de P. Marie, p. 1175), la radiographie permettrait de distinguer entre la syringomyélie et le tabes. Dans la première, il y aurait à peu près exclusivement une résorption du squelette, tandis que dans le tabes il y aurait à la fois atrophie et rénovation osseuse. Les lésions syringomyéliques seraient d'ordre médullaire; les lésions tabétiques d'ordre névritique.

Quoi qu'il en soit, il s'agit dans le tabes et dans la syringomyélie d'une affection très grave, avec cependant des degrés dans la gravité. Charcot même décrivait une forme bénigne, ne dépassant pas le stade d'épanchement, lequel était susceptible de se résorber, avec réparation à peu près complète de l'article. Dans la plupart des cas, les lésions sont incurables et progressives. On constate des luxations, des subluxations, des fractures, des ruptures ligamenteuses, etc.

A ces lésions ne correspondent pas dans le système nerveux des altérations constantes et précises. Les examens de Raymond, de Pitres et Vaillard, de Marinesco, de Pitres et Carrière n'ont décélé aucune lésion spinale ; par contre, ils ont décélé parfois des lésions des nerfs périphériques. Masselongo a trouvé des lésions médullaires des cornes antérieures.

On a raisonné par analogie. L'amyotrophie, trouble trophique par excellence, est due dans un certain nombre de syndromes anatomo-cliniques médullaires, à une altération des cellules des cornes antérieures. L'arthropathie, qui pour certains, Gilles de la Tourette notamment, influe tant sur l'atrophie de certains muscles, est un phénomène de trophicité perturbée, et doit être attribuée à une lésion, minime peut-être, non constatable au microscope, mais réelle, de la cellule des cornes antérieures. Et même sans lésion, la cellule pour remplir son rôle trophique a besoin d'un milieu bien irrigué et bien innervé. Le moindre trouble dans la vascularisation et dans l'innervation, à proximité ou au loin, l'influence réflexe ne pouvant être niée, entraîne une diminution dans la régulation de la trophicité générale, de la trophicité articulaire notamment.

Les causes occasionnelles ont été exaltées par quelques auteurs ; mais qu'il s'agisse de la diathèse arthritique (Virchow), du traumatisme journalier rendu facile par les troubles sensitifs [A. Gordon (de Philadelphie)], ou de l'infection syphilitique, il faut convenir que ces causes trop banales ne peuvent sortir de l'ombre, alors qu'au contraire l'adultération médullaire paraît être la condition nécessaire, sinon suffisante des arthropathies. Si ces causes existent, et il est probable qu'elles existent dans un certain nombre de cas, elles ont besoin pour frapper l'articulation, de la manière spéciale indiquée plus haut, d'un intermédiaire : le système nerveux, la moelle, la cellule des cornes antérieures, et pour d'autres les nerfs périphériques.

Il y a des cas où la pathogénie est discutable, je l'ai déjà dit, non seulement la pathogénie, mais l'étiologie. MM. Le Play et Sézary (12) décrivent une arthropathie du tarse dans un cas de tabes combiné chez un syphilitique, et ils se demandent s'il s'agit d'une arthropathie syphilitique ou d'une arthropathie due aux lésions nerveuses, et ils ne peuvent trancher la question, même en s'appuyant sur des examens de laboratoire (cytologie du liquide des articulations, recherche du tréponème, etc). Il s'agit là des cas limites dont j'ai déjà parlé. Il faut alors faire ce qu'ont fait les auteurs : doser l'élément infectieux, et l'élément trophique ou nerveux, et faire le bilan des raisons qui militent en faveur de l'un ou de l'autre. Puis le clinicien, établissant la balance de toutes ses constatations conclura dans un sens ou dans l'autre ; parfois aussi, et ce sera le plus sage, il s'abstiendra de conclure, quand il ne trouvera pas de raison suffisante pour se déterminer.

Il faut bien savoir aussi que l'infection peut se jeter sur une articulation mise en état de moindre résistance par un trouble trophique plus ou moins évident. C'est ainsi que dans les arthropathies tabétiques ou syringomyéliques (Charcot's joint disease), on a trouvé dans certains épanchements les microbes ordinaires de la suppuration.

Dans certaines maladies de la moelle, autres que le tabes et la syringomyélie, on a décrit des arthropathies ; mais celles-ci ont été contestées. Elles sont d'ailleurs fort rares. Ainsi les arthropathies des paralytiques généraux paraissent devoir être attribuées à la coïncidence du tabes et de la méningo-encéphalite. G. Etienne et M. Perrin cependant ont relaté un cas d'arthropathie nerveuse, à pathogénie peu élucidée, chez un paralytique général non tabétique (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, mai-juin 1906).

Dans la maladie d'Aran-Duchenne, atrophie musculaire myélopathique [cas d'Etienne (13)] par contre on ne peut incriminer le tabes ou la syringomyélie, bien qu'il s'agisse d'arthropathies identiques à celles observées communément dans ces deux syndromes. Les cas antérieurs de Remak et de Rosenthal sont beaucoup plus discutables.

M. Vallier (14), cité par Grasset, « a vu une arthropathie dans un cas de myélite diffuse aiguë centrale ou péripendymaire ».

Une observation de Féréol (15) ayant trait à une arthropathie au cours d'une sclérose en plaques est discutée par Londe qui a des tendances à mettre en cause la syringomyélie, en raison surtout des nombreuses brûlures relevées sur le corps tout entier.

On a décrit aussi des arthropathies dans la paralysie infantile, des myélites diverses, aiguës, chroniques, traumatiques, tuberculeuses ; mais il s'agit

toujours d'altérations articulaires ne reproduisant pas trait pour trait celles du tabes ou de la syringomyélie.

Ces arthropathies des myélites sont passées au crible par Londe dans la revue générale dont j'ai déjà cité plusieurs passages. Il montre que le plus souvent, on peut faire intervenir l'infection, le système nerveux passant absolument au second plan. On sait que Londe ne veut reconnaître comme arthropathies nerveuses vraies que celle du tabes et de la syringomyélie.

III

Arthropathies radiculaires. — Il faudrait ouvrir un chapitre nouveau de pathologie nerveuse, car je ne crois pas qu'on puisse rencontrer beaucoup de cas d'arthropathies radiculaires dans la littérature médicale. Sans doute, les arthropathies du tabes pourraient être rangées dans ce groupe, puisque la lésion princeps de ce syndrome est d'ordre radiculaire, ganglionnaire. De fait un certain nombre de troubles tabétiques (douleurs fulgurantes, anesthésies, etc.), affectent une distribution radiculaire, mais jamais, en cas d'arthropathies, on n'a mis en relief la corrélation entre celles-ci et une altération radiculaire quelconque. De même dans la syringomyélie, où la distribution segmentaire de certains troubles est évidente, on n'a pu l'invoquer pour expliquer les arthropathies.

Ce point réglé, il me semble qu'il peut se présenter des circonstances dans lesquelles une arthropathie coïncide avec d'autres troubles nettement radiculaires (douleurs, hyperesthésie, analgésie, œdème, etc.); outre le cas personnel que je vais relater, il y en a d'autres et, dans ces cas, tout m'autorise à parler d'arthropathies radiculaires, ce qui ne m'empêcherait pas d'admettre des centres trophiques articulaires en dehors des ganglions, dans la moelle et jusque dans le bulbe; seulement parfois les premiers prédominent, parfois ce sont les seconds; mais il semble qu'ils aient aussi souvent une action synergique, et ce serait folie de vouloir dans le domaine du système nerveux, établir des petits cadres pour petits syndromes, alors que d'une extrémité à l'autre de ce système, tout se tient, tout s'influence.

Du moment que la névrite radiculaire existe, avec les caractéristiques que Babinski (16) lui reconnaît, c'est-à-dire avec des lésions siégeant sur le nerf mixte entre les ganglions et les espaces sous-arachnoïdiens, il est tout naturel que des arthropathies s'observent consécutivement à ces lésions d'autant mieux qu'une articulation donnée reçoit son innervation généralement d'une ou plusieurs racines, plutôt que d'un seul nerf.

MM. Guillain et Pernet (17) signalent un syndrome de rhumatisme chronique consécutif à un zona et localisé dans le territoire radiculaire de l'éruption. De même Rose (18) cité par eux avait décrit une névrite sensitive et trophique à la suite d'un zona, avec des lésions trophiques des os de la main à type de rhumatisme chronique.

Mais j'observe en ce moment une jeune malade, atteinte de méningite cérébro-spinale depuis deux mois, diagnostic confirmé par l'examen du liquide céphalo-rachidien, dans lequel mon collègue, le professeur Soulié, a pu identifier le méningocoque. Elle fut prise brusquement, et présenta bientôt tous les symptômes caractéristiques de méningite (céphalalgie violente, rachialgie, vomissements, raideur de la nuque, Kernig, exagération des réflexes, fièvre entre 39 degrés et 39°5) et dut entrer à l'hôpital, où pendant plusieurs jours on lui fit des injections de sérum antiméningococcique (entre 20 et 40 grammes) après ponction évacuatrice. Dès la seconde injection, tous les symptômes gênants disparurent, en particulier la céphalalgie d'ordinaire si tenace. La fièvre tomba graduellement. Mais le huitième jour de la maladie, alors que tout faisait espérer une guérison prochaine, la malade commença à sentir de violentes douleurs à type fulgurant (vifs élancements) dans les cuisses jusqu'à la partie inférieure du genou. Le moindre attouchement dans la même région exacerbait ces douleurs. En même temps les deux genoux se tuméfiaient, et la pression au niveau de la rotule et des culs-de-sac était très douloureuse. Tout mouvement des membres inférieurs devenait impossible; la région lombaire était également immobilisée, et pour passer une bassine sous le siège, les infirmières devaient déployer une très grande force, et faisaient souffrir beaucoup la malade, qui se plaignait toujours à ce moment-là de douleurs au niveau des cuisses et des genoux.

Il fallut pratiquer tous les soirs une injection de morphine ce qui permettait d'obtenir une sédation suffisante des douleurs.

Comme symptômes objectifs, on constatait que les troncs nerveux n'étaient pas douloureux ou du moins ne l'étaient pas plus que les régions avoisinantes. La pression au niveau des épines des vertèbres n'était pas sentie; mais en revanche, à 2 centimètres en dehors de la ligne médiane, au niveau des deux premières vertèbres lombaires, on provoquait par une application digitale une douleur très vive.

Les douleurs, comme l'hyperesthésie, comme les troubles articulaires, paraissaient être localisées dans le territoire de $L^1L^2L^3$ (schéma de Charpy, in Poirier, inspiré de Head). Ces bandes occupaient toute la face antérieure de la cuisse jusqu'au-dessous du genou. A la face postérieure, au contraire, il n'y avait que des bandes étroites d'hyperesthésie le long des bords externe et interne.

Du reste, la motilité n'était pas atteinte dans toute l'étendue du membre, et si les lombes étaient par exemple peu mobilisables, si la cuisse ne pouvait faire aucun mouvement, les pieds pouvaient très bien se mouvoir sur la jambe, réalisant aussi bien l'extension que la flexion, que l'adduction, que l'abduction.

Il était certes difficile d'éliminer l'élément douleur pour apprécier le degré d'impotence; mais cela fut possible quand les phénomènes aigus s'atténuèrent, ce qui arriva graduellement.

Aujourd'hui, un mois et demi environ après le début des troubles, on constate que le genou gauche est encore tuméfié et douloureux, non plus sponta-

nément mais seulement à la pression. Le genou droit est libéré, mais en le fléchissant sur la jambe on perçoit des craquements, et il est encore possible de déceler un certain empâtement autour de l'articulation. Si l'on appuie avec la main en un point quelconque de la face antérieure de la cuisse droite, on provoque une douleur allant de l'aine gauche à l'extrémité inférieure du genou gauche. La même répercussion du côté gauche au côté droit ne s'observe pas.

M. Netter a vu parfois dans la convalescence de la méningite cérébro-spinale des symptômes radiculaires qui furent très tenaces, mais disparurent généralement sans laisser de traces. Il en sera de même, je l'espère, dans le présent cas ; mais il y a là des déterminations articulaires qui n'ont pas encore été je crois signalées et qui méritent vraiment, à mon sens, d'être cataloguées sous le nom d'arthropathies radiculaires.

IV

Arthropathies névritiques. — Elles ne sont pas fréquentes, et à propos de chaque espèce on peut se demander si la moelle n'intervient pas, soit par névrite ascendante, soit par réflexe. C'est en somme l'opinion qu'on peut se faire en lisant les auteurs qui veulent faire relever les arthropathies tabétiques des altérations des nerfs périphériques [notamment Marinesco et son élève Bill (19)].

Mais en dehors du tabes, il y a des cas de névrites traumatiques s'accompagnant d'arthrites non infectieuses pour lesquelles la qualification d'arthropathies nerveuses ne paraît pas usurpée.

Ces cas sont assez exceptionnels. Weir Mitchell (20) en a donné une description très complète, trop complète même, car dans sa division en arthropathies aiguës, subaiguës et chroniques il a dû englober un grand nombre d'arthrites infectieuses ayant apparu chez des sujets atteints de névrites de cause externe ou interne.

M. Perrin (21), H. Dufour (loc. cit.) consacrent quelques lignes à ces arthropathies. M. Perrin mentionne les atteintes des tissus périarticulaires qui mettent les jointures en attitude vicieuse, et il insiste sur les rétractions fibro-tendineuses. Il rappelle les travaux de Holsti (1899) et de Lupi (1899) qui ont parlé des gonflements articulaires douloureux ; de Grocco (1893) qui a décrit la polynévrite arthralgique, manifestations qui, à bon droit, peuvent être considérées comme dépendant du rhumatisme articulaire aigu ou subaigu ou d'une infection génératrice du pseudo-rhumatisme.

M. Déjerine (in Bouchard) admet la possibilité d'arthropathies névritiques à forme de polyarthrite déformante ; mais il n'en peut citer aucun cas.

L'hydarthrose périodique de Ribierre (22) et de Marquet (23) ne paraît pas être imputable à une névrite, mais bien plutôt, comme le pense M. Ribierre sans vouloir imposer son opinion, à un trouble thyroïdien. A côté de ces faits d'hydarthrose périodique se terminant par la restitutio ad integrum il faut mentionner les faits plus anciens de Brown-Séquard caractérisés par une tuméfaction périodique des jointures avec terminaison par ankylose après plusieurs crises.

L'expérimentation est incapable de provoquer nettement des arthrites attribuables indubitablement à la lésion du nerf traumatisé. Babinski (*Traité de méd.*, t. X, p. 23) indique bien que Vulpian a observé, après Schiff, de l'atrophie, de la raréfaction du tissu osseux à la suite de la section des nerfs ; mais il fait intervenir dans ces lésions le rôle d'un travail inflammatoire dû au traumatisme lui-même, traumatisme qui reste inopérant quand il demeure fermé, quand il n'y a pas de plaie, quand il n'y a pas d'escarre.

Holznecht (de Vienne), cité par Dufour, a fait voir qu'au début des arthropathies on pouvait avec les rayons X noter assez souvent l'ossification de la capsule et des téguments, tandis que plus tard la résorption des extrémités osseuses pouvait être constatée.

Les auteurs qui avaient étudié l'anatomie pathologique des lésions avaient surtout retenu l'ostéite raréfiante avec destruction des cartilages, atrophie des os, comme dans la lèpre et la sclérodermie (dans celle-ci l'arthropathie est insignifiante alors que l'ostéite est au contraire intense).

Si l'on voulait donner une description clinique de l'arthropathie névritique, en groupant les faits analogues, on reconnaîtrait qu'il s'est agi dans la plupart des cas d'arthrites simulant le rhumatisme chronique ou subaigu localisées aux petites articulations des doigts et susceptibles d'aboutir à l'ankylose. Le diagnostic sera facilité par l'existence de l'amyotrophie et d'autres troubles trophiques de la peau.

Le problème est évidemment complexe puisqu'une lésion articulaire peut déterminer par voie ascendante de tels troubles trophiques (amyotrophie, glossy skin, etc.). Si la lésion siège au-dessous du point du nerf qui est lésé, elle sera évidemment attribuable avec quelque raison à la névrite ; mais il n'est pas toujours possible de faire pareille constatation.

Ce sont les névrites de cause externe qui ont pu surtout être mises en cause : piqûre (Hamilton), plaie par éclat de verre (Blum), plaie par arme à feu (W. Mitchell), tumeur (Puchard), contusion ou luxation de la tête humérale (W. Mitchell), névrite du médian à la suite d'un phlegmon de la main (Bowlby), exemples que j'emprunte à Londe (loc. cit., p. 391).

Quant aux névrites de cause interne, on ne trouve guère d'arthropathies à leur imputer. Il s'agit dans ces cas d'infections ou d'intoxications qui, pour produire l'arthrite, ne paraissent pas avoir besoin essentiellement de l'intermédiaire du système nerveux, et la coïncidence d'une névrite est tout à fait contingente. Sur ce dernier point, il serait du reste téméraire de formuler une conclusion ferme et définitive, des recherches ultérieures étant susceptibles de l'infirmer.

V

Arthropathies cérébrales. — Etudiées par Charcot, et auparavant par Scott Alison et Brown-Séquard, elles ne forment pas un groupe bien homogène. Il est probable que beaucoup de ces arthropa-

thies provenaient d'une infection; mais il y en a aussi un certain nombre dans la production desquelles le système nerveux a joué un rôle essentiel.

C'est à la suite des hémiplégies qu'on les a observées. Elles sont précoces (seconde partie du premier mois après l'attaque) ou tardives, au moment où la la période des contractures s'installe; elles affectent une marche aiguë, subaiguë ou chronique. Dans ce dernier cas, elles frapperaient surtout l'épaule puis la hanche. « Les autopsies, dit Déjerine (in Bouchard, p. 492) révèlent l'existence de synovites. La synoviale est rouge, épaissie, ecchymotique; elle forme un bourrelet turgescent, violacé autour des surfaces diarthrodiales. » Mais Déjerine admet aussi l'atrophie possible des extrémités osseuses (même ouvrage, p. 1095) comme il l'a constaté avec Théohari (24) par la radiographie.

Un des principaux caractères, sur lequel on a insisté beaucoup, c'est que ces arthropathies se localisent dans le côté hémiplégié; mais il y a quelques exceptions.

Gilles de la Tourette, dans le travail déjà cité, publie vingt observations d'hémiplégiques. Dans ce nombre, il n'y en a que deux offrant des arthrites de toutes les articulations du côté hémiplégié. Deux autres sont celles de malades ayant eu des arthrites du membre supérieur seul. L'auteur attribue à l'immobilisation seule des jointures le développement de l'altération articulaire, l'amyotrophie consécutive et les douleurs qui sont presque constantes chez les hémiplégiques au niveau des jointures.

Cette explication n'est pas valable pour le cas d'Achard et Ribot (25), ni pour celui de Parhon et Baiatu (26). Elle n'est pas davantage valable pour le cas personnel que je vais exposer, parce que dans ces trois observations le côté non paralysé était pris seul ou bien n'était pas épargné. Les malades d'Achard et de Ribot d'une part, de Parhon et Baiatu d'autre part, avaient été atteints de rhumatisme avant l'attaque; les déterminations articulaires qu'ils présentèrent à la suite de celle-ci peuvent être envisagées comme un réveil de la diathèse. Au contraire, ma malade (27) n'avait jamais eu le moindre accès de rhumatisme, et c'est seulement à la période des contractures que le rhumatisme chronique déformant s'installa avec ses caractéristiques cliniques et radiographiques (ostéophytes, soudure des articulations des doigts, ostéoporose disséminée) atteignant la plupart des articulations du côté sain et du côté paralysé, entraînant des ankyloses très serrées avec par instants des phénomènes très douloureux au niveau des articulations et même dans la continuité des membres. Il faut noter également que chez cette malade, avant l'attaque, toutes les conditions se trouvaient réunies pour provoquer le rhumatisme; en particulier l'influence du froid humide était évidente puisqu'elle exerça pendant toute sa vie le métier de blanchisseuse. Agée de soixante-six ans, elle eut son attaque le 11 mars 1911, commençait à marcher trois mois après, puis ressentait en octobre les premières atteintes de rhumatisme qui, peu à peu, la réduisait à l'impotence la plus complète en la confinant au lit. En quelques mois ont été atteints successivement : les doigts et le poignet du côté droit (côté de l'hémiplégie), les doigts et le cou-de-pied du même côté, les doigts du côté gauche, le genou droit, le poignet gauche, le coude droit, le genou gauche, le coude gauche.

Le côté droit est le plus atteint et aussi le plus douloureux, sauf que le poignet gauche est beaucoup plus ankylosé que le droit.

Je rappellerai que dans ce cas les poussées rhumatismales coïncidaient avec des petites infections banales (embarras gastriques et biliaires, même ictère de courte durée). Est-ce à dire qu'il faille faire rentrer ces arthropathies dans les arthropathies infectieuses et nier l'influence du système nerveux? L'allure générale de ces arthropathies plaide contre une telle assimilation. Du reste, dans un cas de ce genre il faut évoquer le tableau de la polyarthrite déformante, de la tropho-névrose infectieuse, dénomination à triple chef qui rend compte de la pathogénie complexe d'un tel syndrome. Il ne faut pas oublier que dans mon cas, comme dans d'autres analogues, le rhumatisme déformant n'est apparu qu'au moment où les contractures se développaient, au moment où la paralysie flasque devenait spasmodique, c'est-à-dire au moment où le cordon pyramidal était profondément atteint. Il est impossible de ne pas attribuer une grande importance à un tel enchaînement des faits.

Comme le dit Grasset (*Centres nerveux*, p. 623), « l'infection ou le traumatisme ont produit l'arthropathie parce que le système nerveux de cette articulation était malade : arthropathies tropho-infectieuses ou tropho-traumatiques ». Mais au cours des maladies du système nerveux il y a cependant, comme je l'ai dit, des arthrites nettement infectieuses, évoluant comme les arthrites infectieuses habituelles, et dans la genèse desquelles le système nerveux joue un rôle tout à fait effacé. Dans les observations analogues à celle personnelle que je viens de résumer, il est bien certain que l'infection n'aurait pas déterminé pareils accidents articulaires si le système cérébro-spinal n'avait pas été atteint gravement.

La pathogénie de ces arthropathies cérébrales est-elle celle que Charcot leur reconnaît? Faut-il admettre que la cellule des cornes antérieures doit forcément être touchée pour produire cet ensemble symptomatique? On serait tenté de le croire quand les lésions articulaires apparaissent en même temps que la sclérose pyramidale. Mais il n'en est pas toujours ainsi; alors on est conduit sinon à rejeter l'influence de la cellule de la corne antérieure sur la trophicité, mais du moins à admettre une action réflexe sur cette cellule avant qu'elle ait pu être lésée par voisinage, par le cordon pyramidal contigu par exemple.

Quoi qu'il en soit, si on enlève du groupe de ces arthropathies posthémiplégiques celles qui sont nettement infectieuses, il reste encore un certain nombre d'arthropathies, rares à la vérité, qui, se rapprochant du rhumatisme chronique déformant localisé ou généralisé, sont sans nul doute attribuables à une influence trophique, nerveuse.

VI

Conclusions pathogéniques. — Au cours des maladies du système nerveux, il y a des arthropathies qui ne diffèrent pas des arthropathies infectieuses banales.

Au cours de ces mêmes maladies, il y a des arthropathies qui diffèrent essentiellement des arthropathies infectieuses tant par leur évolution que par leurs caractères cliniques, anatomo-pathologiques, radiographiques. Si elles s'annoncent par un processus infectieux leur évolution dément ce début, car elles s'accompagnent de troubles non seulement périarticulaires mais aussi intraarticulaires (porose des os, soudure de ceux-ci, ostéophytes) se rapprochant ainsi justement de ce qu'on a nommé la tropho-névrose infectieuse.

Pour comprendre la pathogénie de ces troubles articulaires d'origine nerveuse il faut invoquer la pathogénie mise en avant par M. le professeur Teissier (28) pour les divers rhumatismes chroniques que les lésions dépendent de la moelle, des racines, des nerfs périphériques, du cerveau. Qu'on ne vienne pas dire qu'il est impossible d'assimiler des arthropathies comme celles du tabes et de la syringomyélie, à d'autres comme celles décrites il y a un instant et affectant les petites articulations des doigts à la façon du rhumatisme déformant! Il y a là une question de degré car c'est toujours l'appareil de la trophicité qui est atteint dans une de ses parties ou dans sa totalité et plus ou moins profondément. Faut-il chercher où se trouve le centre trophique de telle ou telle articulation, ou le centre trophique général? Faut-il faire jouer ce rôle exclusif dans la nutrition à la cellule de la corne antérieure? Nous n'avons pas le droit d'être aussi exclusif parce que de jour en jour nous apprenons que la nutrition de tel ou tel organe, de tel ou tel appareil, est dirigée par une foule d'influences, ou proches ou lointaines. Parmi ces influences, les glandes endocrines doivent être comptées en première ligne, et quand bien même leur rôle aurait été exagéré dans la production des divers rhumatismes, il n'en est pas moins vrai qu'elles exercent une action sur les articulations, et une action d'ordre trophique.

C'est la complexité de ces actions d'ordre trophique qui rend difficile la localisation des lésions nerveuses correspondant aux lésions articulaires. Mais je ne vois pas la nécessité d'admettre un appareil trophique avec sa localisation dans le système nerveux central. S'il y a une lésion cérébrale ne peut-il pas y avoir des troubles articulaires parce que cette lésion agit pour perturber le mouvement, la vascularisation, la sensibilité de l'articulation. La bonne nutrition est faite de l'équilibre parfait entre tous ces facteurs. Une lésion nerveuse, quelle qu'elle soit, où qu'elle siège (cerveau, racines, moelle, nerfs) va altérer cette nutrition parce que le mouvement, la vascularisation, la sensibilité seront atteints plus ou moins, ensemble ou séparément. Des troubles trophiques en résulteront.

L'infection peut agir de deux manières sur une articulation. Tantôt le germe s'y fixe, le germe ou sa toxine. Le résultat c'est la tuméfaction des tissus mous ou semi-mous particulièrement, la douleur d'abord très localisée parallèlement aux parties tuméfiées, l'élévation de la température locale, la fièvre; comme terminaison une ankylose plutôt périarticulaire qu'intraarticulaire, plutôt fibreuse qu'osseuse, parfois la suppuration de l'article. Des troubles trophiques peuvent se mêler à ces phénomènes inflammatoires, mais ils sont noyés dans le processus infectieux.

Tantôt l'infection, évidente par la fièvre et d'autres troubles concomitants, s'accompagne de déterminations articulaires qui ne révèlent pas leur nature infectieuse. Très peu de tuméfaction; la douleur, quand elle existe, n'est pas localisée à l'articulation, mais siège plutôt le long des troncs nerveux ou des racines médullaires; il n'y a pas d'élévation de la température locale; si la terminaison se fait par ankylose, celle-ci est plutôt intraarticulaire qu'extra-articulaire, plutôt osseuse que fibreuse. Pas de suppuration à moins d'une infection surajoutée. Le diagnostic de la nature trophique de ces troubles se fait facilement, car les phénomènes inflammatoires, quand ils existent, passent au second plan.

Mettez qu'entre ces deux grands groupes il y ait tous les intermédiaires possibles, et vous serez dans la vérité clinique.

Du reste, en quittant la pathogénie, si l'on remonte jusqu'à l'étiologie, on peut trouver l'infection à la base de troubles articulaires essentiellement trophiques, la syphilis à l'origine d'arthropathies tabétiques, la tuberculose à l'origine de tous les rhumatismes tuberculeux, de la moitié des cas (Teissier) des rhumatismes chroniques déformants.

On ne peut donc pas éliminer l'infection dans aucun cas donné; et on ne peut pas non plus éliminer l'influence nerveuse dans une arthropathie quelconque. Comme le dit Jean Lépine (29), à la base du rhumatisme articulaire le plus franc, il y a une influence de terrain, et ce terrain c'est le neuro-arthritisme dans l'espèce, c'est-à-dire une disposition anormale, pathologique du système nerveux. Cela est exact; mais c'est une question de plus ou de moins. L'influence nerveuse est peu marquée dans le rhumatisme articulaire aigu franc; mais elle l'est beaucoup dans la polyarthrite déformante.

Avec ces éléments, il nous semble qu'il n'y a pas besoin de chercher une pathogénie basée sur l'existence d'un centre trophique articulaire avec des voies centripètes et centrifuges. Le système nerveux, touché dans une de ses parties, réagit sur tout l'organisme, portant son action sur un point plus faible que les autres, sur une articulation notamment, et ce mode d'action n'est pas différent de celui qui est réalisé dans la production des divers rhumatismes, mais surtout du rhumatisme chronique déformant, qui est d'ordre essentiellement nerveux. Il y a donc bien légitimement une classe d'arthropathies nerveuses, et les arthrites du rhumatisme chronique déformant font partie de cette classe.

BIBLIOGRAPHIE

1. A. Londe. De l'arthropathie nerveuse vraie et des troubles trophiques articulaires d'apparence rhumatoïde, *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1897, p. 382.

2. Gilles de la Tourette. Pathogénie et prophylaxie de l'atrophie musculaire et des douleurs des hémiplégiques, *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1897, p. 287 et 340.
3. Pierre Marie et André Léri. *Nouv. Traité de méd. et de thérap.*, 1910, p. 330.
4. Grasset. *Les Centres nerveux. Physiopathologie clinique*, 1905, p. 620; — *Le Tabes, maladie de la sensibilité profonde*, 1909, p. 68.
5. H. Dufour. Séméiologie des maladies du système nerveux, *Encycl. scient. du docteur Toulouse*, 1907, p. 364.
6. Déjerine. In *Pathologie générale de Bouchard*, p. 492 et 1095.
7. Pierre Marie. *La Pratique neurologique*, 1911, p. 931 et 932.
8. G. Etienne et Champy. Lésions cellulaires des cornes antérieures de la moelle dans les arthropathies nerveuses. Considérations sur la pathogénie générale de ces arthropathies, *L'encéphale*, mai 1908, p. 369.
9. Charcot. *Sur quelques arthropathies qui semblent dépendre d'une lésion du cerveau ou de la moelle épinière*, 1868.
10. Gibert. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, n° 2, 1900.
11. Dupré et Devaux. *Soc. de neurol.*, 5 juillet 1900.
12. Le Play et Sézary. Arthropathie du tarse dans un cas de tabes combiné, *Soc. de neurol.*, 10 mars 1910.
13. V. Prautois et G. Etienne. *Revue de méd.*, 1894, p. 300.
14. Vallin. *Union méd.*, juillet 1878.
15. Féréol. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1885.
16. Babinski. Névrite radiculaire transverse, *Traité de méd.*, t. X, p. 150.
17. Guillain et Pernet. Syndrome de rhumatisme chronique consécutif à un zona et localisé dans le territoire radiculaire de l'éruption, *Soc. de neurol.*, 10 nov. 1910.
18. Rose. *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1908, p. 64.
19. Brill. *Arthropathie tabétique*, Th. de Bucarest, in *Revue neurol.*, 1902, p. 1114.
20. Weir Mitchell. *Lésions des nerfs et leur conséquence*, trad. Dastre, 1874.
21. M. Perrin. *Des Polynévrites*, Paris 1901, p. 36.
22. Ribierre. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 11 fév. 1910.
23. Marquet. Th. de Paris, 1910.
24. Déjerine et Théohari. *Soc. de biol.*, 12 fév. 1898.
25. Achard et Ribot. *Soc. de neurol.*, 1er fév. 1906.
26. Parhon et Baiatu. Rhumatisme chronique associé à l'hémiplégie. Prédominance des déformations du côté opposé à l'hémiplégie, *Revue de neurol.*, 1909, p. 806.
27. Crespin. Rhumatisme chronique généralisé et progressif développé chez une hémiplégique à la période des contractures, *Bull. méd. de l'Algérie*, juin 1912.
28. Teissier et Roque. In *Traité de méd. de Brouardel*, et J. Teissier. Rapport sur le rhumatisme chronique, *Congrès de Liége*, 1905.
29. J. Lépine. *Lyon méd.*, 1906.

FORMULAIRE

CONTRE LES VOMISSEMENTS DES NOURRISSONS ET LA DIARRHÉE INFANTILE

Les premiers jours donner du « Képhir Salières » coupé d'eau de Vals par moitié pour arriver à le donner pur soit au biberon, soit au verre, à la dose d'un flacon par jour.

Il est rare qu'au bout d'une semaine les vomissements et la diarrhée n'aient pas disparu.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales médico-psychologiques. — (N° 4, avril 1912.) Alombert Goget et Ed. Cornu : L'épidémie de choléra en 1911 à l'asile de Marseille (108 cas). — Capgras et Terrien : Délire d'imagination symptomatique. — Alfred Gallais : Délire interprétato-hallucinatoire systématique, chronique, sans affaiblissement intellectuel (*fin*). — Victor Parant père : La responsabilité atténuée et sa sanction pénale.

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 13, 30 mars 1912.) Kemen : Méthode d'inhalation de radium et de boisson. — (N° 16, 20 avril.) Urrutia : Clinique de la dilatation aiguë de l'estomac.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 9, 3 mars 1912.) Bitot et C. Montalier : Gliome du cerveau. — (N° 10, 10 mars.) H.-L. Rocher : Fracture de l'humérus droit au tiers inférieur. Ostéosynthèse par le procédé de Lambotte. Résultat anatomique parfait. Paralysie radiale partielle et passagère due à des compressions de nerf par cal. — (N° 11, 17 mars.) Arnozan : Diabète insipide d'origine syphilitique. — (N° 12, 24 mars.) Gourdon : Deux cas de pieds bots paralytiques anciens. — Fieux et Mauriac : Sur une particularité du sérum de femme enceinte. Cause d'erreur dans le séro-diagnostic de la syphilis par les méthodes simplifiées. — Aubaret : Des abcès lacrymaux sus-ligamenteux. — (N° 13, 31 mars.) Chavannaz et Lefèvre : Néphrectomie partielle pour rein polykystique. — H.-L. Rocher : Fracture intradeltoïdienne de l'humérus droit. Ostéosynthèse par le procédé de Lambotte; résultats anatomique et fonctionnel parfaits.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 9, 2 mars 1912.) L. Danel : Sur un cas de pathomimie (*fin*). — Louis Piettre : Sur un cas de méningite cérébro-spinale. — (N° 10, 9 mars.) Bonnet-Laborderie : Note sur un cas de mælena fatal intra-utérin. — (N° 11, 16 mars.) Sablé et Williatte : Entérococcie. Etat typhique suivi de l'éclosion d'abcès multiples. Guérison. — (N° 12, 23 mars.) Maurice d'Halluin : Traitement des métrorragies et des fibromes par les rayons X. — Deherripon et Fourdinier : Ulcère duodénal perforé. Intervention quarante heures après la perforation. Mort. — (N° 13, 30 mars.) Maurice d'Halluin : Traitement des métrorragies et des fibromes par les rayons X (*suite*). — Fourdinier : Grossesse gémellaire bivitelline. Expulsion des deux placentas au-devant du deuxième fœtus vivant.

Medizinische Blätter. — (N° 6, 16 mars 1912.) Küttner : La chirurgie de guerre. — (N° 7, 6 avril.) Trömmer : Travail de comptoir et protection des nerfs.

Revue médicale de l'Est. — (N° 5, 1er mars 1912.) Jacques Parisot et Louis Jannin : Parasite flagellé dans un cas de dysenterie (*lamblia intestinalis*). — Florentin : Les œuvres de protection de l'enfance en Lorraine (*fin*). — (N° 6, 15 mars.) Frœlich : De la coxalgie tuberculeuse.

Riforma medica. — (N° 11, 16 mars 1912.) Prof. I. Tansini : Désinfection péritonéale par l'alcool. — G. Burzi : L'action du salvarsan sur l'appareil cardio-vasculaire. — M. Dardanelli : Le ligament rond dans les hernies crurales. — (N° 12, 23 mars.) D. Biondi : Miserere. Nécroscopie. Erreur de diagnostic quant au siège. Epicrise. — D. de Sandro : La déviation du complément dans l'échinococcose effectuée avec le système hémolytique de Ferranini. — A. Saccone : L'élimination et le pouvoir toxique du dioxydiamido-arsenobenzol. — (N° 13, 30 mars.) V. Panto : L'immunisation active des chèvres contre la fièvre méditerranéenne. — V. Brun : Adénites et adénophlegmons de la fosse iliaque. — E. Tarozzi : A propos d'un cas d'aphasie traumatique. — (N° 14, 6 avril.) D. Scalfati : Action des médicaments cardiocinétiques, digalène, digitale, digitoxine, strophantine, sur le cœur en état de dégénérescence graisseuse. — C. Mariani : Cholécystogastrostomie pour occlusion chronique du cholédoque; fonction et contenu gastriques demeurés normaux après deux ans et demi.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17

N° 89 — MARDI 6 AOUT 1912. 85e ANNÉE. MARDI 6 AOUT 1912. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. le docteur Barthe, agrégé, chargé d'un cours complémentaire de toxicologie à la Faculté de médecine de Bordeaux (fondation de l'Université de Bordeaux), est nommé, à dater du 1er novembre 1912, professeur adjoint à ladite Faculté.

— M. le docteur Sabrazès, agrégé des facultés de médecine, chef des travaux du laboratoire des cliniques à la Faculté de médecine de Bordeaux, est nommé, à partir du 1er novembre 1912, professeur d'anatomie pathologique à ladite faculté.

— Lille. — M. le docteur Bué, agrégé, chargé de cours d'accouchements et hygiène de la première enfance à la Faculté de médecine de Lille (fondation de l'université de Lille), est nommé, à partir du 1er novembre 1912, professeur d'accouchements et hygiène de la première enfance à ladite faculté (fondation de l'université de Lille).

GUERRE. — Corps de santé militaire. — M. le médecin inspecteur général Delorme, président du Comité consultatif de santé, est placé, à dater du 2 août 1912, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins inspecteurs généraux.

MARINE. — Corps de santé de la marine. — Ont été promus dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. le médecin en chef de deuxième classe de réserve Feraud.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe de réserve Guibaud, Colomb et Janicot.

POUR LES MÈRES NOURRICES. — Au cours de son avant-dernière session, le conseil municipal adoptait une proposition de MM. Galli et Dausset, tendant à assurer aux mères nourrices la distribution de secours par l'intermédiaire de la Mutualité maternelle.

Aux termes de la délibération, toute femme enceinte, domiciliée à Paris depuis deux ans au moins, dont le ménage ne dispose pas de ressources annuelles (salaire ou pension) dépassant 1 800 francs, a droit à l'assistance.

Pour bénéficier de ce droit, elle devra déclarer son état de grossesse avant le septième mois.

L'état de grossesse étant reconnu, elle sera portée sur les listes de la Mutualité maternelle et bénéficiera des avantages qui sont accordés par cette mutualité, en qualité d' « extra-statutaire ».

Il en sera de même, sur sa demande et sa déclaration de grossesse au septième mois, pour toute femme dont le mari fait son service à l'armée, habitant Paris, même depuis moins de deux ans, et admise au secours dit militaire.

La Ville de Paris versera à la caisse de la Mutualité maternelle une somme de 20 francs par « extra-statutaire » ainsi admise à l'assistance par la mutualité.

A la suite d'une conférence entre MM. Galli, Dausset, Poussineau, président, et les membres du bureau de la Mutualité maternelle, et M. Bouxin, représentant M. Menant, directeur des affaires municipales, les décisions suivantes ont été prises :

1° Le service fonctionnera à partir du 1er janvier prochain ; 2° les enquêtes seront effectuées par les soins de la Mutualité maternelle et, en cas d'appel, par l'administration ; 3° les familles seront avisées par voie d'affiches des démarches qu'elles devront faire et des conditions qui devront être remplies pour obtenir le bénéfice de l'assistance.

LA RETRAITE DU DOCTEUR MAGNAN. — M. Valentin Magnan, de l'Académie de médecine, médecin en chef de l'Asile Sainte-Anne, a pris sa retraite. Pour rendre hommage au labeur comme à la science du grand aliéniste, la Ville de Paris a décidé que le pavillon que M. Magnan a dirigé depuis l'année 1867 prendrait le nom de « Pavillon Magnan ».

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bénard (de Saint-Christau) et Charles Macé (d'Aix-les-Bains).

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — Grandes vacances. — *Billets d'aller et retour collectifs*, 1re, 2e et 3e classes, à prix réduits, délivrés, jusqu'au 30 septembre, aux familles d'au moins trois personnes.

Validité : jusqu'au 5 novembre 1912.

Minimum de parcours simple : 150 kilomètres.

Prix : Les deux premières personnes paient le tarif général, la troisième personne bénéficie d'une réduction de 50 p. 100, la quatrième et chacune des suivantes d'une réduction de 75 p. 100. — Demander les billets quatre jours à l'avance à la gare de départ.

SUR LA BÉNIGNITÉ DE LA PNEUMONIE CHEZ L'ENFANT

EN RAPPORT AVEC L'ORIGINE SANGUINE DE LA MALADIE (1)

Par F. MAILLET,
Chef de clinique des maladies des enfants
à l'Université de Montpellier.

La bénignité de la pneumonie chez l'enfant est un fait aujourd'hui classique et reconnu par tous les cliniciens. Ce caractère est d'autant plus remarquable que les autres affections pulmonaires, les bronchites, les broncho-pneumonies sont au contraire redoutables quant à leur terminaison. A quoi est due cette différence dans l'évolution des deux sortes d'affections? Sans doute à des causes multiples qu'il faut rechercher d'abord dans les symptômes, puis dans les lésions différentes, dans l'étiologie et la pathogénie dissemblables, dans l'état des forces de l'enfant et dans ses moyens de défense vis-à-vis de la pneumonie ou de la broncho-pneumonie. Mais toutes ces causes, envisagées l'une après l'autre, nous ramènent toujours, comme on le verra, à cette considération : la pneumonie de l'enfant est une maladie infectieuse générale plus que pulmonaire et c'est là surtout la raison du peu de gravité qu'elle présente chez lui, comme presque toutes les maladies générales. Ce n'est là évidemment que reculer le problème et il faudra encore chercher les causes de la bénignité relative des maladies générales chez l'enfant; beaucoup demeurent encore inconnues.

Nous allons essayer dans cette étude d'établir : 1° que la pneumonie de l'enfant apparaît et évolue comme une maladie infectieuse générale; 2° que c'est dans cette conception que l'on trouve l'explication de la bénignité relative de cette maladie chez l'enfant.

I. La pneumonie de l'enfant est une maladie infectieuse générale. — Cette affirmation semblera aujourd'hui bien superflue, alors que le concept de la pneumonie, maladie *totius substantiæ*, est accepté par tous, après avoir toujours été défendu par l'école montpelliéraine. Mais s'il s'agit de préciser dans quel sens l'on entend et l'on comprend ce terme de maladie générale, on se heurte à de nouvelles divergences de la part des auteurs. La pneumonie est-elle maladie générale, parce que le pneumocoque cantonné au niveau d'un lobe pulmonaire sécrète là des toxines solubles qui, diffusées dans tout l'organisme, vont rendre compte de la plupart des troubles fonctionnels de la maladie et des phénomènes généraux qui l'accompagnent? C'est dans ce sens qu'elle a été comprise le plus souvent.

Mais certains auteurs donnent encore plus de précision à ce terme de maladie générale, et pour eux, la pneumonie est une maladie générale d'emblée, avant même que se soit effectuée la localisation pulmonaire. Selon cette conception, émise par Lemierre, Albrami et Joltrain, on considère donc la pneumonie comme une bacillémie dont la lésion pulmonaire n'est qu'une manifestation secondaire. C'est la théorie de l'origine sanguine de la pneumonie, que Joltrain dans sa thèse invoque également pour les broncho-pneumonies. Sans nous occuper de ces dernières, au sujet desquelles l'opinion de Joltrain peut être contestée, nous pensons que la conception d'une localisation au poumon secondaire à une septicémie à pneumocoques s'applique tout spécialement à l'enfant. C'est dans ce sens que nous prenons donc le terme de pneumonie maladie générale. Quelles sont les preuves à l'appui de cette théorie? Elles sont de plusieurs ordres : historiques, cliniques, bactériologiques, anatomiques, expérimentales. Nous aurons surtout à exposer les preuves cliniques que nous prendrons spécialement chez l'enfant; nous résumerons d'abord les autres, qui sont d'ordre général et présentées la plupart tout au long dans la thèse de Joltrain.

Preuves historiques. — La théorie de Lemierre, Abrami et Joltrain, est la rénovation pleine et entière du concept des anciens cliniciens qui ne voyaient dans la pneumonie qu'un « foyer allumé par la fièvre » *febris pneumonica* (Huxham, Boerhave, van Swieten, de Haen, école de Montpellier). Après les travaux de Laënnec et de Broussais, mais avant la découverte du pneumocoque, Jürgensen tenta de faire revivre cette notion des anciens auteurs, opposant la spécificité étiologique infectieuse à la spécificité anatomique. La bactériologie, la connaissance des pneumococcies autres que la pneumonie sont venues confirmer cette manière de voir.

Actuellement enfin, comme le dit Joltrain dans sa thèse, « les lésions de nature infectieuse cliniquement constatées dans les organes au cours des septicémies, revêtent de plus en plus le caractère de manifestations secondaires de ces septicémies, telle localisation correspondant le plus ordinairement à telle variété de bacillémie ». C'est l'idée que l'on se fait aujourd'hui de la fièvre typhoïde, autrefois considérée comme une maladie de l'intestin; celle que l'on se fait du rhumatisme et même de la tuberculose; celle que l'on se fera de la méningite à méningocoques de Weichselbaum ou de la poliomyélite aiguë. Aujourd'hui que l'existence des pneumococcémies avec et sans pneumonie est bien connue, pourquoi ne pas suivre avec Joltrain la même évolution? Mais en dehors de ces considérations de pathologie générale, d'autres preuves existent de l'origine sanguine de la pneumonie.

Preuves bactériologiques. — La principale est la constatation du pneumocoque dans le sang par l'hémoculture, qui a été faite par un certain nombre d'auteurs (Widal, Lemierre et Gadaud, Baduel, Gargano, Duflocq, etc.), au cours de la pneumonie. D'une façon plus démonstrative, Abrami et Joltrain ont constaté la présence du pneumocoque dans le sang avant l'apparition d'un foyer pulmonaire et s'accompagnant d'un état général grave. La pneumopathie ne se montrait que quelques jours après avec une évolution normale. Ils en concluent que si, dans

(1) Travail du service de M. le professeur Baumel.

la plupart des cas, la pneumonie franche semble d'emblée localisée au poumon, c'est que la phase pneumococcémique est de courte durée et passe inaperçue.

Les faits de transmission intra-utérine de pneumococcémie avec foyers de pneumonie lobaire typique chez le fœtus ou le nouveau-né sont assez nombreux à l'heure actuelle pour constituer un argument de plus en faveur de l'origine sanguine de la pneumonie.

Preuves anatomiques. — L'anatomie pathologique montre la localisation lobaire des lésions; cette localisation s'expliquerait par le mode de distribution des vaisseaux. L'étude histologique montre que les lésions sont localisées autour de ceux-ci qui apparaîtraient bien comme les foyers primitifs de la pneumonie. Dans la lumière des capillaires on trouve sur les coupes de nombreux pneumocoques.

Preuves expérimentales. — Enfin par l'expérimentation, on a pu reproduire chez l'animal des pneumococcies diverses, des pneumococcémies et des pneumonies lobaires par inoculation des pneumocoques dans le sang.

Tels sont les principaux faits à l'appui de la thèse de Lemierre, Abrami et Joltrain. On peut y ajouter, mais eux-mêmes ne les considèrent que comme des preuves de second ordre, certaines réactions générales comme la leucocytose, l'hyperfibrinose, le pouvoir agglutinant trouvés dans le sang ou le sérum des pneumoniques.

Preuves cliniques. — Envisageons à présent les faits cliniques qui, chez l'enfant, viennent encore corroborer cette conception de la pneumonie.

Les *conditions étiologiques* différentes dans lesquelles apparaissent la pneumonie ou la broncho-pneumonie sont en faveur d'une infection sanguine primitive dans la pneumonie. Celle-ci frappe le plus souvent des sujets en pleine santé, robustes; la broncho-pneumonie atteint des enfants ayant des troubles gastro-intestinaux, des infections chroniques des voies respiratoires supérieures. Les conditions défectueuses d'hygiène au point de vue de l'aération insuffisante, de l'encombrement du milieu, favorisent le développement des broncho-pneumonies; elles n'ont pas d'influence nettement marquée sur l'éclosion de la pneumonie. Quant aux causes autrefois considérées comme favorisant le développement local d'une infection (le froid par exemple) elles doivent, dit Joltrain, « être plutôt tenues pour modificatrices des propriétés humorales de défense et de résistance aux agents microbiens. Une conception nouvelle et rationnelle de leur rôle les doit faire envisager comme avant tout provocatrices de la bacillémie initiale ».

Enfin, on s'est demandé comment les deux maladies qui peuvent être provoquées par le même agent (pneumocoque) ne se transformaient jamais ou presque jamais l'une en l'autre. La broncho-pneumonie n'aboutit jamais à la pneumonie, pas plus que la pneumonie ne produirait la broncho-pneumonie (Hallé et Armand-Delille). Dans le premier cas, la pneumonie n'est qu'une broncho-pneumonie pseudo-lobaire. Dans le second cas, certains faits semblent infirmer cette manière de voir, et notamment le professeur d'Espine aurait trouvé à l'autopsie, à côté de blocs hépatisés de pneumonie fibrineuse, des noyaux de broncho-pneumonie. Ce sont là des faits exceptionnels et particuliers, semble-t-il, à l'enfance. Nous verrons comment on peut d'ailleurs les expliquer. En tout cas la non transformation est la règle et constitue un argument nouveau en faveur des conditions pathogéniques particulières selon lesquelles évolue la pneumonie chez l'enfant.

Dans la *symptomatologie*, nous ne ferons que signaler l'évolution générale de la maladie avec son cycle, sa courbe thermique régulière, ses phénomènes critiques, caractères par lesquels elle trouve sa place à côté des autres maladies générales infectieuses (fièvre typhoïde, fièvres éruptives, etc.). Ce sont là des caractères qui ne sont pas spéciaux à l'enfant.

Mais nous insisterons sur certaines particularités du tableau clinique et notamment sur deux qui nous paraissent très importantes : 1° l'absence ou la faible intensité des troubles pulmonaires par rapport aux phénomènes généraux; 2° la fréquence et la prédominance dans certains cas des troubles digestifs.

Nous avons eu l'occasion, dans le service de notre maître M. le professeur Baumel, d'observer quelques cas de pneumonie dont certains présentent à ce sujet des points intéressants. Sur neuf cas de pneumonie, nous trouvons cinq fois l'apparition tardive de tous signes pulmonaires; dans trois autres cas, il a existé dans les premiers jours un point de côté thoracique.

Observation I. — S... Henri, douze ans et demi, entré le 15 mai 1911. Malade depuis deux jours. Début brusque. Violent point de côté droit, toux, dyspnée intense (80 respirations à la minute), crachats légèrement rouillés. Un vomissement le jour de son entrée.

Signes physiques : obscurité dans tout le côté droit; souffle au sommet.

Examen du sang : 16000 globules blancs le troisième jour de la maladie; 20000 le cinquième jour; 20 000 le septième jour; 10000 le neuvième jour.

Crise le septième et le huitième jour. Quelques traces d'albumine disparues après la crise.

Enfant chétif, sujet aux bronchites. Un frère mort à quinze ans de méningite tuberculeuse.

Obs. II. — O... Jean, douze ans, entré le 1er avril 1911. Enfant de bonne santé habituelle. Malade depuis trois jours. Douleurs abdominales et point de côté gauche très marqué. Dyspnée, quelques crachats rouillés. Souffle au sommet gauche.

Défervescence au neuvième jour.

Examen du sang : 18000 globules blancs le quatrième jour; 22000 le sixième jour; 21000 le huitième jour; 8000 le dixième jour.

Obs. III. — B... Léopold, treize ans, entré le 16 mai 1911. Père mort d'épuisement (?); lui-même a présenté jusqu'à cinq ou six ans des crises nerveuses. Maladif, a fait plusieurs séjours dans le service pour bronchites, entérites.

Malade depuis quatre jours. Céphalée, douleurs abdominales, point de côté gauche. Toux et crachats (non rouillés, mais contenant des pneumocoques). Constipé jusqu'à ce jour. Au quatrième jour, diarrhée fétide, quelques vomissements.

Signes physiques : à gauche, obscurité dans toute l'éten-

due. Souffle apparu au cinquième jour dans l'aisselle.

Crise au neuvième jour. Le dixième jour, quelques crachats rouillés renfermant encore des pneumocoques. Douleur légère du côté droit. Le lendemain, la température remonte à 40°6; pouls à 130. Le malade est très abattu; par intervalles, délire tranquille. Point de côté droit très violent. Souffle au tiers moyen droit; sous-crépitants nombreux, quelques traces d'albumine dans les urines.

Les jours suivants, délire violent, soubresauts tendineux.

Mort au neuvième jour de la rechute (vingt-deuxième jour de maladie) par syncope.

Dans un quatrième cas, le point de côté a été excessivement léger; le souffle est apparu excessivement tard, au sixième jour seulement.

Obs. IV. — R... Emile, quatorze ans, entré le 4 avril 1912. Début brusque quatre jours avant. Céphalée, vomissements, diarrhée, point de côté à peine marqué.

Signes physiques : obscurité à la base gauche. Quelques râles crépitants fins. Le souffle apparaît seulement le sixième jour. Délire intermittent avec adynamie dans l'intervalle. Délire aigu et intense au moment de la crise qui a lieu le neuvième jour. Guérison très rapide.

Dans d'autres observations, nous constatons l'apparition du souffle assez tardivement aussi. Il apparaît le cinquième jour dans l'observation III ainsi que dans les deux suivantes :

Obs. V. — P... Eglantine, cinq ans. Enfant maladive ayant de l'entérite chronique. Entrée à l'hôpital le 25 novembre 1910. Malade depuis quatre jours; début brusque avec céphalée, agitation, fièvre, douleurs abdominales et constipation. Il n'existait qu'un peu d'obscurité à la base droite en arrière. Le cinquième jour seulement à ce niveau, souffle; plus tard sous-crépitants au même niveau.

Défervescence le septième et huitième jour.

Otite suppurée dix jours après la chute de la température.

Obs. VI. — A... Marius, six ans, entré le 3 mars 1911. Malade depuis trois jours; début brusque, céphalée. Douleurs abdominales. Vomissements. Matité légère; obscurité base droite.

Le cinquième jour, matité et souffle à la partie moyenne à droite. Urines, 0g25 d'albumine. Malade très abattu.

Examen du sang : 25000 globules blancs le cinquième jour; 23000 le septième jour; 23000 le neuvième jour; 9000 le onzième jour.

Défervescence au neuvième jour. Disparition de l'albumine dans les urines.

Le souffle est enfin apparu au quatrième jour dans deux observations (VIII et IX). Il est quelquefois précédé par les râles crépitants fins; mais le plus souvent on ne trouve au début qu'un peu d'obscurité respiratoire.

Dans cinq de nos observations la pneumonie était localisée au sommet (deux fois à droite, trois à gauche) où la constatation d'un souffle pneumonique est facile chez l'enfant. Deux fois le lobe moyen droit a été pris; la base a été notée deux fois (droite et gauche) dans nos observations.

Obs. VII. — P... Henri, deux ans, entré le 11 janvier 1911. Malade depuis sept jours; tousse, vomissements avec constipation. Très inquiet, très dyspnéique (respirations, 60 par minute). Souffle au tiers moyen à droite. Enfant hérédo-syphilitique, toujours souffreteux, a eu une rougeole puis une otite à un an. Pas d'accidents graves d'hérédo-syphilis.

Défervescence au dixième jour.

Obs. VIII. — Même malade, âgé de trois ans, revient le 15 mars 1912. Malade depuis trois jours. Diarrhée et douleurs abdominales. A été purgé. Le quatrième jour, le lendemain de l'entrée, souffle léger au sommet gauche. Rien dans les urines.

Défervescence au septième jour.

Obs. IX. — P... Marie, âgée de cinq ans, entrée le 16 mars 1912. Sœur du précédent. Hérédo-syphilitique n'ayant jamais présenté d'accidents. Malade depuis quatre jours, un jour avant son frère. Diarrhée et douleurs abdominales. Pas de dyspnée marquée. Souffle au sommet droit.

Défervescence le sixième et le septième jour. Le souffle s'entend très fortement à ce moment.

Ces trois observations sont intéressantes à rapprocher. D'abord les deux premières qui montrent à un an de distance une localisation différente du pneumocoque. Il est intéressant aussi de noter la façon différente dont l'enfant a réagi, faiblement la première fois, avec des phénomènes graves, lorsqu'il est débile de par son hérédité et ses maladies antérieures. La seconde fois, l'enfant plus fort se défend mieux; la défervescence se produit au septième jour au lieu du dixième. En comparant les deux secondes observations on serait tenté de parler de contagion, mais le début de la maladie est tellement voisin chez le frère et chez la sœur qu'il y a plutôt lieu de penser à une cause commune adjuvante ayant à la fois agi sur les deux enfants; nous n'avons malheureusement pu la mettre en relief.

En ce qui concerne les signes pulmonaires, il est intéressant de noter, à côté de leur apparition tardive, leur persistance fréquente après la défervescence. Celle-ci se fait très rapidement, vers le septième jour en moyenne dans nos observations. Elle se traduit par une chute plus ou moins brusque de la température, par la sédation subite des phénomènes généraux que nous indiquerons tout à l'heure. A ce moment-là, il n'est pas rare de constater encore l'existence du souffle pendant deux ou trois jours; nous l'avons suivi dans cinq cas. Presque toujours on constate à côté des crépitants de retour des sous-crépitants assez nombreux et persistants.

Ces caractères des signes pulmonaires, fonctionnels ou physiques, sont d'ailleurs signalés par les auteurs. Ils sont à rapprocher de l'intensité des troubles généraux. Nous avons noté quatre fois une céphalée intense (obs. III, IV, V, VI), deux fois du délire (obs. III et IV) et des phénomènes ataxo-adynamiques. L'élévation de la température est toujours très forte, le pouls rapide à 120, 140. Ces troubles ont, comme nous l'avons dit, cette particularité de ne pas être parallèles du tout avec les signes pulmonaires.

Les *troubles digestifs* sont assez fréquents et souvent ont une prédominance telle dans le tableau clinique qu'ils peuvent faire s'égarer le diagnostic au début.

Dans toutes nos observations nous avons eu à noter l'existence précoce de douleurs abdominales; elles peuvent être dues quelquefois, comme l'a montré notre maître M. le professeur Baumel, à de la congestion douloureuse du foie. Mais les douleurs ne sont pas les seuls troubles digestifs observés.

Nous relevons en outre cinq fois des vomissements, soit seuls (obs. I et VI), soit accompagnés de constipation (obs. VII) ou de diarrhée (obs. III et IV). Nous avons remarqué celle-ci dans quatre cas (obs. III, IV, VIII et IX). Il ne s'agissait pas de la diarrhée critique ou précritique. Dans trois cas nous l'avons notée tout à fait au début; dans l'autre, au quatrième jour, et la crise ne s'est produite qu'au neuvième. Dans un cas, enfin, nous avons observé une constipation opiniâtre.

L'existence et l'intensité de ces troubles digestifs ont été interprétés dans différents sens par les auteurs. En particulier pour Joltrain et pour Triboulet, « le syndrome intestinal contemporain du début ou de la période d'état (ce qui le distingue des diarrhées critiques), d'une pneumopathie, vient témoigner d'une diffusion évidente de la septicémie » (Triboulet). Pour eux encore, la plupart des pneumonies graves s'accompagnent de diarrhée plus ou moins intense. Or, on sait que c'est le propre des infections sanguines de déterminer des troubles intestinaux (Joltrain).

Conformément à l'opinion de ces auteurs, nous avons essayé de montrer, d'après quelques observations, que l'histoire clinique de la pneumonie chez l'enfant et l'existence très fréquente des troubles digestifs apportent des arguments nombreux en faveur de l'origine sanguine de la pneumonie.

D'ailleurs ces caractères cliniques sur lesquels nous avons insisté particulièrement sont connus de tout le monde. Les auteurs classiques, dans leurs descriptions de la pneumonie chez l'enfant, ont souligné cette discordance qui existe entre les phénomènes généraux et la constatation de la lésion pulmonaire, celle-ci devenant patente quand les premiers sont déjà disparus ou presque. Cadet de Gassicourt ne décrivait-il pas des pneumonies à signes stéthoscopiques tardifs ou sans signes stéthoscopiques. Le professeur d'Espine dans un article du *Paris-Médical* (3 février 1912) où il montre la fréquence, plus grande qu'on ne le croit, de la pneumonie chez l'enfant tout jeune indique ces formes frustes qui semblent se réduire aux phénomènes généraux.

Les pneumonies dites avortées, dont la défervescence est très précoce, le raccourcissement très fréquent du cycle thermique réduit à cinq ou sept jours, tout cela ne témoigne-t-il pas de la facilité avec laquelle l'enfant triomphe de l'infection pneumococcique? Quand on la compare avec la gravité de l'infection broncho-pulmonaire, n'est-on pas en droit de se demander avec Hallé et Armand-Delille, « s'il n'y a pas d'abord une affection sanguine et si la fluxion pulmonaire n'est pas un mode de défense de l'organisme sachant cantonner au poumon une infection menaçant d'envahir toute l'économie ».

(A suivre.)

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DES ARTHRITES AIGUES PAR LA MÉTHODE DE MURPHY

Murphy, le chirurgien américain universellement connu par les modifications qu'il a apportées au traitement des péritonites aiguës généralisées, a récemment publié (Edit., *Amer. Journ. of surg.*, août 1911, et Contribution à la chirurgie des os, articulations et tendons, *The Journ. of the amer. med. Assoc.*, vol. LVIII, 6, 13, 20, 27 avril, 4 et 11 mai 1912, nos 14, 15, 16, 17, 18 et 19) la technique qu'il suit depuis sept années dans le traitement des arthrites aiguës.

Cette technique est très différente de celle qui est classique de nos jours, et vient à l'encontre des idées généralement admises sur ce sujet.

Mais comme les résultats que l'auteur en obtient semblent d'après les observations qui accompagnent sa publication bien supérieurs à ceux que nous avons tous les jours sous les yeux, nous avons cru utile de la faire connaître.

Voici d'abord les données générales de la méthode; nous en verrons ensuite les applications particulières et les résultats.

Dans toute arthrite, que l'infection soit d'origine externe (traumatismes) ou interne (infections hématogènes), on aura à combattre les mêmes éléments :

1. L'infection;
2. L'épanchement articulaire;
3. La contracture musculaire;
4. L'ankylose consécutive.

Dans les infections traumatiques l'infection réside d'emblée dans la synoviale même, puis, après destruction de son endothélium, pénètre dans le très riche réseau lymphatique sous-synovial; dans les infections hématogènes c'est ce réseau qui est le siège primitif de l'infection, et c'est seulement tardivement que l'infection envahit le liquide épanché dans la synoviale et resté jusque-là stérile (exemple arthrites gonococciques). Il n'y a d'exception que pour les arthrites à streptocoques où le liquide articulaire devient rapidement septique.

Du foyer articulaire l'infection peut retentir sur l'organisme entier et le menacer de septicémies et pyohémies redoutables.

Murphy remédie à tout cela par l'injection dans la cavité articulaire d'un liquide antiseptique. La présence de ce liquide maintient aseptique l'épanchement intraarticulaire, provoque un appel leucocytaire abondant dans les lymphatiques sous-séreux de telle manière que ceux-ci, bourrés de polynucléaires, deviennent impropres à la progression de l'infection.

De plus, cette injection provoque dans l'organisme une polynucléose intense qui empêche la généralisation de l'infection.

Au début de l'emploi de sa méthode (de 1890 à 1900), Murphy injectait dans l'articulation un mélange de formol et d'iodoforme dans la glycérine. Il avait pensé utiliser le pouvoir leucocytaire intense de l'essence de térébenthine, mais elle s'est montrée trop irritante pour les tissus, et il n'a pu trouver de formule praticable. Finalement, depuis 1900, il emploie exclusivement une solution de formol à 2 p. 100 dans la glycérine, solution préparée vingt-quatre heures à l'avance qui n'amène qu'une réaction légère et dont l'injection répond à tous les desiderata.

En effet, après des injections successives, parfois après une seule injection, on voit le contenu de l'articulation devenir aseptique ou même rester antiseptique. Le contenu en polynucléaires passe en quarante-huit heures de 1 à 20 p. 100 avant l'injection, à 60 et 88 p. 100 après celle-ci. Des expériences montrent que le tissu sous-séreux est le siège d'une hyperleucocytose intense et que les lymphatiques sont bloqués, injectés de polynucléaires, devenus impropres à la pullulation microbienne ou à l'absorption toxique. Enfin, des examens de sang répétés montrent que cette hyperleucocytose est généralisée à tout l'organisme. Dans un tableau,

Murphy montre qu'en trente heures on voit le nombre des leucocytes passer de 7500 à 12500, de 8000 à 13000, etc.

Murphy ajoute qu'il augmente encore l'action de cette leucocytose généralisée par l'emploi de vaccins autogènes dans tous les cas d'infection aiguë et persistante; dans les infections à streptocoques où la poussée est généralement intense mais de peu de durée, il utilise les injections de sérum antistreptococcique abondantes et répétées.

Le deuxième facteur à combattre est l'épanchement intraarticulaire qui, par sa tension, cause la douleur, entraîne la gêne circulatoire, l'ischémie de la synoviale et peut augmenter les effets nécrosants, destructeurs des toxines microbiennes; c'est encore la tension de cet épanchement qui entretient les positions vicieuses en mettant les segments osseux dans la position de contenance maxima de l'articulation. La ponction évacuatrice remédie à tous ces inconvénients; elle constitue le premier temps de l'injection du liquide antiseptique; on la renouvellera toutes les fois qu'il sera nécessaire, c'est-à-dire toutes les fois que les phénomènes de tension se seront reproduits.

La contracture musculaire qui favorise les attitudes vicieuses, qui augmente la tension intraarticulaire, sera heureusement combattue par la ponction suivie d'extension continue du membre.

Pour prévenir l'ankylose, Murphy préconise deux moyens. Le premier est l'absence de tout drainage, de toute manipulation intraarticulaire. C'est le contact prolongé de l'air, c'est le séjour prolongé des drains ou encore le frottement avec des compresses au moment de l'intervention qui entraîne la chute de l'endothélium de la synoviale, la formation d'adhérences, de synéchies qui se traduisent par la suite par des rétractions capsulaires, la limitation des mouvements et en définitive une ankylose plus ou moins absolue. C'est la résultante habituelle (96 p. 100) des interventions d'arthrotomie pour arthrite aiguë par les méthodes actuelles de traitement. L'ankylose en bonne position semble le résultat le meilleur que l'on puisse obtenir. Murphy déclare ne pas se contenter d'un pareil idéal. Il réclame dans la grande majorité des cas la restitutio ad integrum.

Une autre cause d'ankylose est l'usure des extrémités osseuses par leur compression réciproque résultant de la contracture, des positions vicieuses. Au genou, par exemple, l'ankylose est rarement complète, mais siège dans l'articulation au niveau d'une zone en fer à cheval qui répond à la région qui a subi cette compression.

On y remédiera au moyen de l'extension continue pratiquée non seulement sur le membre inférieur, mais aussi sur le membre supérieur. Murphy utilise selon les cas 10 à 20 livres de poids (livre anglaise, 497 grammes). C'est donc une traction considérable que le chirurgien américain emploie communément et qui dépasse de beaucoup ce que nous utilisons journellement pour le traitement des fractures, des coxalgies douloureuses, etc. C'est qu'il s'agit ici non plus de combattre des contractures musculaires, mais encore d'obtenir l'écartement de deux surfaces osseuses articulaires.

Voici donc les grandes données de la méthode.

Voyons ses applications particulières selon les différents cas.

Les arthrites aiguës sont de deux ordres selon leur origine :

Arthrites traumatiques,
Arthrites inflammatoires.

Le traumatisme peut occasionner au niveau des articulations quatre ordres de lésions : des contusions, des plaies articulaires, des plaies avec fractures ou dislocations, des fractures sans plaie.

Les contusions se traduisant le plus souvent par un épanchement qui sera traité ou non par la ponction s'infectant exceptionnellement, elles sortent du cadre de la question.

Dans les plaies articulaires, au contraire, quelle que soit leur origine, l'infection est la règle. Une hémorragie abondante se produit d'ordinaire dans la synoviale, l'articulation devient tendue, douloureuse, s'immobilise par contracture et si on n'intervient pas rapidement on observe des signes d'infection et d'intoxication générale graves. Dans ces cas, Murphy pratique la ponction immédiate de l'articulation, l'évacuation du contenu de la synoviale; puis, par la même aiguille qui a servi à la ponction, on injecte 10 centimètres cubes de la solution de glycérine formolée, l'extension continue est pratiquée et l'articulation couverte de sacs de glace ou de compresses trempées dans de l'eau très chaude.

La ponction est pratiquée à nouveau dès que la tension intraarticulaire se reproduit, ou encore si la température ne s'abaisse pas rapidement, on injecte chaque fois une nouvelle quantité de glycérine formolée. Dès que la température est tombée on commence le massage, et des mouvements passifs de façon précoce et fréquente.

Murphy proclame qu'il a guéri ainsi tous les cas d'arthrite traumatique où il n'y avait pas de fracture, sans que le drainage ait été nécessaire ; la guérison s'est effectuée *avec tous les mouvements*, alors que si une arthrotomie avec drainage avait été effectuée, l'ankylose était inévitable. Il donne comme exemple un cas d'arthrite aiguë du genou, par introduction d'une aiguille, guéri en huit semaines avec un genou absolument normal.

Dans les cas de plaie articulaire avec fractures que l'ouverture cutanée se soit faite de dehors en dedans par l'agent du traumatisme ou de dedans en dehors par un des fragments de la fracture, il s'agit toujours de traumatismes étendus et graves, où l'existence du membre, voire celle du malade, sont en jeu, si la thérapeutique suivie est insuffisante.

Voici ce que conseille Murphy.

On doit immédiatement procéder à la désinfection du champ du traumatisme à la teinture d'iode sans employer de solution quelconque qui risque d'infecter l'articulation ou de détruire son endothélium de revêtement, sans nettoyage de la plaie elle-même. Ce nettoyage de la plaie et de l'ouverture articulaire se fait *exclusivement aux instruments*, et jamais avec le doigt, ou un tampon, compresse ou éponge de quelque nature que ce soit. L'articulation ne doit subir aucun contact traumatisant, aucune manipulation. La plaie, élargie au bistouri, sera nettoyée aux ciseaux et à la pince, tous les tissus souillés seront avivés. La surface d'os découverte sera enduite d'une couche aussi mince que possible de pâte de Mosetig Moorhof (pâte iodoformée), puis la fracture réduite avec soin. On refermera ensuite l'articulation de façon aussi hermétique que possible en suturant la capsule, au besoin en attirant au-devant une greffe de tissu graisseux ou musculaire du voisinage; la peau sera partiellement fermée et le tissu cellulaire seul drainé avec des mèches de tissu de guttapercha. Ensuite, immédiatement, du côté de l'articulation opposé à l'ouverture, on pratiquera une ponction et l'injection dans la cavité de 10 à 20 centimètres cubes de glycérine formolée. Le traitement sera ensuite conduit comme pour une arthrite fermée. Murphy cite une plaie du genou par balle de revolver avec fracture de la tubérosité du tibia, entrée avec 40 degrés et guérie en cinq semaines par cette méthode avec un résultat fonctionnel parfait; il met en parallèle un cas de plaie ouverte du genou traitée par le drainage et terminée par ankylose osseuse.

Mais ici la méthode ne réussit pas dans tous les cas. Parfois la suture articulaire n'est pas étanche et l'action du liquide injecté est beaucoup affaiblie. Dans d'autres cas la virulence de l'agent infectieux, en particulier dans les plaies de dehors en dedans, est considérable; malgré les ponctions, répétées toutes les douze heures, la température ne s'abaisse pas et l'infection persiste, on n'hésitera pas alors et on pratiquera le drainage. Le membre sera ensuite placé dans la meilleure position pour avoir une ankylose en bonne attitude. C'est ce que l'on peut espérer de mieux.

La dernière catégorie de lésions articulaires causées par les traumatismes sont les fractures intraarticulaires sans plaie, on est parfois obligé d'intervenir dans ces cas (fracture de la rotule, de l'olécrâne, etc.), et Murphy remarque que les dangers d'infection sont bien moins grands quand, au lieu d'intervenir immédiatement, on attend pour le faire entre le dixième et le quinzième jour. Il y a là une période d'immunité locale. Ce fait résulterait d'après Murphy (étude expérimentale) de la réaction inflammatoire consécutive au traumatisme et à l'épanchement sanguin, amenant une hyperleucocytose intense autour de la synoviale. Ce fait concorde avec le conseil donné par Lambotte au dernier congrès de chirurgie de ne jamais intervenir dans les fractures fermées, avant le huitième jour.

Nous arrivons maintenant à la conduite à tenir dans les arthrites inflammatoires. Il est nécessaire d'exposer d'abord quelques-unes des idées de Murphy sur l'étiologie et la pathogénie de ces arthrites.

Pour lui, en dehors des arthrites traumatiques, l'infection articulaire ne peut se faire primitivement qu'en deux points : les extrémités osseuses, le tissu cellulaire sous-séreux.

Dans tous les cas osseux ou non, l'infection se produit par des infarctus d'origine sanguine et bien avant que les microbes aient pénétré dans la cavité articulaire. Le liquide que contient alors la synoviale peut rester très longtemps aseptique. C'est ce qu'on observe dans les arthrites tuberculeuses, les ostéomyélites métastatiques, les infections périarticulaires d'origine pneumococcique des enfants, les arthrites gonococciques, etc. Seule, l'infection à streptocoque tend à envahir rapidement l'intérieur de la cavité.

Un autre point important est que, pour Murphy, chaque type d'arthrite infectieuse non traumatique est la manifestation métastatique d'une infection siégeant en un autre point du corps. Il n'y a pas plus d'arthrites idiopathiques, dit-il, qu'il n'y a de péritonites idiopathiques. Il faut « expurger » la pathologie du terme de rhumatisme et lui substituer celui d'arthrite métastatique. Le foyer primitif est parfois difficile à déceler, mais on y arrive presque toujours. Ce sont des arthrites « cryptogénétiques ».

Les principaux foyers primitifs d'où partent ces infections métastatiques sont les sinusites, infections nasales, rhino-pharyngées, la pyorrhée alvéolaire avec fistule, les infections des amygdales, de la vésicule biliaire, du gros intestin, en particulier de l'anse sigmoïde et enfin des organes génitaux.

Une autre raison qui fait que le rapport de cause à effet échappe souvent dans ces arthrites à distance, c'est la longueur du temps écoulé entre l'infection primitive et la manifestation secondaire sur l'articulation. C'est ainsi que Murphy a noté le nombre de jours intercalaires dans 100 cas et il cite les chiffres suivants :

Gonocoque, dix-huit à vingt-deux jours, grippe dix à quatorze jours, furoncle neuf à onze jours, infections variées des pieds et des mains (non streptococcique) dix jours, streptocoque quarante-huit à soixante-deux heures, scarlatine onze à seize jours, fièvre typhoïde quatrième à huitième semaine, pneumonie dixième à seizième jour.

Ces « arthritides aiguës hématogènes » se présentent sous deux types cliniques différents :

Premier type. — Arthrite monoarticulaire ou pauciarticulaire avec foyer primitif (infection cryptogénétique). Elles débutent le plus souvent par un frisson, et rapidement les phénomènes d'arthrite se développent. Elles se terminent d'habitude par ankylose, et le frisson, traduction de la grande virulence de l'agent microbien, indique que l'ankylose est inévitable si on n'intervient pas chirurgicalement.

Deuxième type. — Infection générale, type polyarticulaire. Il y a rarement de frisson au début, plusieurs articulations sont prises à la fois, la crise dure en général de six à huit semaines, et laisse les articulations en bon état apparent, par exception ankylose des grosses articulations, jamais des petites. Murphy ajoute que dans ce type, dans la grande majorité des cas, on peut découvrir un foyer primitif d'infection. Il donne comme exemple un cas qui rentre dans le cadre du rhumatisme tuberculeux tel que le décrit Poncet.

Ceci dit sur l'étiologie et la pathogénie, Murphy déclare que ces arthrites hématogènes sont avant tout chirurgicales par leur thérapeutique. Le traitement ne doit pas être passif, expectant, il serait alors toujours inefficace, il aboutira toujours aux ankyloses, aux déformations horribles qui résultent habituellement des lésions cataloguées sous le nom de rhumatisme. Pour lui, il faut intervenir *dès le début, dès le premier jour*, c'est là la seule chance que l'on puisse avoir d'obtenir un bon résultat fonctionnel.

Le traitement ne diffère pas de celui que nous avons indiqué pour les arthrites traumatiques. Il consistera encore en ponctions, injections de glycérine formolée, extension continue, emploi de vaccins autogènes, puis massage et mobilisation précoce. On ne verra pas par cette méthode tous les cas guérir sans ankylose ni déformation, mais on en guérira le plus grand nombre avec des résultats incomparablement supérieurs à ceux que donnerait la thérapeutique médicale, c'est-à-dire l'expectative.

Quelque révolutionnaires que puissent paraître au premier abord les idées de Murphy, elles le semblent beaucoup moins si on réfléchit à l'évolution dans le même sens qui s'est effectuée dans ces dernières années dans la thérapeutique des infections du péritoine. C'est un fait de plus dans le mouvement de réaction contre les larges incisions et les drainages multiples. C'est en vertu des mêmes principes que l'on a réduit au strict minimum le drainage dans les péritonites, le supprimant même totalement dans un certain nombre de cas d'appendicite aiguë, dans le plus grand nombre pour certains chirurgiens. (Voir à ce sujet Sonnenburg, Rotter, Réunion libre des chirurgiens de Berlin, 8 janvier 1912. — J. G. Andrew. *The Brit. med. Journ.*, 29 mai 1912.) De même les injections destinées à provoquer l'hyperleucocytose, à créer un milieu résistant à l'infection, à diminuer l'absorption toxique au niveau de la séreuse, ne sont qu'une application des tentatives faites au niveau du péritoine. (Glimm, Pfannenstiel, Hoehne, etc. Voir notre article : La résorption toxique au niveau du péritoine dans les péritonites, sa prophylaxie et son traitement par l'emploi de l'huile camphrée, *Gaz. des hôpit.*, 23 mai 1911, n° 59, p. 907.) En tout cas la méthode de Murphy a pour elle sa simplicité, ses beaux succès publiés par son promoteur. Nul doute qu'elle ne soit rapidement adoptée par beaucoup de chirurgiens. Nous serons alors entièrement fixés sur l'étendue des services qu'on est en droit d'attendre d'elle.

M. LANCE.

JURISPRUDENCE

L'AFFAIRE DES CEINTURES MAC LAUGHLIN

La 9e chambre de la Cour d'appel de Paris a rendu, le 7 juin 1912, l'arrêt, si attendu, qui devait condamner l'Institut Mac Laughlin tant pour escroquerie que pour exercice illégal de la médecine.

Il nous a paru intéressant de le publier. C'est un précédent précieux qui, dans une aussi grosse affaire, celle du docteur Macaura, ne manquera pas de faire jurisprudence.

« Sur le chef d'escroquerie :

Considérant que pour exploiter la crédulité publique, fut fondé à Paris en 1902, sous le nom d'Institut du docteur Mac Laughlin, un établissement commercial, ayant pour but unique la vente d'une ceinture dite « Electro-Vigueur » ; que Zoock, du 1er mai 1903 au 1er août 1907, prit la direction de cet établissement, chargé plus spécialement de la publicité ; qu'à Zoock, le 1er août 1907, succéda Cooley dans les fonctions de directeur général, qu'il exerça tout au moins jusqu'au 3 mars 1910, date du jugement dont est appel ; qu'à tous les deux fut adjoint Cooper, de 1903 à mars 1910 tout au moins, s'occupant plus spécialement de la direction commerciale et de la vente des ceintures ; qu'aucun de ces trois inculpés, pas plus d'ailleurs que le docteur Mac Laughlin, n'est muni du diplôme de docteur en médecine ; que tous trois dans une entente commune ont participé à tous les actes de la direction de l'établissement et organisé la mise en scène destinée à tromper les malades, et que les agissements à eux reprochés ont continué au moins jusqu'en mars 1910 ;

Considérant que tout d'abord une somme de 25 francs, prix de la ceinture la moins coûteuse, était obtenue du malade attiré par une publicité outrancière consistant en articles de presse, dessins, brochures, etc., dans lesquels les ceintures « Electro-Vigueur » étaient représentées comme guérissant infailliblement, même après échec de tous autres traitements, les maladies les plus diverses, et notamment les rhumatismes, l'impuissance, les affections du cœur, du foie, de l'estomac, des voies urinaires, la méningite, l'ataxie locomotrice, les rhumatismes syphilitiques, etc. ; qu'il était en outre énoncé que des médecins spécialistes adjoints à l'Institut Mac Laughlin examinaient les malades ou établissaient le diagnostic de l'affection sur le vu d'un questionnaire rempli préalablement par les clients de province, puis prescrivaient le type de ceinture convenant à la maladie reconnue ; que ces affirmations étaient corroborées par une correspondance médicale

adressée, à chaque client, toujours signée « Dr Mac Laughlin », rédigée non point par les médecins, ni même la plupart du temps sur leurs instructions, mais uniquement par les dactylographes qui, sur les indications de Cooper ou de la dame Wingrief, chargée de cette besogne, se bornaient à recopier les chapitres d'un recueil ou codex contenant de véritables consultations médicales, avec indication du traitement sur chaque affection, de telle sorte que chaque malade arrivait fatalement à cette conclusion que son cas avait été spécialement étudié par les médecins de l'établissement et que, pour obtenir la guérison, une ceinture plus puissante que le type n° 1 et d'un prix partant plus élevé était nécessaire; que, convaincu, le malade demandait cette ceinture, laquelle lui était envoyée contre remboursement ou contre remise de billets ou effets portant engagement par lui de payer la différence des prix;

Considérant que les docteurs de L... (Joseph), décédé, de L... (Henri), celui-ci à de rares intervalles et en remplacement du précédent, D..., de mai 1906 à septembre 1907, et F..., de fin mai 1908 jusque tout au moins à mars 1910, ont successivement assumé la direction du cabinet médical de l'Institut Mac Laughlin;

Considérant que si, à la vérité, les directeurs de l'établissement n'ont point à leur entrée en fonctions, notamment, précisé aux médecins qu'on attendait d'eux la constante prescription de la ceinture, ceux-ci, avertis par la réclame, savaient dès avant leur installation à l'Institut Mac Laughlin, que l'unique raison d'être de cet établissement consistait dans la vente de ceintures « Electro-Vigueur »; qu'ils n'ont pas pu ne pas prévoir le rôle qui leur était réservé; qu'en tout cas, ils n'ont point tardé à se rendre compte des agissements de leurs co-inculpés et du but par eux poursuivi; qu'ils ont connu la correspondance médicale instituée en dehors d'eux et que, sans avoir accepté aucune mission précise, ils ont consenti à jouer le rôle pour lequel ils avaient été tacitement appelés;

Considérant que si, envisagée isolément, la publicité mensongère et la mise en scène, quelque habile qu'elle soit, ne peuvent constituer la manœuvre frauduleuse, il en est autrement lorsqu'à ces agissements est jointe soit la présence effective, soit l'intervention, démontrée par la correspondance, du médecin qui, aux yeux du malade non prévenu, a conservé intacte toute son autorité; que l'adjonction du médecin dans ces conditions constitue l'intervention déterminante du tiers, telle que la demande la jurisprudence, et caractérise la manœuvre frauduleuse au sens de l'article 405 Code pénal;

Considérant qu'il est sans intérêt pour la Cour de rechercher si la ceinture Electro-Vigueur, appareil suranné et d'un type abandonné depuis longtemps, a ou non une valeur intrinsèque; que peu importe que dans certaines espèces des guérisons relevant soit de l'état nerveux spécial du malade, soit de l'origine purement nerveuse de l'affection, puissent ou paraissent avoir été obtenues; qu'il suffit à la Cour de constater que, dans l'état actuel de la science médicale, la ceinture Electro-Vigueur, traitement électrique, est sans action curative possible sur la plupart des maladies précisées par les directeurs de l'Institut;

Considérant, au surplus, que médecins et directeurs de l'Institut Mac Laughlin savaient si bien l'impuissance de la ceinture que, si c'était généralement le médecin qui ordonnait l'emploi de la ceinture, le choix du type et de la puissance, c'est-à-dire de ce qui eût dû constituer le degré d'intensité du traitement était au seul Cooper, lequel s'inspirait uniquement de la situation de fortune du client; qu'en promettant la guérison infaillible de toutes ces maladies sans distinction, Zoock, Cooley, Cooper se sont targués d'un pouvoir qu'ils savaient imaginaire et ont fait naître l'espérance d'un événement qu'ils savaient chimérique; qu'ainsi se trouvent réunis à leur encontre les éléments constitutifs du délit d'escroquerie;

Considérant d'autre part, que mieux encore que leurs co-inculpés les docteurs D... et F... connaissent l'inutilité curative dans la presque totalité des cas de la ceinture Electro-Vigueur, qu'ils ont néanmoins consenti à en prescrire régulièrement l'usage; qu'ils se sont ainsi rendus complices du délit ci-dessus spécifié en aidant ou assistant avec connaissance ses auteurs dans les faits qui l'ont préparé ou facilité ou dans ceux qui l'ont consommé;

Considérant, en conséquence, qu'il y a lieu d'infirmer sur les chefs d'escroquerie et de complicité d'escroquerie le jugement dont est appel;

Sur l'exercice illégal de la médecine (non retenu) :

Considérant que le délit d'escroquerie et celui d'exercice illégal de la médecine ne sont point exclusifs l'un de l'autre, mais qu'ils ne peuvent faire l'objet de deux incriminations distinctes que dans le cas où chacun d'eux repose sur des éléments qui lui sont propres;

Considérant que si le délit d'exercice illégal de la médecine est établi : 1° à l'encontre de Zoock, Cooley et Cooper par ce fait que, se substituant aux médecins, ils ont, par leur correspondance médicale spécifiée antérieurement, pris part, par une direction habituelle, au traitement des maladies; 2° à l'encontre des docteurs D... et F... par ce fait, que munis d'un diplôme régulier, ils ont, par leur présence, couvert leurs co-inculpés, leur apportant un concours de nature à donner à l'Institut Mac Laughlin l'apparence d'un établissement médical fonctionnant légalement, on ne saurait isoler ces divers éléments du délit d'escroquerie avec lequel ils ont un lien étroit en tant que servant à caractériser les manœuvres frauduleuses constitutives dudit délit; que dans de telles conditions, le délit d'exercice illégal de la médecine ne peut être retenu;

Sur la demande des parties civiles :

Considérant que les agissements frauduleux des prévenus ont attiré à l'Institut Mac Laughlin et détourné des médecins un nombre considérable de malades; qu'il en est résulté un dommage des plus importants pour les syndicats, parties civiles; qu'à côté de ce préjudice matériel, il en existe un autre moral que n'ont pas relevé les premiers juges, né de ce fait que, par leur incessante publicité, les directeurs de l'Institut Mac Laughlin ont jeté le discrédit sur la médecine normale en proclamant que l'effet des drogues est pernicieux et que leur usage longtemps prolongé dérange l'estomac et les autres organes d'une façon irréparable;

Considérant que, de ce qui précède, il résulte que les premiers juges ont fait une appréciation insuffisante du double préjudice causé et que la cour y puise les éléments nécessaires pour élever à 30000 francs le montant des dommages intérêts alloués;

Considérant que, outre les réparations ci-dessus spécifiées, les parties civiles demandent à titre de supplément de dommages-intérêts l'insertion de l'arrêt à intervenir dans 100 journaux de Paris et de province à leur choix et aux frais des condamnés; que pour remédier dans la mesure du possible aux effets de la campagne de presse et de la réclame excessives effectuées par les directeurs de l'Institut Mac Laughlin, il échet d'accueillir ces conclusions en limitant toutefois à 50 le nombre des insertions et à 100 francs le coût de chaque insertion. »

Ainsi donc, les agissements des gens de l'Institut constituent bien une escroquerie, c'est-à-dire l'emploi de manœuvres frauduleuses pour persuader l'existence d'un pouvoir imaginaire et pour faire naître l'espérance d'un événement chimérique, et pour se faire remettre ainsi des fonds.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 JUILLET 1912)

Toxicité des sels minéraux dans le liquide céphalo-rachidien. — M. Jean CAMUS a étudié comparativement la toxicité d'un assez grand nombre de sels minéraux injectés en solution dans le liquide céphalo-rachidien de lapins. Il semble ressortir de ces recherches que le facteur de la toxicité ne réside pas dans les matériaux constitutifs de la molécule envisagée isolément, mais dans la molécule elle-même; c'est le nombre de molécules injectées qui règle l'échelle des toxicités. Un sel apparaît d'autant plus toxique qu'il est plus rare, et cette constatation est conforme à celle que faisait

récemment M. Ch. Richet en étudiant les actions toxiques des sels minéraux sur le bacille lactique.

Evolution de la peste chez la marmotte pendant l'hibernation. — Il existe en Transbaïkalie et en Mongolie un ancien et important foyer pestilentiel toujours renaissant; les marmottes ou tarbagans qui vivent en grand nombre dans ces régions montagneuses transmettent à ceux qui les chassent une affection dénommée *maladie des tarbagans* qui n'est autre que la peste.

MM. Ed. Dujardin-Beaumetz et E. Mosny ont cherché à élucider le mécanisme de cette contagion. A des marmottes des Alpes, capturées en période hibernale, ils ont inoculé du virus pesteux; les animaux furent ensuite placés dans une armoire glacière, maintenue à une température de + 5 degrés à + 10 degrés, évitant toute élévation ou abaissement thermique pouvant provoquer le réveil des marmottes.

C'est au réveil printanier seulement que les animaux inoculés ont succombé. Il semble donc que le virus pesteux se conserve sans pulluler chez l'animal hibernant, ou ne se cultive que lentement à basse température dans un milieu organique inerte et sans défense. La marmotte éveillée se comporte au contraire à l'égard du virus pesteux comme un rongeur très sensible.

Sur la charge électrique des globules rouges du sang. — M. Pierre Girard.

Variation du pouvoir abiotique des rayons ultraviolets avec leur longueur d'onde. — Mme et M. Victor-Henri.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 30 juillet 1912)

Survie des ganglions spinaux des mammifères conservés « in vitro » hors de l'organisme. — M. Henneguy rappelle, à propos de la communication de MM. Marinesco et Minea, les travaux récents de MM. Legendre et Minot sur la conservation hors de l'organisme des cellules nerveuses, et sur la formation par celles-ci de nouveaux prolongements. Les expériences de MM. Marinesco et Minea par la méthode de Carrel viennent confirmer les résultats obtenus par MM. Legendre et Minot.

Des psychopathies génitales; chirurgie conservatrice et opératoire. — M. Picqué.

Un procédé nouveau de rééducation auditive. — M. Burguet expose ce procédé basé sur l'emploi d'un appareil électro-phonoïde dont il est l'inventeur.

Vaccination antityphique par le vaccin polyvalent. — M. Soulié (d'Alger) a pratiqué, à l'occasion d'une épidémie sérieuse de fièvre typhoïde, 109 vaccinations avec le vaccin polyvalent de Vincent. Les réactions postvaccinales ont été presque toujours modérées ou légères, et aucun des vaccinés n'a contracté la fièvre typhoïde.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE LA SÉROTHÉRAPIE ANTITÉTANIQUE PRÉVENTIVE

Marseille, 25 juillet 1912.

A Monsieur le directeur de la Gazette des hopitaux.

Mon cher confrère,

Comme vous le savez, ces jours derniers a été rouverte la discussion commencée en 1907 sur l'opportunité et les inconvénients de la sérothérapie antitétanique.

Voulez-vous me permettre de faire entendre ma modeste voix sur ce problème si intéressant, si utile et loin d'être résolu, il s'en faut.

En 1907 (Société de chirurgie de Paris) fidèle à mes habitudes d'alors, après une injection préventive, dans un écrasement des doigts, mon malade mourut du tétanos.

Post hoc ergo propter hoc?

Quoi qu'il en soit, je renonçais désormais à cette pratique et depuis lors sur plus de *2300 blessés* de la rue et autres passés à ma clinique de 1907 à ce jour, je n'ai eu qu'un seul cas, terminé par la guérison, cas, je me hâte de le dire, qui n'avait reçu aucune injection préventive.

Je persiste donc à croire, que jusqu'à nouvel ordre, malgré les résultats obtenus par certains de nous, nous devons observer la plus grande prudence quant à la sérothérapie antitétanique.

Tous les cas publiés depuis le mien justifient cette réserve. Pour ma part je n hésite pas à prohiber dans ma pratique journalière l'emploi de ce moyen, qui ne nous donne aucune certitude d'éviter le tétanos et qui a à son actif une liste déjà longue de cas malheureux.

Veuillez agréer, Monsieur le directeur et cher confrère, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Dr Lop,
Clinique chirurgicale
de la Joliette.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Biologica. — (N° 16, 15 avril 1912.) Poutrin : Pygmées et négrilles du centre africain. — C. Picado : Les mares aériennes de la forêt vierge américaine; les broméliacées.

Journal de médecine interne. — (N° 7, 10 mars 1912.) Terrien : Remarques sur les paralysies diphtériques. — (N° 8, 20 mars.) Crouzon : Dégénération lenticulaire progressive; maladie nerveuse familiale associée à une cirrhose du foie. — (N° 9, 30 mars.) Gaucher : Dermatoses diathésiques. Diathèses et métastases.

Journal des praticiens. — (N° 9, 2 mars 1912.) G. Mouriquand : Les injections intrarectales de sérum antidiphtérique. — Israël : Pneumonie à bacille de Friedlander et démonstration clinique de la loi de Max Schuller. — (N° 10, 9 mars.) Kirmisson : Persistance du diverticule de Meckel ouvert à l'ombilic. — Ch. Sabourin : Les vergetures dorso-lombaires chez les tuberculeux. — Salzes : Quelques cas de syphilis nerveuse chez les indigènes de l'Afrique du Nord. — (N° 11, 16 mars.) Vires : Traitement de la congestion passive du foie. — Fouchet : Hémophilies mortelles. Quatre observations personnelles. — (N° 12, 23 mars.) Calot : Un traitement pratique et sûr des fractures du col du fémur. — (N° 13, 23 mars.) Lafforgue : Syndromes méningés et pseudo-méningés dans la scarlatine. — Poncet : La sciatique et les maux perforants d'origine tuberculeuse. — Calot : Un traitement pratique et sûr des fractures du col du fémur (*fin*).

Journal médical de Bruxelles. — (N° 10, 7 mars 1912.) Ch. Fontaine : Contribution à l'étude de l'obstruction des voies biliaires. — (N° 12, 21 mars.) Coppez et Van Lint : Deux cas de tumeur de la région de l'hypophyse. — (N° 13, 28 mars.) Lambotte : Technique de la thoracectomie dans l'empyème chronique.

Journal médical français. — (N° 3, 15 mars 1912.) D'Œlsnitz : L'hypertrophie du thymus, son rôle en pathologie infantile. — G. Roussy : Les parathyroïdes, anatomie et physiologie normales et pathologiques. — Veau et Olivier : Chirurgie du thymus. — Castaigne : L'opothérapie thymique et parathyroïdique.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Imprimerie Levé, rue Cassette, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — L'ouverture du concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine (année 1912-1913) et la nomination aux places d'élève interne en médecine, vacantes le 15 février 1913, aura lieu le lundi 21 octobre 1912, à midi précis.

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du personnel médical, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à trois heures, depuis le lundi 2 septembre jusqu'au lundi 30 du même mois inclusivement.

Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve. Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'Administration et constatant leur inscription au concours. Un numéro d'ordre qui leur sera remis à l'entrée déterminera la place qu'ils devront occuper pour rédiger leur composition.

La lecture des compositions ainsi que l'épreuve orale auront lieu dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, nº 49.

Avis important. — Aux termes du règlement, les candidats à l'internat parvenus à l'expiration de leur sixième année d'externat ne peuvent être nommés internes provisoires et en exercer les fonctions; d'autre part, ceux qui vont terminer leurs deux premières années d'externat ne pourront figurer sur la liste des internes provisoires que s'ils ont obtenu l'autorisation de faire une année supplémentaire d'exercice comme externe; il en est de même des externes de troisième, quatrième et cinquième année.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décision ministérielle du 1er août 1912 les médecins aides-majors de deuxième classe, élèves sortis de l'école d'application du service de santé militaire dans l'ordre ci-dessous qui détermine leur rang d'ancienneté dans le grade de médecin aide-major de deuxième classe élève (art. 24 du décret du 29 octobre 1898) ont reçu les affectations suivantes (service).

Ces officiers du corps de santé devront avoir rejoint leur poste (ou le port d'embarquement) le 15 août, sauf MM. Sieur et Voizard, maintenus à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce jusqu'au 1er janvier 1913.

Rang du 31 décembre 1911 : MM. Sondag, hôpital militaire du Val-de-Grâce; Routaboul, 19e dragons; Goursolas, hôpital militaire du Val-de-Grâce (diagnostic chirurgical spécial); Rouquier, 9e hussards; Le Bourdellès, 50e d'art.; Bellon, Tunisie; Sieur, hôpital de Nancy; Aubriot, 5e hussards; Lafon, 7e hussards; Lèques, Tunisie; Vermalle, Algérie; Nivière, 69e d'inf.; Bertet, 30e d'inf.; Baufle, 36e d'art.; Vialatte, Algérie; Theveney, 1er hussards; Gauthier, 11e chass. à pied; Raux, 16e chass. à cheval; Liégeois, 98e d'inf.; Amsler, Algérie; Séchan, 95e d'inf.; Bonnefoy, 16e dragons; Didier, 94e d'inf.; Giacardy, Algérie; Modot, 67e d'inf.; Delrieu, 18e dragons; Sayer, 17e dragons; Voizard, hôpital de Nancy; Galou, 20e dragons; Brugeas, 54e d'inf.; Cleu, 149e d'inf.; Walter, 5e dragons; Diffre, 1er d'inf.; Wolff, 11e hussards; Lacassagne, 9e cuirassiers; Botte, hôpital de Belfort; Lafaix, 1er dragons; Héraud, 13e cuirassiers; Vuillaume, 4e chass. à pied; Maury, 29e chass. à cheval; Pauliac, 1er chass. à cheval; Trotabas, 3e hussards; Rigaud, 13e hussards; Greyfié de Bellecombe, 14e hussards; Fournier, 17e chass. à cheval; Houlez, hôpital de Toul; Détis, 8e dragons; Sarrelabout, 4e chass. à cheval; Rome, 2e hussards; Armand et Prost, hôpital de Belfort; Sarrat, 2e chass. à cheval; Hanin, 6e cuirassiers; Ehlinger, 152e d'inf.; Noël, 60e d'artillerie (devra être affecté à Neufchâteau); Fabre, 153e d'inf.; Roux, 73e d'inf.; Texier, 155e d'inf.; Lhuissier, 4e hussards; Aycard, hôpital de Toul; Bénazet La Carre, 46e d'art.; Renoux, 29e bat. de chass. à pied; Cuinet, hôpital de Toul; Adde, Plantier et Feuillet, hôpital de Verdun.

Rang du 8 janvier 1912 : MM. Aveline, 22e dragons; Colin, 12e dragons.

Rang du 11 janvier 1912 : M. Martin, 154e d'inf.

Rang du 15 janvier 1912 : M. Chagnaud, 91e d'inf.

A PROPOS DES EXPERTISES MÉDICALES. — La Fédération des Syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais, émue par le jugement de la 4e Chambre du Tribunal de la Seine, en date du 23 janvier 1912, a émis le vœu qu'à l'avenir les expertises pour accidents du travail ne soient plus réservées à quelques membres seulement de la corporation médicale; qu'il soit établi, par les soins des bureaux syndicaux, une liste des médecins experts comprenant tous les confrères syndiqués exerçant dans l'arrondissement et consentant à faire des expertises conformément à la loi; que cette liste soit communiquée au président du Tribunal civil et aux juges de paix, en priant respectueusement ces magistrats de bien vouloir tenir compte du vœu exprimé par la Fédération.

SUR LA BÉNIGNITÉ DE LA PNEUMONIE CHEZ L'ENFANT EN RAPPORT AVEC L'ORIGINE SANGUINE DE LA MALADIE (1)

Par F. MAILLET,
Chef de clinique des maladies des enfants
à l'Université de Montpellier.

II. LA BÉNIGNITÉ DE LA PNEUMONIE EST DUE A CE QU'ELLE EST UNE MALADIE INFECTIEUSE GÉNÉRALE. — Nous allons essayer de montrer à présent que la bénignité de la pneumonie est en rapport avec les conceptions pathogéniques que nous venons d'énoncer.

D'abord la maladie est-elle bénigne toujours? Nous avons eu à enregistrer un décès sur neuf cas que nous avons observés. Ce décès s'est produit au cours d'une pneumonie double consécutive. Ces formes ne sont pas rares chez l'enfant; on a décrit aussi chez lui des pneumonies migratrices, le nouveau foyer apparaissant dans un lobe différent du même poumon ou dans l'autre poumon. On a décrit des formes latentes, des formes prolongées et à rechutes. Ces formes cliniques sont par elles-mêmes plus graves, soit que l'organisme réagisse d'une façon insuffisante, ou qu'il soit épuisé par la première atteinte et ne puisse résister à une réinfection, l'immunité vis-à-vis du pneumocoque étant très faible. Nous avons eu chez le même sujet, à un an d'intervalle, l'apparition de deux pneumonies (obs. VII et VIII).

La bénignité de la pneumonie est donc en rapport avec l'état général du sujet. Nous verrons plus loin l'importance de l'intégrité des principaux appareils (cœur, foie, rein). Leurs lésions peuvent donc influer sur la gravité de la maladie.

Les complications si fréquentes chez l'enfant (otites, méningites, etc.) viennent aussi faire varier le pronostic. Nous n'avons pas voulu invoquer comme un argument de plus en faveur de la septicémie pneumococcique cette fréquence; on peut objecter en effet que les complications sont secondaires à la localisation pulmonaire.

Si les complications viennent aussi assombrir le pronostic, il n'en est pas moins vrai qu'en dehors d'elles la pneumonie franche est bénigne chez l'enfant. Cette bénignité n'est diminuée que dans les cas où il semble y avoir un défaut dans les moyens de défense de l'organisme.

Ce sont eux que nous allons donc étudier dans la pneumonie en la comparant chemin faisant avec la broncho-pneumonie.

* * *

Ces moyens de défense peuvent être divisés en deux groupes. Les uns sont spéciaux à l'appareil respiratoire; les autres sont des phénomènes d'ordre général, localisés ou non au niveau de cet appareil.

Le premier groupe comprend toute une série de défenses échelonnées le long des voies respiratoires et ayant pour but par conséquent de les protéger contre les agents morbides qui tendent à y pénétrer. Au niveau des bronches, ce sont les éléments de la muqueuse et du tissu sous-muqueux : cellules à cils vibratiles, cellules à mucus, épithélium de revêtement, appareil glandulaire. Ce sont les terminaisons nerveuses dont l'excitation donne lieu aux réflexes défensifs de la toux et de l'expectoration. Ce sont les vaisseaux sanguins et lymphatiques, les éléments conjonctifs et élastiques du tissu sous-muqueux, les éléments musculaires (fibres de Reisessen), les anneaux fibro-cartilagineux. Chacune de ces formations intervient de façon plus ou moins directe dans la défense des voies respiratoires.

L'étude de cette défense montre son infériorité notable chez l'enfant. Les cellules à cils vibratiles, les cellules à mucus, les glandes y sont moins développées que chez l'adulte dans la plus grande partie de l'arbre bronchique; l'épithélium de revêtement est moins résistant et se rapproche plus vite du type endothélial. Les terminaisons nerveuses moins riches expliquent la moindre sensibilité et l'imperfection des réflexes cités plus haut. Les éléments conjonctifs, élastiques, musculaires, fibro-cartilagineux n'ont pas la richesse, la force, qu'ils auront aussi plus tard. En outre le calibre des voies respiratoires est normalement faible; il est diminué considérablement par l'infiltration et le gonflement fréquents du tissu sous-muqueux. Il en résulte une facilité plus grande d'infection des voies respiratoires, une tendance à la propagation (descendante) de cette infection et à sa chronicité.

L'étiologie, la symptomatologie et l'anatomie pathologique nous montrent que ces défenses spéciales des voies respiratoires n'ont pas à intervenir dans la pneumonie où l'on constate presque toujours l'intégrité de l'arbre bronchique. Au contraire, dans les bronchites et surtout dans les broncho-pneumonies, les bronches apparaissent encombrées de mucosités, de débris épithéliaux de la muqueuse, produits de la lutte avec les agents morbides. La difficulté éprouvée par l'enfant à débarrasser ses voies respiratoires obstruées, par suite de l'insuffisance des moyens de protection dont il dispose, a pour conséquences la production de l'asphyxie, la diffusion des microbes et l'exaltation de leur virulence. Ainsi s'expliquent la marche envahissante, la formation incessante de nouveaux foyers, la tendance à l'asphyxie, le surmenage du cœur par gêne circulatoire, l'épuisement de l'organisme tout entier et la gravité en un mot des infections broncho-pulmonaires.

Les processus de défense au niveau de l'alvéole pulmonaire sont de nature diverse. Pour certains auteurs, les cellules propres des alvéoles auraient elles-mêmes des propriétés spéciales vis-à-vis des agents microbiens; elles posséderaient un certain pouvoir bactéricide dû à leur acidité. Snel, entre autres, aurait constaté la dégénérescence des bactéries ayant pénétré jusque dans l'intérieur de l'alvéole, avant l'arrivée de toute cellule migratrice.

Mais les éléments de défense les plus connus et qui ne sont pas les moins importants, au niveau de l'alvéole pulmonaire, sont d'ordre général. La con-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 89, p. 1271.

gestion et la vaso-dilatation, l'exsudation séro-fibrineuse, la diapédèse et la leucocytose locale, telles sont les principales étapes observées comme dans tout processus de défense contre un agent étranger à l'organisme, animé ou inanimé. Ces divers phénomènes sont très accentués dans la pneumonie, mais ils sont localisés à l'alvéole et aux vaisseaux voisins, comme le montre l'anatomie pathologique.

Enfin dans le poumon lui-même les lésions restent cantonnées à un lobe ou à une partie d'un lobe. Le reste du poumon peut suffire pendant ce temps à l'hématose. Il n'existe pas de gêne à la pénétration de l'air dans les bronches et la dyspnée que l'on observe est une dyspnée par réflexe, par immobilisation du poumon malade (signe de Weill chez l'enfant) plutôt qu'une dyspnée par encombrement.

La vaso-dilatation intense est suivie d'exsudation séro-fibrineuse et de diapédèse leucocytaire. L'épanchement de fibrine que l'on trouve dans l'intérieur des alvéoles a sur l'infection pneumococcique un rôle de défense indéniable déjà signalé depuis longtemps par Gilbert et Fournier, le réticulum fibrineux apportant une gêne notable au développement biologique du pneumocoque.

Le rôle des phagocytes est ainsi facilité de beaucoup. Ceux-ci sont très nombreux dans les vaisseaux capillaires congestionnés et dans les alvéoles. Les ganglions voisins et les lymphatiques en sont également remplis. Les vaisseaux lymphatiques, très larges, très dilatés, beaucoup plus que chez l'adulte, recevront ces phagocytes ayant accompli leur œuvre, ainsi que les déchets de la lutte, corps cellulaires, débris de fibrine, etc. L'expectoration n'a plus besoin d'intervenir pour débarrasser l'alvéole ; l'élimination se fait par le système lymphatique en grande partie ; pour certains auteurs, un peu aussi par la circulation sanguine.

Nous voyons par cette première série de faits que la localisation au niveau de l'alvéole et les moyens de défense qui existent dans celui-ci expliquent la facile et rapide élimination des pneumocoques ou de leurs produits toxiques par la voie lymphatique, l'absence de danger d'asphyxie par encombrement des bronches, la non propagation de l'infection.

Cette dernière règle souffre, il est vrai, de nombreuses exceptions chez l'enfant; elle n'en est pas moins une règle. Si l'on peut assister chez ce dernier à des pneumonies à rechutes, à des pneumonies serpigineuses, à des pneumonies prolongées, quelles en sont les causes sinon dans une défaillance des moyens de défense que l'on connaît ?

D'abord les rechutes, les pneumonies serpigineuses peuvent tout aussi bien se produire par l'intermédiaire de la voie sanguine ou lymphatique que les complications extra-pulmonaires comme l'otite, la méningite, etc. Ensuite, si la localisation aux alvéoles et l'élimination autrement que par voie bronchique sont la règle, il se peut toutefois que certains produits de la lutte encore virulents soient quelquefois entraînés dans les bronches pour y déterminer des lésions. Ainsi s'expliqueraient les bronchites ou même les noyaux de broncho-pneumonie trouvés par certains auteurs. Quant aux pneumonies prolongées, elles peuvent reconnaître la même origine ou encore, comme le veut Bourgeois, n'être dues qu'à une réaction insuffisante de l'organisme. Celui-ci intervient tout entier en effet, comme nous allons le voir, et son affaiblissement antérieur peut faciliter la marche anormale d'une pneumonie.

Quoi qu'il en soit, ces faits ne sont que des exceptions et, même à ce titre, n'opposent pas un démenti à la conception des processus de défense tels que nous les avons exposés. Ces processus localisés au niveau de l'alvéole sont sous la dépendance de phénomènes généraux.

L'exsudation séro-fibrineuse intra-alvéolaire est en rapport avec une hyperfibrinose généralisée du sang, caractère particulier à la pneumonie.

La leucocytose locale est également liée à une leucocytose généralisée. Cette leucocytose généralisée est à peu près constante chez l'enfant, ainsi que l'ont observée les auteurs et serait même chez lui relativement plus intense (Head). Cette leucocytose est surtout une polynucléose : von Limbeck et Rieder disent qu'elle apparaît avec la même brusquerie que la fièvre. Elle atteint son maximum à la période d'état et au moment de la crise. Certains auteurs, comme Franchetti, ont noté qu'elle était activée par la digitale. Les quelques examens de sang que nous avons pu pratiquer nous ont montré l'apparition relativement précoce de la leucocytose. Tous les petits pneumoniques du service prenant de la digitale, nous n'avons pas pu avoir personnellement de comparaisons. Malgré l'emploi de la digitale continué après la chute de la température, la diminution de la leucocytose se produit après la crise.

Avec l'hyperfibrinose et l'hyperleucocytose vient se placer l'étude des défenses humorales et en particulier des propriétés bactéricides du sérum dans la pneumonie.

D'une façon générale chez l'enfant, la culture du pneumocoque est abondante et riche dans le sérum sanguin, comme chez tous les sujets plus sensibles ; mais par contre, dans ces milieux si favorables, le pneumocoque meurt plus rapidement (Bezançon et Griffon). Ces faits expérimentaux semblent concorder pleinement avec la clinique.

Le sérum de l'enfant comme celui de l'adulte possède vis-à-vis du pneumocoque des propriétés spéciales dont la plus connue est le pouvoir agglutinant. Franchetti a montré que ce pouvoir agglutinant était en rapport inverse avec la polynucléose, et que les agglutinines sont donc mises en liberté par la destruction des polynucléaires.

Les autres propriétés, en particulier le pouvoir antitoxique, acquises par le sérum des malades sont bien moins connues et d'ailleurs très discutées. Pour Tchistovitch, la production de la crise serait attribuable à la phagocytose et aux stimulines du sérum, non à ses propriétés antitoxiques. Pour Goussef, la quantité d'alexine augmenterait dans le sérum des pneumoniques dont la maladie évolue normalement et aurait son maximum au moment de la crise.

On voit le rôle que jouent les processus de défense générale de l'organisme dans la pneumonie, leucocytose et propriétés humorales.

Ces processus sont eux-mêmes liés à la réaction de certains organes comme les ganglions lymphatiques, la rate, la moelle osseuse. Ces divers organes présentent au cours de la pneumonie des phénomènes d'activité intense.

En dehors de la lutte antimicrobienne proprement dite, certains autres organes, en particulier le foie, le tube digestif et le rein, jouent aussi un rôle important dans l'élimination des produits de la lutte contre le pneumocoque. Leur congestion est signalée comme à peu près constante à l'autopsie avec quelques lésions légères et curables. L'albuminurie que l'on peut observer, parfois même assez notable (25 centigrammes dans une de nos observations), est passagère et représente le surmenage du rein.

Ce serait à l'intégrité chez l'enfant de ces appareils d'élimination (foie et rein) et à celle du cœur que serait due, pour Larozière, la bénignité de la pneumonie fibrineuse.

Quant au rôle de certains autres organes comme le corps thyroïde, le thymus, les surrénales, il est encore bien peu connu dans la pneumonie, mais leurs réactions dans la plupart des maladies infectieuses portent à croire qu'ils ne restent pas inactifs au cours de celle-là.

Tout l'organisme concourt en réalité dans cette lutte qui semblerait localisée au niveau de l'alvéole pulmonaire. Nous avons démontré que les défenses spéciales et locales intervenaient peu ou pas du tout; au contraire, les défenses d'ordre général sont celles qui ont le plus grand rôle. Ces dernières présentent chez l'enfant des caractères un peu particuliers.

Les réactions générales sont intenses, mais rapides et passagères, conditions adaptées remarquablement à la lutte dans la pneumonie, maladie cyclique et souvent abrégée chez l'enfant. La fièvre élevée, les phénomènes nerveux traduisent cette intensité de la réaction et sa diffusion dans toute l'économie. Les réflexes vaso-moteurs qui aboutissent à la congestion, à la vaso-dilatation, à la leucocytose locale sont très vifs; l'exsudation séro-fibrineuse ainsi favorisée l'est encore par la plus grande quantité de fibrine que contiendrait normalement le sang (3g60 en moyenne au lieu de 2g50 chez l'adulte); le sang lui-même est plus riche en leucocytes. Les propriétés antimicrobiennes des humeurs, vis-à-vis du pneumocoque, semblent d'abord favoriser sa pullulation mais s'opposer à une prolongation de l'infection.

Pour répondre à ces phénomènes de réaction, l'enfant possède un organisme neuf, un système circulatoire sanguin et lymphatique, souple, perméable, un cœur indemne généralement de toute fatigue antérieure, des organes hématopoïétiques en pleine activité, des appareils d'élimination exempts le plus souvent de toute tare.

Au contraire, dans les broncho-pneumonies, on assiste surtout à la mise en jeu des défenses locales dont l'infériorité est notable chez l'enfant. Les autres défenses interviennent mais de plus loin. La marche de l'infection, plus lente, à rechutes, épuise plus facilement l'économie. La gêne de l'hématose et de la circulation pulmonaire retentit sur le cœur. Enfin, le plus souvent, les défenses générales, les appareils d'élimination sont déjà en état de moindre résistance du fait de maladies antérieures aiguës ou chroniques (fièvres éruptives, gastro-entérites, athrepsie, micropolyadénopathies, etc.).

Cette comparaison dans l'étude des processus de défense nous démontre les raisons de la bénignité de la pneumonie chez l'enfant dont l'organisme semble merveilleusement adapté aux conditions de la lutte dans cette maladie; en même temps et pour des raisons inverses, elle nous explique la gravité des broncho-pneumonies.

Cette étude nous amène enfin, au point de vue pratique, à quelques conclusions utiles concernant la thérapeutique. Elle nous apprend que, malgré la bénignité habituelle de la pneumonie, le médecin ne doit pas se borner à laisser agir la *natura medicatrix*, et à attendre l'évolution naturelle de la maladie en se complaisant dans une expectative plus ou moins sceptique.

En dehors des indications tirées des éléments étiologiques, pathogéniques, symptomatiques, anatomiques pour lesquelles il aura employé les armes dont il dispose, ici plus que jamais s'imposent les indications fonctionnelles, les indications tirées du malade et de l'état des forces. C'est à la recherche de ces indications par l'observation attentive des diverses manifestations de défense que le clinicien devra alors apporter le plus grand soin. Tantôt il devra modérer une réaction trop intense, tantôt il devra au contraire stimuler, soutenir les résistances défaillantes. Il surveillera les appareils d'élimination, l'intestin, le rein; il examinera l'état du cœur, de la circulation, du système nerveux.

Ainsi, comme on le voit, l'étude de ces processus de défense sera une source d'indications thérapeutiques les plus diverses et les plus variées, par lesquelles on pourra favoriser l'évolution naturelle de la maladie et lui conserver ses caractères habituels de bénignité.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD et LŒPER. Rapports des réactions leucocytaires locale et générale dans les processus morbides, *Soc. de biol.*, 2 mars 1901.

BAUMEL. *Précis des maladies des enfants* et *Leçons sur les maladies de l'appareil digestif et de ses annexes.* — BEZANÇON. *La rate dans les maladies infectieuses*, Th. de Paris, 1895. — BEZANÇON et GRIFFON. Recherches sur le mode de développement et la vitalité du pneumocoque dans les divers sérums, *C. r. Soc. de biol.*, 19 fév. 1898. — BOURGEOIS. *Des pneumonies prolongées*, Th. de Paris, 1905.

CHARRIN. *Les défenses naturelles de l'organisme*, 1898. — CLAISSE. Les bronchites, in *Traité* Brouardel et Gilbert.

D'ESPINE. *Paris méd.*, 3 fév. 1912. — DUFLOCQ et LE DAMANY. Le pneumocoque dans le sang des pneumoniques, *Soc. méd. des hôpit.*, 1897. — DUFLOCQ et LEJONNE. *Soc. méd. des hôpit.*, 1898.

FRANCHETTI. Recherches sur l'agglutination du pneumocoque et la leucocytose dans la pneumonie infantile, *La Clin. med. Ital.*, fév. 1911, et *Progrès méd.*, 21 oct. 1911.

GAMALEÏA. Recherches sur l'étiologie de la pneumonie, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1888. — GILBERT et FOURNIER. La défense de l'organisme par la fibrine, *Semaine méd.*, 18 juin 1899. — GILLET. Particularités et formes de la pneumonie fibrineuse chez l'enfant, *Gaz. des hôpit.*, 1903. — GOUSSEF. *Contribution au dosage des alexines*, Th. de Kasan, 1902. —

GRENET. *Le foie pneumonique*, Th. de Paris, 1899. — GRIFFON. *L'agglutination du pneumocoque*, Th. de Paris, 1900.
HALLÉ et ARMAND-DELILLE. Pneumonie et broncho-pneumonies, in *La Pratique des maladies des enfants*. — HUTINEL et VITRY. Pneumonie, in Hutinel, *Les Maladies des enfants*.
JOLTRAIN. *L'Origine sanguine des pneumonies et broncho-pneumonies*, Th. de Paris, 1911, et La pneumonie expérimentale, *Tribune méd.*, janv. 1911.
LABBÉ. *Etude du ganglion lymphatique dans les infections aiguës*, Th. de Paris, 1898. — LANDOUZY et GRIFFON. Pneumonie, in *Traité* Gilbert et Thoinot. — LEMIERRE. *L'Ensemencement du sang pendant la vie*, Th. de Paris, 1904. — LEMIERRE, ABRAMI et JOLTRAIN. Origine sanguine de la pneumonie franche aiguë, *Gaz. des hôpit.*, 29 sept. 1908. — LESAGE. *Les Maladies du nourrisson*, 1911.
MARFAN. *La Pratique des maladies des enfants*, Introduction. — MASBRENIER. *Moyens de laboratoire dans le diagnostic de la fièvre typhoïde chez l'enfant*, Th. de Paris, 1901.
ROGER. *Les maladies infectieuses*, t. II. — RIEDER. *Münch. med. Woch.*, 1892, n° 29.
TCHISTOVITCH. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1904. — TRIBOULET. *Revue intern. de méd. et chir.*, 1911, p. 369.
VIRES. Leçon d'ouverture du cours de thérapeutique, *Montpellier méd.*, 1912.
WEILL. *Lyon méd.*, 1901. — WIDAL, GADAUD et LEMIERRE. *Soc. méd. des hôpit.*, 1903.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 26 JUILLET 1912)

Méningite cérébro-spinale à méningocoques. Sérothérapie. Mort par anaphylaxie. — MM. LESNÉ et BESSET rapportent l'observation d'un homme de dix-sept ans, entré à l'hôpital le 16 mai avec un syndrome méningé des plus nets. Le malade refuse la ponction lombaire et on injecte sous la peau 40 centimètres cubes de sérum antiméningococcique. Il eut quelques accidents sériques sans gravité et rappela, à ce propos, qu'il reçut des injections de sérum six ans auparavant. Le 20 juin, les symptômes ne s'amendent pas et la ponction lombaire, enfin librement consentie, ayant montré un liquide purulent rempli de méningocoques, on pratiqua une injection intra-rachidienne de sérum. Quelques minutes après, le malade fut pris d'une céphalée intolérable avec vomissements incessants, contractures, angoisse, troubles circulatoires, diarrhée sanglante, convulsions et pouls incomptable. Le coma et la mort s'ensuivirent. Les auteurs pensent qu'il s'agit, dans ce cas, de phénomènes d'anaphylaxie.

Insuffisance surrénale aiguë avec syndrome péritonéal. — MM. SIREDEY, LEMAIRE et ISRAËL DE JONG présentent l'observation d'une jeune fille de vingt-trois ans qui a eu dans son enfance de l'ostéomyélite et quelques ganglions du cou.

A son entrée à l'hôpital, elle est dans un état de prostration très accentué et ne peut donner que des renseignements très vagues.

On lui trouve deux symptômes : des vomissements incoercibles, une sensibilité extrême de l'abdomen avec une douleur vive au niveau du bord gauche de la colonne vertébrale, au-dessus des vertèbres lombaires. Il y a, en outre, une scoliose très avancée. Le pouls bat à 170.

La mort survient trente-six heures après. A l'autopsie, on ne trouve aucun signe de tuberculose pulmonaire, mais de la dégénérescence du foie et des capsules surrénales transformées en un magma caséeux.

Méningite cérébro-spinale due au bacille de Friedlander. — MM. SIREDEY, LEMAIRE et ISRAËL DE JONG présentent une malade atteinte d'une méningite méningococcique. Le liquide céphalo-rachidien clair renfermait des pneumobacilles de Friedlander.

Ce cas est intéressant à signaler, car il y a peu d'observations de ce genre dans la bibliographie thérapeutique.

On ne fit pas de sérum Dopter, mais une injection rachidienne de collargol qui n'eut aucun effet. La malade mourut.

A l'autopsie, on trouve cependant toute la substance nerveuse envahie par le collargol, jusques et y compris le cervelet.

Essai de peroxydo-diagnostic. — MM. MARFAN, P.-J. MÉNARD et SAINT-GIRONS. Les études antérieures de M. Marfan sur la peroxydase du colostrum du lait l'ayant amené à considérer ce ferment comme dérivé des leucocytes polynucléaires, les auteurs ont pensé qu'il serait possible de tirer de là des applications pour le diagnostic de la nature des divers liquides pathologiques.

Ils recherchent la peroxydase par la méthode de Bourquelot, qui consiste à mélanger à parties égales le liquide à examiner et l'eau gaïacolée à 1 p. 100 et à ajouter au mélange quelques gouttes d'eau oxygénée. Si la réaction est négative, on n'observe aucune modification de couleur; positive, elle se caractérise par l'apparition d'une coloration variant du jaune orangé (réaction faible) au rouge brique (réaction forte). Lorsqu'il ne s'agit pas d'un liquide hémorragique, une réaction positive permet d'admettre que le liquide examiné renferme de la peroxydase. Les auteurs rapportent les résultats des recherches qu'ils ont faites avec cette technique. Elles ont porté sur les liquides céphalo-rachidiens normaux et pathologiques, et accessoirement sur des humeurs d'origine et de nature diverses, liquides pleuraux, urines, exsudats pleuraux, pus divers. Ils n'ont jamais observé de réaction positive avec des liquides renfermant exclusivement ou presque exclusivement des lymphocytes et des mononucléaires, alors qu'elle le fut constamment avec des liquides à polynucléaires.

Ils concluent donc que la présence de peroxydase dans une humeur (liquide céphalo-rachien, épanchements, urines, pus) doit la faire considérer comme contenant des polynucléaires en nombre appréciable. Dès lors, une réaction de peroxydase positive a la même valeur que la constatation de polynucléaires au microscope, de sorte que cette recherche peut être un auxiliaire du cytodiagnostic; elle peut même, en certains cas, la suppléer.

Les auteurs signalent l'intérêt pratique que peut présenter cette réaction simple et rapide dans certains cas, qui, comme les méningites, sont passibles d'un traitement sérothérapique immédiat.

Syndrome clinique et cytologique de méningite au cours d'une hémorragie cérébrale. — MM. H. RENDU et Ch. FLANDIN ont observé un malade de cinquante-deux ans, présentant les signes d'une méningite subaiguë : amaigrissement, constipation, signe de Kernig, troubles mentaux, etc. Survient une hémiplégie gauche. La ponction lombaire donne un liquide hypertendu, clair, normal quant à sa teneur en albumine et en sucre, mais contenant une quantité de polynucléaires à l'exclusion presque d'autres leucocytes. Ce liquide, ensemencé et inoculé, est aseptique. Quelques jours plus tard, une deuxième ponction lombaire donne un liquide sanglant d'hémorragie cérébrale contenant des globules rouges de dimension et de forme variables et des hématies nucléées.

A l'autopsie, on trouve à droite, à l'union des lobes temporal et occipital, un foyer ancien d'hémorragie sous-corticale, dont relèvent les troubles diffus et d'apparence méningitique. De ce foyer part une bande de tissu cérébral récemment ramolli qui va jusqu'au ventricule : l'hémiplégie s'est produite quand ont été lésées les voies motrices; le sang a paru dans le liquide céphalo-rachidien quand a été atteint le ventricule.

Les auteurs insistent sur la valeur séméiologique du sucre et surtout de l'albumine dans le liquide céphalo-rachidien pathologique. L'augmentation notable de l'albumine est nécessaire pour qu'on puisse, en présence d'une réaction leucocytaire, affirmer la méningite.

Maladie d'Addison à forme récidivante et galopante; nigritie buccale totale; pigmentation cutanée sous forme de macules disséminées. — M. G. CAUSSADE et Mlle D. BLANCHIER rapportent un cas de maladie d'Addison, au cours duquel la bouche est devenue uniformément noire (lèvres, joues, voûte palatine, langue). Sur le fond noir, il y avait des points nucolores; cette pigmentation est apparue rapidement.

La pigmentation cutanée est survenue ensuite progressivement et très rapidement; au lieu d'être diffuse, elle était caractérisée par de petites taches noires séparées, circonscrites, peu nombreuses, se détachant sur la peau restée blanche.

L'affection observée a duré trois mois seulement; elle a été fébrile (38-39 degrés). L'asthénie a été progressive, la diarrhée et les vomissements n'ont apparu que les derniers jours.

L'évolution semble avoir été intermittente. Il y avait eu deux autres poussées six et quatre ans avant celle observée par les auteurs.

Comme cette dernière, elles auraient été précédées d'une angine avec adénopathie cervicale volumineuse, puis serait apparue une pigmentation buccale suivie elle-même d'une série de macules noires disséminées.

Tous ces symptômes rétrocédèrent les deux premières fois.

Les ganglions cervicaux et les capsules surrénales furent trouvés tuberculeux à l'autopsie.

Les poumons étaient sains.

Les auteurs rapportent une deuxième observation de maladie d'Addison avec nigritie buccale marquée et des macules noires cutanées identiques au cas précédent, mais siégeant à côté d'une mélanodermie classique.

Anémie par hémolysinémie et fragilité globulaire. Evolution. Polyglobulie par fragilité globulaire. — MM. Rénon et Ch. Richet fils ont observé un cas d'anémie grave par hémolysinémie et fragilité globulaire chez une femme qui travaillait dans une atmosphère chargée de vapeurs d'essence de térébenthine.

Sous l'influence de la sérothérapie hématopoïétique, l'affection évolua vers la guérison; mais plusieurs mois après, le malade présenta de la polyglobulie et une légère cyanose. La polyglobulie persista légère; cependant la résistance globulaire fut toujours diminuée. Depuis cinq mois, cet état persiste sans aggravation ni amélioration. La malade n'a jamais été ictérique. Dans ce syndrome polyglobubie et hyporésistance, la fragilité hématique est le symptôme initial, la polyglobulie en est la conséquence. L'organisme fabrique plus de globules rouges parce qu'il en détruit davantage; cette polyglobulie de défense est donc bien une polyglobulie par fragilité globulaire. Ce syndrome mérite d'entrer dans le cadre des phénomènes d'ordre hémolytique. On peut le comparer, dans une certaine mesure, aux anémies, aux ictères hémolytiques ou hémolysiniques et à certaines hémoglobinuries.

Ictère infectieux bénin, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, avec augmentation de la résistance globulaire. — M. L. Lagane. Au début de la convalescence d'une fièvre typhoïde, un homme de trente et un ans a présenté un ictère infectieux bénin, type catarrhal, mais sans décoloration des fèces, avec augmentation forte de la résistance globulaire; le début de l'hémolyse ne se faisait qu'à 0,36. Il y avait eu, pendant la période d'état, hyperazoturie avec augmentation notable du volume du foie. Le séro-diagnostic était positif à 1/400e. L'existence de ce syndrome rattachable à une hépatite infectieuse aiguë et son évolution bénigne constituent un fait assez rare dans la fièvre typhoïde.

Une petite épidémie de paratyphoïde à l'hôpital Boucicaut. — MM. André Bergeron et G. Heuger constatent qu'il y a eu pendant le mois de juin et juillet, à l'hôpital Boucicaut 12 cas de paratyphoïde due au bacille B de Dugalsky-Conradi. Au point de vue clinique, dans la plupart des cas, le début a été brusque, la constipation marquée. La rate était volumineuse; les taches rosées ont manqué. Bien que la durée moyenne de la fièvre n'ait point excédé quinze à vingt jours, l'existence de complications parfois sérieuses (hémorragie intestinale, thyroïdite, hématurie, phlébite) ne permet pas de considérer l'infection comme réellement bénigne. Les douze malades ont agglutiné le paratyphique B au moins au centième, ils n'agglutinaient pas le paratyphique A et l'Eberth ou ne l'agglutinaient qu'à peine au dixième. Certains indices font penser aux auteurs que cette petite épidémie a dû s'étendre, tout au moins, à la totalité de la circonscription hospitalière de Boucicaut et rayonner au dehors.

M. Siredey a vu depuis deux mois un certain nombre de cas analogues.

Syndrome méningé avec ictère. — MM. Bricout et Clarac rapportent l'observation d'un cas de syndrome méningé avec ictère observé dans le service du docteur Vaquez. L'évolution fut favorable malgré la gravité tout à fait spéciale des symptômes méningés et de l'ictère.

Pouvoir digestif comparé de la muqueuse gastrique du chien, à jeun et après repas de viande grossièrement divisée, ou pulpée. — MM. Lucien Jacquet et F. Debat. Après avoir étudié l'évolution de la digestion gastrique, en fonction de division alimentaire, nous avons cherché par deux séries d'expériences portant chacune sur trois chiens de même race, quel est, évalué d'après la méthode de Mett, le pouvoir digestif de la muqueuse elle-même.

Or, il présente un maximum très net à jeun, c'est-à-dire à l'état de repos fonctionnel, décroît après ingestion de viande grossièrement divisée, et présente son minimum après ingestion de viande finement pulpée.

Ces recherches sont confirmatives et complémentaires de celles qui nous montrent, en cette dernière condition, les cellules principales des glandes fundiques du chien, en état d'excrétion forcée.

Un cancer de la valvule iléo-cæcale. — MM. P. Carnot et J. Dumont communiquent l'observation et les pièces d'un cancer de la valvule iléo-cæcale d'un type particulier. Il s'agissait d'une femme âgée présentant depuis quelques mois des crises d'obstruction intestinale alternant avec des débâcles diarrhéiques. L'abdomen ballonné dans sa zone médiane, aplati sur ses flancs, la non distension du cæcum et des côlons indiquaient que la sténose siégeait sur l'intestin grêle. Ce rétrécissement intestinal entraîna un syndrome de Kœnig des plus nets. L'anse contracturée siégeait au-dessous et à droite de l'ombilic et paraissait se terminer dans la fosse iliaque droite, au niveau du cæcum où l'on ne sentait aucune tumeur.

L'autopsie montra l'existence d'un squirrhe siégeant sur la portion iléale de la valvule iléo-cæcale englobant l'appendice, l'uretère et l'ovaire droits. De nombreux métastases s'observaient sur les ovaires, le pylore, le rectum et tout le long de l'attache mésentérique de l'intestin grêle rappelant le cancer en jante.

Cette observation, jointe à d'autres, permet d'individualiser deux types de cancer de la valvule de Bauhin. Un type cæco-valvulaire qui envahit rapidement le cæcum et un type iléo-valvulaire où le cancer prend naissance sur l'intestin grêle, respecte le cæcum et détermine souvent l'invagination de la valvule.

L'amino-acidurie, signe d'insuffisance hépatique. — MM. Marcel Labbé et Henry Bith ont recherché l'amino-acidurie chez de nombreux malades atteints d'affection du foie. Ils ont constaté que toutes les fois que la cellule hépatique est dégénérée l'amino-acidurie est très augmentée; c'est ce que l'on observe dans les cirrhoses graisseuses tuberculeuses et dans l'ictère grave. Dans le cancer du foie et dans les cirrhoses alcooliques, l'élimination des acides aminés, normale au début augmente peu à peu et devient abondante vers la fin de la maladie. Dans les ictères catarrhaux simples ce signe manque, à moins que l'angiocolite ne soit intense. Enfin dans la lithiase biliaire pas de troubles de l'élimination aminée.

L'amino-acidurie coïncide en général avec les autres signes de l'insuffisance hépatique mais peut quelquefois exister seule.

L'amino-acidurie exagérée est donc liée le plus souvent à un trouble organique ou fonctionnel du foie, sa recherche est la méthode de choix pour reconnaître l'insuffisance fonctionnelle hépatique vis-à-vis du métabolisme des albuminoïdes.

— M. Rathery présente deux malades atteints de lipomatose symétrique avec éosinophilie sanguine.

La prochaine séance de la Société médicale des hôpitaux aura lieu le 11 octobre.

DOCUMENTS OFFICIELS

DÉCRET MODIFIANT LE DÉCRET DU 29 NOVEMBRE 1911 PORTANT RÉORGANISATION DES ÉTUDES EN VUE DU DOCTORAT EN MÉDECINE.

Le président de la République française,

Sur le rapport du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,

Vu le décret du 29 novembre 1911, portant réorganisation des études en vue du doctorat en médecine;

Vu la loi du 27 février 1880;

Le conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — Les articles des titres V et VI du décret du 29 novembre 1911 portant réorganisation des études en vue du doctorat en médecine sont modifiés ainsi qu'il suit :

TITRE V

DES EXAMENS

Art. 18. — Les examens qui déterminent la collation du grade de docteur en médecine sont de deux sortes :

1° Les examens de fin d'année;

2° Les examens de cliniques.

Examens de fin d'année. — *Art. 19.* — Les examens de fin d'année portent sur toutes les matières enseignées dans l'année. Chacun d'eux comprend des épreuves pratiques et des épreuves orales.

Art. 20. — Les examens de fin d'année sont répartis ainsi qu'il suit :

PREMIÈRE ANNÉE. — *Epreuves pratiques.* — Anatomie. — Histologie. — Physiologie.

Epreuves orales. — Anatomie. — Histologie. — Physiologie. — Eléments de pathologie générale.

DEUXIÈME ANNÉE. — *Epreuves pratiques.* — Anatomie. — Histologie. — Physiologie. — Physique médicale. — Chimie médicale.

Epreuves orales. — Anatomie. — Histologie et éléments d'embryologie. — Physiologie. — Physique médicale. — Chimie médicale.

TROISIÈME ANNÉE. — *Epreuves pratiques.* — Médecine opératoire et anatomie topographique. — Obstétrique. — Bactériologie. — Parasitologie.

Epreuves orales. — Anatomie topographique. — Pathologie interne. — Pathologie externe. — Obstétrique. — Pathologie expérimentale. — Bactériologie. — Parasitologie.

QUATRIÈME ANNÉE. — *Epreuves pratiques.* — Anatomie pathologique. — Matière médicale. — Pharmacologie.

Epreuves orales. — Pathologie interne. — Pathologie externe. — Pathologie générale. — Anatomie pathologique. — Matière médicale. — Pharmacologie.

CINQUIÈME ANNÉE. — *Epreuves pratiques.* — Hygiène. — Médecine légale. — Stomatologie.

Epreuves orales. — Thérapeutique. — Hygiène. — Médecine légale et éléments de législation et de déontologie. — Stomatologie.

Art. 21. — Pourront être admis par la commission scolaire de chaque faculté ou école à subir les épreuves pratiques des examens de fin d'année, les élèves qui justifieront devant la commission avoir suivi des travaux pratiques dans les autres établissements dépendant de l'université ou dans un établissement agréé par la faculté ou l'école.

Art. 22. — Les examens de cliniques ont lieu après validation de tous les stages obligatoires.

Ils comprennent :

1° Un examen de clinique chirurgicale et de thérapeutique chirurgicale avec revision générale de la pathologie externe;

2° Un examen de clinique obstétricale et de thérapeutique obstétricale avec revision générale de l'obstétrique;

3° Un examen de clinique médicale et de thérapeutique médicale avec revision générale de la pathologie interne.

Ces examens sont subis dans l'ordre choisi par le candidat.

TITRE VI

DISPOSITIONS SPÉCIALES AUX DIFFÉRENTS EXAMENS. — EXAMENS DE FIN D'ANNÉE. — EXAMENS DE CLINIQUES. — JURYS. — SESSIONS. — NOTATION. — THÈSE.

Art. 23. — La composition des jurys d'examens est fixée par le doyen ou le directeur en tenant compte des compétences spéciales.

Art. 24. — Peuvent faire partie des jurys d'examens :

Les professeurs titulaires, les professeurs adjoints, les agrégés en exercice, les agrégés libres, les chargés de cours et dans les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie les suppléants en exercice et les anciens suppléants pourvus du grade de docteur en médecine.

Les chefs de travaux ou assimilés pourvus soit du grade de docteur en médecine, soit du grade de docteur ès sciences, soit du titre de pharmacien de première classe, sont chargés de l'organisation des épreuves pratiques des examens. Ils proposent au jury, avec leurs observations, les notes à attribuer à ces épreuves.

Peuvent faire partie des jurys des examens de cliniques les chargés de cours de clinique annexe désignés dans les conditions prévues au décret du 26 janvier 1909.

Art. 25. — Chaque examen de fin d'année est subi devant un jury de trois à cinq membres suivant le nombre des matières enseignées.

Dans les jurys de quatre membres, en cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Art. 26. — Le jury de chacun des examens de clinique médicale et de clinique chirurgicale est composé de trois juges appartenant à l'enseignement de la médecine ou de la chirurgie, dont un représentant des cliniques spéciales.

Le jury d'examen de clinique obstétricale est composé de trois juges appartenant à l'enseignement de l'obstétrique. Le professeur de gynécologie peut faire partie du jury.

Art. 27. — Les questions posées aux examens de fin d'année sont prises dans les programmes des enseignements correspondants.

Ces questions sont tirées au sort.

Pour chaque matière le candidat tire un bulletin de l'urne; ce bulletin contient trois questions différentes; le candidat est interrogé sur une, sur deux ou sur les trois questions au choix du jury.

L'examen est public; il est subi pour chaque matière devant le jury complet. La note afférente à chaque épreuve pratique et à chaque épreuve orale est attribuée après délibération du jury complet.

L'admission et l'ajournement, pour chaque matière, sont prononcés après délibération du jury complet.

Art. 28. — Pour la clinique chirurgicale, chaque série d'examens comprend au maximum : trois candidats;

Pour la clinique médicale : quatre candidats;

Pour la clinique obstétricale : six candidats.

Art. 29. — Pour les examens de clinique médicale et de clinique chirurgicale, l'épreuve consiste dans l'examen de deux ou de trois malades, dont un d'une des spécialités énumérées dans le décret du 29 novembre 1911.

Les candidats aux épreuves de clinique médicale et de clinique chirurgicale disposent de quinze minutes au maximum pour l'examen de chaque malade. Pour l'épreuve de clinique obstétricale, le temps attribué à l'examen de la malade est de vingt minutes au maximum.

L'examen de chaque malade de chirurgie et de médecine a lieu sous la surveillance d'un membre du jury dans son service.

Chaque candidat de chirurgie et de médecine fait ensuite, dans le laboratoire attenant au service, les investigations que le juge estimera opportunes.

Il consigne par écrit le résultat de ses observations.

Les juges siégeant ensemble dans le service de l'un d'eux, entendent la lecture des observations, interrogent successive-

ment les candidats au sujet des malades examinés et s'assurent, en outre, qu'ils possèdent les connaissances nécessaires à la pratique médicale.

Chaque examen clinique donne lieu à une note unique.

Le candidat ne doit pas connaître à l'avance les salles où il aura à subir l'épreuve clinique.

Art. 30. — Les examens de fin d'année ont lieu en deux sessions : l'une en juillet, l'autre en octobre, sauf l'examen pratique d'anatomie qui se passe à la fin du premier semestre et en octobre.

Les dates en sont fixées par le doyen ou le directeur.

Sauf pour les examens de cliniques, aucun examen individuel ne peut avoir lieu en dehors des deux sessions réglementaires.

Art. 31. — Tout étudiant doit, à moins d'une autorisation du doyen ou du directeur, qui n'est accordée que pour motif grave, subir l'examen correspondant à son année d'études à la session de juillet. Sont seuls admis à se présenter à la session d'octobre les candidats ajournés à la session de juillet ou autorisés à ne pas s'y présenter.

Art. 32. — Aux examens de fin d'année, chaque épreuve soit pratique, soit orale, est l'objet d'une note spéciale.

De l'insuffisance de la note résulte un échec partiel à la session de juillet.

A la session d'octobre, l'examen ne porte dans ce dernier cas, que sur les matières pour lesquelles le candidat a échoué. Si tous les échecs partiels ne sont pas réparés en octobre, l'étudiant recommence entièrement l'année pour subir à nouveau et en entier l'examen de fin d'année.

Art. 33. — Le jugement du jury d'examen s'exprime par les notes suivantes :

Très bien; — Bien; — Assez bien; — Passable; — Mal.

La note « mal » est éliminatoire.

Tout candidat ajourné à un des examens de cliniques ne pourra se représenter à cet examen qu'après avoir accompli un nouveau stage d'une durée de quatre mois.

Les notes sont attribuées après délibération du jury complet.

Art. 34. — La thèse ne peut être soutenue qu'après réception aux examens de cliniques et dans les conditions fixées par les articles 20 et 21 du décret du 30 juillet 1883.

Art. 35. — Pour chaque thèse de doctorat, le jury est composé de trois juges.

Art. 36. — Les examens de cliniques et la thèse doivent être subis devant la même faculté.

Art. 37. — Les étudiants inscrits dans les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie subissent devant ces écoles les examens correspondant à la première, à la deuxième à la troisième et à la quatrième année d'études.

Les étudiants inscrits dans les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie subissent devant ces écoles les examens correspondant à la première et à la deuxième année, d'études.

Art. 38. — Dans les écoles de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, les juris d'examen sont présidés par un professeur de faculté délégué par le ministre.

Après les épreuves, le président du jury adresse au ministre un rapport sur le résultat des examens.

. . . .

ART. 2. — Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts et le ministre des finances, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois* et publié au *Journal officiel*.

Fait à Paris, le 29 juillet 1912.

A. FALLIÈRES.

Par le Président de la République :

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts,
GUIST'HAU.

Le ministre des finances,
L.-L. KLOTZ.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin général de thérapeutique. — (8 avril 1912.) G. BARDET : Etude comparée des stations de France et d'Allemagne (*suite*). — (15 avril.) G. BARDET : Etude comparée des stations de France et d'Allemagne (*fin*). — TERRIEN : Tuberculose et son traitement. — (23 avril.) TERRIEN : Tuberculose oculaire et son traitement. — (30 avril.) René GAULTIER : Etudes nouvelles sur le gui considéré comme médicament hypotenseur.

Bulletin médical. — (N° 27, 3 avril 1912.) M. ROCH : Le signe de d'Espine dans le diagnostic du cancer de l'œsophage. — (N° 28, 6 avril.) Léon BÉRARD : Tuberculose et accidents du travail (*fin*). — (N° 29, 10 avril.) MIRAMOND DE LAROQUETTE : Thermothérapie des rhumatismes chroniques. — P. E. LANEL : L'enseignement de la physiothérapie aux médecins et aux auxiliaires non médecins. — (N° 30, 13 avril.) P. DELBET : Ectopie testiculaire. — (N° 31, 17 avril.) G. KÜSS : La déclaration de la tuberculose, son objet, sa limitation. — (N° 32, 20 avril.) A. ZUBER et ARMAND DELILLE : Résultats éloignés de la cure maritime au sanatorium d'Hendaye chez les enfants atteints de tuberculose ganglio-pulmonaire. — G.-H. LEMOINE : Traitement social des tuberculeux de l'armée. — M. PATET : Traitement de la tuberculose génitale de la femme. — (N° 33, 24 avril.) A. CADE : Le mouvement médical lyonnais pendant le premier trimestre de 1912. — E. LANEL : L'obésité. — (N° 34, 27 avril.) CHAUFFARD : Rétrécissement mitral et syphilis héréditaire. — LEROUX : Dix années de service de contagieux à l'hôpital Saint-Joseph (rougeole, scarlatine, diphtérie). — NOËL : La vérité sur les causes de la morbidité et de la mortalité militaires au Maroc.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 mars 1912.) LAPEYRE et CATHOIRE : Yaourth et fièvre typhoïde. — (25 mars.) TRÉGUIER : Sténoses et pseudo-sténoses pyloriques.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (Mars 1912.) A. CHÉRON : A propos d'une récente affaire sur la responsabilité civile du chirurgien.

Riforma medica. — (N° 15, 13 avril 1912.) Prof. Maurizio ASCOLI : Dysenterie par entamæba tétragène chez un soldat revenant de Tobruk. — A. SALERNI : A propos d'une tumeur hypophysaire chez une aliénée acromégalique. — F. BINDI : La pneumatose kystoïde de l'intestin. — (N° 16, 20 avril.) Raffaele LETTIERI : La production de connexions vasculaires d'ovaire à ovaire. — A. DELLA PIANE : Un cas de maladie bleue par persistance probable du canal artériel de Botal.

NOTES POUR L'INTERNAT

ANATOMIE MACROSCOPIQUE DES VOIES BILIAIRES EXTRAHÉPATIQUES (1)

c. *Portion rétropancréatique* ou sous-duodénale. — Dans ce segment long de 25 à 30 millimètres le cholédoque est reçu dans une gouttière de la tête du pancréas, gouttière qui devient un véritable canal à sa terminaison. Le cholédoque est situé à ce niveau dans l'aire d'une région quadrilatère décrite par Quénu et limitée : en haut par la première por-

(1) Fin. — *Voir Gaz. des hôpit.*, 1912, nos 81, 84 et 87.

tion duodénale, en dehors par la deuxième portion, en bas par la troisième portion, en dedans par la veine mésentérique supérieure. Le cholédoque, dans ce quadrilatère, suit à peu près une ligne joignant le tiers interne du bord supérieur au milieu du bord externe. En avant le canal répond à la tête du pancréas dont la face postérieure présente une gouttière, alors que la face antérieure est très vasculaire (arcades pancréatico-duodénales antérieures). En arrière, le cholédoque repose sur la veine cave inférieure qui reçoit à ce niveau les veines rénales. Mais il n'y a pas contact entre le cholédoque et la veine cave. En effet le cholédoque est compris à l'intérieur de cette loge pancréatique limitée en avant par le fascia prépancréatique, en arrière par la lame de Treiz. C'est cette dernière, reste de la coalescence du méso-duodénum primitif et du péritoine pariétal, qui s'interpose et permet le décollement et la bascule du duodénum et de la tête du pancréas. On peut alors intervenir sur le cholédoque, sans craindre la présence de la veine cave, danger de la cholédocotomie par voie lombaire. En dedans le canal est séparé par une faible distance de la terminaison de la veine mésentérique supérieure. Les ganglions lymphatiques, toujours latéraux postérieurs droits, sont, avec le canal, en avant de la lame de Treiz. Nous avons déjà parlé de l'hélice formée par l'artère pancréatico-duodénale postéro-supérieure.

d. *Portion intrapariétale ou inférieure.* — D'une longueur de 15 millimètres cette portion terminale est comprise dans l'épaisseur de la paroi duodénale. Le cholédoque pénètre dans la portion descendante du duodénum, à l'union de ses faces postérieure et interne, au niveau de sa portion moyenne. Il perfore successivement les tuniques musculeuse et celluleuse, en suivant un trajet oblique. Il est longé en bas et à gauche par le canal de Wirsung. Puis il fait relief sous la muqueuse, allant déboucher au fond de l'ampoule de Vater, beaucoup plus rarement au sommet du tubercule qui renferme cette ampoule.

7° Tubercule et ampoule de Vater. — Le tubercule de Vater, ou grande caroncule de Santorini répond au milieu de la hauteur de la deuxième portion du duodénum. Il est situé à l'intérieur de cette portion, à la jonction de ses faces postérieure et gauche, à 12 centimètres environ du pylore. C'est une papille mobile, d'un centimètre de long sur un demi-centimètre environ de large, presque verticale et percée d'un orifice à son sommet. Grâce à un système de replis avoisinants, la grande caroncule ressemble à un clitoris; il y a un pli vertical ou frein, né de son bord inférieur, et un pli transversal, supérieur, véritable capuchon du tubercule.

Au-dessus de la grande caroncule se trouve la petite caroncule, lieu de terminaison du canal de Santorini.

Les canaux cholédoque et de Wirsung peuvent simplement traverser cette caroncule ; dans ce cas, ou bien les deux canaux, accolés en canons de fusil, aboutissent au sommet de la papille, creusée en cupule; ou bien les canaux se réunissent, le canal pancréatique se jetant le plus souvent dans le cholédoque, et il n'y a qu'un conduit qui débouche au sommet de la caroncule. C'est là le type de caroncule sans ampoule. Mais souvent la caroncule est creusée d'une cavité olivaire, dite ampoule, longue de 6 à 7 millimètres, inclinée de haut en bas. D'un blanc nacré, avec quelques replis valvulaires sur sa face inférieure, cette ampoule voit s'ouvrir au niveau du fond les deux canaux séparés par un éperon. Rappelons à ce propos qu'au moment où le cholédoque débouche dans l'ampoule, il y a un épaisisssement annulaire des fibres musculaires, constituant le sphincter d'Oddi.

Tels sont les rapports des voies biliaires extrahépatiques.

CONFIGURATION INTÉRIEURE. — Nous serons très brefs sur ce chapitre (pour les détails voir *Traité d'anatomie* de Poirier, t. IV, 3e fasc., page 791). La surface du canal hépato-cholédoque est lisse, d'aspect criblé (lacunes de Hyrtl) avec quelques crêtes muqueuses au niveau de la dernière portion du cholédoque. La vésicule biliaire présente une surface chagrinée, avec des plis muqueux temporaires, s'effaçant par dilatation, et des plis permanents anastomosés en un réticulum à mailles polygonales. Enfin il existe des valvules : valvule initiale ou proximale, séparant le col du corps; valvule distale, marquant l'origine du cystique; valvules intermédiaires, au nombre d'une ou deux. La valvule initiale et la première intermédiaire limitent le bassinet de la vésicule (Broca).

Quant au cystique, sa muqueuse est lisse, parsemée de vacuoles (cryptes glandulaires). De plus on trouve cinq à douze valvules, limitant de petites ampoules. Ces valvules sont des crêtes transversales ou obliques à bord libre concave. Elles représentent les restes de la valvule spirale de Heister, crête muqueuse spirale, existant chez l'embryon, et répondant à un sillon extérieur qui commence au col de la vésicule. Rappelons enfin la présence de l'éperon qui sépare le cystique et le cholédoque au niveau de leur convergence, éperon bien décrit par Puech.

VAISSEAUX ET NERFS. — Nous avons déjà étudié plusieurs artères au cours de cette étude. C'est ainsi que nous avons vu le canal hépatique irrigué par des rameaux soit de la branche droite de l'artère hépatique soit de la cystique. De même le cholédoque était entouré de fins vaisseaux nés de l'artère gastro-duodénale ou de l'artère pancréatico-duodénale, vaisseaux qui s'anastomosent avec des rameaux de l'hépatique. La vésicule biliaire reçoit des artères directement des branches terminales de l'hépatique. Quant à la cystique, dont nous connaissons le trajet, elle se divise au niveau du col de la vésicule en deux branches, l'une droite, l'autre gauche qui s'anastomosent sur le fond de la vésicule. Le rameau droit est également supérieur, le gauche est inférieur.

Les veines des canaux biliaires sont tributaires de la veine porte tandis que les veines de la vésicule se jettent, les unes superficielles dans la branche droite de la veine porte, les autres, profondes, dans la fossette cystique, pénétrant dans le tissu hépatique : système de veines portes accessoires.

Quant aux lymphatiques, les supérieurs aboutissent aux ganglions du hile, les moyens et les inférieurs à la chaîne cholédocienne et aux ganglions rétropancréatiques. Nous les avons étudiés aux rapports.

Les nerfs se détachent des plexus qui entourent la veine porte et l'artère hépatique. Formés de fibres de Remak, ces nerfs se rendent aux éléments musculaires et sont sous la dépendance du sympathique. Au niveau de la vésicule les filets nerveux forment un plexus principal, contre la couche des fibres circulaires, et un plexus secondaire, se continuant jusqu'à l'épithélium.

EXPLORATION. VOIES D'ACCÈS. — Comme conclusions à l'étude des rapports, nous rappellerons que l'exploration de la vésicule doit se faire à l'intersection du bord externe du grand droit et du dixième cartilage costal.

Pour explorer la sensibilité de la portion terminale du cholédoque, Chauffard et Desjardins, après expérimentations, conseillent la palpation dans la zone pancréatico-cholédocienne. Cette zone est située entre la verticale élevée de l'ombilic et la bissectrice de l'angle droit formé par une horizontale perpendiculaire à cette verticale au niveau de l'ombilic. Il ne faut pas dépasser en haut une distance de 5 centimètres sur la bissectrice, ni atteindre en bas tout à fait l'ombilic. Cette zone est donc inférieure et interne par rapport au point vésiculaire.

Pour intervenir sur les voies biliaires, la voie lombaire, analogue à celle employée pour aborder le rein droit, est abandonnée à l'heure actuelle. Elle est fort dangereuse, vu la blessure possible de la veine cave, du pédicule rénal, de l'uretère.

La voie antérieure est seule employée. On pratique la laparotomie latérale droite en se servant de l'incision en baïonnette de Kehr ou de l'incision oblique de Robson, de préférence à la laparotomie médiane. Dans l'exploration du cholédoque on peut recourir à la manœuvre de Vautrin : incision du péritoine duodéno-rénal et bascule du duodéno-pancréas. Quant à la cholédocotomie, elle peut être selon les cas sus-duodénale, rétroduodénale, intraduodénale, transduodénale.

BIBLIOGRAPHIE. — POIRIER, TESTUT. *Traité d'anatomie.* — QUÉNU. *Revue de chirurgie*, 1895. — HARTMANN. *Bull de la soc. anat.*, 1890. — CHAUFFARD. *Semaine médicale*, 10 janv. 1906. — DESCOMPS. *Presse médicale*, 1911, n° 82. — WIART. *Revue de gynécol.*, 1899.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — GRENOBLE. — Le lundi 11 novembre 1912, à neuf heures du matin, il sera ouvert un concours public pour la nomination de trois internes titulaires et deux internes provisoires en pharmacie, appelés à faire le service des hôpitaux de Grenoble.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat général des hospices de Grenoble avant le 31 octobre 1912.

— A la suite des concours qui ont eu lieu à Bordeaux (ville désignée, par voie de tirage au sort, parmi les sept villes françaises sièges de Facultés), la Commission administrative des hospices de Grenoble, sur la designation des membres des jurys, a nommé :

Chirurgien urologiste titulaire : M. le docteur Girard.

Chirurgien oto-rhino-laryngologiste titulaire : M. le docteur Vétourbet; adjoint : M. le docteur Pistre.

Médecin dermatologiste titulaire : M. le docteur Barbier; adjoint : M. le docteur Butterlin.

HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA. — Un concours pour quinze places d'élève interne en médecine et en chirurgie s'ouvrira le lundi 21 octobre 1912, à neuf heures du matin, dans une des salles de l'Hôpital civil de Mustapha.

Le concours pour le prix Poisson et l'internat de première classe aura lieu le lundi 28 octobre, à neuf heures du matin.

Un concours pour treize places d'élève externe en médecine et en chirurgie aura lieu le lundi 28 octobre 1912, à neuf heures du matin.

Pour renseignements, s'adresser au secrétariat de la direction de l'Hôpital.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CLERMONT. — M. le docteur Merle, est chargé, pour l'année scolaire 1912-1913, des fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie

— MARSEILLE. — Un congé d'inactivité pour l'année scolaire 1912-1913 est accordé, sur sa demande, à M. Simond, chargé d'un cours complémentaire de bactériologie.

M. le docteur Brun chef des travaux de bactériologie est chargé, en outre, pendant l'année 1912-1913 (durée du congé accordé à M. Simond), d'un cours complémentaire de bactériologie.

MARINE. — M. Borius, médecin principal de la marine en retraite, est nommé médecin principal dans la réserve de l'armée de mer et affecté au port de Brest

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — M. le docteur Pottevin (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Blottière et Buizard (de Paris), Clos (de Toulouse), Cruveilhier (de Paris), Gautié (de Toulouse), Gerber (de Marseille), Lutrand (de Perpignan), Maille, médecin de première classe de la marine; Malécot (d'Ingrandes-sur-Loire), Oriot (de la Ferrière-aux-Etangs), Rocher (de Gabarret), Thouvenin (de Paris) et Viallon (de Bron).

M. Adler, pharmacien de l'hôpital Rothschild.

SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Le Syndicat des médecins de la Seine nous communique l'ordre du jour suivant :

« Considérant que la propagation si regrettable de la tuberculose tient à des causes telles que l'insalubrité des logements ouvriers, les mauvaises conditions d'hygiène de la population et l'alcoolisme, qui dépassent de beaucoup en importance l'action d'un germe partout répandu et qu'il est impossible de supprimer complètement;

Considérant que les pouvoirs publics et leurs conseils ont avant toutes choses pour devoir impérieux de remédier à la propagation de la tuberculose par des mesures efficaces et notamment par une surveillance et une répression sévère de l'industrie insalubre qui consiste à louer des logements insuffisamment aérés et éclairés, par l'amélioration de l'hygiène des travailleurs et de leur alimentation, par la lutte contre l'alcoolisme;

Considérant que la déclaration de la tuberculose, par la crainte que son éventualité ferait naître dans l'esprit des malades, serait de nature à les empêcher d'avoir recours en toute confiance au médecin, seul capable d'assurer l'action prophylactique précoce et nécessaire, et qu'à l'encontre du but poursuivi serait ainsi réalisée administrativement la diffusion du fléau;

Considérant qu'au contraire la désinfection obligatoire des locaux, au départ des locataires, facile à réaliser sans la violation du secret, éviterait tous les inconvénients de la déclaration et présenterait des garanties efficaces contre la propagation de toutes les maladies contagieuses,

Proteste par avance contre l'adoption projetée d'une mesure presque inutile, mais vexatoire au premier chef pour la population,

Proteste également et surtout contre le rôle de policier qu'on voudrait, en violation du secret professionnel, imposer au médecin, en l'obligeant par un abus de la confiance à lui témoignée par ses malades à déclarer les cas de tuberculose constatés dans sa clientèle,

Décide que cet ordre du jour sera transmis à l'Académie de médecine, à la presse et au Parlement. »

REVUE GÉNÉRALE

LES CONVULSIONS DE L'ENFANCE

Par Pierre LABOURDETTE et Maurice DELORT,
Internes des hôpitaux de Paris.

Sous le nom de convulsions de l'enfance ou d'éclampsie infantile, on désigne des troubles moteurs spasmodiques observés fréquemment au cours des deux premières années de la vie et survenant à l'occasion d'une lésion du système nerveux central, d'une maladie générale ou d'une excitation réflexe.

Pendant longtemps il fut classique de décrire des *convulsions symptomatiques* compliquant une maladie du système nerveux ou de tout autre appareil, maladie évidente, tenant le premier plan, et des *convulsions idiopathiques* ou *essentielles* survenant au cours d'un état apparent de santé.

On admet actuellement qu'au sens strict du mot, il n'y a jamais de convulsions *essentielles*. L'éclampsie, quand elle se produit, reconnaît toujours l'existence d'une cause si minime soit-elle, cause qui peut d'abord passer inaperçue mais qu'un examen attentif permet le plus souvent de dépister.

En clinique la division subsiste. Les convulsions symptomatiques ne se manifestant qu'à titre de symptôme asssocié, tandis que les convulsions dites idiopathiques constituent le plus souvent un symptôme révélateur d'une affection cachée, nous nous occuperons surtout de ces dernières.

I

Etiologie. — *A.* Causes prédisposantes. — a. *Age.* — L'âge de l'enfant a une influence considérable sur la production de l'éclampsie.

L'enfant en effet est surtout atteint pendant les *six premiers mois* de son existence, à l'exception toutefois des tout petits chez lesquels la convulsion apparaît rarement en tant qu'accident isolé, mais plutôt comme symptôme terminal des affections qui peuvent enlever l'enfant de cet âge.

De six mois à deux ans la prédisposition aux convulsions diminue et celles-ci deviennent tout à fait exceptionnelles au delà de cet âge. Elles n'accompagnent plus alors que les fièvres graves, les intoxications ne sont que la première manifestation de l'épilepsie.

b. *Influence de l'hérédité.* — Mais si le jeune âge constitue par lui-même une prédisposition certaine à l'éclampsie, il est évident qu'il ne suffit pas à la faire naître, sans quoi la plupart des enfants ne sauraient y échapper. Il faut donc en outre que le sujet possède une susceptibilité particulière innée ou acquise grâce à laquelle une même cause qui laissera indemne les autres enfants fera éclater chez lui une attaque convulsive. Cette prédisposition morbide domine l'étiologie de l'éclampsie infantile.

La fréquence des convulsions chez les sujets issus de souche nerveuse a été signalée depuis longtemps. Il s'agit parfois d'*hérédité nerveuse semblable*. Bouchut cite le cas d'une femme ayant eu des convulsions dans son enfance et dont les six enfants sans exception présentèrent de l'éclampsie.

Dans des cas fort nombreux on peut invoquer l'*hérédité nerveuse dissemblable*. Comby a observé une femme hystéro-épileptique qui sur six enfants en avait perdu cinq en bas-âge de convulsions et dont le sixième enfant était lui aussi atteint d'éclampsie. L'épilepsie, la méningite familiale, la manie, le délire de persécution, le nystagmus sont de même fréquemment retrouvés dans les antécédents héréditaires du convulsif.

Indépendamment des troubles du système nerveux, *toutes les tares* peuvent être relevées chez les ascendants et entre autres la consanguinité, la chorée, l'albuminurie, la tuberculose, la syphilis et surtout l'alcoolisme : deux enfants seulement survivent dans une famille dans laquelle le père et la mère sont alcooliques invétérés. Tous les autres enfants sont morts d'éclampsie en bas-âge.

c. *Prédisposition acquise. Rachitisme.* — La coïncidence du rachitisme avec les divers accidents convulsifs de l'enfance (éclampsie, spasme de la glotte, tétanie) a été fréquemment relevée par les auteurs.

Pour Henoch (de Berlin) les deux tiers des enfants atteints de spasme glottique sont des rachitiques.

Comby (1) fait remarquer qu'on observe rarement en France cette espèce morbide que Kassovitz (de Vienne) rencontre si fréquemment en Autriche. Comment d'ailleurs agirait le rachitisme pour produire un spasme glottique ?

Serait-ce par la décalcification des os du crâne, par le craniotabes d'Elsässer ? Cela semble peu probable. Le craniotabes est une lésion banale rencontrée ordinairement dans les premiers mois de la vie avant toute déformation rachitique du squelette. On peut exercer des pressions assez fortes sur les os ramollis sans provoquer le moindre désordre nerveux. Le craniotabes n'est pas la cause du spasme de la glotte et d'autre part le spasme de la glotte s'observe chez des enfants qui n'ont pas plus de rachitisme que de craniotabes.

On peut en conclure que le rachitisme qu'il soit isolé ou accompagné de craniotabes n'est pas la vraie cause du spasme glottique.

Cependant il y a un lien entre ces deux états morbides, ce lien nous le trouvons dans les troubles digestifs si fréquemment observés à l'origine du rachitisme chez les enfants allaités artificiellement, mal nourris, sevrés trop tôt. Convulsions et rachitisme se rencontrent chez ces enfants avec une fréquence incomparablement plus grande que chez les enfants élevés dans des conditions hygiéniques opposées.

B. Causes occasionnelles. — Tout est matière à convulsions chez l'enfant et l'énumération de ces causes pourrait presque se confondre avec celle des maladies de l'enfance.

a. *Intoxications exogènes.* — D'Espine insiste particulièrement sur l'intoxication par l'oxyde de carbone beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit et dont la recherche systématique permettrait souvent d'indiquer la cause de convulsions qualifiées essentielles.

L'absorption d'alcool par le nourrisson peut être parfois incriminée.

Vernay, Charpentier, Périer, ont observé des convulsions chez des enfants au sein dont les nourrices absorbaient de grandes quantités de vin ou de bière forte.

b. *Auto-intoxications. Troubles digestifs.* — D'après Guinon on pourrait rattacher à ces causes les deux tiers des cas de convulsions.

(1) Comby. *Congrès de Rome*, 1894.

Dans certains cas il s'agit d'infections intestinales aiguës, de gastro-entérite avec diarrhée verte, d'entérite cholériforme. Les convulsions surviennent soit au début soit au cours de ces infections. Dans d'autres cas il y a au contraire constipation opiniâtre, c'est le choléra sec des enfants, de Hutinel. Dans la gastro-entérite chronique, la dilatation gastrique, les convulsions sont d'autant moins fréquentes que la maladie est plus longue, plus ancienne et que l'enfant est plus faible.

Dans tous ces cas on devrait, d'après Mya, attribuer le rôle principal non aux lésions du tube digestif mais à l'insuffisance hépatique. Quoi qu'il en soit l'allaitement artificiel, par suite des troubles qu'il engendre, est une cause presque fatale de convulsions *chez les prédisposés*. A côté des intoxications d'origine digestive, nous devons signaler l'urémie (sauf toutefois l'urémie scarlatineuse), le diabète, le paludisme, enfin, toutes affections qui doivent être rangées parmi les facteurs importants d'éclampsie infantile.

c. *Excitations réflexes.* — Ces causes sont multiples. Nous ne ferons que signaler les traumatismes, piqûres, brûlures, l'érythème érosif des fesses, la fissure anale, le phimosis, les hernies simples ou étranglées, les corps étrangers de l'oreille, du nez, etc., pour nous arrêter à deux causes, la dentition et l'helminthiase, qui ont donné lieu à de nombreuses discussions.

L'influence de la dentition si souvent invoquée par les parents était admise par Rilliet et Barthez. Ces auteurs s'appuyaient sur ce fait que certaines convulsions disparaissent très rapidement après scarification des gencives. Battue en brèche par Magitot, cette théorie est à l'heure actuelle refusée par la grande majorité des médecins d'enfants. Comby, notamment, fait remarquer que les convulsions sont surtout fréquentes pendant les six premiers mois, c'est-à-dire avant l'éruption dentaire.

Quant à l'helminthiase intestinale, on lui attribue de nombreux cas d'éclampsie. A vrai dire les observations précises n'abondent pas, néanmoins Martha est arrivé à réunir 22 cas d'accidents convulsifs.

Platoff, qui a étudié toutes les manifestations nerveuses que l'on peut rattacher à l'action des vers, signale surtout des troubles oculaires dont quelques-uns, comme le blépharospasme, sont de nature convulsive.

Les convulsions généralisées seraient plus rares et tendraient quelquefois à prendre le type de tétanie ou de laryngospasme.

Néanmoins on peut prouver le rôle des vers intestinaux dans la production de certaines convulsions, celles-ci disparaissant après l'administration d'un vermifuge.

d. *Maladies infectieuses.* — Les convulsions sont fréquentes au début des maladies aiguës : pneumonie, scarlatine, rougeole, grippe surtout. Les convulsions remplacent souvent le frisson, s'accompagnent d'une température élevée.

Lorsqu'elles apparaissent au cours ou au décours de ces affections, elles doivent être rattachées à une complication encéphalique.

Dans certaines affections des voies respiratoires telles que la coqueluche, la bronchopneumonie, l'éclampsie est fréquente à la période terminale de la maladie. Due dans ce cas à l'asphyxie, elle est d'un pronostic redoutable.

De ces cas sans doute il faut rapprocher les observations d'hypertrophie du thymus ayant amené des crises de suffocation avec mouvements convulsifs suivies de coma.

e. *Lésions locales et mécaniques du système nerveux.* — Rares dans la méningite tuberculeuse, les convulsions sont fréquentes au contraire dans la méningite cérébro-spinale, les tumeurs cérébrales ; mais dans ces cas leur *aspect est identique à celui qu'elles présentent chez l'adulte.* Elles font partie d'un complexus symptomatique, ce ne sont plus à proprement parler des convulsions de l'enfance.

Intéressantes, au contraire, sont les convulsions qui marquent le début trop souvent méconnu de l'encéphalite aiguë : une passagère élévation de température, quelques convulsions, et tout semble rentrer dans l'ordre. On verra apparaître dans la seconde enfance soit une hémiplégie spasmodique, soit de l'épilepsie. Dans d'autres cas, l'enfant reste idiot. La notion de convulsions à un moment donné permettra seule, parfois, de situer le début de la maladie.

Signalons encore les convulsions liées à l'hydrocéphalie ou marquant le début d'une poliomyélite aiguë épidémique.

Enfin, nous rapprocherons de ces causes les hémorragies méningées ou les lésions cérébrales survenant à la suite d'un accouchement laborieux, et provoquées soit par un bassin dystocique, soit par une application de forceps.

II

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique propre aux convulsions est fort mal connue.

Lorsqu'on lit les comptes rendus d'autopsie et l'observation des sujets chez lesquels était le commémoratif de convulsions, ou bien on ne trouve pas notées de lésions pouvant les expliquer, ou bien on en trouve qui, au système nerveux, sont de trois ordres :

Ce peut être de l'hyperémie ou de l'anémie de la région motrice de l'écorce grise ;

Ce peuvent être des lésions de méningite aiguë ou subaiguë évidentes, mais alors il s'agissait de lésions diagnostiquées pendant la vie ;

Ce peuvent être enfin des lésions très légères, cicatricielles, opacité de la pie-mère ou de l'arachnoïde, épaississement, traces d'hémorragie ancienne.

Or, la première de ces lésions est une lésion banale souvent difficile à bien décrire et incertaine.

La seconde est la lésion, non de la convulsion mais de sa cause qui avait été très évidente.

La troisième semble être la lésion caractéristique de l'épilepsie.

Chez tous ou presque tous les épileptiques, en effet, on trouve de ces lésions d'épaississement ou de cicatrices, et ce qui semble prouver qu'il y a entre elles et le mal comitial une relation de cause à effet c'est que leur prédominance nette d'un côté coïncide avec des aspects cliniques spéciaux de la crise.

Or, convulsions et épilepsie sont deux phénomènes à séparer quant à la cause, aux symptômes, au pronostic. C'est l'avis au moins d'un grand nombre de médecins d'enfants.

En dehors des lésions du système nerveux une sorte de lésions mérite d'être mentionnée : ce sont celles des glandes vasculaires sanguines ; elles sont encore incomplètement connues. Mais déjà on peut citer les observations de Erdheim et Yanan qui ont trouvé des hémorragies des parathyroïdes dans des

cas de tétanie grave, l'opinion de Harvier qui croit à une insuffisance numérique de ces glandes.

III

Pathogénie. — D'ailleurs l'attaque convulsive est le fait d'un phénomène passager. Pour l'expliquer nous rappellerons d'abord comment se passent les accès soit dans les cas types, soit dans les cas expérimentaux.

Puis nous reprendrons chacun des termes du problème pour voir comment il se modifie chez l'enfant et dans certains cas morbides.

Les centres corticaux semblent intervenir les premiers. Hitzig et Fritsch, Ferrier, Albertini et Luciani, François Franck, Pitres l'ont prouvé chez l'animal. Ils se sont servis de cette excitabilité même de la zone motrice pour déterminer les localisations cérébrales.

Chez l'homme, la même expérience peut être faite : au cours des craniectomies on peut exciter par des courants faradiques faibles (Horsley emploie des courants faciles à supporter sur la langue), les cellules motrices, et en plein sommeil chloroformique on voit se produire des mouvements convulsifs aux membres et à la face.

On peut tirer enfin des preuves de la clinique. On sait que toute cause locale d'irritation tenant à l'os, aux méninges, aux compressions de dedans en dehors même, détermine par irritation des mouvements convulsifs. C'est toute l'histoire pathogénique de l'épilepsie jacksonienne.

De ces trois ordres de preuves on peut conclure que le cerveau est en cause. Il n'est pas seul.

La moelle a un rôle très important. On sait la théorie classique qui veut qu'elle soit une sorte de machine sous pression, le cerveau ayant sur elle un rôle modérateur.

C'est donc elle autant que le cerveau qui fait la convulsion.

Les nerfs enfin sont intéressés, non comme facteurs de l'influx centrifuge car il semble bien qu'ils le transmettent passivement, mais comme facteurs de l'influx centripète puisqu'un grand nombre de convulsions sont sinon produites, du moins déclanchées par un choc sensitif.

Cerveau, moelle, nerfs s'associent donc.

Au cerveau, les troubles circulatoires sont suffisants, et sans doute est-ce à eux qu'on doit le plus souvent rattacher la convulsion.

L'hyperémie ou l'anémie momentanée peuvent également être incriminées (Lubinoff signale de l'hyperémie intense observée chez un malade mort en crise), la première dans les cas de stase cérébrale, de cyanose de l'extrémité céphalique, d'asphyxie au cours des accouchements laborieux, de certaines intoxications, la seconde dans les hémorragies, les vasoconstrictions d'origine toxique, l'asphyxie blanche, etc.

Küssmaul a cherché à démontrer que l'anémie surtout doit être mise en cause.

Barié a publié le cas d'une malade atteinte de fièvre typhoïde qui avait eu des accès éclamptiques non renouvelés depuis, et qui ne présentait aucun antécédent semblable.

Pauly (de Lyon), en 1905, a étudié un cas de rétrécissement mitral avec crises convulsives à l'occasion d'efforts ou de marches rapides.

Il ne faut pas oublier non plus que certaines toxines ont une affinité particulière pour le système nerveux. C'est ce que démontre notamment la récente thèse de Guy Laroche.

Chez l'adulte il semble que la syphilis d'abord, et surtout la fièvre typhoïde ensuite, aient ce pouvoir.

Chez l'enfant, presque toutes les maladies infectieuses.

A la moelle, ce peut être, soit le retentissement simple de la lésion cérébrale et cessation momentanée de l'action modératrice du cerveau, soit une lésion médullaire qui, par le même mécanisme ou par excitation directe, produit le même effet, mais il faut reconnaître que les faits démonstratifs sont plus rares.

Aux nerfs, ce peuvent être toutes les causes d'excitation. Mais cela n'est pas, à vrai dire, l'explication de la convulsion, c'est plutôt l'explication de ce qui en constitue la cause occasionnelle d'une part, le moment d'apparition de l'autre.

Le rôle principal reste au cerveau.

Ainsi on peut schématiquement constituer ce qui est la convulsion type ou expérimentale.

Chez l'enfant chacune de ces causes a un maximum de chances d'agir : *les troubles circulatoires cérébraux* sont fréquents et importants.

Les enfants ont un système vaso-moteur très impressionnable, et la moindre lésion d'un organe amène congestion ou anémie.

Le retentissement à distance de toutes les lésions et surtout des maladies dites générales est plus grand chez lui que chez l'adulte. Ceci est un fait connu de la pathologie infantile. Toute cause lointaine d'hyperémie a donc peu d'importance chez le premier, beaucoup chez le second, et la liste des crises d'éclampsie qui s'arrête chez l'un aux maladies intéressant de près le système nerveux s'allonge chez l'autre de toutes les maladies générales légères et même des maladies locales lointaines et banales.

La moelle est chez lui plus excitable.

Stœkmann a montré l'insuffisance du faisceau modérateur, et ceci d'ailleurs apparaît en clinique dans la maladresse de l'enfant, dans surtout le fait qu'il a des réflexes toujours ou presque toujours exagérés. Ceci est facilement vérifiable chez les nourrissons qu'on peut surprendre en état de résolution, la percussion des tendons rotuliens fait faire au membre entier un brusque mouvement d'extension.

Les nerfs aussi sont plus excitables, et la sensibilité est plus grande que celle de l'adulte.

Ainsi les enfants feront plus facilement des phénomènes éclamptiques, mais tous pourtant n'en font pas : c'est que chez certains d'entre eux cette prédisposition excitante a été exagérée.

Nous avons vu la liste nombreuse des causes. Au point de vue pathogénique, on peut les classer en plusieurs groupes :

1° *Arrêt du faisceau pyramidal* c'est-à-dire dépendant de l'hérédité, celle-ci ayant fait sa preuve chez les collatéraux dans certains cas.

2° Celles qui font varier l'*état sensitif* ou *vasomoteur*, parmi elles sont :

Les infections,
Les intoxications,
Les excitations réflexes.

A leur propos se pose d'ailleurs la question : peut-on dire épilepsie ou convulsions « *réflexes* » ? Pour les admettre il faut supposer, ou bien une cause exceptionnellement violente au réflexe, condition très rarement réalisée; ou bien un lieu de réflexion

amplifiant l'excitation reçue, c'est là le plus fréquent. Donc, dans toute convulsion qui semble purement réflexe, il y a eu successivement lésion du système nerveux puis excitation périphérique, et Souques, au Congrès de médecine de 1910, fait remarquer que les lésions périphériques ou viscérales peuvent agir à distance sur les centres moteurs, mais seulement comme agents provocateurs, non comme agents moficateurs.

3° Celles qui peuvent produire de l'*hyperesthésie* et déterminer ainsi des accès. Certaines intoxications comme l'alcool doivent à cela une partie de leur importance et réalisent d'ailleurs le processus double que nous exposions précédemment de lésion du système nerveux et excitation périphérique exagérée.

4° A ces trois ordres de causes il faut en ajouter un quatrième : les *lésions des glandes vasculaires sanguines*.

Nous avons vu déjà à l'anatomie pathologique les observations de Edheim et Yanase, les remarques d'Harvier. Il faut leur ajouter l'observation de Grosser et Betke d'hémorragie des parathyroïdes après mort rapide suivie de convulsions.

A ces observations cliniques se joignent les résultats expérimentaux. L'extirpation des quatre parathyroïdes amène chez les animaux des phénomènes tétaniformes suivis de mort. Vassali rapporte le cas d'une chienne à qui on avait fait une parathyroïdectomie partielle et qui avait des crises de tétanie dans la gestation ou l'allaitement. Enfin, dans quelques cas, l'opothérapie a donné des résultats concluants dans des cas de tétanie.

Il semble donc que pour la forme de convulsions banale d'une part, pour la forme de tétanie d'autre part et surtout, les lésions des parathyroïdes soient fréquemment en cause.

Sur la façon dont agit cette cause les auteurs diffèrent encore beaucoup :

Pour Vassali et Generali, les parathyroïdes sécrètent une substance neutralisant les produits de la thyroïde. Si elles font défaut la toxine agit en produisant éclampsie ou tétanie. Pour Rudinger, ces syndromes sont dus à l'insuffisance glandulaire à laquelle s'ajoute une intoxication ou des intoxications de causes diverses nécessaires à leur production. Pour la plupart des auteurs actuels, avec Quert, l'insuffisance parathyroïdienne déterminerait une insuffisance calcique du système nerveux central.

Il semble, en effet, que le rôle de ces glandes soit de commander au métabolisme du calcium, il s'en produirait alors une élimination exagérée, d'où production des accidents. Ceci semble confirmé par les observations de Oddo en 1896, Cybulski en 1906, Netter en 1907, ainsi que par les récentes recherches de von Pirket.

Nous venons de voir les lésions qui précèdent et expliquent la convulsion. Il faut y ajouter celles qui suivent et expliquent les séquelles.

Chez un grand nombre de sujets des troubles nerveux apparaissent; ils sont précoces et transitoires ou tardifs et définitifs.

Les troubles passagers sont tous liés de près à la convulsion.

Ils sont : soit une continuation de troubles vasomoteurs, ou un épuisement nerveux, soit de l'œdème localisé au cerveau, soit de petites hémorragies qui dans la suite le réparent.

Ainsi s'expliquent les paralysies transitoires, le bégaiement, le strabisme, etc., dont nous reparlerons.

Les troubles lointains et durables sont de nature plus complexe.

Les uns sont simplement le résultat de la cause commune : ce sont les cicatrices, les épaississements des méninges.

Les autres sont difficiles à classer :

Après l'œdème, les hémorragies, il peut rester des traces qui persistent ou s'accentuent et la convulsion, d'effet qu'elle était, devient cause.

Après l'attaque éclamptique il peut aussi survenir des troubles purement dynamiques, une sorte d'adaptation du système nerveux à reproduire le symptôme, c'est au moins ce que soutiennent certains auteurs. C'est la théorie du rappel de Pierret à l'appui de laquelle on cite les expériences de Trépier en 1898, l'expérience de Devaux en 1903, celle de Brown-Séquard produisant par des coups répétés au même point de la boîte cranienne une épilepsie qui dure et se transmet héréditairement chez le cobaye, celle enfin de Fr. Franck qui ayant curarisé un animal produit chez lui par impression auditive un réflexe vasoconstricteur, réflexe qu'il voit, dans la suite, se reproduire seul en dehors de toute cause.

IV

Symptômes. — Parmi les symptômes des convulsions infantiles nous décrirons d'abord ceux décrits ordinairement par les médecins, symptômes complets de crises entièrement observées, puis les formes cliniques diverses et les crises observées ou rapportées par les parents.

La crise de convulsion peut débuter brusquement ou du moins les signes pouvant la faire prévoir passent inaperçus.

Elle peut aussi être précédée de prodromes que révèle un examen attentif :

Pendant le sommeil on note de l'agitation, des gémissements, des secousses brusques. A l'état de veille, de la dépression ou de l'hyperexcitabilité.

Précédée ou non par ces symptômes la crise convulsive commence.

C'est presque toujours par les yeux : ceux-ci se révulsent en haut ne laissant apparaître que la sclérotique. Puis elle s'étend de proche en proche à la face et aux membres en suivant une marche régulièrement descendante. Le corps est pris d'emblée d'une violente convulsion tonique, la tête est en hyperextension, les yeux fixes, le visage pâle. Les membres sont en extension, la main en pronation forcée, les doigts fléchis dans la paume de la main. Cet état se prolonge pendant quelques secondes puis apparaissent les convulsions cloniques.

Les globes oculaires tantôt fixes et dirigés en haut sont dans d'autres cas animés de mouvements incessants. Ils roulent alors dans l'orbite puis se fixent en strabisme au maximum de convergence.

L'état des pupilles est des plus variables. Elles sont le plus souvent en myosis, mais il n'est pas rare de voir alterner mydriase et myosis sous forme d'oscillations rapides.

La face est grimaçante, les commissures labiales tirées en dehors sont secouées à chaque instant avec un bruit particulier produit par l'entrée de l'air. Une salive mousseuse humecte les lèvres et lorsque l'enfant a des dents cette écume peut être sanguinolente par suite de morsure de la langue.

La mâchoire inférieure est le plus souvent contracturée, la tête est ordinairement renversée en arrière,

plus rarement elle se meut latéralement roulant sur l'oreiller.

Les membres sont agités de mouvements alternatifs de flexion et d'extension, le poignet passe de la pronation à la supination, les doigts se fléchissent dans la main.

Lorsque les contractures sont très violentes, surtout si elles prédominent d'un côté, le corps tout entier est projeté à droite ou à gauche, l'enfant roule sur son lit et peut tomber à terre.

Les vomissements sont fréquents soit au début, soit à la fin de la crise, mais l'*expulsion involontaire d'urine ou de fèces est rare.*

L'enfant perd plus ou moins connaissance, la sensibilité cutanée est obtuse.

La respiration devient irrégulière et suspirieuse; quand elle s'arrête la face qui était pâle au début ne tarde pas à devenir cyanosée, couverte de sueurs. Si l'apnée se prolonge l'aspect devient tel qu'on croit la mort imminente. Le pouls difficile à saisir au moment du spasme bat 130-140, parfois il s'affaiblit et la syncope peut survenir par arrêt du cœur.

L'état de la température est variable. Nulle si la convulsion est unique, elle s'élève notablement lorsque les crises se succédant avec rapidité constituent un véritable état de mal qui peut persister plusieurs jours.

La durée des convulsions est généralement assez courte, elle est de une à cinq minutes.

Les convulsions augmentent pendant deux à trois minutes, puis s'atténuent, s'arrêtent, les membres s'assouplissent, les doigts se desserrent, la face pâlit, les yeux se ferment, l'enfant pousse un soupir, s'endort ou reprend connaissance; du moins pour les formes d'intensité moyenne.

Dans les formes violentes, au contraire, l'accalmie est incomplète, les mouvements cessent, mais l'œil reste fixe, la nuque raide, les doigts fléchis violemment, le facies est grippé, la connaissance obscure et l'attaque recommence après quelques minutes de ce répit incomplet.

La mort peut survenir d'un seul accès ou d'une série d'accès. Elle est à redouter lorsque les accès sont très violents et subintrants.

Après certaines convulsions réflexes la guérison se réalise brusquement et sans aucune suite, mais il persiste assez souvent une excitabilité assez marquée qui se manifeste par de l'agitation et de l'insomnie. Enfin l'éclampsie peut laisser après elle un certain affaiblissement intellectuel, du strabisme. Magitot avait même voulu y rattacher certaines altérations dentaires, les mêmes que Parrot rapportait à l'hérédosyphilis.

V.

Formes cliniques. — Nous venons de décrire la forme complète de l'éclampsie infantile. Il s'en faut que le tableau clinique soit toujours au complet et nombreux sont les cas frustes de la convulsion.

Parfois la phase tonique manque ou est si courte qu'elle passe inaperçue, la convulsion est d'emblée clonique.

D'autres fois les convulsions sont non plus généralisées mais localisées à une partie du corps. Les plus fréquentes sont celles qui se localisent à la fois à la face et au membre supérieur. Le renversement des globes oculaires, la contraction des angles de la bouche, quelques secousses dans les bras constitueront l'accès qui dure à peine quelques secondes. Cependant ces formes atténuées présentent quelques caractères de ces grandes attaques : perte de connaissance, pâleur, coma.

D'autres fois enfin les phénomènes convulsifs font complètement défaut, l'enfant qui était gai, de belle humeur, perd brusquement connaissance pendant quelques minutes. Cet accident se produit à deux ou trois reprises et les parents racontent que tout s'est terminé par un vomissement.

Si on se rapporte au récit des parents on peut trouver un nombre considérable de formes anormales.

L'occasion de la crise varie. C'est tantôt une excitation très légère, colère ou cri, tantôt une excitation plus forte et venant de l'extérieur, douleur, chute, etc.

Parmi les observations de la fondation Vallée du service de M. Nageotte, nous relevons celle très détaillée d'une fille de dix-neuf mois qui a eu sa première convulsion à l'occasion d'un orage, un éclair suivi de coup de tonnerre très violent la firent se raidir les yeux fixes, le visage pâle, l'état de crise dura quatre heures.

Une autre a sa crise à l'occasion d'une indigestion.

A mesure que l'enfant avance en âge les excitations psychiques peuvent avoir plus d'importance, les excitations mécaniques un peu moins. C'est ainsi qu'on note une fille de deux ans qui eut sa première crise à la suite d'une scène très violente dans sa famille.

L'aspect de la crise est ainsi très variable, tantôt le visage est pâle, tantôt il est cyanosé, tel enfant se tient immobile et raidi, tel autre s'agite.

Parfois les parents n'ont jamais vu que la fin des crises. Certains racontent qu'ils ont trouvé leur enfant dans son berceau cyanosé avec de l'écume aux lèvres.

D'une façon générale on peut remarquer : que l'état cyanotique du visage et du corps est plus souvent noté à mesure qu'on avance dans l'âge.

Que l'aspect rapproché de la crise épileptique vraie avec morsure de la langue, émission involontaire d'urine, n'est guère noté avant deux ans.

Telles sont les convulsions communes.

Il nous faut maintenant parler des convulsions à aspect spécial : tétanie, spasme de la glotte ou convulsions internes.

Le spasme glottique se produit brusquement en pleine santé.

L'enfant est pris d'un accès de suffocation que rien ne pouvait faire prévoir. La respiration se suspend, la face devient cyanosée, le cou se raidit, la tête se renverse en arrière, les yeux sont fixes, la bouche ouverte, le thorax immobile. Au bout de quelques secondes un sifflement inspiratoire se produit à plusieurs reprises et enfin la crise se termine par une expiration bruyante.

L'accès peut n'être qu'ébauché et consister seulement en quelques inspirations sifflantes, la mort survient rarement au cours du premier accès, mais en général les accès se rapprochent de plus en plus et la mort en est la terminaison fréquente.

A la suite du spasme glottique peuvent se produire des convulsions généralisées. D'après Escherich, le laryngospasme serait toujours accompagné même quand il n'y a pas de contracture des extrémités des autres complications du système nerveux périphérique caractéristiques de la tétanie.

Celle-ci peut se produire à l'état pur on a alors plus ou moins complet tout le syndrome : hyperex-

citabilité, signe du facial, signe de Trousseau, crises caractéristiques.

D'autres fois simple ébauche de tous ces signes et la discussion devient possible pour savoir si on doit ou non considérer comme tétaniques certains états frustes. Pour Thiemrich le signe de Trousseau suffirait à déceler une tétanie latente. Escherich ne partage pas cette manière de voir. Harvier en distingue plusieurs formes :

Tétanie vraie, contractures ou convulsions intermittentes;

Laryngospasme avec ou sans contracture;

Tétanies latentes;

Etats tétanoïdes où le syndrome électrique existe seul.

Tous ces états, convulsion vraie, spasmes glottiques, tétanie sont liés et voisins surtout par la prédisposition commune, et il n'est pas rare de trouver en clinique des enfants spasmophiles et excitables qui ont eu l'un par l'autre de ces états convulsifs.

VI

Diagnostic. — Si le médecin est présent à la crise le diagnostic ne fera pour lui aucun doute.

Son rôle alors sera d'en préciser la forme, la cause, le pronostic.

L'étude de la ponction lombaire ne semble pas avoir donné jusqu'ici d'autre résultat que celui de faire découvrir des méningites inconnues.

Il est en effet des méningites tuberculeuses qui ont comme premier ou seul symptôme la convulsion.

De l'étude de ces cas M. Variot conclut que toute méningite tuberculeuse se révèle par de la lymphocytose, toute convulsion « essentielle » laissant intact le liquide céphalo-rachidien.

Si le médecin n'a pas assisté, il est exposé à toutes les erreurs de commémoratifs.

Les accès vrais seront mal décrits à cause justement de leur aspect dramatique.

De faux accès, une agitation simple, une tendance légère à la syncope, une crise cardiaque seront baptisés convulsions, tant on redoute et on voit partout ce symptôme. C'est de cette erreur que sont fréquemment entachées les statistiques.

Il faudra chercher à savoir s'il y a eu changement brusque et marqué dans la coloration de la face et l'expression du regard, s'il y a eu surtout des contractions toniques ou cloniques, encore souvent l'hésitation persiste. Un autre ordre de faits peut en imposer plus encore, c'est l'hystérie rare mais réelle de quelques enfants de quatre à cinq ans. Le début et l'occasion, l'aspect de la crise presque toujours un peu anormal renseigneront suffisamment. Entre l'épilepsie et la convulsion il n'y a *aucun moyen absolu de trancher*.

On dit volontiers convulsions quand l'enfant est très jeune ou quand on trouve une cause; épilepsie, dans les cas contraires, quand aucune raison n'en est découverte.

VII

Pronostic. — Le pronostic immédiat des convulsions est fort différent suivant la forme.

Les convulsions dites internes peuvent tuer rapidement.

Les cas d'asphyxie sont nombreux quand on n'a pu arriver à temps pour tuber ou trachéotomiser.

A eux peut-être il faut ajouter les cas de mort subite dans l'hypertrophie thymique ou de compression des nerfs vagues.

Les convulsions dites externes sont plus souvent bénignes.

Néanmoins un accès violent peut s'accompagner de syncope mortelle.

Enfin la crise convulsive quand la cause générale est connue et grave peut être l'occasion de la mort. Ce sont les cas d'urémie, de méningite, etc.

A ces exceptions près, la convulsion ne tue pas. C'est le pronostic à distance, l'avenir du convulsif qu'il est important de savoir. C'est lui qui, de tout temps, a attiré l'attention.

Dans la majorité des cas, il n'est pas favorable.

Si nous passons en revue ce que deviennent les convulsifs voici ce que nous constatons :

Un certain nombre d'entre eux guérissent incontestablement. Il suffit d'interroger les parents d'enfants bien portants pour relever chez un certain nombre d'entre eux des convulsions nettement observées.

Bouchut sur 57 observations de convulsions essentielles observées chez des malades d'hôpital compte 26 guérisons certaines, 11 malades perdus de vue.

Porfeschnig, dans une statistique de 1908, note un grand nombre de morts précoces : plus des trois quarts, mais les autres semblent guéris.

Dufour, dans une statistique de 66 cas, cite 4 cas certains de guérison.

Mais ces cas sont les plus rares, la plupart des sujets présentent des phénomènes morbides.

Ce sont des paralysies transitoires qui semblent témoigner d'un épuisement momentané du système nerveux moteur, du strabisme, soit passager, soit persistant, dû sans doute à une méningite ayant amené des lésions des nerfs, du bégaiement, mais c'est souvent un phénomène psychique qui dans la suite s'améliore et guérit.

Enfin et surtout, on trouve que des tiqueurs, des choréiques, des dégénérés mentaux, des hystériques, ont dans leurs antécédents des convulsions.

C'est surtout dans les observations d'enfants qu'on trouve noté ce symptôme.

Dans le service de M. Nageotte, nous avons pu trouver que parmi les *garçons non épileptiques* sur 130 observations on trouve les convulsions nettement notées 47 fois, nettement niées 20 fois, douteuses 63 fois (mais probables).

Parmi les *filles*, si on prend *83 observations où les convulsions sont nettement rapportées* (sur 150 à 200 observations) on trouve que 46 fois il y a eu autre chose que l'*épilepsie*.

C'est qu'en effet cette dernière maladie est très fréquemment notée.

Si on prend les statistiques qui de la convulsion vont à l'épilepsie, on trouve :

Les 66 cas de Dufour déjà cités où l'on note 15 sujets devenus épileptiques simples, 2 épileptiques hystériques, 11 épileptiques à accidents nerveux atypiques;

Les 83 observations de la fondation Vallée (de Bicêtre) que nous venons de citer où on trouve 37 épileptiques.

Si on remonte de l'épilepsie à la convulsion on trouve :

Une statistique de Moreau (de Tours) citée par Féré où il est dit que 18 p. 100 des épileptiques sont d'anciens convulsifs;

Celle de O. Monod faite d'après le registre des

décès de Bicêtre où il note 44 p. 100 d'anciens convulsifs certains parmi les épileptiques, 25 de douteux.

A Bicêtre, actuellement, sur 83 observations de garçons épileptiques, on trouve les convulsions rapportées d'une manière certaine 47 fois, niées complètement 9 fois, incertaines 27 fois.

Quand l'épilepsie doit succéder aux convulsions plusieurs cas peuvent se produire :

Ou bien la convulsion est produite chez un enfant très jeune. Alors presque toujours elle est ébauchée, légère, atypique et il y a une longue période de silence entre la dernière convulsion et la première crise d'épilepsie.

Ou bien la convulsion est plus tardive, elle se rapproche plus de la crise épileptique, mais il peut y avoir encore une période de calme.

Ce sont les cas les plus fréquents, mais parfois pourtant il y a changement insensible de la forme des crises et le petit malade passe insensiblement de la convulsion à l'épilepsie.

Doit-on penser devant ces faits que convulsions et épilepsie sont une seule et même maladie ?

Certains auteurs le soutiennent. Rilliet et Barthez considèrent les convulsifs comme de petits épileptiques, Dufour dit même que la recherche des convulsions dans les antécédents d'un malade peut faire trancher le diagnostic en faveur de l'épilepsie dans les cas douteux.

Au mois de mars dernier, M. René Cruchet soutenait dans son article de la *Gazette des hôpitaux* cette même théorie :

Pour lui, il est impossible cliniquement de distinguer les deux affections. Aucun moyen de laboratoire ne permet non plus de faire le diagnostic différentiel, il faut donc admettre que convulsions et épilepsie sont un seul et même phénomène qui aurait seulement plus de chances de disparaître complètement quand le sujet est plus jeune.

Sicard dans un article récent (1) dit : « La convulsion de l'enfance, l'éclampsie infantile n'est autre chose qu'un accès d'épilepsie. »

Un grand nombre d'auteurs le nient encore, ce sont pour eux deux maladies différentes :

Alors que l'autopsie révèle presque toujours des lésions importantes chez les épileptiques, elle n'en révèle pas chez un grand nombre de convulsifs.

Cliniquement, les convulsions sont fugaces, légères, différentes les unes des autres, les attaques de mal comitial ont des caractères opposés. Les Allemands admettent qu'il y a dans les convulsions infantiles une hyperexcitabilité galvanique qui n'existe pas dans l'épilepsie.

L'évolution enfin est surtout juge : les unes sont guérissables, les autres ne le sont pas et il y a dans presque toutes les observations de convulsions suivies d'épilepsie, la période de silence de plusieurs années dont nous avons parlé.

On voit qu'en définitive le pronostic est réservé et sombre :

Existe-t-il des moyens de le poser précoce et juste en face de l'enfant qui vient d'avoir sa convulsion ?

On ne s'appuiera guère pour cela sur la forme de convulsion.

M. Moussous dans son rapport au Congrès de médecine de 1902 écrivait que les maladies diverses survenant après les convulsions « sont des éventualités impossibles à prévoir ; tout dépend, ajoute-t-il, de la tare laissée à l'enfant ».

(1) *Journal médical français*, avril 1912.

Deux caractères sont pourtant à retenir de l'attaque elle-même.

Si elle est unilatérale et se reproduit plusieurs fois du même côté elle révèle sans doute une lésion locale irritative et le pronostic est alors celui de cette lésion.

Si, en second lieu, elle se produit au cours d'une maladie générale, elle indique, si c'est la fin de cette maladie, un pronostic beaucoup plus grave qu'au début et Bouchut écrivait que « les convulsions qui surviennent au décours des maladies aiguës indiquent presque toujours une mort prochaine ».

Ceci mis à part, ce qu'il faut aller chercher d'une convulsion est sa cause.

Celle-ci s'impose parfois, elle était auparavant diagnostiquée, c'est son pronostic non celui de la convulsion qu'il faut faire.

D'autres fois il faut la rechercher, alors dans l'ordre clinique des probabilités les investigations porteront sur les méningites méconnues, elles gouvernent par leur gravité l'évolution ultérieure, sur les traumatismes, les intoxications, les corps étrangers des cavités nasales auriculaires, etc., les calculs rénaux vésicaux, les vers intestinaux ; on cherchera à découvrir des otites ou des mastoïdites subaiguës ignorées ou oubliées.

Mais pour toute cette série de faits, il faut se demander si l'enfant n'a pas ainsi réagi parce qu'il était prédisposé et on rentre dans les cas suivants, ceux où on ne trouve pas de cause.

Ce sont les cas anciennement dits « essentiels », on se basera pour en augurer sur plusieurs éléments importants :

Le premier est fourni par l'âge de l'enfant, la gravité augmentant avec l'âge.

Le second par ses antécédents.

Les ascendants peuvent présenter eux-mêmes soit des tares héréditaires très importantes, soit des tares acquises, nous les avons passées en revue à l'étiologie, nous n'y reviendrons pas.

Si les collatéraux aînés ont fait la preuve et si on trouve chez eux de l'épilepsie, par exemple, cela ajoute beaucoup à la gravité, on doit aussi tenir compte des équivalences morbides, nous en avons cité des cas.

On recherchera l'état des parents au moment de la conception, l'état d'ivresse est assez grave, plus encore le surmenage, la fatigue de longue durée, les poussées de syphilis ou de tuberculose.

Enfin on suivra la grossesse et on notera les tentatives d'avortement, les commémoratifs de métrite, les traumatismes, mais toutes ces causes semblent moins importantes.

L'accouchement par contre reprend une importance considérable.

La présentation du siège, que certains auteurs considèrent comme un signe de dégénérescence est quelquefois notée, elle ne semble pas influencer à ce point l'avenir.

Il n'en est pas de même de toutes les causes d'asphyxie.

Ici une question complexe se pose : on peut se demander si l'asphyxie n'est pas dans quelques cas une sorte de convulsions. Cela est soutenable quand on ne lui trouve pas de cause nette. Sur les 83 *observations* d'anciennes convulsives de la fondation Vallée nous relevons 11 cas où la cyanose n'est pas notée clairement, 42 où elle est nettement niée, 30 *où elle est nettement affirmée.*

D'autres fois par traumatisme, présentation, mauvaise situation du cordon elle est très explicable.

Dans les deux cas c'est un phénomène à grave pronostic. On le comprend en songeant aux troubles circulatoires qu'elle revêt et provoque même dans une certaine mesure.

Ainsi, en résumé, on peut dire que, des moins graves aux plus graves, les convulsions infantiles se classent ainsi : celles de cause nettement connue, sans préjudice de la gravité même de cette cause; celles de cause découverte par un examen plus minutieux mais nettes encore; celles de cause inconnue.

Parmi elles : on peut encore espérer que ne laisseront pas de traces celles survenant chez des sujets indemnes de tout antécédent, on est alors en droit d'admettre une excitabilité passagère du système nerveux, mais on ne peut que mal augurer de celles dont les antécédents donnent explication surtout si chez des collatéraux on retrouve des lésions semblables.

On voit combien le pronostic de tout état éclamptique doit être réservé et si, selon le mot de R. Labbé, il est fait le plus souvent « sans conviction », parce que les éléments manquent, on ne peut s'empêcher de trouver qu'il est le plus souvent grave et que la convulsion est plus que le délire chez l'adulte comme le voulait Bouchut ou que le frisson de début des maladies infectieuses.

VIII

Traitement. — Il est évident que la thérapeutique pathogénique de convulsion est seule rationnelle. C'est ainsi qu'on traitera la constipation, les vers intestinaux, l'hyperthermie, l'asphyxie, le paludisme, la syphilis, etc. Contre le symptôme lui-même divers moyens ont été mis en œuvre. La ponction lombaire peut être efficace en cas de lésion méningée.

Les convulsions de début des fièvres sont justiciables de bains à 30-35 degrés. Si l'asphyxie est en cause on recourra aux inhalations d'oxygène. Les inhalations de chloroforme (quelques gouttes à dose fractionnée) ont leur efficacité, mais pour rendre leur effet durable il est nécessaire de leur associer le chloral en lavement de 25 centigrammes à six mois, 50 à un an ou 2, dans 30 grammes de lait chaud.

L'antipyrine 10 à 20 centigrammes et les bromures sont également recommandables. Néanmoins ces derniers ont une action plus lente.

Enfin, la stase cérébrale concomitante réclame parfois l'usage de la saignée, mais associée aux injections de sérum artificiel, particulièrement dans les intoxications et les toxi-infections.

Les essais de sérothérapie de Vires, d'autohémothérapie de Sicard, pratiqués pour l'épilepsie des adultes n'ont pas encore été appliqués à l'enfant.

On a proposé également un traitement électrique : la faradisation du sympathique.

Le bromure se donne jusqu'à trois ans à raison de 25 à 75 centigrammes; de trois à huit ans, on peut aller jusqu'à 2 et 3 grammes.

La crise se calme par chloral, chloroforme, dont nous avons déjà parlé ainsi que par la scopolamine.

BIBLIOGRAPHIE

ZIEGLER. On infantile convulsion, *Report. Philadelphia*, 1859.
Jules SIMON. *Gaz. méd. de Paris*, 1879.
ARCHAMBAULT. Description de l'attaque éclamptique chez les enfants, *Bull. Soc. Gand*, 1878.
CAUTLEY. Convulsions in children, *Clin. J. London*, 1905.
REID. Infantile convulsion, *Brit. m. J. London*, 1906.
MYA. Sulla patogenesi dell' eclampsia infantile, *Pediatria*, Napoli 1894.
COMBE. Des convulsions chez les enfants, *Médecine mod.*, Paris 1902.
MENDELSOHN. *Arch. f. Kinderhund.*, Stuttgard 1906.
VARIOT. La position lombaire dans les convulsions de l'enfance, *Revue gén. de clin. et de thérap.*, Paris 1906.
BARTH. *Med. Clin.*, Berlin 1907.
BOQUEL. *Arch. méd. d'Angers*, 1907.
COMBY. *Cong. de Rome*, 1894.
CABANIS. *Gaz. des mal. de l'enf.*, Paris 1907.
DUFOUR. *Bull. de la Soc. de pédiat. de Paris*, Paris 1906.
OBARI. Art. OST, 1906; *Napoli Pediat.*, Napoli 1907.
LARGENTI. *Pediat. Napoli*, 1907.
THIEMRICH. *Centralb. f. nerv. und Psychiat.*, Berlin 1906.
BRUN. *Pediat. Napoli*, 1908.
HEIMANN. *München. med.*, 1908.
LABBÉ. *Revue de gynéc., d'obst. et de pédiat.*, 1908.
MOORR. Frenatri of infantils convulsion, *Brit. med. Journ.*, 1908.
MARFAN. Considérations générales sur l'enfance, *Annuaire de médecine et de chirurgie infantile*, 1908.
POYNTEN. *Lancet*, London 1908.
STARCK. *Pediatric*, New-York 1911.
SAUNDERS. *Pediatric*, New-York 1909; — *Lancet clinique*, 1909.
VOISIN. *Soc. de biol. de Paris*, 1909.
HABERT. Th. de Paris, 1904.
MEYER. Th. de Paris, 1903.
MONOD (Octave). Th. de Paris, 1904.
DIDE. Th. de Paris, 1900.
Bull. de la Soc. méd. des hôpit., 1907.
Fr. FRANK. *Leçons sur les fonctions motrices du cerveau*, 1887.
PIERRET. *Semaine méd.*, 1896.
Cong. de Rome, 1894.
CASTAIGNE, SICARD, ROUSSY. Articles du *Journ. méd. français*, mars 1912.
BRELET. Les convulsions (éclampsie infantile), Médecine pratique, in *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 75, p. 1105.

LE XIIe VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES AUX STATIONS HYDROMINÉRALES ET CLIMATIQUES DE FRANCE aura lieu du 1er au 14 septembre 1912, sous la présidence effective du professeur Landouzy.

Il comprendra les stations de l'Auvergne et du Centre de la France.

I. Le sanatorium de Lamotte-Beuvron est pris comme point de concentration de tous les voyageurs. Chacun s'y rendra isolément.

Pour arriver à Lamotte-Beuvron (gare de la Compagnie d'Orléans), toutes les compagnies de chemins de fer accordent une réduction de moitié prix.

II. De Lamotte-Beuvron à Pougues, les voyageurs visiteront, en groupe : La Roche-Posay, Néris, Evaux, Le Mont-Dore, Saint-Nectaire, La Bourboule, Vic-sur-Cère, Le Lioran, Royat, Durtol, Châtel-Guyon, Vichy, Bourbon-l'Archambault, Bourbon-Lancy, Saint-Honoré, Pougues.

Prix à forfait : 230 francs par personne. Ce prix comprend tous les frais du voyage, depuis le déjeuner du 1er septembre à Lamotte-Beuvron jusqu'au moment où les voyageurs se sépareront à Pougues le samedi 14 septembre : trajets en chemins de fer, voitures, hôtels, nourriture, transport des bagages, pourboires.

Pour retourner de Pougues (gare de la Compagnie P.-L.-M.) à son lieu de résidence, toutes les compagnies de chemins de fer accordent une réduction de moitié prix.

Pour s'inscrire envoyer : I. Son adhésion au docteur Carron de la Carrière, 2, rue Lincoln, Paris VIIIe : 1° son nom et son adresse lisiblement écrits; 2° l'indication de la gare d'où l'on partira, ou, pour les étrangers, la gare d'accès sur le territoire français.

II. Sa souscription, 230 francs, au docteur Jouaust, 4, rue Frédéric-Bastiat, à Paris.

Le Directeur-gerant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Hôtel-Dieu d'Orléans. — Un concours pour quatre places d'interne titulaire s'ouvrira le 10 décembre 1912, à deux heures et demie (salle de la Bibliothèque).

Pour s'inscrire et pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général des hospices d'Orléans.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Dans ses dernières réunions, le Conseil de la Faculté a :

Emis le vœu que la situation des préparateurs des laboratoires des Facultés de médecine aujourd'hui si précaire (puisqu'elle atteint comme maximum 1800 francs) fût relevée, comme vient de l'être récemment, par décret, celle des préparateurs des écoles supérieures de pharmacie ;

Accepté la proposition de M. le professeur Debove, d'affecter le legs Eugène Valencourt à la création, à la Faculté de médecine de Paris, d'une chaire de clinique phtisiologique. Le titulaire — qui s'engagerait à ne pas faire de clientèle — recevrait des appointements annuels de 25000 francs. Les laboratoires annexés seraient dotés d'un crédit supérieur, de façon que puissent s'y faire des études approfondies sur la tuberculose ;

Accepté la proposition d'un crédit annuel de 3000 francs, faite par le Conseil de l'université de Paris, pour l'institution, l'hiver prochain, d'un cours élémentaire d'anatomie, fait par un agrégé ; celui-ci serait proposé par le professeur d'anatomie, et désigné par le Conseil de la Faculté ;

Accepté une donation faite (en souvenir de son mari) par Mme Georges Dieulafoy de deux bourses annuelles, chacune de 500 francs, destinées à couvrir de leurs frais de scolarité, d'examens et d'impression de thèse deux étudiants français de la Faculté, sans fortune ou peu fortunés ;

Enfin accepté une donation (en souvenir de son mari, le docteur Henri-Alphonse Vivier, mort en 1911) faite par Mme Vivier d'une somme de 28 000 francs, employée en rente perpétuelle 3 p. 100. Cette donation est faite, à charge par la Faculté de médecine, d'employer les arrérages du titre de rente à doter les cliniques médicales générales, soit pour servir à leur développement scientifique, soit pour leur permettre d'envoyer en mission médicale un boursier à l'étranger.

MÉDAILLE DE LA MUTUALITÉ. — Les récompenses suivantes ont été accordées aux personnes ci-après désignées pour services rendus à la mutualité :

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Baude (d'Arras), Huard et Salamo (de Paris).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Gellé (de Lille), Gérard, Metge, Ramond et Sartory (de Paris) et Thouvenel (d'Antony).

Mentions honorables. — MM. les docteurs Aubin (de Pointe-à-Pitre), Bellicaud (de Rouen), Brenot (de Dijon), Delanoë (de Corbeil), Deschamps (de Paris), Gerbier (du Puy), Judet de la Combe (de Paris) et Morin (de Kremlin-Bicêtre).

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la trente et unième semaine, 733 décès, au lieu de 828 pendant la semaine précédente et au lieu de 832, moyenne ordinaire de la saison. Presque toutes les causes de mort ont contribué à l'abaissement de la mortalité.

MORTALITÉ DES JEUNES ENFANTS EN EUROPE. — Nous empruntons les chiffres ci-dessous à la *Gazetta degli ospedali e delle cliniche*, laquelle ne donne aucune indication d'origine.

Le nombre des enfants morts avant d'avoir accompli leur première année est pour 1000 enfants nés vivants, dans les différents pays d'Europe :

Russie........	272	France........	143
Autriche......	202	Angleterre....	121
Hongrie......	198	Suisse........	108
Allemagne....	178	Suède........	77
Italie.........	156	Norwège......	67

Voici maintenant la mortalité pour 1000 enfants de moins d'un an dans quelques villes d'Europe :

Moscou.......	356	Copenhague....	156
Bucarest......	217	Hambourg....	156
Breslau.......	194	Londres......	113
Munich.......	192	Paris.........	105
Marseille......	186	Zurich........	95
Vienne........	183	Amsterdam....	95
Bruxelles......	174	Stockolm.....	91
Berlin........	168		

A. G.

DES SUBLUXATIONS DE L'ÉPAULE

Par M. Marcel MIRIEL,
Ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris.

Nous voudrions, sous ce titre, rapporter les observations de malades que nous avons eus à soigner pour les suites de traumatismes insignifiants de l'épaule et qui présentaient tous une variété de luxation peu connue de l'épaule répondant bien à la luxation sous-coracoïdienne incomplète de Malgaigne, extracoracoïdienne de Panas, telle que ces auteurs l'avaient décrite, mais pas du tout à la description enjolivée de quelques manuels classiques.

Ces observations sont absolument superposables par trois de leurs caractères principaux :

1° Traumatisme insignifiant, quelquefois méconnu du malade, luxation toujours méconnue;

2° Absence des principaux symptômes des luxations de l'épaule;

3° Variété constante de l'impotence fonctionnelle.

Observation I. — Femme de cinquante-six ans, souffre depuis trois semaines d'une douleur dans l'épaule gauche qui l'empêche de « se peigner et de boutonner son corsage ».

Ne se rappelle d'aucun traumatisme et a subi sans succès une généreuse ignipuncture.

A l'examen, pas d'abduction du bras, pas d'aplatissement du moignon de l'épaule, pas de dépression en coup de hache.

Il est impossible de sentir la tête. On note seulement un très léger bombement de la partie antérieure du creux de l'aisselle.

Comme signes fonctionnels, deux mouvements seulement ne peuvent être exécutés :

Elévation du bras au-dessus de l'horizontale, « la malade ne peut se coiffer »;

Impossibilité de projeter le bras en arrière et d'atteindre la ligne médiane.

Traitement. Après nous être assuré bien exactement des mouvements que la malade pouvait faire, et mal satisfait par l'étiquette de rhumatisme nous avons pratiqué très doucement une ébauche du procédé de Kocher, et tout aussitôt, au grand étonnement de la malade, tous les mouvements pouvaient être exécutés.

Obs. II. — Homme de quarante-cinq ans, fait une chute sur l'épaule gauche et tout aussitôt en souffre, mais pouvant exécuter la plupart des mouvements et sentant bien qu'il n'avait pas de fracture attend trois jours pour venir consulter.

Bien qu'il n'y ait pas d'aplatissement du moignon de l'épaule non plus que de dépression en coup de hache, le bombement de la partie antérieure de l'aisselle, bien que léger, attire de suite l'attention.

Une traction insignifiante remet le bras en place et permet au malade d'exécuter les deux mouvements qui lui étaient interdits : abduction et projection en arrière.

Obs. III. — Homme de trente-cinq ans, charretier, sent une douleur légère en donnant un coup de fouet sans violence.

Ne consulte que le troisième jour : mêmes symptômes, même thérapeutique, même résultat que dans l'observation précédente.

Obs. IV. — Homme de soixante ans, a essayé la veille d'éviter une chute en se retenant à un barreau d'escalier. Ne souffre qu'un peu de l'épaule, ne présente aucun signe physique net, mais ne peut ni se coiffer ni mettre son pardessus.

Une traction élastique prolongée pendant quelques minutes remet tout en place.

La luxation s'étant reproduite deux jours après, on arrive, par la même thérapeutique, au même résultat, définitif cette fois.

Obs. V. — Un jeune homme de seize ans, en sautant un mur, se fait une luxation sous-astragalienne postérieure et se contusionne l'épaule.

Bien que ne présentant aucun signe net de luxation de l'épaule, comme il ne peut ni élever son bras horizontalement ni le projeter en arrière nous lui faisons une traction élastique qui, prolongée pendant quelques minutes seulement, lui fait retrouver l'intégrité de ses mouvements.

Ces observations, dont la similitude constitue le seul intérêt, ne sont pas assez nombreuses pour nous permettre autre chose que des remarques.

Nous rappellerons donc brièvement, à leur propos, ce qu'on avait écrit antérieurement sur cette question.

Etiologie. — Chopart, A. Cooper, Dupuytren, Malgaigne, Panas, Pinel reconnaissent comme principales causes de ces luxations :

Les chutes sur l'épaule, les contractions violentes du deltoïde, les chutes sur la main, le coude, et admettent le plus souvent « une cause directe quand le bras est rapproché du tronc ».

Anatomie pathologique. — Mal connue, décrite différemment par les auteurs, ce qui tient sans doute à l'extrême rareté des autopsies qui ont pu être faites.

Symptômes. — Malgaigne, South, Dupuytren reconnaissent tous que les symptômes sont peu étudiés, méconnus ou confondus et que quelquefois la tête est si peu éloignée de sa cavité que « la luxation est réduite avant d'avoir été reconnue » (Malgaigne).

Il existerait le plus souvent, pour South et Dupuytren, « une saillie formée en avant par la tête humérale à peu de distance de la jointure ».

A cette saillie correspond une dépression sous l'acromion, mais en arrière seulement et qui se révèle surtout à la pression.

« Le bras est pendant le long du tronc et facile à en rapprocher, ou bien il reste dans une abduction légère. Il ne paraît sensiblement tourné ni en dedans ni en dehors. Pas de tête dans l'aisselle, et ce n'est qu'en écartant le bras à 45 degrés qu'on y fait apparaître la saillie humérale » (South, Dupuytren).

Sédillot, dans une luxation analogue, écrit : « L'épaule n'offre pas les signes ordinaires d'une luxation, la saillie deltoïdienne n'a pas tout à fait disparu. »

Le malade ne peut porter la main sur l'épaule saine. Le coude se porte en avant et en arrière, mais seulement à 25 centimètres du tronc, à 40 centimètres en dehors, et l'omoplate entre pour plus de moitié dans ces mouvements.

Le malade ne peut porter sa main ni au front, ni dans le dos, cependant le malade de Zome pouvait faire les mouvements nécessaires pour faire jouer l'archet de son violon.

Panas enfin écrit : « Dans la luxation extracoracoïdienne la forme du moignon de l'épaule est parfois si peu altérée qu'il faut beaucoup d'attention pour ne pas méconnaître la luxation.

La main portée du côté de l'aisselle ne sent aucune saillie, à moins qu'on ne vienne à serrer fortement le bras.

Le bras pendant le long du tronc en est plus ou moins rapproché dans une forte rotation en dehors, aussi l'épitrochlée regarde-t-elle directement en avant. »

Comme on le voit, ces descriptions varient légèrement, sauf sur un point : le peu de symptômes nets présentés par ces variétés de luxation.

Diagnostic. — Suivant l'expression de Malgaigne ce diagnostic « demande une sérieuse attention », et la plus grande difficulté, la seule même, consiste justement à penser à cette variété de luxations. Ce diagnostic se basera sur l'unilatéralité de ce « rhumatisme », sur l'absence de signe de fracture ou de paralysie et sur l'impotence fonctionnelle limitée à deux mouvements :

Elévation du bras au-dessus de l'horizontale;

Projection du bras en arrière.

La radiographie ne donnera aucun renseignement, et c'est là un signe négatif de grande valeur.

Pronostic. — Quand on s'est assuré de l'intégrité des surfaces osseuses et de celles du deltoïde, on peut porter un pronostic beaucoup plus favorable que pour les autres luxations et les suites éloignées sont en quelque sorte nulles.

Traitement. — Pour réduire ces luxations la méthode la plus douce sera de beaucoup la meilleure, car un effort très minime suffit.

Panas conseillait d'écarter le bras du tronc en imprimant une légère rotation en dedans, et « la tête rentrait invariablement ».

Malgaigne, dans son *Traité des fractures et des luxations*, déclare que tous les procédés réussissent. C'est pour cela qu'il faut recourir de préférence à la traction élastique continue, au procédé de Mothes modifié ou non, mais jamais au vrai procédé de Kocher qui ne réduit qu'au prix de déchirures.

Conclusions. — De ce qui précède nous croyons pouvoir déduire au point de vue pratique les conclusions suivantes :

1° Il existe une ou des variétés peu connues de luxations antéro-internes de l'épaule caractérisées avant tout par une *absence presque absolue des symptômes* connus des luxations de l'épaule.

2° En face de tout malade présentant une impotence de l'épaule, douloureuse ou non, mais unilatérale, il nous semble de règle :

A. De s'assurer qu'il n'existe aucune fracture de l'humérus, ni aucune paralysie du deltoïde (ceci mieux par la contraction volontaire que par l'exploration délicate et quelquefois trompeuse du territoire sensitif du circonflexe);

B. De rechercher si le malade peut exécuter deux mouvements capitaux pour le diagnostic :

Elévation du bras au-dessus de l'horizontale;

Projection du bras en arrière.

3° En cas d'impossibilité d'effectuer ces deux mouvements et même en l'absence de tout signe classique de luxation, il faut (avant d'accepter l'étiquette de rhumatisme qui ne contente ni le malade ni le médecin) faire les manœuvres employées pour réduire habituellement une luxation de l'épaule, c'est-à-dire dans l'ordre de préférence :

a. Tractions élastiques et continues suivant la méthode de M. le professeur Pierre Delbet;

b. Procédé de Mothes;

c. A l'extrême rigueur, ébauche du procédé de Kocher, le déplacement étant si minime que souvent la réduction s'obtient, suivant le mot de Malgaigne, avant même que le diagnostic ait été fait.

Grâce à cette manière de faire, qui ne peut en tout cas nuire aucunement au malade, on pourra guérir, selon nous, bon nombre de ces rhumatismes de l'épaule qui ne sont que des luxations méconnues.

ARRACHEMENT INCOMPLET
DE LA
TUBÉROSITÉ ANTÉRIEURE DU TIBIA

Par M. Félix MASSELOT,
Interne des hôpitaux de Paris.

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'arrachement incomplet de la tubérosité antérieure du tibia. Bien que ces cas ne soient pas absolument rares, il nous a semblé utile de relater le nôtre qui présente quelques particularités intéressantes.

Observation. — Il s'agit d'un malade de cinquante-huit ans, sans aucun antécédent pathologique, qui entre à la Maison Dubois pour un gonflement douloureux siégeant au niveau du tiers supérieur de la jambe droite.

L'interrogatoire apprend que ces phénomènes ont apparu brusquement le 15 février à l'occasion d'un faux mouvement que le malade fit en procédant à sa toilette.

A ce moment il se trouvait dans la position suivante : membre inférieur gauche dans la rectitude; membre inférieur droit, jambe fléchie à angle droit sur la cuisse, la face antérieure de la jambe reposant dans sa totalité sur une chaise capitonnée. Ce faux mouvement fit perdre l'équilibre au malade qui s'assit brusquement sur sa jambe droite occasionnant ainsi une hyperflexion brusque de la jambe sur la cuisse.

Tout d'abord il ressentit une vive douleur puis une sensation de chaleur désagréable au niveau de sa jambe en même temps qu'apparut la tuméfaction.

A son entrée à l'hôpital, quarante-huit heures après, on constate :

A l'inspection une tuméfaction haute de quatre travers de doigt allant en largeur du péroné au bord interne du tibia et siégeant à trois travers de doigt au-dessous de la pointe de la rotule. Les téguments au niveau du gonflement ont une teinte uniformément ecchymotique.

A la palpation il est difficile de se rendre compte de l'état du squelette vu l'intensité du gonflement; on ne sent pas de crépitation; mais ces manœuvres révèlent l'existence d'un point douloureux très net à environ 6 centimètres au-dessous de la pointe de la rotule.

L'examen à distance montre l'absence de lésions du péroné, de la face interne du tibia et de l'articulation du genou qui ne

présente pas d'épanchement. Le quadriceps se contracte normalement. Les différents mouvements de la jambe sont possibles et peu douloureux.

Le 20 mars. Le gonflement ayant disparu en grande partie une palpation attentive montra, en suivant de bas en haut la crête tibiale, l'existence d'un ressaut au niveau du point de



douleur maxima. On pensa alors à une fracture partielle du tibia en raison de la douleur exquise et limitée et de cette saillie que l'on supposa être le bec d'un fragment osseux.

On fait une radiographie qui montre l'existence d'un arrachement incomplet de la tubérosité antérieure du tibia, détachant un fragment osseux en forme d'écusson dont la pointe est attirée en haut et en avant sous l'action du tendon rotulien.

Ces cas de fractures incomplètes de la tubérosité antérieure du tibia sont connus actuellement. On les a rangés au début sous le nom d'apophysites traumatiques ou d'apophysites de croissance. C'est à Schlatter que revient le mérite d'avoir établi leur existence. Les travaux parus sur cette question ont été très bien résumés par Lecène (*Journ. de chir.*, déc. 1908) et Jacoulet (*Progrès méd.*, 1er oct. 1910).

Il nous a paru intéressant de relater notre observation, d'abord parce que les documents radiographiques sur cette question sont peu nombreux, et aussi en raison de l'âge de notre malade.

Ce serait en effet de douze à vingt ans pour Jensen, de quatorze à dix-huit pour Schlatter qu'on aurait l'habitude d'observer cette lésion. Dans ce cas elle s'explique par un décollement incomplet de la tubérosité antérieure (non encore soudée au reste du tibia) par le tendon rotulien.

D'après Jensen (Jacoulet, loc. cit.) l'hyperflexion produit :

De 12 à 20 ans, fracture de la tubérosité antérieure.
De 20 à 40 ans, fracture de la rotule.
De 40 à 60 ans, arrachement de la rotule.

Or, notre malade est âgé de cinquante-huit ans. Il ne saurait s'agir ici d'un décollement. C'est une fracture dont le mécanisme est de toute évidence (les anamnestiques rapportés plus haut en font foi), l'arrachement par le tendon rotulien.

Au point de vue symptomatique ces arrachements partiels sont considérés comme étant le plus souvent des trouvailles de radiographie.

Or, si les signes locaux des premiers jours ne nous ont permis que de soupçonner un trait de fracture, il n'en a pas été de même lorsque le gonflement a été en partie résorbé. Nous avons pu alors constater très nettement : la douleur exquise très localisée, le ressaut du trait de fracture, le bec du fragment supérieur accrochant l'index explorateur.

En résumé, il s'agit dans notre observation d'un arrachement partiel de la tubérosité antérieure du tibia survenu par un mécanisme de flexion exagérée. L'intérêt de notre cas nous semble résider dans les constatations radiographiques, dans l'âge avancé du sujet, cinquante-huit ans, et dans la symptomatologie qui à elle seule pouvait permettre un diagnostic exact.

MÉDECINE PRATIQUE

L'IPÉCA

L'ipéca est un médicament très précieux, dont l'emploi peut rendre service dans le traitement de plusieurs affections fréquentes.

La racine d'ipécacuanha est fournie par une plante ligneuse de la famille des rubiacées, qui pousse au Brésil et dont on reçoit en Europe de 25 à 30000 kilogrammes par an; c'est l'ipéca de Rio ou du Brésil. On lui substitue souvent la racine d'une variété voisine qui est cultivée dans les Indes anglaises et qui donne à la matière médicale l'ipéca dit de Carthagène. Ces racines renferment des matières grasses, de l'amidon, du sucre, un tanin appelé acide ipécacuanhique et des alcaloïdes : l'émétine, la céphéline, la psychotrine (1). Les préparations pharmaceutiques faites avec la racine d'ipéca sont nombreuses : extrait, poudre, sirop, teinture, tablettes d'ipéca, sirop d'ipéca composé, poudre d'ipéca opiacée. La posologie varie selon l'effet que l'on veut obtenir, car l'action physiologique de l'ipéca est assez complexe. A haute dose (1gr50 de poudre) l'ipéca est vomitif; il détermine des nausées, puis des vomissements avec pâleur de la face, sueur profuse, affaiblissement du pouls; très souvent, on observe à la suite des effets purgatifs, mais beaucoup moins intenses que ceux de l'émétique. A doses plus faibles et fractionnées, l'ipéca provoque seulement du malaise avec nausées, des sueurs, des tendances à la lipothymie (effets contro-stimulants); il est peu à peu absorbé, et, en s'éliminant par la muqueuse bronchique, le foie, il produit

(1) HÉRAIL. *Traité de matière médicale. Pharmacographie.*

de l'hypersécrétion bronchique et intestinale, il est aussi cholagogue. Quant à l'action de l'ipéca sur la circulation pulmonaire, elle est très discutée, hyperémiante d'après certains auteurs, anémiante suivant les autres; quelle que soit théoriquement cette action, l'ipéca donne d'excellents résultats dans le traitement des congestions pulmonaires.

Lorsqu'on veut utiliser l'ipéca comme vomitif, il faut prescrire, pour un adulte :

Ipéca 1gr50

en trois paquets à prendre à cinq minutes d'intervalle, avec un verre d'eau tiède. On ajoute souvent à l'ipéca 0gr05 d'émétique. S'agit-il d'un enfant, on formulera :

Poudre d'ipéca...... 0gr10 par année d'âge (jusqu'à 1 gr.).
Sirop d'ipéca....... 30 grammes.

Une cuillerée à café toutes les cinq minutes jusqu'au vomissement; après chaque cuillerée, une gorgée d'eau tiède additionnée d'eau de fleurs d'oranger.

On peut associer à l'action vomitive de l'ipéca l'action purgative du jalap ou de la scammonée, en prescrivant par exemple

Poudre d'ipéca..... 0gr10 }
Poudre de jalap.... 0gr05 } par année d'âge.

Répartir en trois paquets qui seront pris à dix minutes d'intervalle dans une cuillerée d'eau sucrée.

La poudre de scammonée est employée de la même façon que la poudre de jalap.

Dans d'autres cas, ce n'est pas l'action vomitive de l'ipéca qui est recherchée; on veut plutôt soit exciter les sécrétions bronchiques ou intestinales, soit abaisser la pression artérielle; il faut alors donner le médicament à plus faibles doses; c'est ainsi que l'ipéca est utilisé dans le traitement des bronchites, des congestions pulmonaires, de la dysenterie, comme nous allons le voir.

Le sirop d'ipéca composé ou sirop de Desessartz renferme de l'ipéca, du séné, du sulfate de magnésie; on peut en donner de 20 à 60 grammes par jour (20 grammes contiennent 0gr10 de poudre d'ipéca). La poudre d'ipéca opiacée (poudre de Dower) est un mélange de sulfate de potasse, nitrate de potasse, ipéca et opium dont 1 gramme renferme 0gr10 de poudre d'ipéca et 0gr10 de poudre d'opium; elle est prescrite à la dose de 0gr25 à 1 gramme chez l'adulte, 5 centigrammes par année d'âge chez l'enfant, mais seulement chez les enfants au-dessus de trois ans.

Les indications de l'ipéca vomitif sont assez nombreuses; dans les empoisonnements, pour assurer l'évacuation complète du contenu gastrique, le lavage de l'estomac a une efficacité supérieure à celle des vomitifs, mais souvent on n'a pas sous la main ce qui est nécessaire pour faire ce lavage; on donnera donc un vomitif et si l'action de l'ipéca est plus lente que celle du tartre stibié, on n'a pas à craindre comme avec ce dernier que le vomitif ne provoque des érosions de la muqueuse gastrique [Arnozan (1)]; d'après Lyon (2) l'ipéca et le tartre stibié sont moins recommandables que la farine de moutarde (8 à 10 grammes), le sulfate de cuivre (0gr20 à 0gr50); on peut encore employer le chlorhydrate d'apomorphine en injections sous-cutanées (1 à 2 centigrammes). Dans l'indigestion, dans l'embarras gastrique primitif, le vomitif est surtout indiqué au début avant que les vomissements ne se soient produits spontanément; beaucoup d'affections s'accompagnent d'embarras gastrique, avec anorexie, langue saburrale, nausées; lorsque cet état des voies digestives est prononcé, l'emploi de l'ipéca est justifié, mais à la condition que le malade ne soit pas trop déprimé, car il y aurait lieu de redouter des accidents de collapsus. C'est pourquoi il ne faut pas abuser des vomitifs en médecine infantile; Grenet (1) a bien mis en évidence les dangers de cette médication employée à tort et à travers; il rappelle une phrase de Jules Simon : « Les vomitifs, chez les enfants, doivent être administrés avec discernement; prescrits mal à propos et sans ménagements, ils peuvent déprimer les forces encore si mal assises de ces petits êtres. » Et il montre qu'il faut s'abstenir lorsqu'on constate des signes de défaillance cardiaque ou lorsque le malade est très adynamique, car alors le vomitif ne ferait qu'accentuer l'abaissement de la pression sanguine et la dépression nerveuse. C'est surtout dans la pneumonie, dans les angines, que l'on constate cet état saburral des voies digestives indiquant l'emploi de l'ipéca; parmi les angines, il faut faire une mention spéciale de l'angine phlegmoneuse, où l'ipéca a souvent un très heureux effet, car, par les contractions musculaires qu'il provoque, il peut déterminer l'ouverture de l'abcès arrivé à maturité.

Dans les dyspepsies à forme hyposthénique avec atonie gastrique et flatulence, l'ipéca à faible dose est un médicament excito-moteur fort utile, d'après Mathieu. On prescrit alors 2 à 5 centigrammes de poudre d'ipéca, en deux ou trois prises après chaque repas, dans des cachets, ou des pastilles d'ipéca (2 à 5 pastilles de 1 centigramme), ou encore de la teinture d'ipéca, par exemple :

Teinture d'ipéca........... }
— de gentiane....... } *āā* 5 grammes.
— de noix vomique... }

x à xv gouttes après le repas, en deux fois, à une heure d'intervalle (Lyon).

L'ipéca est aussi employé dans le traitement de la constipation, des entérites chroniques, de la diarrhée des tuberculeux et surtout de la dysenterie.

C'est Blondel qui a recommandé l'extrait d'ipéca en lavement dans la constipation; à un lavement de 150 grammes d'eau on ajoute une demi-cuillerée ou une cuillerée à café de la solution :

Extrait d'ipéca............... 10 grammes.
Eau distillée................. 50 —

Le lavement ainsi préparé doit être pris le matin et gardé jusqu'à absorption.

Contre la diarrhée des tuberculeux, on préconise la poudre de Dower et les lavements à la décoction de racine d'ipéca.

Ipéca concassé......... 5 à 10 grammes.
Eau d'amidon.......... 250 grammes.

Faire 3 décoctions, chacune avec le tiers de l'eau; réduire à 200 grammes, ajoutez

Laudanum de Sydenham..... v à x gouttes.
(Bourdon.)

Dans la dysenterie, l'ipéca est employé depuis fort longtemps, depuis que, grâce à ce remède nouvellement importé du Brésil, Helvétius parvint à guérir le Dauphin en 1676. Sous l'influence du traitement, la sécrétion biliaire et la sécrétion intestinale sont activées, les hémorragies cessent, les selles reprennent de la consistance; l'ipéca peut être donné de plusieurs façons, par exemple à la Brésilienne : sur 2, 4 ou 8 grammes de racines concassées d'ipéca, on verse 200 grammes d'eau bouillante, on laisse macérer pendant douze heures, on décante et l'on fait prendre au malade la macération; avec le résidu de la première macération, on prépare pour le second jour une autre macération et ainsi pendant trois ou quatre jours. Associé au calomel, l'ipéca entre dans la composition

(1) *Précis de thérapeutique*, t. II.
(2) *Clinique thérapeutique.*

(1) Grenet. Les vomitifs en thérapeutique infantile, *Arch. gén de méd.*, 1905, t. I.

des pilules de Segond, très employées également contre la dysenterie :

Poudre d'ipéca	0gr40
Calomel	0gr20
Extrait d'opium	0gr05
Miel blanc	Q. S.

Pour six pilules, à prendre de deux en deux heures dans la journée.

Plusieurs maladies de l'appareil respiratoire peuvent être traitées par l'ipéca, soit à doses vomitives, soit à doses faibles. Rilliet et Barthez, Jules Simon conseillaient de donner un vomitif aux enfants atteints de laryngite striduleuse, pour « chasser les mucosités entretenant l'excitabilité réflexe dont le spasme est la conséquence; l'action hyposthéniante de l'ipéca contribuera plus tard à atténuer cette susceptibilité » (J. Simon). Dans le croup, l'emploi des vomitifs est plus discuté, aujourd'hui presque complètement abandonné « à cause de leur action déprimante, et aussi parce que, dans la dyspnée du croup, les phénomènes spasmodiques jouent un rôle plus important que l'obstruction mécanique du larynx par les fausses membranes » (Grenet). Par contre, l'ipéca reste un médicament précieux, aussi bien chez les enfants que chez les adultes, dans les bronchites surtout quand celles-ci s'accompagnent de poussées congestives. L'ipéca débarrasse les bronches des mucosités et diminue la congestion. On pourra prescrire aux enfants la poudre avec le sirop d'ipéca ou une potion contenant du sirop de Desessartz. Chez les adultes, l'association de l'ergotine et de l'ipéca donne d'excellents résultats dans les bronchites et les congestions pulmonaires, car elle exerce une action vaso-constrictive très remarquable sur les vaisseaux du poumon (Renaut).

Poudre d'ipéca	0gr20 à 0gr30
Ergotine	1 gramme.
Julep gommeux	125 —

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

On sera plus réservé sur l'emploi de l'ipéca dans la bronchite capillaire et la bronchopneumonie, car il faudra redouter une trop grande action dépressive; on ne donnera donc de l'ipéca qu'à des enfants un peu âgés (à partir de trois ans) et n'ayant pas une atteinte trop profonde de l'état général; les bains, les enveloppements froids du thorax, les injections d'huile camphrée, de spartéine, doivent constituer la base du traitement dans la plupart des cas de bronchopneumonie.

Aux enfants atteints de coqueluche, Laënnec donnait des vomitifs, émétique ou ipéca, tous les jours ou tous les deux jours, au début de l'affection, pendant une ou deux semaines; Trousseau avait plus volontiers recours au sulfate de cuivre et il dit avoir vu, en plusieurs circonstances, le nombre des quintes diminuer très notablement à la suite du traitement par les vomitifs. Mais quelle est la médication qui n'a pas, en plusieurs circonstances, fait diminuer le nombre des quintes de coqueluche ? Aussi les vomitifs sont-ils aujourd'hui très délaissés dans le traitement de cette maladie dont le remède vraiment et toujours efficace est encore à trouver. Sans renoncer complètement aux vomitifs, on ne devra les employer que « comme une médication adjuvante, favorisant l'expulsion des mucosités bronchiques et débarrassant l'estomac des crachats déglutis » (Grenet).

Il ne nous reste plus qu'à signaler les excellents résultats obtenus avec l'ipéca dans le traitement des hémoptysies; on sait que Trousseau n'hésitait pas à ordonner 3 grammes d'ipéca en quatre paquets administrés de dix en dix minutes; les malades d'aujourd'hui n'ont sans doute pas le même tempérament que ceux du temps de Trousseau; aussi ces fortes doses ne sont-elles plus conseillées; on donne maintenant l'ipéca selon la méthode de Graves, sans aller jusqu'au vomissement; le malade prend dix centigrammes d'ipéca toutes les vingt minutes, jusqu'à 0gr80 ou 1 gramme; on peut même espacer davantage les prises d'ipéca en formulant par exemple :

Poudre d'ipéca	1 gramme.
Sirop diacode	60 —
Sirop d'écorces d'oranges amères	30 —

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures; ou encore

Ipéca	0gr05
Extait thébaïque	Deux milligrammes.

pour une pilule. Une toutes les heures.

Dans la plupart des cas, sous l'influence de ce traitement, l'hémoptysie ne tarde pas à s'arrêter; c'est une médication qui, comme l'a dit Trousseau, manque bien rarement son effet.

M. BRELET.

JURISPRUDENCE

UN MÉDECIN EXPERT EST-IL UN FONCTIONNAIRE?

Tel est le point de droit fort intéressant que vient de trancher la Chambre criminelle de la Cour de cassation dans un arrêt du 27 avril 1912.

D'après cet arrêt les médecins experts ne peuvent être considérés, ni comme des fonctionnaires publics, ni comme des agents ou dépositaires de l'autorité publique, ni comme des citoyens investis d'un mandat ou chargés d'un service public au sens de l'article 31 de la loi du 29 juillet 1881. En outre ni la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, ni le décret du 17 août 1897, rendu pour l'exécution de cette loi dans notre colonie n'ont modifié le caractère des médecins experts. Par suite la diffamation dont lesdits experts sont l'objet dans l'exercice et à raison de leur mission est de la compétence du Tribunal correctionnel et non de la Cour d'assises.

Voici d'ailleurs les principaux attendus de l'arrêt de la Cour de cassation.

« Attendu en droit que les experts désignés par les magistrats et par les tribunaux pour fournir à la justice le secours de leurs lumières, ne peuvent être considérés ni comme des fonctionnaires publics, ni comme des agents ou des dépositaires de l'autorité publique, ni comme des citoyens investis d'un mandat ou chargés d'un service public au sens de l'article 31 de la loi du 29 juillet 1881; qu'ayant seulement pour mission de faire des constatations matérielles, ou d'émettre leur avis sur telles ou telles questions qui leur sont soumises d'une manière déterminée, ils n'ont d'autre autorité que celle que peuvent leur donner leur expérience et l'honorabilité de leur caractère, sans que leur opinion qui peut toujours être contestée par les parties, puisse à aucun titre s'imposer aux magistrats; que s'ils sont des auxiliaires utiles de la justice, ils ne sont chargés ni momentanément ni d'une manière permanente d'aucune partie de l'administration publique;

Attendu que ni la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine, ni les règlements d'administration publique rendus pour l'exécution de cette loi et notamment le décret du 17 août 1897, promulgué en Cochinchine le 26 septembre 1898, qui déterminent uniquement dans quelles conditions le choix des médecins experts près les tribunaux sera exercé par les magistrats, n'ont modifié leur caractère; d'où il suit qu'en déclarant la juridiction correctionnelle incompétente pour statuer sur l'action en diffamation introduite par F... contre C..., l'arrêt attaqué a fait une fausse application de l'article 31 de la loi du 29 juillet 1881 et violé les dispositions des articles 32 et 45 de la même loi. »

Cet arrêt, cassant celui rendu par la Cour d'appel d'Indochine du 2 décembre 1911 (v. *Gaz. du Palais*, 1912, I. 507)

qui avait déclaré la juridiction correctionnelle incompétente pour connaître d'une poursuite en diffamation engagée par un médecin expert, ne fait que confirmer une jurisprudence antérieure.

La Chambre criminelle de la Cour de cassation a solutionné déjà la question dans plusieurs arrêts, notamment 9 novembre 1872 (*Bull. crim.*, p. 454); 5 juin 1885 (*Bull. crim.*, p. 270); 14 mai 1898 (*Gaz. Pal.*, 98. I. 660); Cass. 1er juin 1893 (D. P. 95. I. 104); 5 décembre 1911 (*Revue Droit médical*, 1912, p. 44). Le Tribunal de la Seine a également jugé en ce sens (v. Trib. Seine, 9 mars 1898; *Gaz. Pal.*, 1898. I. 352).

Cependant dans un arrêt du 8 mars 1877 (D. P. 1878. I. 395), la Cour de cassation a décidé que l'expert commis par justice était un citoyen chargé d'un ministère de service public, protégé contre l'outrage par l'article 244 du Code pénal. C'était sur cette jurisprudence et sur la doctrine (v. Fabreguettes, *Traité des délits politiques et des infractions par la parole, l'écriture et la presse*, t. II, p. 475), que s'était appuyée la Cour d'appel d'Indochine).

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 JUILLET 1912)

Du rôle de la caféine dans l'action cardiaque du café. — MM. H. BUSQUET et M. TIFFENEAU constatent que sur le cœur isolé de lapin la caféine et les divers cafés exercent une action manifestement toxique; ceci ne permet naturellement aucune conclusion sur l'action cardiaque de ces produits dans les conditions où ils sont consommés par l'homme. In vivo chez le chien la caféine accélère notablement les battements du cœur; cette influence accélératrice se retrouve intégralement après l'injection de café ordinaire; elle fait totalement défaut avec le café décaféiné. La caféine est donc l'agent principal de l'action cardiaque du café.

Action de certains éthers de la glycérine sur le bacille de la tuberculose. — M. A.-T. SALIMBENI.

Sur la radioactivité des eaux thermo-minérales d'Usson (Ariège). — M. G. MASSOL a étudié la radioactivité des sources Condamy et des Plaies, et constaté que ces deux sources ont sensiblement la même radioactivité; les gaz dissous et spontanés de toutes les sources d'Usson sont constitués presque en totalité par l'azote et les gaz rares; ils sont radioactifs et leur radioactivité est due à l'émanation du radium.

LIVRES NOUVEAUX

La Tuberculose inflammatoire (1), par MM. PONCET et LERICHE.

Parti du rhumatisme tuberculeux qu'il avait décrit pour la première fois au Congrès français de chirurgie en 1897, M. le professeur Antonin Poncet arrivait en 1902 à une conception aussi hardie que générale de la tuberculose humaine. Il l'exposait à l'Académie de médecine en distinguant suivant les manifestations cliniques et anatomiques :

Une *tuberculose spécifique ou classique* avec les lésions caractéristiques du follicule, du nodule, de la cellule géante, aboutissant à la fongosité, à la fonte caséeuse, ou bien à la réaction fibreuse de guérison;

Une *tuberculose aspécifique* avec des lésions simplement *inflammatoires*;

Une *tuberculose septicémique* ou alésionnelle, sans signature anatomique apparente.

C'est la deuxième de ces grandes catégories que MM. Poncet et Leriche, après en avoir décrit les aspects dans de multiples travaux depuis dix ans, viennent d'étudier dans une œuvre d'ensemble à la fois méthodique, substantielle, très claire et éminemment suggestive.

« Il y a, disent-ils, dans la tuberculose une échelle de malignité offensive et de spécificité réactionnelle. Tout au bout de l'échelle, les bacilles de Koch très infectants tuent par intoxication brutale, massive, sans même laisser le temps à l'organisme de faire des réactions tissulaires caractéristiques (*tuberculose septicémique*). Un degré au-dessous ils donnent l'*explosion granulique*. Plus bas, les agents de virulence moyenne font les *tuberculoses médicales*, et s'ils sont plus faibles encore les *tuberculoses chirurgicales*. A une atténuation plus grande correspondent les *scrofulides* et les petites infections du même type. La virulence peut être encore plus faible; elle crée alors les lésions bâtardes, bien connues surtout des dermatologistes... Enfin, tout au bas de l'échelle, le bacille de Koch très affaibli, amoindri, aux bacilles atténués, n'a plus le pouvoir destructeur habituel. Il évolue dans les tissus sans engendrer de réaction spécifique ; il se borne à produire des flux congestifs, des scléroses plus ou moins durables. »

« Ces dernières lésions sont tellement indifférentes, tellement dépourvues de tous caractères spécifiques que leur filiation tuberculeuse ne se peut démontrer par aucun caractère histologique. Leur aspect anatomique est celui des lésions inflammatoires vulgaires engendrées par des infections quelconques. »

« ... Cette tuberculose inflammatoire peut frapper tous les tissus; c'est elle qui est responsable des prétendues lésions de dégénérescence, des désordres anatomiques non spécifiques attribués aux infections intercurrentes que l'on constate chez les tuberculeux », que ce soit dans l'appareil circulatoire ou urinaire, dans le tube digestif ou dans le système nerveux.

Nous ne pouvons pas ici suivre les auteurs dans l'analyse de chacun des chapitres où ils ont fait un exposé méthodique de la tuberculose inflammatoire sur les grands systèmes organiques puis sur chacun des appareils de ces systèmes. Guidés par cette idée première, « ce qui est vrai pour un tissu dans un organe, comme réaction anatomique, l'est pour tous les tissus dans tous les organes », MM. Poncet et Leriche considèrent toute la pathologie sous un angle nouveau. Ils brisent les cadres nosologiques avec la sérénité que donne, non pas seulement la foi, mais la certitude logique que l'on est dans le vrai.

La juxtaposition féconde des notions physiologiques et des constatations cliniques éclaire tout cet ouvrage. On le lit pourtant avec la curiosité que suggère une exploration en pays inconnus surtout si l'on parcourt certains chapitres presque entièrement *neufs*, tel celui intitulé « Tuberculose inflammatoire des glandes à sécrétions externes ou internes », et plus particulièrement les paragraphes consacrés au corps thyroïde, à l'ovaire et au testicule.

Sans doute, toutes les idées accumulées dans ce livre « ne reposent pas sur les fondations inébranlables de l'histologie et de l'expérimentation », ainsi qu'on l'a maintes fois objecté à M. Poncet en lui demandant de faire la preuve histologique ou expérimentale de ses affirmations. Mais, depuis un demi-siècle, les fondations de l'histologie ont été si souvent remaniées depuis la cellule cancéreuse spécifique, le tubercule spécifique, la cellule géante spécifique, peu à peu découronnées de leur spécificité, que nous pouvons aujourd'hui douter

(1) Paris, O. Doin et fils, 1912.

de la solidité de l'ancien édifice. Quant à l'expérimentation si elle a ouvert fréquemment de nouveaux horizons à la clinique, plus souvent encore c'est la nécessité pour elle de contrôler l'interprétation des faits cliniques qui l'a conduite à ses plus belles conquêtes. Pour la tuberculose, en particulier, les suggestions de M. Poncet n'ont pas été étrangères à la découverte des toxines distinctes, l'une caséifiante, l'autre sclérosante, découvertes par M. Auclair, ni à l'utilisation de ces toxines ou d'autres produits analogues par MM. Bernard, Salomon, Gougerot, pour réaliser des *tuberculoses non folliculaires*.

Depuis dix ans, nombre des « postulats » de M. Poncet ont résisté au contrôle de la clinique et du laboratoire. Donnons donc encore crédit à MM. Poncet et Leriche de quelques années pour le parachèvement de leur édifice; et rappelons-nous que les certitudes en biologie sont faites d'abord de probabilités, dont la vraisemblance ne s'affirme que par la sanction répétée des faits.

LÉON BÉRARD.

CONGRÈS

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPARÉE, à la Faculté de médecine de Paris, du 17 au 23 octobre 1912. — Ce Congrès se tient sous le haut patronage de MM. les membres du gouvernement français et des plus hautes personnalités scientifiques, et sous la présidence de M. H. Roger, professeur de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de Paris.

Il s'occupera non seulement des maladies communes à l'homme et aux animaux dans toute la série, mais aussi des rapports pouvant exister entre les maladies des différentes espèces. Il s'occupera également de pathologie végétale et des relations possibles entre certaines maladies des plantes et celles des animaux.

Voici la liste des rapports et le nom des rapporteurs :

Tuberculose (pathogénie). — M. Calmette : Le rôle des tuberculoses animales dans la contamination de l'homme. — M. Vallée. — M. Chaussée : Sur la pathogénie de la tuberculose. — M. Lignières : La tuberculose bovine et ses dangers pour l'homme.

Diphtérie humaine et aviaire. — M. Arloing. — M. Rappin.

Cancer. — MM. Menetrier et Clunet. — M. Borrel.

Variole et vaccine. — M. Teissier. — M. Chaumier. — MM. Carrière et Tomarkin.

Parasites communs à l'homme et aux animaux. — M. Weinberg : Sur les toxines vermineuses. — M. Perroncito : Les virus latents en rapport avec les maladies parasitaires. — M. Ch. Morot : La cysticercose ladrique des animaux domestiques. — M. Devé : Sur les échinocoques. — M. Bodin : Sur les teignes. — M. de Jong : Sur les dermatomycoses communes à l'homme et aux animaux. — MM. de Beurmann et Gougerot : Sporotricose spontanée des animaux. — M. Nattan-Larrier : Les rapports pathologiques et pathogéniques entre les spirilloses humaines et animales.

Affections nerveuses. — MM. Marchand et Petit (d'Alfort).

Rage. — M. Delaunay : La fréquence probable de la rage humaine méconnue et la nécessité d'en organiser la prophylaxie. — M. Remlinger. — M. Babès. — Mme Negri-Luzzani : Sur l'étiologie et le diagnostic de la rage.

Etude comparative des cirrhoses. — M. Marcel Garnier : Les cirrhoses humaines et animales. — M. Ravenna : Les cirrhoses animales.

Pathologie des animaux inférieurs. — M. E. Perroncito : Les maladies des abeilles et des vers à soie. — M. Jugeat : Sur la pathologie des poissons.

La scarlatine expérimentale. — M. Levaditi.

Le lait. — M. Porcher. — M. Henri de Rothschild.

Organisation internationale de la lutte contre la fièvre aphteuse. — M. Moussu.

Organisation internationale de la lutte contre la melitococcie. — M. Ch. Dubois.

Pathologie végétale. — M. Louis Dop : Sur une coopération internationale de lutte contre les maladies des plantes. — M. L. Blaringhem : Sur l'hérédité des maladies cryptogamiques et le mendélisme. — M. O. Larcher : Sur les tumeurs des tiges.

Des avantages divers seront accordés aux congressistes : réceptions, réductions sur les compagnies de chemins de fer et de navigation, hôtels, restaurants, théâtres, visite des grands établissements scientifiques, excursion finale, comité de dames.

Le volume des rapports sera envoyé aux congressistes avant le Congrès.

Cotisations : membre actif, 20 francs; membres de la famille des congressistes, 10 francs.

Envoyer adhésion ou demande de renseignements à M. Grollet, secrétaire général, 42, rue de Villejust, à Paris.

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS (149, rue de Sèvres). — PROGRAMME DU COURS DE PERFECTIONNEMENT (20 août-7 septembre 1912). — *20 août*. — Dix heures et demie : M. Nobécourt. Rhumatisme articulaire aigu. Endocardites aiguës. — Cinq heures : M. Voisin. Diagnostic clinique des méningites.

21 août. — Dix heures et demie : M. Tixier. Hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx. — Cinq heures : M. Darré. Diagnostic des angines aiguës.

22 août. — Dix heures et demie : M. Tixier. Colites. — Cinq heures : M. Nobécourt. Endocardites chroniques.

23 août. — Dix heures et demie : M. Tixier. Tuberculose du nourrisson. — Cinq heures : M. Darré. Diagnostic des laryngites aiguës. Traitement de la diphtérie.

24 août. — Dix heures et demie : M. Tixier. Diagnostic et traitement de la fièvre typhoïde. — Cinq heures : M. Merklen. Coqueluche.

26 août. — Dix heures et demie : M. Harvier. Scarlatine. Varicelle (diagnostic, complications, traitement). — Cinq heures : M. Merklen. Adénopathies trachéo-bronchiques.

27 août. — Dix heures et demie : M. Harvier. Rougeole. Erythèmes toxi-infectieux. — Cinq heures : M. Nobécourt. Péricardites et médiastinites.

28 août. — Dix heures et demie : M. Ferrand. Erythèmes, impétigo, eczéma des nourrissons. — Cinq heures : M. Voisin. Ponction lombaire. Traitement des méningites.

29 août. — Dix heures et demie : M. Harvier. Paralysie infantile. — Cinq heures : M. Nobécourt. Cardiopathies congénitales.

30 août. — Dix heures et demie : M. Ferrand. Diagnostic et traitement de l'hérédo-syphilis. — Cinq heures : M. Merklen. Diagnostic et traitement des pleurésies.

31 août. — Dix heures et demie : M. Harvier. Tumeurs cérébrales. — Cinq heures : M. Merklen. Diagnostic et traitement de la pneumonie et des broncho-pneumonies.

2 septembre. — Dix heures et demie : M. Paisseau. Rachitisme. — Cinq heures : M. Paisseau. Purpuras. Maladie de Barlow. Hémophilie.

3 septembre. — Dix heures et demie : M. Paisseau. Anémies. Leucémies. — Cinq heures : M. Babonneix. Encéphalopathies infantiles.

4 septembre. — Dix heures et demie : M. Lemaire. Laits utilisés pour les nourrissons. — Cinq heures : M. Babonneix. Chorée. Tétanie.

5 septembre. — Dix heures et demie : M. Lemaire. Technique de l'allaitement. — Cinq heures : Epilepsie. Hystérie.

6 septembre. — Dix heures et demie : M. Lemaire. Etude clinique des troubles digestifs des nourrissons. — Cinq heures : M. Paisseau. Hypertrophie du thymus. Myxœdème.

7 septembre. — Dix heures et demie : M. Lemaire. Traitement des troubles digestifs des nourrissons. — Cinq heures : M. Babonneix. Albuminuries.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 331, 10 avril 1912.) H. BORDIER : Facilité d'évaluation des doses faibles soit en lumière artificielle, soit en lumière naturelle, par le chromoradiomètre. — DESTERNES et BAUDON : Inversion totale de l'estomac par distension gazeuse de l'intestin. — Wertheim SALOMONSON : Le milliampèremètre et l'intensité des rayons de Röntgen. — CERESOLE : Contribution à la connaissance des réactions précoces après des irradiations Röntgen. — REGAD : Utilisation du courant alternatif en radiologie. — (N° 332, 25 avril.) CHARTIER : L'électrothérapie du goitre exophtalmique.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 4, avril 1912.) TALON : Etude sur l'association de la scarlatine et de la rougeole. — LAPASSET : De la cure radicale du varicocèle. — GAUTIER et MOREAU : Les eaux d'alimentation de Casablanca et de la Chaouïa. — COUDRAY : Le service de santé au combat d'El-Menaba. — FOLLY : Etude sur les infirmeries indigènes en Algérie et au Maroc.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 4, avril 1912.) P. GUÉGUEN : Etude comparée des méthodes gravimétriques et titrimétriques en chimie analytique. — VIOLLE : Expériences sur la stérilisation de l'eau par les rayons ultraviolets. — GLOAGUEN : Préparation du service de santé au combat. — F.-H. BRUNET : Du paludisme à Ajaccio. — PALASNE DE CHAMPEAUX : Moyen pratique de puiser de l'eau de mer à certaines profondeurs.

Archives des maladies de l'appareil digestif. — (N° 4, avril 1912.) SURMONT et DUBUS : De l'excitation à distance de la motricité colique, applications à la physiologie et à la pathologie. — GLÉNARD et JAUGEAS : De la microgastrie.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 4, avril 1912.) Henri LERAT et E. ERTAUD : Hernie crurale étranglée. Cure radicale. Perforation intestinale huit jours après l'intervention. Laparotomie. Résection intestinale. Anastomose latéro-latérale. Guérison. — H. HAMEL : A propos d'un cas de syphilis du péroné. — MASCAREL : L'asthme infantile.

Archives générales de chirurgie. — (N° 4, 25 avril 1912.) Mario DONATI : Trismus par ankylose osseuse temporo-maxillaire. — Léon THÉVENOT et E. MICHEL : Deux cas d'infiltration d'urine d'origine prostatique. — MAUCLAIRE : Traitement chirurgical de la tuberculose abdominale en général et des tuberculoses gastro-intestinales et péritonéales en particulier.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 7, 10 avril 1912.) VINCENT et G. PÉLISSIER : Etude clinique et radiologique d'une luxation du métatarse. — A. REY : Quelques considérations sur la physiologie des circonvolutions cérébrales chez l'homme. — (N° 8, 25 avril.) — L. BONNET : Faits chirurgicaux et radiographie. — L. PRON : A propos de deux types d'estomac différents. — H. SOULIÉ et M. SÉNEVET : Abcès du foie amibien. — A. REY : Quelques considérations sur la physiologie des circonvolutions cérébrales chez l'homme.

Clinique. — (N° 14, 5 avril 1912.) André THOMAS : Tumeur du nerf acoustique. — LEGUEU : Des exclusions rénales et vésicales dans la tuberculose. — VAQUIER : Un traitement rationnel de l'ozène. — MAUCLAIRE : Tuberculose de l'intestin grêle, de l'appendice et du segment iléo-cæcal. — (N° 15, 12 avril.) SCHWARTZ : Les fonctions du cerveau et le problème des localisations. Essais de psycho-physiologie. — G. LUYS : La follicule urétrale. — SOURDAT : Luxations traumatiques de l'épaule. — VILLAR : Contribution à l'étude du « petit entérocolisme ». — KIRMISSON : Hypospadias. Epispadias. — (N° 16, 19 avril.) M. E. BINET et H. LEBON : De l'influence du bicarbonate de soude sur la durée de l'évacuation stomacale. — A. PONCET : La tuberculose inflammatoire de l'appareil digestif. — LEGUEU : Rupture rénale. — SCHWARTZ : Les fonctions du cerveau et le problème des localisations (*suite*). — (N° 17, 26 avril.) H. CLAUDE : L'opothérapie uni ou pluriglandulaire comme adjuvant du traitement bromuré dans l'épilepsie. — HUTINEL : La tuberculose des séreuses. Tuberculose péritonéo-pleurale et tuberculose pleuro-péritonéale. — ARRON : Kyste de la bourse du psoas.

Echo médical du Nord. — (N° 14, 7 avril 1912.) G. RAVIART : L'assistance des aliénés dans le département du Nord, ce qu'elle est, ce qu'elle devrait être. L'hôpital clinique d'Esquermes. — (N° 15, 14 avril.) SURMONT et DEHON : Conception étiologique, pathogénique et thérapeutique de l'entérocolisme muco-membraneux. — DESCARPENTRIES : Valeur comparée des différentes anesthésies chirurgicales. Moyens d'éviter les complications pulmonaires à la suite de l'éthérisation. — (N° 16, 21 avril.) A. CALMETTE : Rapport sur les voies de pénétration et de diffusion du bacille tuberculeux dans l'organisme. — OUI : Présentation de la face dans un bassin rétréci. Opération de Porro. — G. D'HOTEL : Tétanos. Injection médullaire en déclivité bulbaire. Guérison. — (N° 17, 28 avril.) A. CALMETTE : La thérapeutique spécifique active de la tuberculose. — R. PIERRET et BENOIT : Néphrite chronique hydrurique. Urémie. Dosage de l'urée dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. — Henri DAMAYE : Etude d'un état de mal comitial ; traitement ; formule leucocytaire. — Léon DUBAR : Composition du matériel nécessaire aux choix des lunettes à la Skiaskopie.

Encéphale. — (N° 4, 10 avril 1912.) BERNHEIM : Sommeil et somnambulisme. — L. BÉRIEL et Ch. GARDÈRE : Sur la méningo-myélite tuberculeuse primitive. — Auguste GONNET : Un cas de psychose interprétative et imaginative. — H. CLAUDE et Mlle LOYEZ : Un cas d'atrophie croisée du cervelet par lésion traumatique de la capsule interne. — F. TISSOT : Paralysie générale traumatique.

Gazette des praticiens. — (N° 420, 1er avril 1912.) DEVAUX : De la morphine dans les affections mitrales. — Et. BOISSART : Sur les injections sous-cutanées d'oxygène gazeux. — (N° 421, 15 avril.) LEMOINE : Théorie de l'artério-sclérose basée sur la cholestérinémie. — DEVAUX : De la morphine dans les affections mitrales (*suite*).

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 14, 7 avril 1912.) PACHON : Leçon inaugurale du cours de physiologie. — (N° 15, 14 avril.) E. LEURET et H. GAUVENET : Les ictères choluriques. — (N° 16, 21 avril.) G. BUARD : De la vaccination antityphique. Etat actuel de la question. — (N° 17, 28 avril.) Paul LEMAIRE : Prescriptions à base de chrysarobine et d'acide chrysophanique. — J. GALTIER : Contribution à l'étude des troubles psychiques dans la ladrerie cérébrale.

Gazette médicale de Nantes. — (N° 14, 6 avril 1912.) BIANTE : De la mythomanie infantile. — (N° 15, 13 avril.) CHASTENET DE GÉRY : Sur le livre du professeur Rouxeau, « Laënnec avant 1806 ». — (N° 16, 20 avril.) CONSTANTIN : La thérapeutique des tuberculoses osseuses et ganglionnaires, suivant les méthodes berckoises (*suite*). — (N° 17, Jean EBED : Impressions d'un prostatectomisé (auto-observation).

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 16, 18 avril 1912.) KRAUS et ISHIWARA : Action du sérum des sujets sains et des cancéreux sur les cellules embryonnaires. — FRÜHWALD : Sur la question de la virulence du sang des syphilitiques. — MERKURIEW : Présence d'arsenic dans l'urine après l'emploi de salvarsan. — HINTERSTOISSER : Compresses de gaze perdues. — SEORCEWSKI et SOHN : L'atophan dans l'organisme. — ADLER : Carcicome du côlon avec rejets de plusieurs tumeurs haut situées par les selles. — TORNAI : Nouvel appareil d'éclairage par transparence.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Un concours pour la nomination à cinq places d'interne en médecine dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 10 octobre 1912.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Administration, quinze jours avant la date fixée pour ce concours, soit le 25 septembre avant midi au plus tard.

VIIe CONGRÈS BELGE DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE. — La VIIe session du Congrès annuel des aliénistes et neurologistes belges se tiendra, à Ypres-Tournai, les 28 et 29 septembre 1912.

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR. — I. *Neurologie*. — M. le docteur Sano (d'Anvers) : Physio-pathologie du cervelet.

II. *Chirurgie cérébrale*. — MM. les docteurs Depage, Bouché et Marcel Danis (de Bruxelles) : La craniectomie décompressive.

III. *Psychiatrie*. — M. le docteur Ch. Cuylits (de Tournai) : Les voleurs aliénés.

Indépendamment des questions mises à l'ordre du jour, les adhérents peuvent faire des communications diverses sur un sujet *quelconque* de neurologie ou de psychiatrie.

Les personnes de toutes nationalités s'intéressant aux sciences neurologiques ou psychiatriques peuvent se faire inscrire comme membres adhérents et faire des communications; la seule condition est l'emploi d'une des deux langues en usage en Belgique : le français ou le flamand.

DISTRACTIONS. — Visite des musées, des curiosités, des asiles.

La cotisation est fixée à 10 francs.

Adresser les adhésions, les cotisations et les communications au secrétaire général du Congrès, M. le docteur d'Hollander, médecin de l'Asile de l'État, à Mons.

L'HYGIÈNE PUBLIQUE EN INDOCHINE. — Le lieutenant-gouverneur de la Cochinchine a adressé aux administrateurs chefs de province une circulaire où il insiste sur les mesures à prendre pour améliorer les conditions sanitaires de la colonie.

Il rappelle qu'il convient, conformément à l'arrêté du 20 janvier 1906, de réunir dans chaque province, tous les deux mois environ, la commission sanitaire chargée de veiller à l'application des règlements en vigueur. Les principaux de ces règlements comportent l'isolement des malades affectés de maladies pestilentielles, la destruction des immeubles insalubres, l'obligation pour les notables de chaque commune de signaler à l'administrateur chef de province tout cas de maladie suspecte.

Mais la partie la plus intéressante de la circulaire est celle qui concerne les inhumations. Aux termes de l'arrêté de 1906, il est interdit d'inhumer près des cours d'eau, canaux, sources, puits et fontaines publics et privés; les inhumations doivent être faites dans des fosses ayant au minimum 2 mètres de profondeur.

Voici comment le lieutenant-gouverneur interprète cette importante disposition :

« Dans la pratique, écrit-il, ces dispositions sont d'une application difficile, à cause de l'absence de cimetière dans les villages. Le moment ne paraît pas encore venu d'obliger les Annamites à inhumer leurs morts dans les cimetières publics; il importe cependant de faire, dans cet ordre d'idées, un pas dans la voie du progrès. Les errements actuels qui consistent à enterrer les morts sur n'importe quel terrain et dans des fosses très peu profondes sont la cause principale des épidémies de choléra qui sévissent chaque année dans la colonie. Pour remédier, dans la mesure du possible, à cette situation, j'ai décidé qu'il y aurait désormais au chef-lieu et dans les villages les plus populeux de chaque province un cimetière indigène qui devra être entretenu, avec décence, par les notables.

L'usage de ces cimetières ne sera pas obligatoire, du moins jusqu'à nouvel ordre; mais il vous appartient de faire comprendre aux indigènes que dans leur propre intérêt ils doivent faire les inhumations dans ces emplacements réservés s'ils veulent voir disparaître les épidémies de peste et de choléra qui font tant de victimes chaque année. Je pense que si vous vous intéressez à cette tentative, comme je le désire, d'ici à quelque temps les indigènes s'habitueront à se servir des cimetières publics; déjà, dans la plupart des chefs-lieux, il existe, à côté du cimetière européen, un emplacement réservé pour les sépultures des indigènes et les inhumations y sont nombreuses. Il semble possible de faire adopter cette pratique dans les gros villages, notamment dans ceux où est installé un poste administratif. »

RENSEIGNEMENTS

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(Congrès de Nîmes, 1er-6 août 1912.)

SECTION D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE

Par LAQUERRIÈRE et DELHERM.

Le président, M. le professeur agrégé Nogier (de Lyon), retrace le rôle joué par la section dans le développement de l'électrologie qui est une science bien française.

Il montre tout l'intérêt que trouvent les médecins électriciens à échanger annuellement leurs idées sur un certain nombre de questions, ce qui leur permet de se perfectionner sans cesse.

L'orateur montre ensuite tout le parti qu'on peut tirer des courants électriques, des rayons X, du radium dans les diverses branches de l'art de guérir, et il insiste tout particulièrement sur l'action tantôt inhibitrice, tantôt excitante, que ces agents peuvent exercer sur les glandes à sécrétion interne.

Dans l'assistance très nombreuse on pouvait noter la présence de MM. Henrard, Hautchamps (de Bruxelles), François Morlet, Klyneus (d'Anvers), MM. Snow Russell, Scaton et Fee (des Etats-Unis) qui sont nommés présidents d'honneur et qui invitent les congressistes au Congrès d'électrologie et de radiologie qui doit avoir lieu à Richmond (E. U. A.) en septembre 1912.

RAPPORT

Les méthodes d'exploration radiologique du tube digestif. Essai d'unification. — MM. Belot et Aubourg (de Paris) exposent et discutent les diverses modalités du radio-diagnostic appliqué au tube digestif. Ils montrent l'importance d'un bon appareillage pouvant donner au moins 2 milliampères et des rayons du degré de 6 à 7 Benoist.

Ils montrent l'importance qu'il y a à pouvoir explorer l'estomac en position verticale, en position horizontale, etc.

La radioscopie occupe la première place de l'examen du tube intestinal, aussi doit-elle toujours être utilisée car elle montre le mode de remplissage de l'estomac, ses contractions, sa motilité, son mode d'évacuation.

La radiographie fournit une image plus détaillée, elle doit succéder à la radioscopie.

La cinéma-radiographie donne des images plus ou moins parfaites, obtenues à l'aide de certains artifices, le praticien peut, sans inconvénient, se priver de ces documents.

Le carbonate de bismuth pur est le corps opaque de choix pour l'examen radiologique, mais on peut, bien entendu, en utiliser d'autres.

Pour l'examen de l'œsophage, les auteurs conseillent de faire avaler d'abord un cachet de 1 à 2 grammes de bismuth, puis, si le cachet passe sans difficulté et sans déformation, on peut conclure qu'il n'y a pas de rétrécissement sensible. Lorsque le cachet remonte et descend, on peut penser qu'il y a du spasme. Parfois, enfin, l'obstacle est plus marqué et, par-dessus le cachet, un lait de bismuth ou une pâte de bismuth permet de déceler tout ce qu'il est possible de voir à l'aide des rayons.

L'estomac doit être examiné à jeun, de préférence, avec 200 centimètres cubes d'eau gommée et 100 grammes de bismuth. On peut étudier ainsi le remplissage, la forme hypertonique, tonique, hypotonique, atonique, et les moyens de vidage de l'estomac.

La forme anatomique de l'estomac ne correspond nullement d'une façon systématique au temps d'évacuation.

L'examen radiologique peut permettre d'observer avec exactitude l'action de certaines substances sur la durée de l'évacuation.

L'estomac atone se vide au delà de la troisième heure; dans la biloculation, il existe également un retard; la sténose pylorique montre un retard après la troisième heure, dans l'immense majorité des cas, mais souvent il y a des déformations de l'organe. Parfois l'évacuation de l'estomac est très rapide; c'est ce que Leven et Barret ont décrit sous le nom de chorée de l'estomac.

L'exploration du gros intestin se fait par la méthode haute ou la méthode basse, c'est-à-dire le lavement bismuthé. Les deux méthodes donnent des renseignements superposables, mais ils ne sont pas identiques. Cette exploration permet d'aider au diagnostic des sténoses, des coudures, des dilatations, des rétrécissements, des spasmes, des ptoses, des adhérences.

Les auteurs insistent sur ce fait que l'adoption d'un repas identique ou similaire doit être de règle pour tous les observateurs.

L'exposé de MM. Belot et Aubourg est illustré par de nombreux clichés.

Discussion.

M. Barjon estime que parfois il peut y avoir intérêt à mêler au bismuth des aliments.

M. Klyneus pense que l'estomac ne se vide que quand son chimisme a modifié le point cryoscopique du chyme.

M. Jaulin montre les dangers du nitrate de bismuth du nouveau Codex.

M. Henrard fait des réserves sur le lavement bismuthé.

M. le professeur Bergonié voudrait que pour chaque grande classe d'aliments il y ait un repas d'épreuve type.

M. Nogier montre que les *rayons X extrêmement mous* peuvent permettre de déceler parfois des échardes de bois.

M. Henrard dit que peut-être dans le cas observé le bois était peint, ce qui a facilité sa projection sur le cliché.

M. le professeur Bergonié ajoute que la méthode de Nogier est à retenir.

La *radiographie de dents* donne lieu à une intéressante communication de M. Belot qui cherche à ne projeter sur la plaque que le maxillaire malade.

M. Spéder apporte des études très précises sur l'incidence à donner aux rayons dans l'exploration de chaque dent.

M. Arcelin utilise un petit instrument qui permet de placer une plaque sous n'importe quelle dent.

M. Nogier dit que les *tirages sur papier* donnent toujours une *image inférieure à l'examen* des clichés; aussi l'auteur engage-t-il à indiquer sur le papier que l'examen du positif doit toujours être complété par l'examen du négatif. Cette précaution peut dans les expertises pour accidents du travail mettre un certain obstacle à des interprétations faites par des tiers.

M. Laquerrière insiste sur ce fait que seul celui qui a fait la radiographie peut l'interpréter.

M. Belot voudrait qu'un expert radiologiste soit adjoint à l'expert chirurgien.

M. Bergonié dit qu'à Bordeaux on n'examine guère plus à l'hôpital que les clichés et qu'il y a toujours un expert radiologiste dans tous les cas de fracture.

L'exploration radiologique du médiastin postérieur. — M. G. Maingot. L'exploration radiologique du médiastin postérieur est une des plus importantes de toutes les explorations thoraciques car seule elle fournit des renseignements précis sur l'état de cette importante région. Les positions frontale, sagittale, oblique antérieure gauche, oblique postérieure droite ne sont que des orientations complémentaires, c'est l'examen oblique antérieur droit, oblique postérieur gauche qui fournit les signes les plus nombreux.

Parmi les causes d'erreurs d'interprétations, les plus importantes sont relatives à la situation, à la forme, au volume du cœur et de l'aorte. Lorsque le bord droit du cœur s'avance à droite de la colonne vertébrale l'espace clair médian se rétrécit et s'obscurcit à la partie moyenne d'où la nécessité de préciser la position du cœur vu de front avant d'explorer le médiastin postérieur.

Quelques cas de fractures du radius où l'examen radioscopique seul était insuffisant. — M. Guilleminot. Présentation de plusieurs cas de fracture du radius où il y a ni déplacement des fragments, ni espace clair signe du trait de fracture, ni zone sombre indiquant le chevauchement ou la pénétration, mais où existe cependant une ligne festonnée grisâtre avec solution de continuité des travées osseuses. Parmi ces cas, quelques-uns présentaient des signes cliniques incertains, les autres ne laissaient aucun doute sur l'existence de la fracture. La radioscopie était insuffisante pour les déceler.

M. Speder présente deux *radiographies de hanche* montrant en quelque sorte le dessin du petit fessier et du grand fessier. Dans un cas on avait fait des injections d'iodipine, dans l'autre des injections mercurielles.

M. Speder présente deux nouveaux cas de *ganglions cervicaux calcifiés*, dans les deux cas il y avait eu tuberculose ; ces faits sont très rares, il y en a seulement quelques cas signalés.

M. Delherm présente un autre cas de *ganglions cervicaux calcifiés* ; le sujet était très bien portant, il n'y avait pas trace de tuberculose.

M. Debory montre toute l'importance qu'il y a à effectuer des radiographies multiples dans les *cas de fracture du coude*.

M. Raoust (d'Alger) présente le cas d'un enfant de huit ans qui à la suite d'une *pleurésie gazeuse putride* fut opéré. La pointe du cœur venant battre à droite du sternum et continuant à rester déplacée malgré l'évacuation large du liquide et du gaz on fait la radioscopie. On fait le diagnostic d'épanchement péricardique. Or c'était le pneumothorax qui par sa vive clarté faisait apparaître par contraste l'ombre pulmonaire plus nettement.

RAPPORT

La dilatation de l'estomac et les moyens physiothérapiques de la combattre. — MM. Barret et Leven (de Paris) délimitent d'abord ce qu'ils appellent l'estomac normal ; ils distinguent un pôle supérieur rempli de gaz, un segment moyen à peu près vertical, un pôle inférieur à direction transversale ou simplement ascendant répondant aux bas-fonds. Cette limite est, en général, au voisinage de l'ombilic ; mais ce point de repère est sensiblement variable, et il est préférable de préciser l'image gastrique par rapport au relief osseux.

Le mode de remplissage est à étudier spécialement. Un estomac normal s'adapte exactement au volume du contenu, quel que soit le volume du liquide ingéré.

Certains estomacs peuvent être hypertoniques, d'autres hypotoniques et atoniques.

L'estomac atonique se remplit à la manière d'un vase à parois inertes et flasques ; le liquide s'accumule au fond, distendant positivement la portion qu'il occupe ; c'est la marque essentielle de la dilatation.

En position couchée, l'estomac prend une autre forme et c'est l'estomac atone qui est le plus modifié.

Les auteurs montrent qu'il est aisé souvent de diagnostiquer la dilatation de l'estomac à l'aide de la douleur signal.

Au dyspeptique, qui a un estomac dilaté et allongé, il convient de donner tout d'abord un traitement s'adressant à l'état dyspeptique et en le modifiant complètement par la statique gastrique, on pourra conseiller le repos au lit, les boissons avant le repas et l'emploi d'une pelote, etc.

Sur l'association de deux courants en électrodiagnostic et en électrothérapie. — MM. Babinski, Delherm et Jarkowski. La contractilité faradique du muscle est parfois abolie dans la réaction de dégénérescence complète par exemple ; or, nous avons pu constater que parfois cette inexcitabilité faradique est seulement latente, et qu'il est possible de la faire réapparaître au moyen de la voltaïsation.

Pour pratiquer cette recherche, on excite avec deux tampons, reliés à un appareil faradique, les muscles dont on se propose d'explorer la contractilité ; et, pendant cette exploration, on fait traverser la région explorée par un courant galvanique constant, de la nuque à la main, ou des lombes au pied, d'une intensité de 10, 15, 30 milliampères.

Cette nouvelle réaction paraît constituer le stade ultime de la contractilité faradique et reculer en

quelque sorte les limites de la réaction de dégénérescence complète classique. Nous l'avons appelée *réaction faradique latente*.

En thérapeutique l'emploi du galvanique associé au faradique suivant notre méthode, différente de celle de Watteville, peut avoir son utilité. Quant au galvano galvanique il permet de faire contracter avec des courants faibles des muscles sur lesquels il faut avec la méthode classique employer des intensités considérables, ce qui a son importance quand il faut localiser le courant dans les vieilles névrites ou dans le cas de thermo-anesthésie.

Discussion.

M. Bergonié. On trouve dans l'ancienne électrophysiologie des phénomènes qui peuvent être rapprochés de ceux fort intéressants que M. Delherm vient de nous signaler. Lorsqu'on fait parcourir un nerf par un courant continu on trouve au voisinage du pôle négatif une augmentation de l'excitabilité (kateletrotonus) et au voisinage du pôle + une diminution de l'excitabilité (anélectrotonus). Peut-être peut-on rapprocher ces faits très anciens de ceux très féconds en électrodiagnostic et thérapeutique qu'on vient de nous dévoiler, mais ils ont été trouvés sur des animaux vivisectés, et dans des conditions tout à fait autres de celles du malade vivant. Les résultats qu'on vient de nous apporter sont très nouveaux et extrêmement intéressants aussi bien au point de vue électrodiagnostic qu'au point de vue thérapeutique.

M. Maingot a associé *la thermopénétration avec le courant continu*, et il pense que cette méthode peut être féconde en applications diagnostique et thérapeutique.

M. Delherm présente une observation d'un *malade myopathique* qui avait sur les extenseurs la réaction tétanisante décrite par MM. Huet et Bourguignon.

Recherches électriques dans la poliomyélite des singes. — MM. E. Bordet (de Paris) et Had. Danulescu (de Bucarest). Il y a de l'hyperexcitabilité galvanique et faradique des muscles et des nerfs. Ensuite une hyperexcitabilité musculaire très accentuée à la période paralytique, il y a de l'hyperexcitabilité électrique et réflexes exagérés. Si la maladie évolue rapidement vers la mort les réactions électriques dénotent une diminution croissante de l'excitabilité.

Si la maladie prend une marche chronique l'atrophie musculaire et la déformation des membres apparaissent, les réactions électriques vont de la simple diminution de l'excitabilité à la réaction de dégénérescence plus ou moins complète.

Quelques remarques sur l'excitation monopolaire dans la recherche du vertige voltaïque. — MM. E. Junca et C. Max Roques (de Bordeaux) ont observé que l'excitation monopolaire n'arrive pas à réaliser la dissociation complète des deux labyrinthes, mais ont vu s'établir un parallélisme frappant entre les résultats d'une excitation polaire d'un côté et ceux de l'excitation polaire de nom contraire du côté opposé.

L'excitation monopolaire, en nécessitant des intensités de courant plus élevées que la méthode bipolaire, a l'avantage de graduer sur une échelle plus étendue l'intensité de l'excitation et permet ainsi d'apprécier avec plus de détail et de précision les modifications de la formule oto-voltaïque ou même d'en révéler certaines que l'épreuve bipolaire n'avait pas décelées.

Radio-diagnostic des kystes du thorax. — M. Barjon. Le diagnostic des kystes du thorax est relativement facile pour un radiologiste exercé (image régulièrement arrondie à contours nets caractéristiques). Il peut être rendu difficile par la coexistence d'un épanchement pleurétique, mais les modifications de la forme de l'ombre pleurale et de la courbe de damoiseau doivent attirer l'attention.

Le diagnostic de siège est facile quand le kyste occupe la partie supérieure ou moyenne du thorax. Il est difficile quand il occupe la base et peut être confondu avec un kyste de la convexité du foie et inversement (cas publié par l'auteur, *Revue de méd.*, oct. 1911).

Le diagnostic de nature est presque impossible à faire radioscopiquement. On ne connaît que des kystes hydatiques à dermoïdes. Théoriquement le kyste dermoïde devrait avoir une ombre moins homogène, il pourrait contenir des dents visibles à l'écran. En pratique il n'y a habituellement aucune différence et assez souvent l'examen clinique ne permet pas mieux de les différencier.

Les méthodes électriques dans le traitement de l'entérocolite. — MM. Laquerrière et Delherm. L'électrothérapie est à utiliser en applications locales, qui doivent être des procédés de douceur, à l'exclusion des procédés de force. On ne recherche pas un effet évacuant immédiat, mais bien des actions sur les plexus abdominaux, sur les sécrétions des glandes, sur le spasme intestinal.

Les applications générales (haute fréquence, statique, etc.) sont souvent un adjuvant des plus utiles qui modifie l'état général.

Les applications électriques ne permettent pas de se passer des précautions hygiéniques et diététiques indispensables.

M. Bergonié. La pression artérielle d'un individu dépend d'un si grand nombre de circonstances momentanées qu'il faut bien se garder de conclure hâtivement qu'un procédé thérapeutique agit sur cette pression. Mais lorsque cette action est longuement appliquée et qu'elle entraîne des modifications considérables de l'organisme il n'en est pas de même. C'est le cas de sa méthode pour la cure de l'obésité qui peut arriver à modifier d'une façon appréciable l'hypertension.

Une observation comparative d'amaigrissement par la méthode de Bergonié et par le régime alimentaire. — MM. Hecquel et Laquerrière. Le sujet est un médecin de trente-huit ans. Trente-six séances de la méthode de Bergonié sans régime alimentaire donnèrent une sensation d'euphorie marquée, la disparition des migraines, firent descendre le poids de 82 à 80 kilogrammes et la pression sanguine,

tandis que les reliefs musculaires augmentaient.

Trente jours de régime alimentaire (suppression de farineux, diminution marquée des liquides) donnèrent une fatigue générale intense avec fonte des reliefs musculaires, du malaise général, etc. La perte de poids (muscles et graisse) ne fut que de 4 kilos, malgré la rigueur du régime.

Quelques nouveaux cas de fibromes traités par les rayons X. — M. GUILLEMINOT rapporte un certain nombre de cas de fibromes suivis depuis plusieurs années et traités par les rayons X. Parmi eux il en est qui représentent des succès complets et durables, dans d'autres cas il y a eu seulement une petite réduction de volume. Chez ces derniers il y a eu parfois reprise des ménorragies après plusieurs mois de cessation complète. Quelquefois seulement et chez des personnes très grosses et pléthoriques il y a eu insuccès. Dans aucun cas il n'y a eu radiodermite ni précoce, ni tardive, quoique les doses aient été assez élevées, en moyenne 8 à 10 H par mois les premiers mois et ensuite environ moitié.

Les échanges respiratoires dans les applications de la diathermie. — M. BECHOU. Avec de larges électrodes appliquées de chaque côté du corps on peut faire passer d'énormes quantités de courant ; on infuse en quelque sorte de la chaleur, et on peut ainsi diminuer la ration alimentaire. L'auteur a mesuré les échanges respiratoires avant, pendant, après la thermopénétration, et constaté qu'il y avait diminution de CO^2 après les applications.

MM. REGAUD et NOGIER pensent qu'il est préférable de substituer au gaz d'éclairage l'*hydrogène* dans les interrupteurs, et montrent que c'est une erreur de croire que les interrupteurs doivent avoir une grande vitesse pour actionner dans les meilleures conditions des bobines destinées à produire des rayons X.

Biloculation gastrique. — M. BARJON insiste sur les trois points suivants :

1° Importance pratique du diagnostic différentiel entre la biloculation vraie (sténose permanente) et fausse (sténose passagère).

Erreur radiographique : biloculation apparente par contraction énergique des parois (radiographie rapide) mais il n'y a pas de bulle gazeuse entre les deux poches, continuité du bismuth.

Erreur radioscopique par pseudo-biloculation apparente se maintenant parfois assez longtemps, pendant toute la durée d'un examen prolongé ; mais disparition à un nouvel examen fait trois à quatre jours après.

Nécessité d'examens multiples avant de poser une indication opératoire.

2° Dans la biloculation vraie, les deux poches séparées par le rétrécissement se comportent comme deux estomacs distincts, se contractant séparément et ayant chacun son pylore fonctionnant alternativement. L'estomac supérieur fait d'abord passer une bouchée de bismuth dans l'inférieur par le néo-pylore, puis l'inférieur se vide à son tour par le vrai pylore.

(Des radiographies montrent nettement la contractilité alternante et successive des deux poches.)

3° Importance du rôle pathogénique de l'ulcère en activité dans la production de la vraie biloculation. Dans tous les cas observés par l'auteur et vérifiés par intervention chirurgicale ou autopsie il y avait un ulcère en activité.

M. BERGONIÉ. Par l'examen orthodiagraphique fait de temps à autre on voit l'augmentation rapide, ce qui est la *caractéristique du kyste hydatique*.

M. MAINGOT présente une radiographie montrant deux *kystes hydatiques* du poumon et un du foie que seuls les rayons X ont permis de déceler.

M. VUILLAMOZ (de Lausanne) dit que la présence de *dentelures gastriques* ne veut pas dire cancer, dans quatre cas un traitement à l'iodure de potassium les fit disparaître.

M. BERGONIÉ montre que l'*électrolyse* est un bon traitement dans les rétrécissements de l'urètre. Elle permet la dilatation des rétrécissements les plus serrés jusqu'aux rétrécissements les plus durs sans effusion du sang et sans que le malade doive arrêter sa vie habituelle.

MM. SPEDER et ARCELIN publient un cas de *dilatation de l'œsophage* pouvant contenir 1500 centimètres cubes de liquide.

M. NOGIER montre que les *appareils de protection* mis à notre disposition par le constructeur sont souvent mal conditionnés et qu'un contrôle rigoureux de ces objets devrait exister. Il insiste sur l'importance de la radioscopie rénale.

M. ARCELIN appuie ces conclusions. Il préconise l'emploi d'écrans renforçateurs en radiographie rénale.

M. BELOT est d'un avis contraire.

M. ARCELIN montre que les *calculs intestinaux* peuvent être pris pour des calculs rénaux, il indique que tous les noyaux de fruits sont transparents aux rayons X.

MM. NOGIER et HEMARD. Dans un cas où on avait pensé à un *calcul retenu dans le bassinet*, une radiographie faite avec une sonde dans l'uretère ne montre rien d'anormal. On injecte du collargol qui montre une tache claire dans la région opaque ; il n'y avait pourtant pas de calcul, c'est dû à une pyramide de Malpighi dans laquelle le collargol n'avait pu pénétrer.

M. JABOIN parle de la *pharmacologie du radium*. Il rappelle que les premiers travaux sur l'émanation du radium ont été faits par lui-même en 1906 avant les travaux allemands. Les appareils étrangers sont basés sur des mesures inexactes.

M. MICHAUX introduit dans les tophi goutteux par ionisation le *solurol*, avec succès.

M. BERGONIÉ dit qu'il faut toujours soigner d'une manière suivie les malades atteints de *paralysie infantile* et qu'on ne saurait trop insister là-dessus, car les médecins ont encore trop de tendance à ne pas soigner ces enfants.

M. DELHERM insiste sur ce fait que pour ainsi dire toujours dans une certaine mesure, on peut rendre

service à ces malades et qu'il faut toujours les soigner, pendant plusieurs années.

M. Michaux a vu une épidémie de poliomyélite de 12 cas. Il a eu l'occasion de soigner un cas, il est très amélioré, les autres sont demeurés au même point.

RAPPORT

Traitement radiothérapique des adénites chroniques bacillaires. — M. C. Max Roques (de Bordeaux). 1° La radiothérapie exerce une action nettement favorable sur les adénites chroniques considérées comme bacillaires.

2° Cette action semble s'exercer plus rapidement et souvent plus complètement que celle des procédés qui étaient seuls mis en œuvre avant la pratique de la radiothérapie.

3° L'action favorable de cette dernière se manifeste par :

a. Une notable diminution presque toujours certaine, pour ne pas dire toujours;

b. Souvent la disparition des tumeurs constituées par les adénites et les périadénites;

c. Le tarissement rapide de la suppuration;

d. La cicatrisation rapide des plaies et des fistules;

e. L'effacement des chéloïdes;

f. Un résultat esthétique bien supérieur au résultat de l'incision large et du drainage.

4° Toute adénite périphérique réclame la radiothérapie. Les seules contre-indications sont l'hyperthermie, l'évolution phlegmoneuse, une généralisation trop avancée ou l'existence d'une affection grave intercurrente. Les ganglions qui ont subi le processus curatif de sclérose réagissent peu ou point à la radiothérapie selon, probablement, que ce processus est plus ou moins avancé.

5° Les rayons X doivent être aussi appliqués aux adénopathies intrathoraciques; la diminution ou la disparition de la toux, de l'enrouement, de l'essoufflement, de la suffocation témoignent des bons effets des rayons X.

6° Sauf état général extrêmement grave, la radiothérapie peut et doit même être essayée, surtout en cas de contre-indication opératoire, dans les cas de tuberculose ganglionnaire abdominale; elle exige seulement un redoublement de surveillance de la part du médecin sur les réactions locales et générales.

7° Le relèvement de l'état général accompagne souvent les heureuses modifications locales dont il paraît être la conséquence.

Discussion.

M. François (d'Anvers) pense que l'adénite en voie de suppuration ne doit pas être traitée par les rayons X.

M. Belot dit que dans les adénopathies largement suppurées il faut d'abord curetter la région, faire des rayons ensuite.

M. Barjon a eu de bons résultats dans les ganglions suppurés.

Nouvelles contributions à la radiothérapie du tabes. — M. Roger Labeau (de Bordeaux). Depuis les premiers résultats que j'ai publiés en 1908 au Congrès de Clermont, j'ai en 1909 à Lille, en 1910 à Toulouse et plus récemment au Congrès de Dijon en 1911 montré les résultats obtenus. Ceux que je signale aujourd'hui ne font que confirmer ceux précédemment exposés. La radiothérapie, il faut bien le dire, n'agit pas de façon identique chez tous les sujets atteints de tabes, il en est qui voient s'améliorer non seulement les troubles sensitifs, mais encore les troubles moteurs; chez d'autres, seuls les troubles sensitifs sont amendés; chez quelques-uns la radiothérapie n'a donné aucun résultat.

C'est pourquoi je tiens, en signalant les observations de malades améliorés, à mettre en relief les résultats négatifs que, malgré un traitement longtemps et soigneusement appliqué, j'ai dû constater, à mon grand regret, chez quelques sujets.

Ceci pourra peut-être expliquer les observations absolument contradictoires publiées ces temps derniers. Ce n'est qu'avec le temps et l'expérience de nombreux malades traités que l'on pourra établir définitivement la valeur thérapeutique des rayons X dans le tabes.

Radiodermite suraiguë consécutive à deux applications légères de rayons X (paludisme, dysenterie, syphilis). Fait clinique. — M. Regaud (de Valence). X..., ayant séjourné longtemps au Tonkin, est porteur à la région dorsale des mains d'éphélides de grandes dimensions. Dans les antécédents on ne relève que le paludisme et la dysenterie. La dose totale appliquée a été de 7 H en deux séances à quarante-deux jours d'intervalle. Les lésions ont consisté en érythèmes, phlyctènes, ulcérations durant sept à huit mois soignées d'une façon discontinue et non appropriée.

Action judiciaire interrompue par un rapport favorable de M. le professeur Nogier. La syphilis niée formellement a été avouée depuis. Le malade est mort atteint de paralysie générale, mais guéri de ses lésions.

Nécessité de déterminer dans l'état actuel de nos connaissances pour les médecins praticiens le traitement de choix de la radiodermite.

L'autorisation doit être donnée au médecin en présence de pareils accidents d'instituer d'emblée un traitement antisyphilitique.

Le paludisme et la dysenterie ont paru aux yeux des radiologues des pays chauds diminuer la résistance de l'organisme au point d'expliquer des lésions du genre de celles ci-dessus décrites.

M. Bergonié insiste sur ce fait qu'il existe des sensibilités particulières. On peut avoir des réactions fâcheuses, exceptionnellement, mais sans avoir commis de faute.

M. Snow (de New-York) estime que le traitement de l'inflammation post-traumatique par l'électricité statique peut donner de bons résultats.

MM. Regaud, Lacassagne et Nogier ont irradié des chiens avec des rayons filtrés, ils ont pu constater des altérations des *glandes gastriques et intestinales*.

M. Douarre (de Toulon) présente des radiographies d'*inversion* totale des organes, cœur et estomac à droite, cæcum à gauche.

RAPPORT

Traitement radiothérapique de l'hypertrichose. — M. SPEDER. L'électrolyse est strictement indiquée lorsqu'il s'agit de détruire des poils peu nombreux, disséminés ou groupés en touffes.

La radiothérapie est strictement indiquée dans les cas de poils nombreux, gros, bien développés; elle est indiquée dans les cas de poils-duvets longs et abondants.

La technique qui nous paraît la meilleure consiste en l'emploi des rayons durs (8 degrés Ben. environ) filtrés par un millimètre d'aluminium, appliqués à la dose maxima que puisse supporter la peau sans avoir de réaction autre que celle de l'érythème. Grâce à la dureté des rayons et à la filtration du faisceau, le rapport des absorptions des radiations par les cellules de la papille et par celles de la couche de Malpighi est augmenté et on peut appliquer en un petit nombre de séances la dose capable de détruire la papille sans modifier sensiblement les téguments. Le résultat esthétique est d'autant meilleur et plus rapide que les doses appliquées en une fois ont pu, dans les limites indiquées, être plus fortes.

Dans les cas où la radiothérapie est strictement indiquée, on obtient une chute définitive des poils après trois ou quatre irradiations sur le même territoire faites à des intervalles d'un mois et demi à trois mois. Dans les cas de poils-duvets longs et abondants, on obtient une alopécie définitive après six à sept irradiations.

D'après l'observation de malades dont le traitement remonte à seize et vingt-quatre mois et plus, cette technique permet d'éviter les réactions tardives telles que l'atrophie grave de la peau, la cyanose des téguments, les télangiectasies.

L'épilation par la radiothérapie est contre-indiquée dans les cas de duvets même longs (8 à 10 millimètres).

Quand l'hypertrichose consiste en un développement exagéré des duvets qui n'ont pas encore subi la transformation en poils adultes, et, évidemment, si ces duvets sont très nombreux et si l'intervention est nettement indiquée, il pourrait être utile d'activer par l'épilation à la pince, le rasage ou les applications de pâtes dépilatoires, la transformation des poils-duvets en poils adultes plus sensibles aux rayons. Le traitement radiothérapique serait entrepris ultérieurement avec des chances beaucoup plus grandes de succès.

Discussion.

M. BELOT. Il ne faut traiter par aucune méthode les cas légers; les cas moyens sont justiciables de l'électrolyse qui est facile à apprendre et ne laisse jamais que des cicatrices insignifiantes. Les cas très intenses ne peuvent être guéris d'une façon pratique que par la radiothérapie, mais ce traitement est difficile et fait courir des risques pour l'esthétique future de la peau.

M. Albert WEIL a épilé par les rayons plus de cinquante visages depuis six ans. Il pense que si la technique a besoin d'être très surveillée un bon opérateur peut arriver à n'avoir aucune atrophie ultérieure de la peau.

MM. REGAUD et NOGIER ont étudié histologiquement l'action des rayons sur le bulbe pileux, ils ont employé des rayonnements ultrapénétrants et ont constaté une action élective sur le bulbe et pensent qu'on arrivera à faire disparaître non seulement les poils mais même les duvets sans causer d'accidents tardifs.

M. BERGONIÉ. L'électrolyse mal faite peut laisser des cicatrices. D'autre part, quand les poils sont très rapprochés elle laisse un état cicatriciel, il ne faut donc pas opposer la radiothérapie et l'électrolyse.

M. SPEDER, résumant la discussion, reconnaît qu'il faut choisir les cas et réserver la radiothérapie aux véritables barbes.

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. MARQUÈS présente une série de cas cliniques des plus intéressants concernant soit des *traitements électro-radiologiques*, soit des *diagnostics radiologiques*, en particulier des *cas frustres d'acromégalie*; enfin, il rapporte les résultats de ses recherches sur l'action in vivo de l'ion zinc sur le staphylocoque.

MM. BERGONIÉ et SPEDER. *Guérison par la radiothérapie d'un carcinome du sein* largement ulcéré et qu'on n'avait soigné que devant un refus formel d'intervention chirurgicale.

MM. BELOT, MICHAUX, MAINGOT, etc., rapportent des cas semblables qui prouvent que dans des tumeurs ulcérées du sein on peut, lorsque l'acte chirurgical est impossible, obtenir une guérison momentanée.

M. NOGIER montre divers *perfectionnements des accessoires destinés aux mesures des rayons X.*

MM. COULARD et DANNE font une communication sur les *effets physiques et physiologiques de l'émanation du radium.* Ils pensent que les inhalations d'émanation sont supérieures aux injections de sels solubles.

MM. REGAUD et CRÉMIEUX. *Action des rayons X sur le thymus du chien.* Après une seule séance très forte (22 H) le thymus des animaux irradiés pèse en moyenne 0g60 alors que celui des témoins pèse 7g65.

M. Albert WEIL présente *quatre observations d'hypertrophie du thymus guérie par la radiothérapie.* Les radiographies ne laissent aucun doute sur les résultats obtenus.

M. BERGONIÉ a soigné par la diathermie une *radiodermite rebelle.* Après une séance faite sous anesthésie une ulcération durant depuis trois ans malgré tous les traitements se cicatrisa, alors que les parties voisines moins malades et non soumises au traitement restent stationnaires.

M. RÉCHOU. *Action de la diathermie sur la température de l'homme et des animaux, sur les échanges respiratoires et sur la sécrétion urinaire.* Il est possible, dans certaines conditions, d'élever surtout la température centrale de l'organisme vivant, et cela d'une façon notable, à l'aide de la diathermie. Cette élévation de température est accompagnée d'une élévation de la pression artérielle. Pendant la diathermie il y a diminution des échanges respira

toires après une certaine durée d'application. La thermopénétration agit enfin sur la sécrétion urinaire en diminuant d'une façon assez considérable la diurèse, sans modifier les éléments constituants de l'urine, mais elle fait apparaître de l'acétone qui coïncide avec une variation de poids du sujet montrant ainsi qu'il se produit une combustion exagérée des graisses organiques.

Ostéites et spina ventosa du doigt auriculaire et du cinquième métacarpien guéris par l'effluvation de haute fréquence. — M. J. CIRERA SALSE (de Barcelone). Ostéite traumatique. Jeune homme, quinze ans, contusion au bras, gonflement et suppuration. Au sixième mois la partie haute du bras présente quelques fistules par où sont éliminés plusieurs segments d'os nécrosés. La diaphyse est en augmentation massive considérable, le bras gonflé et l'avant-bras aussi quelque peu, et le membre impotent.

Traitement. Effluvation intense de haute fréquence. Après deux mois le membre a récupéré ses fonctions et au troisième mois est tout à fait guéri.

Ostéite tuberculeuse. Jeune femme, vingt-cinq ans, gonflement chronique, douloureux à la pression de l'extrémité supérieure du radius. Impotence du bras pour le travail. Elle refuse l'opération.

Même traitement. Guérison après 15 séances espacées de quatre à cinq jours.

Spina ventosa du doigt auriculaire et du cinquième métacarpien. Jeune homme, quinze ans, un mois du même traitement accompagné de quelques électrolyses du *ion* zinc a suffi pour obtenir un soulagement remarquable et plus tard une guérison complète sans autre moyen qu'un simple pansement.

(*A suivre.*)

FORMULAIRE

CONTRE LES VOMISSEMENTS DES NOURRISSONS ET LA DIARRHÉE INFANTILE

Les premiers jours donner du « Képhir Salières » coupé d'eau de Vals par moitié pour arriver à le donner pur soit au biberon, soit au verre, à la dose d'un flacon par jour.

Il est rare qu'au bout d'une semaine les vomissements et la diarrhée n'aient pas disparu.

COURS ET CONFÉRENCES

UNIVERSITÉ DE PARIS. — INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE RATTACHÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

Les cours durent environ deux mois et demi.

La session de 1912 commencera le 14 octobre et sera terminée vers la fin de décembre.

Peuvent s'inscrire les étudiants pourvus de seize inscriptions et les docteurs en médecine français et étrangers.

Diplôme. — A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen et obtiennent le diplôme de médecin colonial de l'Université de Paris.

Dispositions générales. — L'enseignement théorique et les démonstrations de laboratoire sont donnés à la Faculté de médecine (Ecole pratique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine), dans les laboratoires suivants : Pathologie expérimentale et comparée; Parasitologie; Hygiène.

L'enseignement clinique est donné à l'hôpital d'Auteuil (hôpital des Dames françaises), 93, rue Michel-Ange (1).

L'enseignement théorique et de laboratoire a lieu dans l'après-midi, tous les jours de la semaine, sauf le lundi, à l'Ecole pratique.

L'enseignement clinique, deux fois par semaine, le matin, à dix heures, à l'hôpital d'Auteuil.

PROGRAMME DES COURS. — I. *Technique bactériologique et hématologique*, par M. le professeur Roger (15 leçons et démonstrations pratiques). — Stérilisation; Milieux de culture; Méthodes de coloration; Méthodes de culture; Analyse de l'eau, du sol, des poussières, du sang, etc.; Analyse des matières fécales.

Dans ces leçons et dans les démonstrations pratiques qui y font immédiatement suite, les élèves sont mis au courant des méthodes les plus récentes de l'examen et des colorations du sang, ainsi que de toute la technique bactériologique avec ses applications particulières aux maladies tropicales.

II. *Parasitologie*, par M. le professeur Blanchard (21 leçons et démonstrations pratiques). — Parasites animaux; Examen du sang de l'homme et des animaux; Analyse des matières fécales; Parasites du sang, fièvres palustres; Filaires; Bilharzia; Nematodes; Cestodes, etc.; Animaux venimeux; Parasites végétaux; Mycoses.

III. *Pathologie et hygiène tropicales*, par M. le docteur Wurtz, agrégé, chargé de cours. — *Pathologie exotique* (17 leçons) : Peste; Fièvre jaune; Choléra; Dysenterie; Diarrhée des pays chauds; Fièvre de Malte; Fièvre récurrente; Fièvres paludéennes; Fièvre hémoglobinurique; Filariose; Bilharziose; Dracunculose; Lèpre (distribution géographique et bactériologie); Béribéri; Maladie du sommeil; Trypanosomiase humaine; Aïnhum; Verruga; Pied de Madura.

Hygiène tropicale (10 leçons). Trois de ces leçons seront consacrées aux maladies pestilentielles envisagées au point de vue des médecins maritimes. — Vingt exercices de *diagnostic bactériologique* appliqués aux maladies tropicales (laboratoire d'hygiène).

IV. *Maladies des yeux dans les pays chauds*, par M. le professeur de Lapersonne (4 leçons, à l'Hôtel-Dieu) : M. le docteur Cantonnet, suppléant. — I. Ophtalmies, trachome. II. Manifestations oculaires de la lèpre, de la variole, de la trypanosomiase, de la filariose; parasites oculaires, etc. Iridochoroïdites infectieuses. III. Héméralopies. Les amblyopies toxiques. IV. Des soins urgents dans les traumatismes de l'œil.

V. *Epidémiologie exotique*, par M. le professeur Chantemesse (6 leçons et exercices pratiques). — I. Prophylaxie de la peste, du choléra, de la fièvre jaune, de la dysenterie épidémique, de la fièvre typhoïde. II. Hygiène à bord. III. Désinfection.

VI. *Chirurgie des pays chauds*, par M. le docteur Morestin, agrégé, chargé de cours (6 leçons à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée). — I. Considérations générales. Les hépatites. II. Traitement chirurgical des hépatites. III. La rate paludique (hypertrophie, inflammation, abcès, ruptures). Lésions chirurgicales de la filariose. IV. Lésions chirurgicales de la filariose (suite). La bilharziose. Le ver de Médine. V. L'éléphantiasis des Arabes. VI. Bubon d'Orient. Aïnhum. Gangrène du rectum. La conservation des appareils et des instruments dans les pays chauds.

VII. *Affections de la peau* (M. le professeur Gaucher). Huit leçons de dermatologie tropicale. Quatre leçons par M. le professeur Gaucher : lèpre, boutons d'Orient, ulcère des pays chauds. Quatre leçons par M. le docteur Jeanselme, agrégé : Syphilis exotique; Pian ou Frambœsia; Dermatomycoses exotiques : Tokelau; Caratés; Dermatoses produites par des parasites animaux; Hygiène de la peau sous les tropiques; Technique histologique et bactério-clinique appliquée à l'étude des maladies cutanées.

(1) Cet hôpital, récemment construit, réunit tous les desiderata de l'hygiène moderne. Accès par : 1° Tramways Louvre-Versailles (arrêt à la porte de Billancourt); Montreuil-Boulogne (passe rue Michel-Ange); 2° Chemin de fer de ceinture (station du Point-du-Jour); 3° Bâteaux-Omnibus (Point-du-Jour).

Les leçons de M. le professeur Gaucher auront lieu à dix heures du matin à l'hôpital Saint-Louis (amphithéâtre de la clinique).

Les quatre leçons de M. le docteur Jeanselme auront lieu à l'hôpital Saint-Louis (salle des conférences du laboratoire municipal).

Droits à verser : un droit d'immatriculation, 20 francs; un droit de bibliothèque, 10 francs; un droit de laboratoire, 150 francs; deux examens gratuits.

Conditions d'admission : Les inscriptions sont reçues du 1er au 14 octobre au secrétariat de la Faculté. Les titres et diplômes, et de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance, devront être produits au moment de l'inscription.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Archives internationales de neurologie. — (Avril 1912.) A. GOTTSCHALK : Le rêve d'après les idées du professeur Sigm-Frend. — CETLINE : Simulation et folie. — CULLERRE : Les psychoses dans l'histoire.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXVI, nº 15, 11 avril 1912.) Charles L. SCUDDER : Ulcère chronique ou indigestion chronique. Sa guérison par des mesures chirurgicales. Description de 25 cas (1 tableau). — Stephen RUSHMORE : Le chorion épithélioma. — Geo W. KAAN : Les relations de la gonorrhée avec les affections pelviennes (1 tableau). — T. Chittenden HILL : Le traitement palliatif et opératoire de la fissure anale. — William F. WHITNEY : Une méthode très délicate pour obtenir rapidement des cristaux d'hémine avec des taches de sang. — F. J. COTTON : Rupture intestinale par l'air comprimé. Opération. Guérison. — (Nº 16, 18 avril.) Frank C. RICHARDSON : Réflexions et projets à propos de la mémoire de Dawson Evans. — Henry S. ROWEN : Quelques observations sur la symptomatologie de l'ulcère chronique du duodénum. — Edgard GARCEAU : Diagnostic du rein unique, uretère oblitéré et rein inactif par suite d'une maladie antérieure. — Bertha C. DOWNING : L'hygiène mentale et les enfants anormaux. Un chapitre de pathologie sociale. — A. MYERSON : Deux cas de syphilis cérébro-spinale précoce, l'une survenant après le salvarsan, l'autre avec description de l'autopsie (avec 3 figures). — (Nº 17, 25 avril.) Alexander LAMBERT : La thérapeutique et la prophylaxie de l'alcoolisme. — Edward O. OTIS : Conférence sur les maladies de l'enfant à l'école et leurs remèdes. Remarques préliminaires. — Richard C. CABOT : Maladies de la bouche, de la gorge, de la poitrine. — George S. C. BADGER : Mauvaise nutrition. — C. Morton SMITH : Maladies de la peau. — Joel E. GOLDTHWAIT : Affections orthopédiques et rachitisme. — Arthur Willard FAIRBANKS : Désordres nerveux et mentaux chez les écoliers. — Beth VINCENT : La transfusion du sang pour les hémorragies des nouveau-nés; sur l'emploi de la veine jugulaire externe chez les enfants (3 obs.).

Journal de médecine de Bordeaux. — (Nº 14, 7 avril 1912.) Ch. MONGOUR : Cours complémentaire de thérapeutique. — PETGES : Lichen plan miliaire aigu généralisé avec lésions bulleuses. — (Nº 15, 14 avril.) P. CARLES : Boisson de repas et hors repas; les boissons de table, les apéritifs, les boissons fermentées, les vins mousseux, les petits mousseux d'avenir. — A. VENOT : Sur un cas d'ostéite tuberculeuse traitée par des injections modificatrices. — SIGURET : L'arthritisme, son traitement. — (Nº 16, 21 avril.) HESNARD : Le diagnostic différentiel des délires paludéen et éthylique. — VERDELET : Fièvre typhoïde et adénite épitrochléenne. — (Nº 17, 28 avril.) HESNARD : Le diagnostic différentiel des délires paludéen et éthylique (*suite*).

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 avril 1912.) P. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : L'hypertrophie du thymus. — LE MARC'HADOUR : Morcellement des amygdales.

Journal de médecine de Paris. — (Nº 17, 27 avril.) J.-Ch. ROUX : Des colites chroniques.

Journal de médecine interne. — (Nº 10, 10 avril 1912.) LACAPÈRE : A propos de l'iritis syphilitique. — (Nº 11, 20 avril.) H. BALENCIE : La guérison de la luxation congénitale de la hanche. — (Nº 12, 30 avril.) GOUGEROT : Le follicule tuberculeux. Sa signification.

Journal des praticiens. — (Nº 14, 6 avril 1912.) PAUCHET : Calculs biliaires. Indications thérapeutiques. — BERNHEIM : Respiration de Cheyne-Stokes. — R. DUPUY : Arriération infantile et polyopothérapie endocrinienne. — (Nº 15, 13 avril.) G.-H. LEMOINE : Le chauffage des appartements. — H. GOUGEROT : Les grands abcès séreux tuberculeux, les abcès mycosiques, les abcès séreux d'origine indéterminée. — H.-L. ROCHER : Nécrose mercurielle des maxillaires chez une fillette de cinq ans. — (Nº 16, 20 avril.) H. CLAUDE : Méningomyélo-radiculite syphilitique de la région lombo-sacrée avec inversion du réflexe rotulien. — RATHERY : Obésité génitale. — Ch. FIESSINGER : Les formes curables de l'hypertension artérielle permanente. — (Nº 17, 27 avril.) M. GUIBÉ : Sur le traitement d'urgence du prolapsus rectal irréductible. — Gilbert BALLET : A propos d'un cas de pyromanie. Quelques considérations sur les obsessions. — J. DOCHE : De l'influence du climat marin sur les sécrétions internes.

Journal des sciences médicales de Lille. — (Nº 14, 6 avril 1912.) R. DESPLATS : Un accident possible au cours de la radiothérapie du fibrome de l'utérus chez la femme obèse qui peut créer une contre-indication chez la jeune femme. — (Nº 15, 13 avril.) J. SABLÉ : Valeur clinique de la réaction de Wassermann. — GAND et POISSONNIER : Un cas d'urticaire chronique. — (Nº 16, 20 avril.) J. SABLÉ : Valeur clinique de la réaction de Wassermann (*suite*). — Jean VILLETTE : Traitement de la blennorragie chronique chez l'homme.

Journal médical de Bruxelles. — (Nº 14, 4 avril 1912.) DERSCHEID-DELCOURT : Fragilité osseuse et luxation congénitale de la hanche. — TERSON : L'étiologie dentaire de certaines affections des yeux. — (Nº 15, 11 avril.) M. BERTRAND : Une visite à l'Institut Phipps de Philadelphie. — (Nº 16, 18 avril.) VEYMEERSCH : L'extrait hypophysaire (pituitrine) considéré comme agent ocytique et agent hémostatique. — (Nº 17, 25 avril.) D. BARUCH : De l'anesthésie régionale de la novocaïne. Quelques applications nouvelles.

Journal médical français. — (Nº 4, 15 avril 1912.) L. RIMBAUD : Diagnostic des épilepsies. — MORICHAU-BEAUCHANT : Les troubles de l'instinct sexuel chez les épileptiques. — E. GELMA : Pathogénie et étiologie des attaques épileptiques. — J.-A. SICARD : Traitement de l'épilepsie commune dite essentielle. — CASTAIGNE et F.-X. GOURAUD : Les injections intrarachidiennes de sulfate de magnésie, leur action analgésique et antispasmodique.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (Avril 1912.) RAVARIT : Scarlatine sans prodromes, à évolution anormale, compliquée de rhumatisme scarlatin. — GABRIAULT : Quelques remèdes populaires. — FAIVRE : La plasmothérapie sanguine.

Montpellier médical. — (Nº 14, 7 avril 1912.) VIRES : Les orientations actuelles de la thérapeutique et l'analyse clinique montpelliéraine (*suite*). — (Nº 15, 14 avril.) GRASSET : La thérapeutique générale basée sur la physiopathologie clinique. Essai de thérapeutique physiopathologique. Doctrine et classification. — VIRES : Les orientations actuelles de la thérapeutique et l'analyse clinique montpelliéraine (*fin*). — (Nº 16, 21 avril.) GRASSET : La thérapeutique générale basée sur la physiopathologie clinique. — (Nº 17, 28 avril.) Consacré à l'hommage au professeur Grasset.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — M. Fuster, chargé des fonctions d'agrégé à la Faculté de médecine d'Alger, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1912-1913, d'un cours théorique d'accouchements à ladite Faculté.

M. Hérail, professeur de matière médicale à la Faculté de médecine d'Alger, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1912-1913, d'un cours complémentaire de thérapeutique à ladite Faculté.

— Toulouse. — M. Aloy, agrégé des facultés de médecine, chargé d'un cours de chimie et toxicologie à la Faculté de médecine de Toulouse, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1912-1913, d'un cours de chimie biologique à ladite Faculté.

M. le docteur Bernardin est chargé, pour l'année scolaire 1912-1913, des fonctions d'agrégé (section de physique biologique et médicale) à la Faculté de médecine de Toulouse.

Sont nommés, pour l'année scolaire 1912-1913, chefs des travaux à la Faculté de médecine de Toulouse :

MM. les docteurs Dambrin : Médecine opératoire; Cestan (R.) : Chef des travaux de chimie au laboratoire des cliniques; Durand : Physique clinique; Daunic : Anatomie pathologique.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — Le prix Alvarenga (de Piauhy) a été décerné, pour 1912, à M. le docteur M. Molhant, attaché au laboratoire de neurologie de l'Université de Louvain.

SECTION TECHNIQUE DU SERVICE DE SANTÉ. — Un décret du 7 août 1912, rendu sur la proposition du ministre de la guerre, réorganise la section technique du service de santé qui constituera désormais un établissement spécial relevant directement du ministre.

Le chef de la section technique est directeur de l'établissement et ordonnateur.

La section technique comprend trois services :

1° Le service de l'hygiène et de la prophylaxie dans l'armée : à ce service sont rattachés divers laboratoires ;

2° Le service de l'organisation générale du service de santé en temps de paix et en campagne;

3° Le service du contentieux médical.

L'organisation nouvelle permettra à la section technique de poursuivre, dans le sens voulu par le ministre et par son délégué, le directeur du service de santé, l'étude de toutes les questions organiques du service de santé ; elle disposera, d'autre part, des moyens qui lui faisaient défaut jusqu'ici pour mener à bien les nombreuses recherches relatives à l'hygiène et à l'épidémiologie militaires.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ DE LYON. — Un concours sera ouvert le 16 octobre 1912, à l'école d'application du service de santé militaire, pour l'emploi de répétiteur de pathologie interne et pathologie générale.

Les demandes formulées par les médecins-majors en vue d'être autorisés à prendre part à ce concours, revêtues de l'avis motivé des chefs hiérarchiques des candidats, devront parvenir au ministre de la guerre avant le 15 septembre prochain.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Biolet (d'Arras) et Le Méhauté (de Saint-Brieuc).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Faucheux (de Clermont-Ferrand), Grosjean (de Gérardmer), Guy (de Deuil), Job (de Nancy) et Ponthieu (de Doullens).

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — La *médaille d'argent* a été décernée à M. le médecin-major de deuxième classe Vuillemot.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la trente-deuxième semaine, 755 décès, au lieu de 733 pendant la semaine précédente et au lieu de 803, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 5 décès au lieu de 4 la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux est de 47 au lieu de 71 la semaine précédente (moyenne 35).

La diarrhée infantile a causé 80 décès de 0 à 1 an au lieu de 56 la semaine précédente (moyenne 74).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Hermet (de Paris) et Perrin (de Calais).

RENSEIGNEMENTS

CLINIQUE CHIRURGICALE

École de médecine d'Amiens.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA LITHIASE BILIAIRE

Par Victor PAUCHET.

Jadis les cliniciens pensaient que la présence de calculs dans la vésicule n'offrait pas de danger tant qu'il n'y avait ni complication ni infection. Ils croyaient d'ailleurs que chez un grand nombre de sujets ces pierres ne se révélaient par aucun symptôme : c'est une erreur ; la majorité des calculs de la vésicule ne provoquent ni douleurs vives, ni ictères, mais déterminent des accidents locaux ou généraux qui, méconnus par le médecin, constituent pour le malade un danger permanent.

Les anatomo-pathologistes voulant démontrer l'innocuité des pierres biliaires ont jadis déclaré que 10 p. 100 des êtres humains en présentaient à l'autopsie. Ces recherches avaient été faites dans des asiles, des hospices ou des services de médecine; or, il s'agissait de gens malades et non de gens bien portants.

D'après William Mayo (1) on peut affirmer qu'un sujet sur 200 est atteint de pierres biliaires; après l'âge de cinquante ans, 5 p. 100 des femmes et 2,5 p. 100 des hommes portent des calculs dans la vésicule. Si nous faisons des opérations abdominales et si systématiquement nous regardons la vésicule, nous trouvons parfois des calculs insoupçonnés. Une fois le malade guéri et interrogé sur son passé, il est alors facile au chirurgien de reconstituer le syndrome calculeux jusqu'alors ignoré.

Les calculs biliaires sont produits par une infection atténuée; la veine porte ramène de l'intestin des coli-bacilles ou des bacilles typhiques qui sont ensuite charriés par la bile et éliminés par les conduits biliaires; suivant l'intensité de l'infection, il peut en résulter de l'angiocolite ou des calculs. Des anatomo-pathologistes ont cru que l'infection pouvait se faire d'une façon ascendante par le cholédoque, mais le duodénum est presque stérile et la chasse biliaire s'oppose à ce mécanisme. L'infection se fait par voie sanguine et par la veine porte.

Les pierres biliaires se forment d'abord dans la vésicule ; elles peuvent être expulsées dans le cholédoque où elles s'arrêtent souvent; l'infection de ces conduits et voies intrahépatiques se produit alors par stase; des calculs secondaires peuvent se former dans le canal hépatique, mais il ne peut donc se produire de calculs dans le canal hépatique sans qu'il y en ait eu dans le cholédoque, et il ne peut y avoir de calculs du cholédoque sans qu'il y en ait eu dans la vésicule.

On s'est demandé pourquoi la vésicule calculeuse ne produit pas d'accidents généraux plus graves.

(1) William Mayo. *St-Paul med. Journ.*, janv. 1911.

Cela tient à la pauvreté de son système lymphatique. La résorption des toxines et des microbes y est par suite très faible; de plus, elle est surtout formée de tissu élastique; ses parois peuvent se distendre rapidement avant que les colonies ne soient sous une tension suffisante pour envahir la circulation; au moment où la tension est devenue plus grande les canaux lymphatiques sont oblitérés par les produits inflammatoires sous forme d'une épaisse couenne lymphatique enveloppant l'organe; ses parois s'infiltrent et s'épaississent. Le tableau change quand les pierres envahissent le cholédoque; elles produisent alors de l'angiocolite, les accidents éclatent plus graves, ce qui tient à ce que ce canal est riche en lymphatiques. La température atteint 39 ou 40 degrés. La douleur et l'ictère (30 p. 100 des cas) rendent le diagnostic d'angiocolite calculeuse très facile.

Quel est donc le rôle de la vésicule biliaire? Des physiologistes ont jadis pensé qu'elle était un réservoir pour la bile. Or, nous sécrétons un litre et demi de bile (autant que d'urine) par vingt-quatre heures. A quoi pourrait servir un réservoir de 25 à 30 grammes? D'ailleurs, si c'était un réservoir, sa structure serait agencée de façon que cet organe puisse expulser la bile à intervalles réguliers par des contractions; or, personne ne l'a jamais vu se contracter; ses fibres musculaires sont rudimentaires et ne peuvent être comparées aux tuniques de l'estomac ou de la vessie. Non, la vésicule est faite surtout de tissu élastique; l'élasticité est donc sa propriété essentielle; cette élasticité lui permet de subir les variations de pression qui peuvent exister dans les conduits biliaires et pancréatiques. Ni les conduits biliaires, ni les conduits pancréatiques n'ont de valvules; ils ne peuvent donc se protéger eux-mêmes contre une pression anormale dans le cas où, pour une raison quelconque, la bile et le suc pancréatique ne pourraient facilement et rapidement franchir l'ampoule de Vater.

L'ampoule de Vater est la cavité dans laquelle les sécrétions biliaires et pancréatiques se mêlent; elle peut être comparée, dit Mayo (1), au carburateur d'un moteur à explosion. Si les sécrétions ne s'échappent pas rapidement dans le duodénum, il se produit un retour en arrière des sécrétions, ce qui peut avoir des conséquences désastreuses. Si, en effet, on injecte chez l'animal de la bile pure dans les conduits pancréatiques, il en résulte une pancréatite mortelle. Si le chirurgien intervient chez un sujet dont la vésicule biliaire a été déjà enlevée, il constate que le moignon de la vésicule, le canal cystique et le cholédoque sont régulièrement dilatés. Evidemment cette dilatation est destinée à compenser la suppression de la vésicule biliaire, vraie *soupape de sûreté*. Une seconde fonction de la vésicule biliaire est la *production du mucus* qui se mêle à la bile. Si, pour une raison quelconque, la bile ne peut passer dans le duodénum et qu'il y ait risque de refoulement de la bile vers les conduits pancréatiques, le fait que la bile soit mêlée avec du mucus

(1) W. Mayo. Loc. cit.

empêche la production de pancréatite nécrotique.

Quand un chirurgien opère une pancréatite, il trouve de la lithiase biliaire dans 86 p. 100 des cas. Il constate que 7 p. 100 des lithiases vésiculaires et 27 p. 100 des lithiases du cholédoque sont atteints de pancréatite. La loi de Courvoisier est bien exacte : 84 p. 100 des cas de calculs du cholédoque s'accompagnent d'hypertrophie de la vésicule. Tout ceci prouve que la vésicule biliaire a un rôle de protection vis-à-vis du pancréas. Il ne faut donc point l'enlever sans nécessité.

La lithiase biliaire est quatre fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Elle est exceptionnelle avant vingt ans.

90 p. 100 des femmes calculeuses ont été enceintes et déclarent que les symptômes ont commencé avec une grossesse; celle-ci, en effet, provoque le surmenage du foie puisque la glande sert à la fois à la mère et à l'enfant.

La lithiase latente se révèle souvent par une crise pendant la grossesse sous forme de colique hépatique ou d'angiocholite ; l'extirpation des pierres provoque la guérison sans arrêt de la grossesse. La colique hépatique classique s'accompagne de douleurs à l'épigastre avec irradiations dans le dos ou vers le côté droit, rarement vers la gauche ou l'ombilic, puis surviennent des vomissements généralement bilieux. Quand la sensibilité persiste dans la région même de la vésicule biliaire, on peut affirmer que ses parois sont déjà modifiées, et à partir de ce moment le malade présentera des phénomènes dyspeptiques qui seront qualifiés de gastralgie, hyperchlorhydrie, etc. Cette *dyspepsie vésiculaire* est tellement fréquente que, chez des sujets qui se plaignent de l'estomac, il faut rechercher soigneusement dans leur passé des symptômes pouvant représenter une ébauche de coliques hépatiques; il faut les interroger avec soin car les malades oublient les douleurs passées.

La lithiase vésiculaire peut causer des troubles circulatoires : endocardite, insuffisance cardiaque, palpitations, etc. Leur gravité peut être telle que cela peut rendre l'anesthésie difficile. La crise cardiaque cesse dès que les calculs sont enlevés, mais l'insuffisance cardiaque peut persister.

La lithiase est la cause habituelle de la cholécystite; toutefois il peut y avoir cholécystite sans pierre. D'après Mac Carty la muqueuse présente alors l'aspect d'une fraise mûre, c'est la « vésicule en fraise » (strawberry gall-bladder). La cholécystite sans pierre se révèle par une sensibilité de la région vésiculaire; il n'y a point de colique hépatique proprement dite. Le sujet présente une légère élévation de température avec amaigrissement, perte des forces et autres symptômes d'une toxémie légère.

La cholécystite non calculeuse se présente sous deux formes :

1° Vésicule biliaire à parois distendues et minces, contenant 100 à 150 grammes d'une bile fétide ou inodore et contenant le bacille colique;

2° Vésicule à parois épaissies, adhérente aux organes voisins et contenant une bile épaisse comme du goudron.

Les ganglions lymphatiques, le long des conduits biliaires, sont hypertrophiés.

Des complications existent dans les deux tiers des cas des malades opérés pour lithiase biliaire. Très souvent on trouve des calculs dans le cholédoque avec complications du côté du foie, du duodénum, du côlon transverse.

Le cancer existe dans 2 p. 100 des cas [Mayo (1)]; on est parfois obligé d'enlever un fragment de foie avec la vésicule cancéreuse. Chaque fois que ce cancer est assez avancé pour être reconnaissable au moment de l'opération, le malade ne vit pas un an; mais si le cancer est simplement révélé par le microscope, alors que la vésicule était simplement épaissie, la survie est prolongée, et les sujets opérés ainsi depuis cinq ou six ans vivent encore.

Faut-il opérer les pierres biliaires dès que le diagnostic est posé? Ou bien faut-il attendre les complications? A notre avis, il vaut mieux opérer dès que le diagnostic est posé et sans qu'il y ait aucune complication ; en effet, la mortalité ainsi n'atteint pas 1 p. 200. L'opération précoce est donc absolument bénigne. Au contraire, en laissant évoluer la maladie, les complications peuvent survenir.

L'opinion des chirurgiens n'est pas la même au point de vue des indications; *les uns* disent : les pierres biliaires ne doivent être opérées que quand elles se sont révélées par les accidents aigus ou par la production d'une tumeur. Il faut alors intervenir par une longue incision de Kehr; supprimer toujours la vésicule et faire le drainage de l'hépatique. *Les autres*, et nous sommes du nombre de ces derniers, déclarent qu'il faut opérer dès que le diagnostic est fait, de façon à avoir une mortalité nulle; ne faire qu'une petite incision qui ne mutile pas le sujet et ne prédispose pas à l'éventration. Conserver la vésicule dont le rôle utile est certain et ne pas attendre qu'il y ait infection, c'est-à-dire altération du foie, diminution de la résistance de l'organisme et nécessité de drainer le canal hépatique.

MÉDECINE PRATIQUE

LA VACCINATION ANTITYPHIQUE (2)

Le point de départ des recherches sur la vaccination antityphique se trouve dans des expériences faites par Chantemesse et Widal en 1888; après avoir inoculé à des souris des cultures de bacilles d'Eberth tués par la chaleur à 120 degrés, ces auteurs constatèrent que les souris résistaient à l'inoculation ultérieure de cultures de bacilles vivants, inoculation pratiquée à doses mortelles pour des animaux témoins. En 1892, Chantemesse et Widal firent des expériences analogues et obtinrent les mêmes résultats sur des cobayes et des lapins. Quatre ans plus tard, en 1896, Pfeiffer et Kolle pratiquèrent chez l'homme les premiers essais de vaccination antityphique; puis Wright en Angleterre (1896), Chantemesse en France (1899) commencèrent à vulgariser cette vaccination; les méthodes furent peu à peu perfectionnées, et actuel-

(1) W. Mayo. Loc. cit.

(2) D'après deux bonnes Revues générales publiées récemment sur ce sujet. Louis et Combe. *Le Monde médical*, 25 mai 1912. — Ménard. *Gaz. méd. de Nantes*, 13 juillet 1912.

-lement la vaccination antityphique a été et est encore pratiquée sur un grand nombre de sujets, tout particulièrement sur les soldats en campagne (Sud-Ouest africain, Mandchourie, Algérie, Maroc). A la fin de l'année 1911, Chantemesse estimait que la vaccination antityphique avait été appliquée déjà à plus de 200000 individus.

Pour pratiquer la vaccination antityphique, c'est-à-dire pour provoquer chez un sujet une immunité active grâce à l'injection d'un virus typhique convenablement choisi, assez atténué pour ne pas déterminer une maladie mortelle, assez virulent pour produire les réactions de l'organisme qui aboutissent à l'immunité, pour arriver à ce résultat on a le choix entre plusieurs vaccins : les vaccins bacillaires et les vaccins autolysés. Les vaccins bacillaires sont préparés avec des bacilles d'Eberth tués par la chaleur; Castellani a inoculé des cultures de bacilles vivants atténués par un chauffage à 50 degrés pendant une heure ; ce procédé a été abandonné, car il est dangereux d'inoculer ainsi à l'homme des cultures vivantes. Tout récemment (1), Broughton Alcock a employé un vaccin de bacilles vivants sensibilisés par la méthode de Besredka, et il en a obtenu de bons résultats. Vincent a démontré expérimentalement que les bacilles vivants donnent aux animaux une forte immunité; mais il fait très justement remarquer (2) qu'il n'est pas très prudent d'appliquer à l'homme les résultats de ces expériences, parce que l'injection de bacilles vivants expose l'homme prédisposé à des dangers (fièvre typhoïde, infection biliaire) et peut aussi le transformer en un porteur de bacilles. On doit donc employer des vaccins de bacilles typhiques morts; tels sont le vaccin de Wright-Leishmann (cultures en bouillon peptonisé de bacilles typhiques, chauffage à 53 degrés pendant une heure, addition de lysol); le vaccin de Pfeiffer-Kolle (cultures sur gélose, émulsion dans l'eau physiologique, chauffage à 60 degrés pendant deux heures, addition d'acide phénique, second chauffage à 60 degrés); vaccin de Chantemesse; vaccin bacillaire polyvalent de Vincent. Ce dernier vaccin est préparé avec plusieurs races de bacilles typhiques et paratyphiques; les cultures sont stérilisées par l'éther.

Les vaccins autolysés sont constitués par des extraits de bacilles; ces substances proviennent des corps bacillaires et sont obtenues par le procédé de macération connu en bactériologie sous le nom d'autolyse. L'autolyse peut être pratiquée sur des bacilles morts (autolyse cadavérique) ou sur des bacilles vivants (autolyse vitale); dans ce dernier cas, les extraits bacillaires doivent être stérilisés. Parmi les vaccins autolysés, le plus employé est celui de Vincent; il a l'avantage d'être polyvalent.

Tous ces vaccins, bacillaires ou autolysés, sont rigoureusement dosés; la force du vaccin est calculée d'après le nombre de bacilles employés et on arrive à savoir de façon précise le nombre de millions de bacilles contenus dans une dose donnée de vaccin. Quel que soit le vaccin employé, il faut qu'il ne date pas de plus de trois mois; un vaccin préparé depuis plus longtemps aurait perdu de son efficacité. La technique de la vaccination est très simple; sous la peau de la région deltoïdienne, des parties latérales de la poitrine ou du flanc, on injecte, avec une seringue stérilisée, une certaine quantité de vaccin; mais il faut pratiquer plusieurs inoculations à huit jours d'intervalle. Ainsi, avec le vaccin de Chantemesse, on fait quatre inoculations successives aux doses d'un quart de centimètre cube, puis un demi-centimètre cube, trois quarts, et enfin un centimètre cube. Le vaccin par autolysats bacillaires de Vincent est inoculé cinq fois aux doses d'un demi-centimètre cube, trois quarts de centimètre cube, 1, 2 et 3 centimètres cubes; le vaccin polyvalent bacillaire de Vincent comporte ces mêmes doses, légèrement diminuées. Pour la femme, la dose est la même que pour l'homme; pour les enfants de sept à douze ans, on injecte seulement un quart de la dose des adultes; pour les enfants de douze à quinze ans, la moitié.

La vaccination antityphique donne lieu à certaines réactions, variables suivant les individus, variables aussi suivant l'espèce de vaccin employé. Ainsi les réactions sont plus fréquentes et plus vives avec les vaccins bacillaires qu'avec les autolysats (Vincent, Louis et Combe); depuis que les méthodes de vaccination se sont perfectionnées, les réactions fortes sont devenues exceptionnelles. Localement, on peut voir la peau rougir quelques heures après l'inoculation; une douleur sourde, une sensation de tension engourdit le bras; l'apparition de petits ganglions dans l'aisselle est assez fréquente; comme phénomènes généraux on note parfois un léger mouvement fébrile avec céphalée et courbature; exceptionnellement des frissons, une température de 39 degrés, des vomissements et de la diarrhée. Mais cette réaction générale est rare; ainsi Louis et Combe n'ont observé de la fièvre que chez 5 p. 100 des sujets inoculés avec les vaccins de Vincent; d'après ces auteurs, adultes et enfants supportent remarquablement bien les vaccinations faites avec ce vaccin qui est certainement le mieux toléré de tous ceux qui ont été proposés. Le vaccin de Chantemesse ne provoque aussi que des réactions très atténuées.

La vaccination antityphique détermine l'immunité, et on en possède la preuve dans ce fait que le sang des vaccinés présente les mêmes modifications humorales qu'après une fièvre typhoïde. A la suite des injections, le pouvoir bactéricide du sérum augmente; parallèlement se développe un pouvoir bactériolytique manifeste (Vincent); des agglutinines se forment dans le sérum, le taux d'agglutination étant d'ailleurs variable selon le vaccin employé. Mais cette immunité, comme toutes les autres immunités actives, n'apparaît pas d'emblée; entre le moment de la première inoculation et le moment où l'immunité est acquise, s'écoule un certain temps, plus ou moins long; pendant cette période d'attente, le sujet n'est pas encore réfractaire à la fièvre typhoïde; il peut même être plus apte à la contracter qu'un sujet non vacciné. Cette période d'attente est appelée la phase négative; elle peut durer d'une à trois semaines; mais elle n'a guère été observée qu'avec les vaccins employés au début de la vaccination antityphique. Il semble bien qu'avec les procédés actuellement en usage, qu'avec les vaccins injectés à doses faibles, puis progressivement croissantes, toute crainte d'une phase négative doit être écartée. Au Maroc, en 1911, Vincent qui vaccinait des soldats en plein foyer épidémique n'a rien observé, chez ses vaccinés, qui puisse faire penser à l'existence d'une phase négative. Enfin les sujets vaccinés alors qu'ils étaient en incubation de fièvre typhoïde ont eu des fièvres typhoïdes sans gravité particulière; chez les individus déjà en puissance de bacilles d'Eberth, l'introduction de l'antigène n'apporte donc aucun élément de gravité (Louis et Combe); Vincent a même vu des cas dans lesquels cette vaccination semblait plutôt donner à la maladie une marche bénigne, comme si la sécrétion partielle d'anticorps qui résulte de l'inoculation d'antigène avait augmenté la résistance des malades infectés par le bacille d'Eberth.

Pour savoir si la vaccination antityphique est efficace, si elle protège vraiment le vacciné contre les atteintes de la maladie, on ne peut naturellement faire la preuve absolue, c'est-à-dire l'infecter de bacilles d'Eberth, comme un animal de laboratoire. Mais cette efficacité est prouvée d'une façon presque aussi scientifique par les statistiques, qui nous montrent que, dans un milieu où règne la fièvre typhoïde, les vaccinés sont atteints dans une proportion beaucoup moindre que les non vaccinés. Pendant la guerre du Transvaal, on observe à Ladysmyth : pour 1000 vaccinés 20,5 cas de fièvre typhoïde et 4,7 décès; pour 1000 non vaccinés 141,4 cas et 31,2 décès.

(1) *Acad. des sciences*, 6 mai 1912.
(2) *Acad. de méd.*, 13 mai 1912.

L'été dernier, sur les confins algéro-marocains, où la fièvre typhoïde était fréquente, aucun des soldats vaccinés par Chantemesse ou par Vincent ne fut atteint. Combien de temps dure cette immunité? On ne peut actuellement préciser ce point très important; Wright, lors de ses premières vaccinations, estimait que l'immunité durait six mois ; il croit aujourd'hui que son vaccin actuel peut immuniser pour trois ou quatre ans. Les vaccinations faites dans l'armée française sont de date trop récente pour fournir à ce point de vue une base d'appréciation ; mais si l'immunité ne dure que trois ou quatre ans, on pourra sans doute l'entretenir par de nouvelles inoculations, comme on le fait en ce qui concerne la vaccination jennérienne.

De ces notions actuellement acquises sur la vaccination antityphique on peut déjà tirer quelques conclusions pratiques : il n'apparaît pas pour l'instant que la vaccination antityphique doive être indistinctement pratiquée chez tous; les méthodes de vaccination, de sérothérapie sont sans doute très efficaces, mais, de cette efficacité même, il est permis de conclure qu'elles modifient profondément les humeurs de l'organisme et que ces modifications peuvent avoir des conséquences lointaines que nous soupçonnons à peine; avant donc de faire une vaccination antityphique, il faut mettre en parallèle cette considération de pathologie générale et le danger plus ou moins grand d'infection par le bacille d'Eberth. La vaccination antityphique doit donc être réservée à des cas spéciaux, ceux-ci par exemple : les soldats qui partent en campagne, les étudiants en médecine, infirmiers et infirmières, les sujets qui viennent habiter une ville où la fièvre typhoïde est endémique, etc. Cette conclusion est d'ailleurs celle de l'Académie de médecine qui recommande la vaccination antityphique à « tous ceux que leur profession, leurs conditions usuelles ou accidentelles d'alimentation ou d'habitat, leurs rapports quotidiens ou fréquents avec des malades ou des porteurs de germes, exposent à la contagion directe ou indirecte par le bacille de la fièvre typhoïde ».

M. BRELET.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(*Congrès de Nîmes, 1er-6 août 1912.*)

SECTION D'ÉLECTRICITÉ MÉDICALE (1)

Par LAQUERRIÈRE et DELHERM.

RAPPORT

Les actions des bains de lumière naturelle et artificielle. — M. MIRAMOND DE LAROQUETTE. Le bain de lumière naturelle est l'exposition directe, totale ou partielle, du corps aux rayons solaires.

Le bain de lumière artificielle est l'exposition aux irradiations lumineuses, lampe à incandescence, lampe à arc, vapeur de mercure, etc.

Dans les sanatoria d'altitude, l'héliothérapie est surtout appliquée et tous les spectres solaires arrivent sur l'organisme.

Dans les régions montagneuses, on établit surtout *le bain froid de soleil*;

Dans les régions méridionales, le bain chaud de soleil.

Dans les bains de lumière artificielle, on a un spectre incomplet, car l'ultraviolet est pauvre.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 93, p. 1319.

D'une manière générale, les irradiations des foyers lumineux faibles ou modérés produisent de l'excitation et, quand on les exagère, de l'irritation ou de la destruction.

Les principaux phénomènes locaux qui traduisent la réaction des tissus superficiels aux effets du rayonnement lumineux sont l'hyperémie, l'érythème, la sudation, et comme conséquence extérieure, parfois la pigmentation.

On a beaucoup parlé, à propos d'héliothérapie, de l'*action bactéricide* de la lumière, et surtout des rayons ultraviolets. Cette action bactéricide trouve en hygiène et dans le traitement de certaines lésions cutanées d'importantes applications, mais l'auteur pense qu'on a exagéré son rôle. Son traitement s'applique, non seulement à certaines lésions externes et aux affections anciennes goutteuses, d'origine rhumatismale et traumatique, mais encore aux infections viscérales et articulaires et notamment aux tubercules internes et externes.

COMMUNICATIONS

Bains de lumière de couleur. — M. MIRAMOND DE LAROQUETTE. Les bains de lumières colorées de façon différente ont sensiblement les mêmes actions, au contraire leurs actions psychiques paraissent utilisables en psychothérapie.

Différents orateurs insistent sur l'emploi tout à fait exagéré qu'on fait en certains pays étrangers des verres diversement colorés.

MM. BEGRONIÉ, NOGIER, etc., insistent sur la difficulté des mesures exactes en photothérapie.

Action du bain de lumière locale sur l'occlusion intestinale postopératoire. — MM. DELHERM et PY rappellent leurs conclusions antérieures et leurs précédentes observations ; ils apportent un nouveau cas de débâcle obtenue rapidement par le bain abdominal de lumière.

MM. LAQUERRIÈRE et LOUBIER rappellent avec observations à l'appui les bons résultats que donnent les irradiations de la lampe à incandescence contre les plaies atones et rapportent 2 observations de guérison de raréfaction osseuse et de périostite sur des os relativement peu profonds.

M. MIRAMOND DE LAROQUETTE a pu par le bain de lumière déterminer des consolidations de fractures n'ayant pas de tendance à s'ossifier, il montre les excellents effets des irradiations lumineuses sur les plaies, en particulier des plaies de face antérieure du tibia des cavaliers qui sont avec les procédés classiques si longues à cicatriser.

M. JULIEN rapporte l'observation : 1° d'une malade atteinte de ganglions cervicaux et de cicatrices consécutives à l'ulcération de ganglions, guéris par quelques applications de radium ; 2° d'un cancer du sein récidivé qui est actuellement disparu après introduction de tube de radium au sein de la tumeur.

M. DE KEATING HART présente deux malades atteintes autrefois, l'une de cancer du sein métastatique, l'autre d'ostéosarcome volumineux et récidivé de l'humérus, et actuellement guéris après traitement par la fulguration l'une depuis cinq ans, l'autre depuis trois ans et demi.

M. de Keating Hart présente une série de cancers inopérables traités par sa nouvelle méthode, la thermoradiothérapie, soit seule, soit associée à la fulguration, et présentant, depuis un an et plus, toutes les apparences d'une guérison actuelle.

M. Foveau de Courmelles préconise dans le traitement des nævi l'association de l'électrolyse et du radium; l'action de ce dernier serait ainsi beaucoup plus nette.

M. Nogier rapporte les bons résultats qu'il a obtenus par les applications de la lampe de Kromayer sur les nævi stellaires.

M. Bergonié a essayé le radium, la photothérapie, la diathermie, il a trouvé tous ces procédés inférieurs à l'électrolyse.

M. Belot estime que l'électrolyse est le traitement de choix des nævi stellaires.

M. Bonnefay montre par de nombreuses observations que loin d'être dangereuses chez les cardiaques les applications du lit condensateur de haute fréquence ont au contraire une action favorable, ce qu'il faut attribuer à une meilleure circulation périphérique.

M. Danne présente différents modèles d'inhalateurs pour émanation de radium et d'appareils pour la mesure de cette émanation. Il insiste sur la fantaisie des mesures employées souvent à l'étranger alors qu'il existe une unité fixe, le *Curie*. Différents orateurs confirment l'obligation de donner les mesures en curies.

La technique et les indications de la radiothérapie du fibrome. — M. Laquerrière, qui a une pratique de huit années de radiothérapie du fibromyome, estime que du grand nombre de travaux publiés on peut tirer les principes directeurs d'une bonne technique : ampoule placée loin de la peau pour diminuer la différence d'irradiation entre la superficie et la profondeur, rayons durs filtrés par un millimètre d'aluminium, doses mesurées (après le filtre) à la peau ne dépassant ou n'atteignant pas tout à fait la dose de l'érythème, portes d'entrée multiples mais sans exagérer le nombre.

D'autre part, la radiothérapie lui paraît le traitement de choix chez les femmes ayant plus de quarante-cinq ans tandis qu'il insiste une fois de plus sur l'inutilité de cette méthode au-dessous de quarante ans.

MM. Laquerrière et Loubier rapportent quelques observations de fibromes traités par la radiothérapie et en concluent entre autres que des résultats satisfaisants peuvent être obtenus avec des doses faibles, que le fibrome peut diminuer de volume avant qu'il y ait une action appréciable sur l'ovaire, etc.

SÉANCES D'EXPOSITION

Quatre séances ont été tenues dans le grand réfectoire du Lycée transformé en exposition d'appareils électro-médicaux et de clichés radiographiques, ainsi qu'en salle de projection, on a pu y admirer de très beaux clichés, en particulier ceux d'Arcelin, Aubourg, Henrard, Belot, Maingot, etc.

Les constructeurs les plus réputés avaient établi des stands très importants, ce qui est d'autant plus méritoire que le poids et la taille des appareils, en particulier de ceux pour rayons X, va sans cesse croissant.

M. Maury (de Lyon), outre ses meubles radiologiques, nous montrait un excellent orthodiographe du docteur Arcelin avec dispositif de protection aussi complet que possible, un électro-aimant géant de M. Rollet dépassant en puissance tous les appareils de même genre, la table à examen radiologique du docteur Regad, etc.

La maison Paz et Silva présentait son appareil radiologique à interrupteur Rotax, des écrans renforçateurs et une série d'appareils pour les applications directes ou indirectes de l'électricité, parmi lesquels ses petits modèles de douche d'air chaud et de vibrateurs.

M. Ropiquet continue à perfectionner ses appareils radiologiques : il exposait un meuble générateur dont la transformation est à refroidissement par l'air, et dont l'interrupteur à mercure a une décantation automatique. Un support radiologique de moyen modèle et un autre de petit modèle qui sont des simplifications moins coûteuses du grand modèle bien connu de la même marque.

Au stand Muller, nous avons remarqué de nombreux modèles de tubes pour radiographie, radiothérapie, radioscopie, endoscopie et endothérapie.

Au stand Lécureul, le contact tournant de Delon pour radiographie à grande puissance, des inhalateurs pour émanation de radium, des tubes à rayons X.

A la Société d'appareils électro-médicaux, le nouveau modèle de l'appareil « unipuls » pour radiographie extrarapide, un tube fort bien compris pour radiothérapie, des écrans renforçateurs, un appareil transportable pour haute fréquence à la Société « l'Ultra violet », différents modèles des appareils du professeur Nogier pour la stérilisation des liquides par les rayons ultraviolets.

M. Pilon présentait une dizaine de modèles nouveaux de tubes à rayons X de construction française. Pour qui sait combien la fabrication des ampoules est restée stationnaire depuis des années dans notre pays, ce serait une raison de souhaiter à ce jeune constructeur un prompt succès, qu'il mérite d'ailleurs par l'abondance de ses innovations et le soin apporté à l'établissement de ses modèles.

Dans l'exposition de la maison Gaiffe, MM. Gallot et Chappaz ont présenté le grand modèle de contact tournant, appareil extrêmement souple permettant de passer facilement des débits les plus considérables aux débits les plus minimes; un appareil transportable pour rayons X actuellement en usage au Maroc et de puissance considérable relativement à sa taille, un onduleur pour tous courants, un appareil très pratique de diathermie, etc. De plus, M. le professeur Bergonié a montré un modèle simplifié de son instrumentation pour gymnastique électrique généralisée ; M. Belot, les perfectionnements récents de son pied support d'ampoule bien connu. MM. Laquerrière et Delherm, le modèle définitif de leur bain local de lumière.

Nous sommes, faute de place, obligés de passer

sous silence un nombre considérable d'innovations intéressantes, et nous nous en excusons auprès des constructeurs et des inventeurs.

***

Comme on le voit par ce rapide résumé, les travaux de la treizième section ont été, comme cela est habituel, extrêmement nombreux. Il a d'ailleurs été nécessaire, pour épuiser l'ordre du jour, que bon nombre d'orateurs réduisent leurs communications à la lecture des conclusions.

La prochaine réunion aura lieu en 1913, aux vacances de Pâques, à Tunis.

Le bureau en est ainsi constitué :

Président : M. A. Laquerrière (de Paris).
Vice-président : M. Arcelin (de Lyon).
Secrétaire : M. Roques (de Bordeaux).

JURISPRUDENCE

LE DEVOIR CONJUGAL ET LES EXPERTISES MÉDICALES

La Cour d'appel de Douai a rendu, le 3 avril 1912, un arrêt en matière de divorce, qui mérite par certains côtés d'être rapporté.

On sait qu'en matière de divorce l'un des conjoints articule souvent comme grief l'inaccomplissement du devoir conjugal, et les tribunaux l'admettent quelquefois lorsque cet inaccomplissement est volontaire. Mais il est souvent difficile de prouver ce fait. Par suite, si un des époux allègue un grief de cet ordre, il est nécessaire, si la preuve n'en est pas rapportée, d'ordonner une expertise médicale à l'effet de déterminer après examen de la femme et du mari si celle-là est restée vierge ou si celui-ci n'est pas atteint d'une malformation empêchant les relations sexuelles.

Voici d'ailleurs les principaux attendus de l'arrêt :

« Attendu que la dame M... a quitté, le 14 décembre 1910, son mari, parti la veille pour accomplir une période de service militaire, après lui avoir écrit une lettre ainsi conçue : « En rentrant, tu trouveras la maison vide, mais ne t'en prends qu'à toi de ce qui arrive aujourd'hui et devait fatalement arriver, étant données tes mœurs inavouables. Je ne puis supporter davantage les actes vils que tu tentais toujours d'exercer sur moi. Je ne t'ai pas prévenu à ton départ, pour ne pas entraver ton service militaire, mais j'étais en droit de le faire, car tu m'as révoltée en voyant ce que tu voulais me faire subir hier matin pendant mon sommeil » ;

Attendu que M... a intenté contre sa femme une demande en séparation de corps fondée sur son refus de réintégrer le domicile conjugal; que la dame M... a demandé, au contraire, le divorce, en se fondant sur ce que, depuis le début du mariage, son mari s'est toujours abstenu de remplir le devoir conjugal et a même voulu l'associer à des pratiques coupables;

Attendu que M... prétend à tort que la fausseté de ces allégations résulterait de lettres enregistrées écrites par l'appelante les 28 octobre, 9, 15 et 22 novembre 1910; qu'en effet, ces lettres établissent bien qu'elle avait alors une vive affection pour son mari, mais ne prouvent nullement qu'il ait eu des rapports sexuels normaux avec elle;

Attendu que la dame M... produit des certificats émanant de docteurs qui l'ont visitée et ont constaté qu'elle était restée vierge; que la non-consommation du mariage ne provient point d'une résistance qui lui soit imputable; que cela résulte non seulement des lettres affectueuses écrites par elle et susvisées, mais encore de ce fait que M..., loin de s'être plaint d'une résistance de sa femme, a déclaré qu'il a eu, à maintes reprises, des rapprochements sexuels avec elle;

Attendu, d'autre part, que sa prétention d'avoir, à maintes reprises, rempli ses devoirs conjugaux prouve qu'il n'est point atteint d'impuissance;

Attendu que l'abstention de M... apparaîtrait donc comme ayant été volontaire de sa part, à moins qu'un empêchement physique ne l'eût placé dans l'impossibilité de porter atteinte à l'intégrité virginale de sa femme;

Attendu qu'il y a lieu de recourir à une expertise, à l'effet de faire toutes constatations utiles à la manifestation de la vérité. »

Cet arrêt suggère un certain nombre de réflexions d'ordre médico-légal. D'après une jurisprudence constante, l'abstention du mari, pour être une cause de divorce, doit être, non seulement volontaire, mais revêtir en outre un caractère injurieux et vexatoire pour sa femme. Mais il ne saurait y avoir injure, si ce refus volontaire d'accomplir l'acte conjugal tient à la conformation et aux dispositions physiques des époux. En l'absence de tous renseignements physiologiques à cet égard, les juges ne peuvent prononcer le divorce sur cette attitude passive; ils doivent recourir aux lumières d'un médecin expert (Cour Liége, 15 mars 1902, *Sirey*, 1903, IV, 4; — Cass., 19 janvier 1892, *Dalloz périodique*, 1892, I, 424; Trib. Perpignan, 15 mai 1894, *La Loi*, 14 mars 1895; — Cassation, 22 février 1899, *Sirey*, 1899, I, 189).

Mais le médecin aura certes une tâche délicate à remplir. Il devra motiver avec détails ses observations. Car bien souvent les juges ne pourront tenir compte de son rapport. En effet, il a été jugé que les constatations d'un médecin, qui avait examiné une femme mariée, et qui avait simplement déclaré, sans autres indications spéciales, que l'hymen était intact et que ses dispositions anatomiques excluaient l'existence de tout rapport, ne pouvait établir péremptoirement que cette femme n'a jamais eu de rapports intimes avec son mari. N'existe-t-il pas en effet de nombreux cas de virginité apparente, consécutives à des relations sexuelles certaines (Liége, 15 mars 1902, précité; — Angers, 15 janvier 1896, *Gaz. Trib. Midi*, 15 mars 1896).

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

FORMULAIRE

L'ANTISEPSIE BUCCALE PAR L'IODE

M. Carles recommande (1) l'eau iodo-iodurée pour l'antisepsie buccale.

« Dans 20 grammes de teinture d'iode du Codex ajouter 1 gramme d'iodure de potassium et loger le mélange dans un flacon compte-gouttes. Pour l'usage, verser 1 à 3 gouttes dans un quart de verre d'eau tiède et avec ce topique se rincer minutieusement la bouche. L'eau supportera d'autant plus de gouttes qu'elle sera plus chaude. »

Ainsi la cavité buccale se trouve tapissée à la minute d'iode libre, sous une forme non désagréable et à doses non nuisibles, quoique suffisantes pour désinfecter l'haleine, prévenir la formation du tartre et entraver l'évolution de la carie dentaire.

M. Carles affirme en outre que l'iode ne jaunit pas les dents, même après plusieurs mois d'usage.

---

(1) *Gaz. des sc. méd. de Bordeaux*, 25 fév. 1912.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de désinfection (1), par François COREIL, directeur, et Victor DEVILLE, médecin du bureau d'hygiène de la ville de Toulon, avec préface de M. A. Chassevant, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Grâce à leur compétence et à leur expérience, les auteurs ont excellemment envisagé, dans cet ouvrage, les questions relatives à la désinfection sous leurs trois faces : scientifique, technique et administrative. C'est ainsi qu'après avoir fait l'historique de la désinfection et avoir exposé les généralités qui s'y rapportent, MM. Coreil et Deville étudient en détails la législation, les agents et appareils, le contrôle de la désinfection. Puis après s'être arrêtés longuement sur la pratique de cette dernière, ils examinent les questions de désinfection municipale et départementale, et terminent leur important ouvrage en décrivant les stations de désinfection de Paris, Milan et Toulon.

C'est là un traité éminemment pratique qui rendra de grands services aux médecins et à tous les hygiénistes.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

La Chirurgie des vésicules séminales (2), par les docteurs J. FIOLLE, professeur suppléant à l'Ecole de médecine, chirurgien des hôpitaux de Marseille, et P. FIOLLE, ancien interne des hôpitaux et de la clinique des voies urinaires de Marseille.

C'est une chirurgie toute récente qui fait l'objet de cette monographie puisque la première opération date de 1890. Ses indications sont d'ailleurs limitées. Passant d'abord en revue l'histoire des diverses affections des vésicules : tuberculose, vésiculites non tuberculeuses, kystes, calculs, cancers, hémorragies; les auteurs discutent ensuite les cas dans lesquels il est indiqué d'intervenir. Ils indiquent ensuite les diverses techniques opératoires avec voies d'accès inguinale, suspubienne, périnéale, ischio-rectale, coccypérinéale et parasacrée. Ils montrent les avantages et les inconvénients de chaque méthode ne cachant pas leur préférence pour la voie coccypérinéale dont ils peuvent justement revendiquer la paternité.

Enfin dans un dernier chapitre, peut-être un peu bref au gré de ceux qui veulent se faire une opinion, ils indiquent les résultats immédiats et éloignés de ces interventions.

M. LANCE.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 15, 11 avril 1912.) JUNG : Traitement des troubles de la ménopause. — SEITZ : L'hyperémèse, intoxication gravidique. — NEUSTÄTTER et THRO : Poliomyélite aiguë expérimentale. — VORBRODT : Sur la paralysie familiale. — VOSS : Sur les procédés psychologiques du diagnostic psychiatrique moderne. — RICHARTZ : Sur la question de la rétention chlorurée dans l'hypersécrétion gastrique. — GRAUL : Aphasie motrice transitoire avec paragraphie dans le diabète sucré. — MEYER : Sur l'emploi de la tuberculine. — WAELLI : Un moulage en plâtre de l'urètre. — BRÜHL : La participation de l'oreille, du nez et du cou dans les maladies de la nutrition. — HECHT : Infection nouvelle après traitement abortif de la syphilis. — LENZMANN : Etat actuel du traitement de la syphilis dans la pratique. — BERGER et HENIUS : La radioscopie au service du diagnostic et du traitement des affections gastro-intestinales.

Lyon médical. — (N° 13, 1er avril 1912.) VILLARD et PERRIN : Sutures latérales des vaisseaux. — CURTILLET et LOMBARD : Intoxication saturnine aiguë mortelle consécutive à un coup de feu par arme de chasse. — ROCHET et THÉVENOT : Un nouveau cas d'abcès chauds de la prostate au cours d'un cancer de cet organe. — R. LERICHE et J. MURARD : A propos d'un cas d'artériotomie de l'iliaque externe pour arrêt de circulation dans le membre inférieur par une artérite. — (N° 14, 7 avril.) GALLOIS et TARTANSON : Deux cas de paralysie radiale compliquant une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. — DELORE et J.-F. MARTIN : Lymphangite à distance dans l'appendicite. — (N° 15, 14 avril.) V. CORDIER, A. BADOLLE et H. BRISSAUD : La pneumonie à pneumobacilles. — (N° 16, 21 avril.) VORON et FOLLET : Deux observations d'accouchement provoqué par la thérapeutique chez des diabétiques. — (N° 17, 28 avril.) J.-F. MARTIN : Double hématome sous-dure-mérien. — HORAND et FAYOL : Epithélioma de l'ovaire ectopique du type séminome, hernie de l'utérus et diverses malformations.

Marseille médical. — (N° 7, 12 avril 1912.) L. PAYAN : La résistance globulaire; utilité de son étude au point de vue clinique. — VAYSSIÈRE : Intoxications gravidiques et déviation du complément; — Kyste de l'ovaire et réaction de fixation. — DE LUNA : Foie syphilitique scléreux avec dégénérescence partielle. — (N° 8, 15 avril.) BILLON et EIGLIER : Réflexions sur nos cent premières injections de pneumothorax artificiel dans la tuberculose pulmonaire.

Münchener medizinische Wocchenschrift. — (N° 15, 9 avril 1912.) — PAYR : Technique de la transfusion sanguine artério-veineuse. — KAPPIS : Sur l'anesthésie par injection dans le furamen intervertébral. — STIERLIN : Expériences radiologiques sur les spasmes gastriques. — FISCHER et MEYER-BETZ : Sur l'hémibilirubine chez les normaux et les hépatiques. — BESSAU : Sur la différenciation des poisons bactériens. — BICKEL : Fixation du complément. Titrage de l'alexine. — IWASCHENZOW : Manifestations anaphylactoïdes après des injections répétées de salvarsan. — BERGER : Le traitement de la syphilis par le salvarsan. — GENNERICH : Contributions cliniques au traitement par le collargol du rhumatisme blennorragique. — WEBER : Membrane très sensible pour l'enregistrement des bruits du cœur. — RIECK : Ne pas employer la pituitrine pour les accouchements dans la pratique privée. — ASAM : Danger de mort par anaphylaxie. — HERNIG : Sur la mort subite par fibrillation des cavités cardiaques.

Paris médical. — (N° 19, 6 avril 1912.) LINOSSIER : Les maladies de la nutrition en 1912. — VAQUEZ et RIBIERRE : Indications des eaux minérales dans les maladies de l'appareil circulatoire et du sang. — L. BERNARD : Indications des eaux minérales dans les maladies des voies respiratoires et de la tuberculose. — A. MATHIEU : Indications des eaux minérales dans les maladies de l'appareil digestif. — LEGUEU et LINOSSIER : Indications des eaux minérales dans les maladies de l'appareil urinaire. — PINARD : Indications des eaux minérales dans les maladies de l'appareil génital de la femme. — BROCQ : Indication des eaux minérales dans les dermatoses et la syphilis. — ARNOSAN : Indications des eaux minérales dans les maladies de la nutrition. — (N° 20, 13 avril.) CLUZET : Avantages de l'emploi des décharges de condensateurs dans l'électrodiagnostic. — A. BAUDOUIN et H. FRANÇAIS : Recherches de dynamométrie clinique. — DOPTER : Analyse bactériologique des angines. — J. HEITZ : Du tabes chez frère et sœur, contribution à l'étude du terrain dans l'étiologie du tabes. —

(1) Un vol. de 647 pages avec figures. — Prix : 16 francs. — Paris, Jules Rousset.

(2) Une brochure grand in-8 de 36 p. de l'Œuvre médico-chirurgical, avec fig. dans le texte. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

(N° 21, 20 avril.) GOUGEROT : Chancre mou. — CARNOT et BAUFLE : Sur le traitement de la tachycardie paroxystique par de petites doses continues de digitale. — SÉZARY : L'hypoépinéphrie chronique latente. — DIEULAFÉ et HERPIN : Pathogénie de la carie dentaire. — (N° 22, 27 avril.) KREFTING : La signification clinique de la réaction de Wassermann. — SCHWARTZ et KAHN : Les abcès froids non tuberculeux. — J. CAMUS : Le sulfate de magnésie et l'acide phénique dans le traitement du tétanos. — HEITZ : Traitement des états basedowiens par les bains carbogazeux de Royat. — GLUGE : Les cliniques de Berlin.

Pédiatrie pratique. — (N° 10, 5 avril 1912.) KIRMISSON : Double pied bot varus équin paralytique. — DAVID : La coxalgie à Salies-de-Béarn. — ESCHBACH : Etat méningé à lymphocytes d'origine indéterminée. Syndrome méningitique généralisé consécutif à un zona thoracique. — GRENET : Syndromes méningés aigus au cours des états infectieux. — (N° 11, 15 avril.) HUTINEL : Méningites des nourrissons. — NOBÉCOURT : Consultations de nourrissons, gouttes de lait. — J. NICOLAS et H. MOUTOT : Sclérodermie en plaques forme mixte ; lardacée et tubéreuse. Traitement thyroïdien ; amélioration rapide. — (N° 12, 25 avril.) KIRMISSON : Mal de Pott scoliotique. — ARNAUD : L'hormon péristaltique dans le traitement des constipations chroniques. — E. WEILL et PÉHU : Sur deux cas d'hypertrophie thymique traités avec succès par la radiothérapie. — WEILL, G. MOURIQUAND et GARDÈRE : Enorme tumeur du rein gauche simulant une hypertrophie splénique. Réaction de Weinberg très positive. Opération. Autopsie. Pas de kyste hydatique. — FRANCIONI et MENABUONI : La réaction de Wassermann chez les enfants. — BERGHINZ : Sur la réaction de Wassermann en clinique pédiatrique avec considérations spéciales sur les lois de Colles et de Profeta et sur la valeur diagnostique de la réaction comparée aux examens microscopiques et bactériologiques. — CIPOLLA : La réaction de Wassermann chez les enfants. — BAGINSKY : Quelques cas importants de septicémie infantile.

Presse médicale. — (N° 27, 3 avril 1912.) Marcel LABBÉ : Syndrome d'acidose et coma diabétique. — A. MARTINET : Mécanisme des médications antiasthmatiques. — E. ANDRONESCO et F. SARATZEANO : Valeur de la réaction de Wassermann dans le diagnostic de l'hérédo-syphilis. — (N° 28, 6 avril.) V. PACHON : Leçon inaugurale du cours de physiologie à la Faculté de Bordeaux. — Nicole GIRARD-MANGIN : Hygiène et prophylaxie antituberculeuse. — (N° 29, 10 avril.) KIRMISSON : Genu valgum essentiel et genu valgum symptomatique. — BOVERI : Le liquide céphalo-rachidien dans la pellagre. — (N° 30, 13 avril.) Aug. BROCA : Entorse et tuberculose du pied. — A. MARTINET : Valeur respective des diverses méthodes modernes d'exploration du système circulatoire. — CAUSSADE et LEVEN : Le petit thorax et le grand abdomen de malades dits emphysémateux. — A. DARIER : Sérothérapie antistreptococcique par voie buccale et en applications locales. Avantages de la méthode paraspécifique. — (N° 31, 17 avril.) R. BENSAUDE : L'endoscopie recto-colique. Rectoscopie. Sigmoïdoscopie. — (N° 32, 20 avril.) Pierre DESCOMPS : La ligature de l'artère carotide externe. — (N° 33, 24 avril.) HERESCO : Leçon d'ouverture de la clinique des maladies des voies urinaires de la Faculté de médecine de Bucarest. — (N° 34, 27 avril.) HARTMANN : Traitement chirurgical des maladies du poumon. — (N° 35, 30 avril.) Congrès international de la tuberculose (Rome), 14-20 avril 1912.

Progrès médical. — (N° 14, 6 avril 1912.) A.-F. HERTZ : Pathogénie et traitement de la constipation. — P. FABRE : L'hypodipsie et les oligopotes.

Revue de chirurgie. — (N° 4, 10 avril 1912.) J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Lord Lister (1827-1912). — DELBET, HERRENSCHMIDT et BEAUVY : Chloroformisation et capsules surrénales. — QUÉNU et P. MATHIEU : Etude critique sur les fractures du cou-de-pied. Les fractures tibio-mortaisiennes (19 fig.) [*fin*]. — L. BÉRARD et H. ALAMARTINE : Contribution à l'étude de la classification anatomique des tumeurs thyroïdiennes (14 fig.). — P. NADAL : La notion de tumeur mixte. — J.-M. GLASSTEIN : Contribution au traitement de la gangrène d'origine artério-scléreuse des membres inférieurs au moyen de l'anastomose artério-veineuse.

Revue de la tuberculose. — (N° 2, avril 1912.) HUTINEL et TIXIER : La tuberculose latente des nourrissons, son diagnostic. — LEMOINE : La tuberculose et l'armée. Traitement social des tuberculeux de l'armée. — MAUCLAIRE : Traitement chirurgical de la tuberculose abdominale en général et des tuberculoses gastro-intestinale et péritonéale en particulier.

Revue de médecine. — (N° 4, 10 avril 1912.) J. TINEL et P. GASTINEL : Les états méningés des tuberculeux (6 fig.). — H. LABBÉ : Recherches sur la dépancréatisation. Modifications de la nutrition générale chez un chien partiellement dépancréaté (4 fig.). — Alec CRAMER : De la valeur réelle du lactose comme diurétique. — M. LAFFORGUE : Paramyoclonus d'origine ourlienne. — Raoul DUPUY : Arriération infantile et opothérapies endocriniennes (puériculture de la seconde enfance et traitement préventif de l'infantilisme) (2 fig.).

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 14, 6 avril 1912.) E.-J. MOURE : Angiome kystique de la base de la langue. — (N° 15, 13 avril.) E. PERCEPIED : Considérations sur les coryzas spasmodiques et leurs traitements. — (N° 16, 20 avril.) KAUFMANN : Bourdonnements et vertiges auriculaires par diathèse urique. Guérison par le traitement de la diathèse. — (N° 17, 27 avril.) DUVERGER : Coup de feu dans l'oreille droite; la balle évide la mastoïde sans lésion des organes voisins.

Revue médicale de l'Est. — (N° 7, 1er avril 1912.) FRÜHINSHOLZ et André RÉMY : Tabes et puerpéralité. Accouchement indolore. — P. JACQUES : Volumineux sarcome de l'amygdale opéré par les voies naturelles. — (N° 8, 15 avril.) A. RAOULT : Rééducation « anakinésie » de l'ouïe par la méthode électro-phonoïde. — G. WORMS et A. HAMANT : Contribution à l'étude du traitement opératoire des cholécystites aiguës survenant au cours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

Revue neurologique. — (N° 7, 15 avril 1912.) J. JUMENTIÉ et Mlle E. KONONOVA : Cinq cas de tumeurs de la moelle, étude histologique (7 fig.). — G. LAROCHE et Ch. RICHET fils : Aortite et tachycardie dans la paralysie générale. — (N° 8, 30 avril.) RAYNEAU et L. MARCHAND : Syndrome paralytique post-traumatique déterminé par une méningite aiguë à évolution lente. — Mme Nathalie ZYLBERLAST : Troubles mentaux dans un cas de méningite séreuse.

Semaine gynécologique. — (N° 14, 2 avril 1912.) PICHEVIN : Amputation du col cancéreux ou hystérectomie totale? — Traitement de l'obstruction intestinale par les lavements électriques. — (N° 15, 9 avril.) DE ROUVILLE : Salpingo-ovarite gauche; crises multiples de pelvi-péritonite. Laparotomie au troisième mois de la grossesse. Extirpation des annexes gauches. Guérison. Accouchement à terme dans d'excellentes conditions. — (N° 16, 16 avril.) R. PICHEVIN : Vomissements incoercibles de la grossesse. — (N° 17, 23 avril.) R. PICHEVIN : De la suture des releveurs dans la colpo-périnéorraphie. — (N° 18, 30 avril.) R. PICHEVIN : Le service d'obstétrique et de gynécologie du professeur Ernest Pestalozza à Rome.

Semaine médicale. — (N° 14, 3 avril 1912.) R. DE BOVIS : La réfection du vagin absent au moyen d'une anse intestinale. — (N° 16, 17 avril.) F. LEJARS : Les sténoses fibreuses de l'intestin grêle. — (N° 17, 24 avril.) CHAUFFARD : Pathogénie des rétinites albuminuriques.

Tunisie médicale. — (N° 4, avril 1912.) PROVOTELLE : Note sur l'épidémie de choléra à l'intérieur de la Régence de Tunis.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 7, 15 avril 1912.) TÉCHOUEYRES : Les conditions organiques de la mémoire (*suite*). — BICHATON et HERRMANN : Sinusite maxillaire traumatique. Extirpation d'un corps étranger volumineux. Guérison. — (N° 8, 30 avril.) TÉCHOUEYRES : Les conditions organiques de la mémoire (*fin*).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17

LE SAMEDI 21 SEPTEMBRE 1912

à 2 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, à Paris, à l'adjudication des fournitures d'articles de *pansement, gazes antiseptiques, mackintosch, protective, coton hydrophile*, nécessaires au service des établissements de cette administration pendant un an, à partir du 1er octobre 1912.

Le montant desdites fournitures est évalué approximativement comme suit :

1er lot. *Gaze hydrophile; gaze iodoformée, au salol, boriquée; lint boriqué*, 33 000 mètres.

2e lot. *Mackintosh et protective*, 2 700 mètres.

3e lot. *Ouate coton hydrophile*. La fourniture totale est évaluée à 90 000 kilogr., mais le même fournisseur ne pourra être déclaré adjudicataire de plus de la moitié de la fourniture.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. Mongour, agrégé libre, est chargé, à partir du 1er novembre 1912, d'un cours complémentaire de thérapeutique et pharmacologie à la Faculté de médecine de Bordeaux.

M. Chambrelent, agrégé, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1912-1913, d'un cours complémentaire d'accouchements à la Faculté de médecine de Bordeaux.

— Montpellier. — MM. Grasset, professeur de clinique médicale, et Rauzier, professeur de pathologie et thérapeutique générales, sont autorisés à faire échange d'enseignements pendant l'année scolaire 1912-1913.

Sont chargés, pour l'année scolaire 1912-1913, des cours complémentaires ci-après désignés à la Faculté de médecine de Montpellier :

MM. les docteurs Leenhardt : Clinique des maladies des vieillards; Vedel : Clinique des maladies cutanées et syphilitiques; Lapeyre : Pathologie chirurgicale.

M. Lecercle, agrégé libre, est rappelé à l'exercice pendant l'année scolaire 1912-1913.

M. Fleig, docteur en médecine, chef des travaux pratiques de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1912-1913, des fonctions d'agrégé (section de physiologie) à ladite Faculté.

Sont nommés, pour l'année scolaire 1912-1913, chefs des travaux et de laboratoires à la Faculté de médecine de Montpellier :

MM. les docteurs Florence : Chimie pathologique; Derrien : Chimie; Marquès : Physique; Fleig : Physiologie; Massabuau : Anatomie pathologique; Marquès : Préparateur chargé de la direction des travaux pratiques de physique; Mestrezat : Préparateur chargé de la direction des travaux pratiques de chimie; Delanoë : Histologie (chargé des fonctions); Grynfeltt : Anatomie.

— Nancy. — Sont chargés, à partir du 1er novembre 1912, des cours complémentaires ci-après désignés à la Faculté de médecine de Nancy :

MM. les docteurs Etienne : Clinique des maladies des vieillards; Spillmann (L.) : Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

Sont chargés, pour l'année scolaire 1912-1913, des cours complémentaires ci-après désignés à la Faculté de médecine de Nancy :

MM. les docteurs Schuhl : Accouchements; Michel : Médecine opératoire; Zilgien : Thérapeutique et matière médicale; Paris : Clinique des maladies mentales.

Sont nommés, pour l'année scolaire 1912-1913, chefs des travaux à la Faculté de médecine de Nancy :

MM. les docteurs Lucien : Anatomie; Collin : Histologie; Lambert : Physiologie; Robert : Chimie; Guilloz : Physique; Thiry : Histoire naturelle; Fairise : Anatomie pathologique; Herbier : Chef des travaux du laboratoire de chimie des cliniques.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur Gallay est nommé directeur du service de santé du groupe de l'Afrique orientale, à Tananarive.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Ont été nommés dans les ordres coloniaux suivants :

Etoile noire. — *Au grade d'officier.* — M. Bouffard, médecin-major de première classe des troupes coloniales.

MM. Bouilliez et Couvy, médecins-majors de deuxième classe des troupes coloniales.

Au grade de chevalier. — MM. Albert Landrin, Augé et Sautarel, médecins-majors de deuxième classe des troupes coloniales.

Cambodge. — *Au grade de grand officier.* — M. Polin, médecin inspecteur.

Dragon de l'Annam. — *Au grade de chevalier.* — M. Casabianca, médecin aide-major des troupes coloniales.

Etoile noire d'Anjouan. — *Au grade de chevalier.* — M. Lamoureux, médecin-major de deuxième classe des troupes coloniales.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Romain Denans (de Marseille) et Thorion (de Fresnes-en-Woëvre).

RENSEIGNEMENTS

UN CAS DE PURPURA INFECTIEUX

Par G. COTTE et J. CHALIER,
Chefs de clinique à la Faculté de médecine de Lyon.

On sait, à l'heure actuelle, que le purpura ne représente pas une entité morbide bien définie et il ne semble pas qu'à côté des purpuras secondaires il y ait lieu de reconnaître une individualité quelconque à un purpura, maladie sanguine. Les stigmates hématologiques proposés par Hayem et son école, par Lenoble, ne paraissent pas constituer une base de différenciation suffisante entre ces types morbides. En réalité, le purpura est un symptôme que l'on voit survenir dans les circonstances les plus diverses et il apparaît, en particulier, très fréquemment au cours des états infectieux.

Depuis longtemps déjà, on a insisté sur ce rôle des infections dans son apparition. On sait, notamment, que la plupart des maladies infectieuses (variole, scarlatine, rougeole, fièvre typhoïde, etc.) peuvent s'accompagner au début, au cours, ou au déclin de leur évolution, de poussées purpuriques plus ou moins intenses, qui sont toujours l'indice d'une infection sévère. Dans d'autres cas, c'est en dehors de toute affection bien classée que le purpura se manifeste. Il s'accompagne néanmoins de perturbations graves de l'état général, réalisant ainsi le typhus angio-hématique de Gomot-Landouzy. Dans ce cas, on retrouve quelquefois au niveau des taches purpuriques ou dans le sang les agents pathogènes responsables de ce purpura infectieux, dit primitif. Mais si la porte d'entrée est souvent malaisée à établir, il n'est peut-être pas très légitime de vouloir séparer cette modalité clinique du purpura manifestement secondaire à une infection microbienne antérieurement reconnue ; l'évolution est souvent identique dans les deux cas, témoin l'observation suivante, que nous avons recueillie à la clinique de notre maître M. le professeur Poncet.

Mab..., âgé de cinquante et un ans, employé depuis vingt-huit ans aux hospices civils de Lyon, entre salle Saint-Philippe, le 12 mars 1912.

Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Personnellement, alcoolisme mixte incontestable.

A l'âge de trente-cinq ans survient, pour la première fois, une poussée de purpura dont le malade ne peut préciser l'origine; il fut soigné pendant deux mois dans un service de médecine. Les pétéchies étaient exclusivement localisées aux membres inférieurs. Il n'y eut pas d'hémorragies des muqueuses; non plus que des douleurs articulaires.

Ultérieurement Mab... fut hospitalisé pour une rupture de l'urètre, pour une fracture de jambe, mais il conserva toujours un bon état général.

Il y a trois ans, nouvelle atteinte de purpura. L'éruption fut discrète, sous forme de pétéchies peu nombreuses aux membres inférieurs, ne s'accompagna d'aucun malaise notable, et au bout de quelques jours de repos, cet incident pathologique disparut.

L'affection actuelle a débuté il y a une douzaine de jours. Le malade, qui est chargé, à l'Hôtel-Dieu, de la désinfection des crachoirs, se fit au doigt une petite piqûre, deux semaines environ avant son hospitalisation. Trois jours après ce traumatisme, qui passa presque complètement inaperçu, survinrent des pétéchies et des ecchymoses disposées d'une manière diffuse sur tout le corps, mais tout d'abord peu abondantes, en même temps qu'apparaissaient dans l'aisselle droite des douleurs assez vives en rapport avec une tuméfaction ganglionnaire. Ayant eu antérieurement, à deux reprises différentes, des plaques purpuriques analogues, malgré une sensation de malaise, le malade ne voulut pas abandonner son travail. Il dut bientôt l'interrompre, en face de phénomènes infectieux de plus en plus inquiétants.

Le malade est amené dans un état de prostration très marquée, incapable de répondre d'une manière très précise aux questions posées. Très adynamique, sa respiration est rapide et superficielle; l'haleine est fétide, le pouls bat seulement à 100 mais il est de tension faible. La température est de 38°4.

Sur tout le corps on relève des plaques purpuriques dont la coloration varie du rouge violacé au noir le plus intense, donnant l'impression de tissus en voie de gangrène. Elles sont par endroits agminées et dessinent, notamment au niveau des lombes et des fesses, de larges placards ecchymotiques. Sur le scrotum il existe une plaque noirâtre qui en imposerait à première vue pour une plaque de sphacèle. Au niveau des membres supérieurs, et surtout du côté droit, correspondant au côté blessé, certaines plaques purpuriques sont surmontées de phlyctènes remplies d'un liquide séro-sanguinolent.

Dans l'aisselle du même côté existe un gros adénophlegmon qui bombe sous le bord inférieur du grand pectoral. L'intervention est pratiquée d'urgence; elle permet d'évacuer environ 300 grammes de pus; cet adénophlegmon volumineux est localisé, l'exploration de la poche ne montre aucun décollement, ni aucune fusée purulente en dehors de l'aisselle.

L'examen des divers appareils dénote seulement une grosse hypertrophie hépatique, le foie dépassant la ligne ombilicale, mais paraissant de consistance ferme et indolore à la pression. Les conjonctives présentent du subictère, et le tégument a une teinte légèrement jaunâtre. Les urines sont rares, foncées, urobilinuriques.

Le soir de l'opération, le malade se déclare très soulagé, il ne souffre plus dans l'aisselle droite, ni le bras droit. La température est de 38°5. Malgré une injection de 500 grammes de sérum et des boissons abondantes, la diurèse reste très restreinte.

Le lendemain 13 mars, l'état est stationnaire. La quantité d'urines des vingt-quatre heures atteint à peine 600 grammes. Le pouls et la respiration ne présentent aucune modification. Les taches purpuriques se sont un peu atténuées. Le subictère s'est un peu accusé.

Le 14, accentuation des taches purpuriques. Le pansement appliqué un peu trop serré a comprimé la racine du bras du côté gauche qui est le siège d'une vaste ecchymose occupant la presque totalité du bras. On relève une ecchymose de plus de 15 centimètres de diamètre dans la région lombaire, et des ecchymoses un peu moins étendues bien que très larges au niveau des fesses et du dos. Le foie est plus gros.

Le 15 mars, l'aggravation est très manifeste, non pas que le purpura se soit davantage généralisé, mais l'adynamie est extrême, le malade répond inintelligiblement aux questions posées; son haleine est horriblement fétide. La respiration est très accélérée (56 mouvements à la minute); il existe une bronchite diffuse et un foyer de râles fins à la base du poumon droit. Le pouls bat à 120, il est mou. Le subictère s'est accusé. Les urines, extrêmement rares, sont très foncées, riches en urobiline, mais ne renferment pas de pigments biliaires.

A ce moment le malade demande à être emmené chez lui; il meurt dans la journée qui suit.

Examens de laboratoire : le 13 mars.

Hémoculture : 100 centimètres cubes de sang sont ensemencés dans 300 grammes de bouillon. Rien ne pousse, même après séjour à l'étuve pendant trois jours.

Résistance globulaire : par le procédé des hématies déplasmatisées :

$H_1 = 0,46$
$H_2 = 0,40$
$H_3 = 0,30$

Coagulation : s'effectue rapidement dans les délais normaux. Mais il y a une *irrétractilité absolue*. Au bout de vingt-quatre et quarante-huit heures, on n'a pu obtenir la moindre goutte de sérum.

Hématoblastes : sur les étalements, après coloration au Giemsa, il a semblé que les globulins étaient un peu moins nombreux que d'ordinaire, mais il n'a pas été fait de numération exacte.

Globules rouges : 3 286 000. Pas de poïkilocytose. Pas d'anisocytose. Très rares hématies polychromatophiles. Pas de globules rouges à noyau.

Hématies granuleuses : 1,25 p. 100.

Globules blancs : 15 500. Equilibre normal. Aucun myélocyte n'a été rencontré, malgré que l'examen ait porté sur 300 éléments blancs.

Le purpura infectieux auquel a succombé notre malade a évolué en une douzaine de jours. L'atteinte profonde de l'état général, sans élévation très grande de la température, mérite d'être signalée. L'intervention chirurgicale n'amena qu'une rétrocession de courte durée de certains symptômes tels que la prostration et l'adynamie ; et bientôt s'accusaient tous les signes d'infection de l'organisme, en même temps que les urines devenaient plus rares, foncées, urobilinuriques, et que se fonçait un peu le subictère conjonctival.

L'éruption purpurique elle-même fut d'abord composée de pétéchies et de quelques ecchymoses de peu d'étendue; mais les phlyctènes séro-sanguinolentes qui se développèrent par la suite sur certaines plaques purpuriques vinrent signifier la virulence de l'infection ; les ecchymoses ne tardèrent pas à présenter des dimensions énormes jusqu'à 15 centimètres de diamètre dans les régions lombaires. Celles du bras gauche ont été manifestement provoquées par la constriction légère que réalisait le pansement à la racine du membre. Il s'est agi là, mais avec des proportions plus considérables, du phénomène décrit par M. Weill, en collaboration avec l'un de nous, sous le nom de purpura provoqué (1). Au cours de certains purpuras, il est en effet possible, en plaçant pendant quelques secondes à deux ou trois minutes le bandage dit avant la saignée, d'exagérer notablement l'éruption purpurique déjà existante; ou de la créer de toutes pièces soit chez des sujets en instance de purpura, soit chez des personnes antérieurement frappées de purpura, mais incomplètement guéries, malgré la disparition de leur éruption, et susceptibles d'être atteintes de récidives.

A deux reprises différentes, plusieurs années avant son affection actuelle, notre malade présenta des poussées purpuriques assez bénignes. L'alcool ne fut pas étranger, sans doute, à leur apparition, en lésant plus ou moins profondément le foie, dont le rôle important dans la pathogénie du purpura a été bien mis en lumière par M. Grenet. Et le fonctionnement défectueux de la glande hépatique si notablement augmentée de volume a certainement facilité la production de la troisième poussée mortelle. Mais celle-ci fut surtout conditionnée par une infection microbienne.

Cette infection microbienne eut pour point de départ une piqûre au doigt apparemment banale mais vraisemblablement très septique de par son origine. Elle se jugea par un volumineux adénophlegmon de l'aisselle, et par un état septicémique avec purpura. Les cultures et les frottis du pus axillaire ont été malheureusement égarés par l'aide à qui nous les avions confiés. Il nous est donc impossible de préciser le ou les microbes en cause. D'autre part l'hémoculture est restée négative. Ce fait ne va pas à l'encontre de l'origine infectieuse du purpura que nous avons observé. Et il n'est pas isolé dans la littérature médicale. Dès 1892, MM. Lannois et J. Courmont, à propos d'un cas de purpura infectieux dû au streptocoque pyogène, signalent que ce microbe « a présenté comme particularités intéressantes de n'avoir d'autre habitat que les ganglions, à l'exclusion des autres organes et notamment du sang » (1). Dans leur cas, comme dans le nôtre, au point de vue de la pathogénie du purpura il paraît infiniment probable que « les microbes ont agi par leurs produits solubles. On peut supposer que ces derniers ont occasionné une altération particulière du sang, ou qu'ils ont favorisé les hémorragies en mettant le système vasodilatateur dans un état d'excitabilité intense ». Ce sont également les produits solubles d'un bacille particulier ne se généralisant pas qui seraient responsables des hémorragies observées par Babès dans plusieurs cas de scorbut (2).

Au point de vue hématologique, les altérations et la diminution du nombre des hématoblastes, et l'irrétractilité du caillot caractérisent pour Hayem et Bensaude le purpura vrai, maladie sanguine. Lenoble attache en outre une importance très grande à la constatation d'une réaction myéloïde plus ou moins nette, se traduisant par la présence de quelques hématies nucléées et de myélocytes. L'hématologie permettrait donc d'opposer à cette forme du purpura tous les cas complexes où le purpura est secondaire et ici l'altération du sang n'offre aucune spécificité. La réaction myéloïde manque ; la rétractilité du caillot est normale ; les hématoblastes ne sont pas modifiés.

Cette classification hématologique ne répond pas toujours étroitement aux faits cliniques et telle maladie de Werlhof qui rappelle la description clinique du purpura myéloïde de Lenoble pourra n'en pas comporter les stigmates sanguins. Il y a encore dans toute cette question bien des inconnues et il paraît prématuré d'établir des groupements distincts au nom de certaines recherches hématologiques qui, dans des cas apparemment de tous points analogues d'après leur symptomatologie et leur évolution, donneront parfois des résultats contradictoires.

(1) E. Weill et J. Chalier. Purpura provoqué par hypertension veineuse, *Lyon méd.*, 21 mai 1911.

(1) Lannois et J. Courmont. Sur un cas de purpura infectieux, *Arch. de méd. expérim.*, 1892.

(2) Babès. La gingivite et les hémorragies dans le scorbut, *Arch. de méd. expérim.*, 1893, p. 607.

Pour rester sur le terrain des purpuras infectieux nous rappellerons qu'ils ne s'accompagnent pas de troubles de la coagulation et de la rétraction du caillot, ni de diminution du nombre des hématoblastes, ni d'une réaction myéloïde. Il y a seulement une hypoglobulie légère, et une leucocytose modérée. Bref, de par l'hématologie tout les sépare du purpura vrai myéloïde, maladie du sang ou de la moelle osseuse.

Le sujet que nous avons examiné avait effectivement une anémie légère, une certaine augmentation des globules blancs. Mais il présentait une dissociation des stigmates spécifiques du purpura. Chez lui toute réaction myéloïde faisait défaut; par contre l'irrétractilité était absolue, au point qu'au bout de vingt-quatre et même quarante-huit heures aucune transsudation n'avait eu lieu. Il est donc impossible de ranger cette observation dans l'une ou l'autre classe hématologique.

Les hématies granuleuses existaient dans la proportion de 1,25 p. 100 globules rouges; c'est là une augmentation à peine sensible de leur taux normal qui est pour Cade et J. Chalier de 1 p. 400 ou 500 érytrocytes (1). C'est seulement à la suite d'hémorragies profuses répétées et persistantes que le nombre de ces éléments s'élève à 10, 15 et même 30 p. 100 traduisant un effort de rénovation sanguine.

On n'est pas encore bien fixé sur l'état de la résistance globulaire dans les purpuras. La recherche de la fragilité globulaire n'a pas été jusqu'à ce jour pratiquée sur une assez grande échelle. MM. Teissier, Cade et Roubier ont signalé une diminution très notable de la résistance globulaire dans un cas de purpura infectieux chez un hémophile; chez notre malade la résistance était normale.

MÉDECINE PRATIQUE

LA GÉLATINE DANS L'ALIMENTATION DES PRÉDISPOSÉS A LA TUBERCULOSE ET DES PHTISIQUES

M. le professeur Albert Robin vient de faire paraître récemment la troisième série de ses remarquables et si claires leçons de clinique thérapeutique. Ce volume (2) est entièrement consacré au traitement de la tuberculose, et, à moins qu'une découverte imprévue ne vienne du jour au lendemain modifier la thérapeutipue de la bacillose, il constituera longtemps le guide sûr du praticien, car aucun détail n'a été omis, par l'éminent clinicien, de ce qui concerne le traitement médical de la tuberculose et la défense sociale contre ce fléau.

Nous résumerons pour nos lecteurs ce que M. Albert Robin dit de l'emploi de la gélatine dans l'alimentation des prédisposés et des phtisiques. C'est une règle d'alimentation sur laquelle M. Albert Robin insiste beaucoup, qu'il faut choisir parmi les substances alimentaires celles qui joignent à leur valeur nutritive personnelle des propriétés thérapeutiques. Or il est très fréquent de pouvoir administrer les agents médicamenteux sous la forme alimentaire, et la gélatine rentre dans cette catégorie.

La valeur alimentaire de la gélatine a été fortement discutée, et l'on s'accorde à reconnaître qu'elle ne remplace pas les albuminoïdes dans l'alimentation, et qu'étant en majeure partie brûlée dans l'organisme elle n'aide en rien à la reconstitution des tissus. Or c'est précisément sur cette donnée biologique que M. Albert Robin base l'emploi thérapeutique de la gélatine. « Justement parce qu'elle se détruit en dérivant sur elle une partie des aptitudes hydrolysantes, réductrices et oxydantes de l'économie, elle protège les albuminoïdes constituants des tissus, diminue les pertes en corps gras et permet de faire fonctionner l'individu avec une moindre ration d'albuminoïdes, agissant ainsi comme un véritable *aliment d'épargne.* »

Ce rôle d'épargne est nettement démontré par un tableau, auquel je renvoie les lecteurs, et qui établit de quelle heureuse façon les échanges respiratoires ont été modifiés chez trois phtisiques par la superposition à leur alimentation de 30 grammes de gélatine par jour pendant quatre, huit et dix jours. Une précaution à prendre quand on administre la gélatine, c'est de ne pas donner en même temps de grandes doses de viande crue, car on atténue ainsi l'action restrictive de la gélatine, sur les échanges respiratoires. Il ne faut donc pas dépasser la ration quotidienne de 100 grammes de viande crue.

Mais pour que le rôle d'épargne de la gélatine se produise, il faut qu'elle soit prise régulièrement, qu'elle soit bien tolérée et ne provoque pas de troubles digestifs. Or, malheureusement, la gélatine en nature est désagréable à ingérer et gâte le goût des aliments auxquels on l'incorpore; si bien purifiées qu'elles soient, les gélatines du commerce sont assez mal tolérées par l'estomac des tuberculeux. Il faut donc user d'artifice. On peut, par exemple, pour masquer la saveur fade de la gélatine la faire dissoudre dans du bouillon, ou encore la réduire en une poudre grossière que le malade incorpore à ses aliments. Mais avec ces différents procédés encore la plupart des malades se dégoûtent rapidement et M. Albert Robin n'a pas pu obtenir la continuation du traitement au delà de trente jours de suite. Aux malades peu fortunés on peut recommander de faire du bouillon avec des parties de la viande ordinairement rejetées comme tendineuses, avec des os en quantité aussi grande que possible et beaucoup de légumes. On fait alors dissoudre la gélatine pendant la cuisson, et une partie du bouillon ainsi préparé pourra être ingérée à l'état chaud, tandis que le reste se prendra en masse au moment du refroidissement et formera une gelée savoureuse que le malade prendra facilement lors du repas suivant. Pour les malades de la classe aisée on n'est pas embarrassé puisqu'il suffit de remplacer la gélatine commerciale par des *aliments gélatineux*, tels que la tête de veau, les pieds de mouton ou de porc, le bouillon de pied de veau, les gelées de viande, les bavaroises, la gelée de fruits et de pommes en particulier, etc. On pourra donc faire ingérer facilement sous une forme agréable les 20 à 30 grammes de gélatine qui constituent la dose quotidienne d'épargne nécessaire.

Dans le même ordre d'idées M. Albert Robin recommande encore de commencer le repas du soir par du bouillon frais avec beaucoup d'os et du jarret de veau, et à ce repas, comme à celui de midi, de servir, sous une forme appétissante et agréable à voir, un peu de gelée de viande aromatisée à l'estragon ou à tel autre parfum, ou encore relevée au cognac ou au porto. Le malade en ajoutera un peu à quelques-uns de ses plats comme condiment.

Nous avons choisi ces quelques conseils pratiques, faciles à faire suivre aux malades et pouvant rendre de grands services en clientèle, parmi ceux dont fourmille l'ouvrage de M. le professeur Albert Robin. A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) CADE et J. CHALIER. Contribution à l'étude des hématies granuleuses, *Province méd.*, 1910.

(2) *Thérapeutique usuelle du praticien. Traitement de la tuberculose*, par Albert Robin, professeur de clinique thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine. Un vol. de 650 p. — Prix : 8 francs. — Paris, Vigot frères.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

ANALYSES

MÉDECINE

Myocardite scarlatineuse. (WEIL et MOURIQUAND. *La Pédiatrie pratique*, oct. 1911.) — Les auteurs ont pu observer chez un scarlatin arrivé au quatrième jour de son éruption, les signes d'une myocardite qui se termina par la mort brusque : l'autopsie montra un myocarde dégénéré et des lésions incontestables de myocardite aiguë.

Il s'agissait d'un jeune homme de dix-neuf ans qui, dès le début de l'affection, présente les signes d'une infection profonde, et des symptômes cardiaques (tachycardie, embryocardie, arythmie) : il fut impossible à l'autopsie de trouver d'autres lésions que celles du myocarde. La myocardite scarlatineuse est assez exceptionnelle d'après les traités classiques : l'observation rapportée par les auteurs démontre qu'elle peut se rencontrer, et qu'elle peut même être, dans certains cas, une des causes de la *mort subite*, au cours de la scarlatine. B. GAYARD.

CHIRURGIE

Kystes de l'épiploon. (Charles N. DOWD. *Ann. surg.*, vol. LIV, n° 5, nov. 1911, pp. 617-624.) — Pour les kystes du mésentère, Dowd s'est fait depuis longtemps le défenseur ardent de la classification suivante : kystes embryonnaires, hydatiques, kystes dus à des tumeurs malignes ; en opposition à la classification de Braquehaye, Moynihan, Porter : kystes sanguins, lymphatiques, parasitaires, congénitaux, kystes des organes voisins. Pour les kystes de l'épiploon, il croit la pathogénie analogue. Toutefois des 37 cas publiés dans la littérature on ne peut rien conclure, car la plupart des cas sont très incomplètement étudiés, particulièrement au point de vue de la structure de la paroi du sac et du contenu.

Dans un cas personnel, concernant un homme de ving-trois ans qui, à la suite d'un effort, sentit quelque chose se rompre dans son abdomen, présenta des symptômes d'hémorragie interne et, six mois plus tard, constata la présence d'une tumeur intraabdominale, Dowd trouva un kyste épiploïque de la grosseur d'un petit melon, à pédicule tordu plusieurs fois sur lui-même. La paroi du kyste n'était que du péritoine à peine épaissi : le liquide était parfaitement clair. Sur la paroi péritonéale, il y avait une couche de fibrine coagulée. D'après les antécédents et la structure de la paroi, Dowd conclut que ce kyste est un ancien hématome de l'épiploon ; dont les éléments du sang ont disparu ainsi qu'ils le font dans les vieux foyers d'hémorragie cérébrale ; la densité très faible du liquide, 1008, très différente de celle du sang et très voisine de la sérosité de l'œdème s'explique naturellement par ce fait que la torsion du pédicule s'est certainement accompagnée d'œdème intrakystique.

Donc Dowd admet l'origine hématique de certaines formations kystiques de l'épiploon. Pourquoi donc alors la rejeter si fermement pour les kystes du mésentère ?

P. GARDNER.

OBSTÉTRIQUE

Mort apparente d'un nouveau-né en période agonique. Persistance de la circulation démontrée par l'oscillomètre de Pachon. (P. BALARD. *Soc. de gynécol., d'obstét. et de pédiat. de Bordeaux*, 23 juillet 1912.) — Il s'agit d'un nouveau-né en période agonique à l'état de mort apparente, et chez lequel l'oscillomètre de Pachon permit de démontrer la persistance de la vie.

Enfant né spontanément par le siège, à huit mois de gestation, d'une mère syphilitique. Poids : 2 100 grammes.

Il crie aussitôt sa naissance et ne présente aucune paralysie. Avant de le mettre en couveuse on prend sa tension dont les valeurs sont : M X, 4,5 et m. n. 1,5 ; son pouls est à 112 à la minute.

Le premier jour il déglutit facilement quelques cuillerées de lait, mais le soir on note qu'il agite plus difficilement ses membres et bientôt la déglutition ne se fait plus.

Le deuxième jour quand on veut l'examiner, on ne trouve plus qu'un petit cadavre encore chaud. Il ne respire plus et reste insensible à la piqûre. A la palpation de la région précordiale *on ne sent pas battre le cœur*. L'auscultation reste négative. On applique le brassard de l'oscillomètre de Pachon au niveau du bras, on s'aperçoit alors que l'aiguille est animée de battements réguliers, 52 à la minute. Les oscillations sont faibles toutefois ; elles atteignent la grandeur d'une demi-division de l'appareil et se produisent sous la pression d'un centimètre de mercure.

Aucune cause d'erreur ne peut être invoquée : immobilité de toutes les personnes présentes et le bras du sujet n'est animé d'aucune contraction fibrillaire.

Deux heures après on renouvelle l'épreuve qui cette fois reste négative.

L'autopsie démontre dans le crâne l'existence d'un caillot pesant 54 grammes.

En raison de la netteté des résultats positifs donnés par l'oscillomètre de Pachon, alors que tous les autres modes ordinaires d'investigation destinés à renseigner sur la persistance de la circulation restaient négatifs, il y a lieu de se demander s'il ne serait pas très important d'employer l'oscillomètre dans tous les cas de mort apparente du nouveau-né. En raison de sa sensibilité exceptionnelle, l'oscillomètre renseignerait d'une façon certaine sur l'état de la circulation. Peut-être aurait-on plus souvent qu'on ne le pense la preuve matérielle que bien des enfants ne sont pas encore morts, alors qu'on se croit autorisé à le penser d'après les signes cliniques ordinaires : l'oscillomètre deviendrait alors le criterium de l'utilité ou de l'inefficacité de la respiration artificielle dans un cas donné. B. GAYARD.

NEUROLOGIE

Sur une forme d'épilepsie alcoolique. (SOUTZO. *Ann. méd. psych.*, nov. 1911.) — Il est classique de considérer les rapports de l'épilepsie et de l'intoxication alcoolique sous deux aspects distincts. D'une part, l'alcool, même à faible dose, peut déclancher des convulsions chez des épileptiques dont la maladie semble latente depuis un certain temps, de même qu'il aggrave et complique les épilepsies légères. D'autre part le toxique, agissant sur un organisme à aptitude spéciale, peut faire naître des accidents convulsifs francs mais éphémères, accidents en relation immédiate avec l'ingestion d'une dose massive.

A côté de ces deux modes peut-être est-il permis d'en individualiser un troisième, dans lequel l'alcoolisme chronique à lui seul créerait de toutes pièces des états épileptiques permanents, dont les manifestations convulsives se répéteraient à intervalles variables, mais sans avoir besoin d'un nouvel appoint toxique avant la crise. Le docteur Soutzo décrit, sous le nom d'épilepsie alcoolique constitutionnelle, deux cas de ce genre chez des hommes de cinquante-quatre et cinquante-cinq ans. Les accès apparaîtraient toujours très tard (après cinquante ans), sans cause occasionnelle saisissable ; ils ne seraient pas précédés d'aura ; les phases tonique et stertoreuse seraient plus longues et, caractère important, ces accidents ne disparaîtraient pas par l'abstinence. L'état démentiel serait la terminaison habituelle de l'affection. Le diagnostic doit évidemment s'appuyer sur la notion des antécédents et sur la constatation des signes de l'alcoolisme chronique. P. CAMUS.

ANATOMIE

Contribution à l'étude anatomique du nerf pneumogastrique chez l'homme. (Van GEHUCHTEN et MOLHANT. *Acad. royale de méd. de Belgique*, procès-verbal de la séance du

25 novembre 1911.) — Le nerf pneumogastrique du lapin renferme trois espèces de fibres nerveuses différentes par l'épaisseur de leur gaine de myéline et par la durée d'évolution des phénomènes de dégénérescence secondaire. Ces fibres sont différentes également au point de vue fonctionnel. Les fibres à gaine épaisse et à dégénérescence lente sont des fibres motrices destinées à innerver les muscles du pharynx et du larynx. Les fibres à gaine grêle et à dégénérescence rapide sont également des fibres motrices innervant les muscles non volontaires de l'œsophage, de l'estomac, du cœur et de l'antre respiratoire. Les fibres à gaine moyenne sont des fibres de sensibilité.

Dans leur travail, MM. van Gehuchten et Molhant ont voulu rechercher :

1° Si ces trois espèces de fibres nerveuses se retrouvent dans le pneumogastrique de l'homme.

2° Si elles ont chez l'homme la même distribution périphérique que chez le lapin.

Dans l'affirmative, on pourrait appliquer au nerf pneumogastrique de l'homme les conclusions qui se dégagent des recherches expérimentales faites par les auteurs chez le lapin.

Pour résoudre le problème, les auteurs ont fixé dans l'acide osmique un nerf pneumogastrique pris sur le cadavre depuis les fibres radiculaires du bulbe jusqu'au-dessous de l'origine du nerf laryngé inférieur, et ils l'ont débité en une série continue de coupes transversales.

Voici les points importants qui se dégagent de leurs recherches :

1° Pendant leur passage dans le trou déchiré postérieur, *tous* les filets radiculaires du nerf pneumogastrique et tous les filets radiculaires du nerf de Willis forment *un tronc unique* dans lequel, sur une longueur variable, de multiples faisceaux de fibres nerveuses forment un plexus des plus compliqués. Au delà du trou déchiré, ce plexus donne naissance à ce qu'on appelle la *branche externe du spinal* et au *nerf vague proprement dit*. Dans le tronc unique, les deux nerfs X et XI ont perdu complètement leur individualité.

La description classique — d'après laquelle les fibres bulbaires et les fibres médullaires du nerf de Willis forment dans le trou déchiré un tronc unique qui se divise en une racine interne se jetant dans le nerf vague et une racine externe — n'est donc pas exacte. Les faits anatomiques relevés par les auteurs expliquent pourquoi l'arrachement extracranien du nerf de Willis, tel qu'il a été pratiqué il y a cinquante ans par Waller, Cl. Bernard et d'autres, ne peut pas intéresser exclusivement les fibres radiculaires du nerf XI, mais doit léser inévitablement des fibres du nerf X ainsi que M. van Gehuchten l'a démontré il y a dix ans.

2° Le nerf hypoglosse s'anastomose avec le nerf vague à la partie supérieure de la région cervicale. La série des coupes transversales obtenue par MM. van Gehuchten et Molhant démontre que, au contact des deux nerfs, les fibres se réunissent en groupes compacts entourés par un même névrilemme, de telle sorte que sur ces coupes il est impossible de distinguer les fibres qui appartiennent à l'hypoglosse de celles qui appartiennent au nerf vague.

3° Le nerf pneumogastrique de l'homme renferme trois espèces de fibres nerveuses différentes par l'épaisseur de leur gaine de myéline.

Les fibres à gaine de myéline épaisse forment tout le nerf pharyngien. Elles entrent dans la constitution du nerf laryngé supérieur et du nerf laryngé inférieur. Elles font totalement défaut dans le nerf vague thoracique. Cette disposition est identique à celle qu'on observe chez le lapin. On peut donc en conclure que plus que probablement ces fibres ont pour fonction d'innerver les muscles du pharynx et du larynx.

Les fibres à gaine moyenne se retrouvent dans le nerf laryngé supérieur, le nerf laryngé inférieur et le nerf cardiaque supérieur. Elles sont très abondantes dans le nerf vague thoracique. Ce sont, comme chez le lapin, plus que probablement les fibres de sensibilité. Les fibres à gaine grêle existent dans les rameaux œsophago-trachéaux du nerf laryngé inférieur, dans le nerf cardiaque supérieur et dans le nerf vague thoracique. Leur distribution périphérique est identique à celle décrite par M. Molhant chez le lapin. On peut en conclure que plus que probablement elles représentent, comme chez le lapin, les fibres motrices de l'œsophage, de l'estomac, du cœur et de l'antre respiratoire. L. GAYARD.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE CLINIQUE PRATIQUE ET D'APPLICATION DES MÉTHODES DE LABORATOIRE AU DIAGNOSTIC CLINIQUE. — COURS DE VACANCES, ANNÉE SCOLAIRE 1911-1912 (Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. Professeur : M. A. GILBERT). — Un cours de vacances, commençant le 23 septembre 1912, aura lieu à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, sous la direction de M. le professeur A. Gilbert, le matin à dix heures et demie et l'après-midi à deux heures et demie. Ce cours comprendra vingt-huit leçons et sera terminé en quatorze jours. Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des malades présentés, à la rédaction d'ordonnances, au maniement des appareils, aux travaux de laboratoire, et pourront emporter les préparations exécutées par eux.

L'enseignement, essentiellement pratique, sera fait par MM. les docteurs Herscher, ancien chef de clinique; Lippmann, Jomier et Maurice Villaret, chefs de clinique; M. le docteur P. Descomps, chef du laboratoire d'anatomie pathologique, et M. Deval, chef du laboratoire de chimie; et, pour les spécialités, par MM. les docteurs Guilleminot, Durey, Dausset, assistants de la clinique.

PROGRAMME DU COURS. — Lundi 23 septembre, à dix heures du matin, ouverture du cours par M. le professeur A. Gilbert.

Première leçon. — Lundi 23 septembre, à dix heures et demie du matin. M. Herscher : Diagnostic de la tuberculose. Examen clinique de tuberculeux pulmonaires. Procédés biologiques applicables à ce diagnostic (tuberculino-diagnostic : sous-cuti et cuti-réactions, ophtalmo-réaction, intradermo-réaction).

Deuxième leçon. — Lundi 23 septembre, à deux heures et demie du soir. M. Deval : Analyse des urines (éléments normaux). Acidité. Azote total (méthodes de Denigès, de Ronchèse). Urée (méthodes de Folin, de Saint-Martin). Purines (méthodes de Denigès, de Ronchèse). Chlorures (méthodes de Charpentier-Volhardt). Phosphates. Sulfates. Cryoscopie. — Applications cliniques à l'étude des rétentions chlorurées et azotées. Diabètes chlorurique, phosphatique.

Troisième leçon. — Mardi 24 septembre, à dix heures et demie du matin. M. Lippmann : Les méthodes d'exploration clinique du système circulatoire. Interrogatoire et examen d'un cardiopathe. Procédés d'exploration du cœur et des vaisseaux. Cardiographie. Phlébographie. Sphygmographie. Sphygmomanométrie (oscillomètre de Pachon). Orthodiagraphie. Électrocardiographie.

Quatrième leçon. — Mardi 24 septembre, à deux heures et demie du soir. M. Paul Descomps : Diagnostic de la tuberculose par les procédés de laboratoire. Recherche du bacille de Koch dans les crachats. Méthode de Ziehl, de Bezançon, de Spengler, de Jacobson, etc. Albumino-diagnostic. Cytodiagnostic. — Recherche du bacille de Koch dans les urines et les liquides pathologiques. Inoscopie. — Diagnostic avec les bacilles acido-résistants. Cultures. Inoculations. Autopsie d'un cobaye tuberculeux.

Cinquième leçon. — Mercredi 25 septembre, à dix heures et demie du matin. M. Herscher : Traitement de la tuberculose. Hygiène des tuberculeux. Alimentation. Cure d'altitude. Sanatoria. Tuberculines. Sérums antituberculeux. Corps immunisants de Spengler. Méthodes de Freund, de Forlanini, etc.

Sixième leçon. — Mercredi 25 septembre, à deux heures et demie du soir. M. P. Descomps : Notions générales de bactériologie pratique. Staphylocoques, streptocoques. Diagnostic de l'angine diphtérique et des autres angines à fausses membranes. — Paludisme. Maladie du sommeil.

Septième leçon. — Jeudi 26 septembre, à dix heures et demie du matin. M. Maurice Villaret : Notions cliniques récentes sur les principales affections cardiaques. Endocardites. Insuffisance mitrale. Rétrécissement mitral. Insuffisance aortique. Péricardites. Symphyse cardiaque.

Huitième leçon. — Jeudi 26 septembre, à deux heures et demie du soir. — M. P. Descomps : Examen du sang par les procédés de laboratoire (globules rouges). — Notions générales sur le sang et l'hématopoïèse. — Prélèvement; coloration vitale; numération (hématimètres). — Colorations diverses. Caractères normaux des globules rouges. — Modifications pathologiques des globules rouges. Polyglobulies. Anémies.— Les notions récentes sur les hématies granuleuses et les globulins.

Neuvième leçon. — Vendredi 27 septembre, à dix heures et demie du matin. M. Herscher : Diagnostic et traitement des pleurésies sérofibrineuses (ponctions exploratrice et évacuatrice. Autosérothérapie. Injections gazeuses).

Dixième leçon. — Vendredi 27 septembre, à deux heures et demie du soir. M. Deval : Analyse des urines (éléments anormaux). — Matières protéiques [albumines (sérine, globuline), albumoses, peptones]. Matières sucrées (glucose, lévulose, lactose, pentoses). Acide glycuronique, acétone, acides oxybutyrique, acétylacétique. Pigments (bilirubine, biliverdine, urobiline et son chromogène, indoxyle). Acides biliaires. Sédiment. — Applications cliniques à l'étude des néphrites et du diabète.

Onzième leçon. — Samedi 28 septembre, à dix heures et demie du matin. M. Lippmann : Etude clinique et thérapeutique des arythmies cardiaques (tachycardies, bradycardies, pouls lent permanent, extrasystoles), des angines de poitrine.

Douzième leçon. — Samedi 28 septembre, à deux heures et demie du soir. M. Descomps : Examen du sang par les procédés de laboratoire (globules blancs, caillot, sérum). Modifications pathologiques des leucocytes. Leucocytose. Leucémies myélogène et lymphogène aiguës ou chroniques. Anémie pseudoleucémique. Modifications pathologiques de la coagulation, en particulier dans le purpura et l'hémophilie. — Dosage de l'hémoglobine (méthodes de Henocque, de Tallqvist, de Malassez). Valeur globulaire. Ses variations physiologiques et pathologiques (chlorose, chloro-anémies). — Cholémimétrie. Notions récentes sur la cholestérinémie.

Treizième leçon. — Lundi 30 septembre, à dix heures et demie du matin. M. Jomier : Procédés d'exploration des reins. Exploration physique; radiographie; cryoscopie; étude des éliminations provoquées (épreuve du bleu de méthylène; épreuve de la phloridzine; polyurie expérimentale; épreuve de l'ovalbumine).

Quatorzième leçon. — Lundi 30 septembre, à deux heures et demie du soir. — M. P. Descomps : Recherche de la résistance globulaire (méthodes de Vaquez, de Widal, etc.) — Application à l'étude des ictères. — Les hémolysines dans le sérum et les liquides pathologiques. Epreuve de Donath et Landsteiner. — Les opsonines de Wright. L'activité et la résistance leucocytaires.

Quinzième leçon. — Mardi 1er octobre, à dix heures et demie du matin. M. Lippmann : Les agents thérapeutiques dans les cardiopathies. — L'asystolie : son traitement. — L'artériosclérose : son traitement.

Seizième leçon. — Mardi 1er octobre, à deux heures et demie du soir. M. P. Descomps : Diagnostic de la fièvre typhoïde, des paratyphoïdes, de la mélitococcie. — Le bacille d'Eberth; sa recherche dans le sang et dans les matières fécales (méthodes d'Elsner, de Von Drigalski et Conradi). — Le sérodiagnostic. Diazo-réaction. Réaction de fixation. Fibrinediagnostic. Examen leucocytaire. — Les paratyphoïdes. Le micrococcus melitensis.

Dix-septième leçon. — Mercredi 2 octobre, à dix heures et demie du matin. M. Grivot : Technique de l'examen clinique de l'oreille, du larynx, des cavités faciales.

Dix-huitième leçon. — Mercredi 2 octobre, à deux heures et demie du soir. M. P. Descomps : Les réactions de fixation. Méthode de Bordet et Gengou. Réaction de Wassermann. Réaction de Weinberg dans le kyste hydatique. Déviation du complément dans la tuberculose, la fièvre typhoïde, l'actinomycose, la sporotrichose.

Dix-neuvième leçon. — Jeudi 3 octobre, à dix heures et demie du matin. M. Dausset : Les procédés nouveaux de thermothérapie (air chaud; diathermie, bains de lumière à incandescence, avec lampes de Cooper-Hatwey).

Vingtième leçon. — Jeudi 3 octobre, à deux heures et demie du soir. M. P. Descomps : Diagnostic bactériologique de la syphilis et du chancre mou. — Recherche du tréponème pâle à l'ultramicroscope. Sa coloration (procédés de Giemsa, de Levaditi). — Caractères morphologiques et coloration du bacille de Ducrey.

Vingt et unième leçon. — Vendredi 4 octobre, à dix heures et demie du matin : M. M. Villaret : Examen d'un hémiplégique, avec ou sans aphasie, et d'un paraplégique.

Vingt-deuxième leçon. — Vendredi 4 octobre, à deux heures et demie du soir. M. Guilleminot : Technique de l'électrodiagnostic. Son utilité en clinique.

Vingt-troisième leçon. — Samedi 5 octobre, à dix heures et demie du matin. M. M. Villaret : Diagnostic et traitement des méningites aiguës et chroniques. — Méningite cérébro-spinale épidémique. Méningite tuberculeuse. Méningites syphilitiques. Tabes. Technique de la ponction lombaire.

Vingt-quatrième leçon. — Samedi 5 octobre, à deux heures et demie du soir. M. P. Descomps : Examen du liquide céphalo-rachidien et des épanchements par les procédés de laboratoire. Liquide céphalo-rachidien : étude chimique; étude cytologique (la cellule de Nageotte, cytologie des méningites; cytologie des autres affections nerveuses); étude bactériologique. — Epanchements pleuraux; étude chimique (réaction de Rivalta); étude cytologique (éosinophilie locale); étude bactériologique. — Epanchements péritonéaux; étude chimique, cytologique, bactériologique.

Vingt-cinquième leçon. — Lundi 7 octobre, à dix heures et demie du matin. M. Jomier : Etude clinique d'un malade atteint d'une affection du tube digestif. Notions récentes sur la séméiologie et la thérapeutique des gastrites et des entérites.

Vingt-sixième leçon. — Lundi 7 octobre, à deux heures et demie du soir. M. Guilleminot : Application des rayons X et du radium au diagnostic clinique et à la thérapeutique.

Vingt-septième leçon. — Mardi 8 octobre, à dix heures et demie du matin. M. Jomier : Examen d'un malade atteint d'une affection hépatique. Notions récentes sur la séméiologie et la thérapeutique des maladies du foie. — Le syndrome ictère. — Syndromes d'hypertension portale et d'hypertension sus-hépatique. — Insuffisance hépatique.

Vingt-huitième leçon. — Mardi 8 octobre, à deux heures et demie du soir. M. Deval : Chimisme stomacal. Chimisme intestinal. — Chimisme stomacal : Repas d'Ewald. Analyse qualitative (acide chlorhydrique et acides organiques; matières protéiques; hydrates de carbone; pepsine; ferment lab). Analyse quantitative (acidité, combinaisons chlorées; pepsine; maltose). Motricité. Examen microscopique. — Chimisme intestinal : Repas d'épreuve. Analyse qualitative (matières protéiques et hydrates de carbone, sang, pigments). Analyse quantitative (acides libres, graisses neutres, savons). Examen microscopique. — Application au diagnostic des insuffisances pancréatique et biliaire et à l'étude des entérites.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit à verser est de 100 francs.

Seront admis, les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance du versement du droit. — Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance du 25 mai 1912.*) De Beule : A propos de la cure radicale de la hernie crurale. — F. Daels : Une nouvelle méthode d'application générale pour le dosage des

alcaloïdes dans les plantes officinales. — P. Haeger : Adrénaline et circulation pulmonaire. — Dulière : Note sur le dosage de l'arsenic dans l'atoxyl. — Henrijean et Waucomont : Contribution à l'étude expérimentale des analeptiques du cœur. Mécanisme de quelques médicaments sur le cœur. — Henseval et Convent : Le contrôle du vaccin variolique. Méthode de contrôle basée sur le pouvoir antivirulent du sérum des animaux vaccinés. — (29 juin.) Francotte : De quelques desiderata relatifs à l'expertise en matière psychiatrique (avec une observation d'ivresse pathologique). — P. Nolf : De l'influence hémostatique des injections sous-cutanées de la peptone de Witte. — C. Willems : Technique de la tarsectomie pour pied bot. Un nouveau procédé opératoire. — (27 juillet.) C. Moreau : Seconde note à propos du traitement de la syphilis par l'arsenobenzol. — C. Willems : De la tarsectomie anatomique pour pied bot congénital. Indications de l'opération.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 16, 18 avril 1912.) Rosin : Traitement de l'asthme cardiaque. — Rossel : Rapports entre la tuberculose humaine et animale. — Möllers : Les anticorps spécifiques dans le sérum des tuberculeux. — Baginski : Sur la durée de l'infectiosité de la scarlatine. — Smirnoff : Emploi du salvarsan dans la fièvre récurrente. — Nagayo et Nakayama : Sténose et oblitération de la veine iliaque gauche à son abouchement dans la veine cave inférieure. — Eschenbach : Sur la suture du sphincter. — Brühl : La participation de l'oreille, du nez et du cou dans les maladies de la nutrition. — Loewy et Sommerfeld : Recherches sur un cas de myxœdème infantile. — Rosenberg : Sur l'ictère dans la syphilis héréditaire. — Hahn : La néphrite hémorragique dans la syphilis héréditaire. — Andronescu : Emploi du salvarsan dans la syphilis héréditaire. — Vogel : Un cas de fortes démangeaisons à la paume des mains et à la plante des pieds après une injection de salvarsan. — Rave : Traitement du prurit anal par les rayons Roentgen. — Boehme : Technique des injections intraveineuses. — (N° 17, 25 avril.) Ewald : Sur les ulcères duodénaux. — Bier : Sur l'ulcère du duodénum. — Sommer et Dessauer : Amélioration du diagnostic et du traitement électrochimique. — Harnack : Sur le collargol et l'argent colloïdal. — Krusius : Sur la tuberculinothérapie dans la tuberculose de l'œil. — Sowade : Sur une méthode de culture pure du spirochète de la syphilis. — Hart : Sur la question de la plethora vera. — Schmit : La réaction de Wassermann avec le sérum de cadavre. — Albanus : Méthode de l'emploi du radium dans la bouche, le nez, le pharynx, le larynx, les voies respiratoires. — Blumenthal : Les tuméfactions du temporal. — Brühl : Participations des oreilles, du nez et du cou aux maladies des échanges. — Neumann : Significations du phénomène du facial chez le nourrisson. — Sippel : Sur la question de l'injection de solution saline physiologique.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 17, 27 avril 1912.) Sablé : Valeur clinique de la réaction de Wassermann.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 16, 16 avril 1912.) Much : Modifications causées chez les animaux par les bacilles de la lèpre. — Kehrer : Traitement opératoire des hémorragies du post partum. — Fühner : La pituitrine et ses principes actifs. — Winternitz : Le pantopon sans morphine. — Hata : Le traitement par le salvarsan de la maladie due aux morsures de rats au Japon. — Dehler : Le traitement des porteurs de bacilles. — Janssen : Hypertrophie prostatique et lithiase vésicale. — Zahn : Sur le moyen de recueillir de plus grandes quantités de sang dans les expériences sur l'animal. — Fœrster : Diagnostic différentiel et traitement des intoxications par l'alcool méthylique. — Kölle : Clinique et thérapeutique de la sclérodermie. — Hamm : Pouvons-nous dans le traitement de l'avortement fébrile reconnaître une indication bactériologique? — Ringel : Pseudohermaphrodisme féminin. — Gräf : Traitement du charbon externe. — Heippich : Sur la question de l'injection intrapéritonéale d'huile camphrée. — Stierlin : Expériences radiologiques sur les spasmes gastriques. — (N° 17, 23 avril.) Schneiper : Sur le néosalvarsan. — Ludke : La sérothérapie de la fièvre typhoïde. — Widmer : Le rôle du psychisme dans le mal des montagnes. — Franke : La loi de la déformation des jambes et les jambes en X de nos femmes. — Brunn : La méthode « Gaze éther », procédé le plus simple de la narcose à l'éther. — Baumann : Ivresse par le chloréthyle et narcose. — Geissler : Le luminal, nouvel hypnotique. — Rost : Le salvarsan dans le frambœsia. — Hesse : Diagnostic et traitement de la fistule du menton. — Steinmann : Sur les mains en pince. — Schwarz : Contribution à la connaissance de l'homme à queue. — Klauser : Formation unilatérale de doigts en baguette de tambour consécutivement à une luxation ancienne de l'épaule. — Gœtze : Coloration des bacilles diphtériques d'après la méthode de Raskin. — Schoal : Exostoses de la face supérieure du calcanéum. — Rosenkreuz : Action associée de l'hormonal. — (N° 18, 30 avril.) Winternitz : Sur la claudication intermittente. — Rühle : Examen expérimental du système nerveux central après intoxication par l'alcool méthylique. — Rohrbach : Régression histologique des syphilides cutanées après le salvarsan. — Lorey : Endocardites lentes et aiguës dues au streptococcus viridans. — Nürnberger : Septicémie staphylococcique consécutive aux petites suppurations superficielles des téguments. — Hasebroek : Importance de la ceinture scapulaire pour les anomalies de maintien. — Wegner : La fracture typique par arrachement de la malléole tibiale. — Quetsch : Les déplacements en totalité des vertèbres dans le domaine de la colonne cervicale inférieure. — Stursberg : Remarques sur le codéonal. — Hirsch : La pituitrine en obstétrique. — Sproscher : Le Joha de Schindler dans la pratique. — Grön : Mélanodermie après la dermatite tardive due au salvarsan. — John : Traitement de la typhoïde par le pyramidon. — Schindler : Traitement de la gonorrhée.

Progrès médical. — (N° 15, 13 avril 1912.) A.-F. Hertz : Pathogénie et traitement de la constipation. — J. Anglada : Septicémie éberthienne subaiguë de courte durée, avec isolement du bacille d'Eberth dans les selles et dans le sang. — (N° 16, 20 avril.) Aynaud : Le choléra. — (N° 17, 27 avril.) F. Widal : Le mouvement médical dans l'Amérique latine. — Loeper : L'anémie des entéritiques. — (N° 18, 4 mai.) — Lœper et Esmonet : Pourquoi certains entéritiques deviennent tuberculeux.

Province médicale. — (N° 14, 6 avril 1912.) Duvernay : Considérations sur la pathogénie des syndromes pigmentaires. — Ferry, Cadoré et Fairise : Sur deux cas de chorée généralisée symptomatique. — (N° 15, 13 avril.) A. Cade : Les grands types cliniques d'infantilisme. — E. Gelma : Du rôle du traumatisme et de la fatigue dans les reprises tardives d'amyotrophie de la paralysie spinale infantile. — L. Mayet : Tache bleue congénitale de la région lombaire. — (N° 16, 20 avril.) G. Bécus : La lithiase biliaire dans ses rapports avec l'état de la cellule hépatique et les fonctions des glandes à sécrétion interne. — Morisson et Mothes : Méningite cérébro-spinale guérie par trois injections de sérum. — E. Duroux : Greffes de nerfs pneumogastriques. Résection bilatérale des pneumogastriques chez le chien dans leur portion cervicale. Application dans la même séance de deux greffes de nerfs sciatiques. Survie de l'animal. — (N° 17, 27 avril.) J. Grasset : Jubilé scientifique. — E. Gelma (de Nancy) : Tremblement rythmé oscillatoire et maladie de Parkinson.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 17, 25 avril 1912.) Kraus et Ishawara : Influence du sérum de l'homme et de l'animal sur les cellules sarcomateuses humaines et animales. — Bucura : Petites choses gynécologiques. — Pölzl : Dégénération microcystique de l'ovaire comme cause de métrorragies incoercibles. — Erbeu : Diagnostic différentiel des douleurs de jambes. — Fuchsig : Intoxication arsenicale à point de départ utérin.

NOTES POUR L'INTERNAT

ENDOCARDITES AIGUËS

DÉFINITION. GÉNÉRALITÉS. — Les endocardites aiguës, inflammations aiguës de la séreuse qui tapisse la face interne du cœur, résultent de l'action, sur l'endocarde, des microbes ou de leurs toxines en circulation dans le sang : elles se présentent sous deux formes anatomo-cliniques bien caractéristiques : l'une, bénigne à sa forme d'acuité, préoccupante seulement par ses conséquences éloignées, c'est l'*endocardite bénigne plastique*; l'autre, grave d'emblée, très souvent mortelle, c'est l'*endocardite maligne ulcéreuse, hyperinfectieuse ;* les raisons qui déterminent l'apparition de l'une ou l'autre de ces deux formes paraissent être, soit une différence de nature du microbe, soit une différence dans l'intensité d'action d'un même microbe, soit une différence dans l'intensité de résistance de l'organisme.

Les endocardites furent longtemps divisées en primitives simples, inflammatoires, et en endocardites secondaires à une maladie déjà en cours. Lancereaux montra la nature microbienne de certaines d'entre elles; grâce aux recherches récentes et à l'expérimentation, on admet, à l'heure actuelle, que toutes les endocardites résultent de la greffe de microbes sur l'endocarde, soit qu'ils y paraissent localisés *primitivement*, la porte d'entrée demeurant latente, soit qu'ils ne représentent qu'une manifestation secondaire d'une maladie ayant débuté ailleurs. A l'histoire de ces endocardites sont associés les noms de Bouillaud, de Potain, de Hanot, de Gilbert et Lion.

ÉTIOLOGIE. — Sous le nom d'*endocardites primitives* on décrivait autrefois une endocardite *a frigore* et une endocardite *traumatique* : mais en réalité, le froid comme le traumatisme ne peuvent servir qu'à favoriser l'éclosion d'une infection, et d'ailleurs, sous le nom d'endocardite *a frigore*, on a souvent décrit des cas d'endocardites rhumatismales méconnues dans leur nature, parce qu'elles avaient précédé de plusieurs jours les manifestations articulaires : ces deux variétés d'endocardites rentrent donc dans le cadre général des endocardites infectieuses.

Presque toujours l'endocardite apparaît au cours d'un état pathologique préexistant : elle est surtout fréquente dans le *rhumatisme articulaire aigu franc généralisé* (première loi de Bouillaud). Elle s'observe de préférence pendant la seconde enfance et l'adolescence; on la rencontre aussi quelquefois, dans les rhumatismes pseudo-infectieux; bien que le microbe du rhumatisme ne soit pas encore individualisé malgré les nombreuses recherches entreprises à ce sujet, tout démontre cependant qu'il s'agit bien là d'une endocardite microbienne.

Il faut rapprocher du rhumatisme la *chorée*, au cours de laquelle surviennent fréquemment des complications cardiaques, spécialement des endocardites, et l'*érythème noueux*, dont la nature rhumatismale est cependant contestée de nos jours; on doit ranger ensuite, au nombre des causes des endocardites, toutes les *maladies infectieuses* : en première ligne, les *fièvres éruptives*, la scarlatine, accompagnée ou non de rhumatisme, la rougeole, la variole, surtout dans les formes confluentes. On observe aussi des endocardites dans les *oreillons*, l'*érysipèle*, la *méningite cérébro-spinale* (Tessier), la *grippe*; au cours de la *grossesse*, se déclare souvent une endocardite bénigne; par contre, la *fièvre puerpérale* se complique spécialement d'endocardites graves; il en est de même dans toutes les septicémies, les pyohémies, cependant l'endocardite est rare dans la fièvre typhoïde; l'*endocardite blennorragique*, localisée à l'orifice aortique, est admise par tous les auteurs maintenant que l'existence d'une septicémie à gonocoques est parfaitement démontrée.

Au cours de la *diphtérie*, la constatation d'une endocardite spécifique est encore discutée. Il s'agit alors, soit d'une lésion des valvules par les toxines, soit d'infections secondaires (Marfan, Deguy). La pneumonie, les broncho-pneumonies peuvent déterminer une endocardite aiguë, localisée de préférence aux valvules aortiques, l'endocardite pneumonique s'explique facilement, maintenant que l'on sait la fréquence de la septicémie pneumococcique, au cours, ou à l'origine de ces affections.

L'endocardite *aiguë tuberculeuse* a été signalée par Corvisart, Potain, Lancereaux : une forme primitive, très intéressante, a été décrite récemment par Braillon. Le paludisme a été invoqué dans d'autres cas par Griesinger; on rapporte enfin au mal de Bright un certain nombre d'endocardites, qui paraissent plutôt dépendre d'une maladie infectieuse, intercurrente : il en est de même de la goutte.

En résumé les endocardites aiguës reconnaissent trois ordres de causes : 1° elles s'observent au cours de maladies générales (rhumatisme, pneumonie, fièvres éruptives, érysipèle); 2° tout en survenant au cours d'une maladie générale, elles résultent d'infections secondaires, de complications survenant au cours de ces maladies; 3° elles résultent enfin d'une infection accidentelle quelconque, portant *sur la peau* (furoncles, abcès, anthrax, etc.), les *muqueuses* (amygdalite, ulcérations gastriques intestinales), d'infections génito-urinaires, de la puerpéralité, enfin elles s'observent au cours de l'ostéomyélite et de toutes les affections viscérales suppuratives. Nous étudierons plus loin les microbes qui peuvent déterminer les endocardites; auparavant, il faut indiquer les raisons qui semblent présider au développement de l'un ou de l'autre des deux grands types d'endocardites aiguës.

Causes prédisposantes. — Il est classique de répéter que l'endocardite maligne résulte surtout d'une endocardite par infection secondaire; il n'en est pas moins vrai qu'elle peut cependant apparaître, d'une manière primitive, en apparence en l'absence de toute porte d'entrée appréciable.

Cette endocardite maligne, en dehors des cas où elle résulte d'une infection grave par elle-même (puerpéralité, par exemple), s'observe surtout chez les débilités, les surmenés, les cachectiques : c'est cet état particulier que Peter appelait, l'*autotyphisation*; d'ailleurs il est à remarquer que très souvent l'endocardite maligne se greffe sur d'anciennes lésions valvulaires, ou d'anciennes lésions traumatiques, qui constituent en quelque sorte un point d'appel pour les germes.

BACTÉRIOLOGIE. — Toutes les endocardites sont de nature infectieuse et toutes les maladies infectieuses peuvent déterminer une endocardite. C'est dire que l'on pourra rencontrer au niveau de l'endocarde tous les microbes pathogènes, non spécifiques ou spécifiques (Eberth, bacille de Koch, gonocoque, etc.); la nature infectieuse est parfaitement admise en ce qui concerne le rhumatisme articulaire aigu, bien qu'encore le microbe de cette affection ne soit pas connu. Néanmoins tous les auteurs qui ont étudié et décrit un microbe dans le rhumatisme (Triboulet, Thiroloix) l'ont retrouvé au niveau de l'endocarde.

Parmi les variétés microbiennes rencontrées, signalons des monadines (Klebs), des bacilles (Lafitte), un staphylocoque, le pneumocoque (Foa), des bacilles anaérobies (Thiroloix), un diplocoque (Triboulet et Coyon).

En dehors même de ces cas certains auteurs ont isolé des microbes que l'on ne retrouverait pas dans d'autres affections que les endocardites : ce sont le *bacillus endocarditis griseus* de Gilbert et Lion, le *micrococcus endocarditis rugatus* de Weichselbaum, le *bacille immobile et fétide* de Frankel et Sænger, le *micrococque* de Peiret et Rodet, un *staphylocoque spécial* de Josserand et Roux.

Non seulement on peut mettre en évidence ces microbes dans le sang circulant par l'hémoculture, mais encore l'on peut réaliser expérimentalement les endocardites, soit en traumatisant la région cardiaque, après injection intraveineuse de microbes, soit (Gilbert et Lion) en se servant de microbes provenant précisément d'un sujet atteint d'endocardite, sans faire intervenir le traumatisme. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — Un congé, pour l'année scolaire 1912-1913, est accordé, sur sa demande, à M. Calmette, professeur d'hygiène et de bactériologie à la Faculté de médecine de Lille.

M. Breton, agrégé près la Faculté de médecine de Lille, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1912-1913 (durée du congé accordé à M. Calmette) d'un cours d'hygiène et bactériologie à ladite Faculté.

M. Gérard, agrégé des facultés de médecine, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Lille, est chargé de faire, pendant l'année scolaire 1912-1913, deux leçons d'anatomie par semaine (partie de la chaire de M. Debierre, sénateur).

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1912-1913, des cours complémentaires ci-après désignés :

MM. Lefort, agrégé : Médecine opératoire; — Raviart, agrégé : Médecine mentale (cours complémentaire théorique et pratique).

— Sont nommés, pour l'année scolaire 1912-1913, chefs de travaux :

MM. Vallée, agrégé : Pharmacie; — Louis : Chimie minérale; — Ricquiet : Chimie organique; — Desoil : Micrographie et parasitologie; — Demeure : Physique; — Leclercq : Médecine légale.

— LYON. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1912-1913, des cours complémentaires ci-après désignés :

MM. les agrégés Bretin : Botanique; — Commandeur : Accouchements; — Regaud : Embryologie; — Patel : Anatomie topographique.

MM. les docteurs Savy et Piéry sont chargés, pour l'année scolaire 1912-1913, des fonctions d'agrégé près la Faculté de médecine de Lyon.

— Sont nommés, pour l'année scolaire 1912-1913 :

1° *Chefs de travaux.* — MM. Genoud : Parasitologie; — Barral : Chimie minérale; — Regaud : Anatomie générale et histologie; — Martin (Et.) : Médecine légale; — Moreau : Pharmacie; — Bretin : Matière médicale; — Doyon : Physiologie; — Guillemard : Chimie organique; — Tixier : Médecine opératoire; — Chanoz : Physique médicale; — Bériel : Anatomie pathologique; — Latarjet : Anatomie (chargé des fonctions); — Dufourt : Médecine expérimentale.

2° *Chefs de laboratoire.* — MM. Aurand : Clinique ophtalmologique; — Dor : Clinique chirurgicale; — Horand : Clinique chirurgicale; — Arloing : Clinique médicale; — Boulud : Clinique médicale (travaux chimiques).

GUERRE. — ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Un concours sera ouvert le 2 décembre 1912, à neuf heures du matin, à l'Ecole d'application du service de santé militaire pour l'admission à quarante emplois de médecin aide-major de deuxième classe élève à ladite école.

Sont admis à concourir les docteurs en médecine ayant eu moins de vingt-huit ans au 1er janvier 1912 et ayant satisfait aux obligations de la loi sur le recrutement de l'armée.

Les étudiants en médecine qui ne sont pas encore en possession du diplôme de docteur en médecine sont également autorisés à concourir, sous réserve de l'annulation de leur admission, s'ils ne sont pas reçus docteur avant le 31 décembre 1912. Les demandes d'admission au concours doivent être adressées au ministre de la guerre (7e direction, 1er bureau) avant le 15 novembre 1912.

Les programmes arrêtés le 14 mai 1912 donnant les conditions de ces concours sont insérés au *Bulletin officiel* du ministère de la guerre (partie semi-permanente).

PRIX DESMAZURES. — Sous le nom de « prix Desmazures », la Société de médecine publique et de génie sanitaire attribuera, chaque année, et pendant cinq années consécutives, à partir du 1er janvier 1913, une médaille d'or à une « œuvre ayant pour but la recherche et la vulgarisation des mesures de prophylaxie, la préservation de la santé publique, l'amélioration des conditions hygiéniques des malades ».

Une somme de 1 000 francs sera, en outre, consacrée soit à l'impression du manuscrit récompensé, à son tirage, à sa publication, ou bien encore, s'il y a lieu, à l'achat de l'appareil préconisé.

Le concours sera clos le 16 décembre 1912, et le prix sera décerné en janvier 1913.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la trente-troisième semaine, 717 décès, au lieu de 755 pendant la semaine précédente et au lieu de 803, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 3 décès au lieu de 5 la semaine précédente (moyenne 4). Le nombre des cas nouveaux est de 52 au lieu de 47 la semaine précédente (moyenne 35). Ce chiffre des deux dernières semaines est cependant bien moindre que celui des douze semaines antérieures.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Angerant (de Paris) et G. de Lagorce (de Puteaux).

REVUE GÉNÉRALE

CANCER PRIMITIF DE L'APPENDICE ILÉO-CÆCAL

Par M. R. MASSART,
Interne des hôpitaux de Paris.

Le cancer primitif de l'appendice n'est pas une affection nouvelle. S'il est resté si longtemps ignoré, c'est qu'à part les phénomènes aigus, rien n'attirait l'attention vers ce diverticule intestinal dont la fonction, la nature, l'origine étaient mal connues.

Il a fallu les examens histologiques systématiques des appendices enlevés pour montrer qu'il y avait d'autres lésions que celles de l'appendicite aiguë. L'étude de ces états inflammatoires permit d'isoler l'appendicite chronique, la tuberculose appendiculaire, l'actinomycose, le cancer de l'appendice.

C'est là une affection peu étudiée. Les traités de chirurgie sont pour la plupart muets à ce sujet. Guinard le mentionne dans son article sur l'appendicite (1) et la seule description d'ensemble qu'on puisse trouver est celle qu'en donne P. Duval (2).

Cependant à l'étranger comme en France, l'attention des chirurgiens était attirée depuis longtemps par ces cancers passés si facilement inaperçus; un rapide historique nous montrera comment s'est constituée cette affection qui par ses lésions, son évolution, ses signes cliniques, se sépare du tableau de l'appendicite.

I

Historique. — Merling, en 1838, paraît avoir été le premier à signaler une nodosité au niveau de l'appendice vermiculaire, puis ce fut Prüss, en 1865, qui fit une constatation analogue. Mais en réalité c'est de 1887 que datent les 2 premiers cas indubitables de cancer appendiculaire.

Trouvés à l'autopsie par M. Letulle, ce sont les premiers cas de néoplasmes appendiculaires examinés histologiquement; un peu plus tard, en 1897, de nouveaux cas portent à 11 le total de ces cancers. Lejars, à peu de temps de là, en opère un dont Ménétrier fait l'examen histologique. A l'étranger, les cas se multiplient et Landau en réunit une cinquantaine permettant une étude d'ensemble.

En 1907, Lecène en rapporte 2 observations personnelles.

Depuis les observations ont été en augmentant et les travaux se sont multipliés.

MM. Hartmann et Potherat observent 2 cas à quelques mois de distance.

Le Priol, dans sa thèse, en donne 15 observations.

En Amérique, Clarence Mac William, à la suite d'un cas opéré, se livre à des recherches bibliographiques et réunit, en janvier 1908, 91 cas indiscutables, alors que la statistique de Rolleston parue deux années avant n'en avait mentionné que 42 cas.

(1) Le Dentu et Delbet. Art. Abdomen. *Nouveau traité de chirurgie.*
(2) P. Duval. *Pathologie chirurgicale*, t. III, Paris, Masson.

De nouvelles publications s'occupent de ce sujet. En mai 1908, Härte apporte à l'Association américaine de chirurgie 101 cas de cancers appendiculaires dûment constatés dont 5 ont été observés par lui.

De tous côtés on en relève des cas, comme le montrera la bibliographie de cet article.

Une connaissance plus exacte du cancer appendiculaire résulte de cet ensemble de faits.

Letulle puis Huebschmann en font une excellente étude anatomo-pathologique.

Lindemann publie une revue à ce sujet.

Tous ces travaux permettent d'isoler le néoplasme appendiculaire sinon au point de vue clinique, au moins au point de vue anatomique, et facilitent une étude d'ensemble de cette affection.

II

Etiologie. — Le cancer primitif de l'appendice s'observe chez des individus jeunes contrairement à la plupart des cancers.

C'est de vingt à trente ans qu'il se développe et d'après la statistique de Härte (de Philadelphie) sur 92 cas observés on a trouvé

Au-dessous de 10 ans	4 cas
De 10 ans à 20 ans	13
De 20 à 30	34
De 30 à 40	21
De 40 à 50	7
De 50 à 60	4
De 60 à 70	2
De 70 à 80	1
Au-dessus	2

La statistique de Rolleston et Jones portant sur 36 cas, celle de Mouchet sur 79, et de Lecène sur 30, tendent à justifier cette fréquence (1). On rencontre plus rarement ce cancer chez le vieillard et chez l'enfant bien que Jalaguier ait opéré un enfant de trois ans et que Rhéa ait publié un cas analogue.

Le *sexe* féminin y paraît plus prédisposé.

Clarence Mac William note 58 femmes pour 43 hommes.

L'hérédité est sans influence sauf dans ses rapports avec la tuberculose. Le cancer appendiculaire serait pour Letulle plus souvent observé chez les tuberculeux.

La *fréquence* du cancer au cours des appendicites est diversement interprétée : pour Mac William la proportion serait de 0,4 de cancers pour 100 appendicites ; Kelly, sur un total de 2500 cas d'appendicites vérifiées microscopiquement, trouve une proportion de 0,2 p. 100; enfin sur 5000 cas opérés par les Mayo, on a observé 22 cancers primitifs, soit une proportion de 0,5 p. 100.

En somme, il faut se garder de *voir là une affection fréquente* et Neugebauer réagit contre cette tendance en montrant que sur 330 cas d'appendicite opérés, il n'a trouvé qu'une seule fois le cancer.

Dans la genèse du cancer on peut souvent relever des affections antérieures de l'appendice. Sans nous étendre sur la tuberculose que Khemhadjian cite

(1) Thèse de Khemhadjian.

comme une cause fréquente, nous insisterons en particulier sur les corps étrangers, les calculs appendiculaires; mais ces lésions sont loin de jouer un rôle aussi considérable que l'*appendicite chronique oblitérante*.

Dans la majorité des cas observés la lumière appendiculaire était obstruée.

Souvent c'est au niveau d'un nodule cicatriciel, d'un point rétréci que débute l'épithélioma et il est difficile de ne pas voir là une relation de cause à effet entre cette inflammation chronique de l'organe et l'apparition d'une lésion épithéliomateuse.

Dans bien des cas où on a trouvé un cancer de l'appendice, les malades étaient opérés pour une appendicite aiguë qui traînait ou pour des crises d'appendicite chronique.

De ces observations il apparaît nettement qu'il y a là comme au début d'autres affections néoplasiques une période d'inflammation chronique précédant l'apparition du cancer.

Cependant ces phénomènes aigus qui attirent l'attention vers la fosse iliaque, doivent-ils être mis sur le compte du cancer ou de l'inflammation appendiculaire?

C'est là un point difficile à préciser. La pathogénie de ces accès a donné lieu à une explication différente de l'évolution du néoplasme.

Pour Huebchsmann, il n'est pas douteux que la présence du carcinome dans l'appendice ne favorise toutes sortes d'inflammations, et, pratiquement il conclut *au néoplasme primitif et à l'appendicite secondaire*.

Kudo conclut dans le même sens, la cavité close qu'est l'appendice enflammé ne paraît pas favoriser l'évolution du néoplasme.

Et, étant données :

La fréquence des crises aiguës au cours des cancers appendiculaires,

La rareté du cancer par rapport aux appendicites chroniques,

Le cancer appendiculaire reconnaîtrait pour cause l'inclusion intrapariétale de germes épithéliaux aberrants.

En résumé, pour la majorité des auteurs, l'appendicite est primitive et c'est sur une vieille lésion que se développe le néoplasme.

Pour les autres, le néoplasme primitif favorise l'infection appendiculaire et crée l'appendicite.

III

Anatomie pathologique. — Au point de vue anatomo-pathologique, l'appendice apparaît dans la plupart des cas publiés, comme un cylindre plein, de la dimension du petit doigt, présentant plus ou moins de connexions avec les organes voisins, soit qu'il soit adhérent au cæcum ou qu'il soit retenu au détroit supérieur lorsqu'il est à type descendant, soit enfin qu'il soit inclus dans le muscle iliaque comme dans le cas de Potherat.

De *forme* bosselée, coudé, recourbé en cor de chasse, il est le plus souvent renflé en massue à son extrémité distale.

Ces bosselures se voient fréquemment, elles sont de dimension variable, allant du volume d'un petit pois à celui d'une noisette. Elles peuvent être contiguës, siéger à l'extrémité libre ou être séparées par une portion rétrécie où le calibre est amoindri et où la lumière appendiculaire est obstruée dans la plupart des cas.

Le maximum des lésions paraît siéger sur la portion libre de l'organe, donnant l'impression, à un examen superficiel, d'un noyau d'apparence caséeuse, ou d'un abcès intraappendiculaire.

Dans d'autres cas, et c'est là que l'examen histologique s'impose, l'appendice paraît être simplement enflammé. Dans les 22 cas de cancers observés par les frères Mayo, 17 étaient si petits qu'ils ne formaient aucune saillie à l'extérieur.

Après ablation de l'organe, si nous le fendons suivant la ligne d'insertion de son méso (opération parfois délicate par suite de l'oblitération), nous trouvons une paroi épaissie, *jaune à la coupe*, présentant parfois des végétations rappelant la tuberculose, pouvant envahir le cæcum où elles font saillie en choux-fleurs après avoir détruit la valvule de Gerlach.

On a signalé des cancers d'un appendice ectopié, Patel en a extirpé un au cours d'une hernie inguinale étranglée. Gangitano en a publié un cas analogue.

Dans la majorité des observations que nous avons pu étudier, le méso-appendice ne présentait ni lésions cancéreuses, ni adénopathies. Letulle d'ailleurs dans le cas de Récamier, a trouvé des ganglions intacts.

Zaaijer décrit comme rare l'envahissement du méso et des ganglions.

Néanmoins Rolleston, sur 91 cas, trouve 6 fois une adénopathie des ganglions mésentériques.

Lecène dans les cas qu'il a observés, signale dans le méso la présence de 2 nodules reproduisant la structure de l'épithélioma primitif.

Röss enfin cite des cas où l'envahissement a atteint le mésentère, les ganglions iliaques et Lejars a décrit une généralisation sus-claviculaire.

Peut-être faut-il attribuer aussi l'absence d'adénopathies signalée dans de nombreux cas, à un examen insuffisant du méso au cours de l'intervention.

Quant au cæcum, son envahissement est signalé dans quelques cas, en particulier dans le cas de Le Conte (de Philadelphie) où il y avait une invagination complète de l'appendice dans le cæcum.

L'examen microscopique montra qu'il s'agissait d'un cancer de la totalité de l'appendice ayant envahi la partie avoisinante du cæcum.

Le cancer appendiculaire apparaît la plupart du temps comme une lésion circonscrite. Cependant on relate des phénomènes inflammatoires aigus; on a des perforations de l'organe, des abcès péricæcaux et à l'ouverture de l'abdomen on trouve une poche purulente où nage l'appendice. En somme c'est le tableau anatomique de l'appendicite avec pus.

Les métastases sont rares.

IV

Au point de vue histologique, on peut observer des sarcomes et des carcinomes, mais comme l'a déjà bien montré Landau, le sarcome est exceptionnel.

Le carcinome peut affecter les types les plus divers, et dès le début de cette étude, nous devons noter que la plupart des cancers appendiculaires présentent une structure différente de celle des cancers de l'intestin grêle et du gros intestin.

De tous les cas étudiés par Mac William il résulte que les cancers à cellules cylindriques étaient dans la proportion de 22,5 pour 53,5 de cancers à cellules cubiques, pour 15,4 de formes de passage et 4,2 de cancers colloïdes.

Cette statistique coïncide avec les autres observations où le cancer colloïde est rare, le carcinome à petites cellules polymorphes restant le plus fréquent.

L'épithélioma cylindrique débute comme le montre Le Priol dans sa thèse, au niveau de la muqueuse et de ses glandes qui finissent par disparaître.

Quelquefois la lésion se borne à une disparition de la tunique interne et à son remplacement par une néo-muqueuse.

La muqueuse se trouve être décollée, des dépressions ulcératives se creusent au dépens de la sous-muqueuse et sur cette surface dénudée apparaîtront les cellules épithéliales nouvelles cylindriques, cellules jeunes plus hautes, plus larges, pourvues d'un noyau.

En ces régions transformées, toute trace de la sous-muqueuse, de la muscularis muscosæ, des follicules lymphatiques va disparaître et on pourra voir survenir la dégénérescence colloïde.

Le néoplasme pourra s'étendre en surface et en profondeur, l'appendice sera en entier atteint.

L'épithélioma atypique a petites cellules polymorphes débute dans la sous-muqueuse, infiltrant toutes les couches, pénétrant les vaisseaux lymphatiques, infiltrant la muqueuse en amas irréguliers de volume et de forme, intercalés aux glandes de Lieberkühn, sans ressemblance avec les cellules de ces glandes et, point important, sans qu'on trouve de formes de passage entre ces deux cellules.

D'ailleurs comme le fait remarquer Huebschmann, là où il n'y a pas de cellules cylindriques ou caliciformes préformées et là où les glandes sont conservées, on peut différencier l'épithélium glandulaire des cellules néoplasiques.

Ménétrier qui a observé un type de cancer appendiculaire, le considère comme un épithélioma à cellules atypiques polyédriques infiltrées dans les parois intestinales, formées de cellules à gros noyau rond régulier à protoplasma coloré et où l'on observe des figures de karyokinèse.

Au point de vue de leur évolution, s'agit-il de petits cancers qui, comme le fait remarquer Lecène, sont au début de leur évolution et doivent ensuite s'étendre progressivement, envahir la paroi cæcale et se confondre, sans qu'il soit dès lors possible de les en distinguer, avec les cancers du cæcum et de la région iléo-cæcale ?

Les observations de transition manquent et Härte, à ce point de vue, sépare en deux types *très nets* les cancers de l'appendice.

L'*un banal* rappelant les autres cancers du tube digestif s'observant à un âge avancé, épithéliomas très malins tendant à envahir les régions voisines.

L'*autre* à cellules basales rappelant certains cancers de la peau que Jones et Rolleston considèrent comme beaucoup plus fréquents, ayant une prédilection marquée pour le jeune âge et sans tendance à l'envahissement.

Quant aux sarcomes, ils sont très rares. Stewart, en 1908, n'en trouvait signalés que neuf cas. Jones (de Washington) en a rapporté un dernièrement, c'était un sarcome à cellules fusiformes avec noyaux bourgeonnants.

V

Etude clinique. — Il est difficile, au point de vue clinique, de donner du cancer appendiculaire une description d'ensemble.

Tantôt, il emprunte à l'appendicite sa symptomatologie.

Tantôt, il reste latent, insidieux, évoluant lentement et rappelant par l'ensemble de ses signes un cancer du tube digestif.

Ce sont ces deux formes aiguës, opposées par Härte en forme de la jeunesse et forme de la vieillesse, que nous voudrions essayer de préciser.

Forme critique. — C'est par une crise aiguë d'appendicite que débute le plus souvent le cancer appendiculaire.

Rolleston et Jones, sur 27 cas observés, notent 10 fois le début brusque.

Lecène rapporte l'observation d'une malade de vingt ans entrée à l'hôpital pour une crise d'appendicite typique (qui était sa première crise).

Nélaton, Jalaguier, Rhéa citent des observations de jeunes malades où les phénomènes eurent un début identique et chez lesquels l'appendice était cancéreux.

Le plus souvent, dans ces cas aigus, c'est brusquement chez un adulte jeune, parfois chez un enfant, une douleur vive, subite, siégeant dans la fosse iliaque droite, qui constitue le phénomène de début.

L'état général est touché, la température s'élève, le pouls est rapide, la constipation opiniâtre, les vomissements fréquents.

L'examen de l'abdomen montre un ventre rétracté, douloureux, une paroi hyperesthésiée rendant toute exploration difficile.

C'est le tableau d'une crise appendiculaire aiguë que nous avons sous les yeux, en réalité c'est une véritable crise d'appendicite préparée par le néoplasme, soit qu'il agisse en obstruant la lumière de l'organe le transformant en cavité close, ou en favorisant l'infection dans le cul-de-sac intestinal.

Nous nous appuyons, pour avancer ces faits, sur les observations que nous avons pu consulter.

Dans de nombreux cas, il s'agissait de jeunes gens ou d'enfants, et on comprend que la réaction soit d'autant plus vive sur ce terrain que la régression de l'organe n'est pas complète, que le tissu lymphoïde y est en abondance et que le développement du cancer constitue un terrain de résistance moindre.

De même que dans les formes aiguës de l'appen-

dicite, on a fréquemment noté pendant l'évolution du cancer des perforations de l'appendice avec péritonite généralisée, des abcès péri-appendiculaires.

Sans nous attarder à leur symptomatologie notons qu'elles viennent compliquer souvent dans le jeune âge la crise d'appendicite.

Cette fréquence plus grande chez l'enfant, l'ensemble des faits anatomiques (appendice noirâtre, gangrené, d'odeur fétide) prouvent beaucoup plus en faveur du développement de germes anaérobies qu'en faveur de l'évolution d'un cancer.

Ces phénomènes semblent plaider en faveur de l'opinion de Huebschmann.

L'appendicite serait secondaire au cancer, et pour cet auteur l'inclusion de germes épithéliaux viendrait favoriser la crise d'appendicite.

A la suite d'une crise aussi brusque on peut voir les phénomènes s'amender.

L'état général du malade s'améliore, son appétit revient, son ventre plus souple se prête plus volontiers à l'examen.

Néanmoins tout ne rentre pas dans l'ordre, et l'évolution, comme le montrent les cas publiés, est fréquemment anormale.

Trois points en particulier doivent retenir notre attention :

La persistance de la douleur après la crise;
L'évolution anormale des crises;
La fréquence des rechutes et des récidives.

Ce sont là d'ailleurs des faits souvent notés au cours des observations.

1° *Persistance de la douleur.* — Après les phénomènes de la période critique, il persiste une douleur siégeant dans toute la partie inférieure de l'abdomen, surtout dans le quadrant inférieur droit; douleur exagérée au moindre mouvement, réveillée par l'examen local, empêchant le moindre déplacement de la cuisse sur le bassin.

Dans certains cas rapportés par Landau, cette douleur avait des exacerbations nocturnes.

Ces phénomènes peuvent présenter des irradiations soit dans les lombes, soit à l'aine comme dans le cas de Potherat.

C'est de plus une douleur persistante, laissant la fosse iliaque endolorie et amenant ces malades à réclamer l'intervention. Monks rapporte le cas d'une femme de vingt et un ans qui fut opérée parce qu'elle souffrait depuis sept ans.

Une symptomatologie aussi particulière est intéressante à connaître au cours de l'appendicite, elle permettra sinon un diagnostic, du moins une présomption et une intervention plus précoces qui permettront l'ablation de l'appendice.

2° *Crise anormale.* — Il n'est pas rare d'observer, au cours de l'évolution de la crise, une série de signes anormaux, soit que la température reste au voisinage de la normale, soit que les vomissements fassent défaut, soit enfin que la crise appendiculaire n'existe pas, qu'elle soit remplacée par une série de phénomènes douloureux du côté de la fosse iliaque, accompagnés ou non de vomissements et d'élévation thermique.

Souvent tous ces troubles n'interrompent pas les occupations du malade qui continue à travailler jusqu'à ce qu'une crise plus violente ou plus aiguë le force à s'aliter.

On peut, au cours de l'évolution de pareilles crises, déceler l'affection appendiculaire, et Grey cite le cas d'un homme de trente-sept ans dont la crise avait été anormale, et chez lequel il put percevoir, parallèle à l'arcade de Fallope, une tumeur dure, allongée, constituée par l'appendice. On fit l'ablation et l'examen histologique le révéla cancéreux.

3° *Rechutes et récidives.* — Dans une autre série d'observations, nous avons noté une évolution coupée de rechutes et de récidives.

D'après les statistiques publiées, cette forme nous paraît être aussi fréquente que la forme à début brusque, et Rolleston et Jones l'ont observée 9 fois sur 27 cancers.

Wells opère une femme de vingt ans pour des crises répétées ; Kelly en rapporte un cas analogue; les deux appendices furent histologiquement reconnus cancéreux.

L'observation de Lecène est un bel exemple de cette forme à rechutes. La première crise datait de 1902, un an après, en 1903, survenait une autre crise évoluant sans fièvre, sans vomissement; en 1904, une troisième crise nécessitait l'intervention, on ouvrait un abcès iliaque en laissant l'appendice ; en 1906, date à laquelle la malade fut opérée, une quatrième crise grave la ramenait à l'hôpital. L'examen histologique montre qu'il s'agissait d'un cancer.

Ces faits dénotent un état inflammatoire permanent de l'appendice susceptible de devenir grave puisqu'il peut aboutir aux abcès de la fosse iliaque et à la péritonite généralisée.

Il nous paraît difficile de préciser la fréquence de ces crises; néanmoins, des observations que nous avons consultées, il résulte que c'est en général à intervalles assez éloignés qu'elles se reproduisent.

Jones rapporte une observation où la crise était bi-annuelle.

Stewart a vu trois crises survenir à des époques aussi éloignées.

Nous avons, de plus, remarqué que cette forme plus insidieuse que la forme aiguë s'observe plutôt après vingt ans, contrairement à la forme aiguë plus fréquente chez les enfants.

Nous avons recherché les cas d'appendices perforés au cours de ces récidives. Nous n'avons pas trouvé de cas signalés.

En somme, l'ensemble de ces faits nous permet de faire de cette forme à rechutes une forme subaiguë plus insidieuse du cancer appendiculaire rappelant par ses symptômes certaines appendicites chroniques.

Depuis longtemps ces cas avaient attiré l'attention et Le Priol, dans sa thèse, rappelle que le cancer reconnaît pour cause l'appendicite récidivante.

Ne faudrait-il pas plutôt voir dans le cancer la cause de ces crises répétées d'appendicite ?

Tel est en somme le cancer appendiculaire à type

aigu, qu'il se développe ou non aux dépens d'une appendicite; il est certain que sa présence favorisera le développement de toutes sortes d'inflammation et que tôt ou tard il se révélera par des signes d'appendicite.

A cette forme de la jeunesse s'étendant peu au cæcum et aux organes voisins, à structure atypique, nous voudrions bien opposer la forme latente, épithélioma cylindrique ne se révélant souvent que par son extension au cæcum et aux organes voisins.

Cette FORME LENTE, SANS CRISES, a un début difficile à préciser, elle se montre chez des malades qui ont présenté des troubles digestifs. Parfois on a pu noter une légère ascite comme dans le cas de Röss, cependant les signes restent toujours peu nets tant que les organes voisins sont indemnes.

On s'explique d'ailleurs fort bien cette latence et cette lenteur d'évolution. C'est une tumeur extérieure à l'intestin, peu exposée aux irritations mécaniques ou chimiques.

Lorsque le processus a atteint le méso-appendice, les ganglions péri-cæcaux, il n'est pas rare de noter une douleur sourde continue au point de Mac Burney. La palpation de la fosse iliaque peut même permettre de sentir, comme dans le cas de Lejars, une tuméfaction dure et ferme en forme de cordon.

Lorsque le cancer a envahi le cæcum, il devient facilement perceptible, et à ce moment l'état général est touché.

Les cas de tumeur iléo-cæcale sont bien connus, faut-il souvent leur reconnaître un début appendiculaire?

On trouve la plupart du temps une masse néoplasique où l'appendice est englobé. Dans d'autres cas, tel celui de Wœlker, le début appendiculaire était net. C'était au niveau de l'appendice invaginé qu'avait débuté le cancer qui, de là, s'était propagé au cæcum.

Dans cette forme, l'extension ganglionnaire est la règle; on a retrouvé des adénopathies iliaques, des métastases au niveau de l'ombilic, au niveau des ganglions de l'aine, et Lejars a rapporté un cas d'adénopathie sus-claviculaire.

Décelée au début, cette forme est sujette à récidive, et Lejars a rapporté à la Société de chirurgie un cas de cancer du cæcum survenu trois mois après l'ablation d'un appendice cancéreux.

L'évolution du cancer appendiculaire est des plus spéciales. Qu'il s'agisse de la forme critique ou de la forme lente, un fait se dégage : c'est un cancer bien supporté susceptible de rester latent de longues années.

Néanmoins nous pensons devoir séparer là encore l'épithélioma atypique de l'épithélioma cylindrique.

La *forme aiguë*, abandonnée à elle-même, ne présentera pas d'extension, pas d'envahissement ganglionnaire, ainsi que le prouve le cas de White.

Le seul phénomène grave qui vienne troubler cette évolution est la production de crises appendiculaires.

Opéré, on n'observe point de récidive du cancer et l'état général des malades n'est pas altéré.

La *forme lente* n'évolue point de façon analogue.

Abandonné à lui-même, le cancer donnera des adénopathies, s'étendra aux organes voisins. Néanmoins, extérieur au tube digestif, il sera longtemps bien supporté.

Opéré, il pourra récidiver comme dans le cas que nous avons déjà cité.

Les métastases sont rares.

Röss en signale trois chez un homme de trente-cinq ans, deux dans les fosses iliaques, une au voisinage de l'ombilic.

Le microscope révéla la nature cancéreuse, c'était un épithélioma analogue au noyau appendiculaire qui avait été extirpé auparavant.

Amann (de Münich), enfin, eut à enlever un cancer de l'ovaire gauche un an après avoir fait l'ablation de l'ovaire droit cancéreux et réséqué le cæcum pour cancer étendu de l'appendice.

Le Priol, dans sa thèse, cite un néoplasme du sein secondaire à un noyau appendiculaire que vint déceler l'autopsie.

Quoi qu'il en soit et quelle que soit d'ailleurs leur nature histologique, les cancers appendiculaires semblent être par rapport aux autres cancers, les plus bénins, ceux qui donnent le moins d'adénopathies et de métastases et ceux qui récidivent le moins.

Le cancer appendiculaire tire son pronostic de la forme suivant laquelle il évolue.

Dans les FORMES AIGUES, le pronostic est grave, il est lié à la péritonite généralisée qui suit la perforation appendiculaire, il est lié à l'intervention précoce.

Si la péritonite est localisée, qu'il y ait abcès péri-appendiculaire, il faudra empêcher la fistulisation et la suppuration, longue à se tarir.

Dans les autres formes, le pronostic sera meilleur, l'intervention s'imposera, sa gravité sera bénigne.

Le pronostic de cette forme du cancer appendiculaire est *celui de l'appendicite*.

Dans les FORMES CHRONIQUES, il dépend de son extension, mais c'est, nous le répétons, un cancer bien supporté, troublant peu les fonctions digestives. Son pronostic est celui d'un néoplasme relativement bénin.

D'une façon générale, le DIAGNOSTIC clinique du cancer de l'appendice ne se pose pas. Nous voudrions cependant attirer l'attention des cliniciens sur ces appendicites à évolution bizarre, sur ces appendicites à rechutes qu'un examen minutieux des symptômes permettra de dépister.

Bien que la douleur soit fréquente dans l'appendicite, rappelons les caractères spéciaux qu'elle avait présentés dans les cas qui ont nécessité l'intervention.

Dans les cas chroniques, chez les vieillards, le diagnostic sera parfois plus facile.

Une douleur bien localisée au point de Mac Burney, un amaigrissement, parfois même la présence d'une tumeur permettront d'éliminer le cancer intestinal.

Il sera cependant difficile d'affirmer qu'il s'agit de cancer et non d'inflammation chronique ou de tuberculose.

En résumé, et pour opposer les deux formes de cancer, il semble à peu près impossible de séparer la *forme aiguë*, de l'*appendicite*. Elle lui emprunte son allure clinique, on observe une crise aussi nette que dans n'importe quelle appendicite aiguë; l'évolution *seule* avec la persistance de la douleur, les rechutes, les récidives permettront de penser au cancer.

Les crises anormales devront toujours y faire songer.

La *forme lente* ressemble beaucoup moins à l'appendicite et beaucoup plus au cancer digestif, pas de douleur nette, un mauvais état général, de l'amaigrissement, une extension aux organes voisins.

Le diagnostic se fera d'avec les tumeurs de la région iléo-cæcale.

Des recherches bactériologiques ont été entreprises sans résultat d'ailleurs.

Les recherches hématologiques, rarement faites dans les observations que nous avons pu lire, ne présentent rien de particulier. Jones a signalé de la polynucléose.

Il nous paraît plus intéressant d'insister sur la nécessité de reconnaître le cancer appendiculaire au cours de la laparotomie.

L'aspect macroscopique est une des plus variables, et comme nous l'avons montré au chapitre anatomo-pathologique, on peut le confondre avec des végétations tuberculeuses, avec des kystes appendiculaires, des abcès de son extrémité libre.

En somme il n'y a qu'un examen histologique qui puisse nous révéler le cancer.

Neugebaüer met en garde contre les prétendus cancers de l'appendice qui ne sont en réalité que des tumeurs alvéolaires à petites cellules, naissant dans la sous-muqueuse ou dans le tissu conjonctif, infiltrant les diverses parois de l'organe et qui sont des proliférations endothéliales d'origine inflammatoire, de nature bénigne.

D'une facon générale, même microscopiquement le diagnostic du cancer appendiculaire doit se poser.

C'est en somme une affection difficile à dépister et cet ensemble de faits explique la rareté relative du cancer appendiculaire.

Dans toute cette étude, nous avons volontairement omis de parler des cancers secondaires.

Au cours de nos recherches sur le cancer primitif, nous en avons relaté un certain nombre succédant à divers épithéliomas (mamelle, ovaire).

Le traitement du cancer appendiculaire est un traitement chirurgical.

Dans les cas simples, il consistera en une ablation large de l'appendice, en un examen minutieux du méso qu'il faudra réséquer aussi largement que possible. Comme l'indique Lecène, il faudra lier très haut l'artère appendiculaire.

Quant au moignon, faut-il l'enfouir? Les opérateurs n'insistent pas sur ce point et il semble que cette manœuvre n'ait pas d'influence ultérieure sur l'évolution du néoplasme.

En somme le traitement se fait naturellement par l'ablation de l'appendice.

Lorsque le cæcum est envahi, une intervention plus large est nécessaire. La résection du cæcum, de l'appendice, et d'une portion de l'intestin grêle s'impose.

Ce ne sont pas là des cas favorables, les récidives sont à craindre; néanmoins Le Conte (de Philadelphie) en a rapporté un cas parfaitement guéri.

En résumé, des différents travaux parus sur le cancer appendiculaire, il ressort qu'au cours des laparotomies, un certain nombre de points doivent attirer l'attention du chirurgien.

1° La nécessité de toujours faire un examen systématique de l'appendice et même d'enlever tout appendice suspect ou qui a été le siège d'une ou de plusieurs poussées inflammatoires.

2° D'examiner toujours le méso-appendice qui peut être infiltré, présenter des adénopathies alors que macroscopiquement l'appendice paraît sain.

Bibliographie jusqu'en avril 1911.

1882. — Beger. *Berl. klin. Woch.*, t. XIX, p. 616.
1896. — Stimson. *Annals of surg.*, p. 186.
1897. — Letulle et Weinberg. *Arch. des sc. méd.*, p. 324. — Mossé et Daunic. *Bull. de la Soc. anat.*, nov., p. 814.
1898. — Whright. *Boston med. Journ.*, p. 150.
1900. — Letulle. *Bull. de la Soc. anat.*, p. 374. — Deaver. *On appendicitis*, p. 95. — Giscard. Th. de Toulouse. — Hardon. *John Hopkins Hospit. Bull.*, p. 175. — Pauchet. *Gaz. méd. de Picardie*, mai. — Rolleston. *The Lancet*, 7 juillet, p. 11.
1901. — Goffe. *Med. record*, 6 juillet, p. 24. — Mac Burney. *Med. record*, 21 sept.
1902. — Harte et Wilson. *Med. News*, 2 août, p. 193. — Jessup. *Med. Record*, 23 août, p. 289.
1903. — Etting. *Annals of surg.*, avril, p. 549. — Claude. Th. de Paris (Lejars). — Moschcowitz. *Annals of surg.*, juin, p. 891. — Wein. *Arch. intern. de chir.*, t. I, p. 212.
1904. — Burnamm. *John Hopkins Hospital Bull.*, p. 136. — Cullinworth et Corner. *The Lancet*, 12 nov. t. II, p. 1340. — Jones et Simmons. *Boston med. Journ.*, 24 nov. p. 567. — Neri. *Riforma med.*, 8 juin, p. 623. — Villar. *Gaz. hebd. des sc. de Bordeaux*, 3 janv., p. 3. — Lafforgue. *Gaz. des hôp.*, 12 janvier.
1905. — Battle. *The Lancet*, 29 juillet, t. II, p. 291.
1906 — Landau. *Presse méd.*, p. 804, n° 99. — Mac Adam Lecler. *Ann. Journ. of med. sc.*, juin, p. 966. — Rolleston et Jones. *Medico-chir. transact. London*, t. LXXXIX.
1907. — Letulle. *Bull. de la Soc. d'anat.*, mars. — Mason et Rhea. *Boston med. Journ.*, 10 janvier, p. 44. — Morris. *Unio of Pensylvania med. Bull.*, nov. p. 334. — Zaaijer. *Beit. zur klin. chir.*, t. LIV, p. 239-307. — Lecène. *Progrès méd.*, 23 nov., p. 844. — Escoffier. Th. de Lyon. — Grunbaum. *Berl. klin. Woch.*, 5 août. — Patel. *Revue de chir.*, avril et juillet. — Letulle. *Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*
1908. — Rocco-Bellantoni. *Gaz. degli Osped.*, 2 février. — Potherat. *Soc. de chir.*, juin. — Hartmann. *Soc. de chir.*, mai. — Clarence Mac William. *Med. record*, fév. — Härte. *Annals of surg.*, p. 968-999; — *Revue de chir.*, sept. — Le Conte. *Revue de chir.*, sept., p. 440. — Kudo. *Zeits. f. Krebsforshüng*, fév., t. IV, fasc. 2, p. 402. — White (Montréal). *Amer. Journ. of the med. sc.*, n° 434, mai, p. 702. — C. Mac William. *Ibid.*, n° 435, juin, p. 822. — A. O. J. Kelly (Philadelphie). *Ibid.*, n° 435, p. 851-856. — Woelker (Magdebourg). *Arch. f. klin. chir.*, t. LXXXVI, f. 2, juin, p. 471-493. — Wells. *Amer. Journ. of obst. a. Diseases of women and children*, t. LVII, n° 6, juin, p. 835-836. — Mac Cosh. *Annals of surg.*, t. XLVIII, juillet,

p. 128-129. — COOUS (Ohio). *Surg., gyn. and obst.*, t. VII, n° 1, juillet. — GARROW et KEEHAN (Montréal). *Annals of surg.*, t. XLVIII, n° 190, p. 560-562. — MONKS (Boston). *Ibid.*, t. XLVIII, oct., p. 563-564. — STEWART (New-York). *Ibid.*, t. XLVIII, p. 607-609. — H. F. DAY et J. RHEA. *Boston med. and chir. Journ.*, t. CLIX, n° 23, 3 décembre, p. 748. — LINDEMANN. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, t. XCV, f. 1, 5 nov. — LE PRIOL. Th. de Paris, 1908-1909, n° 13.

1909. — LETULLE. *Bull. de la Soc. anat.*, juillet, p. 438-459; — *Ibid.*, mai. — MILNER. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, t. CII, f. 13, oct. — KURAK. *Wiener klin. Woch.*, t. XXII, n° 37, 16 sept., p. 1267-1268. — GREY. *Brit. med. Journ.*, n° 2547, 23 oct., p. 1228. — MILIS-KENNEDY. *The Lancet*, t. CLXXVII, n° 4495, 23 oct. — MOUCHET et DEBAISIEUX. *Acad. royale de méd. de Belgique*, 29 mai. — SCHELTON-HORSLEY. *The Journ. of the med. Assoc.*, n° 19, mai. — MILNER. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, t. CII, oct. — HUEBSCHMANN. *Revue méd. de la Suisse romande*, t. XXIX, 20 nov., p. 817-821.

1910. — KONJETZNY. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, t. CII, f. 3, 6 janv. — LANDER-BRUNTON. *The Lancet*, n° 4511, 12 février. — BJERRUM (en scandinave). *Hospitalstidende*, t. LIII, n° 5, 2 fév. — VON MIKULKOVIZ. *Centralbl. f. Gyn.*, t. XXXIV, n° 17, 25 avril. — DIETRICH. *Deuts. med. Woch.*, t. XXXVI, n° 13, 31 mars. — WAGNER. *Wiener klin. Woch.*, t. XXIII, n° 13, 31 mars. — HUEBSCHMANN. *Revue méd. de la Suisse romande*, t. XXX, n° 14, 20 avril. — VON GAZA. *Münch. med. Woch.*, t. LVII, n° 14. — NEUGEBAUER. *Centralbl. f. Chir.*, n° 31, p. 81-89. — GANGITANO. *Riforma med.*, t. XXV, n° 33, 15 août. — CULLEN. *Soc. méd. de John Hopkins*, 18 avril. — MAC WILLIAM. *Soc. de chir. de New-York*, 9 fév. — VOECKLER. *Deuts. Zeits f. Chir.*, t. CV, f. 3, juin. — GAETJER. *Zeits. f. Krebsforschung*, t. IX, f. 2. — GRENIER. *Soc. des sc. méd. et natur. de Dresde*, n° 23. — KONJETZNY. *Soc. de méd. de Kiel*, 12 mai. — AMANN. *Soc. de Gyn. de Münich*, 14 juillet. — MILLS KENNEDY. *The Lancet*, n° 4555, 17 déc. — GEROWSKY. Etude sur le cancer primitif de l'appendice, *IIe Congrès des thérapeutes russes*, 19-23 déc.

1911. — POWERS. *New-York med. Journ.*, n° 1, 7 janvier. — MAC CARTHY et MAC GRATH (Rochester). *Surg., Gyn. and obst.*, t. XII, f. 3, mars, p. 211 à 220. — JONES (Washington). *Ibid.*, t. XII, f. 2, fév., p. 131 à 134. — MANDEL. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Vienne*, 14 février. — BRÜNNER. *Soc. de méd. de Münsterlingen*, 11 mai. — BERTELS. *St-Petersb. med. Woch.*, 1er juillet. — GOTTSHEIN. Carcinoïdes de l'appendice, *Soc. de chir. de Breslau*, 12 juin. — RÖSS. *Acad. de chir. de Philadelphie*, 3 avril. — KHEMHADJIAN. Th. de Paris.

LIVRES NOUVEAUX

La Prothèse dentaire indispensable (1), par le docteur F. CHARÉZIEUX.

Je n'entends rien à l'art dentaire, et je le regrette, mais les raisons par lesquelles le docteur Charézieux explique dans son avant-propos pourquoi la prothèse est la partie la moins ardue de cet art me paraissent fort sensées. En tout cas elles sont fort clairement exposées et le reste de l'ouvrage me semble, à moi profane, être à l'avenant.

L'ouvrage est divisé en trois parties, une partie clinique, la plus importante, qui se passe dans le cabinet, et de l'excellence et la précision de laquelle dépend le succès de la seconde, ou partie mécanique. La troisième partie traite des applications de la prothèse du traitement des fractures des maxillaires et à celui des divisions de la voûte palatine.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-8 de 300 pages avec 130 figures dans le texte et 4 planches en couleur hors texte. — Paris, A. Maloine.

COURS ET CONFÉRENCES

LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE ET OTOLOGIE. (M. CASTEX, chargé de cours.) — COURS PENDANT LES VACANCES. — MM. Collinet, Rabé et Paul-Boncour, assistants de M. le docteur Castex, commenceront, le jeudi 19 septembre 1912, à l'amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique de la Faculté, rue de l'École-de-Médecine, 15), une série de dix-huit leçons, avec présentation de malades.

Ces leçons auront lieu tous les jours (excepté le dimanche) à trois heures.

Les élèves inscrits seront exercés à l'examen et au traitement des malades de la clinique.

Programme du cours. — 1. Technique des examens en oto-rhino-laryngologie et broncho-œsophagoscopie. — 2. Affections et chirurgie des amygdales. — 3. Tuberculose du larynx. — 4. Tumeurs bénignes et malignes. — Corps étrangers du larynx et de la trachée. — 6. Névroses du larynx. — 7. Rhinites hypertrophique et atrophique (ozène). — 8. Malformations de la cloison. — 9. Epistaxis. — 10. Syphilis du nez. — 11. Tumeurs bénignes et malignes des fosses nasales. — 12. Végétations adénoïdes. — 13. Sinusites et ethmoïdites. — 14. Affections de l'oreille externe. Corps étrangers. — 15. Maladies de la trompe d'Eustache. Cathétérisme. — 16. Infections de l'oreille moyenne. Complications. — 17. Sténose tympano-labyrinthique. — 18. Vertiges otiques. Maladie de Ménière. Infections du labyrinthe.

Le droit à payer pour ce cours est de 50 francs.

Seront admis : les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté, (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Un certificat d'études est délivré aux élèves.

CLINIQUE BAUDELOCQUE. (Service de M. le professeur PINARD.) — COURS PRATIQUE D'ACCOUCHEMENTS, par MM. Wallich et Couvelaire, agrégés. — *Cours de vacances.* — Ce cours, avec l'assistance de MM. Pottet et Lévy, chefs de clinique, commencera le lundi 23 septembre. Il aura lieu tous les jours, pendant deux semaines, et se terminera le samedi 5 octobre.

Programme du cours. — Le matin, de dix heures à midi : exercices cliniques de diagnostic et de pratique obstétricale (grossesse, accouchements, suites de couches, nouveau-nés, allaitement). Les élèves seront exercés individuellement à l'examen des femmes et des nouveau-nés et à la pratique des accouchements.

L'après-midi, de trois heures à cinq heures : manœuvres et opérations obstétricales.

Le droit à verser est de 50 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté sur la présentation de la quittance du versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement, relatifs aux cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

PHYSIOTHÉRAPIE. — COURS DE VACANCES. — La IXe session des cours de physiothérapie, organisés par MM. Albert-Weil, Dausset, Degrais, Durey, Dominici, Kouindjy, Leroy, Sandoz et Wetterwald, aura lieu du 14 octobre au 7 novembre 1912, à l'Ecole des hautes études sociales, 16, rue de la Sorbonne, et dans divers hôpitaux et cliniques.

Ce cours est divisé en deux séries de vingt leçons :

La première série comprend : l'électro, la radio, la photo, la radiumthérapie et l'hydrothérapie ;

La deuxième série comprend : le massage, la gymnastique, la rééducation et la méthode de Bier.

Le prix de chacune des séries de vingt leçons est de 50 fr. On peut s'inscrire pour une ou les deux séries ou avoir tous les renseignements complémentaires chez MM. Vigot frères, libraires, 23, place de l'École-de-Médecine.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 5, mai 1912.) H. Luc : Anesthésie locale par infiltration en oto-rhino-laryngologie. — Pol Coryllos : Les adamantinomes (*fin*).

Annales des maladies vénériennes. — (N° 5, mai 1912.) A. Lévy-Bing, L. Durœux et M. Dogny : Etude du sang chez les syphilitiques traités par le salvarsan.

Annales médico-psychologiques. — (N° 5, mai 1912.) Roger Dupouy : Le XXIIe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Tunis, avril 1912). — Rémond (de Metz) et Juliette Lévêque : Note sur un cas de fugue de nature épileptique chez un paralytique général. — Georges Vernet : Un médecin satyre.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 333, 10 mai 1912.) Desternes : Radiodiagnostic des rhumatismes chroniques. — Chuiton et Aubineau : Succès de la radiothérapie et de la radiumthérapie dans un cas de maladie de Mikulicz. — J. Belot : Nouvelles lunettes pour radiologistes. — (N° 334, 25 mai.) Barjon et Japiot : Traitement radiothérapique des nævi. Formes, indications et contre-indications. — Albert Weil : Le traitement radiothérapique des spinas-ventosas tuberculeux. — A. David et R. Desplats : De l'action des rayons X dans la leucémie. — Speder : Revue des perfectionnements récents des tubes à rayons X.

Archives de médecine des enfants. — (N° 5, mai 1912.) Jean Troisier : La surrénalite et la pancréatite scarlatineuses.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 5, mai 1912.) Talon : Etude sur l'association de la scarlatine et de la rougeole. — Uffoltz : Septicémie à staphylocoques. — Papon : De l'appendicectomie sous-séreuse. — Boppe : Anévrisme faux circonscrit de la région axillaire gauche. — P. Salètes : Fonctionnement du service de santé au combat de Moul-el-Bacha.

Archives des maladies de l'appareil digestif. — (N° 5, mai 1912.) Linossier : La cholestérine, son rôle en physiologie et en pathologie. — Devic et Bussy : Un cas de polypose adénomateuse généralisée à tout l'intestin.

Archives générales de médecine. — (Mai 1912.) Anglada : Les nouvelles méthodes de recherche du bacille de Koch dans les crachats. Procédés d'homogénéisation. — Chassin : L'anesthésie générale par les voies respiratoires et les principaux appareils en usage. — Gunzburg (d'Anvers) : Deux cas de pneumothorax artificiel appliqué au traitement de la tuberculose.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 5, mai 1912.) E. Chambard : Le périthéliome (avec figures). — Langevin : Les points appendiculaires et péri-appendiculaires. Leur variabilité expliquée par l'embryologie. — Perpère : L'anosmie et son traitement par la douche nasale gazeuse. — Combier : Le traitement chirurgical du goitre exophtalmique.

Æsculape. — (N° 5, mai 1912.) Dupouy : Le poète de l'opium. — Pomet : De quelques drogues d'origine animale. — Geley : Nouveautés métapsychiques. — Chaumier : Le musée de la vaccine de Plessis-les-Tours. — Ch. Garin : Comment se fixent les vers parasites à la paroi de l'intestin. — Le jubilé scientifique du professeur Grasset. — Mollière : Le musée médico-historique de l'Université de Lyon. — H. Bouquet : L'enfance et la jeunesse de Laënnec. — Libert : Paysages et cités d'Orient. Le bazar des drogues ; une mosquée pour aveugles.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXI, n° 18, 2 mai 1912.) W. W. Keen : Sur l'influence de la campagne antivivisectionniste sur le caractère (*à suivre*). — Henry Farnum Stoll : Le docteur Samuel Sheldon Fitch, un spécialiste de la tuberculose pulmonaire de la Nouvelle-Angleterre il y a soixante-cinq ans. — David G. Hall : Méningite cérébro-spinale, conséquence de l'acidité du sang. — Charles Greene Cumston : Remarque sur une série de 100 cas d'hystérectomie vaginale pour fibrome utérin. — Gustaf Sundelius : Sur le traitement par la gymnastique médicale de certains troubles circulatoires. — (N° 19, 9 mai.) W. W. Keen : Sur l'influence de la campagne antivivisectionniste sur le caractère (1 fig.) (*fin*). — Maurice Vejux Tyrode : La technique de la thérapeutique gastro-intestinale (modèles d'ordonnances et de feuilles de régime). — George Kind : Observations sur l'intensité de l'acidité de l'urine chez des enfants (3 tableaux). — Newell B. Burns : La signification respective du repos et de l'exercice dans le traitement de la phtisie. — Carl Mac Corison et Newell B. Burns : Sur la méthode pour régler les exercices dans un sanatorium pour phtisiques (1 tableau). — Arthur L. Grover : La valeur du réactif de Russo pour la fièvre typhoïde.

Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. — (N° 3, 1er mai 1912.) L. Marchand : Considérations sur l'anatomie pathologique et la pathogénie de la surdi-mutité. — Chabet et Labernadie : Orthophonie et rééducation respiratoire. — Guisez : Six cas de corps étrangers trachéaux et bronchiques, dont deux chez le même enfant, traités par la bronchoscopie. — Abcès latéro-pharyngien dû à une ostéite nécrosante de la paroi antérieure et inférieure de la caisse chez un enfant de vingt et un mois. Trépanation. Guérison. — Viannay : Statistique personnelle de onze cas de laryngostomie avec dilatation. — Robert Jonet : Troubles de l'odorat.

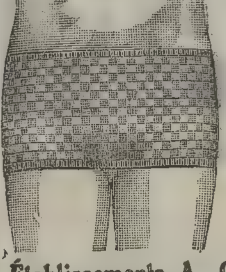
Bulletin général de thérapeutique. — (8 mai 1912.) René Gaultier : Etudes nouvelles sur le gui considéré comme médicament hypotenseur (*fin*). — (15 mai.) A. Robin : Comparaison avec le foie de l'homme sain, de l'alcoolique et du phtisique. — P. Emile-Weil : Pathologie et thérapeutique générales des maladies du sang et des organes hématopoïétiques. — (23 mai.) Bardet et Bouloumié : Introduction à l'étude des régimes. — (30 mai.) Bardet et Bouloumié : Introduction à l'étude des régimes (*suite*).

Bulletin médical. — (N° 35, 1er mai 1912.) Bernheim : Des myélites et névrites d'origine émotive. — Granjux : La question de l'éviction de l'école des enfants contagieux et de leurs frères ou sœurs. — (N° 36, 4 mai.) P. Armand-Delille : Notes et impressions sur le Congrès international contre la tuberculose à Rome. — (N° 37, 8 mai.) L. Bérard : Tumeurs et traumatismes. — (N° 38, 11 mai.) Adrien Loir : Mortalité infantile et lait condensé. — (N° 39, 15 mai.) J. Poujol : A propos de la loi d'alternance dans la grossesse syphilitique. — (N° 40, 18 mai.) E. Kirmisson : Importance de l'hyperesthésie cutanée comme signe de la gangrène et de la perforation appendiculaires. — (N° 41, 22 mai.) IIe Congrès de médecine légale. — (N° 42, 25 mai.) Revel : Les idées nouvelles sur les indications opératoires dans les traumatismes du crâne. — (N° 43, 20 mai.) E. Percepied : Les variations de l'anaphylaxie dans l'asthme.

Policlinico. — (Mai 1912, fasc. 5.) *Section médicale.* G. Cosco, B. Rosa et C. de Benedictis : A propos d'un cas de tuberculose cutanée d'origine bovine chez l'homme. — Giovanni Antonelli : Méningo-myélite tuberculeuse. — L. Preti et L. Pollini : Contribution à l'étude du métabolisme dans la pellagre. — Prof. P. Grocco : A propos des inhalations d'oxygène. — *Section chirurgicale.* Prof. Roberto Alessandri : Importance et limites du traitement sanglant dans les tuberculoses chirurgicales. — Nicola Leotta : Strume hypophysaire hyperplasique avec acromégalie. Contribution à la pathologie et à la chirurgie des tumeurs hypophysaires. — Mario Fasano : Traitement de la péritonite purulente diffuse. — Prof. Eugenio Casati : Un coefficient important de la genèse des hernies.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17



N° 97. — MARDI 27 AOUT 1912. 85e ANNÉE. MARDI 27 AOUT 1912. — N° 97.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont délégués pour un an, du 1er novembre 1912 au 31 octobre 1913, dans les fonctions de chargés de cours de clinique annexe, les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux dont les noms suivent :

Hôtel-Dieu. — MM. Petit, médecin, et Potherat, chirurgien.
Charité. — M. Mauclaire, chirurgien.
Saint-Antoine. — MM. Siredey et Vaquez, médecins; Ricard, chirurgien, et Doléris, accoucheur.
Saint-Louis. — MM. Rochard, chirurgien, et Demelin, accoucheur.
Necker. — MM. Rénon, médecin, et Routier, chirurgien.
Cochin. — M. Schwartz, chirurgien.
Beaujon. — MM. Bazy et Tuffier, chirurgiens.
Lariboisière. — MM. Brault, Launois et Le Gendre, médecins; Sébileau et Picqué, chirurgiens.
Laënnec. — MM. Barié et Bourcy, médecins.
Enfants-Malades. — MM. Méry, médecin, et A. Broca, chirurgien.
Pitié. — MM. Walther et Thiéry, chirurgiens, et Potocki, accoucheur.
Boucicaut. — M. Lepage, accoucheur.
Broussais. — M. Auvray, chirurgien.

— M. Aviragnet, médecin des hôpitaux, est chargé pour un an, du 1er novembre 1912 au 31 octobre 1913, d'un cours annexe de clinique (service de la diphtérie) à l'hôpital des Enfants-Malades.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. le docteur Delaunay est chargé, pour l'année scolaire 1912-1913, des fonctions d'agrégé (section de physiologie).

M. Verger, agrégé, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1912-1913, d'un cours de médecine légale.

— Sont nommés, pour l'année scolaire 1912-1913, chefs de travaux :

M. Aubaret, agrégé : anatomie; — M. le docteur Soulé : physiologie.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Clermont. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1912-1913, des fonctions de chefs des travaux :

MM. Buy, professeur : anatomie; — Billard, professeur : physiologie; — Bruyant, suppléant : histoire naturelle; — Dionis du Séjour, suppléant : médecine opératoire.

— Caen. — M. Charbonnier, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1912-1913, des fonctions de chef des travaux d'anatomie et d'histologie.

M. Chrétien, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé, pendant l'année scolaire 1912-1913, d'un cours de chimie et toxicologie.

M. Danjou, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1912-1913, d'un cours de pharmacie et matière médicale.

— Grenoble. — M. Corneloup, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1912-1913, des fonctions de chef des travaux de physiologie.

M. le docteur Traversier est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

ASILES D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Juquelier, médecin adjoint des asiles publics d'aliénés, est nommé directeur médecin de l'asile d'aliénés de Moisselles.

MUTUELLE MÉDICALE FRANÇAISE DE RETRAITES. — Nous rappelons à nos lecteurs la Mutuelle médicale française de retraites, œuvre purement philanthropique fondée par le Syndicat médical de l'arrondissement de Saumur, approuvée par arrêté ministériel du 10 mai 1900, patronnée par l'Association des médecins de Maine-et-Loire.

Elle s'étend à tous les médecins de France et à leurs femmes, et est destinée à donner à ses adhérents une retraite de droit et non de faveur, soit entière (après cinquante ans d'âge et vingt ans de participation), soit proportionnelle (après cinq ans de participation) — dans tous les cas la pratique médicale étant abandonnée — par une cotisation annuelle de 60 francs.

Au 1er avril dernier, le nombre des sociétaires (hommes et femmes) s'élevait à 949, l'avoir social à 272 439 fr. 82.

La Société compte cinq retraités qui ont droit par an, le premier, à 600 francs; le deuxième, 825 francs; le troisième, 375 francs; le quatrième, 900 francs; le cinquième, 375 francs.

S'adresser au secrétaire, docteur Terrien, à Varennes-sur-Loire, pour tous renseignements.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Monoyer (de Lyon).

FAITS CLINIQUES

DÉLIRE ALCOOLIQUE INTENSE

AVEC SITIOPHOBIE COMPLÈTE PENDANT PLUSIEURS JOURS

Chez un malade atteint de cirrhose de Laënnec, avec ascite considérable.

Par M. Gabriel RAVARIT,
Chef des travaux d'anatomie pathologique à l'École de médecine de Poitiers.
Médecin adjoint de l'Asile de la Vienne.

Nous avons eu à donner nos soins depuis tantôt vingt mois à un malade décédé ces jours derniers. Il s'agissait d'un homme de quarante-neuf ans, robuste, bien constitué, de santé habituellement bonne jusqu'alors, mais qui depuis quelques années faisait des excès de boisson. On ne relève chez lui aucun antécédent héréditaire; aucune affection grave n'est à mentionner parmi ses collatéraux. Dès notre première visite nous sommes frappés par son teint subictérique et par son abdomen augmenté considérablement de volume. Le malade raconte que sa santé générale est altérée depuis quelque temps, qu'il n'a plus la même résistance au travail, que son ventre grossit au point de le gêner pour boutonner son pantalon, alors qu'au contraire la partie supérieure du thorax et ses membres ont maigri. Il est généralement constipé avec des alternatives de débâcles diarrhéiques. Cet état abdominal dure depuis environ deux mois.

Nous nous livrons à un examen approfondi de M. R... Les sclérotiques sont jaunes, la peau a aussi manifestement cette coloration. Les urines sont rouges, sédimenteuses, le ventre est très gros au point d'avoir la semaine dernière obligé le malade à faire élargir son pantalon. A l'inspection on s'aperçoit qu'une circulation veineuse complémentaire existe, car l'abdomen est sillonné de nombreuses arborisations veineuses périombilicales présentant cette disposition circulaire spéciale, ce lacis appelé « tête de méduse ». L'abdomen est étendu, étalé (ventre de batracien) ; la dépression ombilicale remplacée par une saillie en doigt de gant. A la palpation, on sent nettement le phénomène de flot. Il s'agit d'une ascite libre, car la percussion dénote de la matité partout. A la palpation, la glande hépatique, cherchée dans l'hypocondre droit, est perçue difficilement, elle semble fuir sous les doigts et donner la sensation de glaçon. Cependant, à la percussion, il semble qu'elle déborde de deux ou trois travers de doigt les fausses côtes, et que par suite elle soit légèrement hypertrophiée. Il est peu commode de préciser d'une façon ferme sa limite inférieure à cause de l'ascite et du météorisme. Il existe aussi une mégalosplénie appréciable; le souffle splénique de Bouchard est perçu.

Notre diagnostic s'imposait dès lors. Nous avions évidemment affaire à une cirrhose de Laënnec évoluant sur un terrain intoxiqué par l'alcool. Nous ne nous sommes pas attardés à la possibilité d'une infection bacillaire, étant donnés les caractères spéciaux de l'ascite, la présence de l'ictère, signes absents dans la tuberculose, enfin l'absence de signes stéthoscopiques, et l'aveu du malade qui voulait bien nous dire que souvent il avait éprouvé des pituites matutinales, des vomissements à jeun le matin, qui présentait des tremblements digitaux caractéristiques, etc. Nous n'avions donc point affaire à un tuberculeux à évolution lente, le plus souvent apyrétique, chez lequel aurait pu s'installer concurremment une cirrhose atrophique dite de Laënnec.

M. R... avait le grand désir de voir son état s'améliorer, aussi fut-il extrêmement docile à nos prescriptions. Il se soumit au régime lacté pendant de longs mois, à toute la lyre des diurétiques, à la fameuse cure d'oignons qui ne nous donna pas grand résultat. Contre la constipation, des pilules laxatives hydragogues furent prescrites (extrait de cascara, calomel, scammonée). Entre temps, de petites doses d'iodure de sodium (30 à 40 centigrammes par jour) associé au benzoate de soude. Nous avons aussi pratiqué l'opothérapie hépatique sous forme de cachets de foie des laboratoires Fournier (extraits totaux préparés à froid dans le vide). Pendant quelques semaines notre malade ingérait aussi chaque matin avec un grand courage la glande hépatique crue d'un porc récemment tué, alternativement avec ses cachets de foie.

Malgré tout, le ventre augmentait de volume ; les jambes étaient de plus en plus œdématiées; des signes manifestes d'une intoxication lente de l'organisme commençaient à apparaître : insomnies, cauchemars, migraines au réveil, etc. Le malade était essoufflé au moindre effort; il avait de fréquentes épistaxis; il ne faisait plus sa cure d'air quotidienne que constamment étendu. Les urines devenaient plus rares; elles ne contenaient ni sucre ni albumine; la réaction d'Haykraft était positive ; l'insuffisance hépatique était manifeste.

Nous avons attendu jusqu'au 29 décembre 1911 pour intervenir; l'abdomen était démesurément tendu, l'ascite devenait intolérable par son abondance et surtout par la gêne qu'elle apportait aux mouvements du diaphragme. La ponction s'imposait. Elle fut pratiquée par nous sans le moindre incident avec une aiguille petite, et en une heure et demie il fut retiré 26 litres de liquide citrin, très spumeux, riche en albumine et en sels.

Après la ponction, la palpation du foie pratiquée montra nettement que l'organe était diminué de volume, contrairement à ce que nous avions cru percevoir lors des premières investigations avant l'évacuation du liquide. La glande semblait cloutée à sa surface; elle était donc cloutée, ptosée, atrophiée.

Si les urines ne décelèrent jamais de sucre ni d'albumine, il n'y eut dans les derniers temps que 10g60 d'urée excrétée en vingt-quatre heures. Il n'y eut pas non plus de pigments biliaires (réaction de Gmelin négative), mais les urines contenaient des traces d'urobiline que nous reconnûmes par un procédé fort simple : la fluorescence de l'urine additionnée de chlorure de zinc ammoniacal. La chose est quasi de règle d'ailleurs chez les sujets subictériques.

En résumé, nous avions bien là le tableau d'une cellule hépatique frappée dans sa vitalité presque totalement, d'une cellule hépatique qui allait mourir, qui était déjà morte et qui n'accomplissait plus son grand rôle destructeur des poisons comme l'ont démontré les mémorables expériences de Charrin et de Roger. (La physiologie nous apprend en effet que le foie détruit les poisons plutôt qu'il ne les élimine, tandis que le rein, organe dépurateur par excellence, les élimine plutôt qu'il ne les détruit.) Il s'agissait donc bien chez notre malade d'une hépatite interstitielle, d'une sclérose hépatique à début veineux, caractérisée au point de vue anatomo-pathologique par la présence d'anneaux de tissu fibreux partant soit des veines portes soit des veines sus-hépatiques.

Les battements du cœur étaient accélérés, mais l'auscultation n'y révélait aucun signe surajouté; pas de souffles à aucun des orifices.

Le foie était donc le seul organe touché, fortement touché par un poison exogène : l'alcool. En ce qui le concerne, « le mécanisme de son action ne semble encore qu'imparfaitement connu, tandis qu'en ce qui concerne les poisons endogènes, nous savons que le diabète, la tuberculose et la syphilis peuvent donner naissance à des poisons réels, sinon dosables ». [Professeur Debove, in *Quinzaine thérapeutique* (clinique médicale de l'hôpital Beaujon).]

Nous savons aussi, grâce aux travaux de ces dernières années, que certaines hépatites sont dues à l'élimination et à la concentration des poisons au niveau du foie, et que ces poisons détruisent peu à peu les éléments nobles des cellules de cette glande vasculaire sanguine et excrétrice.

Il semblait bon de chercher à faire un diagnostic différentiel chez notre malade. Nous l'avons établi au début de cette étude en ce qui concerne la tuberculose. L'étiologie syphilitique et l'étiologie éthylique peuvent-elles se discuter ? On sait qu'il y a peu de temps encore cirrhose de Laënnec et cirrhose alcoolique étaient termes synonymes. Mais notre malade a toujours nié la syphilis; nous n'avons pu en retrouver aucun stigmate; il n'a jamais suivi de traitement spécifique. Pas de trace d'hérédo-syphilis; nous n'avons pas cru utile en conséquence de faire pratiquer la réaction de Wassermann qui eût sûrement été négative.

M. R... avoue au contraire de copieuses libations pendant plusieurs années; il a tous les signes de l'alcoolisme : pituites, tremblements digitaux, zoopsies, délire onirique, etc. Ce sont d'ailleurs ces signes manifestes qui vont entrer en ligne de compte pour une complication grave sur laquelle nous allons nous étendre un peu.

Le liquide retiré le 29 décembre 1911 se reproduisit avec une étonnante rapidité. Malgré le régime lacté absolu, les diurétiques de toutes sortes, les dérivatifs intestinaux, le repos complet, l'iodure à petites doses, la ponction redevint indispensable juste un mois après la première, le 1er février 1912. L'ascite était plus considérable encore, car nous pûmes recueillir 30 litres de liquide, beaucoup moins coloré que le 29 décembre, mais toujours très spumeux. N'est-il pas étonnant de constater combien un péritoine enflammé chroniquement, irrité depuis plusieurs mois, est capable de supporter sans dommage immédiat un poids aussi lourd que celui de 30 litres de liquide ascitique, alors que souvent, enflammé d'une façon aiguë, des accidents rapidement mortels peuvent s'ensuivre ?

Malgré tous les soins, M. R... devenait de plus en plus faible; il s'alimentait cependant avec du lait, des laitages, du bouillon de viandes blanches ou de légumes non salé, des tisanes diurétiques, de l'eau d'Evian.

C'est alors, après vingt mois de traitement exactement suivi, avec la docilité la plus grande, après deux ponctions pratiquées sans le moindre incident, que des symptômes de la plus haute gravité se manifestèrent. En effet, dix jours après la ponction qui donna issue à une aussi grande quantité de liquide, alors que tout semblait aller pour le mieux, que la respiration redevenait régulière, le malade fut pris brusquement de troubles délirants aigus qui durèrent cinq jours. Il était en proie à une agitation extrême, à de la violence, à de l'insomnie continuelle rappelant à s'y méprendre le tableau de la manie aiguë. Il poussait des cris perçants, puis se laissait aller à une loquacité extraordinaire, appelant ses employés, ses serviteurs. La température était montée à 39 degrés, le facies vultueux, congestionné, les yeux hagards, fixes et brillants, semblant regarder sans voir comme les persécutés hallucinés, si magistralement décrits par notre maître, le professeur Régis. Ajoutons à tous ces signes, d'un pronostic sombre, des sueurs profuses, du négativisme, une fétidité très marquée de l'haleine et une sitiophobie complète. Après l'excitation, la prostration, la torpeur, l'engourdissement toxique de l'activité cérébrale.

Immobile, assis sur son séant, hébété, le malade ne reconnaissait plus personne, même ses proches; le visage était terrifié, semblait fuir des ennemis imaginaires; en résumé une véritable obtusion intellectuelle.

Nous avons dit que l'insomnie était complète. M. R... manifestait en outre des idées de persécution vague, d'auto-accusation, des idées hypocondriaques, répétant qu'on se moquait de lui, qu'on en voulait à ses jours, qu'il était mort, que d'ailleurs il était indigne de vivre. Lorsqu'on l'interrompait, il prononçait des mots orduriers. A noter qu'il n'y eut cependant pas de tendance au suicide ni au meurtre. Le tremblement, particulièrement accentué aux extrémités, des crampes aux mollets, de l'hyperesthésie partielle surtout marquée à la région mammaire, à l'abdomen, aux testicules, des troubles gastriques (vomissements bilieux abondants), complétèrent la scène et nous permirent de diagnostiquer sans peine une psychose alcoolique aiguë survenant brusquement au cours d'une cirrhose atrophique avec ascite considérable. Notons encore chez notre malade de la mydriase, de l'inégalité pupillaire et le signe d'Argyll-Robertson. La langue était trémulente, et à plusieurs reprises elle fut projetée convulsivement hors de la bouche. Elle était saburrale malgré tous les évacuants administrés.

La thérapeutique était peu aisée. Contre la sitiophobie, l'alimentation par la sonde œsophagienne fut préconisée, mais non acceptée par la famille. Nous avons eu alors recours à la voie rectale et à la voie hypodermique (lavements alimentaires selon la formule de Daremberg, injections hypodermiques d'huile camphrée, tonique merveilleux du myocarde, pratiquées larga manu, injections de sérum physiologique quotidiennes). Contre l'agitation, la violence, des lavements de chloral et de paraldéhyde furent administrés avec succès.

Au bout de cinq jours de cette alimentation artificielle une détente sembla se produire dans l'état de M. R... Il put ingérer des liquides; sa soif était intense, la langue sèche, rôtie. Il devint moins bruyant, dormit profondément pendant quelques heures, la température élevée tomba pour faire place à de l'hypothermie (36°5). Le malade vécut ainsi trois jours encore d'une vie végétative, inconscient, isolé du monde extérieur... Brusquement, le pouls devint extrêmement faible, incomptable; des phénomènes convulsifs apparurent. Le cathétérisme vésical ne ramena que quelques gouttes d'urine, et la mort survint au bout de quelques heures au milieu de phénomènes comateux d'origine urémique (hypothermie, cryesthésie, secousses convulsives, respiration de Cheyne-Stockes, etc.).

Cette observation clinique nous a paru digne d'être rapportée pour diverses raisons : d'abord la survie du malade pendant près de deux ans avec une glande hépatique dont les cellules ne réagissaient plus, ensuite à cause du volume considérable de l'ascite (*56 litres retirés en un mois*), qui semblait être supportée sans trop de fatigue jusqu'aux ponctions, et accuser une résistance étonnante du péritoine, et enfin la terminaison de cette grave affection par une crise de delirium tremens fébrile tout à fait typique.

Il semble que peu d'exemples semblables puissent être cités à côté de notre cas de « délire alcoolique fébrile de Magnan », évoluant au déclin d'une cirrhose atrophique, avec tous les symptômes de la période d'état, de la façon la plus insidieuse, la plus inattendue, malgré la cessation de l'agent toxique depuis deux années, et précipitant le dénouement fatal.

MÉDECINE PRATIQUE

LES LÉSIONS DE L'ESTOMAC APRÈS INGESTION DE LIQUIDE CAUSTIQUE, EN PARTICULIER AU POINT DE VUE DES INDICATIONS OPÉRATOIRES.

L'ingestion de substances caustiques produit habituellement une série de lésions bucco-pharyngées, œsophagiennes, stomacales, plus rarement intestinales qui sont bien connues et décrites depuis longtemps.

Cependant, l'attention avait surtout été attirée par les lésions œsophagiennes et les rétrécissements qui en étaient la consé-

quence. C'est seulement dans ces dernières années que l'on a poussé plus loin l'étude des lésions stomacales, et en particulier on a fait un certain nombre de tentatives pour y remédier chirurgicalement.

C'est l'histoire de ces lésions stomacales que nous allons rapidement passer en revue, laissant de côté les lésions œsophagiennes, sauf lorsque leur présence viendra modifier la conduite à tenir dans le traitement des premières.

Les substances caustiques ingérées sont le plus souvent des liquides. Or l'on sait bien maintenant, grâce surtout à la radioscopie, que les liquides ingérés « tombent » dans l'œsophage depuis l'ouverture supérieure jusqu'au cardia, sans que l'œsophage ait à les faire progresser par ses contractions (sauf naturellement le cas des hommes-serpents qui boivent la tête en bas). Ils s'arrêtent à peine au niveau du cardia, juste le temps nécessaire à l'ouverture de l'orifice, et pénètrent dans l'estomac.

Les corps solides, au contraire, cheminent dans l'œsophage par suite de contractions de haut en bas du conduit, d'abord rapidement dans son tiers supérieur, puis de plus en plus lentement à mesure qu'on se rapproche du cardia où il y a toujours un temps d'arrêt.

Le liquide, une fois arrivé dans l'estomac, est poussé rapidement par de violentes contractions, vers la région pylorique. Tantôt il suit la petite courbure (théorie classique de la contraction de la cravate de Suisse), bien plus souvent il semble entrer en contact avec la plus grande partie de sa portion horizontale aussi bien vers la grande que la petite courbure.

Arrivé au pylore, le liquide tente bien de pénétrer dans l'intestin, mais en vertu du réflexe duodéno-pylorique bien connu, dès qu'une goutte de ce liquide hyperacide entre en contact avec la muqueuse duodénale, le pylore se ferme.

Le liquide caustique se trouve donc enfermé entre le cardia et le pylore contracturés et séjourne dans la région de l'antre pylorique.

De cette marche du liquide caustique qui résulte des constatations anatomiques faites dans un grand nombre d'autopsies, on peut tirer un certain nombre de déductions intéressantes.

La première, c'est l'explication de la rareté des lésions intestinales. Elles existent cependant, et *a priori* on pourrait penser qu'elles existeront surtout lors d'ingestion de caustiques alcalins comme dans des cas de Lancereaux et de Tartra. Mais on les trouve signalées aussi bien dans le cas d'ingestion d'acides (Bigot, Rigaud, Bodinier, Dreyfus, Legendre, Dujarier et Rosenthal, etc.). Il s'agit là de constatations d'autopsies et de malades morts très rapidement (en moins de vingt-quatre heures) à la suite de délabrements énormes; on comprend que dans ces conditions un peu de liquide caustique ait pu pénétrer dans l'intestin.

Une deuxième conséquence est la possibilité d'absence de lésions de l'œsophage. Si, dans quelques cas très rares (Prestat, Bigot), on a signalé l'intégrité de la muqueuse buccale et pharyngée, bien plus souvent (environ 20 p. 100 des cas) l'œsophage a été trouvé indemne de lésions (Orfila, 7 cas; Gontier, Stansky, Gübler, Desterne, Vaquez, Sée, Tollener, Hartmann, Potherat, Delore, 2 cas). Et il faut noter qu'il s'agit ici souvent de cas graves avec mort rapide, et presque uniquement de résections d'autopsie.

La proportion doit être encore plus forte dans le cas de liquide plus faiblement caustique. En effet, on conçoit qu'un acide assez dilué puisse traverser l'œsophage sans le léser, et produire au contraire des ulcérations dans l'estomac, là où il est forcé de séjourner longtemps. Mais l'acide sulfurique qui est très épais, visqueux, doit adhérer aux parois œsophagiennes, et, lorsqu'il est concentré, produire nécessairement des lésions œsophagiennes.

D'après ce qui précède, il semble que les lésions stomacales existent fatalement. Cependant on trouve des cas où l'œsophage seul semble avoir été atteint. Quénu et Petit en trouvent 7 sur 30 cas (23 p. 100) de morts éloignées à la suite d'ingestion de caustiques.

On peut expliquer ce fait de plusieurs manières. Ou le liquide ingéré en très petite quantité n'a pas pénétré dans l'estomac à cause du spasme du cardia et a été régurgité (Poncet). Ou bien, dès qu'il a pénétré dans l'estomac, il a été rejeté par vomissement; mais surtout ce qui modifie certainement l'action du liquide qui a pénétré dans l'estomac c'est l'état de vacuité ou non de ce dernier au moment de l'absorption. Si l'estomac se trouve alors plein d'aliments, le liquide caustique se trouve considérablement dilué et son action très atténuée. On a attribué le même rôle protecteur à l'hypersécrétion muqueuse abondante que l'on observe à la surface de la cavité stomacale, en particulier dans les gastrites alcooliques.

Les caustiques produisent au niveau des muqueuses des lésions différentes selon les cas. M. Lancereaux a montré que les uns dits liquéfiants (potasse, soude, ammoniaque) fluidifient la fibrine et au moment de la chute des escarres peuvent entraîner des hémorragies. Les autres (acides, sels métalliques caustiques) sont coagulants du sang et des albumines et provoquent rarement des hémorragies.

Sur l'estomac, les lésions produites ont été bien étudiées par MM. Quénu et Petit, et plus récemment par M. Poncet. Il faut distinguer les lésions trouvées dans les cas très graves, rapidement mortels, où dans les cas à évolution plus lente.

Dans les premiers, l'estomac présente des lésions profondes : muqueuse ulcérée, escarrifiée sur la plus grande partie de son étendue, mais avec un maximum de lésions toujours au cardia et au pylore; destruction plus profonde par places, pouvant aller jusqu'à la perforation complète [4 cas sur 29 (14 p. 100) cités par Quénu et Petit, dans 3 de ces cas il y avait ingestion d'acide sulfurique, et le quatrième d'acide chlorhydrique].

Lorsque le malade a échappé à la mort presque immédiate, conséquence de ces lésions, on voit celles-ci se cicatriser et s'organiser en tissu fibreux. Si cette transformation est parfois très lente, pouvant demander plusieurs années, elle est d'ordinaire extraordinairement rapide, et le plus souvent c'est vers le quinzième jour qu'apparaissent les signes de sténose qui la produisent.

Si les lésions ont été surtout marquées au niveau du cardia et du pylore c'est en ce point que la rétraction se fait, et rapidement des sténoses se produisent. L'orifice pylorique, ou plus exactement la région juxtapylorique de l'antre, inextensible, considérablement épaissie, devient rapidement imperméable aux aliments, et, si le restant de l'estomac est demeuré souple et contractile on le voit se dilater comme dans les sténoses par cicatrice d'ulcère, mais il n'en est pas toujours ainsi et souvent cette dilatation stomacale est entravée par l'existence de brides fibreuses sur l'une ou l'autre des faces de l'estomac (Delagénière, Lafitte, Duval et Pascalis, etc.). Loin de se dilater, l'estomac peut être ratatiné par la rétraction de ces brides et on voit la distance du pylore au cardia se réduire à 5 centimètres (Lafitte), à 4 centimètres (Delagénière).

Dans d'autres cas, les lésions stomacales ont été très étendues, et cependant le malade a survécu, vraisemblablement parce que le caustique étant dilué ou peu violent les lésions sont restées discrètes au début; mais, par la suite, il se fait une infiltration des parois, l'organe devient « petit, rétracté, atteignant à peine le calibre du gros intestin ; à la palpation, les parois sont épaissies, cartonnées, rappelant la linite plastique » (Poncet). C'est la gastrite cicatricielle diffuse amenant la formation d'un estomac rétracté en totalité. (Lancereaux, Gehle, Quénu et Hartmann, Patel.) M. Poncet a bien insisté récemment sur ce type anatomique qui réclame une thérapeutique particulière.

Les lésions stomacales consécutives à l'ingestion de caus-

tiques se traduisent par des symptômes que l'on doit grouper en trois types cliniques bien différents :

1° Type à évolution rapidement mortelle ;
2° Type à évolution sténosante précoce ;
3° Type à évolution sténosante tardive.

Voyons en quelques mots les caractéristiques de ces types cliniques.

Dans le premier cas il s'agit d'un malade qui, par erreur ou dans une intention de suicide, a avalé un liquide caustique ; aussitôt il est pris de douleurs horribles à la gorge et surtout au creux épigastrique. Le liquide est vomi ou non en partie. Toute tentative pour introduire ensuite un liquide quelconque est inutile ; le spasme pharyngé interdit toute déglutition, puis le malade s'affaiblit brusquement, tombe parfois dans le collapsus complet avec respiration bruyante, stertoreuse. L'examen montre que toute la partie supérieure du ventre est tendue et très sensible, parfois ballonnée, surtout s'il y a perforation. Le pouls devient rapide, très petit, les urines sont supprimées et en quelques heures (quatre heures dans un cas de Rigaud) la mort survient. Dans ces cas, les causes de la mort sont multiples, et en dehors des hémorragies, perforations, il faut faire intervenir le collapsus, et aussi l'intoxication. Il ne faut pas oublier que en dehors de leur nature caustique, la plupart de ces substances ingérées sont toxiques. C'est ainsi que l'action nocive de l'acide azotique et des nitrates sur le rein est bien connue. On a signalé (Gehle) chez les malades ayant survécu des néphrites qui finissent par les enlever. Dans d'autres cas, il y a eu régurgitation du liquide caustique dans les voies respiratoires, entraînant des lésions broncho-pulmonaires fatales (Fauvel, Letulle et Vaquez). Ces cas avec mort rapide constituent la moitié des observations (29 sur 59, Quénu et Petit).

Si l'action du caustique a été moins forte, on assiste alors à une évolution différente. Après les symptômes aigus des premières heures, au bout de deux à cinq jours, on voit les douleurs se calmer, les aliments liquides peuvent être déglutis et, d'abord rejetés par vomissement, arrivent à être tolérés, et l'on reprend espoir. C'est à ce moment que dans le plus grand nombre des cas les phénomènes d'intolérance gastrique par sclérose commencent à se manifester. Les vomissements recommencent peu à peu, du quinzième au vingt-cinquième jour, et en une ou deux semaines aucun aliment n'est conservé par l'estomac.

La maladie évolue alors différemment selon que l'on a affaire à une sclérose diffuse avec petit estomac rétracté, ou à une sténose pylorique.

Dans le premier cas l'intolérance est absolue, les aliments sont rejetés aussitôt après la déglutition, et selon la remarque de M. Poncet, « n'était la quantité de liquide dégluti et rendu, on pourrait croire à des vomissements œsophagiens ». L'estomac est rétracté sous les fausses côtes, il est douloureux à la palpation et toute la région de l'épigastre est contracturée.

Lorsque le pylore seul est intéressé par la cicatrice, on voit alors tous les symptômes de la sténose apparaître : vomissements ou rétention s'espaçant et de plus en plus copieux à mesure que l'estomac se dilate. Cette dilatation peut devenir considérable et se révèle par un clapotage évident.

En dehors de toute intervention chirurgicale, le pronostic est aussi sévère dans une forme que dans l'autre car la mort est inévitable. Mais, comme nous le verrons, les résultats opératoires sont bien moins satisfaisants dans l'estomac rétracté que dans la sténose pylorique pure.

La dernière forme clinique est caractérisée par la présence entre les symptômes aigus du début et l'apparition des phénomènes de sténose d'une période intercalaire de santé apparente, parfois de plusieurs années (trois ans, Ostmann ; quatre ans, M. Quénu ; cinq ans, Dujardin-Beaumetz). La sténose pylorique progresse alors lentement mais finit par devenir complète, aucun aliment ne passant plus par le pylore un an ou deux après l'apparition des premiers vomissements.

Il est vraisemblable, dit M. Quénu, que dans ces cas il s'est produit des lésions pyloriques immédiates, mais que l'évolution cicatricielle a été très lente, comparable à celle qui s'effectue dans les rétrécissements de l'urètre.

Il nous reste à dire quelques mots de l'association d'une sténose pylorique avec une sténose œsophagienne, car cette coexistence imprime des modifications à la symptomatologie et aussi à la thérapeutique de la lésion gastrique.

Bruel qui a récemment étudié ces cas en décrit deux variétés cliniques distinctes : dans le type habituel, ce sont les symptômes de sténose œsophagienne qui prédominent et masquent ceux de la sténose gastrique.

Les malades accusent l'arrêt du bol alimentaire dans l'œsophage et régurgitent. Bientôt les liquides seuls franchissent la sténose et arrivent à s'y arrêter si on ne pratique pas la dilatation. En même temps on observe la présence soit d'un petit estomac rétracté intolérant avec vomissements abondants et douloureux, soit celle de l'estomac dilaté avec stase et vomissements de rétention.

Dans un autre type clinique, exceptionnel (obs. de P. Duval et Pascalis, de Sée), les symptômes de sténose gastrique, probablement à évolution plus précoce que la sténose œsophagienne, dominent la scène.

Le diagnostic de cette association est difficile, et Bruel montre bien que, dans le premier cas, la sténose œsophagienne ne laissant passer que des aliments liquides et en petite quantité, ceux-ci franchiront aisément le pylore rétréci, sa symptomatologie s'en trouvera masquée. Le diagnostic sera cependant possible s'il y a dilatation, mais sera presque impossible si l'estomac est rétracté.

Dans le deuxième cas, il faudra se rappeler que l'on a pu observer du spasme œsophagien avec une sténose du pylore (cas de Delbet).

Dans tous les cas, la radioscopie avec les boules de pâte et la bouillie bismuthée constitueront le mode de diagnostic le plus certain des deux lésions.

Les indications opératoires sont naturellement fort différentes selon la période de l'affection en présence de laquelle on se trouve.

Tout à fait au début, en face d'un malade présentant des symptômes alarmants, y a-t-il quelque chose à tenter, et quelle intervention ? Nous ne connaissons pour nous éclairer sur ce point que deux observations où l'on soit intervenu dès l'arrivée du malade à l'hôpital, quelques heures après l'ingestion du liquide.

Dans la première, celle de M. Mauclaire, devant l'impossibilité de sonder la malade par la bouche et de lui faire ingérer aucun liquide on est intervenu deux heures et demie après le début : 1° pour évacuer le contenu stomacal pouvant contenir de l'acide en excès ; 2° pour laver l'estomac avec une solution neutralisante ; 3° pour suturer l'estomac s'il y avait une perforation. M. Mauclaire trouva une perforation de la face antérieure et, après drainage du ventre, sutura la perforation à la paroi abdominale pour constituer une bouche stomacale. La malade continua à s'affaiblir et mourut quelques heures après l'opération.

Dans le deuxième cas, l'intervention a été plus tardive, c'est au bout de trente-six heures que, en face d'une malade très faible qu'on ne pouvait alimenter, Delore et Leriche pratiquèrent une duodénostomie pour alimenter la malade. Celle-ci mourut quelques heures après. Ces deux observations nous montrent bien les deux interventions qu'il serait logique de tenter :

1° Duodénostomie ou jéjunostomie pour pouvoir alimenter la malade et mise au repos complète de l'estomac, condition qui doit favoriser singulièrement la réparation des ulcérations à en juger par les résultats obtenus sur les ulcérations

du pharynx et de l'œsophage par la mise au repos de ces organes au moyen d'une gastrostomie précoce (obs. de Leriche citée par Poncet). On sait d'ailleurs combien la jéjunostomie est employée en Amérique pour favoriser la cicatrisation des ulcères stomacaux, et W. Mayo vient de publier sa technique personnelle, modification du procédé de Witzel, pour la confection rapide d'une bouche jéjunale continente (voir *The am. J. of med. sc.*, avril 1912).

2° Laparotomie dans le cas de perforation probable, avec gastrostomie si le siège de la perforation s'y prête, fermeture de l'orifice dans le cas contraire et établissement soit d'une bouche gastrique, soit de préférence d'une bouche intestinale. Peut-être même la fermeture de la perforation suivie de jéjunostomie serait-elle préférable dans tous les cas. Mais pour intervenir avec quelques chances de succès, M. Poncet conseille d'attendre que les phénomènes de collapsus des premières heures soient passés afin que le malade soit en état de supporter une opération. Celle-ci n'a d'ailleurs de chances de réussir que si les lésions stomacales sont limitées, mais, comme le remarque M. Mauclaire, le diagnostic de la gravité des lésions étant souvent très difficile à établir avec certitude, on interviendra souvent sans grande apparence de réussite, mais comme il s'agit de malades voués à une mort rapide et certaine, est-ce bien une raison de ne pas le tenter?

Les chances de succès opératoire sont beaucoup plus grandes déjà en face de malades ayant survécu aux phénomènes aigus du début et présentant des signes d'intolérance gastrique. Ces signes, nous l'avons vu, peuvent apparaître quinze, vingt jours après le début et l'on a intérêt à intervenir de façon tout à fait précoce, de ne pas laisser le malade se cachectiser par inanition; les insuccès ont été dus souvent à ce que l'on est intervenu trop tard. Dans ces dernières années on a publié un certain nombre d'interventions pratiquées dès les premières semaines de l'affection (Quénu, Pierre Duval et Pascalis, Cunéo, Potherat, Schultze, Delore 2 cas, Patel, Tavernier). La gastro-entérostomie a été pratiquée dans presque tous les cas. C'est l'intervention de choix, supérieure à la pyloroplastie, lorsque l'on tombe sur des lésions localisées à la région juxtapylorique avec dilatation stomacale plus ou moins marquée. Lorsque l'on sera en face d'un estomac rétracté, la gastro-entérostomie devient parfois difficile à exécuter, et ses résultats peuvent ne pas être très brillants. L'estomac peut rester intolérant et la gastrite diffuse longue à se cicatriser. Dans un des cas de Delore, après la gastro-entérostomie, les vomissements ont continué et c'est seulement avec un régime sévère, avec l'emploi exclusif de bouillons de légumes, que l'on est arrivé à alimenter la malade. Dans ces cas, M. Delore se demande s'il ne serait pas préférable de pratiquer une jéjunostomie temporaire mettant l'estomac complètement au repos et accélérant la guérison de ses lésions.

Un autre écueil à éviter dans ces cas, c'est de laisser passer inaperçue la présence d'une sténose concomitante de l'œsophage qui obligerait ultérieurement à pratiquer la gastrostomie (obs. de M. Quénu). Si on a des doutes sur la perméabilité ultérieure de l'œsophage M. Quénu conseille, en pratiquant la gastro-entérostomie, de fixer la paroi antérieure de l'estomac à la paroi abdominale de manière à n'avoir à donner par la suite qu'un coup de trocart si une gastrostomie devenait nécessaire. Lorsque l'on aura à intervenir pour des phénomènes gastriques plus tardifs, il s'agira généralement de lésions juxtapyloriques et ici la gastro-entérostomie donnera toutes les chances de succès. Il faudra cependant se méfier de la coexistence d'une sténose œsophagienne. Dans le cas qui n'est pas exceptionnel de la coexistence des deux affections, Bruel propose la ligne de conduite suivante : 1° Dans le cas habituel où le rétrécissement œsophagien domine la scène, si l'alimentation est encore possible, on pratiquera d'abord la gastro-entérostomie et le traitement œsophagien sera aussitôt commencé. Si l'alimentation est impossible, ou bien le pylore est encore un peu perméable et on fera la gastrostomie, ou il est infranchissable aux aliments, alors il ne reste que la jéjunostomie.

2° Si la sténose pylorique domine la scène, on pratiquera la gastro-entérostomie avec la précaution que nous avons indiquée plus haut.

Telles sont, brièvement résumées, les notions que l'on peut tirer des publications récentes sur le sujet; sans permettre, et il s'en faut, de porter un remède efficace à tous les cas, elles nous donnent l'espoir de voir s'élargir considérablement le champ d'action du chirurgien et restreindre un peu la mortalité consécutive à l'ingestion des substances caustiques.

M. LANCE.

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera la bibliographie complète dans les quatre publications suivantes :

QUÉNU et PETIT. *Revue de chir.*, janv. et fév. 1902, p. 51 et 176.

MAUCLAIRE. *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1902, t. LVII, p. 785.

LETOROY. Th. de Lyon, 1906.

BRUEL. Th. de Paris, 1910-1911, n° 318.

En plus, il faut citer les publications ultérieures :

1911. — SALVINSKI. *Cong. des chir. polonais* (Varsovie, 6, 7, 8 oct. 1910), in *Przcyl. chir. i Gynek.*, mars-avril, t. IV, n° 2. — SCHULTZE. *Soc. des méd. de Posen*, 4 mai, in *Deuts. med. Woch.*, t. XXXVII, n° 48, 30 nov., p. 2259. — POTHERAT. *Soc. de chir.*, 13 déc., in *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 19 déc., p. 1404. — MAUCLAIRE. *Soc. de chir.*, 20 déc., in *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 26 déc., p. 1415.

1912.— DELORE. *Soc. des sc. méd. de Lyon*, séance du 7 fév., in *Lyon méd.*, 28 avril, p. 932; discussion : L. TAVERNIER. — PATEL. *Soc. des sc. méd. de Lyon*, 14 fév., in *Lyon méd.*, 5 mai, p. 973. — A. PONCET. Rapport sur trois observations de Delore, *Soc. de chir. de Paris*, 26 juin, in *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 2 juillet, p. 932.

JURISPRUDENCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MÉDECIN TRAITANT

Le tribunal de paix de Noisy-le-Sec a rendu le 1er mars 1912 un jugement qui, en matière d'accident du travail, a défini ce qu'était le médecin traitant et ce que pouvaient être ses honoraires.

Et de ce jugement, très fortement motivé, il est à retenir deux points. Tout d'abord du fait qu'un médecin a été invité par un chef d'entreprise ou par un assureur de celui-ci à visiter et examiner un ouvrier victime d'un accident du travail, il ne s'ensuit pas qu'il ait été chargé de le soigner. Et lorsque ce médecin présentera sa note d'honoraires, le juge peut se demander si le tarif Dubief est ou n'est pas applicable. Mais il peut aussi concevoir une troisième hypothèse, c'est celle où le patron, sans charger le médecin de soigner le blessé, se serait borné à lui demander d'examiner celui-ci et de rédiger un certificat. Dans ce dernier cas les honoraires doivent être calculés conformément au droit commun. En second lieu le jugement pose en principe que les bulletins qui sont souvent envoyés à un médecin par le patron en le priant d'examiner le blessé ne peuvent servir à prouver que le médecin est du fait de la réception desdits bulletins le médecin traitant choisi par le patron. C'est un examen approfondi des conditions dans lesquelles cet envoi a été fait qui permet de décider si les honoraires doivent être calculés selon le tarif Dubief ou selon le droit commun.

Voici d'ailleurs les principaux attendus de ce jugement :

« Attendu que, sans contester le principe de la demande, les

défendeurs discutent le mode de calcul des honoraires réclamés en soutenant que ces derniers n'ont pas été établis en conformité de l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905, ce qui est d'ailleurs reconnu par le docteur Murit; que ce dernier prétend, en effet, qu'ayant été le médecin choisi non par l'ouvrier, mais par le patron ou son préposé, ledit arrêté ministériel édictant un tarif spécial serait inapplicable;

Attendu que pour dissiper toute confusion et mettre en lumière la véritable question litigieuse, il échet tout d'abord de constater qu'il est incontestable et d'ailleurs incontesté que le tarif Dubief ne s'applique qu'aux honoraires du médecin choisi par l'ouvrier, l'article 4 de la loi de 1898 modifiée par la loi du 31 mars 1905 étant formel sur ce point et la jurisprudence étant d'ailleurs bien fixée à ce point;

Attendu que pour solutionner la véritable question du litige qui apparaît à un examen attentif comme aussi mal posé par le demandeur Murit que par les défendeurs Thévenot père et fils, ce qui explique son apparente difficulté, il convient de la poser telle qu'elle se présente, c'est-à-dire dans les termes suivants : « Etant donné que le docteur Murit présente une note d'honoraires pour soins fournis à l'ouvrier Communeaux depuis le 31 août 1910 jusqu'au 6 février 1911, a-t-il fourni dans cette période lesdits soins en qualité de médecin désigné et choisi par les chefs d'entreprise ou, au contraire, comme médecin choisi par l'ouvrier, ou enfin n'y a-t-il pas entre ces deux hypothèses extrêmes une solution intermédiaire ? »

Attendu que toute la base de la demande repose sur deux bulletins, le premier en date du 31 août 1910 adressé par le représentant de MM. Thévenot père et fils au docteur Murit portant cette simple indication : « Veuillez examiner le nommé Communeaux blessé ce jour », le deuxième en date du 3 septembre 1910 adressé au même médecin par l'Assurance des sieurs Thévenot père et fils, ledit bulletin informant le docteur de l'accident et de la cessation du travail et contenant en marge cette mention imprimée intéressante dans l'espèce : « Le blessé doit se rendre chez le docteur avec ce bulletin. Si le blessé est incapable de marcher, ce bulletin est envoyé au médecin avec cette mention : « Prière de le visiter de suite » ;

Attendu que c'est en réalité uniquement sur ces deux bulletins que le docteur Murit fonde sa prétention d'être le médecin choisi par les patrons pour traiter l'ouvrier blessé alors que ces derniers soutiennent au contraire que ces mêmes bulletins n'ont d'autre effet que d'informer le médecin désigné aux patrons par le blessé que lesdits patrons acceptent la responsabilité de l'accident dans les termes de la loi de 1898;

Attendu que l'examen des bulletins suffit à démontrer qu'ils ne contiennent nullement une commission de mandat ou de traiter le blessé depuis le moment de l'accident jusqu'à sa guérison; qu'ils tendent uniquement à obtenir que le médecin désigné visite immédiatement le blessé et fasse connaître le résultat de son examen, que ce serait leur donner une portée que leurs mentions ne comportent pas que de les considérer comme une demande d'assurer le traitement de la victime avec l'obligation corrélative de payer les frais de ce dernier; qu'en admettant même que le médecin ainsi saisi puisse avoir un doute sur la nature et l'étendue de sa mission, il lui appartient alors de mettre le chef d'entreprise en demeure d'avoir à lui notifier s'il entend lui confier le traitement du blessé d'accord avec ce dernier; qu'en l'espèce, non seulement le docteur Murit habituellement choisi d'ailleurs par les accidentés du travail de la région du Bourget et du chantier Thévenot et qui ne pouvait ignorer d'autre part que l'assureur pouvait avoir son médecin attitré n'a formulé non une demande d'explications mais a dû bien vite se rendre compte qu'il n'était nullement désigné par les patrons et commis par eux dans les termes du droit commun et en quelque sorte comme leur mandataire pour traiter le blessé; qu'en effet, le 10 septembre 1910, soit quelques jours après l'accident, l'assuré obtenait sur requête à nous présentée désignation de son médecin, le docteur Ducœurjoly pour le renseigner sur l'état de la victime, ladite désignation donnant accès hebdomadairement auprès de la victime, en présence du médecin traitant, prévenu deux jours à l'avance par lettre recommandée (art. 4 de la loi de 1898); que, de fait, il est constant que les visites du médecin de l'assureur ont eu lieu en présence du docteur Murit, lequel dès lors ne pouvait se faire illusion sur sa véritable situation, alors surtout que le blessé n'a jamais cessé de le considérer comme son médecin; que de fait aussi un seul certificat a été rédigé par le docteur Murit et ce, sur l'envoi du premier bulletin, après la première visite, alors que s'il avait été effectivement le médecin des patrons ou de leurs assureurs, il n'aurait pas manqué de les tenir, par des rapports successifs, au courant de l'état du blessé; qu'on est donc en droit de s'étonner que le docteur Murit ait cru devoir s'en tenir pour se considérer comme médecin des patrons ou plutôt de leur assureur, à deux bulletins lui demandant seulement une visite, alors que précisément le véritable médecin de l'assureur lui était opposé pour surveiller le traitement de l'état de la victime; que cette attitude ne peut s'expliquer que par le désir de voir écarter lors du règlement des honoraires l'application d'un tarif qui n'a jamais cessé d'être considéré par le corps médical comme peu favorable à ses intérêts;

Attendu en résumé que les bulletins produits doivent être considérés comme contenant chacun la demande d'une visite, laquelle doit être payée comme le certificat fourni sur le premier bulletin suivant les règles du droit commun; que lesdits bulletins ne constituent nullement un ordre de mandat notifié au médecin d'assurer le traitement de l'ouvrier; que les circonstances de la cause démontrent au contraire que le docteur Murit a bien été, en l'espèce, non le médecin du patron ou de l'assureur, mais bien le médecin traitant de l'ouvrier et que, par suite, les honoraires du docteur Murit à l'exception des deux visites et du certificat sus-indiqué qui doivent seuls être considérés commandés par les défendeurs, doivent être calculés en conformité du tarif édicté par l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905, que c'est la véritable solution, solution intermédiaire, il est vrai, mais qui semble s'imposer et qu'admettre la thèse du demandeur conduirait à décider que le patron qui, lorsque survient un accident, envoie immédiatement le blessé se faire visiter, se trouverait, par ce seul fait, lié dans les termes du droit commun et pour toute la durée du traitement vis-à-vis du médecin, ce qui serait incontestablement abusif et absolument contraire au droit et à l'équité; qu'une telle situation aboutirait aux conséquences les plus regrettables et inciterait les chefs d'entreprise à se désintéresser des blessés et à s'abstenir de les envoyer au médecin après un accident, qui nécessite dans la plupart du temps un examen immédiat, et ce, dans la crainte que ledit médecin ne leur réclame ultérieurement des honoraires à sa discrétion en arguant d'un prétendu engagement;

Par ces motifs,

Disons et jugeons que le docteur Murit, ayant soigné le blessé Communeaux en qualité de médecin traitant de l'ouvrier, ses honoraires doivent être calculés au tarif édicté par l'arrêté ministériel du 30 septembre 1905, sauf toutefois le coût des deux premières visites ou consultations commandées par les patrons ou leur commis et du certificat qui en est l'accessoire, qui doivent être réglés comme honoraires aux termes du droit commun. »

Comme on peut le voir cette décision semble résoudre une question nouvelle en matière d'accidents du travail, et le jugement basé sur une distinction rationnelle ne paraît pas contraire à l'esprit de la loi du 9 avril 1898. C'est là, il est vrai, une question de fait laissée à la libre appréciation du juge.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

La Pratique ophtalmologique (1), par le docteur A. POULARD.

La Pratique ophtalmologique remplit un double but. Le praticien isolé, obligé de faire face aux nécessités de la clientèle journalière, y trouvera, présentée dans un texte clair, sans surcharge rebutante d'érudition, illustrée de nombreuses figures, une étude clinique complète des affections oculaires, avec pour chacune, le traitement le meilleur, ou l'intervention opératoire nécessaire. D'autre part, le médecin qui peut avoir recours à un spécialiste, l'étudiant attaché à un service de médecine ou de chirurgie générales le consulteront avec fruit : ils pourront s'y renseigner rapidement et avec précision sur les symptômes oculaires qu'ils ne manquent pas d'observer en clinique, notamment dans les affections du système nerveux, la syphilis, les traumatismes, etc. Il existe toute une série de notions qu'il n'est plus permis au clinicien d'ignorer et dont il trouvera l'emploi pour le plus grand bien du diagnostic. Le livre de M. Poulard, rédigé dans un esprit absolument pratique, lui sera d'un secours constant. A. LEMIERRE.

Traitement actuel du rhumatisme blennorragique (2), par le docteur Stephen CHAUVET.

Le traitement du rhumatisme blennorragique a profité largement des acquisitions récentes de la thérapeutique moderne (vaccinothérapie, sérothérapie, etc.); c'est à exposer en détail l'application de ces nouvelles méthodes au traitement du rhumatisme blennorragique que ce petit livre est consacré. L'auteur envisage successivement le traitement par la *vaccination antigonococcique* (stock vaccins, auto-vaccins). Le traitement par les sérums (sérum antiméningococcique, autosérothérapie, sérum antigonococcique), la *radiumthérapie* (appareils à sels collés, boues radio-actives ou actinifères, injections de sels de radium), le *traitement par l'hyperhémie* (méthode de Bier, aérothermothérapie).

Chacune de ces méthodes est très clairement exposée, avec ses avantages, et les cas auxquels elle convient spécialement. L'ouvrage se termine enfin par l'énumération de médications adjuvantes (opothérapie thyroïdienne, thiosinamine, fibrolysine), enfin des stations thermales, sulfureuses ou chlorurées sodiques, qui conviennent à cette affection. B. GAYARD.

Eléments de rhino-laryngologie à l'usage du médecin praticien (3), par le docteur J. FEIN (de Vienne); traduction de la deuxième édition, par le docteur S. LAUTMANN.

Ce traité n'est pas écrit pour servir aux spécialistes : il est fait pour tous les médecins, auxquels il tend à donner quelques connaissances de diagnostic et de thérapeutique dont ils auront journellement occasion de se servir, sans toutefois posséder toute la technique rhino-laryngoscopique spéciale.

La distribution du livre n'est pas basée sur des principes scientifiques. Elle répond au désir de montrer les différents états pathologiques, d'après les symptômes sous lesquels ils se présentent au praticien. Ce sont surtout les chapitres traitant des affections, pour lesquelles le praticien peut être utile, qui ont été développés; au contraire les affections pour lesquelles seules le spécialiste peut intervenir ont été à peine esquissées.

Nous signalons spécialement les chapitres qui se rapportent à l'examen et au traitement des affections du nez à l'aide du spéculum nasal; aux affections de la gorge et spécialement des amygdales. L'ouvrage est illustré de figures très judicieusement choisies; il se termine par toute une série de photographies indiquant mieux que ne pourraient le faire de longues descriptions, comment l'opérateur doit s'y prendre pour pratiquer divers examens, et diverses petites opérations. B. GAYARD.

(1) Un vol in-8° de 368 p. avec 167 fig. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) *Monographies cliniques*. — Paris, Masson et Cie.

(3) *Bibliothèque du praticien moderne*. — Paris, Gittler, 14, boulevard Saint-André.

COURS ET CONFÉRENCES

LABORATOIRE D'HISTOLOGIE. (Professeur : M. PRENANT.) — Un cours technique d'histologie aura lieu, du 5 octobre au 5 novembre, tous les jours, de deux heures à cinq heures, au laboratoire et sous la direction du professeur assisté d'un préparateur. On suivra le programme général indiqué ci-dessous. Sur la demande des élèves, on pourra insister sur quelques techniques spéciales (techniques du sang, de la peau, du système nerveux, techniques cytologiques). Les préparations exécutées par les élèves resteront leur propriété.

Programme du cours pratique d'histologie. — Technique générale (en quatre séances) : 1° fixation, réactifs fixateurs; 2° inclusion à la paraffine; 3° coupes, microtomes; 4° coloration, réactifs, colorants et montage.

Cette technique générale sera répétée plusieurs fois, avec des réactifs fixateurs et colorants différents et sur des organes variés.

Dans l'intervalle de ces manipulations, seront exécutées des méthodes de dissociation, d'imprégnation au nitrate d'argent, de coloration vitale.

Une ou deux séances seront ensuite consacrées à la critique des résultats obtenus et au dessin histologique.

Dans les autres séances : Méthode des coupes par congélation et après inclusion à la celloïdine. — Recherche microchimique des graisses, du fer. — Coloration des fibres conjonctives et élastiques. — Technique du sang et des frottis. — Techniques du système nerveux : méthodes de Nissl, de Weigert, de Cajal. — Techniques cytologiques, méthodes mitochondriales.

Seront admis à ces cours les docteurs et étudiants français et étrangers, sur la présentation de la quittance des droits. Le nombre des places est limité.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

Le droit à verser est de 50 francs.

CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. (Hospice de la Salpêtrière. Professeur : M. DÉJERINE.) — COURS DE VACANCES. — Un cours de vacances, comprenant l'enseignement complet des maladies du système nerveux, étude clinique, anatomique et thérapeutique, sera fait à la Salpêtrière, du 7 au 30 octobre 1912, sous la direction de M. le professeur Déjerine, par MM. les docteurs André Thomas, Tinel, Jumentié, Baudouin, Chenet et Huet, chefs de clinique et chefs de laboratoire à la Faculté.

Le cours comprendra quarante leçons, avec présentation de malades et de pièces anatomiques, autopsies, étude de coupes microscopiques, projections lumineuses de coupes et de photomicrographies en couleur.

Les leçons auront lieu à dix heures du matin et à quatre heures de l'après-midi.

Tous les jours, de deux à quatre heures de l'après-midi, quelques malades du service seront mis à la disposition des élèves qui pourront les étudier, prendre leur observation et les présenter aux chefs de clinique.

Les élèves seront exercés par des travaux pratiques facultatifs aux réactions de laboratoire utilisées en clinique nerveuse (ponction lombaire, cyto-diagnostic, réaction de Wassermann, etc.).

Le droit d'inscription est fixé à 80 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine, les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Biologica. — (N° 17, 15 mai 1912.) Et. Rabaud : Monstres et malades. — Ed. Bordage : Deux précurseurs en biologie : Voltaire et Bernardin de Saint-Pierre.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 9, 10 mai 1912.) Curtillet et Lombard : Un cas de spondylite typhique. — Aboulker : Le traitement de la tuberculose laryngée par les injections d'alcool dans le trajet des laryngés supérieurs. — Trabut : Observations sur la distribution des eaux d'alimentation à Alger. — Rey : Quelques considérations sur la physiologie des circonvolutions cérébrales chez l'homme (*suite*).

Clinique. — (N° 18, 3 mai 1912.) H. Triboulet : La fuchsine de Ziehl comme topique dans quelques pyodermites. — V. Pauchet : Entérostomie pour occlusion intestinale. — André Thomas : Paralysie obstétricale des membres supérieurs. — A. Mathieu : Le traitement hydro-minéral dans les affections gastro-intestinales et hépatiques. — (N° 19, 10 mai.) G. Leven : Dyspepsie et tuberculose. — Schwartz : Les fonctions du cerveau et le problème des localisations. Essais de psycho-physiologie. — M. Labbé : Ictère hémolytique et anémie à rechute. — R. Sabouraud : De l'acné chronique de la nuque. — (N° 20, 17 mai.) Lebon et Aubourg : Contractions du gros intestin. — Kirmisson : Hernie inguinale double et hernie ombilicale. — Emery : Contribution à l'étude des neuro-récidives. — A. Chaillou : Variations de l'angle xypho-costal suivant les attitudes et les types humains. — (N° 21, 24 mai.) Castaigne : Cancer de l'angle gauche du côlon. — Sabouraud : Des alopécies diffuses de la moustache. — Réal : Les phénomènes douloureux dus à la carie dentaire. — Triboulet : Alcoolisme. Tuberculose. — Boulai : Traitement local des laryngites chroniques. — (N° 22, 31 mai.) P. Chevallier : Les manifestations cliniques de la sporotrichose. — Roger Savignac : La sensibilité du tube digestif d'après Arthur F. Hertz. — F. Terrien : Des troubles visuels dans les tumeurs cérébrales. — Rudaux : Traumatismes de la cloison recto-vaginale pendant l'accouchement. — Pauchet et J. Labouré : Traitement du goitre exophtalmique. — Sabouraud : Du traitement des nævi par le galvano-cautère.

Echo médical du Nord. — (N° 18, 5 mai 1912.) Monnier, Jules Leclercq et R. Pierret : Considérations relatives à la théorie infectieuse du rhumatisme articulaire aigu. A propos de quelques cas de contagion. — (N° 19, 12 mai.) Pierret et Duhot : Maladie de Werlhof. Mort par inondation ventriculaire. — (N° 20, 19 mai.) Deléarde : Rapports entre les œuvres antituberculeuses et les colonies de vacances. — Vanverts et H. Paucot : Volumineux hématosalpinx consécutif à une grossesse tubaire. — (N° 21, 26 mai.) Dubois et Boulet : Oxalurie d'origine alimentaire et hématurie. — Paucot : A propos de la syphilis des femmes enceintes.

Encéphale. — (N° 5, 10 mai 1912.) Mlle E. Cottin et F. Naville : Myopathies tardives à début périphérique (1 planche). — Bernheim : Sommeil et somnambulisme. — A. Austregesilo et F. Esposel : Le phénomène de Babinski provoqué par l'excitation de la cuisse (1 planche). — Barbé : Les difficultés du diagnostic différentiel entre la démence précoce et la psychose périodique.

Gazette des praticiens. — (N° 422, 1er mai 1912.) Lemoine et Gérard : Résultats éloignés donnés par les lipoïdes biliaires dans le traitement de la tuberculose. — Devaux : De la morphine dans les affections mitrales (*fin*). — (N° 423, 15 mai.) S. Baudry : Sur différents cas de kératite suppurative et de leur traitement. — Lemoine et Gérard : Résultats éloignés donnés par les lipoïdes biliaires dans le traitement de la tuberculose.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 18, 5 mai 1912.) Sabrazès et Muratet : Sur une modalité nouvelle de cancer épithélial mucipare du poumon avec énorme épanchement pleural séro-mucineux (4 fig.). — J. Galtier : Contribution à l'étude des troubles psychiques dans la ladrerie cérébrale (*fin*). — (N° 19, 12 mai.) Et. Ginestous : Purpura et hémorragies rétiniennes. — (N° 20, 19 mai.) Loumeau, Sabrazès et Muratet : Echinococcose rénale à formes clinique et anatomique très particulières chez un enfant de onze ans. — (N° 21, 26 mai.) Sabrazès et Bonnin : Réactions méningées, intenses, précoces, électives, à polynucléés neutrophiles, à lymphoïdocytes, à grands mononucléés et macrophages, suscités cliniquement et expérimentalement par l'injection sous-arachnoïdienne de sulfate de magnésie. — Paul Lemaire : A propos de l'acide chrysophanique et de la chrysarobine actuellement utilisés en thérapeutique.

Gazette médicale de Nantes. — (N° 18, 4 mai 1912.) A. Rivet : Remarques sur les épingles à cheveux dans les vessies féminines. — (N° 19, 11 mai.) Morin : Notes sur l'examen radiologique du tube digestif. — (N° 20, 18 mai.) P. Attimont : Gymnastique respiratoire. — F. Constantin : Thérapeutique des tuberculoses osseuses et ganglionnaires suivant les méthodes Berckoises. — (N° 21, 25 mai.) Teillais : Trois cas d'embolie de l'artère centrale de la rétine au cours de la grossesse.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 18, 5 mai 1912.) Bonrepaux : Sur un cas d'hémiplégie hystéro-traumatique. — (N° 19, 12 mai.) J. Péry : Sur un cas d'accouchement « post-mortem ». — (N° 21, 26 mai.) Brandeis : Une théorie pathogénique de la neurasthénie.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 mai 1912.) E. Sergent : Tuberculose pulmonaire et appendicite chronique. — (25 mai.) Jacquet et Debrat : Essai sur l'action trophique du mercure et du salvarsan chez les syphilitiques. — Naamé : Pathogénie et traitement des vomissements, sueurs, flux diarrhéiques, bronchoplégie, etc., chez les tuberculeux.

Journal de médecine interne. — (N° 13, 10 mai 1912.) Gaucher : Signes, diagnostic et traitement de l'acné juvénile. — (N° 14, 20 mai.) H. Gougerot : Tuberculose : nouvelles hypothèses pathogéniques. — (N° 15, 30 mai.) Gougerot : Tuberculose : nouvelles hypothèses pathogéniques (*fin*).

Journal des praticiens. — (N° 18, 4 mai 1912.) Alex. Renault : Considérations sur le traitement de la syphilis par le remède nouveau d'Ehrlich. — A. Mathieu : Les douleurs gastro-intestinales et leurs médications. — Pierre Delbet : Les kystes radiculo-dentaires. — Daniel : L'antisepsie par le Spray. — H. Pied : Les syphilis latentes cardio-aortiques. — (N° 19, 11 mai.) Debove : Les goitres exophtalmiques. — Baumevieille et Claret : Un cas de péricardite septicémique. — (N° 20, 18 mai.) André Jousset : La tuberculine, ses applications cliniques. — Chauffard : Gangrène sénile. — Alex. Renault : Considérations sur le traitement de la syphilis par le nouveau remède d'Ehrlich (*fin*). — (N° 21, 25 mai.) Louis Renon : Valeur actuelle de la thérapeutique antituberculeuse. — Gougerot : Les syphilis retardées. — Déjerine : Début de la paralysie générale. — Zerlant : Un nouveau procédé de palpation des reins : le procédé du docteur Goubeau (d'Ecueillé).

Journal médical français. — (N° 5, 15 mai 1912.) Rathery : Les formes du rhumatisme chronique. — André Léri : La nodosité d'Héberden. — Desternes : Radiodiagnostic des rhumatismes chroniques. — Léopold Lévi : Traitement thyroïdien du rhumatisme chronique. — Castaigne et F. X. Gouraud : Physiothérapie des rhumatismes chroniques.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (Mai 1912.) Faivre : Un cas de lithiase cutanée avec coliques prurigineuses justiciables de l'opothérapie dermique. — Dubreuilh : Du rôle de la lumière dans l'étiologie de l'hépithéliome de la peau.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 98 — JEUDI 29 AOUT 1912. 85e ANNÉE. JEUDI 29 AOUT 1912. — N° 98.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — LE MANS. — Le lundi 21 octobre 1912, à neuf heures du matin, un concours public sera ouvert à la Faculté de médecine de Paris, salle des Actes, pour une place de médecin suppléant à l'hôpital du Mans.

Au jour fixé pour l'ouverture du concours, les candidats devront avoir deux années de pratique comme docteurs de l'une des Facultés de France, et être de nationalité française.

Les deux années de pratique comme docteur ne seront pas exigées des anciens internes des hôpitaux des villes où siège une Faculté; ils pourront, en conséquence, concourir dès qu'ils seront munis de leur diplôme de docteur.

Les candidats devront se faire inscrire quinze jours avant la date fixée pour l'ouverture du concours au secrétariat des hospices du Mans.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — M. le docteur J. Parisot est chargé, pour l'année scolaire 1912-1913, des fonctions d'agrégé.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — M. Devaux, professeur d'histoire naturelle, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1912-1913, des fonctions de chef des travaux de bactériologie.

M. le docteur Raymond, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est nommé, à partir du 1er novembre 1912, professeur d'histologie.

— MARSEILLE. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1912-1913, des cours complémentaires ci-après désignés :

M. le professeur Moitessier : chimie biologique; — MM. les docteurs Jacob de Cordemoy : histoire naturelle coloniale; — Reynaud : hygiène, climatologie et épidémiologie coloniales; — Escat : clinique annexe des maladies des voies urinaires; — Lop : accouchements; — Gauthier : pathologie et bactériologie des maladies exotiques.

— POITIERS. — M. le docteur Ravarit est chargé, pendant l'année scolaire 1912-1913, des fonctions de chef des travaux d'anatomie pathologique.

M. Berland, chef des travaux d'anatomie et histologie, est prorogé dans ses fonctions pour un an, à partir du 20 octobre 1912.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. le médecin principal de deuxième classe Galzin est désigné pour les troupes débarquées au Maroc (service).

ENSEIGNEMENT MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE. — Une conférence pour l'enseignement médical réglementaire et complémentaire sera organisée par le Comité international pour l'enseignement médical complémentaire au cours du prochain congrès médical international qui va avoir lieu à Londres au mois d'août de 1913. Dans sa première partie le programme de la conférence comprendra des comptes rendus, sous forme d'études pour une recherche collective en matière de l'éducation médicale réglementaire à l'université et de l'enseignement complémentaire pour médecins, décrétée précédemment par le comité international. Les membres du comité international nommés par les gouvernements des divers Etats désigneront des rapporteurs qui traiteront les sujets suivants : 1° la marche régulière actuelle de l'enseignement à l'université jusqu'à l'approbation (compris les examens), et les clauses légales déterminant toute la marche des études; 2° le rapport entre l'enseignement à l'université et l'enseignement complémentaire, et l'état actuel de l'enseignement complémentaire en médecine. La seconde partie de la conférence comprendra des délibérations concernant des sujets d'enseignement d'importance et de haute actualité; ce sont les deux thèmes suivants : 1° la nécessité d'une réforme de l'enseignement en vue de l'importance de la technique dans la profession médicale (éducation à l'université et perfectionnement dans la pratique ultérieure du médecin, en tenant spécialement compte des progrès dans la technique médicale); 2° l'importance de la médecine sociale et des sujets voisins (dans le cadre de l'enseignement médical réglementaire et complémentaire). Pour les deux thèmes mentionnés en dernier lieu, présentant le même intérêt pour tous les pays, la présidence du comité international désignera les conférenciers. Le bureau du comité international se trouve à Berlin NW. 6, Luisenplatz 2-4.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — La Compagnie organise, avec le concours de l'Agence des « Voyages modernes », l'excursion suivante: *Dauphiné, Savoie, Tarentaise.* — Départ de Paris le 5 septembre. — Durée de l'excursion : 14 jours. — Prix (tous frais compris) : 1re classe, 550 francs; 2e classe, 500 francs.

S'adresser, pour renseignements et billets, aux bureaux de l'Agence des Voyages modernes, avenue de l'Opéra, 4, Paris.

CLINIQUE CHIRURGICALE

SUBLUXATION CONGÉNITALE DE LA ROTULE EN DEHORS (1)

Par M. Auguste BROCA,
Chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades.

L'enfant qui fait l'objet de cette leçon est une fille de dix ans que sa mère a amenée à l'hôpital le 28 novembre 1911 parce qu'elle éprouve des troubles de la marche, troubles bien spéciaux que nous allons préciser dans un instant et qui se rapportent avec évidence à des lésions du genou droit.

Son histoire est assez simple. Née à terme de parents bien portants, qui ont un autre enfant également en bonne santé, elle a été élevée au sein, a commencé à marcher à un an, donc à un âge normal, et a eu pour toute maladie à cinq ans une rougeole bénigne qui a évolué sans complications; elle tousse un peu surtout depuis un an et on lui a trouvé quelques végétations adénoïdes.

L'origine des troubles de la marche est assez obscure et remonte en tout cas à une époque éloignée; l'enfant, nous raconte la mère, fit à l'âge de deux ans un faux pas et tomba. Elle resta à ce moment un mois au lit, mais ne fut pas examinée médicalement, et il n'est pas possible d'avoir de renseignement plus précis sur ce trauma, qui malgré tout paraît avoir été assez léger. Depuis lors, elle s'est toujours plainte de souffrir du genou droit; elle tombe fréquemment même quand elle marche à pas lents. La marche et même la course sont possibles et souvent ne sont pas gênées, mais sous l'influence du moindre faux pas une chute se produit et l'enfant éprouve alors au genou une douleur telle qu'elle a du mal à se relever. Cet état a persisté jusqu'à présent sans modification aucune, et sans inquiéter autrement les parents, et c'est seulement parce qu'à mesure que l'enfant grandit son infirmité la gêne de plus en plus et qu'aucune amélioration ne se produit qu'ils se sont décidés à la faire examiner.

C'est une fillette bien développée qui ne présente ni stigmate de rachitisme, ni tare d'aucune sorte, et l'attention se porte tout de suite sur le genou droit, dont l'aspect extérieur, surtout pendant les mouvements, apparaît manifestement anormal.

Examiné en extension tout d'abord, il est à peu près semblable à celui du côté opposé : les saillies et les méplats sont normaux. Le genou n'est pas augmenté de volume. Mais si l'on repère l'axe du quadriceps fémoral, de la rotule et du tendon rotulien, on remarque un peu de valgus; nous reviendrons tout à l'heure sur ce point.

La palpation indique que la rotule est à peu près normale comme dimensions et comme situation sur la face antérieure de la trochlée fémorale; elle est extrêmement mobile. En essayant de pratiquer la manœuvre du choc rotulien il se confirme qu'il n'existe pas de liquide dans l'articulation.

Si maintenant on explore les mouvements actifs ou provoqués, on voit d'abord qu'ils s'exécutent facilement et sont d'amplitude normale. La flexion et l'extension ne sont pas douloureuses et se font sans craquements articulaires. Mais, en fléchissant progressivement la jambe sur la cuisse, on constate que la rotule glisse peu à peu sur le condyle externe, en se portant un peu en haut et franchement en dehors, jusqu'à être située en avant de ce condyle externe et non plus de la trochlée. Puis, si on continue à fléchir la jambe, la rotule saute brusquement en dedans pour se remettre à sa place normale, et le mouvement se continue alors normalement. Quand on repasse de la flexion à l'extension le déplacement de la rotule se reproduit exactement en sens inverse, mais sans ressaut aussi brusque, car les muscles sont relâchés. Tout ceci se passe tandis que le genou se ferme de 10 degrés environ et alors que les axes de la jambe et de la cuisse forment ensemble un angle de 150 degrés à peu près. En deçà et au delà de ces 10 degrés le mouvement ne présente rien d'anormal.

Il faut ajouter que le genou présente, même en extension, quelques mouvements de latéralité, non douloureux et de faible amplitude d'ailleurs.

Le genou gauche offre, mais à l'état d'ébauche seulement, la même disposition. La malade ne s'en plaint du reste pas, n'éprouve aucun trouble fonctionnel de ce côté, et la chose passerait certainement inaperçue si le genou droit était normal. Rien d'autre à mentionner au niveau des membres inférieurs, pas de raccourcissement ni d'atrophie musculaire appréciable. Aucune gêne de la marche, en dehors des accidents que nous avons décrits, pas la moindre claudication.

Il faut signaler que les deux coudes présentent une laxité articulaire très marquée qui permet de placer l'avant-bras en hyperextension sur le bras, de telle sorte qu'ils forment un angle obtus ouvert en arrière. De même les articulations des doigts ont une laxité supérieure à la normale.

Enfin la radiographie du genou a été faite, après qu'on a eu cerclé la rotule en traçant sur la peau un cadre de pâte bismuthée. Elle est peu instructive, montrant simplement la position externe de l'os qui laisse libre la trochlée du fémur.

Le diagnostic s'impose évidemment en présence de ces signes. Il s'agit d'une subluxation légère de la rotule en dehors, et nous pouvons ajouter d'une subluxation congénitale. Une luxation traumatique, en effet, n'aurait pu survenir que consécutivement à un traumatisme intense, avec délabrement étendu tout au moins de l'appareil ligamenteux du genou, et ces lésions, lors de leur apparition, auraient entraîné la formation dans la jointure d'un épanchement dont le souvenir serait resté. On nous raconte bien qu'il y a eu autrefois un traumatisme dans l'histoire de notre malade. Mais il faut nous défier de la tendance bien connue qu'ont les malades et leur entourage à rapporter toujours à des traumatismes l'origine des affections pour lesquelles ils viennent consulter même quand elles surviennent d'une façon parfaitement spontanée. En l'espèce ce traumatisme

(1) Conférence rédigée par M. Bloch, interne du service.

semble avoir été minime et il est extrêmement probable que c'est la disposition pathologique du genou qui a provoqué la chute et non la chute qui a entraîné la disposition pathologique du genou.

D'ailleurs que faut-il entendre au juste par le terme congénital? Il importe peu que la disposition pathologique en question ait été strictement congénitale, c'est-à dire reconnue au moment même de la naissance; il suffit qu'elle se soit produite plus tard, sous l'influence d'une cause adjuvante quelconque, à la faveur d'une malformation congénitale, et il va de soi, en ce qui concerne une luxation congénitale du membre inférieur, qu'elle sera bien rarement reconnue avant que l'enfant ait commencé à marcher. C'est la règle pour la luxation congénitale si fréquente de la hanche et c'est bien aussi ce qui s'est passé dans le cas qui nous occupe.

En faveur de l'hypothèse de luxation congénitale vient encore plaider la disposition anormale du genou opposé et des diverses autres articulations. Il s'agit très vraisemblablement d'une laxité pathologique des articulations, plus ou moins accusée suivant les jointures considérées et plus particulièrement au niveau d'un des genoux où elle a abouti à la luxation véritable. Cette laxité est-elle sous la dépendance d'altérations osseuses, capsulaires, etc.? C'est ce que nous aurons à discuter en examinant la pathogénie des luxations congénitales du genou.

Ce sont des lésions rares, et qui, de par leur rareté, n'ont été signalées qu'à une époque relativement récente : milieu du siècle dernier. Cependant, dans ces derniers temps, d'assez nombreux travaux ont été publiés à leur sujet, à cause de l'intérêt qui s'attache au traitement. On sait en effet combien les chirurgiens d'autrefois redoutaient les interventions sur le genou, qui constituaient pour leurs malades un risque de mort très sérieux et qui ne sont devenues possibles que depuis l'ère aseptique.

Avant d'aborder l'étude de leurs causes — qui sont d'ailleurs loin d'être nettement établies — il nous faut distinguer au point de vue symptomatologique plusieurs variétés de luxation.

On les a divisées (Bessel-Hagen) en permanentes ou intermittentes suivant que la luxation se produit chaque fois qu'un mouvement est exécuté ou seulement à l'occasion de certains mouvements excessifs, et en complètes ou incomplètes suivant que la rotule une fois luxée reste telle ou non quelle que soit la position de la jambe (autrement dit se réduit ou non spontanément).

C'est ainsi que dans notre cas la luxation peut être dite permanente (mieux vaut dire habituelle), puisqu'elle se produit chaque fois que le sujet exécute un mouvement de flexion, mais incomplète, puisque la rotule n'est déplacée que pour une attitude déterminée. C'est-à-dire en l'espèce pour un angle de flexion de la jambe sur la cuisse de 150 degrés environ, la rotule reprenant ensuite d'elle-même sa place normale.

Cette classification est un peu complexe et sans grande utilité, et il est plus simple de considérer 2 groupes de cas.

D'une part ceux, les plus fréquents, où la rotule se luxe à chaque mouvement, ce sont les luxations constantes. Il existe manifestement dans ces cas une disposition anormale non seulement de la rotule mais aussi de la trochlée et des condyles fémoraux.

D'autre part ceux où la luxation ne s'effectue qu'à intervalles variables : luxations récidivantes ou intermittentes où le déplacement se produit sous l'influence soit d'un mouvement intempestif soit d'un traumatisme léger. Pour ce second groupe de cas, la distinction entre luxation congénitale et luxation traumatique est d'ailleurs plus délicate à établir; cependant, après réduction la luxation congénitale se reproduit avec la plus grande facilité et il est évident que la conformation pathologique du genou en est la cause prépondérante, et non le traumatisme.

Ce qu'il faut retenir, d'une façon générale, et quelle que soit la variété en cause, c'est que la luxation congénitale de la rotule a pour ainsi dire toujours lieu en dehors; il y a dans la littérature médicale quelques rares exemples seulement de luxation en dedans.

Au point de vue symptomatologique, on peut observer des troubles fonctionnels plus ou moins accentués. Tantôt le malade n'éprouve aucune douleur et même aucune gêne de la marche. Tantôt au contraire celle-ci devient impossible, plus souvent d'ailleurs du fait d'une circonstance accessoire telle que la coexistence d'hydarthrose, plutôt que de la luxation elle-même. On peut encore observer, comme chez notre malade et spécialement dans les luxations incomplètes ou intermittentes, des faux pas suivis de chute survenant par intervalles, alors que le reste du temps la démarche reste absolument normale et simplement un peu prudente. Toutefois ces troubles fonctionnels sont habituellement plus accusés que dans notre cas, qui est un cas léger.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur les signes physiques. Ils sont quelque peu variables avec chaque malade, et dépendent du sens de la luxation, de son degré, de la plus ou moins grande facilité avec laquelle elle se produit, surtout de l'état anatomique de la rotule elle-même et des parties voisines. Le genou présente en général un certain degré de valgus; la jointure peut être le siège d'un épanchement. Il faut toujours, en tout cas, explorer avec grand soin les condyles fémoraux, car il existe constamment une atrophie plus ou moins marquée du condyle externe; la trochlée, la dépression intercondylienne, sont généralement effacées. La capsule et les ligaments sont relâchés. Enfin les muscles peuvent être altérés eux aussi, atrophiés, et en particulier le quadriceps.

Le diagnostic s'impose presque toujours, sauf quand il s'agit de très jeunes sujets, d'un examen difficile. Le seul point délicat consiste à éliminer les lésions traumatiques : soit luxation vraie, soit arrachement du tendon rotulien ou de la tubérosité antérieure du tibia. Il est des cas où les accidents débutent d'une façon relativement brusque, à l'occasion d'un traumatisme, et on peut être alors embarrassé pour déterminer la part qui revient à ce trau-

matisme dans les lésions que l'on constate. Mais les commémoratifs, la coexistence d'altérations du fémur, la disproportion entre le traumatisme et les troubles ultérieurs, certains signes négatifs, tels que l'absence d'ecchymose, d'hémarthrose, de douleur localisée, permettent en somme d'arriver facilement au diagnostic de lésion congénitale. La déformation du genou en valgus qui coexiste si fréquemment avec la luxation en est-elle la cause ou la conséquence? Nous allons voir qu'en réalité il s'agit de deux malformations concomitantes, effets d'un même processus.

Bien des théories ont été soutenues pour expliquer l'origine de la luxation congénitale de la rotule. Elles se fondent sur les lésions osseuses ligamentaires, musculaires, que nous avons déjà mentionnées, certains auteurs pensant que la luxation est secondaire, commandée en quelque sorte par elles, alors que d'autres, au contraire, croient que ce sont là des déformations qui résultent de la luxation rotulienne.

La question est naturellement impossible à trancher. Tout ce qu'on peut dire c'est que dans presque tous les cas on relève des lésions osseuses concomitantes, et que en particulier celles du condyle externe du fémur ont la plus grande importance. D'après Zesas, étant donnée l'insertion du quadriceps, qui normalement ne forme pas une ligne droite, mais un angle ouvert en dehors, c'est ce condyle qui, physiologiquement, s'oppose à ce que la rotule se subluxe en dehors lors des mouvements du genou. Dès qu'il est aplati, déformé, et par suite insuffisant pour jouer ce rôle, la luxation peut se produire. Dans le même sens agit l'effacement de la fossette intercondylienne. Enfin cet ensemble de déformations entraîne forcément le genu valgum.

Nous aboutissons donc à la conclusion suivante : il existe, dans les cas de luxation congénitale de la rotule, des lésions non seulement de la rotule, mais du fémur (et même du tibia). Il s'agit, comme dans toutes les autres malformations congénitales, d'aplasie, d'arrêt de développement frappant dans une certaine mesure tous les organes, et c'est secondairement seulement qu'on a ainsi l'apparence d'une luxation. Suivant l'intensité de ce processus d'arrêt de développement, on peut avoir soit une simple malformation du genou, soit une absence complète de la rotule. Ainsi la luxation congénitale de la rotule se rapproche de la luxation congénitale de la hanche, où l'arrêt de développement de la cavité cotyloïde joue un rôle prépondérant.

Quant à la cause même de cet arrêt de développement, on peut envisager à cet égard de nombreuses hypothèses. S'agit-il de troubles d'origine mécanique (position vicieuse du fœtus in utero) ou infectieuse (infection locale ou lésion du système nerveux central), etc.? La discussion se pose là comme à propos de toutes les malformations congénitales et présente d'ailleurs aussi peu d'intérêt, étant donnée l'impossibilité de vérifier le bien fondé de telle ou telle hypothèse. Remarquons simplement la coexistence fréquente chez ces sujets d'autres malformations : laxité articulaire exagérée comme chez notre petite malade, autres luxations, pieds bots, etc., et le rôle de l'hérédité qui est parfois frappant. Car dans plusieurs observations la malformation existait sur plusieurs générations successives.

Le traitement constitue le côté intéressant de la question. Faut-il intervenir, et quelle opération faut-il faire? Les indications opératoires varient avec chaque cas. Nous avons déjà dit que les troubles fonctionnels et par suite le pronostic diffèrent suivant les malades. Les uns ne sont nullement gênés, pouvant même exercer des métiers fatigants et ne ressentant aucun trouble de la marche. Pour d'autres, au contraire, il s'agit d'une véritable infirmité incompatible avec une vie active.

De là découlent les données spéciales à chaque cas. Rarement le traitement orthopédique sera suffisant : port d'un appareil ou d'une simple genouillère; outre qu'on n'obtient pas ainsi de résultats constants, ces appareils sont souvent mal tolérés. Ils doivent être réservés aux cas les plus favorables, dans lesquels même aucun traitement peut n'être nécessaire. On a utilisé également le massage et l'électrisation des muscles de la cuisse; ce sont plutôt des moyens adjuvants à employer dans les mêmes circonstances.

Si les troubles fonctionnels sont notables, l'intervention opératoire est indiquée. Signalons seulement qu'on a imaginé des appareils destinés à réduire la rotule à travers la peau (comme pour contenir les fractures de la rotule).

C'est surtout l'état anatomique de la capsule, des condyles fémoraux, qui devra guider le chirurgien dans le choix du procédé à employer. Après avoir réduit la luxation, ce qui est presque toujours facile, il faut en effet maintenir la rotule en place et on peut obtenir ce résultat soit par des opérations sur la capsule, soit par des opérations osseuses, soit enfin en combinant les deux méthodes.

L'opération capsulaire consiste à faire une plicature de la capsule, à en réséquer une partie de manière à raccourcir l'aileron interne; elle est rarement suffisante.

Je crois devoir passer sous silence quelques opérations osseuses qui me paraissent tout à fait hors de proportion avec la gêne fonctionnelle à laquelle on veut remédier : l'arthrodèse, la résection et même l'ablation de la rotule. J'ai médiocre confiance, malgré un essai de Ridlon, dans l'idée émise par Thomas qu'en martelant le condyle externe avec un maillet de bois on pourrait l'irriter et le faire hypertrophier.

La seule opération que je juge raisonnable, si l'on croit avoir besoin d'agir sur le squelette de façon importante, consiste à creuser le condyle externe et à abraser, au contraire, le condyle interne. C'est ce que j'ai fait en 1900 sur un garçon dont mon élève Ricoulleau a publié l'observation dans sa thèse et en opérant j'ai constaté que la capsule s'insérait sur le condyle interne, qui dès lors n'était plus du tout articulaire en dedans. Faut-il ajouter à cela la fixation de la rotule en nouvelle position à l'aide de fils de soie, comme l'a fait Lucas-Championnière; cela n'est pas démontré. Sans cette fixation, j'ai obtenu un résultat solide.

D'ailleurs, il est bien probable qu'aujourd'hui j'opérerais ce malade autrement, comme je vais opérer la fille dont je vous ai raconté l'histoire : en plissant la capsule en dedans comme l'a conseillé Le Dentu, et en ajoutant à cela, comme l'a fait Roux, la transplantation du tendon rotulien. Il est évident que si, en détachant au ciseau la tubérosité tibiale, on l'encloue en dedans, on supprime l'angle obtus, ouvert en dehors, dont la rotule marque le sommet entre l'axe vertical du quadriceps fémoral et l'axe un peu oblique en bas et en dehors du tendon rotulien; quand le quadriceps tire en cette attitude, il tend forcément à porter la rotule en dehors. Enclouons vers la face interne du tibia le tendon et sa lame osseuse d'insertion, et dans le mouvement d'extension, nous ferons tirer la rotule en dedans. Je n'ai pas l'intention de faire en outre, par incision externe supérieure, la section à fond de fibres du vaste externe, pour affaiblir leur action sur la rotule.

Dans notre cas, le genu valgum est léger et ne mérite pas, à mon sens, que je m'attaque à lui directement, par ostéotomie sus-condylienne transversale du fémur. C'est une opération complémentaire quelquefois utile ; mais on a eu tort de considérer qu'elle pouvait à elle seule remédier à la luxation. Il est de règle, d'ailleurs, qu'une fois la rotule remise en place comme il vient d'être dit le genu valgum s'atténue.

N. B. — L'opération, pratiquée le 5 décembre 1911, a consisté, après incision devant le tendon rotulien, en une transplantation de la tubérosité antérieure du tibia à 2 centimètres en dedans, puis par une deuxième incision sur la face interne du genou en une plicature de l'aileron interne au moyen de 3 fils de lin. Les suites ont été simples ; la malade a quitté l'hôpital au bout de vingt-cinq jours. Je l'ai revue six mois plus tard en très bon état. La rotule est en bonne place et la marche est devenue normale.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur l'ulcère du duodénum. (A. Bier. *Deut. med. Woch.*, 25 avril 1912, n° 17, p. 788 et 2 mai 1912, n° 18, p. 836.) — Dans cet article Bier rend compte de son expérience personnelle sur l'ulcère du duodénum, dont il a observé 23 cas. Il se demande si l'ulcère du duodénum est réellement beaucoup plus rare en Allemagne qu'en Angleterre et en Amérique où Moynihan et W. Mayo ont montré sa fréquence. Lui-même constate que dans sa pratique de ville sur 6 cas d'ulcère du duodénum, 4 concernaient des étrangers (3 Russes et 1 Américain). Néanmoins il pense que l'ulcère duodénal serait plus fréquent en Allemagne si on savait mieux en faire le diagnostic.

Pour la distinction à établir, au point de vue de la localisation anatomique, entre l'ulcère du duodénum et l'ulcère du pylore, Bier se range au criterium posé par les Anglo-Américains et admet que la veine pylorique de Moynihan marque bien la limite du pylore et du duodénum. Tous les ulcères du duodénum qu'il a observés siégeaient nettement à droite de cette veine et il n'a constaté dans aucun cas, comme les Anglo-Américains, d'ulcère duodénal empiétant sur le pylore et s'étendant plus ou moins loin dans l'estomac.

Les symptômes de l'ulcère du duodénum sont souvent méconnus en Allemagne où l'on considère trop souvent les personnes qui en sont atteintes comme atteintes de neurasthénie, de névrose gastrite ou d'hyperchlorhydrie simple. L'ulcère du duodénum se caractérise par la périodicité très nette des crises douloureuses avec bon état de santé dans l'intervalle. La maladie s'accuse d'abord par une sensation de distension gastrique après les repas. Bientôt se montre la « douleur de faim » commençant deux à quatre heures après les repas, soulagée par l'ingestion d'aliments, d'alcalins, ou par l'expulsion de gaz ou de liquide amer. Puis surviennent les douleurs nocturnes, très violentes, vers deux heures du matin. La douleur siège à l'épigastre s'irradiant à droite et dans le dos. L'appétit reste bon, l'état général aussi; les vomissements sont rares quand il n'y a pas encore de sténose. L'examen du chimisme gastrique montre habituellement un chimisme normal, malgré les signes d'hyperchlorhydrie. Le retour des crises périodiques est favorisé par le froid, la fatigue, les chagrins. La maladie, plus fréquente chez l'homme, dure des années, commençant souvent dès le jeune âge. Ces symptômes, indiqués par Moynihan, ont été trop longtemps méconnus : Bier a pu juger lui-même de leur valeur dans plusieurs cas d'ulcère du duodénum. Bier a constaté également la valeur clinique de la douleur à la pression, siégeant à droite, toujours à la même place aux différents examens, et s'accompagnant parfois de contracture légère du muscle grand droit du côté droit.

Bier insiste ensuite sur les services que peut rendre la radioscopie dans le diagnostic de l'ulcère du duodénum. Ce mode d'exploration, sans donner à beaucoup près des renseignements aussi précis que dans les maladies d'estomac, fournit pourtant souvent des indications : normalement le bismuth ne dessine que la partie initiale du duodénum (bulbe d'Holzneckt), et traverse très rapidement le reste de cette portion de l'intestin. Bier n'a vu le duodénum se dessiner tout entier que dans un cas de cancer sténosant du jéjunum et dans certains cas de rétractions cicatricielles de l'estomac où le duodénum semblait avoir une fonction vicariante.

Bier a radioscopé 16 cas d'ulcère du duodénum confirmés par l'opération. Le fait le plus saillant de ces radioscopies est que jamais l'estomac n'a été trouvé normal sur l'écran : dans 12 cas il y avait ptose gastrique; dans 5 cas, ectasie. Chose curieuse les sténoses très serrées du duodénum s'accompagnaient d'une dilatation gastrique insignifiante, ou faisant même complètement défaut; dans ces cas, six heures après les repas il n'y avait pas de stase gastrique, ou une stase gastrique très minime. Dans tous les cas existaient de fortes contractions péristaltiques de l'estomac. Dans trois cas l'estomac était fortement tiré à droite, sans doute par des adhérences cicatricielles.

Du côté du duodénum, 3 fois l'examen radioscopique a montré une ombre constante ; le bulbe duodénal apparaissait dessiné en noir, élargi et sans tendance à se modifier à un examen prolongé; en ce point la pression était douloureuse. Dans deux cas, et c'est là un aspect tout à fait caractéristique d'après Bier, l'ombre duodénale se montrait comme une mince languette, prolongeant l'ombre du pylore : dans ces deux cas, l'opération a montré une sténose duodénale. Dans un cas Bier a constaté un aspect spécial, constaté déjà par Handeck dans l'ulcère pénétrant de l'estomac; c'est pour la première fois que cet aspect est constaté pour le duodénum. Il s'agit d'une tache de bismuth isolée, surmontée d'une bulle d'air et impossible à déplacer par la pression : à l'opération on trouva un ulcère du duodénum adhérant intimement au foie.

En somme, d'après Bier, la radioscopie ne donne de renseignements positifs dans l'ulcère du duodénum que dans la

minorité des cas. Mais chez des sujets présentant des signes d'ulcère de l'estomac, l'absence, constatée à l'écran radioscopique, de grosses modifications gastriques habituellement visibles (stase gastrique, biloculation, ectasie notable, ulcère pénétrant, rétraction de la petite courbure en forme de colimaçon) permet de penser avec grande vraisemblance à un ulcère du duodénum.

Pourtant Bier, d'après son expérience personnelle, ne peut admettre, comme Moynihan, que le diagnostic de l'ulcère de l'estomac avec les gastropathies soit réellement aisé. Sur 23 cas opérés par lui il n'a porté le diagnostic ferme d'ulcère duodénal que 13 fois.

Le diagnostic le plus difficile est à faire avec la lithiase biliaire s'accompagnant d'adhérences sous-hépatiques pouvant entraîner une sténose du duodénum.

Bier contrairement aux Anglo-Américains a vu manquer la douleur de faim 10 fois sur 23 cas, la longue évolution dans un certain nombre de cas; dans un assez grand nombre de cas des complications graves, hémorragies, sténoses, perforations se sont montrées d'une façon précoce. Il a aussi, contrairement aux Anglo-Américains, constaté un amaigrissement notable dans les deux tiers des cas et fréquemment aussi les vomissements.

Bier a opéré 23 cas d'ulcère du duodénum. Le procédé de choix est pour lui la gastro-entérostomie postérieure avec exclusion du pylore. Pour lui, le procédé le plus simple d'exclusion consiste à passer une soie ou un catgut autour du pylore et de serrer fortement; puis de recouvrir le tout avec quelques points de Lambert. Au début il passait le fil autour du duodénum, juste au voisinage de l'ulcère. Actuellement il pratique la stricture autour du pylore lui-même ou même autour de la région de l'estomac voisine du pylore.

Chez l'homme ce procédé d'exclusion suffit pour obturer définitivement le pylore et assurer le fonctionnement de la bouche gastrique artificielle, ainsi que Bier a pu s'en assurer en examinant à plusieurs reprises pendant plusieurs mois un de ses opérés à l'écran radioscopique.

A. LEMIERRE.

A propos de deux cas d'anémie pernicieuse. (H. Roger, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier. *Province méd.*, 10 fév. 1912.) — L'auteur rapporte deux observations intéressantes d'anémie pernicieuse dont une est une anémie pernicieuse plastique chez une femme enceinte, albuminurique et éthylique, l'autre une anémie pernicieuse hypoplastique, cryptogénétique.

La première de ces deux malades, qui présentait une anémie extrême (850000 globules rouges dont beaucoup déformés), une leucocytose marquée (28000), un tableau clinique des plus décourageants, fut rapidement améliorée par le traitement institué, après accouchement prématuré spontané. Le second malade à tableau clinique moins bruyant, de corpulence forte et d'aspect floride, avec 1300000 globules rouges dépérit rapidement, présentant à la fin 560000 globules rouges.

L'auteur attire l'attention sur ces deux cas d'une même maladie à tableau clinique si différent et à évolution si contraire. Il s'agit dans le premier cas d'anémie plastique, d'anémie avec réaction de la moelle osseuse : ce qu'il y a de particulier, c'est le nombre considérable d'hématies nucléées qui paraît, à l'encontre de certaines opinions, être d'un pronostic favorable. Quant au second cas malgré l'absence d'hématies nucléées et de poïkilocytose, l'auteur ne croit pas devoir le ranger parmi les anémies aplastiques vraies : la présence d'éosinophiles lui permet de les classer dans le groupe, intermédiaire des anémies à réaction médullaire présente mais insuffisante, des anémies hypoplastiques de Chauffard.

L'auteur fait, à cette occasion, une revue générale de nos connaissances sur les anémies pernicieuses. Ses deux observations montrent une fois de plus qu'il n'y a pas une anémie pernicieuse, maladie protopathique, à caractères absolument constants, mais des anémies pernicieuses d'origine, de symptômes et de formules hématologiques très divers. L'anémie pernicieuse n'est pas une entité morbide, mais un grand syndrome hémato-anatomo-clinique.

L. GAYARD.

OBSTÉTRIQUE

Formule simple pour la version par manœuvres internes dans les présentations de l'épaule. (*Revista del circulo medico Argentino y Centro estudiantes de Medicina*, novembre 1911, n° 123.) — Pour faciliter la version par manœuvres internes dans les diverses présentations de l'épaule, le docteur Manuel Ruibal Salaberry propose la loi suivante qui ne comporte que deux points de repère : un maternel, côté gauche ou droit; un fœtal, la fesse.

Quelle que soit donc la modalité de la présentation de l'épaule, déterminer le côté maternel où se présente la fesse, introduire alors la main homonyme jusqu'à la fesse du fœtus et saisir le pied qu'elle désigne sans se préoccuper du dos ni de l'épaule qui se présente. On est sûr d'avoir ainsi une bonne rotation, d'introduire la main qu'il faut et de saisir le pied qui convient.

Les deux formules suivantes résument cette loi générale :

Fesse du fœtus *à gauche* de la mère.	*main gauche* de l'opérateur; *pied gauche* du fœtus.
Fesse du fœtus *à droite* de la mère.	*main droite* de l'opérateur; *pied droit* du fœtus.

L'auteur insiste sur le fait qu'il n'y a aucune exception à cette loi, laquelle est évidemment très facile à retenir.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

DERMATOLOGIE

Hygiène du cuir chevelu dans l'enfance et l'adolescence. (R. Sabouraud. *L'Education*, nos de septembre et décembre 1911.) — L'auteur consacre à cette question un article de vulgarisation.

Après avoir rapidement rappelé l'anatomie du poil et la physiologie générale de la chevelure, il envisage successivement l'hygiène du cuir chevelu dans la période infantile et dans l'adolescence.

Avant la formation sexuelle, il suffit d'appliquer au cuir chevelu les règles habituelles de l'hygiène et de la propreté.

Après la puberté, il faut surveiller le début de l'état pelliculeux, sec d'abord, gras ensuite. C'est le *pityriasis* devenu *stéatoïde* qui va produire la dénudation progressive. Aussi l'auteur insiste sur la nécessité de traiter hâtivement « les pellicules ». La médication est indiquée avec détail et Sabouraud conseille surtout l'emploi judicieux des goudrons et des savonnages.

Cet article n'envisage pas les cas relevant des simples prescriptions de l'hygiène, aussi contribue-t-il à bien mettre en évidence toute l'importance que doivent prendre dans l'éducation scolaire ces règles de bonne tenue de la chevelure.

P. GASTINEL.

NEUROLOGIE

La sidération par la douleur. (Chatelain. *Ann. méd.-psych.*, nov. 1911.) — Trois faits intéressants de sidération par la douleur, observés chez des animaux. Un moineau reçoit une pierre et tombe sur le sol, il reste inerte plusieurs minutes; examiné attentivement il n'a d'autre blessure qu'un ongle écrasé. Bientôt il se redresse et s'envole.

Un geai a un ongle arraché par un grain de plomb, il tombe immobile et ne se réveille qu'après quelques minutes; il ne fut tué que l'année suivante.

Une chienne reçoit un grain de plomb près de la commissure palpébrale, l'os n'est pas atteint, elle tombe en syncope, les muqueuses décolorées. Quelques heures après elle est complètement rétablie, elle peut de nouveau chasser.

Une douleur intense et subite a donc, dans ces trois cas, déterminé une syncope et sidéré l'animal. Ces faits sont d'au-

tant plus intéressants, à un point de vue très général, qu'ils ont été observés chez des animaux, et par là même que, tout facteur psychique étant exclu, les conséquences physiques de la douleur n'apparaissent que plus claires. P. CAMUS.

LIVRES NOUVEAUX

Étude anatomo-clinique sur les complications méningées des tumeurs cérébrales (1), par le docteur VERDUN.

Les méninges présentent, à l'autopsie de certaines tumeurs cérébrales, des altérations banales (d'irritation simple) ou spécifiques (néoplasiques) soit autour des grosses tumeurs diffuses et volumineuses, soit comme complication des néoplasmes intra ou juxta-ventriculaires; ces dernières peuvent seules déterminer des lésions secondaires du névraxe.

« Les premières se traduisent en clinique par des signes d'irritation méningo-radiculaire diffuse et des réactions banales du liquide céphalo-rachidien; ces symptômes d'appoint peuvent créer pour le diagnostic de la tumeur quelques difficultés spéciales.

Les autres revêtent tantôt la forme d'une méningite aiguë ou subaiguë (forme méningée des tumeurs cérébrales), tantôt des formes frustes ou ectopiques qui ne peuvent être mises en évidence que par l'examen objectif; la première de ces formes a généralement été confondue avec une méningite tuberculeuse; les autres sont souvent passées inaperçues ou bien ont été prises pour des manifestations de syphilis diffuse des centres nerveux.

Ces complications néoplasiques déterminent le plus souvent des modifications du liquide céphalo-rachidien, qui sont elles-mêmes tantôt banales, tantôt spécifiques, et, dans ce dernier cas, pathognomoniques.

Dans la pratique, il y a lieu de tenir compte des complications méningées des tumeurs cérébrales :

1° Pour le diagnostic d'un certain nombre « d'états méningés » subaigus;

2° Au cas de néoplasie intracranienne reconnue dans la discussion de la nature du siège et de l'étendue des lésions : la constatation des signes méningés doit faire craindre soit une tumeur volumineuse, soit une tumeur diffusée aux espaces sous-arachnoïdo-pie-mériens et doit engager à limiter l'action chirurgicale aux interventions palliatives. » L. CAYARD.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1912 (2), par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN, docteur en pharmacie, pharmacien de première classe, avec préface de M. le professeur Albert ROBIN. — **Formulaire des médications nouvelles pour 1912** (3), par le docteur H. GILLET. — **Formulaire des spécialités pharmaceutiques pour 1912** (4), par le docteur Victor GARDETTE.

On a tellement pris l'habitude de voir apparaître simultanément, chaque année, ces trois utiles et commodes auxiliaires, qu'on ne saurait annoncer la venue de l'un sans parler des autres. D'ailleurs est-il besoin d'en faire encore l'éloge ou d'en décrire la disposition et le maniement? Nous ne le pensons pas et nous nous bornons à affirmer qu'ils ont été mis par leurs auteurs, cette année comme les autres, absolument au courant des dernières découvertes, des dernières méthodes thérapeutiques, des dernières spécialités surgies récemment.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Th. de Paris, 1912, 150 pages, 11 fig. — Paris, Steinheil.
(2) 24e édition. 1 vol. de CLII-147 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(3) 7e édition. 1 vol. de 301 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(4) 6e édition. 1 vol. de 400 pages. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

CONGRÈS

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA PRESSE PÉRIODIQUE (*27, 28, 29 et 30 octobre 1912*). — Le IIIe Congrès international de la Presse périodique, réuni sur l'initiative de la Fédération internationale des associations de Presse périodique, se tiendra à Paris en l'hôtel du Cercle de la Librairie, 117, boulevard Saint-Germain, dans la deuxième quinzaine d'octobre (26 au 30 octobre 1912).

Le gouvernement de la République française lui a accordé son haut patronage comme S. M. le roi des Belges l'avait accordé au deuxième Congrès tenu à Bruxelles. De même M. le président du Conseil municipal de Paris lui apporte son bienveillant appui.

Un grand nombre d'associations ont tenu à marquer leur sympathie à cette manifestation en adhérant immédiatement et en désignant leurs délégués. C'est ainsi que l'on a enregistré les adhésions des associations ou syndicats : de la Presse périodique, de la Presse républicaine départementale, de la Presse agricole, de la Presse coloniale, de la Presse économique et financière, de la Presse de l'alimentation, de la Critique parisienne, de la Presse de l'enseignement, de la Presse médicale française, de la Presse républicaine périodique de Paris et banlieue, des Editeurs (France), de l'Union de la Presse périodique belge, de l'Association des journalistes périodiques belges et étrangers (Belgique), de la Presse de Madrid (Espagne). De toutes les parties du monde des adhésions nombreuses et d'importants rapports sont annoncés.

Ce Congrès n'aura pas seulement pour but l'étude et la mise en commun des idées et de l'expérience, il tiendra aussi à créer des relations confraternelles entre tous ceux qui, dans différents pays, luttent pour la réalisation d'un même idéal et sont aux prises avec les mêmes difficultés. Il cherchera enfin à concentrer les efforts pour la création ou l'affermissement d'œuvres d'utilité commune.

La cotisation est de 25 francs par journal, bulletin ou revue, donnant droit à deux délégués. Les adhésions individuelles sont reçues moyennant une cotisation de 12 fr. 50 par personne, donnant droit à tous les avantages du Congrès, publications comprises.

Le secrétariat général est 78, rue Taitbout, à Paris.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXVI, n° 20, 16 mai 1912.) Albert N. BLODGETT : Gui Patin, sa vie et son caractère d'après sa correspondance (1 fig.). — James WAREN SEVER : L'arthrite gonoccoccique. — A. E. AUSTIN : La cure de l'eau froide pour les dyspepsies nerveuses. — John B. HAWES : L'hémoptysie. Sa signification et son traitement chez les malades des consultations hospitalières, dispensaires et en clientèle privée. (Etude d'après 114 cas de la consultation du Mass. gener. hosp., avec 2 tables.) — Roland C. MACKENZIE : Sur la prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés. — Louis L. WILLIAMS : Le salvarsan et la rougeole, note clinique. — (N° 21, 23 mai.) H. W. MARSHALL : Les causes d'échec dans le traitement des arthrites chroniques, quelques suggestions sur la façon d'obtenir un plus grand nombre de succès (*à suivre*). — A. J. MAC LAUGHLIN : Sur le déracinement de la fièvre typhoïde (2 graphiques, 4 tableaux). — Mark W. RICHARDSON : Sur la prophylaxie de la fièvre typhoïde. — Arthur E. HOWARD : L'importance des dépôts de lait pour la diminution de la mortalité infantile dans les villes. — John H. MUSSER : Les injections hypodermiques de fer et d'arsenic dans le traitement de l'anémie secondaire. — Franck E. CEKHAM : Traitement des fractures de la clavicule (avec 3 fig.). — H. LINENTHAL : La prophylaxie des maladies professionnelles.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 18, 2 mai 1912.) GROBER : Traitement de la chorée. — BIER : Sur l'ulcère du duodénum. — ELLERMANN : Sur la nature de l'anémie pernicieuse essentielle. — HAUSEN et SPRINGER : Un cas de pseudo-typhoïde avec découverte du bacillus fœcalis alcaligenes. — ZABEL : Diagnostic des affections gastriques au moyen de la vieille instrumentation de Röntgen. — MERKENS : Contribution à l'étude du cæcum mobile. — HOLLENBACH : Appendicite dans un cas d'inversion totale des viscères. — REITER : Importance de la vaccinothérapie en urologie. — STRAUS : L'onyxis des confiseurs, maladie professionnelle. — ERDÖS : La mériodine dans la guérison de la syphilis. — (N° 19, 7 mai.) BING : La localisation des affections cérébelleuses. — JÖDIKE : L'état de mal épileptique. — MUNK : L'antigène pour la réaction de Wassermann. — BAUER et WÜSTHOFF : Intoxication anaphylactique par les extraits d'organe. — HILGERMANN et LOSSEN : Présence de bacilles tuberculeux dans le sang et sa signification pronostique. — STUERTZ : Contribution expérimentale aux mouvements du diaphragme après section unilatérale du phrénique. — SYLLABA : L'urobiline et la bilirubine dans le sérum. — FRIES : Appareil pour la respiration artificielle. — ALBRECHT : Immunisation contre la fièvre des foins. — STANOWSKI : Consommation augmentée d'eau en diététique. — JONESCO : L'anesthésie rachidienne générale.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 19, 11 mai 1912.) DUJARDIN : Mélanome de l'iris. — AUGIER et FIÉVEZ : Volumineux sarcome duodénal. — (N° 20, 18 mai.) Adrien BESSON : L'agrafage et la suture métalliques combinés dans le traitement des pseudarthroses. — (N° 21, 25 mai.) L. DANEL : Phlycténose récidivante des extrémités (acrodermatite continue de Hallopeau).

Journal médical de Bruxelles. — (N° 18, 2 mai 1912.) Rich. KARHAUSEN : De la rétroversion utérine adhérente. Nouveau procédé opératoire. — LIBOTTE : Cure par l'électricité de quelques cas édifiants de rhumatisme chronique considérés comme incurables. — (N° 19, 9 mai.) Léon DEKEYSER : Quelques considérations sur les léproseries belges du moyen âge. — WEYMERSCH : Le traitement des toxémies gravidiques par les injections de sérum normal de femme enceinte. — (N° 20, 16 mai 1912.) Oct. GENGOU : Le projet de loi sanitaire. — Léon DEKEYSER : Quelques considérations sur les léproseries belges du moyen âge (*suite*). — (N° 21, 23 mai.) GEERAERD : Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel (méthode de Forlanini). — Oct. GENGOU : Le projet de loi sanitaire (*suite*).

Lyon chirurgical. — (N° 5, 1er mai 1912.) M. GANGOLPHE : Coxa flecta des adolescents et fracture spontanée juxta-épiphysaire du col du fémur [coxa vara dite essentielle (10 fig.)]. — Victor ROCHET et Léon THÉVENOT : Tuberculose rénale bilatérale et néphrectomie. — E. DUROUX : Des torsions du côlon transverse. — Cl. REGAUD et R. CRÉMIEU : Le traitement rœntgénien de l'hypertrophie du thymus. Ses indications comparées à celles de la thymectomie (3 fig.).

Lyon médical. — (N° 18, 5 mai 1912.) FEUILLADE : Indications de la cure d'isolement. — (N° 19, 12 mai.) GALLAVARDIN : Maladie de Roger avec cyanose. — (N° 20, 19 mai.) J.-P. MORAT : Urémie et ammoniémie. — (N° 21, 26 mai.) JACQUEAU : Méningite suraiguë après énucléation de l'œil pour phlegmon posttraumatique.

Marseille médical. — (N° 9, 1er mai 1912.) DUFOUR : Le diplôme de médecin légiste et la réforme des études médicales. — PLUYETTE : Kyste dermoïde de l'ovaire enlevé par la voie lombaire. — MOIROUD : De l'emploi de l'enfumage iodé dans la thérapeutique des ulcérations vénériennes. — ANASTAY : Méthode simplifiée et pratique pour suivre la glycosurie des diabétiques. — (N° 10, 15 mai.) E. ROUQUETTE : Epuration d'urgence des eaux d'alimentation publique. — RAYBAUD : Adénite inguinale à tétragènes. — MATTER et DE VERNEJOUL : Uropyonéphrose chez l'enfant ayant fait croire à un kyste du mésentère. — P. MOIROUD : Plaie pénétrante de l'abdomen par coup de feu : perforations de l'intestin, de la vessie, plaie de la prostate. — M. DE LUNA : Cancer latent du rein à forme anémique.

Montpellier médical. — (N° 18, 5 mai 1912.) GRASSET : La thérapeutique générale basée sur la physiopathologie clinique. Doctrine et classification (*suite*). — A. CORONE : Bradycardie réflexe au cours d'une appendicite aiguë. — (N° 19, 12 mai.) GRASSET : La thérapeutique générale basée sur la physiopathologie clinique; essai de thérapeutique physiopathologique; doctrine et classification; premières leçons du cours de pathologie et thérapeutique générales [mars 1912] (*fin*). — (N° 20, 19 mai.) GAUJOUX : La morbidité et la mortalité par fièvre typhoïde à Montpellier (1896-1910); première note : distribution mensuelle, répartition par quartiers. — (N° 21, 26 mai.) A. GAUSSEL : Le sanatorium des hôpitaux de Montpellier.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 19, 7 mai 1912.) TRAUBE : Immunité et anaphylaxie. — DREYFUS : Réactions nerveuses tardives des syphilitiques après le salvarsan. — KREUZFUCHS : Nouveau procédé de mesure du cœur. — FAGUIOLI : Le pneumothorax thérapeutique. — BAUEREISEN : Importance des déchirures de la tente du cervelet pour le nouveau-né. — MELCHIOR et WOLF : Sur le diagnostic des affections articulaires par la mesure de la température cutanée locale. — MEYROWSKY : Preuve biologique de l'action des extraits de peau. — HEUSNER : Traitement chirurgical du rhumatisme articulaire chronique. — WEILL : L'ergotine-caféine contre la myocardite, l'artériosclérose et la névrose cardiaque. — (N° 20, 14 mai.) DÖDERLEIN : Sur la fécondation artificielle. — IMCHANITSKY-RIES et J. RIES : La fonction d'accumulation d'arsenic des glandes utérines comme cause de la menstruation. — SPIETHOFF : Salvarsan et système nerveux. — SCHITTENHELM et WEICHHARDT : Rôle de l'hypersensibilité dans l'infection et l'immunité. — ASCOLI et IZAR : Formation de poison par action du sérum sur les extraits d'organe. — DUNGERN : Séro-diagnostic des tumeurs par la réaction de fixation. — BERGEL : Contributions expérimentales à la nature de la réaction de Wassermann. — HEDINGER : Mode d'action des médicaments cardiaques et rénaux chez les brightiques. — JESS : Scotome annulaire par éblouissement causé par la dernière éclipse de soleil. — WUNDER : Sur le degré d'exactitude de la fixation galvanométrique des électrolytes et de l'urée dans l'urine humaine. — THEDERING : Sur la sensibilité individuelle de la peau vis-à-vis des rayons Röntgen. — LANGENSTRASS : Diphtérie avec suffocation par corps étranger formé de sécrétions concrétées. — MENDLER : Traitement chirurgical de la coxa vara congénitale.

Progrès médical. — (N° 19, 11 mai 1912.) BOURDINIÈRE : L'hypersensibilité aux sérums thérapeutiques. L'épigastralgie sérique. — (N° 20, 18 mai.) H. GOUGEROT : Affections tuberculoïdes dues à des bactéries pyogènes; abcès froids et ulcérations. — (N° 21, 25 mai.) GOUGEROT : Affections tuberculoïdes dues à des bactéries pyogènes. Folliculites papulo-nécrotiques et verrucomes tuberculoïdes.

NOTES POUR L'INTERNAT

ENDOCARDITES AIGUËS (1)

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Nous avons déjà signalé le rôle favorisant joué, soit par des altérations valvulaires antérieures, soit par un traumatisme ayant lésé les valvules, dans la détermination de l'endocardite. En réalité, l'existence de ces lésions antérieures n'est pas indispensable à leur apparition. Les microbes circulant dans le sang se déposent directement, suivant Klebs et Orth, au niveau des points où les valvules s'accolent; pour Kuster, ils arriveraient dans les valvules, par les petits vaisseaux nourriciers : on a objecté à

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 95.

cette théorie, l'absence de vaisseaux, dans les lames valvulaires : mais Darier a montré qu'il en existait à l'état pathologique et Cornil et Babès ont vu, sur des coupes, des embolies microbiennes, dans les vaisseaux, au centre des valvules. Pour expliquer la localisation plus fréquente au niveau du cœur gauche, Lion invoque la nature aérobie des microbes pathogènes dont la vitalité serait plus grande dans le sang oxygéné du cœur gauche, que dans celui du cœur droit : ce serait là, la raison pour laquelle chez le fœtus, au contraire, ce serait le cœur droit qui serait le plus souvent lésé.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Dans les deux variétés d'endocardite aiguë, les lésions siègent presque exclusivement sur l'endocarde *valvulaire*, surtout au niveau du cœur gauche : l'endocarde *pariétal* n'est certes pas toujours respecté, et l'on retrouve souvent à l'autopsie, sur les tendons ou les piliers, ou au niveau de l'auricule, des taches opalescentes, vestiges de poussées inflammatoires. Néanmoins, il s'agit presque toujours d'une *valvulite*, et même d'une valvulite partielle, qui n'occupe que la face recevant directement le choc sanguin, face auriculaire pour les valvules auriculo-ventriculaires, face ventriculaire pour les sigmoïdes; la lésion débute et se localise au niveau des facettes de contact de Firket : l'endocardite gauche est de beaucoup la plus fréquente; néanmoins, l'endocardite droite est moins exceptionnelle qu'on ne le pensait autrefois : elle est prédominante dans l'infection puerpérale et, dans d'autres infections, elle passe inaperçue à cause de son association avec l'endocardite gauche. Il faut encore signaler l'endocardite apexienne dans la diphtérie (Marfan).

a. **Endocardite simple, plastique.** — A son premier degré, l'endocardite est caractérisée par le boursouflement du bord libre de la valvule; puis la séreuse perd sa transparence et prend une teinte grise et un aspect granité; elle se hérisse de petites saillies (thrombus blancs) de volume variable, discoïdes, verruqueuses, de la grosseur d'un grain de millet à celle d'un haricot, s'agglutinant parfois en chou-fleur, de coloration grisâtre, très friables. Pour Achalme, on observerait d'abord une phase microbienne, avec œdème interstitiel de la valvule, et secondairement une phase proliférative avec production de néo-vaisseaux, aboutissant à la formation des végétations fibrineuses, qui pour Ziegler, au contraire, seraient primitives. Ces végétations sont constituées par de la fibrine désagrégée, des leucocytes, des hématies, quelques microbes. Dans les formes légères, il se fait une résorption après transformation graisseuse, et *restitutio ad integrum*. Si l'inflammation se prolonge, cet exsudat s'organise; il se fait des néoformations conjonctivo-vasculaires, qui déterminent des épaississements, des rétractions, des adhérences, qui aboutiront plus tard aux insuffisances et aux rétrécissements de l'endocardite chronique. Une cause d'erreur à éviter dans l'interprétation de ces petites végétations polypeuses consiste à prendre, chez le jeune enfant, pour des *végétations d'endocardite*, les petites *nodosités miliaires* (*hématonodules*), vestiges des bourrelets vasculaires, qui siègent au niveau du bord libre des valvules auriculo-ventriculaires.

b. **Endocardite maligne, infectante, ulcéreuse.** — Cette forme se caractérise par l'exubérance, la virulence et la tendance nécrotique des végétations inflammatoires; les lésions ne portent pas seulement sur les valvules, elles intéressent aussi les tendons, les piliers; les végétations ne sont pas uniquement dues à un simple et léger dépôt fibrineux : l'exsudat se fait dans l'épaisseur et à la surface de la valvule; il est le résultat d'une nécrose aiguë, produite par la pullulation des microbes pathogènes et par leurs toxines : il se forme des végétations énormes, polypiformes, qui se détachent facilement, déterminant des embolies.

Lorsque ces parties nécrosées se ramollissent et s'éliminent, elles laissent des ulcérations, les unes superficielles et serpigineuses, les autres térébrantes, déterminant la perforation d'une valvule en provoquant, par la destruction de la lame élastique de la valvule, un anévrisme valvulaire, un anévrisme du cœur, une déchirure des tendons, des piliers, etc. L'anévrisme valvulaire de la mitrale a son fond tourné vers l'oreillette et son orifice sur la face ventriculaire; l'orifice de l'anévrisme valvulaire des sigmoïdes aortiques est tourné vers l'aorte; leur volume atteint en général celui d'un pois.

Histologiquement, il s'agit à la fois de lésions inflammatoires et nécrotiques : œdème avec exsudat leucocytique, rupture des fibres élastiques, néo-formations vasculaires et cellules dégénérées : on peut trouver parfois de petits abcès.

Les embolies sont fréquentes au cours de ces endocardites malignes; et ce qui les caractérise essentiellement, c'est qu'elles sont *infectantes* et transportent, dans les différents tissus, les germes pathogènes les plus variés qui sont à l'origine de l'endocardite : il peut s'agir de petites *embolies capillaires* se manifestant par des éruptions pétéchiales, d'*embolies moyennes* (foie, rein, rate, cerveau, etc.), de *grosses embolies* enfin, oblitérant une grosse artère.

Le Gendre et Beaussenat ont signalé des *dilatations anévrismales des artères*, dues à des foyers d'artérite aiguë consécutive à l'infiltration sanguine, initiale ou secondaire.

SYMPTOMATOLOGIE. — I. **Endocardite simple.** — Nous prendrons comme type de description l'*endocardite rhumatismale*. Le plus souvent cette endocardite évolue d'une manière absolument latente; elle n'est reconnue que par l'auscultation systématique et quotidienne du cœur des rhumatisants; il est assez exceptionnel qu'elle se révèle, en effet, par une ascension thermique ne coïncidant pas avec une nouvelle poussée d'arthrite, par des palpitations, de la gêne précordiale, de la dyspnée, de la pâleur de la face, de l'anxiété. Souvent l'attention aura été attirée, depuis quelques jours, sur le cœur, en raison de la constatation de certains troubles du rythme cardiaque, d'un peu de tachycardie, quelquefois d'une ébauche de bruit de galop, de modifications du pouls, plus ample ou intermittent; enfin, l'on constatera le premier signe révélateur, l'*assourdissement* des bruits du cœur, quelquefois d'un seul, quelquefois des deux. Cet assourdissement est dû au boursouflement du bord libre des valvules, qui diminue la netteté de leur contact. Les bruits restent assourdis quelques jours, puis ils redeviennent plus nets, s'assourdissent à nouveau, et ne reviennent à la normale qu'après plusieurs tentatives analogues, lorsque l'endocardite est légère et se termine par la résolution.

Si l'endocardite se prolonge et évolue vers l'organisation de ces lésions, c'est-à-dire vers l'endocardite chronique, les bruits deviennent *durs*, tout en restant *éteints;* c'est alors le bruit analogue à celui que l'on ferait en frappant sur un tambour voilé de crêpe, puis le bruit cesse d'être éteint, il reste dur : c'est le bruit parcheminé. On entend, très fréquemment, des *souffles* à cette période : lorsque le malade en est à une première crise de rhumatisme, il faut bien se garder de prendre pour un souffle organique le souffle observé au niveau de la pointe ou de la base. Pour se constituer définitivement, une lésion mitrale ou aortique demande plusieurs semaines; aussi les souffles observés sont-ils le plus souvent des souffles anorganiques, extra-cardiaques, de pathogénie assez complexe. Comme l'a montré Potain, ces souffles ne sont cependant pas un symptôme négligeable; ils indiquent une modification réelle du tonus du cœur, et bien souvent ils précèdent l'apparition d'un souffle organique véritable.

Si l'on continue à ausculter systématiquement le cœur, une fois la crise aiguë de rhumatisme terminée, on assistera progressivement à l'installation des lésions définitives, mitrales ou aortiques, plus exceptionnellement au niveau du cœur droit, ce qui indique que, malgré la guérison apparente du malade, l'endocardite persiste à l'état subaigu. Il faut insister néanmoins sur la guérison avec disparition complète des symptômes observés plus souvent qu'on ne le croit chez l'enfant, spécialement à la suite d'endocardite bénigne rhumatismale ou consécutive à une fièvre éruptive : il est exceptionnel que l'endocardite rhumatismale bénigne soit l'origine d'accidents graves, immédiats (embolies, gangrènes), ou mortels, par thrombose intracardiaque. Elle n'en reste pas moins une affection de la plus haute gravité, en raison du passage à l'endocardite chronique, avec constitution d'une lésion valvulaire définitive au bout d'un temps plus ou moins long.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 99 — SAMEDI 31 AOUT 1912. 85e ANNÉE. SAMEDI 31 AOUT 1912. — N° 99.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le docteur Rouvière, agrégé, est institué, en outre, chef des travaux anatomiques, pour une période de cinq ans, à dater du 1er novembre 1912.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Clermont. — M. Bousquet, professseur de clinique chirurgicale, est nommé directeur, pour trois ans, à partir du 1er novembre 1912.

— Dijon. — M. Deroye, docteur en médecine, est institué pour une période de neuf ans suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— Marseille. — M. Aubert, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1912-1913, d'un cours d'anatomie.

— Poitiers. — M. Coulongeat, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1912-1913, d'un cours d'histoire naturelle.

— Rennes. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1912-1913, des fonctions de chef de travaux :

MM. Lefeuvre, professeur : Physiologie; Castex, professeur : Physique; Lenormand, professeur : Chimie; Houlbert, professeur : Histoire naturelle.

M. Véron, professeur de clinique obstétricale, est chargé en outre, pour l'année scolaire 1912-1913, de l'enseignement de la théorie et de la pratique des accouchements aux élèves sages-femmes.

M. Marquis, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1912-1913, de l'enseignement de l'anatomie, physiologie et pathologie élémentaires aux élèves sages-femmes.

XIIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE (Paris, 13-16 octobre 1912). — Les rapports sur les diverses questions proposées à la discussion ont été déjà remis à l'impression; ils seront distribués très exactement aux membres du Congrès vers le 15 septembre.

Pour recevoir ces rapports, comme pour bénéficier de la réduction de 50 p. 100 sur les chemins de fer, les confrères désireux de faire partie du XIIIe Congrès français de médecine sont instamment priés de s'inscrire au plus tôt en envoyant leur cotisation (vingt francs pour les membres adhérents, dix francs pour les membres associés) à la librairie Masson, 120, boulevard Saint-Germain ou à M. le docteur Thibierge, 64, rue des Mathurins.

Ceux qui ont l'intention de prendre part à la discussion des rapports ou de faire des communications particulières sont également priés de le faire savoir à M. le docteur Teissier, 142 bis, rue de Grenelle.

Indépendamment du nombre des adhérents déjà inscrits pour des communications sur des sujets divers, nous relevons parmi les confrères désireux de prendre part à la discussion des rapports (sur l'*oxalémie ou l'oxalurie*, sur les *colites infectieuses de l'enfant et de l'adulte*, sur la *thérapeutique des syndromes hémorragiques*) et des questions proposées par le bureau du Congrès (les *états anaphylactiques en clinique*, *la vaccination antityphique*), les noms de MM. Ludke (de Berlin); G. Etienne, Perrin (de Nancy); J. Carles (de Bordeaux); J. Courmont, A. Rochaix (de Lyon); Chantemesse, Granjux, Besredka, Achard, Renaud, Lafforgue, Lesné, Ch. Richet, Laroche, Saint-Girons, Flandin, P. Nobécourt, L. Tixier (de Paris).

Un bureau du Congrès est actuellement ouvert à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, toutes les après-midi de deux heures et demie à cinq heures et demie. A partir du 10 septembre, le bureau sera ouvert le matin de neuf heures à onze heures et demie, l'après-midi de deux heures à six heures et sera relié au réseau téléphonique.

HOMMAGE POSTHUME AU PROFESSEUR TROLARD. — Le Conseil municipal d'Alger vient de donner le nom de Trolard à l'une des rues de la ville. C'est un juste honneur rendu à celui qui fut l'un des maîtres de l'école française d'anatomie, et le fondateur de l'Institut Pasteur d'Alger.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la trente-quatrième semaine, 680 décès, au lieu de 717 pendant la semaine précédente et au lieu de 803, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Emile Gouchon, décédé à Buenos-Aires.

RENSEIGNEMENTS

HOPITAL DE DIEPPE. — Le poste d'interne est vacant pour le 10 septembre 1912.

Outre avantages en nature il est alloué 600 francs payables mensuellement, minimum d'inscriptions : 12.

Pour conditions d'admission et renseignements s'adresser au secrétaire-directeur.

REVUE GÉNÉRALE

LES TUMEURS DU MÉSENTÈRE

Par M. Pierre MOIROUD,
Interne des hôpitaux de Marseille.

I

Définition. — Par tumeur du mésentère, nous entendons toute tuméfaction développée entre les deux feuillets séreux du mésentère quelles qu'en soient la nature et l'origine.

Nous dirions volontiers tumeurs des mésentères, car nous ne devons pas comprendre seulement celles qui sont incluses dans le grand mésentère, mais aussi dans les mésos du gros intestin.

II

Historique. — Pendant fort longtemps les maladies du mésentère sont restées inconnues. Autrefois alors que l'obstétrique était laissée aux soins de matrones ignares, toute tuméfaction abdominale était attribuée chez la femme à la grossesse. Les cas de tumeurs mésentériques sont des trouvailles d'autopsie et n'ont jamais été diagnostiqués pendant la vie.

Asselli décrivit en 1622 les chylifères mésentériques et les ganglions auxquels ils se rendent. Cette découverte anatomique fut d'une portée immense et devint le sujet de nombreuses dissertations médicales. Seul le rôle des ganglions dans la production des tumeurs mésentériques fut admis et même exagéré.

Il faut arriver à Morgagni (1) pour trouver quelques observations exactes et quelques idées justes : certains caractères cliniques ne lui échappent pas, entre autres le contact des grosses tumeurs mésentériques avec la paroi abdominale. Quelques années plus tard Lieutaud (2) publie une série d'observations, énumération aride d'abcès, d'hydatides, de squirrhes, etc., sans aucun intérêt clinique.

A nouveau les médecins s'intéressent aux lésions ganglionnaires et se détachent de l'étude des lésions néoplasiques. Sauvages attribue toutes les tuméfactions mésentériques aux ganglions et se borne à l'étude des canaux lymphatiques. Cependant Pourtal (3) consacre à la question des pages où il fait preuve d'un sens critique très grand. Faisant un choix judicieux parmi les faits signalés par Lieutaud il donne une classification complète de ces tumeurs et leur assigne des caractères cliniques précis. Dans le chapitre consacré aux ganglions il distingue avec netteté les adénopathies primitives et secondaires.

Après le travail de Pourtal, la question qui nous occupe fut encore laissée de côté : peu de choses dans les ouvrages de Grisolle, de Jaccoud, dans les cliniques de Trousseau, de Bouillaud.

L'ère chirurgicale date des premières ovariotomies vers 1860. La chirurgie de l'ovaire ne fut pas la seule à bénéficier du nouveau procédé opératoire : les erreurs de diagnostic fréquentes appelèrent l'attention des chirurgiens sur les divers organes abdominaux. De nombreuses observations de tumeurs mésentériques prises pour des kystes de l'ovaire sont publiées. Péan (1) leur consacre un travail d'ensemble. Collet (2), sous l'inspiration du professeur Tillaux, prend pour sujet de thèse les kystes du mésentère, et l'un des premiers essaye d'établir les signes rationnels permettant d'arriver à un diagnostic exact.

Deux ans plus tard, Augagneur (3) dans sa thèse d'agrégation leur consacre un travail d'ensemble de grande valeur. Depuis, les chirurgiens sont familiarisés avec les tumeurs du mésentère. Il serait trop long de publier la liste de tous les auteurs qui en ont publié des observations, en insistant moins sur leurs caractères cliniques que sur leur nature anatomique, la technique opératoire et les difficultés trop souvent rencontrées au cours des observations. Insistons cependant sur les travaux de Bracquehaye (4), de Bégouin (5), de Quénu (6), de Timbal (7).

III

Anatomie. Embryogénie du mésentère. — Le mésentère est un vaste repli en éventail qui unit au rachis les anses du jéjuno-iléon. Chez l'adulte il est triangulaire, il présente un sommet tronqué (bord rachidien), une base large, mobile, plissée (bord intestinal), un bord supérieur, inférieur, deux faces latérales.

Le bord rachidien va obliquement du bord gauche de la deuxième lombaire à l'article sacro-iliaque droit. On y trouve, au milieu d'un tissu cellulaire abondant et à mailles lâches (tissu cellulaire rétropéritonéal) : les insertions du psoas, les piliers du diaphragme, la veine cave inférieure (œdème des membres inférieurs dans certains néoplasmes volumineux), le plexus solaire (shock, diarrhée incoercible après extirpation de kystes du mésentère), les ganglions lymphatiques sus-aortiques, la citerne de Pecquet et ses vaisseaux afférents.

Le bord libre ou base est très mobile. Il est adhérent à l'intestin sauf au niveau du hile de ce dernier où il existe une ligne intestinale sous-péritonéale entre les deux feuillets (zone de sonorité en avant des tumeurs du mésentère, occlusion par coudure ou compression de l'intestin par la tumeur).

Le bord supérieur, court, se continue avec le mésocôlon transverse, et laisse pénétrer les vaisseaux

(1) Morgagni. 1760.
(2) Lieutaud. *Historia anatomica medica* (sectio quinta : de mesenterico), 1767.
(3) Pourtal. *Cours d'anatomie médicale*, t. V, Paris, 1803.

(1) Péan. *Diagnostic et traitement des tumeurs abdominales et du petit bassin*, t. I, 1880.
(2) Collet. *Essai sur les kystes du mésentère*, Th. de Paris, nº 178, 1884.
(3) Augagneur. *Des tumeurs du mésentère*, Th. d'agrégation, Paris, 1886.
(4) Bracquehaye. Des kystes du mésentère, *Arch. gén. de méd.*, 1892, p. 291 et 572.
(5) Bégouin. Traitement des tumeurs solides et liquides du mésentère, *Revue de chir.*, 1898, p. 204 et 646.
(6) Quénu. *Traité de chir.* Duplay et Reclus, t. VII.
(7) Timbal. Les kystes sanguins du mésentère, *Revue de chir.*, 1910, t. I, p. 65 et 227.

mésentériques alors qu'ils ont croisé la face antérieure du duodénum.

Le bord inférieur, de peu d'étendue, maintient dans la fosse iliaque droite le cæcum et la fin de l'iléon ; il se replie à droite sur le cæcum et l'appendice, et va former à gauche le feuillet droit du méso-côlon iliaque.

Il existe entre les deux lames péritonéales un tissu cellulaire, lâche, abondant surtout vers la colonne lombaire. Il communique en haut avec celui qui entoure le pancréas, en bas avec celui du petit bassin (kystes venant des organes voisins et se développant entre les deux feuillets du mésentère). On trouve dans ce feutrage cellulaire : des veines tributaires du système porte (coïncidence des kystes hydatiques du mésentère et du foie) ; des artères (sphacèle de l'intestin par compression ou section de ces vaisseaux); des vaisseaux et ganglions lymphatiques; des plexus sympathiques destinés au grêle (paralysie intestinale par compression).

Embryologiquement le mésentère est une formation entièrement mésodermique. Après clivage du mésoderme en deux lames, l'une la lame fibro-cutanée s'accolant à l'ectoderme pour former avec lui la paroi primitive du corps ou somatopleure, l'autre, lame fibro-intestinale s'accolant à l'entoderme en formant la splanchnopleure ou paroi primitive du tube intestinal, le mésentère est représenté par la partie la plus externe de la splanchnopleure. Sa portion interne est destinée à produire l'intestin dont l'épithélium et les glandes sont de nature endodermique.

Mais en arrière, sur la ligne médiane, là où n'a pas lieu le clivage, la lame externe de la splanchnopleure se repliant se continue avec la lame interne de la somatopleure (péritoine pariétal) formant ainsi la partie du mésentère qui n'est pas adhérente à l'intestin. Les deux feuillets ainsi formés s'adossent, limitant entre eux une masse de mésoderme d'où naîtront tous les organes que nous avons décrits entre les deux feuillets séreux.

Enfin à sa racine, on trouve de chaque côté de son insertion rachidienne trois organes qui se forment un méso en soulevant le péritoine pariétal ; ce sont, de dedans en dehors, la glande génitale et les conduits accolés de Wolff et de Müller, qui constituent l'éminence germinative de Waldeyer. A ce niveau l'épithélium péritonéal n'est plus aplati comme ailleurs, il est columnaire et ses cellules par différenciation ultérieure donneront naissance soit aux épithéliums des organes génitaux, soit aux cellules germinatives primitives elles-mêmes, mâles ou femelles ; c'est l'épithélium germinal. Ces organes seront l'origine des tumeurs congénitales.

IV

Etiologie. — Nous ne savons que peu de choses et d'une manière très imprécise sur l'étiologie des tumeurs mésentériques. Les kystes ne sont plus exceptionnels (Bracquehaye en comptait 104 cas seulement); ils s'observent à tout âge de quatre mois à quatre-vingts ans et sont plus fréquents chez la femme. Les plus fréquents sont les kystes séreux, les moins souvent observés, les parasitaires et dermoïdes. Le traumatisme est fréquemment cité dans l'étiologie ; son rôle est incontestable dans les kystes sanguins (Timbal).

Notre ignorance est encore plus grande pour ce qui est des tumeurs solides ; nous ne pouvons trouver dans leur étiologie aucune donnée précise.

V

Anatomie pathologique. Pathogénie. — Les tumeurs du mésentère se divisent en deux grandes classes : les tumeurs liquides et solides. Nous les considérerons successivement :

I. Tumeurs liquides. — Les kystes constituent la classe la plus nombreuse des tumeurs mésentériques; ils appartiennent à des formes anatomiques très diverses : aussi en a-t-on donné de nombreuses classifications. Avec Quénu nous les diviserons en quatre groupes : les kystes parasitaires, vasculaires, congénitaux et ceux qui proviennent d'organes voisins.

a. *Kystes parasitaires.* — Ils sont uniquement représentés par des kystes hydatiques. Ces formations n'offrent rien de particulier au point de vue anatomique ; leur constitution rappelle celle de toutes les poches hydatiques. Ils n'atteignent jamais un volume important, et cependant, comme le fait observer Bracquehaye, ils ont souvent causé des accidents aigus d'occlusion intestinale dus au siège de ces kystes dans les mailles des arcades vasculaires proches du bord intestinal. Ils peuvent subir des dégénérescences assez accentuées. Rarement primitifs, les kystes hydatiques du mésentère ne sont le plus souvent qu'un accident d'une invasion hydatique du péritoine et des organes voisins ; ils ont en effet coïncidé avec des kystes du foie [Gérard (1)], du grand et du petit épiploon (Bouilly), de la rate, du petit bassin.

b. *Kystes vasculaires.* — Ils comprennent deux classes : les kystes sanguins et les kystes séreux ; ces derniers étant de beaucoup les plus nombreux et les plus importants.

1. *Kystes séreux ou chyleux.* — Ce sont les plus connus. Leur forme est assez régulière, cylindrique ou allongée. Ce fait peut trouver son explication dans cette expérience de Gérard Marchant qui, injectant du suif entre les deux feuillets mésentériques, trouva que ce décollement était limité par les arcades vasculaires et les plicatures. Aussi ces kystes ont-ils des voisinages vasculaires très importants qui les rendent souvent dangereux à opérer et constituent même des contre-indications à leur extirpation : dans une observation de Delagenière, une veine atteignait le volume du pouce. A l'inverse des tumeurs hydatiques ils sont susceptibles d'acquérir un grand développement (celui d'une tête de fœtus à terme) en étalant le péritoine et l'intestin à leur surface.

Leur paroi, souvent libre d'adhérences, est de na-

(1) Gérard. *Kystes du mésentère*, Th. de Paris, 1876.

ture conjonctive. Carson (1) leur reconnaît trois couches : une couche externe, fibreuse ; une moyenne, conjonctive, avec des vaisseaux et des follicules lymphatiques ; une interne, endothéliale. Cette dernière est presque constante ; elle n'était pas admise par les anciens auteurs. Augagneur, Terrillon font de l'absence de cette dernière membrane un caractère de ces kystes.

Leur contenu est un liquide grumeleux, épais, d'un blanc laiteux contenant beaucoup d'albumine et de graisse sous forme de gouttelettes et des aiguilles cristallines (chlorure de sodium, carbonates et sulfates). Dans quelques cas, leur paroi peut présenter des altérations chroniques analogues à la pachyvaginalite : le contenu du kyste est alors brunâtre.

Leur origine a été bien longtemps discutée ; quelques auteurs les ont considérés comme des kystes hydatiques dégénérés ; d'autres (Péan), comme des bourses séreuses développées entre les deux feuillets du mésentère et distendues par un exsudat abondant. Pour la majorité des auteurs « leur *origine lymphatique* semble clairement ressortir de la présence de fentes lymphatiques, de tissu réticulé et de follicules clos dans leur structure » (Quénu). Ceci admis, la pathogénie n'en est pas moins obscure : dégénérescence ganglionnaire, dit Augagneur ; ectasie d'un canal chylifère, du canal thoracique, affirment d'autres qui parlent alors de kyste par rétention ; rupture d'un chylifère avec enkystement secondaire du chyle répandu entre les feuillets mésentériques, assurent des troisièmes ; il semble plus logique de les rattacher avec Küster à des malformations congénitales ; on les compare à de véritables lymphangiomes kystiques, pareils à ceux du cou et en communication primitive ou secondaire avec les chylifères. Cette théorie s'appuie sur ce fait qu'on a observé dans le mésentère des chylangiomes caverneux (2) formés de petites cavités communiquant entre elles et revêtues d'endothélium ; ils renfermaient un liquide ayant toutes les réactions du chyle.

2. *Kystes sanguins.* — Etudiés à diverses reprises par Bérard (3), Roques (4), Timbal (5) leur a consacré récemment, dans la *Revue de chirurgie*, un travail d'ensemble et en a rassemblé quarante-neuf observations.

Ce sont « des tumeurs kystiques développées entre les feuillets du mésentère et renfermant un liquide hématique ». Ainsi comprises, ces tumeurs ne constituent pas une variété spéciale des kystes du mésentère comme le sont les kystes chyleux ou séreux ; elles sont plutôt une complication qui transforme leur nature et leur évolution : un kyste séreux existait déjà quand, sous l'influence de causes variables, un épanchement sanguin s'est produit dans la cavité kystique et a modifié son contenu. A côté de ces kystes sanguins — *kystes vrais* — il en est d'autres résultant de la rupture d'un vaisseau mésentérique donnant une hémorragie qui s'enkyste primitivement ou secondairement entre les feuillets du mésentère : ce sont les *hématomes traumatiques*. Pour ceux-ci l'origine traumatique ne fait pas de doute : Nickalski a vu une violente contusion de l'abdomen être suivie des signes ordinaires de péritonite ; ils disparurent en peu de temps, mais deux mois après on constata l'existence d'un kyste hématique du mésentère. Ils sont produits aussi par le taxis forcé dans une hernie étranglée, ou spontanément par simple effort chez des cardiaques. Quant aux premiers, vrais kystes préexistants à l'hémorragie, ils ont été modifiés par elle, soit brusquement si le traumatisme est en cause, ou lentement s'il y a pachypéritonite hémorragique.

Différents par leur origine, ils le sont aussi dans leur constitution anatomique. Les premiers ont une paroi propre, bien limitée, épaisse, constituée par plusieurs tuniques. Nous les avons décrites à propos des kystes séreux. Notons toutefois qu'il peut se produire une hémorragie dans la paroi moyenne, fibro-conjonctive et vasculaire, subdivisée alors en plusieurs couches (1). Pour les seconds, les caillots forment en s'organisant la paroi du kyste tandis que le sérum en constitue le contenu ; ce dernier est d'ailleurs tantôt du sang pur ou un mélange de sang et de sérosité.

c. *Kystes congénitaux.* — Ils peuvent venir de restes du corps de Wolff (Augagneur) ou bien encore des diverticules de Remak (Iohlein), mais le plus souvent ce sont des kystes dermoïdes. Ceux-ci sont les plus rares (2) de toutes les formations kystiques développées entre les deux feuillets mésentériques. Ils siègent dans le mésentère, exceptionnellement dans les mésos du gros intestin. Leur paroi est épaisse et tapissée d'épithélium aplati, parfois cylindrique, leur contenu est variable ; on y trouve matière grasse, poils, os, dents. Le kyste rapporté par Ahrens, qui s'était développé dans le mésocôlon ascendant, contenait un estomac et 20 centimètres d'intestin ; sur la muqueuse de l'estomac il y avait deux ulcères ronds typiques. Dans un cas de Schutzer (3), il s'agissait d'un kyste dermoïde chez une jeune fille de quinze ans contenant douze dents.

On observe parfois des kystes mixtes, dermoïdes et mucoïdes à la fois, comme M. Launay (4) en a rapporté une très belle observation (celle de M. Schmidd) à la Société de chirurgie. Il y avait coexistence d'une tumeur de même nature sur l'ovaire gauche. Ces tumeurs sont en partie kystiques et en partie composées de tissus multiples, conjonctif, cartilagineux, osseux. Ces cas sont rares, puisque M. Launay n'en a réuni que quatorze.

Au point de vue pathogénétique, l'hypothèse la

(1) CARSON. *Journ. of amer. med. Assoc.*, juin 1889 et mai 1898.
(2) WEISCHELBAUM. In Th. Augagneur, p. 38, obs. I.
(3) BÉRARD. *Hématomes du mésentère*, Th. de Paris, 1888, n° 15.
(4) ROQUES. *Kystes sanguins du mésentère*, Th. de Lyon, 1900, n° 105.
(5) TIMBAL. Loc. cit.

(1) Obs. LEFLAIVE. In Th. Rouiller, Paris 1885.
(2) Cas de Eppinger, Schmidd, Wells, Mayer, Marie, Berthier et Milian, Federmann, König, Ahrens, Schutzer.
(3) SCHUTZER. In Lannelongue et Achard. *Traité des kystes congénitaux*, 1886.
(4) SCHMIDD. Rapport de M. Launay. Kyste dermoïde du mésentère, *Bull. de la Soc. de chir*, 1909, p. 1307.

plus vraisemblable est celle de l'inclusion fœtale.

d. *Kystes nés dans les organes voisins.* — Bracquehaye en indiquait la possibilité. On connaît aujourd'hui des cas non douteux. Ils proviennent du parovaire, du pancréas; il s'agit le plus souvent de la queue du pancréas, ou mieux de pancréas accessoires. Olinsky a décrit treize cas de pancréas accessoire; d'ailleurs chez certains animaux le pancréas se loge entre les deux feuillets du mésentère. Von Vizen (1) a publié l'observation d'un kyste développé dans la partie supérieure de la racine du mésentère, et dans la paroi duquel se voyaient de place en place des amas cellulaires rappelant les lobules pancréatiques; quelques-uns avaient la structure typique des îlots de Langerhans.

Enfin, une des variétés des « kystes juxta-intestinaux » décrite par Terrier et Lecène (2) évolue sous forme de kystes du mésentère. Ces kystes d'origine muqueuse ont la structure de l'intestin et ne sont qu'un diverticule séparé secondairement de la continuité intestinale. Ils siègent de préférence vers la fin de l'iléon, sont uniloculaires et ont un contenu filant, jaunâtre ou brunâtre.

II. Tumeurs solides. — Moins connues et plus rares que les kystes, elles se divisent en deux grands groupes : les tumeurs bénignes et malignes.

a. *Tumeurs bénignes.* — Ce sont les lipomes et les fibromes.

1. *Lipomes mésentériques.* — La laxité du tissu cellulaire, remplissant l'intervalle laissé par les deux lames séreuses du mésentère au niveau de la colonne vertébrale, laisse soupçonner la présence des tumeurs graisseuses de la région.

Le point de départ est le tissu cellulaire sous-péritonéal juxta-vertébral ou celui des fosses iliaques ou lombaires. Aussi Terrillon les appelle-t-il lipomes sous ou rétropéritonéaux, dénomination qui tend à prévaloir. Proust et Trèves (3) leur ont consacré une étude d'ensemble et divisent ces tumeurs rétropéritonéales en lipomes pariétaux simples, lipomes pariétaux périrénaux, lipomes mésentériques. Ils s'implantent par de larges surfaces et n'ont presque jamais de pédicules distincts. Leur développement est rapide et considérable si bien qu'ils atteignent un énorme volume. De tous les néoplasmes développés dans le mésentère les lipomes sont ceux qui atteignent les dimensions les plus considérables. Augagneur les range parmi les plus volumineuses tumeurs de l'économie. On en a cité qui pesaient jusqu'à 20 et 25 kilogrammes. Il est alors facile de comprendre les modifications qui surviennent dans la situation des organes abdominaux.

La nature anatomique de ces formations varie beaucoup. Il s'agit rarement de vésicules graisseuses seules; on dit alors que le lipome est pur. Le plus fréquemment on y trouve aussi du tissu fibreux et des parties muqueuses : le myxo-lipome est souvent rencontré, ainsi que l'angio-fibrolipome (1). Enfin, la calcification a été notée. Péan dut recourir un jour à la scie pour finir l'extirpation d'une tumeur dont le centre était transformé en une masse calcaire.

2. *Fibromes.* — Augagneur, terminant dans sa thèse la seule observation de fibrome du mésentère publiée par Péan, écrivait : « Cette observation est-elle suffisante pour ouvrir le chapitre des fibromes du mésentère ? » Depuis, des observations certaines ont été publiées; en 1911, J. Green (2), dans une communication au LXXIXe Congrès de l'Association médicale britannique, en rapportait trente-deux. Ces tumeurs sont constituées par des éléments fibreux et musculaires qui peuvent par place être infiltrés de sels calcaires ou ossifiés. Guinard (3) en a publié une très belle observation : l'examen histologique fait par Cornil conclut formellement à un fibrome ossifié. Les fibromes sont moins volumineux que les lipomes et se développent de préférence dans l'âge adulte.

b. *Tumeurs malignes.* — La majorité de ces tumeurs appartient à des localisations secondaires.

1. *Tumeurs secondaires.* — Ce sont des adénopathies secondaires soit à une tumeur maligne de l'intestin grêle le plus souvent, quelquefois des organes génitaux. Elles acquièrent alors un volume beaucoup plus considérable que la tumeur qui leur a donné naissance. Chez un malade de Poncet (4) dont toute l'histoire clinique se réduisait à la constatation d'une énorme tumeur du mésentère, l'autopsie montra un petit noyau sarcomateux de la tête de l'épididyme passé inaperçu dans la vie. Leur structure reproduit celle de la néoplasie épithéliale ou conjonctive primitive. Ces adénopathies peuvent succéder à la tuberculose intestinale et se présenter sous forme de masses volumineuses formées par le groupement de plusieurs ganglions autour desquels se sont organisés les processus de périadénite. Mais le plus souvent ces adénopathies froides consistent en des masses disséminées dans le mésentère qui constituent le carreau.

2. *Tumeurs primitives* (5). — Les plus rares. Ce ne sont pas des tumeurs très volumineuses : 500 à 600 grammes en moyenne. Ce qui les caractérise essentiellement c'est l'envahissement des tissus et organes voisins, la tendance aux métastases. Presque toujours il y a des adhérences péritonéales nombreuses, de la péritonite, de l'épanchement ascitique.

On rencontre des sarcomes revêtant le plus souvent le type fuso-cellulaire. Les tumeurs primitives, quand elles partent des ganglions, appartiennent au

(1) Von Vizen. Un cas rare de kyste mésentérique, *Journ. de chir.*, nov. 1911, p. 589.

(2) Terrier et Lecène. Un nouveau cas de kyste juxta-intestinal, *Revue de chir.*, 1904, n° 161.

(3) Proust et Trèves. Contribution à l'étude des lipomes rétropéritonéaux, *Revue de chir. et de gyn. abdom.*, 1908, n° 1, p. 93 à 160.

(1) Routier. Angio-fibrolipome du mésocôlon descendant, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1909, p. 523.

(2) J. Green. Tumeurs fibreuses du mésentère, *The Brit. med. Journ.*, 18 oct. 1911.

(3) Guinard. Volumineux fibrome ossifié du mésentère, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1906, p. 827.

(4) Poncet. In Th. Augagneur.

(5) Zmianoff (de Kieff). Etude sur les néoplasmes malins du mésentère, *Journ. de chir.*, 1911.

genre lymphome, lymphadénome, lymphosarcome. On y trouve enfin des embryomes ; leur pathogénie s'explique par ce que nous avons dit des débris embryonnaires annexés à la racine du mésentère; on y rattache les kystes dermoïdes. Mais on les rencontre aussi sous forme de néoplasme solide, de constitution anatomique curieuse, comprenant des tissus fibreux, des masses graisseuses, calcaires, osseuses, des cartilages. La Mininzone (1) rapporte un cas de fibro-chondrome du mésentère (le seul cas connu, paraît-il) de consistance dure, d'aspect brillant et comme cartilagineux; au microscope, il était formé d'une capsule fibreuse entourant une masse de cartilage fibreux et hyalin suivant les points.

III. Modifications des tissus et des organes voisins. — Toutes ces tumeurs ou ces kystes peuvent être entourés d'un tissu cellulaire lâche qui facilite leur extirpation, ou bien d'un tissu conjonctif épaissi, dense, qui la rend pénible.

Des adhérences sont parfois rencontrées qui les unissent au rachis, à la veine cave, à l'aorte, au rein, qui sont un danger pour leur ablation, qui parfois la contredisent même.

Ces tumeurs se développent entre les deux feuillets du mésentère qu'elles dédoublent; l'intestin est presque toujours situé au-devant d'elles ou sur leur côté, les croisant en écharpe ou les encadrant comme une collerette; tantôt il conserve sa forme et son volume, étant simplement appliqué sur elles par le péritoine; tantôt on ne peut le distinguer et ne le reconnaître qu'avec peine, perdu qu'il est au milieu de nombreuses adhérences. C'est le grêle qu'on rencontre le plus souvent, mais pour peu que ces tumeurs mésentériques soient volumineuses elles se développent dans les mésocôlons et les côlons; le cæcum et son appendice peuvent se fixer au-devant d'elles.

Fort souvent elles sont entourées d'un riche réseau vasculaire; il peut être formé de vaisseaux du volume d'une plume d'oie, de l'humérale, ou même de celui du pouce (Delagenière), sources d'hémorragies abondantes et sérieuses au cours de l'intervention.

Quant au feuillet péritonéal qui les recouvre, il est soit intact, très mobile, ou épaissi, adhérent, ne pouvant être séparé de la tumeur.

VI

Symptomatologie. — On distingue trois périodes dans l'évolution de ces tumeurs.

1° Période de latence. — Elle est souvent fort longue. Parfois même ce stade n'est pas dépassé et la tumeur est une trouvaille d'autopsie. Le malade accuse des sensations douloureuses plus ou moins intenses, à siège varié (régions hépatique, épigastrique, iliaque, voire même thoracique), mais prédominantes au niveau de l'ombilic. Rarement continues, elles reviennent par accès, par paroxysmes, sous l'influence du mouvement, de la fatigue, de la digestion. Chez la femme, l'influence de la grossesse est manifeste : nous avons trouvé dans certaines observations la recrudescence et la violence des crises après un état gravide; chez elle l'aménorrhée ou la dysménorrhée est fréquente au début de la tumeur (Péan, Demons, Portal) et est presque un symptôme constant. D'autres fois ce sont les phénomènes gastro-intestinaux qui ouvrent la scène (anorexie, vomissements, diarrhée, constipation) ou un amaigrissement assez rapide ; il s'agit alors le plus souvent de tumeurs malignes. Enfin, si la tumeur est stationnaire, elle peut être indolente et fort peu gênante.

2° Période d'état. — Elle est indiquée par l'accroissement des douleurs et l'apparition d'une tumeur. Les accès douloureux sont de plus en plus fréquents et aigus : ils paraissent en effet liés aux dimensions de la tumeur ou mieux à la rapidité de son évolution, si bien que les deux phénomènes cliniques sont généralement contemporains.

Le lieu d'apparition le plus souvent noté est du côté droit au niveau de l'ombilic. Cette notion a une certaine importance au point de vue du diagnostic, d'autant plus qu'au moment où l'on voit le patient le néoplasme a souvent pris une telle étendue, qu'il n'est pas possible de préciser quelle a été sa situation du début : c'est le cas des gros lipomes mésentériques. A côté de ces productions énormes, il est d'autres tumeurs dont le volume reste beaucoup plus limité et que l'on peut localiser, ordinairement au voisinage et au-dessous de l'ombilic; le type en est le kyste mésentérique. Le maximum de saillie de la tumeur est périombilical, ce qui donne au ventre une forme en carène; si au crayon dermographique on marque le point culminant de l'abdomen, on voit que les rapports de ce point avec la paroi changent pendant les grandes inspirations bien que la tumeur ne s'abaisse que très peu (Tillaux).

La mobilité particulière de ces tumeurs est un symptôme signalé par tous les auteurs ; mais elle est transitoire et disparaît avec le développement trop considérable du néoplasme ou avec la formation d'adhérences. Cette mobilité permet de faire passer la tumeur d'un côté à l'autre au-devant du rachis; elle sera d'autant plus grande que le point d'implantation sera plus éloigné de la colonne vertébrale. Elle s'observe surtout dans le sens transversal, et si la tumeur est petite on peut rencontrer une mobilité en tous sens. Enfin, si l'on met le malade en Trendelenburg, on sent le kyste fuir ou disparaître sous le diaphragme, ce que ne fait complètement aucune tumeur de l'abdomen.

La palpation donne des résultats variables suivant la nature du néoplasme; la surface est lisse, arrondie, de contours nets, de consistance élastique ou fluctuante si c'est un kyste ; d'autres fois l'on sent des parties de consistances diverses, mollesse en certains points, dureté ailleurs. La fluctuation est un signe infidèle, puisqu'elle a été observée dans les lipomes mésentériques (Augagneur). On a signalé aussi la transmission des battements de l'aorte lorsqu'on place la main à plat sur l'abdomen.

La percussion que Tillaux a bien étudiée est un moyen d'exploration de grande valeur. Théoriquement il devrait y avoir au-devant de la tumeur une

(1) La Mininzone. Fibro-chondrome du mésentère, *Journ. de chir.*, 1911.

zone de sonorité, des anses intestinales étant interposées entre elle et la paroi. Mais pour peu que le néoplasme soit volumineux il comprime les anses intestinales et les vide des gaz qu'elles peuvent contenir. Celles-ci sont refoulées sur les côtés et l'on observera alors une zone de matité centrale entourée d'une couronne sonore. Toutefois ce que l'on peut établir de plus général, c'est qu'il existe une zone de sonorité entre la limite inférieure de la tumeur et le pubis. Ce symptôme élimine les tumeurs du petit bassin, mais il peut manquer lorsque le kyste entraîné par son propre poids plonge derrière la symphyse. Peut-être alors par la position de Trendelenburg pourrait-on faire apparaître alors cette région sonore.

L'auscultation ne donnera que des renseignements peu précis; on peut entendre en avant du néoplasme des borborygmes pathognomoniques de la présence d'une anse intestinale.

Le toucher rectal et vaginal ne doivent donner normalement aucun résultat. Quant aux signes d'exploration physique nous n'en dirons que peu de chose : la ponction simple est formellement à rejeter; la radiographie, qui pourrait donner des renseignements dans les cas de tumeurs à noyaux dégénérés, n'a jamais été employée.

3° PÉRIODE TERMINALE. — Nous l'étudierons dans un des chapitres suivants, car elle est essentiellement liée aux complications. *(A suivre.)*

ACTUALITÉS

LE LANGAGE ET LA VERBOMANIE. ESSAI DE PSYCHOLOGIE MORBIDE

Voici une manifestation psychopathique qu'il importe de connaître.

Les altérations du langage sont fréquentes et ont été l'objet de très nombreux travaux, au point de vue anatomo-clinique aussi bien que de la part des psychologues. Une des formes les plus répandues, les plus faciles à observer et pourtant l'une de celles dont la place est le moins précisée dans la psychologie morbide, consiste dans le développement excessif de la faculté de la parole, dans le « gigantisme du langage ». C'est à elle que M. Ossip-Lourié vient de consacrer une très intéressante étude (1), c'est elle qu'il désigne sous le nom de *verbomanie*.

Il s'agit, écrit-il, d'une « affection dont le caractère principal est un entraînement irrésistible à parler et à discourir. C'est une tendance pathologique, d'où la conscience et la volonté ne sont pas toujours bannies, à jongler avec des paroles, du sens desquelles on ne se rend pas exactement compte; c'est une tendance constitutionnelle qui pousse certaines catégories d'individus dont le nombre augmente de plus en plus, à parler, à créer en paroles des situations dépourvues de réalité objective ou dont ils n'ont que des notions vagues, empruntées, jamais personnelles, souvent pas même bien assimilées. La verbomanie est constituée, chez l'individu, par l'excès de durée et d'intensité et par le caractère anormal des manifestations verbeuses ».

La verbomanie se développe et s'étend dans les familles, dans les salons, dans les cercles et les cafés. Elle alimente trop souvent la conversation, elle édifie et colporte l'opinion publique, elle envahit l'art oratoire; la phraséologie est la base des réunions publiques et la charpente des discours politiques. Chez la femme elle trouve naturellement et presque toujours son plus bel épanouissement spontané.

M. Ossip-Lourié, avec beaucoup de finesse d'observation, passe en revue, dans un chapitre agrémenté de citations des meilleurs auteurs, les manifestations variées que réalise la verbomanie chez les différents peuples. Tout est à lire dans l'analyse piquante qu'il donne de ces caractères et dans le parallèle judicieux qu'il trace des Français et des Latins d'une part, des Anglais, des Allemands et des Russes d'autre part.

La verbomanie est une tendance morbide qui a son étiologie : l'auteur la trouve dans les défauts de la pédagogie familiale, les vices de l'instruction scolaire, le prestige de la phraséologie dans la société, les abus des dissertations, des conférences, des discours parlementaires; elle procède de l'imitation, de la répétition, puis de l'automatisme verbal.

Elle a aussi sa thérapeutique et surtout sa prophylaxie dans l'éducation. « La verbomanie s'éliminera d'elle-même dès que diminuera l'importance sociale qui y est attachée. L'isolement temporaire est le seul moyen curatif. Le silence est nécessaire. Nous sommes malades, moralement et socialement, parce que nous parlons trop. La supériorité de l'homme se mesure à sa faculté de supporter la solitude et de savourer la sérénité féconde du silence. La parole n'est une force que quand elle est l'expression d'une pensée mûrie et condensée dans le silence. » Tout ceci est fort bien, mais pour ma part je ne suis pas aussi optimiste que l'auteur. Je ne crois pas proche le temps où les hommes, et surtout les femmes, renonceront à la satisfaction d'un besoin factice. Une tendance morbide, si voisine dans son essence d'une perversion instinctive, ne disparaît pas si facilement; l'époque où « l'art oratoire se réfugiera dans les cirques » est, je le crains, bien éloigné de nous sur qui sévissent tant de conférenciers et qu'étourdissent tant de bavardes.

Certains reprocheront peut-être à M. Ossip-Lourié l'emploi d'un mot nouveau, alors qu'existent déjà dans la langue courante et dans le vocabulaire scientifique des expressions telles que la loquacité, le bavardage, le verbiage, la logorrhée, la verbigération. Pour moi, je m'en garderai bien : il a voulu désigner par ce vocable non seulement les faits du langage immodéré, mais la tendance morbide et foncière qui les explique. La verbomanie me paraît être au bavardage ce qu'est la mythomanie au mensonge.

Qu'on ne reproche pas non plus à l'auteur de n'être pas complet; il ne pouvait voir et décrire en psychiatre toutes les formes cliniques et leurs rapports avec les psychoses et les différents modes de la déséquilibration mentale. Il s'en est d'ailleurs gardé avec raison. Il n'a voulu, dit-il, que tracer un cadre assez large et aux contours assez nets pour permettre aux faits et aux recherches ultérieures d'y prendre place. Il y a parfaitement réussi. Son livre est excellent; on ne saurait trop en recommander la lecture à un peuple qui bien souvent « cultive trop l'art de parler et laisse s'atrophier l'art d'agir ». P. CAMUS.

(1) In-8 de 275 pages. — Prix : 5 francs. — Paris, F. Alcan.

Un remède contre la coqueluche. (*Cronica medica*, 10 nov. 1911, n° 543.) — Le docteur REMIGIO LOZANO a, paraît-il, obtenu des succès extraordinaires dans la coqueluche grâce au procédé très simple que voici. On fait un mélange avec :

Salicylate de méthyle........	2 parties.
Eucalyptol..................	1 partie.

On en répand 4 ou 5 grammes le soir dans la chambre à coucher du malade, et on agit de même deux fois pendant la journée dans la pièce où il se tient. L'auteur de la méthode affirme que les vapeurs émises par ce mélange calment presque instantanément les quintes de la coqueluche, et que celle-ci guérit en quelques jours. C'est sur ses trois enfants que le docteur Remigio Lozano a obtenu ses premiers succès.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

LIVRES NOUVEAUX

Technique chirurgicale infantile. Indications opératoires. Opérations courantes (1), par le docteur L. OMBRÉDANNE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Bretonneau.

Ce qui caractérise l'excellent ouvrage que M. Ombrédanne vient de publier, c'est qu'il constitue une œuvre entièrement personnelle. Il ne s'agit pas d'une copieuse compilation surchargée de bibliographie, mais un exposé clair, concis, méthodique de la technique des opérations spéciales à l'enfant telles que l'auteur les pratique chaque jour dans son service. « Pour chaque opération, dit-il, nous conseillons un seul procédé, toujours choisi d'après notre expérience : aussi n'est-ce pas là une simple énumération de procédés ou de sous-procédés, mais l'exposé, le plus clair possible, de la technique que nous pensons, dans chacun des cas envisagés, être la meilleure. » Une première partie est consacrée aux généralités; remarquons comme les plus personnels les articles sur l'anesthésie à l'éther avec l'appareil de l'auteur dont l'usage est si répandu maintenant, l'anesthésie au chloroforme par insufflation nasale pour les opérations de la bouche et de la face, la désinfection au chloroforme iodé, l'emploi de pinces écartantes et à tractions d'un modèle particulier, le dispositif d'aspiration du sang pour certaines interventions, le mode de protection du champ opératoire, la suture de la peau.

La seconde partie contient les opérations effectuées sur la bouche, la face, l'oreille, le cou, le rachis, la poitrine, l'abdomen, le rectum, l'anus, la vessie, l'urètre, les membres supérieurs et inférieurs. Parmi celles dont M. Ombrédanne a modifié et amélioré la technique, il faut citer les uranostaphyllorraphies, la ponction des abcès froids, la hernie ombilicale des enfants, l'hypospadias, la cryptorchidie, le pied bot congénital. La simplicité de la description, la clarté des figures rend la lecture de cet ouvrage étonnamment facile et attrayante. Ceux qui fréquentent le service de M. Ombrédanne peuvent seuls se rendre compte du labeur incessant et de quelle intelligente ingéniosité cette simplicité de technique est le résultat.

M. LANCE.

Le Traitement de la paralysie spinale infantile (2), par le docteur Oscar VULPIUS, professeur extraordinaire à l'Université d'Heidelberg. Traduction du docteur MENIER.

Cet important ouvrage est un véritable traité des paralysies infantiles.

Le traitement général du stade aigu et de réparation de la première année, l'appareil orthopédique et surtout la chirurgie des paralysies fournissent autant de chapitres remarquablement documentés. Ce dernier est particulièrement important, il comprend : 1° la suppression des contractures et déformations; 2° le rétablissement de la fonction par greffe musculaire, greffe tendineuse, arthrodèse, enfin greffe nerveuse et celle-ci est envisagée successivement pour les principaux troncs nerveux.

Enfin, dans la seconde moitié de l'ouvrage chaque type de paralysie infantile est l'objet d'une étude spéciale (cyphoses, lordoses, scolioses, pieds bots, pieds plats, pieds talus, etc.).

Ce livre réunit de façon remarquable de précieuses indications sur la thérapeutique, la technique opératoire, les indications et les résultats des transplantations musculo-tendineuses et des opérations sur les nerfs dans la paralysie infantile.

G. LEGROS.

(1) Un vol. in-8 de 342 p. avec 216 fig. dans le texte. — Prix : 7 francs. — Paris, Masson et Cie.

(2) Un volume avec 243 fig. — Paris, J. Rousset.

Traitement prophylactique de la phtisie, et autres affections des voies respiratoires (1), par le docteur René COÜETOUX.

La méthode que l'auteur préconise est la « thérapeutique aérienne antiseptique ». Elle est basée sur ce principe que le milieu dans lequel vit un tuberculeux devient insalubre pour le malade lui-même et pour tous ceux qui vivent auprès de lui. Il est donc nécessaire d'enrayer cette continuité d'action morbide en aseptisant continuement le milieu infecté. Cette antisepsie aérienne peut, d'après l'auteur, être aisément réalisée grâce à des formules qu'il indique.

A. GAULLIEUR L'HARDY

(1) Une broch. de 100 p. Deuxième édition. — Paris, O. Doin.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 20, 16 mai 1912.) BRÜNINGS : Diagnostic et traitement des corps étrangers des voies aériennes. — ARNHEIM : Méthode simplifiée de culture du spirochæte pallida. — CIHUN : Sur l'élévation de la résistance contre la tuberculose. — KRÖNIG et GAUSS : Traitement des myomes par les rayons de Röntgen. — BUIG : La localisation des affections cérébelleuses. — IMPELS : Pharmacologie du luminal. — LŒWE : Expériences cliniques avec le luminal. — SCHNIDLER : Technique et action de l'injection intramusculaire de Joha. — MEYER : Salvarsan et paralysie. — NŒHLE : Petit appareil adjuvant pour les injections de salvarsan. — FEILCHENFELD : Lésions oculaires par observation de l'éclipse de soleil. — BERGER et SCHWAB : Chirurgie des vaisseaux.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 21, 21 mai 1912.) BEHRING : Importance clinique de la doctrine de l'hypersensibilité aux protéines. — WOLF-EISNER et VERTES : Les manifestations d'hypersensibilité par les substances albuminoïdes autogènes et leur importance clinique. — FRAENKEL : Le pseudomyxome du péritoine. — KLOTZ : Etiologie du rachitisme. — KANNENGIESSER : Nos résultats actuels avec le salvarsan. — HOFFMANN : Les sels de calcium dans l'asthme et la fièvre des foins. — SCHMITT : Perforation du rectum pendant la bronchoscopie. — BIRRENBACH : Contribution à l'action de l'hormonal. — BODE : Sténose des deux uretères, par un corps étranger du vagin. — FRANKENSTEIN : Dilatation instrumentale de l'orifice vulvaire. — MENZ : Nouveau tympan artificiel. — SPIETHOFF : Salvarsan et système nerveux.

Paris médical. — (N° 23, 4 mai 1912.) GRÉGOIRE et HEITZ-BOYER : L'urologie en 1912. — LEREBOULLET et CHABROL : Les maladies des reins en 1912. — LEGUEU : L'âge de la prostatectomie. — MICHON : Limites des indications de la néphrectomie dans la tuberculose rénale. — DESGREZ : Le dosage de l'urée dans l'urine et dans le sang. — ORAISON : Traitement chirurgical des anuries. — PASTEAU : Les calculs de la vessie et la prostatectomie. — (N° 24, 11 mai.) René GAULTIER : Technique pratique de l'examen des fèces. — C. ROEDERER : Les pseudarthroses flottantes de la hanche simulant la luxation congénitale. — L.-A. AMBLARD : De l'hypertension artérielle.

Pédiatrie pratique. — (N° 13, 5 mai 1912.) O. COZZOLINO : Les morts subites chez les enfants. Sur les morts subites dites thymiques. — J. COURMONT, P. SAVY et CHARLET : Six cas d'érythème noueux. Discussion de leur nature tuberculeuse. — A. PIC : Erythème noueux et tuberculose. — TRIBOULET et Mlle DE JONG : Pseudo-occlusion intestinale et septicémie à pneumocoques. — (N° 14, 15 mai.) G.

LANZA : Les morts subites chez les enfants à l'exclusion des morts dites thymiques. — H.-L. ROCHER : Famille présentant des exostoses ostéogéniques multiples. — (N° 15, 25 mai.) PERUZZI : La spasmophilie dans l'enfance.

Presse médicale. — (N° 36, 1er mai 1912.) LANDOUZY, GOUGEROT et SALIN : Démonstration et pathogénie des arthropathies bacillaires, séreuses et congestives. —(N° 37, 4 mai.) B.-A. HOUSSAY et M. IBANEZ: Applications thérapeutiques de l'action exercée sur les fibres musculaires lisses par le principe actif de l'hypophyse. — Ch. LENORMANT : Note sur 11 cas de prolapsus du rectum traités chirurgicalement. — (N° 38, 8 mai.) E. JUVARA : Emasculation totale. — (N° 39, 11 mai.) E. BONNAIRE : La consultation obstétricale de nourrissons. — Ch. RICHET fils et F. SAINT-GIRONS : Pathogénie de l'entérite typhique. — (N° 40, 15 mai.) GAUCHER : Leçon sur le traitement de la syphilis. — (N° 41, 18 mai.) L. HALLION : Les hormones. — Aug. PETTIT : Transformation lymphoïde au cours des trypanosomases. — (N° 42, 22 mai.) Paul RECLUS : Sur trois observations d'angine de Ludwig. — (N° 43, 25 mai.) P. ALGLAVE : Résultats immédiats et éloignés de la résection totale des varices essentielles superficielles des membres inférieurs. — (N° 44, 29 mai.) KIRMISSON : Trois cas de genu recurvatum.

Province médicale. — (N° 18, 4 mai 1912.) JACQUES : Sur un point de technique opératoire dans la cure de l'antrite fronto-ethmoïdale purulente. — Jean FABRE : Sur la maladie et la mort d'Henriette d'Angleterre. — (N° 19, 11 mai.) JACQUEMET : La détermination des albuminoïdes dans la réaction de Roger. — Ch. BARACHON : Une nouvelle source thermo-minérale en Lorraine : la source Lanternier au parc Sainte-Marie (Nancy). — MOTHES : Un cas d'infection généralisée guérie par la méthode de Wright. — (N° 20, 18 mai.) L.-A. AMBLARD : Traitement de l'hypertension artérielle permanente. — L. THÉVENOT et P. MICHEL : Un cas de septicémie hémorragique au cours d'une blennorragie. — L. FUSTER : Usage du pulvérisateur pour les pansements et applications médicamenteuses. — (N° 21, 25 mai.) André BINET : Essai de traitement de l'érysipèle par les badigeonnages à la teinture d'iode. — SARVONAT et CRÉMIEU : Bromuration et déchloruration. Nouvelles recherches expérimentales.

Revue de chirurgie. — (N° 5, 10 mai 1912.) VAUTRIN : L'exclusion du duodénum dans la cure de l'ulcère sous-pylorique. — X. DELORE et H. ALAMARTINE : A propos de deux cas de sténoses sus-cæcales avec péricolite membraneuse. — Andrea MARRO (de Turin) : Des exclusions ouvertes, partielles et totales du gros intestin (27 fig.). — A. VIGNARD et L. ARNAUD : L'injection intrapéritonéale d'huile camphrée à 1 p. 100 dans le traitement des péritonites diffuses aiguës. — Pierre MOCQUOT et Jack MOCK : Le traitement des métrites chroniques par les injections de chlorure de zinc. — BARTHÉLEMY et MIRAMOND DE LAROQUETTE : Les lésions traumatiques du testicule et de l'épididyme. — J. GUYOT et A. PARCELIER : Contributions à l'étude du traitement chirurgical des tumeurs primitives de la plèvre et du poumon [*fin*] (6 fig.).

Revue de médecine. — (N° 5, 10 mai 1912.) JEANSELME et Paul CHEVALLIER : Recherches sur les méningopathies syphilitiques secondaires cliniquement latentes (2 fig. et 5 graphiques). — Henri LABBÉ : Recherches sur la dépancréatisation. Troubles spéciaux de la nutrition chez un chien partiellement dépancréaté [*suite*] (3 fig.).

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 18, 4 mai 1912.) H. LAVIELLE : De la nécessité de soumettre au contrôle de la laryngologie les études professionnelles des chanteurs. — (N° 19, 11 mai.) H. LUC : L'anesthésie locale par infiltration en oto-rhino-laryngologie. — (N° 21, 25 mai.) ESCAT : Fibrome naso-pharyngien à insertion endo-nasale et à prolongement ptérygo-maxillo-zygomatique en traitement depuis cinq ans. Considération sur les voies d'accès vers l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire.

Revue médicale de l'Est. — (N° 9, 1er mai 1912.) A. RAOULT : Rééducation « Anakinésie » de l'ouïe par la méthode électro-phonoïde (*suite*). — (N° 10, 16 mai.). COULET et GUILLEMIN : Deux cas de complications septicémiques d'otite moyenne suppurée. — A. RAOULT : Rééducation « Anakinésie » de l'ouïe par la méthode électro-phonoïde (*fin*).

Riforma medica. — (N° 19, 11 mai 1912.) Prof. A. MURRI : Les névroses par traumatisme. — F. PENTIMALLI : Les modifications de la mécanique respiratoire déterminées par l'embolie pulmonaire. — (N° 20, 18 mai.) Prof. A. MURRI : Les névroses traumatiques. — M. DARDANELLI : Les contusions de l'abdomen avec rupture sous-cutanée de la paroi. — (N° 21, 25 mai.) D. GIORDANO : L'abcès du foie. — G. GAGLIO : L'association du chlorhydrate de quinine avec l'éthyl-uréthane pour l'administration de la quinine par voie hypodermique. — M. DARDANELLI : Les contusions de l'abdomen avec rupture sous-cutanée de la paroi.

Semaine gynécologique. — (N° 19, 7 mai 1912.) PICHEVIN : Curettage explorateur et épithélioma de l'utérus. — (N° 20, 14 mai.) A. LUCAS : Diagnostic précoce de la grossesse par les changements de forme et de consistance du segment inférieur de l'utérus et par la mobilité latérale anormale du col utérin. — (N° 21, 21 mai). LA TORRE : Colpo-périnéorraphie et amputation du col. — (N° 22, 28 mai.) PICHEVIN : Cinquantenaire de la première ovariotomie de Koeberlé à Strasbourg. — PESTALOZZA : Traitement chirurgical de la tuberculose génitale de la femme.

Semaine médicale. — (N° 19, 8 mai 1912.) L. AMBARD et André WEILL : La sécrétion rénale des chlorures. — (N° 20, 15 mai.) L. CHEINISSE : Les formes médicales de dilatation aiguë de l'estomac. — (N° 21, 22 mai). F. MOTY : Les thrombophlébites post-opératoires sont-elles de nature septique ? — (N° 22, 29 mai.) L. BARD : Des modifications du pouls veineux jugulaire et du pouls œsophagien dans les lésions du cœur gauche.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (Nos 9 et 10, 15 et 30 mai.) FOSSIER et J. COLANÉRI : Quelques complications de scarlatine durant l'épidémie de l'hiver 1911-1912 à l'hôpital de Reims.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 18, 2 mai 1912.) SCHIFF et ZAK : Recherches expérimentales sur la pathogénie de l'atrophie musculaire arthritique. — LUITHLEN : Sur la chimie de la peau. — JAWORSKI : Examen physique des malades en position ventrale. — V. ALDOR : Le traitement de la cholélithiase. — ZAVADIER : Examen de la sensibilité à la douleur des viscères abdominaux au moyen de la percussion. — ZIMMERN et COTTENOT : Influence de l'irradiation des capsules surrénales au point de vue physiologique et thérapeutique. — (N° 19, 9 mai.) PLEHN : Les tumeurs chez les animaux à sang froid. — WEISS : Sur le motif biochimique de la prédisposition du tissu pulmonaire à la tuberculose. — HARTSOCK : La vaccination antityphique. — KUSTIC : La suture vasculaire et son emploi. — (N° 20, 16 mai.) V. EISHR et LAUB : Mesures de viscosité du sang dans la tuberculose. — SGALITZER : Traitement des fistules par la pâte de bismuth de Beck. — ERDHEIM : Intoxication par le bismuth dans la méthode de Beck. — SPITZMÜLLER et PETERKA : L'héliothérapie en tuberculose et scrofulose chirurgicale. — PULAWSKI : Un cas de maladie d'Addison. — (N° 21, 23 mai.) HABERER : Un cas de carcinome dû aux rayons Röntgen. — KLAUSNER : Les lipoïdes dans le sérum des syphilitiques. — MILOSLAWICH : Tuberculose isolée de l'appendice. — ADLER : Traitement des maladies internes par le charbon animal. — DALMADY : Emploi thérapeutique des préparations de rhodium. — (N° 22, 30 mai.) SCHUT : Une nouvelle division de la tuberculose pulmonaire. — NEUMANN : Emploi des recherches sur l'immunité à la clinique de la tuberculose. — OPPENHEIM : Exanthèmes syphilitiques après le traitement par le salvarsan. — VON FRISCH : Sur le metatarsus varus congénital. — RELHI : Hémorragies graves et prolongées après l'ablation d'hypertrophies de la muqueuse nasale. — DAUTWETZ : L'installation des porteurs de radium à Saint-Joachimsthal.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 100 — MARDI 3 SEPTEMBRE 1912. 85e ANNÉE. MARDI 3 SEPTEMBRE 1912. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Sont nommés, pour l'année scolaire 1912-1913, chefs de travaux et de laboratoires :

I. *Travaux pratiques.* — Chimie :

M. Maillard, agrégé : chef (en remplacement de M. Desgrez, appelé à d'autres fonctions).

II. *Laboratoire de recherches et d'enseignement.* — Chimie :

M. Moog (Robert), licencié ès sciences physiques et ès sciences mathématiques : chef de travaux biologiques (en remplacement de M. Maillard, dont les fonctions expireront le 1er novembre 1912).

Pathologie externe :

MM. Lutembacher, docteur en médecine, licencié ès sciences : chef (en remplacement de M. Gaillard, dont les fonctions expireront le 1er novembre 1912) ; — Bordet, docteur en médecine : chef adjoint (en remplacement de M. Aynaud, dont les fonctions expireront le 1er novembre 1912).

III. *Laboratoires des cliniques.* — Clinique des maladies des voies urinaires (Necker) :

MM. Ambard, docteur en médecine : chef (section de chimie) ; — Verliac, docteur en médecine : chef (section de bactériologie et d'histologie) [en remplacement de M. Braun, dont les fonctions expireront le 1er novembre 1912].

ÉCOLES DE MÉDECINE. — REIMS. — M. le docteur Villemin, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé, pour l'année scolaire 1912-1913, d'un cours d'anatomie.

M. Langlet, professeur de physiologie, est nommé directeur, pour trois ans, à dater du 1er novembre 1912.

— MARSEILLE. — A la suite des concours sont nommés : Chef de clinique médicale, M. le docteur F. Monges ; chef de clinique chirurgicale, M. le docteur L. Clément ; chef de clinique obstétricale, M. le docteur E. Vayssière ; prosecteur d'anatomie et de médecine opératoire, M. P. Moiroud ; aide d'anatomie et de physiologie, M. Aubert.

M. le docteur J. Cotte, professeur suppléant d'histoire naturelle, est prorogé dans ses fonctions pour trois ans, à partir du 18 décembre 1912.

LA DIMINUTION DE LA NATALITÉ EN ALLEMAGNE. — Nous empruntons au *Matin* l'entrefilet suivant :

Dans un article publié par la *National Zeitung*, de Berlin, le docteur Julian expose de la manière suivante les principales causes de la diminution de la natalité en Allemagne.

« Ces causes, écrit-il, sont d'ordre social et pathologique. Ce sont les maladies secrètes, l'alcoolisme et la mortalité infantile. Rien que par les unions stériles, l'Allemagne subit une perte annuelle de 22 000 enfants : 48 p. 100 de ces unions stériles sont la conséquence de maladies secrètes.

Le nombre d'individus paralysés à la suite de l'avarie et devenus par ce fait même incapables de procréer s'accroît continuellement. Rien qu'en Prusse, on comptait, en 1907, 2 939 de ces paralytiques admis dans les hôpitaux.

L'alcoolisme chronique — et l'on compte en Allemagne plus de 300 000 ivrognes invétérés — produit à peu près les mêmes conséquences ou du moins provoque la dégénérescence chez les descendants.

Quant à la mortalité infantile, elle augmente dans certains centres dans des proportions effrayantes. L'année dernière, on a enregistré, dans la seule Bavière, 46 665 décès d'enfants de moins d'un an. »

A. G.

RENSEIGNEMENTS

HOPITAL DE DIEPPE. — Le poste d'interne est vacant pour le 10 septembre 1912.

Outre avantages en nature il est alloué 600 francs payables mensuellement, minimum d'inscriptions : 12.

Pour conditions d'admission et renseignements s'adresser au secrétaire-directeur.

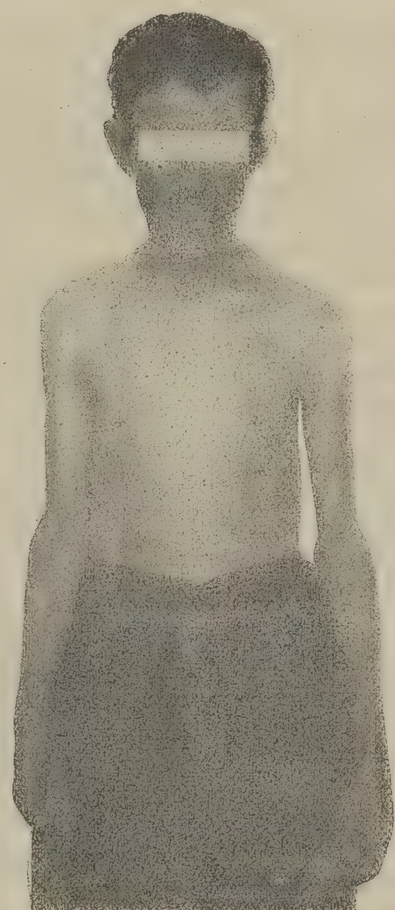
POLIOMYÉLITE ANTÉRIEURE

A DÉBUT SCAPULO-HUMÉRAL

CHEZ UN TUBERCULEUX SYPHILITIQUE

Par Mlle M. GIRAUD et M. C. GUEIT,
Internes des hôpitaux de Montpellier.

Durant notre passage à l'hôpital général nous avons eu l'occasion de voir un malade syphilitique, dont nous reproduisons ici l'observation et la photographie, chez lequel nous avons noté, à côté de signes de tuberculose nette et avancée, les symptômes d'une atrophie musculaire progressive à début scapulo-huméral.



P... (Justin), quarante-six ans, était entré à l'asile des vieillards et incurables de l'hôpital général en mars 1909, à la suite de plusieurs séjours à l'hôpital suburbain, pour tuberculose pulmonaire, avec fréquentes hémoptysies.

Depuis cinq ans environ que cette bacillose se serait déclarée, le malade aurait eu 4 ou 5 grandes hémoptysies. Il présente des stries de sang dans ses crachats.

Sans antécédents héréditaires à retenir, cet homme, alcoolique ancien, aurait eu un chancre, non soigné, à l'âge de vingt-huit ans. Quelques mois plus tard, roséole et maux de gorge. Depuis, aucune manifestation spécifique. Il ne se plaint que de quelques maux de tête nocturnes et de douleurs le long des membres inférieurs.

Lorsqu'il se présenta à nous, le malade était en pleine évolution d'une tuberculose cavitaire. Tout le poumon droit était infiltré et présentait une caverne en haut et en arrière. Le sommet gauche était induré. Il y avait de la pleurite à la base droite.

Les crachats contenaient des masses de bacilles de Koch.

Mais ce qui nous frappa le plus, c'était un amaigrissement énorme. Cette maigreur excessive de toute l'économie portait surtout sur les muscles du thorax, du cou et de la ceinture scapulaire avec prédominance du côté gauche. Les masses musculaires étaient comme fondues et les reliefs osseux sous-jacents étaient perceptibles aux travers de tissus raréfiés. Il y avait atrophie sans contracture.

L'étendue des mouvements était très limitée, surtout à gauche.

Le malade ne pouvait porter la main à son menton.

Les mouvements de pronation et de supination étaient lents mais possibles. La préhension était défectueuse et maladroite.

La force très diminuée, surtout à gauche.

Les réflexes abolis aux membres supérieurs.

La sensibilité égale partout. Il n'y avait pas de dissociation syringomyélique.

L'examen électrique montra une réaction de dégénérescence à tous les muscles de la ceinture scapulaire avec prédominance à gauche.

L'impotence allait en augmentant de jour en jour.

Le début de ces phénomènes remontait environ à janvier 1911. Le malade se serait aperçu alors d'une gêne dans les mouvements et d'une fatigue rapide de plus en plus marquée pour le moindre effort. En même temps il se serait vu maigrir.

Une sensation vague de fourmillement dans les membres aurait précédé ces manifestations.

En même temps et peu à peu les masses musculaires des épaules et du cou se fondaient lentement et le malade sentait très nettement ses forces l'abandonner.

Ces phénomènes ont toujours eu leur maximum à gauche.

On notait en octobre dernier une fonte presque complète des muscles des épaules et des bras. Les avant-bras avaient peu à peu été atteints par le processus atrophique ; les reliefs musculaires y étaient très atténués. A la main les éminences thénar et hypothénar étaient atrophiés, les interosseux disparus. La main, balante, avait l'aspect simiesque.

Au niveau du visage, la face amaigrie et excavée avait un masque lamentable. Les masséters atrophiés, le malade se plaignait de ne pouvoir mastiquer, tout effort étant devenu impossible.

L'amaigrissement avait gagné tout le corps, jusqu'aux muscles des gouttières vertébrales. Le malade restait tout courbé et ne pouvait redresser la tête. La marche était pénible et lente. Les membres inférieurs, amaigris, traînaient les pieds sur le parquet.

Les réflexes étaient diminués aux membres inférieurs. Il n'y avait pas de contracture, pas de trépidation épileptoïde.

La sensibilité était conservée partout.

Perte presque complète de l'appétit. Constipation, pas de troubles des sphincters.

Toux continue, avec expectoration hémoptoïque.

Oppression incessante.

Cœur bon. Artères dures.

Otite suppurée à droite.

Cet état de choses est allé en empirant. Le malade, cloué au lit pendant des mois, a fini par expirer aux progrès de sa bacillose et de la cachexie, dans une impotence à peu près complète, un an et demi après le début de son atrophie musculaire.

Nous avons cru intéressant de rapporter cette observation pour en souligner certains points.

Il nous paraît en effet que l'origine infectieuse de cette poliomyélite est indéniable. Elle est apparue en effet chez un alcoolique doublement infecté de syphilis et de tuberculose.

Or on sait combien il est difficile à l'heure actuelle de préciser la cause d'une forme donnée d'atrophie musculaire progressive. Depuis le tableau clinique d'Aran-Duchenne la poliomyélite chronique progressive a subi de grands démembrements.

Les tendances actuelles semblent vouloir retrouver à l'origine de beaucoup de ces myélopathies une cause infectieuse ou toxinienne. Les infections aiguës, rougeole (Nisemann, Eulenburg), rhumatisme articulaire aigu (Aushé, Friedreich), choléra (Friedburg), fièvre typhoïde (Mousson, Benedickt, Gérard), ont été incriminées.

Plus souvent on a noté une intoxication chronique, plomb ou alcool, mais il s'agit alors surtout d'atrophie névritique (Déjerine et Thomas).

Gille de la Tourette, Raymond, Niepce, Fournier ont accusé la syphilis.

La tuberculose ne semble pas avoir été observée.

Or dans notre cas quelle place doit-on lui réserver dans la genèse des accidents ?

Ici la syphilis paraît sinon éteinte, du moins bien ralentie, puisque le malade n'a pas eu d'accidents depuis vingt ans. Nous savons bien que le tertiarisme ne peut apparaître qu'après des rémissions aussi et beaucoup plus longues.

Mais dans cette poliomyélite s'agit-il d'un accident tertiaire ?

La tuberculose est au contraire en pleine activité et nous avons vu plus souvent encore ce malade pour sa tuberculose que pour sa syphilis.

Il est difficile néanmoins de se prononcer.

A un autre point de vue il est intéressant de noter le type scapulo-huméral qu'a pris cette atrophie à son début. Sans être une rareté cette forme ne répond pas au type décrit par Duchenne. Elle a été distinguée par Vulpian. Déjerine et Thomas en ont observé quelques cas; elle simule l'atrophie Landouzy-Déjerine.

Ce qui complète l'analogie de notre cas avec la myopathie progressive a été ici la participation de la face à l'atrophie.

On sait que l'existence de lésions des muscles de la face admise par Charcot et Raymond est absolument niée par Déjerine dans l'atrophie progressive myélopathique. Elles n'existeraient que dans la sclérose latérale amyotrophique.

L'étude de notre malade ne nous a pas permis de rattacher les troubles que nous avons observés à une sclérose latérale. Il n'y avait pas de spasmodicité et son évolution n'a pas présenté la marche relativement rapide que l'on relève dans cette maladie.

Notre malade n'est point mort en bulbaire.

Nous pensons donc que dans cet ensemble il nous a été donné d'observer une *atrophie musculaire progressive type scapulo-huméral de Vulpian* chez un tuberculeux syphilitique. La face atteinte, dans une certaine mesure, par le processus atrophique n'est point de nature à modifier notre diagnostic.

ASSOCIATION FRANÇAISE

POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES

(*Congrès de Nîmes, 1er-6 août 1912.*)

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES

Recherches bactériologiques sur le choléra, par MM. le professeur Boinet et le docteur Teissonnière (de Marseille). — Il a été pratiqué à l'Institut de bactériologie des Bouches-du-Rhône, à Marseille, pendant l'épidémie de choléra de 1911, 4870 examens de matières fécales, provenant de cholériques, de malades ou de décédés suspects, ainsi que de personnes bien portantes constituant l'entourage de ces derniers. Ces examens se répartissent comme il suit :

	Négatifs	Positifs
1911 mai	3	»
— juin	54	1
— juillet	184	9
— août	1200	250
— septembre	2344	273
— octobre	366	29
— novembre	81	»
— décembre	86	»
	4308	562
Total	4870	

Prélèvements. — Dès la déclaration au bureau municipal d'hygiène, par le médecin traitant, du cas probable ou suspect, ou du décès, le laboratoire, immédiatement prévenu par le directeur du bureau d'hygiène, faisait effectuer les prélèvements du malade, ainsi que de son entourage ; pendant plusieurs mois, l'aide du laboratoire était commis à cet effet. Plus tard, deux médecins, désignés par le directeur de l'hygiène, furent chargés de ces prélèvements. Les matières étaient recueillies dans des tubes de verre assez larges, fermés par un bouchon de liège dans lequel est fichée une petite cuiller de métal. Le tout est renfermé dans un étui métallique. Dans le cas de décès, le prélèvement était effectué dans le rectum. Chaque fois que cela a été possible, par suite d'autopsie, les matières ont été prélevées dans une anse intestinale.

Ensemencement. — Les échantillons, aussitôt rapportés au laboratoire, étaient ensemencés largement en eau peptonée à 1 p. 100; après trois heures de séjour à l'étuve à 37 degrés, repiquage sur un second tube de même milieu d'une dose prélevée en surface; trois heures après, second repiquage dans les mêmes conditions.

Pendant les premiers mois, le diagnostic était fait par l'examen du voile ou du liquide de surface de ce troisième tube, après trois à six heures d'étuve à 37 degrés.

Mais, dès le mois d'août, on simplifia les recherches par l'emploi systématique du milieu de Dieudonné. Le voile ou le liquide de surface du troisième tube d'eau peptonée était ensemencé sur gélose alcaline au sang, en boîtes de Pétri. Le diagnostic était fait après douze heures de séjour à l'étuve.

L'emploi de ce milieu, qui élimine la plupart des bactéries banales de l'intestin, simplifie considérablement la besogne lorsqu'on a de nombreux examens à faire. Le simple examen à l'œil nu des plaques restées stériles permet d'éliminer rapidement un grand nombre d'échantillons, surtout parmi ceux qui proviennent des personnes bien portantes qui constituent l'entourage des malades. Toutefois, ce milieu ne garde pas longtemps des propriétés électives, et, après huit jours de préparation, il devient inutilisable. Le milieu type de Dieudonné est alcalinisé à la soude; la substitution de la potasse à la soude, en tenant compte de la différence du poids atomique, ne présente aucun avantage.

Diagnostic. — Tous les vibrions, morphologiquement identiques au vibrion de Koch, ont été isolés sur gélose, et soumis aux diverses épreuves d'identification. Au début de l'épidémie, pour les premiers cas, on a recherché la réaction indol-nitreuse, le phénomène de Pfeiffer, et l'agglutination. Par la suite, la seule épreuve de l'agglutination était recherchée, au 1/2000 avec le sérum de l'Institut Pasteur (agglutinant à 1/4000). Les seuls vibrions agglutinant à ce taux, sinon dès leur isolement, du moins après deux ou trois passages sur gélose étaient retenus comme vibrions cholériques authentiques. Un certain nombre de ces vibrions sont actuellement à l'étude dans le laboratoire du docteur Salimben à l'Institut Pasteur.

Dans certains cas, assez rares d'ailleurs, de selles d'aspect classique, à grains riziformes, le diagnostic a pu être fait par le simple examen direct, ou par ensemencement direct des matières sur milieu de Dieudonné, sans enrichissement préalable. Les épreuves ultérieures ont toujours confirmé les résultats ainsi obtenus.

Par contre, dans quelques cas cliniquement certains, au début de l'épidémie, il a été impossible d'isoler le vibrion de Koch. Il s'agissait généralement alors de décédés chez qui les prélèvements n'avaient pu être faits que dans le rectum, et un certain temps après la mort.

Au cours de l'épidémie, quelques recherches ont été faites sur les moules, un moment soupçonnées d'être un agent d'introduction et de propagation de la maladie. Plusieurs lots de moules indigènes et de moules importées ont été examinés; mais ni l'eau qu'elles renfermaient, ni la pulpe fournie par trituration de leur chair, n'ont jamais donné de cultures positives. On a pu seulement en isoler un vibrion qui, bien qu'assez semblable d'aspect au vibrion de Koch, n'agglutinait pas mieux à un taux très faible, et ne donnait pas le phénomène de Pfeiffer. Ce vibrion donnait cependant une péritonite mortelle au cobaye neuf; mais il la donnait également au cobaye immunisé, il n'a donc pas été retenu comme cholérisme.

Les recherches effectuées sur les eaux du Jarret ont permis d'isoler le vibrion cholérique avec tous ses caractères. Mais cela n'a rien d'étonnant, le Jarret étant un petit cours d'eau qui reçoit les eaux de nivellement de l'asile d'aliénés, qui fut le foyer le plus important de l'épidémie. Le vibrion a été de même isolé de certaines eaux d'alimentation de cet asile.

Pratiquement, il résulte de l'expérience de ces quelques mois de 1911, que le procédé de choix pour l'isolement du vibrion cholérique et de diagnostic du choléra, est l'ensemencement en eau peptonée, avec deux passages de trois en trois heures sur le même milieu, puis ensemencement sur milieu de Dieudonné. L'agglutination au 1/2000 permet l'identification du vibrion isolé, en culture pure. L'ensemble de ces opérations demande au maximum vingt-quatre heures; ce temps peut être raccourci dans le cas de selles d'aspect typique et riches en vibrions à l'examen direct; on peut, dans ce cas, se contenter d'un seul passage en eau peptonée.

Prophylaxie de la variole par l'asino-vaccin ou vaccin jennérique renforcé, par MM. Ed. Boinet et E. Huon. — *Conclusions.* — 1° Le passage du vaccin de génisse sur l'âne exalte considérablement sa virulence.

2° L'*asino-vaccin* ainsi obtenu est plus actif et plus rapidement immunisant que le *bovo-vaccin*; à ce double titre, il doit être employé, en temps d'épidémie de variole, surtout chez les personnes exposées à la contamination ou réfractaires à la vaccination ou à la revaccination faites avec le *bovo-vaccin* ou l'*asino-bovo-vaccin.*

3° L'*asino-bovo-vaccin* recueilli sur la génisse inoculée avec de la semence asine possède une virulence et une activité plus grandes que celles du vaccin ordinaire de génisse. Ce vaccin renforcé par son passage sur l'âne doit être préféré au simple *bovo-vaccin* qui, souvent, s'atténue par suite des passages successifs sur les bovidés et sous l'influence de la chaleur, de la lumière.

En temps ordinaire, l'*asino-bovo-vaccin* convient aux primo-vaccinations, chez l'enfant, aux revaccinations dans l'adolescence; mais, en cas d'échec et chez l'adulte, il vaut mieux recourir à l'*asino-vaccin* qui, dans la lutte contre la variole, constitue la meilleure arme défensive. C'est l'emploi persévérant et méthodique de l'*asino-vaccin* et de son dérivé l'*asino-bovo-vaccin* ou vaccin de génisse renforcé qui a arrêté les épidémies annuelles de variole qui sévissaient à Marseille et qui n'ont plus reparu depuis 1907, date de la dernière explosion épidémique et de l'application de ces vaccins renforcés,

Définition et limites de la rééducation motrice, par Maurice Faure (de La Malou). — Le terme de « Rééducation motrice », que nous avons proposé lors des premières études sur cette question, pour caractériser la possibilité de réapprendre des mouvements perdus, a été, depuis, généralement adopté. Par analogie, on a employé le terme de « Rééducation » pour désigner des phénomènes analogues dans le domaine de l'éducation sensorielle et morale. Mais il nous semble que, depuis quelques années, on a étendu le sens de ces mots au point d'en faire abus. Il n'y a « Rééducation » que lorsqu'il y a eu éducation première et que le résultat de cette première éducation a été insuffisant ou perdu. Par suite, une éducation première (telle que l'éducation de la fonction respiratoire chez les enfants) n'est pas une « rééducation ». Il en est de même pour l'apprentissage de mouvements qui ont toujours été ignorés.

De plus, la rééducation suppose l'intelligence, l'attention, la volonté et la mémoire, chez le sujet rééduqué, ainsi que la possession d'une méthode et une direction d'études effectives chez le rééducateur. La persuasion, l'encouragement, l'influence de l'opérateur sur l'opéré, et toutes les formes de suggestion, ne constituent pas une rééducation.

De même, la mécanothérapie, l'orthopédie, la gymnastique, et toutes les formes de développement musculaire, ne sont pas davantage des rééducations.

Par suite, le champ d'application des méthodes rééducatives, pour être très étendu, n'est cependant

pas illimité et, notamment, elles ne peuvent s'appliquer en l'absence des qualités que nous avons définies chez le rééducateur et chez le rééduqué.

Par contre, il est remarquable que les lésions organiques du système neuro-moteur ne leur sont point obstacle, et qu'au contraire c'est dans le cas de maladies à lésions (telles que les ataxies, les paralysies, les contractures) que ces méthodes aboutissent aux meilleurs résultats.

Le tabes non spécifique, par Maurice FAURE (de La Malou). — La généralisation, durant ces dernières années, du traitement spécifique, mercuriel ou arsenical, au cours du tabes incipiens, a apporté un élément nouveau à l'étude de la pathogénie de cette affection. Il existe des cas de tabes dont le diagnostic clinique ne peut être contesté, et qui ne réagissent pas au traitement spécifique. Ces cas sont exceptionnels, mais, en tenant compte de l'absence complète de commémoratifs spécifiques (notée chez des sujets cependant bien observés), de l'absence de signe d'Argyll, de la réaction de Wassermann négative, de l'évolution légèrement fébrile et consomptive de certains d'entre eux, il y a lieu de se demander s'il n'existe pas des tabes dus à d'autres infections que la syphilis, comme on le pensait autrefois, et nécessitant, par conséquent, une médication particulière. La détermination de leurs caractères différentiels, et la recherche de cette médication, sont un objet d'étude à signaler.

Evolution de la notion d'éducation physique, par Maurice FAURE (de La Malou). — Depuis vingt ans environ, les idées relatives à l'éducation physique se sont beaucoup développées en France, et ont subi une transformation intéressante. La préparation au service militaire par les Sociétés de marche et de tir, la gymnastique acrobatique, les exercices d'attaque et de défense (escrime, boxe, lutte) et quelques sports (comme l'aviron, l'équitation, la bicyclette) ont constitué, au début de cette évolution, toute l'éducation physique dans notre pays. Celle-ci n'était, en somme, qu'une partie du service militaire et un amusement pour la jeunesse. Il suffit, d'ailleurs, de constater à quel programme d'existence sont soumis, aujourd'hui encore, les élèves de nos écoles, lycées, et collèges, pour se rendre compte de l'exiguïté du rôle dévolu à l'éducation physique ainsi comprise.

La contradiction entre cette situation de fait, qui persiste, et l'évolution progressive des idées dans notre pays et dans le monde, est devenue de plus en plus criante; l'amusement sportif ne touchait qu'un nombre infime de jeunes gens, il les touche, aujourd'hui, à peu près tous; les familles étaient généralement indifférentes ou même hostiles à l'éducation du combattant ou du champion, elles lui sont aujourd'hui sympathiques; enfin, le public, jadis complètement fermé à toute notion juste d'élevage humain, est aujourd'hui curieux de tout ce qui touche à la puériculture, à l'influence de l'alcoolisme sur la race, à l'hygiène, à la défense contre la tuberculose, etc.

On peut donc nettement affirmer que l'éducation physique doit être désormais considérée, comme embrassant, en premier lieu, l'ensemble des règles de la vie et du développement humain, depuis la naissance jusqu'à l'arrivée à l'état adulte, c'est-à-dire la réglementation de la respiration, de l'alimentation, du mouvement, du travail, du repos, du sommeil, etc.; en second lieu, l'étude de toutes les manifestations de l'activité physique (jeux, sports, combats, etc.), et des meilleures utilisations de la mécanique humaine. C'est à l'établissement de ces méthodes que nous devons aujourd'hui travailler.

Par conséquent, il importe de limiter l'instruction, telle qu'elle est aujourd'hui comprise dans l'Université, afin de laisser une place beaucoup plus grande à l'éducation physique, telle que nous venons de la définir, et à l'éducation morale qui en sera la conséquence.

MÉDECINE PRATIQUE

L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL

Il est bien entendu que rien ne vaut, pour l'enfant, le lait du sein maternel ou, à son défaut, le lait d'une bonne nourrice et que le médecin doit user de toute son influence pour inciter les jeunes mères à nourrir elles-mêmes leurs enfants, toutes les fois que cet allaitement est possible. Si les circonstances obligent à recourir à l'allaitement artificiel, on devra le surveiller avec le plus grand soin, car les accidents gastro-intestinaux aigus ou chroniques, les troubles de la nutrition sont beaucoup plus fréquents chez les enfants nourris au biberon que chez les enfants au sein; cependant, avec une bonne technique de l'allaitement artificiel, on peut arriver à des résultats satisfaisants.

C'est presque toujours le lait de vache qui est employé; le lait d'ânesse, par sa composition, se rapproche davantage du lait de femme, mais il est très pauvre en beurre, et a, de ce fait, une valeur alimentaire insuffisante, ce qui obligerait à en donner à l'enfant de trop grandes quantités; de plus, le lait d'ânesse coûte très cher; on ne le conseillera donc que dans des cas exceptionnels, par exemple pour un nouveau-né, pendant quelques jours seulement, lorsque la montée du lait de la mère est encore insuffisante, ou encore pour un nourrisson malade ne supportant pas bien le lait de vache. Dans certains pays, dans des régions montagneuses où les vaches sont rares, c'est le lait de chèvre qui sert à l'alimentation des nourrissons; à Paris et dans les grandes villes, ce lait a été recommandé par quelques médecins; aujourd'hui la plupart s'accordent à reconnaître que les résultats de l'allaitement avec du lait de chèvre ne sont pas très encourageants. Par conséquent, dans presque tous les cas, l'enfant prendra du lait de vache; on veillera à ce que ce lait vienne d'une bonne vache, ne réagissant pas à la tuberculine, bien soignée dans une étable propre, convenablement nourrie; il est aussi important que le lait soit trait proprement et recueilli dans des vases bien lavés. Puis il faut assurer la conservation de ce lait entre le moment de la traite et le moment où il est donné à l'enfant; il faut le stériliser. Trois méthodes sont surtout employées : faire bouillir le lait, le chauffer au bain-marie avec un appareil de Soxhlet, se procurer du lait stérilisé industriellement.

Le choix entre ces trois méthodes dépend des circonstances. Si le lait peut être livré peu de temps après la traite et si celle-ci a été faite proprement, il suffit d'user de la méthode de Soxhlet, ou d'employer l'ébullition, plus simple, et qui donne de très bons résultats; ces deux procédés sont ceux qui modifient le moins la composition du lait. Si, au contraire, l'on se trouve éloigné de la source du lait, si le milieu ne paraît pas

donner beaucoup de garanties au point de vue de la propreté et des soins, il est préférable de prescrire le lait stérilisé industriellement [Hutinel et Lesné (1)]. Quant au lait cru, il a sans doute des avantages dans certains cas particuliers, chez quelques nourrissons dyspeptiques et atrophiques; mais comme il est indispensable de se servir d'un lait cru aseptique, on se heurte, dans la pratique, à de telles difficultés techniques pour l'obtenir en cet état que le lait cru est un lait de luxe, dont la supériorité sur le lait stérilisé n'est d'ailleurs pas démontrée [Nobécourt (2)].

Le lait de vache ayant une composition chimique assez différente de celle du lait de femme, on a cherché à introduire dans la pratique plusieurs procédés de correction du lait de vache; on prépare ainsi des laits humanisés ou maternisés; en Amérique, on fait des mélanges de crême, de petit lait et de lactose; on emploie aussi des laits soumis à une digestion artificielle. Comme le remarque Nobécourt, on arrive ainsi à conseiller l'emploi, à la place du lait, de mixtures plus ou moins complexes, qui ne le rappellent que de loin; il est préférable de s'en tenir à des méthodes plus simples. Retenons seulement que le lait de vache ne doit pas être utilisé pur dans les premiers mois de l'allaitement artificiel, à cause de sa forte teneur en matières albuminoïdes; il faut donc diminuer la proportion de ces dernières en coupant le lait avec une certaine quantité d'eau et rendre au mélange une valeur énergétique suffisante par l'addition de sucre. Une autre question a été discutée : celle du sucre à employer. Le sucre de lait, le lactose, est conseillé par quelques médecins; mais le lactose commercial est souvent impur; il provoque facilement de la diarrhée, tandis que le sucre de canne, saccharose, est généralement bien toléré; c'est lui que Marfan, Variot, Nobécourt, utilisent, réservant le lactose pour les enfants constipés. Voici comment le coupage peut être réglé : pour le nouveau-né, mélange à parties égales de lait et d'eau sucrée; puis mélanger deux parties de lait et une d'eau sucrée; plus tard encore, trois parties de lait pour une d'eau sucrée; l'eau sucrée doit contenir environ 10 p. 100 de sucre. A partir du cinquième mois, l'enfant pourra prendre du lait pur. Ces formules de coupage ont été données par Marfan, elles sont faciles à retenir. Terrien a indiqué une autre méthode, également très pratique et que nous signalerons tout à l'heure.

Pour faire prendre le lait aux nourrissons, on se sert d'un biberon pendant six ou sept mois; plus tard, l'enfant boit à la cuiller ou à la tasse. Le biberon sera facile à nettoyer, par conséquent très simple : un flacon gradué, une tétine en caoutchouc. L'intervalle entre chaque prise de lait, entre chaque biberon, varie selon l'âge de l'enfant. De la naissance à trois mois, huit biberons par vingt-quatre heures, soit sept biberons dans la journée (toutes les deux heures et demie, de six heures du matin à neuf heures du soir) et un biberon la nuit; de trois à six mois sept biberons, par conséquent un biberon toutes les trois heures pendant le jour et un la nuit; à partir de six mois, six biberons dans la journée.

Il ne reste plus qu'à savoir quelles quantités de lait doivent être données à l'enfant; les rations peuvent être établies soit d'après l'âge de l'enfant, soit d'après son poids; le second procédé est le meilleur, le plus sûr, en particulier pour les enfants atrophiques, retardés dans leur développement. Mais pour les enfants nés à terme et se développant d'une façon normale, le calcul des rations d'après l'âge peut suffire dans la plupart des cas.

Pour établir les rations de lait d'après l'âge, les formules de Terrien (3) sont très utiles. Soit un nouveau-né, le nombre des biberons étant de huit, l'enfant recevra, à chaque biberon, du deuxième au septième jour inclusivement, autant de fois 5 grammes qu'il a de jours (par conséquent 5 grammes par repas et par journée d'âge); ainsi un enfant de sept jours doit prendre, à chaque biberon, 35 grammes de lait coupé par moitié. Puis on augmente peu à peu la quantité de lait de façon à ce que, dans les derniers jours du mois, l'enfant prenne par biberon 80 à 90 grammes de lait coupé au tiers. Ensuite chaque mois, la quantité mise dans le biberon augmentera de 15 grammes environ; par conséquent 15 grammes de plus par repas et par mois (à deux mois 105 grammes, à trois mois 120 et ainsi jusqu'à 150 grammes). Pour le coupage du lait, lorsque le nourrisson a dépassé un mois, Terrien conseille de mettre dans chaque biberon 20 grammes d'eau et d'ajouter la quantité de lait nécessaire pour compléter la dose à laquelle l'enfant a droit; c'est donc la quantité d'eau qui est fixe et la quantité de lait qui est variable. Un enfant de trois mois doit prendre 120 grammes par repas; on remplira le biberon avec 20 grammes d'eau et 100 grammes de lait; à un enfant de quatre mois prenant 135 grammes, on donnera 20 grammes d'eau et 115 grammes de lait; un enfant de six mois prend environ 150 grammes de lait pur à chaque biberon et les mois suivants il ne faut pas augmenter cette ration.

Si l'on se base sur le poids de l'enfant pour calculer la ration de lait qui lui est nécessaire, on peut utiliser les formules de Terrien : l'enfant pèse moins de 6 kilogrammes, doubler les deux premiers chiffres de son poids et ajouter 1/5e du résultat obtenu; s'il pèse plus de 6 kilogrammes, doubler les deux premiers chiffres du poids et ajouter 1/10e du résultat obtenu.

Dans la dernière édition de son *Précis d'alimentation des jeunes enfants*, Terrien conseille des chiffres moins élevés et donne une formule plus simple : pour la ration d'un repas, multiplier par deux les deux premiers chiffres du poids; si l'enfant pèse moins de 5 kilogrammes, lui donner huit repas; au delà de 5 kilogrammes ne lui en donner que sept.

Nobécourt règle, comme suit, les rations par rapport au poids. On fera prendre dans les vingt-quatre heures aux enfants de

3 kilogrammes	: 18 p. 100	du poids du corps.	
4 —	16 —	—	
5 —	15 —	—	
6 —	13 —	—	
7 —	11 —	—	

Mais cet auteur remarque que pour les enfants de 3 et 4 kilogrammes, les doses ainsi fixées sont souvent un peu faibles. S'il est nécessaire de connaître théoriquement les rations de lait calculées d'après l'âge et le poids des enfants, il est au moins aussi important de se souvenir que ce sont là des moyennes et que par conséquent elles peuvent ne pas donner de bons résultats dans tous les cas. Aussi les enfants élevés au biberon doivent-ils être examinés et pesés; lorsque l'enfant présente des troubles gastro-intestinaux, lorsque le poids reste stationnaire ou n'augmente pas assez, il faut rechercher si l'enfant est hypo ou suralimenté pour modifier en plus ou moins les rations de lait et la composition des biberons.

M. BRELET.

(1) HUTINEL. *Les maladies des enfants*, t. I.

(2) P. NOBÉCOURT. *Conférences pratiques sur l'alimentation des nourrissons.*

(3) TERRIEN. *Précis d'alimentation des jeunes enfants.*

JURISPRUDENCE

DU CHOIX DES EXPERTS DANS LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le corps médical tout entier s'est vivement ému d'un jugement rendu par la quatrième chambre du Tribunal civil de la Seine, qui, tranchant une question de principe, a déclaré que les juges de paix ne pouvaient légalement, en matière d'accidents du travail, confier des expertises à des docteurs de leur choix non pourvus du titre d'expert, en dehors des listes offi-

cielles dressées chaque année par les tribunaux d'arrondissement et agréés par la Cour, et que, par suite, une expertise faite dans ces conditions est nulle.

Ce jugement, qui est d'ailleurs en ce moment à l'examen de la Cour de cassation, a-t-il été rendu conformément à l'esprit de la loi du 9 avril 1898 et de celle du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine? Il nous semble que oui, et la solution apportée par ce jugement doit être acceptée.

D'après l'article 3 du décret du 21 novembre 1893, pris en exécution de l'article 14 de la loi du 30 novembre 1892, les opérations d'expertise ne peuvent être confiées à un docteur en médecine qui n'aurait pas le titre d'expert. Toutefois, suivant les besoins particuliers de l'instruction de chaque affaire, les magistrats peuvent désigner *un expert* près un tribunal autre que celui auquel ils appartiennent.

En cas d'empêchement des médecins *experts* résidant dans l'arrondissement, et *s'il y a urgence*, les magistrats peuvent, par ordonnance motivée, commettre un docteur en médecine français de leur choix. L'article 1er de ce même décret détermine le mode de nomination des médecins experts et règle la procédure à suivre pour la composition des listes et leur agrément par la Cour.

C'est de ces principes que s'est inspiré le jugement si critiqué par les médecins. D'après lui, le médecin commis par le juge de paix en matière d'accidents du travail est chargé d'une véritable expertise au sens légal du mot et, par suite, il n'est valablement désigné que s'il remplit les conditions d'aptitude exigées par les textes sus-visés qui ont une portée générale et qui s'appliquent à tous les médecins experts commis par les tribunaux.

Un grand nombre d'objections ont été soulevées et le *Bulletin médical*, sous la signature du docteur Granjux, les a résumées. La seule, et la principale, est tirée de l'application combinée de la loi du 30 novembre 1892 avec celle du 9 avril 1898.

La loi sur l'exercice de la médecine a organisé d'une façon définitive l'expertise médicale et a organisé un corps spécial de médecins experts près les tribunaux. Mais c'est l'expertise criminelle qu'elle a visée, car l'article 14 prescrit la revision des tarifs du 18 juin 1811; en effet, elle ne parle pas du tarif de 1807 applicable aux procès civils. Par suite, le domaine civil aurait été laissé complètement à l'écart de toute cette réglementation établie par la loi de 1892 et le décret de 1893, et, en cette matière, le principe serait la liberté pure et simple laissée au magistrat de choisir à son gré ses experts-médecins, qu'il s'agisse de l'application de la loi sur les accidents du travail ou de l'examen d'un litige quelconque entre particuliers (divorce, interdiction, action en dommages et intérêts, etc.).

Mais il est facile de réfuter cette objection qui, répétons-le, est sérieuse. Est-elle vraiment décisive? Nous ne le croyons pas.

Peut-on, en effet, affirmer que la loi de 1892 ne s'est occupée exclusivement que des expertises médico-légales criminelles en raison des abus relevés par M. le docteur Cornil, rapporteur au Sénat, dans les seules affaires criminelles? Nous ne le croyons pas. La loi de 1892 a-t-elle voulu écarter les expertises confiées aux médecins par les tribunaux civils (accidents de droit commun, divorce, aliénés, responsabilité professionnelle)? Non, à notre avis. La loi du 9 avril 1898 a-t-elle ouvert le domaine de la médecine légale en matière civile? Non, elle l'a agrandi. Aussi il ne peut y avoir de motifs d'ordre juridique qui écarteraient pour les expertises civiles l'application d'une réglementation ayant pour but d'entourer le choix des experts-médecins d'un certain nombre de garanties reconnues indispensables et d'attribuer par là même à leurs conclusions plus de poids et plus d'autorité.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur un fait de splénomégalie hérédo-familiale. (Z. BYCHOWSKI. *Wiener klin. Wochen.*, 2 nov. 1911, n° 44, p. 1519.) — L'auteur rapporte l'observation d'une famille dans laquelle le père et trois enfants présentaient une splénomégalie chronique ne s'expliquant ni par les circonstances anamnistiques (syphilis, malaria), ni par l'examen du sang (leucémie).

Chez tous l'affection était remarquable par sa longue durée: chez le père, notamment, elle avait été diagnostiquée plus de dix ans auparavant, ce qui ne l'empêchait pas d'avoir engendré sept enfants et de diriger activement ses affaires; pourtant par périodes s'est montrée chez cet homme une faiblesse excessive accompagnée d'une anémie intense (650 000 globules rouges, avec normo et mégaloblastes). Puis l'anémie s'est réparée et on a même observé chez lui à un moment donné de la polyglobulie (6320 000 globules rouges). Pourtant la leucocytose est toujours demeurée normale.

Chez le père, comme chez les enfants, on notait une tendance très marquée aux épistaxis; les téguments présentaient chez tous une pâleur particulière, avec teinte grisâtre toute spéciale chez le père et un fils atteint de splénomégalie.

Notons enfin que chez trois autres enfants, exempts de splénomégalie, il existait des adénopathies dures et volumineuses.

En raison de la longue durée de la splénomégalie, de la paleur spéciale, de l'anémie plus ou moins marquée avec tendance aux hémorragies, du caractère familial, l'auteur range les cas étudiés par lui dans le cadre de la maladie de Gaucher.

A. LEMIERRE.

Ponction du péricarde par l'épigastre. (MARFAN. *La Pédiatrie pratique*, 25 sept. 1911.) — Le petit trocart de l'appareil de Potain est enfoncé immédiatement au-dessous de l'appendice xiphoïde, sur la ligne médiane, il est dirigé obliquement de bas en haut, et à mesure qu'il pénètre, on abaisse son manche vers la paroi abdominale de manière à rapprocher la pointe de l'aiguille de la face postérieure du sternum.

Après avoir traversé la paroi abdominale, l'aiguille chemine dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, sans toucher le péritoine, puis elle traverse le diaphragme, par une fente remplie de tissu cellulo-graisseux et sans léser les fibres musculaires; enfin elle perfore le feuillet pariétal du péricarde à la partie antérieure de sa face inférieure et pénètre dans la cavité péricardique entre le cœur et la face antérieure du sac péricardique.

L'auteur insiste sur la nécessité qu'il y a, tout en enfonçant le trocart aussi près que possible du sternum, à ne pas exagérer cette règle, mais au contraire à réaliser un certain degré d'obliquité, qui permettra plus facilement de pénétrer dans la cavité péricardique.

B. GAYARD.

MÉDECINE INFANTILE

Les lésions oculaires au cours de la tétanie de jeunes enfants. (M. A. OLIARI. *Rassegna di Pediatria*, janvier 1912.) — A propos d'un cas observé par lui, le docteur Aceste Oliari (de Parme) consacre une revue générale à la question.

De l'observation qu'il publie, retenons qu'il s'agissait d'une fillette de huit mois, atteinte de tétanie et dont les pupilles ne réagissaient, faiblement et lentement d'ailleurs, que lorsqu'on mettait une source lumineuse dans le voisinage immédiat des yeux. L'examen du fond de l'œil, pratiqué deux fois, montre un léger degré d'œdème de la papille.

A l'autopsie on trouva une quantité de liquide céphalo-rachidien supérieure à la normale avec légère distension des ventricules cérébraux. Les parathyroïdes ne présentaient pas de piqueté hémorragique.

De son étude d'ensemble, l'auteur conclut qu'au cours de la tétanie des petits enfants peuvent apparaître, beaucoup plus fréquemment qu'on ne croit d'habitude, des lésions oculaires pouvant aller des formes les plus légères jusqu'aux plus graves, depuis le simple strabisme à la cataracte, à l'œdème de la papille, à la neuro-rétinite, à l'hémorragie de la rétine, etc. Ces lésions peuvent être interprétées différemment, soit qu'on les considère comme dépendant des causes mêmes auxquelles on attribue aujourd'hui l'origine de la tétanie, à savoir des troubles fonctionnels de certaines glandes endocrines, soit qu'on les regarde comme dues à une cause mécanique ou mécano-toxique sous la dépendance de l'augmentation du liquide céphalo-rachidien. Les deux ordres de phénomènes peuvent d'ailleurs coexister.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Les incurvations rachitiques de la jambe et leur traitement chirurgical. (Veau. *Arch. de Méd. des enfants*, oct. 1911.) — L'auteur est d'avis que, contrairement à l'opinion adoptée, l'intervention chirurgicale est souvent indiquée dans les déformations rachitiques du tibia, que l'acte opératoire est facile, et que les résultats sont toujours très encourageants. Au lieu de s'en tenir aux cas où la fonction est compromise, on peut intervenir dans un but simplement esthétique, pour redresser des courbures disgracieuses.

Comme opération, M. Veau condamne absolument l'*ostéotomie longitudinale*, car il ne faut pas compter obtenir à sa suite l'allongement du membre. L'*ostéotomie linéaire* ne rend à peu près aucun service. L'*ostéotomie cunéiforme* est la méthode de choix. Elle n'est ni aussi difficile ni aussi dangereuse qu'on l'a dit. Le raccourcissement est insignifiant. Malgré ce raccourcissement anatomique, la taille de l'enfant se trouve allongée. En ayant soin de reconstituer exactement le périoste, on peut obtenir la *restitutio ad integrum* du squelette.

B. GAYARD.

CHIRURGIE

Nouvelle méthode de transfusion de sang. (Arthur H. Curtis et V. C. David. *Journ. Amer. Med. Assoc.*, vol. LVII, n° 18, 28 oct. 1911, p. 1453-1454.) — Depuis un an, les auteurs ont fait une moyenne de deux transfusions expérimentales par semaine et, en plus, quatre transfusions chez l'homme, à l'aide d'une méthode qui transfuse de veine à veine, principe dont l'avantage pratique est manifeste. Tous les nombreux appareils pour la transfusion d'artère à veine montrent que la technique laisse encore beaucoup à désirer avant que la transfusion devienne une pratique courante de médecine journalière.

L'appareil employé se compose d'une grande ampoule allongée que je ne puis mieux comparer à un utérus bicorne. Les deux pointes perforées, séparées par une échancrure qui représenterait l'orifice des deux trompes sont destinées à être introduites, l'une dans le bout périphérique de la veine du donateur, l'autre dans le bout central de la veine du receveur. L'extrémité conique à l'autre bout de l'appareil (correspondant, dans la comparaison, au col utérin) porte un tube de caoutchouc qui relie l'ampoule à une seringue de 100 centimètres cubes qui sert à faire varier à volonté le degré de pression ou de vide relatifs dans l'ampoule suivant que l'on veut faire venir le sang de la veine du donneur ou le faire entrer dans la veine du transfusé. L'appareil est stérilisé à sec et tout l'intérieur est enduit d'une légère couche uniforme de paraffine (au moyen d'une immersion dans la paraffine fondue). Le bras du donneur est préparé comme pour une saignée, la veine la plus saillante mise à nu et coupée; une pince à mors élastique est mise sur le bout périphérique, une ligature permanente sur le bout central. La même chose est répétée sur le bras du receveur, sauf que la pince élastique est mise sur le bout central et la ligature sur le bout périphérique de la veine. Alors les deux cornes de l'ampoule sont introduites comme il a été dit plus haut, on relâche la pince du bout périphérique du donneur; le sang monte dans l'ampoule; s'il vient trop lentement, on fait un vide relatif à l'aide de la seringue, mais cela n'est généralement pas nécessaire. Alors on comprime la veine du donneur avec les doigts, puis on ouvre la veine du receveur et, à l'aide de la seringue, l'on y fait entrer le sang à la vitesse voulue. Puis l'on recommence. Les ampoules ont de 100 à 400 centimètres cubes de capacité. Il faut en avoir plusieurs dont les pointes sont plus ou moins grosses, à cause des variations que l'on rencontre dans le calibre des veines. En appliquant un tourniquet autour du bras du donneur, on n'aura jamais de difficulté à obtenir assez de sang.

F. GARDNER.

NEUROLOGIE

Un cas de paralysie alterne. (J. Moreira da Fonseca. Rio de Janeiro 1910, 90 p., 11 pl.) — Ce syndrome moyen de Bénédikt se caractérise par :

a. Existence de l'*ictus* initial;

b. Hémiplégie s'étendant jusqu'au facial inférieur avec les caractères et l'évolution des paralysies organiques; associée d'hémianesthésie (tactile, douloureuse et thermique), de troubles du sens des attitudes et du sens stéréognostique; troubles de la sensibilité profonde, etc.; toute cette symptomatologie est un peu régressive;

c. Atteinte partielle du moteur oculaire commun (principalement blépharoptose), et paralysie de l'*abducens*; tous deux du côté homonyme de la lésion centrale; intégrité du facial et du trijumeau du même côté;

d. Intégrité des mouvements conjugués des globes oculaires;

e. Absence de troubles du langage;

f. Signe de Babinski peu ébauché;

g. Perte de l'équilibre stable en position debout; marche impossible, se caractérisant par la rétropulsion quand elle s'effectue avec le secours d'autrui;

h. Tremblements et mouvements ataxiques du bras paralysé;

i. Le syndrome moyen de Bénédikt se caractérise enfin par sa pathogénie, c'est-à-dire d'hémorragie comprenant dans les régions moyenne et supérieure de la protubérance, un certain nombre de faisceaux moteurs, toute la bande sensitive de Reil, le pédoncule cérébelleux moyen jusqu'à l'intérieur du cervelet, le faisceau de *Von Monakow*, les fibres inférieures de la troisième paire cranienne et toutes celles du moteur oculaire externe; et, encore, parce que la lésion siège plutôt sur la voûte de la protubérance qu'à son étage antérieur.

L. ALQUIER.

RADIOTHÉRAPIE

La filtration en radiothérapie. (F. Ehrmann. Th. de Paris 1911, Jouve et Cie, éditeurs.) — La filtration a pour but l'homogénéisation du faisceau de rayons X et l'élévation de son degré de pénétration moyen. L'aluminium est le meilleur filtre, la filtration est d'autant plus complète que le filtre est plus épais.

Pratiquement, l'épaisseur maxima à utiliser, ne peut être fixée, en raison des temps nécessaires aux irradiations, croissant avec l'épaisseur du filtre : 2, 3 et 4 millimètres semblent être les épaisseurs de filtre d'aluminium les plus pratiques.

L'auteur envisage successivement les indications de la filtration, ses contre-indications, sa technique et les résultats obtenus par ce remarquable procédé qui a singulièrement étendu le champ de la radiothérapie.

G. LEGROS.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Æsculape. — (N° 6, juin 1912.) Raymond : Les maladies de nos ancêtres de l'âge de pierre (6 ill.). — Bouquet : Un grand chirurgien au XIIIe siècle, Frère Côme (5 ill.). — Loridan : Les marques du diable (6 ill.). — Pautet : Le docteur Jouhaud, émailleur (8 ill.). — Millant : Notes médico-religieuses sur les Scopits de Roumanie (7 ill.). — Chaumier : Le musée de la vaccine du Plessis-les-Tours (8 ill.). — Matignon : La thérapeutique des talismans (7 ill.). — Libert : L'hôpital des cigognes à Brousse (6 ill.).

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 6, juin 1912.) Brault : Mycétome à grains noirs observé en Algérie. Isolement du Madurella mycetomi (9 fig.). — Nicolas et Moutot : Sclérodermie en plaques à forme mixte, lardacée et tubéreuse, avec guérison par la thyroïdine. — Pellier : A propos d'un cas de leucoplasie pénienne (Kraurosis).

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 6, juin 1912.) Denis : Traitement des sinusites frontales par voie endo-nasale. — Dortu : Magnésie calcinée et papillomes multiples du larynx. Spatule laryngoscopique. — Brémont : Traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage par le cathétérisme sans fin et la dilatation laminaire progressive.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Juin 1912.) Salimbeni et Dopter : L'épidémie de choléra de l'asile Saint-Pierre à Marseille (été 1911). — Viry : Valeur hygiénique des viandes soumises à l'action du froid. — Dervieux et Leclercq : L'examen des taches de sang par la méthode des sérums précipitants. — Beaussart : Une famille de dégénérés à réactions antisociales.

Annales médico-psychologiques. — (N° 6, juin 1912.) Masselon : Les psychoses associées (psychose maniaque dépressive et délire d'interprétation). — Damage : Comparaison entre les psychoses toxiques et les troubles par épuisement mécanique des comitiaux. — Rougé : Notes de médecine légale. Les processifs.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 335, 10 juin 1912.) Regaud et Crémieu : Fondements expérimentaux de la rœntgenthérapie appliquée à l'hypertrophie du thymus. — Zimmern et Cottenot : La radiothérapie des glandes surrénales, ses résultats, ses effets hypotenseurs. — David et Desplats : De l'action des rayons X dans la leucémie. — Spéder : Le régénérateur à air de Bauer. — (N° 336, 25 juin.) Gösta-Forssell : Les rapports entre les formes radiologiques de l'estomac humain et l'architecture musculaire de la paroi stomacale. — Leven et Barret : La dilatation de l'estomac et les moyens physiothérapiques de la combattre. — David et Desplats : De l'action des rayons X dans la leucémie.

Archives de médecine des enfants. — (N° 6, juin 1912.) Hutinel et Harvier : Dystrophie ostéo-musculaire avec nanisme (rachitisme tardif, amyotrophie et impotence musculaire, obésité et retard des fonctions génitales). — Comby : Traitement des abcès amygdaliens et rétro-pharyngiens. — Schreiber : Les diathèses infantiles. — A. Bruch : Notes sur la tache bleue sacrée dite mongolique. — A. Bruch : Hémoglobinurie paludéenne. — J. Comby : Bromides papulo-tuberculeuses chez les enfants.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXVI, n° 22, 30 mai 1912.) Cecil Kent Austin : Impressions médicales d'Amérique. — H. W. Marshall : Les causes d'échec dans le traitement des arthrites chroniques, quelques suggestions sur la façon d'obtenir un plus grand nombre de succès (*à suivre*). — Quatrième conférence des Massachusetts sur la tuberculose; Joseph Lee : Remarques préliminaires sur les chambres au grand air. — Ralph B. Ober : Les chambres de plein air à Springfield. — Henry D. Chadwick : Les chambres de plein air. — Will C. Hanson : Le maintien des hôpitaux d'isolement. — Adam S. Mac Knight : Ce qu'il advient des malades sortis des sanatoria de la province. — Francis George Curtis : Les rapports entre les autorités sanitaires locales et celle de la province. — Arthur T. Cabot : Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le travail manuel. — Will Pearce Cones : Fracture de la grosse tubérosité de l'humérus par action musculaire chez un enfant (1 fig.).

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 21, 23 mai 1912.) Heilbronner : Sur les symptômes précoces des affections nerveuses organiques. — Freund : Sur le traitement du carcinome. — Stühmer : Expériences cliniques avec le néosalvarsan. — Goldstein : Sur le luminal, un nouvel hypnotique. — Strubell : Sur la clinique de l'électrocardiogramme. — Determann et Bröking : L'administration d'iode influence-t-elle la viscosité du sang? — Tsuzuki : Traitement du béribéri par l'antibéribérine. — Jakobs : Diverticule de pulsion de l'œsophage. — Fillinger : Nouvelles communications sur la diminution de résistance des érythrocytes après ingestion d'alcool. — Berger et Schwab : Chirurgie des vaisseaux. — Dessauer et Hergenhahn : Technique pour les prises de loin en radiologie. — (N° 22, 30 mai.) Albu : Diagnostic différentiel des contractures abdominales et leur traitement. — Heilbronner : Sur les signes précoces des affections nerveuses organiques. — Tomarkin et Peschic : Diagnostic différentiel des bacilles tuberculeux humain et bovin par injection cutanée chez le cobaye. — Bittorf : Selles graisseuses dans la maladie de Basedow. — Mœwes : Dosage quantitatif de l'albumine dans l'urine; son utilisation pratique. — Jurasz : Un cas de mort après injection intraveineuse d'hormonal. — Ledermann : La syphilis comme cause d'affections cardiovasculaires. — Bernheim : Expériences sur le néosalvarsan. — Stümpke : Un cas de réinfection syphilitique après le salvarsan. — Orlowski : Valeur pratique de la titration de l'acidité urinaire. — Herz : Contribution à la chirurgie des méninges. — Merkens : Déchirures des voies urinaires par traumatismes contondants du périnée. — Claudius : Catgut à l'iode chromé. — Dutuit : Tuberculose du nerf optique et de la rétine.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 22, 28 mai 1912.) Rolly : Réaction du sérum sanguin à l'état normal et pathologique. — Ritter : Traitement opératoire de la néphrite infectieuse aiguë unilatérale. — Guggisberg : Sur la vaccinothérapie et le vaccinodiagnostic de la blennorragie. — Hofbauer : Emploi de l'extrait hypophysaire en obstétrique. — Uffenorde : Emploi des réactions des muscles des yeux dans l'irritation du labyrinthe et des réactions dans les excitations électriques du cervelet. — Konjetsmy : Pathogénie et mécanisme des lésions des ménisques. — Horschel : Insensibilisation du plexus brachial dans l'aisselle pour les interventions opératoires sur le membre supérieur. — Flatau : Cent extirpations de myomes utérins par voie abdominale sans décès. — Fraenkel : Sur le pseudomyxome du péritoine. — Kannengiesser : Nos résultats avec le salvarsan.

Paris médical. — (N° 26, 25 mai 1912.) Rathery : Les albuminuries intermittentes irrégulières. — Rouget : Traitement des thrombo-phlébites du golfe de la jugulaire interne. — Piatot : Diagnostic étiologique précoce des affections artérielles, rôle capital de la syphilis. — Gougerot : Traitement d'un lupus vulgaire de la face.

Revue neurologique. — (N° 10, 30 mai 1912.) Marie et Foix : Les réflexes d'automatisme médullaire et les phénomènes des raccourcisseurs. Leur valeur séméiologique, leur signification physiologique. — Trénel et Crinon : Palilalie chez une pseudo-bulbaire.

Tribune médicale. — (N° 5, mai 1912.) Lucien Picqué : Psychothérapie et psychothérapeutique chirurgicale.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BOURSES DE DOCTORAT. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu, au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le vendredi 28 octobre 1912.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 15 octobre, à quatre heures.

En exécution des prescriptions de l'arrêté du 24 décembre 1891, les épreuves du concours consistent en compositions écrites.

Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles ou à l'examen du certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de première année.

L'épreuve consiste en une composition d'anatomie (ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie).

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le premier examen probatoire.

Les épreuves sont : *a.* une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie), ou une composition d'histologie; *b.* une composition de physiologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le deuxième examen probatoire.

Les épreuves sont : *a.* une composition de médecine; *b.* une composition de chirurgie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le troisième examen probatoire.

Les épreuves sont : *a.* une composition de médecine; *b.* une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

Peuvent obtenir une bourse de doctorat en médecine de première année les candidats qui justifient :

Soit de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention *assez bien* au baccalauréat et de 80 points au moins audit certificat;

Soit de la mention *bien* au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de la mention *assez bien* au certificat d'études supérieures des sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, soit la mention *assez bien* au baccalauréat et de la mention *bien* audit certificat.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Un congé sans traitement, du 1er août 1912 au 31 juillet 1913, est accordé, sur sa demande, à M. Launay, chef des travaux d'histologie.

M. Papin, professeur d'histologie, est chargé, en outre, du 1er août 1912 au 31 juillet 1913 (durée du congé accordé à M. Launay), des fonctions de chef des travaux d'histologie.

FOURS CRÉMATOIRES AUTOMOBILES. — Un médecin militaire allemand, le docteur Blau, vient de préconiser dans le *Militär Wochenblatt* l'adoption de fours crématoires automobiles. C'est là une solution nouvelle de la question des inhumations qui dans la prochaine guerre sera une des préoccupations les plus graves des hygiénistes.

Le docteur Blau rappelle qu'à la fin de 1870 les commissaires de police allemands constatèrent autour de Metz la présence d'environ 30000 cadavres militaires insuffisamment recouverts de terre, et dans le seul canton de Gorze il y avait 14000 cadavres dans le même cas. Dans nombre de villages on ne pouvait plus se servir de l'eau des puits et la mortalité augmenta dans des proportions effrayantes. Le seul moyen d'éviter de telles calamités accessoires, c'est d'incinérer les cadavres sur le champ de bataille. Il fut d'ailleurs pratiqué au moment de la retraite de Russie, et plus récemment par les Japonais en Mandchourie.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Charles Ede (de Bromley) et Charles Fleig (de Montpellier).

PIÉSITHÉRAPIE PULMONAIRE

(PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL CHIRURGICAL)

CONTRE LA TUBERCULOSE DU POUMON

Par M. Louis BILLON (de Marseille).

A. **Indications.** — I. Indication générale. — La piésithérapie pulmonaire est un procédé de guérison par action chirurgicale. Comme pour toute affection, l'action chirurgicale ne doit entrer en jeu que lorsqu'il est prouvé, par l'expérience ou par les expériences, que la thérapeutique médicale ne peut guérir aussi bien et aussi rapidement et avec moins de risques qu'elle-même.

Or, il est un fait, malheureusement trop connu, c'est que la tuberculose pulmonaire, dans la plupart de ses formes, chez la plupart des malades qui en sont atteints, tue, et cela malgré l'emploi de tout l'arsenal thérapeutique médical. En présence de cette insuffisance des médicaments et de l'hygiène, il est logique d'avoir recours à une pratique plus complète, plus utile, et aussi plus efficace. On ne la rencontre que dans la chirurgie.

Que nous enseigne-t-elle? C'est que partout où se trouve et où se développe le bacille de Koch, lorsqu'on peut arriver à mettre l'organe atteint au repos absolu, il est pour ainsi dire de règle qu'on arrive à la guérison. Ainsi se soignent et se guérissent les maux de Pott, les coxalgies, les tumeurs blanches, etc. Pourquoi les lésions pulmonaires n'arriveraient-elles pas à se cicatriser comme les lésions osseuses, articulaires, etc., dues au même microbe? Sans doute le parenchyme du poumon est un merveilleux tissu de développement pour le bacille, mais les séreuses articulaires, la moelle osseuse arrivent bien à guérir par le repos...

D'autre part, il faut se rappeler que la piésithérapie comporte les risques de toute opération ordinaire. L'éclampsie pleurale qui peut tuer n'est pas plus fréquente que la syncope chloroformique et les autres complications, en général non mortelles, ne sont pas plus rares que les complications banales des interventions courantes. Il y a donc à peu de chose près égalité de risques et de chances entre ces diverses opérations.

Ceci étant établi : d'une part impuissance médicamenteuse, et d'autre part risques opératoires modérés, on peut en conclure l'indication générale de la piésithérapie pulmonaire contre la tuberculose du poumon. On appliquera cette méthode toutes les fois que la thérapeutique médicale sera ou simplement paraîtra impuissante. Quels sont ces cas?

II. Indications particulières. — 1° *Suivant l'évolution des lésions.* — La *tuberculose miliaire* est une affection généralisée. Un traitement local ne pourrait être efficace. Pour le moment, contre cette forme on ne peut rien tenter d'utile.

La *phtisie aiguë* pulmonaire montre des lésions assez bien localisées. Sa marche galopante ne permet pas de différer un traitement, même violent. La thérapeutique médicale ne peut rien contre pareil envahissement. Le malade sera traité chirurgicalement. Grâce à la piésithérapie, il est possible d'arrêter l'envahissement de tout l'organisme. Le poumon comprimé devient un obstacle à l'évolution du germe; les lymphatiques écrasés ne peuvent plus livrer cours aux produits morbides, les vaisseaux sanguins angiotripsés ne permettent plus l'auto-inoculation et l'auto-intoxication.

Malheureusement, le moment où la piésithérapie est applicable s'écoule assez vite et, lorsque le poumon opposé commence à être envahi, l'utilité de la compression du côté malade est très aléatoire.

La *tuberculose subaiguë* ne relève guère plus de la médication interne que la phtisie aiguë. Par contre, elle admet une unilatéralité certainement très longue et par conséquent une période plus étendue pendant laquelle la compression sera possible. C'est contre la tuberculose subaiguë que la piésithérapie présente son maximum d'indications et aussi sa plus grande efficacité.

La *tuberculose à marche chronique* est également justiciable de la piésithérapie. Cependant, grâce à une hygiène bien réglée, grâce à la reminéralisation et à des médicaments symptomatiques, on peut prolonger presque indéfiniment cet état. Dans cette forme il y a souvent des adhérences très épaisses dues à des phénomènes lents de pleurite et à des anciennes pleurésies ; ce sont là des faits qui rendent la compression totale du poumon impossible. Donc, si la tuberculose à marche chronique présente des adhérences indécollables, inutile d'insister; au cas contraire, la piésithérapie sera très efficace.

La *pneumonie caséeuse* est très souvent accompagnée de symphyse pleurale extrêmement résistante. C'est là un empêchement presque absolu pour mener à bien la cure de compression. Dans le cas où la piésithérapie est possible, elle donne un excellent résultat. Deux observations personnelles me permettent de l'affirmer.

Les *hémoptysies* tuberculeuses, quelle que soit la période où elles apparaissent, sont justiciables d'une ou plusieurs séances de piésithérapie dans le cas même où l'on serait opposé à la compression complète. Les vaisseaux sanguins, sous l'influence du resserrement du parenchyme pulmonaire, s'écrasent; il se fait une angiotripsie rapide, l'hémoptysie cesse.

2° *Suivant la période de l'évolution tuberculeuse.* — *Première période.* — Attend-on qu'un membre atteint de tumeur blanche présente des lésions fongueuses ou abcédaires pour le mettre au repos? Pourquoi donc attendre que le poumon soit creusé de cavités pour le comprimer? Sans doute on va dire que bien des tuberculeux atteints à la première période survivent et guérissent seuls ou simplement avec des médications internes. C'est vrai! Mais est-on jamais sûr que les lésions n'augmenteront pas et peut-on répondre du lendemain. Bien des appendicites guérissent seules, et pourtant il en est beaucoup qui tuent. Et la tuberculose est une maladie bien meurtrière! En tout cas il convient de s'armer. Si on sent que les symptômes se précipitent, que les hémoptysies augmentent de fréquence,

qu'il y a de la fièvre, etc., je crois qu'il n'est pas bon d'attendre et qu'il faut faire de la piésithérapie. La durée de la compression sera moins longue que s'il s'agissait de cavernes à oblitérer.

Deuxième période. — A ce moment, la compression donne de très heureux résultats. Le plus habituellement les lésions sont unilatérales; souvent il n'y a pas encore d'adhérences solides. Par la piésithérapie les crachats diminuent, la fonte pulmonaire s'arrête, la température revient à la normale. Le poumon immobilisé se cicatrise tandis que l'autre poumon assure la suppléance respiratoire. C'est la période de choix pour ce traitement car le moment où l'on pouvait espérer en la médication interne est passé. Aucune thérapeutique n'est comparable à la piésithérapie.

Troisième période. — La période des cavernes est celle qui a le plus souvent été traitée par la compression. Les médicaments à ce degré ne peuvent absolument rien. La piésithérapie est la seule planche de salut. Il faut de toute évidence s'en servir toutes les fois que ce sera possible. Malheureusement un tel retard est préjudiciable. A ce moment, en effet, il y a très souvent des lésions bilatérales manifestes et aussi des adhérences pleurales très tenaces. Ces deux circonstances créent des impossibilités regrettables. Mais il faut, dans certains cas, savoir tenter tout de même le traitement, car, d'une part, il peut se faire que le poumon le moins atteint atteste des bruits plus propagés que réels qui vont disparaître avec la compression du poumon malade; et, d'autre part, on ne peut savoir si les adhérences ne céderont pas devant une thérapeutique prudente et persévérante.

3° *Suivant les malades.* — L'*âge* des malades est un facteur important d'indications. J'ai remarqué que, passé trente-cinq ou quarante ans maximum, la piésithérapie est mal supportée. Chez l'enfant, les insufflations n'amènent que fort peu de dyspnée qui d'ailleurs disparaît bientôt. Il faudra éviter les jeux violents et surtout les accidents de chaud et froid, rhumes, etc.

L'âge le plus propice est de quinze à trente ans.

Un malade *excitable* doit être calmé par la morphine.

B. **Contre-indications.** — I. Contre-indication générale. — La piésithérapie pulmonaire est une opération. En tant qu'opération, il faut que le malade puisse être en état de la supporter, d'autant plus que c'est une intervention de longue durée. Donc, la cachexie, le diabète, l'alcoolisme, l'albuminurie, les lésions organiques graves (foie, rein, intestins, etc.) créent une contre-indication générale pour ainsi dire absolue.

Il faut qu'un malade puisse supporter sans fatigue, pendant plusieurs mois, un état net d'infériorité physiologique.

II. Contre-indications particulières. — 1° *Adhérences pulmonaires.* — C'est là la plus importante de toutes les contre-indications, car elle peut, dans de trop nombreux cas, empêcher complètement toute compression et même créer des accidents graves.

Il existe presque toujours à la nécropsie des tuberculeux pulmonaires des adhérences. Celles-ci sont de deux sortes: aérées, alvéolaires ou charnues, épaisses. Les premières sont habituellement détachables à la main, elles se décollent aisément; les deuxièmes qui, en général, succèdent aux précédentes, ne se laissent pas dilacérer, elles se déchirent ou plutôt elles entraînent dans leur déchirure une partie plus ou moins importante de tissu pulmonaire. Voyons comment vont se comporter ces diverses adhérences au cours de la piésithérapie.

Et d'abord il faut dire qu'on ne peut jamais être certain de la présence ou de l'absence d'adhérences pleurales avant de commencer le traitement. La radioscopie à ce moment ne donne encore aucun renseignement. Il faut savoir les trouver dans les antécédents (points de côté, pleurésie, congestion pulmonaire, etc.). En somme, rien de net, mais de simples présomptions.

Il n'en est plus de même après la ou les premières insufflations. Dès qu'une bulle de gaz est envoyée dans la plèvre, en admettant qu'on ait pu le faire, les feuillets pleuraux se séparent et on voit, à la radioscopie, indispensable à ce moment, un jour très net qui vient séparer le poumon de la cage thoracique. Cette bulle gazeuse, en cas d'adhérences, est traversée par des tractus visibles aux rayons X. A partir de ce moment on pourra suivre le travail du décollement pleural.

Sous l'influence d'une compression progressive et raisonnée qu'il ne faut pas, à mon avis, pousser plus loin que 20 centimètres d'eau, le gaz exerce une action lente et constante sur ces obstacles. Sont-ils aérés, légers, peu à peu ils se décolleront comme le font l'extrémité des doigts au cours d'une nécropsie. On mettra un temps souvent long pour arriver au décollement complet, mais assez souvent on y parviendra. La bride pleurale, travaillée, s'étend, s'allonge, s'étire, tandis que le poumon comprimé se ramasse vers son hile; à la longue elle peut céder.

Ce travail se manifeste par plusieurs symptômes. D'abord la douleur. La plèvre, comme toute séreuse, est sensible; l'étirement des adhérences est pénible et le malade s'en plaint vivement quelques minutes ou plus souvent quelques heures après l'insufflation. Cette douleur peut être si violente qu'elle ira jusqu'à la syncope. Habituellement, il convient de donner soit un cachet calmant, soit même de faire une piqûre de morphine ou de pantopon. L'état douloureux peut persister plusieurs heures ou plusieurs jours. Il peut se réveiller à une insufflation suivante au même endroit ou à un autre point.

Un autre phénomène atteste ce travail c'est l'indication de la pression au manomètre. Voici un exemple qui me fera comprendre. J'ai injecté à une malade une certaine quantité (200 centimètres cubes) d'azote à la pression de 20 centimètres d'eau.

Le lendemain, après de très vives douleurs nocturnes, la pression montait encore à 19; je me contentai de remettre quelques centimètres cubes d'azote. Le surlendemain, après une nuit épouvantable, je ne constatai plus même de pression posi-

tive et l'azote était aspiré par la plèvre; je dus arrêter l'insufflation après 500 centimètres cubes par prudence et raison plus que par phénomène subjectif. Il est net que dans ce cas l'azote mis dans une cavité et sous pression avait sous l'influence de la chaleur et de cette pression constante décollé les adhérences. La bulle de gaz non plus bridée s'était répandue sur toute la surface du poumon.

Enfin, les symptômes les plus utiles sont fournis par la radiographie. Elle permet de suivre ce travail de décollement.

Tout ceci est bon pour les adhérences aérées, mais en ce qui concerne les adhérences charnues il n'y a pour ainsi dire rien à faire de complet. Elles ne se rompent pas facilement. la piésithérapie totale est impossible. C'est une contre-indication absolue.

Et encore peut-on dans certains cas faire quelque chose d'utile. Sans doute la compression totale est impossible, mais la compression incomplète est encore très intéressante. Il ne faut pas pousser l'insufflation trop loin car la tension à 25, 30 et plus centimètres cubes d'eau pourrait peut-être déchirer, non plus les adhérences, mais bien le parenchyme pulmonaire, ce qui pourrait entraîner des désordres très graves dans la plèvre (pleurésie purulente, hydrothorax, hémothorax, etc.). Ce qu'on peut faire, c'est l'insufflation raisonnée, patiente, sous le contrôle fréquent de la radioscopie, de gaz, et de préférence de gaz antiseptisé, qui immobilisera certaines parties malades du poumon et pourra peut-être permettre leur cicatrisation. La guérison, dans ces cas, n'est plus assurée, comme très souvent dans la compression complète, mais elle a pu se produire là où tout traitement médical avait échoué.

On le voit, les adhérences sont un grand obstacle à la piésithérapie, mais cet obstacle ne doit pas faire rejeter définitivement toute tentative de ce moyen de sauvetage. Ce qu'il convient de faire, c'est de suivre avec une attention soutenue, au moins journalière, son malade et de se laisser guider par la clinique et la radioscopie. On obtiendra alors, même dans certains cas où tout paraissait devoir échouer, un résultat intéressant et parfois inespéré.

2° *Bilatéralité des lésions.* — La piésithérapie immobilise un poumon, l'exclut du champ de l'hématose. Il convient donc, logiquement, que l'autre doive être en parfait état. Or, que se passe-t-il souvent? Dès la deuxième période de la tuberculose, à l'auscultation, l'oreille perçoit des deux côtés des lésions. Le côté le moins malade fait entendre des bruits morbides; c'est là un fait très net. Cela autorise à penser que les deux poumons sont atteints. C'est possible, mais non certain.

En effet, il faut tenir compte des erreurs de la méthode d'auscultation. Il est actuellement démontré que par ce procédé banal il est impossible de situer en bonne place les lésions quelles qu'elles soient; la radioscopie et la chirurgie nous montrent quotidiennement ces erreurs de localisations. Or, il arrive assez fréquemment qu'à la suite de la compression complète d'un poumon on ne perçoive plus les râles pulmonaires reconnus et situés dans le poumon qu'on n'a pas comprimé. Que sont-ils devenus? Assurément les lésions n'ont pas disparu; le poumon a pris une action supplémentaire, il accuse une respiration plus complète, il serait juste que les bruits morbides s'accusent proportionnellement, et pourtant ils ont disparu. C'est qu'ils n'étaient qu'un phénomène de propagation et qu'ils ont donné à l'oreille des illusions de localisation. Ils n'existaient pas réellement. Je ne vais pas jusqu'à dire avec quelques auteurs que dans de pareils cas le poumon non comprimé guérit par collapsus de l'autre, mais je crois pouvoir avancer qu'il n'était pas atteint.

Sans doute, ces réflexions ne sont pas toujours exactes, malheureusement. Il est, en effet, bien des cas où les deux poumons sont atteints. Dans de pareilles circonstances il vaut mieux s'abstenir car on risquerait fort d'activer la marche de la maladie et de donner lieu à des phénomènes de dyspnée grave et d'asphyxie.

Peut-être viendra-t-il un temps où l'on pourra comprimer alternativement, et à un degré encore à déterminer, les deux poumons pour les cicatriser l'un après l'autre ou même tous deux en même temps. Nos essais faits avec un gaz antiseptisé au goménol nous font plus qu'entrevoir une solution possible.

3° *Emphysème pulmonaire.* — L'emphysème pulmonaire est une contre-indication nette à la piésithérapie. En effet, dans cette affection, la surface d'hématose est très réduite, il est impossible à un poumon d'assurer la suppléance de l'autre poumon comprimé. Des phénomènes d'asphyxie pourraient en être la conséquence parfois mortelle.

4° *Perméabilité de la plèvre.* — Dans trois de mes observations je retrouve ce fait. Les injections de gaz eurent lieu pendant neuf, onze, douze jours consécutifs et furent reprises, après repos, une ou plusieurs fois en semblables séries. A chaque insufflation j'envoyai de 750 à 1 500 centimètres cubes d'azote. Dix heures après, la radioscopie n'accusait aucune bulle gazeuse persistante. J'avais affaire là à des sujets dont la plèvre était, pour une cause inconnue, d'une perméabilité excessive. Ils ont cependant grandement bénéficié de la piésithérapie; en effet, en leur insufflant de l'azote antiseptisé, je provoquais, au travers du parenchyme pulmonaire, un courant antiseptique rétrograde des plus efficaces.

5° *Indiscipline du malade.* — C'est là une contre-indication morale très importante. Il faut savoir que pour tirer un bon résultat de la piésithérapie il est nécessaire de pouvoir disposer constamment du malade, et cela pendant de longs mois. Si donc, on prévoit qu'il sera impossible d'avoir le tuberculeux à sa disposition tous les jours, au moins pendant plusieurs semaines et de temps à autre pendant plusieurs mois, il est inutile d'entreprendre la cure.

Toute *maladie intercurrente* grave doit faire rejeter la piésithérapie, absolument comme s'il s'agissait d'une opération importante. Pour bien supporter la compression, surtout à son début, l'organisme doit être aussi sain que possible. Pas de piésithérapie chez les tuberculeux atteints de diabète, d'albuminurie, d'entérite grave, d'alcoolisme, etc. Naturellement on ne comprimera pas un cachectique.

En résumé, la piésithérapie est indiquée dans de très nombreux cas, plus nombreux qu'au premier abord on se le figure. C'est un procédé unique de guérison dans la plupart des tuberculoses pulmonaires, comme le repos est le procédé unique de guérison des tuberculoses osseuses et articulaires. Il faut avoir le courage de ne pas y penser trop tard, au moment où les contre-indications apparaissent. La piésithérapie est une méthode chirurgicale, elle est, à ce titre, le prolongement indiqué de la médication interne souvent insuffisante.

ANALYSES

MÉDECINE

Un cas de rage humaine. (*Echo médical du Nord*, 11 juin 1911.) — MM. Bertin et Breton relatent l'observation d'un cas de rage ayant évolué en moins de quatre jours chez une jeune fille de vingt ans. Elle avait été mordue au nez, plus de neuf mois auparavant, par un chien très vieux, âgé de quinze ans, familier de la maison et devenu méchant subitement. Outre la jeune fille, il avait mordu à la main la mère de celle-ci, puis s'était acharné sur un chat. Cette dame et le chat ne présentaient aucun trouble.

Les auteurs insistent sur ce nouveau cas de rage éclatant à un moment très éloigné de la morsure, d'autant plus qu'en l'espèce la pénétration du virus avait eu lieu à la face. Parlant ensuite de la préservation dont ont joui la mère de la malade et le chat domestique ils disent que rien ne prouve que la rage ne puisse, comme le tétanos qui est une maladie très similaire, exiger des conditions adjuvantes nécessaires à l'apparition d'une virulence et à l'éclosion de la maladie. Le tétanos dit spontané offre une preuve d'une vie latente d'un virus dans l'organisme, et Remlinger soutient une opinion conforme pour le virus rabique.

La rage de la malade évolua sous la forme hybride, plus paralytique que furieuse. On a voulu considérer ces formes comme des résultantes d'une atténuation du virus, et l'on fut près d'admettre que les vaccinations antirabiques n'y étaient pas étrangères. L'exemple de cette malade, non vaccinée, montre qu'il n'en est rien, et van Swieten lui-même faisait déjà mention de ces formes hybrides. Il n'y a d'ailleurs chez l'homme ni rage mue, ni rage furieuse; il y a des rages où la paralysie débute lentement et précocement, il en est où elle se montre tardivement ou n'apparaît qu'au moment de la mort.

Les auteurs concluent en disant que rien ne justifie mieux l'application précoce de la vaccination antirabique que des cas comme celui qu'ils rapportent; unie aux mesures prophylactiques rigoureuses concernant les chiens, elle rendra de plus en plus rares les cas de cette horrible maladie.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Études sur le bacille de Koch. Variations numériques du bacille de Koch dans l'expectoration des tuberculeux. Valeurs pronostique et clinique. (M. Tecou (de Leysin), *Runds. f. Mediz.*, 23 sept.-30 sept. 1911.) — Cette étude très consciencieuse repose sur l'examen d'un nombre considérable de malades; sur chacun d'eux toute une série d'examens bactériologiques de l'expectoration a été pratiquée : aussi quelque décevantes que soient les conclusions de cet article, est-il utile de les rapporter, précisément en raison de la conscience qui a dirigé toutes ces recherches.

Nous voyons en effet que si, dans la majorité des cas, la diminution constante et considérable des bacilles de Koch est d'un pronostic plutôt favorable, il s'en faut que cette diminution implique nécessairement la guérison. La disparition même totale des bacilles n'indique pas un arrêt de la lésion pulmonaire; cette lésion peut en effet continuer son évolution même fœtale, sans que jamais les examens ne décèlent la présence de bacilles dans les crachats.

Les variations du nombre des bacilles ne s'accompagnent d'aucun changement dans l'état clinique, et il n'existe entre ces deux facteurs aucune relation, qui permette de tirer une indication pronostique ou clinique.

C'est surtout l'examen clinique qui possède de la valeur au point de vue du pronostic; les examens répétés de l'expectoration des tuberculeux ne peuvent être qu'un adjuvant aux indications pronostiques tirées de l'examen clinique.

B. GAYARD.

MÉDECINE INFANTILE

L'épreuve du collargol dans le diagnostic de la broncho-pneumonie tuberculeuse infantile. (Yvonne Lenormand. Th. de Paris 1911; J. Steinheil, éditeur.) — On sait combien il est difficile de distinguer la broncho-pneumonie tuberculeuse de certaines autres broncho-pneumonies non tuberculeuses, surtout lorsque celles-ci ont une marche subaiguë. Il est donc bon de baser un diagnostic différentiel sur l'ensemble des symptômes et sur certaines épreuves de laboratoire, à la condition que ces épreuves soient inoffensives et n'exigent pas une technique trop compliquée. Mme Lenormand propose de rechercher, chez les malades atteints de broncho-pneumonie, le nombre des leucocytes, avant et après une injection de collargol, et elle montre que, par ce moyen simple, on peut avoir un renseignement utile. Voici pourquoi :

Dans les infections non tuberculeuses, le collargol détermine, en même temps que l'abaissement de la température et le relèvement de l'état général, une réaction leucocytaire plus ou moins forte, avec augmentation du chiffre des globules blancs. La réaction peut être considérée comme forte quand le chiffre des leucocytes passe de 10000 à 25000; moyenne, quand il passe de 10000 à 20000; faible, de 10000 à 13000; on dira que la réaction est nulle, quand elle est de 10000 à 11000; inverse quand le chiffre des globules blancs s'abaisse. Dans les broncho-pneumonies banales, Mme Lenormand a toujours trouvé une réaction positive le chiffre des leucocytes passant par exemple de 38000 à 73000, de 21000 à 68000. L'examen du sang avant l'injection était fait à dix heures du matin, le collargol était injecté à quatre heures du soir et le second examen pratiqué le lendemain matin.

Dans la tuberculose en général, et dans les broncho-pneumonies tuberculeuses en particulier, l'épreuve du collargol est négative; cliniquement, les résultats ne sont jamais aussi bons que dans les cas précédents; en ce qui concerne l'hématologie, la crise leucocytaire est nulle ou faible, en tout cas négligeable.

L'auteur cite des cas vraiment intéressants, par exemple celui d'une enfant atteinte de broncho-pneumonie réagissant au collargol, et qui fit une série de rechutes; un jour vint, où la réaction au collargol ne se produisit plus, en même temps la cuti-réaction devenait positive, il s'agissait d'une broncho-pneumonie d'abord banale qui se compliqua de tuberculose. Dans une autre observation, c'est un enfant tuberculeux qui est atteint d'une broncho-pneumonie, mais il réagit au collargol. On fait le diagnostic de broncho-pneumonie banale chez un tuberculeux et l'autopsie démontra que ce diagnostic était exact.

Les faits signalés par Mme Lenormand présentent donc un grand intérêt clinique; mais il serait nécessaire d'étudier beaucoup plus longuement cette question et de multiplier les observations, si l'on veut avoir une opinion définitive sur cette épreuve du collargol.

M. BRELET.

PSYCHIATRIE

Sur l'étiologie de la mélancolie et la place de cette affection dans la nosographie. (Rodiet et Masselon. *L'Encéphale*,

déc. 1911.) — Depuis longtemps déjà on ne considérait plus la mélancolie comme une entité morbide, mais comme un syndrome mental ressortissant à des états différents. Pour la délimitation de ceux-ci on s'en tenait à l'imprécision des formules d'attente, lorsque la conception de la psychose maniaque dépressive permit d'en faire une heureuse synthèse. On put ainsi réunir dans un même cadre nosologique les cas décrits sous les noms de déprimés constitutionnels, de cyclothymiques ou d'héréditaires dégénérés à accès irréguliers. De l'analyse de 23 observations de mélancolie recueillies à la colonie familiale de Dun-sur-Auron, les auteurs tirent les conclusions suivantes :

1° Les accès mélancoliques sont rarement isolés; même lorsqu'on croit n'avoir rencontré dans toute la vie d'un sujet qu'un seul accès de mélancolie, il est bien rare qu'un examen plus approfondi ne démontre pas l'existence de petits accès de dépression ou de perturbations fréquentes de l'humeur.

2° Les accès mélancoliques ont tendance à se mêler aux accès maniaques, que ces accès soient francs ou qu'ils n'apparaissent que comme un épisode passager au cours d'un accès dépressif permanent.

3° Entre les prétendus cas de mélancolie essentielle, de mélancolie intermittente, de mélancolie chez les dégénérés, il existe tous les intermédiaires et il est impossible de tracer une ligne de démarcation bien nette entre toutes ces formes différentes.

4° Le principal facteur pour faire un ou plusieurs accès de mélancolie est d'avoir un cerveau constitutionnellement prédisposé.

Il n'existe donc pas de mélancolie essentielle, tous ces cas doivent rentrer dans le cadre de la psychose maniaque dépressive. P. CAMUS.

CHIRURGIE

Traitement des anévrismes de l'aorte abdominale par l'occlusion partielle de l'aorte par une bande métallique; effet sur la sécrétion urinaire. (Willis D. GATCH. *Ann. surg.*, vol. LIV, n° 1, juillet 1911, pp. 30-57.) — Les ligatures de l'aorte abdominale, au nombre de 15, et la ligature unique de l'aorte thoracique, pratiquée par le regretté Guinard, ont toutes été suivies de mort. L'opération augmente trop le travail du cœur qui n'y peut suffire. De là la méthode d'Halsted d'occlusion partielle de l'aorte par une bande métallique. Gatch relate deux cas bien étudiés : dans le premier, on appliqua d'abord une bande sur l'aorte thoracique, la douleur de l'anévrisme diminua notablement, la tumeur se rétracta et durcit pendant un certain temps puis tout reprit. Alors on appliqua une seconde bande entre l'origine de la mésentérique inférieure et la bifurcation de l'aorte abdominale. En tout, le malade survécut quarante et un jours après la première opération. Dans le second cas, très défavorable, car il s'agissait d'un vieillard en état de déchéance marquée, on appliqua une bande réduisant le calibre de l'aorte abdominale au quart du calibre normal, juste au-dessus de l'origine des artères rénales, puis quelque temps après, on introduisit dans la poche anévrismale plusieurs pieds de fil métallique. La survie fut de dix-huit jours. Il semble que la méthode donne une amélioration marquée de la douleur; peut-être dans certains cas favorables (anévrisme sacciforme sans collatérales importantes) pourrait-on obtenir une guérison.

Dans les deux cas, la constriction de l'aorte au-dessus des artères rénales fut suivie de l'apparition dans l'urine d'une pluie de cylindres cireux énormes (certains mesurant un millimètre et demi de longueur). Gatch conclut que ces cylindres sont dus à l'anémie du parenchyme rénal, et croit qu'il y a peut-être là un signe de valeur d'obstruction de la circulation du rein. F. GARDNER.

DERMATOLOGIE

Tumeurs de la face et du cuir chevelu à type de cylindrome. (DE BEURMANN, VERDUN et BITH. *Annales de Dermat.*, nov. 1911.) — Les auteurs ont eu l'occasion de suivre, pendant plusieurs mois, à l'hôpital Saint-Louis, un malade présentant sur la face, le cuir chevelu et sur la nuque de nombreuses tumeurs que l'examen histologique a montré revêtir le type de cylindrome.

De nombreuses biopsies pratiquées à différentes époques ont permis de voir l'évolution de ce néoplasme ; il y aurait deux processus concomitants : d'une part, un épithélioma alvéolaire baso-cellulaire et d'autre part une dégénérescence hyaline du tissu conjonctif, celle-ci tendant à envahir l'alvéole et à étouffer l'épithélioma, ce qui expliquerait la bénignité relative de ce genre de tumeurs.

Les biopsies ont permis en outre de surveiller le traitement par le radium qui fut institué. Les tumeurs traitées uniquement par application externe eurent une évolution rapide vers l'ulcération et l'épithélioma de baso-cellulaire tendit à se transformer en spino-cellulaire.

Les tumeurs, traitées par transfixion de part en part avec des tubes renfermant de 1 à 5 centigrammes de sulfate de radium suivant la méthode de Dominici, furent au point de vue histologique très modifiées; il y eut envahissement des alvéoles par la dégénérescence conjonctive hyaline et atrophie de l'épithélioma lui-même.

Il semble donc que la transfixion a produit une destruction de la tumeur, tandis que l'application externe a plutôt favorisé le développement du néoplasme et a transformé sa formule histologique en une formule plus résistante aux agents thérapeutiques.

Enfin le malade, dont l'histoire est rapportée, est mort subitement au milieu d'une crise épileptiforme, d'insuffisance aiguë surrénale; à l'autopsie, les capsules étaient bourrées de tubercules. P. GASTINEL.

NEUROLOGIE

Anencéphalie sans amyélie. (F. d'HOLLANDER. *Bull. Soc. méd. ment. de Belgique*, août 1911.) — Il s'agit d'une enfant du sexe féminin, issue de père syphilitique, mort-née, à terme, après une grossesse normale. Tous les organes thoraciques et abdominaux ainsi que les membres sont normaux.

L'extrémité céphalique rappelle la tête du crapaud. Toute la calotte cranienne fait défaut, depuis les arcades frontales jusqu'à la colonne cervicale qui est fendue dans ses premières vertèbres. Dans cette boîte cranienne ouverte on ne voit qu'une masse brunâtre, rudiment informe du cerveau, se continuant sans transition sur les côtés avec une mince bordure de cuir chevelu. C'est une démonstration tératologique de l'origine ectodermique du système nerveux central. Si la masse endocranienne n'a subi aucune différenciation histologique ni même morphologique, elle présente cependant une inflexion, un angle à sinus antérieur qui correspond à la séparation des vésicules encéphaliques antérieure et moyenne. Au-dessous des premières vertèbres cervicales, la moelle est normale, entourée par une dure-mère très mince, jusqu'au niveau du sacrum. P. CAMUS.

Encore un cas de myxœdème avec symptômes cérébelleux. (GOTTHARD-SODERBERGH. *Revue neurol.*, 1911, p. 86-90, avec 1 fig.) — Dans un article antérieur (*Revue neurol.*, n° 22, 1910), l'auteur signalait l'adiadococynésie et la catalepsie cérébelleuse chez un myxœdémateux qui présentait en outre l'hyperexcitabilité mécanique des muscles. Il interprétait ces symptômes comme les signes d'une intoxication myxœdémateuse du cervelet et des muscles. Actuellement, chez une myxœdémateuse du type ordinaire, il constate, outre l'adiadococynésie et la catalepsie, l'ébauche d'asynergie, des vertiges giratoires systématisés ; en voulant prendre vite de petits objets, tremblement avant et après l'attouchement, écriture analogue à celle des cérébelleux, pouvant être corrigée à un certain degré, par la volonté; hyperexcitabilité mécanique des muscles de la face. Pendant la médication thy-

roïdienne, les symptômes ont disparu dans l'ordre suivant : 1° l'adiadococynésie, 2° la catalepsie, 3° l'asynergie, le tremblement et l'hyperexcitabilité mécanique. L. ALQUIER.

ÉLECTRICITÉ MÉDICALE

Les frictions de haute fréquence. (G. PATOUREL. Th. de Paris 1911 ; Jouve et Cie, éditeurs). — Les frictions de haute fréquence sont mieux supportées que les frictions statiques; elles ont une action plus marquée et souvent très rapidement favorable sur les rhumatismes articulaires aigus, subaigus ou chroniques, sur le rhumatisme musculaire (action particulièrement énergique), sur la névralgie sciatique et peut-être même sur la crampe des écrivains et la maladie de Raynaud.
G. LEGROS.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de thérapeutique pratique (1), publié sous la direction de M. le professeur Albert ROBIN; secrétaire de la rédaction, P.-Emile WEIL, médecin des hôpitaux. Tome V.

Il n'est pas un médecin qui ne connaisse pour l'avoir longuement consulté le *Traité de thérapeutique* du professeur Albert Robin, publié en vingt volumes il y a quinze ans et qui, vu son succès, dut être réédité une fois épuisé.

C'est ce classique ouvrage qui paraît à nouveau, mais remanié, refondu, mis au courant des derniers progrès de la science. Parmi les modifications apportées, signalons que le *Traité de thérapeutique pratique* n'aura plus que cinq volumes, de format plus important il est vrai que ceux de l'ancienne édition; pour arriver à ce but, qui rend l'ouvrage infiniment plus maniable, les articles ont été réduits d'un tiers en supprimant les considérations accessoires et en ne fournissant que les données thérapeutiques pratiques. La rédaction des articles a été confiée à des auteurs nombreux, 144 environ, dont le choix a été fait d'après leurs compétences respectives; leurs noms, qu'on trouvera en tête du volume que nous présentons aujourd'hui sont une garantie absolue de la valeur de la publication. On sera peut-être surpris que le *Traité de thérapeutique pratique* paraisse suivant un procédé que nous nous permettons d'appeler « évangélique » puisque le tome V et dernier sort le premier de chez les éditeurs, mais outre que pour un compendium de ce genre l'ordre d'apparition des volumes n'a pas d'importance, le tome V est consacré aux *spécialités*, ce qui en fait un tout à part. On y trouvera la thérapeutique des maladies du *nez*, du *larynx*, des *oreilles*, des *yeux*, des *dents*, de l'*appareil génital* de la femme et de l'homme, de la *peau*, des *maladies vénériennes*.

Parmi les principaux auteurs qui ont signé ces articles, citons seulement les noms de MM. Balzer, de Beurmann, Brocq, Gaucher, Hallopeau, Jacquet, Jeanselme, de Lapersonne, Queyrat, Albert Robin, Sabouraud, Terrien, Thibierge, Valude, etc.

Les deux premiers volumes contenant *les Maladies de l'appareil respiratoire et circulaire*, *les Maladies du sang et des organes hématopoïétiques*, *les glandes vasculaires sanguines*, *les Maladies de l'appareil digestif*, *du foie*, *du pancréas et des reins*, paraîtront incessamment. Les tomes III et IV contenant *les Diathèses*, *les Intoxications*, *les Maladies infectieuses*, *les Maladies du système nerveux*, *les névroses et les maladies mentales*, seront publiés à quelques mois de distance. L'ouvrage sera entièrement publié à la fin de l'année 1912, louable activité dont on ne saurait trop féliciter l'éminent directeur de la publication et les éditeurs qui lui apportent tous leurs soins.
A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Un vol. in-8 raisin de 1000 p. — Prix : broché, 18 francs; relié, 20 francs. — Paris, Vigot frères.

Guide pour les manipulations de chimie biologique (1), par les docteurs G. BERTRAND et P. THOMAS.

Ce livre s'adresse d'abord aux étudiants, auxquels il rendra de très réels services; il s'adresse aussi à tous les chercheurs non spécialisés dans la chimie, et que tentent cependant l'étude de phénomènes biologiques : c'est dire qu'il a sa place indiquée dans tous les laboratoires, surtout à cette heure où l'étude des actes biologiques joue un si grand rôle. Nous ne passerons pas en revue les divers chapitres traités dans cet ouvrage : qu'il nous suffise d'en signaler le côté pratique, et d'en constater la simplicité et la clarté. B. GAYARD.

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER (89, rue d'Assas). — Professeur : M. Paul BAR. — *Cours de pratique obstétricale*, par MM. Brindeau, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux; Guéniot et Lequeux, professeurs agrégés; Devraigne, ancien chef de clinique; Chirié, chef de clinique; Lemeland et Marioton, chefs de clinique adjoints; assistés de MM. Roullier, Pellissier, Brisson, Gaujoux, Siguret et Roux, moniteurs; réservé aux étudiants ayant seize inscriptions et aux docteurs français et étrangers régulièrement inscrits à la clinique.

Le cours commencera le 23 septembre 1912. Il comprendra quatorze leçons qui auront lieu tous les jours, à cinq heures du soir. Les auditeurs seront personnellement exercés aux manœuvres obstétricales.

Programme du cours. — Lundi 23 septembre 1912. M. Devraigne, à cinq heures. Diagnostic des présentations et des positions par le palper.

Mardi 24 septembre, à trois heures. Exercices du palper au lit des malades. — M. Lemeland, à cinq heures. L'auscultation en obstétrique.

Mercredi 25 septembre, à neuf heures et demie du matin. Consultation des femmes enceintes, par M. le professeur Bar; examen des malades par les élèves du cours. — A trois heures : Exercices d'auscultation au lit des malades. — M. Chirié, à cinq heures. Le toucher en obstétrique.

Jeudi 26 septembre, à trois heures. Exercices de toucher. — M. Devraigne, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions directes).

Vendredi 27 septembre, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Guéniot, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions obliques antérieures).

Samedi 28 septembre, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Devraigne, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions obliques postérieures).

Lundi 30 septembre, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Lemeland, à cinq heures. Le forceps sur la face et le front.

Mardi 1er octobre, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Brindeau, à cinq heures. Le forceps sur les présentations élevées.

Mercredi 2 octobre, à neuf heures et demie du matin. Consultation des femmes enceintes par M. le professeur Bar; examen des malades par les élèves du cours. — A trois heures : Exercices pratiques, revision des diverses applications de forceps. — M. Lemeland, à cinq heures. La version par manœuvres internes (version séparée).

Jeudi 3 octobre, à trois heures. Exercices pratiques de version. — M. Lemeland, à cinq heures. L'extraction du siège décompleté mode des fesses.

Vendredi 4 octobre, à trois heures. Exercices pratiques : L'extraction du siège décompleté mode des fesses et après version. — M. Lequeux, à cinq heures. L'extraction après la version : ses difficultés.

Samedi 5 octobre, à trois heures. Exercices pratiques de version par manœuvres internes (revision). — M. Chirié, à cinq heures. L'embryotomie céphalique (cranioclasie).

(1) H. Dunod et E. Pinat, éditeurs.

Lundi 7 octobre, à trois heures. Exercices pratiques d'embryotomie. — M. Chirié, à cinq heures. L'embryotomie céphalique (basiotripsie).

Mardi 8 octobre, à trois heures. Exercices pratiques d'embryotomie. — M. Chirié, à cinq heures. Embryotomie rachidienne.

Pour renseignements et inscription, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures. Le droit à verser est de 50 francs.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 6, juin 1912.) Gary : Des lésions des cartilages semi-lunaires du genou et de leur traitement. — Galzin et Chevron : Suicide par coup de carabine à blanc dans la poitrine. — Montagné : Tente mobile pour poste de secours. — Jalade : Les cotons hydrophiles du commerce.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 6, juin 1912.) Valence : Croisière dans l'Atlantique. Extrait du rapport d'inspection générale (année 1911). — Bourges : Les tuberculeux de l'arsenal de Brest traités au sanatorium de Tréberon pendant l'année 1909. — Coulomb : Traitement du mal de mer par le véronal. — Saint-Sernin : Dosage rapide de l'acide urique. Amélioration de la méthode de Pizzorno. — Duranton : Aération et ventilation à bord du croiseur *Kléber*.

Archives des maladies de l'appareil digestif. — (N° 6, juin 1912.) Max Einhorn : La dilatation du pylore sans opération. — Alphonso Medina : Un renseignement de plus pour le diagnostic du cancer gastrique. — Bret et Blanc-Perducet : Colite ulcéreuse hémorragique, syndrome dysentériforme, septicémie, péritonite généralisée par propagation. — H. Labbé et Larue : L'acidité volatile des matières fécales. — Cerné et Delaforge : A propos du diagnostic radiologique de l'estomac biloculaire.

Archives générales de chirurgie. — (Juin 1912.) Quinto-Vignolo : Nouveau procédé pour rétablir la continuité intestinale dans les résections recto-sigmoïdiennes étendues. — Moreau : De la récidive des ulcères après la gastro-entérostomie, pour sténose non néoplasique du pylore. — Zesas : L'érysipèle hématogène. — Mauclaire : Circulus vitiosus.

Archives générales de médecine. — (Juin 1912.) René Mesnard : La respiration en orthopédie vertébrale. — Milian : Histologie pathologique de l'emphysème. — Anselme Schwartz : Les corps étrangers des voies aériennes.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 6, juin 1912.) H. Chaton : La trompe utérine dans les tumeurs ovariennes à pédicule tordu. — A. Rodier : Quelques observations des différentes formes de la mélancolie. Leur traitement en colonie familiale.

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 23, 8 juin 1912.) Mesernitzky : La destruction des oxypurines par l'émanation de radium. — (N° 24, 15 juin.) Krone : Recherches sur les échanges calcaires dans la diarrhée et la constipation.

Clinique. — (N° 23, 7 juin 1912.) Lyan : Le mouvement médical scientifique et professionnel. — Chauffard : Hémorragie méningée et méningite cérébro-spinale. — Sabouraud : Traitement du psoriasis par les piqûres d'énésol. — (N° 24, 14 juin.) Kirmisson : A propos d'une ostéite syphilitique du tibia. Caractères différentiels des ostéites chroniques : tuberculose, syphilis, ostéomyélite prolongée. — Chevallier : Les manifestations cliniques de la sporotrichose (*suite et fin*). — Sabouraud : Le prurigo-asthme. — Hutinel : Sténose congénitale de l'isthme aortique. — (N° 25, 21 juin.) Déjerine : Les aphasiques moteurs. — Castaigne : La médication par les sels de quinine dans le cancer. — Mauclaire : Tuberculose du gros intestin (côlons, rectum et anus). — (N° 26, 28 juin.) Delbet : Tumeur du sein. — Sabouraud : De la streptococcie cutanée. — Vincent : Le traitement thermal des hypertrophies du tissu lymphoïde. Végétations adénoïdes et hypertrophie des amygdales. — Castaigne : Lésions rénales unilatérales compliquées d'urémie.

Echo médical du Nord. — (N° 22, 2 juin 1912.) André Martin : L'anesthésie locale et régionale dans les opérations d'oto-rhino-laryngologie. — Henri Damaye : Démences précoces et psychoses toxi-infectieuses. — (N° 23, 9 juin.) A. Béhague (d'Arras) : Deux cas d'inversion utérine d'origine différente. — Descarpentries : Une nouvelle méthode d'anesthésie générale par l'éther, présentée à la Société nationale de chirurgie. — (N° 24, 16 juin.) Gorse et Swynghedauw : Un procédé nouveau de cure radicale de l'ectopie testiculaire (méthode en deux temps du docteur Gaudier). — M. Dehon, A. Dubus et Jean Heitz : Mesure directe de la pression intra-artérielle chez l'homme vivant. Comparaison avec les procédés cliniques. — Bettremieux : Deux cas de décollement rétinien myopique, guéris par la la sclérectomie simple. Technique de l'opération. — (N° 25, 23 juin.) Patoir et Georges Laurent : Un cas de mutilations observées sur un cadavre retiré de l'eau. — (N° 26, 30 juin.) Henri Paucot : Hémophilie héréditaire. Mort consécutive à une entorse du genou.

Encéphale. — (N° 6, 10 juin 1912.) Mignot et Marchand : Paralysie générale avec dégénérescence amyloïde du cerveau et syndrome pseudo-bulbaire (avec 3 planches hors texte). — D'Hollander : Apraxie motrice bilatérale. Autopsie. Contribution de la localisation de l'apraxie.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 22, 2 juin.) Faivre : Un cas de lithiase cutanée avec coliques prurigineuses justiciables de l'opothérapie dermique. — (N° 23, 9 juin.) Finck (de Vittel) : Importance du régime alimentaire dans le traitement de la goutte. Difficulté de son application. — (N° 24, 16 juin.) Boutin (de Royan) : Cure marine en général et cure marine des dyspeptiques. — (N° 25, 23 juin.) J. Courtin : Plaie du poumon, pleurésie purulente, opération d'Estlander et décortication pulmonaire. — (N° 26, 30 juin.) Cruchet : Six nouveaux cas de rythmie du sommeil. (Les rythmies à la caserne.)

Gazette médicale de Nantes. — (N° 22, 1er juin 1912.) P. Aubry : Revue de clinique médico-chirurgicale. Formes larvées de l'appendicite chronique. La forme pulmonaire. — (N° 23, 8 juin.) Duranton : Quelques remarques sur les indications et contre-indications de la cure de Vichy. — (N° 24, 15 juin.) A. Grosse : Un cas de hernie inguinale étranglée chez le nourrisson. — Saquet : Sur la médecine vibratoire. A propos des procédés de Mac... à Nantes. — (N° 25, 22 juin.) Morin : Notes sur l'examen radiologique du tube digestif. Estomac (*suite*). — (N° 26, 29 juin.) Favreul : Diagnostic et traitement des perforations de l'intestin grêle au cours de la fièvre typhoïde.

Medizinische Blätter. — (N° 11, 1er juin 1912.) Oppenheim : Evolution et état actuel de la salvarsanthérapie.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 23, 6 juin 1912.) Kraus : Cellule cancéreuse et réaction du cancer. — Müller : Influence du traitement par le salvarsan sur la réaction de Wassermann. — Kleezkowski : L'éosinophilie dans le glaucome. — Bauer : Sur le diverticule duodénal. — Hoke : Sur l'angine abdominale. — Kahler : La laryngologie et la rhinologie en diagnostic général. — (N° 24, 13 juin.) Suchanek : Les phlegmons gazeux dans les blessures par coup de feu à plomb. — Müller : La réaction de Wassermann. Sur la question de l'antigène. — Szekeres : Traitement de la scarlatine par le sérum de Moser. — Feri : Sur la technigue de la diazo-réaction.

NOTES POUR L'INTERNAT

ENDOCARDITES AIGUËS (1)

Complications. — On peut voir quelquefois, au cours de ces endocardites, survenir des complications : il faut signaler, en premier lieu, l'apparition d'une *péricardite*, coïncidence surtout fréquente chez l'enfant; tantôt il s'agit d'une péricardite sèche, tantôt d'une péricardite avec épanchement.

La *myocardite* s'observe également dans certains cas : elle s'accompagne des signes habituels qui traduisent la défaillance cardiaque, faiblesse et irrégularité du pouls, tendances syncopales.

L'*aortite aiguë* peut également se rencontrer; elle se caractérise par des douleurs paroxystiques dans la région aortique, irradiées dans l'épaule et le bras gauche, avec dilatation aiguë du vaisseau. Nous avons déjà signalé les *thromboses intracardiaques*, les embolies (rares).

Diagnostic. — La constatation d'une endocardite est liée le plus souvent à l'auscultation systématique du cœur des malades, car bien souvent aucun signe spécial n'attire l'attention du clinicien sur une lésion cardiaque quelconque. On ne prendra pas l'assourdissement des bruits du cœur pour l'éloignement des bruits cardiaques résultant d'un épanchement dans le péricarde, ou masqués par l'emphysème pulmonaire.

La constatation d'un souffle doit faire discuter la nature anorganique, extracardiaque ou organique de ce souffle : il faut se rappeler que c'est parfois à l'occasion d'une nouvelle poussée d'endocardite qu'une lésion valvulaire chronique, latente jusque-là, est subitement révélée.

On pourra préciser la localisation du processus infectieux, mitral, aortique, cœur droit, d'après le siège maximum de l'assourdissement des bruits du cœur.

II. **Endocardite maligne, infectante.** — Tout différent est le tableau de cette forme d'endocardite, tant au point de vue de l'évolution générale que de la gravité.

Début. — Le début en est souvent insidieux et revêt d'ailleurs des allures extrêmement variables : tantôt l'endocardite frappe un sujet jusque-là en parfaite santé, c'est l'*endocardite maligne primitive;* tantôt elle survient au cours d'un état morbide préexistant, c'est l'*endocardite maligne secondaire;* dans certains cas enfin, elle s'annonce au cours d'une cardiopathie ancienne par une aggravation insolite des signes fonctionnels et généraux. Une fois constituée, elle peut évoluer soit d'une manière *aiguë*, entraînant la mort en quelques jours, soit d'une manière *subaiguë*, durant plusieurs semaines et même parfois plusieurs mois.

Période d'état. — Les symptômes de l'endocardite maligne peuvent être divisés en symptômes locaux et symptômes généraux : assez souvent l'attention du clinicien est appelée du côté du cœur, en raison de la gêne, de l'angoisse précordiale, des palpitations : l'assourdissement des bruits valvulaires est en général transitoire et d'emblée des souffles se localisent au niveau des orifices assez souvent au niveau du cœur droit; ils sont tantôt doux et légers, tantôt rudes, musicaux; ils varient d'un jour à l'autre et ces modifications presque quotidiennes qui sont l'indice de l'altération progressive des valvules, constituent un excellent signe d'endocardite aiguë maligne.

Les symptômes généraux, beaucoup plus importants que les précédents ont permis de décrire plusieurs variétés cliniques, suivant la prédominance de certains d'entre eux.

a. **Forme typhoïde.** — Le début a lieu par un frisson solennel, avec céphalalgie, courbature générale; la température est à 40, avec des rémissions irrégulières. Le pouls, fort et rapide, oscille entre 120 et 160; l'état typhique est au complet : asthénie, anorexie, insomnie; la langue est sèche, rôtie, couverte de fuliginosités. Le ventre est ballonné, il y a de la diarrhée fétide, avec, parfois, des hémorragies intestinales, dues à des embolies des artères mésentériques; la rate est hypertrophiée; il existe de l'albuminurie; on constate la présence de râles de bronchite; on peut observer enfin des sudamina, des taches rosées lenticulaires, des éruptions purpuriques, dues à de petites embolies cutanées.

b. **Forme pyohémique.** — Le début rappelle celui de la forme précédente, quelquefois cependant les accès de fièvre rappellent les accès palustres : la température peut dépasser 41 degrés, avec de grandes oscillations journalières. Le pouls suit la température; le teint est jaune sale, quelquefois franchement jaune, le foie est souvent douloureux; les accidents hépatiques relèvent d'infarctus du foie. Le processus embolique est d'ailleurs de règle dans l'évolution de ces endocardites, spécialement dans la forme pyohémique : infarctus pulmonaire avec toux, expectoration sanglante et symptômes de broncho-pneumonie; infarctus rénaux, avec albuminurie, hématurie; infarctus splénique, embolie de l'artère mésentérique, embolie cérébrale, cutanée, embolie des artères des membres, etc.

c. **Forme méningitique.** — Elle simule par la prédominance de certains symptômes (céphalalgie, rachialgie, raideur de la nuque) les allures de la méningite cérébro-spinale. Pour Netter, il y aurait toujours dans cette variété d'endocardite, des lésions méningées, dues au pneumocoque.

d. **Forme cardiaque.** — Dans cette forme, les douleurs précordiales, la dyspnée allant jusqu'à l'orthopnée, les troubles du rythme cardiaque dominent le tableau clinique.

Il est à peu près impossible d'individualiser des formes suivant le microbe, cependant, on tend à admettre que la forme pyohémique relève en général du streptocoque ou du staphylocoque.

Complications. — Les complications sont constituées par les localisations multiples du germe infectieux et leur tendance vers la purulence; il faut insister surtout, sur les complications broncho-pulmonaires, sur la fréquence de la myocardite concomitante et de l'aortite ulcéreuse.

Evolution. — L'évolution de toutes ces endocardites malignes se fait en général vers la mort; la guérison est en effet assez exceptionnelle. Dans la forme pyohémique, l'évolution fatale se fait en huit ou quinze jours, elle est plus longue dans la forme typhoïde, où elle donne lieu à des rémissions ; la mort a lieu soit à l'occasion d'un accident embolique, soit par suite des progrès de l'infection, soit par collapsus cardiaque, avec coma terminal. Si la guérison a lieu, ce qui est extrêmement rare, le sujet conserve des lésions valvulaires.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 95 et 98.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de thérapeutique pratique, publié sous la direction de M. le professeur Albert Robin; secrétaire de rédaction P.-Emile Weil, médecin des hôpitaux. Tome V. Un fort volume in-8 raisin de 1 000 pages. — Prix : broché, 18 francs; relié, 20 francs. — Paris, Vigot frères.

L'Enseignement de l'hygiène sexuelle dans les écoles, par le docteur L. Mathé, médecin inspecteur des écoles de la Ville de Paris, membre de la Société de médecine de Paris, membre de la Société d'hygiène d'Espagne, etc. Préface de Madame I. Kergomard, inspectrice générale des écoles maternelles, officier de la Légion d'honneur. Un volume in-16 cartonné. — Prix : 2 fr. 25. — Paris, Vigot frères.

Les Hématuries, indications thérapeutiques et médications qui les remplissent (*Consultations médicales françaises*, fasc. 40), par le docteur J. Vires, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Montpellier, médecin de l'hôpital général. In-16 de 24 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 102. — SAMEDI 7 SEPTEMBRE 1912 85e ANNÉE. SAMEDI 7 SEPTEMBRE 1912. — N° 102.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE.. 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Le jury est provisoirement composé de MM. les docteurs Dupuy-Dutemps, Babonneix, Crouzon, Aubertin, Mocquot, Heitz-Boyer (qui acceptent), Marcille et Couvelaire (qui n'ont pas encore acceptés).

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL LE PATHOLOGIE COMPARÉE, à la Faculté de médecine de Paris, du 17 au 23 octobre 1912. — Dont le volume des rapports sera publié fin septembre et dont la cotisation de 20 francs pour les membres actifs, et de 10 francs pour les membres adhérents, doit être envoyée au secrétaire général, M. Grollet, 42, rue de Villejust, à Paris.

En plus des rapports de MM. Calmette, Chaussée, Vallée, Lignières, sur la pathogénie de la tuberculose, des communications sur cette même question seront faites par :

M. Paul Courmont, professeur à la Faculté de médecine de Lyon : L'agglutination du bacille de Koch comparée chez l'homme et chez les animaux;

M. A. de Jong, professeur à l'Université de Leyde et à l'école vétérinaire d'Utrecht;

M. le docteur Moore, directeur du Collège vétérinaire de New-York : Elimination des bacilles tuberculeux par les animaux infectés;

M. Bruschettini, professeur à la Faculté de Gênes : La vaccination contre la tuberculose bovine étudiée sur les animaux de laboratoire (lapin, cobaye, etc.).

M. André Jousset, professeur agrégé : La tuberculose du cobaye;

M. Paul Thaon, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine : Pseudo-tuberculose du cobaye;

M. Gabriel Arthaud : De la marche cyclique de la tuberculose et de ses poussées évolutives (Bezançon).

M. Belin, directeur technique de l'Institut vaccinal de Tours : Nature des réactions fournies par la tuberculine;

M. L. Fortineau, chef des travaux de bactériologie à l'Ecole de médecine de Nantes : Contribution à l'étude de l'hérédité tuberculeuse;

M. Morel, vétérinaire sanitaire : Tuberculose ombilicale du veau.

AÉRONAUTIQUE MILITAIRE. — Un arrêté ministériel concernant l'organisation de l'aéronautique militaire règle comme suit le service médical de chaque centre aéronautique :

« Le médecin assure le service sanitaire du centre aéronautique conformément aux prescriptions de l'article 26 du décret du 25 mai 1910.

Il est secondé dans son service par un ou plusieurs infirmiers.

Il est, autant que possible, présent sur l'aérodrome à l'heure des vols. En cas d'absence, il est remplacé par un infirmier.

Une voiture de secours est tenue prête en un point indiqué par le chef de l'aviation en cas de vol à travers la campagne. »

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la trente-cinquième semaine, 713 décès, au lieu de 680 pendant la semaine précédente et au lieu de 803, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant.

TABAC ET CHOLÉRA. — Le docteur Wenck, professeur à l'Institut impérial de Berlin, vient de publier récemment un rapport sur les observations qu'il a faites au cours de l'épidémie cholérique de Hambourg, et ses conclusions seraient tout à fait favorables à l'action préservatrice du tabac.

C'est ainsi que dans l'épaisseur de cigares manipulés avec de l'eau contenant 1500000 bacilles virgules par centimètre cube, tous les microbes périrent en vingt-quatre heures; et l'examen de cigares fabriqués à Hambourg pendant l'épidémie montra qu'ils étaient absolument exempts de bacilles.

Le docteur Wenck put constater aussi que les microbes du choléra meurent une demi-heure, une heure et deux heures après avoir été mis en contact avec de la fumée de tabacs provenant du Brésil, de Sumatra, de la Havane. La fumée de tabac tuerait d'ailleurs en cinq minutes les microbes cholériques de la salive. Enfin, pas un ouvrier de la fabrique de cigares de Hambourg ne fut atteint par l'épidémie.

A. G.

REVUE GÉNÉRALE

LES TUMEURS DU MÉSENTÈRE [1]

Par M. Pierre MOIROUD,
Interne des hôpitaux de Marseille.

VII

Formes cliniques. — Il existe, nous l'avons dit, certaines tumeurs mésentériques que l'examen objectif ne peut dépister et qui donnent lieu cependant à une série de symptômes fonctionnels : ce sont les *formes latentes*.

L'on trouve une *forme douloureuse* se traduisant par des douleurs violentes, survenant par crises, s'irradiant dans le dos, les épaules, le petit bassin, disparaissant rapidement. Ces douleurs sont accrues par la fatigue et surtout au moment des époques menstruelles; l'influence de la grossesse est très nette : elles augmentent alors d'intensité et de fréquence... Cette période douloureuse est très variable et ce n'est que tardivement que l'on constate l'apparition d'une tumeur.

Il existe aussi une *forme à début intestinal*. Il y a arrêt des matières, les vomissements ne tardent pas à apparaître, d'abord alimentaires, puis bilieux, fécaloïdes enfin. Le ventre se météorise, l'arrêt des gaz est complet. Ces accidents s'expliquent soit par le tiraillement du plexus solaire par le pédicule d'une petite tumeur très mobile (2), soit par la coudure de l'intestin ou par des adhérences dues à la péritonite irritative causée par la présence du néoplasme.

Nous signalerons enfin une forme exceptionnelle, dans laquelle la tumeur d'abord latente se révèle tout d'un coup par des signes pulmonaires plus ou moins graves.

VIII

Evolution. Complications. — L'évolution des tumeurs mésentériques est très variable et dépend essentiellement de leur nature. Certains kystes sont des trouvailles d'autopsie, d'autres ont pu rester stationnaires pendant une très longue période, et dès qu'ils ont commencé à s'accroître, produisent vite des troubles; ainsi la malade de Spencer Wells qui pendant trente ans avait gardé son kyste stationnaire vit en quelques mois s'accumuler des symptômes graves. La régression a peut-être été observée dans les cas de kystes hydatiques ou sanguins, la guérison a pu survenir par ouverture du kyste dans l'intestin. Mais ce sont là des cas si rares, des chances de guérison si incertaines, qu'on ne doit pas en tenir compte. Habituellement, ils causent peu de temps après le début de leur apparition des troubles assez graves; ils ont une « évolution à secousses », disent Augagneur et Bracquehaye.

Les tumeurs malignes ont une évolution plus rapide, du fait de leur volume énorme (lipome) ou de leur nature maligne (sarcome, embryome), qui amène plus vite les complications observées en pareil cas.

Nous n'insisterons pas longtemps sur ces complications aussi nombreuses que variées.

Troubles digestifs. — Dyspepsie, anorexie, vomissements du début; constipation opiniâtre suivie le plus souvent de débâcles diarrhéiques, revêtant parfois un caractère incoercible, qui semble due alors à l'excitation du plexus solaire et ne doit pas être confondue avec la débâcle par rupture d'un kyste dans l'intestin; l'occlusion intestinale sous la dépendance de causes mécaniques (compression, brides, coudure de l'intestin) ou de causes physiologiques (paralysie des couches musculaires de l'intestin, suppression des sécrétions normales de ce dernier); la péritonite soit légère et traduisant l'irritation de voisinage, soit aiguë, rapidement mortelle par perforation due à l'ulcération de la tunique intestinale; la dénutrition profonde et la cachexie de la période terminale ayant pour cause la compression des chylifères.

Troubles vasculaires. — La compression des vaisseaux sanguins de règle dans les néoplasmes malins s'observe encore dans les kystes; l'œdème des membres inférieurs traduit la compression de la veine cave, l'ascite celle de la veine porte. Mais celle-ci peut être aussi d'origine inflammatoire, étant l'expression soit d'une péritonite ou mieux d'une propagation du processus malin à la séreuse; elle présente alors un aspect sanguinolent. C'est aux compressions vasculaires que semble due l'aménorrhée ou la dysménorrhée fréquente dès le début de certains kystes (Portal).

Troubles urinaires. — Ils sont de peu d'importance et rarement observés. On a noté de la pollakiurie par pression de la tumeur sur la vessie; la compression des uretères pourrait produire une hydronéphrose.

Troubles respiratoires. — Signalés par Augagneur ils ne s'observent que dans les cas de néoplasmes volumineux; ils refoulent les poumons, dévient le cœur, gênent les mouvements de la cage thoracique. Millard et Tillaux ont signalé la possibilité de pleurésie et de bronchite de voisinage. Enfin certains auteurs indiquent, mais sans en donner d'exemples, la possibilité pour un kyste mésentérique d'être rejeté par vomique. Cette phase serait précédée d'une période prémonitoire, très douloureuse, dyspnéique, pendant laquelle s'établiraient les adhérences entre la tumeur et la face inférieure du diaphragme.

IX

Diagnostic. — 1° Diagnostic positif. — Les tumeurs mésentériques sont comme toutes les tumeurs abdominales d'un diagnostic difficile. Nous avons rapidement décrit les signes qui permettent de les découvrir. Lorsque le chirurgien se trouve en présence d'une *tumeur primitivement latérale, devenue rapidement médiane, pointant vers l'ombilic, surtout si elle s'accompagne des trois signes de Tillaux* (mobi-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 99, p. 1391.

(2) Parfois en effet la tumeur a un pédicule qu'on peut lier à la façon d'un pédicule de kyste ovarique (Péan, Terrien, Lauwers).

lité en tous sens, zone sonore au-devant de la tumeur, autre zone sonore au-dessus du pubis), il peut penser à une tumeur mésentérique. Son opinion sera d'autant plus certaine si la rate et les reins normaux sont en place, et si elle ne dépend pas des organes du petit bassin.

Mais chacun de ces signes peut manquer, que la tumeur soit volumineuse, adhérente, qu'elle siège près du bord rachidien, qu'elle ne se manifeste que par des signes fonctionnels. Aussi comprendra-t-on quelle est la difficulté du diagnostic différentiel.

2° Diagnostic différentiel. — Deux cas bien différents suivant que la tumeur est petite, ou qu'elle est reconnaissable.

a. La *tumeur est petite ou passe inaperçue*. — Si elle se traduit par des phénomènes douloureux on peut la confondre avec les *coliques hépatique*, *néphrétique* ou *saturnine*, avec la *péritonite*, qui d'ailleurs peut compliquer une tumeur comme inflammation de voisinage ou après perforation de l'intestin, avec l'*appendicite*; mais alors la douleur a un siège fixe dans la fosse iliaque droite, sensible au palper, on observe des élévations thermométriques peu élevées, mais constantes. Mais c'est avec un *kyste ovarique à pédicule tordu* que la confusion est le plus commune.

Si c'est par des phénomènes gastro-intestinaux qu'elle se manifeste, on pourra la confondre avec une *dyspepsie chronique*, un *néoplasme de l'estomac*, quand dominent l'anorexie, les digestions difficiles, l'amaigrissement. Nous savons aussi que des tumeurs petites — le plus souvent kystiques — offrent fréquemment des accidents d'occlusion, qui peuvent être le premier signe. S'ils revêtent une forme rapide et aiguë, l'on pense à un *volvulus*, à l'*infarctus de l'intestin* (1) dans sa forme simulant d'emblée l'occlusion. D'autres fois les accidents subaigus rappellent l'*invagination*, l'*obstruction* par bol fécal ou une *tumeur de l'intestin*. Dans ce dernier cas on sent une tumeur ressemblant plus ou moins à un kyste mésentérique et le diagnostic devient délicat. Mais le néoplasme intestinal est plus dur, moins rénitent, et l'on aura de grandes chances de trouver alors le signe de la fausse ascite de Mathieu.

b. La *tumeur est reconnaissable*. — C'est le diagnostic différentiel d'une tumeur abdominale, aussi en admettra-t-on la grande difficulté.

Il faudra d'abord la distinguer de celles qui siègent dans la *paroi abdominale* : celles-ci immobiles dans la contraction musculaire, ne sont plus fixes dans le relâchement et ont alors des contours moins nets. Tillaux marque le point culminant de la tumeur ; si pendant une forte inspiration il reste le plus saillant, la tumeur siège dans la paroi.

Est-elle née de haut en bas ? C'est à un *kyste du foie*, développé sur la face inférieure et plongeant dans la cavité abdominale, à une *hydropisie de la vésicule calculeuse* que l'on pourrait songer. Dans ce dernier cas, le siège des accidents douloureux, l'ictère, rendraient l'erreur moins faisable.

Les *tumeurs de la rate* (kystes hydatique, sanguins, splénomégalie paludéenne, etc.), siègent d'abord à gauche et présentent souvent à la palpation les incisures caractéristiques.

Le diagnostic avec les tumeurs du pancréas, surtout avec les *kystes pancréatiques*, est souvent impossible. On pourra y arriver par la recherche systématique dans les cas douteux, des signes d'insuffisance pancréatique (examen des fèces montrant ou non l'insuffisance de digestion des matières grasses et albuminoïdes, épreuve des noyaux de Schmidt, réaction de Cammidge, etc.), de l'amaigrissement rapide et intense qui est un des symptômes les plus importants. On n'oubliera pas enfin que le kyste du pancréas est le plus douloureux des kystes abdominaux, les douleurs prenant la forme des névralgies cœliaques de Friedreich (coliques violentes amenant quelquefois la syncope, irradiant vers l'épaule gauche et dans les lombes).

Les *affections du rein* ont avec les tumeurs du mésentère de nombreux symptômes communs. Le *rein mobile* d'abord a beaucoup des signes des kystes mésentériques. D'une mobilité extrême, échappant au doigt explorateur, il peut se compliquer d'accidents aigus simulant la péritonite. Il y a douleur vive avec vomissements, le ventre est très sensible, mais il n'existe pas de température. On note de la dysurie, de l'anurie pendant la crise, puis survient une débâcle urinaire et l'accès est guéri. Cette terminaison suffit à établir le diagnostic qui sera plus certain encore par la constatation d'une tumeur latérale, réniforme, tandis que la fosse rénale du côté correspondant est vide.

L'*hydronéphrose*, l'*uropyonéphrose* (1) peuvent prêter à confusion. Ce sont des tumeurs peu mobiles, ayant au-devant d'elles une zone sonore due au côlon qu'elles entraînent et aux anses intestinales qu'elles peuvent comprimer. Mais elles sont latérales et susceptibles de diminuer sous l'action de débâcles urinaires, qui, il est vrai, ne sont pas toujours observées par le malade. Elles présentent enfin un contact lombaire qui manque dans les tumeurs mésentériques.

Le rein polykystique, les autres tumeurs rénales prêtent à des considérations à peu près pareilles.

La tumeur s'est-elle développée de bas en haut, semblant surgir de l'excavation, c'est le meilleur signe permettant d'éliminer les *tumeurs du petit bassin*. Mais trop souvent soit par manque d'observation ou par excès de volume du néoplasme, cette constatation ne peut être faite. Les *tumeurs utérines* médianes au début se développent sans offrir de zone sonore entre elles et le pubis. De plus le palper et le toucher combinés les montrent solidaires de l'utérus. Cependant la confusion est très possible avec la variété sous-séreuse du fibromyome utérin, qui présente un long pédicule, jouit d'une mobilité très grande en tous sens et a perdu tout contact avec le corps de l'utérus.

L'aménorrhée, les troubles gastro-intestinaux, le développement du ventre sont des symptômes qui

(1) L. Sauvé. Oblitération des vaisseaux mésentériques, *Journ. de chir.*, nov. 1910.

(1) Mattei et de Vernejoul. Uropyonéphrose chez l'enfant ayant fait croire à un kyste du mésentère, *Marseille méd.*, 15 mai 1912.

rapprochent le plus ces tumeurs de la *grossesse*. Dans un cas de Pourtal une femme « fut réputée grosse pendant plusieurs mois parce qu'on la voyait avec un ventre très volumineux et qu'elle n'avait pas ses règles ». La recherche systématique de tous les signes de grossesse rendra cette erreur évitable.

Mais c'est avec les *kystes de l'ovaire* que les tumeurs mésentériques (kystes et lipomes) ont été confondues le plus souvent. S'ils sont volumineux leur point culminant est au-dessous de l'ombilic qu'ils déplissent; peu mobiles, ils manquent les signes de Tillaux; indépendants de l'utérus, ils le dévient du côté opposé. S'ils sont petits et à long pédicule ils auront des kystes mésentériques les crises douloureuses violentes, aiguës, lorsqu'ils présenteront des accidents de torsion, la mobilité très grande en tous sens peut parfois les promener au-devant du rachis d'un côté à l'autre de l'abdomen, et ils ont été confondus alors avec un kyste mésentérique voire même avec un rein mobile.

Si la tumeur est adhérente, si la paroi est inégale, épaissie, calcifiée par inflammation chronique, d'aspect bosselé, il faudra la distinguer de la *péritonite chronique enkystée*, des *tumeurs inflammatoires pseudo-néoplasiques de l'abdomen* (1).

On n'aura qu'exceptionnellement à envisager l'hypothèse d'un kyste de l'ouraque (ils sont mats à la percussion légère, peu mobiles, et disparaissent après cathétérisme vésical) ou d'une tumeur de l'épiploon qui présentent bien une mobilité très grande avec une bande sonore sus-pubienne, mais qui contractent vite des adhérences.

3° Diagnostic anatomique. — Peut-on établir la variété du kyste? Les kystes parasitaires sont le plus souvent secondaires à des tumeurs semblables d'autres régions, du foie en première ligne. On y a rencontré le frémissement hydatique; les recherches de laboratoire (réaction de Weinberg, éosinophilie) aideront au diagnostic.

Les kystes dermoïdes sont petits, très mobiles et s'accompagnent fréquemment de crises douloureuses. Les kystes séreux ont un plus gros volume, sont plus irréguliers et s'accroissent assez vite. Quant aux kystes sanguins, la notion d'une tumeur apparue ou aggravée après un traumatisme, sera d'une utilité très grande.

Pour ce qui est des tumeurs solides, le diagnostic anatomique est d'une difficulté très grande à moins qu'il ne s'agisse d'un lipome. Leur volume est considérable, ils emplissent tout le ventre, refoulent tous les organes abdominaux, élèvent le diaphragme et compriment les poumons. Leur développement est assez rapide; ils présentent enfin une pseudo-fluctuation très nette qui les a fait prendre souvent pour des kystes ovariques. D'une façon générale on peut affirmer que les tumeurs solides ont une évolution plus rapide, une durée moins longue que les tumeurs liquides.

4° Diagnostic du siège. — A quel niveau du mésentère siège le néoplasme? Si c'est loin du bord rachidien, en l'absence de toute adhérence la mobilité sera extraordinaire, la zone sonore antérieure et sus-pubienne facilement reconnaissable; parfois même la tumeur pourra être perceptible par le toucher vaginal, et si elle se complique d'accidents douloureux sera prise pour un kyste de l'ovaire tordu. S'il siège près du rachis, il est peu mobile car son pédicule est très court; on pourra noter alors la compression du plexus solaire mais jamais celle de l'intestin.

Quant aux tumeurs qui siègent dans les méso-côlons leur diagnostic est à peu près impossible. On les confondra à droite avec toutes celles développées aux dépens du cæcum, du rein, elles présentent en effet un contact lombaire bien net et une immobilité à peu près absolue; au niveau du méso-côlon transverse, elles simulent les kystes du pancréas par leurs signes physiques, mais donnent en moins les symptômes d'insuffisance glandulaire que nous avons signalés. Seules les tumeurs développées aux dépens de l'anse sigmoïde jouissent d'une certaine mobilité, mais rien ne permet de les diagnostiquer à coup sûr.

X

Pronostic. — « Les tumeurs du mésentère, appréciables en clinique, conservent dans le mésentère le pronostic qu'elles tiennent de leur nature anatomique; mais du fait de leur siège elles ont, même histologiquement bénignes, une gravité qu'elles ne comportent pas en d'autres régions. » (Bégouin.) Nous avons vu en effet la longue série de complications qu'elles entraînent avec elles, depuis la simple anorexie jusqu'à la cachexie complète et la dénutrition avancée dues aux compressions des chylifères et du plexus solaire.

De plus, le pronostic est aggravé du fait de l'acte opératoire; nous verrons qu'elles forcent souvent le chirurgien à pousser son intervention plus loin qu'il ne le voudrait.

Enfin, dans les cas de tumeur maligne, malgré une opération aussi radicale que possible et heureuse dans ses résultats, la malade a de grandes chances d'être emporté et rapidement par une récidive.

XI

Traitement. — « L'avenir des malades atteints de tumeurs solides ou liquides du mésentère est très sombre si on les abandonne à eux-mêmes; la mort en est presque le terme obligé. Heureusement la chirurgie est venue modifier ce pronostic. » (Bégouin.)

1° Kystes. — Pour le traitement de ces tumeurs il est un fait bien établi par la technique moderne : la *ponction* doit être rejetée comme moyen d'exploration ou comme moyen thérapeutique. C'est une opération aveugle et dangereuse car elle expose à la blessure de l'intestin grêle, à la pénétration du contenu de la tumeur dans la cavité péritonéale et à la production d'une péritonite secondaire, à la blessure des vaisseaux volumineux qui entourent par-

(1) V. Lejars. *Semaine méd.*, 1906.

fois la tumeur, d'où hémorragie grave; on l'a accusée aussi de laisser à sa suite des adhérences qui rendent l'opération ultérieure plus difficile. Elle est de plus inefficace : plusieurs ponctions sont souvent nécessaires, et devant un résultat négatif il faut recourir à l'intervention sanglante; l'on comprend en effet qu'elle soit sans influence sur un kyste séreux dont la paroi interne est épithéliale ou sur une tumeur hydatique, alors qu'elle pourrait suffire à évacuer un hématome traumatique.

Aussi a-t-on fait suivre cette ponction de l'injection d'un liquide modificateur. Mickalsky (1) employa la teinture d'iode et guérit sa malade. On pourrait utiliser la solution formolée s'il s'agissait d'une hydatide. Mais cette manière de faire est toute aussi dangereuse que la ponction simple, et doit être rejetée.

La *marsupialisation*, procédé de nécessité, est applicable seulement aux tumeurs kystiques de grand volume et ayant contracté des adhérences trop étendues et trop nombreuses qui rendent toute opération radicale impossible. Après laparotomie, la tumeur est ponctionnée en son point le plus saillant de manière à rendre les parois moins tendues. Puis celles-ci sont suturées au péritoine pariétal d'abord de façon à isoler la grande cavité séreuse. La poche est ensuite incisée, et les bords en sont suturés à la plaie abdominale.

Pour éviter la rétention des sérosités, il est indispensable d'assurer un drainage large soit avec des mèches de gaze ou mieux avec de gros drains de caoutchouc. Cette méthode présente le double avantage d'utiliser ces drains pour les lavages ultérieurs et de pouvoir graduer le drainage. Elle présente cependant des inconvénients. Si, grâce à cette ouverture du kyste hors du péritoine, elle expose moins à la péritonite, elle amène par contre une guérison moins rapide. Pendant trois à quatre mois il faut faire de nombreux pansements, et quand la fistule est fermée elle laisse après elle une cicatrice déprimée et disgracieuse ; parfois même un trajet fistuleux persiste de longs mois. « Aussi toutes les fois que la chose est possible la marsupialisation dans laquelle on laisse à la nature le soin de combler une poche que l'on a seulement incisée et suturée ne doit pas être l'opération de choix. Il faut lui préférer l'extirpation plus brillante et capable d'amener une guérison rapide. »

L'*extirpation* ne s'adresse qu'aux tumeurs kystiques pédiculées, à limites précises, entourées de tissu cellulaire lâche ou sans adhérences trop étendues ni trop rebelles. Ce que nous allons dire du traitement des tumeurs solides nous empêche d'insister ici sur ce procédé opératoire.

2° Tumeurs solides. — « Un seul traitement convient aux tumeurs solides du mésentère, leur ablation. » Mais faut-il tenir grand compte ici de l'âge de la tumeur, de son volume, de sa nature histologique, de sa situation par rapport aux vaisseaux mésentériques, des connexions qu'elle a prises avec les organes voisins. C'est dire que si l'on se trouve en présence d'une tumeur maligne manifeste et sans limites précises tout acte opératoire est contre-indiqué.

(1) Mickalsky. In Bégouin. Loc. cit.

Quand celui-ci est possible, il faut distinguer deux cas bien différents dans leur résultat suivant qu'il comprend la simple ablation ou l'extirpation avec entérectomie.

a. L'*ablation simple* se pratique dans les cas de tumeur de moyen volume, facilement clivable entre les deux feuillets mésentériques. Elle comporte un danger, celui de la gangrène intestinale par section des vaisseaux sanguins du tractus intestinal. Mais ce danger est plus ou moins grand, suivant que la section est faite à 4 ou 5 centimètres du bord de l'intestin, laissant intacte la série des anses vasculaires anastomotiques voisines de ce bord ou qu'elle porte tout près du bord adhérent de l'intestin, interrompant ces arcades vasculaires. Dans le premier cas, Bégouin (1) déclare que la gangrène ne s'est montrée que dans les cas où la partie d'intestin ainsi isolée a atteint ou dépassé 30 centimètres. Dans le second, le sphacèle est à craindre dès que la circulation sanguine est abolie sur une portion de grêle qui atteint ou dépasse 5 centimètres; il est à peu près sûr dès que cette longueur arrive à 8 centimètres. « Faire des sections parallèles aux vaisseaux mésentériques principaux et surtout conserver intacte la ligne des anses vasculaires anastomotiques qui longe le bord adhérent de l'intestin. Voilà ce dont le chirurgien devra se préoccuper avant tout, pendant l'opération. »

b. *L'extirpation avec entérectomie.* — Il faut trop souvent sacrifier au cours de l'intervention la partie d'intestin grêle qui entoure comme d'une couronne la tumeur. De ce fait l'acte opératoire est aggravé; il le sera peu lorsque la résection sera de peu d'étendue, le pronostic sera sérieux dans le cas contraire.

Dawson Whitall (2) a établi les éléments du pronostic après ces résections longues.

1. La longueur du segment intestinal restant, elle varie avec la longueur que présentait l'intestin avant la résection.

2. La situation du segment enlevé : plus la résection est voisine de l'estomac, plus le pronostic est grave. Nous ne pouvons à ce propos passer sous silence une très belle observation présentée par Monprofit au Congrès de chirurgie de 1907. Il s'agissait d'une tumeur myxomateuse de 5 kilogrammes qui nécessita la résection de 2 mètres de grêle. Cette anse intestinale appartenait à la portion la plus inférieure de l'iléon, la section inférieure siégeant à 10 centimètres seulement au-dessus de la valvule iléo-cæcale. La guérison, dit l'auteur, a été obtenue et se maintient parfaite sans aucun trouble digestif.

3. La souillure du péritoine par les matières : elle aggrave énormément le pronostic.

(1) Bégouin. De l'influence des sections du mésentère sur la vitalité de l'intestin, *Arch. de physiol.*, janv. 1898.

(2) Dawson Whitall. Résections étendues de l'intestin, *Ann. of surg.*, nov. 1911, t. LIV, n° 5.

4. L'âge et l'état général du malade : la jeunesse et l'intégrité du sujet sont de grands éléments de guérison.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur une amélioration essentielle du traitement de la tuberculose chirurgicale par l'hyperémie de stase. (A. BIER. *Deut. med. Wochen.*, 13 juin 1912, n° 24, p. 1121.) — Le traitement de la tuberculose des articulations et des gaines tendineuses, par l'hyperémie passive, est suivie tout d'abord d'une amélioration très manifeste, appréciable dès les premiers jours et se manifestant par une diminution de la douleur spontanée ou provoquée, ainsi que par une mobilité plus grande. Mais souvent à cette première période d'amélioration succède brusquement une aggravation se traduisant par de la douleur et du gonflement. Bientôt on voit se former des abcès froids, qui, si l'on continue l'hyperémie, grossissent rapidement et doivent être incisés. Dans les tuberculoses déjà ouvertes, on voit se produire des granulations exubérantes et parfois des infections aiguës.

Pour éviter ces trois complications, Bier en était arrivé à recommander de ne laisser la bande appliquée que deux ou trois heures par jour, ce qui, naturellement, diminuait beaucoup la valeur thérapeutique de la méthode.

Aujourd'hui, Bier est à même de donner un procédé qui permet l'emploi de l'hyperémie de stase sans crainte de complications. Ce procédé consiste dans l'administration d'iodure de potassium à l'intérieur, en même temps que le traitement local est poursuivi. Il a traité déjà de cette façon 18 cas de tuberculose chirurgicale, parmi lesquels 8 cas de tumeurs blanches du genou qui sont, de toutes les arthrites fongueuses, les plus résistantes au traitement par l'hyperémie passive. Dans un seul cas de tuberculose tibio-tarsienne ouverte, avec déjà infections secondaires, il a été obligé d'ouvrir un abcès chaud.

Non seulement l'hyperémie de stase combinée au traitement ioduré empêche la formation de granulations exubérantes dans les tuberculoses ouvertes, mais elle amène la régression de celles qui sont déjà formées.

Comment expliquer cette remarquable action de l'iode? On est réduit à des hypothèses. Si l'on considère les abcès comme un processus de fermentation, peut-être peut-on attribuer à l'iode une action antifermentative. Bien que l'on prétende que l'iode n'a aucune action directe sur les parasites, tréponèmes ou bacilles, peut-être, sous l'influence de l'hyperémie de stase, l'iode agit-il néanmoins directement sur le bacille de Koch. Le sang qui stagne, sous l'influence de la bande, au niveau de la partie malade, est sursaturé d'acide carbonique. On peut penser que l'acide carbonique met en liberté de l'iode, aux dépens de l'iodure contenu dans le sang. L'iode à l'état naissant pourrait jouir de propriétés spéciales.

La dose d'iodure de potassium donnée par Bier est de 3 grammes par jour chez les adultes, et est naturellement moindre pour les enfants. On doit faire trois fois par jour l'application de la bande, pendant quatre heures consécutives, soit pendant une durée totale de douze heures par jour. La compression doit être notable, de manière à entraîner une forte hyperémie et de l'œdème, mais sans provoquer néanmoins de douleur et de sensations désagréables.

A. LEMIERRE.

CHIRURGIE

Ligature de la première portion de la sous-clavière gauche. (James M. NEFF. *Ann. surg.*, vol. LIV, n° 4, oct. 1911, pp. 503-516.) — Dans un cas d'extirpation de glandes tuberculeuses du cou et du creux sus-claviculaires, la sous-clavière gauche affaiblie par contact avec la masse s'ulcéra et donna lieu à des hémorragies secondaires très graves. En désespoir de cause, Neff eut recours à la ligature de la première portion de la sous-clavière gauche, bien qu'il n'eût pas trouvé dans toute la littérature médicale un seul cas de ligature en milieu infecté non terminée par la mort. Guérison. Le jeune âge (vingt-trois ans) de l'opéré, l'emploi de vaccines autogènes pour combattre l'infection, et le placement de clamps sur l'artère en aval de la ligature propre pour diminuer, si possible, la tension sur celle-ci sont autant de facteurs qui jouèrent un rôle pour la guérison. Les statistiques de ligature de la première portion de la sous-clavière sont très mauvaises; elles varient de 100 p. 100 de mortalité (Ashhurst, Ericson, Wyeth) à 13 morts sur 16 (Deaver). Le voisinage des gros vaisseaux et l'énorme pression intravasculaire font couper la ligature et l'hémorragie secondaire est la cause la plus fréquente de mort. Il y a peu à craindre la gangrène, car les voies collatérales sont nombreuses. Neff en énumère 17. Depuis 1889, date de la statistique de Deaver, il y a eu une dizaine de ligatures suivies de guérison.

F. GARDNER.

PSYCHIATRIE

Anomalies psychiques de l'enfance et maladies somatiques. (CHARON et COURBON. *L'Encéphale*, 10 déc. 1911.) — Observation d'un jeune garçon de quatorze ans considéré pendant des années par sa famille et son entourage comme un anormal vicieux et malfaisant, avec habitudes invétérées de masturbation, dont on essaie de venir à bout par tous les moyens et qui fut en quelques jours complètement transformé en un enfant normal, grâce à une opération de taille hypogastrique : il était atteint d'un volumineux calcul vésical. La répercussion psychique des troubles vésicaux portait surtout sur la sphère du caractère, permettant le fonctionnement normal des processus intellectuels. C'est un mode intéressant de réaction qu'un cerveau prédisposé peut avoir sous l'influence d'une épine organique ignorée. C'est un exemple de l'heureuse influence du traitement médico-chirurgical des affections somatiques qui pourraient, au moins pour une part, conditionner parfois le tableau clinique de la folie morale.

P. CAMUS.

Délire d'imagination symptomatique. (CAPGRAS et TERRIEN. *Ann. médico-psych.*, avril 1912.) — L'activité mythopathique peut conduire à l'édification d'étranges fantasmagories, surtout quand elle se trouve favorisée par l'existence d'un certain degré soit de débilité mentale congénitale, soit d'affaiblissement psychique acquis. Etendue à un passé lointain, elle donne naissance à un délire de métempsycose ou à des fabulations anachroniques. MM. Capgras et Terrien rapportent un exemple intéressant de délire métabolique lié au développement progressif d'une démence paranoïde. Son domaine est illimité, et malgré l'absence de troubles cénesthésiques, il aboutit à une transformation complète de la personnalité et du monde extérieur. C'est une véritable mythologie fantaisiste, qui au début pouvait paraître systématisée, mais qui, au cours de l'évolution, se montre incohérente, absurde et s'accompagne de signes non douteux d'affaiblissement démentiel progressif.

P. CAMUS.

LARYNGOLOGIE

Epithélioma de l'épiglotte ; ablation par la voie transhyoïdienne. Papillomes diffus du larynx ; transformation maligne ; opération ; thyrotomie ; laryngostomie ; laryngectomie. (E.-J. MOURE. *Rev. hebd. de laryng., d'otol. et de rhinol.*, 27 fév. 1912, n° 4.) — L'auteur relate 2 cas intéressants. Le premier malade, porteur d'un épithélioma bourgeonnant et diffus, mais limité à l'épiglotte, subit en avril 1911 une transhyoïdienne. Guérison parfaite, mais *allongement antéropostérieur du larynx*, fait que le docteur Moure avait déjà signalé.

Le second malade, soixante-cinq ans, a une longue histoire pathologique, du commencement de 1910 à la fin de 1911. Après plusieurs tentatives d'extraction par les voies naturelles de papillomes (plusieurs examens histologiques) diffus du larynx, par le docteur Ardenne, puis par le docteur Moure, une nouvelle biopsie montre à ce dernier la *transformation épithéliomateuse*. Laryngotomie après trachéotomie, curettage. Repullulation. Plus tard deux laryngostomies successives suivies de curettages répétés. Enfin en mai 1911, laryngectomie, retardée par une mastoïdite grippale.

Toutes ces opérations furent faites *sous anesthésie cocaïnique*. Malheureusement, cinq mois après, une infiltration rétrosternale laisse planer un sombre pronostic sur l'avenir du malade. J. FOURNIÉ.

NEUROLOGIE

Méningo-encéphalite tuberculeuse subaiguë non folliculaire. (ESCHBACH et J. BAUR. *L'Encéphale*, 10 oct. 1911.) — A côté des inflammations tuberculeuses classiques, diffuses ou circonscrites, des enveloppes méningées, qui se traduisent en clinique par le tableau de la méningite, les auteurs apportent un cas de méningo-encéphalite bacillaire subaiguë à symptomatologie purement cérébrale. A aucun moment il n'y aurait eu de syndrome méningé, ni céphalée, ni raideur, ni vomissements, ni constipation, mais seulement des phénomènes d'irritation puis de destruction de la région motrice d'un hémisphère : épilepsie jacksonnienne suivie d'hémiplégie.

Les lésions sont localisées à la partie profonde de la scissure de Rolando; elles consistent en altération inflammatoire et nécrose. Le microscope les montre constituées par une pullulation lymphatique remplissant les espaces méningés et engainant les artères. L'oblitération de celles-ci explique la nécrose précoce des zones qui les entourent, tant des méninges que du parenchyme cérébral.

Le siège de ces lésions dans la profondeur du sillon rend compte du défaut de réaction cytologique à la ponction lombaire, de l'absence de bacilles et d'anticorps dans le liquide céphalo-rachidien.

La nature tuberculeuse du processus de méningo-encéphalite est néanmoins prouvée par la constatation de quelques granulations sur les confins du foyer et la présence de bacilles de Koch très nombreux, en amas, dans les artères et autour d'elles. Un fait intéressant est qu'on ne trouve nulle part de follicules tuberculeux ni de cellules géantes. P. CAMUS.

Traumatisme remontant à huit ans, suivi de méningite, troubles mentaux, 2 craniectomies, guérison. (A. PRINCE. *Revue neurol.*, 1911, p. 365-370.) — Observation d'un malade qui, à la suite d'une chute de bicyclette, présenta des troubles mentaux progressifs, ayant évolué pendant huit ans, et dont l'origine était une plaque de méningite située vers le milieu de la face externe de l'hémisphère droit gauche. A la suite d'une première trépanation, il fut considérablement amélioré; une deuxième craniectomie fut suivie d'une guérison complète qui s'est maintenue jusqu'à ce jour, soit après six mois, dix-huit mois. La plaque de méningite était probablement de nature tuberculeuse. L. ALQUIER.

Un cas de myxœdème des adultes avec aspect mongoloïde et psychose hallucinatoire chronique. (RÉGIS. *L'Encéphale*, 10 déc. 1911.) — Une femme est atteinte à trente-trois ans de troubles nerveux psychiques et de symptômes de myxœdème. Soumise au traitement thyroïdien, elle s'améliore rapidement, mais au bout d'un an elle cesse le traitement et présente de nouveau les mêmes troubles qui vont en s'aggravant durant quelques années. L'état myxœdémateux est typique, avec peau sèche et rugueuse, chute des cheveux, aspect mongoloïde, plaques rouges au menton et aux joues, torpeur physique et mentale. Les troubles psychiques se caractérisent par un délire calme avec hallucinations multiples, un langage étrange avec nombreux néologismes. Un nouveau traitement thyroïdien fait encore disparaître le myxœdème mais laisse persister indéfiniment la psychose hallucinatoire chronique. P. CAMUS.

HYGIÈNE

Le rôle des huîtres dans la propagation du choléra. (PINZANI. *L'Igiene moderna*, août 1911.) — L'auteur, à la suite de recherches nombreuses pratiquées au laboratoire de bactériologie annexé à l'Office sanitaire du port de Naples, est arrivé aux conclusions suivantes :

L'huître, cultivée dans un vivier infecté par du vibrion cholérigène, conserve les vibrions spécifiques vivants dans ses tissus, longtemps après qu'ils ont disparu de l'eau du vivier. D'après les expériences du docteur Pinzani, les vibrions résisteraient plus de seize jours dans des huîtres mises au sec et douze jours si elles sont placées dans un vivier non infecté. Les mollusques ne semblent d'ailleurs éprouver aucun mal de la présence des vibrions spécifiques.

Le pouvoir infectant des huîtres cholérigènes réside en partie dans les vibrions qui souillent l'eau contenue entre les valves, mais il est dû surtout à ceux que les huîtres conservent vivants dans certaines parties de leur corps.

Si l'on enlève les huîtres du vivier infecté et qu'on les place dans de l'eau pure, elles peuvent infecter celle-ci pour plusieurs jours, créant ainsi un nouveau véhicule pour le contage.

Il n'est pas démontré qu'à l'intérieur de l'huître les vibrions subissent un processus de multiplication ou une exaltation de leur virulence. A. GAULLIEUR L'HARDY.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel des Maladies de la nutrition (1), publié sous la direction de MM. DEBOVE, ACHARD, CASTAIGNE, par L. BABONNEIX, J. CASTAIGNE, A. GY et F. RATHERY.

Ce manuel fait suite aux ouvrages de la même collection traitant des maladies de l'appareil circulatoire et du sang; des maladies du rein et des capsules surrénales; des maladies du tube digestif, du pancréas et du péritoine; des maladies du foie et des voies biliaires. C'est un superbe volume de 1082 pages, fort bien édité, fort bien illustré, aussi remarquable d'ailleurs par le fond que par la forme. Dans la première partie, M. le professeur agrégé Rathery étudie les rhumatismes; il donne une bonne description du rhumatisme articulaire aigu et des rhumatismes secondaires, en particulier du rhumatisme tuberculeux. A ce propos, M. Rathery discute très judicieusement les arguments du professeur Poncet en faveur de l'existence du rhumatisme tuberculeux; il admet que le bacille de Koch peut, comme tout microbe, déterminer des manifestations rhumatismales, mais il montre que la preuve absolue de la nature tuberculeuse d'un cas de rhumatisme est souvent difficile à faire. Le chapitre des rhumatismes chroniques est très intéressant à lire; on sait combien cette question est encore entourée d'obscurités; M. Rathery propose une classification nouvelle des rhumatismes chroniques, d'après l'étiologie; il distingue les rhumatismes chroniques cliniquement primitifs ou rhumatismes chroniques essentiels et les rhumatismes chroniques cliniquement secondaires ou rhumatismes chroniques associés. A côté des rhumatismes, M. Rathery décrit les arthropathies nerveuses qui ont des rapports assez intimes avec le rhumatisme chronique.

La deuxième partie du Manuel est consacrée aux diverses maladies de la nutrition; les chapitres de l'obésité, de la mai-

(1) Gr. in-8º de 1082 pages, avec 118 figures dans le texte. — Prix : 20 francs. — Paris, Masson et Cie.

greur, de la goutte, des diabètes et de l'arthritisme ont été écrits par M. Rathery; la question du diabète est étudiée très amplement, comme elle le mérite; M. Rathery était particulièrement indiqué pour le faire, puisqu'il a déjà apporté une contribution personnelle importante à la pathogénie et au traitement du diabète. Le rachitisme et l'ostéomalacie sont traités par M. le docteur Babonneix avec beaucoup de clarté; à propos du rachitisme, M. Babonneix met bien en évidence que, dans cette affection, il y a non seulement des déformations osseuses, mais aussi des symptômes généraux, des troubles portant soit sur le fonctionnement des principaux viscères, soit sur l'état général; les uns et les autres dépendent des modifications de la nutrition qui sont la cause même du rachitisme.

La troisième partie de l'ouvrage est l'œuvre de MM. Castaigne et Gy; c'est l'étude des intoxications. Les auteurs exposent très complètement tout ce qui se rapporte à l'alcoolisme, au saturnisme, à l'hydrargyrisme, etc., sans oublier le tabagisme, dont M. Gy a fait dans sa thèse une remarquable étude expérimentale et clinique. Après le chapitre des intoxications alimentaires, MM. Castaigne et Gy décrivent le pellagre, le scorbut et la maladie de Barlow.

Tel est ce nouveau *Manuel des maladies de la nutrition*; il ne le cède en rien comme intérêt aux manuels déjà parus de la même collection, et il sera certainement, tout comme ses frères aînés, très bien accueilli par le public médical.

M. BRELET.

Traité de médecine. Tome III. *Pathologie des affections de l'appareil respiratoire et digestif* (1), par les docteurs LANCEREAUX et PAULESCO.

La première partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude des maladies de l'appareil respiratoire, d'abord de l'appareil respiratoire supérieur, puis des poumons. La seconde partie de l'ouvrage est consacrée aux affections de l'appareil digestif, et des glandes annexes à ce système.

On y trouve très clairement exposées les théories bien souvent développées par Lancereaux : l'ouvrage est conçu suivant un plan extrêmement clair et facile à suivre. Au début le lecteur sera surpris par certaines terminologies, auxquelles les auteurs tiennent essentiellement (trachéobronchopathie, stomatopathie, etc.), mais il ne tardera pas à s'apercevoir que ces termes correspondent parfaitement à la réalité et que c'est bien suivant cette base qu'une classification médicale générale devrait être établie. Le livre fort bien édité est d'une lecture très facile, et d'un format très agréable, ce qui n'est pas sans intérêt pour le lecteur.

B. GAYARD.

L'Art de parler en public, l'aphasie et le langage mental (2), par le docteur G. SAINT-PAUL.

L'ouvrage de notre confrère n'est pas un ouvrage de clinique, bien qu'il soit inspiré des travaux de Charcot, de Gilbert Ballet, de Pitres. Il est toutefois intéressant pour le clinicien à un double point de vue : d'abord parce qu'il est un bon exemple de ce que la pratique des œuvres étrangères a de profitable, ensuite parce qu'il résume admirablement toutes les données que de l'école traditionnelle enseignait sur l'aphasie.

Obstinément attaché à l'école Charcot, l'auteur, qui va parfois chercher des arguments en Allemagne et en Italie (voir le résumé des travaux de Beduschi), combat avec originalité sinon les constatations anatomiques, du moins les conceptions psychologiques de l'école Pierre Marie.

Qu'on se rallie ou non à la manière de voir démodée du docteur Saint-Paul, la connaissance de cet ouvrage et de celui qu'il écrivit précédemment, *Le Langage intérieur et les paraphasies* (1), a pour l'interprétation d'un cas d'aphasie ou de paraphasie une importance que nous signalons, car, bien qu'il ne s'agisse pas d'un ouvrage de clinique, les applications qu'on en peut faire sont pour la clinique d'un intérêt essentiel.

ORTICONI.

(1) Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) Paris, O. Doin et fils.

Tropenkrankheiten und Tropenhygiene (2), par les docteurs REINHOLD RUGE et MAX ZUR VERTH.

Ce livre fait partie de la collection publiée sous le titre de « Leitfaden der Praktischen Medizin » (fils directeurs de la médecine pratique). Il a pour auteurs deux médecins de la marine.

La première partie est consacrée à l'hygiène des pays chauds; la deuxième, de beaucoup la plus importante, à l'étude des maladies des pays chauds. C'est un livre essentiellement pratique, qui contient, dans une forme claire et sans développements inutiles, toutes les notions nécessaires sur le sujet.

De nombreuses figures et photographies illustrent le texte.

A. LEMIERRE.

La Pratique médico-chirurgicale à la campagne (3). Notes et observations du docteur LEGRAND (de Marcigny, Saône-et-Loire).

Ce résumé de pratique rurale est un petit mémorial des faits les plus remarquables observés dans une carrière médicale déjà longue. Il ne s'agit pas ici, et l'auteur s'en défend, d'un manuel de chirurgie rurale, mais bien d'exposés familiers succincts et d'une lecture facile, groupés sous ces titres larges : hernies, accouchements, fractures, plaies... On aurait mauvaise grâce à discuter dans cet intéressant résumé d'une carrière des mieux remplies quelques affirmations audacieuses comme celles relatives aux rapports de la syphilis et du cancer. L'auteur les nie, il prévoit qu'aussi bien peut-être un jour on affirmera que le cancer peut engendrer la syphilis. Peut-être, oui, mais c'est peu probable.

G. LEGROS.

FORMULAIRE

CONTRE LES VOMISSEMENTS DES NOURRISSONS ET LA DIARRHÉE INFANTILE

Les premiers jours donner du « Képhir Salières » coupé d'eau de Vals par moitié pour arriver à le donner pur soit au biberon, soit au verre, à la dose d'un flacon par jour.

Il est rare qu'au bout d'une semaine les vomissements et la diarrhée n'aient pas disparu.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 24, 13 juin 1912.) A. BIER : Amélioration essentielle du traitement des tuberculoses chirurgicales par l'hyperémie de stase. — KWUKA : Traitement par les émanations de radium. — SCHIDORSKI et REIM : Emploi pratique de l'agglutination

(1) Paris, Alcan.
(2) Un vol. de 460 pages. — Leipzig, Werner Klinkhardt.
(3) Paris, O. Berthier.

des bactéries par les acides. — Feulgen : Technique du traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel. — Lampé : Modifications du sang dans la maladie de Basedow d'après de nouvelles recherches. — Gerganof : Sur quelques causes d'erreur dans le dosage des ferments dans les fèces. — Hartwich : Rapports entre le cirrhose du foie et la splénomégalie. — Süssenguth : Contribution au traitement opératoire de l'hypertrophie prostatique. — Sippel : Infection ascendante des voies urinaires chez les jeunes mariées. — Rissmann : Injections intramusculaires de solution de Ringer dans les intoxications. — Jæger : Sur la diminution des douleurs de l'accouchement. — Isakowitz : Affections oculaires par éblouissement par le soleil. — Grünberg : Sur la syphilis latente. — Hugues : Nouveaux progrès en inhalationthérapie.

Lyon chirurgical. — (N° 6, 1er juin 1912.) Villard et Perrin : Suture circulaire des vaisseaux (13 fig.). — P.-E. Goullioud : Du traitement des malformations utérines (16 fig.). — Delore et Perrenot : Déchirure du sinus latéral dans une fracture du crâne. — Nové-Josserand et Rendu : Nouveaux appareils plâtrés bivalves amovo-inamovibles pour permettre l'héliothérapie des ostéo-arthrites tuberculeuses en période d'immobilisation (2 fig.).

Lyon médical. — (N° 22, 2 juin 1912.) L. Bériel : Sur l'encéphalite non suppurée. — (N° 23, 9 juin.) Desgouttes et Reynard : Deux cas d'ulcère simple, chronique, de la vessie. — (N° 24, 16 juin.) Finck : Sur quelques points de technique de sphygmomanométrique. — (N° 25, 23 juin.) J.-P. Morat : Les greffes nerveuses. — Michaud : Kinésithérapie et cure thermale à Lamalou. — (N° 26, 30 juin.) J.-P. Morat : Les greffes nerveuses.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 23, 4 juin 1912.) Lange : La distorsion de l'articulation de l'épaule. — Baeyer : La question du pied plat. — Fleischner : La narcose au pantopon-scopolamine. — Grossmann : Nouvelle modification du dosage de la stase d'après Mathieu-Rémond. — Blühdorn : Notre expérience sur la diphtérie. — Leede : La trachéotomie inférieure par petite incision transversale dans la diphtérie. — Hans : Indication pressante de l'œsophagotomie médiane. — Weber : Le lait à la campagne. — Hilbert : Cataracte zonulaire dans quatre générations d'une même famille. — Rolly : Réaction du sérum sanguin à l'état normal et pathologique. — Uffenorde : Sur l'emploi des réactions des muscles des yeux dans l'irritation labyrinthique. — (N° 24, 11 juin.) Abderhalden : Diagnostic de la grossesse à l'aide de la méthode optique et du procédé de la dialyse. — Kehr : Sur les ulcères du duodénum. — Massini : Importance de la réaction de Wassermann dans les maladies internes. — Lissmann : Traitement de l'impotence sexuelle. — Thedering : Indications de la lampe de quartz pour le traitement des affections cutanées. — Starck : Diabète sucré consécutif à la coqueluche. — Spaelh : Epidémie de trichinose à Cadolzburg près de Fürth. — Klages : Mort pendant la grossesse par cardiopathie. — Grützner : Deux cas de fièvre puerpérale à étiologie remarquable. — Vidal : Suppression des obstacles à l'allaitement par l'institution de consultations pour les mères.

Policlinico. — (Juin 1912, fasc. 6.) *Section médicale.* C. Felice Zanelli : Observations hématologiques dans la cholémie expérimentale. — Serafino d'Antona : Un cas d'aortite verruqueuse aiguë. — Ezio Calcaterra et Alessandro Connio : Valeurs physico-chimiques des liquides de l'organisme chez les cholériques. — Collatino Cantieri : La lacto-réaction vis-à-vis du micrococcus melitensis. — *Section chirurgicale.* Aurelio Poggiolini : D'autres germes que le streptocoque peuvent-ils provoquer l'érysipèle? — Angelo Chiasserini : Recherches expérimentales sur les abouchements de vaisseaux dans l'uretère et des matières dans les vaisseaux, et sur l'anastomose urétéro-différentielle. — Nicola Leotta : Lésions strumeuses hyperplastiques de l'hypophyse avec acromégalie et contribution à la pathologie et à la chirurgie des tumeurs hypophysaires.

Revue de chirurgie. — (N° 6, 10 juin 1912.) Schwartz et Küss : Découverte du nerf radial au bras. Technique opératoire (7 fig.). — Soubeyran et Desmonts : L'adéno-phlegmon sus-sternal (3 fig.). — Toupet : Chirurgie de l'hypophyse (19 fig.). — Baculescu : Etude statistique sur la grossesse extra-utérine (1 tracé).

Revue de médecine. — (N° 6, 10 juin 1912.) Chauffard et et H. Rendu : Le syndrome de déshydratation aiguë dans le coma diabétique. — Mouisset et Gaté : Troubles psychiques, hystérie épileptique chez une cardiaque. — Jeanselme et Chevallier : Recherches sur les méningopathies syphilitiques secondaires cliniquement latentes (*suite*). — Cesa-Bianchi : Action toxique des extraits organiques et tachyphylaxie.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 22, 1er juin 1912.) Pistre : Phlegmon vers l'orbite gauche consécutif à une injection de paraffine dans la fosse nasale droite. — (N° 23, 8 juin.) Toubert : Un cas d'angiome sous-glottique « en chapelet ». — Coulet : La méthode de la résection sous-muqueuse appliquée à 120 cas de déviation septale et à 3 cas d'ulcère perforant de la cloison. — (N° 24, 15 juin.) Brindel : Tumeurs malignes de l'oreille simulant une otorrhée chronique. — (N° 25, 22 juin.) Richard : Les tumeurs dermoïdes du bord antérieur du nez. — Ary dos Santos : Ecarteur automatique. — (N° 26, 29 juin.) L. Bar : Contribution à l'étude des tumeurs érectiles de la cloison nasale.

Revue médicale de l'Est. — (N° 12, 15 juin 1912.) Pierre Parisot : L'intoxication oxycarbonée méconnue et ses conséquences judiciaires. — Vaivrand : La vaccination antityphoïde.

Revue neurologique. — (N° 12, 30 juin 1912.) Tastevin : Les émotions afflictives. — Noïca : Étude critique sur la physiologie de quelques symptômes organiques du membre supérieur.

Riforma medica. — (N° 22, 1er juin 1912.) Aldo Alhaique : Le diagnostic des tuméfactions des ganglions lymphatiques. — Matteo Dardanelli : Les contusions de l'abdomen avec rupture sous-cutanée de la paroi. — (N° 23, 8 juin.) J. Lhermitte et P. Boveri : A propos d'un cas de cavité médullaire consécutive à une compression bulbaire chez l'homme. Etude expérimentale des cavités spinales par compression. — Augusto Pignatti : Anévrisme traumatique obtenu expérimentalement. — Matteo Dardanelli : Les contusions de l'abdomen avec rupture sous-cutanée de la paroi. — (N° 24, 15 juin.) Prof. Pio Marfori : L'association du chlorhydrate basique de quinine à l'uréthane. — Francesco Luna : Contribution à l'étude de la fièvre méditerranéenne chez les nourrissons. — Mario Ferretti : Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel. — (N° 25, 22 juin.) Prof. G. Viola : Le mécanisme générateur de la pleurésie pulsatile. — Vincenzo Patella : La nature protozoaire des corps de Kurloff. — Giovanni Musso : Les effets de la décapsulation sur le travail osmotique du rein. — Umberto Gabbi : Spléno-hépatomégalie chronique fébrile, de variété polyadénitique. Origine : un virus ultramicroscopique (?). — (N° 26, 29 juin.) F. Perussia : La valeur diagnostique des modifications du péristaltisme dans les tumeurs de l'estomac. — Umberto Gabbi : Spléno-hépatomégalie chronique fébrile de variété polyadénitique. Origine : un virus ultramicroscopique (?). — (N° 27, 6 juillet.) Prof. V. de Bonis et G. Renga : Le diagnostic de la tuberculose par la méthode de Marmoreck. — Umberto Raggi : A propos d'un cas de lésion totale du noyau lenticulaire gauche sans ataxie motrice.

Semaine gynécologique. — (N° 23, 4 juin 1912.) Félice la Torre : Des modifications histologiques des tissus utérins du fait de la contractilité du muscle utérin à la suite de l'administration de certaines substances. — Pichevin : A propos de la péritonite tuberculeuse. — (N° 24, 11 juin.) Pichevin : A propos de la grossesse intra-utérine. — (N° 25, 18 juin.) Pichevin : A propos du curettage de l'utérus. — (N° 26, 25 juin.) Pichevin : A propos de la métrite.

Semaine médicale. — (N° 23, 5 juin 1912.) Guido Banti : La splénomégalie hémolytique.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 1er.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.......	3 mois : 4 fr. 50.	— 6 mois : 8 fr.	— 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. .	3 mois : 7 fr.	D. — 6 mois : 13 fr.	— 1 an : 25 fr.

Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Le jury est définitivement composé de MM. les docteurs Dupuy-Dutemps, Babonneix, Crouzon, Aubertin, Marcille, Mocquot, Heitz-Boyer et Couvelaire.

ECOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret en date du 31 août 1912, les articles 18 et 29 du décret du 7 mai 1908, portant organisation du service de santé des troupes coloniales, modifié par les décrets du 12 janvier 1910 et du 14 décembre 1911, sont remplacés par les suivants :

« *Art. 18.* — Tout élève du service de santé des troupes coloniales, reçu docteur en médecine ou pharmacien de première classe, est obligatoirement admis à l'école d'application le 1er janvier. L'école reçoit de même, à cette date, les jeunes gens, docteurs en médecine ou pharmaciens de première classe, admis à la suite du concours prévu par l'article 3 du décret du 21 juin 1906. Les uns et les autres sont nommés aides-majors de deuxième classe à la date du 31 décembre de l'année précédant le stage.

Pendant leur séjour à l'école d'application, le classement par ordre de mérite des médecins et pharmaciens aides-majors de deuxième classe est déterminé par les notes de l'examen semestriel combinées avec les autres notes.

Les cours de l'école d'application commencent le 1er janvier. Les examens de sortie ont lieu à partir du 1er octobre. Un congé d'un mois est accordé aux élèves, du 15 juillet au 15 août; il est partagé entre les deux moitiés de la promotion, de façon à ce que le service de garde à l'hôpital militaire ne puisse être interrompu.

Art. 29. — Pendant toute l'année et plus spécialement du 15 octobre au 1er janvier, des cours pratiques de clinique et de médecine opératoire sont faits à l'école d'application pour les médecins et pharmaciens des troupes coloniales en congé qui en font la demande et sont autorisés par le directeur de l'école.

Les laboratoires et les amphithéâtres d'anatomie sont mis à leur disposition; ils travaillent sous la direction des professeurs et peuvent être autorisés à se livrer à des études spéciales. »

PRIX DE CHIRURGIE D'ARMÉE. — Le prix de chirurgie d'armée, d'une valeur de 1000 francs, est partagé, à la suite du concours de 1911, entre MM. les médecins-majors de deuxième classe Dupuich, du service de santé du 1er corps d'armée, et Guignot, du 21e régiment d'infanterie, qui recevront chacun une médaille d'or de 500 francs.

Des témoignages de satisfaction sont accordés à MM. le médecin-major de première classe Cros, de la division d'Oran, et le médecin-major de deuxième classe Clément, de la direction du service de santé du 15e corps d'armée.

LE DROIT DE TUER. — Un médecin a-t-il le droit d'anesthésier un malade dont le cas est désespéré et incurable, et de mettre ainsi, sur la demande de celui-ci, un terme à ses souffrances? Telle est la question qui fait actuellement l'objet d'une vive discussion aux Etats-Unis.

Une malade, paralytique incurable, vient en effet de faire appel à la législature de l'Etat de New-York pour lui demander d'autoriser son médecin à mettre fin aux douleurs terribles qu'elle endure depuis quatre ans, et qu'elle est condamnée à supporter jusqu'à ce que la mort vienne la délivrer. C'est la première fois que semblable appel est adressé à une assemblée législative.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Viéron, médecin-major de première classe, et de M. M.-L.-M. Fiderlay, élève de l'Ecole principale de santé de la marine.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Stations thermales desservies par le réseau P.-L.-M.* : Aix-les-Bains, Besançon (la Mouillère), Châtelguyon (Riom), Evian-les-Bains, Fumades-les-Bains (Saint-Julien-les-Fumades), Genève, Menthon (lac d'Annecy), Royat, Thonon-les-Bains, Uriage (Grenoble), Vals, Vichy, etc.

Billets d'aller et retour collectifs, 1re, 2e et 3e classes, valables 33 jours avec faculté de prolongation, délivrés jusqu'au 15 octobre, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., aux familles d'au moins trois personnes.

Minimum de parcours simple : 150 kilomètres.

Arrêts facultatifs.

Prix : les deux premières personnes paient le tarif général, la troisième personne bénéficie d'une réduction de 50 p. 100, la quatrième et les suivantes d'une réduction de 75 p. 100.

Demander les billets quatre jours à l'avance à la gare de départ.

L'ENFUMAGE IODÉ

DANS

L'INFECTION PUERPÉRALE

PAR

GASTON DANIEL et PIERRE COSTE,

Interne Externe
des hôpitaux de Marseille.

Les travaux récents de M. Lance dans la *Gazette des hôpitaux* sur les traitements de l'infection puerpérale tendent à montrer, d'une part le peu d'efficacité des méthodes locales et même le danger de certaines d'entre elles, notamment du curettage, et d'autre part la supériorité des traitements généraux. Ne serait-il pas possible d'associer les deux en une même méthode?

L'enfumage iodé de Louge (*Gaz. des hôp.*, 1911, n° 86 et 1912, nos 66 et 67) semblerait devoir résoudre le problème.

L'injection dans la cavité utérine de vapeurs d'iode à l'état naissant obtenues par chauffage de l'iodoforme semble en effet agir :

1° Localement au même titre que la cautérisation de l'endomètre à la teinture d'iode;

2° Sur l'état général par absorption de ces vapeurs par les vaisseaux utérins et leur passage dans le torrent circulatoire.

L'observation suivante vient à l'appui de ces affirmations; hâtons-nous cependant de dire qu'une seule observation est loin de suffire, mais qu'elle nous permet d'attirer sur ce point de thérapeutique l'attention de tous ceux qui s'intéressent à la méthode. Aussi avons-nous cru bien faire de résumer brièvement, après cette observation, la technique opératoire de l'enfumage iodé intra-utérin, technique simple et à la portée de tous.

OBSERVATION. — La nommée S. R., âgée de vingt-cinq ans, journalière, entre à l'hôpital de la Conception, salle Bouquet, le 24 juillet 1912, pour infection puerpérale.

La malade nous dit avoir accouché en ville le 14 juillet d'un enfant de sept mois mort et macéré; le fœtus serait mort depuis un mois environ. Dès cette époque, la malade accuse des frissons, de la fièvre, un état saburral des voies digestives. Les lochies sont d'une fétidité extrême. La malade a de la rétention d'urine, le cathétérisme ramène des urines troubles. C'est donc dans cet état qu'elle entra à la Conception dix jours après l'expulsion du fœtus. La température est de 39 degrés, le pouls à 120. On note près de l'ombilic et au niveau de l'appendice xyphoïde deux volumineux abcès dont l'origine infectieuse métastatique est indiscutable et dont l'incision ramène du pus contenant des streptocoques. L'utérus est volumineux, le col entr'ouvert; un doigt introduit dans la cavité utérine ramène des débris de membranes déliquescents et d'odeur putride.

En présence de ces symptômes, le docteur Louge décide d'intervenir d'urgence et d'essayer *pour la première fois* dans l'infection puerpérale l'enfumage iodé sans adjonction d'aucun autre traitement ni local, ni général.

Intervention. — Dilatation du col aux bougies de Hégar juste suffisante pour permettre l'introduction dans la cavité utérine d'un drain en caoutchouc plié en deux, dont nous décrirons la disposition à propos de la technique générale. On adapte à l'une des deux extrémités du drain qui sortent par l'orifice utérin un embout faisant communiquer avec le tube d'issue des vapeurs de l'appareil à enfumage de Raillard. On fait ainsi un lavage gazeux de la cavité utérine à l'iode naissant, les vapeurs sortant par l'autre orifice du drain. Après cette séance d'enfumage, pas d'injection utérine, ni vaginale; simple pansement vulvaire.

Il faut signaler ici que la méthode n'est pas douloureuse et ne nécessite pas l'anesthésie, la malade n'éprouvant au moment de l'enfumage qu'une sensation de chaleur.

Suites opératoires. — L'état général se relève rapidement. La température et le pouls reviennent en quelques jours à la normale; la fétidité des pertes diminue parallèlement. Il ne s'est produit aucun phénomène d'iodisme, et la malade sort guérie le 4 août 1912.

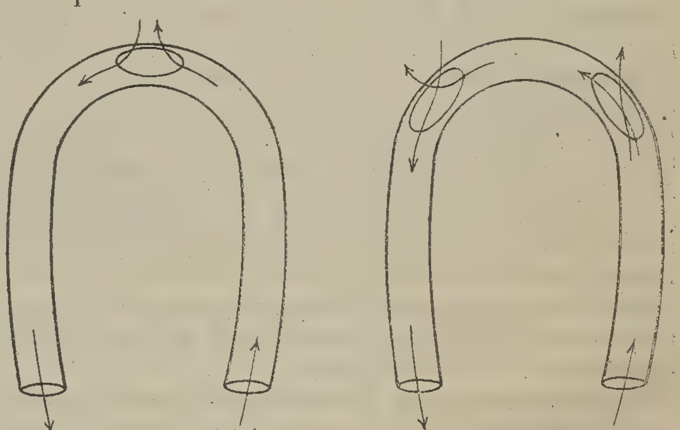
Technique opératoire. — Nous disposons à l'heure actuelle de plusieurs procédés d'enfumage iodé intra-utérin. En ce qui concerne la production de vapeurs, nous renvoyons aux articles de Louge dans la *Gazette des hôpitaux*, du 11 et 13 juin 1912. Nous ne nous occuperons ici que des moyens de faire pénétrer ces vapeurs dans la cavité utérine et de pratiquer ainsi un bain de vapeurs d'iode à l'état naissant. Pour cela, on peut, après dilatation préalable du col, employer les procédés suivants :

1° Un *drain simple*, soit en caoutchouc, soit en verre que l'on introduit dans l'utérus jusqu'au fond de la cavité pendant que l'on s'assure de l'issue des vapeurs de retour en dilatant le col avec un dilatateur à 3 branches. Les vapeurs insufflées doivent toujours trouver une issue au dehors. Ce point est de la plus haute importance.

2° Une *canule en verre à injection intra-utérine à double courant*, moyen très simple et à la portée de tous; mais il est difficile de nettoyer la canule dont les orifices sont rapidement obturés par le dépôt d'iode métalloïdique.

3° Procédé de la *sonde métallique à bi-courant*. Mais elle offre deux inconvénients : *a.* elle se bouche facilement; *b.* le métal est facilement attaqué par les vapeurs.

4° Procédé du *double drain*. α. On peut prendre deux drains en caoutchouc que l'on introduit parallèlement, l'un servant à l'entrée, l'autre à la sortie des vapeurs.



Drain à œil terminal. Drain à œils latéraux.

β. On peut se servir d'un *seul drain*. On choisit un drain de 5 à 6 millimètres de diamètre et de 15 à 20 centimètres de long; on le plie en deux et au niveau du pli de flexion, on fait un œil terminal par

où les vapeurs pénètrent dans la cavité pour en ressortir par l'autre branche du drain. Au lieu de faire un œil terminal on peut disposer deux œils latéraux correspondant aux cornes utérines.

Le praticien pourra choisir parmi ces différents procédés.

Conclusions. — Notre communication a pour but : 1° de montrer les bons effets de l'enfumage iodé dans le traitement de l'infection puerpérale ; 2° d'en préciser la technique ; 3° d'engager les praticiens à expérimenter une méthode qui a déjà donné dans les différentes branches de la thérapeutique des résultats excellents.

BIBLIOGRAPHIE

Enfumage iodé en général. — JUNGENGEL. *Münch. med. Woch.*, 1910, n° 12, et *Beitr. z. klin. Chir.*, 1911, Bd. LXXVI, H. 3. — P. LOUGE. L'enfumage iodé ou l'emploi des vapeurs d'iode en thérapeutique locale, *Gaz. des hôp.*, 1911, n° 86, p. 1291 ; — L'enfumage iodé actuel, *Gaz. des hôp.*, 1912, nos 66 et 67. — H. REYNÈS. L'enfumage iodé, *Presse méd.*, 4 nov. 1911, n° 88, p. 904. — P. LOUGE. A propos de l'enfumage iodé, *Marseille méd.*, 1912, n° 6, p. 196. — Henri BOUQUET. L'enfumage iodé. *Monde méd.*, 29e année. 1912, n° 447.

Gynécologie. — H. REYNÈS. L'enfumage iodé en gynécologie, *Le Progrès méd.*, 30 déc. 1911. n° 98, p. 1024.

Oto-rhino-laryngologie. — DELIE (d'Ypres). Les vapeurs d'iodoforme dans les affections de la trompe et de l'oreille moyenne, *Semaine méd.*, 1888, n° 38, p. 366. — KÖNIG. L'enfumage iodé, *Soc. de laryng., d'otol. et de rhinol.* de Paris, *Presse méd.*, 6 déc. 1911, n° 97, p. 1009, et 9 déc. 1911, n° 98, p. 1024. — E. RAILLARD. *Sur un essai d'emploi des vapeurs d'iode naissant en thérapeutique oto-rhino-laryngologique*, Th. de Paris, 1912. — J. BARATOUX. A propos de l'enfumage iodé, *Gaz. des hôp.*, 1912, n° 75, p. 1108.

Maladies des voies urinaires. — G. FARNARIER. Les vapeurs d'iode à l'état naissant dans le traitement des cystites, *Semaine méd.*, 10 juil. 1912.

Vénéréologie. — P. MOIROUD. De l'emploi de l'enfumage iodé dans la thérapeutique des ulcérations vénériennes, *Marseille méd.*, 1912, n° 9, p. 305.

Désinfection du champ opératoire. — JUNGENGEL. Hautdesinfektion und Wundbehandlung mit Joddampf, *Münch. med. Woch.*, 1910, n° 12. — P. LOUGE. Loc. cit., *Gaz. des hôp.*, 1911, n° 86, p. 1291.

Cancer. — P. LOUGE. Loc. cit., *Gaz. des hôp.*, 1911, n° 86, p. 1295. — H. REYNÈS. Loc. cit., *Presse méd.*, 4 nov. 1911.

Tuberculose locale. — VIRNICHI. XXIe Congrès de la Société italienne de chirurgie tenu à Rome (27-29 oct. 1908), *Clin. chir.*; 1908, n° 11, p. 1863. — P. LOUGE. Ostéoarthrite tuberculeuse du pied gauche traitée par l'enfumage iodé, *Marseille méd.*, 1912, n° 5, p. 154 ; — L'enfumage iodé ou l'emploi des vapeurs rapides d'iode dans le traitement des tuberculoses locales, *Congrès international de la tuberculose*, Rome, 1912.

Noma. Gangrènes. — P. MOIROUD. Noma de la vulve traité et guéri par l'enfumage iodé (méthode du docteur Louge) *Marseille méd.*, 1912, n° 6, p. 195.

Mycoses. Leucoplasies. — E. POUCEL. Société de chirurgie de Marseille, séance du 15 janvier 1912, *Marseille méd.*, 1912, n° 5, p. 173.

Médecine vétérinaire. — L. LÉPINAY et Jean CHALUT. De l'enfumage iodé en thérapeutique humaine et en thérapeutique vétérinaire, *Revue de pathologie comparée*, 12e année, février 1912, n° 79, p. 27.

RÉÉDUCATION DE L'OUÏE

Par M. A. MAURICE.

Il est inutile d'insister sur le peu de résultats obtenus par la méthode classique dans le traitement de la surdité, ce serait cruel. Et pourtant il reste encore aux auristes quelque espoir d'améliorer leurs clients et aux sourds de recouvrer une grande partie de leur ouïe.

La physiologie nous apprend que chaque organe possède son excitant normal ; pour l'oreille c'est l'onde sonore, pour l'œil la lumière, pour les articulations le mouvement, pour les muscles striés la volonté.

Toute gymnastique d'organe réveille et rééduque sa fonction. Pourquoi ne pas appliquer à l'oreille cette loi biologique et ne pas entraîner par des exercices acoustiques l'ouïe faible et paresseuse ? Ceci semble si logique qu'Orchigène, au Ier siècle de notre ère, conseillait déjà le bruit violent pour réveiller le sens émoussé de l'ouïe.

Plus près de nous Itard, Urbantschitsch, Rousselot, Natier, Marage, Zund-Burguet, Tillot, etc., ont tenté d'appliquer la méthode. Tous les fabricants de cornets acoustiques ou de microphones vantent les vertus rééducatrices de leurs appareils.

Nous ne croyons pas qu'une lumière bien vive ait jailli de ces essais, car beaucoup d'auristes sont rebelles à cette thérapeutique. A notre avis il y a lieu de définir ce qu'est la rééducation de l'ouïe et de la diviser en deux : rééducation passive et active.

Cette subdivision est très importante car l'amélioration obtenue dans les deux cas l'est de façon différente et par un mécanisme dissemblable. Le massage d'un muscle est, pour le patient, passif et inconscient, la contraction volontaire est active ; de même pour l'oreille, entendre et écouter n'est pas synonyme ; une oreille qui recevra des sons violents les entendra (rééducation passive), celle qui sera stimulée par des mots ou phrases peu perceptibles, les écoutera (rééducation active).

La rééducation active est d'une simplicité enfantine si l'on a autour de soi une personne complaisante. Son seul défaut est de donner des résultats très lents quoique réels, et, si l'on n'a pas soin de mesurer exactement l'acuité auditive du sujet en traitement, il y a des chances pour qu'au bout de quelques semaines le malade se refuse à continuer son entraînement acoustique. En cela il aurait bien tort, car, sans exercice, son ouïe disparaîtra peu à peu. La méthode consiste à lire un texte à une certaine distance de l'oreille à exercer, ceci à voix ordinaire et en articulant le mieux possible ; le malade répète mot à mot en faisant effort pour comprendre ; si le sujet entend bien, le lecteur s'éloigne peu à peu ; les séances biquotidiennes ne doivent pas dépasser dix minutes.

Tous les sourds étant des paresseux de l'oreille, cet exercice, assez pénible d'ailleurs, a pour but de faire travailler les muscles accommodateurs de l'ouïe, l'organe de Corti et les centres percepteurs.

La rééducation passive que nous appelons égale-

ment rééducation kinésiphonique ou simplement kinésiphonie de l'ouïe (de kinésis, vibration, et phônê, son) n'est autre qu'un massage sonore; elle a pour but de frapper l'oreille malade de sons violents correspondant à ceux qu'il est utile à une oreille d'entendre.

L'idéal serait de se servir de la voix humaine, malheureusement l'irrégularité de son émission, la difficulté d'une bonne amplification au moyen d'un cornet acoustique ou d'un microphone, la fatigue du lecteur, ont poussé les chercheurs du côté d'appareils ou instruments remédiant à ces divers inconvénients.

Urbantschitsch à Vienne se sert de la voix ou d'un accordéon, chez nous Rousselot et Natier utilisent les diapasons, Marage la sirène à voyelles, Zund-Burguet un électrophone, Tillot un cornet acoustique à double pavillon. Nous nous sommes personnellement attelé à la question et nous avons mis au point un appareil assez simple qui répond à un certain nombre de desiderata qui nous paraissent indispensables à un bon appareil rééducateur.

Les sons émis le sont avec une grande régularité; lorsqu'est choisie l'intensité utile à l'oreille en traitement nous pouvons faire varier la tonalité du grave à l'aigu sans que le moindre à-coup vienne brutaliser l'organe.

La tonalité va de la note la plus basse émise par la voix humaine jusqu'à la plus haute; ceci a son importance puisque le but du traitement est d'améliorer l'ouïe pour le champ auditif correspondant à celui de la voix.

Tout comme dans les sons sortant du larynx



humain les harmoniques sont nombreuses et la transmission téléphonique supprime toute déperdition. Chaque vibration de la membrane se transmet intégralement à l'oreille en raison de son voisinage du conduit.

Le récepteur donne nettement à la main la sensation de massage et produit sur l'oreille traitée une sensation de chatouillement que les scléreux trouvent très agréable.

Le mode de traitement agit de façon complexe.

1° En mobilisant d'une façon physiologique le tympan épaissi et les osselets ankylosés. Le tympan est fait pour vibrer à la vitesse de l'onde sonore et non à celle plutôt réduite d'un masseur de Delstanche.

2° Le traitement agit d'une façon trophique puisque certains eczémas secs du conduit, certaines perforations tympaniques ont été heureusement influencés. La sécrétion cérumineuse reparaît généralement.

3° Les sons puissants savamment dosés stimulent la paresse auditive du sourd. La plupart de nos clients sont des paresseux de l'oreille qui possèdent des troubles *ex non usu*. Dès qu'un sujet perçoit mal la voix humaine, il n'écoute plus, il se fatigue à écouter, il s'isole auditivement jusqu'au jour qu'il tombe dans une surdité de plus en plus complète.

4° L'excitation des muscles accommodateurs et de toutes les fibres de l'organe de Corti par l'excitant normal, l'onde sonore, ne peut que réveiller un organe en voie d'atrophie, de sclérose, de paralysie fonctionnelle.

5° Il est possible que la vibration produise dans les membranes de l'oreille (tympan, membranes de la fenêtre ronde et ovale, membrane basale) des modifications moléculaires, comme il s'en produit dans une caisse de violon bonifiée par l'usage.

Nous ne voulons pas entrer dans de plus amples détails ni donner d'autres hypothèses, nous serions entraîné trop loin. Nous constatons un résultat thérapeutique, nous cherchons à l'expliquer et c'est tout.

Toutes les variétés de surdité sont améliorables, tel est l'avis d'Urbantschitsch, de Marage et le nôtre, mais l'amélioration diffère selon l'ancienneté de la lésion, l'âge du sujet et sa mémoire des associations sonores, la gravité du cas, la nervosité, l'intelligence ou l'optimisme du malade, toutes conditions difficiles à apprécier. Un traitement d'essai est seul capable de nous renseigner sur la possibilité et la rapidité de l'amélioration.

Nous ne citerons que les 5 observations suivantes pour montrer que toutes les variétés de surdité sont améliorables.

1° Mlle Cl..., vingt-neuf ans, cliente du docteur Dufour (de Paris). Elle est atteinte depuis plusieurs années d'une sclérose mixte tympano-labyrinthique. Elle a été traitée ou vue à Paris par quatre spécialistes différents qui lui ont fait des cathétérismes, du massage, etc.; à Lausanne par le docteur M... qui lui a fait de l'électricité; à Genève le docteur W... lui a conseillé de la fibrolysine; à Ax-les-Thermes elle a été saturée de vapeurs sulfureuses. Son état empire malgré tout, et elle vient à nous découragée. Trois mois et demi de traitement ont ramené sérieusement son ouïe.

Oreille droite.

Voix chuchotée.. de 0 à 33 centimètres.
Voix haute...... de 2 centimètres à $1^{m}25$.

Oreille gauche.

Voix chuchotée.. de 0 à 17 centimètres.
Voix haute...... de 2 centimètres à $1^{m}25$.

Avant le traitement elle était incapable de suivre une conversation même à voix très haute et près de son conduit, dernièrement elle a pu aller au sermon et comprendre le prédicateur.

2° Mme M... est sourde depuis l'âge de dix ans, elle en a maintenant 29. Coryzas fréquents et bourdonnements pénibles. La sclérose n'a atteint que la caisse.

Oreille droite.

Montre......... de 4 à 30 centimètres.
Voix chuchotée.. de $0^{m}70$ à $11^{m}50$.
Voix haute...... de 2 mètres à plus de 15 mètres.

Oreille gauche.

Montre......... de 0 à 15 centimètres.
Voix chuchotée.. de $0^{m}07$ à $10^{m}50$.
Voix haute...... de $0^{m}45$ à $12^{m}50$.

Les bourdonnements ont disparu à peu près totalement. Le traitement a duré quarante-cinq jours à dix minutes par jour.

3° Mlle G..., neuf ans, cliente du docteur Banes (de Paris). Cette enfant, opérée 2 fois de végétations, présente une otite cicatricielle double que des cathétérismes et du massage n'améliorent pas. Trente séances de rééducation ont suffi.

Oreille droite.

Montre......... de 1 à 13 centimètres.
Voix chuchotée.. de $3^{m}50$ à 13 mètres.
Voix haute...... de $7^{m}50$ à plus de 15 mètres.

Oreille gauche.

Montre......... de 1 à 15 centimètres.
Voix chuchotée.. de $0^{m}75$ à 13 mètres.
Voix haute...... de 6 mètres à plus de 15 mètres.

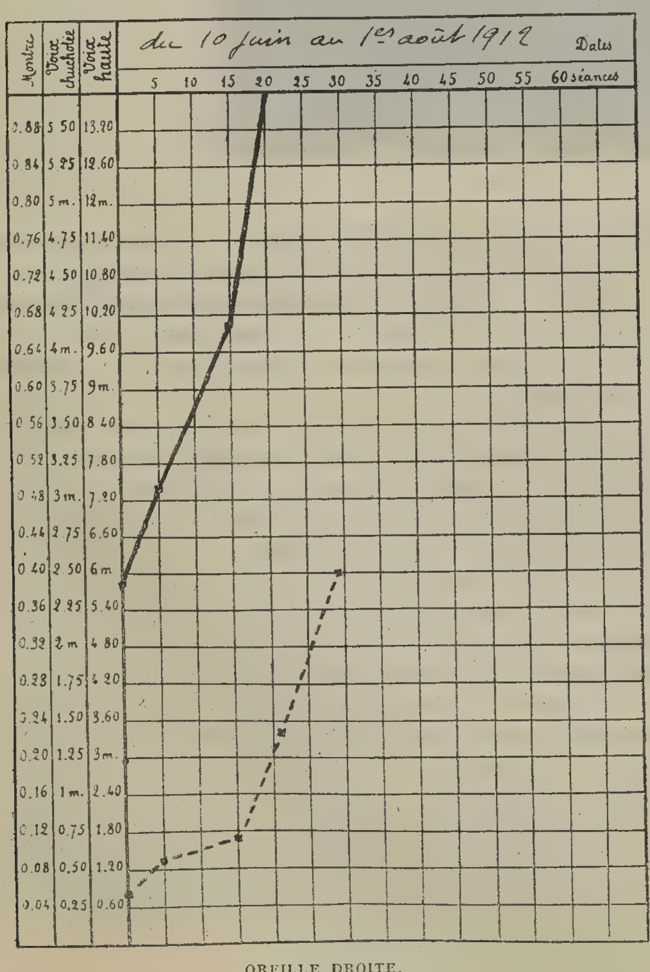
4° M. D..., soixante-cinq ans, client et ami du docteur Dunème (de Paris) présente de la sclérose mixte tympano-labyrinthique. Le traitement rééducateur n'a comporté que 30 séances de dix minutes.

Oreille droite.

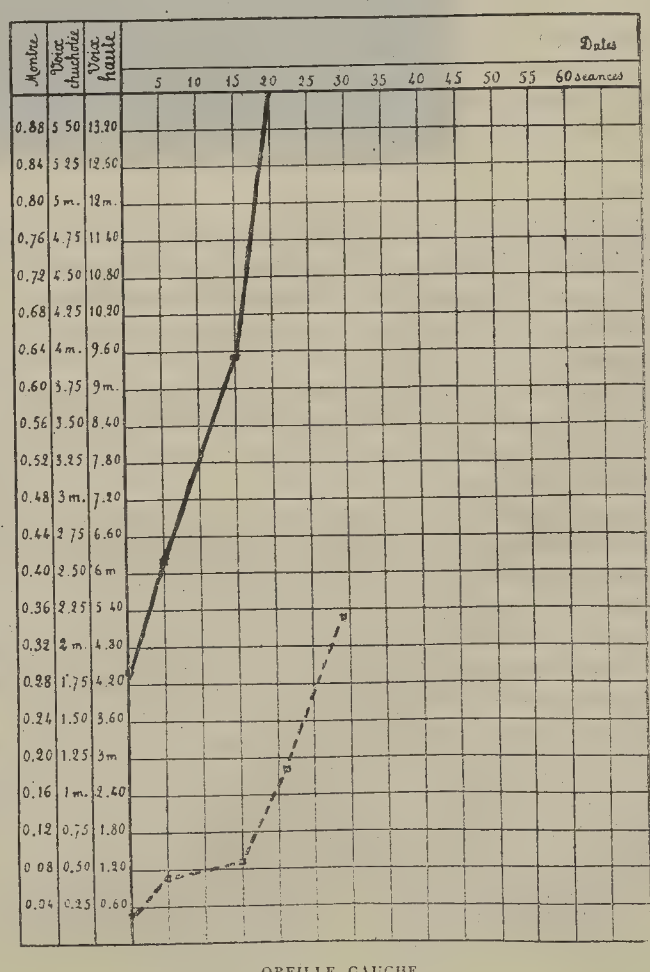
Voix chuchotée.. de $0^{m}35$ à $2^{m}60$.
Voix haute...... de $5^{m}75$ à plus de 15 mètres.

Oreille gauche.

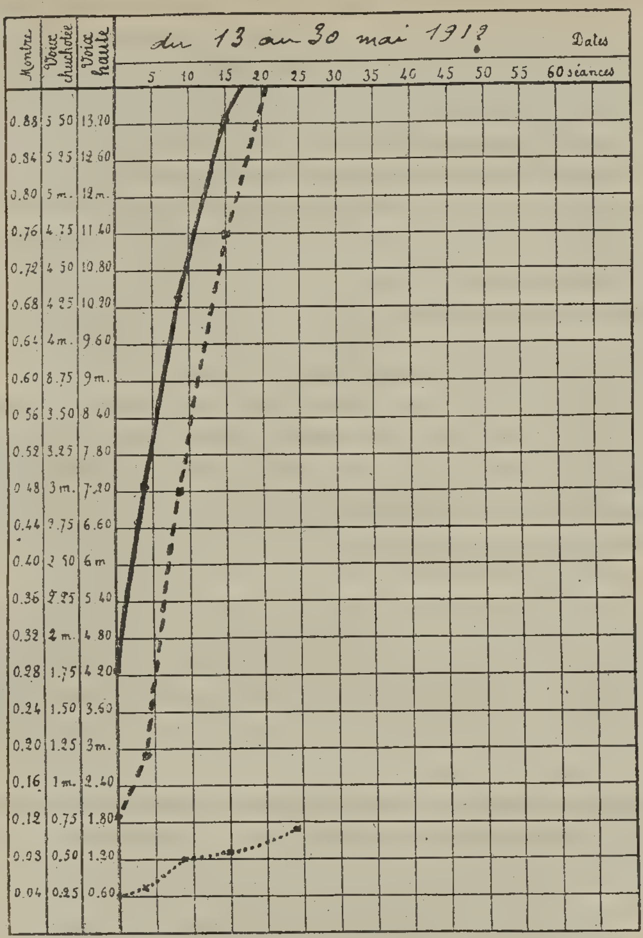
Voix chuchotée.. de $0^{m}22$ à $2^{m}20$.
Voix haute...... de $4^{m}50$ à plus de 15 mètres.



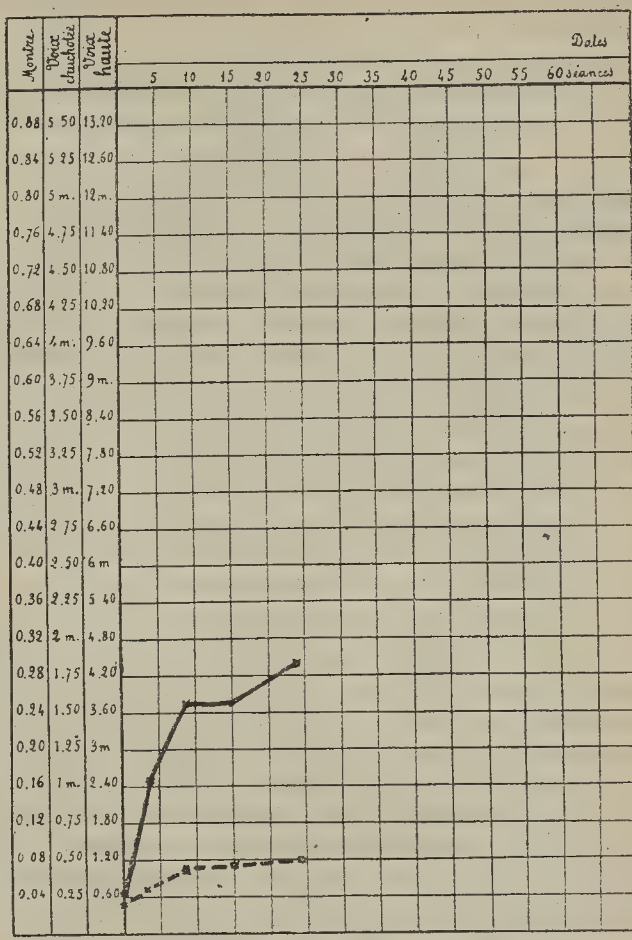
OREILLE DROITE.



OREILLE GAUCHE



OREILLE DROITE



OREILLE GAUCHE

5° Mme B..., soixante-trois ans, amie du docteur Chatainq (d'Allevard-les-Bains) présente à droite de la sclérose mixte tympano-labyrinthique, à gauche, une perforation tympanique. Elle est dure d'oreille depuis l'enfance. Pour aller vite nous avons fait 2 séances par jour de dix minutes, 25 en tout, soit moins de quinze jours de traitement.

Oreille droite.

Montre.........	de 4 à 11 centimètres.
Voix chuchotée..	de 0m80 à 7 mètres.
Voix haute......	de 4m25 à plus de 15 mètres.

Oreille gauche.

Montre.........	pas perçue.
Voix chuchotée..	de 0m22 à 0m50.
Voix haute......	de 0m65 à 4m50.

Dans ces cinq observations à peu près toutes les formes de surdités sont représentées; nous possédons actuellement 70 à 80 observations sur lesquelles nous pouvons tabler; les insuccès absolus ne dépassent pas 1 sur 20, les succès réels et pratiques sont largement de 15 sur 20.

La meilleure marche à suivre pour un traitement rééducateur est de commencer par la kinésiphonie et d'achever la guérison ou du moins de l'entretenir en conseillant la rééducation active telle que nous l'avons décrite plus haut.

Nous savons que la rééducation de l'ouïe n'est pas admise par tous les auristes, nous osons prétendre que ceux qui la combattent, l'ignorent; nous sommes à la disposition de tous pour donner des preuves absolues de ce que nous avançons; un échec ne suffit pas pour discréditer une méthode, un succès ne suffit pas pour l'établir; il faut, comme nous, posséder un grand nombre d'observations pour avoir une opinion fermement assise.

MÉDECINE PRATIQUE

LES EMPOISONNEMENTS PAR LES CHAMPIGNONS

Nous voici à peine au début de la grande saison des champignons, et déjà plusieurs cas d'empoisonnements mortels ont été publiés. Nous croyons donc bien faire en étudiant rapidement cette question, et nous ferons en particulier des emprunts au bel ouvrage que le docteur Ed. Laval vient de publier chez Delagrave, sous le titre *Les Champignons d'après nature*, ouvrage dans lequel planches et texte constituent un enseignement pratique de premier ordre.

Il est bien entendu que nous n'aurons en vue que les accidents produits par des cryptogames notoirement vénéneux, car il n'est pas très rare de rencontrer des personnes à prédispositions particulières telles que l'absorption de champignons, inoffensifs pour l'immense majorité des consommateurs, les rend infailliblement malades. C'est là un phénomène qui n'est pas particulier aux champignons et qui se produit avec bien d'autres substances alimentaires.

Très curieux aussi est le fait rapporté par André Theuriet dans les *Contes de la Marjolaine*. Il s'agit d'un botaniste de ses amis qui récolta un jour une ample moisson de morilles, les fit préparer dans une auberge du voisinage et les mangea en compagnie d'une autre personne. Tous deux furent pris d'accidents, qui cédèrent à une thérapeutique appropriée, mais qui surprirent beaucoup le botaniste, car aucun repré-

sentant de la famille des morilles n'est vénéneux. Il retourna donc à l'endroit où il avait fait sa cueillette, et s'aperçut qu'il y avait là à foison l' « arum commun » ou « pied de veau », plante toxique alors en pleine efflorescence. Le pollen vénéneux des arums avait été transporté par le vent à la surface des champignons, et avait pénétré dans leurs alvéoles les rendant ainsi vénéneux artificiellement.

Mais arrivons aux empoisonnements véritables, à ces accidents mortels dont nous lisons quotidiennement le récit dans les journaux à l'époque de l'année où nous sommes. Ils sont dus à trois ou quatre espèces appartenant presque toutes au genre *Amanite* et qui sont : l'Amanite phalloïde, à laquelle sont imputables 95 p. 100 des cas de mort en France, l'Amanite citrine et sa variété mappa, l'Amanite printanière. Si à ces espèces nous ajoutons la Volvaire, qui appartient à un autre genre, nous aurons le groupe des champignons *mortels*. D'autres espèces sont susceptibles de provoquer des accidents très graves, mais non mortels, comme l'Amanite panthère ou l'Amanite tue-mouche. C'est le groupe des champignons *dangereux* ou *vénéneux*. D'autres enfin ne déterminent que des troubles digestifs plus ou moins accusés, ce sont des champignons suspects.

La marche des accidents, lors d'un empoisonnement par des champignons, est très différente selon les espèces en cause et permettra facilement au médecin de reconnaître à quelle catégorie il a affaire et quel pronostic il doit porter, du moins lorsque les cas sont nets. C'est qu'en effet ces accidents sont dus à deux substances très distinctes l'une de l'autre : la *phalline* est le principe actif des champignons mortels, la *muscarine* celui des champignons simplement dangereux.

Si l'on nous permet d'ajouter quelques détails relativement à ces deux substances, nous rappellerons que la phalline fut isolée en 1890 de l'Amanita phalloïdes par le toxicologue allemand Kobert. Elle est soluble dans l'eau mais n'est pas détruite par l'ébullition. Ce principe actif n'est pas un albuminoïde car il ne précipite pas les réactifs des albuminoïdes; il paraît être comparable à certaines toxines microbiennes. La phalline agit sur l'organisme en détruisant les globules rouges du sang; elle « jouit de propriétés hémolytiques accentuées et détermine l'hémoglobinurie, puis l'anurie avec ictère et thromboses multiples » (A. Clerc). *Il suffit de 7 à 8 milligrammes de phalline par litre de sang* pour en détruire tous les globules ; or *un seul exemplaire* d'Amanita phalloïdes, de grosseur moyenne, en contient *plusieurs centigrammes* et pourra donc tuer un homme.

Nous croyons devoir signaler cependant un travail récent de Schürer (*Deut. med. Woch.*, 1912, n° 12) où reprenant certaines observations de Hegi, Schmidt et Thiemisch, et décrivant six nouveaux cas étudiés par lui, cet auteur conclut que ce n'est pas la phalline qui tue dans l'empoisonnement par l'Amanita phalloïdes, mais que les accidents sont dus à des alcaloïdes. A côté des modificatiens anatomiques bien connues existeraient des altérations graves et diffuses, de nature exclusivement régressive et non inflammatoire, portant sur les éléments cellulaires du système nerveux.

Quant à la muscarine, elle fut isolée de l'Amanita muscaria en 1870 par Schmiedeberg et Koppe. C'est un alcaloïde cristallisable, à caractères basiques et qui « paraît être l'aldéhyde dérivant de la choline par oxydation de la fonction alcool » (Ch. Moureu). Le professeur Pouchet dit que la muscarine détermine l'excitation persistante du pneumogastrique à sa périphérie terminale dans les centres intracardiaques. Cliniquement, « elle provoque le myosis, l'exagération des sécrétions glandulaires, les contractions tétaniques des muscles lisses et l'anurie. La mort survient par arrêt du cœur et de la respiration » (A. Clerc). Heureusement que ce dangereux poison s'élimine rapidement par les urines et l'intestin et que les doses ingérées avec les champignons sont exceptionnellement assez massives pour entraîner la mort.

Voyons maintenant le tableau clinique des deux empoisonnements. Avec la *phalline*, les premiers symptômes sont tardifs; ils apparaissent dix à douze heures au moins, et quelquefois jusqu'à trente heures après l'absorption des champignons nocifs. On observe des éblouissements, un malaise général, des nausées, de la pesanteur à l'estomac puis des crampes, des brûlures avec sensation d'étranglement et soif intense. Ensuite surviennent des sueurs froides, des vomissements, une diarrhée fétide striée de sang avec épreintes et ténesme. Le moindre contact au niveau du creux épigastrique arrache des cris au malade qui, pour protéger sa paroi abdominale, fléchit les cuisses sur le bassin. Les urines, quand il y en a encore, sont rares et d'une couleur brun foncé; le foie est volumineux et dur et l'ictère s'installe.

Cet état n'est pas continu; des accalmies se produisent, le malade est soulagé et s'endort pendant une heure ou deux. Calme trompeur, car une nouvelle crise se produit suivie encore d'accalmie, et ainsi de suite jusqu'à ce que surviennent des troubles moteurs, de la paralysie, des syncopes, de l'affaiblissement graduel du pouls, et la mort qui a lieu par arrêt du cœur.

Avec la *muscarine*, le début est relativement brusque et survient de deux à quatre heures après l'ingestion des champignons. Il y a des douleurs épigastriques intenses accompagnées de vomissements et d'évacuations intestinales répétés. La sécrétion salivaire peut être exagérée mais les urines, très diminuées, peuvent être supprimées. En même temps apparaissent des crampes musculaires très douloureuse et une agitation spéciale, analogue à l'ivresse délirante et dénommée folie muscarinique. Parfois la mort survient; dans ce cas la peau se couvre de sueurs visqueuses, et la fin arrive dans le collapsus au bout de deux ou trois jours; mais, comme nous l'avons déjà dit, dans la majorité des cas le poison s'élimine, les malades tombent dans une sorte de torpeur d'où ils sorten très améliorés au bout de quelques heures et la guérison set fait en deux ou trois jours. Notons d'ailleurs que les deux syndromes phallinique et muscarinique peuvent se combiner et amener des troubles complexes, naturellement d'une extrême gravité. Mais ce n'est point la règle, et généralement les deux tableaux cliniques sont bien distincts.

Quel traitement opposer à ces redoutables accidents ? Dans l'empoisonnement muscarinien, où les phénomènes apparaissent de bonne heure, le corps du délit peut encore être dans l'estomac et il convient de l'en extraire si possible au moyen du tube de Faucher. Si on ne l'a pas sous la main et que les vomissements ne s'installent pas spontanément il faut faire vomir le malade. On essaiera d'y parvenir en chatouillant le fond de la gorge, ou en faisant avaler de l'eau de savon, du lait tiède. Eviter le sirop d'ipéca.

Pour remonter le malade ne lui donner ni élixir ni cordial quelconque, l'alcool ne pouvant que faciliter l'absorption et la diffusion du poison qu'il dissout et entraîne avec lui dans l'organisme.

Dans cet empoisonnement, comme dans l'empoisonnement phallinien, les purgatifs sont indiqués, nous y reviendrons. En même temps il faut réchauffer le malade avec des boules d'eau chaude, des frictions alcooliques et aromatiques. Des cataplasmes chauds de farine de lin atténueront les douleurs abdominales. Dans les cas où la folie muscarinique revêt le type agité, on calmera l'excitation par l'administration des bromures, un gramme d'heure en heure jusqu'à l'effet sédatif.

Dans l'empoisonnement phallinien, les vomitifs sont inutiles puisque le poison a depuis longtemps quitté l'estomac, et nuisibles puisqu'ils ne feraient qu'affaiblir encore le patient. Les purgatifs sont au contraire indiqués pour débarrasser l'intestin, et on donnera alors 40 à 50 grammes de sulfate de soude ou de magnésie dans un grand verre d'eau, ou 30 grammes d'huile de ricin. Cette dernière doit même être préférée car elle ne dissout pas le principe toxique. Les lavements émol-

lients à l'eau de guimauve amidonnée, ou les lavements huileux, avec XX gouttes de laudanum soulageront les douleurs abdominales concurremment aux larges cataplasmes chauds laudanisés. Pour faciliter les urines on fera boire abondamment du lait et des tisanes additionnées de 2 grammes d'azotate de potasse par litre. Le délire, l'abattement, les vomissements, l'affaiblissement du cœur seront traités par les moyens classiques appropriés.

La poudre de charbon, tant vantée, est naturellement inefficace, l'estomac étant vide.

L'injection *intraveineuse* d'une solution stérilisée de chlorure de sodium à raison de 8 grammes par litre a parfois rendu des services.

Enfin « l'antagonisme de la muscarine et de l'atropine a justifié l'emploi de ce dernier alcaloïde sous forme d'injections sous-cutanées d'un demi-milligramme chacune, et qu'on pourra répéter; mais il ne faut pas s'exagérer la valeur d'un tel médicament dont l'action, réelle quand on l'expérimente chez la grenouille, semble plus problématique chez les animaux à sang chaud et nécessiterait, en tout cas, l'emploi de doses relativement énormes et par conséquent toxiques » (A. Clerc).

Malgré tous ces soins, l'empoisonnement phallinien aura dans l'immense majorité des cas une issue fatale. Il faudra d'ailleurs persévérer longtemps, même en cas d'amélioration apparente, car le malade peut s'affaiblir graduellement et mourir plusieurs semaines après l'accident.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

JURISPRUDENCE

DU CHOIX DES EXPERTS EN MATIÈRE D'ACCIDENT DU TRAVAIL (1)

En 1892, M. le sénateur Cornil déclarait que certaines opérations de médecine légale, comme les autopsies, nécessitaient des connaissances spéciales de la part des praticiens chargés d'y procéder. Or en matière d'accidents du travail, ne voyons-nous pas tous les jours les tribunaux prescrire des autopsies. Peut-on dire que les autopsies en matière civile ne sont pas sujettes aux mêmes règles que les autopsies en matière criminelle? Sont-elles moins délicates?

Qu'il s'agisse de police judiciaire ou qu'il s'agisse de sauvegarder des intérêts privés d'une importance considérable n'a-t-on pas les mêmes raisons d'appliquer dans tous les cas les mêmes dispositions tendant à éclairer la justice et à rendre ses auxiliaires plus compétents et plus indépendants.

Si l'application du code d'Instruction criminelle est d'ordre public, la loi du 9 avril 1898 ne l'est-elle pas encore plus étroitement?

On peut affirmer sans être contredit que l'application de toute cette législation repose sur la médecine légale, le concours de spécialistes particulièrement exercés et compétents étant indispensable aux juges pour solutionner les multiples difficultés auxquelles on se heurte dès la déclaration de l'accident jusqu'à l'instance en revision provoquée quelquefois au bout de plusieurs années d'attente par la victime ou par les assureurs des chefs d'entreprise. Les cas de simulation d'infirmités, d'hystéro-traumatisme, de troubles mentaux, etc., soulèvent des difficultés tellement délicates qu'on ne saurait demander trop de compétence et trop d'expérience professionnelle aux praticiens chargés par la justice de se prononcer à leur sujet.

Ainsi donc aucune raison, soit juridique, soit pratique, ne vient limiter au code d'instruction criminelle la nécessité qu'a le juge de suivre les prescriptions du décret de 1893 et de recourir aux médecins experts sauf dans les cas bien spécifiés par le code d'instruction criminelle. Bien plus en matière d'accidents du travail les experts médecins sont taxés conformément à la loi sur l'assistance judiciaire et que leurs frais et honoraires sont avancés par le Trésor comme en matière criminelle.

Nous croyons donc qu'en présence des termes formels de l'article 14 de la loi du 30 novembre 1892 et du décret du 21 novembre 1893, la désignation de médecins experts pris sur les listes s'impose tant au civil qu'au criminel.

Si nous examinons maintenant la loi du 9 avril 1898, nous pouvons constater qu'elle ne renferme rien qui vienne à l'encontre des dispositions que nous avons analysées. N'a-t-on pas voulu créer un corps spécial d'experts seulement chargé des expertises en matière d'accident du travail?

(*A suivre.*)

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 100, p. 1407.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 AOUT 1912)

Sur l'immunisation active de l'homme contre la fièvre typhoïde. — M. H. VINCENT rapporte une série de faits concernant des sujets, indemnes jusque-là de fièvre typhoïde et par conséquent réceptifs pour cette affection, qui ont absorbé involontairement, en aspirant des cultures à l'aide de pipettes, une grande quantité de bacilles typhiques. On sait que l'absorption de traces de cultures est presque toujours positive et souvent mortelle; or les cinq personnes, dont M. Vincent rapporte les observations, vaccinées contre la fièvre typhoïde, ont pu accidentellement avaler du bacille typhique, elles ont entièrement échappé à la fièvre typhoïde.

Le vaccin antityphique employé dans les cinq cas précités a été l'autolysat polyvalent de bacilles typhiques, stérilisé par l'éther.

Il résulte, de l'examen des observations, que les inoculations de typho-vaccin ont un pouvoir préventif non seulement contre l'absorption postérieure de cultures typhiques, mais encore contre une infection antérieure, *mais récente*, même massive (4 observations). Dans ce dernier cas, M. Vincent pense que les réactions défensives cellulaires et la sécrétion des anticorps ont pu se produire et neutraliser l'infection avant que celle-ci ait eu le temps de se réaliser.

Conditions de transmission de la fièvre récurrente par le pou. — MM. Charles NICOLLE, L. BLAIZOT et E. CONSEIL.

La vitalité du bacille tuberculeux éprouvée par inoculation et par inhalation. — M. P. CHAUSSÉ a constaté que dans les conditions normales, même chez le cobaye, la contagion par inhalation exige un virus pleinement actif; le bacille inhalé, arrivant au poumon par unités isolées, est phagocyté si sa virulence est insuffisante; par inoculation, au contraire, déposant en un seul point quelques centaines de milliers de bacilles, la défense locale est mise en échec et la maladie évolue.

La vitalité par inhalation est assez prolongée néanmoins pour faire craindre la contagion par les particules sèches si le crachat n'est pas recueilli et détruit.

Cette perte relativement rapide du pouvoir infectant par inhalation chez le cobaye, et à plus forte raison chez l'homme, permet de conclure que la *désinfection domiciliaire comme moyen prophylactique, laquelle soulève certaines difficultés d'exécution, peut avantageusement être remplacée par les prescriptions nécessaires à l'égard des expectorations.*

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXVI, n° 23, 6 juin 1912.) Joseph H. PRATT : Les méthodes scientifiques dans la clinique journalière. — John STAIGE DAVIS : L'accélération de la cicatrisation des plaies par l'emploi de greffes cutanées et de certaines matières colorantes d'origine organique. — MALCOLM SEYMOUR : La néphrite chronique interstitielle. Les indigestions aiguës comme un signe important de leur symptomatologie. — Antony BASSLER : La dyspepsie posttyphique (3 tables). — H. W. MARSHALL : Les causes d'échec dans le traitement des arthrites chroniques, quelques suggestions sur la façon d'obtenir un plus grand nombre de succès (*fin*). — (N° 24, 13 juin.) H. B. HOWARD : Le Peter Bent Brigham Hospital (1 fig., 3 plans.) — Howard T. KARSNER : La fonction et la méthode expérimentale dans les études de pathologie. — Robert W. LOVETT : Le nouvel hôpital d'enfants de Boston (1 fig., 1 plan.) — E. E. SOUTHARD : Le nouvel hôpital pour maladies mentales du district de Boston (1 fig., 1 plan). — Francis G. BENEDICT : Le nouveau laboratoire Carnegie pour les recherches sur la nutrition. — M. J. ROSENAU : La commission de médecine préventive et d'hygiène et le nouveau diplôme de médecin d'hygiène publique. — E. E. TYZZER et Thomas ORDWAY : Le Huntington hospital et le but de ses travaux (2 fig.). — A. MACKENSIE-FORBES : La métatarsalgie antérieure et la maladie de Morton. — E. A. CODMAN : L'abduction de l'épaule. Un intéressant symptôme en connexion avec la bursite sous-acromiale et la rupture du tendon du sus-épineux. — John STAIGE DAVIS : L'accélération de la cicatrisation des plaies par les greffes cutanées et l'emploi de certains colorants organiques. — (N° 25, 20 juin.) Walther E. FERNALD : Le fardeau constitué par les arriérés. — Michael M. DAVIS : Importance de la classification par professions dans les consultations hospitalières (3 tableaux). — John B. HAWES : Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début n'est-il pas posé trop tard? — Thomas ORDWAY : Utilité d'une bibliothèque-musée médicale centrale. — Robert M. GREEN : Les médecins dans l'œuvre de Dickens. — (N° 26, 27 juin.) W. E. COUNCILMAN : Expériences d'un praticien. — Edward H. RISLEY et Fritz C. IRVING : Technique de la transfusion du sang (avec 6 fig.). — George L. WALTON et John HOMANS : L'opérabilité de l'endothéliome cérébrale. Description d'un cas heureux (3 fig.). — Annie LEE HAMILTON et Mary Elisabeth MORSE : Etude sur l'érythrocythémie, description d'un cas avec autopsie. — Philip HAMMOND : Nouvel écarteur pour l'opération de mastoïdite (1 fig.).

Bulletin général de thérapeutique. — (8 juin 1912.) P. BOURCY : La syphilis pulmonaire et son traitement. — G. BARDET et P. BOULOUMIÉ : Introduction à l'étude des régimes (*suite*). — (15 juin.) E. SERGENT : Maladie des capsules surrénales. Syndromes surrénaux. Maladie d'Addison et insuffisance surrénale. Opothérapie surrénale. — (23 juin.) Emile SERGENT : Maladie des capsules surrénales. Syndromes surrénaux. Maladies d'Addison et insuffisance surrénale. Opothérapie surrénale (*suite et fin*). — L. FICHOT : Quelques considérations sur les accidents pouvant survenir au cours d'une anesthésie locale et d'un nouveau procédé susceptible de les réduire. — (30 juin.) A. DARIER : Sérum normal. Sérums activés. Sérothérapie paraspécifique.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 23, 6 juin 1912.) ROMBERG : Sur le traitement de la néphrite chronique. — UHLENLUTH, MULZER et KOCH : Modifications histopathologiques dans la syphilis expérimentale du lapin. — HEYMANS : Sur la vaccination antituberculose au moyen de bacilles de Koch enveloppée dans de petits sacs de roseau. — SZECSI : Sur quelques procédés de coloration par le Romanowsky. — SINGER et HOLZKNECHT : Symptômes objectifs du colospasme chronique. — HARTWICH : Rapports entre la cirrhose du foie et la splénomégalie. — MIKADA : Exagération de l'excrétion d'acide urique pendant la crise de la pneumonie. — LOEWY : Influence de l'iodtropon sur les troubles artérioscléreux. — MÜHSAM : Remplacement d'un segment de l'uretère par la veine saphène. — MÜLLER : Emploi du goudron de houille en dermatologie. — BOEGER et SCHWAB : Emploi thérapeutique des rayons Röntgen dans le goitre et la maladie de Basedow.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 22, 2 juin 1912.) R. SAINT-PHILIPPE : De l'usage intempestif et de l'abus des « farines alimentaires » chez l'enfant; des accidents préparés ou provoqués par elles. — FIEUX et P. MAURIAC. Nouvelles recherches sur la présence des anticorps choriovilleux chez la femme enceinte des premiers mois. — (N° 23, 9 juin.) BRANDEIS : Une théorie pathogénique de la neurasthénie (*suite*). — (N° 24, 16 juin.) A. BAUDRIMONT : De la pygomélie chez l'homme. — (N° 25, 23 juin.) A. BAUDRIMONT : De la pygomélie chez l'homme (*suite*). — (N° 26, 30 juin.) A. BAUDRIMONT : De la pygomélie chez l'homme (*fin*).

Journal de médecine de Paris. — (N° 23, 8 juin.) MILHIT : Le traitement de la fièvre typhoïde. — (N° 24, 15 juin.) SAVARIAUD : Traitement de la hernie inguinale chez le nourrisson. — MILHIT : Le traitement de la fièvre typhoïde (*suite*). — (N° 25, 22 juin.) MILHIT : Le traitement de la fièvre typhoïde (*suite*).

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 juin 1912.) KENDIRDJY : Etat actuel de l'anesthésie locale. — DÉJERINE : Névralgie paresthésique. Paralysie traumatique du sciatique poplité externe. Crises gastriques dans le tabes. Un cas de maladie de Parkinson.

Journal de médecine interne. — (N° 18, 30 juin 1912.) A. MARIE et BAGENOFF : Les délires collectifs.

Journal des praticiens. — (N° 22, 1er juin 1912.) A. BROCA : Fractures incomplètes et sous-périostées. Fractures méconnues. Fractures des rachitiques. — NOBÉCOURT : Technique de l'allaitement artificiel. — Ch. ABADIE : De la tuberculinothérapie. — FAVALELLI : Rhumatisme et pharynx. — (N° 23, 8 juin.) E. SERGENT : Tuberculose et syndrome solaire. — DALCHÉ : Syndromes polyglandulaires et troubles génitaux de la femme. — J. BONIFAS : Du lait surcrémé, ou comment rendre le régime lacté absolu suffisamment fortifiant. — (N° 24, 15 juin.) AUVRAY : Mal de Pott syphilitique. — Olivier MACÉ et R. QUINTON : Le plasma marin en injections sous-cutanées dans l'entérite cholériforme à marche rapide.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 22, 1er juin 1912.) L. DANEL : Phlycténose récidivante des extrémités (acrodermatite continue de Hallopeau) [*fin*]. — (N° 23, 8 juin.) H. FOURDINIER : De l'accouchement des primipares âgées. — H. DURET : L'origine des Aryens et le sanscrit. — (N° 24, 15 juin.) H. FOURDINIER : De l'accouchement des primipares âgées (*fin*). — (N° 25, 22 juin.) René DESPLATS : La radiothérapie dans la thérapeutique des adénites inflammatoires et tuberculeuses. Considérations sur son mode d'action. — (N° 26, 29 juin.) A. BONNET-LABORDERIE : Sur les inconvénients des restaurations trop complètes du périnée au point de vue des accouchements ultérieurs.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 23, 6 juin 1912.) Léon DEKEYSER : Quelques considérations sur les léproseries belges du moyen âge (*fin*). — MOHR. L'adaline. Un hypnotique nouveau. — (N° 24, 13 juin.) H. COPPEZ : Complications oculaires de la maladie osseuse de Paget. — (N° 25, 20 juin.) PEUGNIEZ : Plaies de la plèvre et du poumon. — (N° 26, 27 juin.) Noé PINÉS : Importance clinique de la réaction de Hecht.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 104. — JEUDI 12 SEPTEMBRE 1912. 85e ANNÉE. JEUDI 12 SEPTEMBRE 1912. — N° 104.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE FRANÇAISE DE BEYROUTH. — M. le docteur Auber de Peyrelongue, professeur de physiologie à l'Ecole de santé de Bordeaux, est nommé professeur de physiologie et d'histologie pathologique à la Faculté de médecine française de Beyrouth.

GUERRE. — Sont inscrits d'office à la suite du tableau de concours de 1912 :

Pour officier de la Légion d'honneur : M. le médecin-major de première classe Barbot.

Pour chevalier de la Légion d'honneur : MM. les médecins-majors de deuxième classe Lantiéri et Petit.

— Par décret en date du 9 septembre 1912, sont promus et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Bouchereau, directeur du service de santé des troupes d'occupation du Maroc oriental; maintenu.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Tricot, médecin chef de l'hôpital militaire de Blida; maintenu; — Fournial, aux troupes d'occupation du Maroc occidental; maintenu.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Atgier (de Livry), Créhange (de Longwy) et Marignan (de Marsillargues).

Officiers d'Académie. — M. le docteur Laffont (de l'Isle-sur-Sorgue).

MÉDAILLE DES ÉPIDÉMIES. — Les récompenses suivantes ont été décernées à l'occasion d'épidémies ayant sévi sur l'armée :

Médailles d'or. — M. le médecin-major de première classe Conor et M. le médecin aide-major de première classe Baron.

Médailles de vermeil. — M. le médecin-major de deuxième classe Carayon et MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Razou et Collilieux.

Médaille d'argent. — M. le médecin-major de deuxième classe de Saint-Vincent de Parois.

NÉCROLOGIE. — C.-A. Fleig. — La mort vient de faucher, à l'âge de vingt-neuf ans, Charles-Auguste Fleig, qui, à peine entré depuis quelques années dans la carrière médicale, était déjà en pleine maturité scientifique. Une longue et cruelle maladie vient d'emporter ce vaillant, dont le système nerveux trop surmené par tant de travaux, tant de fatigues, tant de veilles, n'a pu résister à une infection parfois si terrible.

Toujours à la tâche depuis son entrée au laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Montpellier, où, fils de ses œuvres, il s'était progressivement et rapidement élevé jusqu'aux fonctions de chargé du cours d'agrégation, en attendant qu'un prochain concours vînt le titulariser dans ce poste pour lequel il paraissait tout désigné, Fleig avait, par un labeur incessant, accumulé un grand nombre de travaux des plus importants, qui l'avaient imposé au monde savant.

Parti de la physiologie, à laquelle il est resté d'ailleurs toujours fidèle, Fleig ne s'est pas contenté de pures spéculations scientifiques; mais il a été vite conduit, par son sens pratique, à créer ou à développer une série de méthodes qui prennent ou prendront bientôt une place de plus en plus grande dans la thérapeutique. Nous n'en voulons pour preuve que ses récentes recherches sur les sérums, en particulier sur les sérums sucrés, qui doivent, en tant de cas, remplacer avec avantage le sérum artificiel; sur les injections d'eau minérale (crénothérapie intratissulaire), qui furent le sujet même de sa thèse; ses travaux sur l'administration d'arsenobenzol, sur la phénolphtaléine, sur les sutures vasculaires, etc.

La Faculté de médecine de Montpellier perd en lui un de ses plus brillants élèves, qui, par le nom qu'il s'était déjà acquis en France et à l'étranger, s'imposait comme un de ses futurs maîtres.

La *Gazette des hôpitaux*, dont il fut collaborateur, ne saurait trop s'associer aux paroles émues qui furent prononcées sur sa tombe, en particulier par son maître et ami, le professeur Hédon, qui, mieux que nul autre, avait été placé pour l'apprécier et l'aimer.

H. Roger (de Montpellier).

LES MANIFESTATIONS ALVÉOLO-DENTAIRES

DE LA TUBERCULOSE

Par M. A. THERRE (de Lyon).

Les relations qui peuvent exister entre le système dentaire et la tuberculose sont à l'heure actuelle très imparfaitement connues. Bien que depuis quelques années l'attention ait été attirée de ce côté on s'est surtout attaché à prouver les rapports entre le système dentaire osseux, autrement dit la dent, et la tuberculose. Ce fut là d'ailleurs le point de départ de travaux remarquables, ceux de Ferrier en particulier. Quant aux troubles alvéolo-dentaires, si on a invoqué tour à tour pour les expliquer un état diathésique, un terrain arthritique, ou une affection générale, rarement, il faut le dire, on a pensé, parmi ces causes d'ordre général, à la tuberculose. Et cependant, étant donnée la fréquence d'une part des troubles alvéolo-dentaires et d'autre part de la tuberculose, pourquoi ne pas admettre a priori que celle-ci peut être la cause soit d'arthrites alvéolo-dentaires proprement dites, soit simplement de rhumatisme dentaire ? De plus, on ne voit pas pourquoi l'articulation alvéolo-dentaire ferait exception aux lois générales qui régissent la pathologie de toute articulation.

Mais s'agit-il bien ici d'une articulation ?

« Une articulation est un espace qui s'organise entre deux segments cartilagineux ou osseux pour leur donner de la mobilité l'un sur l'autre, tout en assurant leur contiguïté. » (Dieulafé et H. Herpin, *Traité de Stomatologie*.)

L'idée d'une articulation dentaire est fort ancienne et pendant longtemps on a comparé la dent à un clou enfoncé dans une planche. Puis Blandin, Cruveilhier, Sappey et quelques autres combattirent cette opinion. Plus récemment, à la suite des recherches de Malassez, Aguilhon de Sarran, Magitot, Black, Beltrami, on est revenu à l'idée d'une véritable articulation entre la dent et son alvéole.

Ici en effet, les deux segments osseux sont d'une part l'alvéole, d'autre part la racine et la dent ; l'espace articulaire est constitué par les logettes situées entre les faisceaux ligamenteux qui vont du cément à l'alvéole. Les moyens de rétention de ces deux surfaces sont représentés par deux ligaments, l'un externe ou circulaire, l'autre interne et présentant des faisceaux fibreux qui traversent l'espace articulaire ; ce qui a permis de ranger l'articulation alvéolo-dentaire parmi les diarthro-amphiarthroses.

Les mouvements physiologiques ou pathologiques de la dent sont encore là pour prouver qu'il s'agit bien d'une véritable articulation, pouvant par conséquent comme telle emmagasiner le bacille de Koch ou réagir de différentes façons aux toxines sécrétées par lui.

D'autres raisons sembleraient encore expliquer la localisation du bacille tuberculeux à ce niveau. Ce sont :

1° La fréquence de la carie dentaire, dans laquelle on a souvent trouvé le bacille de Koch. La réaction de l'articulation alvéolo-dentaire ne serait qu'une simple étape au cours de la marche envahissante de la tuberculose, gagnant les organes et les ganglions lymphatiques adjacents et de là quelquefois l'organisme tout entier.

2° Les portes d'entrée fréquentes au niveau de la région gingivo-dentaire : petites déchirures, ulcérations du septum gingival, comme on en voit souvent chez les tuberculeux (Cruet), toute lésion enfin mettant plus ou moins à nu l'articulation dentaire.

3° Le manque d'hygiène de la bouche, amenant le développement du tartre et le décollement de la gencive, toutes causes prédisposant à une affection de l'articulation dentaire de quelque nature qu'elle soit.

4° Les traumatismes fréquents au niveau des dents. Souvent un traumatisme est la cause occasionnelle du développement de la tuberculose dans une articulation. Pourquoi ne pas admettre que le traumatisme au niveau de certaines dents, par le fait de casser un corps très dur, ou de soulever un fardeau par exemple, ne serait pas une cause occasionnelle de la localisation de la tuberculose à ce niveau.

5° On sait enfin combien communs sont les troubles alvéolo-dentaires chez les diabétiques; mais on sait aussi combien fréquente est chez ces malades la tuberculose. Il resterait à savoir la part qui revient au diabète et à la tuberculose dans ces troubles. La question est évidemment trop difficile pour être tranchée actuellement.

Ainsi donc et a priori, la tuberculose trouve dans l'articulation alvéolo-dentaire une région anatomique suffisante pour se localiser et se développer. Bien plus elle trouve là des conditions favorables comme peut-être nulle part ailleurs.

D'autres preuves de cette localisation, il ne faudra les demander ni au laboratoire ni à l'expérimentation. La recherche du bacille de Koch est en effet difficile dans les cas d'arthrites alvéolo-dentaires ; on sait d'ailleurs qu'il est fréquent, comme l'ont montré Poncet et ses élèves, de ne rien trouver dans le rhumatisme tuberculeux. D'autre part, si quelques inoculations faites au cobaye ont été négatives, elles ne suffisent pas à elles seules à apporter un argument sérieux contre cette hypothèse.

En faveur de cette idée et comme preuve expérimentale, pour ainsi dire, nous citerons le cas d'une de nos malades qui tient lieu d'une véritable expérience. Atteinte de tuberculose pulmonaire, elle fut soumise à un traitement par la tuberculine qui amena rapidement du rhumatisme polyarticulaire en même temps que des manifestations rhumatismales du côté des articulations dentaires. On cessa le traitement parce que la malade, à cause de la douleur, ne pouvait mastiquer et par conséquent se suralimenter et tous ces troubles disparurent aussitôt.

Ce que le laboratoire ou l'expérimentation ne peuvent nous dire, la clinique va nous le prouver. C'est en effet à elle qu'il faut s'adresser si l'on veut en l'état actuel de nos connaissances établir quelques relations entre les troubles alvéolo-dentaires et la tuberculose.

Et nous redirons ici ce qui a été dit à propos de toute manifestation articulaire :

1° Toutes les fois que chez un tuberculeux présentant des lésions en évolution ou éteintes, on observe des troubles alvéolo-dentaires, inexplicables par les causes ordinaires, caries, traumatismes, etc., il est logique de penser que c'est la tuberculose qui est à l'origine de ces troubles.

2° Toutes les fois qu'on observera des phénomènes arthro-dentaires chez des patients indemnes de toute tare tuberculeuse mais chez qui on voit par la suite se développer la tuberculose, il est logique de penser à ce moment que ces manifestations arthro-dentaires étaient de nature tuberculeuse.

Joignons à ces idées théoriques l'examen minutieux du malade, ses antécédents, la marche de son affection,... bref, entourons-nous de tous les renseignements qui pourront nous être utiles pour remonter à la cause de ces manifestations rhumatismales.

Ce n'est évidemment pas le lieu de discuter la pathogénie de ces lésions. On croyait, il n'y a pas longtemps encore que la tuberculose produisait toujours dans les articulations des lésions spécifiques. Poncet, Leriche et d'autres ont démontré qu'elle pouvait comme toute autre infection donner lieu à des manifestations inflammatoires sans réaction propre : d'où le rhumatisme tuberculeux. Que la question soit tranchée ou non d'une façon absolue, que le rhumatisme soit produit par des toxines ou par des bacilles peu virulents, peu importe ! Le fait clinique est là et l'articulation dentaire ne saurait faire exception.

Donc arthrites proprement dites et rhumatisme simple, voilà les deux formes sous lesquelles la tuberculose frappe l'articulation alvéolo-dentaire et que nous retrouvons au point de vue clinique :

1° La première se rapporte surtout aux cas où il y a des lésions dentaires concomitantes et où d'autre part on ne trouve pas d'autre foyer de tuberculose, cliniquement appréciable, du moins. Le bacille de Koch seul ou mélangé à d'autres microorganismes, se trouve dans un milieu favorable ; il frappe d'abord l'articulation dentaire pour de là se propager soit aux ganglions lymphatiques, soit au maxillaire quand les conditions sont favorables comme cela se voit à certaines époques de la vie. On connaît en effet l'ostéomyélite tuberculeuse du maxillaire inférieur assez fréquente vers l'âge de six à huit ans et qui a très souvent pour point de départ l'infection partie de la première grosse molaire. Dentite, arthrite, ostéite, voilà les trois phases de ce processus infectieux et l'arthrite alvéolo-dentaire est plutôt, comme on le voit, une étape de transition. Au point de vue clinique on peut observer ici toutes les variétés de périodontites : aiguës, subaiguës et chroniques.

Les formes suivantes se rencontrent sans qu'il y ait de porte d'entrée dentaire. La voie d'infection est endogène et la lésion est due probablement aux toxines tuberculeuses sécrétées en un point de l'organisme. Ce sont quelques-unes de ces formes qui méritent véritablement le nom de *rhumatisme dentaire tuberculeux*.

2° On observe souvent chez les tuberculeux des poussées de périodontites, aiguës en général et passagères. La dent paraît allongée, est sensible à la percussion et légèrement mobile. La gencive est rouge, quelquefois tuméfiée ; on sent qu'il y a là des phénomènes circulatoires intenses. Un traitement approprié ou simplement l'expectation amènent rapidement la cessation de ces phénomènes. Ces poussées rhumatismales surviennent indifféremment, aussi bien aux périodes d'aggravation qu'aux périodes éteintes de la tuberculose. Dans un cas que nous avons observé, elles précédaient chaque fois de petites crises d'entérite tuberculeuse.

Observation. — Mme X..., vingt-six ans. Entre dans un sanatorium pour des lésions pulmonaires légères et surtout pour de l'entérite tuberculeuse. Quelques jours après son arrivée, souffre du côté gauche de la mâchoire inférieure, dans les trois dernières grosses dents, dit-elle. Comme la dent de sagesse n'a pas complètement évolué, on en fait l'extraction, croyant que c'est elle qui est la cause des douleurs. Quelques jours après, violente crise d'entérite. Six ou huit mois après nouvelle crise douloureuse dentaire ; comme on ne voit aucune carie, aucune lésion dentaire on ne veut pas faire l'extraction de la dent de douze ans ; c'est sur ses instances et parce que la douleur est trop vive et la mastication impossible qu'on la fait. La dent arrachée est saine. Quelques jours après nouvelle crise d'entérite. Dans la suite et à plusieurs reprises la malade a eu du côté de sa première grosse molaire inférieure et gauche des poussées de périodontite qui ont toujours précédé l'apparition de crises d'entérite. Actuellement, Mme X..., complètement guérie, éprouve de temps à autre des poussées de périodontite à ce niveau, à l'occasion d'un surmenage et de préférence en été où elle maigrit toujours de 2 ou 3 kilos.

3° Une autre forme relativement bénigne elle aussi mais d'allure chronique est celle où à de la douleur véritable fait place une sensation d'agacement, de tension douloureuse au niveau des alvéoles accompagnée de mobilité avec déplacement plus ou moins prononcé des dents. Il s'agit vraisemblablement dans ces cas d'une raréfaction osseuse, d'une « atrophie alvéolaire précoce » (Tellier), qui fait penser à la carie sèche de certaines articulations.

Observation. — Mlle C..., vingt-trois ans. Père et mère bien portants. Un frère mort en bas âge de méningite.

Personnellement pas de maladies antérieures, à noter cependant des adénites cervicales dans l'enfance et une crise d'anémie avec pleurésie sèche à l'âge de seize ans.

Affection actuelle. Depuis quatre ou cinq ans, souffre dans la région des incisives supérieures ; c'est plutôt une sensation d'agacement qu'une véritable douleur. Cette sensation qui est continuelle a amené la malade à un état nerveux assez accusé. Depuis ce moment les incisives supérieures ont subi un mouvement d'antéversion. Tous les traitements ont été essayés mais en vain.

A l'examen :

Bouche en bon état. Il manque seulement la première grosse molaire du haut et à gauche. Pas de tartre. Deux ou trois petits amalgames.

Légère modification dans l'engrenement dentaire. Du côté droit, les dents du bas sont un peu en avant par rapport à celles du haut. Mais c'est peu de chose. Ce qui frappe, c'est la position des quatre incisives du haut. A l'état d'occlusion elles ne touchent pas les dents du bas ; il y a entre elles un espace de deux millimètres environ.

La percussion de ces dents est douloureuse ou plutôt sensible et il y a un peu de mobilité.

A quelle cause rattacher et les troubles subjectifs ressentis par la patiente et la position des incisives supérieures ? La malocclusion ne saurait entrer en ligne de compte, car elle était trop peu accusée et de plus les dents du haut étaient sensibles et se déplaçaient en avant quand même les dents du bas ne les touchaient pas. On ne pouvait songer dans ce cas à une manifestation de l'arthritisme. Aucune maladie infectieuse à l'origine. Comme la patiente a eu un frère mort de méningite, qu'elle-même a eu des adénites cervicales, de la pleurésie, nous croyons qu'on peut cliniquement rapporter toutes ces manifestations à la tuberculose. Nous avons utilisé ici le même traitement que s'il se fût agi d'une articulation malade, un genou, par exemple : révulsion, massage, traitement général et immobilisation au moyen d'un appareil prothétique, constitué essentiellement par une plaque palatine et une barre qui passait au-devant des dents et rendait tout mouvement de celles-ci impossible. Le résultat ne s'est pas fait attendre. En trois mois cette affection, soignée depuis quatre ou cinq ans symptomatiquement et non pathogéniquement, a été complètement guérie.

4° Si dans les formes précédentes tout revient en état, tout rentre dans l'ordre, il n'en est pas de même dans certains cas où le malade, quoi qu'il fasse, voit ses dents presque fatalement vouées à leur chute. Ici, peu de douleur, une simple sensation d'agacement et d'allongement de la dent. Après une poussée de tuberculose ou même sans manifestation tuberculeuse concomitante, les dents deviennent mobiles, se déchaussent, et réclament l'extraction plus ou moins rapidement suivant les cas.

Observation. — M. A..., soixante ans. Est venu à Lyon il y a cinq ans. A ce moment avait toutes ses dents, même ses dents de sagesse. Vivant dans un milieu malsain, se nourrissant mal, il entre bientôt à l'hôpital pour de la toux, de l'expectoration, de la fièvre et de l'amaigrissement. Diagnostic : bronchite tuberculeuse. Fait un séjour de trois mois à l'hôpital pendant lequel ses dents sans être douloureuses sont devenues très mobiles et très déchaussées, sans qu'il y ait eu formation de tartre, cette mobilité amenant de la douleur pendant la mastication, le malade réclame lui-même l'extraction des quatre incisives supérieures. Depuis ces cinq ans a fait de nombreux séjours à l'hôpital pour de la tuberculose pulmonaire à tendance plutôt cicatricielle et à chaque fois on procédait à une nouvelle série d'extractions. Nous avons fait nous-même il y a deux mois l'extraction des dernières dents.

Voilà donc encore un cas où il y a une concordance absolue entre des poussées de tuberculose pulmonaire et des attaques de rhumatisme dentaire. Et à moins de dire, comme ce malade, que la chute de ses dents était due aux brouillards lyonnais, on est obligé de reconnaître qu'il y a au lieu d'une simple coïncidence une relation de cause à effet.

5° Enfin étant donné le milieu dans lequel se développe le rhumatisme dentaire, pour peu que les microbes de la bouche aient envahi l'articulation alvéolo-dentaire, nous verrons évoluer le tableau classique de la pyorrhée alvéolo-dentaire.

Observation. — Mlle T..., vingt-quatre ans. Père et mère bien portants. Un frère et une sœur en bonne santé. Personnellement a habité la campagne jusqu'à l'âge de dix-huit ans et n'a jamais été malade.

Il y a trois ans a eu plusieurs crises douloureuses au niveau des dents et des alvéoles, avec chaque fois un peu de rougeur et de gonflement au niveau des gencives. Jamais d'abcès, jamais de fluxion. Quelques mois après la première crise, vient nous trouver. A ce moment il n'y a plus de douleur ; la malade ne vient que parce qu'elle a « mauvaise bouche et mauvaise haleine ».

A l'examen :

Dentition complète. Pas une carie, aucune anomalie de position. Par contre, toutes les dents sont déchaussées, mobiles, garnies de pus au collet. La pression au niveau du collet fait sourdre du pus très facilement. Bref, c'est le tableau clinique de la pyorrhée à sa période d'état. Un spécialiste consulté à ce moment conseilla l'extraction de toutes les dents et leur remplacement par un appareil complet.

La perspective de ces multiples extractions fit reculer la patiente pendant six à huit mois. A cette époque elle vit apparaître au niveau du médius droit une tuméfaction de la grosseur d'une petite noisette. Rappelé à cette occasion, nous fîmes avec un autre confrère le diagnostic de synovite rhumatismale. Le traitement classique, salycilate de soude à l'intérieur, salycilate de méthyle à l'extérieur, bains, etc., continué pendant six semaines ne donna aucun résultat. On cessa tout traitement et la tuméfaction resta ainsi pendant trois mois environ. A ce moment et sans qu'aucun traitement soit fait, elle diminua un peu. La malade présenta alors des phénomènes pulmonaires extrêmement graves : toux, orthopnée, délire, hyperthermie, etc. Bref, il s'agissait de granulie pulmonaire et la malade mourait moins d'une semaine après le début de ces accidents.

Cette observation, qui nous démontre que l'articulation alvéolo-dentaire peut être parmi les premières localisations cliniquement appréciables de la tuberculose, présente encore cet intérêt de prouver que celle-ci peut être à l'origine de certains états pyorrhéiques. C'est une idée qui certes n'est pas nouvelle (Tellier, *La pyorrhée alvéolaire* ; Fichet, *Province dentaire*) mais à laquelle on ne songe pas assez. On a une tendance de plus en plus marquée à attribuer les états pyorrhéiques ou à l'arthritisme ou à certains états diathésiques. Or, nous sommes convaincus que, malgré le petit nombre actuel d'observations, le démembrement des états pyorrhéiques achevé, pour distribuer à chaque diathèse ce qui lui revient, on sera obligé de faire la part belle à la tuberculose.

Ainsi donc, formes aiguës ou arthralgiques, formes chroniques, s'accompagnant de mobilité des dents avec ou sans suppuration, et d'un pronostic variable, voilà quelques-unes des modalités cliniques de la tuberculose alvéolo-dentaire.

La connaissance plus approfondie de cette question nous permettra d'avoir des conclusions plus précises à ce sujet. Mais d'ores et déjà ces considérations toutes théoriques ont un intérêt pratique.

Au point de vue prophylactique, d'abord, nous savons que la tuberculose peut être introduite dans l'organisme par la voie dentaire, l'arthrite alvéolo-dentaire étant alors une étape de transition forcée. Bien que le fait soit relativement rare, il faudra y songer le cas échéant.

Au point de vue curatif, l'articulation dentaire malade doit être traitée comme un genou ou un poignet touchés par la tuberculose, dans ce cas en effet, en dehors du traitement général, on utilise la révulsion, le massage, etc. ; mais la condition de guérison est le repos, l'immobilisation. Faisons pour l'arthrite ou le rhumatisme alvéolo-dentaire de la révulsion, du massage, toutes choses efficaces, mais n'oublions pas de mettre au repos les articulations dentaires malades, et cela la plupart du temps par des appareils prothétiques appropriés. C'est l'œuvre du spécialiste de faire ce que chaque cas clinique lui ordonne.

INTOXICATION PAR LES CHAMPIGNONS

Par M. TASSIGNY [Mohon (Ardennes)].

Un grand nombre de cas graves d'empoisonnement par les champignons a été signalé depuis quelques semaines et les journaux quotidiens ont dû ouvrir, pour ces accidents, une rubrique spéciale qui continue à être abondamment fournie. Il nous a été donné d'observer récemment un cas mortel, et il nous a paru intéressant d'en publier la relation et d'en faire ressortir certaines particularités cliniques.

Observation. — Le 19 août, le nommé M..., trente-huit ans, homme vigoureux, mécanicien de chemin de fer à Mohon (Ardennes), consomme, au repas du soir, un plat de champignons des bois qui lui ont été offerts par un camarade. La nuit se passe sans incident. Le lendemain dans la matinée, *plus de douze heures après l'ingestion*, se manifestent des douleurs au creux épigastrique avec vomissements bilieux, puis des coliques avec diarrhée séreuse profuse. Ces symptômes vont en s'aggravant et je suis appelé dans l'après-midi pour une « indigestion ». Le commémoratif, ingestion de champignons, est facilement établi, et le traitement classique institué. L'évacuation, au moment où je vois le malade, est illusoire, les vomissements spontanés sont purement bilieux, et il s'agit non pas d'une « indigestion », mais d'une trop bonne digestion du poison qui fait son œuvre après absorption totale.

J'administre cependant de l'huile de ricin, puis, remède empirique, la poudre de charbon, qui est d'ailleurs mal supportée et vomie. Je prescris une potion avec teinture de belladone, acétate d'ammoniaque et sirop d'éther, puis les douleurs devenant atroces, je fais une piqûre de morphine. Malgré tout la nuit est mauvaise, la diarrhée et les vomissements continuent, l'agitation est extrême, accompagnée d'oppression ; le pouls reste assez bon, mais l'*anurie est à peu près totale* ; les pupilles sont contractées. La soif est vive; mais l'intolérance de l'estomac est à peu près complète; le lait que j'ai prescrit est vomi aussitôt qu'absorbé.

Le lendemain et le surlendemain mêmes phénomènes avec tendance à l'atténuation des douleurs, des vomissements et de la diarrhée, mais avec augmentation de l'agitation, qui devient extrême; des crampes se manifestent dans les mollets et les cuisses; l'anurie est toujours presque complète (150 centimètres cubes à peine par vingt-quatre heures).

Le soir du troisième jour, le chat de la maison qui avait léché le plat de champignons est trouvé mort, sans qu'on ait constaté, probablement faute d'attention, aucun symptôme préalable.

Le quatrième jour, les douleurs s'apaisent, les vomissements cessent ainsi que la diarrhée; le pouls reste assez bon, mais l'urine est toujours rare et bilieuse; le malade est plus calme et cause posément.

Le cinquième jour, la situation est à ce point améliorée que, bien qu'averti des rémissions possibles et non durables dans les cas analogues, je donne un peu d'espoir à la famille. Un nouveau symptôme toutefois ne tarde pas à apparaître qui, avec la rareté persistante de l'urine, me fait réserver mon pronostic : les conjonctives prennent une teinte subictérique : il est à craindre que le foie, ayant emmagasiné un poison qui n'a pas été éliminé, ne succombe à la tâche, et que n'éclate le syndrome ictère grave, conséquence de l'adultération de son parenchyme.

De fait, les événements se précipitent dans la nuit du cinquième au sixième jour : l'agitation reparaît, plus violente; un délire actif s'empare du malade que plusieurs personnes doivent maintenir dans son lit; le lendemain matin, je le trouve anxieux, oppressé, délirant, sans connaissance, et franchement ictérique; le pouls devient arythmique; j'injecte éther et caféine, mais dans l'après-midi, à cette agitation, succède le coma et le malade meurt à six heures, dans le collapsus, six jours exactement après l'absorption du poison.

L'espèce toxique a pu être déterminée; il s'agit de l'*amanita phalloides*, dont quelques échantillons présentés à la famille par M. Harlay, pharmacien à Charleville, ont été formellement reconnus.

Cette observation, parfaitement classique dans ses traits essentiels, tire son intérêt de ce fait que les empoisonnements occasionnés par les champignons de cette espèce sont presque fatalement mortels, pour deux raisons : la première est le début tardif des accidents, qui rend inefficaces les vomissements spontanés, et illusoire toute médication : le médecin, appelé de longues heures après l'absorption du poison, se trouve en présence d'une situation déjà irrémédiable. La seconde c'est le défaut presque absolu de dépuration urinaire : l'anurie est presque totale, et c'est un caractère constant dont l'importance est grande au point de vue du pronostic.

Nous signalons aussi la rémission trompeuse qui s'est produite avant l'aggravation terminale des accidents et qu'on retrouve également dans un grand nombre d'observations.

Ces rémissions, ainsi que le début tardif et la durée relativement longue de l'évolution, appartiennent aux espèces qui renferment la *phalline*.

Les espèces chez lesquelles domine la *muscarine* donnent lieu au contraire à des accidents précoces, qui ont une évolution plus rapide, et sont plus susceptibles de céder devant une thérapeutique active, d'autant plus active qu'elle peut être mise en œuvre plus tôt.

ANALYSES

MÉDECINE

Transplantations tendineuses. (Nicod. *Runds. f. Med.*, 6 avril-13 avril 1912.) — L'auteur, médecin en chef de l'hospice orthopédique de la Suisse romande, envisage dans cette étude le traitement orthopédique et chirurgical des malades qui, ayant eu une paralysie spinale infantile, présentent au bout de quelque temps, soit une atrophie inquiétante, soit des déformations.

Plusieurs cas sont à envisager : il peut s'agir de malades atteints d'atrophie, sans paralysie et sans déformation primaire dans le membre malade; dans ce cas des massages, des électrisations, des exercices réguliers, produisent dans le membre un développement musculaire suffisant pour per-

mettre des marches prolongées; dans un second groupe, se rangent les cas où il y a paralysies, sans malformations ou mauvaise attitude des membres; dans un troisième groupe, de beaucoup le plus nombreux, se placent toutes les paralysies à localisations les plus diverses, accompagnées de déformations, qui relèvent comme traitement, des appareils d'orthopédie et de la chirurgie orthopédique.

Les interventions chirurgicales peuvent être de deux ordres : *non sanglantes*, elles consistent en de simples manipulations et modelages ; *sanglantes*, elles sont aussi multiples et variées que les manifestations tardives de la poliomyélite sont polymorphes. L'une d'elles est la transplantation tendineuse, cette opération peut rendre d'utiles services. Les conditions à sa bonne réalisation sont les suivantes : 1° le muscle sain ne doit pas être divisé en fragments trop nombreux, sinon il perd sa tension et son élasticité; 2° le muscle transplanté, doit être autant que possible, parallèle au muscle paralysé; 3° il doit avoir la tension musculaire voulue ; 4° lorsque le muscle transplanté aura à redresser une déviation, il faudra avant l'opérer corriger complètement la déformation par un traitement orthopédique ; 5° la transplantation une fois terminée il faut pour qu'elle soit réussie que le membre puisse être maintenu en bonne position par les muscles transplantés. Si l'on tient toujours compte de ces diverses conditions et si l'on complète cette transplantation, par un traitement orthopédique pré et post-opératoire, on obtiendra des résultats toujours très satisfaisants de cette méthode.

B. GAYARD.

De l'action expérimentale des extraits d'organes hématopoïétiques sur les éléments figurés du sang. (E. MONIER. Th. de Montpellier, 1912 ; imprimerie Firmin et Montane.) — Après un résumé rapide de l'hématologie chez l'homme et chez les animaux de laboratoire (cobaye, lapin), M. Monier expose les résultats obtenus par l'administration des extraits organiques hématopoïétiques en ce qui concerne les éléments figurés du sang ; ces résultats ont été identiques avec l'emploi de la voie buccale ou de la voie hypodermique, avec le suc d'organes frais ou les extraits secs.

Les extraits lymphatiques provoquent de la leucocytose et une très forte lymphocytose ; les extraits spléniques amènent de l'hyperglobulie, de l'hyperleucocytose, une lymphocytose nette et de l'éosinophilie ; la moelle osseuse a une action de courte durée, elle détermine de l'hyperglobulie, de la leucocytose, de la polynucléose et l'apparition dans le sang de quelques myélocytes, mais on observe ensuite un stade d'anémie globulaire et de lymphocytose.

Les extraits hépatiques amènent une leucocytose marquée et constante, une augmentation notable des lymphocytes et une légère éosinophilie; l'ingestion du corps thyroïde produit une hyperleucocytose avec mononucléose, tandis que la thyroïdectomie détermine de l'hyperleucocytose avec polynucléose.

L'action des sucs d'organes paraît donc bien spécifique, puisque certains d'entre eux provoquent de l'hyperglobulie, puisque les uns font apparaître de la lymphocytose, les autres de la polynucléose.

M. BRELET.

MÉDECINE INFANTILE

Rhumatisme cérébral à forme de confusion mentale aiguë chez un enfant de sept ans. Constatation de l'acide salicylique dans le liquide céphalo-rachidien. (NOBÉCOURT et DARRÉ. *Bull. de la Soc. de pédiat.*, 11 nov. 1911.) — Les auteurs rapportent tout d'abord leur observation extrêmement intéressante : il s'agissait d'un enfant de sept ans, chez lequel évolua un rhumatisme cérébral dont la caractéristique fut de se présenter cliniquement comme une confusion mentale aiguë : à l'occasion de cette observation les auteurs tracent l'histoire du rhumatisme cérébral chez l'enfant. Ollivier et d'Espine et Picot, en distinguent trois formes : la *forme délirante* est la plus commune; elle se traduit souvent par un simple délire analogue au délire fébrile; quelquefois par un délire violent avec hallucinations : le facies est vultueux; la température dépasse 40 et même 41 degrés; on observe une dyspnée toxique; au début il existe de l'hyperesthésie du tronc et des membres; plus souvent la sensibilité générale s'émousse, le coma s'installe et l'enfant meurt dans l'hyperthermie; la *forme méningitique* est beaucoup plus rare; la troisième forme est la *forme choréique* ; chez l'*adulte* on observe encore la *forme apoplectique* ou comateuse, et la *folie rhumatismale* ; dans l'observation rapportée les symptômes qui ont dominé la scène ont été la torpeur intellectuelle, la stupeur, la somnolence, l'incohérence des idées, la désorientation : à ce syndrome de confusion mentale s'ajoutait une ébauche du syndrome catatonique. Fait important la température est restée voisine de la normale. L'évolution des accidents a été aiguë ; en douze jours tout était terminé, et ces accidents ont disparu sans laisser aucune séquelle.

L'examen du *liquide céphalo-rachidien* a montré que ce liquide était faiblement hypertendu, très légèrement albumineux, et ne contenait, au microscope, que quelques globules rouges et quelques lymphocytes qui n'ont pas tardé à disparaître; par contre il contenait de l'*acide salicylique*. Or, dans le rhumatisme articulaire non compliqué, les auteurs se sont assurés qu'il n'y avait jamais d'acide salicylique dans le liquide céphalo-rachidien.

B. GAYARD.

CHIRURGIE

Ruptures de l'intestin par l'air comprimé. (E. Wyllys ANDREWS. *Surg., Gynec. and Obstet.*, vol. II, n° 1, janv. 1911, pp. 63-71.) — L'air comprimé de 45 à 125 kilogrammes de pression au pouce carré est d'usage courant dans les usines surtout métallurgiques. Les ouvriers s'en servent pour nettoyer leurs vêtements, une fois la journée finie. Ils ont à leur disposition des tuyaux métalliques terminés par un embout conique. Une des plaisanteries considérées de meilleur goût dans les ateliers et une des brimades les plus en vogue pour les « bleus » consiste à approcher cet embout de la région anale ; l'air sous pression, à travers les vêtements, est supposé ne causer qu'un picotement intense et désagréable qui fait « bondir » le brimé. Malheureusement il s'en faut que cette bénignité soit constante. Chez le malade d'Andrews, une telle application d'embout à travers les vêtements, fut suivie d'une distension abdominale subite, en quelques secondes, suivie de syncope ; le malade entra moribond à l'hôpital, ressemblant à une outre énormément distendue. Une incision abdominale sous cocaïne révéla une distension gazeuse telle que, lorsque le péritoine fut à nu, il éclata spontanément sur une longueur de huit centimètres et le malade se dégonfla. Quelques heures après, le malade étant mieux, une laparotomie montra une rupture longitudinale de l'anse sigmoïde. Résection. Guérison.

Dans la région industrielle de l'ouest de la Pensylvanie (Pittsburgh et ses environs) et de l'Illinois (Chicago), Andrews a pu recueillir 14 cas analogues. Dans un, on sutura d'abord l'anse sigmoïde ; il se produisit des phénomènes d'obstruction pour laquelle il fallut faire une résection après laquelle le malade finit par guérir. Quatre autres cas furent opérés ; trois moururent : dans l'un de ces cas, il y avait déchirure longitudinale de tout le côlon ; dans un autre, en plus d'une déchirure de l'anse sigmoïde, il y avait plusieurs ruptures du côlon. Quatre autres cas ne furent pas opérés ; un seul guérit ; dans ce cas, il ne s'agissait point d'air comprimé, mais de vapeur employée de la même façon ; la condensation rapide de la vapeur explique peut-être la bénignité des accidents. Enfin cinq cas furent des trouvailles d'autopsie, observées à une époque où l'on ne connaissait pas cet accident, ou même on en niait la possibilité.

L'entonnoir formé par le rapprochement des fesses dans la

station debout explique la facilité presque incroyable avec laquelle l'air comprimé, émis par l'embout, placé sans pression contre les vêtements, ou même à distance (cinq centimètres dans un cas) force le sphincter et distend l'intestin. Andrews croit que l'aspect du malade est assez typique pour que l'on puisse faire le diagnostic, même sans anamnèse. La lésion la plus fréquente, constante même, est une rupture longitudinale de l'anse sigmoïde avec hernie de la muqueuse. Il peut y avoir d'autres déchirures intestinales. Le traitement doit être opératoire et hâtif : suture si la rupture n'est pas trop longue, sinon résection. L'air comprimé doit être considéré comme dangereux, et les contre-maîtres doivent en interdire l'emploi pour des « plaisanteries » de ce genre, au lieu d'en rire. F. GARDNER.

NEUROLOGIE

Etude anatomique et clinique des plaques dites séniles. (G. Marinesco. *L'Encéphale*, 10 fév. 1912.) — Deux observations cliniques : l'une d'une femme de cinquante-quatre ans, atteinte de paralysie pseudo-bulbaire et troubles mentaux consistant en amnésie verbale, agraphie, apraxie et asymbolie ; l'autre d'une vieille démente âgée de plus de cent ans. Dans ces deux cas, l'autopsie montre l'existence dans l'écorce cérébrale d'un assez grand nombre de plaques dites séniles.

Elles siègent de préférence dans la région occipitale, dans la corne d'Ammon et de l'hippocampe, mais se rencontrent aussi dans le lobe frontal et les circonvolutions temporales. Elles se répartissent dans les différentes couches de l'écorce, mais affectent surtout les troisième et cinquième couches ; elles semblent manquer dans la substance blanche. Elles sont de forme irrégulière ; leur dimension varie de 16 à 80 μ. Elles sont constituées de petits bâtonnets en amas au voisinage des cellules nerveuses. Dans ces amas, on peut distinguer un noyau central formé par une substance protéique dégénérée, et une couche zonale dont les bâtonnets sont formés par des lipoïdes autour desquels se voient des phénomènes de neurotisation et une réaction souvent considérable de la névroglie. P. CAMUS.

Sur un cas de polynévrite gravidique unie à des symptômes d'hypothyro-parathyroïdisme. (Perrero. *Riv. di patol. nerv. e mentale*, 1911, p. 393-407.) — Au quatrième mois de la grossesse, troubles moteurs et douleurs spécialement aux membres inférieurs avec amyotrophie, abolition des réflexes tendineux, exagération des réflexes cutanés, diminution de l'excitabilité avec réaction de dégénérescence partielle dans certains muscles. En même temps existaient du myxœdème, des accès de tétanie et des vomissements incoercibles : l'avortement provoqué amena une rapide disparition de tous ces symptômes ; le myxœdème lui-même fut notablement amélioré par l'opothérapie thyro-parathyroïdienne (tablettes de thyroïdine Borroughs Welcome, 2 à 4 par jour ; parathyroïdine Vassale, XL gouttes par jour). L. ALQUIER.

PHARMACOLOGIE

Essai sur une nouvelle préparation d'opium. (Pierre Cot. Thèse de Montpellier, 1912.) — Cette thèse pleine de faits cliniques, pris dans les services des professeurs Vires, Rauzier, Jeanbrau, Gaussel, Euzière ou dus au docteurs Maillet, Jourdan, Vigouroux, Stolz, Barbaroux, Alzieu, Arrivat et Sappey confirment et complètent même sur certains points les nombreux travaux publiés sur le Pantopon (1).

Se basant uniquement sur les observations qu'il a recueillies, Pierre Cot reconnaît que le Pantopon a réussi là où beaucoup d'autres sédatifs avaient échoué, qu'il possède une action eupnéique très nette et une action hypnotique parfaitement établie.

Les effets analgésiques ont été constatés tout particulièrement dans les cas de douleurs dues à des coliques hépatiques, néphrétiques, dans les cancers, dans les névralgies si fréquentes et si tenaces des tuberculeux et ses propriétés antidiarrhéiques ont été mises en lumière, par plusieurs observations typiques.

Au point de vue des résultats, l'auteur insiste plus spécialement sur cinq points : le Pantopon ne provoque pour ainsi dire jamais ni vomissements, ni même nausées ; d'autre part, les cas d'intolérance au Pantopon sont excessivement rares et P. Cot a même pu observer des malades qui supportaient admirablement le Pantopon alors que la morphine provoquait chez eux l'apparition de phénomènes d'intoxication intense ; jamais non plus il n'a noté cet état d'euphorie qui suit l'injection de morphine, ni cette sensation de dépression et d'hébétude qui s'observe parfois au réveil, chez des malades dont le sommeil a été obtenu grâce à la morphine ; en outre, ses malades n'ont pas présenté d'accoutumance, ce qui est un point très digne d'être noté ; enfin, autre avantage pratique, le nom de Pantopon est inconnu du public.

Le Pantopon est donc un produit très intéressant qui semble devoir se substituer peu à peu à l'opium et à la morphine ; il représente, comme on sait, tous les alcaloïdes de l'opium solubilisés ; il peut être utilisé sous forme de sirop, de comprimés et d'ampoules ; il est « un » toujours identique à lui-même, car sa composition est stable et constante ; il donne toute sécurité au praticien et, grâce à son dosage précis, il peut être employé surtout sous forme de sirop, même chez les enfants. L. GAYARD.

(1) Voir surtout : Prof. Pouchet. *Acad. de méd.*, 18 oct. 1910 ; *Soc. de thérap.*, 8 mai 1912 ; — Prof. agr. Sicard. *Soc. méd. des hôpit.*, 11 nov. 1910 ; — Prof. Remond. *Soc. méd. psych.*, 26 déc. 1910 ; — Prof. agr. Gaussel. *Soc. de méd. de Montpellier*, 15 déc. 1911 ; — Doct. G. Bardet. *Soc. de thérap.*, 13 avril 1910 ; — Prof. agr. Cade et Leriche. *Presse méd.*, 27 mars 1912 ; — Prof. Vires. *Gaz. des hôpit.*, 20 avril 1912 ; — Thèses : de Paris, mars 1911 (doct. Trotain) ; de Lyon, déc. 1910 (doct. Souty) ; de Nancy, janv. 1912 (doct. Soncourt), etc.

LIVRES NOUVEAUX

Atlas de Rœntgendiagnostic (1), par le docteur Ch. Bles (d'Amsterdam).

Le très bel atlas de Ch. Bles réunit un nombre considérable de documents radiographiques presque tous reproduits en grandeur naturelle et surtout relatifs aux fractures. On peut formuler d'emblée la seule critique à faire à l'ouvrage, c'est celle d'un luxe de reproductions par endroits excessif contrastant avec quelques oublis d'autant plus sensibles : pour la main, par exemple, neuf fractures de phalanges, neuf fractures de métacarpiens sont figurées, et chaque métacarpien montre la sienne, par contre un peu plus loin on chercherait en vain une fracture du crâne ou du maxillaire, et dans les maladies des os une lésion osseuse syphilitique, une ostéomalacie, un chondrome.

Une radiographie unique de l'avant-pied d'un acromégale, une radiographie isolée de dilatation de l'œsophage tout à fait atypique et rare, une seule radiographie de tuberculose pour l'appareil pulmonaire accentuent le manque de netteté du cadre de l'ouvrage ; on ne peut de même, bien certainement, si l'on aborde la radiographie de l'estomac, la résumer en sept réductions sans texte.

L'atlas eût donc gagné en se limitant aux lésions traumatiques des os ; envisagé à ce point de vue, il est toujours intéressant et souvent remarquable. Les fractures, les déformations, les anomalies sont rendues plus évidentes par la mise en regard de normales prises à des âges divers et de schémas explicatifs, on s'y reportera avec intérêt pour l'interprétation

(1) In-4 raisin de 258 radiographies en 96 planches. — Paris, O. Doin et fils.

parfois délicate de certaines lésions du carpe, des luxations, des disjonctions épiphysaires les plus fréquemment observées. L'exécution matérielle particulièrement importante dans les ouvrages de ce genre est ici parfaite.

G. LEGROS.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Biologica. — (N° 18, 15 juin 1912.) BORDAGE : Les nouveaux problèmes de l'hérédité. La théorie de la mutation. — GUYÉNOT : Les empreintes digitales en médecine et en biologie.

Bulletin médical. — (N° 44, 1er juin 1912.) CASTAIGNE : Etude clinique et thérapeutique à propos de deux cas de tuberculose rénale. — (N° 45, 5 juin.) LAGRANGE : Des interventions chirurgicales capables de modifier la tension intra-oculaire. Applications au décollement de la rétine et au glaucome. — PLICQUE : L'économie nécessaire dans les traitements. — (N° 46, 8 juin.) ARLOING : Le mouvement biologique lyonnais pendant le 1er trimestre de 1912. — PLICQUE : Le traitement des pertes séminales. — (N° 47, 12 juin.) DEBOVE : Les goitres exophtalmiques. — (N° 48, 15 juin.) DUMAREST et BAYLE : Contribution à l'étude de la thénapie spécifique antituberculeuse. — FOURNIER : Accidents anaphylactiques graves à la suite d'injection de corps immunisants. — (N° 49, 19 juin.) PINARD : De l'avortement soi-disant thérapeutique chez les femmes tuberculeuses en état de gestation. — (N° 50, 22 juin.) BÉRARD : Tumeurs et traumatismes. — DALCHÉ : Métrorragie virginale. Sérum animal. — (N° 51, 26 juin.) PLICQUE : Les hypercondriaques.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 11, 15 juin 1912.) SABADINI : A propos du traitement des pleurésies purulentes. — E. GOINARD : Kyste juxtapancréatique. Marsupialisation. Guérison. — COCHEZ : Quatre cas d'enclouage pour fractures du fémur. — A. REY : Quelques considérations sur la physiologie des circonvolutions cérébrales chez l'homme (*suite et fin*). — (N° 12, 25 juin.) BARTOLI : A quelle station thermale doit-on envoyer les malades atteints de troubles intestinaux. — GUBB : Note sur le traitement du charbon par le salvarsan. — WUNSCHENDORFF : Un cas de mélanurie.

Journal médical français. — (N° 6, 15 juin 1912.) KÜSS : Technique opératoire du pneumothorax artificiel. — RIST : Notes sur le pneumothorax artificiel. — LEURET : A propos de la technique et des accidents du pneumothorax artificiel. — CASTAIGNE et GOURAUD : Les symptômes cliniques du pneumothorax spontané des tuberculeux, leur étude critique d'après les travaux récents. — DUMAREST : Le pneumothorax thérapeutique. La conduite de la cure. Ses complications. Ses résultats. — CASTAIGNE et GOURAUD : Le traitement du pneumothorax spontané des tuberculeux.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (Juin 1912.) DELAUNAY : Un essai d'explication du mode d'action du sérum d'animal éthyroïdé dans le traitement de la maladie de Basedow.

Marseille médical. — (N° 11, 1er juin 1912.) A propos de l'article du docteur Dufour sur « Le diplôme de médecin-légiste ». Réponses de M. le professeur THOINOT et de l'Association des médecins-légistes diplômés. — F. ESCANDE : Une laparotomie involontaire. — (N° 12, 15 juin.) DUFOUR : A propos du diplôme de médecin-légiste. — M. JOURDAN : Ankylose osseuse bilatérale de la mâchoire inférieure ; résection des articulations temporo-maxillaires, avec interposition musculaire, par le procédé de MM. Gernez et Douay. — RISS : Péritonite consécutive à une césarienne conservatrice ; opération de Porro ; guérison. — Eug. POUCEL : Efficacité de l'intervention précoce dans l'abcès pottique lombaire. — AVIÈRINOS : Traitement de la leucokératose bucco-linguale par la solution de sulfate de cuivre.

Montpellier médical. — (N° 22, 2 juin 1912.) BOUDET : La leucémie myéloïde ; symptômes et diagnostic. — (N° 23, 9 juin.) BOUDET : La leucémie myéloïde ; symptômes et diagnostic (*suite et fin*). — (N° 24, 16 juin.) P. GILIS : Anatomie topographique. Les plans musculo-aponévrotiques dans le voile du palais. — (N° 25, 23 juin.) E. FORGUE : Les indications opératoires dans le traitement des hémorroïdes. — (N° 26, 30 juin.) ESTOR : Les ankyloses de la hanche.

Normandie médicale. — (N° 12, 15 juin 1912.) R. BRUNON : La conférence des Gouttes de lait de Fécamp. — MAUPAS : De l'éveil des fonctions gastriques ralenties chez certains nourrissons élevés artificiellement par l'adjonction partielle du lait cru. — GUERBET : La surveillance du lait en Angleterre au point de vue sanitaire.

Progrès médical. — (N° 22, 1er juin 1912.) FAIVRE : Un cas de lithiase cutanée avec coliques prurigineuses justiciables de l'opothérapie dermique. — DETTLING et PINCHON : Deux curiosités tératologiques chez des conscrits. Hémimélie du membre supérieur droit. Difformités congénitales multiples des mains et des pieds. — ROLLET : Les collyres mydriatiques et myotiques. — (N° 23, 8 juin.) F. CHEVREL : Septicémie gonococcique à caractères de fièvre intermittente. Traitement par la vaccinothérapie. — (N° 24, 15 juin.) Fernand BEZANÇON et H. DE SERBONNES : Réinfection à dose massive des cobayes tuberculeux par voie sous-cutanée et par voie intratrachéale. — (N° 25, 22 juin.) Jacques CALVÉ : De la tuberculose osseuse à foyers multiples chez l'enfant. — (N° 26, 29 juin.) Et. MARTIN : L'enseignement de la déontologie. — Marcel LABBÉ : Le diabète pancréatique.

Province médicale. — (N° 22, 1er juin 1912.) B. AUCHÉ et M. LATASTE (de Bordeaux) : Méralgie paresthésique guérie par des injections sous-cutanées d'air. — Charles VIANNAY (de Saint-Etienne) : Fracture obstétricale du frontal. Enfoncement par le promontoire au cours d'un forceps au détroit supérieur pour bassin rétréci. Intervention sanglante (relèvement du frontal) ; guérison. — (N° 23, 8 juin.) J. BRAULT (d'Alger) : Deux cas d'Achorion Quinckeanum dans l'espèce humaine. — J. CHALIER (de Lyon) : A propos de l'hémolyse et de son rôle en pathologie. — (N° 24, 15 juin.) HANNS (de Nancy) : Tubercules du lobe gauche du cervelet. — E. DUROUX (de Lyon) : Greffes nerveuses chez l'homme. — (N° 25, 22 juin.) Ch. VIANNAY (de Saint-Etienne) : Un nouveau cas d'appendicectomie à chaud précoce (35e heure) suivie de guérison. — Louis BILLON (de Marseille) : Le pneumothorax artificiel chirurgical partiel et antiseptique dans la tuberculose pulmonaire. — (N° 26, 29 juin.) AUDRY : Doit-on diriger le traitement de la syphilis d'après la réaction de Wassermann. — PALLASSE et ROUBIER : Rupture spontanée de l'aorte.

Semaine médicale. — (N° 25, 19 juin 1912.) ISCOVESCO : Hydrosyntasie et hydrophilie ; considérations sur la pathogénie de l'œdème de la « phlegmatia alba » de l'obésité. — (N° 26, 26 juin.) DE BOVIS : Les accidents d'auto-intoxication consécutifs à la gangrène des tumeurs ovariennes par torsion du pédicule.

Tunisie médicale. — (N° 6, juin 1912.) CONSEIL : Sur le traitement du paludisme par l'hectine. — AYMES : Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par l'hectine et l'hectargyre.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 11, 15 juin 1912.) R. NETTER : La rétention placentaire dans les utérus fibromateux. — (N° 12, 30 juin.) G. RAILLIET : Note sur les propriétés vésicantes de l'Angélique sauvage.

NOTES POUR L'INTERNAT

ENDOCARDITES AIGUËS [1]

Diagnostic. — a. **Positif.** — L'existence de l'endocardite infectante est souvent méconnue, faute d'un examen cardiaque systématique; le diagnostic positif se fait, grâce à la constatation des souffles, et des symptômes généraux. Souvent la culture du sang révélera la présence d'un microorganisme qui, inoculé à un animal, déterminera également une endocardite. En raison du groupement de certains symptômes, il faudra éliminer un certain nombre de maladies.

b. **Différentiel.** — La *fièvre typhoïde* se différenciera, par les épistaxis, la diarrhée précoce, le pouls moins rapide, la fièvre en plateau. La culture du sang et le séro-diagnostic lèveront les doutes, en cas d'hésitation.

La *typho-bacillose* et surtout la *tuberculose miliaire aiguë* prêteront souvent à erreur; dans ces affections, les symptômes abdominaux sont peu accusés, il existe de la dyspnée et l'on constate assez souvent des lésions pulmonaires, prédominantes aux sommets.

Les *ictères graves* seront difficiles à différencier, lorsque leur symptomatologie ne sera pas très complète; les *infections purulentes* (fièvre puerpérale, ostéomyélite, phlegmon diffus) ne seront diagnostiquées que par la connaissance du point de départ de l'infection. La *méningite cérébro-spinale* prêtera quelquefois à erreur, d'autant que les lésions cardiaques (Tessier) ne sont pas rares au cours de cette affection, et que, d'autre part, l'endocardite peut prendre parfois l'allure d'une méningite.

Nous venons de voir comment se caractérisaient cliniquement et anatomiquement les deux types principaux d'endocardites aiguës; mais en règle générale, l'évolution est influencée par la cause qui intervient; aussi allons-nous passer maintenant en revue les différentes variétés étiologiques des endocardites.

c. **Diagnostic étiologique.** — Quelle que soit sa cause, l'endocardite peut être simple, ou maligne; cependant le rhumatisme, la chorée, la scarlatine se compliquent plutôt d'endocardite bénigne, tandis que l'infection puerpérale, la pneumonie, se compliquent plutôt d'endocardite maligne.

Endocardite rhumatismale. — Nous avons pris cette forme, comme type de description de l'endocardite bénigne; elle est une complication très fréquente du rhumatisme articulaire aigu franc, surtout chez l'*enfant*, 50 p. 100 d'après Weil (loi de coïncidence de Bouillaud); elle y est plus fréquente que chez l'adulte, l'endocardite s'observerait aussi assez fréquemment chez l'enfant, au cours des rhumatismes subaigus.

Endocardite choréique. — On sait les relations morbides qui unissent la chorée et le rhumatisme, au point que pour Roger il y a non seulement parenté, mais presque identité de nature, ce qui nous permet de comprendre facilement la fréquence de l'endocardite au cours de cette affection; l'endocardite choréique s'observe dans 15 p. 100 des cas; c'est presque toujours une endocardite mitrale, et le plus souvent, bénigne et curable. Dans la chorée grave de l'adulte, on peut observer une endocardite infectieuse.

Endocardite de l'érythème noueux. — Il s'agit le plus souvent d'une endocardite bénigne, localisée à l'orifice mitral, et pouvant laisser à sa suite une lésion définitive. Rappelons à ce propos les discussions actuelles sur l'érythème noueux, d'origine rhumatismale, infectieuse pour certains auteurs, de nature tuberculeuse pour d'autres auteurs (Chauffard, Troisier).

Endocardite scarlatineuse. — L'endocardite peut s'observer à la période d'éruption (Martineau); elle peut accompagner le rhumatisme scarlatin, ou revêtir une forme maligne quand elle succède en particulier à des angines graves; elle se rencontre surtout pendant la seconde enfance, dans une proportion de 8 à 12 p. 100.

Endocardite rubéolique. — Elle est très rare au cours de la rougeole évoluant sans complications (Weil); elle s'observerait de préférence au cours des broncho-pneumonies morbilleuses.

Endocardite varioleuse. — Elle est précoce, du huitième au dixième jour, quelquefois même plus tôt (Desnos et Huchard). Elle peut apparaître en dehors de toute complication intercurrente; elle s'observe dans les formes cohérentes de la variole, et se localise sur la valvule mitrale, au niveau de l'espace mitro-sigmoïdien (Brouardel). En dehors des cas où elle donne lieu à des embolies, elle se termine par la guérison, sans persistance de lésions valvulaires.

Endocardite diphtéritique. — Marfan et Deguy admettent que cette endocardite est assez fréquente; elle serait, le plus souvent, *pariétale* ou *apexienne*, l'endocardite valvulaire étant niée par la plupart des auteurs; elle serait due, non au bacille de Löffler, mais au diplococcus *hemophilis* : les embolies qu'elle peut déterminer provoqueraient pour certains auteurs les accidents bulbaires et cardiaques, que l'on observe parfois au cours de la diphtérie.

Endocardite ourlienne. — C'est une endocardite bénigne, coïncidant ou non avec le rhumatisme ourlien (Catrin) et qui guérit totalement pendant la convalescence.

Endocardite pneumonique. — Netter a retrouvé le pneumocoque au niveau des végétations, et il a pu reproduire expérimentalement cette endocardite. La constatation d'une endocardite à pneumocoques n'a rien de surprenant, maintenant que l'on connaît bien la fréquence de la septicémie pneumococcique au cours ou à l'origine des infections pulmonaires. L'endocardite survient ordinairement vers le déclin de la pneumonie, quelquefois après la crise. C'est le plus souvent une endocardite du cœur gauche, localisée à l'orifice aortique; les valvules peuvent être déchirées, et l'on constate assez souvent la présence de petits abcès, en plein muscle cardiaque. Le pronostic tout en étant sévère, n'est pas absolument fatal.

Endocardite puerpérale. — C'est là, la cause la plus fréquente d'endocardite maligne (Barié); elle apparaît dans la deuxième ou la troisième semaine qui suit l'accouchement. Le streptocoque qui la détermine se localise assez souvent à l'orifice tricuspidien, et y provoque de petites végétations, qui donneront des embolies pulmonaires; celles-ci, infectantes au plus haut point deviendront l'origine de foyers broncho-pulmonaires, d'abcès, de gangrène. La durée de l'endocardite puerpérale est de plusieurs semaines et même de plusieurs mois; dans ce cas, la marche de la maladie est alors celle d'une maladie cachectisante. Au cours de la *grossesse*, on peut voir survenir parfois une endocardite, il s'agit alors d'une infection accidentelle surajoutée.

Endocardite érysipélateuse. — Elle n'est pas très fréquente (Galliard), mais elle revêt parfois les caractères de l'endocardite maligne (Dalché, Jaccoud). (*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, nos 95, 98 et 101.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité international de psychologie pathologique. Direction : Docteur A. Marie (de Villejuif). Comité de rédaction : MM. les professeurs Bagenoff (de Moscou), Bechterew (de Saint-Pétersbourg), Clouston (d'Edimbourg), Déjerine (de Paris), Grasset (de Montpellier), Lugara (de Modène), docteur Magnan (de Paris), professeur Pilcz (de Vienne), Ziehen (de Berlin). Tome III et dernier : *Psychopathologie appliquée.* In-8° de VIII-1086 pages avec 338 gravures dans le texte. — Prix : 25 francs. — Paris, Félix Alcan.

Défendez votre estomac contre les fraudes alimentaires, par Francis Marre, expert-chimiste près la Cour d'appel de Paris et les tribunaux de la Seine. — Prix : 4 francs. — Paris, H. Malet, 95, rue de Rennes.

Contribution à l'étude de la syphilis de la glande thyroïde. Un cas de syphilis thyroïdienne à la période tertiaire, par le docteur Goeller. Th. de Lyon. — Lyon, Rey.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 105. — SAMEDI 14 SEPTEMBRE 1912. 85e ANNÉE. SAMEDI 14 SEPTEMBRE 1912. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. » — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hopitaux de Paris. — Concours de l'externat. — Liste des candidats :

Candidats militaires (43). — 1. MM. Aureille, Barny de Romanet, Bartet, Benoit, Billiard, Binet, Bizot, Boissau, Bonnardot, Briand,

11. Chapuis, Chauvenet, Combes, Deguy, Duntze, Durand (René), Faiveley, Faure, Gally, Gérard,

21. Ginestet, Guérinet, Henriot, Hocquard, Jacob, Joly, Larget, Latombe, Lavier, Long-Depaquit,

31. Marquand, Marsaudon, Oblin, Parizot, Pelletier, Plantin, Puchois, Roullet, Saint-Martin, Schmutz,

41. Trail, Veil-Picard, Vidy.

Première moitié. — *Première série* (100). — 1. MM. Alardo, Alliot, Anderson, Anrioud, Arcé, Arion, Arsac, Arutuniantz, Audoli, Aumont,

11. Mlle Avackian, MM. Aysaguer, Azoulay (Jules), Mlle Badilquès, MM. Bagou, Baïtcheff, Barbi, Bardy, Basset, Bazert,

21. Beaussillon, Berrut, Beugnot, Bidet, Blamoutier, Blondet, Bœgner, Bonnamour, de Bony de Lavergne, Boppe,

31. Bosson, Mlle Boudard, MM. Boudot, Bouet, Boulot, Bourdillon, Bousquet, Boutarel, Bouvier, Mlle Braïlovsky,

41. MM. Briois, Brochet, de Brun du Bois Noir, Buchard, Bucquet, Bureau, Burnand, Cadet, Caillet, Calas,

51. Caracostea, Caroly, de Carvalho, Cauchois, Chabrut, Chambas, Chamorro, Chapplain, Charbonnier, Charpentier,

61. Charpin, Mlle Chauveau, MM. Chavany, Chobaïtch, Chomette, Chrétien, Coblod, Cocoult-Duverger, Colanéri, Colle,

71. Colombiès, Constans, Coriat, Corticchiato, Couput, Creuzot, Crozat, Cruchand, Curé, Cyrot,

81. Dalibert, Danglemont, Dartiguenave, Daubert, Davila, Deboutière, Degail, Dégrais, Deguiry, Delavenne,

91. Delebecque, Delotte, Delpérier, Demouy, Dépret, Mlle Dévé, MM. Dimey, Djismedjian, Mlle Doléris, M. Dramez.

Deuxième série (53). — 1. MM. Dubois (Georges), Dubuisson, Dubromelle, Dubs, Duchein, Ducomet, Duhamel, Dupret, Dupretz, Durieux,

11. El-Chafei, Estabial, Favreau, Favrel, Fernagut, Ferreri, Ferrier (Louis), Ferrier (Pierre), Feyler, Fiévet,

21. Filleul, Flammarion, Forest, Mlle Fournel, MM. François-Julien, Frégier, Friedman, Mlle Friedmann, MM. Fumet, Gaillard,

31. Mlle Gaïtz, MM. Galliot, Gauran, Gellé, Girardin, Giraud, Gobert, Godard, Gonthier, Gornouec,

41. Grenaudier, Griaux, Gromier, Mme Grutzhaendler née Judelson, MM. Guégan, Guillet, Hébert, Hérisson, Hervé, Hervouët,

51. Hochard, Huet, Hyvernaud.

Deuxième moitié. — *Première série* (100). — 1. MM. Jacquemart, Jacquemin-Guillaume, Jalbaud, Jarry, Jouisse, Journeault, Mlle Kagane, MM. Kaminer, Laban, Labro,

11. Lacroix, Lafond, Lafont-Rapnouil, Lancesseur, Lancry, Lange, Laplane, Lappin, Larue, Lassus,

21. Laurens, Laurent, Lavoué, Lebègue, Lecarpentier-Duboscq, Le Chaux, Le Coulm, Lefranc, Mlle Lefschetz, MM. Lelong,

31. Le Meillour, Leroux, Leroy, Lescot, Létoublon, Levine, Loyer, Luca, Lucciardi, Macaigne,

41. Maechler, Magnan, Maisonnave, Malespine, Malen, Manceau, Mangini, Manteau, Martinez, Ménétrier,

51. Merliac, Merlier, Michaut, Milet, Miltos, de Montalent, Montlaur, Mornard, Moutard, Mouveroux,

61. De Moüy, Mlle Mowschenson, MM. Nantet, Nazin, Nelze, Mlle Némirovsky, MM. Normand, Omont, Oudinot, Panas,

71. Papin (Félix), Papin (Edouard), Parisot, Patel, Pantmelle, Pelbois, Perrin, Pigney, Pignol, Pingat,

81. Pinto, Pitres, Playoust, Poirier, Mlles Polkovska, Pomper,

91. MM. Prévot, Prudot d'Avigny, Quenardel, Raoul, Raynal, Redeuil, Renard, Renaux, Reyt, Rigolage.

Deuxième série (53). — 1. MM. Rival, Roch, Roland, Rouffiat, Rougier, Rousseau, Royole, Mlle Rozanoff, MM. Sagot, Sakka,

11. Salinière, Schlatter, Schlesser, Sédan-Miégemolle, Séguin, Simeray, Simon (Isac), Simon (Serge), Sirota, Souchay,

21. Sternmann, Sthème de Jubécourt, Suarez de Mendoza, Tamzali, Tarneaud, Tazé, Tchaouch Oglou, Tétard, Thibault (Réginald), Thouvenot,

31. Thuau, Tissot, Touchard, Tounissont, Mlles Tronçay, Ufland, MM. Vacher, Vachet, Valière-Valeix, Vallée (André),

41. Vallée (Emmanuel), Vanneufville, Vannieuwenhuyse, Vasilesco, Verger, Vidal, Vignon, Vitemberg, Voyer, Mme Waïsberg née Kouperstein,

51. Mlle Zarjevski, M. Zuchowicz, Mlle Zvibak.

(*Voir la suite, p. 1469.*)

REVUE GÉNÉRALE

DIABÈTE ET PUERPÉRALITÉ

Par M. Louis FOLLIET,
Interne des hôpitaux de Lyon.

Avant d'aborder notre étude, nous tenons à bien préciser ses limites, il s'agit du diabète au cours de la puerpéralité, et cette définition nous permet d'éliminer aussitôt les glycosuries puerpérales transitoires qui ne sont pas des diabètes. On voit en effet, au cours de la grossesse et au moment de l'accouchement, des glycosuries; mais ce sont des glycosuries passagères, non accompagnées des signes classiques du diabète. Elles sont liées à la lactation et dues à un excès de glucose dans le sang, ce glucose devant être transformé en lactose. Ces glycosuries, fréquentes au début de l'allaitement, ont été étudiées par Commandeur et Porcher.

Nous ne parlerons donc dans cet article que du diabète vrai et de la grossesse ou de l'accouchement survenant chez des femmes qui sont nettement des diabétiques au sens clinique du mot.

I

Historique. — Les rapports du diabète et de la puerpéralité ont donné lieu à de nombreux travaux. Lœb s'est le premier occupé de la question en 1881. M. Duncan publie et étudie 15 cas (1882). En France, Lécorché reprend la question en 1885-1886. Puis nous trouvons les thèses de Gaudard (1889), Salemi (1900), Chapiet (1907), les travaux de Vinay, Partridge, Offergeld, Lépine.

Dans ces dernières années on a envisagé la question surtout au point de vue thérapeutique (Schauta, Limpson, Zagari, Voron, Voudouris).

II

Rapports entre le diabète et la puerpéralité. — *A.* FRÉQUENCE DE LA GROSSESSE CHEZ LES DIABÉTIQUES. — Il est classique de dire que la grossesse se rencontre rarement chez les diabétiques; c'est l'affirmation que l'on trouve dans presque tous les traités.

Bouchardat a dit : « Je connais infiniment peu d'exemples de glycosuriques qui soient devenues mères et je dois dire que je n'en connais pas qui aient conçu pendant que leurs urines renfermaient une proportion notable de sucre. »

Griesinger, observant 52 diabétiques, n'en a vu que 2 devenir enceintes.

Cette notion de la rareté de la conception chez les diabétiques semble avoir été cependant exagérée si l'on envisage le nombre d'observations actuellement publiées. Certaines diabétiques seraient même remarquablement fécondes; une malade de Lop a eu 11 enfants, elle était diabétique depuis sa cinquième grossesse; Heyman a accouché 7 fois en huit ans une femme présentant du diabète nerveux.

Partridge a réuni 24 cas de diabète ayant coïncidé avec la grossesse.

Vinay trouve 34 diabétiques avec 63 accouchements.

Chapiet, en 1907, a rassemblé les observations de 73 diabétiques avec 103 grossesses.

Offergeld, en 1909, avait réuni 64 observations qui, jointes à 5 cas de Jabloschki et à 6 de Neumann, font un total voisin de celui de Chapiet.

Depuis 1909 on a publié quelques nouveaux cas (Plauchu et Japiot, 1; Voron et Folliet, 2), ce qui porte à environ 80 le nombre des observations de diabétiques ayant conçu, publiées depuis vingt-cinq ans.

Si l'on rapproche de ce chiffre important ce fait que le diabète est plus rare chez la femme que chez l'homme et que souvent il survient après l'âge de la fécondité, on conviendra que la conception chez les diabétiques n'a qu'une rareté relative.

On a longuement discuté sur les causes de cette diminution de l'aptitude procréatrice et on a cherché à l'expliquer par :

L'aménorrhée des diabétiques;
L'endométrite fréquente chez elles;
Une ovulation imparfaite;
Le mauvais état général;
La déchéance de l'organisme.

Toutes ces causes peuvent évidemment être rencontrées, mais il semble bien que la rareté de la grossesse soit due à l'état général des diabétiques, toujours assez précaire avec un certain degré d'intoxication. Si l'on a invoqué des troubles locaux : aménorrhée, endométrite, etc., ceux-ci sont également sous la dépendance de l'état général et ne sont pas la cause première de la stérilité.

B. RAPPORTS ENTRE LA GROSSESSE ET L'ÉCLOSION DU DIABÈTE. — Mais si on a voulu faire ressortir la rareté de la conception chez les diabétiques, d'autres ont renversé la question et se sont demandé si des grossesses nombreuses ne favorisaient pas l'éclosion du diabète.

Si Vinay, Gaudard, Lécorché ne voient qu'une coïncidence entre la puerpéralité et le diabète, Bell, Marchal, Falls, voient dans le diabète une véritable complication de la grossesse. De fait, le diabète débute parfois quelques semaines seulement (six semaines dans le cas de Cyr) après une grossesse ou pendant l'allaitement (cas de Bouchardat, Corneliani). De plus, il débute plus souvent chez les multipares que chez les primipares; on l'a vu survenir souvent après de nombreuses grossesses : après la cinquième (Lop, Salémi), à la septième (cas de Chambrelent, Brindeau, Fligel), à la huitième (Hermann), à la onzième (Duncan). Mais il est difficile de tirer de ces simples faits des conclusions pathogéniques définitives.

C. ÉVOLUTION DU DIABÈTE PAR RAPPORT A LA GROSSESSE. — 1° *Début du diabète.* — *Quand le diabète débute-t-il par rapport à la grossesse?* — Nous distinguerons trois cas :

1° Le diabète débute avant toute conception.

2° Le diabète débute à la suite d'une ou de plusieurs grossesses.

Nous avons déjà envisagé la question et nous n'y reviendrons pas.

3° Le diabète débute au cours d'une grossesse.

C'est le cas le plus fréquent. Dans les 34 observations de Vinay, le diabète s'est manifesté 21 fois après la conception. Dans les observations de Chapiet, le diabète débute 28 fois pendant la grossesse. Il peut alors survenir soit à la première grossesse, soit beaucoup plus fréquemment à l'une des suivantes, la deuxième, la quatrième, la septième (Chapiet, Fligel), la huitième (Hermann), la onzième (Duncan).

A quel moment de la grossesse débute-t-il? — L'apparition du diabète au début de la grossesse paraît exceptionnelle (un cas de Chapiet). Vinay l'a vu survenir seulement 4 fois avant la fin du quatrième mois. Chapiet a noté son début une fois au deuxième mois, une fois au troisième, deux fois au quatrième.

Le début tardif au septième mois (Durieux, Lop) ou au huitième est également rare.

En général, il paraît se manifester au cinquième mois, un peu après le milieu de la grossesse.

D'ailleurs il est difficile d'être précis, le diabète pouvant exister longtemps avant d'être reconnu lorsqu'il ne donne lieu qu'à des symptômes peu bruyants.

Comment le diabète débute-t-il? — On peut distinguer deux modes de début :

1° Lent et insidieux, le plus fréquent;

2° Rapide.

Il s'agit dans ce dernier cas d'accidents aigus à marche galopante. On a vu des femmes enceintes ou en travail amenées à l'hôpital dans le coma et dont le diabète était reconnu seulement à ce moment-là.

Il s'agit dans notre classification du début apparent. Dans les cas rapides, le diabète existait sans doute depuis plus ou moins longtemps mais n'avait pas attiré l'attention. L'on peut dire, ces réserves étant faites, que le début est toujours lent et progressif.

2° *Marche du diabète.* — Au point de vue de la marche du diabète par rapport à la grossesse, nous envisagerons deux formes :

a. *Diabète permanent.* — C'est le cas le plus fréquent. Une femme est devenue diabétique au cours d'une grossesse; après l'accouchement son diabète persiste en s'améliorant; puis s'il survient de nouvelles grossesses, le diabète s'aggrave plus ou moins, mais on peut toujours, à un moment donné, retrouver les signes cardinaux de l'affection.

b. *Diabète intermittent.* — On en a publié plusieurs cas. Une femme de bonne santé présente des signes de diabète à l'occasion d'une grossesse; après l'accouchement ces symptômes disparaissent, pour revenir de nouveau aux grossesses suivantes et disparaître encore après la gestation (cas de J. Williams, Bennwitz, Bouchard).

Mais ce diabète intermittent est mal connu, et peut-être n'est-ce qu'une forme de la glycosurie physiologique de la femme enceinte.

Contrairement à cette forme du diabète intermittent, il en existe une autre dans laquelle les femmes, nettement diabétiques depuis longtemps, présentent une cessation complète des symptômes de leur affection à l'occasion de la grossesse. Mais là les observations sont encore plus rares. Nous y reviendrons plus loin.

III

La grossesse chez les diabétiques. — Une diabétique a conçu; comment la grossesse va-t-elle se passer? Nous distinguerons deux cas :

A. *La grossesse évolue sans incidents.*

B. *La grossesse est marquée par un ou plusieurs incidents.*

A. — Dans le premier cas, la femme va bien pendant toute sa grossesse. Les signes du diabète ne s'aggravent pas, ou ne s'aggravent que très légèrement. La glycosurie augmente un peu, mais, sous l'influence du régime, elle cesse bientôt de croître. Rien d'anormal du côté de l'utérus. L'enfant naît à terme et vivant.

Ces grossesses normales, qui existent dans à peu près 50 p. 100 des cas, s'observent lorsque le diabète est peu grave, et il est à remarquer que dans ces cas la grossesse a elle-même peu d'influence sur le diabète; elle ne semble pas l'aggraver.

B. Quand surviennent des incidents au cours de la grossesse, ceux-ci résultent d'une double influence :

Influence du diabète sur la grossesse. — a. *Interruption de la grossesse.* — Beaucoup d'auteurs disent que la grossesse chez les diabétiques est interrompue prématurément; c'est l'opinion de Lécorché, Vinay, Seegen, de la Torre, etc.

D'autres, comme Gaudard, Tarnier, Duncan, ont vu des naissances à terme nombreuses.

La fréquence de l'interruption de la grossesse chez les diabétiques a donc été discutée.

Chez les 15 femmes observées par Duncan, on relève 22 grossesses; 14 seulement vont à terme. Vinay, chez 34 femmes avec 63 accouchements, note 22 fois l'avortement ou l'accouchement prématuré d'un enfant mort.

La proportion des grossesses interrompues chez les diabétiques est donc de 36 à 37 p. 100 environ, soit un peu plus d'un tiers. Gaudard trouve 33 p. 100. Lépine donne comme proportion : 2 fois sur 5.

A quel moment de la grossesse l'expulsion du fœtus se produit-elle?

Avant le cinquième mois dans un tiers des cas, pour Lépine. Le plus souvent au septième mois pour Trouillard.

D'après les observations que nous avons examinées, il semble que c'est le plus souvent du sixième au huitième mois que la grossesse est interrompue.

b. *Hydramnios.* — Complication assez fréquente chez les diabétiques enceintes. Il paraît exister environ une fois sur 5 grossesses. Chapiet l'a constaté 17 fois au cours de 103 grossesses, en dehors de la gémellité, de l'albuminurie ou de la syphilis.

C'est le plus souvent un hydramnios volumineux. Plusieurs auteurs en signalent d'énormes : 10 litres, 12 litres (Liepmann-Lop).

Le liquide renfermerait du sucre une fois sur 2.

Il se traduit par les signes habituels, donne des troubles de compression intenses.

L'hydramnios se voit surtout dans les cas graves, avec accouchements avant terme et enfants macérés. Très rarement il accompagne des grossesses normales avec enfant vivant.

c. *Influence sur le fœtus.* — Schenle cité par von Norden dit que les diabétiques ont plus de filles que de garçons.

1° *Vitalité.* — Un certain nombre de fœtus ne sont pas viables ; nous ne nous en occuperons pas.

Pour ce qui est des autres, nous avons vu que la grossesse était interrompue dans environ un tiers des cas chez les diabétiques ; par conséquent, il y a à peu près 66 p. 100 d'enfants naissant à terme ; si l'on ajoute à ce nombre les naissances se faisant peu avant terme, dans le neuvième mois, on arrive au chiffre de 70 p. 100 qui représente le nombre d'enfants qui devraient être capables de vivre, si le diabète n'exerçait pas son influence.

Or, en réalité, il n'y en a que 56 p. 100 (Chapiet) qui naissent dans ces conditions.

La différence entre ces deux derniers chiffres représente les naissances à terme ou peu avant terme dans lesquelles le fœtus meurt *in utero* et est expulsé macéré ; il représente encore, bien que pour une faible part, les enfants morts pendant l'accouchement quand celui-ci a été difficile.

Parmi les enfants nés vivants (56 p. 100) quelques-uns, en petit nombre il est vrai, meurent bientôt après la naissance, au bout de treize heures (cas de Davidson), de trente-six heures (Voron et Folliet), de deux jours (Lécorché), succombant à une sorte d'intoxication d'origine maternelle. L'autopsie de ces enfants a presque toujours révélé une importante surcharge graisseuse périviscérale et sous-cutanée. On a également noté parfois de grosses surrénales (Chapiet, Voron et Folliet).

Il survit donc environ 50 p. 100 des enfants nés de mères diabétiques. Ce chiffre concorde à peu près avec celui de 48 p. 100 que donne Vinay comme représentant la mortalité chez les enfants de diabétiques.

2° *Volume.* — Un fait remarquable, bien classique et signalé par tous les auteurs, est le développement considérable des fœtus nés de femmes diabétiques ; presque tous sont plus volumineux que la normale et quelques-uns atteignent des proportions relativement énormes.

Ce fait a une certaine importance en ce qu'il rend l'accouchement laborieux et l'extraction parfois très difficile ; nous avons vu que c'était une cause de mort de l'enfant pendant l'accouchement. Maygrier signale un fœtus à terme qui pesait 6750 grammes ; Chambrelent un de 5300 grammes, un autre de 5290 grammes ; Audérodias un de 7000 grammes, macéré et de 0m70 de long ; Demelin et Fouquière un macéré de 6100 grammes. Duncan a vu un fœtus de cinq mois, macéré, gros comme à neuf mois.

On a attribué ce volume exagéré à une sorte d'excès de nutrition de l'enfant par suite de la quantité anormale de glycogène chez la mère.

3° *Malformations et anomalies.* — L'hydrocéphalie est quelquefois rencontrée chez l'enfant. Duncan en signale un cas, Lécorché 2 cas. Dans l'un d'eux, on notait en même temps une double hydrocèle.

On a recherché naturellement si l'enfant né d'une diabétique pouvait présenter les symptômes de l'affection maternelle.

Chambrelent a trouvé du sucre (2gr20 par litre) dans l'urine d'un enfant de dix-huit jours, vingt-cinq jours plus tard il n'était plus glycosurique ; c'était donc plutôt un simple hyperglycémique. Neumann a vu l'enfant d'une femme atteinte de diabète grave émettre dans les premiers jours après la naissance jusqu'à 0,25 p. 100 de glucose. Ce sont là, croyons-nous, les seuls cas publiés.

Influence de la grossesse sur le diabète. — La puerpéralité exerce une influence manifestement défavorable sur le diabète ; c'est là un fait bien établi. A côté des cas très graves qui mettent la vie de la mère en péril, il en est d'autres où l'influence de la puerpéralité se fait à peine sentir ; entre ces deux états extrêmes se trouve une série d'intermédiaires ; mais d'une manière générale, c'est presque toujours dans un sens défavorable qu'agissent la grossesse et l'accouchement chez les diabétiques. Nous distinguerons 2 cas :

a. *Cas bénins.* — Dans les cas bénins, la grossesse et l'accouchement sont assez bien supportés. Ce sont les cas où la plupart du temps l'enfant naît vivant et à terme, où le diabète influence lui-même peu la puerpéralité. Il y a néanmoins presque toujours quelques troubles : amaigrissement léger, augmentation de l'asthénie. Les signes du diabète s'accusent ; on note surtout des phénomènes importants du côté de la glycosurie :

1° *Augmentation de la glycosurie.* — Cette augmentation du sucre est très souvent progressive et parallèle à la marche de la grossesse. John Williams cite une femme qui au cinquième mois présentait 39 grammes de sucre, au sixième 50 grammes, au septième 64 grammes. De pareils exemples sont très nombreux.

2° *Diminution et disparition de la glycosurie.* — Ce phénomène curieux est exceptionnel. On le trouve signalé par Paucot qui a vu une diabétique dont le sucre diminua au sixième mois de la grossesse et disparut au huitième. Cette disparition persista pendant quatre mois et demi après l'accouchement.

Dans une observation d'Eshner, une diabétique présentant 46 grammes de sucre par litre devint enceinte. Le sucre disparut un mois après le début de la grossesse, l'accouchement eut lieu à terme. Le diabète reparut quatre mois après la délivrance.

Enfin, Plauchu et Japiot ont observé deux grossesses chez une femme diabétique depuis longtemps. A la première, le sucre, constaté au septième mois, disparut pendant et après l'accouchement. A la deuxième, le sucre diminua au neuvième mois et disparut dans les suites de couches, en même temps que l'état général s'améliorait.

b. *Cas graves.* — Ici la puerpéralité exerce une

influence des plus néfastes sur l'évolution du diabète, et par suite sur la santé de la femme.

Les signes du diabète s'accusent; perte des forces et amaigrissement rapides. C'est le plus souvent vers le sixième mois que l'état devient inquiétant (Trouillard); l'hydramnios devient considérable avec troubles de compression marqués; le fœtus meurt et l'accouchement ne tarde pas à se produire. Le pronostic est également sombre pour la mère qui succombe soit au moment de l'accouchement ou dans les suites de couches, soit plus longtemps après.

1° *Mort précoce.* — Elle se produit soit aussitôt après l'accouchement, soit dans les quatre ou cinq jours qui suivent.

L'état général s'aggrave; la femme est abattue, le pouls est faible, la face et les extrémités refroidies. On note de l'hypothermie. La respiration est troublée, la soif vive. Puis viennent de l'obnubilation, du subdélire, bientôt suivis d'un coma plus ou moins prolongé qui se termine par la mort. Une syncope vient quelquefois brusquer le dénouement.

2° *Mort tardive.* — Elle survient plusieurs mois ou plusieurs années après. Elle arrive soit dans le coma, soit par tuberculose pulmonaire; celle-ci est très fréquente et trouve à la fois dans le diabète et la grossesse des causes favorisantes de premier ordre, qu'elle soit créée ou simplement réveillée.

Sur les 34 observations de Vinay, 19 fois la femme succomba :

4 fois par tuberculose pulmonaire,
10 fois dans le coma et la cachexie,
5 fois de cause indéterminée.

Quand la mort a lieu dans le coma, elle se produit de quatre à six mois en moyenne après l'accouchement et paraît être due à une aggravation brusque du diabète. Bien des auteurs ont mis en relief, à ce propos, le rôle traumatisant de l'accouchement.

La mort par tuberculose pulmonaire survient en général plus tardivement : neuf mois (cas de Chapiet), un an (Husband), quinze mois (Frerichs), deux ans, cinq ans, après la terminaison de la grossesse.

Dans les observations de Chapiet, 16 fois la mort suit de près l'accouchement, et 15 fois le diabète évolue en moins de deux ans.

Dans les 15 cas de Duncan la mort eut lieu :

4 fois dans les trois ou quatre jours après la délivrance ;

5 fois du sixième au huitième mois après l'accouchement;

1 fois quinze mois après l'accouchement;

1 fois deux ans après.

c. *Fréquence relative des cas bénins et des cas graves.* — Sur 34 cas de grossesse chez des diabétiques, la mort est survenue 19 fois, ce qui donne comme proportion 55 p. 100 (Vinay). Pour Offergeld la mortalité chez les diabétiques devenues enceintes est de 50 p. 100.

Mais, comme le fait remarquer Neumann, le maximum de la mortalité par diabète coïncide pour la femme avec l'âge de la conception. Pour ce qui est de la mortalité par coma diabétique elle est de 43 p. 100 de vingt à trente ans, chiffre bien supérieur aux 30 p. 100 qui succombent, d'après Offergeld, soit pendant le travail, soit immédiatement après. Enfin, pour la tuberculose pulmonaire, la mortalité est de 45 p. 100 en général et de 22 p. 100 chez les femmes gravides.

Neumann conclut donc, comme von Norden et Naunyn, que la grossesse au cours du diabète n'est pas très dangereuse en réalité.

IV

L'accouchement chez les diabétiques. — 1° Contractions utérines. — Chez les diabétiques, l'accouchement serait plus long que normalement par suite du peu d'énergie des contractions utérines, et ce fait serait dû pour Rudaux à l'asthénie musculaire généralisée qui n'épargnerait pas le muscle utérin.

2° Dystocie par volume du fœtus. — Il faut aussi faire intervenir le volume du fœtus pour expliquer la longueur du travail.

L'extraction de l'enfant, comme nous l'avons déjà fait prévoir, est souvent rendue particulièrement difficile par le gros volume du fœtus, souvent macéré. C'est surtout le dégagement du tronc et plus encore celui des épaules qui est laborieux. Presque toujours il faut une intervention longue et difficile; sans compter le forceps, presque toujours nécessaire, on est dans la plupart des cas obligé de recourir à des embryotomies atypiques, à des mutilations fœtales très pénibles, avec extraction membre à membre. Chez l'enfant de 6 750 grammes signalé par Maygrier, l'extraction a duré deux heures. Dans le cas d'Andérodias (fœtus de 7000 grammes) on dut faire un forceps; le dégagement des épaules fut très pénible, la tête et les bras cédèrent. Lop doit faire sur un fœtus de sept mois une embryotomie membre à membre, très difficile. Grosses difficultés également dans le cas de Demelin et Fouquiare.

3° Hémorragies. — Les hémorragies seraient assez fréquentes chez les diabétiques au cours de l'accouchement, disent beaucoup d'auteurs (cas de Lipmann).

Cette assertion ne semble pas très fondée.

4° Autres particularités. — D'après Husband, on trouverait 5 p. 100 de sucre dans le liquide amniotique.

Le placenta présente peu d'altérations (de Graefe) et celles-ci sont mal connues.

Rappelons encore que Fry a signalé les inconvénients de la distension vésicale par polyurie chez les diabétiques en travail.

V

Suites de couches et allaitement chez les diabétiques. — 1° Suites de couches. — L'infection puerpérale chez les diabétiques est fréquente et grave.

Fréquente, en raison des nombreuses interventions nécessaires pendant la grossesse et l'accouchement, en raison de la longueur du travail et de la moindre résistance des diabétiques.

Elle est grave, en raison du terrain défavorable sur lequel elle évolue.

2° ALLAITEMENT. — Presque tous les auteurs ont noté l'influence défavorable de l'allaitement sur le diabète (Vinay, Boucher, Chapiet).

Si nous laissons de côté les rares observations où il est signalé que l'allaitement n'a pas eu d'influence fâcheuse (cas de Partridge); si nous omettons, d'autre part, les cas où le diabète a débuté pendant la lactation, ceux-ci étant encore trop rares pour que l'on puisse conclure à l'influence de l'allaitement sur l'éclosion du diabète, on voit généralement les nourrices présenter des troubles inquiétants. On note quelquefois une amélioration passagère d'ailleurs, au moment de la montée laiteuse, par suite de l'emploi du glucose pour sa transformation en lactose; mais bientôt la femme s'affaiblit et maigrit, les signes du diabète s'accusent et l'on est obligé de suspendre l'allaitement. D'ailleurs on a noté souvent l'insuffisance de la sécrétion lactée chez les diabétiques (Schmitt).

VI

Pronostic. — En présence d'une femme enceinte chez laquelle existent depuis plus ou moins longtemps les signes du diabète, quel pronostic porter ?

Il faudra, pour résoudre ce difficile problème, se rappeler les statistiques : 50 p. 100 de mortalité chez la mère pendant l'accouchement ou les suites de couches; 48 p. 100 de mortalité chez l'enfant, dont 33 p. 100 de morts par interruption prématurée de la grossesse et 15 p. 100 de morts *in utero* ou peu après la naissance, par débilité, par intoxication d'origine maternelle.

On se souviendra encore qu'une ou plusieurs grossesses antérieures, bien supportées malgré le diabète, ne mettent pas à l'abri d'accidents sérieux pour la grossesse actuelle; que la gravité d'un cas n'est pas en rapport avec l'âge de la femme, la parité ou l'ancienneté du diabète.

Mais c'est surtout l'étude clinique du cas présent qui permettra d'établir un pronostic pour la mère et pour l'enfant. Il faudra examiner avec soin le diabète, les divers organes et l'utérus.

1° EXAMEN DU DIABÈTE. — a. *Forme du diabète.* — On recherchera si c'est une forme rapide ou lente, si le traitement a de l'influence ou non, etc. On analysera les urines en dosant le glucose et en recherchant l'acétone.

b. *Cause du diabète.* — C'est évidemment la cause du diabète qui souvent domine son évolution et son pronostic. On recherchera donc cette cause par un examen viscéral complet qui souvent d'ailleurs restera négatif. Dans les cas publiés de grossesse chez les diabétiques, les auteurs se sont peu occupés de la nature du diabète, et les autopsies ont fourni à ce sujet peu de renseignements. Cependant Frerichs a trouvé une tumeur protubérantielle chez une de ses malades morte de tuberculose pulmonaire.

c. *Influence de la grossesse.* — Elle sera étudiée avec soin pour dépister tous les accidents que nous avons signalés plus haut. On considérera comme des signes fâcheux l'amaigrissement, les troubles respiratoires, l'affaiblissement progressif. On dosera le glucose régulièrement, tous les quinze jours par exemple. La quantité de sucre variera dans d'assez grandes limites. On l'a vue atteindre 682 grammes (Reid), 700 grammes (Bouchardat) par jour. En général, mais sans que le fait soit absolu, la gravité du cas sera proportionnelle à la teneur en glucose des urines. C'est surtout l'augmentation de celui-ci sous l'influence de la grossesse qui sera d'un fâcheux augure, surtout si le fait se produit malgré un régime sévère.

2° EXAMEN VISCÉRAL. — Il faudra surtout rechercher la tuberculose pulmonaire qui entre pour une si grande part dans la mortalité des diabétiques enceintes.

3° EXAMEN OBSTÉTRICAL. — L'hydramnios aggrave le pronostic par les troubles de compression qu'il exerce. Il indique presque toujours aussi une forme rapide et défavorable pour le fœtus.

Le volume de l'enfant entrera en ligne de compte dans le pronostic. Un fœtus gros rendra l'accouchement difficile et devra souvent être sacrifié quand la dystocie sera trop considérable.

La réunion de ces divers éléments permettra d'établir un pronostic maternel et un pronostic fœtal.

VII

Diagnostic. — Chez toutes les femmes enceintes il faudra rechercher le sucre dans les urines, surtout chez celles qui ont des avortements sans cause appréciable.

Seegen cite une femme qui eut 4 fausses couches inexpliquées ; ce n'est qu'après la quatrième que l'on découvrit le diabète par l'examen des urines.

Le prurit a été plusieurs fois signalé comme symptôme dominant ; il commandera donc toujours la recherche du sucre.

La présence du glucose dans l'urine n'impliquera pas forcément le diabète et il faudra distinguer celui-ci de la glycosurie physiologique de la femme enceinte.

Le diabète reconnu, le diagnostic sera complété par un examen général qui renseignera sur les particularités du diabète. Par l'examen obstétrical on recherchera l'hydramnios, la vitalité du fœtus, son volume, etc.

VIII

Traitement. — 1° MARIAGE DES DIABÉTIQUES. — Pour Chapiet, Neumann, etc., il faut le déconseiller.

Cette conduite paraît bien sévère, et il semble logique, là encore, de tenir compte de la forme, de la marche du diabète, de l'état général, etc., pour autoriser ou non le mariage.

Même observation en ce qui concerne la grossesse que certains (Chapiet) interdisent aux diabétiques mariées.

2° CONDUITE PENDANT LA GROSSESSE. — a. *Traitement médical.* — Une diabétique devient-elle enceinte, sans préjuger de l'évolution ultérieure de la grossesse, il faudra dès le début instituer un traitement médical sévère du diabète. Ce sera le traitement ordinaire, diététique et médicamenteux.

Le régime sera rigoureux et suivi sans interruption jusqu'à la fin de la grossesse. Certains se montrent même partisans du régime lacté (Gottschalk). L'hygiène sera également très surveillée.

On donnera peu de médicaments, comme le conseille Lépine, pour éviter toute cause d'intoxication. On pourra cependant essayer l'antipyrine (1g50 par jour).

b. *Traitement obstétrical.* — C'est la question la plus discutée. Chez une diabétique enceinte faut-il intervenir?

Les uns, comme Chapiet, Neumann, déconseillent l'accouchement provoqué et sont partisans de l'expectative. Vinay, Tarnier, Budin, Pinard n'envisagent pas la question de l'interruption de la grossesse. Ces divers auteurs basent leur conduite sur ce fait que l'intervention ne sauve ni la mère, ni l'enfant.

Les autres sont partisans de l'interruption de la grossesse, soit seulement s'il survient quelque accident menaçant (Chambrelent, Cathala, Salémi, Partridge, Lépine), soit systématiquement, dès le début de la gestation (Schauta, Zagari).

Il est difficile de se prononcer sur la question, car bien peu d'accouchements provoqués pour diabète ont été faits jusqu'à ce jour, et la méthode ne peut encore être jugée définitivement.

Heymann a fait un avortement provoqué pour mauvais état de la mère; l'intervention fut suivie de glycosurie plus considérable et d'acétonurie. Mais ce n'est là qu'un cas isolé.

Le problème n'a pas une solution unique, et là encore, la conduite variera suivant les résultats de l'observation clinique. Nous ne pouvons à ce sujet qu'adopter les excellentes conclusions de Voron, reproduites dans la thèse de Voudouris :

Premier cas. — La grossesse évolue normalement, sans incidents. La glycosurie n'augmente pas ou peu. Rien d'inquiétant du côté de l'enfant qui vit et ne grossit pas d'une façon exagérée; on laissera la grossesse aller à terme, sans intervenir.

Deuxième cas. — Il survient des accidents graves pour la vie de la mère et celle de l'enfant : aggravation du diabète, hydramnios, etc. On pourra se contenter d'une ponction de l'œuf pour remédier à un hydramnios volumineux; mais presque toujours la conduite la plus rationnelle semble être l'évacuation rapide de l'utérus par l'accouchement provoqué.

Troisième cas. — Ici la conduite est plus difficile à fixer. Ce sont les cas intermédiaires entre les deux précédents. Pas d'accidents graves du côté de la mère; cependant la glycosurie est peu influencée par le régime. Mais c'est surtout le fœtus qu'il faudra surveiller : s'il grossit beaucoup, on peut craindre de graves dystocies pour l'accouchement; s'il y a eu des grossesses antérieures terminées par la naissance d'enfants morts, il est logique de penser qu'en provoquant l'accouchement avant terme on diminuera l'intoxication du fœtus et on pourra l'avoir vivant (Lépine).

Ce sont les deux conditions qui indiqueront l'accouchement provoqué, bien que les rares cas publiés n'aient pas été favorables au fœtus (Voron et Folliet). L'intervention sera tentée au début du neuvième mois en général, ou un peu plus tôt, suivant le volume de l'enfant. Inutile d'insister sur la nécessité d'une asepsie irréprochable.

Il faudra encore, que l'accouchement soit provoqué ou spontané, toujours le terminer rapidement pour éviter toute fatigue à la femme. On se tiendra toujours prêt à une intervention (forceps, embryotomie, etc.), au cas où le volume du fœtus dépasserait les prévisions.

3° Suites de couches. — Un régime très sévère sera également de rigueur après l'accouchement. On surveillera de très près la femme et s'il survient de l'affaiblissement, du coma, on en fera le traitement habituel. On emploiera en particulier les injections de bicarbonate de soude. La tuberculose pulmonaire sera traitée énergiquement et dès ses premiers symptômes.

Pour éviter les inconvénients, déjà signalés, de l'allaitement maternel, l'enfant sera confié à une nourrice.

BIBLIOGRAPHIE

1840. Corneliani. *Opusculo sul diabete.*

1848. Bordier. *Arch. de méd.* — Hufeland. *Manuel de médecine pratique.*

1850. Delafond et Bouchardat. *Répertoire de pharmacie*, t. VI.

1857. Kirsten. *Arch. de méd.*, t. X. — Lecomte. *C. r. de l'Acad. des sciences.* — Tarnier. Th. de Paris.

1860. Fauconneau-Dufresne. *Gaz. hebd.*

1863. Lecocq. *Gaz. hebd.*

1869. Chailley. Th. de Paris.

Bell. *Dict. de méd. prat.*, art. diabète.

1873. Blot. *Gaz. méd.*, Paris. — Louvet. Th. de Paris.

1874. Abells. *Wiener med. Woch.* — De Sinéty. *Gaz. méd.*, nos 8 et 38.

1876. Hempel. *Arch. f. Gyn.*, p. 313.

1877. Gubler. *Soc. de biol.* — Hofmeister. *Zeit. f. phys. Chim.*

1878. Leneveux. Th. de Paris.

1879. J. Cyr. *Etiologie de la glycosurie et du diabète*, Paris.

1880. Raymond. Th. d'agrég. (p. 59), Paris.

1881. Kallenbach. *Revue de méd.* — Lœb. *Berl. klin. Woch.*, p. 601.

1882. Bouchard. *Maladies par ralentissement de la nutrition*, Paris, p. 201. — Duncan. On puerperal diabetes, *Trans. of the obst. Soc.*, London, vol. XXIII, p. 256. — Lasègue. *Semaine méd.*, fév. — Vacher. Th. de Paris. — Verneuil. *Union méd.* — J. Williams. *Trans. of the obst. Soc.*, London.

1883. Bouchardat. *De la Glycosurie ou diabète sucré.* — Hofmeier. Ueber den Einfluss des Diabetes mellitus auf die Functionen der weiblichen geschlechts Organe, *Berl. klin. Woch.*, p. 641.

1885. Frerichs. *Traité du diabète* (traduction Lubanski), Paris. — Lécorché. Diabète dans ses rapports avec la vie utérine, la menstruation et la grossesse, *Ann. de gyn.*, t. XXIV, p. 257, et Paris 1886.

1886. Sinclair. *Med. chron.* — Stumpf. *Centralbl. f. Gyn.*

1887. Falls. *Philad. Times.*

Jaccoud. *Dict. de méd. et de chir.*, art. diabète.

1889. Gaudard. *Essai sur le diabète dans l'état puerpéral*, Th. de Paris. — Lawson-Tait. *Traité clinique des maladies des femmes.*

1890. Boutard. Th. de Paris.

1891. Boyland. Th. de Paris. — Dodd. The polyuria in pregnancy, *Brit. med. Journ.*, 28 fév. — Fry. *Med. News*,

oct. — LŒB. Ueber den Zusammenhang von Diab. mit Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane, *Berl. klin. Woch.*, n° 41. — MAYGRIER. *Bull. de la Soc. d'obst.*, 12 fév.

1892. BORN. *Corresp. Blatt. f. schweizer Aertze*, p. 347. — MAC CANN et TURNER. *Obst. Soc. of London*, déc. — MARCUS. *Deut. med. Woch.*, nov.

1893. SEEGEN. *Der Diabetes mellitus*, heft 3, Berlin. — TROUILLARD. *Contribution à l'étude du diabète et de la glycosurie physiologique de l'état puerpéral*, Th. de Paris.

1894. VINAY. *Traité des maladies de la grossesse*, p. 793.

1895. LUDWIG. Ein Beitrag zur Pathol. des Fruchtwassers Traubenzucker im Frucht. einer Diabetischen, *Centrabl. f. Gyn.*, p. 281. — PACKARD. Cure of diabetes mellitus dependant of pregnancy, *Univ. med. Mag.*, t. I, p. 229. — PARTRIDGE. Diabète et grossesse, *Med. record*, analysé in *Revue int. de méd. et de chir.*, 25 mai 1896, p. 190. — PINARD. *Leçon clinique sur le diabète.*

1896. ROSSA. Traubenzucker im Harn and Fruchtw., *Centralbl. f. Gyn.*, 20 juin, p. 657.

1897. GRAEFE. Die Einwirkung des Diab. mell. auf die weiblich. Sexualorg. und ihre Function, *Samm. swangloser Abhanl. auf dem Geb. der Frauk. und Geb.*, t. II, heft 5. — LA TORRE. Gravidanza et diab. Contributo all' etiologia del diab., *Boll. della Soc. Lancisiana degli ospedali di Roma.*

1898. BROCARD. *La Glycosurie de la grossesse*, Th. de Paris. — KEIM. Recherche de la glycosurie de la grossesse et de la puerpéralité, *Soc. d'obst.*, nov. — KLEINWATCHER. Der Diab., vom gyn. standpunkt aus betrachtet, *Zeit. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XXXVIII, heft 2, p. 191. — LEDUC. Les sucres urinaires des femmes en état gravido-puerpéral, *Bull. méd.*, nov. — LE GENDRE. Du diabète chez l'enfant, la femme enceinte et la nourrice, *Revue prat. d'obst.*, fév., p. 70. — VINAY. Communication au *Congrès de gyn. et d'obst.*, Marseille.

1899. LOP. Communication à la *Soc. obst. de Paris*, et *Gaz. des hôpit.*, n° 54, p. 502. — TAYLOR. Diabète sucré et grossesse, *Boston med. Journ.*, et *Journ. de méd. et de chir. prat.*, juin.

1900. CHARRIN et GUILLEMONAT. *C. r. de la Soc. de biol.*, mars. — DEMELIN. *Revue de clin. et de thérap.*, avril. — SALEMI. Th. de Montpellier.

1901. CHAMBRELENT. Accouchement chez deux femmes atteintes de diabète sucré, dystocie par volume exagéré du fœtus, *Soc. obst. de Paris*, 21 mars et 19 déc. — MELAGUTI et UNGARO. Un cas de diabète chez une femme enceinte, *La Rassegna d'ost. e gyn.*, fév.

1902. HERMAN. Diabetes and pregnancy, *Edimb. med. Journ.*, p. 119. — LIMPSON. *Congrès de Rome.* — STOLZ. *Arch. f. Gyn.*, t. LXV.

1903. LIEPMAN. Diabetes mellitus und Metritis dissecans, *Arch. f. Gyn.*, t. LXX, p. 426. — RUOFF. *Amer. med.*, avril. — ZAGARI. *Congrès ital. de méd. int.*

1904. BUDIN et DEMELIN. *Manuel pratique d'accouchement et d'allaitement*, p. 611. — COMMANDEUR et PORCHER. Sucres urinaires chez la femme enceinte et récemment accouchée, *Ann. de la Soc. obst. de France*, p. 139; — *Arch. gén. de méd.* — KLEINWATCHER. Ein Beitrag zur Konplic. des Diab. mit Gravid, *Wiener med.*, in *Presse méd.*, 18 déc. — RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. *Précis d'obst.*, p. 589.

1905. ANDÉRODIAS. Accouchement chez une personne atteinte de diabète, *Soc. obst. de France.* — CHAMBRELENT et ANDÉRODIAS. *Soc. obst. de France.* — DURIEUX. Un cas de diabète au cours de la grossesse, *Soc. obst. de Paris*, 18 mai. — FELLS. Przyczynek do powiklania cukrzycy z ciaza (diabète compliqué de la grossesse), *Przeglad lekarski*, 18 mars. — VERDALLE. Note sur le traitement du diabète à la Bourboule, *Arch. gén. de méd.*, 6 juin.

1906. BROOK et GRIFFITH. Glycosuria in pregnancy, *Obst. Soc. of London*, 6 juin. — ESSENSON. *New-York med. Journ.*, 14 avril. — RUDEAUX. Diabète et glycosurie pendant la puerpéralité, *Revue des mal. de la nutrition*, p. 267, juin. — Magnus H. TATE. Pregnancy assoc. with diabete, *Amer. Journ. of obst.*, janv.

1907. BAR. *Leçons de pathologie obstétricale* (Asselin et Houzeau), p. 769, Paris. — BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. *La Pratique de l'art des accouchements*, t. II, p. 55. — CHAPIET. *Contribution à l'étude du diabète sucré et de la puerpéralité*, Th. de Paris. — ESHNER. *Amer. Journ. of med. sc.*, sept. — EWENS. *Amer. Journ. of the med. sc.* — LEPAGE. Diabète et grossesse, *Prat. méd.-chir.*, t. II, p. 507.

1909. HEYMANN. *Soc. de méd. de Berlin.* — OFFERGELD. *Soc. de méd. de Berlin*, nov.

1910. PLAUCHU et JAPIOT. Diabète et grossesse, *Lyon méd.*, t. I, p. 1035; — *Soc. nat. méd. de Lyon*, 4 avril.

1911. PLAUCHU. *Livre jubilaire du professeur Lépine.* — VORON. *Id.*

1912. VORON et FOLLIET. *Lyon méd.*, 21 avril. — VOUDOURIS. Th. de Lyon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

Candidats ne possédant que trois inscriptions. — PREMIÈRE MOITIÉ (102). — 1. MM. Abbas, Adrian, Amabilis, Ardillier, Arrambide, Aubergé, Auguste, Augustin, Aurousseau, Azoulay (Robert),

11. Baby, Balleydier, Beau, Berthier, Beuchard, Boileau, Boisdé, Bona, Boner, Bonnet,

21. Bonnot, Boudou, Boudry, Bougenot, Boulay, Bouvet, Boyer, Bruker, Bühler, Calamy,

31. Camous, Cayla, Mlle Cayron, MM. Chabrol, Chandebois, Charlot, Chastang, Chaussé, Chevallier, Clément,

41. Connerotte, Couronne, Courtois, Couton, Couturier, Cretté, Mlle Cros, MM. Cunault, Damagnez, Dambier,

51. Darcissac, Delattre, Delcamp, Delobel, Delord, Denoyelle, Deroche, Mlle Deromps, MM. Descaves, Desgranges,

61. Didy, Mlle Donnasson, MM. de Douhet, Dubarry, Dubois (René), Dubranle, Ducassy, Duhazé, Dupouy, Durand (Jean),

71. Duval, Duval-Arnould, Ebrard, Engelhard, Enot, Forest-Defaye, Foucaud, Mlle Franck, MM. Gadrat, Gaillard,

81. Galliard, Garlopeau, Gayet, Génin, de Gennes, Gerdil, Mlle Gérin, Germain, Gervais, Girand,

91. Girard (André), Girard (Jean), Godard, Gory, Grenier, Grünberg (Arthur), Grunberg (Charles), Guilmoto, Habibollah, Haridi,

101. Mlle Hartmann, M. Héraut.

DEUXIÈME MOITIÉ (102). — 1. Mlle Jardin, MM. Jauréguy, Jouffray, Julien, Jullien, Khalil, Klebaner, Mlle Klein, M. Kœchlin, Mme Krebs née Japy,

11. M. Kremen, Mlles Krongold, Kuntz, MM. Laemmer, Laffaille, Lamaze, Langlais, Langlois, Lanos, Lazard,

21. Lebel, Lefai, Lefebvre, Lefèvre, Leflaive, Léger, Le Normand, Lestocquoy, Libault de la Chevasnerie, Longepierre,

31. Lota, Luizy, Maigre, Mallah, Mallet, Mlle Marçais, MM. Martinet, de Massary, Mlle Mendelssohn, MM. Merklen,

41. Mérot, Metzger, Meyniard, Migneau, Millanitch, Mlle Mioche, MM. Moissinac, Moniot, Morel, Mouton,

51. Narboni, Neveux, Niel, Ordioni, Ortodoxu, Paillet, Pareux, Paulin, de Peretti de la Rocca, Péril,

61. Périsson, Perrochaud, Peuret, Mlle Pezé, MM. Phelippes de la Marnierre, Pigot, Piguet, Piot, Poiré, Portes,

71. Poussard, Pradal, Prévost, Privé, Reinhold (Louis), Reinhold (Paul), Renard, Ribardière, Riberolles, Robin,

81. Romieux, Semenon, Sigrist, Soutoul, Straer, Terrasse, Thalleimer, Thibault (Alexandre), Thin, Tierny,

91. Tisserand, Touchard, Trolard, Tsacouris, Valade, Mlle Vandamme, MM. Veil, Vernant, Wickham, Wilmann,

101. Yannopoulo, Zeitline.

GUERRE. — Par décret en date du 9 septembre 1912, sont promus et, par décision ministérielle du même jour, reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Duchêne-Marullaz, aux troupes d'occupation du Maroc; maintenu; — Gras, au 152e d'infanterie; maintenu; — Tanton, aux troupes d'occupation du Maroc oriental; maintenu; — Saint-Martin, au 143e d'infanterie; maintenu; — Rouvillois, des troupes d'occupation du Maroc occidental; maintenu.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Dorange, aux troupes d'occupation du Maroc occidental; maintenu; — Fonsagrives, aux hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; maintenu; — Cordier, au 110e d'infanterie; maintenu; — Azaïs, au 15e d'infanterie; maintenu; — Dufils, au 19e d'infanterie; maintenu; — Pouchet, au 4e chasseurs à cheval; maintenu; — Bertin, du 54e d'artillerie; maintenu; — Le Petit, du 31e d'infanterie; maintenu; — Orticoni, du 50e d'infanterie; maintenu; — Lacoste, aux troupes d'occupation du Maroc occidental; maintenu; — Donius, du 75e d'infanterie; maintenu; — Sailly, désigné pour la Tunisie (service); — Plavous, du 6e d'artillerie de campagne; maintenu; — Cathala, du 52e d'artillerie; maintenu; — Gottenkieny, aux troupes de la division d'occupation du Maroc occidental; maintenu; — Briend, au 32e d'artillerie; maintenu; — Beaumont, aux troupes d'occupation du Maroc occidental; maintenu; — Nuque, aux hôpitaux militaires de la division d'Algérie; maintenu; — Minel, aux troupes d'occupation du Maroc occidental; maintenu; — Feyzeau, désigné pour le 10e chasseurs à cheval; — Worms, du 79e d'infanterie; maintenu; — Pigache, désigné pour le 37e d'infanterie.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la trente-sixième semaine, 633 décès, au lieu de 713 pendant la semaine précédente et au lieu de 783, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant.

La fièvre typhoïde a causé 7 décès au lieu de 4 la semaine précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux est de 42 au lieu de 36 la semaine précédente (moyenne 48).

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Æsculape. — (N° 7, juillet 1912.) CABANÈS : Jeanne la Folle (7 fig.). — G. FOUREST : Pseudo-sonnet africain et gastronomique. — F. REGNAULT : L'idéal de beauté dans l'école florentine (5 fig.). — H. BOUQUET : Monstres d'autrefois (7 fig.). — LE DOUBLE et HOUSSAY : Les velus dans la science et dans l'histoire (22 fig.). — LIBERT : Le Selamik : le sarcophage des pleureuses (3 fig.).

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 5, mai 1912.) Petrini GALATZ : Sur une observation de dermatite polymorphe douloureuse herpétiforme subaiguë non récidivante (2 fig.). — REY : Culture du gonocoque dans le sang circulant (4 fig.). — Rudolf KREITING : Remarques sur le traitement abortif de la syphilis par le salvarsan et sur la toxicité de celui-ci.

Archives de médecine des enfants. — (N° 7, juillet 1912.) PÉHU : Les réactions locales et générales à la tuberculine chez l'enfant. — J. COMBY : Hydrocéphalie ventriculaire par tumeur cérébrale. — J. COMBY : Exploration de la fonction digestive.

Paris médical. — (N° 27, 1er juin 1912.) CARNOT : Les maladies du foie, du pancréas, de la rate en 1912. — GUILLAIN : Maladie infectieuse caractérisée par de l'ictère et un syndrome méningé. — LEREBOULLET : Traitement des coliques hépatiques. — Jean-Charles ROUX : Les syndromes pancréatiques. — P. MATHIEU : Les kystes du pancréas. — P.-E. WEIL : La tuberculose de la rate. — CLERC : Indications de la splénectomie. — (N° 28, 8 juin.) GEMMERN : L'électro-diagnostic dans les paralysies radiculaires du plexus brachial. — Paul CAMUS et BAUFLE : Crises gastriques et zona, origine radiculaire de quelques crises gastriques dites essentielles. — LÉVY-BING et Louis DURSEUX : Des accidents consécutifs aux injections intraveineuses de 606. Existe-t-il un moyen de les éviter ? — (N° 29, 15 juin.) DESCOMPS et DE LALAUBIE : Les voies biliaires principales intrahépatiques. — DESCHAMPS : La confiance et la sympathie, leurs rapports psycho-moteurs. — VIELLE : Staphylorraphie par la méthode d'Arbuthnoth-Lane. — (N° 30, 22 juin.) DEMELIN : Contribution à l'étude anatomo-physiologique du muscle utérin. — RONCAGROL : Action géométrique du détergeur électrolytique sur la muqueuse. — SCHWARTZ : Examen clinique d'une hanche. — DOPTER : Pratique bactériologique. Notions générales de l'analyse bactériologique du liquide céphalo-rachidien. — (N° 31, 29 juin.) CARNOT : Les injections sous-cutanées de purgatifs. — ELIKMANN : La tymphanie. — PHÉLIP et BONNET-ROY : Traitement des fractures diaphysaires de l'humérus par l'extension continue. — GOUGEROT : Consultation dermatologique. Traitement d'un cas de psoriasis disséminé généralisé.

Pédiatrie pratique. — (N° 16, 5 juin 1912.) BROCA : Syphilis héréditaire tardive. — PONCET : La tuberculose inflammatoire de la peau. — DURANTE : La spasmophilie dans l'enfance : étiologie et pathogénie. — (N° 17, 15 juin.) BOULAI : Quand et comment doit-on enlever les amygdales ? — P. CHATIN et GAULIER : Essais de traitement héliothérapique de la tuberculose pulmonaire. — H. BARBIER et GASSIER : Quelques faits d'hérédo-syphilis du système nerveux. — (N° 18, 25 juin.) NOBÉCOURT : Le cœur dans les injections aiguës. Endocardites aiguës. — ROUSSEAU SAINT-PHILIPPE : De l'usage intempestif et de l'abus des « farines alimentaires » chez l'enfant. Des accidents préparés ou provoqués par elles. — FABRE (de Commentry) : Enorme distension de la vessie et rétention d'urine occasionnée par la présence d'un calcul enclavé dans le canal de l'urètre. — WEILL et GARDÈRE : Augmentation de l'expansion sous-claviculaire dans les épanchements pleuraux chez l'enfant.

Presse médicale. — (N° 45, 1er juin 1912.) LANDOUZY, GOUGEROT et SALIN : Bacillo-tuberculose hémolysante. Contribution à l'étude pathogénique des anémies tuberculeuses. — DESMAREST : Contribution à l'étude des kystes hydatiques du poumon. — (N° 46, 5 juin.) BERTILLON : Statistique de la méningite. — (N° 47, 8 juin.) CHEVASSU : Le dosage de l'urée sanguine et la constante urémique chez les urinaires chirurgicaux. — CARRION et Ovide GUILLAUMIN : Sur la détermination de la constante uréo-sécrétoire d'Ambard appliquée à la clinique. — COVILLE : Inutilité du pansement après certaines opérations aseptiques principalement chez l'enfant. — (N° 48, 12 juin.) Léon BERNARD et BARON : La valeur pronostique des réactions cutanées à la tuberculine chez l'adulte (cuti-pronostic de la tuberculose). — (N° 49, 15 juin.) CHEVASSU : Le dosage de l'urée sanguine et la constante urémique chez les urinaires chirurgicaux. — BURNIER : Des corps gras dans la pratique dermatologique. — (N° 50, 19 juin.) OULMONT et BOIDIN : Ictère hémolytique acquis avec hypocholestérinémie. — GALUP : L'arthritisme. Diathèse d'anaphylaxie. — (N° 51, 22 juin.) LESIEUR : La renaissance de l'humorisme. — JAVAL et BOYET : Applications de la physico-chimie à l'étude des liquides de l'organisme. Cryoscopie. Conductivité. Pression osmotique. — (N° 52, 26 juin.) SOUQUES : L'infantilisme et l'insuffisance de la sécrétion interne du testicule. Etude pathogénique. — ROUVIÈRE : L'aponévrose interptérygoïdienne et ses rapports avec le nerf maxillaire inférieur. — (N° 53, 29 juin.) F. JAYLE : L'hôpital de la Pitié.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 106. — MARDI 17 SEPTEMBRE 1912. 85e ANNÉE. MARDI 17 SEPTEMBRE 1912. — N° 106.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PROVINCE. — Limoges. — Sont nommés après concours :

1° Internes de l'hôpital : MM. Grézillier, Merliac, Dax, Valière, Delotte.

2° Internes à l'asile d'aliénés de Naugeat : MM. Fouriaud, Ranty, Poissonnier.

3° Interne suppléant : M. Detroye.

— Marseille. — Un concours pour la nomination à quatre places d'élèves internes en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert le lundi 18 novembre 1912, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours à l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Les élèves qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, de neuf heures à midi et de trois heures à cinq heures du soir jusqu'au 11 novembre inclusivement.

Les élèves sont nommés, s'il y a lieu, par la commission administrative après le rapport du jury.

Le nombre des élèves à nommer pourra être augmenté ou diminué si l'administration le juge nécessaire.

Les élèves n'entreront en fonctions qu'au fur et à mesure des vacances d'emploi.

Ils seront nommés pour trois ans et, si l'administration le juge convenable, pourront être prorogés dans leurs fonctions pendant trois autres années, par période d'un an. Ils recevront un traitement de : la première année, 1300 francs; la deuxième année, 1400 francs; la troisième année et les suivantes, 1500 francs.

Les élèves ne seront nourris et logés dans les hôpitaux que les jours de garde.

GUERRE. — Par décision ministérielle, M. le médecin-major de première classe Dopter, de l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, membre de la Commission technique permanente pour la prophylaxie des maladies infectieuses dans l'armée, est nommé professeur (maladies et épidémies des armées) à l'Ecole d'application du service de santé militaire.

M. Dopter entrera en fonctions au départ de M. le professeur Vincent, qui recevra prochainement une affectation de service.

— Par décision ministérielle du 9 septembre, les médecins du service de santé dont les noms suivent, affectés aux troupes d'occupation du Maroc occidental ou oriental, ont été placés dans la position hors cadres :

Médecin principal de première classe. — M. Wissemans, directeur du service de santé des troupes d'occupation du Maroc occidental.

Médecin principal de deuxième classe. — M. Munschina (Maroc occidental).

Médecins-majors de première classe. — MM. Mignet, Lair et Delmas (Maroc occidental).

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Blary, Jullien, Chatain, Gueytat, Vignon, Sorel, Picon, Fohanno, Péchiné, Mayrac, Bailly, Garcin, Poirée, Pichon, Rit, Assailly et Loubet (Maroc occidental).

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Langlois, Péré, Roussel, Audet, Servent, de Labonnefon, Mallet (Maroc occidental) et Sarda (Maroc oriental).

Médecin aide-major de deuxième classe. — M. Chenelot (Maroc occidental).

UNE NOUVELLE TENTATIVE DE GREFFE. — Un aveugle de Denver (Etats-Unis) aurait demandé qu'on lui accordât les organes visuels d'un individu qui doit subir bientôt la peine capitale. A sa demande sont jointes les explications d'un chirurgien de Denver, qui dit accepter de tenter la greffe de la cornée des yeux du condamné sur les yeux de son client. Si satisfaction est accordée à cette demande, le chirurgien assistera à l'exécution du bandit, et sitôt la mort officiellement constatée, il enlèvera les yeux du condamné, les placera dans une solution saline et se rendra en hâte dans un hôpital voisin, où il fera l'opération projetée.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Delpierre (de Vertheuil) et Joseph Schmitt, professeur de clinique médicale à la Faculté de Nancy.

7

LE Ier CONGRÈS D'EUGÉNIQUE

Par M. J. LAUMONIER.

Le premier Congrès d'eugénique n'a pas eu, en France, une très bonne presse; beaucoup de journaux se sont abstenus d'en rendre compte ou bien l'ont copieusement raillé. Cette indifférence ou cette incompréhension me paraît tenir à deux causes. D'une part, certains journalistes pleins d'esprit et même quelques médecins facétieux n'ont voulu voir, dans l'eugénique, qu'une nouvelle forme du malthusisme brutal, destinée à justifier, par des arguments d'allure scientifique, la restriction volontaire dans tous les cas; d'autre part, des philanthropes estiment, au contraire, que l'eugénique met à la liberté individuelle, au point de vue du droit au mariage et aux relations sexuelles, des barrières insupportables et dangereuses.

Ces accusations ont été déjà en partie réfutées dans mon précédent article sur l' « Eugénique » (*Gaz. des hôpit.*, juin 1912). Il suffira donc de rappeler : 1° que l'eugénique réclame seulement la suppression de la reproduction chez les individus tarés, à descendance biologiquement tarée et nocive, cause de charges à la fois improductives et très lourdes pour la collectivité saine; 2° que les prohibitions qui s'ensuivent sont assurément restrictives de la liberté individuelle, mais se trouvent tout aussi justifiées, eu égard à l'importance des intérêts en jeu, que la vaccination obligatoire, la déclaration obligatoire des maladies infectieuses, l'assurance obligatoire, la législation obligatoire du travail, etc., à la condition, bien entendu, que les mesures réclamées par l'eugénique aient une base scientifique absolument inattaquable.

Cette base, il faut bien le reconnaître, le Congrès ne l'a qu'incomplètement fournie. N'ayant pu y assister, prendre l'ambiance, estimer l'état d'esprit des adhérents, ne possédant que le volume des communications *Problems in Eugenics*, je n'en saurais donner la physionomie exacte et vivante. Néanmoins, il me semble que la lecture attentive des travaux publiés permet d'apprécier, d'une manière suffisante, sa valeur d'ensemble et les résultats pratiques qu'on en peut attendre.

Or, au cours de cette lecture, trois choses m'ont particulièrement frappé.

1° Les auteurs n'ont pas abordé assez franchement la question de l'hérédité des caractères acquis, et j'entends par là non seulement l'hérédité des tares morbides, admise sans qu'on en connaisse le mécanisme réel (le mendélisme est une constatation, non une explication), mais aussi l'hérédité des modifications éducatives et du redressement mental. Il est évident, en effet, que si l'éducation morale donnée n'a aucun retentissement positif sur les prédispositions des descendants, l'eugénique perd une bonne partie de sa valeur sociale, au point de vue de la protection et du perfectionnement des individus et des races, et cesse ainsi de poursuivre le but essentiel que lui assigne sa définition. Et précisément l'hérédité des acquisitions éducatives est si incertaine que la plupart des biologistes, des médecins et des pédagogues la nient absolument.

2° Mais s'il n'est point prouvé que les modifications éducatives se transmettent à la descendance, on ne peut nier du moins que l'éducation n'influence l'individu lui-même, puisque c'est ainsi seulement que s'explique, par adaptation, imitation ou contagion et habitude, l'état intellectuel et moral des civilisés. Dès lors l'éducation, en empêchant, dans une certaine mesure, l'homme de se contaminer, physiquement et psychiquement, de contaminer les autres, et, possiblement, sa descendance, constitue un moyen de protection efficace et de progrès relatif. Mais, on l'a dit bien souvent, ce sont les sentiments qui conduisent les hommes et non la raison. En conséquence l'éducation vigoureuse et méthodique des sentiments, des instincts (sur laquelle Bérillon a insisté justement), celle corrélative de la volonté, bref celle du caractère, doit nécessairement figurer au premier rang des préoccupations de l'eugénique. Et cependant cette question capitale ne paraît pas avoir été très sérieusement envisagée par le congrès. Plusieurs communications s'y réfèrent toutefois et notamment celle de M. G. Schreiber (de Paris), sur l'*éducation eugénique* (1) et de M. F. C. S. Schiller (d'Oxford), sur l'*eugénique praticable en éducation*, dans lesquelles le premier demande que tout homme apprenne à procréer en connaissance de cause, à ménager la future mère et à élever les enfants, et le second que l'on modifie l'éducation et en particulier l'athlétisme conformément aux indications de l'eugénique. De son côté le professeur Pinard (*La puériculture avant la procréation*) réclame l'éducation de l'instinct de reproduction, tandis que M. S. G. Smith (de Minnesota) [*L'eugénique et la nouvelle conscience sociale*] pense qu'il faut s'efforcer de créer une nouvelle conscience capable de fixer l'individu sur ses rapports avec la collectivité. Ces travaux sont excellents; malheureusement ils formulent plutôt des vœux qu'ils n'indiquent des moyens pratiques et efficaces, de telle sorte que le nœud du problème demeure encore intact.

3° L'eugénique ne doit être confondue ni avec la sociologie ou l'hygiène sociale, ni avec la démographie, ni avec la médecine; elle se contente de leur emprunter, comme à la biologie générale, les notions théoriques et pratiques sur lesquelles elle a besoin de s'appuyer pour édifier sa propre discipline. Il ne semble pas que tous les auteurs aient parfaitement compris cette distinction, ce qui tend à prouver que le concept et la signification de l'eugénique restent encore un peu vagues. C'est ainsi que M. R. Dupuy (de Paris), dans sa communication sur les *enfants arriérés*, considérés principalement sous le rapport de l'arriération somatique, apporte surtout des renseignements cliniques et thérapeutiques, fort intéressants sans doute, mais qui eussent été mieux à leur place dans un journal médical; l'ampleur excessive, donnée par l'auteur, à l'arriération somatique empêche même de percevoir clairement les

(1) Ne figure pas dans *Problems in Eugenics*.

bénéfices eugéniques de l'opothérapie endocrinienne. De même, la communication de M. A. Niceforo (de Naples), sur les *caractères psycho-physiques des classes inférieures*, remplira sans doute de joie les anthroposociologues et V. de Lapouge en particulier, mais se contente de rappeler des faits sur lesquels l'eugénique n'a aucune prise, puisqu'elle n'a jamais prétendu supprimer les inégalités humaines. De même encore les communications de M. Frederick L. Hoffman, sur *la statistique maternelle de l'état de Rhode-Island d'après le recensement de 1905*, et de M. L. March sur la *fertilité des mariages suivant la profession et la situation sociale;* cette dernière, très documentée, nous apprend que les pêcheurs, marins et ouvriers de la grande industrie sont plus prolifiques que les agriculteurs, et les patrons plus prolifiques que les rentiers et les employés. De tels renseignements sont fort précieux; mais ils aboutissent à quoi? A établir que l'un des facteurs primordiaux de la diminution de la natalité est l'esprit de prévoyance, autrement dit la « crainte du *poids* des enfants ». Nous le savions déjà. Dans quelle catégorie sociale abondent les tarés, dans quelle autre prédominent les enfants sains, voilà ce qu'il importait de faire connaître, et les chiffres apportés ne nous apprennent rien à cet égard; ils constituent un remarquable document pour la démographie, mais n'ont guère d'utilité pour l'eugénique. J'en dirai presque autant de ceux qu'apporte M. C. Gini (de Cagliari) dans le mémoire intitulé *Contributions démographiques aux problèmes de l'eugénique*. Ils nous montrent en effet que la saison, au moins dans les régions tempérées, a une certaine influence sur la fréquence des conceptions, et que, suivant le mois de la naissance, la mortinatalité, la durée de l'existence, la maladie dont on meurt, peuvent subir quelques variations. Ces statistiques sont curieuses, mais il est facile d'apercevoir que les variations dépendent d'un facteur plus « personnel » que le mois de la naissance, facteur qu'il faut nettement mettre en évidence avant que l'eugénique puisse en tirer efficacement parti.

Ces remarques faites, et je les croyais nécessaires pour désencombrer le domaine vrai de l'eugénique, il me reste à résumer brièvement les autres communications.

PREMIÈRE SECTION. — *Biologie et Eugénique.*

M. G. SERGI (de Rome) : *Variation et hérédité chez l'homme.* — Etude surtout anthropologique. La morphologie et le crâne des races fixées varient fort peu; les modifications constatées résultent principalement des mélanges ethniques.

M. SOREN HAUSEN (de Copenhague) : *Sur l'augmentation de la taille dans certaines populations européennes.* — M. V. G. RUGGERI (de Naples) : *Les lois dites de l'hérédité chez l'homme.* — M. R. PEARL (d'Orono) : *L'hérédité de la fécondité.* — M. R. C. PUNNETT (de Cambridge) : *Génétique et Eugénique.* — Dans ces diverses communications, les auteurs font surtout appel aux lois de Mendel, pour expliquer soit l'unilatéralité soit la discontinuité de l'hérédité. On abuse un peu, je crois, du mendélisme qui ne peut être invoqué qu'en faveur des caractères surajoutés ou diathésiques.

M. E. MORSELLI (de Gênes) : *La psychologie ethnique et la science eugénique.* — Résumé, malheureusement dépourvu de toute documentation. La différenciation des peuples est une des causes principales du progrès humain; il faudra donc songer à créer plus tard une eugénique ethnique.

M. D. FAIRCHILD WECKS (de Skissman, U. S. A.) : *L'hérédité de l'épilepsie.* — Nombreux phylums (pedigrees) et tableaux mettant en évidence les rapports de cette maladie avec les intoxications chroniques et les diathèses.

M. A. MARRO (de Turin) : *Influence de l'âge des parents sur les caractères psycho-physiques des enfants.* — Les parents âgés donnent plus souvent naissance à des enfants dégénérés, les parents jeunes à des enfants intelligents mais de conduite médiocre (1).

DEUXIÈME SECTION. — *Eugénique pratique.*

J'ai déjà mentionné les communications de MM. G. Schreiber, Pinard, G. Smith, Schiller. Voici les autres.

M. L. QUERTON (de Bruxelles) : *L'organisation pratique de l'action eugénique.* — L'auteur demande le contrôle obligatoire du développement de l'enfant par la création d'institutions privées, qui prépareraient l'action législative.

M. C.-B. DAVENPORT (de Long-Island) : *Lois et coutumes du mariage.* — Recherches surtout ethnographiques.

M. F. HOUSSAYE (de Paris) : *Eugénique, sélection et déterminisme des tares.* — La sélection artificielle demandée par l'eugénique est légitime pour limiter la propagation des tares, qui résultent surtout de l'alcoolisme, de la syphilis, de l'arthritisme, etc. Mais il ne suffit pas de supprimer les tarés, il faut encore empêcher les individus de le devenir. L'auteur pense, avec raison, que les prescriptions hygiéniques et l'éducation morale seront beaucoup plus efficaces que les pénalités.

M. BLEECKER VAN VAGENEN : *Rapport préliminaire du comité eugénique américain.* — Ce rapport est certainement, au point de vue pratique, le plus important de ceux qu'a publiés le Congrès. Il renferme en effet beaucoup de documents et quelques pedigrees, relatifs à la technique et aux résultats de la stérilisation des tarés aux Etats-Unis. Il mériterait donc d'être étudié de très près, mais, ne pouvant le faire ici, je dois me contenter d'en signaler l'intérêt.

TROISIÈME SECTION. — *Sociologie et Eugénique.*

En dehors des communications de MM. A. Niceforo, F. L. Hoffman, L. March, C. Gini, analysées ci-dessus, citons :

(1) Dans son compte rendu de la *Presse médicale* (no 65), M. G. Schreiber mentionne un travail de M. Apert (de Paris) sur l'*Hérédité matriarcale.* Ce travail ne figure pas dans le volume *Problems in Eugenics.*

M. A. LORIA (de Turin) : *Elite psycho-physique et élite économique.* — Il n'y a pas parallélisme entre la fortune et les qualités psych[illegible] physiques. Les gens aisés, se mariant entre eux, [illegible] une descendance souvent tarée, ainsi que l'ava[illegible] constaté F. Galton.

M. R. MICHELS (de Turin) : *L'Eugénique en politique.* — MM. W. et C. WHETHAM : *L'influence de la race en histoire.* — M. F. A. WOODS : *Quelques relations entre l'eugénique et les recherches historiques.* — Au point de vue qui nous occupe, ces communications et surtout celle de MM. Whetham posent des problèmes certainement de première importance ; elles sont pourtant un peu gâtées ici par des considérations sentimentales. L'eugénique a un grand intérêt pratique à élucider le rôle des éléments ethniques dans l'histoire intérieure et extérieure des peuples. On a trop oublié Gumplowitz.

M. VERNON L. KELLOGG (de Standfort, Californie) : *Eugénique et militarisme.* — L'auteur insiste sur les deux inconvénients graves et réels du militarisme : d'une part la suspension temporaire de la vie familiale et professionnelle et l'empêchement de la reproduction légitime, et d'autre part le danger de la contamination syphilitique et tuberculeuse. Mais ce n'est là qu'une face de la question et on ne saurait trop protester contre de tels travaux qui, par parti pris, laissent dans l'ombre les avantages des institutions qu'ils veulent combattre. *L'influence sélective et eugénique de la victoire*, conditionnée par le militarisme, est trop bien établie par l'histoire pour qu'on n'en tienne pas compte.

QUATRIÈME SECTION. — *Médecine et eugénique.*

J'ai rappelé plus haut la communication de M. R. Dupuy.

M. H. HALLOPEAU (de Paris) : *Prophylaxie de la syphilis héréditaire et son action eugénique.* — Le traitement précoce par l'hectine stérilise le syphilitique et exerce ainsi une action prophylactique à l'égard de la transmission.

M. A. MJOEN (de Christiania) : *Alcool et eugénique* et *effets de l'alcool sur le plasma germinatif.* — MM. MAGNAN et A. FILASSIER (de Paris) : *Statistiques du service central d'admission des aliénés de la Ville de Paris et du département de la Seine de 1867 à 1912.* — Nombreuses statistiques sur les effets désastreux de l'alcool tant sur l'individu lui-même que sur sa descendance.

M. Agnes BLUHM (de Gross-Lichterfelde) : *Hygiène raciale* (eugénique) *et obstétrique.* — C'est le seul travail allemand contenu dans le volume du Congrès ; il traite des relations de l'eugénique et de l'obstétrique au point de vue des malformations et des interventions qui en sont la conséquence.

M. H.-E. JORDAN : *Place de l'eugénique dans le « curriculum » médical.* — Il est à souhaiter que certains médecins se spécialisent dans l'eugénique, étant mieux placés que d'autres pour rendre de grands services à l'individu et à la société.

M. F. W. MOTT (de Londres) : *L'hérédité et l'eugénique en rapport avec la folie.* — Nombreux pedigrees et graphiques, établissant l'influence héréditaire du nervosisme et de la folie.

Quelle conclusion générale peut-on tirer maintenant du contenu de ces diverses communications ? Je l'ai déjà laissé entrevoir. Le Congrès n'a été et ne pouvait être qu'une introduction, comme dit G. Schreiber, l'amorce de la route qu'il devient de plus en plus urgent d'ouvrir pour soulager la masse saine des déchets qui l'encombrent. C'est une accumulation de matériaux, sans doute un peu disparates, mais d'où se dégagent pourtant et le danger croissant de l'hérédité morbide et la nécessité d'y porter promptement remède, d'employer dans ce but des moyens efficaces dont quelques-uns déjà sont entrés dans la pratique (M. Bleecker van Wagenen). Tenons nous-en donc à ce résultat. Evidemment, ce n'est pas là toute la tâche de l'eugénique ; elle en a une autre, plus importante encore, à remplir. M. Houssaye a fait remarquer que les familles tarées s'éliminent d'elles-mêmes par la dégénérescence, la mort précoce et l'infécondité. Mais les familles saines ne vont-elles pas se détériorer à leur tour, par l'effet d'un milieu de culture devenu défavorable à la race, et l'hygiène et l'éducation morale seront-elles capables non seulement de les défendre, mais aussi de les perfectionner ? Voilà le vrai problème que le Congrès de Londres a à peine entrevu, mais que les Congrès futurs auront à aborder nettement et à résoudre, si l'eugénique ne veut perdre ni son rang comme discipline indépendante, ni sa valeur comme instrument de protection et de progrès.

MÉDECINE PRATIQUE

L'URÉMIE MUSCULAIRE

Les symptômes de l'urémie sont si nombreux que, dans les descriptions classiques même les meilleures, quelques-uns sont à peine mentionnés ou très rapidement décrits ; il en est ainsi pour les symptômes musculaires et, si l'on veut les bien connaître, il faut lire la thèse de Duroisel (1). A la Maison départementale de Nanterre, où l'urémie est observée avec une très grande fréquence, Duroisel étudia, dans le service du docteur Sapelier, les accidents musculaires du mal de Bright et en donna, dans sa thèse, une excellente description. Ces accidents sont de deux ordres : contractures ou parésies.

Les contractures peuvent atteindre presque tous les muscles, mais elles se localisent de préférence aux membres et tout particulièrement à leurs extrémités. Siègent-elles aux mains, elles provoquent presque toujours l'attitude de la main en cône, la main d'accoucheur, comme dans la forme classique de la tétanie ; elles peuvent aussi raidir les mains en d'autres attitudes ; en même temps, l'avant-bras et les bras sont contracturés en adduction et en flexion ; aux extrémités inférieures la pointe du pied est abaissée, les orteils fléchis vers la plante. Dans d'autres cas, c'est aux muscles du cou que siège la contracture et l'on observe alors le torticolis brightique, qui a été signalé par Dieulafoy. Chez certains malades, les muscles dorso-lombaires ou les muscles masticateurs sont atteints, d'où un lumbago ou un trismus brightique.

(1) DUROISEL. *Les accidents musculaires au cours du mal de Bright (urémie musculaire)*, Th. de Paris, nov. 1902, n° 17.

Les parésies déterminent des sensations de lourdeur et d'engourdissement; les muscles du cou, des membres supérieurs ou inférieurs en sont le siège et, dans les cas les plus prononcés, les malades arrivent à ne plus pouvoir remuer les bras et les jambes. Selon la localisation des parésies, on observe le type monoplégique, paraplégique ou hémiplégique, mais, quelle que soit la localisation, il s'agit d'accidents purement locaux, périphériques, très distincts par conséquent des paralysies urémiques d'origine centrale; ces dernières s'accompagnent d'ictus, de troubles cérébraux, qui n'existent pas en cas d'urémie musculaire.

Les contractures ou les parésies ont, dans l'urémie, un début lent ou brusque; elles se produisent par accès qui durent de quelques heures à plusieurs jours; elles disparaissent ensuite plus ou moins complètement mais ont une grande tendance à se reproduire. Parfois les symptômes hypertoniques de tétanie et les symptômes hypotoniques de parésie sont associés ou se succèdent chez un malade. Le diagnostic étiologique de ces accidents d'urémie musculaire sera fait par l'examen complet du malade, par l'analyse des urines et la recherche des différents signes du brightisme.

Ces faits méritent donc d'être connus. Tout récemment, U. Monnier (1) a rappelé leur intérêt clinique et leur fréquence; à la description de Duroisel, il a ajouté une troisième variété d'urémie musculaire : la forme myoclonique. Comme exemple de cette forme, M. Monnier relate l'observation suivante : une femme de soixante-deux ans entre à l'Hôtel-Dieu de Nantes, parce que, depuis un mois, elle éprouve beaucoup de peine à marcher; en l'examinant, on constate des douleurs au niveau des masses musculaires dans les membres inférieurs, et même dans les membres supérieurs; de temps en temps, les muscles sont le siège de secousses à la fois subites et rapides, comme des secousses électriques; c'est un syndrome myoclonique, accentué surtout aux bras et aux avant-bras. Bruit de galop, hypertrophie du cœur, pouls tendu, albuminurie imposent le diagnostic d'urémie. La recherche du taux de l'urée dans le sang montre d'ailleurs une rétention forte (5 grammes d'urée par litre). Malgré une saignée et des injections d'huile camphrée, la malade meurt le lendemain de son entrée; à l'autopsie : cœur énorme, reins atrophiés avec deux graviers uriques au centre de l'un d'eux, ce qui confirmait le diagnostic. L'urémie musculaire s'est donc manifestée, dans ce cas, par une douleur spontanée et surtout provoquée au niveau des muscles, par des secousses du type myoclonique. Les secousses myocloniques étaient plus prononcées aux membres supérieurs et s'accompagnaient de tremblement. La malade n'avait jamais présenté ni convulsions, ni contractures, ni paralysies; il s'agit donc bien d'une forme particulière d'urémie musculaire, la forme myoclonique; c'est la conséquence d'une intoxication des muscles par les poisons retenus dans la circulation.

D'après U. Monnier, le pronostic de cette urémie musculaire est très grave; sans comporter un pronostic immédiatement fatal, l'apparition de troubles musculaires témoigne de la déchéance définitive des reins et doit être considérée comme un signe avant-coureur d'une terminaison prochaine. Le traitement qui s'impose est avant tout la saignée, puis la thérapeutique habituelle de l'urémie grave. M. BRELET.

(1) U. MONNIER. L'urémie musculaire; à propos d'un cas de myoclonie d'origine urémique, *Gaz. méd. de Nantes*, 20 juil. 1912.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

JURISPRUDENCE

DU CHOIX DES EXPERTS EN MATIÈRE D'ACCIDENT DU TRAVAIL (1)

Une autre objection a été soulevée. On prétend que les désignations d'experts médecins en justice de paix ne doivent pas être soumises à une réglementation applicable aux désignations faites par les tribunaux d'arrondissement. Or si nous nous reportons à la loi de 1892, celle-ci ne parle que des experts devant les *tribunaux*. N'est-ce pas une expression générale englobant les tribunaux de paix? En outre le juge de paix est le magistrat qui sert de pivot à toute la procédure. Le rapport médico-légal qui lui est fourni lui permet de régler l'indemnité temporaire, et de se dessaisir au profit du tribunal quand il y a incapacité permanente. Or ce rapport doit être fait avec toutes les garanties. Il arrive souvent que, devant le magistrat conciliateur ou devant le conciliateur, les parties se trouvent gênées par les lacunes d'un rapport. Parfois même on s'est trouvé en présence du médecin d'une compagnie d'assurances. Le tribunal nomme un nouvel expert, celui-là pris sur la liste officielle, et lorsque ses conclusions viennent détruire celles de son confrère nommé par le juge de paix, il faut procéder à la nomination de trois experts.

Il n'y a pas à insister sur la question de frais considérables; le cas précité nous le prouve surabondamment.

Il ne nous reste plus qu'à conclure. La solution adoptée par le tribunal de la Seine doit être retenue.

Elle a des conséquences pratiques considérables, qui d'ailleurs sont tirées d'une interprétation juridique des textes qui nous paraît rigoureusement exacte.

Voici d'ailleurs les principaux attendus de ce jugement :

« Qu'on ne saurait au surplus s'arrêter ni avoir égard aux conclusions du rapport du médecin commis par le juge de paix, l'expertise à laquelle il a été procédé étant nulle;

Qu'en effet, si la loi de 1898 confère aux juges de paix le pouvoir le plus étendu pour éclairer le tribunal sur les circonstances, les causes et les conséquences de l'accident, ils n'en sont pas moins tenus de se conformer à la loi pour le choix des médecins qu'ils commettent; qu'il n'est pas douteux que les expertises médico-légales qu'ils ordonnent sont bien des expertises au sens légal du mot (*Sachet*, t. I, nos 1085 et 1086); que le médecin désigné en vertu de l'article 13 de la loi de 1898 est bien un expert qui prête serment et dépose un rapport; qu'il y a lieu d'ailleurs de se reporter en droit à l'article 13 dans son ensemble pour se convaincre qu'il ne peut s'agir que d'un expert et en fait aux jugements quotidiennement rendus par les *tribunaux de paix* qui commettent des experts, lesquels en exécution desdits jugements prêtent serment et déposent des rapports; qu'on ne concevait pas comment il pourrait en être autrement;

Attendu que le texte, auquel les tribunaux, soit de paix, soit de première instance et autres juridictions sont tenus de se conformer, est le décret d'administration publique du 21 novembre 1893, pris en exécution de l'article 14 (§ 2 et 3) de la loi du 30 novembre 1892 qui décide : (art. 1er) que les cours d'appel chaque année, en assemblée, en chambre du conseil, désignent, sur des listes de proposition des tribunaux de première instance du ressort, les docteurs en médecine à qui elles confèrent le titre d'experts devant les tribunaux; (art. 2) qu'on ne peut inscrire que des Français; (art. 3) qu'en dehors des cas prévus aux articles 43, 44, 235 et 268 du code d'instruction criminelle, les opérations d'expertises ne peuvent être confiées à un docteur en médecine qui n'aurait pas le titre d'expert;

Attendu en fait que le juge de paix a commis le docteur

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, no 100, p. 1407, et no 103, p. 1445.

Herscher, qui, malgré ses titres d'ancien interne des hôpitaux et de chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, n'est pas expert;

Que la loi de 1898 étant d'ordre public, le tribunal peut d'office se saisir de la nullité;

Par ces motifs :

Déclare nulle ladite expertise comme ayant été ordonnée en violation des prescriptions de l'article 3 du décret du 21 novembre 1893 pris en exécution des paragraphes 2 et 3 de l'article 14 de la loi du 30 novembre 1892 et infirme les jugements du juge de paix. »

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 SEPTEMBRE 1912)

Action cardiaque comparée de l'extrait physiologique de digitale et des autres préparations digitaliques. — On sait que la pharmacopée s'est enrichie dans ces dernières années, grâce à MM. Perrot et Goris, de médicaments galéniques nouveaux appelés *extraits physiologiques*; leur caractéristique est d'être retirés des végétaux à l'abri de la chaleur et des modifications diastasiques survenant après la récolte dans les principes constituants. Il est intéressant pour le médecin de savoir si ce mode spécial d'extraction confère à ces préparations une action pharmacodynamique propre et susceptible de les individualiser par rapport aux médicaments galéniques ou aux substances définies déjà connues. M. H. BUSQUET, étudiant comparativement les effets cardiaques de l'extrait physiologique de digitale et des autres médicaments retirés de cette plante, a constaté entre ces deux catégories de produits des propriétés identiques et des propriétés différentielles.

Les unes et les autres ont une action cardio-tonique identique, modifient de même le rythme cardiaque, suppriment à forte dose le pouvoir cardio-inhibiteur du vague, et provoquent la régularisation prémortelle des battements cardiaques.

Mais avec l'extrait physiologique on ne note pas le ralentissement des battements cardiaques, précédant leur accélération et l'arythmie; on ne provoque point d'extrasystoles ou du moins à un bien moindre degré; enfin tandis que la digitaline provoque après la régularisation prémortelle des battements cardiaques un état de tétanisation du myocarde suivi immédiatement de trémulations fibrillaires, avec l'extrait physiologique de digitale la mort surprend brusquement le cœur au cours de cette phase prémortelle et celui-ci s'arrête en diastole sans trémulations fibrillaires.

La nouveauté de la technique d'extraction des extraits physiologiques confère donc aux produits obtenus une modalité nouvelle d'action biologique.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur la recherche des bacilles tuberculeux dans le sang au cours de la tuberculose pulmonaire et sur son importance pronostique. (HILGERMANN et J. LOSSEN. *Deut. med. Woch.*, 9 mai 1912, n° 19, p. 895-897.) — La technique employée par les auteurs pour déceler le bacille de Koch dans le sang des tuberculeux pulmonaires est la suivante. Dix centimètres cubes de sang prélevés par ponction veineuse sont immédiatement mélangés et agités avec 20 centimètres cubes d'une solution à 3 p. 100 d'acide acétique, puis laissés au repos une demi-heure. Le mélange est ensuite centrifugé; quelques anses du culot sont étalés sur lames pour être immédiatement examinés (mais ce premier examen n'a donné de résultat que dans deux cas). Le restant du culot est mélangé à trois fois son volume de solution d'antiformine à 15 p. 100; le mélange est porté à l'étuve à 37 degrés pendant plusieurs heures. Après centrifugation, le culot est lavé plusieurs fois à l'eau stérile, puis étalé sur des lames préalablement flambées.

Le nombre des microbes trouvés sur ces lames est toujours extrêmement restreint; aussi faut-il pour donner une réponse poursuivre l'examen pendant plusieurs heures ce qui ôte à cette méthode beaucoup de sa valeur pratique.

Sur 64 cas de tuberculose pulmonaire ainsi examinés, 17 fois le bacille tuberculeux fut trouvé dans le sang; 3 fois sur 12 tuberculeux à la première ou au début de la deuxième période; 7 fois sur 28 tuberculeux en pleine deuxième période; 7 fois sur 24 tuberculeux à la troisième période.

La présence de bacilles de Koch dans le sang ne semble pas en rapport avec des poussées fébriles. Sur les 17 cas positifs 6 seulement présentaient un état subfébrile variant entre 37°2 et 38 degrés. Mais l'évolution ultérieure de la maladie semble, chez les sujets avec bacilles dans le sang, moins favorable que dans le cas contraire. Pourtant cette bacillémie ne peut être considérée comme l'annonce d'une tuberculose miliaire généralisée, car les auteurs ont pu observer dans ces cas des survies d'un an et même plus et même des améliorations durables de l'état général.

Trois des 17 malades sont morts : tous étaient à la troisième période au moment de l'examen du sang : un seul a succombé à une méningite tuberculeuse. A. LEMIERRE.

La localisation des lésions cérébelleuses. (R. BING. *Rund. f. Med.*, 9 déc. 1911.) — Nous avons déjà analysé dans ce journal la première partie de ce travail; l'auteur étudie, dans cette seconde partie, des phénomènes cérébelleux, d'ordre secondaire.

La *catalepsie cérébelleuse*, que récemment Babinski a décrite, résulte d'une lésion des fibres qui relient au cervelet les lobes frontaux du cerveau. Le *vertige cérébelleux* se rapproche fort du vertige labyrinthique, car même lorsqu'il est produit par un foyer nettement intracérébelleux, il doit être considéré comme provenant d'une irritation des voies vestibulo-cérébelleuses.

Le *nystagmus* résulte dans certains cas de la suppression subite de l'innervation cérébelleuse du noyau de Deiters, dans d'autres cas d'un phénomène irritatif intéressant le noyau de Deiters.

Le *nystagmus vertical* est un symptôme précoce de la compression des tubercules quadrijumeaux.

L'auteur termine son excellente étude, par des données expérimentales très intéressantes, mais trop spéciales pour être résumées ici; nous nous contentons de les signaler aux lecteurs, que la physiologie du cervelet intéresse spécialement.

B. GAYARD.

A propos de deux cas de rhinophyma. (*Arch. Brasil. de med.*, octobre 1911, n° 5.) — Le docteur Fernando Luz, assistant de clinique chirurgicale de Bahia, a observé et opéré récemment deux cas de rhinophyma. L'examen histologique des deux tumeurs a confirmé la manière de voir de Saboureau et Devergie quant à l'origine du processus pathologique. Il s'agissait en effet d'une hypertrophie de la peau portant sur toutes les couches y compris les vaisseaux. Les glandes sébacées étaient remplies d'une substance caséiforme qui, sur les sections, se laissait facilement enlever et laissait vide la cavité des glandes.

Relativement à l'étiologie de l'affection, dans le premier cas, où cependant l'alcoolisme était absent, on sentait les artères dures et la pression artérielle était élevée.

Dans le second cas la syphilis entrait en ligne de compte comme facteur étiologique.

Les deux observations témoignent de l'importance considérable du traitement opératoire de l'affection, le deuxième cas surtout, dans lequel la cautérisation linéaire au thermocautère avait échoué. A. GAULLIEUR L'HARDY.

MÉDECINE INFANTILE

Observations sur le traitement de l'eczéma infantile, par les mutations lactées. (VARIOT. *La clinique infantile*, 15 nov. 1911.) — L'eczéma des nourrissons coexiste habituellement avec des troubles digestifs plus ou moins accentués; souvent il suffit pour rendre aux selles leurs caractères normaux, ou bien d'ajouter quelques biberons de lait surchauffé ou homogénéisé aux tétées au sein, ou de substituer entièrement à l'allaitement maternel l'élevage artificiel, ou de donner à l'enfant une autre nourrice; en même temps que se modifient les selles, l'on observe une amélioration très sensible, et très rapide des affections cutanées.

L'eczéma vrai est plus fréquent chez l'enfant élevé au sein, que chez celui élevé artificiellement. Il faut invoquer pour expliquer cette particularité, un état nerveux spécial de la mère, et des modifications du lait. Aussi, en présence de l'un quelconque de ces eczémas, suffit-il pour amener une prompte amélioration, de substituer deux ou trois prises de lait surchauffé ou homogénéisé, ou de lait frais aseptique, aux tétées. Chaque biberon est additionné d'un peu de citrate de soude.

Le traitement sera complété, par quelques bains d'amidon, par une onction à l'aide de la pâte de zinc; on aura quelquefois recours, dans les cas rebelles, aux *injections d'eau de mer*. Grâce à cette médication, très rapidement s'amélioreront ces eczémas, souvent si généralisés et si tenaces chez l'enfant.

B. GAYARD.

CHIRURGIE

Etude sur les anomalies du rein. (J. Newman DORLAND. *Surg., gynec. and obst.*, t. XII, juillet 1911, pp. 303-319.) — Dorland rapporte deux cas d'anomalie rénale intéressants : le premier, trouvé sur le cadavre d'une femme de soixante-douze ans au cours d'exercices de médecine opératoire, est un cas de rein *pariétal* : un rein de forme normale, mais n'ayant qu'un tiers du volume normal fut trouvé derrière la paroi abdominale antérieure (quadrant antéro-inférieur gauche) à mi-chemin entre l'ombilic et l'épine iliaque antéro-supérieure, entre les muscles de la paroi et le péritoine. Un uretère plus grêle que de coutume, mais parfaitement perméable allait du rein à la vessie. Le rein droit était normal. L'artère du rein anormal venait de l'iliaque interne : la veine allait à la veine iliaque interne. Cette anomalie pariétale est la plus rare de toutes : il n'y a qu'un cas comparable, rapporté par Newman.

Dans le second cas il s'agit d'un rein en fer à cheval, mais non de la variété ordinaire. Les extrémités supérieures étaient fusionnées, et le plan du fer à cheval était horizontal, perpendiculaire à la colonne vertébrale, la concavité étant antérieure.

Une liste complète des cas d'anomalies rénales publiés depuis 1898 et une revue complète du sujet font suite. Toutes ces anomalies dépendent d'anomalies d'évolution des bourgeons épithéliaux, uretéraux, et non point d'anomalies vasculaires, comme on le croyait antérieurement.

F. GARDNER.

NEUROLOGIE

Hémorragie méningée curable. Valeur diagnostique du liquide céphalo-rachidien. (CONOS et XANTHOPOULOS. *L'Encéphale*, 10 janv. 1912.) — Un homme de 38 ans, présente, au cours du coït, un ictus apoplectique suivi de vomissements et céphalée, raideur de la nuque, Kernig, ralentissement du pouls, dilatation et paresse des pupilles à la lumière, apyrexie, sans symptômes de localisation, pression élevée du liquide céphalo-rachidien qui est franchement hémorragique mais ne présente pas jusqu'au troisième jour de réaction cytologique. Il s'agit d'une hémorragie méningée, à l'exclusion de l'hémorragie cérébrale et de celle qui peut apparaître au cours de la méningite tuberculeuse ou cérébro-spinale aiguë.

Le pronostic, en général grave, n'exclut pas tout espoir de guérison, surtout chez les individus jeunes.

La ponction lombaire, dans les cas de ce genre où la pression du liquide est augmentée, se trouve particulièrement indiquée; elle décomprime les centres et soulage les malades. Elle est pour le diagnostic et le pronostic de la plus grande utilité. Au début il n'y a que du sang dans le liquide. Vers le huitième jour les globules rouges sont déformés et on observe de nombreux polynucléaires avec quelques rares lymphocytes. Vers le seizième jour les hématies ont disparu, il y a quelques polynucléaires et une lymphocytose intense. Après un mois la lymphocytose redevient discrète, la guérison est obtenue. Pour ne pas induire en erreur, la ponction doit être pratiquée en série, elle permet ainsi d'éviter la confusion avec les états méningés infectieux. P. CAMUS.

Contribution à l'étude des lésions du noyau lenticulaire. (J. MOREIRA DA FONSECA. Th. de Rio de Janeiro, 1912, 100 p., 10 pl.). — Etude anatomo-clinique de deux cas; voici les conclusions de l'auteur :

Une lésion du noyau lenticulaire peut déterminer une hémiplégie ou une hémiparésie intéressant le facial inférieur, généralement régresseur, à laquelle se joint maintes fois une monoplégie du membre inférieur du côté opposé. L'hémianesthésie est moins intense, la contracture est moins précoce. On note la déviation conjuguée de la tête et des yeux, des troubles trophiques : œdèmes, escarres, atrophies, etc., dysarthrie surtout en cas du noyau caudé, etc. On ne peut isoler un syndrome lenticulaire bien distinct. L. ALQUIER.

Un cas d'acromégalie avec autopsie. (Gilbert BALLET et LAIGNEL-LAVASTINE. *L'Encéphale*, janv. 1912.) — A l'autopsie d'une femme de soixante et un ans, acromégalique, les auteurs ont observé des lésions hypophysaires constituées par de l'hyperplasie glandulaire avec prédominance de cellules éosinophiles dans le lobe antérieur et par l'augmentation manifeste des cellules à pigment du lobe postérieur. Ils ont trouvé de l'hyperfonctionnement corrélatif des glandes endocrines, thyroïde et surrénale, ainsi que de l'atrophie des ovaires. P. CAMUS.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de radiumthérapie (1), par M. J. BARCAT.

Après une courte préface du docteur Balzer, une étude de Dominici sur « la réceptivité des tissus normaux et pathologiques à l'action du rayonnement du radium » sert d'introduction à l'ouvrage de Barcat.

Dominici démontre que, si le radium comme les rayons X est un caustique, ce n'est pas un caustique banal. Ce qui caractérise le rayonnement du radium, ce n'est pas « son action destructive, mais ce sont ses effets stimulants métaboliques à l'égard des tissus des animaux et des végétaux ».

La réceptivité des tissus normaux, au rayonnement, dépend de leur âge, mais aussi « de dispositions inhérentes à l'espèce ou à la race des éléments d'un même organisme ». Et cette influence de l'âge, de l'espèce ou de la race continuent de régir la sensibilité au rayonnement des tissus remaniés par un processus néoplasique du genre des tumeurs ou par l'inflammation, à moins que ces états pathologiques ne modifient la réceptivité des cellules.

Les effets de l'irradiation sur ces tissus néoplasiques sont de trois ordres : inhibitif, il se produit un arrêt d'accroisse-

(1) 300 pages. — Paris. Maloine.

ment du néoplasme; destructif; évolutif. Une fraction des cellules des tumeurs malignes repasse à l'état normal. Ces effets, encore un peu complexes, sont de jour en jour mieux étudiés, et l'auteur espère que la technique radiumthérapique se précisant, le nombre des tumeurs et des affections justiciables du radium s'accroîtront dans de grandes proportions.

Quelques mots sur l'histoire du radium, sa découverte, ses premiers expérimentateurs, constituent l'avant-propos de ce Précis.

Nous y apprenons que c'est à un médecin français, le docteur Danlos, que revient l'honneur d'avoir fait les premiers essais de radiumthérapie. De nombreux expérimentateurs l'ont suivi dans cette voie.

L'ouvrage lui-même est divisé en deux parties.

Dans la première, partie théorique, l'auteur s'occupe de l'étude physico-chimique du radium, dont les propriétés ont été découvertes grâce aux travaux de MM. Poincaré, Becquerel, M. et Mme Curie. Les deux qui le caractérisent sont :

1° Le rayonnement;

2° L'émanation.

Le rayonnement est complexe : trois espèces de rayons le constituent : les rayons α, β, γ. Ce sont les rayons γ qui correspondent aux rayons X dont ils diffèrent cependant par leur pouvoir de pénétration, ainsi que l'ont montré Dominici et Beaudoin. Ces rayons rendent l'écran lumineux, impressionnent la plaque photographique, déchargent l'électroscope. C'est sur sur cette dernière propriété qu'est basée la méthode de mesure la plus commode pour apprécier l'activité d'un sel radifère.

L'émanation découverte par Curie, « sorte de gaz ou de vapeur qui communique aux objets voisins une radioactivité induite », a toutes les propriétés physiques des gaz.

Les effets physiologiques du radium sont longuement étudiés. Il a une action très nette sur les bactéries, retarde leur développement, atténue leur virulence, mais il est incapable de les stériliser complètement, sauf peut-être pour le virus rabique et le gonocoque. Les toxines sont également atténuées, les ferments tués par de hautes doses, exaltés par des faibles.

A doses expérimentales, les effets du rayonnement sur les organismes vivants sont très nocifs; à doses thérapeutiques, ce sont des effets purement locaux dont l'intensité varie avec la durée d'application, en passant par trois stades, aussi bien au point de vue histologique que clinique : érythème, exulcération, cicatrisation.

Sur le sang, Aubertin et Delamarre ont constaté une leucémie très nette.

En thérapeutique, on utilise les deux modes d'activité du radium : le rayonnement et l'émanation.

L'émanation s'emploie sous forme de :

1° Produits radioactivés par l'émanation isolée;

2° Produits radioactivés par addition de radium en nature;

3° Eaux minérales;

4° Pommades, poudres, renfermant des sels de radium;

5° Injections de sérum radifère;

6° Par ionisation ou introduction de l'ion radium dans l'organisme par électrolyse d'une solution renfermant un sel de radium. Ce dernier procédé, encore à l'étude, a donné quelques résultats très encourageants.

Le rayonnement qu'on utilise en thérapeutique est émis par des sels de radium dans des appareils variés : tubes clos, appareils à vernis de Danne, toiles, etc.

Suivant la qualité des rayons employés, on peut distinguer trois méthodes :

a. Méthode du rayonnement mou ou rayonnement global;

b. Méthode du rayonnement pénétrant;

c. Méthode du rayonnement ultrapénétrant de Dominici, qui semble être le plus en honneur à l'heure actuelle, et qui consiste à n'utiliser que le rayonnement qui passe à travers un écran d'au moins 4/10e de millimètre d'un métal dense tel que le plomb.

Les effets thérapeutiques de ce rayonnement constituent la seconde partie de l'ouvrage, partie dans laquelle l'auteur relate de nombreuses affections où la radiumthérapie a été utilisée avec un succès plus ou moins grand. Nous nous contenterons de signaler les principales, celles qui ont tiré un bénéfice incontestable de cette thérapeutique.

En dermatologie, l'épithélioma des lèvres, de la langue, la leucoplasie, l'acné sébacée concrète, les angiomes, les papillomes, les nævi tuberculeux simples, le lupus érythémateux, les adénites tuberculeuses, etc., etc., ont été traités avec un certain succès par le radium; mais ce sont l'épithélioma cutané et le nævus plan qui bénéficient surtout de cette thérapeutique. L'auteur illustre son texte de nombreuses photographies qui montrent bien l'efficacité comparative des diverses méthodes employées et indiquent clairement celles qui conviennent le mieux à des cas si variés.

En vénéréologie, les syphilides papuleuses rebelles, le chancre mou, le rhumatisme blennorragique, etc., ont été favorablement influencés par le radium.

En chirurgie, l'auteur relate certains succès obtenus dans le cancer du sein limité, le cancer de l'estomac et de l'intestin, le cancer de la vessie, l'épithélioma du rectum, les sarcomes, etc. Dans ces divers cas, l'application du radium nécessite l'intervention chirurgicale, car il est utile d'aller porter au sein même des lésions l'appareil contenant le radium. Cette alliance chirurgico-radiumthérapique a donné des résultats encourageants dans des cas considérés comme désespérés.

En gynécologie, cancers de l'utérus inopérables, fibromes, métrites rebelles, etc., ont bénéficié de la radiumthérapie.

En médecine générale, le radium a donné des résultats plus ou moins brillants dans le goître exophtalmique, quelques maladies infectieuses : fièvre typhoïde, septicémies diverses. L'action sur les maladies par ralentissement de la nutrition est encore à l'étude.

En oto-rhino-laryngologie, quelques résultats ont été obtenus dans le cancer du larynx, l'épithélioma de l'œsophage.

En oculistique, Darier a utilisé le radium dans certains cas d'hémorragie oculaire et d'affections douloureuses de l'œil.

Cette brève énumération ne peut donner qu'une idée bien incomplète des nombreux faits qui sont exposés dans cet ouvrage avec beaucoup de précision et de clarté. La lecture s'en impose à tout médecin spécialisé ou non, voulant faire bénéficier ses malades des nouvelles ressources que lui offre cette thérapeutique dans des cas où les traitements classiques ont souvent échoué. Il y trouvera les résultats qu'il est en droit d'espérer, comme aussi les mécomptes qu'il peut avoir.

Le radium, par suite de son prix élevé, de la difficulté de s'en procurer, n'est pas à la portée de tous les praticiens qui pourraient regretter de ne pouvoir utiliser cette thérapeutique; mais que ceux-ci se rassurent, les rayons X, d'application sinon plus facile, du moins plus généralisée, donnent des résultats tout à fait comparables à ceux du radium. Aussi avons-nous été heureux de constater que l'auteur ne cherche pas à opposer rayons X et radium, comme on est tenté trop souvent de le faire, mais, au contraire, d'en montrer l'analogie apparente tout au moins. « D'une façon générale, les indications du radium, dit-il dans ses conclusions, doublent celles des rayons X. »

DELHERM et DECHAMBRE.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Juillet 1912.) BALTHAZARD : La question de l'état antérieur dans les accidents du travail. La jurisprudence est-elle bien fixée ? — STIERLIN (Bate) : Effet des catastrophes sur le système nerveux. Observations faites dans six catastrophes, y compris celle de Courrières. — WIENER : Etude sur la quarantaine.

Annales médico-psychologiques. — (N° 7, juillet 1912.) MAIRET et GAUJOUX : L'invalidité intellectuelle et morale dans les écoles de Montpellier. — LIBERT : Un cas de délire d'imagination. — GARNIER : Le crime de Roussillon et l'état mental de ses trois auteurs. — PARENT père : Divorce et aliénation mentale. Les maladies mentales dues au mariage. Le pronostic de l'incurabilité.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 337, 10 juillet 1912.) SPEDER : Le traitement radiothérapique de l'hypertricose. — DAVID et DESPLATS : De l'action des rayons X dans la leucémie. — (N° 338, 25 juillet.) ROQUES : Le traitement radiothérapique des adénites chroniques bacillaires. — MIRAMOND DE LA ROQUETTE : Actions des bains de lumière naturelle et artificielle. — BELOT et AUBOURG : Les méthodes d'exploration radiologique du tube digestif. Essai d'unification.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 7, juillet 1912.) VERGUES : L'oreille et la fièvre typhoïde. — DURANTON : Aération et ventilation à bord du croiseur *Kléber* (*suite*).

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 7, juillet 1912.) CAILLÉ, DURAND, MARRE : Résultats immédiats et éloignés du traitement chirurgical dans 45 cas d'ulcère gastrique ou duodénal. — LABBÉ : Le diabète bronzé.

Archives générales de médecine. — (Juillet 1912.) LALESQUE : La prophylaxie de la tuberculose pulmonaire. — MOSNY : Dangers des méthodes simplifiées opposées à la méthode clinique de l'exercice physiologique de respiration. — ROSENTHAL : Recherches sur le traitement direct de la tuberculose pulmonaire.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 7, juillet 1912.) CHATON : La trompe utérine dans les tumeurs ovariennes à pédicule tordu (*fin*). — RODIER : Quelques observations des différentes formes de la mélancolie. Leur traitement en colonie familiale (*suite*).

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXVII, n° 1, 4 juillet 1912.) J. C. HUBLARD : Métastases éloignées à la suite du cancer du sein. — Ehner S. TENNEY : Examen du sang et des selles dans une compagnie d'éclaireurs des Philippines (1 tableau). — Charles J. KICKHAM : Les théories sur la pathogénie des monstres (1 fig.). — Sur les suppurations de l'arbre urinaire : H. TERRY : Suppurations de l'urètre, de la prostate et des vésicules séminales. — Herman C. PITTS : Suppurations de la vessie. — O. C. SMITH : Lésions suppurées des reins et de l'uretère.

Bulletin général de thérapeutique. — (8 juillet 1912.) Eugène REMETE : Sur l'antisepsie des voies urinaires. — BENI-BARDE : Hydrothérapie dans la tuberculose pulmonaire. — (15 juillet.) Albert ROBIN : La thérapeutique thermale, balnéaire et climatique. La science hydrologique au début du XXe siècle. — (23 juillet.) Ed. LAVAL : Les petites affections courantes du pied (en dehors des traumatismes). Leur traitement. — (30 juillet.) G. BARDET : Iatrochimie et cytotropisme. L'action des analgésiques et des hypnotiques interprétée d'après la théorie de fixation d'Ehrlich.

Bulletin médical. — (N° 52, 29 juin 1912.) HUTINEL : Tuberculose pulmonaire et cardiopathies chez les enfants. — PAUTNER : Le traitement de la syphilis par l'ingestion de calomel à doses fractionnées. — (N° 53, 3 juillet.) P.-E. WEIL : Les ménorragies de la puberté. — (N° 54, 6 juil.) MAUCLAIRE : Des essais de traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. — (N° 55, 10 juillet.) CHALIER et CRÉMIEU : Sur un cas de phlébite pneumococcique. — (N° 56, 13 juillet.) HUTINEL : Pronostic de la tuberculose du nourrisson. — (N° 57, 17 juillet.) MALJEAN : Science et tradition en médecine.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 13, 25 juillet 1912.) MOLL et MIROUSE : Hyperesthésies musculaires systématisées chez les tuberculeux. — CURTILLET et LOMBARD : Un cas de sokodu.

Clinique. — (N° 27, 5 juillet 1912.) POTHERAT : Ulcérations linguales. — RUDAUX : Malformations utérines et grossesses. — PAUCHET : Le dégraissage sanglant de la paroi abdominale. — GUILLON : Autour du bagne guyannais (*suite*). — SABOURAUD : Syphilides impétigineuses de la face chez l'homme adulte. — ZUNT-BURGUET : Exposé général d'une méthode de rééducation auditive. — DUR : Traitement du psoriasis par l'énésol. — (N° 28, 12 juillet.) MATHIEU : Les tendances contemporaines en pathologie gastro-intestinale. — DELBET : Plaie pénétrante de poitrine par coup de feu. — SABOURAUD : Le Kérien de Celse. — CASTAIGNE : L'asystolie hépatique dans les néphrites chroniques hydruriques. — (N° 29, 19 juillet.) RIBADEAU-DUMAS : Traitement de la diphtérie maligne. — PERRIN : Quelques considérations sur la thérapeutique actuelle de la blennorragie. — PAUCHET : La cure solaire. — SABOURAUD : Prurigo et lichénisation. Eczéma et eczématisation. — JORGE et GOUVEA : Un cas de neurasthénie sexuelle guérie par l'endoscopie. — (N° 30, 26 juillet.) DELBET : Rétrécissement du rectum. — RUDAUX : Hydrocéphalie et accouchement.

Echo médical du Nord. — (N° 27, 7 juillet 1912.) J. MINET et J. LECLERCQ : L'anti-anaphylaxie. — (N° 28, 14 juillet.) P. HANNARD : A propos des transformations évolutives de la paralysie générale. Les syndromes paralytiques de longue durée. — G. DURIAU et J. VILLETTE : Infection pneumococcique à localisations multiples. Trois observations. — DURAR fils : Strabisme et syncinésie. — (N° 29, 21 juillet.) G.-L. HALLEZ et D. PETIT-DUTAILLIS : A propos d'un cas fruste de méningite cérébro-spinale. Remarques sur quelques particularités cliniques et bactériologiques. — (N° 30, 28 juillet.) R. PIERRET et M. DUHOT : L'hormone péristaltique (hormonal) et la constipation chronique (à propos de neuf observations).

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 27, 7 juillet.) E. MICHELEAU : Arthropathie tabétique et gommes juxta-articulaires. Bons effets thérapeutiques de l'emploi successif de plusieurs sels mercuriels. — LABEAU : De l'application des courants faradiques rythmés dans la paralysie du moteur oculaire commun. — (N° 28, 14 juillet.) C. BRUNETIÈRE : Contribution à l'étiologie de l'œdème aigu récidivant des paupières. — (N° 29, 21 juillet.) E. BITOT et F. PAPIN : Les hématémèses par artério-sclérose gastrique. — (N° 30, 28 juillet.) P. LEMAIRE : Sur une prescription antituberculeuse et ses incompatibilités. Hyposulfite de soude et applications externes de teinture d'iode. — C. FROMAGET et H. FROMAGET : Nystagmus latent (nystagmus et strabisme). — BEAUVIEUX : Tuberculine et tuberculose.

Gazette médicale de Nantes. — (N° 27, 6 juillet 1912.) FAVREUL : Diagnostic et traitement des perforations de l'intestin grêle au cours de la fièvre typhoïde (*suite*). — (N° 28, 13 juillet.) MÉNARD : La vaccination antityphique. — (N° 29, 20 juillet.) U. MONIER : L'urémie musculaire, à propos d'un cas de myoclonie d'origine urémique.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 juil. 1912.) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : Les abus de l'eau en chirurgie. — HUITZ : Le traitement des pleurésies aiguës. Traitement de la colique hépatique. — BROCQ : Sur un cas de lichen-plan. Influence de l'hygiène sur l'évolution naturelle de la syphilis. Traitement de l'ichtyose.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Composition des deux sections du jury.

Anatomie. — MM. Babonneix, Crouzon, Heitz-Boyer, Marcille.

Pathologie. — MM. Aubertin, Mocquot, Dupuy-Dutemps, Couvelaire.

ORDRE DE PASSAGE. — 1° *Candidats militaires.*

2° *Anatomie.* — Deuxième moitié : première et deuxième séries. — Première moitié : deuxième et première séries.

Pathologie. — Première moitié : deuxième et première séries. — Deuxième moitié : Première et deuxième séries.

3° Candidats ne possédant que trois inscriptions :

Anatomie. — Deuxième et première moitiés.

Pathologie. — Première et deuxième moitiés.

— La section d'anatomie siégera en principe les mardis et jeudis à quatre heures et demie, et les lundis et mercredis à huit heures et demie du soir.

— La section de pathologie siégera les lundis, mercredis, vendredis à quatre heures et demie, et le jeudi à huit heures et demie du soir.

NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 16 septembre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face ».

MM. Plantin, 13; Faiveley, 16; Veil-Picard, 12; de Bony de Lavergne, 10; Bonnardot, 16; Briand, 12; Deguy, 18; Faure, 10; Binet, 12; Marquand, 15; Puchois, 12.

LES RELIGIEUSES ET LES CLINIQUES CHIRURGICALES PRIVÉES. — La lettre suivante a été adressée par M. Peyroux, député de la Seine-Inférieure, au ministre de l'Intérieur :

« Monsieur le Ministre,

J'aurai l'honneur de vous interpeller, dès la rentrée du Parlement, sur le renvoi, des cliniques chirurgicales privées, du personnel féminin qui y était employé jusqu'ici et qui appartient à des congrégations autorisées.

Ce renvoi se comprend en effet d'autant moins que vous l'ordonnez malgré les vœux formels que vous ont adressés — au nom de l'humanité et en dehors de toute préoccupation politique — le groupe médical parlementaire et l'Association des médecins de France. Et c'est d'autant moins acceptable qu'il frappe surtout les chirurgiens de province (et leurs malades), attendu qu'il leur sera impossible de trouver des infirmières laïques pour remplacer leurs sœurs que vous chassez : toutes choses que vous savez fort bien, d'ailleurs, puisque vous m'en avez parlé vous-même.

Veuillez agréer, etc. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Henri Danlos, médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

PHYSIOTHÉRAPIE. — COURS DE VACANCES. — La première série du cours de physiothérapie, organisé par MM. Albert-Weil, Dausset, Degrais, Durey, Dominici, Kouindjy, Leroy, Sandoz et Wetterwald, comprend : l'électro, la radio, la photo, la radiumthérapie et l'hydrothérapie.

La deuxième série comprend : le massage, la gymnastique, la rééducation et la méthode de Bier.

Les cours auront lieu du 14 octobre au 7 novembre 1912, à l'Ecole des hautes études sociales, 16, rue de la Sorbonne, et dans divers hôpitaux et cliniques.

On peut s'inscrire chez MM. Vigot frères, libraires, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Compartiments-couchettes.* — Des voitures à bogies contenant des places de couchettes sont mises en service :

1° Entre *Paris et Marseille* : dans le train rapide 7, départ de Paris 21 h.; dans le train rapide 10, départ de Marseille 20 h. 15. — Supplément : 25 fr. par couchette.

2° Entre *Paris et Lyon-Perrache* : dans le train express 59, départ de Paris 22 h. 25; dans le train express 68/616, départ de Lyon-Perrache 23 h. 10. — Supplément : 10 fr. par couchette.

LE SÉRUM-RHUM

INDICATIONS ET RÉSULTATS (1)

Par M. ROBERT ENGEL,
Interne en médecine et en chirurgie à la Maison départementale de Nanterre.

Depuis le mois de juillet 1911, nous avons eu l'occasion d'employer plus de cinq cents fois les injections hypodermiques ou intraveineuses de sérum-rhum. Cette nouvelle méthode, fut employée au début uniquement chez des opérés en état de shock extrême. En présence des résultats très satisfaisants obtenus, nous l'avons en outre appliquée au traitement des pneumonies graves, à type algide, chez les vieillards.

Les résultats les plus encourageants que nous en avons obtenus nous poussent à porter à la connaissance de nos confrères cette méthode nouvelle, croyons-nous, et ses principales indications.

Depuis notre première publication (in *La Gynécologie*, février 1912) nous avons modifié légèrement notre méthode. Au sérum physiologique, nous avons substitué le sérum glucosé, à 47 p. 1000, stérilisé, et nous avons évité ainsi, chez les vieillards, le danger de l'œdème aigu du poumon.

MÉTHODE. — On utilise soit la solution de sérum de Hayem, stérilisée, soit, de préférence, la solution de sérum glycosé à 47 p. 1000, stérilisée. Il faut avoir soin que cette solution soit neutre ou même légèrement alcaline : on peut l'alcaliniser par l'adjonction de 1 gramme de phosphate de soude.

L'adjonction du rhum se fait au moment de l'injection, en se servant d'une cuiller à soupe stérilisée par le flambage, ou d'une seringue de Pravaz si on utilise les ampoules commerciales de sérum.

Le rhum employé est le meilleur et le plus vieux que nous ayons pu trouver. Nous ne saurions trop conseiller d'éviter l'usage des rhums dits « de fantaisie » trop chargés en alcools méthylique, éthylique et en furfurol.

Les doses ont varié entre une à quatre cuillers à soupe, soit 15 à 60 centimètres cubes de rhum pour 500 centimètres cubes de sérum. La dose courante, pour les états de shock peu accentués, est de 15 centimètres cubes de rhum pour 250 centimètres cubes de sérum.

Le rhum est mélangé pur au sérum, il doit peser environ 50 à 55 degrés.

Nous avons pu répéter, sans accident, chez nos grandes opérées, ou chez nos pneumoniques atteints d'asthénie cardiaque vers le dixième jour, les doses de 15 à 30 centimètres cubes de rhum pour 500 centimètres cubes de sérum glycosé, injectées quelquefois de deux en deux heures jusqu'à concurrence de 90 et 120 centimètres cubes de rhum par vingt-quatre heures.

Depuis le mois de septembre 1911, nous n'avons pas eu l'occasion de renouveler les injections de sérum-rhum chez l'enfant ; mais nous restons persuadé que, chez lui, il faut agir avec la plus grande prudence, et ne pas dépasser la dose de 15 centimètres cubes de rhum pour 500 centimètres cubes de sérum.

Chez les femmes, en état puerpéral, nous n'avons observé aucune action nocive du sérum-rhum. Leur résistance globulaire n'a pas été amoindrie du fait de ces injections, et peut-être même la réparation globulaire s'est-elle faite plus rapidement que normalement.

Nous sommes heureux de pouvoir remercier ici le docteur Roudouly (de Caussade) d'avoir bien voulu employer notre méthode. Il a obtenu des résultats des plus heureux chez une de ses accouchées atteinte d'hémorragie grave, et chez un de ses malades qui présentait une pneumonie à forme ataxo-adynamique.

A la suite d'expériences concluantes sur les animaux, nous avons pratiqué des injections intraveineuses de sérum-rhum. Notre collègue et ami René Casalis en a publié le résultat in *Gazette médicale de Paris* du 19 juin 1912. Des analyses de sang pratiquées après l'injection intraveineuse et à plusieurs jours d'intervalle nous ont montré que la réparation globulaire s'effectuait normalement chez ces malades.

Nos expériences sur les animaux nous ont fait rejeter, d'une façon systématique, l'emploi de l'alcool éthylique pur, ramené à 50 degrés, à la place de rhum. L'action de ce sérum-alcool, nous a paru des plus nocifs, aussi bien en injections sous-cutanées, qu'en injections intraveineuses. Aucun des animaux injectés au sérum-alcool, après saignée presque à blanc, n'a pu résister à l'anémie aiguë que nous avions ainsi créée, malgré la correspondance des doses de sérum d'alcool et de sérum-rhum. Nous publions ici deux de nos observations types, qui montrent bien l'action infiniment variée, et variable au gré du médecin, du sérum-rhum.

OBSERVATION I. — Mme C..., trente et un ans. Hystérectomie totale et appendicectomie.

Il s'agit d'une femme affaiblie par trois grossesses successives ayant fait à la suite de son dernier accouchement de la métrite avec poussées de salpingite double.

Opérée par le docteur Reymond, en apyrexie complète en juillet 1911, trois mois après sa dernière crise.

L'opération fut rendue particulièrement difficile, par suite des adhérences qui s'étendaient jusqu'à la région cæcale et englobaient l'appendice.

Drainage abdominal et vaginal. Durée de l'opération, 1 h. 10. Chloroforme, 45 grammes.

Le premier jour de l'opération se passe très bien. Température, 37°2. Pouls, 110, bien frappé. Respiration, 28, régulière.

Vu l'état de faiblesse préexistant de la malade, et l'intégrité absolue de ses fonctions rénales, on fait le soir 10 centimètres cubes d'huile camphrée à 1 p. 10, et 1 centigramme de morphine. Nuit assez bonne.

Le lendemain matin, état assez satisfaisant. Température, 37°4. Pouls, 100. Respiration, 28. Ventre souple ; les drains fonctionnent bien. On fait 500 centimètres cubes de sérum physiologique, 10 centimètres cubes d'huile camphrée.

Le soir, à cinq heures, la malade se sent plus faible. Pouls, 120, petit mais régulier. Respiration, 30. Le ventre est souple. Urines, 550 par vingt-quatre heures. Normales. On

(1) Travail du service du docteur E. REYMOND.

prescrit : huile camphrée, 250 centimètres cubes de sérum-champagne.

A onze heures du soir, la faiblesse persistant, on refait 250 centimètres cubes de sérum, et toutes les deux heures on alterne une piqûre d'huile camphrée avec une de spartéine (20 centigrammes). Pouls, 120, plus faible. Respiration, 32.

Le lendemain matin, sérum 500 centimètres cubes. Potion alcoolisée, avec x gouttes de digitaline à 1 p. 1000. Café, champagne, lait chaud alcoolisé. La langue est humide et le ventre souple. Ablation du drain vaginal.

Le cœur faiblit de plus en plus malgré la spartéine, la caféine, qui ne procurent qu'une amélioration de plus en plus passagère.

Neuf heures du soir : 500 centimètres cubes de sérum caféiné. Minuit, faiblesse extrême. Pouls, 130, filant avec une interruption toutes les quarante-cinq secondes. L'injection hypodermique soit de caféine, soit de spartéine, n'amène qu'une amélioration minime. Etat d'angoisse extrême, avec connaissance complète. Refroidissement des extrémités. Température, 36°1, langue froide, peau sèche. La malade se dit perdue.

En désespoir de cause, tous les tonicardiaques employés ne nous donnant plus aucun résultat, nous tentons la première injection de sérum-rhum. Quatre cuillers à soupe pour 500 centimètres cubes de sérum physiologique. Pas de réaction douloureuse. La résorption se fait en vingt minutes.

Pendant l'injection même, nous constatons les phénomènes suivants, que nous avons observés chez tous nos malades sans exception :

Le pouls redevient rapidement bien frappé, régulier, il reste aux environs de 110. La température remonte à 37°2, puis à 37°8, accompagnée d'un état de moiteur très marqué de la peau. L'angoisse qu'éprouvait la malade fait place à une sensation de bien-être caractéristique, sur laquelle nous insistons, la malade se trouve « bien ». La respiration descend à 28-30, ample et régulière. Enfin la malade s'endort d'un sommeil calme et réparateur.

A sept heures du matin notre malade se réveilla, le pouls étant resté à 110 régulier et assez bien frappé. Il se produisit une diurèse abondante, 1050 centimètres cubes, pas d'albumine. Le régime des boissons alcooliques est continué, avec lait chaud et œufs. A cinq heures du soir, on fait 250 centimètres cubes de sérum-rhum, avec deux cuillers à soupe de rhum.

Le pouls reste bon à 100 et la malade repose toute la nuit.

Le cinquième jour au matin, pouls, 90, régulier, bien frappé ; température, 37°5.

Les suites furent ensuite des plus normales et la malade sortit guérie le vingt-troisième jour, nettement persuadée, comme nous d'ailleurs, qu'elle devait la vie à ces injections de sérum-rhum.

Depuis cette époque (juillet 1911) nous avons eu l'occasion de faire du sérum-rhum à toutes nos grandes opérées. Aucune n'a eu d'accidents du fait de ces injections de sérum alcoolisé; toutes en ont retiré le plus grand profit. Toutes leurs observations peuvent à peu près se calquer sur la première.

Nous voulons cependant présenter l'observation suivante qui est due à l'obligeance du docteur Marcel Sénéchal, chirurgien assistant de la Maison départementale de Nanterre, et qui concerne une de ses malades de ville. Nous le remercions ici d'avoir donné sa confiance à notre méthode qu'il n'a pas hésité à appliquer par la suite, avec succès, à un membre de sa famille, au cours d'une hémorragie grave.

Obs. II. — Mme O..., soixante-douze ans, opérée d'urgence pour obstruction intestinale datant de plus de quatre jours.

Vu l'état de faiblesse extrême de la malade on se contente d'extérioriser l'anse étranglée, et de suturer la paroi. Durée de l'opération : onze minutes. Chloroforme, 7 grammes

Sur l'anse extériorisée se produisirent spontanément 3 perforations le soir même. Pour relever les forces de la malade on fait de l'huile camphrée à haute dose et une injection hypodermique de 1 milligramme de sulfate de strychnine. Boissons alcoolisées dès qu'on peut les faire garder par la malade. Malgré tout ce traitement énergique l'asthénie cardiaque ne fait que progresser. On fait alors une injection de sérum-rhum, à la dose de une cuiller à soupe (15 centimètres cubes) de rhum pour 250 centimètres cubes de sérum. Le résultat est des plus heureux, et la tonicité du myocarde se rétablit pour trois jours. A ce moment nouvelle défaillance, nouvelle injection de sérum-rhum ; et à l'heure actuelle (la malade ayant reçu 9 injections de sérum-rhum de trois en trois jours) l'état du myocarde s'est remarquablement amélioré et tout fait espérer une issue heureuse pour la malade. Elle est actuellement guérie.

Echecs du sérum-rhum. — Le sérum-rhum n'a donné aucun résultat heureux dans tous les cas où il y avait infection surajoutée au shock opératoire. Nous conseillons cependant de pratiquer les injections hypodermiques de sérum-rhum, en les associant au traitement habituel en pareil cas, sérum antistreptococcique, collargol, électrargol, intraveineux, à hautes doses.

Conclusion. — Ce que nous avons voulu mettre en évidence en publiant ces observations, c'est : l'action prolongée, utile, du sérum-rhum, luttant avec plus de succès que tous les tonicardiaques contre l'asthénie cardiaque qui menace les opérés les premiers jours après l'opération. Son action est longue, progressive et facile à diriger. C'est, en outre, la sensation de bien-être qui suit immédiatement l'injection. C'est enfin le sommeil qui succède presque toujours à l'injection. Ce sommeil est peut-être dû à la dépression que produit l'alcool dans tout organisme, comme le signale R. Dubois, in *Dictionnaire de Physiologie* de Richet. Mais cependant de quelque nature qu'il soit, ce sommeil est réparateur pour les malades.

Nous n'avons observé d'accidents d'aucune sorte, les malades ayant été endormis à l'éther ou au chloroforme. Notre collègue, Robert Crépin, le premier, a utilisé notre méthode avec un plein succès dans un cas d'asthénie cardiaque chez un vieillard de quatre-vingt-deux ans ayant eu une pneumonie double.

Forts de ces résultats, nous nous permettons de proposer notre méthode à tous nos confrères, certains qu'en agissant avec prudence, surveillant l'état des reins de leurs malades et ne dépassant pas la dose maximum de 45 grammes de rhum pour 500 centimètres cubes de sérum, pour les cas très graves en une fois, et en utilisant la dose moyenne de une cuiller à soupe (15 centimètres cubes) de rhum pour 250 centimètres cubes de sérum, chez l'adulte, ils trouveront dans le « sérum-rhum » un aide sûr, dont l'action peut être variée à l'infini suivant les nécessités du moment, aide principalement fait pour lutter contre l'asthénie cardiaque postopératoire et au cours de la pneumonie, des vieillards en particulier, contre l'affaiblissement progressif du myocarde.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE « LA JOLIETTE »

ARTHRITE BLENNORRAGIQUE AIGUE
AVEC HYDARTHROSE
TENTATIVE D'AUTOSÉRAPIE. GUÉRISON

Par M. LOP (de Marseille).

I

Ces temps derniers j'étais appelé à bord d'un yacht anglais, auprès de M. Z..., atteint, me disait-on, d'un trauma grave du genou : coup de pied de cheval.

Le coup de pied de cheval n'était qu'un vulgaire coup de pied de Vénus, dont le malade avait dû, pour des raisons extramédicales, dissimuler la véritable cause.

Arthrite blennorragique classique, épanchement énorme datant de dix-sept jours, que le médecin du bord avait dû ponctionner deux fois (120 grammes de sérosité à chaque ponction) à cause de la distention excessive et des très vives douleurs qu'elle provoquait; chaude-pisse datant de trois semaines, écoulement abondant, riche en gonocoques, ainsi que le démontra ultérieurement l'examen microscopique. Insomnie causée par la douleur, impotence absolue, fièvre 38 degrés, 38°5 le soir; apyrexie le matin.

Le yacht repartant le même jour, le malade est transporté à ma clinique.

Le lendemain matin je le revois, l'épanchement s'est encore augmenté et les douleurs sont insupportables.

Je fais stériliser tout ce qu'il faut pour la ponction et la faire suivre immédiatement d'une injection de sérosité.

Par le trocart il s'évacue environ 175 grammes de sérosité; 30 centimètres cubes de celle-ci, recueillis dans une seringue de Roux, sont injectés dans le flanc droit.

Le membre est aussitôt immobilisé dans un appareil plâtré de Maisonneuve. Le lendemain matin 38°1.

La nuit a été bien meilleure et les douleurs presque insignifiantes, quant à l'épanchement il n'a pas augmenté, alors que le déclare le malade, dans les deux précédentes ponctions le liquide s'était reproduit du soir au lendemain.

Le soir 37°8 de température rectale.

Journée parfaite, l'appareil est bien toléré, l'appétit et le sommeil sont revenus.

Les jours suivants l'amélioration se continue, l'épanchement ne s'est plus reproduit.

Le quinzième jour on enlève l'appareil et l'on commence graduellement un traitement électromécanique (galvanisation et massage) et la marche progressive.

Le vingt-cinquième jour le malade repartait avec son yacht pour une croisière.

II

L'amélioration a progressé chaque jour, m'écrit de Malte le malade. Il a pu laisser sa canne dix jours après avoir quitté Marseille.

J'ai reçu ces jours-ci, de Norwège, une lettre de mon client m'informant de la guérison définitive. Son genou ne le cède en rien à l'autre et le service actif auquel est astreint le malade, par ses fonctions, se fait comme par le passé.

J'ai oublié de le mentionner, mais il va sans dire que, durant tout son séjour à ma clinique, un traitement des plus actifs interne et local fut employé contre l'infection urétrale et qu'à son départ le malade était remis de ce côté-là.

III

Cette observation m'a paru digne d'être publiée; la tentative d'autosérapie, la première, je crois, en date, dans une affection aussi ennuyeuse que grave, mérite d'attirer l'attention.

Je n'ai voulu la publier qu'après avoir acquis la certitude que mon traitement avait donné un résultat durable et persistant. J'ai donc attendu près de trois mois.

Quant au résultat immédiat il fut presque instantané : disparition de la fièvre, de la douleur, résorption de l'épanchement avec une rapidité tenant presque du prodige.

* *

On pourrait m'objecter que le traitement concomitant mis en œuvre a aussi une part dans le succès. Sans méconnaître la part possible de l'action bienfaisante de l'immobilité dans la gouttière plâtrée, je ne puis admettre que son action isolée ait pu me permettre d'obtenir non seulement la sédation immédiate des accidents aigus, mais encore la guérison rapide au point de permettre au malade de reprendre son service vingt-sept jours après la ponction.

Et cela d'autant que, jusqu'à ce jour, j'avais l'habitude de traiter les arthrites blennorragiques par l'immobilisation plâtrée et que, dans aucun des cas déjà nombreux observés, je n'ai obtenu de guérison dans un délai aussi court.

Jusqu'à maintenant aucune des arthrites gonococciennes avec hydarthrose ne m'a demandé moins de trois mois de traitement.

Cet essai est facile à renouveler, il est inoffensif à la condition d'être pratiqué dans les règles de l'asepsie la plus étroite.

Si cette méthode donne des résultats semblables à celui que j'ai obtenu, nous aurons là un traitement des plus actifs contre une localisation particulièrement redoutable, tout au moins quant à ses suites, de l'infection blennorragique et en tous cas autrement facile à appliquer dans la pratique urbaine que la sérothérapie de Wright et la radiumthérapie.

ANALYSES

MÉDECINE

L'onyxis des confiseurs, maladie professionnelle. (Max STRAUSS. *Deut. med. Woch.*, 2 mai 1912.) — L'onyxis des confiseurs a été décrite pour la première fois en France, en 1879 par Poncet, puis ultérieurement par Villebrun, Albertin et

Chausseude. C'est une maladie surtout connue dans les grandes confiseries du midi de la France, spécialisées dans la préparation des fruits confits. Les auteurs français font intervenir dans l'étiologie de cette affection, qui frappe exclusivement les ouvriers occupés pendant plusieurs mois consécutifs à préparer les fruits confits, des facteurs thermiques (immersion des doigts dans le sucre chaud), mécaniques (chocs des doigts contre les récipients) et chimiques (action directe du sucre et des sucs de fruits). Ils en donnent pour preuve l'atteinte plus fréquente du pouce et du médius plus exposés à ces différents traumatismes.

M. Strauss, se fondant sur 3 cas récemment observés par lui, pense que d'autres facteurs ont certainement une importance. Un seul de ses malades était confiseur et ne s'occupait pas particulièrement de la préparation des fruits confits. Les deux autres observations concernent une cuisinière et une fille de cuisine dans un grand restaurant.

La maladie débute par de petites érosions au niveau du pourtour de l'ongle, où s'accumule la poussière de sucre ou de débris alimentaires divers qui jouent pour Strauss le rôle capital dans la genèse de la maladie. Ils fermentent et provoquent une inflammation qui s'accuse par de la rougeur, un peu de tuméfaction, et un peu de douleur au pourtour de l'ongle. L'ongle se décolle latéralement et à son extrémité antérieure en même temps qu'il noircit et perd son éclat. Les patients accusent à ce stade un prurit s'exagérant la nuit.

Si le malade ne suspend pas son travail l'inflammation progresse : de petites collections purulentes se forment sous l'ongle et de petites excroissances granuleuses au niveau de la matrice, qui sont très douloureuses et donnent un exsudat séro-purulent. L'ongle se décolle de plus en plus.

Si la guérison survient spontanément l'ongle se détache par morceaux; à la place de granulations persiste une tuméfaction isolée et la phalange unguéale prend la forme d'une massue aplatie.

La maladie est essentiellement chronique et peut durer des années, si la cessation du travail pendant plusieurs semaines n'amène pas la guérison rapide.

Lorsque la maladie est à un stade avancé la conservation de l'ongle est impossible et sa régénération problématique.

Le traitement est avant tout prophylactique. Les personnes qui par leur profession sont obligées de manier les substances alimentaires, sucre ou autre, doivent fréquemment se laver les mains à l'eau chaude, à la brosse et au savon; se les sécher complètement avec des serviettes propres et les oindre fréquemment de glycérine.

Si la maladie se montre le travail doit être arrêté. Dès que l'ongle noircit il doit être enlevé et la région unguéale soigneusement désinfectée. Les bourgeons granuleux qui se forment à la base de l'ongle doivent être également enlevés. Fréquemment l'ongle régénéré est cassant, épais et déformé; il ne reprend que lentement un aspect normal.

A. LEMIERRE.

Polynévrite scorbutique. (AUSTREGESILO. *Archivos Brasileiros de medicina*, octobre 1911, n° 5.) — A propos d'un cas de polynévrite scorbutique observé chez un jeune Brésilien de douze ans, le professeur de Rio-Janeiro passe en revue les diverses théories pathogéniques du scorbut et se rallie à la théorie infectieuse. Etudiant en détail la symptomatologie de la maladie, il signale quelques symptômes précoces peu connus, tels que du côté de la peau une éruption acnéiforme spéciale, et du côté du système nerveux l'exagération prononcée du réflexe rotulien. Cette exagération fait place de bonne heure à l'abolition lorsque apparaissent les phénomènes polynévritiques.

D'après les recherches de l'auteur il n'existe pas de formule hématologique bien définie de l'infection scorbutique, et à propos du diagnostic il fait remarquer que bien des épidémies attribuées au béri-béri relèvent en réalité de la polynévrite scorbutique.

Au point de vue thérapeutique le professeur Austregesilo insiste sur l'inutilité du régime exclusif par les végétaux frais et recommande au contraire une alimentation riche surtout en albuminoïdes. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Diabète sucré en relation avec la coqueluche. (W. von STARCK. *Münch. med. Woch.*, 11 juin 1912, n° 24, p. 1317.) — Une enfant de sept ans fut prise brusquement, au milieu d'une coqueluche durant depuis plus d'un mois, d'une soif très vive qui persista les jours suivants et entraîna un examen d'urine. On y trouva 59 grammes de sucre par vingt-quatre heures.

Sous l'influence de la diététique la glycosurie disparut.

Depuis seize mois l'état général se maintient bon et le poids du corps a notablement augmenté. Mais la glycosurie reparaît si le régime alimentaire n'est pas surveillé.

L'auteur pense qu'il s'agit là d'une pancréatite développée sous l'influence de la coqueluche et ayant entraîné une diminution de la tolérance pour les hydrates de carbone.

A. LEMIERRE.

Sclérodermie œdémateuse généralisée (sclérémie de Besnier), survenue rapidement, à la suite d'un adéno-phlegmon du cou. (MM. APERT et LEBLANC. *Bull. de la Soc. de pédiat.*, 12 déc. 1911.) — Il s'agit d'un enfant de quatorze ans, présentant une infiltration œdémateuse spéciale des téguments, survenue peu après un adéno-phlegmon du cou. Ce malade réalise le type de la forme morbide décrite par Hardy, sous le nom de *sclérodermie œdémateuse* généralisée : ce qui est assez particulier dans ce cas, c'est la *rapidité du début*, et surtout son apparition chez *un enfant*. Les auteurs supposent que l'adéno-phlegmon cervical a pu modifier le corps thyroïde; et que dans la suite les altérations du corps thyroïde ont déterminé les modifications constatées; en raison de cette hypothèse, la médication par l'opothérapie thyroïdienne fut instituée; elle paraît avoir donné d'heureux résultats. B. GAYARD.

La valeur séméiologique de la créatinine et sa diminution dans les urines de certains malades asthéniques. (J.-Ch. ROUX et TAILLANDIER. *Arch. des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, décembre 1911.) — En 1905, Follin attirait l'attention sur la valeur de la *créatinine* dans la composition de l'urine : s'il s'agit d'un sujet normal, quel que soit le régime suivi, exception faite pour l'ingestion de viande, le chiffre de la créatinine ne varie pas; il reste aux environs de 1g60 par vingt-quatre heures. Les auteurs ont étudié, grâce à une technique très clairement exposée, l'élimination de la créatinine chez certains malades asthéniques ou intoxiqués.

Chez certains neurasthéniques avec dépression physique considérable, spécialement chez des femmes, le dosage de la créatinine donne un chiffre extrêmement bas.

Une diminution analogue est signalée par les auteurs, dans un cas de constipation opiniâtre, avec intolérance par l'alimentation carnée.

Certains agents, comme l'alcool, la cola, la strychnine, l'adrénaline élèvent l'élimination de la créatinine. L'extrait thyroïdien ne semble pas modifier cette élimination.

B. GAYARD.

CHIRURGIE

Laminectomie pour traumatismes et tumeurs de la colonne vertébrale. (George P. MULLER. *Philadelphia Academy of Surgery*, 6 février 1911.) — **Gliosarcome intramédullaire de la moelle cervicale, laminectomie, ablation de la tumeur en deux temps : guérison.** (Charles A. ELSBERG. *New-York Surgical Society*, 8 mars 1911.) — La chirurgie de la moelle semble progresser lentement, et les auteurs ne sont guère d'accord. D'un côté sont ceux qui veulent que l'opéra-

tion soit la seule chance de salut ; de l'autre, ceux qui sont absolument sceptiques. La vérité est probablement au milieu. Muller rapporte six cas intéressants. 1° Homme tamponné par une locomotive. Laminectomie pour paralysie sensitive et motrice complète au-dessous de la dixième dorsale, avec paralysie des sphincters. La dure-mère est trouvée épaissie et œdématiée, le liquide cérébro-spinal hypertendu et la moelle congestionnée. Pas d'autre lésion, pas d'hémorachis. La sensibilité reparaît au bout de deux jours, la motilité en quatre, le contrôle de la vessie en cinq, guérison à peu près complète en six mois. (Ce cas représente typiquement la concussion de la moelle sur l'existence de laquelle on a versé des flots d'encre.) 2° Homme écrasé sous un rocher ; laminectomie huit mois après; la première vertèbre lombaire fait saillie dans le canal rachidien. La moelle est intacte mais dure et grise. Libération des adhérences. Un peu d'amélioration de la sensibilité, rien au point de vue moteur. 3° Endothéliome intéressant les quatrième, cinquième et sixième segments dorsaux, laminectomie, extirpation, guérison. 4° Symptômes de compression médullaire dans la région de la douzième dorsale et première lombaire. Laminectomie : on trouve du tissu fibreux comprimant la moelle et émanant vraisemblablement du disque intervertébral. Un peu d'amélioration. L'examen histologique du tissu enlevé ne montre rien que du tissu fibreux. 5° Paraplégie chez un homme auparavant opéré de cancer de la prostate. Laminectomie. Cancer de la colonne vertébrale. Mort en vingt-quatre heures. 6° Méningite spinale séreuse circonscrite, laminectomie, guérison complète.

Le cas d'Elsberg est un brillant succès après ablation en deux temps d'un gliosarcome des cinquième, sixième et septième segments cervicaux. Laminectomie ; la moelle est le siège d'une tumeur, mais à cause de l'état précaire de la malade, on ajourne la fin de l'opération. Une semaine après, l'on trouve que la masse néoplasique s'est spontanément extériorisée de la moelle. Ablation. Guérison complète.

Il y a dans ces observations beaucoup d'encouragement pour les interventionnistes. F. GARDNER.

SYPHILIGRAPHIE

La réaction de Wassermann appliquée au traitement de la syphilis. (JEANSELME et VERNES. *Paris-Médical*, mars 1912.) — M. le professeur agrégé Jeanselme et M. A. Vernes, interne des hôpitaux, viennent de consacrer une étude, très intéressante et basée sur des faits sévèrement contrôlés, à la réaction de Wassermann appliquée au traitement de la syphilis.

Il est indispensable, disent les auteurs, que la médecine possède un moyen de savoir si la syphilis est encore agissante, alors même qu'elle ne se manifeste par aucun signe extérieur, et ce moyen nous est heureusement fourni par la réaction de Wassermann, méthode colorimétrique révélant la présence du poison syphilitique dans les humeurs de l'organisme. Mais entre les deux réactions inverses et totales, dites Wassermann négatif et Wassermann positif, se placent une série de réactions intermédiaires. Le liquide examiné peut, en effet, ne contenir qu'une faible quantité de poison syphilitique, et dès lors une quantité correspondante de globules reste intacte dans la réaction et l'hémolyse sera incomplète; c'est le Wassermann partiellement positif, la quantité de globules intacts ou dissous étant proportionnelle à la quantité de poison existant. La réaction de Wassermann permet donc de doser en quelque sorte l'activité *actuelle* de la syphilis, et la difficulté d'application de la méthode réside en ce fait qu'il faut titrer parfaitement les éléments de mesure qui interviennent dans l'expérience, et noter avec précision les degrés d'hémolyse par comparaison avec une échelle colorimétrique fixe, servant d'étalon.

MM. Jeanselme et Vernes ont établi pour leur usage une gamme de tubes de plus en plus colorés qui reproduisent fidèlement les principaux degrés de l'hémolyse.

Dans le premier tube le contenu est transparent comme de l'eau, c'est la teinte 0; dans le dernier la teinte 8 correspond à la teinte maxima que peut produire l'hémolyse totale dans les conditions de la réaction.

Les auteurs insistent avec minutie sur les précautions à prendre pour que les expériences soient probantes, car selon eux on dit couramment que la réaction de Wassermann peut rester négative à toute période active de la syphilis, alors que les résultats erronés qu'on lui attribue résultent de fautes de technique.

Les recherches sur le Wassermann pratiquées par MM. Jeanselme et Vernes portent sur un nombre de 1526 réactions. Depuis un an leur système de notation leur a permis de chiffrer leurs résultats de 0 à 8. Des réactions faites en série, pour 100 malades suivis de près, leur ont permis d'établir cent courbes d'étude montrant à quel point la réaction de Wassermann appliquée au traitement de la syphilis peut éclairer le médecin.

Dans le travail que nous analysons ici les auteurs reproduisent treize de ces courbes et en tirent les conclusions suivantes.

Il n'existe pas de formule thérapeutique qui puisse être appliquée indifféremment à tous les syphilitiques. Le traitement doit se conformer aux indications de la réaction de Wassermann d'une part, de la ponction lombaire de l'autre.

La réaction de Wassermann, avec les modifications que lui ont apportées MM. Jeanselme et Vernes, permet en quelque sorte de doser la virulence de la syphilis, de suivre ses fluctuations en dehors de toutes manifestations objectives, de surprendre ses velléités de retour.

Quant à la ponction lombaire, elle renseigne sur la composition du liquide céphalo-rachidien dans lequel baignent les méninges. Les humeurs en général, lait, pus d'abcès chaud, liquide séreux ou synovial ont toujours, chez le syphilitique, un Wassermann de même taux que celui du sang, hors le cas spécial où une humeur baignant directement un foyer local en activité donne un Wassermann plus intense que celui des autres humeurs. Seul le liquide céphalo-rachidien fait exception à cette règle, comme si ce milieu était séparé du reste de l'organisme par une cloison étanche. Pour que sa réaction devienne positive, il faut une grosse lésion méningée. Inversement, le Wassermann, positif dans le milieu arachnoïdien, peut être négatif dans le sang, si la syphilis a concentré toute son activité à l'intérieur des espaces arachnoïdiens. D'où la nécessité, pour la conduite rationnelle du traitement de la syphilis, d'associer les indications que donne la réaction de Wassermann à celles qui découlent de la position lombaire.

Nous n'avons pu, nous le répétons, que résumer succinctement les données principales de la suggestive étude de MM. Jeanselme et Vernes, laissant forcément de côté tous les renseignements techniques et l'analyse détaillée des graphiques. A. GAULLIEUR L'HARDY.

NEUROLOGIE

Un cas atypique de paralysie [générale] progressive; étude histologique. (MARTINI. *Riv. di patol. nerv. e mentale*, 1911, p. 407-425.) — Les lésions (infiltration à prédominance de plasmazellen, sclérose vasculaire et névroglique, lésions peu considérables des éléments nerveux) sont diffuses sur tout le cortex cérébral, sans aucune prédominance et atteignent aussi le cervelet et la moelle épinière. L'auteur conclut qu'il est parfois difficile de distinguer cliniquement la paralysie générale de la méningo-encéphalite diffuse de la convexité : son malade, qu'il considère comme atteint de paralysie générale vraie, a été amélioré d'une manière « stupéfiante » par le traitement mercuriel. Il insiste sur ce fait qu'il y avait eu des signes semblant indiquer une lésion en foyer n'existant pas réellement : crises jacksoniennes, hémiplégie *transitoire*.

L. ALQUIER.

LIVRES NOUVEAUX

Traitement des neurasthéniques (1), par le docteur P. Hartenberg.

Le terme de neurasthénie a servi trop souvent à désigner tous les troubles psychiques et nerveux relevant des affections les plus différentes ; il est encore communément employé par trop de médecins pour masquer leur ignorance des questions, même les mieux établies, de la neurologie et de la psychiatrie : il n'a plus à l'heure actuelle de signification nosologique précise.

Le docteur Hartenberg a tenté de reconstituer ce groupe en y faisant rentrer tous les malades souffrant habituellement de dépression nerveuse simple ; la fatigue serait le stigmate capital de l'état neurasthénique. Ce serait une affection de nature organique qu'on pourrait considérer comme l'exagération d'une propriété normale du système nerveux, la fatigabilité.

Deux ordres de causes peuvent être invoqués, les unes occasionnelles telles que maladies, surmenage, émotions, ayant pour effet d'épuiser ou d'intoxiquer le système nerveux ; les autres, prédisposantes, tenant à la constitution du sujet, qui créent une diminution de résistance du système nerveux et le rendent plus vulnérable aux causes occasionnelles. De là suivant la prédominance des unes ou des autres, des neurasthénies dites occasionnelles et des neurasthénies constitutionnelles chroniques.

L'état neurasthénique pur doit être rare, car il s'accompagne pour ainsi dire toujours de troubles psychiques variés. Ceux-ci ne seraient d'ailleurs pas des symptômes réels de l'affection, mais des complications. La neurasthénie, selon l'auteur, doit être nettement distinguée des phobies, des obsessions, des autosuggestions, de la mélancolie, de l'hypocondrie. Bien que cette distinction n'apparaisse pas toujours bien rigoureuse, les indications thérapeutiques n'en restent pas moins assez générales pour convenir à la plupart des cas envisagés. Un éclectisme judicieux préside à leur ordonnancement. Elles visent trois points principaux : d'abord lutter contre les causes prédisposantes ou provocatrices qui ont fait éclore l'état de dépression ; ensuite guérir la dépression fondamentale par le repos et les toniques, enfin combattre plus spécialement les symptômes les plus tenaces ainsi que les complications secondaires.

La curabilité des neurasthéniques dépendrait d'une part du degré de résistance constitutionnelle de leur système nerveux et d'autre part de la permanence ou du peu de durée des causes occasionnelles qui ont provoqué leur maladie.

A la lecture des observations résumées de l'auteur, cette curabilité apparaît bien grande et surtout bien rapide. Elle tient sans doute à la méthode de traitement, mais aussi et surtout à la valeur personnelle de celui qui l'applique, et c'est pourquoi les malades auront tout profit à retenir l'indication des deux pages 16 et 19, où l'auteur a eu la très délicate attention de faire répéter soigneusement son adresse.

P. CAMUS.

Maladies de la Vessie et du Pénis (2), par les docteurs F. Legueu, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, et E. Michon, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Ce volume forme le trentième fascicule du *Nouveau Traité de chirurgie clinique et opératoire* publié sous la direction des professeurs Le Dentu et Delbet. Dans la première partie, maladies de la vessie, les auteurs exposent d'abord la séméiologie et les moyens d'exploration, puis passent en revue ses diverses affections, maladies congénitales, traumatismes, corps étrangers, calculs et lithotritie, cystites, tuberculoses, tumeurs, troubles d'origine nerveuse, et enfin les opérations qui se pratiquent sur la vessie. Pour les maladies du pénis, on trouve successivement les anomalies, lésions traumatiques, lésions inflammatoires, les fistules urétro-péniennes, les tumeurs.

Chacun de ces chapitres expose d'une façon concise et claire, bien que très complète, l'état actuel de nos connaissances dans cette partie du domaine chirurgical. Ce nouveau fascicule constitue une heureuse suite aux fascicules déjà parus du *Nouveau Traité de chirurgie*.

M. LANCE.

(1) In-16 de 346 pages. — Paris, F. Alcan.

(2) Gr. in-8° raisin de 322 pages avec 90 figures dans le texte. Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La Stérilisation de la syphilis (1), par M. Leredde.

Stériliser la syphilis, c'est amener graduellement la suppression ou au moins l'atténuation de l'infection et, par conséquent prévenir les accidents innombrables dont elle peut être la source.

L'auteur insiste au début du livre sur la gravité de la syphilis, sur la mortalité considérable qu'elle détermine, sur les erreurs de méthode qui ont été commises par les syphiligraphes dans l'étude de son traitement.

Celui-ci a été révolutionné : 1° par la découverte de moyens thérapeutiques nouveaux ; 2° par la découverte de moyens de contrôle. Quel que soit le procédé employé par le médecin, il est nécessaire d'obtenir chez tout malade la disparition définitive de la réaction de Wassermann et des réactions plus sensibles (Hecht Weinberg).

Le docteur Leredde étudie successivement : la technique des injections de salvarsan ; la question des accidents et des doses ; les procédés de séro-réaction ; la stérilisation de la syphilis, soit par le mercure, soit par le salvarsan. Son but a été de mettre le praticien, en peu de pages, au courant de toutes les questions nouvelles relatives au traitement de la syphilis.

L. GAYARD.

FORMULAIRE

CONTRE LES VOMISSEMENTS DES NOURRISSONS ET LA DIARRHÉE INFANTILE

Les premiers jours donner du « Képhir Salières » coupé d'eau de Vals par moitié pour arriver à le donner pur soit au biberon, soit au verre, à la dose d'un flacon par jour.

Il est rare qu'au bout d'une semaine les vomissements et la diarrhée n'aient pas disparu.

CONGRÈS

XIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. — Le programme des réceptions qui auront lieu pendant la durée du Congrès est dès maintenant établi de la façon suivante :

Dimanche 13 octobre : à neuf heures du soir, dans les salons de l'Université, à la Sorbonne, et sous la présidence de M. le ministre de l'Instruction publique, séance officielle d'inauguration du Congrès. Après la séance, réception offerte aux membres du Congrès. On est prié de venir en tenue de soirée.

Lundi 14 octobre : dans l'après-midi, M. Georges Cain, conservateur du musée Carnavalet, a bien voulu accepter d'ouvrir aux membres du Congrès les salles du musée et de leur en faire les honneurs.

Mardi 15 octobre : à dix heures, soirée offerte aux membres du Congrès par le président du Congrès.

Mercredi 16 octobre : à cinq heures, réception à l'Hôtel de Ville des membres du Congrès par le président et les membres du Conseil municipal de Paris.

A huit heures du soir, banquet terminal du Congrès.

(1) In-8. Prix : 2 fr. 25. — Paris, Maloine.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXVII, n° 2, 11 juil. 1912.) Farrar COBB : Cancer de l'utérus. Les cas opérables. L'opération de choix. Etude de 309 cas à l'hôpital général de Massachussetts de 1900 à 1910 (6 fig., 1 tabl.). — C. A. PARTER : Traitement chirurgical du cancer de l'utérus. — F. B. LUND : Avantages de l'hystérectomie abdominale dans le traitement du cancer du col utérin. — W. P. GRAVES : Le traitement du cancer de l'utérus est plein d'espoir. — Wilfrid M. BARTON : Nouvelle conception de l'anaphylaxie. — Channing C. SIMMONS : Sur les moyens de déterminer les résultats définitifs des opérations dans la clientèle hospitalière. — Francis W. PALFREY : Un cas d'endocardite chronique infectieuse avec ulcération et rupture d'un cordage tendineux (1 fig.). — (Vol. CLXVII, n° 3, 18 juil.) Frank Sherman MEARA : Le praticien. Son idéalisation. — L. Pierce CLARK : Remarques sur quelques études récentes sur la pathogénie de l'épilepsie. — William F. BOOS : L'alcool considéré comme un médicament. — James Lincoln HUNTINGTON : La réglementation des sages femmes. — Paul Mac ILHENNY : Le traitement de la poliomyélite antérieure aiguë par l'hyperémie. Note préliminaire. — Roger KINNICUTT et W. J. MIXTER : Traitement de l'actinomycose par les vaccins. — C. H. DEAN : Trois cas de pellagre.

Journal français de médecine. — (N° 7, 15 juil. 1912.) LŒPER : La goutte de l'estomac et l'exalémie gastrique. — CASTAIGNE : Les dyspepsies consécutives aux néphrites chroniques. — AUBOURG et LEBON : L'évacuation de l'estomac normal et pathologique. Action de divers médicaments sur les contractions de l'estomac.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 27, 7 juil. 1912.) J. LACOUTURE et A. CHARRIER : Intervention chirurgicale pour un énorme goitre colloïde. — (N° 28, 14 juil.) R. LEFOUR et P. BALARD : Consultation de nourrissons de la clinique d'accouchements de la Faculté de Bordeaux. — (N° 29, 21 juil.) R. LEFOUR et P. BALARD : Consultation de nourrissons de la clinique d'accouchements de la Faculté de Bordeaux (*suite*). — (N° 30, 28 juil.) A. VENOT : Sur un cas de prolapsus génital. — C. FROMAGET : Insuccès de l'arsenobenzol dans l'atrophie tabétique du nerf optique.

Journal de médecine interne. — (N° 19, 10 juil. 1912.) R. LABBÉ : Les complications infectieuses de l'amygdalectomie et de l'adénoïdectomie. — POZZI : Résultats nouveaux du docteur Alexis Carrel, relatifs à la vie manifestée permanente des tissus séparés de l'organisme. — (N° 20, 20 juil.) S.-J. LOUISIDIS : Les accidents attribués au 606. Leur interprétation. — (N° 21, 30 juil.) Ed. BOINET : Maladie bleue.

Journal des praticiens. — (N° 26, 29 juin 1912.) DEBOVE et Ch. ESMEIN : Un cas d'épanchement chyliforme du péritoine d'origine hydatique. — Pierre DELBET : Ankylose temporo-maxillaire. — DÉJERINE : Monoplégie cérébrale. — MERCIER : Traitement des abcès par congestion du mal de Pott. — (N° 27, 6 juil.) F. CALOT : Le diagnostic des abcès froids (et son importance capitale dans la pratique). — A. CHAUFFARD : Accidents évolutifs de l'ictère congénital de l'adulte. — HUTINEL : Les œdèmes des nourrissons. — (N° 28, 13 juil.) M. SAVARIAUD : L'opération précoce au début de l'appendicite aiguë. — COUVELAIRE : Conduite à tenir dans les diverses variétés de dystocie par anomalie de la dilatation. — BABINSKI : Vertiges auriculaires. — (N° 29, 20 juil.) L. RÉNON : Valeur de la cure musculaire dans le traitement de l'obésité arthritique. — KIRMISSON : L'ostéomyélite chez les nourrissons. — BEZANÇON : Les poussées évolutives de la tuberculose pulmonaire ; leurs caractères généraux. — ROUX : Comment traiter l'anorexie. — DANIEL : L'antisepsie par le spray. — (N° 38, 27 juil.) GAUCHER : Indications et contre-indications de l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis. — CASTAIGNE : Difficulté du diagnostic étiologique des gros foies. — BABINSKI : Paralysie générale infantile. — Félix MARSAN : La neurasthénie urinaire.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (Juillet 1912.) FAIVRE : L'histogénol dans la tuberculose pulmonaire et coxale en particulier.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 25, 18 juin 1912.) QUINCKE : Lymphurie. — PLESCH et KARIZAG : Sur l'action du thorium X. — GRÜBER : La réaction de Wassermann sur le cadavre. — HEIMANN : Etudes sur le systogène. — LEWASCHEW : Sur la question du traitement spécifique de la tuberculose. — SIOLI : Un nouvel hypnotique : le luminal. — SALINGER : Le salvarsan dans la chorée. — HUFNAGEL : Affections tuberculeuses du corps thyroïde. — STEINMANN : Nouvel appareil de narcose. — FLÖRCKEN : La tendovaginite sténosante de l'apophyse styloïde du radius. — TRAUTMANN : Endothéliome de la cloison nasale. — BAMBERGER : Ostéomyélite du fémur. — KEHR : Sur l'ulcère du duodénum. — MASSINI : La réaction de Wassermann dans les maladies internes. — (N° 26, 25 juin.) SCHMITT : Irruption lente des empyèmes pleuraux dans les bronches. — LANGE : La paralysie obstétricale du bras. — HARNAK et HILDEBRANDT : Expériences sur l'envenimation par le venin de serpent. — STEIN : Nouvelles voies pour la plastique nerveuse. — BIRK : Pyélite récidivante de l'enfance. — JOLLY : Epilepsie après accident. — IVERSEN : Sur le néosalvarsan. — JOOSS : Tumeur cérébrale maligne traitée par le salvarsan. — WAHLE : La pérityphlite épidémique. — ALTHOFF : L'administration du peroxyde d'hydrogène. — BRUCK : Semmelweiss et Lister. — RITTER : Les lieux de cure allemands à Davos. — WOLF, EISNER et VERTES : La provocation d'anaphylaxie par les albumines autogènes. — PLESCH et KARCZAG : Sur l'action du thorium X.

Policlinico. — (Juillet 1912, fasc. 7.) *Section médicale*. Fran. GIANNULI : Œdème par névrite ascendante. — Luigi MASSINI : Nature syphilitique de syndromes morbides à localisations variées. — L. PRETI : Contribution à l'étude des échanges organiques dans la pellagre. — Guido VALLETTI : Un nouveau milieu de culture pour le développement très rapide du bacille tuberculeux. — *Section chirurgicale*. Oreste CIGNOZZI : La pathogénie des hernies crurales volumineuses, avec considérations sur les suites éloignées des péritonites et épiploïtes du sac. — Enrico POMPONI : Etude expérimentale et clinique sur l'application d'un appareil hémostatique spécial. — Nicola LEOTTA : Lésions strumeuses hyperplastiques de l'hypophyse avec acromégalie ; contribution à l'étude de la pathologie et de la chirurgie des tumeurs hypophysaires. — (Août, fasc. 8.) *Section médicale*. Alberto PEPERE : L'origine des kystes multiples, ou kystes séreux, de la rate. — G. CAPPELLO : Contribution à l'étude des érosions hémorragiques de l'estomac. — Cesare PEZZI : Recherches graphiques dans un cas de maladie congénitale et combinée du cœur.

Riforma medica. — (N° 28, 13 juillet 1912.) Ettore TEDESCHI : Troubles circulatoires provoqué par le travail musculaire chez les tuberculeux. — Giuseppe LIBERTINI : Mesure de la sécrétion pancréatique par le dosage de l'amylose fécale. — (N° 29, 20 juillet.) A. CIPOLLINA : Considérations sur une réaction personnelle capable de démontrer la présence d'un excès d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique. — Carlo PAVESIO : Sarcome de l'utérus. — Egisto MAGNI : Les avantages de la méthode inguinale pour la cure radicale de la hernie crurale, démontrés par un cas de hernie inguino-crurale étranglée. — A. CORSINI : La contagiosité et l'évitabilité de la tuberculose au double point de vue de la science et du droit public italien. — (N° 30, 27 juillet.) Michele MAZZITELLI : La nouvelle réaction de Salomon-Saxl à propos du soufre dans les urines des cancéreux. — Raniero CASALI : La réaction de Rivalta appliquée à l'examen des crachats ; son importance au point de vue du diagnostic. — Enrico MENSI : La thrombose des veines pendant l'enfance.

NOTES POUR L'INTERNAT

ENDOCARDITES AIGUËS (1)

Endocardite au cours des suppurations. — Toutes les suppurations (phlegmon, ostéomyélite, abcès amygdalien, etc.) peuvent, à un moment quelconque de leur évolution, réaliser une septicémie et ultérieurement une endocardite, souvent maligne, dont le développement est d'ailleurs favorisé par une lésion antérieure de l'endocarde valvulaire.

Endocardite blennorragique. — Elle peut s'observer chez la petite fille à la suite d'une vulvo-vaginite avec ou sans rhumatisme (Marfan); chez l'adulte elle n'est pas très fréquente (Richardière, Rendu et Hallé); elle se rencontre quelquefois, soit en coïncidence avec le rhumatisme blennorragique, soit très tardivement après les manifestations aiguës de la blennorragie; sa pathogénie, obscure autrefois, s'éclaire aujourd'hui de ce que l'on sait de la fréquence de la septicémie gonococcique; il peut s'agir soit d'une endocardite bénigne, soit, bien plus souvent, d'une endocardite maligne; elle se localise à l'orifice aortique et y détermine de grosses lésions polypiformes, ulcéreuses, s'accompagnant de lésions du myocarde. Son pronostic est sévère.

Endocardite typhique. — Elle a été signalée par Blache, Bucaloglu, et réalisée expérimentalement par Gilbert et Lion; elle est souvent due à des associations infectieuses et se présente sous la forme soit d'une endocardite bénigne, soit d'une endocardite maligne.

Endocardite grippale. — Elle est due aux associations microbiennes les plus variées. M. Ménétrier a insisté sur la fréquence du pneumocoque. Récemment Lebreton (Th. 1912) signale que le bacille de Pfeiffer a été retrouvé 21 fois sur 30 au cours de ces endocardites grippales, mais l'on se rappelle les discussions assez récentes de la Société médicale des hôpitaux sur la non-spécificité de ce bacille. La grippe peut déterminer une endocardite bénigne ou maligne; dans ce dernier cas il s'agit alors de la forme cardiaque de la grippe (avec myocardite grippale), avec pronostic fatal à brève échéance.

Endocardite et méningite cérébro-spinale. — Récemment, M. Teissier a étudié les complications cardiaques au cours de la méningite cérébro-spinale épidémique. Il a montré la fréquence relative des endocardites, le plus souvent bénignes, dues aux méningocoques de Weichselbaum.

Endocardite tuberculeuse. — L'existence de l'*endocardite tuberculeuse simple, primitive*, a été mise en lumière par Braillon; c'est une endocardite aiguë, primitive, locale, qui peut évoluer isolément ou qui coexiste avec diverses autres localisations; elle consiste en des lésions banales, non folliculaires, dont la nature tuberculeuse n'est démontrée que par l'inoculation (Landouzy, Gougerot). Elle peut être associée à l'évolution de lésions scléreuses de la plèvre ou du péricarde. Elle est la localisation cardiaque d'une septicémie tuberculeuse dont l'inoscopie ou l'homogénéisation du caillot permettent seules de prouver l'existence. Elle offre le tableau clinique d'une septicémie atténuée; on note l'assourdissement des bruits du cœur, puis l'apparition d'un souffle. Ces malades meurent en cardiaques et non en tuberculeux. Il faut différencier nettement cette forme, de connaissance récente, des endocardites aiguës tuberculeuses, secondaires à des lésions tuberculeuses d'autres organes et qui peuvent revêtir différents aspects suivant qu'elles affectent la morphologie granuleuse, végétante, caséeuse.

La *forme granulique pure*, contrairement à l'opinion classique, serait en réalité assez rare d'après Teissier; l'*endocardite végétante bacillaire* a pu être reproduite expérimentalement par Michaëlis et Blum; l'endocardite *tuberculo-caséeuse* est rare; elle peut exister isolément (Letulle); elle peut coexister avec des granulations de l'endocarde (Lancereaux), elle peut être primitive et déterminer ultérieurement une granulie (Benda). Rappelons en terminant la fréquence de l'endocardite tuberculeuse, chronique, lente, apyrétique, bien étudiée par Teissier.

Endocardite syphilitique. — Ce que l'on sait de la prédilection du tréponème ou de ses toxines pour les artères et spécialement pour les sigmoïdes aortiques, permet de supposer qu'il existe peut-être des manifestations aiguës endocardiaques de la période secondaire de la syphilis qui demanderaient à être recherchées systématiquement.

Endocardite traumatique. — L'existence de cette endocardite donne encore lieu à des controverses; Litten en admet l'existence sans conteste; le traumatisme déchirant les valvules provoque ainsi à leur niveau une cause d'appel pour les microbes; en général il s'agit plutôt d'endocardite chronique que d'endocardite aiguë; en ce qui concerne l'évaluation de la capacité ouvrière à la suite d'une endocardite traumatique (loi sur les accidents du travail), M. Thoinot conseille de l'apprécier, non pas d'après l'état *anatomique* du myocarde, mais d'après l'état *fonctionnel antérieur* du myocarde.

Telles sont les multiples formes cliniques des endocardites aiguës; nous ne reviendrons pas ici sur la difficulté du diagnostic de certaines d'entre elles, nous contentant simplement de signaler l'utilité de la culture du sang au cours de ces affections, en vue d'établir un diagnostic exact du microbe causal.

PRONOSTIC. — Le pronostic varie suivant les formes cliniques et les conditions étiologiques. Rappelons la bénignité de l'endocardite simple à la phase aiguë s'opposant à sa gravité pour l'avenir, et la gravité constante de l'endocardite maligne.

TRAITEMENT. — Le traitement salicylé précoce paraît diminuer la fréquence des complications cardiaques au cours du rhumatisme. Son action est discutable sur la lésion cardiaque constituée, néanmoins il faudra le continuer sans arrêt; on ne manquera pas en même temps de faire de la révulsion précordiale (petits vésicatoires, pointes de feu, ventouses sèches ou scarifiées, vessie de glace). La phase aiguë terminée on donnera un peu d'iodure de sodium, on surveillera le cœur et surtout on conseillera un traitement hydrominéral dirigé contre le rhumatisme.

Le traitement des endocardites malignes est celui de toutes les infections; Wright aurait obtenu de bons résultats par la vaccinothérapie. On conseille les injections intraveineuses de collargol, d'électrargol. On soutiendra le cœur par des tonicardiaques (huile camphrée, boissons alcooliques). Enfin, pour éviter les embolies, on recommandera au malade la plus complète immobilité.

BIBLIOGRAPHIE. — BROUARDEL et GILBERT. *Traité de méd.*, art. MERKLEN, t. VI. — CHARCOT-BOUCHARD. *Id.*, art. A. PETIT, t. V. — HUTINEL. *Traité des mal. des enf.*, t. IV. — SIREDEY. Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1889. — GAULTIER. *Id.*, 1906, n° 52. — Question d'internat, 1905. — BARIÉ. *Traité des maladies du cœur* (nouvelle édition).

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, nos 95, 98, 101 et 104.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Langage et la Verbomanie. Essai de psychologie morbide, par OSSIP-LOURIÉ, professeur à l'Université nouvelle de Bruxelles. In-8° de la Biblioth. de Philos. contemp. — Prix : 5 francs. — Paris, F. Alcan.

Pratique médico-chirurgicale à la campagne, par le docteur LEGRAND. Broch. de 152 pages. — Paris, Bougault.

Des Difficultés du diagnostic de l'appendicite chronique, par le docteur LAFON. (Th. de Paris.) — Paris, Jouve.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie*. — Séance du 18 septembre. — Question donnée : « Symptômes des péritonites diffuses aiguës. »

MM. Chauvenet, 13; Gérard, 9; Ginestet et Benoit, 8; Saint-Martin, 10; Roullet, 12; Schmutz et Bartet, 17; Bizot, 8; Hocquard, 19; Oblin et Duntze, 14; Lavier, 10; Larget, 18; Gally, 13; Latombe, 12.

Séance du 19 septembre. — Question donnée : « Symptômes de la pneumonie franche aiguë. »

MM. Gornouec, 10; Galliot et Huet, 17; Mlle Gaïtz, 13; MM. François-Julien, 10; Dubuisson, 13; Hervouët, 11; Hochard, 9; Mlle Friedmann, 13; MM. Hervé, 6; Flammarion, 15; Godard (Philippe), 11; Duchein, 13; Hyvernaud, 15; Ferrier (Louis), 17; Dupret, 16; Giraud, 14; Guillet et Hébert, 12; Hérisson, 11.

Prochaine séance, lundi 23 septembre, à quatre heures et demie (première moitié, deuxième série et première moitié, première série).

Anatomie. — Séance du 17 septembre. — Question donnée : « Artère axillaire et ses branches. »

MM. Veil-Picard, 8 1/2; Plantin, 11; Bonnardot, 14; Faure, 15; Roullet, 14; Binet et Ginestet, 12; Deguy, 18; Schmutz, 14; Saint-Martin, 15; Chauvenet, 17; Latombe, 11; Henriot, 9; Gally, 10; Oblin, 16; Bartet, 14; Duntze, 12; Gérard, 14; Faiveley, 16 1/2; Marquand, 17.

Séance du 18 septembre. — Question donnée : « Extrémité supérieure du fémur. »

MM. Briand, 16; Puchois, 13; de Bony de Lavergne, 10; Lavier, 16; Larget, 19; Hocquard, 16; Benoit, 14; Mlle Lefschetz, 13; MM. Leroux, 15; Jacquemart, 14; Jalbaud et Merlier, 13; Milet, 15; Miltos, 11; Moutard, 10 1/2; Poirier, 10; Mlle Polkovska, 8; M. Lafond, 15.

Séance du 19 septembre. — Question donnée : « Sterno-cléido-mastoïdien (sans la physiologie). »

MM. Mornard, 12; Jouisse, 10; Mlle Némirovsky, 16 1/2; MM. Pigney, 9; Reyt, 15; Magnan, 17; Lancesseur, 13; Perrin, 12; Pignol, 16; Nazim, 13; Levine, 15; Loyer, 16; Le Coulm, 10; Mouveroux, 17; de Montalent, 11; Raynal, 14.

Prochaine séance, lundi 23 septembre, à neuf heures du soir (deuxième moitié, première série).

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Un concours pour une place d'accoucheur adjoint s'ouvrira le lundi 4 novembre 1912, à huit heures du matin.

Les candidats devront se faire inscrire avant le 19 octobre.

MARINE. — Le jury des concours qui doivent s'ouvrir les 14 et 15 octobre 1912 en vue du remplacement :

1° Du professeur d'anatomie à l'Ecole annexe de médecine navale de Brest; 2° du professeur de physiologie et d'histologie à l'Ecole de médecine navale de Toulon; 3° du professeur de physiologie, d'hygiène et de médecine légale à l'Ecole principale du service de santé de la marine à Bordeaux,

Sera ainsi composé : président, M. l'inspecteur général du service de santé; membres : MM. les médecins principaux Gastinel et Ghabanne.

HOPITAL DE LA PITIÉ. — MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX. (Service de M. le docteur JOSUÉ.) — Sous la direction du docteur Josué ont lieu dans le service, l'après-midi, des leçons d'exercices individuels sur les maladies du cœur et des vaisseaux. Les élèves sont exercés aux méthodes d'examen des malades, à la percussion, à la phonendoscopie, à l'auscultation, à la sphygmomanométrie, aux tracés du pouls veineux et artériel. Pour que ces leçons atteignent efficacement leur but, elles seront faites par séries de douze leçons et limitées à un nombre maximum de cinq élèves par série. La mise en série est faite à l'hôpital dans le service, le 1er de chaque mois, à partir du mois d'octobre et pendant toute l'année.

Chaque série dure approximativement un mois.

Le droit d'inscription pour la série de douze leçons est de 100 francs.

Il existe également dans le service une installation d'*électrocardiographie*, et des leçons spéciales seront faites relatives à cette nouvelle et si intéressante méthode graphique des contractions cardiaques.

Pour inscription et tous les renseignements, s'adresser à M. Henri Godlewski, interne des hôpitaux de Paris (hôpital de la Pitié), Paris.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — Services directs et rapides entre *Paris* (gare de Lyon), *Saint-Flour* et *Béziers, viâ Brioude*. — Ces services sont assurés par les trains express 921 et 930 qui comportent des voitures directes de toutes classes de ou pour Béziers.

Aller : Départ de Paris (gare de Lyon), 8 h. 15 soir. Arrivée à Saint-Flour, 7 h. 32 matin; à Béziers, 3 h. 47 soir.

Retour : Départ de Béziers, 9 h. 37 matin; de Saint-Flour, 6 h. 2 soir. Arrivée à Paris, 4 h. 40 matin.

RENSEIGNEMENTS

455. — **ON DEMANDE UN INTERNE EN MÉDECINE** à l'asile d'aliénés de Fains (Meuse). — 800 francs par an.

S'adresser au directeur de l'Asile.

REVUE GÉNÉRALE

LES EMPOISONNEMENTS PAR LES CHAMPIGNONS

Par Stephen CHAUVET,
Interne des hôpitaux de Paris.

Voici l'automne et, sur la terre jonchée de feuilles, se dressent, de place en place, des champignons de toutes sortes, aux coloris variés. Au cours de promenades, maintes familles en récoltent spontanément ou sur les conseils « d'un connaisseur » ; et l'on se réunit pour déguster en commun les savoureux végétaux. Tantôt tout va bien; tantôt quelques heures après le repas, ou dans la nuit les accidents éclatent et les quotidiens relatent le lendemain un nouveau cas d'empoisonnement collectif par les champignons. Parfois après une crise alarmante, les accidents tournent court; la plupart du temps, malheureusement, il n'en est rien et les « mauvais champignons » ont fait de nouvelles victimes.

Elles sont nombreuses les victimes ; dans les derniers jours d'août et les premiers de septembre, une vingtaine de morts ont été relatées. Et nous ne faisons qu'entrer dans la saison où l'on rencontre particulièrement ces sortes d'accidents. M. Gueguen estime qu'il meurt annuellement, rien qu'en France, au moins 200 personnes intoxiquées par les champignons. Comme il le fait remarquer fort justement « c'est plus qu'il n'en meurt par la foudre et presque autant qu'il en disparaît dans les incendies ».

Il importe donc, pour tous, de bien connaître une question aussi importante, où la prophylaxie est tout, dont tout le monde parle et sur laquelle on vous interroge et qui constitue pour le médecin un cas d'urgence, ne lui laissant pas le temps de se documenter dans les traités. On y chercherait d'ailleurs en vain, à l'heure actuelle, les connaissances précises dont on a besoin.

I

Causes occasionnelles des empoisonnements. — Elles tiennent à ce que : α. maintes personnes se targuent de connaître les champignons ; β. presque tout le monde croit pouvoir, sans les connaître, déceler s'ils sont bons ou mauvais à l'aide de certains procédés ; γ. il circule enfin, dans le public, toute une série de recettes destinées, croit-on, à rendre inoffensifs les champignons vénéneux. Envisageons successivement ces trois ordres de faits.

1° Les *connaisseurs* : « Méfiez-vous des amateurs qui vous disent : « Je connais les champignons ». Ceux-là seraient généralement incapables de vous donner une description caractéristique de l'espèce la plus commune, parce qu'ils ne savent pas observer les particularités auxquelles on reconnaît, sans erreur possible, un champignon déterminé, et se fient plutôt à sa physionomie, à sa couleur, à son odeur, etc. C'est à ces « amateurs » que l'on doit l'accroissement du nombre des accidents, trop heureux encore s'ils se contentaient de consommer à eux seuls leurs propres récoltes. » (F. Gueguen.)

2° Les *procédés* pour reconnaître les champignons vénéneux. Les voici :

I. Les champignons des prés sont toujours bons.

II. Les mauvais champignons ne sont pas rongés par les insectes et les limaces.

III. Ces mêmes champignons exhalent tous une odeur désagréable. Tous ces dictons sont erronés.

IV. La chair de ces champignons change de couleur lorsqu'on les casse ; suivant les espèces, elle rougit, bleuit ou brunit. Cela n'est vrai que pour certains. D'autre part, de délicieux champignons présentent ce caractère.

V. Les champignons vénéneux font tous cailler le lait. Cela est inexact.

VI. L'ognon ne brunit qu'en contact avec de mauvais champignons. Or, « il n'est pas une cuisinière qui ne sache qu'on peut le faire demeurer blanc ou le brunir à volonté, suivant qu'on le laisse ou non manquer de beurre pendant la cuisson. » (Gueguen.)

VII. Une pièce d'argenterie en contact avec des champignons noircit s'ils sont vénéneux, et reste blanche s'ils sont bons. Ce moyen est aussi absurde que les précédents. « La cuiller d'argent ou la pièce de monnaie noircissent toujours lorsqu'on les met au contact d'hydrogène sulfuré, que ce gaz malodorant soit dégagé par du jaune d'œuf, par des champignons comestibles un peu vieux ou même par de la viande avariée ; l'argent reste brillant au contraire, en présence de toute matière ne dégageant pas d'hydrogène sulfuré, telle que les champignons frais et récemment cueillis, *fussent-ils les plus redoutables qui existent.* » (Loc. cit.)

3° Les *recettes* pour détruire la toxicité des champignons vénéneux préconisent :

I. D'enlever la pelure colorée qui recouvre le chapeau de diverses espèces. Certes, celle-ci renferme une notable proportion de principes toxiques chez les champignons vénéneux, et la mesure serait bonne, s'il ne restait dans la pulpe du chapeau des toxines en quantité plus que suffisante pour déterminer la mort.

II. De faire bouillir les champignons suspectés d'être nuisibles pour qu'ils abandonnent leurs toxines au liquide ambiant. C'est une opinion très répandue dans le public et à laquelle souscrit même J.-H. Fabre (1). Elle est dangereuse. Radais et Sartory (2) ont en effet expérimentalement prouvé que l'amanite phalloïde, par exemple, conservait la presque totalité de son pouvoir toxique même après une ébullition de vingt minutes.

III. De faire cuire les champignons vénéneux dans de l'eau vinaigrée pour les rendre inoffensifs. C'est là encore une opinion erronée contre laquelle s'étaient déjà élevés Orfila et Flandin et qu'il importe de détruire. Cette opération n'est pas suffisante, en effet, pour supprimer les toxines redoutables des amanites phalloïde et citrine par exemple.

(1) J.-H. Fabre. *Souvenirs entomologistes*, t. X, pp. 317, 321.
(2) Sartory. *Acad. des sc.*, 11 déc. 1911.

II

En résumé, il n'existe aucun moyen empirique pour reconnaître les champignons vénéneux et leur faire perdre leur toxicité et il importe formellement de connaître les caractères morphologiques botaniques des quelques champignons dangereux et mortels qui sont la cause de tous les accidents.

III

Étiologie. — On englobe, dans le public, sous le nom général de « champignons vénéneux » toute une série de champignons capables de déterminer des intoxications de gravité variable. Or, il faut savoir que les mêmes espèces de champignons occasionnent toujours les mêmes accidents, presque identiquement comparables d'un cas à un autre. Et, à cet égard, on peut répartir les « mauvais champignons » en trois groupes :

1° Les *suspects* qui provoquent tantôt de simples indispositions, tantôt de fortes indigestions, bref des accidents plus ou moins sérieux mais jamais inquiétants.

2° Les *dangereux* qui occasionnent un syndrome morbide, alarmant, avec troubles intellectuels et gastro-intestinaux mais dont l'évolution se fait finalement d'une façon heureuse.

3° Les *mortels* qui sont responsables des décès que l'on déplore à chaque instant.

Nous décrirons rapidement ces trois sortes de champignons (1). Auparavant et pour la clarté de ce qui va suivre, nous rappellerons brièvement la constitution d'un « agaric » schématique aux principales périodes de son évolution.

*
* *

Sur le thalle ou mycelium (vulgairement blanc de champignon) on voit surgir un petit bouton globuleux qui ne tarde pas à se gonfler et à s'allonger. Il perce la surface du sol et apparaît bientôt complètement enveloppé d'une membrane ou *volve*. Une coupe frontale montre à cette époque l'aspect suivant (fig. 1). La volve enveloppe le pied et le chapeau. A la face inférieure de ce dernier rayonnent des *lames* constituant ce que l'on appelle l'hyménium. Les lames sont à cette période, protégées par le *voile* étendu, du pied sur lequel il s'insère, au pourtour marginal du chapeau. Rapidement la volve éclate sous la poussée du champignon qui s'allonge et s'épanouit (fig. 2). La partie supérieure peut rester accolée au chapeau. Elle ne tarde pas à se craqueler au fur et à mesure du développement de celui-ci. Il en résulte un semis de débris irréguliers. Tout autour de la partie supérieure du pied ou stipe, pendent les restes du voile; ce reliquat porte le nom d'*anneau*. Le segment inférieur de la volve forme autour de la base du pied, plus ou moins bulbeux, une sorte de sac ou un rebord écailleux suivant les cas. Les restes de cette volve jouent, dans l'identification des champignons, un rôle considérable; elle sert, entre autres, à caractériser les champignons les plus dangereux qui *tous sont munis d'une volve.*

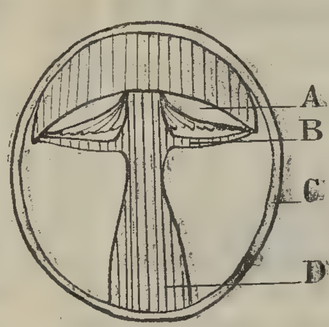


FIG. 1.

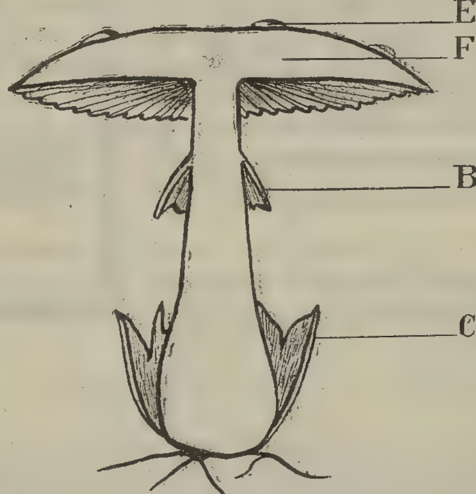


FIG. 2.

Légende. — A, lames; B, voile; B', anneau; C, volve; C', débris de la volve (segment inférieur); D, pied; E, débris de la volve; F, chapeau.

C'est dire qu'il est absolument indispensable quand on veut déterminer un champignon, de le déterrer soigneusement afin de pouvoir en examiner la base et de pas méconnaître l'existence d'une volve, *notion capitale.*

1° CHAMPIGNONS SUSPECTS. — Nous ne les décrirons pas, renvoyant pour cela aux traités mycologiques, parce qu'ils n'ont pas à vrai dire une grosse importance vu la bénignité des accidents qu'ils déterminent. Il est d'ailleurs difficile d'en donner une liste précise. Certains d'entre eux sont en effet parfaitement tolérés par de nombreuses personnes alors qu'ils en indisposent d'autres. Quelques-uns signalés comme suspects par certains auteurs sont considérés par ailleurs comme comestibles. Tel est le cas de la *chanterelle orangée*, du *bolet satan* (boletus satanas), du *bolet blafard* (boletus lividus), du *bolet panaché* (boletus variegatus). C'est ainsi que le mycologiste distingué qu'est M. Gueguen affirme manger sans inconvénients la chanterelle orangée, le bolet à pied rouge, le bolet blafard.

D'autre part certains champignons et des plus comestibles peuvent, dans certaines circonstances, occasionner des intoxications. Tels sont les *morilles* (morchela esculenta) et les *helvelles* (helvella crispa) qui ne doivent pas être mangées à l'état frais parce

(1) Pour plus de détails consulter : P. DUMÉE. *Nouvel Atlas de poche des champignons*, chez Paul Klincksieck, 3, rue Corneille. Ouvrage orné de fort belles planches en couleur.

qu'elles contiennent une certaine quantité d'acide helvellique. Or celui-ci est très volatil, la dessiccation le fait disparaître. D'autre part il se dissout dans l'eau bouillante. Ces champignons doivent donc être employés séchés ou bouillis. Tout ceci montre combien il est difficile de « délimiter » la catégorie de champignons que nous envisageons. Signalons cependant comme particulièrement suspects l'*entolome livide*, le *pleurote de l'olivier*, certains *lactaires* et *russules*.

2° Champignons dangereux. — Trois amanites doivent être spécialement envisagées :

I. **Amanite panthère** (amanita pantherina) ou fausse golmotte. *Taille :* 10 centimètres environ. *Chapeau :* α. brunâtre [jamais vineux comme la golmotte franche]; β. semé de petits débris blanchâtres de volve; γ. porteur de striations radiaires marginales. *Lames* : blanches. *Pied* : blanc, cylindrique à base renflée. *Anneau* : double, blanc, un peu strié et plissé. *Volve :* représentée à l'union du bulbe et du pied par une double crête écailleuse. *Chair :* blanche et reste blanche à l'air tandis que celle de la golmotte rougit à l'air.

II. **Amanite tue-mouches** (amanita muscaria) ou fausse oronge. On la surnomme tue-mouches parce qu'un morceau, mis à tremper dans de l'eau sucrée, abandonne à celle-ci ses poisons et que les mouches qui viennent sucer ce liquide ne tardent pas à mourir. Elle est dangereuse parce que très commune et parce qu'on la confond avec l'oronge vraie ou amanite des Césars ainsi appelée parce que l'empereur César Claude avait pour ce champignon une prédilection marquée, qu'Aggripine aurait, dit-on, mise à profit pour l'empoisonner. *Taille :* 18 centimètres environ. *Chapeau :* assez vaste. D'abord d'aspect globuleux, il s'élargit ensuite en s'aplatissant et peut même se creuser en entonnoir. Il est rouge sang de bœuf, rouge vermillon parfois, mais sa teinte peut pâlir un peu (la matière colorante étant soluble dans l'eau). Sur ce fond rouge, se détache un semis de débris croûteux de volve, couleur kaki. *Lames* : inégales et blanches. *Pied :* blanc, bien bulbeux à la base, diminue progressivement de volume au fur et à mesure qu'il s'approche du chapeau. *Volve :* ne constitue pas, au pied, un étui, mais un simple rebord écailleux.

III. **Lepiote brunâtre** (lepiota helveola), assez rare. *Taille :* 7 centimètres environ. *Chapeau :* un peu en forme de chapeau tonkinois; de couleur gris rosé, ou un peu brunâtre, et semé de squames rouge brique. *Lames :* blanches. *Pied :* cylindrique, blanc rose, fonce en vieillissant. *Anneau* : à peine quelques débris à moitié de hauteur du pied. *Volve* : absente. *Chair :* devient rosée à l'air.

3° Champignons mortels :

I. **Amanite phalloïde** (amanita phalloïdes) ou amanite bulbeuse ou oronge-ciguë. *C'est elle qui cause, en France, la presque totalité des décès.* Très commune en automne. *Taille :* 10 centimètres environ. *Chapeau :* légèrement bombé un peu gluant surtout après la pluie; parsemé de stries brunâtres qui sont des fibrilles ou des petits poils agglutinés; il est de teinte verdâtre, vert olivâtre, surtout sur les bords; ce ton fonce graduellement vers le centre du chapeau, où il donne l'impression d'une patine bronzée claire. *Lames :* blanches. *Pied :* élancé, à base bulbeuse; de couleur blanchâtre, tirant un peu sur le verdâtre. *Anneau* : net; blanc. *Volve* : nette et frangée, de couleur blanchâtre.

II. **Amanite printanière** (amanita vera) ou oronge-ciguë blanche. Toute blanche et plus petite que la précédente, elle peut en être regardée comme une variété blanche. Avec l'âge elle prend une odeur rappelant plus ou moins le safran.

III. **Amanite citrine** (amanita citrina) encore appelée amanite mappemonde (amanita mappa) parce que les débris de volve dessinent plus ou moins sur le chapeau, des figures géographiques. *Taille* : 10 centimètres en moyenne. *Chapeau* : légèrement bombé; un peu humide et moucheté de débris blanc sale de volve; de couleur jaunâtre, jaune citron pâle. *Lames* : blanches. *Pied* : élancé, un peu jaunâtre, brusquement renflé à sa base en forme de massue; celle-ci, enfoncée en terre, est colorée par elle. *Anneau* : assez ample, blanc au centre, un peu jaunâtre à la périphérie. *Odeur* : âcre, rappelant un peu celle de la pomme de terre crue.

IV. **Volvaires.** Toutes les volvaires sont à rejeter. Elles présentent les caractères suivants : *Forme générale* : élancée et élégante. *Chapeau* : légèrement conique. *Lames* : roses. *Pied* : cylindrique, mince et long. *Anneau* : absent. *Volve* : bien nette et sacciforme.

IV

Pathogénie des accidents. — Les différences de toxicité des trois catégories de champignons que nous venons d'étudier viennent de ce que ceux-ci renferment des principes vénéneux différents.

Les champignons suspects possèdent des résines, les dangereux de la muscarine et les mortels un poison redoutable : la phalline.

I. Résines. Les substances résinoïdes renfermées dans certains champignons suspects tels que russules et entolomes, sont à vrai dire assez peu connues. L'acide cambogique que contiennent les russules a surtout un effet vomitif et drastique énergique. « Il faut en rapprocher l'acide agaricique, principe actif du polypore du mélèze, employé en thérapeutique sous le nom impropre d'agaric blanc. » (A. Clerc.)

II. Muscarine. C'est le poison actif de l'amanite tue-mouches ou fausse oronge, de l'amanite panthère ou fausse golmotte, et de la lepiote brunâtre. Elle doit son nom à ce fait que Schmiedeberg et Koppe l'isolèrent en 1870 de l'amanite tue-mouches (amanita muscaria). Comme un grand nombre de poisons végétaux, la muscarine est un alcaloïde cristallisable que Ch. Moureu considère comme dérivé de la choline par oxydation de la fonction alcool. Soluble dans l'eau et dans l'alcool elle est très toxique, elle tue le chat à la dose de 2 à 4 milli-

grammes. Chez le chien, elle provoque du myosis, de l'exagération des sécrétions glandulaires, de la tachycardie, de la diarrhée et de l'anurie. La mort survient par arrêt du cœur. M. Pouchet enseigne que la muscarine excite d'une façon continue les terminaisons intracardiaques du pneumogastrique. Cet alcaloïde n'est pas le seul toxique retiré des champignons dangereux. On a également isolé de la choline, de la névrine, diverses bétaïnes. M. Pouchet enfin a signalé la présence dans le suc de l'amanita muscaria d'un poison appartenant au groupe des albuminoïdes.

III. Phalline. A été isolée par Kobert en 1890 de l'amanita phalloïdes. C'est également le toxique actif de l'amanita citrine et des volvaires. « Ce poison ne peut être neutralisé ni par ébullition prolongée, ni par le tanin ou le café fort (contre-poisons efficaces de beaucoup de plantes vénéneuses) ni enfin par le charbon pulvérisé. » (Gueguen.) Trois grammes d'amanite phalloïde tuent un moineau, par ingestion, en vingt à quarante minutes. Il faut 4 grammes pour faire périr un chat et 25 grammes environ pour un chien. « Une dose de 3 centigrammes, quantité inférieure à celle que renferme une seule amanite phalloïde, détruit en quelques heures tous les globules rouges contenus dans le sang d'un homme. » (F. Gueguen.) Elle détermine « l'hémoglobinurie, puis l'anurie avec ictère et thromboses multiples ». (A. Clerc). Cette formidable toxicité montre combien il faut peu de champignons pour tuer un homme. Handfort cite le cas d'une jeune femme qui mourut pour avoir mangé un demi-champignon seulement.

V

Symptomatologie. — La muscarine et la phalline agissent d'une façon si différente que dès le début de l'intoxication on peut dire à la fois et quels étaient les champignons vénéneux et l'évolution ultérieure de la maladie.

Au point de vue clinique nous distinguerons l'empoisonnement par les champignons suspects, celui par les champignons dangereux, celui enfin par les champignons mortels.

I. Champignons suspects. — Peu de choses à dire. Les russules et les lactaires, surtout drastiques, déterminent tantôt une simple indisposition avec malaise, nausées, troubles digestifs, tantôt une violente indigestion avec coliques, diarrhée, sueurs, anxiété, état de prostration plus ou moins marqué. Dans les deux cas guérison rapide.

Les bolets occasionnent des vomissements plus précoces, ce qui a l'heureux résultat d'évacuer le corps du délit. Les morilles et les helvelles à l'état frais peuvent enfin indisposer quelques personnes.

II. Empoisonnement muscarinien. — Le début est *brusque et précoce*, une heure (fausse oronge) à trois heures (amanite panthère) après l'ingestion des champignons.

Presque en même temps s'installent des *troubles digestifs* et des *troubles intellectuels*. Le malade ressent une forte douleur épigastrique et des coliques violentes. Il vomit; une diarrhée séreuse abondante s'installe. La sécrétion salivaire est parfois exagérée. Les urines diminuent considérablement et peuvent se supprimer transitoirement.

La température est généralement normale; on a cependant signalé, dans quelques cas, une légère hyperthermie. Le pouls est régulier. Le foie n'est pas gros ni douloureux à la pression.

Le malade, le visage plus ou moins congestionné, les pupilles en myosis, est dans une agitation délirante spéciale, analogue à l'ivresse et qui a été dénommée « folie muscarinique ». Il tremble, titube, crie, gesticule, tantôt rit aux éclats et sans motifs, tantôt, en proie à des hallucinations, profère des menaces contre des êtres imaginaires. Il semble désorienté et mal reconnaître les membres de sa famille. Ce délire ébrieux se calme un peu au bout de quelques heures, de même que parallèlement s'atténuent les troubles gastro-intestinaux. Le malade tombe dans une sorte de torpeur. Il se réveille quelques heures plus tard, très amélioré mais obnubilé et ne se souvenant guère de ce qui s'est passé. La convalescence dure deux ou trois jours. La guérison est complète.

III. Empoisonnement phallinien. — Le début est *tardif*. Il succède à une période d'incubation de dix à douze heures, parfois plus : jusqu'à trente heures. Le malade est pris de céphalée, de vertiges, d'éblouissements, d'une sensation de *défaillance* angoissante. Sa gorge « est comme serrée » ; il ressent une *brûlure d'estomac* intense, il souffre d'une soif ardente et inextinguible et de violentes *crampes* dans les bras et dans les jambes. Rapidement un véritable *syndrome cholériforme* s'installe : les douleurs épigastriques sont atroces, irradiant dans tout l'abdomen, les vomissements sont incessants, bilieux. L'intolérance gastrique est à peu près complète; boissons aqueuses et lait sont vomis aussitôt qu'avalés, et cependant la soif est des plus vives. La diarrhée est profuse, souvent fétide, elle devient rapidement incolore, constituée uniquement par du liquide muqueux dans lequel flottent de petits flocons riziformes. Parfois elle est sanguinolente. Elle s'accompagne à bref délai d'épreintes et de ténesme rectal et vésical. Les urines sont rares et foncées.

On est généralement appelé auprès du malade à ce moment-là. On le trouve couché, assez souvent en chien de fusil, comprimant son abdomen. Le visage, parfois violacé, trahit une anxiété extrême. Les pupilles sont contractées; le corps parfois parsemé de petites plaques marbrées; le ventre et le foie très douloureux à la pression. Les extrémités sont froides, couvertes de sueurs. Il y a de l'hypothermie plus ou moins marquée, 36, 35 degrés. Les bruits du cœur sont réguliers mais un peu sourds, le pouls est petit.

Au bout de quelques heures de phase aiguë, il est fréquent de voir survenir une *accalmie*. Les douleurs s'apaisent, vomissements et diarrhée diminuent, l'état général s'améliore. La famille se rassure, et le médecin, bien qu'averti de ces rémissions trompeuses, a peine à se défendre d'un petit espoir qu'il sait cependant bien illusoire. De fait, après une

heure ou deux d'assoupissement une nouvelle crise survient, aussi ou plus violente que la première.

Si la quantité de champignons ingérés a été grande, et corollairement la dose de phalline importante, les événements se précipitent. Le malade s'affaiblit progressivement, conservant jusqu'au bout sa lucidité et se plaignant de crampes des plus pénibles. Il tombe dans un état lipothymique, son pouls devient arythmique et filiforme, ses extrémités, de plus en plus froides, sont couvertes de sueurs abondantes et glacées, son visage est livide. Il meurt au cours d'une syncope en un ou deux jours.

La dose de phalline absorbée a-t-elle été moindre, quoique mortelle, le sujet est-il particulièrement résistant, les choses traînent un peu plus. On voit dès lors se succéder les phases d'accalmies et de souffrances. On peut observer de l'hémoglobinurie transitoire; l'oligurie de plus en plus marquée aboutit rapidement à une anurie presque absolue. Le facies du malade devient légèrement subictérique puis ictérique (ictère hémolytique). Le foie est gros et douloureux. L'oppression et l'anxiété augmentent. Le malade se plaint d'une douleur précordiale singulière et souvent de constriction des mâchoires. L'agitation apparaît. Les crampes se répètent, les vomissements, la diarrhée continuent. Certains malades gardent leur intelligence jusqu'au dernier moment; d'autres, au contraire, tombent dans une prostration dont on ne peut les tirer; d'autres, enfin, deviennent délirants. Quoi qu'il en soit, le cœur ne tarde pas à céder, le malade tombe dans le collapsus et meurt le troisième, quatrième, cinquième ou sixième jour, en hypothermie.

VI

Pronostic. — Il est bon pour les champignons suspects.

L'empoisonnement exclusivement muscarien est grave, mais non mortel. Le début rapide des accidents, la précocité des vomissements et de la diarrhée qui évacuent le corps du délit, la précocité des mesures médicales, la nature du poison enfin, tels sont les facteurs de ce pronostic rassurant.

Il n'en est pas de même pour l'empoisonnement phallinien. Le début tardif des accidents rend inefficaces vomissements et diarrhée, et illusoire toute tentative évacuatrice. Il est trop tard; le poison a diffusé dans l'organisme. Aussi le pronostic est-il des plus sombres. La mortalité est environ de 80 p. 100 des cas. Elle est plus grande encore chez les enfants et les débilités chez qui l'évolution est presque foudroyante. La gravité de cette intoxication rend certes bien alléatoire toute tentative thérapeutique. Il faut s'attendre presque à coup sûr à un échec et prévenir la famille. Il faut néanmoins essayer de lutter, car en cas d'intoxication légère et de bonne résistance du sujet tout espoir n'est pas fatalement banni.

VII

Diagnostic. — On pourrait penser dans certains cas à une simple indigestion, dans d'autres au choléra, n'étaient les anamnestiques. Le tableau clinique est-il un peu déroutant chez un malade, il est bien rare qu'il ne soit typique sur les autres membres de l'entourage, car les empoisonnements par les champignons sont généralement collectifs.

Il faut d'ailleurs se rappeler que nous avons décrit les empoisonnements muscarien et phallinien à l'état pur. C'est généralement ainsi qu'on les observe. Mais un même plat pouvant contenir les deux poisons il est possible d'assister à une imbrication des deux syndromes d'où il résulte un syndrome morbide un peu polymorphe et d'une extrême gravité.

Dans certains cas, ces empoisonnements, de par les circonstances dans lesquelles ils sont survenus, suscitent une expertise médico-légale. Que trouve-t-on?

VIII

Lésions. — La putréfaction est rapidement très avancée. Le tube digestif est distendu par des gaz fétides. L'estomac peut présenter quelques plaques gangréneuses. La muqueuse intestinale a une teinte violacée, ecchymotique, de moins en moins marquée au fur et à mesure que l'on s'approche du cæcum, et absente dans le gros intestin. Le foie est énorme et congestionné. Il présente des foyers de ramollissement. Les poumons, congestionnés, sont piquetés par places par de petites suffusions sanguines. Il en est de même des reins. Le système nerveux est le siège d'altérations diffuses et graves des éléments cellulaires (Schürer).

En résumé, aucune lésion pathognomonique. Aussi faut-il pratiquer l'examen microscopique des matières fécales. On pourra peut-être ainsi mettre en évidence des débris de champignons, et rencontrer des spores qui permettront de déterminer l'espèce incriminée. C'est là le seul élément de certitude.

IX

Traitement. — Il se résume en quatre indications : vider le tube digestif, favoriser l'élimination du poison par les émonctoires, traiter les divers symptômes et particulièrement soutenir le cœur.

A. 1° En cas d'*empoisonnement phallinien*, les vomitifs sont inutiles :

α. Parce que l'ingestion remonte à dix heures et qu'il n'y a plus rien dans l'estomac;

β. Parce que d'ailleurs les vomissements spontanés se sont chargés d'évacuer ce qu'il y avait à rejeter. Les vomitifs sont donc inutiles; ils sont même nuisibles car ils font souffrir et épuisent les malades. Par contre, le lavage d'estomac est une excellente chose.

2° En cas d'*empoisonnement muscarinien* il faut :

α. Faire vomir en chatouillant la gorge et en faisant boire un peu d'eau tiède (éviter l'ipéca et le tartre stibié). On ne fera pas vomir le malade s'il a déjà vomi spontanément de façon suffisante.

β. Pratiquer un lavage d'estomac au tube de Faucher. Si l'on n'en a pas sous la main et comme il *faut faire vite* on se servira d'un tuyau de caoutchouc de bock avec un entonnoir ordinaire.

3° Dans tous les cas, il faut débarrasser l'intestin et pour cela administrer soit un purgatif (l'huile de ricin à la dose de 30 grammes est de beaucoup le plus recommandable parce qu'elle ne dissout pas les toxiques), soit un lavement purgatif du Codex.

4° Il est classique de donner au malade de la poudre de charbon végétal. On a prétendu qu'ingéré « aussitôt après un repas de champignons vénéneux il absorbait la totalité des poisons contenus dans ceux-ci et rendait ainsi le repas inoffensif. Il est bien vrai que le charbon est susceptible de retenir énergiquement *une partie* des principes toxiques de certaines plantes comme la belladone, l'amanite tue-mouches et quelques autres ; mais il n'est nullement prouvé qu'il en soit de même pour les poisons différents des précédents, comme par exemple ceux qui existent dans les terribles amanites phalloïde et citrine, les volvaires » (Guéguen).

B. Faire uriner le malade : eau lactosée, tisanes de queues de cerise, de chiendent (additionnées de 2 grammes de nitrate de potasse par litre ; ne pas dépasser 5 grammes par jour). Lait.

C. Réchauffer le sujet avec des boules, des frictions sèches.

Calmer les douleurs abdominales avec des lavements huileux laudanisés (xx gouttes de laudanum) et avec des cataplasmes de farine de lin fréquemment renouvelés sur l'abdomen. La morphine, quoique irrationnelle, est parfois indispensable tant les douleurs sont atroces.

Combattre les vomissements avec de l'eau de Seltz et en faisant sucer de petits morceaux de glace.

Obtenir la sédation du délire muscarinique avec une potion bromurée.

D. Soutenir le cœur. Surtout ne pas donner d'alcool qui facilite l'absorption du poison. Prescrire du café, des piqûres d'éther, d'huile camphrée et de spartéine.

E. Il est enfin rationnel, en cas d'empoisonnement phallinien, de faire une injection d'un litre et demi de sérum artificiel. On peut en profiter pour adrénaliniser ce sérum.

F. On a encore préconisé les injections hypodermiques d'un demi-milligramme de sulfate neutre d'atropine en se basant sur l'antagonisme de cet alcaloïde et de la muscarine. « Il ne faut pas s'exagérer la valeur d'un tel médicament dont l'action réelle, quand on expérimente sur la grenouille, semble plus problématique chez les animaux à sang chaud et nécessite en tous cas l'emploi de doses relativement énormes et par conséquent toxiques. » (Clerc.)

M. Claisse, enfin, avait en 1898 commencé quelques recherches sur la sérothérapie de l'empoisonnement par les champignons. Ces travaux n'ont pas été poursuivis.

LIVRES NOUVEAUX

Einführung in die Physiologie, Pathologie und Hygiene der menschlichen Stimme (Introduction à la physiologie, la pathologie et l'hygiène de la voix humaine) (1), par M. Ernst Barth.

Ce livre passe en revue tout d'abord les notions d'acoustique nécessaires à la compréhension de la physiologie de la voix humaine ; cet exposé très clair et très complet est suivi d'une description anatomo-physiologique de l'appareil de perception, de l'appareil auditif.

L'anatomie des organes nécessaires à la production est ensuite étudié, et il ne s'agit pas seulement du larynx mais encore du thorax et des poumons qui représentent l'appareil de soufflerie, mais encore le pharynx, la langue, la bouche, le nez qui président aux modulations de la voix. Cette étude anatomique est suivie d'une étude physiologique exposée suivant le même plan et d'une façon aussi complète.

Les méthodes d'exploration du larynx, la voix suivant l'âge, le sexe, les circonstances physiologiques sont ensuite passées en revue. L'ouvrage est complété par un exposé de toutes les causes pathologiques qui peuvent agir sur la voix humaine, des effets qu'elle exerce, du traitement des maladies de la voix et de son hygiène.

On voit dans quel esprit est conçu ce livre, intéressant non seulement pour les spécialistes, mais encore pour ceux qui ne sont pas même médecins.

De nombreuses figures, des schémas, des reproductions de radiographies illustrent le texte et aident à sa compréhension.

A. LEMIERRE.

Hygiène infantile. Notions pratiques à l'usage des mères (2), par le docteur Lassablière.

Comme le dit l'auteur dans la préface de cette deuxième édition, ce petit ouvrage n'est pas le fruit d'une compilation, c'est au contraire le résumé d'une expérience et de travaux personnels. L'auteur étudie simplement, d'abord l'hygiène avant la naissance de l'enfant, puis l'hygiène après la naissance. Il donne sobrement et d'une manière très explicite, les meilleurs renseignements pratiques dont la connaissance est indispensable à celui qui se charge d'élever un enfant. L'ouvrage se termine par « le livret de bébé et le registre de croissance », si utile à consulter lorsqu'on doit diriger l'alimentation d'un bébé. Cet ouvrage a été honoré d'une souscription de la Ville de Paris ; il en est déjà à sa deuxième édition ; c'est dire tout le succès, fort mérité d'ailleurs, qu'il a rencontré, sans doute à la fois auprès des mères et des médecins.

B. GAYARD.

Formulaire des nouveaux remèdes (3), par le docteur G. Bardet, secrétaire général de la Société de thérapeutique.

Encouragé par le succès de cet ouvrage, l'auteur a fait de nombreux changements destinés à le mettre au point. Tous les médicaments récents ou particulièrement importants sont traités, par lettre alphabétique, dans des articles où la chimie, la matière médicale, la thérapeutique et la posologie sont résumées de façon claire et précise.

On n'analyse pas un ouvrage de ce genre, et d'ailleurs celui-ci possède à l'heure actuelle une trop grande notoriété pour qu'il soit utile de faire autre chose que de signaler l'apparition de cette vingt et unième édition.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

---

(1) In-8 de 500 pages. — Leipsig 1911, Georg Thieme.
(2) In-8. — Paris, 1911, Ch. Jouve.
(3) In-8 de XVI-370 pages. 21e édition revue et corrigée. — Paris, 1912, O. Doin et fils.

CONGRÈS

1er CONGRÈS INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPARÉE, à la Faculté de médecine de Paris, du 17 au 23 octobre 1912. — Dont le volume des rapports sera publié fin septembre et dont la cotisation de 20 francs pour les membres actifs, et de 10 francs pour les membres adhérents, doit être envoyée au secrétaire général, M. Grollet, 42, rue de Villejust, à Paris.

ORDRE DU JOUR (*suite*). — *Diphtérie humaine et aviaire.* Rapporteurs : MM. F. Arloing, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon; — Rappin, professeur à l'Ecole de médecine, directeur de l'Institut Pasteur de Nantes.

Communications. — MM. Jules Courmont, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; — Bordet, professeur à la Faculté de médecine de Bruxelles.

Cancer. Rapporteurs : MM. Ménétrier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et docteur Clunet, chef de clinique; — Borrel, professeur à l'Institut Pasteur.

Communications. — MM. Béclère, médecin des hôpitaux, et H. Béclère : Les leucémies; — Aubertin et Morel : Leucémie chez la vache; — le professeur Alt (de Giessen) : Les tumeurs malignes des animaux; — le professeur Petit (d'Alfort) : Les tumeurs malignes des animaux; — le professeur Kastelewski, de l'Université de Heidelberg : Le cancer des animaux domestiques; — le professeur Szecsi, de l'Institut pour l'étude du cancer à Heidelberg : La chimiothérapie du cancer; — le professeur Roncali (de Padoue) : Le rôle des levures dans l'étiologie du cancer; — le professeur Huguenin, de la Faculté de médecine de Genève : Quelques tumeurs malignes de la race nègre; — Mme le docteur Girard Mangin : Des poisons cancéreux; — MM. Askanazy, professeur à la Faculté de médecine de Genève; — Rosland : Hérédité cancéreuse chez le chien.

Variole et vaccine. Rapporteurs. MM. Chaumier, directeur de l'Institut de vaccine de Tours; Carrière et Tomarrin (de Berne).

Communications. — MM. Belin, médecin-vétérinaire, directeur technique de l'institut de vaccine de Tours : La morphologie du virus vaccinal; — le professeur Voigt (de Hambourg) : Les hôtes intermédiaires de la vaccine animale; — Carlos Moniz Tavares, directeur de l'institut vaccinal de Lisbonne; — S. Le Roux, médecin vétérinaire : Contribution à l'étude du vaccin animal; — Chatiloff, directeur de la clinique à la Faculté de médecine de Kharkoff : La question de la portée clinique des doses minimales de la vaccine sur le typhus abdominal; — Boinet, professeur à l'école de médecine, et Huon, inspecteur général des services de la boucherie à Marseille : 1° Recherches expérimentales sur le variolo-vaccin; 2° Efficacité dans les épidémies de variole des vaccins renforcés par le passage sur l'âne.

ENQUÊTE COLLECTIVE INTERNATIONALE SUR L'OZÈNE. — Au IIIe Congrès de rhino-laryngologie tenu à Berlin en août 1911, il a été décidé, sur la proposition de M. Alexander (de Berlin), d'organiser une Enquête collective internationale sur l'Ozène, enquête dont les résultats seraient publiés et discutés au prochain Congrès de laryngologie de Copenhague en 1915.

Le Comité central chargé des travaux préliminaires a été nommé à ce Congrès : il est composé de MM. Alexander, Grabower, Rosenberg, pour l'Allemagne. Ce comité a demandé à différents collègues des autres nations de prendre la direction des recherches dans leur pays.

M. Mahu, qui a accepté pour la France, a attendu la réunion à Paris du Congrès français d'oto-rhino-laryngologie, les 13, 14 et 15 mai dernier, afin de s'assurer le concours de ses collègues. Avec l'approbation de la Société Française, il a demandé à MM. Lombard et Sieur de vouloir bien se joindre à lui pour constituer un Comité centralisateur des recherches. M. Robert Foy a été choisi comme secrétaire.

Le Comité, ainsi constitué, a cru devoir inviter à participer aux recherches certaines personnalités choisies :

1° Dans les différentes branches de médecine civile et militaire et des sciences qui s'y rattachent :

M. Landouzy, doyen de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine;

MM. Bar, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine; Bertrand, médecin inspecteur général de la marine; Chavasse, médecin inspecteur général de l'armée; Gaucher, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine; Hutinel, professeur à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine; Martin, directeur de l'hôpital Pasteur; Pierre Teissier, professeur à la Faculté de médecine; Vallée, directeur de l'école vétérinaire d'Alfort. (La liste complète des adhésions sera publiée ultérieurement.)

2° Dans la spécialité oto-rhino-laryngologique :

MM. Boulay, Bourgeois, Castex, Chatellier, Helme, Lermoyez, Luc et Lubet-Barbon ; les secrétaires généraux des deux Sociétés oto-rhino-laryngologiques : MM. Depierris et Veillard.

Ces recherches sur l'ozène, devant être assez étendues, et porter non seulement sur les malades qui viennent consulter chez le médecin ou dans les hôpitaux, mais encore sur toutes les agglomérations (écoles, armée, marine, usines, administrations, hospices, etc.), il est nécessaire pour mener à bien ce travail en France :

1° De le subdiviser le plus possible;

2° De le diriger partout suivant une règle commune.

A l'exemple des autres puissances, le Comité centralisateur a divisé la France et ses colonies en différentes régions comprenant chacune un certain nombre de départements. Dans chaque région, un organisateur, choisi autant que possible dans un centre académique ou hospitalier, est chargé de constituer un Comité sur le type adopté à Paris et d'y diriger les recherches en s'assurant le concours des confrères et des personnalités utiles des départements qu'elle renferme.

Ces organisateurs sont, pour la France :

MM. Bonain (de Brest), Escat (de Toulouse), Frémont (de Caen), Gaudier (de Lille), Jacques (de Nancy), Lannois (de Lyon), Molinié (de Marseille), Moure (de Bordeaux), Mouret (de Montpellier), Texier (de Nantes), Vacher (d'Orléans).

Des instructions générales sur la marche à suivre seront transmises aux organisateurs.

En dehors de ceux qui en sont officiellement chargés, le Comité fait appel à la bonne volonté de tous les médecins français, et recueillera avec empressement les indications que ceux-ci voudront bien lui transmettre. Il se tiendra à leur disposition pour fournir tous les renseignements utiles.

La correspondance sera adressée à M. le docteur Robert Foy, secrétaire général, 28, rue de la Trémoille, Paris.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Marseille médical. — (N° 13, 1er juillet 1912.) VAUDEY : Luxations antéro-internes de l'épaule; pronostic; traitement. — L. CLÉMENT et ZWIRN : Trois cas de chirurgie hépatique. — ZWIRN et BONNAL : Adénite filarienne du triangle de Scarpa. — E. ROUX : Fistule entéro-ombilicale par persistance du canal de Meckel. — CH. DE LUNA : Anévrisme de l'aorte. — F. ESCANDE : L'immunité vaccinale chez le nouveau-né. — (N° 14, 15 juillet.) COLOMB : Utilisation de l'air chaud en thérapeutique. — L. BILLON : La piésithérapie pulmonaire (pneumothorax artificiels chirurgicaux) dans la tuberculose pulmonaire.

Montpellier médical. — (N° 27, 7 juillet 1912.) LECERCLE : Chaleur des gaz de la respiration; détermination avec une pile thermo-électrique. — (N° 28, 14 juillet.) RAUZIER : Rechute tardive d'une fièvre typhoïde. — GRASSET : Accès des facultés de médecine aux non-bacheliers. — (N° 29,

21 juillet.) G. Rauzier : Rechute tardive d'une fièvre typhoïde (*fin*).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 27, 2 juillet 1912.) Montrose Burrows : Contraction rythmique de la cellule musculaire cardiaque isolée hors de l'organisme. — Ingebrigtsen : Importance des isoagglutinines pour le sort des artères transplantées. — Bœhm : Influence du pneumogastrique sur le gros intestin. — Umber : Pathogénie de la maladie de Banti. — Perussia : Un cas d'anémie splénique de l'enfance guérie par le salvarsan. — Valzardi : Syndromes splénoanémiques et salvarsan. — Hahn : Sérodiagnostic de l'échinococcose. — Bornstein : Méthode clinique pour l'évaluation du temps de la circulation. — Hackenbruch : Traitement ambulatoire des fractures osseuses par les pinces à « distraction ». — Vulpius : Opérations sur les tendons et les nerfs dans les paralysies plastiques. — Myers : L'épreuve du sucre de Benédict. — Schemensky : Lipomatose symétrique. — Hausen et Harbitz : Sarcome de l'humérus traité par les rayons X. — German : Un cas intéressant de tétanos.

Paris médical. — (N° 22, 6 juillet 1912.) P. Lereboullet : Les maladies du sang. — Gillard, Chabrol et Bénard : Quelques données récentes sur l'hémolyse splénique. — Weill et Gardère : La viscosité du sang chez l'enfant. — De Massary : Angor pectoris et distension cardiaque. — Laubry : L'érythrémie ou maladie de Vaquez. — Aynaud : Ultramicroscopie du sang. — A. Schwartz : La transfusion. Technique et indications. — Rieux : La thérapeutique des leucémies. — (N° 33, 13 juillet.) Gautier : Leçon d'adieu faite à la Faculté de médecine de Paris. — Laborde : Posologie du cinnamate de soude. — Miramond de Laroquette : Quelques expériences sur l'absorption et l'action des lumières de couleur. — Gilbert : Consultations du mercredi. Traitement des hémoptysies dans la tuberculose pulmonaire. — (N° 34, 20 juillet.) Roger : Les bradycardies. — Dehelly : La chirurgie aux Etats-Unis. — Juvara : Tumeur pileuse de l'estomac (trichobézoaire). — (N° 35, 27 juillet.) Perrin : La déclaration de la cause des décès est contraire à la loi du secret professionnel. — Carnot et Baufle : Sur un procédé simple pour déterminer la tension ascitique. — Cathelin : Diagnostic différentiel précoce de la prostate adénomateuse et carcinomateuse. — Horn : Climatologie de la Haute-Engadine. — Dopter : Pratique bactériologique. Diagnostic bactériologique de la méningite cérébro-spinale épidémique.

Presse médicale. — (N° 54, 3 juillet 1912.) Sergent : La médiastinite syphilitique considérée dans ses rapports avec l'anévrisme de l'aorte. Importance diagnostique des explorations radioscopiques répétées. — (N° 55, 6 juillet.) Nicloux et Fourquier : L'anesthésie chloroformique. Faits expérimentaux. Hypothèse sur la genèse des accidents postchloroformiques. — (N° 56, 10 juillet.) Marie et Parturier : Traitement chirurgical des crises gastriques du tabes. — Pilod : Le pouvoir antiseptique du savon. — (N° 57, 13 juillet.) J. Lépine : L'esprit de la psychiatrie française d'aujourd'hui. — Aubertin et Giroux : Action des rayons X sur les éosinophiles. — Imbert : Accidents de travail. Les rétrécissements traumatiques de l'urètre. Leur indemnisation. — (N° 58, 17 juillet.) P. Delbet : Amputation spontanée de l'appendice. — Jorge de Gouvéa : Transplantation libre et tumeurs des os. — (N° 59, 20 juillet.) Lagane : La médication hypophysaire.

Progrès médical. — (N° 27, 6 juillet 1912.) Rousseau-Decelle et Rivet : Un cas de leucémie aiguë. — (N° 28, 13 juillet.) Georges Mouriquand : Sur la pleurésie métapneumonique de l'enfant. — F. Tissot : Cancer du sein chez un homme. Névrite radiculaire hétéro-latérale. — Déjerine : L'agraphie. — Chifoliau : Traitement des suppurations graves des gaines synoviales de la main. — (N° 29, 20 juillet.) Félix Ramond et David : Les dactylomégalies. — G. Roque : Les troubles psychiques d'origine thyroïdienne. — (N° 30, 27 juillet.) R. Oppenheim et Pierre Lamy : Essai de traitement du rhumatisme déformant par la tuberculine. — André Chalier : De la gangrène dans les opérations sur le rectum. Ses causes. Sa prophylaxie.

Province médicale. — (N° 27, 6 juillet 1912.) Maurice Faure : Le traitement arsenical des accidents nerveux de la syphilis (résultats de 50 cas observés pendant six à dix-huit mois). — Ch. Lefebvre : Sur un cas de tumeur syphilitique des muscles du mollet. — Teillais : Trois cas d'embolie de l'artère centrale de la rétine au cours de la grossesse. — (N° 28, 13 juillet.) Georges Gross et Louis Heully : Deux observations de plaies du cœur. — Marcel Martin : Sur un appareil pour fractures de cuisses chez les jeunes enfants. — (N° 29, 20 juillet.) Ardin-Delteil, Maurice Raynaud et Max Coudray : Spondylite typhique. Nouveau cas observé chez l'enfant. — Berthelon : Traitement de la tuberculose par la bactériolysine du professeur Maragliano. — (N° 30, 27 juillet.) Ch. Roubier : La forme apoplectique de la méningite purulente pneumonique. — Dandrieu : Quelques observations de fièvre bilieuse hémoglobinurique traitée avec succès par l' « Aphloïa theæformis ». — P. Aumont : Absence congénitale du sein droit. Cystadénome du sein gauche.

Semaine gynécologique. — (N° 27, 2 juillet 1912.) Pichevin : Le radium et le cancer. — (N° 28, 9 juillet.) Pichevin : Des phénomènes dyspeptiques mis à tort sur le compte de la métrite. — (N° 29, 16 juillet.) Pichevin : Hydrologie et gynécologie. — (N° 30, 23 juillet.) Pichevin : Rétrodéviation et pessaire. — (N° 31, 30 juillet.) Pichevin : Utilisation des pinces à demeure comme moyen d'hémostase dans quelques cas de chirurgie abdominale.

Semaine médicale. — (N° 27, 3 juillet 1912.) Cheinisse : L'état actuel de la diététique des néphrites chroniques. — (N° 28, 10 juillet.) Farnarier : Les vapeurs d'iode à l'état naissant dans le traitement des cystites.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 13, 15 juillet.) A. Bourgeois : Troubles oculaires observés à la suite de la dernière éclipse de soleil. — (N° 14, 30 juillet.) Téchoueyres, Hermann et J. Colanéri : Cancer primitif du pancréas avec généralisation au foie et à l'estomac et métastase ganglionnaire lombo-aortique.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 26, 27 juin 1912.) Goldflam : Clinique des troubles pupillaires. — Hoke : Sur le pouls paradoxal. — Stein : Otalgie angioscléreuse. — V. Graff : Sarcome primitif de l'estomac. Résection. Guérison. — Walter : Sur l'action de l'adaline. — (N° 27, 4 juillet.) Freund : Sur les devoirs de la médecine chimique dans les recherches sur les tumeurs. — Fränkel : Sur la chimie du carcinome. — Aschner : Physiologie du mésencéphale. — Lenk et Pollak : Présence de ferments protéolytiques dans les exsudats. — Soucek : Un cas d'hémiplégie vasomotrice. — Goldflam : Clinique des phénomènes pupillaires. — (N° 28, 11 juillet.) Rollier : Traitement solaire de la tuberculose. — Kaufmann : Sur l'action de la physostigmine sur les tachycardies. — Skutetskij : Tuberculose des séreuses simulant la maladie de Banti. — Szarvazij : Contribution à la tolérance de l'œil vis-à-vis des corps étrangers. — (N° 29, 18 juillet.) Kraus et Hofer : La destruction des bacilles tuberculeux et autres bactéries acido-résistantes dans l'organisme. — Zaloziecki et Frühwald : Sur les troubles des nerfs craniens dans les stades précoces de la syphilis. — Novak : Peut-on prévenir la formation d'adhérences péritonéales au moyen de l'huile? — Skudro : Contribution à l'intoxication par le mercure. — (N° 30, 25 juillet.) Schönfeld : Sur l'aphasie motrice corticale hystérique. — Poindecker : Formation de scybales dans l'appendice. — Pollitzer : Sur l'intolérance neurogène pour la lactose. — Zaloziecki et Frühwald : Sur les troubles des nerfs craniens dans les stades précoces de la syphilis. — (N° 31, 1er août.) Weiz : Emploi de la recherche du chromogène dans les indications du traitement par la tuberculine. — Barux et Barsony : Estomac en sablier spastique dans les affections duodénales. — Rotky : Contribution aux infections à gonocoque. — Palland : Lichen ruber plan guéri par le salvarsan. — Löw : Traitement de la syphilis.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 109. — MARDI 24 SEPTEMBRE 1912. 85e ANNÉE. MARDI 24 SEPTEMBRE 1912. — N° 109.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — *Candidats excusés.* — MM. Charpin, Chomette, Long-Depaquit, Pelletier, candidats sous les drapeaux, et MM. Lavoué et Simon (Isaac), malades, seront appelés à subir leurs épreuves avec les candidats pourvus de trois inscriptions et versés dans la moitié à laquelle ils appartiennent par leur ordre alphabétique.

M. Grumbert (Arthur), candidat à trois inscriptions, devra être présent à partir de l'époque à laquelle il aura pris sa quatrième inscription.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le jury du concours de l'internat est composé de MM. les docteurs Dubreuilh, Moussous, Denucé, Demons, Cabannes, Mauriac, Lacouture, titulaires; Auché, Lamacq, Pousson, Venot, Picot, Abadie, de Boucaud, suppléants.

Le jury du concours de l'externat est composé de MM. les docteurs Guyot, Carles, Rocaz, Lefèvre, Péry, titulaires; Chavannaz, Petges, Duvergey, suppléants.

MARINE. — Par décision ministérielle du 16 septembre 1912, les étudiants en médecine dont les noms suivent ont été admis, après concours, à l'école principale du service de santé de la marine à Bordeaux.

Etudiants à douze inscriptions : MM. Coliboeuf, Tenot, Varnier.

Etudiants à quatre inscriptions : MM. Monnot, Raynaud, Collet, Lhuerre, Le Page, Le Goaer, Longuet, Bondet de la Bernardie, Sourdes, Bergier, Jeanniot, Seguy, Houze, Courtier, Borius, Guidon, Carral, Durieux, Villeclère, Picot, Tisserand, Jamain, Ezanno, Dautheville, Boisson, Sauvage, Rives, Le Chuiton, Bouvier, Classe, Cassaigne, Laroche, Guéguen, Maris, Vaucel, Guichard, Gervais, Rivière, Lestideau, Palud, Agenet, Bonnet, Guillot, Lavenant, Coupu, Beuffeuil, Gatelliet, Robert, Bardoul, Bossert, Testot Ferry, Voisin, Jaouen, Allègre, Breuil, La Burthe, Campunaud, Jouhaud, Arraud, Rougnon, Dodoz, Varache, Guerrier, Mondon, Fournier, Thomas, Labaeye, Bosse, Bravard, Gauguet, Pradère-Niquet.

— Par la même décision ont été nommés élèves du service de santé de la marine et devront être rendus à Bordeaux le 21 octobre 1912.

A. Les jeunes gens admis à la suite du concours de 1911 et qui doivent terminer le 1er octobre 1912 leur année de service militaire, savoir :

MM. Moulinas, Brugeas, Clavier, Bars, Cousyn, Fournier, Carpentier, Monnier, Chabaud, Bizien, Drean, Calandreau, Petiteau, Tacheron, Miguet, Pierre, Rabaste, Gauthier, Agard-Laroche, Pandellé, Manon, Olive, Lhuerre, Lacaze, Colin, Leissen, Chatrieux, Bourdila, Pascal, Triaud, Tramini, Fabre, Cumin, Kervella, Lapauze, Le Coz, Cherouvrier, Le Chuiton, Laurency, Hauvespre, Guirriec, Genevray, Loustau, Le Hur, Keruzore, Mallein.

B. Les étudiants en médecine des concours de 1912 qui ont déjà satisfait à leurs obligations militaires ou qui doivent terminer à la date du 1er octobre 1912 leur année de service militaire.

Etudiant à douze inscriptions : M. Coliboeuf.

Etudiant à quatre inscriptions : M. Beuffeuil.

Les étudiants en médecine qui n'ont pas encore satisfait à leurs obligations militaires devront, s'ils remplissent les conditions d'aptitude physique exigées, contracter, dans le port où ils ont subi les épreuves d'admissibilité, l'engagement prévu par le décret du 6 avril 1906.

Tout élève qui renoncerait au bénéfice de son admission devra envoyer au ministre de la marine, dans le plus bref délai, sa démission accompagnée, s'il est mineur, du consentement de ses parents ou tuteurs.

LA XVIe SESSION FRANÇAISE DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE se tiendra à Paris, à la Faculté de médecine, du 10 au 12 octobre 1912, sous la présidence de M. le professeur Guyon.

La question mise à l'ordre du jour est la suivante :

Résultats comparés de divers traitements de la tuberculose rénale. Rapporteurs : MM. Léon Bernard (de Paris) et Heitz-Boyer (de Paris).

Les membres de l'association qui auraient une communication à faire, soit sur cette question, soit sur un autre sujet, sont priés d'en informer le secrétaire général, M. E. Desnos, 59, rue La Boëtie, Paris (8e).

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la trente-septième semaine, 681 décès, au lieu de 633 pendant la semaine précédente et au lieu de 783, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire est donc satisfaisant.

RENSEIGNEMENTS

455. — **ON DEMANDE UN INTERNE EN MÉDECINE** à l'asile d'aliénés de Fains (Meuse). — 800 francs par an.

S'adresser au directeur de l'Asile.

TRAITEMENT DES HÉMOPTYSIES

BASÉ SUR LEURS INDICATIONS (1)

Par C. GUEIT,
Interne des hôpitaux de Montpellier.

« Le traitement des hémoptysies ne peut être institué fructueusement qu'en lui donnant pour base la recherche des indications. »

FONSSAGRIVES.

Définition du symptôme. — Lorsque, avec des efforts de toux, un malade rejette par la bouche une certaine quantité de sang, spumeux et aéré, on a affaire à une *hémoptysie*.

Diagnose. — L'hémoptysie doit être soigneusement distinguée de l'*épistaxis*, de la *stomatorragie*, et de l'*hématémèse*.

L'examen du pharynx et des fosses nasales, l'examen de la bouche, des gencives et de la langue, permettent, dans les deux premiers cas, de reconnaître la source de l'hémorragie.

Avec l'*hématémèse*, la confusion est fréquente. Souvent, il sera délicat de fixer, dès l'abord, si le sang rejeté par les voies supérieures vient du poumon ou de l'œsophage.

Il convient alors d'examiner avec soin les caractères de ce sang :

Hémoptysique, il est le plus souvent rouge vif, rutilant, spumeux, aéré, mélangé de mucosités bronchiques ;

Dans l'*hématémèse*, il est habituellement noirâtre et non spumeux, il contient des débris alimentaires.

On pourra confondre une hématémèse avec une hémoptysie si l'irruption de quelques gouttes de sang dans le pharynx provoque la toux.

Et on pourra prendre une hémoptysie pour une hématémèse si le sang du poumon dégluti par le malade vient dans l'estomac et est expulsé par un vomissement en même temps que les liquides gastriques.

Le sang de l'hémoptysie peut aussi être compact, noir et cruorique. Les jours qui suivent l'accident, il est souvent noir, coagulé. Mais dans l'hématémèse on voit apparaître le plus souvent dans quelques jours du melæna. Dans l'hémoptysie il n'y en a habituellement pas.

Dans l'un et l'autre cas, la quantité de sang rejetée est variable ; ce qui dès lors n'a pas davantage de valeur diagnostique.

On procède, en général, à l'interrogatoire du malade ou de son entourage :

Est-il porteur d'un syndrome pulmonaire ou d'un syndrome gastrique ?

Toussait-il, crachait-il, ou digérait-il mal ? Etait-il oppressé, souffrait-il de l'estomac par crise paroxystique ou d'une façon continue, avait-il des vomissements ?

« S'il dit avoir éprouvé une sensation de chaleur à l'épigastre, avec état nauséeux, puis vomissements, il est probable qu'il s'agit d'une hématémèse.

« S'il dit avoir éprouvé une sensation de chaleur et de bouillonnement dans sa poitrine, de l'oppression, des quintes de toux, du chatouillement au gosier, il est probable qu'il s'agit d'une hémoptysie. » (Vires.)

Etude de symptôme. — Spontanément ou à la suite d'une cause provocatrice quelconque, l'hémoptysie se produit.

Le plus souvent elle est annoncée par une sensation de chaleur, de poids au niveau du sternum ; la toux débute, quinteuse et sèche. Dans la bouche, un goût particulier, à la luette un chatouillement, et presque aussitôt le malade rejette coup sur coup, à pleine bouche, du sang d'un rouge vif, liquide ou demi-coagulé, toujours aéré.

Une quantité variant de 50 à 200 et même 1.000 centimètres cubes de sang peut être ainsi rejetée. Ce qui permet de distinguer de *petites*, *moyennes*, et *grandes hémoptysies*.

Quand elles sont très abondantes, elles peuvent aboutir à des phénomènes syncopaux ; phénomènes heureux, qui contribuent parfois à les faire cesser au moins temporairement. Elles peuvent reprendre dans la suite et durer ainsi plusieurs jours.

Elles peuvent se renouveler à des intervalles plus ou moins éloignés. Le changement d'aspect des crachats qui de rouges deviennent noirâtres, puis panachés, annonce la fin de l'hémoptysie.

Lorsque celle-ci ne se reproduit pas, les malades continuent à rendre pendant quelques jours des crachats sanguinolents, rouges, puis noirs, puis striés de sang.

Des troubles organiques divers accompagnent toujours les hémoptysies. Leur intensité et leur nombre déterminent des types cliniques :

a. Dans les *petites hémoptysies*, ces troubles sont réduits au minimum.

Légère oppression précédant l'expuition sanguine avec goût de sang particulier. Eréthisme cardiaque : palpitations, impulsion cardiaque plus vive à la pointe, accélération des bruits du cœur ; pouls vif, accéléré, bondissant ; légère congestion des pommettes.

Tout cela cesse avec l'arrêt de l'hémorragie.

L'auscultation ne révèle que peu ou pas de signes stéthoscopiques. Il n'y a pas d'hyperthermie.

b. Au contraire, dans les *hémoptysies moyennes*, aux troubles fonctionnels précédents, plus nets et plus accusés, s'ajoutent des signes d'auscultation qui persistent pendant quelque temps. Il y a habituellement *hyperthermie*.

La percussion montre au sommet d'un poumon une légère atténuation de la sonorité de ce côté.

La présence de sang dans les bronches amène la production de râles muqueux, sous-crépitants, crépitants, qui sont le plus souvent transitoires et doivent être distingués des râles plus fixes de la tuberculose pulmonaire.

On perçoit aussi des râles muqueux à la base du côté de l'hémoptysie. Leur constatation à ce niveau sans matité, sans vibrations exagérées, est intéres-

(1) Travail de la clinique du professeur Vires.

sante à noter. Ils représentent la chute du sang dans les bronches déclives et peuvent y persister, grâce à cette déclivité, plus longtemps qu'au sommet (Barbier).

c. Dans les *grandes hémoptysies*, cette symptomatologie se trouve encore accrue de ce fait que la spoliation brutale et soudaine entraîne un affaiblissement considérable des forces du malade. Si celle-ci n'amène pas un exitus rapide, il y a menace de collapsus et de syncope.

Un bouillonnement ardent dans la poitrine, une oppression atroce, la sensation imminente de la vie qui s'en va, le malade atteré, rejette par la bouche et le nez des flots de sang pur et rutilant, à peine aéré. S'il ne meurt pas incontinent, il tombe le plus souvent en syncope, ce qui, pour une part, peut diminuer et même arrêter le vomissement sanguin. L'état général reste grave. L'hypothermie brusque succède à l'hyperthermie. Le pouls est incomptable. Le choc moral est habituellement très grand.

Éléments pathogéniques et anatomiques. — Le mode de production de l'hémoptysie, quoiqu'on en ait dit, est simple.

Le système nerveux vasomoteur intervient toujours dans la genèse de ces sortes d'hémorragies. Il détermine dans les vaisseaux les modifications de pression, qui précèdent immédiatement l'hémoptysie, et les causes qui les déterminent sont justement celles que nous retrouvons à l'origine de l'hémoptysie (G. Lyon).

Mais il est rare que cette modification de tension artérielle intervienne seule pour produire le crachement de sang.

Hormis l'hémoptysie hystérique dont nous verrons tout à l'heure ce qu'il faut penser, on relève toujours en même temps une altération des vaisseaux ou de la crase sanguine : plaie vasculaire (faux anévrismes de Rassmüssen), lenteur ou ralentissement de la coagulation se combinant à une vasodilatation réflexe pour faciliter l'écoulement sanguin.

L'endartérite simple ou tuberculeuse, l'artérite syphilitique, la dégénérescence amyloïde, la sclérose, un anévrisme, une rupture du parenchyme après embolie (infarctus) ou thrombose se retrouvent à l'autopsie (G. Lyon).

Quant aux altérations du sang, elles existent dans toutes les affections hémorragipares, hémophilie, scorbut, purpura, etc., de même au cours des fièvres éruptives à formes hémorragiques, dans la variole en particulier.

Il est évident que la connaissance de ces faits implique des indications thérapeutiques capitales.

Eléments étiologiques. — Sans distinction d'âge, ni de sexe, plus fréquente cependant chez la femme et chez les gens jeunes, l'hémoptysie est le fait le plus habituel de la *tuberculose pulmonaire*. Elle est due le plus souvent à des poussées de congestion, qui se font autour des foyers bacillaires, ou encore, à des ruptures de vaisseaux atteints par le processus destructif dans le voisinage des cavernes (Lemoine).

Elle peut se rencontrer à toutes les périodes de la tuberculose :

1° Au *début*, son importance diagnostique est grande. Elle peut, en effet, apparaître sans prodromes au milieu d'une santé en apparence parfaite : *phtisis ab hemoptoe* de Marton, sans que pour cela elle ne marque réellement le début. Elle contient des bacilles.

Elle est le premier signe révélateur d'une tuberculose commençante. Lorsqu'elle se reproduit chez un même individu, elle marque une marche progressive du processus tuberculeux. Elle n'en est pas forcément une aggravation.

Il y a déjà longtemps que les auteurs (Fonssagrives, Pidoux, Sabourin) se sont demandé s'il y avait ou pas dans l'évolution de la tuberculose des *hémoptysies favorables ?* Pidoux l'admettait et citait des cas nombreux de guérisons momentanées, de rémissions, survenues à la suite d'hémoptysies parfois abondantes, qu'il avait pu observer aux Eaux-Bonnes. Elles devraient donc être respectées.

« Il semble que ces hémoptysies favorables correspondent à des formes congestives qui ont été précédées d'une fluxion active, et qui en constituent en quelque sorte la terminaison. » (Fonssagrives.)

L'influence des eaux minérales sur l'évolution des tuberculoses hémoptoïques est assez discutée, et dans nombre de cas l'indication difficile à préciser. Cependant la majorité des praticiens est d'accord pour limiter pareille indication, surtout en ce qui concerne les eaux arsenicales, sulfureuses ou ferrugineuses. Nous les considérons comme peu indiquées au moment même de l'hémoptysie.

Quoique très impressionnante l'hémoptysie tuberculeuse de la première période n'est pas un symptôme grave. Elle devient parfois salutaire parce qu'elle fait accepter des mesures énergiques qui peuvent assurer la guérison.

Un certain nombre d'influences la provoquent : la parole, le chant, la fatigue, le vent et les variations météorologiques, l'altitude, les influences marines, la suralimentation, les pointes de feu, le refroidissement, les grandes chaleurs, les émotions morales, le coït, l'époque des règles, les repas trop copieux, les atmosphères irritantes, etc., certains médicaments : le gaïacol, la créosote, les cacodylates de soude et de fer, le fer, l'arsenic, etc.

Aussi voit-on apparaître l'hémoptysie à l'occasion de tout écart de régime ou d'excès chez des malades en cure, momentanément améliorés. Sabourin fait non sans raison le procès de la suralimentation mal dirigée.

Aux hémoptysies de la première période doivent se rattacher ces formes toujours suspectes d'hémorragies supplémentaires apparaissant chez des femmes dont la santé est en apparence parfaite. Ces accidents sont le plus souvent révélateurs d'une tuberculose latente, dont la *fièvre prémenstruelle* est un autre symptôme (Darenberg, Sabourin).

D'ailleurs, la menstruation des tuberculeuses avérées, qui manque souvent, se présente maintes fois avec *hyperthermie* et *hémoptysie*.

Les *hémoptysies intermittentes* dites *palustres* ne

seront admises qu'après recherche et identification de l'hématozoaire de Laveran, absence complète de bacilles ou de réaction à la tuberculine. Un premier examen négatif ne suffira pas. Jusqu'à plus ample informé, elles resteront suspectes.

2° *A la deuxième période*, la fréquence, l'abondance et la répétition de l'hémoptysie ne modifient en rien le pronostic de la phtisie.

Dans le type *hémoptoïque* de G. Sée, la répétition de l'hémorragie bronchique constitue une forme clinique assez bien définie.

« J'ai rencontré quelquefois, dit Fonssagrives, une autre sorte d'hémoptysie qui paraît résumer les deux conditions génératrices que j'ai énumérées, à savoir : fluxion active et destruction rapide du tissu pulmonaire et de ses vaisseaux : c'est la forme dite *hémoptoïque*. Elle se produit chez les sujets dont l'affection affecte une marche suraiguë : leurs poumons, en même temps qu'ils sont le siège d'une fluxion sanguine permanente, se détruisent avec une telle rapidité, que les vaisseaux s'ulcèrent avant d'être oblitérés par l'inflammation. »

Les épisodes aigus congestifs traversent ainsi, suivent ou accompagnent une aggravation de la maladie. Mais là encore l'hémoptysie est plus encore un « symptôme révélateur de la tuberculose elle-même, que de la forme que celle-ci doit revêtir » (Barbier).

3° A la *période cavitaire*, l'hémoptysie, plus rare heureusement, est généralement plus abondante et plus grave qu'aux périodes précédentes. Le plus habituellement la quantité de sang ainsi rejetée est considérable; mortelle le plus souvent d'une manière foudroyante, avant que le médecin ait eu le temps d'intervenir.

Il faut noter la rareté des hémoptysies dans les bacilloses granuliques, peut-être parce que les phénomènes toxiques et asphyxiques l'emportent sur les phénomènes congestifs.

Mais ce ne sont pas là les seules hémoptysies que l'on puisse rencontrer. Quoique plus rares, et d'un diagnostic parfois hésitant on aura à juger d'autres fois des crachements de sang dans des syndromes broncho-pulmonaires autres que ceux de nature et d'origine tuberculeuses : tels, la dilatation des bronches, la gangrène pulmonaire, les cancers du poumon, le kyste hydatique avant ou après rupture, etc.

Le mécanisme ulcératif de ces lésions explique amplement la production de l'hémoptysie.

Dans les états infectieux graves, dans les fièvres éruptives hémorragiques, ou chez les hémophiles, l'apparition d'une hémoptysie n'aura pas d'autre valeur qu'une hématurie, une hématémèse ou une épistaxis. Elle est fonction d'une altération de la crase sanguine.

Le plus habituellement ces faits sont rares.

Plus fréquent est d'observer des hémoptysies chez les *cardiaques*. Elles reconnaissent pour causes des congestions *actives* ou *passives* (Huchard).

Actives, elles se réalisent chez les aortiques, les artérioscléreux; elles sont localisées au sommet et simulent à s'y méprendre la bacillose (Huchard, Laplane); elles s'accompagnent de tension artérielle élevée, d'hypertrophie du cœur, d'asphyxie blanche.

Passives, elles sont réalisées chez les mitraux, porteurs d'insuffisance simple ou avec rétrécissement, hyposystoliques. Elles s'accompagnent d'arythmie, de dilatation du cœur, d'hypotension, d'asphyxie bleue.

Dans l'*anévrisme aortique* l'hémoptysie annonce le plus souvent une rupture imminente de la poche.

Les hémoptysies continues et discrètes des *anévrismes fissuraires* sont des raretés, mais doivent être connues (Oddo).

Les relations du rétrécissement mitral pur avec la tuberculose rendent suspect chez la jeune femme toute apparition hémoptoïque, lorsqu'on observe au niveau du cœur un dédoublement du second bruit et un roulement présystolique [Vires (1)].

Disons, pour terminer, qu'il n'y a plus lieu d'établir de causes distinctes aux prétendues *hémoptysies hystériques*. Elles cachent le plus souvent une tuberculose latente. L'avenir se prononcera.

Quant aux hémoptysies arthritiques (Huchard), elles aussi sont le plus souvent tuberculeuses. Peut-être même sont-elles les seules que l'on observe aux deux premières périodes de la tuberculose. L'arthritisme apporte en effet à leur évolution les poussées congestives avec modification de pression qui en détermine l'apparition [Sarda et Vires (2)].

Indications thérapeutiques. — Le traitement de l'hémoptysie comprend :

1° Le traitement général du symptôme;

2° Un traitement particulier suivant la cause et les circonstances de l'accident;

3° Un traitement des accidents locaux ou généraux qui accompagnent le crachement de sang.

De l'ensemble des faits que nous avons passés en revue, il ressort nettement que ce serait les éléments étiologiques et pathogéniques qui fourniraient les indications majeures et capitales.

En bien des cas, faute de renseignements, faute d'un diagnostic précis ou en raison même de l'intensité de l'écoulement sanguin on aura la main forcée et l'on se trouvera conduit à traiter le symptôme seul.

Indications symptomatiques. — « Il y a beaucoup d'hémoptysies qui s'arrêtent toutes seules, dit A. Robin, qu'on les traite ou non, il y en a d'autres qu'aucun traitement n'est apte à réduire. Mais entre ces types extrêmes, je ne compte plus les cas où le traitement médicamenteux a eu une influence décisive. »

Il y a les *petites*, les *moyennes* et les *grandes hémoptysies* :

1° Dans les *petites hémoptysies*, on peut se contenter de mesures hygiéniques, car l'hémorragie s'arrête le plus souvent spontanément. Mais il con-

(1) Vires. Diagnostic de la tuberculose au début. Le syndrome cardio-vasculaire, *Montpellier méd.*, 1907.

(2) Sarda et Vires. Tuberculose pulmonaire chez les arthritiques, *Revue de la tuberculose*, 1894.

vient de prévenir toute récidive et d'éviter l'aggravation consécutive. Le repos relatif de l'individu, le repos complet de l'organe qui saigne seront prescrits tant qu'il y aura hémoptysie ou menace de son retour. Repos au lit, demi-assis, la tête haute, soutenue par des oreillers de crins. Repos et silence, repos vocal absolu, « parler c'est s'exposer à tousser, et tousser, c'est encore cracher du sang ». Le malade communiquera par signe ou par quelques paroles dites à voix basse.

On conseillera l'usage des lavements ou des laxatifs qui, supprimant l'effort de la défécation, supprimeront la congestion due à l'effort.

Le malade supprimera tous les vêtements susceptibles de comprimer le thorax et le cou, la chemise et la flanelle ne seront pas boutonnées, on enlèvera foulards et cravate. Les membres inférieurs seront réchauffés par une bouillotte, maintenus sous les couvertures et entourés d'ouate. On ouvrira largement la fenêtre tout en évitant qu'un courant d'air froid puisse influencer désagréablement le malade. Il n'y aura pas de feu dans la chambre.

Comme régime, on fera prendre les boissons glacées, quelques fragments de glace à sucer, le champagne frappé. L'alimentation sera liquide et consistera en lait ou bouillon et jaunes d'œufs ; le tout sera absorbé froid.

Le plus habituellement les petites hémoptysies s'arrêteront d'elles-mêmes et la thérapeutique ainsi conseillée en aura seulement prévenu le retour.

Il faudra cependant se rappeler que souvent une hémoptysie légère n'est que le prélude d'une hémoptysie plus abondante. Aussi toutes précautions étant prises, il faudra se tenir prêt à agir.

2° Dans les *hémoptysies de moyenne intensité*, aux prescriptions précédentes on ajoutera une médication appropriée à l'abondance de l'hémorragie.

On saura néanmoins, que les résultats à attendre de ces médications sont variables selon que l'hémoptysie est ou non accompagnée de fièvre. « L'hémoptysie, précédée ou suivie de fièvre, donne peu prise à la thérapeutique et devient bien souvent mortelle. » (Lemoine.) En revanche l'hémoptysie apyrétique, même répétée et abondante, est susceptible de guérison.

On peut dans ces cas avoir recours à des moyens externes, sans leur accorder une trop grande confiance : pédiluves, ventouses de Junod, sinapismes aux mollets, application discrète de sangsues aux malléoles, cataplasmes sur le thorax, ou vessie de glace au sommet du poumon. Les ventouses sèches appliquées largement sur la poitrine ont plus d'action.

Les bains de pieds sont d'abord donnés tièdes, puis on échauffe rapidement l'eau jusqu'à ce que les pieds soient rouges. On peut encore à l'exemple de Gros (d'Alger) faire de la dérivation par la glace dans le rectum, ou en application sur les bourses ou les grandes lèvres en ayant soin d'interposer un morceau de flanelle.

On emploiera avec les mêmes indications les lavements d'eau très chaude à 48-50 degrés, d'au moins 500 centimètres cubes et renouvelés trois fois par jour. Encore conviendra-t-il dans leur application d'éviter de faire remuer le malade et de n'exiger de sa part aucun effort.

On le rassurera, lui exposant que l'accident n'offre aucune gravité et qu'il ne doit pas s'effrayer d'une perte de sang même abondante.

A ces moyens qui sont probablement les plus efficaces, on associe certains médicaments qui sont des adjuvants utiles dans certains cas et « qui ont de plus une influence suggestive qui n'est pas à négliger ».

Cinq agents sont surtout employés : l'ergot de seigle, le chlorure de calcium, l'opium, l'ipéca, le tartre stibié.

Mais il faut savoir qu'il est certains médicaments dont il faut s'abstenir ou dont il convient de suspendre l'emploi lors d'une hémoptysie. De ce nombre le perchlorure de fer, l'alun, les eaux de Pagliari, de Bracchieri, de Léchelle, etc., qui ont peut-être une action hémostatique lorsqu'ils sont appliqués sur une plaie, mais qui n'en ont aucune, pris à l'intérieur.

D'autres : les sulfureux, l'arsenic, le gaïacol et la créosote, les pointes de feu doivent être évités; ils congestionnent le poumon et augmentent les risques d'aggravation.

C'est à l'*opium* et à tous ses dérivés, morphine, codéine, pantopon, etc., que l'on devra s'adresser tout d'abord, car il calme la toux. L'extrait thébaïque est donné en potion, pilules ou sirop.

En pilules on peut donner 2 à 15 centigrammes d'extrait thébaïque par jour :

Extrait thébaïque	0g015
Extrait de belladone	0g005

pour une pilule; 4 à 6 dans la journée.

Extrait thébaïque	0g005
Ipéca	0g05

pour une pilule; une toutes les heures.

Extrait thébaïque	0g015
Ergotine	0g06
Poudre de quinquina	Q. S.

pour une pilule; 4 à 10 dans la journée.

Gaston Lyon conseille d'associer l'ergotine à la morphine. Cependant en raison de son action dépressive sur le myocarde l'emploi de la morphine ne sera pas toujours indiqué. On lui préférera l'extrait d'opium ou le pantopon.

Marfan prescrit :

Extrait thébaïque	0g10
Eau de Rabel	4 grammes.
Julep gommeux	120 cent. cubes.

A prendre par cuillerées à soupe dans la journée. (L'eau de Rabel est une solution d'acide sulfurique au tiers.)

Or l'eau de Rabel, la limonade sulfurique et la potion de Coutaret sont pour A. Robin d'une efficacité incontestable pour arrêter une hémoptysie; mais en raison de leur action déminéralisante, par l'acide qu'elles contiennent, elles doivent être interdites.

Si on a recours à l'*ipéca*, on l'emploiera soit à doses vomitives (3 à 4 grammes en quatre paquets, administrés de dix en dix minutes [méthode Trous-

seau]), soit à doses nauséeuses, suivant la méthode de Graves. On donne alors 10 centigrammes d'ipéca toutes les dix ou vingt minutes, ou plus.

Les doses d'ipéca prescrites par Trousseau sont cependant exagérées (A. Robin) et on devra se contenter de doses moindres, 1g50 à 2 grammes au plus, dont on retirera les mêmes effets sans en avoir les inconvénients.

Cependant l'ipéca dont l'action hypotensive et hémostatique avait été mise en lumière par Baglivi trouvera une contre-indication dans les *poussées aiguës fébriles* et chez les grands cavitaires.

La poudre de Dower, mélange de poudre d'opium, de sulfate et d'azotate de potasse joints à de la poudre d'ipéca, peut se prescrire dans l'hémoptysie aux doses de 20 centigrammes, répétées deux ou trois fois par jour.

Lorsqu'il y a une forte hypotension, Dickinson, Aran, Bouchard, ont montré l'avantage qu'il y a à employer la digitale qui ralentit la circulation, relève la tension et permet ainsi une réparation plus facile de la plaie vasculaire.

A. Robin formule :

Poudre d'ipéca	} *ââ* 0g05
— de feuilles de digitale.	}
— de feuilles de noyer......	Q. suffisante

pour une pilule; 5 à 6 par vingt-quatre heures à intervalles réguliers, jusqu'à ce que survienne un état nauséeux, et sans aller jusqu'au vomissement.

L'*ergot de seigle*, fortement prôné jadis, et encore beaucoup employé est d'une efficacité contestable dans les hémoptysies.

On formule :

Extrait thébaïque	0g01
Ergotine..........................	0g10
Sulfate de quinine.......	0g10

(Lemoine.)

pour une pilule; une d'heure en heure jusqu'à arrêt complet de l'hémorragie.

Ou encore :

Poudre fraîche d'ergot................	0g20
Sulfate de quinine....................	0g10

pour un cachet; un toutes les demi-heures.

On prescrit aussi :

Ergotine..................	4 grammes.
Acide gallique	0g50
Sirop de térébenthine.... .	30 grammes.
Eau de tilleul.............	120 cent. cubes.

(A. Robin.)

par cuillerées à café dans les vingt-quatre heures.

Ou encore : *Potion A.*

Ergotine Bonjean..........	4 grammes.
Acide gallique............	0g15
Sirop de térébenthine......	30 grammes.
Infusion de feuilles de ronces.	120 cent. cubes.

F. s. a. Une grande cuillerée toutes les deux heures.

Potion B, d'heure en heure alternée avec la potion *A*.

Chlorure de calcium	4 grammes.
Sirop d'opium.............	30 —
Eau stérilisée	120 cent. cubes.

(A. Robin.)

F. s. a. Une grande cuillerée.

On peut donner :

Extrait de ratanhia...............	} *ââ* 0g10
Ergot de seigle..................	}
Poudre de digitale........	0g01

pour une pilule; 8 au plus dans la journée.

Ou bien on fait simplement une injection d'un centimètre cube d'ergotine Yvon qui peut être répétée jusqu'à deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures.

On a plus récemment utilisé les propriétés coagulantes du *chlorure de calcium* (Wright). On l'utilise aux doses de 2 à 4 grammes.

Chlorure de calcium	} *ââ* 1 gramme.
Sucre de lait..............	}

pour un paquet; 4 environ par jour dans une infusion.

Chlorure de calcium	4 grammes.
Sirop d'opium	30 —
Sirop d'écorces d'oranges amères..................	20 —
Eau distillée, q. s. pour	150 cent. cubes.

une cuillerée à soupe de deux en deux heures.

Peter préconisait le *tartre stibié*.

Or les indications de l'émétique sont restreintes du fait de son action dépressive sur l'organisme.

Associé à l'opium il a été employé par Laënnec, car l'opium en diminuerait les méfaits.

Cependant il est susceptible de rendre en clientèle de grands services. Pidoux et Fonssagrives l'ont utilisé à doses rasoriennes. Plus récemment Bucquoy en a montré les avantages dans les poussées congestives, avec dyspnée et forte hyperthermie, des affections pulmonaires. Il reste un excellent médicament de l'hémoptysie.

On l'utilise alors comme *contro-stimulant* et l'on voit bientôt sous son action bienfaisante après une courte phase d'accélération, la respiration se ralentir, tandis que les battements cardiaques perdent de leur énergie. La tension sanguine s'abaisse, les vaisseaux se dilatent. *Le plus souvent l'hémoptysie s'arrête.*

Mais il faut pour cela que le malade puisse supporter une telle action.

On donne journellement 5 à 30 centigrammes de tartre stibié en potion ou sirop.

Tartre stibié.................	0g10
Sirop diacode................	40 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères......................	60 —

une cuillerée à café toutes les deux heures.

Ou bien :

Tartre stibié................	0g02 à 0g05
Sirop diacode................	30 grammes.
Eau de laurier cerise (nouveau Codex)....................	5 —
Julep gommeux	60 —

(Lemoine.)

d'heure en heure, mais à une certaine distance des repas.

Ou bien encore :

Emétique.................	0g20
Laudanum de Sydenham....	XV gouttes.
Julep	120 cent. cubes.

par cuillerée à bouche dans la journée, d'heure en heure ou toutes les deux heures.

Donner ensuite, pendant trois jours, une potion analogue, mais en élevant la dose de tartre stibié à 30 centigrammes (O. Martin).

Les nausées et les vomissements qui surviennent durant la première journée de ce traitement sont habituellement bien supportés. Il conviendrait de suspendre l'emploi de l'émétique si les vomissements persistaient après vingt-quatre heures. *Surveiller le cœur.*

Dans le cas contraire, sous son action, on voit la fièvre céder, l'appétit renaître et l'hémoptysie s'arrêter d'une façon vraiment remarquable. Il faudra ne jamais le prescrire avec des substances astringentes (tanin), des médicaments acides ou alcalins, ou le perchlorure de fer.

3° Dans les *grandes hémoptysies*, toute tentative thérapeutique paraît bien aléatoire. Le médecin n'a pas le temps, le plus souvent, d'arriver assez tôt auprès du malade.

Toutefois, il est classique de prescrire sans tarder les mesures hygiéniques indiquées plus haut et dans tous les cas de faire la ligature des membres.

On fera des injections d'adrénaline, un centimètre cube de la solution au millième, mélangé en parties égales de sérum physiologique.

La menace de syncope ne doit point être à redouter chez de tels malades. Elle leur est souvent d'un effet salutaire en mettant fin à une hémorragie que rien n'arrêterait.

On pourra avec ménagement faire une injection de sérum artificiel, employer les lavements d'eau très chaude préconisés par Tripier, l'hamamelis, l'hydrastis, les injections d'ergotine, les injections de gélatine.

« Il est des cas particulièrement graves et rebelles d'hémoptysies abondantes et répétées où l'immobilisation du poumon qui saigne peut être obtenue par un moyen d'exception, mais énergique, c'est la création d'un pneumothorax artificiel par injection d'azote dans la plèvre (opération de Forlanini). » [Gaussel (1).]

Le sang arrêté on aura plus tard à envisager les causes possibles de l'hémoptysie et son mode de production. En traitant cette cause on en préviendra le retour. (*A suivre.*)

JURISPRUDENCE

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LEURS ABUS

Les accidents du travail ont donné lieu à des abus, abus qui auraient été favorisés par quelques médecins qui n'auraient pas craint d'employer des manœuvres regrettables.

Décidée à empêcher cette exploitation, qui porterait atteinte au bon renom du corps médical, la justice n'a pas hésité à entreprendre des poursuites contre les ouvriers, et à donner un avertissement aux médecins qui ont donné leurs soins et leur concours à ces mêmes ouvriers.

Il nous a paru intéressant de signaler à nos lecteurs les principaux jugements qui dans ces derniers mois de 1912 ont été rendus à ce sujet.

(1) Gaussel. In *Gaz. méd. de Montpellier*, 25 juin 1912, p. 310.

Le 2 mai 1912, le Tribunal de la Seine, présidé par M. Monier, rendait un jugement dans les circonstances suivantes :

Le 22 février 1908, M. Villemin, président du Syndicat général de garantie du bâtiment, déposait au parquet de la Seine une plainte contre un certain nombre d'ouvriers terrassiers et de médecins, en raison d'accidents du travail simulés.

Aucune poursuite ne fut exercée. Aussi un des médecins parisiens, désigné dans la plainte de M. Villemin, intentait contre le président du Syndicat général de garantie du bâtiment un procès en un franc de dommages-intérêts et en cent cinquante insertions du jugement à intervenir.

Mais le Tribunal a débouté le médecin parisien du procès que celui-ci avait intenté contre le président du Syndicat général de garantie du bâtiment.

« ... Attendu que, dans le commencement des années 1907 et 1908, de très nombreux cas furent signalés d'ouvriers qui, par des procédés dolosifs et grâce à de coupables complaisances qui se traduisirent par des témoignages oraux ou des certificats écrits, en étaient arrivés à simuler des accidents, à s'en faire considérer faussement comme les victimes et à se faire ensuite remettre par les patrons ou les compagnies d'assurances des indemnités illégitimes ;

Attendu que le parquet s'émut, à juste titre, de ces audacieuses entreprises et que plusieurs informations s'ensuivirent; que la presse se livra, à cet égard, à une campagne de juste réprobation, et que l'opinion en demeura fort longtemps très justement impressionnée ; que chacun s'indigna, à bon droit, contre ces ouvriers malhonnêtes dont les procédés provoquèrent contre la loi bienfaisante de 1898 d'injustes critiques, mais que les protestations générales atteignirent au même titre, et peut-être plus sévèrement, les tiers coupables qui, en échange de la rémunération que leur valaient leurs fausses assertions écrites ou orales n'avaient pas craint de prêter leur concours à ces machinations et en avaient assuré le succès au détriment du monde patronal, des compagnies d'assurances et de la classe ouvrière honnête ;

Attendu qu'il n'était pas inutile de retracer cet état d'esprit pour apprécier judicieusement les incriminations dirigées aujourd'hui contre le Syndicat général du bâtiment qui comptait, à cette époque, au nombre des victimes principales de ces entreprises de fraude ;

Attendu que c'est avec de telles préoccupations, expliquées et presque commandées par les circonstances, que le Syndicat général du bâtiment fut conduit à interpréter les faits d'apparence si anormale qu'on lui signala, au lendemain de la grève qui se déclara le 18 février 1907, parmi les ouvriers de l'entreprise Chagnaud qui travaillaient sur les chantiers du Métropolitain, à la construction du caisson établi sous la Seine... »

Après avoir déclaré que « le doute scientifique a bénéficié aux inculpés », le jugement continue :

« ... Attendu que Villemin, ès qualités, n'a donc commis aucune faute en rendant plainte contre les médecins, auteurs des certificats délivrés aux prétendus accidentés... »

Au mois d'août, le 23, la neuvième chambre avait à juger un cas intéressant, et, le président, M. Renckoff, n'a pas craint de blâmer la conduite des médecins.

D'avril 1911 à avril 1912, c'est-à-dire en un an, le laveur de carreaux Alexandre Lefèvre n'a pas eu moins de six accidents. Sans doute le métier est assez périlleux; mais c'est surtout que, grâce aux pratiques de certains médecins et pharmaciens, dont le parquet a fini par s'émouvoir, les accidents du travail sont devenus particulièrement profitables pour quelques-unes de leurs victimes.

On en jugera par le parti que Lefèvre a tiré d'un de ses accidents.

Le 9 septembre, il s'était fait une plaie à la cuisse droite. Au bout de onze jours, le médecin de son assurance le jugea

guéri. Ce ne fut pas l'avis de Lefèvre, qui continua de courir les cabinets médicaux.

En trente-six jours, il fit 165 visites à 25 médecins différents, et se fit délivrer des ordonnances représentant une note de pharmacie de 248 fr. 50.

Le président de la neuvième chambre correctionnelle expliquait, hier, les raisons de cette débauche de visites et de médicaments.

— Conformément à un usage que je n'ai pas à qualifier, a dit M. Renckoff, les médecins consultés par vous vous remettaient d'abord une prime de 5 francs, puis 10 ou 20 sous par visite.

L'homme de l'art rattrapera ses avances quand il présentera sa note de visite à la compagnie d'assurances.

De même pour les ordonnances. Bien entendu, l'accidenté n'a garde de les suivre. Mais il compte bien trouver des pharmaciens pour les lui acheter. Part à deux ! L'accidenté recevra 2 ou 3 francs du pharmacien, et le pharmacien se fera payer par l'assurance le montant de l'ordonnance qu'il n'a pas exécutée. Ainsi, plus le malade aura de médicaments à prendre, plus il touchera, contre l'ordinaire.

Cinq des médecins consultés par Lefèvre furent cités devant le juge d'instruction. Ils ont bénéficié d'ordonnances de non-lieu.

Le réquisitoire définitif contient le passage suivant :

« Lefèvre exploitait volontiers l'accident du travail. Il a reconnu que s'il s'était rendu chez un aussi grand nombre de médecins (25), c'était dans le but de toucher d'eux la prime de 5 francs ou les frais de déplacement, que certains spécialistes des accidents du travail ont coutume de donner à leurs clients. Il déclare avoir jeté les médicaments qui lui ont été délivrés en très grand nombre ; mais il a été aussi amené à avouer avoir proposé à certains pharmaciens de leur remettre des ordonnances de docteurs, en échange non de remèdes, mais d'argent. »

Devant la neuvième chambre, Alfred Lefèvre réitère ses aveux.

« J'avais été réellement blessé, dit-il.

M. le président Renckoff. — Les vingt-cinq médecins, chez lesquels vous êtes allé, se conformant à un usage, *que je n'ai point à apprécier*, vous remettaient 5 francs la première fois et 1 franc les autres fois, où vous veniez pour des pansements ?

Le prévenu. — Oui. »

Lefèvre seul a été jugé. Il a été condamné, pour escroquerie, à six mois de prison, 50 francs d'amende et 500 francs de dommages-intérêts au bénéfice de sa compagnie d'assurances.

Quelques jours auparavant trois ouvriers étaient poursuivis devant la dixième chambre pour avoir, en simulant des accidents — brûlures ou piqûres volontaires — escroqué des compagnies d'assurances et aussi des médecins. Ceux-ci leur avaient remis, en outre des frais de pansement, de petites sommes d'argent — de 1 à 5 francs — qu'ils se faisaient rembourser par les compagnies en les comprenant dans leurs notes d'honoraires. Beaucoup de ces médecins, mis en cause au cours de l'information, avaient hésité à porter plainte. Et, dans son réquisitoire définitif, le parquet soulignait en ces termes cette hésitation :

« Ce procédé ne laisse pas que de prêter à critique. Les ouvriers en arrivent à considérer ces avances comme de véritables primes que chaque médecin délivre, au gré de sa générosité, pour inciter l'accidenté à le consulter de préférence aux médecins de l'assurance qui font moins de pansements et renvoient plus vite au travail. »

Deux des inculpés ont été condamnés à treize mois de prison et le troisième à trois mois.

(*A suivre.*)

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Les Otites moyennes et leurs complications (1), par P. Descomps et P. Gibert.

Cet ouvrage, de fort bonne allure, est le résumé, résumé très complet d'ailleurs, de la plupart des travaux qui ont marqué, surtout dans ces dernières années, les progrès de la clinique et de la thérapeutique dans l'histoire des otites moyennes et de leurs complications.

Vous n'y verrez pas de noms propres ni de discussions théoriques. Certains pourront le regretter, mais les auteurs ont tenu à éviter cette surcharge pour réaliser au maximum, dans un travail pour ainsi dire impersonnel, la simplicité et la clarté de la didactique, jointes à leur expérience propre. Aussi chacun y pourra venir chercher, soit l'enseignement de choses encore nouvelles pour lui, soit un renseignement clinique ou diagnostique qui lui échappe.

Dans chaque chapitre se renouvellent l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique, particulièrement bien traitée ; puis les symptômes, le diagnostic et le traitement.

Le cinquième de l'ouvrage a trait aux otites moyennes aiguës et chroniques, suppurées et non suppurées. La partie la plus importante concerne les complications des otites moyennes : les mastoïdites aiguës avec leurs évolutions si dissemblables, les mastoïdites chroniques, puis les labyrinthites aiguës et chroniques dont la technique diagnostique et opératoire est d'hier. Les complications méningo-encéphaliques forment un dernier groupe très important : pachyméningites, leptoméningites, encéphalites, phlébites sinuso-jugulaires. Vous y verrez combien sont ardus les signes différentiels, ces signes manquant souvent de précision et de caractère pathognomonique. A part les données de l'examen du sang, la modalité spéciale du pouls et de la température, vraiment indicatrices, vous constaterez que le doigté du clinicien est bien souvent la clef du diagnostic.

Nous souhaitons aux auteurs de ce travail de nombreux lecteurs.

J. FOURNIÉ.

La Culture de la santé. Santé apparente et santé réelle (2), par le docteur H. Pitoy.

L'épigraphe placée en tête du volume, « beaucoup d'hygiène un peu de science », traduit bien l'esprit général de l'ouvrage. Celui-ci, écrit d'une plume alerte, expose sans prétentions des données scientifiques simples mais riches en conséquences pratiques ; il sera lu avec intérêt et profit.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 59, 24 juillet 1912.) Delbet et Cartier : Pathogénie des hémarthroses du genou. — (N° 60, 27 juillet.) Armand-Delille : La morbidité tuberculeuse chez les enfants vivant au contact de parents tuberculeux. — (N° 61, 31 juillet.) Ménard et Saint-Girons : Utilité de la recherche d'une peroxydase dans les liquides pathologiques. Essai de peroxydo-diagnostic.

Encéphale. — (N° 7, 10 juillet 1912.) Mouratoff : L'alcoolisme et la psycho-névrose. — Ladame : Encéphalite sous-corticale chronique. Un cas de psychose d'origine artério-scléreuse.

(1) Un vol. de 250 pages. Prix : 6 francs. — Paris, Steinheil.
(2) Un vol. de 190 pages. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J. Rousset.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 27, 4 juillet 1912.) E. ROUFFART : L'avortement tubaire abdominal. Observation d'un cas d'avortement tubaire bilatéral. — J. OLDEVIG : Contribution à la thérapeutique de l'asthénie des organes intra-abdominaux. — (N° 28, 11 juillet.) P. SCHRUMPF : Des effets physiologiques du climat de hauteur et des indications thérapeutiques des cures de haute altitude. — (N° 29, 18 juillet.) A. TERSON : Lésions oculaires dans l'érythème polymorphe : érythème noueux et tuberculose ; érythème noueux et glaucome. — (N° 30, 25 juillet.) A. LORAND : Quelques conseils pratiques pour le traitement interne des calculs biliaires. — D. BARUCH : L'enfumage iodé en gynécologie.

Lyon chirurgical. — (N° 1, 1er juillet 1912.) VALLAS et LAMBERT : Traitement chirurgical du cancer du plancher de la bouche (3 fig.). — CANTAS : Sur un cas de cancer cæco-appendiculaire observé sur un cæcum anormalement mobile et invaginé (6 fig.). — GAYET : Traitement opératoire du cancer de la prostate.

Lyon médical. — (N° 27, 7 juillet 1912.) L. GALLAVARDIN et A. DUMAS : Arythmie complète et fibrillation auriculaire. — (N° 28, 14 juillet.) L. GALLAVARDIN et A. DUMAS : Arythmie complète et fibrillation auriculaire (*suite*). — (N° 29, 21 juillet.) E. GRAND-CLÉMENT : Utilité et mode d'emploi du cyanure de mercure pour prévenir ou guérir les infections exogènes ou endogènes de l'œil. — (N° 30, 28 juillet.) L. BÉRIEL : Les données de l'anatomie pathologique dans certaines affections nerveuses graves sans lésions apparentes.

Normandie médicale. — (N° 14, 15 juillet 1912.) Raoul BRUNON : Quelques considérations sur la curabilité de la tuberculose pulmonaire. — DESHAYES : De la puériculture.

Pédiatrie pratique. — (N° 19, 5 juillet 1912.) HUTINEL : Réactions méningées et auto-intoxications. — JARRICOT : Sur l'emploi du sulfate d'hordénine dans la pratique infantile. — Ch. MATTEI et R. DE VERNEJOUL : Uropyonéphrose chez l'enfant ayant fait croire à un kyste du mésentère. — (N° 20, 15 juillet.) NOBÉCOURT : Endocardites chroniques. — E. AUSSET : L'emploi des laits condensés chez le nourrisson. — CALOT : Le traitement des tuberculoses sèches ou fongueuses. — (N° 21, 25 juillet.) BABONNEIX : Encéphalopathies infantiles. — GOURICHAN : A propos de l'organisation de l'inspection médicale des écoles en France. — DOIZY : Projets de loi relatifs à l'inspection médicale dans les écoles primaires publiques et privées. — WEILL et DUFOURT : Pemphigus infectieux d'origine staphylococcique.

Presse médicale. — (N° 61, 27 juillet 1912.) JEANSELME : Cytologie et sérologie de la lèpre. — BAUMEL : Dystrophie osseuse. Manifestations multiples. — (N° 62, 31 juillet.) TUFFIER : La transfusion du sang. — Witold ORLOWSKI : Contribution à l'exploration du foie au moyen de la percussion.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 28, 9 juillet 1912.) SOXPLET : Teneur en fer des laits de femme et de vache. — RIEDEL : L'opération précoce dans le goitre exophtalmique. — KÄMMERER : Réactions intracutanées avec extraits de spirochètes pour le diagnostic. — STRÖBELL : Sur la réaction anaphylactique du poumon. — BARDELEBEN : Relations entre les organes génitaux et le poumon chez les femmes tuberculeuses. — STRAUB : La narcophine, préparation rationnelle d'opium. — ZEHLE : La narcophine, succédané de la morphine. — SCHLIMPERT : Emploi de la narcophine en gynécologie. — SCHMIDT : Action de l'opium. — MÜLLER : Combinaison de rayons Röntgen de haute fréquence et de diathermie dans les tumeurs malignes. — PESSL : Quelques cas anatomo-pathologiques remarquables. — BOVERMANN : Action inattendue de l'hormonal et de la pituitrine. — BAISCH : Bandage élastique pour le traitement des scolioses mobiles. — KROMAYER : Indications de la lampe de quartz pour le traitement des affections cutanées. — WEILE : Caféine-ergotine contre la myocardite, l'artériosclérose et les névroses cardiaques. — LIEPMANN : Le poison éclamptique dans le placenta. — (N° 29, 16 juillet.) COENEN : Nouvelle contribution à l'étude du renversement du courant sanguin. — FORSSELL : Rapports entre la forme de l'estomac sur l'écran radioscopique avec la musculature de la paroi gastrique. — ALBRECHT : L'antipéristaltique dans le gros intestin dans la constipation grave. — WEIL : Sur l'évolution de la quantité du contenu gastrique par le tubage et sur son contrôle radioscopique. — RUNGE : Traitement des affections gynécologiques au moyen des rayons Röntgen. — BRAUDES : Traitement des fistules par le bismuth. — HAMMERL : La désinfection par le formol. — SICK : Prophylaxie chirurgicale du rhume aigu. — IVERSEN et TUSCHINSKI : Le néosalvarsan dans la malaria. — GRÜNBERG : Court rapport sur huit cas traités par le salvarsan. — ENEBUSKE : Etudes sur la technique de la mesure de la pression sanguine. — PORT : Etiologie de la scoliose. — EBSTEIN : Marteau à percussion et exploration de la sensibilité. — KATZ : Appareil pour l'obtention d'eau distillée stérile pour les solutions de salvarsan. — KLEINBERGER : Effets inattendus de l'hormonal. — CURSCHMANN : Anémie splénique traitée par le salvarsan. — (N° 30, 23 juillet.) ZIELER : Sur la question de l'idiosyncrasie vis-à-vis du salvarsan. — DREYFUS : Examen des troubles pupillaires d'origine syphilitique. — CONRADI et TROCH : Procédé pour la recherche des bacilles diphtériques. — ZAHN : Le procédé d'enrichissement par le chlorure de calcium pour les bacilles tuberculeux. — SCHARFF : Thérapie urétrothermique. — KOBELT : Traitement des rétrécissements de l'urètre par des bougies provoquant l'hyperémie. — JOSEPH : Traitement palliatif de l'hypertrophie prostatique. — HOLST : Examen radioscopique des sommets pulmonaires. — JASCHKE : La pituitrine, tonique postopératoire. — THÜRNER : Sur un microscope comparatif. — SILBERSTEIN : Sur l'acétonémie chez les enfants. — WÜSTENBERG : Sur la réinfection après traitement par le salvarsan. — HIRSCH : Deux cas de mort après le salvarsan. — HAMMER : Un cas de mort après le salvarsan. — (N° 31, 30 juillet.) LEUBE : Sur la lutte contre la tuberculose pendant l'enfance. — WEBER : L'épilepsie comme conception clinique. — FRANZ : Importance des toxicoses par désintégration des albumines au cours de l'accouchement et de l'éclampsie. — WOLFF et MÜZER : Traitement de la syphilis par le salvarsan. — KALL : Expériences sur le néosalvarsan. — SPUDE : Traitement combiné du cancer. — BACH et STRAUSS : Traitement par l'atophan. — BERTKAU : Deux cas de fracture du fémur chez l'enfant pendant l'accouchement. — GOEBEL : Remplacement plastique de la paroi antérieure du rectum par la paroi postérieure du vagin.

Revue de chirurgie. — (N° 7, 10 juillet 1912.) H. NIMIER et A. NIMIER : Notes sur la pathogénie de la paralysie faciale secondaire et temporaire dans les fractures du rocher. — CARLIER et GIRARD : Anatomie chirurgicale et chirurgie du rein en fer à cheval (7 fig.). — GOUGEROT : Eléphantiasis tuberculeux (3 fig.). — JOHANSSON : Contribution à l'étude des ruptures spontanées de la rate. — GORSE : Des angiomes intramusculaires. — HALLOPEAU : Désarticulation temporaire des deux derniers métatarsiens.

Revue de médecine. — (N° 7, 10 juillet 1912.) MANOUKHINE, FIESSINGER et KROLUNITSKY : Action des ferments métalliques sur les variations quantitatives des globules blancs et sur les leucocytolysines du sang (5 tracés). — JEANSELME et CHEVALLIER : Recherches sur les méningopathies syphilitiques secondaires cliniquement latentes [2 graphiques] (*suite*). — BARBEZIEUX : Contribution à l'étude de la lèpre. La fièvre et les accidents de la pré-léprose.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 27, 6 juillet 1912.) PISTRE : Le facteur « intoxication » dans la genèse des végétations adénoïdes. — (N° 28, 13 juillet.) MERMOD : Que peut l'électrolyse dans le cancer endo-laryngé. — (N° 29, 20 juillet.) THOORIS : Utilité thérapeutique de la rééducation de l'expiration. — (N° 30, 27 juillet.) BROECKAERT : Traitement du lupus de la muqueuse nasale par le radium.

Revue médicale de l'Est. — (N° 14, 15 juillet 1912.) Maurice PERRIN et G. THIRY : Un cas de pseudo-parasitisme. Lombric commun.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 23 septembre. — Question donnée : « Renseignements fournis par les signes physiques et la ponction exploratrice dans les épanchements liquides de la plèvre. »

MM. Dubs, 11; Ducomet, 10; Favreau, 12; Girardin, 13; Feyler, 8; Estubial, 15; Durieux, 13; Gromier, 10; Gellé, 12; Ferrier (Pierre), 14; Favrel, 17; Boutarel, 15; Daubert, 14; Arion, 12; Bouvier, 7; Arsac, 13; Mlle Dévé, 16; MM. Bousquet, 12; Baïtcheff, 13; Mlle Avackian, 10.

Anatomie. — Séance du 23 septembre. — Question donnée : « Triceps sural (sans la physiologie).

MM. Maechler, 6; Lacroix, 5; Malon, 18; Paumelle, 13; Pelbois, 18; Omont, 15; Lange, 16; Laplane, 19; Popesco-Pascano, 15; Prudot-d'Avigny, 10; Oudinot, 12; Potez, 9; Quenardel, 14; Panas, 6; Lebègue, Lecarpentier-Duboscq et Le Chaux, 16; Mangini, 16 1/2; Manteau, 14.

LE VIIe CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE se réunira à Lille, du 25 au 29 mars 1913, sous la présidence de M. le professeur Pozzi, président de la section de gynécologie.

La section d'obstétrique sera présidée par M. le professeur Audebert (de Toulouse); la section de pédiatrie, par M. le professeur Gaudier (de Lille).

Questions mises à l'ordre du jour. — « Chorio-épithéliome. » [Rapporteurs : M. le professeur Pollosson (de Lyon), MM. le docteur Bender et le professeur agrégé Proust (de Paris)].

« Kystes de l'ovaire et grossesse. » [Rapporteurs : MM. le professeur Puech (de Montpellier) et le professeur agrégé Vanverts (de Lille)].

« Evolution de la tuberculose chez le nourrisson. » [Rapporteurs : MM. les professeurs agrégés Frœlich (de Nancy) et Cruchet (de Bordeaux)].

Secrétaire général du Congrès : M. le professeur Oui, 201, rue Solférino, à Lille.

LE COMMERCE DE LA DROGUERIE, DES PRODUITS CHIMIQUES ET PHARMACEUTIQUES A BAGDAD (TURQUIE D'ASIE). — Dans les importations, sur un total de 800000 francs, la part de la France est de 300000 francs (Allemagne, 370000; Angleterre, 30000). Nos envois consistent surtout en produits chimiques tels que le soufre, le mercure, l'acide tartrique, la salsepareille, la naphtaline, etc. Il y a une dizaine d'années, nous étions également fournisseurs de la majeure partie des produits pharmaceutiques mais les conditions de prix et les facilités accordées pour le paiement (trois mois après acceptation sur production de documents) ont permis à des maisons étrangères de nous faire une sérieuse concurrence. Les commerçants intéressés déclarent qu'au point de vue de la qualité nos produits ont une valeur indiscutable; mais ils estiment que la situation économique des régions de consommation les obligent à leur préférer des produits moins chers.

D'autre part, nos concurrents consentent très fréquemment à faire bénéficier leurs clients de prix de gros pour des quantités ne dépassant pas parfois deux kilos.

Voici quelles sont les conditions de paiement offertes par une maison étrangère :

Les prix cotés s'entendent coût, fret, assurance Bassorah et même Badgad, paiement à trois mois de vue net avec escompte de 3 p. 100 (montant de la commission dont bénéficie en l'espèce l'acheteur) sur tous les produits, à l'exception des spécialités étrangères pour lesquelles est prélevé un intérêt de 6 p. 100 pour cent quatre-vingts jours. Les emballages sont facturés. « La faveur dont jouissent, dans cette région, les produits chimiques et pharmaceutiques français nous engage donc, ajoute M. Wiet, consul de France à Bagdad, dans un rapport duquel nous extrayons ces renseignements (1), à attirer l'attention des négociants de la métropole sur une question où il ne semble pas qu'il leur soit impossible de reconquérir le terrain perdu. »

RENSEIGNEMENTS

456. — **EXTERNE DE SERVICE PAYÉ** d'accouchement demande permutant service payé médecine. — S'adresser au journal.

455. — **ON DEMANDE UN INTERNE EN MÉDECINE** à l'asile d'aliénés de Fains (Meuse). — 800 francs par an.

S'adresser au directeur de l'Asile.

(1) *Situation économique de la province de Bagdad en 1910.* Fascicule 996. En vente 3, rue Feydeau, Paris (2e). Prix : 0 fr. 40; par poste, 0 fr. 45.

TRAITEMENT DES HÉMOPTYSIES

BASÉ SUR LEURS INDICATIONS (1)

Par C. GUEIT,
Interne des hôpitaux de Montpellier.

Indications tirées des éléments anatomiques et pathogéniques. — 1° Altération des parois des vaisseaux; 2° défaut de coagulation du sang; 3° modification de la tension intravasculaire, sont les éléments essentiels qui font ici indications.

Celles-ci seront remplies par la médication hémostatique (Carnot, Vires), qui met à profit les moyens de défense de l'organisation : resserrement des vaisseaux qui saignent, formation d'un caillot.

Cette médication se propose en somme essentiellement de régulariser l'action vaso-motrice. Par une vaso-constriction temporaire du vaisseau, elle permet la formation d'un coagulum au niveau de la plaie vasculaire, une réparation durable et définitive de cette plaie.

Carnot et Vires divisent les médicaments hémostatiques en : a. *vaso-constricteurs;* et b. *coagulants.*

Guinard leur ajoute l'action indéniable des *médicaments hypotenseurs*, dans certaines formes d'hémoptysies.

A. Les *coagulants* du sang agissent en modifiant la crase sanguine.

On peut les diviser en coagulants *minéraux* et coagulants d'*origine biologique*.

1° *Minéraux* : *a.* Nous avons vu déjà le rôle du *chlorure de calcium* dans l'hémoptysie. Les travaux d'Arthus et Fleig ont établi le rôle des sels de chaux comme coagulants *in vitro*. Wright a montré qu'employé à l'intérieur le chlorure de calcium agissait de même.

Il paraît même agir comme hémostatique préventif et curatif, mais on ne doit pas prolonger au delà de trois jours son administration. On courrait le risque d'obtenir un effet inverse. Au delà de trois à quatre jours la coagulabilité du sang, qu'il avait d'abord augmentée, diminue (Wright).

Le *lactate de calcium*, récemment employé par les auteurs anglais aux mêmes doses que le chlorure, jouirait de propriétés analogues sinon supérieures (Labbé).

b. Reverdin a recommandé le *sulfate de soude* en potion par doses de 10 centigrammes toutes les heures. Je l'ai expérimenté sans grand résultat, dans un cas, en injections sous-cutanées, uni au sérum gélatiné. L'eau de Rabel doit en être rapprochée.

c. Le *sérum physiologique* à 7 p. 1 000 (Tuffier) n'a pas davantage de propriété coagulante bien établie. Il en est de même du bromure de sodium, malgré l'opinion de van den Velden.

Robin, pour corroborer l'action coagulatrice du chlorure de sodium, prescrit 10 centimètres cubes de ferment métallique d'argent, isotonisé d'une solution de chlorure de sodium à 8gr25 p. 1000.

Les boissons glacées (Borsieri) et la glace, les boissons acidules agissent comme coagulants minéraux.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 109, p. 1511.

2° *D'origine biologique.* Le sérum gélatiné dont Dastre et Floresco ont montré les propriétés coagulantes tient la première place parmi les hémostatiques. Il mérite la confiance qu'on a mis en lui. Les cas de tétanos observés consécutivement à son emploi ne doivent pas en faire rejeter l'opportunité. Ils ne nécessitent qu'une pureté parfaite de la gélatine employée, une stérilisation complète des solutions ainsi faites ou « la substitution des gélatines de poisson à la gélatine animale » (Vires).

A l'intérieur Capitan conseille l'emploi de gelées nutritives. Mais l'action hémostatique de la gélatine absorbée par le tube digestif est pour le moins problématique, car la digestion lui fait subir une série de transformations qui ne paraissent pas avoir les mêmes propriétés. J'en dirai autant des lavements gélatinés qui resteront le plus souvent sans effet.

On doit prescrire les injections de sérum gélatiné, tiédies au bain-marie, stérilisées à 100 degrés pendant trois jours consécutifs :

Gélatine pure	1 à 5 grammes.
Chlorure de sodium......	0gr70
Eau distillée	100 cent. cubes.

Ou bien :

Gélatine pure.............	2 grammes.
Acide salicylique..........	0gr50
Eau distillée..............	100 cent. cubes.

Classiquement : 10 à 20 centimètres cubes à la température de 38-40 degrés.

J'emploie ordinairement de plus grandes quantités et je n'ai eu qu'à me louer des injections de sérum gélatiné à la dose de 100 à 150 centimètres cubes répétées même une ou deux fois dans la journée.

J'ai utilisé le mélange gélatine et sulfate de soude :

Gélatine pure.............	2 grammes.
Sulfate de soude	1 —
Eau distillée..............	100 cent. cubes.

20 à 100 centimètres cubes en injection sous la peau. L'injection n'est pas douloureuse.

L'action coagulante du *sérum de sang de lapin frais* a été conseillée par Weil à la dose de 10 à 20 centimètres cubes. Nous avons employé, sur les conseils de notre maître M. Vires, les injections de sérum de Roux. Il ne nous a pas paru que les résultats obtenus soient de nature à faire considérer cette méthode comme entièrement inoffensive.

Il est certain que sous l'action des injections de sérum l'état général s'améliore, se remonte, que la formule hémoleucocytaire se trouve heureusement influencée, que le taux de l'hémoglobine augmente (Vires); mais les risques d'accidents sériques, et surtout les phénomènes anaphylactiques qui peuvent survenir lors de la répétition d'une nouvelle injection, sont susceptibles d'en limiter tout au moins les indications.

J'en dirai tout autant des injections de *peptone de Witte* dont Nolf a préconisé l'emploi. Les mêmes risques sont à courir.

Peptone de Witte	5 grammes.
Solution de chlorure de sodium à 5/1000...........	100 cent. cubes.

On injecte 10 à 20 centimètres cubes de cette solu-

tion, sous la peau, ce qui est assez douloureux.

Mais ces injections exposent aux accidents sériques avec une fréquence même plus grande, gardent une douleur locale au point d'injection et s'accompagnent d'une poussée fébrile avec état gastrique et souvent érythème généralisé, ainsi que je l'ai observé dans un cas de purpura traité par cette méthode.

L'*extrait de foie*, dont mes maîtres MM. Mairet et Vires (1) ont montré, les premiers, les propriétés coagulatrices, a été préconisé et utilisé en clinique par Gilbert et ses élèves. On prescrit 10 à 12 grammes d'extrait total desséché, en pilules, tablettes, cachets, ou délayés dans du lait, du bouillon.

L'emploi plus récent contre l'hémoptysie de l'extrait de capsules surrénales nous amène à parler de l'action hémostatique de son produit actif, l'*adrénaline*.

B. L'adrénaline agit comme *hémostatique vaso-constricteur*.

On prescrit l'extrait de capsules surrénales à la dose de 1 gramme à 1g50 en lavement (0g50 par lavement).

L'adrénaline se donne en injection sous-cutanée à la dose de un demi-centimètre cube de la solution normale au millième.

Solution de chlorhydrate d'adrénaline au 1/1000.	*ââ*	10 cent. cubes.
Sérum physiologique à 7/1000..............		

Injecter 1 centimètre cube de cette solution, soit un demi-milligramme d'adrénaline.

Mais il faut se méfier des accidents d'hypertension.

A côté de l'adrénaline se placent des médicaments d'action moins élective, mais dont l'utilité a pu être constatée.

Tels sont les astringents, tanin et acide gallique, dont il a déjà été question, ratanhia, terpine et térébenthine. On ne les emploie que comme adjuvants. On ne compte guère sur leur efficacité absolue.

Nous avons étudié ailleurs l'ergot de seigle. Son action vaso-constrictive est moins nette au niveau des vaisseaux pulmonaires que sur les vaisseaux utérins.

L'ipéca et le tartre stibié ont fait l'objet d'une étude précédente. Ils agissent encore comme vaso-constricteurs.

Pal (de Vienne) préconise les lavements avec 1 gramme d'hydrate de chloral qui détermine, en huit à douze heures, un arrêt de l'hémoptysie avec abaissement de la tension artérielle.

C. Guinard étudiant les phénomènes d'hypertension qui accompagnent les ruptures vasculaires et déterminent l'hémoptysie a conseillé l'emploi de la médication hypotensive.

Le *nitrite d'amyle* (Haie, Guinard) aurait rendu dans ces cas de grands services à Hugues, à Rouget, à Lemoine, à Gaussel.

Mon maître, M. le professeur Gaussel, emploie la trinitrine en solution au 1 p. 100.

Solution alcoolique de trinitrine au 1/100...........	XX gouttes.
Héroïne....................	0g02
Julep......................	150 cent. cubes.

(Gaussel.)

(1) MAIRET et VIRES. *Soc. de biol.*, 1896-1897.

dont chaque cuillerée à soupe renferme II gouttes de solution de trinitrine et 2 milligrammes d'héroïne. Le malade prend cinq à six cuillerées de la potion le premier jour et trois ou quatre cuillerées le deuxième. A ce moment l'hémoptysie est en général arrêtée ; il n'y a pas d'inconvénients à continuer pendant plusieurs jours cette potion.

La trinitrine peut se donner en injections.

Solution alcoolique au 1/100 de trinitrine.............	X gouttes.
Eau distillée stérilisée	10 cent. cubes.

Faire 3 ou 4 injections d'un centimètre cube par jour.

René Gaultier et Chevalier ont étudié, dans le même sens, les effets hypotenseurs de l'extrait de gui.

Extrait aqueux en pilules de 0,20 à 0,30 en vingt-quatre heures, ou encore en injections sous-cutanées, de solution physiologique d'extrait aqueux à 0,20 par centimètre cube.

Extrait aqueux de gui.......	2 grammes.
Sérum physiologique à 7/1000.	10 cent. cubes.

Quoi qu'il en soit, le *sérum gélatiné* en injections, le *chlorure de calcium* en potion et dans certains cas l'*adrénaline* ou la *trinitrine* seront les principaux hémostatiques à employer.

Indications tirées des éléments étiologiques. — Dans l'exposé qui précède c'est surtout aux hémoptysies tuberculeuses que s'adressent les médications conseillées.

Les diverses phases de la bacillose pulmonaire ne modifient que peu ces divers groupes d'indications.

A la *première période* les hémoptysies congestives se trouveront bien d'une diététique sévère. Repos au lit et repos vocal. Glace ou cataplasme au sommet du poumon. A elle correspond l'indication de l'extrait de gui en pilules de 10 centigrammes toutes les six heures, les lavements chauds.

Lorsqu'il s'agit d'hémoptysie supplémentaire, pour rétablir un flux normal et éviter le retour inopportun de cet accident, on prescrit les pédiluves avant les règles, chauds et pris matin et soir, quelques capsules d'apiol ou gossypiol. Trousseau conseillait les sangsues à la face interne des cuisses.

La forme hémoptoïque de la *seconde période* relèvera des vaso-constricteurs généraux et plus particulièrement de l'ipéca et du tartre stibié.

La fièvre sera combattue par le sulfate de quinine : 1 gramme à 1g50 par jour.

A la *période cavitaire*, on aura recours aux injections de sérum gélatiné, aux injections de sérum de lapin ou de cheval. Dans certains cas, les injections d'adrénaline (solution au 1/1000) pourront rendre service.

On pourra recourir à la ligature des quatre membres (?) ou tenter un pneumothorax artificiel.

Glace sur le thorax, tête basse.

Plus que jamais, repos absolu.

C'est dans les *hémoptysies* des *cardiaques aortiques* que les inhalations de nitrite d'amyle ou l'ingestion de 30 centigrammes d'extrait de gui trouveront leur principale indication.

Chez les *mitraux*, au contraire, l'hémoptysie sera combattue par les ventouses scarifiées au niveau des reins. L'éventualité d'une saignée générale au pli du coude de 150 à 200 centimètres cubes pourra être envisagée. On donnera l'infusion de feuilles de digitale précédée d'un purgatif drastique (eau-de-vie allemande et sirop de nerprun). Régime lacté absolu.

Feuilles fraîches de digitale, énervées	0g40 à 0g80
Infusion	100 cent. cubes.
Réduire à	90 —
Passer et ajouter sirop de digitale	30 grammes.

A prendre par cuillerées à bouche toutes les trois heures.

Ou :

Digitaline cristallisée de Nativelle : L gouttes un jour, XXV le lendemain, XII le surlendemain (ce qui représente 1 milligramme le premier jour, 1/2 milligramme le deuxième et 1/4 le troisième).

Dans les mêmes conditions, Teissier, Milcent, Fossagrives préconisent la potion Chopart :

Baume de copahu	*ãã* 30 grammes.
Sirop de tolu	
Eau de menthe	
Alcool	
Alcool nitrique	1 —

1 à 4 cuillerées par jour.

Les jours suivants on donne de la spartéine et la théobromine.

Les *symptômes concomitants* de l'hémoptysie ne doivent point être négligés.

Si, en effet, l'hémorragie captive un instant l'attention du médecin et prime dès l'abord toute indication, d'autres symptômes doivent être traités.

La *toux*, qui maintient une irritation constante au niveau des bronches et un état marqué d'hypertension dans les vaisseaux pulmonaires, nécessite une médication.

Elle peut, en effet, par sa répétition, empêcher la cessation de l'hémoptysie, ou la faire reparaître, ce qui est pire.

Elle est jugulée par une injection de 5 à 10 milligrammes de chlorhydrate de morphine, par 1 centimètre cube de pantopon.

L'*agitation nerveuse* succédant à la toux et l'inquiétude, l'angoisse du malade relèveront de la potion *éthéro-bromurée* que A. Robin formule ainsi :

Bromure de potassium	6 à 10 grammes.
Eau distillée de laurier cerise (nouv. Codex)	10 grammes.
Sirop d'éther	30 —
Eau distillée de valériane	110 cent. cubes.

F. S. A. potion. Une cuillerée à soupe au moment des accès de toux, trois ou quatre au plus dans les vingt-quatre heures.

Contre la *fièvre* on donne la quinine.

Contre les *défaillances* du *pouls*, on prescrit la digitale ou la digitaline : V gouttes de la solution au 1/1000 ; le sulfate de spartéine, 5 à 10 centigrammes.

Enfin A. Robin résume en ces termes le traitement du collapsus posthémorragique ;

Potion cordiale du codex, huile camphrée, éther, inhalation d'oxygène.

Quoi qu'il en soit et une fois le sang arrêté on aura toujours à tenir compte de l'état des forces du malade. On se rappellera que la masse sanguine totale se régénère rapidement mais que l'anémie persiste plus longtemps. C'est contre elle qu'on instituera la médication reconstituante par les toniques généraux, le grand air, l'exercice modéré. Les agents arsenicaux et ferrugineux ne seront conseillés que plus tard, lorsqu'un retour de l'hémoptysie ne sera plus à craindre.

BIBLIOGRAPHIE

ARNOZAN. *Précis de thérapeutique* (Collect. Testut).

BARBIER. Tuberculose pulmonaire, in *Nouveau Traité* Brouardel et Gilbert, t. XXIX.

CASTAIGNE et GOURAUD. Tuberculose, *Le Livre du médecin*, 1912.

FONSSAGRIVES. *Traitement de la tuberculose.*

GAUSSEL. Traitement des hémoptysies, *Gaz. méd. de Montpellier*, 1912, p. 307. — GRASSET. *Traité de physiopathologie*, t. I. — GRASSET et VEDEL. *Consultations médicales*, 1910.

LABBÉ. Hémophilie et son traitement, *Consultations médicales françaises*, 1912. — LEMOINE. Hémoptysie, in *Thérapeutique médicale et médecine journalière.* — LYON (Gaston). *Clinique thérapeutique.*

MAIRET et VIRES. *Soc. de biol.*, 1896 et 1897. — MARTIN (O.). *Formulaire magistral*, 1909.

ODDO. Hémoptysie, in *La Médecine d'urgence.*

PIDOUX. *Hémoptysies thermales.* — PAVIOT. *Diagnostic médical* (Collect. Testut).

ROBIN (A.). *Clinique thérapeutique*, 3e série, Traitement de la tuberculose, p. 291 ; — *Bull. gén. de thérap.*, 1912, p. 41.

SARDA et VIRES. *Revue de la tuberculose*, 1894. — SABOURIN (Ch.). *Traitement pratique de la phtisie*, 3e édition, 1909, p. 227.

TROUSSEAU. *Cliniques de l'Hôtel-Dieu.*

VIRES. Hématémèse, in *Maladies de l'estomac*, 1911. — Diagnostic de la tuberculose au début, *Montpellier méd.*, 1907.

WEIL (Mathieu-P.). *Les hémoptysies tuberculeuses*, Th. de Paris, 1912.

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DES DÉFORMATIONS RACHITIQUES DU TIBIA

Voici une affection pour laquelle il n'est pas de praticien qui ne soit consulté plusieurs fois par année, et bien souvent il se trouvera embarrassé pour la réponse à faire. Les médications abondent dans les traités classiques : médication générale, repos au lit, appareils orthopédiques, interventions variées. Mais leurs indications, le choix à faire entre elles dans tel cas bien défini n'est pas indiqué nettement tant dans les ouvrages classiques que dans les plus récentes publications sur le sujet (thèses de Kauffmann, de Claverie).

Nous allons ici essayer de poser ces indications et pour plus de clarté commencer par sérier les cas. Un premier point bien établi dans l'histoire des déformations rachitiques c'est que la médication doit être très différente selon que l'affection est encore en évolution, ou si, au contraire, elle a terminé sa réparation. Dans le premier cas on peut toujours escompter un redressement spontané par le fait de la croissance ou la possibilité sur des os encore mous d'un redressement thérapeutique par des moyens orthopédiques simples. Plus tard, au contraire, après la recalcification de l'os, les

déformations sont acquises, et, en raison de la densité excessive de l'os, de son éburnation, son redressement ne peut être effectué que par des interventions chirurgicales.

M. Marfan (voir l'article RACHITISME du *Traité* de Gilbert et Thoinot) admet que l'évolution du rachitisme de l'enfant s'arrête presque toujours avant la quatrième année et que l'on peut dire que les déformations qui n'ont pas disparu à cet âge resteront toute la vie. Il y a cependant des variations nombreuses, tel enfant sera consolidé à trois ans, tel autre à cinq ans seulement. Aussi, pour plus de sûreté, convient-il de reculer cette date à six ans et d'admettre que c'est seulement après six ans que les déformations sont définitives (1).

D'ailleurs, la présence d'un certain nombre de stigmates avertira rapidement, en face d'un cas donné, que l'affection est encore en évolution : persistance des nodosités costales, du gonflement de l'extrémité inférieure du radius, de la saillie sus-malléolaire (Marfan), persistance des fontanelles, retard de la dentition, de la marche, de la croissance, raréfaction du tissu osseux constaté à la radiographie.

Considérons donc séparément la conduite à tenir, avant six ans, et après cet âge.

Avant six ans, nous aurons encore à faire une différence entre l'enfant en pleine évolution du rachitisme, d'un à trois ans environ, et le rachitisme au moment de la période de réparation osseuse, de trois à quatre ans.

Prenons le premier cas.

C'est un enfant au-dessous de trois ans, en pleine évolution du rachitisme. Nous constatons sur lui ces stigmates que nous venons d'énumérer; de plus, pendant ou après les premiers essais de marche, la mère a constaté que l'enfant commence à présenter des déformations du membre inférieur, en particulier des tibias, « ses pieds tournent ».

Sur ce point spécial, celui qui attire de beaucoup le plus l'attention de la famille, celui pour lequel seul on vient nous consulter, que devons-nous dire aux parents ?

Les ouvrages classiques nous répondent : tant que l'affection est en évolution, par le traitement général habituel du rachitisme, la plupart des déviations légères du tibia se redressent toutes seules, on maintiendra l'enfant couché la plus grande partie de la journée, et complètement s'il est nécessaire. Si la difformité est plus marquée, on aura recours à des appareils orthopédiques simples (attelles en bois rembourrées) sans laisser marcher l'enfant.

En aucun cas on n'interviendra plus énergiquement, tant qu'on ne sera pas certain que le redressement spontané ne s'effectuera pas sous l'influence du traitement général.

Une telle manière de faire est-elle suffisante et praticable dans tous les cas ? Nous ne le croyons pas.

Le traitement général idéal est ici sans conteste le traitement marin avec bains salés chauds, exposition au grand air, au soleil sur le sable chaud.

La formule qui donne le maximum de chances de redressement spontané peut donc se résumer ainsi : faire disparaître la cause du rachitisme, en particulier régler l'alimentation de l'enfant avec soin, l'envoyer à la mer où il restera allongé dans une voiture, promené à l'air ou couché sur le sable, on lui donnera des bains de mer chauds deux fois par semaine. Quant à la déformation, à moins qu'elle ne soit très prononcée, auquel cas on pourrait appliquer une attelle de redressement, il n'y a pas à s'en inquiéter, elle se redressera toute seule du fait de la guérison de l'affection et de la croissance.

(1) MM. PIÉCHAUD et DENUCÉ (*Précis de chirurgie infantile*, 2e édition, p. 944) écrivent ceci : « *C'est en général vers la sixième ou la huitième année* que se fait cette guérison spontanée; si la déformation persistait plus tard, vers dix ans par exemple, il ne faudrait plus compter sur sa correction spontanée possible. » Tous les auteurs admettent, avec raison, que, lorsqu'il se produit, le redressement spontané a lieu beaucoup plus tôt, de deux à quatre, cinq ans, six ans par exception,

Malheureusement cette manière de faire est passible de deux très grosses objections : la première c'est que tous les cas ne se redressent pas, même dans ces conditions idéales de traitement; la deuxième c'est qu'elle n'est applicable que dans un nombre restreint de cas.

Tous les enfants rachitiques envoyés au bord de la mer et qui y sont maintenus un temps assez long guérissent bien de leur rachitisme, mais tous ne redressent pas complètement les courbures osseuses qu'ils présentaient. Tous les auteurs s'accordent sur ce point (voir Dulau, Sagols, Denucé, etc.). Au Congrès de Biarritz de 1903, le docteur Dulau donnant la statistique du sanatorium de cap Breton donne sur 11 cas de déviations rachitiques 1 guérison (9 p. 100) et 10 améliorations avec une moyenne de séjour de huit cent quarante-trois jours.

Sagols, dans sa thèse, rapporte les résultats obtenus à l'hôpital maritime de Banyuls de 1888 à 1900 : 149 rachitiques présentant des déformations osseuses ont donné 105 guérisons (70,80 p. 100), 28 améliorations (18,60 p. 100), 8 retraits et 8 décès (5,30 p. 100).

La moyenne de durée de séjour a été de huit cent quatre-vingt-cinq jours pour les guéris, quatre cent soixante et onze pour les améliorés.

L'état général des rachitiques s'améliore vite par le traitement marin, mais les incurvations osseuses se redressent fort lentement, et « souvent malgré un séjour prolongé le bénéfice obtenu est fort restreint » (Sagols).

Ceci nous est expliqué par le mécanisme du redressement spontané. Il a été très bien décrit par Ollier. Il ne s'agit pas d'un redressement au sens véritable du mot, les parties déformées restant déformées; mais, par suite de l'accroissement ultérieur de l'os elles se trouvent englobées dans un os plus grand et de direction normale. En effet, au niveau du cartilage de conjugaison, quand le processus est arrêté, l'os se met à pousser à nouveau et à pousser droit ; l'accroissement en longueur se fait dans le sens de l'os normal. Dans le sens de l'épaisseur, l'accroissement se fera plus intense du côté de la concavité de la déformation que du côté de la convexité; dans ce sens aussi la croissance tendra au redressement.

Le redressement spontané est donc fonction directe de l'intensité de la croissance de l'os après la guérison du rachitisme.

Or, une des caractéristiques du rachitisme en évolution c'est l'arrêt de la croissance. La reprise de la croissance de l'enfant est un des meilleurs signes de la guérison de la maladie. Si l'on se rappelle combien la croissance est grande chez le tout jeune enfant (18 à 20 centimètres dans la première année, 9 à 11 centimètres dans la deuxième, 7 à 8 centimètres la troisième, pour tomber à 6 centimètres la quatrième, 5 centimètres la cinquième) on concevra que le redressement spontané aura d'autant plus de chances de s'effectuer que l'enfant aura été soigné jeune, que sa croissance aura pu reprendre de bonne heure. Les rachitiques envoyés à la mer à trois-quatre ans, redressent imparfaitement leurs courbures. Il faudrait les faire profiter de la cure marine plus jeunes si l'on veut obtenir des résultats parfaits. Mais, d'autre part, les tout petits supportent mal le climat marin. Pour les hôpitaux, il y a aussi le danger des contagions (fièvres éruptives, broncho-pneumonies, etc.) qui est un argument sérieux contre les crèches pour rachitiques. A l'hôpital maritime de Berck, on a renoncé à recevoir ces petits malades en traitement avant l'âge de quatre ans.

En pratique, on verra se redresser spontanément de façon complète les courbures peu marquées, surtout celles à grand rayon portant sur toute l'étendue de l'os. Au contraire, les courbures très marquées (voir les 2 observations du travail de Veau, cité à la bibliographie), les courbures à petit rayon, en particulier celles de l'extrémité inférieure de l'os, tireront

du traitement marin un bénéfice inégal, souvent incomplet. Enfin les courbures antéro-postérieures, créant tibia en lame de sabre, ne se redressent pas en général spontanément (voir Schulters et Lüning, p. 301; Bradford et Lowett, p. 191), probablement parce que, en plus de la déviation, il y a des déformations causées surtout par action musculaire (Regnault). On se rendra compte par des tracés pris au moyen d'une règle de plomb moulée sur le tibia des progrès de la croissance et du redressement.

Enfin, malgré le traitement général, ainsi que Veit l'a montré, chez certains enfants la croissance ne reprend pas ou très tardivement. Chez ceux-là le redressement spontané ne s'opérera pas.

La deuxième objection à opposer au traitement marin des déviations rachitiques est qu'il n'est pas à la portée du plus grand nombre des malades. Pour obtenir par ce seul traitement le redressement de déviations marquées, il faut maintenir les enfants plusieurs années au bord de la mer. Les plus beaux succès décrits dans la thèse de Sagols concernent des enfants restés à Banyuls 699, 937 et 1269 jours consécutifs. Même, dans la clientèle riche, il est souvent difficile de faire accepter un traitement semblable. C'est l'impossible pour la clientèle pauvre qui paye le plus lourd tribu au rachitisme. Pour les malades de l'hôpital, nous avons vu les obstacles qui s'opposaient à leur placement avant trois ans et demi et quatre ans.

Enfin à n'importe quel âge, il y a des enfants qui ne supportent pas le séjour à la mer.

Comme nous considérons le traitement marin comme le traitement le plus actif contre le rachitisme, toutes les objections que nous venons de développer s'adressent a fortiori aux médications générales qui ne sont que ses succédanés : eaux minérales chlorurées sodiques, séjour à la montagne, à la campagne, etc. Donc, en face d'un rachitique en pleine période d'évolution présentant des déviations osseuses, devons-nous nous contenter de prescrire le traitement général le plus efficace possible, et attendre le redressement spontané?

La plupart des auteurs le conseillent. Certains cependant font des réserves (Kirmisson, Froelich, Ramps); sans discuter ici toutes les opinions (voir la thèse de Dupont), nous dirons seulement ce qui nous semble logique. S'il s'agit d'un enfant d'un milieu social aisé, au-dessous de trois ans, avec une incurvation à grand rayon, peu marquée, le traitement général peut suffire. On conseillera le meilleur de tous, le traitement marin et à son défaut le séjour à la campagne avec un séjour à la mer tous les ans, on laissera le malade au lit douze heures la nuit, quatre heures allongé dehors dans la journée, il marchera le moins possible comme le conseille M. Froelich. Pendant la nuit, on pourra faire appliquer sur la jambe une attelle de bois rembourrée aux deux extrémités.

Dans tous les autres cas, nous conseillons, en plus du traitement général choisi, de pratiquer le redressement de la déviation. Ne vaut-il pas mieux que l'os s'accroisse en rectitude complète que de voir l'os nouveau masquer plus ou moins un os ancien déformé?

Ce redressement est très simple dans presque tous les cas. Bien souvent sans anesthésie, le membre étant pris à pleines mains, une main au-dessus, l'autre au-dessous de la courbure, les deux pouces appuyés sur le sommet de la déformation, par un effort prolongé, sans secousses, on sentira l'os céder peu à peu et se redresser. Si la réduction n'est pas obtenue ainsi, l'enfant est anesthésié avec quelques bouffées d'éther; une brique enveloppée d'ouate servant de billot, le membre est posé en porte-à-faux, juste au niveau du sommet de la déviation. Tandis que, d'une main, on le maintient solidement dans cette position, de l'autre main on exerce une pression sur l'extrémité inférieure de la diaphyse tibiale. Il ne faut pas agir par secousses, comme on le dit trop souvent, mais au contraire par une pression soutenue et progressive, toujours dosable. Le coude au corps, on incline de plus en plus le tronc sur l'avant-bras faisant ainsi supporter au levier osseux un poids de plus en plus grand. Au bout de quelques secondes, on sent l'os céder peu à peu. On se relève lorsqu'on croit le redressement suffisant. S'il ne l'est pas, on renouvelle la manœuvre. Le redressement obtenu, il faut le maintenir. En raison du développement rapide de l'enfant, les appareils en celluloïd ne peuvent être employés, il faut des appareils qu'on pourra renouveler souvent. On appliquera donc un appareil plâtré, on le fera circulaire, bien modelé, prenant le pied et remontant jusqu'à la racine de la cuisse, et avec cet appareil *on fera marcher l'enfant*. Voici pourquoi.

Les appareils plâtrés, par l'immobilisation absolue du membre, entraînent à la longue une atrophie de tous les tissus, en particulier la décalcification de l'os; nous verrons plus loin l'utilisation de cette propriété. Immobiliser le rachitique dans un appareil après l'avoir redressé pourrait apporter un sérieux obstacle à la régénération du tissu osseux, donc c'est une pratique néfaste.

Il n'en est plus de même si on laisse marcher l'enfant dans son appareil. Rapidement la semelle du plâtre s'effrite, le plâtre se brise au niveau du cou-de-pied où il se crée une véritable charnière et les muscles de la jambe peuvent se contracter à leur aise, on pourrait ne pas prendre le pied dans le plâtre pour faire marcher l'enfant, mais dans ce cas presque toujours le bord inférieur du plâtre amène des excoriations de la peau du cou-de-pied. Il nous a semblé préférable de recouvrir le pied d'une faible épaisseur de bande, une articulation suffisante ne tardant pas à se créer d'elle-même au cou-de-pied. Chez les malades ainsi redressés et *marchant*, nous n'avons jamais vu le plâtre empêcher la recalcification de l'os, et, si l'appareil renouvelé plusieurs fois, est maintenu jusqu'à guérison du processus rachitique, on n'observera pas la reproduction de la déviation. Aussi comprenons-nous mal l'opinion de M. Broca sur l'emploi des appareils de soutien dans le rachitisme : « Faire marcher l'enfant à l'aide de machines et d'appareils servant à redresser et à soutenir les membres n'est pas à nos yeux de bonne besogne et nous avouons préférer beaucoup le repos aux divers appareils plus ou moins complexes. »

Nous employons journellement à l'hôpital Bretonneau la technique que nous avons indiquée; chez les rachitiques trop jeunes pour être envoyés à Berck et il nous semble qu'il vaut mieux les voir courir à l'air dans un appareil, que d'être maintenus dans des chambres mal aérées, dépourvues de soleil, maintien qui d'ailleurs est le plus souvent, pour des raisons matérielles, impossible d'obtenir de la famille.

Nous voici arrivé à la deuxième période de l'évolution de la déviation osseuse, de trois à quatre ans, celle que l'on pourrait appeler intermédiaire. La reconstitution de l'os s'opère, mais sa calcification n'est pas uniforme; certains points sont déjà éburnés alors que d'autres sont encore fibreux. Tous les arguments que nous avons développés contre l'attente d'un redressement spontané acquièrent ici encore plus de force. Par la seule médication générale, le redressement devient ici l'exception, pour les raisons que nous avons indiquées. Le redressement chirurgical s'impose. Comment le pratiquer. Il faut tout d'abord s'abstenir de toute intervention sanglante avant que la consolidation de l'os soit complète. D'abord parce qu'on risquerait alors d'avoir une récidive, à moins qu'on ne fasse porter au malade un appareil de maintien jusqu'à guérison absolue, mais surtout parce que c'est inutile et que dans ces cas l'ostéoclasie trouve sa place et donne d'excellents résultats.

On pratique le redressement sur le billot comme nous l'avons indiqué plus haut. On évitera toujours les secousses et l'on sera obligé de peser plus longtemps, une ou deux minutes s'il le faut. On sentira peu à peu l'os fléchir, puis un léger

craquement se produire, suivi d'une série d'autres craquements. Il ne faut pas briser l'os brusquement. Il faut qu'il se *déchire* par couches successives, comme l'athlète qui déchire entre les mains un jeu de cartes entier ne déchire pas toutes les cartes d'un seul coup mais en réalité successivement. De cette manière, on obtiendra une fracture en bois vert que l'on complétera, s'il est nécessaire, pour la réduction de la déviation, mais qui restera toujours sous-périostée. Ces fractures se consolident toujours bien et rapidement même chez les rachitiques. Après consolidation, pour éviter une rechute, on maintiendra par un appareil de soutien avec lequel *on fera marcher* le malade jusqu'à calcification complète de l'os. On se rendra bien compte de ce degré de calcification par la comparaison de la radiographie de l'os avec celle du tibia d'un enfant du même âge non rachitique. Si la calcification de l'os est déjà très avancée, si l'on a affaire à une courbure de l'extrémité inférieure du tibia qui offre peu de prise à la main, il peut arriver que la tentative d'ostéoclasie manuelle échoue. Au lieu d'avoir recours à des ostéoclastes plus ou moins compliqués et dont l'emploi, dangereux, tend à disparaître complètement, il vaut mieux avoir recours à l'artifice suivant indiqué par Anzoletti, Rœpke, Hohmeier.

On applique un appareil plâtré circulaire sur tout le membre, pied compris, et on laisse le malade *au lit, sans marcher*, pendant six semaines à deux mois. Dans ces conditions, l'os se décalcifie et lorsqu'on retirera l'appareil, il sera facile de pratiquer l'ostéoclasie manuelle. Il est exceptionnel, avec ce procédé, de ne pouvoir arriver à redresser toutes les déformations rachitiques chez les enfants jusqu'à quatre ans.

Nous voici arrivés aux malades dont la déviation est définitive. Après quatre ans disent les uns, après six ans disent prudemment les autres, toute déviation est définitive. L'os est alors éburné et il n'y a qu'un mode de redressement, l'ostéotomie, mais ici les discussions renaissent sur les indications puis sur la nature de l'intervention.

Pour plus de développement, nous renverrons aux articles cités à la bibliographie, surtout à celui de M. Kirmisson et à celui que M. Veau a publié récemment et dont nous adoptons volontiers les conclusions.

M. Kirmisson conseille de n'opérer que lorsque la fonction du membre sera très altérée, dans les cas où l'axe du membre tombe en dehors de la voûte plantaire. M. Frœlich intervient toutes les fois que la flèche de déviation dépasse 3 centimètres. M. Veau, considérant que l'opération est facile, sans danger, et assurée d'un résultat constant, quand elle est pratiquée avec une bonne technique, élargit les indications et propose d'intervenir non seulement dans les cas où il y a des troubles fonctionnels, mais encore au point de vue purement esthétique.

On a le choix entre trois méthodes d'ostéotomie.

L'ostéotomie longitudinale d'Ollier vise à obtenir, en même temps que le redressement de la déviation, un allongement du membre. Ce dernier résultat est illusoire à cause de la rétraction musculaire dont on ne peut avoir raison. La méthode est à rejeter.

M. Kirmisson conseille l'ostéotomie linéaire sous-cutanée pour la grande majorité des cas, réservant l'ostéotomie cunéiforme aux cas graves.

M. Veau, au contraire, n'emploiera l'ostéotomie linéaire que dans quelques cas de déviations très peu marquées et considère l'ostéotomie cunéiforme comme l'intervention de choix. La technique qu'il indique pour la pratiquer est fort simple. Elle présente le grand avantage de permettre de faire une opération sous-périostée, de reconstituer la gaine périostique par une suture, ce qui assure une contention très efficace des fragments. Le raccourcissement qu'elle entraîne est minime, il a peu d'importance quand la lésion est bilatérale, ce qui est la règle. Dans les cas unilatéraux, malgré ce raccourcissement, la taille de l'enfant est accrue par le replacement du membre en rectitude.

En résumé, le traitement général reste la base du traitement du rachitisme, en particulier le séjour au grand air, à la lumière, et surtout à la mer; mais, sauf dans quelques cas de déviations légères et où le malade pourra rester au repos, il nous semble illogique d'attendre le redressement spontané des déformations, redressement souvent aléatoire.

1° A la période de ramollissement de l'os, le redressement sera obtenu à peu de frais par de simples manipulations et maintenu par un appareil plâtré avec lequel le malade *marchera*.

2° Lorsque la réparation de l'os sera commencée, on pratiquera l'ostéoclasie manuelle, au besoin après un séjour de deux mois dans un plâtre, *le malade ne marchant pas*, pour obtenir la décalcification de l'os.

3° A la période d'éburnation, après six ans, l'ostéotomie pourra seule assurer le redressement, et il faut, dans la grande majorité des cas, donner la préférence à l'ostéotomie cunéiforme sur l'ostéotomie linéaire.

M. LANCE.

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera la bibliographie de la question dans les trois thèses suivantes :

DUPONT. Th. de Paris, 1904-1905, n° 383.

G. KAUFMANN. Th. de Nancy, 1911-1912.

Guillaume CLAVERIE. Th. de Bordeaux, 4 fév. 1912, n° 86.

En plus, consulter les publications suivantes :

1898. FRŒLICH. *Rev. des mal. de l'enf.*, Nancy.

1901. Pierre SAGOLS. Th. de Toulouse, n° 450, nov.

1902. A. LÜNING et W. SCHULTHERS. *Atlas-manuel de chirurgie orthopédique*, Paris.

1903. DULAU. *Cong. de thalassothérapie*, Biarritz. — KIRMISSON. *Rev. d'orthopéd.*, IV, p. 129.

1908. DENUCÉ. *Cong. de thalassothérapie*, Biarritz.

1909. Félix REGNAULT. *Soc. anat. de Paris*, 15 janv., p. 44. — ANZOLETTI. *Zeit. f. Chir. u. mecha. Orthop.*, Bd III, p. 489. — RŒPKE. *Idem*, p. 317.

1910. HOHMEIER. *Deut. med. Woch.*, t. XXXVII, n° 24, 15 juin, p. 1150.

1911. HOHMEIER. *Idem*, 19 oct., p. 1940. — VEAU. *Arch. de méd. des enf.*, oct., t. XIV, p. 759. — J. V. COKENOWER. *Journ. of the Amer. med. Ass.*, vol. LVII, n° 19, 4 nov., p. 1506.

1912. MARFAN. Le rachitisme, t. XXXIX, MALADIE DES OS, du *Traité de médecine et de thérapeutique* de Gilbert et Thoinot, p. 234 à 487. — BRANDENBERG. *Zeit. f. Chir. u. mecha. Orthoped.*, t. VI, fasc. 2, fév. — LEWY. *Ibidem*. — Ed. A. BRADFORD et Rob. W. LOWETT. *Orthopedic Surgery*, London. — Roland HAMMOND. *Med. Record*, 6 juillet, vol. LXXXII, n° 1, p. 18.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur l'ulcère du duodénum. (C. A. EWALD. *Deut. med. Woch.*, 25 avril 1912, n° 17, p. 785.) — Cet article d'Ewald est une revue d'ensemble sur l'ulcère du duodénum; nous en extrayons les points qui appartiennent en propre à l'auteur.

Ewald pense que la douleur de faim (hunger pain) n'a pas la valeur diagnostique que lui attribuent les Anglais et les Américains; il l'a constaté dans l'hyperchlorhydrie simple et les névroses.

Sur douze cas d'ulcère du duodénum observés par lui, neuf fois il a trouvé à l'examen du suc gastrique de l'hyperchlorhydrie ou de l'hyperacidité; une fois un suc gastrique normal; une fois de l'hypoacidité. Un cas n'a pas été examiné.

Dans un cas, le spasme pylorique se traduisait par l'apparition d'une tumeur passagère appréciable à la palpation.

Dans un cas le malade avait régulièrement cinq heures après les repas un vomissement composé en premier lieu de mucus fade, puis de liquide sirupeux, amer et brun foncé,

et enfin de sang tantôt rouge clair, tantôt rouge sombre. On pouvait recueillir chacun des trois échantillons successivement dans un verre différent.

Au point de vue thérapeutique, Ewald n'admet pas le traitement chirurgical systématique préconisé par les Anglo-Américains. Il soumet les cas récents au traitement médical; sur ses douze cas, quatre ont été ainsi définitivement guéris et trois considérablement améliorés. A. LEMIERRE.

MÉDECINE INFANTILE

Contribution à l'étude des réactions locales à la tuberculine. (Mlle H. ROZENBLATT. *Arch. de méd. des enfants*, déc. 1911.) — Mlle Rozenblatt a étudié, pour mener à bien ce travail, 129 enfants, dans le service de M. le professeur Marfan, ses conclusions sont les suivantes : il n'y a pas de rapport constant entre la plus ou moins grande sensibilisation d'un organisme à la tuberculine et le degré de sa tuberculose. Il n'existe pas non plus un rapport entre l'aspect de la réaction locale à la tuberculine (intradermo-réaction, cuti-réaction), et la forme clinique de la tuberculose; tout au plus, est-il permis d'avancer que la réaction cachectique correspond à une tuberculose avancée, et la réaction torpide à un foyer latent.

B. GAYARD.

CHIRURGIE

Sarcomes de la clavicule. Résultats éloignés après ablation complète. (William B. COLEY. *Ann. Surg.*, vol. LII, no 6, pp. 776-796.) — Coley rapporte 12 cas inédits et donne un tableau de tous les cas publiés, 63, y compris les siens. Il croit que le traumatisme joue un rôle net dans la genèse de ces tumeurs. Dans 7 de ces cas, il y avait succession si frappante que le rôle étiologique ne peut guère être mis en doute. Si l'on veut avoir de bons résultats, il importe de faire un diagnostic précoce et une intervention radicale. Cependant, le premier cas, jamais opéré, celui de Mott en 1828, était encore en bonne santé cinquante ans après ; il s'agissait probablement d'un sarcome central. Le danger de propagations locales et de métastases à distance est très grand. Il semble y avoir deux maxima de fréquence, l'un entre dix et vingt ans (19 cas) ; l'autre entre trente et quarante (13 cas). Les récidives sont généralement rapides, en quelques mois ; cependant on en a vu après dix-huit mois, quatre ans et neuf ans. Comme longues survies après opération, il y a à citer 1 cas après deux ans, 1 après cinq ans, 1 après dix ans et 1 après cinquante ans. F. GARDNER.

NEUROLOGIE

Aphasie sensorielle compliquée de surdité et de cécité d'origine centrale. Autopsie. (F. D'HOLLANDER. *Extrait du journ. de neurol. de Bruxelles*, 1911.) — Malade sourde, aveugle et aphasique; mais la logorrhée avec jargonaphasie, conservation de quelques mots, tendance aux stéréotypies du langage, démontre qu'il s'agit de l'aphasie sensorielle de Wernicke. Effectivement, l'autopsie démontra de grosses lésions des sphères de réception avec intégrité des sphères sensitivo-motrices, et notamment de F3.

L. ALQUIER.

Aphasie, asymbolie et hydrocéphalie. (D'HOLLANDER. *Bull. de la soc. de méd. mentale de Belgique*, déc. 1911.) — Aphasie totale avec agnoscie visuelle et auditive, clonus du pied, analgésie totale, crises de rire et de pleurer, inconscience, mort subite. A l'autopsie, on ne trouva pas de ramollissement, ni autre lésion en foyer mais simplement de l'hydrocéphalie externe et ventriculaire. L'hydrocéphalie peut donc, conclut l'auteur, déterminer des symptômes de lésion en foyer, c'est là le fait saillant de cette observation. L. ALQUIER.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Æsculape. — (Août 1912.) L. LIBERT : Les derviches tourneurs et hurleurs (3 ill.). — H. BOUQUET : Le mysticisme d'un anatomiste du XVIIe siècle (4 ill.). — A. EPAULARD : Le toubib (2 ill.). — L. COURTADON : Comment on empoisonnait au XVIe siècle (10 ill.). — A. GAYET : Formulaire de l'embaumement chez les anciens Egyptiens (5 ill.). — PORCHER (de Lyon) : Le lait desséché (4 ill.). — DESORMONTS : Hôpitaux pour bêtes (5 ill.).

Centralblatt für innere Medizin. — (No 25, 22 juin 1912.) JAGER : Modification de l'épreuve au gaïac ; — Sur la sédimentation de plusieurs corps par l'urée au formol ; — Modification de ma méthode de recherche du sucre. — (No 26, 29 juin.) HERZFELD : Recherche d'acide urique dans le sérum et les sérosités. — (No 28, 13 juillet.) JOLLES : Recherches de pentoses dans l'urine diabétique. — (No 32, 10 août.) SCHNÉE : La médication par les ferments du diabète sucré.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (No 25, 20 juin 1912.) COENEN : La gangrène pulmonaire consécutive aux résections gastriques et duodénales étendues. — MANASSE : Suppuration chronique de l'oreille moyenne et cholestéatome. — WECHSELMANN : Sur les manifestations anaphylactoïdes dans les injections intraveineuses répétées de salvarsan. — GRÜNFELD : Sur le néosalvarsan. — RUNGE : Traitement des hémorragies climatériques par les rayons Röntgen. — BRAUN et HUSLER : Nouvelle méthode d'examen des liquides de ponction lombaire. — RAETHER : Contribution au diagnostic des affections cérébrales chroniques. — KLOSE : Sur l'estomac biloculaire intermittent. — STEIN : Sur les photographies cinématographiques médicales. — RŒRDANSZ : Examen de seringues à injections. — (No 26, 27 juin.) BACH : Pathogénie et traitement du glaucome. — MARSCHALKO et VESPREMI : Recherches histologiques et expérimentales sur la mort par le salvarsan. — ROSENBERG : Sur la question du diagnostic sérologique du carcinome. — KRAUS et HOFER : Sur la destruction des bacilles tuberculeux dans le péritoine de cobayes sains et tuberculeux. — SCHAUMANN : Sur les symptômes initiaux et la pathogénie de l'anémie pernicieuse. — MAASS : Recherches pharmacologiques sur l'alendrine, nouvel hypnotique. — GÖRGESS : Une amélioration de l'aspirine ; l'aspirine soluble. — ZÜLZER : Sur l'action de l'hormonal. — KRAUSS et SAUERBRUCH : Epidermoïde de la région frontale de l'encéphale ; issue dans l'orbite ; extirpation ; guérison. — EBSTEIN : Sur les tophi goutteux des paupières. — BIBERFELD : Les nouveaux médicaments de la dernière année. — MESERNITZKY : Nouvelles recherches sur l'émanation de radium. — ENGELN : Sur le traitement local par la haute fréquence. — THEILHABER : Sur la guérison spontanée des carcinomes. — (No 27, 4 juillet.) KOCHER : Sur le goitre et le traitement du goitre. — RIEDEL : Sur les névralgies tardives après l'amputation de la cuisse. — EDELMANN : Eosinophilie des voies urinaires dans l'asthme bronchique. — LANDSBERGEN : Psychose foudroyante avec pemphigus aigu. — PETERSEN : Action de l'hydrocarbonage dans le traitement du diabète. — HINSMANS : Diagnostic clinique et anatomo-pathologique des tumeurs malignes de la plèvre. — SLATOWERCHOWNICKOW : Signification, diagnostic du signe du sou dans les pleurésies. — RAETHER : Le phénomène musculaire de Pottenger. — RAESTNER : La thérapie par les anions. — MEIROWSKY : Importance des sérums paradoxaux dans la réaction de Wassermann.

Journal des sciences médicales de Lille. — (No 28, 13 juil. 1912.) Carlos LEPOUTRE : Cancer très étendu de la verge, émasculation totale avec curage des aines. — (No 29, 20 juil.) Edouard et Jean POULAIN : Les luxations du métacarpe. — (No 30, 27 juil.) E. et J. POULAIN : Les luxations du métacarpe (*suite et fin*).

NOTES POUR L'INTERNAT

HÉMORRAGIES MÉNINGÉES

(CÉRÉBRALES)

DÉFINITION. — Les méninges entourant le cerveau et la moelle laissent entre elles des interstices, entre lesquels, lorsque le sang fait irruption, se trouve réalisée une hémorragie méningée. La répartition du sang obéit le plus souvent au clivage façonné par la disposition anatomique des enveloppes : aussi la classification de ces hémorragies est-elle calquée sur ce plan anatomique; on décrit ainsi : 1° l'hémorragie épidurale, *hématome sus-dure-mérien*, céphalématome externe (crâne) et hémato-rachis (canal vertébral); 2° l'*hémorragie sous-dure-mérienne*, ou intra-arachnoïdienne, hématome sous-dural, qui peut provenir soit d'une inflammation chronique de la face interne de la dure-mère (*pachyméningite interne hémorragique*, de Cruveilhier et Wirchow), soit d'une rupture des veines cérébrales afférentes au sinus longitudinal supérieur); 3° l'*hémorragie sous-arachnoïdienne*.

Nous insisterons plus spécialement, dans l'exposé qui va suivre, sur cette dernière variété d'hémorragie, bien connue seulement depuis les travaux de M. Chauffard et de ses élèves Froin et Boidin; nous nous étendrons moins sur la description des deux autres variétés d'hémorragies méningées, parfaitement au point dans tous les traités; ajoutons d'ailleurs qu'une démarcation aussi tranchée entre ces divers épanchements sanguins est loin d'être absolue, en clinique : en dehors même des traumatismes, sous la simple poussée du sang, la collection hémorragique peut s'étendre dans plusieurs directions, spécialement vers la cavité que remplit le liquide céphalo-rachidien, exception faite cependant, pour les hémorragies sus-dure-mériennes qui ne franchissent jamais la dure-mère en dehors des cas où celle-ci a été déchirée par une esquille. Aussi le clinicien devra-t-il toujours penser à la concomitance de diverses variétés d'hémorragies, surtout après un traumatisme.

Grâce à la ponction lombaire, bien des hémorragies méningées, dont l'existence eût été méconnue, ont été diagnostiquées, et c'est la ponction lombaire qui a permis d'affirmer la fréquence des hémorragies sous-arachnoïdiennes, considérées comme exceptionnelles jusqu'aux travaux de MM. Chauffard et de ses élèves.

ÉTIOLOGIE. — Les causes des hémorragies méningées peuvent être divisées en obstétricales, chirurgicales, médicales :

Causes obstétricales. — L'hémorragie méningée est fréquente au cours de l'accouchement : il en est d'abondantes, rapidement mortelles, dues à une déchirure des vaisseaux, par un chevauchement des os du crâne, par une stase trop prolongée; il en est qui guérissent, mais laissent à leur suite des séquelles (maladie de Little, épilepsies, paralysies); elles s'observent à la suite d'un accouchement difficile avec application de forceps, ou à la suite de la manœuvre, faite un peu trop brusquement, de Champetier de Ribes ou de Moriceau; on les rencontre aussi quand l'enfant a subi un commencement d'asphyxie. Ces hémorragies obstétricales et du nouveau-né sont, elles aussi, beaucoup mieux connues depuis que l'on pratique systématiquement la ponction lombaire : grâce à ce procédé, on a pu rapporter à l'existence d'hémorragies sous-arachnoïdiennes certains états du nouveau-né, comme la mort apparente, l'état étonné, la cyanose, l'asphyxie (Cushing, Devraigne).

Les **causes chirurgicales** comprennent tous les traumatismes craniens, avec ou sans fracture du crâne, déterminant une hémorragie, soit aux dépens des veines du diploé ou des sinus (épanchement extra-dure-mérien), soit aux dépens des vaisseaux méningés, et pouvant réaliser toutes les variétés d'hémorragie.

Les **causes médicales** sont extrêmement variées : il faut citer comme assez analogues aux précédentes, quant à leur mécanisme, les hémorragies qui surviennent au cours des quintes de coqueluche, de crises d'épilepsie, etc. : il s'agit là d'hémorragies provoquées par les efforts, ou par la congestion veineuse intense.

L'hémorragie méningée s'observe encore au cours de l'encéphalite des nouveau-nés et chez l'adulte ou les vieillards au cours de l'atrophie cérébrale, de la paralysie générale, de la démence; deux facteurs étiologiques ont une importance toute spéciale, l'alcoolisme et l'artériosclérose. L'hémorragie méningée peut succéder à une hémorragie cérébrale; elle s'observe encore au cours des affections cardiaques, de certaines affections hépatiques (cirrhose), des maladies infectieuses (variole, scarlatine, purpura, diphtérie), au cours des maladies hémorragiques; il faut retenir surtout parmi ces causes, en première ligne l'intoxication alcoolique, puis ensuite la syphilis, l'artériosclérose.

La ponction lombaire a montré l'existence d'hémorragie sous arachnoïdienne dans des cas où, sans cette ponction lombaire, elle n'eût pas été soupçonnée (léger traumatisme cranien, hémorragie cérébrale, insolation, etc.).

Suivant la cause qui la détermine, on peut tenter un essai de localisation des hémorragies. D'une manière générale, on peut admettre que les traumatismes craniens, les caries des os, provoquent surtout l'hémorragie de la dure-mère, tandis que les stases sanguines déterminent plutôt la rupture des vaisseaux pie-mériens; les intoxications, les infections s'accompagnent tantôt de l'une, tantôt de l'autre de ces hémorragies. D'ailleurs, très souvent coexistent les deux variétés anatomiques d'hémorragies, mais néanmoins c'est de beaucoup l'hémorragie sous-arachnoïdienne qui s'observe le plus souvent en clinique.

(*A suivre.*)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Pratique des maladies des enfants. Fasc. V : *Maladies du tissu cellulaire, des os et des articulations, de la nutrition. Maladies du système nerveux*, par les docteurs APERT, CRUCHET et CARRIÈRE. Gr. in-8°, de 812 pages, avec 242 figures. — Prix : 16 francs; cartonné, 17 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La Tuberculose inflammatoire, par le docteur Antonin PONCET, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, et le docteur René LERICHE, professeur agrégé à la même Faculté. (Encycl. scientif.) In-18, relié peau pleine, de 620 pages, avec 55 figures dans le texte. — Prix : 7 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Traitement du Cancer par les sels de quinine (*Consultations médicales françaises*, fasc. 41), par le docteur J. GASTAIGNE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. In-16 de 24 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Conférences pratiques sur l'alimentation des nourrissons, par P. NOBÉCOURT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. Préface du professeur HUTINEL. In-8 de XVI-250 pages, avec 24 figures dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, Masson et Cie.

Les Médicaments en clinique, par le docteur SCHEFFLER (de Saint-Etienne). 1 vol. de 330 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Berthier, Emile Bougault, successeur.

Les Blessures de guerre par les armes modernes et leur traitement, par le docteur Th. WEISS, médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. Gr. in-8°, avec 54 figures. — Prix, broché : 3 francs. — Paris, Berger-Levrault.

Formulaire synoptique de thérapeutique infantile, par le docteur H. LEGRAND. In-18 de 252 pages. — Prix, cartonné : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Manuel pratique de Kinésithérapie. Fasc. 1 : F. WETTERWALD. *Le rôle thérapeutique du mouvement. Notions générales;* E. ZANDER jor. *Maladies de la circulation.* In-8° de 188 pages, avec 75 figures dans le texte. — Prix : 3 francs. — Paris, F. Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 111. — SAMEDI 28 SEPTEMBRE 1912. 85e ANNÉE. SAMEDI 28 SEPTEMBRE 1912. — N° 111.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 25 septembre. — Question donnée : « Symptômes de l'asystolie. »

MM. Couput, 14; Beaussillon, 7; Bazert, 12; Berrut, 10; Dégrais, 11; Deguiry, 15; Blamoutier, 18; Delebecque et Coriat, 9; Alliot, 11; Chobaïtch, 12; Chavany, 15; Dramez, 16; Mlle Doléris, 15; MM. Bœgner, 15; Caracostea, 16; Mlle Chauveau, 12.

Séance du 26 septembre. — Question donnée : « Technique et accidents de l'anesthésie chloroformique par inhalation. »

MM. Boudot, 9; Boppe, 16; Charpentier, 9; Crozat, 12; Bonnamour, 11; Cauchois, 10; Dépret, 12; Bagou, 13; Azoulay (Jules) et Chabrut, 10; Creuzot, 14; Mlle Badilquès, 12; MM. Brochet, 8; Djismedjian, 10; Mlle Boudard, 13; Audoli, Calas et Arutuniantz, 9; Caillet, 12; Chamorro, 13.

Anatomie. — Séance du 25 septembre. — Question donnée : « Ligaments et synoviale de l'articulation du genou (sans les rapports ni la physiologie). »

MM. Poussin, 14; Prévot et Papin (Edouard), 15; Jacquemin-Guillaume, 13; Nantet, 18; Raoul, 16 1/2; Pinto, 16; Renaux, 13 1/2; Lappin, 10; Montlaur, 17.

HOPITAL CIVIL DE MUSTAPHA. — Un concours pour six places d'interne en pharmacie aura lieu le lundi 4 novembre 1912, à une heure et demie.

Les candidats devront se faire inscrire au plus tard la veille du jour fixé pour le concours, jusqu'à dix heures du matin.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 24 septembre 1912, sont promus, et par décision ministérielle du même jour reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Bernard, aux troupes d'occupation du Maroc occidental; maintenu; — Baratte, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Rouen; maintenu; — Lévy, de l'hôpital militaire de Belfort; maintenu; — Petit, de l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris; maintenu.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Eymeri, des salles militaires de l'hospice mixte de Limoges; maintenu; — Guibal, de l'hôpital militaire de Nancy; maintenu; — de Casaubon passe à l'hôpital militaire de Perpignan; — Farganel, des salles militaires de l'hospice mixte de Nice; maintenu; — Sabatier, secrétaire du comité consultatif de santé et chef de la section technique de santé; maintenu; — Ecot, médecin chef de l'école d'application de cavalerie de Saumur; maintenu; — Robelin, médecin chef de l'hôpital militaire de Cambrai; maintenu.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Bailby passe au 3e d'artillerie de campagne; — Mahaut, du 33e d'infanterie; maintenu; — Augarde, du 138e d'infanterie; maintenu; — Vigné, au 31e d'infanterie; maintenu; — Rubenthaler, de l'hôpital militaire de Bordeaux (bactériologie); maintenu; — Henriot, du 146e d'infanterie; maintenu; — Massenet, du 136e d'infanterie; maintenu; — Masson, du 37e d'artillerie; maintenu; — Lafforgue, du 115e d'infanterie; maintenu; — Costa, de l'hôpital militaire de Marseille (bactériologie); maintenu; — Montet est affecté au 93e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Paloque, des hôpitaux militaires de la division d'Oran; maintenu; — Fontanel, du 12e dragons; maintenu; — Truchetet, de l'infirmerie-hôpital de la Condamine (Tournoux); maintenu; — Jagues passe au 20e d'infanterie; — Létang, des hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; maintenu; — Perrignon de Troyes passe au 3e cuirassiers; — Guichard, des hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie; maintenu; — Petit, du 11e d'artillerie à pied; maintenu; — Delater, de l'école d'application de cavalerie; maintenu; — Ruchaud, de l'école militaire préparatoire d'infanterie des Andelys; maintenu; — Etienney passe au 5e d'artillerie de campagne; — Chailly, du 72e d'infanterie; maintenu; — Corbel, du 5e d'artillerie à pied; maintenu; — Costa, du 20e d'artillerie; maintenu provisoirement; — Coudray passe au 157e d'infanterie.

— M. Le Lan, médecin de deuxième classe de réserve de la marine, dont la démission est acceptée, est nommé médecin aide-major de première classe de réserve, et désigné pour les troupes d'occupation du Maroc oriental.

M. le médecin aide-major de deuxième classe de réserve Duché est affecté aux troupes d'occupation du Maroc oriental.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Agenda P.-L.-M. 1913.* — Nous apprenons que l'*Agenda P.-L.-M. 1913*, actuellement sous presse, va paraître incessamment. A côté d'articles d'un haut intérêt sur le grand tourisme, d'admirables descriptions des plus belles régions de la France, de nouvelles signées par les maîtres du genre, l'édition 1913 nous réserve la surprise de fort beaux hors texte en couleurs.

Le prix de cette remarquable publication restera néanmoins fixé à 1 fr. 50.

IODONE ROBIN

GOUTTES★INJECTABLE Combinaison organique d'Iode et de Peptone entièrement assimilable
Remplace avec avantage les iodures, sans crainte d'accidents d'iodisme

Contre :
ARTÉRIO-SCLÉROSE
ASTHME, GOUTTE
RHUMATISMES

VENTE EN GROS :
13, Rue de Poissy, PARIS

BROMONE ROBIN

GOUTTES Combinaison organique de Brome et de Peptone entièrement assimilable
Remplace avec avantage les bromures, sans crainte d'accidents de bromisme

Contre :
MALADIES NERVEUSES
FATIGUE CÉRÉBRALE
INSOMNIE, ETC.

VENTE EN GROS :
13, Rue de Poissy, PARIS

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

Gouttes de Glycérophosphates de Soude, Potasse et Magnésie, éléments principaux des tissus nerveux (Hoppe-Seyler). — XV à XX gouttes à chaque repas.
Ne contient ni Sucre, ni Chaux, ni Alcool.— Le flacon compte-g^tes 3f— Rue Abel, 6, PARIS

SIRAN



Donne les meilleurs résultats dans toutes les affections des voies respiratoires dues au refroidissement : bronchite, coqueluche, influenza, tuberculose, scrofulose, maladies du poumon. C'est la préparation la plus agréable pour faire accepter le gaïacol. Flacon d'origine renfermant 150 grammes : 3 fr. 50.

Echantillons et littérature gratis à la disposition de MM. les docteurs, qui n'ont qu'à s'adresser à notre dépôt pour Paris.

Usine Chimique Nassovia,
Wiesbaden, nº 44.

AFFECTIONS de l'ESTOMAC

QUASSINE ADRIAN

DRAGÉES à 25 mill. de QUASSINE AMORPHE.
GRANULES à 2 mill. de QUASSINE CRISTALLISÉE.

Une Dragée ou un Granule avant chaque repas.

MÉNOPAUSE (NATURELLE et POST-OPÉRATOIRE), AMÉNORRHÉE, CHLORO-ANÉMIE, etc.

CAPSULES OVARIQUES VIGIER

à 0gr 20 centigr. de *Substance ovarienne.* — DOSE : 2 à 6 capsules par jour.
PHie VIGIER, 12, Bd BONNE-NOUVELLE, PARIS, et toutes Pharmacies.

PRODUIT FRANÇAIS

SANTHEOSE

Le plus fidèle — Le plus constant
Le plus inoffensif des DIURÉTIQUES

L'adjuvant le plus sûr des CURES de Déchloruration
EXISTE SOUS LES QUATRE FORMES SUIVANTES :

SANTHÉOSE PURE	Affections cardio-rénales Albuminurie, Hydropisie
S. PHOSPHATÉE	Sclérose cardio-rénale Anémie, Convalescences.
S. CAFÉINÉE	Asthénie, Asystolie Maladies infectieuses
S. LITHINÉE	Présclérose. Artério-sclérose Goutte, Rhumatisme.

La SANTHÉOSE ne se présente qu'en cachets ayant la forme d'un cœur. Chaque boîte renferme 24 cachets dosés à 0.50 centigr.- Dose : 1 à 4 par jour.

PRIX : 5 Fr.

Vente en Gros ; 4, rue du Roi-de-Sicile, PARIS

MALADIES du CŒUR

Insuffisances, Aortites, Athérome, Artério-Sclérose, Angine de Poitrine.

DRAGÉES LEBRUN

TONI-CARDIAQUES

Caféine Iodoformée, Spartéine, Strophantus

Sans Saveur, sans Odeur, parfaitement tolérées

ECHANTILLONS ET NOTICE : *PHARMACIE CENTRALE, 50, Faubourg Montmartre, PARIS.*

REVUE GÉNÉRALE

LES PARALYSIES RADICULAIRES DU PLEXUS BRACHIAL

Par Spyridion N. ŒCONOMOS,
Interne des hôpitaux de Montpellier.

I

Définition. — On désigne sous le nom de *paralysies radiculaires du plexus brachial* celles qui résultent de la lésion des racines médullaires de ce plexus, tant dans leur *trajet intrarachidien* que dans leur *trajet extrarachidien* étendu des trous de conjugaison à leur anastomose en plexus.

Ce qui caractérise les paralysies radiculaires c'est qu'elles ne répondent pas à la distribution d'un nerf déterminé, mais elles atteignent des filets nerveux appartenant à des nerfs différents; en effet chacune des racines antérieures de la moelle va aboutir à plusieurs nerfs après avoir traversé le plexus brachial, et inversement chaque nerf tire son origine de plusieurs racines. Même particularité pour les troubles de la sensibilité, qui sont d'ailleurs assez atténués.

A part cela les paralysies *radiculaires* présentent tous les caractères des paralysies *périphériques* : atrophie consécutive des muscles séparés de leur centre trophique, réaction de dégénérescence, troubles trophiques de la peau, cyanose, abaissement de la température locale, adipose sous-cutanée, ankylose fibreuse, perte de la réaction sudorale, etc.

Les paralysies radiculaires du plexus brachial constituent un chapitre important de pathologie nerveuse par sa fréquence, par ses causes et son mécanisme, par sa symptomatologie qui présente des différences essentielles avec la symptomatologie des autres formes de paralysies des membres supérieurs, enfin par ses moyens de diagnostic et de traitement. Ainsi cette question intéresse aussi bien le chirurgien que le neurologue et l'accoucheur et gagne à être connue de tous les médecins.

II

Historique. — Schématiquement l'histoire des paralysies radiculaires du plexus brachial se divise en deux grandes périodes.

Dans la *première période*, qu'on peut appeler aussi *période ancienne* ou *période clinique*, des médecins très anciens tels que Galien signalent le retentissement radiculaire des traumatismes du membre supérieur. Dans une *seconde période*, qu'on peut appeler aussi *période moderne* ou *pathogénique*, de nombreux problèmes d'anatomie, de physiologie normale, de pathogénie et de séméiotique ont été résolus.

D'après les recherches de Allo c'est à Galien que revient l'honneur d'avoir rapporté la première observation très originale de paralysies radiculaires; elle montre que Galien, versé dans l'anatomie et la dissection, connaissait les racines rachidiennes, et du même coup les paralysies radiculaires du plexus brachial.

Après Galien, les études expérimentales de Magendie et de Ch. Bell ont contribué à préciser la physiologie des racines rachidiennes.

Peu à peu les travaux deviennent nombreux; c'est ainsi que Duchenne (de Boulogne) observa des paralysies radiculaires principalement chez le nouveau-né. Après lui Erb et Bernhardt étudièrent surtout une variété particulière de ces paralysies, dans laquelle les muscles abducteurs du bras et les fléchisseurs de l'avant-bras sont seuls intéressés. Enfin ces paralysies sont surtout connues depuis la thèse de M. Sécrétan, le mémoire important de Mlle Klumpke, les observations de MM. Strauss, Giraudau, Rendu, Seeligmüller, le travail important de MM. Guillain et Duval, les recherches expérimentales de MM. Ferrier et Yeo d'une part, de MM. Lannegrace et Forgue de l'autre. Ces dernières nous ont fait connaître la répartition aux différents muscles des fibres nerveuses provenant du plexus brachial.

III

Anatomie du plexus brachial. — Le plexus brachial est formé par l'anastomose des quatre dernières paires cervicales (branche antérieure des cinquième, sixième, septième et huitième racines cervicales) et de la première dorsale; il est l'origine des nerfs périphériques du membre supérieur. Pour bien l'étudier au point de vue anatomique il faut envisager successivement :

1° Les *racines rachidiennes* elles-mêmes, c'est le segment radiculaire du plexus.

2° Le *plexus* lui-même formé par l'anastomose de ces différentes racines.

3° Le *segment* de distribution périphérique, la constitution des nerfs du bras, c'est-à-dire les branches terminales et collatérales du plexus brachial.

I. Segment radiculaire du plexus brachial. — Le segment radiculaire est étendu du point d'émergence médullaire des racines à leur fusion en plexus. Il comprend deux portions : une première, intrarachidienne, va de l'émergence médullaire à la sortie individuelle des nerfs hors du rachis; une seconde, extrarachidienne, lui succède et se prolonge jusqu'au plexus proprement dit.

Dans sa portion intrarachidienne, la racine émerge de la moelle à angle aigu au niveau du sillon collatéral antérieur et se rend vers le trou de conjugaison, en suivant une direction de plus en plus *oblique en bas* à mesure que l'on considère un nerf situé plus bas. D'après les tableaux de Pfnitzner la distance entre la naissance des racines et leur sortie vertébrale est de trois quarts de centimètre pour les cinquième et sixième, un centimètre pour la septième et huitième, un centimètre et quart pour la première dorsale. En conséquence la longueur des racines, dans leur parcours intrarachidien, augmente de haut en bas d'une façon sensible. Cette disposition, oblique, très importante en pathologie, est due au développement en hauteur du rachis et à l'ascension relative de la moelle, et varie avec l'âge et les sujets; elle augmente progressivement jusqu'au développement complet du rachis; d'autre part MM. Soulié, Duval et Guillain ont trouvé des variations individuelles très grandes (du simple au double).

La portion extrarachidienne des racines commence aux apophyses transverses en haut, au col de la première côte en bas. Dès leur sortie du rachis, les racines vont converger vers la région sus-claviculaire moyenne pour former le plexus, elles forment ainsi un triangle à base vertébrale dont le sommet tronqué est le plexus lui-même. La cinquième paire

est très oblique en bas et en dehors, les autres de moins en moins, la première dorsale enfin est ascendante. Les côtés de ce triangle sont inégaux, le *supérieur plus oblique et plus long; aussi ce côté est-il plus fortement tiraillé dans les tractions sur le membre thoracique d'où paralysie habituelle du circonflexe*, qui emprunte ses fibres aux deux troncs radiculaires supérieurs.

On voit ainsi que la portion extrarachidienne ne présente pas la même direction que leur portion intrarachidienne. Les racines se coudent à leur sortie du rachis de la façon suivante. Les cinquième et sixième paires cervicales se réfléchissent en bas sur l'extrémité de la demi-gouttière tranversaire; la septième cervicale continue directement sa direction vers le plexus ; les huitième cervicale et première dorsale se réfléchissent sous le pédicule vertébral. Par conséquent les deux racines supérieures forment à leur sortie rachidienne un angle obtus ouvert en bas, les deux racines inférieures un angle obtus ouvert en haut; la septième racine, branche axiale du plexus, va seule devant elle (fig. 1). D'autre part, la première racine dorsale après avoir fait l'angle obtus *ouvert en haut* en se réfléchissant sous le pédicule vertébral, ne tarde pas à former sur le bord externe de la première côte un nouvel angle sus-costal *ouvert en bas*. Le premier nerf dorsal a ainsi un trajet bicoudé en N. Ces notions sont très importantes dans l'étude de la répercussion des mouvements du membre supérieur sur les racines du plexus brachial.

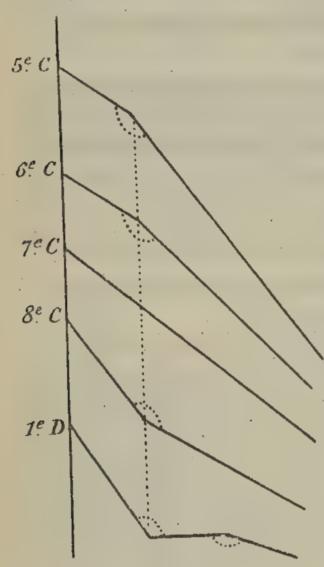


FIG. 1.

II. PLEXUS BRACHIAL PROPREMENT DIT. — Le mode d'union en plexus des racines originelles est fort variable. Cependant la disposition ordinaire est la suivante. Les branches antérieures des cinquième et sixième paires cervicales s'unissent pour former le *tronc primaire supérieur* (fig. 2). Les branches antérieures de la huitième paire cervicale et de la première dorsale font de même le *tronc primaire inférieur*. La branche antérieure de la septième paire cervicale reste indivise et constitue à elle seule le *tronc primaire moyen*. Chacun de ces troncs primaires se divise en deux branches pour former les troncs secondaires qui sont au nombre de trois :

1° *Tronc secondaire supérieur ou externe* formé par l'anastomose des branches antérieures des troncs primaires supérieur et moyen.

2° *Tronc secondaire moyen ou postérieur* dû à l'union des branches postérieures des 3 troncs primaires.

3° *Tronc secondaire inférieur ou interne* qui représente seulement la branche antérieure du tronc primaire inférieur.

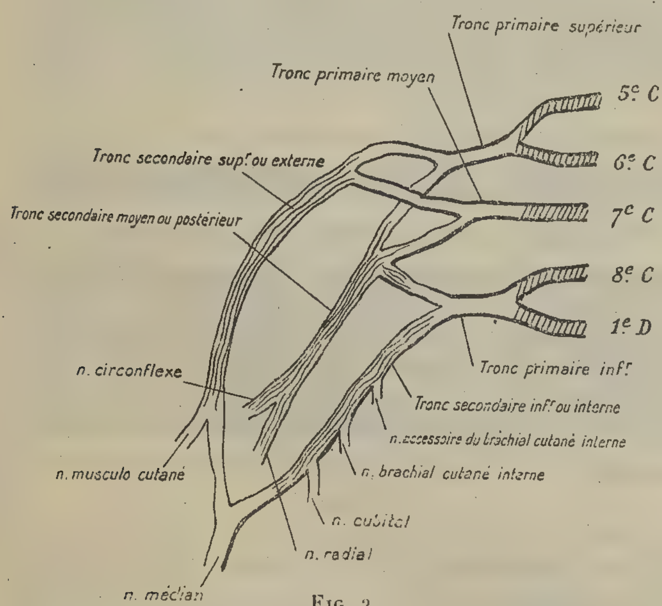


FIG. 2.

III. BRANCHES TERMINALES. — De ces troncs secondaires émergent les branches terminales du plexus. Le *tronc secondaire supérieur* donne naissance au musculo-cutané et à la racine externe du médian; il mérite donc le nom de *médio-musculo-cutané* (Farabeuf). Le *tronc secondaire moyen* ou *postérieur* forme le radial et le circonflexe; il doit donc être appelé *radio-circonflexe* (Farabeuf). Enfin le *tronc secondaire inférieur* donne naissance au brachial cutané interne et son accessoire, au cubital et à la branche interne du médian, il mérite donc le nom de *médio-cubito-cutané* (Farabeuf).

Le *médian* provient des 5 nerfs constitutifs du plexus, il innerve tous les muscles de la région antérieure de l'avant-bras, à l'exception du cubital antérieur et des 2 faisceaux internes du fléchisseur commun profond des doigts. Il innerve aussi à la main les deux premiers lombricaux et tous les muscles de l'éminence thénar, moins l'adducteur du pouce.

Le *musculo-cutané* naît des cinquième et sixième racines cervicales et se distribue aux trois muscles biceps, brachial antérieur, coraco-brachial, de la région antérieure du bras.

Le *cubital* naît des huitième cervicale et première dorsale, et innerve à l'avant-bras les 2 faisceaux internes du fléchisseur profond des doigts, et le cubital antérieur; à la main les muscles de l'éminence hypothénar, l'adducteur du pouce, le court fléchisseur du pouce, les 2 lombricaux internes, les interosseux dorsaux et palpaires.

Le *radial* provient des 5 racines constitutives du plexus et innerve tous les muscles de la région postérieure du bras ainsi que tous les muscles des régions postérieure et externe de l'avant-bras (nerfs des muscles supinato-extenseurs).

Le circonflexe provient également de 5 racines et se distribue aux muscles de l'épaule, le deltoïde et le petit rond.

En résumé nous voyons que les *médian*, *musculo-cutané* et *cubital*, branches terminales des troncs secondaires supérieur et inférieur, sont destinés aux muscles situés à la face antérieure du membre supérieur c'est-à-dire aux muscles *pronato-fléchisseurs*. Au contraire le tronc secondaire moyen ou *radio-circonflexe* innerve les muscles situés à la face postérieure du membre supérieur c'est-à-dire les muscles *supinato-extenseurs*.

IV. BRANCHES COLLATÉRALES. — Nous venons d'étudier les branches terminales du plexus brachial; il

nous faut dire quelques mots de ses branches collatérales qui sont toutes motrices à l'exception du circonflexe qui est mixte; elles se divisent en deux groupes :

A. *Branches postérieures* destinées aux muscles postérieurs qui sont : 1° le nerf de l'angulaire et du rhomboïde issu de la cinquième cervicale; 2° le nerf du grand dentelé qui se détache des cinquième et sixième cervicales et aussi quelquefois de la septième; 3° le nerf du sous-scapulaire issu de la cinquième et sixième cervicales; 4° le nerf du grand rond qui se détache des cinquième, sixième et septième cervicales; 5° le nerf du grand dorsal né des sixième et septième cervicales; 6° le nerf circonflexe issu des cinq racines; 7° le nerf sus-scapulaire, branche du tronc d'union des cinquième et sixième cervicales.

B. *Branches antérieures* destinées aux muscles antérieurs de la ceinture scapulaire qui sont : 1° le nerf du sous-clavier, issu des cinquième et sixième cervicales; 2° le nerf du grand pectoral qui se détache des cinquième, sixième et septième cervicales; 3° le nerf du petit pectoral issu des huitième cervicale et première dorsale.

Le territoire d'innervation sensitive du plexus brachial comprend tout le membre supérieur dans ces trois segments sauf :

1° La partie acromiale du moignon de l'épaule réservée au plexus cervical.

2° La face interne du bras innervée tant par les intercostaux 2 et 3 que par l'accessoire du brachial cutané interne.

Nous ne pouvons pas décrire en détail tous les différents territoires certains du plexus brachial et nous renvoyons le lecteur aux planches de Testut et de Poirier.

V. Anastomoses du plexus brachial. — Le plexus brachial n'est pas isolé complètement, il envoie ou reçoit des anastomoses à différentes hauteurs :

Il est d'abord réuni au *plexus cervical* par une branche qui unit la quatrième cervicale à la cinquième.

Puis il entre en communication avec le *sympathique* sur deux points : 1° par un ou deux filets qui des cinquième et sixième cervicales se rendent au ganglion cervical moyen; 2° par d'autres filets qui se détachent des septième, huitième cervicales et première dorsale et se jettent dans le nerf vertébral, portion du sympathique cervical.

Le nerf vertébral occupe le canal tranversaire vertébral; malgré les travaux récents sur sa constitution, deux points sont encore controversés : ses origines et sa terminaison.

D'après Mlle Klumpke les septième et huitième cervicales constituent le tronc externe du nerf vertébral, les sixième, cinquième, quatrième et quelquefois la troisième cervicales forment le tronc interne du nerf.

Pour F. Franck, le nerf naît des cinquième, sixième, septième, huitième cervicales.

Pour Herbet, seulement des sixième et septième cervicales.

Pour Hirschfeld, il se détache des troisième, quatrième et cinquième cervicales.

Pour van Gehuchten, des septième et huitième cervicales.

Au point de vue qui nous intéresse nous verrons le nerf vertébral dépendre en sa physiologie pathologique des racines basses du plexus brachial.

Sa terminaisen est également discutée. Il aboutit au ganglion thoracique supérieur pour F. Franck; au ganglion cervical inférieur d'après Herbet.

VI. Rapports médico-chirurgicaux du plexus brachial. — Ces rapports, très importants à connaître pour la compréhension de la pathogénie des lésions, doivent être envisagés successivement dans ses 3 segments.

a. *Dans son segment radiculaire*, la *portion intra-rachidienne* des racines est contenue avec la moelle dans le canal rachidien. Les racines antérieures et postérieures cheminent dans l'espace sous-arachnoïdien, séparées d'abord par le cordon latéral, puis par le ligament dentelé. Elles sont entourées, dans tout leur trajet, par la pie-mère, qui s'étale sur chaque racine puis sur le tronc mixte. L'arachnoïde n'est en contact avec les racines qu'au niveau où le tronc unique perfore la dure-mère. Enfin cette dernière accompagne la racine jusque dans le trou de conjugaison.

La portion extra-rachidienne des racines traverse les scalènes et cette traversée est plus longue pour les racines inférieures. Le segment transcalénique caché derrière le sterno-mastoïdien dans la position directe de la tête est au contraire accessible à la palpation dans la rotation passive de la tête du côté opposé; les nerfs apparaissent alors dans le creux sus-claviculaire. Placés sous l'aponévrose superficielle, entre le sterno-mastoïdien et le trapèze, sous l'aponévrose moyenne englobant les différents muscles sous-hyoïdiens, les nerfs sont relativement superficiels. Ils sont directement palpables et le tronc commun formé par le cinquième et le sixième est acccessible *à 2 centimètres au-dessus de la clavicule, en dehors du bord externe du sterno-mastoïdien, c'est le point d'Erb*. Les 2 nerfs inférieurs, huitième cervicale et première dorsale, sont en rapport intime avec la face postérieure de la sous-clavière et en bas avec le dôme pleural, en contact direct, avec son appareil suspenseur.

b. *Le plexus brachial* lui-même repose sur le sous-scapulaire derrière le milieu de la clavicule dont il est séparé par les vaisseaux sous-claviers.

c. *Le segment de distribution périphérique* se trouve en rapport avec les parois de l'aisselle, c'est-à-dire en avant avec l'aponévrose clavi-coraco-pectorale doublée du grand pectoral; en arrière elle repose sur le sous-scapulaire et par son intermédiaire sur la tête humérale. En dedans il entre en contact avec les digitations supérieures du grand dentelé et les trois premières côtes. L'artère axillaire passe dans la fourche du médian, la veine est en avant du tronc médio-cubito-cutané.

IV

Physiologie du plexus brachial. — Pour bien comprendre les paralysies radiculaires du plexus brachial il est nécessaire d'étudier la localisation radiculaire motrice et sensitive, c'est-à-dire il faut rechercher quels sont les territoires innervés par chaque racine en particulier.

A. Territoire moteur des racines. — De nombreux auteurs se sont occupés de la localisation radiculaire. Panizza, en 1834, expérimentant sur le sciatique de la grenouille, arrive à cette conclusion que les racines n'ont aucune action particulière, ce sont des conducteurs banaux de la motricité.

Muller et van Deen, Kronenberg, Peyer pensent que les différents muscles synergiques reçoivent leurs nerfs de plusieurs nerfs différents.

Ferrier et Yeo expérimentant sur le singe, en 1881, croient pouvoir montrer que l'excitation d'une racine provoque la contraction d'une série de muscles concourant à un mouvement bien déterminé.

MM. Lannegrace et Forgue dans plusieurs communications, M. Forgue, dans sa thèse, apportent de nouvelles lumières sur la question. Ils démontrèrent que chaque racine n'est pas la racine d'une fonction, mais d'un territoire bien déterminé du membre. Leurs travaux furent confirmés plus tard par Risien, Russel, Thomburn, Sherrington qui démontrent que chaque muscle reçoit son innervation de plusieurs racines et inversement chaque racine fournit des filets à plusieurs muscles.

Enfin il faut signaler les importants travaux électro-physiologiques d'Erb, qui démontra principalement que la paralysie obstétricale, décrite par Duchenne (de Boulogne) et intéressant les muscles deltoïde, biceps, brachial antérieur et long supinateur, était due à une lésion des cinquième et sixième cervicales. Il découvrit le point moteur qui porte son nom, correspond à l'apophyse transverse de la septième cervicale et permet, lorsqu'on y place l'électrode active, de provoquer la contraction des muscles atteints dans la forme décrite par Duchenne. Un certain nombre de tableaux ont été dressés par Thane, Thomburn, Edinger, Julien et Soulié pour indiquer de quelle racine relève tel muscle. Mais ils présentent encore bien des divergences et il est absolument impossible de les retenir par cœur, aussi nous les supprimons. En somme, *approximativement*, on peut dire que *les cinquième et sixième cervicales donnent l'innervation motrice au groupe d'Erb, c'est-à-dire aux muscles deltoïde, brachial antérieur, coraco-brachial, long supinateur; les septième et huitième cervicales répondent aux muscles innervés; par le radial la première dorsale répond aux muscles innervés par le médian et cubital.*

B. Territoire sensitif des racines. — Contrairement à la localisation radiculaire des troubles moteurs, celle des troubles de la sensibilité est bien connue et bien caractéristique. Elle ne concorde pas avec la distribution topographique de tel ou tel nerf périphérique. Elle se dispose au contraire, sous forme de bandes longitudinales, parallèles à l'axe du membre. Actuellement on admet quatre bandes : *une bande radiale* innervée par la cinquième cervicale, parcourant le bord externe du bras et empiétant sur les faces antérieures et postérieures ; *une deuxième bande cubitale* pour le bord interne, qui envahit aussi une partie des faces antérieures et postérieures et est innervée par huitième cervicale et première dorsale ; enfin *deux bandes médianes*, l'une *antérieure*, l'autre *postérieure*, qui se subdivisent en trois autres bandes étroites ; ces dernières, en allant du côté radial vers le côté cubital, seraient fournies par les sixième, septième et huitième cervicales.

C. Localisations médullaires des racines. — D'après les travaux modernes de Déjerine, on tend aujourd'hui à admettre que les racines antérieures de la moelle épinière proviennent de noyaux étagés les uns au-dessus des autres dans toute la hauteur de l'axe gris antérieur. Chaque noyau ne fournit des fibres qu'à la racine correspondante. *La localisation motrice n'est donc ni nerveuse ni musculaire, mais segmentaire.* Il faut admettre une conclusion analogue pour les localisations médullaires *sensitives*. Toutes ces localisations médullaires sont intéressantes parce qu'elles nous expliquent comment une paralysie radiculaire sensitive peut être simulée par une lésion des cornes postérieures et pourquoi les lésions de la substance grise antérieure veulent être diagnostiquées d'avec les paralysies radiculaires.

D. Physiologie du nerf vertébral. — Il est indispensable, pour la compréhension de la symptomatologie des paralysies radiculaires, d'étudier la physiologie des rameaux communicants du sympathique cervical, la physiologie du nerf vertébral. De nombreux auteurs (Maury et Duhring, Sands et Séguin, etc.) se sont occupés des troubles provoqués par la section des rami communicants, mais c'est à Mlle Klumpke que nous en devons l'étude exacte. Il résulte des expériences sur le chien les conclusions suivantes.

1° L'arrachement des racines inférieures seules du plexus brachial et surtout celui du premier nerf dorsal produisent des phénomènes oculo-pupillaires (myosis, rétrécissement de la fente palpébrale, petitesse et rétraction du globe oculaire) sans phénomènes vasculaires de la face.

2° La section des racines inférieures du plexus (huitième cervicale et première dorsale) faite au niveau du trou de conjugaison produit les mêmes phénomènes oculo-pupillaires.

3° La section des racines supérieures (sixième et septième cervicales) au niveau du trou de conjugaison, l'arrachement de ces mêmes racines, ne sont jamais accompagnées de myosis.

4° La section des racines soit supérieures soit inférieures du plexus, faite à un centimètre en plus, en dehors des trous de conjugaison, ne donne jamais lieu à ces phénomènes.

Il résulte donc de ces recherches de Mlle Klumpke que les phénomènes oculo-pupillaires étaient dus à la section ou à l'arrachement du ramus communicans du premier nerf dorsal.

Ce ramus communicans renferme en effet des filets moteurs destinés à l'iris, filets qui naissent de la moelle, passent par son intermédiaire dans le ganglion cervical inférieur, et remontent de là par le sympathique cervical jusqu'au globe oculaire. Ces résultats ont pu d'ailleurs être vérifiés par les observations cliniques de Feiffer, Moxter, Heubner, Bruns, etc. ; expérimentalement, Oppenheim a pu exciter les racines du plexus brachial chez un homme, à qui l'on avait trépané le rachis, et a pu constater que seule l'excitation de la première dorsale provoquait des signes oculo-pupillaires.

V

Etiologie. — I. *Fréquence.* — Pour certains auteurs, les paralysies radiculaires du plexus brachial sont assez fréquentes. C'est ainsi que Vandebossche dit avoir eu l'occasion d'observer en moins d'un an quatre paralysies. Nous-même nous avons observé dans le service de notre maître M. Tédenat, dans un an, trois cas qui ont été le point de départ de cette revue générale. Les paralysies radiculaires d'origine traumatique sont certes les plus fréquentes. Mais, d'une façon générale, ces paralysies radiculaires sont plutôt rares.

II. *Causes déterminantes.* — Les lésions des racines qui déterminent ces paralysies relèvent de causes traumatiques ou non traumatiques. D'où deux grands groupes étiologiques :

A. Les *paralysies radiculaires traumatiques* ; *B.* les *paralysies radiculaires non traumatiques*.

A. Les LÉSIONS TRAUMATIQUES des racines peuvent être : a. *directes* ; b. *indirectes*.

a. *Paralysies radiculaires traumatiques directes.* — Dans ce premier groupe, se rangent : 1° les *plaies de la région sus-claviculaire* qui peuvent intéresser souvent les racines branchiales ; l'agent traumatique est soit un instrument piquant soit une arme à feu ; le traumatisme porte surtout sur les racines hautes (5, 6, 7), plus rarement sur les racines basses (8, 1). A côté de ces lésions accidentelles il faut ranger : 2° les *sections chirurgicales du plexus*, totales ou partielles, toutes opérations dirigées contre les tumeurs des troncs nerveux ou de leurs branches ou des névralgies branchiales incurables.

b. *Paralysies traumatiques indirectes.* — Les traumatismes agissant d'une façon indirecte sont plus importants et divers.

1° Les *traumatismes de la région de l'épaule* sont incontestablement la cause la plus fréquente des paralysies radiculaires du plexus brachial, on les retrouve dans les 9/10 des observations. Le traumatisme de l'épaule est d'ailleurs variable dans son agent, dans son siège, dans sa nature : *les chutes sur le moignon de l'épaule* amènent souvent des paralysies radiculaires. Un de nos malades fait une chute de bicyclette sur l'épaule gauche et entre, le 8 novembre 1909, dans le service de notre maître M. le professeur Forgue, pour paralysie radiculaire du type supérieur. Dans la chute sur l'épaule, le bras peut occuper deux positions : ou bien il est replié sous le corps, ou bien il est étendu en avant ou en dehors. Dans le premier cas, le moignon de l'épaule est abaissé; dans le second, il est élevé. — Les *chocs de l'épaule* agissant de haut en bas (corps plus ou moins pesants) peuvent également déterminer des paralysies radiculaires et dans ces cas il s'agit toujours d'un abaissement de l'épaule. — Il en est de même des *traumatismes souvent répétés*, tels que le port habituel de lourds fardeaux sur la région claviculaire; dans ces cas on retrouve l'abaissement de l'épaule, l'hyperélévation abduction du bras.

2° Les *traumatismes du bras* amènent fréquemment la paralysie radiculaire. Le plus souvent il s'agit de *tractions sur le bras;* ce dernier est pris dans une machine et attiré, il est tiraillé en bas par un cheval emporté, par un homme. Dans tous ces cas, il s'agit d'abaissement de l'épaule ou hyperélévation du bras par un objet lourd soulevé. — D'autres fois, il s'agit de *mauvaises positions du bras:* ainsi la paralysie se produit après un sommeil prolongé dans une mauvaise position, surtout les bras relevés derrière la tête. Il n'est pas douteux que les *paralysies radiculaires postanesthésiques* ne résultent souvent des attitudes forcées, imprimées au bras surtout en abduction et élévation, en particulier dans la position de Trendelenbourg. Duval et Guillain se demandent si certains faits de *paralysies douloureuses des jeunes enfants*, après une traction sur le bras, ne sont pas dues à des lésions radiculaires.

3° Les *luxations de l'épaule* peuvent être compliquées de paralysies radiculaires qui ont été étudiées par Broca, Duplay, Evesque, Duval et Guillain. Toutes les variétés de luxations peuvent occasionner des paralysies radiculaires, mais c'est surtout la variété antérieure puis la postérieure et l'inférieure. Ces paralysies peuvent être contemporaines de la luxation, précoces ou bien tardives et dues aux tractions de la réduction.

4° Les *fractures de la clavicule* peuvent s'accompagner de paralysies radiculaires en trois circonstances différentes : dans un *chevauchement exagéré*, le fragment interne et supérieur peut léser une des racines nerveuses, ce qui est peu probable ; un *cal hypertrophique* peut agir par compression ; *fracture et paralysie* enfin peuvent simplement coïncider sans aucune relation étiologique réciproque, c'est cette dernière explication qui semble la plus plausible.

5° Les *traumatismes du rachis* (fractures et luxations) s'accompagnent parfois de lésions radiculaires isolées ou associées aux désordres médullaires.

6° Les *paralysies radiculaires obstétricales* méritent une place à part. Elles sont peu fréquentes. Joly trouve 3 cas sur 5460 accouchements dans la clinique Baudelocque, 3 cas sur 6600 accouchements à la clinique de la rue d'Assas. Fochier à Lyon n'en a pas observé un cas pendant huit ans dans son service, où 2000 accouchements ont lieu chaque année. — Elles résultent toujours d'accouchements difficiles; et d'une façon presque constante après une intervention, que ce soit une application de forceps, une version ou une traction pour dégager un bras. On les voit compliquer tantôt un accouchement par la tête, tantôt une présentation du siège ; peu importe du reste, que l'engagement se soit fait dès l'abord par cette extrémité ou qu'il ait été le résultat d'une version transformant une présentation de l'épaule.

Les paralysies qui succèdent à la présentation de la tête sont moins fréquentes que celles des présentations du siège; ceci est dû à ce que l'accouchement par le sommet a d'ordinaire une évolution facile et spontanée. On comprend donc que les positions postérieures, plus volontiers dystociques, soient plus souvent coupables que les antérieures. Toujours d'ailleurs on trouve notées des interventions, telles qu'applications du forceps, tractions sur les épaules, la tête.

Dans la présentation du siège les paralysies sont également dues à des difficultés d'expulsion fœtale. Tantôt les bras étaient relevés au-dessus de la tête et leur dégagement fut laborieux ; tantôt, la sortie des membres opérée, la tête ne se dégagea qu'après de fortes tractions exercées sur les épaules ou le cou.

Mais, quelle que soit la présentation, le fait capital est que le plus souvent (90,5 p. 100) la brutalité des manœuvres est responsable de l'accident. Nous verrons plus tard au chapitre pathogénique quelles sont exactement les manœuvres dangereuses.

B. LÉSIONS NON TRAUMATIQUES. — De beaucoup moins fréquentes que les précédentes, elles consistent en :

a. *Névrites* toxiques ou infectieuses, c'est là une cause rare de paralysies radiculaires ; cependant on l'a signalée au cours ou après la dysenterie, la fièvre typhoïde, la grippe, la pneumonie, l'empoisonnement par la viande, etc. La névrite ascendante peut atteindre les racines du plexus brachial comme l'a vu Gowers. MM. Gilles de la Tourette et Chipault ont signalé cette phase radiculaire des névrites

ascendantes traumatiques. Enfin la névrite dite apoplectiforme, décrite par Dubois, peut quelquefois déterminer une paralysie radiculaire. Il s'agit dans ces cas plutôt d'une hémorragie du plexus brachial suivie de névrite dégénérative.

b. *Lésions méningées et vertébrales.* — 1° La *tuberculose méningo-vertébrale* peut donner naissance à des paralysies radiculaires. On en a ainsi observé au cours du mal de Pott cervical inférieur; elles sont dues le plus souvent à la compression soit par l'os, soit par les fongosités et la pachyméningite, l'abcès froid, les ganglions juxtarachidiens hypertrophiés. Elles sont précoces ou tardives et d'une grande valeur diagnostique comme l'a montré Pierre Delbet. Ainsi donc la pachyméningite tuberculeuse peut donner lieu à des paralysies radiculaires. 2° La *pachyméningite cervicale hypertrophique* détermine souvent des paralysies radiculaires. 3° La *syphilis méningée*, qu'elle soit primitive ou consécutive à des altérations syphilitiques osseuses, qu'elle soit concomitante avec des phénomènes de myélite syphilitique, peut amener des lésions radiculaires. 4° *Toutes les tumeurs des méninges*, bénignes ou malignes, ainsi que les tumeurs extraméningées, peuvent déterminer une paralysie radiculaire du plexus brachial, si elles siègent à la région cervicale. Ces paralysies radiculaires sont relativement rares par rapport aux paralysies radiculaires traumatiques. Il est exceptionnel d'ailleurs qu'il s'agisse de paralysies radiculaires pures, car presque toujours s'adjoignent aux symptômes radiculaires ceux de compressions de la moelle.

c. *Lésions extrarachidiennes.* — Les *tumeurs de la région cervicale ou sus-claviculaire*, quelles que soient leur nature et leur origine, peuvent à un moment de leur évolution comprimer les racines du plexus brachial et causer des paralysies radiculaires, il en est ainsi des adénopathies, malignes surtout, des exostoses, des hyperostoses de la première côte, des anévrismes de la troisième portion de la sous-clavière, ou de la carotide primitive. Dans ces derniers cas les lésions radiculaires ne sont pas dues à une simple compression des racines par le sac mais à une névrite secondaire.

III. *Causes prédisposantes.* — 1° L'*hérédité nerveuse* a été signalée par certains auteurs comme cause prédisposante aux paralysies radiculaires; mais l'influence de l'hérédité à ce sujet paraît très douteuse. 2° Par contre le *froid* a peut-être une certaine action sur la détermination de certaines paralysies radiculaires; mais en tous cas ce rôle étiologique des refroidissements est secondaire.

VI

Pathogénie. — Le mode d'action des paralysies radiculaires dues à des *lésions non traumatiques* ou à des *lésions traumatiques directes* ne nécessite pas une étude particulière. En effet on comprend très bien comment une section des racines, en rompant la continuité nerveuse, peut déterminer une paralysie radiculaire; il est de même facile à saisir le mode d'action des névrites ou de la compression des racines. Au contraire, dans les *paralysies radiculaires traumatiques indirectes*, on a beaucoup discuté sur le mode d'action du traumatisme.

A. Théories anciennes. — I. Dans *les traumatismes simples de l'épaule* sans lésions osseuses ou articulaires, trois théories ont été invoquées :

1° Nélaton, Panas et Vincent ont incriminé la compression du plexus entre la clavicule et la première côte, dans l'abaissement forcé de l'épaule. Mais Duval et Guillain montrèrent dans leurs expériences cadavériques, que les nerfs du plexus fuient dans l'abaissement de l'épaule et échappent ainsi à la compression sur la première côte. A cette place, d'ailleurs, ils sont groupés en plexus et non en racines; la paralysie serait donc tronculaire et non radiculaire.

2° Büdinger, Kron et Gaupp admettent dans l'élévation du bras la compression entre la clavicule et la côte. Mais les expériences de ces auteurs reproduites par Duval et Guillain ont donné des résultats négatifs et montré que cette théorie est inexacte.

3° Hœdemaker, Evesque admettent que dans l'élévation du bras la clavicule froisse les nerfs; mais dans cette position la clavicule ne touche pas les nerfs, qui se ramassent derrière sa portion concave; leur contusion est donc impossible.

II. Dans *les luxations de l'épaule* les théories invoquées sont encore plus nombreuses :

1° Debout, Hamilton incriminent la parésie musculaire, effet de la contusion causale.

2° Empies croit à des paralysies idiopathiques chez des sujets personnellement ou héréditairement prédisposés par le froid, l'humidité, le saturnisme, l'alcoolisme.

3° Malgaigne admet qu'il s'agit de commotion nerveuse.

4° Nélaton, Panas et Vincent incriminent comme précédemment la compression (démontrée impossible par Duval et Guillain) du plexus entre la clavicule et la côte.

5° J.-L. Petit, van Swieten, Hevin, Cooper, Desault et surtout Panas et Vincent admettent la compression des nerfs par la tête humérale luxée. Mais d'abord Panas et Vincent admettent que seule la variété antérieure peut offenser les nerfs du bras. Or Duval et Guillain ont prouvé que toutes les variétés de luxations peuvent se compliquer de lésions radiculaires. D'autre part à la hauteur de la tête humérale même luxée, les nerfs du bras sont tous constitués; la tête humérale ne peut léser que le segment de distribution et non le segment de constitution du plexus brachial; il s'agira donc de paralysies tronculaires et non radiculaires.

6° Enfin Gerdy, qui a pu rompre le médian avec un mouffle de 8 poulies et 3 aides, incrimine l'élongation des troncs nerveux; mais encore ici ce mécanisme n'est applicable qu'aux lésions tronculaires et non radiculaires.

III. Dans *les paralysies obstétricales* on a invoqué plusieurs théories :

1° Smellic, Danyau, Guéniot, Rouland, Guibout, Duchenne, Erb, Budin ont incriminé la compression du point d'Erb, soit par les cuillers du forceps, soit par les mains de l'accoucheur. Mais les recherches de Fieux, de Duval et Guillain semblent prouver que, si ce mécanisme peut être, dans quelques cas rares, invoqué de façon indéniable, il n'est pas exact le plus souvent. En effet, ces paralysies peuvent se produire sans qu'on ait touché au forceps, sans que les doigts aient été seulement appliqués au cou. D'autre part les 3 premières racines (cinquième, sixième, septième cervicales) sont seules compressibles dans le creux sus-claviculaire et la cuiller du forceps peut les y atteindre. Mais les huitième cervicale et première dorsale sont inacces-

sibles derrière la clavicule; cependant les paralysies type inférieur avec syndrome sympathique sont fréquentes au cours des accouchements.

2° Peters incrimine la compression du plexus par le pubis de la mère pendant la descente de la tête.

3° Shoemaker admet que dans les manœuvres de l'accouchement l'épaule est refoulée en haut et le plexus est comprimé entre la clavicule et les apophyses transverses; mais des expériences de Duval et Guillain ont montré qu'il n'y a jamais de contact entre la clavicule et les apophyses transverses.

Enfin Tarnier incrimine l'élongation radiculaire démontrée anatomiquement par Fieux.

B. Théorie actuelle. — *De cette discussion* il résulte que toutes les théories émises pour expliquer la production des paralysies radiculaires, dont la plupart sont erronées, peuvent être remplacées par une seule. *C'est la théorie de la distension ou élongation radiculaire, radiculo-médullaire* qui est applicable à toutes les variétés de paralysies traumatiques indirectes du plexus brachial et est basée sur les expériences de Duval et Guillain.

1° Dans les traumatismes simples de l'épaule (contusion, traction sur le bras, port de lourds fardeaux) en effet, qui aboutissent à léser les racines nerveuses du bras, on retrouve toujours ou bien *un abaissement forcé du moignon de l'épaule* ou bien *une élévation du bras en abduction*. Or, ces deux cas distendent les racines du plexus brachial, surtout les cinquième et sixième, aplatissent la première dorsale sur la côte, et, poussés au maximum, aboutissent à la rupture intrarachidienne des trois racines supérieures, et à la désagrégation histologique de la première dorsale par écrasement sur la première côte. *Nous pouvons donc dire que la paralysie radiculaire est fonction de l'abaissement ou de l'hyperélévation du bras dans ces cas de traumatisme.*

2° Dans les fractures de la clavicule ce n'est pas la fracture elle-même, par ses fragments ou son cal, qui produit les lésions radiculaires; ici encore c'est le traumatisme initial, c'est-à-dire presque *toujours un abaissement brusque de l'épaule*, qui parallèlement crée et la fracture et les lésions des racines.

3° Dans les luxations de l'épaule les paralysies radiculaires des racines sont produites aussi par la distension. En effet, ces luxations sont dues soit à un abaissement violent de l'épaule, par chute ou réception sur l'épaule d'un poids lourd, d'un choc violent; soit à une hyperélévation brusque du bras par traction ou chute. Ce sont ces deux mouvements qui créent en même temps et la luxation et les lésions radiculaires. Il en est de même des paralysies radiculaires observées après réduction d'une luxation de l'épaule.

4° Les paralysies radiculaires anesthésiques et postanesthésiques reconnaissent le même mécanisme: hyperélévation des bras.

5° Les paralysies radiculaires obstétricales se produisent le plus souvent dans les accouchements laborieux, terminés par manœuvres manuelles ou instrumentales: tractions sur les bras, sur la tête, position relevée des bras derrière l'occiput; application du forceps sur la tête et mouvements latéraux qui la dégagent. Nous retrouvons ici l'abaissement de l'épaule et l'hyperélévation du bras.

En résumé, la théorie de distension radiculaire ou radiculo-médullaire explique sans exceptions toutes les variétés étiologiques des paralysies radiculaires traumatiques indirectes du plexus brachial: traumatismes simples de l'épaule, traumatismes avec fracture de la clavicule ou luxations de l'humérus; paralysies anesthésiques, paralysies obstétricales. Cette théorie est simple, elle repose sur l'anatomie du plexus, sur des expériences cadavériques, sur des faits anatomo-pathologiques et cliniques.

VII

Anatomie pathologique. — Les lésions anatomo-pathologiques dues aux paralysies radiculaires sont peu étudiées à cause de la rareté des autopsies; il existe cependant quelques observations anatomiques publiées par Flaubert, Apert, Tuffier, Thorburn, Philippe et Cestan, de Petters, Déjerine et Thomas. Dans tous ces cas publiés la lésion est haut située.

I. Dans les *paralysies radiculaires traumatiques*, l'intensité des lésions dépend de l'intensité du traumatisme et varie depuis la rupture de quelques filets nerveux, l'attrition de quelques fibres, les suffusions sanguines sous-névrilemmatiques jusqu'aux ruptures totales. Les lésions radiculaires ne résument pas toute l'anatomie pathologique des paralysies radiculaires du plexus brachial. On trouve quelquefois de véritables lésions médullaires, un trouble de tout le neurone périphérique. C'est ainsi qu'on a signalé de la sclérose des cordons de Goll et de Burdach; des microtraumatismes dans la structure des nerfs: ruptures capillaires, suffusions sanguines, ruptures partielles des cylindres-axes et des gaines de myéline; des lésions paranerveuses ou de compression liées à l'irritation du tissu conjonctif, réagissant sous la forme de sclérose engainante, sous l'influence irritative d'un épanchement séro-hématique. Ces lésions annexes expliquent la complexité des cas classiques et des modifications qui surviennent dans le tableau clinique primitif.

II. Dans les *paralysies radiculaires non traumatiques* on trouve les lésions propres à la maladie causale: lésions syphilitiques, tuberculeuses, cancéreuses, etc. Les racines subissent les lésions banales de la dégénérescence wallérienne.

VIII

Symptomatologie. — Au point de vue symptomatique on peut distinguer dans les paralysies radiculaires du plexus brachial deux périodes: la période de début et celle d'état.

A. *Période de début.* — Le début de ces paralysies est très variable suivant la cause et l'étendue de la lésion radiculaire. — Ce début peut être brusque et souvent même accompagné de douleur, c'est le cas d'une paralysie consécutive à une chute violente sur le moignon de l'épaule. — D'autres fois la paralysie débute lentement, quand les racines sont lentement et progressivement comprimées par une tumeur, une pachyméningite caséeuse, syphilitique, cancéreuse; dans ces derniers cas il existe des phénomènes très douloureux, comme d'ailleurs dans toutes les compressions nerveuses. — Enfin le début peut être encore plus lent: c'est après plusieurs semaines, après plusieurs mois de troubles vagues, d'impotence motrice progressive que le tableau clinique se complète.

B. *Période d'état.* — L'anatomie pathologique, la pathogénie nous ont permis de comprendre que telle ou telle racine du plexus peut être lésée; on

serait donc en droit de décrire, en se basant sur la physiologie, autant de types cliniques de paralysies radiculaires du plexus brachial qu'il existe de racines; mais la clinique montre que, s'il est possible de constater des lésions isolées d'une racine, il est toutefois des types plus habituels. Il est ainsi classique de décrire à la période d'état 3 variétés principales de paralysies radiculaires :

1° *Paralysie radiculaire supérieure* ou du *type Duchenne-Erb* ; 2° *paralysie radiculaire inférieure*, du *type Klumpke* ou *paralysie avec syndrome sympathique* ; 3° *paralysie radiculaire totale*.

1° Paralysie radiculaire supérieure (type Duchenne-Erb). — Elle correspond à la lésion des deux racines supérieures du plexus brachial : les cinquième et sixième cervicales. Le plus souvent elle succède à un traumatisme ; chute sur l'épaule, compression du creux sus-claviculaire, compression par le forceps, etc. Les muscles paralysés sont ceux innervés par les cinquième et sixième cervicales : le *biceps*, le *deltoïde*, le *brachial antérieur* et le *long supinateur*. Ce sont ces quatre muscles que l'on fait contracter ensemble en électrisant le *point d'Erb* au-dessus de la clavicule. Sont également touchés, mais inconstamment et à un degré moindre : le grand pectoral, le sous-épineux, le grand dorsal, le grand rond, le grand dentelé, le court supinateur. Le plus souvent la paralysie de ces derniers est peu évidente cliniquement et il faut quelquefois l'examen électrique pour reconnaître qu'ils ne se contractent pas normalement.

I. Aspect du membre. — L'*aspect du membre* atteint d'une telle paralysie a été bien décrit par Duchenne ; le membre supérieur reste immobile et abaissé, le long du corps, en adduction et rotation interne; l'avant-bras est étendu sur le bras et la main est dans l'attitude de la pronation avec flexion des doigts. Cependant Huet a signalé l'élévation du moignon de l'épaule, résultant de la contraction du trapèze, qui est ici respecté. C'est une attitude instinctive adoptée par le sujet pour écarter un peu le bras du corps : le trapèze y parvient en faisant basculer l'omoplate autour de son angle interne et en l'élevant en même temps.

II. Symptômes moteurs. — α. A *l'épaule*, la *paralysie totale du deltoïde* entraîne une gêne considérable dans les actes usuels. Privé de mouvement d'abduction du bras, le malade ne peut porter la main à la bouche, ne peut l'amener vers la région dorsale, il ne peut s'habiller seul, etc. Le sus-épineux peut suppléer légèrement le deltoïde quand il n'est pas atteint. Au contraire lorsque la paralysie intéresse aussi le *sus-épineux*, le *grand rond*, le *grand dorsal* et le *grand dentelé*, tout mouvement d'élévation du bras est impossible. La paralysie associée du *deltoïde* et du *sous-épineux* détermine une impotence particulière : en écrivant, le malade est incapable de déplacer son bras en dehors suivant la direction de la ligne ; il y supplée en faisant glisser son papier de droite à gauche sous la plume à l'aide de sa main gauche, ou en déplaçant à chaque mot la main droite à l'aide de celle-ci.

β. Au *coude*, la *flexion* est abolie par la paralysie du biceps, brachial antérieur et long supinateur, les vrais fléchisseurs du coude. *La paralysie du long supinateur* se constate en fléchissant l'avant-bras en demi-pronation, on ne voit plus alors la saillie formée normalement par ce muscle, on ne sent plus la corde charnue se durcir et le mouvement ne peut avoir lieu que par des suppléances. Duchenne a montré en effet que la plupart des muscles épitrochléens et épicondyliens étaient un peu fléchisseurs de l'avant-bras ; mais dans ces conditions le mouvement ne peut être que très faible et incomplet. L'*extension* du coude est possible car le triceps est indemne.

γ. A l'*avant-bras*, la *supination* est impossible, aussi bien dans la flexion (paralysie du biceps) que dans l'extension (paralysie du court supinateur). Cependant, comme le court supinateur n'est souvent paralysé qu'incomplètement, la supination peut être obtenue, en ce cas, dans l'attitude d'extension. On a dit aussi que le rond pronateur était un peu supinateur et pouvait exercer une légère suppléance.

δ. Au *poignet* les mouvements sont conservés (flexion et extension de la main).

ε. A *la main*, les mouvements des doigts sont absolument libres, le malade les étend et les fléchit, il peut opposer son pouce aux autres doigts.

III. Symptômes sensitifs. — *a*. L'*anesthésie* dans la paralysie radiculaire supérieure est inconstante ; lorsqu'elle existe, elle occupe la sphère de distribution cutanée du nerf circonflexe, du nerf radial, du nerf musculo-cutané ; plus exactement, on constate soit une bande longitudinale médiane sur les faces antérieure et postérieure de tout le membre (sixième et septième cervicales), soit une bande sur le bord externe de l'avant-bras, empiétant sur les faces antérieure et postérieure (cinquième cervicale).

b. Les *phénomènes douloureux* ne sont pas constants et varient suivant la cause de la paralysie ; nous en parlerons à propos des formes cliniques.

IV. Symptômes trophiques et électriques. — Nous verrons plus loin, dans un paragraphe d'ensemble, les troubles trophiques et électriques des diverses variétés de paralysie radiculaire.

2° Paralysie radiculaire inférieure ou paralysie du type Klumpke : paralysie avec syndrome sympathique. — Elle est excessivement rare et peut être primitive ou bien succéder à une paralysie radiculaire totale, les muscles du groupe supérieur récupérant progressivement leurs fonctions. Elle intéresse les trois racines inférieures du plexus, c'est-à-dire les septième, huitième cervicales et première dorsale, dont les lésions amènent une paralysie dans le territoire du nerf médian et cubital, c'est une paralysie du segment de la main.

I. Troubles moteurs. — La paralysie occupe les petits muscles de la main (éminence thénar, hypothénar, lombricaux, interosseux) et les fléchisseurs des doigts.

1° La *paralysie des muscles des éminences thénar et hypothénar* entraîne l'abolition des mouvements de flexion, d'adduction ou abduction et d'opposition du pouce et du petit doigt.

2° La *paralysie des lombricaux et des interosseux* détermine : α. impossibilité d'imprimer aux doigts des mouvements de latéralité par rapport à l'axe de la main ; cependant quand les extenseurs communs et propres des doigts se contractent, quelques mouvements de latéralité sont esquissés grâce à l'*extenseur commun qui écarte du médius les trois autres doigts*, à l'*extenseur propre du petit doigt qui l'écarte du médius* et à l'*extenseur propre de l'index qui le rapproche du médius* ; β. impossibilité de fléchir la

première phalange; γ. impossibilité d'étendre la deuxième et troisième phalange; seules les premières phalanges peuvent être étendues (extenseur commun).

3° *Les extenseurs du poignet sont conservés; il en est de même des fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras, des muscles du bras et de l'épaule.* Il faut faire remarquer que les muscles qui dépendent du radial ne figurent dans aucun des deux types partiels précédents, qui sont un peu schématiques, ce fait est dû à ce que l'innervation du radial est assurée par les 5 racines du plexus brachial. Il ne participe guère qu'aux paralysies radiculaires totales.

II. Troubles sensitifs. — L'anesthésie, quand elle existe, occupe la moitié interne de la main, de l'avant-bras et la face interne du bras jusqu'à 2 ou 3 centimètres au-dessus du coude.

III. Aspect de la main. — *a.* Si la paralysie est incurable et se termine par atrophie, *la main* présente une griffe caractéristique, c'est la *main d'Aran-Duchenne* due à l'hyperextension des premières phalanges (extenseurs commun et propre des doigts), à la flexion exagérée des deuxième et troisième (fléchisseurs communs) et à l'atrophie des muscles de la main.

b. L'attitude de la « main de prédicateur » (par action des radiaux) peut se combiner à la déformation précédente.

IV. Troubles oculaires. — Enfin ce qui caractérise surtout la paralysie radiculaire inférieure, c'est l'existence d'un ensemble de troubles oculaires que l'on peut appeler le *syndrome sympathique oculo-pupillaire*, décrit par Mlle Klumpke et consistant en myosis, rétrécissement de la fente palpébrale, enfoncement du globe de l'œil. Dans certains cas on peut voir des troubles trophiques et sécrétoires du même côté : aplatissement de la joue, diminution des larmes, sécheresse de la peau, diminution de l'ouverture d'une narine. Tous ces phénomènes sont sous la dépendance d'une lésion du sympathique cervical, c'est-à-dire du rameau communiquant émis par le premier nerf dorsal à sa sortie du trou de conjugaison. Le myosis est dû à la paralysie des fibres radiées de l'iris; le rétrécissement de la fente palpébrale et l'exophtalmie à la paralysie du muscle de Müller. Ce *syndrome oculo-pupillaire* fait défaut quand le premier nerf dorsal est lésé au delà de ce point. Quant aux troubles trophiques et sécrétoires, ils paraissent dus à la lésion des deuxième et troisième communicants dorsaux.

3° **Paralysie radiculaire totale.** — Plus rare que les deux précédentes, elle n'est parfois que transitoire et fait place à l'un des deux types partiels. Elle est presque toujours d'origine traumatique, chute sur l'épaule, réduction de luxation scapulo-humérale, blessure par armes à feu, etc. La lésion intéresse toutes les cinq racines du plexus et la paralysie par conséquent porte sur tous les muscles du membre supérieur, y compris ceux de l'épaule.

I. Aspect du membre. — Le membre supérieur pend, inerte, flasque, le long du corps, en pronation forcée souvent, la paume de la main regardant en arrière et en dehors.

II. Troubles moteurs. — Tous les mouvements des doigts, du poignet, du coude et de l'épaule sont abolis; il ne subsiste quelquefois que les mouvements d'élévation du moignon de l'épaule par le faisceau supérieur du muscle trapèze, innervé par le spinal.

III. Troubles sensitifs. — Les troubles de la sensibilité occupent la main et l'avant-bras s'étendant, dans la plupart des cas, jusqu'à un ou deux travers de doigt au-dessus du coude; limités par une ligne irrégulière, ils peuvent remonter plus haut et se généraliser à tout le membre ; mais toujours ils manquent sur la *partie supéro-interne du bras*, innervée par les perforants des deuxième et troisième intercostaux.

IV. Troubles oculaires. — Le syndrome sympathique oculo-pupillaire est excessivement fréquent.

V. Enfin Duval et Guillain ont noté, dans 2 cas, une hypotension artérielle nette (de 2 centimètres de Hg sur le membre sain) dans le membre paralysé.

4° **Autres signes des paralysies radiculaires. Evolution.** — En outre des troubles moteurs, sensitifs et oculaires signalés plus haut, les paralysies radiculaires peuvent s'accompagner de certains signes communs avec la plupart des lésions névritiques : ce sont des troubles réflexes, des troubles des réactions électriques et des troubles trophiques.

I. Troubles réflexes. — Les réflexes du membre supérieur (réflexes tendineux, périostiques, osseux, cutanés) sont variables suivant la cause et le degré des lésions. Dans les paralysies traumatiques, dues à l'*arrachement* des racines, les réflexes sont abolis. Le plus souvent cependant les réflexes sont seulement diminués.

II. Troubles trophiques. — *A.* Les *atrophies musculaires* dans les paralysies radiculaires sont en général rapides, plus ou moins accentuées, suivant la gravité de la lésion et enfin plus durables que les amyotrophies des névrites toxiques ou infectieuses.

a. Dans le *type Duchenne-Erb*, la région scapulaire est aplatie, les saillies de l'acromion, de la clavicule, de la coracoïde se perçoivent avec une grande facilité. La tête humérale est parfois visible, sa palpation est aisée, on peut la contourner avec le doigt, en sentir toutes les tubérosités. La région antérieure du bras est également amaigrie par l'atrophie du biceps et du brachial antérieur. Au contraire, la région postérieure tricipitale forme un contraste très net, le corps charnu du muscle triceps ayant conservé son volume normal. En résumé *on a ici l'aspect d'une amyotrophie scapulo-humérale.*

b. Dans la *paralysie radiculaire inférieure*, la main ne présente plus les saillies des éminences thénar et hypothénar, elle est aplatie ; les espaces interosseux sont déprimés. On a l'*aspect des atrophies du type Aran-Duchenne.*

c. Dans la *paralysie radiculaire totale* l'atrophie musculaire débute à la ceinture scapulaire puis elle gagne le segment brachial et antibrachial. En général, les amyotrophies, de même que les paralysies ont tendance à se localiser dans la suite soit au groupe musculaire supérieur, soit au groupe musculaire inférieur.

Toutes ces amyotrophies ont comme conséquences les rétractions tendineuses et les déformations du membre qui se présentent avec des modalités symptomatiques très dissemblables.

B. Du *côté de la peau et de ses annexes* on note des troubles trophiques variables et multiples :

diminution de la température du membre ; coloration violette et cyanosée ou au contraire pâle et livide ; sécheresse et aspect lisse des téguments ; atrophie du système pileux ; altérations des ongles qui deviennent durs, épais, rugueux, écaillés, cassants, striés et incurvés ; éruptions diverses, eczémateuses, œdèmes sous-cutanés.

C. Les *paralysies obstétricales graves* peuvent entraîner des *arrêts de développement du membre supérieur* aussi prononcés que la paralysie infantile ; la *gracilité*, la *fragilité des os n'y manquent pas.*

III. Anomalies des réactions électriques. — L'examen électrique dans les paralysies radiculaires est d'une importance capitale aussi bien au point de vue diagnostique, puisqu'il détermine rigoureusement les muscles intéressés et difficiles à reconnaître cliniquement, qu'au point de vue pronostique. Les réactions électriques sont ici très variables ; dans les cas légers tout se borne à la simple diminution d'excitabilité galvanique et faradique dans les divers territoires musculaires ; dans les cas graves au contraire, on rencontre de la réaction de dégénérescence partielle ou totale qu'on peut considérer comme presque constante dans les paralysies radiculaires. Souvent d'ailleurs les muscles atteints le sont très inégalement.

IV. Anomalies des réactions électriques. — L'examen électrique dans les paralysies radiculaires est d'une importance capitale aussi bien au point de vue diagnostique, puisqu'il détermine rigoureusement les muscles intéressés et difficiles a reconnaître cliniquement, qu'au point de vue pronostique. Les réactions électriques sont ici très variables ; dans les cas légers tout se borne à la simple diminution d'excitabilité galvanique et faradique dans les divers territoires musculaires ; dans les cas graves au contraire on rencontre de la réaction de dégénérescence partielle ou totale qu'on peut considérer comme presque constante dans les paralysies radiculaires. Souvent d'ailleurs les muscles atteints le sont très inégalement.

IX

Formes cliniques. — Nous avons jusqu'ici étudié schématiquement les paralysies radiculaires en général. Mais il s'en faut que les malades présentent un tableau aussi schématique et uniforme. Sans parler des complications qui viennent imprimer à la maladie des modifications symptomatiques parfois importantes, que de nuances d'un malade à l'autre ! Ces formes cliniques peuvent être classées en deux grands groupes, à savoir des formes étiologiques et des formes symptomatiques qu'il faut étudier successivement.

A. Formes étiologiques. — On distingue au point de vue étiologique trois variétés qui sont :

1° *Paralysies traumatiques.* — Leur début est toujours brusque et très souvent accompagné de douleurs plus ou moins intenses suivant les sujets et la nature du traumatisme. Ces douleurs spontanées s'irradient du cou vers l'épaule, vers le coude et même à l'extrémité des doigts ; elles s'exaspèrent par les mouvements imprimés au membre, par la pression des racines sur les apophyses transverses, par la pression dans le creux sus-claviculaire au niveau du point de Erb, par la pression des troncs nerveux et des masses musculaires. La douleur regresse en général vite, et cesse quelques jours après le traumatisme ; d'ailleurs la douleur n'est nullement obligatoire et elle n'est point proportionnelle à la gravité de la paralysie.

Les troubles moteurs observés dans les paralysies traumatiques sont très variables ; toutes les localisations s'observent : totale, inférieure ou supérieure. Comme nous l'avons vu, le type total n'est souvent que transitoire et initial. On observe aussi des types dissociés, *parcellaires* : ainsi la paralysie peut se limiter à une seule racine, comme dans le cas de Charcot, où la première racine dorsale fut sectionnée par une balle. Il faut savoir qu'elle peut se limiter même à un seul muscle : le deltoïde (Duchenne), le long supinateur (Remak). Il est vrai que, tous les muscles n'étant pas pris également, et ne guérissant pas tous en même temps, on n'a parfois sous les yeux qu'un reliquat de paralysie radiculaire. Enfin on peut encore avoir affaire à des types *complexes*, concernant plusieurs muscles pris isolément dans le domaine de plusieurs racines différentes et parfois éloignés.

Les troubles de la sensibilité sont variables. Au point de vue subjectif on observe des douleurs spontanées ou provoquées, analogues à celles du début. Au point de vue objectif la sensibilité cutanée est moins touchée que le mouvement. D'après les classiques, l'anesthésie fait défaut dans les paralysies radiculaires inférieures et est au contraire habituelle dans les paralysies radiculaires supérieures. Raymond pense qu'au début l'anesthésie ne fait jamais défaut, mais que tôt ou tard, elle diminue d'étendue et disparaît même complètement. Ainsi les anesthésies disparaissent souvent au bout d'un certain temps, si bien qu'on n'en trouve plus trace en examinant les malades ; ou bien qu'on n'en trouve plus que de petits territoires isolés sur le trajet des bandes radiculaires. Nous savons que, dans les traumatismes agissant par élongation radiculaire, les racines postérieures sont relativement indemnes ou ne cèdent qu'en dernier lieu. C'est ce qui explique que les troubles persistants et profonds de la sensibilité ne s'observent guère que dans les formes graves et incurables. Tous les modes de sensibilité peuvent être atteints. Sensibilités tactile, thermique, douloureuse, électrique peuvent être abolies ou seulement diminuées. Dans un cas de Charcot, l'anesthésie présentait la dissociation syringomyélique. La sensibilité osseuse, le sens musculaire, le sens des attitudes peuvent être altérés. En somme, on peut conclure que, dans les paralysies radiculaires traumatiques, la persistance des troubles de la sensibilité dépend du traumatisme lui-même qui, léger ou violent, amène des lésions réparables ou non réparables des racines postérieures.

Dans les paralysies traumatiques du type total ou inférieur, on observe souvent des troubles oculo-pupillaires mais si la lésion de la première dorsale se fait sur la première côte, ces troubles feront défaut.

Les réactions électriques sont variables suivant l'intensité du traumatisme, mais la réaction de dégénérescence existe d'une façon presque constante.

D'une façon générale le *pronostic* de ces paralysies radiculaires traumatiques est grave, plus grave que celui des lésions traumatiques des troncs nerveux ; et l'on peut se demander avec Huet si cela n'est point dû aux effets fâcheux des élongations radiculaires sur la moelle.

Nous rapportons ci-dessous deux exemples de paralysies radiculaires traumatiques, que nous avons observés à l'Hôpital suburbain :

Observation I. — J. P..., âgé de vingt-quatre ans, domicilié à Aumont (Lozère), entre le 8 novembre 1909 dans le service de notre maître, M. le professeur Forgue, salle Delpech, 14, pour impotence partielle du membre supérieur gauche.

Sans antécédents intéressants à signaler ni au point de vue héréditaire ni au point de vue personnel, le malade a fait le 5 septembre 1909 une chute de bicyclette sur l'*épaule* gauche qui a frappé contre la roue d'une charrette. Après une perte de connaissance de sept à huit heures de durée, le malade délire les deux premiers jours et se plaint de douleurs intenses siégeant au médius, à l'index et surtout au pouce, s'irradiant vers l'épaule et tendant à augmenter d'intensité et à remonter aux bords externes de l'avant-bras et du bras; enfin, *dès la chute*, le malade a accusé de l'impotence du membre supérieur.

A son entrée à l'hôpital, il se plaint de douleurs au niveau du pouce, de l'index, du médius, du poignet, de la moitié externe et antérieure de l'avant-bras et de la face externe du bras; cette douleur continue, vague, rappelant les sensations de fourmillements, diminue à mesure qu'on va vers l'épaule. Le bras est collé contre la face latérale du corps, l'avant-bras et la main sont en extension et pronation, le pouce est en adduction. Les mouvements des doigts et du poignet sont normaux, sauf au niveau des trois premiers doigts où ils ont légèrement diminué.

Au niveau de l'avant-bras, la flexion sur le bras est abolie; la pronation également abolie, l'extension est normale. *Au niveau du bras*, les mouvements d'abduction, de propulsion et rétropulsion sont complètement abolis ; par contre, les mouvements d'adduction sont simplement diminués. La *sensibilité*, diminuée à la moitié externe de la main, du poignet et de l'avant-bras, est abolie à la partie inféro-externe du dos de l'avant-bras, la partie postéro-externe du bras et surtout à la région deltoïdienne. L'atrophie musculaire inappréciable à la main et au bras est nette au niveau du bras qui présente une différence de 5 centimètres sur le bras droit et surtout de l'épaule; les ongles sont secs et cassants. Il n'y a pas de syndrome sympathique. *L'électrodiagnostic montre la paralysie des muscles deltoïde biceps, long supinateur et des fléchisseurs en partie.*

Traitement. — Courants galvaniques de 10 milliampères pendant dix minutes tous les deux jours. Au bout de dix jours on combine la galvanisation à la faradisation. Malgré ce traitement, pendant cinquante jours environ, on n'observe aucune amélioration : la paralysie reste la même; il en est de même de l'anesthésie; par contre, les troubles trophiques s'accentuent ainsi que les douleurs spontanées qui sont très intenses au niveau de la main et du coude et moins fortes au bras et à l'épaule. Le malade quitte le service le 27 décembre 1909. En mars 1912, nous avons appris que l'état paralytique reste encore le même et l'atrophie est considérable. *En somme il s'agit ici d'une paralysie radiculaire du type supérieur ayant évolué vers l'atrophie du membre.*

Obs. II. — M. G..., âgée de soixante-quatre ans, ménagère, domiciliée à Montpellier, entre dans le service de notre maître, M. le professeur Tédenat, salle Paulet, n° 3, le 12 juin 1911, pour luxation de l'épaule droite.

Dans ses antécédents héréditaires nous n'avons rien à signaler; quant à ses antécédents personnels nous avons noté des migraines fréquentes. Le 11 juin 1911 la malade est tombée de sa hauteur sur l'épaule droite. A son entrée à l'hôpital suburbain elle présente une luxation intracoracoïdienne typique compliquée de parésie et de fourmillements de la main *immédiatement après l'accident*. Séance tenante (12 juin) nous réduisons facilement la luxation par le procédé du talon et nous mettons le membre dans une écharpe de Mayor. Le lendemain (13 juin) la parésie de la main s'accentue de plus en plus pour aboutir à la paralysie : les mouvements de flexion et d'extension des doigts, ainsi que les mouvements de latéralité, sont abolis; lorsqu'on met le poignet en extension il existe quelques mouvements de flexion ; la pronation et la supination de la main sont normales; les mouvements du coude et de l'épaule sont normaux; enfin, la sensibilité est abolie sur la moitié externe de la main et du poignet; elle est normale sur le reste du membre supérieur. Il n'existe pas de syndrome sympathique. Le traitement consiste en électrothérapie tous les deux jours et massage tous les jours. Cette thérapeutique est continuée pendant un mois, et la malade quitte l'hôpital le 10 juillet 1911 *sans aucune amélioration*. En résumé, il s'agit ici d'une *paralysie traumatique du type inférieur sans syndrome sympathique*.

2° *Paralysies obstétricales.* — Dans ces paralysies on observe le plus souvent le type supérieur ; on peut cependant observer, quoique très rarement, le type inférieur et le type total. Les troubles oculo-pupillaires manquent souvent et ceci s'explique bien, puisque la lésion de la première racine dorsale dans les paralysies traumatiques se fait, ainsi que l'ont montré Duval et Guillain, sur le col de la première côte, alors que les filets sympathiques ont quitté la racine. On a signalé toutefois (Broca, Guillain) plusieurs cas de paralysie radiculaire obstétricale avec des signes oculo-pupillaires.

L'examen clinique est bien difficile chez les enfants très jeunes. C'est surtout en excitant la peau et en examinant alors les mouvements instinctifs de retrait du membre que peut faire l'enfant, que l'on pourra déterminer les muscles paralysés. Dans le type total, le bras pend inerte et on peut lui communiquer des mouvements comme à un véritable balancier. Il est donc absolument indispensable d'avoir recours à l'examen électrique pour voir la topographie motrice chez l'enfant.

Le pronostic dépend de la présentation (Comby) et par conséquent de l'intensité du traumatisme (Duval et Guillain). Dans la présentation de la tête, le pronostic est généralement bénin et la paralysie curable. Dans les présentations du siège, où l'on a dû exercer des tractions excessives pour le dégagement de la tête, le pronostic est beaucoup plus grave. Dans ce dernier cas, le membre peut rester aussi atrophié qu'à la suite d'une paralysie infantile.

3° *Paralysies radiculaires symptomatiques des lésions vertébrales, des pachyméningites cervicales, des tumeurs rachidiennes.* — Elles surviennent le plus souvent au cours d'une maladie antérieurement reconnue (tuberculose vertébrale, syphilis, cancer, syringomyélie). Leur début est lent et précédé d'une période douloureuse. A la période d'état, la paralysie est souvent bilatérale, ce qui est exceptionnel pour les formes précédentes, sauf au cas de fracture vertébrale. Elle s'accompagne souvent de signes médullaires, en particulier de contracture et d'exagération des réflexes tendineux tandis que les précédentes sont des paralysies flasques. Enfin contrairement aussi à ce qu'on voit dans les paralysies radiculaires traumatiques, les symptômes sensitifs peuvent être beaucoup plus accusés que les troubles moteurs, car il est possible que les lésions portent principalement sur les racines postérieures.

B. Formes symptomatiques. — Au point de vue symptomatique nous avons étudié trois types, à savoir le *type supérieur*, le *type inférieur* et le *type total*, mais à côté de ces trois types nous pouvons décrire d'autres variétés.

1° Dans les *paralysies complexes*, sont atteintes des racines appartenant et au segment supérieur et au segment inférieur du plexus. Ces paralysies sont très fréquentes en clinique, elles ne se prêtent pas à une description didactique, car on peut supposer

les modalités les plus différentes. Cette forme, dit Gowers, peut s'observer à la suite de lésions intra-rachidiennes diffuses, telle que la période vertébrale syphilitique.

2° Les *paralysies uniradiculaires* intéressent, comme leur nom l'indique, une seule racine, elles sont très rares.

3° Lorsque les deux membres supérieurs sont intéressés, on a affaire aux *paralysies radiculaires bilatérales*, qui sont également très rares.

4° On a signalé des *paralysies sensitives pures*, sans troubles moteurs concomitants; elles sont très rares. Raymond en a observé un cas dû à une hémi-pachyméningite cervicale d'origine rhumatismale, ayant amené une névrite des racines postérieures du plexus brachial.

5° *Paralysies motrices pures*. — Enfin on peut aussi rencontrer des paralysies radiculaires seulement motrices. C'est ce qu'on voit souvent dans le type supérieur. Ceci a été expliqué par Duval et Guillain, qui ont remarqué que dans les mouvements d'abduction, les racines antérieures se tendent et se rompent avant les racines postérieures.

(*A suivre.*)

LIVRES NOUVEAUX

Tuberculinothérapie et sérothérapie antituberculeuse (1), par le docteur **A. Sézary**.

Au dispensaire antituberculeux de Laënnec, la tuberculinothérapie et la sérothérapie sont employées d'une manière courante : c'est à vulgariser ces deux méthodes thérapeutiques dont il a une grande expérience personnelle, que s'est employé l'auteur de cette « actualité ».

L'ouvrage débute par un exposé général des principes de la tuberculinothérapie, et une énumération des principales tuberculines employées.

Les réactions de l'homme à la tuberculine sont ensuite passées en revue, avec les indications et contre-indications de la méthode, puis un chapitre est consacré à l'étude pratique de la *tuberculinothérapie* dans la tuberculose pulmonaire et dans quelques autres localisations tuberculeuses; l'ouvrage se termine par l'énumération des divers *sérums* proposés dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, ainsi que par l'exposé du traitement de Carl Spengler, par les *corps immunisants*.

La lecture de ce petit opuscule est du plus vif intérêt, en raison d'abord de la clarté et de la précision scientifique qui en rendent la lecture plus attrayante, en raison ensuite de la nécessité dans laquelle tout praticien se trouve de se tenir au courant de tous ces nouveaux modes de traitement.

B. GAYARD.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Août 1912.) Millant : Mœurs des scopits de Roumanie. — Vasfi : Contribution à l'étude de la docimasie hépatique. — Mosny : Nos services d'hygiène.

Archives de médecine des enfants. — (N° 8, août 1912.) Calvé : De l'importance des hôpitaux marins dans le traitement des tuberculoses chirurgicales. — Broca : Trépanation palliative pour tumeurs cérébrales.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 8, août 1912.) E. Chambard : La création d'un vagin artificiel en cas d'absence congénitale (avec figures). — H. Hamel : Les diarrhées infantiles : conception moderne de leurs causes. — V. Combiet : Pyolabyrinthites et otites chroniques compliquées (avec figures). — E. Dechambre : L'électricité dans le diagnostic et le traitement de quelques affections du système articulaire. — Rodier : Les différentes formes de la mélancolie (*suite*).

Biologica. — (N° 19, 15 juillet 1912.) Schaeffer : Protoplasme et colloïdes. — Marre : Le lait desséché. — (N° 20, 15 août.) Le Dantec : Les « phénomènes » ou l'unification du langage scientifique. — Landrieu : Deux problèmes biologiques : développement *in vitro* d'œufs de mammifères et culture de spermatozoïdes d'oiseaux.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXVII, n° 4, 25 juillet 1912.) E. E. Southard et Myrtelle M. Canavan : Seconde note sur l'invasion du sang et du liquide cérébrospinal par les bactéries, par la route des voies lymphatiques : étude des lésions des ganglions rétrobronchiques et rétropéritonéaux (3 tableaux). — Ira S. Wile : L'immigration et le problème des sages femmes. — Milne B. Swift : Notes sur la diminution de la valeur fonctionnelle des blessés à Fall River, d'industrie textile. — Frederick A. Keyes : Sur l'importance d'établir des consultations dentaires dans les écoles. Méthodes, résultats (2 tableaux). — Guy G. Fernald : Sur les méthodes employées au Massachussets pour l'examen mental des criminels. — (N° 5, 1er août.) Edward O. Otis : Les institutions pour la prophylaxie et le traitement de la tuberculose constituent la base de la défense sociale contre la maladie. — James A. Lyon : Le traitement spécifique de la tuberculose pulmonaire et de ses complications. Cent tuberculeux traités par les vaccins et la tuberculine. — Carroll E. Edson : Sur certaines formes d'attaques fébriles récurrentes dans le cours de la tuberculose pulmonaire. — George V. N. Dearborn : Plan d'étude de la physiologie au laboratoire basée sur l'étude du Daphnia et autres animalcules (1 tableau). — Walter Charming : Arguments en faveur de la création d'un grand hôpital de fous pour la province. — A. W. Stearns : Le pronostic dans la démence précoce (5 tableaux). — Julius Friedenwald : Les troubles gastro-intestinaux observés dans l'anémie pernicieuse (1 tableau). — (N° 6, 8 août.) W. B. Cannon : Quelques problèmes non résolus de gastro-entérologie. — Lloyd H. Nidlls : Le scorpion mexicain et le traitement des piqûres de scorpion (1 fig.) — A. E. Austin : Importance du diagnostic différentiel du catarrhe du gros et petit intestin. — F. J. Cotton : Rupture traumatique du diaphragme, avec d'autres lésions, opération, guérison. — Tom. A. Williams : Crampes multiples de type psychogénique chez un télégraphiste. — (N° 7, 15 août.) John C. Berry : Médecine et humanité : le médecin, un promoteur de la civilisation. — Alexander C. Eastman : Nos connaissances actuelles sur la physiologie et le chimisme de la digestion gastrique; leur application à l'étude des vomissements de l'enfance. — W. D. Reide : La pneumonie n'est pas une complication rare du coup de chaleur.

Bulletin médical. — (N° 62, 3 août 1912.) Gorse et Dupuich : Les pseudarthroses de l'olécrane (à propos d'un cas de pseudarthrose de l'olécrane consécutive à une fracture de cette épiphyse à la partie moyenne). — (N° 63, 7 août.) Plicque : Les accidents de la sérothérapie antiméningococcique, leur traitement préventif et curatif. — (N° 64, 10 août.) Potherat : Fracture de Dupuytren. — (N° 65, 14 août.) A. Chauffard : Sur un cas de diabète consomptif. — (N° 67, 21 août.) Chevallereau : Les maladies du corps vitré. — (N° 68, 24 août.) Chauffard : Epilepsie à forme grave. — (N° 69, 28 août.) Brunon : Le repos dans le traitement de la tuberculose. — (N° 70, 31 août.) Bérard et Alamartine : Le mouvement chirurgical lyonnais pendant le premier semestre de 1912 (*suite et fin*).

(1) *Les Actualités médicales*. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 112. — MARDI 1er OCTOBRE 1912. 85e ANNÉE. MARDI 1er OCTOBRE 1912. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — La composition écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le lundi 21 octobre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'hôtel de ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du bulletin spécial qui leur a été délivré par l'administration au moment de leur inscription au concours.

Les candidats devant, à leur entrée dans la salle, recevoir un numéro leur indiquant la place qu'ils doivent occuper, sont invités à se présenter dès onze heures et demie.

— Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 27 septembre. — Question donnée : « Examen clinique d'un membre fracturé. »

MM. de Carvalho, 13; Grenaudier, 9; Mlle Braïlowsky, 12; MM. Alardo, 12; Bucquet, 15; de Brun du Bois-Noir, 12; Charbonnier, 13; Buchard, 10; Aumont, 17; Boulot, 9; Davila, 13; Bourdillon, 12; Aysaguer, 9; Basset et Dartiguenave, 10; Chapplain, 9; Bureau, 12; Colanéri, 11; Bardy, 16; Barbé, 9.

Anatomie. — Séance du 27 septembre. — Question donnée : « Omoplate. »

MM. Plagoust, 15 1/2; Rougier, 9; Rousseau, 11; Royole, 12; Mlle Rozanoff, 14; MM. Simeray, 16; Simon (Serge), 17; Kaminer, 8; Mlle Pomper, 10; M. Roland, 13 1/2.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Concours pour le clinicat. — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvrira le lundi 4 novembre 1912, à neuf heures du matin, à la Faculté de médecine de Paris.

Les places mises au concours sont les suivantes :

Clinicat des maladies des voies urinaires, un titulaire et un adjoint;

Clinicat gynécologique, un titulaire;

Clinicat des maladies mentales, un adjoint;

Clinicat chirurgical, un titulaire,

Les candidats pourront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, tous les jours, de midi à trois heures, jusqu'au samedi 26 octobre inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Il n'y a pas de limite d'âge. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celle d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

GUERRE. — Corps de santé des troupes coloniales. — Sont promus :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Doucet, en service à la Nouvelle-Calédonie; maintenu provisoirement; — Le Gendre, en service hors cadres, maintenu provisoirement.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Germain, en service en Afrique occidentale; maintenu provisoirement; — Crenn, au 3e d'infanterie coloniale à Rochefort; maintenu; — Fraissinet, en service hors cadres au Sénégal; maintenu provisoirement; — Pujol, affecté au 3e d'artillerie coloniale à Toulon; — Quesseveur, au 6e d'infanterie coloniale à Brest; maintenu; — Doreau, au 22e d'infanterie coloniale à Hyères; maintenu; — Bireaud, au 8e d'infanterie coloniale à Toulon; maintenu; — Broquet, en service en Chine; maintenu; — Wagon, en service hors cadres au Dahomey; maintenu provisoirement; — Vallet, en service au Maroc, maintenu.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Cheynel, en service hors cadres aux établissements français de l'Inde; maintenu; — Espinasse, affecté au 1er d'artillerie coloniale à Lorient et chargé de la clinique dentaire de la garnison de cette place; — Gravellat, affecté au 3e d'infanterie coloniale à Rochefort; — Sauvet, affecté au 22e d'infanterie coloniale à Hyères; — Duliscouët, au 3e d'artillerie coloniale à Toulon; maintenu; — Salonne, en service au Maroc; maintenu; — Récamier, en service en Afrique équatoriale; maintenu; — Laporte, en service hors cadres à la Guadeloupe; maintenu; — Benoit-Gonin, en service hors cadres en Afrique occidentale; maintenu; — Vidal, en service à la Nouvelle-Calédonie; maintenu; — Popp, au 6e d'infanterie coloniale à Brest; maintenu; — Ringenbach, en service hors cadres en Afrique équatoriale; maintenu; — Duhourcau, en service hors cadres en Afrique occidentale; maintenu; — Pochoy, en service hors cadres en Abyssinie; maintenu; — Griscelli, au 5e d'infanterie coloniale à Cherbourg; maintenu.

— Service de santé. — Par décision ministérielle du 24 septembre 1912 :

Médecins principaux de deuxième classe. — MM. Hugard est nommé médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Dijon; Chameroy passe aux salles militaires de l'hospice mixte de Dijon.

NOTES SUR LE NÉOSALVARSAN

Par MM. JACQUÉ et SLUYS (1).

Plus de deux ans déjà se sont écoulés depuis qu'Ehrlich livra au public médical le nouveau composé arsenical dénommé par lui *idéal*. La grande toxicité de ce produit le fit bientôt remplacer par un succédané, l'*hyperidéal* ou 606, communément appelé *salvarsan*. Celui-ci, plus facile à manier, ne laissa pourtant pas d'inspirer encore des répugnances et l'on sait les campagnes menées contre lui, notamment à Paris et à Vienne. Ehrlich continua ses recherches dans le but de réaliser des combinaisons conservant leur activité tout en devenant moins dangereuses. Ces efforts aboutirent à la découverte du 914 ou *néosalvarsan*. Ce produit n'est autre que l'arsenobenzol traité par un sulfoxylate, le formaldéhydesulfoxylate de soude. Le néosalvarsan est le dioxydiamidoarsenobenzolmonométhylènesulfoxylate de soude. La toxicité en est beaucoup moindre pour les animaux de laboratoire que celle du salvarsan (Kersten), et son activité est supérieure dans les trypanosomiases et la fièvre récurrente notamment (Ehrlich, Kersten). Son poids moléculaire est d'un tiers plus élevé que celui du salvarsan ; 1 gramme de néosalvarsan correspond environ à 0g75 de salvarsan, fait qu'il ne faudra pas perdre de vue dans l'appréciation des doses.

Le néosalvarsan se dissout dans l'eau avec la plus grande facilité, il donne une solution parfaitement neutre. Cette grande solubilité et la réaction neutre sont des avantages appréciables ; la soude caustique qui peut être impure n'intervient plus ; sont supprimées également les manipulations de la neutralisation (laquelle pouvait n'être pas toujours parfaite) et de la filtration, exposant à des contaminations. Nous verrons dans la suite si ces avantages suffisent à détrôner le salvarsan.

TECHNIQUE. — Nous nous sommes conformés aux instructions données par Ehrlich lui-même dans une lettre du 8 mars 1912, adressée à M. Bayet.

Le produit, délivré en ampoules scellées, comme le salvarsan, est une poudre jaune. La dose à injecter est dissoute, extemporanément et à froid, dans de l'eau récemment distillée et stérilisée. On évitera d'agiter, ce qui favorise, de même que le chauffage, la formation de produits oxydés plus toxiques.

Nous nous sommes bornés à des injections intraveineuses ; nous dissolvons le médicament dans un véhicule de 200 à 250 centimètres cubes. La solution ainsi obtenue est d'un jaune clair et absolument transparente. L'expérience a appris que son hypotonicité ne présente pas d'inconvénients. Un grand nombre de nos malades n'étaient même pas hospitalisés et quittaient l'hôpital après avoir reçu leur injection.

Avant d'aller plus loin, nous devons faire ressortir un gros inconvénient du néosalvarsan : son instabilité. On recherche depuis longtemps le mécanisme des accidents graves, parfois mortels, consécutifs à l'administration du salvarsan. Yakhimow et Mme Kohl Yakimow (2) ont entrepris dans le laboratoire d'Ehrlich des recherches qui démontrent que les impuretés de l'eau distillée, les corps bactériens tués qui y sont contenus, élèvent dans de notables proportions la toxicité du salvarsan. Th. v. Marschalko et Veszprémie (1) opposent à ces conclusions des expériences fort intéressantes. Tandis que les premiers auteurs additionnent à l'eau distillée des cadavres de microbes pathogènes (bacterium coli, etc.), les seconds n'utilisent que des bactéries banales de l'eau, ce qui est logique. Et ils observent que les endotoxines de ces microbes n'exaltent la toxicité du salvarsan que dans des proportions tout à fait minimes. Toutefois, la clinique ayant démontré que la tolérance du produit est augmentée lorsqu'on se sert d'une eau distillée irréprochable, il reste acquis que cette condition doit être remplie à la lettre. Gonder (2) et après lui Emery (3) envisagent le problème sous un autre jour. Voici ce que dit Emery.

« A côté des impuretés du chlorure de sodium, telles que chlorure de potassium, chlorure de calcium et de magnésium, sulfates et autres sels, l'eau distillée peut contenir tous les éléments des appareils dans lesquels elle a été distillée et conservée : silicate de soude, sel de plomb, cuivre, zinc, en outre des gaz, tels que l'acide carbonique, l'oxygène, l'ozone, etc. Nous nous sommes efforcés de nous rendre compte quel pouvait être le rôle de chacune de ces impuretés dans la genèse de réactions consécutives à leur injection dans le corps sans et avec du salvarsan et du néosalvarsan. » Et Emery arrive à conclure : « De cette étude il se dégage le fait que l'on doit employer, pour préparer les solutions injectables, non pas seulement de l'eau fraîchement distillée, débarrassée de sa flore microbienne, mais de l'eau pour ainsi dire *chimiquement pure*, préparée dans des appareils en verre, pas alcalins, ne contenant aucun élément métallique, tels que plomb, zinc. »

Sans vouloir discuter le détail de ces faits, nous devons en retenir que les accidents observés après l'injection des produits arsenicaux récemment entrés dans la thérapeutique de la syphilis, sont en grande partie dus à leur instabilité. Ces composés, injectés seuls, ne déterminent pas de pareils accidents; les impuretés prises isolément sont également incapables de provoquer des désastres; leur injection simultanée donne lieu à des produits nouveaux pouvant devenir extrêmement toxiques. Or, le néosalvarsan est plus instable encore que le salvarsan. Il en résulte dans la pratique courante et surtout pour son emploi par le médecin non spécialisé, ne pouvant se mettre dans les conditions les plus favorables, un danger qu'il ne faut pas se dissimuler. La suppression de l'eau physiologique, remplacée par l'eau distillée, écarte, il est vrai, un facteur dangereux, mais il n'en reste pas moins certain que l'instabilité du produit injecté est un fait important, d'autant plus qu'il semble très mal aisé dans la pratique, d'acquérir la certitude que toutes les causes de décomposition du produit ont été écartées. Tous les auteurs sont unanimes à attirer l'attention sur cette instabilité du néosalvarsan. Nous croyons devoir en tirer la conclusion pratique qui précède.

La question des doses est aussi un problème très

(1) Travail du service de M. le professeur Bayet. Hôpital Saint-Pierre-Bruxelles.

(2) YAKIMOW et Mme Kohl YAKIMOW. *Münch. med. Woch.*, 1911, no 49.

(1) Th. v. MARSCHALKO et VESZPRÉMIE. *Deut. med. Woch.*, 1912, no 26.

(2) GONDER. *Arch. f. Schiffs u. Tropenhygiene*, vol. XVI, 1912.

(3) EMERY. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 1912, no 6.

difficile à résoudre. Schreiber (de Magdebourg [1]) qui a fait les premiers essais cliniques préconise la posologie suivante :

Premier jour : 0g9 ; troisième jour : 1g2 ; cinquième jour : 1g35 ; et septième jour : 1g5, c'est-à-dire environ 5 grammes en sept jours pour un homme de taille moyenne. Il va jusque 6 grammes en sept jours chez les sujets forts, en injectant *dès le premier jour* 1g50. Chez les sujets débilités, les enfants et les femmes (en moyenne un cinquième de moins que chez l'homme) les doses sont proportionnellement diminuées.

Le 9 mai, le professeur Ehrlich écrivait au docteur Bayet pour le mettre en garde contre les doses trop élevées ou des injections trop rapprochées, déclarant que, de divers côtés, on lui avait fait part de polynévrites dues à la saturation de l'organisme.

Ces données, quoique vagues, nous dictèrent la prudence. Il n'est d'ailleurs nullement démontré qu'il soit utile, au risque de soumettre les malades à des dangers sérieux, d'employer *toujours* les doses les plus fortes dans le plus court espace de temps. Une confusion regrettable persiste dans l'esprit des médecins qui ne peuvent se résoudre à abandonner les espérances excessives du début : la syphilis vaincue par une seule injection! Cette éventualité ne s'est réalisée que dans des cas tout à fait exceptionnels, tout le monde l'admet aujourd'hui ; mais on n'en persiste pas moins de divers côtés à vouloir guérir toutes les syphilis par le salvarsan, et le salvarsan seul. Là est l'erreur. Et ne voyons-nous pas, malgré tous les avertissements, cette véritable folle enchère se perpétuer. C'est à qui injectera les plus fortes doses dans le temps le plus court. Et sans tenir compte des idiosyncrasies toujours possibles, on continue à injecter *d'emblée* des doses maximales. Ces pratiques ne sont pas défendables : inutiles dans la plupart des cas, elles deviennent fréquemment périlleuses. Rappelons simplement pour le moment qu'il est toujours établi qu'il faut se comporter tout différemment vis-à-vis d'une syphilis récente, d'une part, vis-à-vis des syphilis anciennes, d'autre part.

Observations personnelles. — Nous avons pratiqué 200 injections réparties sur quarante malades. Parmi eux : dix primaires et trente secondaires.

Nous avons traité deux primaires récents (Wassermann encore négatif) et huit primaires plus anciens (Wassermann déjà positif). Nos 30 secondaires présentaient des symptômes cliniques de syphilis.

Nous avons intentionnellement écarté les secondaires latents (Wassermann positif, sans signes cliniques), les tertiaires et les malades atteints de parasyphilis, parce qu'à notre avis cette catégorie de syphilitiques ne sont pas justiciables de cures intensives qui seraient de mise pour les autres. Or le principal avantage du néosalvarsan serait de pouvoir être injecté à fortes doses rapprochées, ce qui n'est utile, ainsi que nous le verrons, que pour les syphilis jeunes.

Nous avons cru inutile d'expérimenter sur un plus grand nombre de cas, partant de ce principe, qu'il vaut mieux suivre attentivement quelques malades bien choisis que d'essayer d'échafauder une grande statistique. Certes, ce dernier moyen a, dans certains cas, sa raison d'être ; il l'avait au début du salvarsan, quand on ne savait rien ou presque rien de celui-ci ; et en effet, nous avons eu rapidement, de cette façon, des renseignements assez exacts sur sa toxicité et une idée générale de sa valeur. Pour le néosalvarsan, le but à poursuivre n'était pas le même. Nous avions tout lieu de croire que ce produit ne modifierait pas nos connaissances fondamentales sur la valeur des arsenicaux introduits par Ehrlich dans la thérapeutique de la syphilis. Le néosalvarsan nous est présenté comme un produit plus maniable que ses prédécesseurs et moins toxique. Reste à savoir s'il conserve leur efficacité. « L'hyperidéal » est déjà moins toxique que « l'idéal », mais nous pouvons affirmer que parallèlement son pouvoir curatif est moindre ; nous ne constatons plus avec le salvarsan actuel ces effets foudroyants qui faisaient notre admiration il y a deux ans.

Le matériel restreint que nous présentons aujourd'hui ne peut évidemment être utilisé intégralement. Un certain nombre de nos malades ne se sont pas représentés et d'ailleurs, pour l'interprétation des résultats thérapeutiques définitifs, nous n'avons pas encore un recul suffisant.

Ce serait nous exposer à répéter ce que l'on a dit et redit du salvarsan que de vouloir exposer chaque cas en particulier. Nous nous bornerons à relever les faits les plus intéressants après avoir fait quelques remarques générales.

Nous avons injecté des doses variant entre 1g50 et 4 grammes par cure de 4 ou 5 injections chacune en l'espace de neuf à dix-huit jours.

Au point de vue clinique l'action du néosalvarsan est aussi éclatante et souvent même davantage que celle du salvarsan. Cela nous semble tenir, moins à une activité plus grande du 914 qu'à la dose énorme qui peut être injectée en un très court espace de temps sans trop d'inconvénients. Ces derniers sont presque toujours restés dans les limites de légers désagréments : fièvre peu intense et peu persistante se montrant surtout après la première injection, céphalée disparaissant déjà le lendemain de l'injection, quelques nausées, exceptionnellement des vomissements et de la diarrhée. Ces malaises ne persistaient que très rarement au delà de vingt-quatre heures. Nous n'avons pas observé de phénomènes congestifs du côté de la face, ni d'érythème ortié, etc. (crises nitritoïdes de Milian), pas de lipothymies ni de douleurs lombaires, pas de traces d'infiltration locale ni de phlébite ; jamais d'albuminurie, jamais de neuro-récidives. Ces dernières seront probablement beaucoup moins à craindre qu'avec le salvarsan, le nouveau produit permettant uue cure plus intensive.

Dès que, par suite d'une ponction défectueuse, les premières gouttes de néosalvarsan s'égarent dans les tissus, le malade accuse une douleur beaucoup plus vive qu'avec le salvarsan en *solution alcaline*. Ceci n'est d'ailleurs pas un inconvénient.

Un seul de nos malades a présenté après de faibles doses des malaises sérieux l'obligeant à garder le lit, parfois pendant deux jours : vomissements, céphalée intense, suivie d'anorexie et d'un état nauséeux persistant.

Hudelo, Montlaur et Bodineau (1) observent beaucoup plus fréquemment de la fièvre que nous avec des doses sensiblement équivalentes aux nôtres. Bernheim (2) est dans le même cas, quoiqu'il uti-

(1) Schreiber. *Münch. med. Woch.*, 1912, n° 17. V. aussi Stühmer, *Deut. med. Woch.*, 23 mai 1912, n° 21.

(1) Hudelo, Montlaur et Bodineau. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, juin 1912.
(2) Bernheim. *Deut. med. Woch.*, 30 mai 1912, n° 22.

lise aussi des doses inférieures à celles de Schreiber (loc. cit.).

Il semble certain qu'il faille employer des doses plus faibles que Schreiber et espacer davantage les injections; il ne faudra recourir, comme nous le verrons, aux fortes doses répétées à court intervalle que chez les syphilitiques récents qui auront, en l'absence de toute autre contre-indication, parfaitement toléré les doses *plus prudentes* du début de leur cure.

Iversen (1) qui a opéré suivant les prescriptions de Schreiber arrive aux mêmes conclusions, tout au moins en ce qui concerne les femmes et les malades débilités et Marschalko (loc. cit.) insiste dans le même sens.

Les contre-indications restent les mêmes que pour le salvarsan.

Schreiber et son assistant Stühmer ont établi qu'il est rare de trouver encore des spirochètes vingt-quatre heures après l'injection. Bernheim, avec des doses moindres il est vrai, estime que le néosalvarsan fait disparaître moins rapidement les spirochètes que le salvarsan. De telles déterminations n'ont d'ailleurs pas, il faut bien le dire, de valeur quel que peu absolue.

Pour notre expérimentation, nous avons choisi, comme nous l'avons dit, quelques chancres indurés d'âges différents. Les injections de néosalvarsan à raison de 1g70 en neuf jours et de 2 grammes en dix jours chez deux hommes porteurs de chancres indurés récents, avec adénopathie satellite et Wassermann négatif, ont donné le résultat attendu; le Wassermann est resté négatif. Ces malades malheureusement ne sont pas revenus afin de faire faire leur réaction de Wassermann un mois après, ainsi que nous l'avions vivement recommandé. Tel est malheureusement le sort de ces observations; nous pensons que nous pouvons, grâce aux observations multiples de cas similaires avec le salvarsan, avoir le plus grand espoir d'avoir « stérilisé » ces syphilitiques. Ajoutons que les chancres s'étaient très rapidement cicatrisés; l'adénopathie mettait plus de temps à disparaître comme cela s'observe en général.

Les autres syphilitiques primaires avec chancre induré, adénopathie satellite et réaction de Wassermann *positive*, présentent un intérêt spécial que nous allons essayer de faire ressortir par l'examen de quelques cas.

Adolphe V... Chancre du fourreau datant de quinze jours, Wassermann *positif*, reçoit en quinze jours 2g40 en injections de 0g30 à 0g50. Le malade quitte l'hôpital après ce laps de temps avec un Wassermann atténué (++). Deux mois après il se représente à la consultation; le seul symptôme est un reste d'adénopathie inguinale, le Wassermann est négatif. Nous le renvoyons à un mois sans lui faire d'autre injection.

Chez un autre, le chancre remonte à un mois, Wassermann (++)s (2), adénopathie inguinale. Nous injectons 3g10 en quinze jours. Un mois après, en dernière injection, le Wassermann est *négatif*. Nous renvoyons le malade à un mois sans traitement.

C..., dont le chancre date de trois semaines et dont le Wassermann est positif, reçoit 3 grammes en dix jours; quinze jours après, son Wassermann est toujours positif; malgré cela nous suspendons tout traitement; un mois après il est *négatif*. Nous lui conseillons de ne rien faire et de revenir dans un mois afin de refaire une analyse de sang.

De même *J...* Chancre de trois semaines; 1 gramme en quatre jours; la réaction de Wassermann d'abord positive est atténuée après 4 grammes. Nous le revoyons deux mois après : la réaction est négative.

D... a eu quatre fois 0g60 et une fois 0g30, son Wassermann de positif qu'il était devient négatif un mois après la dernière injection. D'autres encore nous fournissent des histoires cliniques similaires.

Le tableau général de ces primaires anciens se résume donc en rapide disparition des lésions après les premières injections, rémission des symptômes (induration et adénopathie) après la série d'injections (1 gramme à 3g10), atténuation de la réaction de Wassermann qui devient *négative* un mois environ après la fin du traitement. Remarquons que des résultats semblables s'obtiennent avec le 606. Il y a toutefois entre les deux produits une différence sur laquelle il importe d'insister. En effet, dans les cas que nous venons de passer en revue, chancres de divers âges, il s'agit d'aller vite et fort; il semble de première importance de donner à un syphilitique en imminence de Wassermann positif de fortes doses de médicaments antisyphilitiques et de les donner rapidement, allant ainsi au-devant d'une généralisation qui s'établit; or, le néosalvarsan nous permet de réaliser ces conditions; il en est de même pour les syphilitiques en imminence de roséole (Wassermann positif, chancre d'un mois et plus). Mais on échoue parfois. Voici un cas qui démontre que si la roséole n'était pas encore manifeste, si aucun symptôme clinique secondaire n'était encore visible, le malade était déjà tellement envahi qu'une médication énergique telle que celle que nous avons appliquée aux syphilitiques primaires ne suffit pas à le stériliser. Ce malade, dont le chancre remontait à un mois, malgré la dose de 2 grammes en huit jours, conserva sa réaction de Wassermann positive après un mois. Il s'agit évidemment d'un malade dont la généralisation était déjà complètement effectuée et où seul le symptôme roséole manquait encore; nous pouvons le classer à l'extrême limite des primaires ou déjà parmi les secondaires et, comme secondaire, résistant beaucoup plus au traitement ainsi que nous allons le voir.

Les cas de syphilitiques secondaires, ainsi que nous venons de le dire et ainsi que nous le prévoyions en nous basant sur notre expérience et sur celle de tous ceux qui ont employé le 606 sur une grande échelle, se montrent très rebelles au traitement; c'est-à-dire que les symptômes cliniques, roséole, papules, plaques muqueuses, condylomes, céphalée, douleurs rhumatismales disparaissent il est vrai, rapidement en général, mais le symptôme donné par la réaction de Wassermann reste non influencé dans beaucoup de cas. Parfois il aura de faibles fluctuations et atténuations; ce n'est qu'exceptionnellement que nous aurons après une ou plusieurs cures une réaction négative sans que ce fait soit d'ailleurs lié d'une manière évidente à la dose injectée.

Soit dit en passant, nous avions observé souvent avec le 606 que le Wassermann n'ayant pas cédé sous l'influence d'une cure plus ou moins énergique, le

(1) IVERSEN. *Münch. med. Woch.*, 25 juin 1912, n° 26.

(2) La notation que nous employons ici est celle mise en usage par les docteurs Dujardin, Desneux et Renaux, ici à Bruxelles, et exposée dans plusieurs articles publiés par eux, *Journ. méd. de Bruxelles*, 1911, n° 43.

malade se représentait plusieurs mois après avec un Wassermann négatif. Cette réaction négative semble plus facteur du temps que de la dose. Une opinion semblable un peu différemment exprimée se trouve dans un article de Marescho (*Münch. med. Woch.*). Des exemples illustreront ce fait. *Célina K...* se présente à la clinique avec des symptômes secondaires nombreux, roséole, plaques muqueuses, condylomes; nous évaluons l'âge de sa syphilis à trois mois au moins; la réaction de Wassermann est positive. La malade ne reçoit que 2g10 en treize jours, les symptômes sont disparus; nous la revoyons un mois après et son Wassermann est presque négatif et s'exprime selon notre notation par (+); nous la soumettons à une cure mercurielle à l'huile grise. Une autre malade, *Marie L...*, présente les cicatrices de trois chancres à la lèvre inférieure; elle est en pleine roséole, les amygdales, les lèvres sont envahies de plaques muqueuses, la malade ressent de violentes céphalées et des douleurs rhumatismales très accentuées, les ganglions sterno-cléido-mastoïdiens, épitrochléens, inguinaux, paramammaires sont entrepris, le Wassermann positif s'exprime de la manière suivante $(++)^{20}$. Nous injectons quatre fois 40 centigrammes en dix jours, soit 1g60, le Wassermann tombe à $(++)^{16}$. Quinze jours après, nous lui faisons une nouvelle injection de 40 centigrammes et prélevons du sang, le Wassermann est $(++)^{2}$. Dix jours après, nouvelle injection, le Wassermann est toujours $(++)^{2}$. Quinze jours après, trois injections de 40 centigrammes en six jours, et quand la malade nous revient un mois après le Wassermann est toujours à $(++)^{2}$. Nous n'avons plus l'espoir de le faire tomber encore; le salvarsan nous a habitué à de tels résultats; nous considérons donc comme inutile de prolonger sans espoir de succès un traitement aussi énergique, et dont les dangers, toujours possibles, ne sont pas en rapport avec le bénéfice que la malade pourra encore en tirer. Nous soumettons notre malade à un traitement mercuriel intermittent.

De même les époux *D...*, dont la syphilis a été à peu près contractée en même temps; la syphilis est un peu plus ancienne chez la femme, les symptômes cliniques nous l'indiquent; déjà la femme présente une roséole généralisée bien caractérisée, des condylomes, des plaques muqueuses, un Wassermann $(++)^{32}$, le mari un chancre et une roséole au début, un Wassermann positif. La femme a reçu en dix jours 1g60, le Wassermann tombe à $(++)^{16}$, puis encore 1g60 en dix jours, et le Wassermann après quinze jours devient *négatif*. Nous agissons plus énergiquement sur le mari. La syphilis étant plus récente, nous lui injectons 2g50 en dix jours, le Wassermann ne bouge pas, puis 2 grammes en quinze jours, et quinze jours après le Wassermann est à $(++)^{2}$. bien que toute manifestation clinique ait disparu. Nous lui conseillons un traitement mercuriel dont nous espérons bon résultat d'après quelques observations faites antérieurement avec le salvarsan dans des cas comparables. Nous pourrions continuer l'exposé de cas similaires, nous ne ferons pas, craignant d'être fastidieux. Ajoutons simplement que nous n'avons atteint la dose de 4 grammes en dix jours que dans un seul cas, dose que nous n'avons jamais dépassée dans un laps de temps aussi court.

Nous le répétons, ce manque de rapport entre la dose et le résultat obtenu en prenant comme criterium la réaction de Wassermann ne nous étonne pas, c'est la répétition de ce que nous avons observé avec le salvarsan. Un traitement consistant en quelques injections de salvarsan « abaissait » le Wassermann d'un secondaire. D'une réaction $(++)^{32}$ on arrive bientôt à $(++)^{16}$ et plus tard à $(++)^{2}$. Mais ici, semble-t-il, la résistance devient énorme, c'est un mur souvent infranchissable; nous aurons beau continuer à injecter, augmenter les doses, nous aider même parfois du mercure sous toutes les formes, notre Wassermann reste positif. Nous nous trouvons en présence d'une syphilis sans symptômes à Wassermann positif, semblable aux syphilis latentes, dont nous connaissons également la résistance considérable au traitement : impossibilité pratique presque absolue à arriver à un Wassermann négatif dans nombre de cas.

Comme nous l'avons indiqué dans les courts aperçus d'observations cités plus haut, nous mettons alors nos malades au traitement mercuriel et ioduré.

Il pourrait y avoir avantage à employer le néosalvarsan chez tous les secondaires où il y a *urgence* à raccourcir la période éminemment contagieuse de la syphilis quand il y aura à craindre une propagation de la syphilis dans l'entourage immédiat. Dans les cas où cette propagation n'est pas à craindre, où le malade intelligent comprend le danger et peut éviter les contacts infectants, nous croyons inutile de recourir à une cure intensive telle que celles appliquées aux primaires et dont nous avons énuméré les dangers contre lesquels le professeur Ehrlich nous met lui-même en garde. Disons en passant que dans ces cas l'expérience basée sur de très nombreuses observations faites tant en clientèle hospitalière qu'en clientèle privée, nous a convaincus qu'une cure mixte mercurielle et arsenicale est celle qui nous donne les résultats les plus satisfaisants, soit que nous traitions nos malades par des injections arsenicales et mercurielles simultanées, soit alternées. Leredde fait très judicieusement observer cependant que souvent ceux qui ont pratiqué cette méthode thérapeutique mixte ont fait un traitement mercuriel insuffisant et un traitement par le salvarsan qui ne l'était pas moins. Il nous signale avec raison cet écueil.

Une dernière observation au sujet de ce que nous avons dit plus haut prend place ici. Elle se rapporte à l'importance que nous donnons ou nous semblons donner à la réaction de Wassermann. La question est très délicate. Elle a été très discutée, elle le sera longtemps encore. L'inappréciable valeur de la réaction de Wassermann au point de vue diagnostic due à sa fidélité, le rapport entre son intensivité et les divers stades de la syphilis admis presque par tous à présent (1) ne doit pas toutefois nous conduire à la conclusion trop hâtive que, comme symptôme « floride » de la syphilis, il faille toujours lui opposer un traitement intensif. Procédons par exemples et questions nettes.

Devons-nous continuer à traiter *d'une manière intensive* un syphilitique sans lésions depuis un temps relativement long et ayant subi des cures soit mercurielles, soit arsenicales assez considérables, sous le prétexte que son Wassermann est encore

(1) Voir à ce sujet la très intéressante communication du docteur Dujardin à la *Société belge de dermatologie et de syphiligraphie*, 1912, n° 2, p. 19 : Intensité de la réaction de Wassermann aux différents stades de la syphilis appréciée par la méthode des dilutions du sérum.

positif? Devons-nous traiter par les injections nombreuses et rapprochées un syphilitique dont la vérole remonte à de très nombreuses années et dont le traitement a été insuffisant, qui n'a plus eu de symptômes luétiques depuis très longtemps (dix ans par exemple) et dont le Wassermann est positif? Avons-nous le droit de continuer à injecter indéfiniment un malade, comme le cas Marie L... cité plus haut, à qui nous avions donné 4g40 en très peu de temps, parce que son Wassermann reste positif? Avons-nous ce droit alors que nous ne connaissons pas les conséquences que peuvent avoir ces méthodes thérapeutiques trop récentes encore. Beaucoup d'entre nous ont de vives appréhensions au sujet des effets lointains de ces méthodes intensives. Ces neurorécidives, ces syphilis prenant dès le début un caractère nerveux, l'ignorance où nous sommes de la genèse des accidents parasyphilitiques et surtout de l'époque et des influences sous lesquelles ces accidents s'établissent, nous conseillent une très grande prudence.

Nous connaissons trop de cas où nos prévisions ont été trompées pour ne pas être circonspect dans nos conclusions tirées d'une expérimentation insuffisante; nous avons vu tant de syphilitiques à peine traités vivre de très nombreuses années sans être inquiétés par leur maladie, nous en avons vu trop qui ont suivi ponctuellement les indications de leur médecin dès le début de leur syphilis chez qui ce même médecin voyait s'établir les premiers symptômes qui conduisaient peu à peu et fatalement à une parasyphilis, nous avons vu trop de ces cas malheureux et décourageants pour ne pas avoir une très grande prudence dans nos pronostics.

En pratique, que ferons-nous dans ces cas?

Nous ferons ce que nous avons déjà indiqué plus haut et ce que nous précisons un peu ici. Une réaction de Wassermann légèrement positive n'est plus faite pour nous effrayer, nous ne ferons pas de cure intensive, nous mettrons nos malades sous l'influence *continuelle* mais *douce* des antisyphilitiques : quelques injections de salvarsan ou de 914, quelques piqûres d'huile grise, quelques grammes d'iodure avec de longues périodes de repos. Souvent le résultat final est excellent.

C'est ce que nous avons fait avec nos malades ainsi que nous l'avons noté en passant dans les observations écourtées citées plus haut.

Conclusions. — L'expérience déjà relativement longue que nous possédons du salvarsan doit nous permettre d'arriver à des conclusions beaucoup plus rapides, plus faciles à établir, lorsque nous étudions un succédané de ce produit. Or, l'impression qui se dégage d'emblée, c'est que le néosalvarsan ne nous apporte rien d'essentiellement nouveau.

Avec le 914 on peut obtenir la stérilisation des syphilitiques récents (chancre de moins de quinze jours); dans les stades plus avancés, les résultats ne semblent pas meilleurs qu'avec le 606.

Grâce à sa faible toxicité, le 914 paraît pouvoir être injecté à dose considérable en un temps très court; tandis que quatre injections de 0g6 de salvarsan (soit 2g40) ne sont faites qu'en trois semaines, quatre injections de 0g8 de néosalvarsan (3g10) pourraient être faites en huit à dix jours. Sans nous exagérer l'importance de ce fait, les chances de stériliser l'organisme avant l'apparition des races de spirochètes plus résistantes sont probablement augmentées dans les cas de chancre récent. Il en résulte encore une conséquence pratique importante, à savoir que la période contagieuse de la syphilis est raccourcie d'autant, ce qui, au point de vue de la prophylaxie, a une signification très grande.

Il ne faut pas perdre de vue les dangers pouvant résulter de la grande instabilité du 914.

Il faut toujours penser, lors de la première injection, à une idiosyncrasie que rien ne permet de prévoir.

Le 914, sans aller jusqu'aux doses préconisées par Schreiber, paraît pouvoir être injecté à doses plus fortes et plus répétées que le 606. Il pourra donc trouver une indication spéciale dans les syphilis jeunes. Dans les autres cas il semble que ses avantages ne compensent pas ses inconvénients.

Pour le traitement de fond de la syphilis, nous restons convaincus qu'il faut recourir au traitement chronique intermittent et qu'il est nécessaire de s'adresser pour cela à tous les agents spécifiques que nous possédons, aux arsenicaux, mercuriaux et iodures.

Le 15 juillet 1912.

Note additionnelle. — Depuis que ce travail a été envoyé à l'impression, la question du néosalvarsan s'est singulièrement compliquée. Les accidents les plus graves sont signalés. Nous nous bornons à renvoyer à l'article si pessimiste de Wolff et Mulzer (1) et à celui de Bayet (2). Schreiber (3), lui-même, publie un article où il renonce à son traitement intensif!

Que reste-t-il dès lors du 914? Nous avons pour ainsi dire restreint son emploi à la syphilis jeune. Nous sommes tentés aujourd'hui de l'abandonner entièrement. Nous lui reconnaissions l'avantage de pouvoir agir vite dans les cas urgents, grâce aux doses élevées qui semblaient tolérées par l'organisme. Les accidents publiés, ceux observés récemment par nous-mêmes et sur lesquels nous reviendrons dans une publication ultérieure, nous obligent à la plus extrême réserve.

Notre manque d'enthousiasme du début ne paraît que trop justifié!

Le 22 septembre 1912.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DU RACHITISME (4)

Si les déformations osseuses constituent le symptôme principal et le signe le plus apparent du rachitisme, il ne faut pas oublier que les troubles de l'ossification, dont elles sont la conséquence, s'associent toujours à des troubles de la nutrition générale; pour bien soigner un enfant rachitique, on doit donc remédier à ceux-ci et à ceux-là, c'est le traitement médical, et parfois agir, pour corriger les déformations, par un traitement chirurgical.

Mais d'abord, les conditions étiologiques dans lesquelles se développe le rachitisme étant assez bien connues, malgré certaines obscurités qui cachent encore la pathogénie de cette affection, il existe un traitement prophylactique du rachitisme. L'alimentation défectueuse, mal réglée, est l'une des causes

(1) Wolff et Mulzer. *Münch. med. Woch.*, 30 juillet 1912, n° 31.
(2) Bayet. *Journ. méd. de Bruxelles*, 12 sept. 1912, n° 37.
(3) Schreiber. *Münch. med. Woch.*, 20 août 1912, n° 34.
(4) D'après les articles de Comby. *Traité des maladies de l'enfance*; — Hutinel et Tixier. *Les maladies des enfants*; — Marfan. *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique*; — Babonneix. *Manuel des maladies de la nutrition*

principales du rachitisme par les troubles digestifs qu'elle détermine; encourager l'allaitement au sein, surveiller l'allaitement artificiel, éviter le sevrage prématuré, soigner dès leur début les gastro-entérites, voilà une première tâche qui s'impose aux médecins; aujourd'hui d'ailleurs, les règles de la puériculture commencent à être vulgarisées et on peut supposer que, de ce fait, la fréquence du rachitisme ira en diminuant. Cependant, l'étiologie du rachitisme est plus complexe; les troubles digestifs ne la résument pas toute, car ils manquent dans un nombre assez élevé de cas (Spillmann). La plupart des infections aiguës, subaiguës ou chroniques qui atteignent les nourrissons peuvent faire apparaître le rachitisme; c'est ainsi que les broncho-pneumonies prolongées (Hutinel, Marfan), la coqueluche, les pyodermites chroniques (Marfan) représentent une cause indiscutable de rachitisme; dans d'autres cas, c'est à la tuberculose qu'il faut penser; Marfan a vu des rachitiques chez lesquels on ne trouve, pour expliquer les déformations osseuses, aucune influence pathogène; mais ces sujets appartiennent à une famille de tuberculeux et sont eux-mêmes tuberculeux; toutefois ce rachitisme tuberculeux est peu fréquent. En ce qui concerne la syphilis héréditaire, on sait que Parrot a soutenu qu'elle était la véritable cause du rachitisme; cette théorie n'est plus admise, mais on reconnaît que la syphilis héréditaire provoque parfois le rachitisme au même titre qu'une des causes précédentes; Fournier pense que la syphilis aboutit au rachitisme, en exerçant sur l'organisme une influence de déchéance générale; d'après Hutinel « la syphilis héréditaire ne crée pas le rachitisme, mais elle y prédispose singulièrement ». Par conséquent, soigner activement les broncho-pneumonies et les suppurations cutanées, instituer un traitement mercuriel en cas de syphilis héréditaire, combattre, dans la mesure du possible, la tuberculose, c'est faire encore de la prophylaxie du rachitisme. Dans certains pays, la misère est le principal facteur de la maladie : « C'est la misère qui pousse les nourrices de campagne à venir à la ville, en laissant leurs enfants au biberon. C'est la misère qui fait que les femmes obligées de travailler au dehors n'allaitent pas les enfants dans les grandes villes. » (Hutinel et Tixier.) Les conditions d'hygiène défectueuse jouent aussi un rôle considérable, ce qui explique la prédilection du rachitisme pour la classe pauvre, particulièrement dans les villes. Parfois, il faut encore tenir compte de l'état de santé des parents, que l'on relève chez eux l'alcoolisme, la tuberculose, le surmenage, ou qu'ils soient eux-mêmes atteints de rachitisme (Trousseau, Kassovitz, Marfan).

Dans le traitement du rachitisme, le régime alimentaire, l'hygiène, les bains salés, la cure marine ou thermale ont une très grande importance; quelques médicaments doivent encore être employés, l'huile de foie de morue, les préparations renfermant du phosphore et du calcium. Le régime sera méthodiquement réglé. « Il faut avant tout s'occuper de l'alimentation; rechercher les fautes commises, en empêcher le renouvellement, s'il est possible, adapter le régime à l'âge, au tube digestif et à l'état de nutrition du sujet considéré. » (Marfan.) Si l'enfant a moins de dix mois, il sera nourri au sein par sa mère ou par une nourrice; on donnera des conseils précis sur le nombre et la durée des tétées, sur le régime de la nourrice; le sevrage sera retardé le plus possible et reculé jusqu'au quinzième, quelques-uns disent même jusqu'au vingtième mois. En cas d'empêchement absolu à l'allaitement au sein, on fera, avec la technique habituelle, l'allaitement artificiel. Mais ceci ne veut pas dire que l'enfant doive être alimenté uniquement avec du lait, jusqu'à quinze ou vingt mois; à partir de huit mois, une, puis deux tétées (ou un, puis deux biberons) seront remplacées par une bouillie au lait et à la farine, plus tard par un potage au lait ou au tapioca. A quinze mois, l'enfant prendra trois bouillies plus épaisses et plus abondantes et trois tétées ou biberons; après le dix-huitième mois, l'alimentation sera plus variée : œufs frais, cervelles, blanc de poulet, purée de pommes de terre, nouilles, riz, gâteaux de semoule, fruits cuits; comme boisson de l'eau et du lait. Il ne faut pas abuser de la pomme de terre, car c'est un aliment riche en potasse et l'on a dit que le rachitisme pouvait être la conséquence d'une intoxication par les sels de potasse (Marfan).

L'hygiène du rachitique consiste à faire vivre l'enfant dans un logement propre, sec, aéré et bien ensoleillé, à le faire sortir souvent, à le promener dans des endroits bien éclairés par le soleil; car l'insolation paraît exercer une action stimulante sur la nutrition. On se préoccupera aussi d'éviter autant que possible les déformations osseuses; il faut donc, si l'enfant très jeune ne marche pas encore, le laisser couché sur un matelas un peu dur, tantôt sur le dos, tantôt sur le côté, et ne pas le tenir trop longtemps dans les bras. En cas de craniotabes, la tête reposera sur un coussin percé d'un trou à son centre; le petit berceau, appelé strasbourgeoise, convient très bien pour ces rachitiques (A. Broca). Un peu plus tard, quand l'enfant cherche à faire ses premiers pas, il ne faut pas le laisser marcher, ou, au moins, on évitera qu'il se tienne trop longtemps debout.

Les bains salés, suivis de frictions et de massages, sont très utiles. Trois fois par semaine, on mettra l'enfant, le matin dans un bain à 35 degrés auquel on aura ajouté un kilo de sel gris; la durée du bain sera de six à dix minutes, et aussitôt après, l'enfant sera frictionné avec un gant de laine ou un linge de flanelle imbibé de baume de Fioravanti ou d'alcool de lavande; après la friction, massage des muscles, des membres et du tronc pendant quatre ou cinq minutes. Les bains seront donnés plus rares, plus courts et moins salés aux enfants de moins de quinze mois, aux rachitiques nerveux et excitables, aux cachectiques; leur emploi doit être interrompu en cas de fièvre, de lésions cutanées, ou en cas de poussée rachitique avec endolorissement des os (Marfan).

Le séjour au bord de la mer a une action tonique remarquable sur l'organisme des rachitiques; pendant cette cure marine, l'enfant prendra des bains de mer, chauds s'il a moins de trois ans, froids si le rachitique est plus âgé; mais, dans ce dernier cas, il faut bien se rendre compte des effets du bain froid, car certains enfants le supportent mal. Les bienfaits de la cure marine ont été mis en évidence par un grand nombre de médecins, en particulier par Ch. Leroux, qui a montré que le rachitisme, même grave, peut guérir complètement par le séjour prolongé au bord de la mer. Seuls certains enfants névropathes, quelques rachitiques atteints de tuberculose avec fièvre ou avec atteinte du poumon, d'ophtalmie ou d'otorrhée, ne doivent pas être envoyés à la mer. Les cures aux stations d'eaux minérales chlorurées sodiques fortes sont également très efficace; Salies-de-Béarn et Briscous-Biarritz en particulier exercent une action favorable sur la guérison du rachitisme.

Parmi les nombreux médicaments prescrits aux rachitiques, l'huile de foie de morue possède un renom justifié et déjà très ancien, puisque Rosen de Rosenstein en préconisait l'emploi; mais l'huile de foie de morue ne convient qu'aux enfants ayant dépassé deux ans; au-dessous de cet âge, elle n'est pas facilement prise et, comme d'autre part, elle est mal tolérée, il faut s'en abstenir. Aux rachitiques ayant plus de deux ans, on pourra donner l'huile de foie de morue en commençant par deux cuillerées à café chaque jour et en élevant progressivement la dose jusqu'à deux cuillerées à soupe. Les préparations de phosphate de chaux sont plus facilement acceptées des jeunes rachitiques; Marfan déclare que le sirop de lactophosphate ou de chlorhydrophosphate de chaux ne lui a pas paru très efficace; il préfère l'hypophosphite de chaux, à la dose quotidienne de 10 à 20 centigrammes et le glycérophosphate de chaux.

Marfan prescrit ce dernier médicament à doses assez faibles, de 5 à 20 centigrammes par jour, suivant l'âge, les doses plus élevées pouvant provoquer des phénomènes d'excitation nerveuse. Il associe en général le glycérophosphate et le formiate de chaux, dans la formule suivante par exemple :

Sirop de limons..........		150 cent. cubes.
Glycérophosphate de chaux liquide.....	*àà*	2 grammes.
Formiate de chaux...		

Une à quatre cuillerées à café par jour, suivant l'âge.

L'emploi du phosphore contre le rachitisme a été surtout préconisé par Kassovitz; d'après Concetti c'est un excellent médicament du rachitisme, ayant, en particulier, une action remarquable sur les symptômes nerveux concomitants, mais, pour d'autres médecins, le phosphore ne donne pas toujours de si beaux résultats et peut même parfois provoquer des acci-

dents toxiques. Marfan dit que la cure phosphorée bien graduée n'a pas d'inconvénients, qu'elle améliore l'état général du petit malade ainsi que les symptômes nerveux, mais que son action sur les os est douteuse, sauf en cas de craniotabes. Si l'on veut appliquer cette méthode de traitement, on formule :

Phosphore	Un centigramme.
Huile de foie de morue....	100 grammes.

Une à trois cuillerées à café par jour suivant l'âge, mélangées au lait du biberon.

Quelques enfants digérant mal l'huile de foie de morue, on peut la remplacer dans cette formule par de l'huile d'amandes douces. Au lieu d'utiliser le phosphore en nature sous forme de solution huileuse, on a cherché à faire absorber à l'enfant des combinaisons organiques de phosphore, par exemple la lécithine, le nucléinate de soude, la phytine ou le phytinate de soude; les résultats obtenus paraissent assez variables. Tous les médicaments toniques ont d'ailleurs été prescrits dans le rachitisme; le fer paraît utile quand le rachitisme est associé à une anémie assez prononcée. Zweifel, qui attribue le rachitisme à l'insuffisance du chlorure de sodium du lait ou des aliments, conseille d'en ajouter à l'alimentation des rachitiques; d'après Marfan, cette addition favorise la digestion et stimule parfois la croissance, mais elle ne paraît pas avoir d'action particulière sur le rachitisme.

On a essayé aussi l'opothérapie sous forme d'extraits de moelle osseuse, de thymus, de corps thyroïde, de capsules surrénales. Stöltzner donne tous les jours une goutte de la solution de chlorhydrate d'adrénaline au 1/1000 et prétend avoir ainsi obtenu des effets au moins aussi satisfaisants qu'avec l'huile phosphorée. Marfan a aussi employé l'opothérapie surrénale, en administrant l'adrénaline par voie buccale, à la dose quotidienne de I à VI gouttes (solution au millième). « Les résultats, dit-il, ont été assez satisfaisants et comme ce traitement est dénué d'inconvénients, nous croyons qu'il mérite d'être étudié. »

Quelques médecins italiens ont utilisé les diverses ressources de l'électrothérapie dans le rachitisme; Tedeschi fait la galvanisation de la moelle, Sagretti le bain hydro-électrique. Ce traitement peut avoir une certaine action, par la stimulation de la peau et du système nerveux.

Ce qu'il faut donc retenir de toute cette thérapeutique, c'est l'importance extrême d'une alimentation bien réglée, d'une bonne hygiène, des bains salés ou mieux d'une cure marine, d'une cure chlorurée sodique; c'est encore l'utilité d'une médication à base de phosphore et de chaux. Quant au traitement des déformations rachitiques elles-mêmes, nous n'avons pas à l'indiquer ici; rappelons seulement que pour favoriser le redressement des membres incurvés, on emploie des attelles disposées de façon variable selon le sens de la déformation, des chaussures faites sur indications spéciales d'après chaque cas; contre les déformations thoraciques, la gymnastique respiratoire, les corsets ou ceintures appropriés peuvent rendre de grands services. Les interventions chirurgicales destinées à redresser les os ne doivent être pratiquées en général qu'après guérison du rachitisme par le traitement médical. Broca a bien montré qu'il était inutile de redresser un os rachitique tant que la maladie est en évolution, car, après guérison opératoire, la difformité aurait une grande tendance à se reproduire.

M. BRELET.

JURISPRUDENCE

LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LEURS ABUS (1)

Nous donnons aujourd'hui pour terminer cette note d'un ordre tout particulier, le résultat (tout au long) des débats d'un procès des plus intéressants, qui eut son dénouement le 10 septembre dernier devant la huitième chambre correctionnelle de la Seine.

Durant un mois environ, au cours de l'année 1911, Auguste Henry fut employé à la Compagnie des tramways de l'Est-Parisien. Après son départ, il continua à porter la casquette d'uniforme des employés de la compagnie, mais il y ajouta un galon d'or.

En novembre 1911, dans le but de commettre une escroquerie, il se fit appliquer des pointes de feu à la région lombaire gauche. Puis, sous les noms soit d'Aubry, soit de Latrompette, soit de Marnet, soit de Martinot, et en prenant sans cesse la qualité d'employé de l'Est-Parisien, il se présenta chez un certain nombre de médecins, auxquels il déclara qu'il avait été blessé, au cours de son service. Il simulait de vives douleurs dans la région où se trouvaient les traces de pointes de feu.

Les douze médecins, qu'il consulta, lui délivrèrent des certificats médicaux constatant qu'il était atteint d'une blessure ayant occasionné une incapacité de travail de quinze à vingt jours.

Selon l'usage, les médecins envoyèrent bientôt à la Compagnie de l'Est-Parisien, qui n'est pas assurée contre les accidents du travail, la note de leurs honoraires, pour les soins donnés au pseudo-blessé.

Quant à celui-ci, il avait touché immédiatement la prime, dite d'indemnité, de cinq francs, que nombre de médecins ont l'habitude de remettre à tout ouvrier venant les consulter pour un accident du travail.

Soupçonnant une supercherie la Compagnie fit faire une enquête que nous trouvons exposée dans le réquisitoire définitif.

« ... Soupçonnant, dit ce document, que les certificats obtenus par Henry avaient été délivrés par pure complaisance, il (M. de Laëre) décida de procéder à une enquête sur les agissements d'un certain nombre de médecins, qui se sont fait une spécialité du traitement des blessures occasionnées par les accidents du travail.

A cet effet, il désigna deux contrôleurs, les sieurs Martinage et Betin, et leur prescrivit de se rendre dans les cliniques qu'il leur désigna, de se dire ouvriers et de simuler des blessures provenant d'accidents imaginaires.

Le sieur Martinage avait fait une chute dans l'escalier de la direction et s'était légèrement blessé au poignet.

Le sieur Bétin affirme qu'il était en parfaite santé. Cependant, un témoin désintéressé, le sieur Marchal, affirme avoir constaté que Betin « portait des ecchymoses dans le dos ».

Martinage se rendit dans les cliniques des docteurs A..., B..., C..., D..., E..., F..., et prenant la fausse qualité d'ouvrier de la Compagnie de l'Est-Parisien, se plaignit d'être blessé soit au genou, soit au poignet.

Betin se rendit dans les cliniques des docteurs G..., H..., I..., J... Il se plaignit d'être blessé dans la région du dos, prenant le plus souvent la fausse qualité d'employé de l'Est-Parisien. Chez le docteur G..., il se fit passer pour un ouvrier d'un sieur Baudouin.

Tous deux obtinrent des certificats constatant leurs blessures. Ils affirment en outre :

Que l'examen auquel se sont livrés ces praticiens a été superficiel, parfois nul;

Qu'ils ont reçu d'eux des sommes d'argent, conformément à un usage constant, suivi dans ces cliniques;

Qu'ils ont été invités à signer un registre de présence, et l'attestation qu'ils avaient subi des séances de pansement ou de massage imaginaires.

Tous les médecins ci-dessus nommés adressèrent à la Compagnie de l'Est-Parisien leur note de frais et honoraires.

Martinage et Betin déclarèrent à M. de Laëre qu'un grand nombre de séances de pansement ou de massage, portées sur ces notes, n'avaient pas eu lieu.

En conséquence, une information fut ouverte contre tous les médecins que MM. Betin et Martinage avaient visités.

Trois pharmaciens, MM. X..., Y..., Z..., furent également inculpés, sur les déclarations de Betin et de Martinage, qui affirment que trois des docteurs leur ont remis des ordonnances qu'ils n'eurent qu'à présenter chez ces trois pharmaciens pour recevoir des sommes d'argent en échange.

Les médecins inculpés et les pharmaciens protestèrent énergiquement contre le piège qui leur avait été tendu et contre les machinations auxquelles la Compagnie de l'Est-Parisien avait eu recours pour dévoiler leurs agissements.

Les médecins reconnurent qu'ils ont l'habitude de remettre quelques sommes d'argent aux ouvriers, victimes d'accidents

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 109, p. 1516.

du travail, sous forme d'indemnité de déplacement, pour les inciter à venir dans leurs cliniques; mais ils protestèrent avec énergie contre l'accusation de tentative d'escroquerie dont ils furent l'objet. Ils affirmèrent qu'ils avaient, de bonne foi, délivré des certificats aux sieurs Betin et Martinage, que ceux-ci avaient très habilement simulé des lésions, en feignant de ressentir de vives douleurs dans certaines parties du corps, et les avaient trompés. Ils affirmèrent que tous les soins portés sur leurs notes d'honoraires avaient été réellement prodigués aux blessés.

Les pharmaciens expliquèrent qu'ils remettent les médicaments entre les mains des médecins qui en font usage pour les pansements et les massages. Ils repoussèrent l'accusation d'avoir remis à Betin et à Martinage de l'argent, en échange de ces ordonnances.

Les dires des sieurs Betin et Martinage ne sont confirmés par aucun témoin désintéressé.

La Compagnie de l'Est-Parisien a eu l'habileté de faire accompagner Martinage chez le docteur G... par Me Nicoud, huissier, autorisé par justice à dresser un procès-verbal de constat. Mais cet officier ministériel déclare simplement que le docteur G... a examiné Martinage, l'a ausculté dans le dos et à la poitrine et lui a remis un certificat médical, pour lequel il a perçu un honoraire de 5 francs.

Il convient, d'autre part, de noter qu'au moment où elle dénonçait les agissements des inculpés, la Compagnie de l'Est-Parisien plaidait contre les docteurs C... et G...

Il est impossible à la justice de faire état des dépositions de deux témoins, employés salariés de la Compagnie de l'Est-Parisien, qui a eu recours à de tels moyens pour triompher dans une instance.

D'autre part, le piège qui a été tendu aux autres inculpés disqualifie le témoignage de ceux qui s'en sont fait les instruments.

La Compagnie de l'Est-Parisien l'a si bien compris qu'elle n'a jamais porté de plainte formelle, pour tentative d'escroquerie, au sujet de notes d'honoraires concernant Bétin et Martinage. Elle a compris qu'elle ne pouvait porter plainte à raison de faits qu'elle avait intentionnellement provoqués.

Au surplus, l'inculpation de tentative d'escroquerie résultant du fait par les inculpés d'avoir réclamé des honoraires à la Compagnie de l'Est-Parisien, pour soins donnés à ses deux contrôleurs, manque de base légale, car il est certain qu'on se trouve en présence d'une tentative de délit impossible, ne tombant pas sous le coup de la loi pénale.

En effet, la Compagnie de l'Est-Parisien ne pouvait être trompée par les notes d'honoraires qui lui étaient produites, et elle n'aurait jamais consenti à les régler, sachant à quoi s'en tenir.

Les inculpés ne pouvaient donc lui persuader l'existence d'un crédit imaginaire, et les tentatives d'escroquerie provoquées par Betin et Martinage étaient vouées à un échec véritable et certain.

Cela est décisif.

Reste l'inculpation d'escroquerie concernant le sieur Henry. Ce dernier, arrêté au cours de l'information, a fait des aveux complets.

Il n'est pas douteux qu'en prenant plusieurs faux noms et la fausse qualité d'employé de l'Est-Parisien, en simulant des blessures et en montrant aux médecins des traces de pointes de feu, Henry a obtenu de ceux-ci, à l'aide de manœuvres frauduleuses, les quelques sommes d'argent que ces praticiens ont l'habitude de remettre aux accidentés, et s'est, en conséquence, rendu coupable d'escroquerie, à l'occasion de ce fait.

La Compagnie de l'Est-Parisien incrimine également les médecins signataires de certificats, qui lui ont envoyé leurs notes d'honoraires.

La complicité de ces médecins n'est point établie. Ils ont pu être trompés eux-mêmes par les simulations du pseudo-blessé et par les traces de pointes de feu qu'il leur a montrées.

Aucun autre fait ne pouvant constituer une escroquerie ou une tentative d'escroquerie n'a été relevé contre les inculpés, au cours de l'information. »

En conséquence, une ordonnance de non-lieu étant intervenue en faveur des médecins et des pharmaciens, Auguste Henry, l'ancien employé à la Compagnie des tramways de l'Est-Parisien, comparaissait seul, sous l'inculpation d'escroqueries au préjudice des médecins qui lui ont remis la prime d'indemnité.

Le prévenu n'a fait aucune difficulté pour avouer les faits et il a été condamné à un an de prison, avec sursis, et à 25 francs d'amende.

Le 19 avril 1912, M. le juge de paix de Saint-Denis, par un jugement a dévoilé un genre tout particulier de manœuvres regrettables (v. *Revue de droit médical*, 1912, p. 242). Un médecin traitant réclamait à une compagnie d'assurances ses honoraires pour avoir soigné un accidenté du travail. Mais la compagnie refusa de les solder, arguant qu'un autre médecin, celui qui avait délivré le certificat initial, avait touché déjà les honoraires. Le vrai médecin traitant assigna alors la compagnie. Un médecin expert, le docteur Charles Paul, fut commis et déposa un rapport qui ne laissait aucun doute sur les agissements du médecin qui avait donné le certificat.

« Que de leur confrontation, il est résulté la preuve que seul le docteur P... a été le médecin traitant, et que le docteur C... n'a examiné qu'une seule fois, le jour de l'accident, faits qui résultent également du rapport du docteur Charles Paul, expert commis;

Que de la disposition de l'ouvrier et de l'aveu même du docteur C... il est également résulté la preuve que depuis l'introduction de l'instance, ledit docteur C... s'est rendu au domicile de l'ouvrier et a demandé à ce dernier, de lui délivrer un certificat constatant qu'il l'avait soigné pendant près de deux mois; que pour le décider à lui délivrer ce certificat il a ajouté : « Vous resterez neutre dans l'affaire et on s'arrangera toujours »;

Attendu que le docteur C... sentant la gravité de la situation dans laquelle il s'était mis, écrivit au docteur P... une lettre dans laquelle il lui disait qu'afin d'éviter des discussions entre médecins et surtout des discussions pécuniaires encore plus désagréables au bon renom du corps médical, il lui offrait une somme de 30 francs représentant, déduction faite d'une somme de 10 francs, pour frais, la moitié des honoraires par lui touchés pour soins donnés à l'ouvrier;

Attendu que si le docteur C... avait réellement donné ses soins à l'ouvrier, il n'aurait certainement pas offert de partager ses honoraires avec le docteur P... pas plus qu'il n'aurait fait auprès du blessé une démarche en vue d'obtenir de lui un certificat de complaisance...

Attendu que par ses agissements et ses manœuvres regrettables, le docteur C... a causé un préjudice au chef d'entreprise, dont il leur doit réparation... »

Si nous avons donné toutes ces décisions, ce n'est pas que nous avons voulu prendre part dans ce débat assez grave. Notre impartialité nous faisait un devoir de signaler à nos lecteurs, en les mettant en garde, les faiblesses de certains membres du corps médical.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la trente-huitième semaine, 699 décès, au lieu de 681 pendant la semaine précédente et au lieu de 783, moyenne ordinaire de la saison. L'état sanitaire continue donc à être satisfaisant.

Rœntgenliteratur, par GOCHT. Prix : 15 marks. — Suttgart, Enke, éditeur.

Le Divorce des aliénés, par le docteur Lucien GRAUX. 1 vol. de 356 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, Maloine.

De l'Ictère hémolytique syphilitique, par le docteur G. TEISSET. (Th. de Paris.) — Paris, Steinheil.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION **49, rue St-André-des-Arts,** PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX **sont ouverts tous les jours,** DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de M. Cunéo (qui accepte); MM. Macaigne, Dalché, Florand, Bergé, Moutard-Martin, Heitz-Boyer, Guibé, Ed. Schwartz et Doléris (qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation).

— Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 30 septembre. — Question donnée : « Manifestations primaires et secondaires de la syphilis. »

MM. Anderson, 13; Burnand, 15; Cocoult-Duverger, 14; Fumet, 12; Chambas, 12; Quenardel, 17; Perrin, 12; Levinc, 6; Mlle Lefschetz, 7; MM. Leroux, 16; Manteau, 9; Mlle Pomper, 6; MM. Mangini, 11, Mouveroux, 13; Moutard, 8; Renaux, Raynal et Reyt, 11.

Anatomie. — Séance du 30 septembre. — Question donnée : « Veines superficielles du membre inférieur. »

MM. Vidy, 17; Vallée (Emmanuel) et Vacher, 14; Sédan-Miégemolle, 19; Rouffiat, 15; Tarneaud, 14; Schlatter et Sternmann, 13; Tazé, 7; Schlesser, 16; Valière-Vialeix, 17; Sirota, 12; Souchay, 10; Séguin, 16; Salinière, 14; Vasilesco, 12; Verger, 14.

Séance du 1er octobre. — Question donnée : « Rapports de la trachée. »

MM. Tétard et Sakka, 13; Vachet, 16; Mlles Ufland, 8; Zarjevski, 15; M. Zuchowicz, 7; Mlle Zvibak, 12; MM. Thouvenot, 12; Thuau, 15; Tissot, 7; Touchard (Pierre), 17; François-Julien, 14; Mlles Gaïtz, 14; Friedmann, 12; MM. Hochard, 7; Dubuisson, 13; Huet, 20; Galliot, 17; Gornouec, 15.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Examens de validation de stage dentaire. — Une session d'examens de validation de stage dentaire s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le 21 octobre 1912.

Pièces à produire. — Les candidats produiront les certificats attestant qu'ils justifient de deux années régulières de stage. Les certificats doivent être établis sur papier timbré.

Consignations. — Les consignations seront reçues au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris le lundi 7 et le mardi 8 octobre 1912, de midi à trois heures.

Les candidats consigneront les droits fixés par le décret du 4 novembre 1909, soit 25 francs.

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 24 septembre 1912 :

Médecins-majors de première classe. — MM. Millière passe à l'hôpital de Grenoble; Lafforgue, aux salles militaires de l'hospice mixte de Montauban; Guirlet, aux salles militaires de l'hospice mixte de Toul; Cultin, aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Jirou, à l'hôpital d'Oran (bactériologie); Sacquépée, à la section technique de santé (laboratoire de bactériologie); Vandenbossche, à l'hôpital de Bordeaux.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Boitel passe au 16e d'infanterie; Ardoin, au 33e d'artillerie; Marland, au 5e génie (Mont-Valérien); Bordereau, au 10e huss.; Orticoni, à l'hôpital de Nancy (bactériologie); Fourcade, en Algérie; Dupont, au 44e d'artillerie; Gassin est affecté à l'hôpital de Constantine (bactériologie).

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Camus passe au 156e d'infanterie; Petit, au 26e dragons; Contant en Algérie; Solle, aux sapeurs-pompiers de Paris; Delorme est réintégré dans les cadres et désigné pour l'Algérie; Belbèze passe au 59e d'infanterie.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Vermelin passe aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Naudet, au 6e bataillon de chasseurs à pied; Raux, au 133e d'infanterie; Prost, au 47e d'artillerie; Plantier, au 18e bataillon de chasseurs à pied; Martin est maintenu au 154e d'infanterie.

LE SERVICE DANS LES PAYS TROPICAUX. — Le ministre de la marine vient de prendre la décision suivante :

Conformément à l'avis émis par le conseil supérieur de santé, j'ai décidé que les marins âgés de moins de vingt ans ne devront plus être désignés pour servir dans les pays tropicaux.

En conséquence, le tour de désignation des hommes n'ayant pas vingt ans révolus sera passé chaque fois qu'il les appellera à recevoir une destination hors de la France continentale, autre que pour les bâtiments des forces navales de la Méditerranée, du Maroc, de Terre-Neuve et d'Islande.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du docteur Emmanuel Dionis du Séjour, médecin-major de première classe en retraite, décédé à Pontgibaud.

Ceux de nos confrères qui ont eu l'honneur de servir sous ses ordres apprendront avec tristesse la disparition de cet homme courtois et bienveillant dont le grand caractère n'avait d'égal que la profonde érudition.

Nous prions tous les siens, et en particulier notre ami son neveu, le docteur Pierre Dionis du Séjour (de Clermont-Ferrand), de recevoir ici l'expression de nos très affectueuses condoléances.

LE ROLE DE L'ASSOCIATION FUSO-SPIRILLAIRE EN PATHOLOGIE HUMAINE

(Symbiose fuso-spirillaire de Vincent.)

Par M. R. LE BLAYE,
Professeur suppléant à l'École de médecine de Poitiers.

Depuis les remarquables travaux de H. Vincent sur une forme d'angine à laquelle son nom à juste titre demeure attaché, on a semble-t-il un peu trop perdu de vue la diversité des localisations de la maladie. Des recherches assez récentes permettent de rattacher à la symbiose de Vincent des affections qui n'avaient pas jusqu'ici été rangées dans un même cadre nosologique. Il nous a semblé d'autant moins superflu de rappeler les manifestations cliniques très variables auxquelles peut donner lieu cette association microbienne, que leur traitement à toutes est appelé à bénéficier au même titre de l'action spirillicide des nouveaux composés arsenicaux.

*
* *

Historique. — C'est dans des cas de pourriture d'hôpital que H. Vincent trouva pour la première fois la symbiose fuso-spirillaire et qu'il la décrivit. Pourtant, avant les travaux de cet auteur, les spirilles n'avaient pas échappé à l'observation des bactériologistes ; Pasteur et Netter avaient constaté leur présence dans la bouche de malades atteints de stomatite ulcéreuse. Ne pouvant en obtenir de cultures, ils renoncèrent à pousser plus loin leur étude. C'est assez longtemps après, en 1892, que l'attention fut appelée de nouveau sur ces parasites par le livre de Miller consacré aux microorganismes de la bouche. Une microphotographie de cet ouvrage figure avec la plus grande exactitude la symbiose fuso-spirillaire, telle qu'on peut la trouver par exemple dans une angine ulcéreuse.

Mais si la présence possible de ces parasites dans la bouche était établie, leur rôle en pathologie demeurait tout à fait obscur.

C'est Plaut (1) qui paraît avoir signalé le premier que la diphtérie peut être simulée par des angines dans les lésions desquelles on trouve en grande abondance des spirilles et un bacille à extrémités amincies.

Le travail de H. Vincent (2) sur la pourriture d'hôpital vint ensuite et fournit le précieux document d'une très intéressante étude anatomo-pathologique. Puis, presque en même temps que les travaux de H. Vincent sur l'angine ulcéreuse, parurent en Allemagne ceux de Bernheim et d'Abel (3). Dès lors, l'attention des médecins était attirée sur ces angines et ces stomatites, et un grand nombre de publications confirmèrent les constatations des premiers auteurs. C'est le mémoire de Rona (1) qui constitue actuellement encore le meilleur travail d'ensemble sur l'association fuso-spirillaire. Il y étudie le rôle pathogène de cette association microbienne dans les angines et stomatites, dans la stomatite mercurielle et dans la gangrène pulmonaire, fondant ses conclusions sur des constatations histologiques.

Nous avons pu nous-même poursuivre cette étude sur des pièces expérimentales (2) et préciser certains caractères anatomo-pathologiques des lésions.

*
* *

Bactériologie. — On ne trouve jamais, croyons-nous, le bacille fusiforme seul en cause, malgré l'opinion un instant soutenue que les angines diphtéroïdes étaient provoquées par le bacille seul et les angines ulcéreuses par l'association des deux parasites. Cependant on voit quelquefois un fin spirille en forme de virgule se substituer dans l'association au spirochète sans que rien soit changé au tableau clinique [symbiose type Lagarde] (3).

Nous ne reprendrons pas dans ses détails l'étude bactériologique de ces microbes bien connus. Rappelons seulement leurs principaux caractères. Le bacille fusiforme doit être considéré comme mobile, et c'est là une raison suffisante pour admettre que les auteurs qui ont cultivé des bacilles fusiformes immobiles ont étudié une bactérie morphologiquement analogue, mais non identique au bacille de Vincent.

Certains auteurs ont décrit des cils au bacille fusiforme, mais ils ne sont pas d'accord sur leurs caractères (4). On peut le cultiver, d'après Lewkowicz, dans un milieu formé de gélose glucosée additionnée de sérum. Mais, même dans un semblable milieu, sa culture est difficile à obtenir. Il présente une structure granuleuse qui apparaît en général très nettement sur les préparations traitées par les couleurs d'aniline en solutions aqueuses, sans mordant. Il ne prend pas le Gram, et pourtant sa décoloration est relativement lente par cette méthode. On le met en évidence aisément dans les coupes histologiques en les traitant par la méthode indiquée par Weigert pour la recherche de la fibrine. Sa forme ne rappelle pas toujours celle d'un fuseau autant que paraît l'indiquer son nom. Les formes courtes ont des extrémités plutôt arrondies qu'amincies ; les formes longues présentent plus communément des extrémités nettement effilées.

Souvent ces bacilles sont incurvés en forme de virgule et c'est pour cette raison que certains auteurs en font un spirille.

Le spirille de Vincent, ou plus exactement le spirochète, présente un assez grand polymorphisme. Il est très habituel dans les angines ulcéreuses de trouver deux formes dont les spires ou les ondulations ne se ressemblent guère. La première forme présente des spires assez régulières, assez nom-

(1) Plaut. Studien zur bakteriellen Diagnostik der Dipht. und der Ang., *Deut. med. Woch.*, 1894, p. 920.

(2) H. Vincent. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1896, p. 492.

(3) H. Vincent. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 11 mars 1898, et *Presse méd.*, 12 mars 1898. — Bernheim. Ueber einen bakteriologische Befund bei Stomatitis ulcerosa, *Centralbl. f. Bakt.*, 1898, nos 5 et 6. — Abel. Zur Bakteriol. der Stom. und Ang. ulcerosa, *Centralbl. f. Bakt.*, 15 juillet 1898.

(1) Rona. Zur Ætiologie und Pathogenese der Plaut-Vincentschen Angina, der Stomakace, der Stomatitis mercurialis gangrœnosa, und der Lungengangrän, *Arch. f. Dermat. und Syph.*, t. LXXIV, p. 171.

(2) R. Le Blaye. *Recherches expérimentales sur la stomatite mercurielle*, Th. de Paris, 1911.

(3) Lagarde. *La Stomatite mercurielle, maladie fuso-spirillaire*, Th. de Paris, 1909

(4) Plaut. Ueber die Geisseln bei fusiformen Bazillen, *Centralbl. f. Bakt.*, 27 juillet 1907, t. XLIV.

breuses ; on en compte habituellement cinq ou six. Il n'y a pas du reste, abstraction faite des caractères de coloration, de confusion possible avec le tréponème pâle dont les spires sont bien plus petites.

L'autre forme est plus irrégulière. Les spires sont lâches, très grandes, très peu nombreuses, il y en a rarement plus de deux; parfois ils ne dessinent qu'un demi-cercle. Il est difficile de décider, en l'absence de cultures possibles, s'il s'agit de deux espèces différentes ou de deux formes d'une même espèce. Quoi qu'il en soit, leurs affinités de coloration sont à peu près identiques. Leur teinte est toujours bien plus pâle que celle des bacilles fusiformes qui les accompagnent.

Ils ne prennent pas le Gram.

Il faut se garder de croire qu'à la surface des lésions qu'elle provoque la symbiose fuso-spirillaire se rencontre toujours à l'état de pureté. Il n'en est rien, et dans les frottis d'angines, de stomatites, etc., on trouve en proportion d'ailleurs très variable des bactéries saprophytes et les agents anaérobies de la putréfaction auxquels Veillon et Zuber ont autrefois attribué une action pathogène.

Si l'inoculation de l'association fuso-spirillaire aux animaux n'a jamais fourni de résultats probants cela tient sans doute à ce qu'un organisme sain jouit d'une immunité relative à l'égard de ces microbes, hôtes normaux de la bouche de l'homme et des animaux.

Au contraire, un organisme affaibli par une cause quelconque (maladie infectieuse, intoxication, surmenage, etc.) peut perdre son immunité naturelle, et d'ailleurs le degré de virulence des germes doit certainement être pris aussi en considération.

*
* *

Anatomie pathologique. — La lésion essentielle produite par l'association fuso-spirillaire est une nécrose des tissus envahis.

Mais dans les cas légers la mortification reste superficielle, elle ne progresse que fort peu en profondeur ou très lentement. L'aspect clinique est donc dans ce cas celui d'une ulcération, mais il y a à sa surface pour témoigner de la nature nécrotique du processus une couche plus ou moins mince de tissu mortifié blanc grisâtre qui donne cette apparence faussement membraneuse qui a valu à la stomatite fuso-spirillaire le qualificatif inexact d'ulcéro-membraneuse. Il n'y a point en réalité de membrane à la surface de l'ulcère.

Dans les fuso-spirilloses graves l'envahissement des tissus étant bien plus rapide, la pénétration des germes bien plus profonde, on constate l'existence d'escarres plus ou moins épaisses, de gangrènes plus ou moins étendues. Mais le processus anatomique ne diffère pas essentiellement dans les deux cas. On retrouve toujours les lésions fondamentales constatées autrefois dans la pourriture d'hôpital. Colorées par la thionine, les préparations, écrivait H. Vincent, « montrent à un faible grossissement deux zones bien distinctes, l'une superficielle d'une épaisseur d'un demi à deux et même trois millimètres constituée par un exsudat diphtéroïde. Cette couche est dans sa partie libre de couleur gris bleuâtre et parcourue par de fines stries plus foncées. Elle est remarquablement pauvre en éléments cellulaires.

Dans sa portion profonde elle prend une coloration d'un bleu intense. En ce point, en effet, se trouve la couche active de prolifération bactérienne formant une sorte de buisson très compact, surtout au niveau de sa base d'implantation et d'où irradient des prolongements rameux élégants qui se répandent en s'amincissant dans l'épaisseur de la fausse membrane.

La deuxième zone, sous-jacente à la précédente, est formée par des tissus mortifiés infiltrés de sang, toujours profondément altérés par l'évolution parasitaire. Quelle que soit la nature de ce tissu, toute trace de structure définie a disparu sur une certaine épaisseur. Au-dessous, au voisinage immédiat du district microbien, existe une agglomération particulièrement abondante de cellules embryonnaires, sorte de barrière de défense que l'organisme essaye en vain d'opposer à l'envahissement microbien. »

Les recherches histologiques effectuées par von Ranke (1), Rona (loc. cit.), Veszprémi (2), etc., ont précisé l'analogie des lésions observées dans les stomatites et dans le noma avec celles de la pourriture d'hôpital.

« Non seulement, écrit Rona, j'ai pu étudier la zone de nécrose avec sa flore bactérienne, mais aussi les limites de l'infiltrat et là on peut voir quelle est la variété de bactérie qui pénètre et envahit. On voit à la limite de la lésion des masses énormes de bacilles fusiformes qui pénètrent le tissu infiltré alors que ces images ne se rencontrent dans la zone de nécrose que tout à fait dans la profondeur. »

Les lésions sont identiques dans la gangrène pulmonaire. Dans sa thèse, Guillemot les a décrites, bien qu'il n'ait pas reconnu le bacille fusiforme auquel on ne soupçonnait pas alors un rôle si étendu.

Mais dans ces lésions on n'avait longtemps trouvé que le bacille fusiforme auquel on tendait à faire jouer un rôle prépondérant. Veszprémi put constater sur des coupes imprégnées à l'argent que le spirochète pénètre dans les tissus plus avant que le bacille.

Nous avons pu nous-même préciser certains détails histologiques sur des pièces expérimentales de stomatite mercurielle. Nous y avons décrit, comme l'avait fait H. Vincent, deux zones : l'une superficielle, de nécrose; l'autre profonde, d'inflammation.

1° Zone de nécrose. — On y distingue trois couches sur une coupe colorée par un bleu basique :

a. *Une couche superficielle polymicrobienne.* — Elle est constituée par une infinité de bactéries de toutes sortes et se colore énergiquement. Son épaisseur est très faible, mais sa disposition est irrégulière comme la surface elle-même de l'ulcération dont elle forme en somme le revêtement. Cette couche microbienne est constituée par des bactéries de toutes formes, des filaments, des bâtonnets et surtout des microcoques. De tous ces éléments les uns prennent et d'autres ne prennent pas le Gram.

b. *La deuxième couche, de nécrose proprement dite*, représente la majeure partie de l'escarre. Tout élément cellulaire a disparu.

(1) Von Ranke. Altes und Neues zur Pathologischen-Anatomie d. nomatösen Brandes, *Münch. med. Woch.*, 1903, n° 1.

(2) Veszprémi. Züchtungs und Tierversuche mit Bacillus fusiformis, *Centralbl. f. Bakt.*, 1907, t. XLIV et XLV.

Cette couche a un aspect homogène ou vaguement fibrillaire à faible grossissement. On peut cependant y retrouver les restes du tissu fibreux primitif qui n'a pas toujours complètement perdu son affinité pour le van Giesen, et souvent des fragments de tissu élastique, squelettes d'artères par exemple, qui résistent plus longtemps (Letulle).

A un fort grossissement on y distingue quelques bacilles fusiformes, quelques spirochètes, et aussi, surtout en se rapprochant de la surface, diverses autres formes bactériennes.

Mais les microbes y sont cependant peu nombreux si bien que dans les préparations histologiques avec double coloration cette couche se distingue à l'œil nu en ce qu'elle a retenu le colorant acide et non le colorant basique, à l'inverse des deux couches qui la limitent vers la surface et vers la profondeur.

L'épaisseur de la couche de nécrose proprement dite est extrêmement variable. Elle peut être très grande dans les lésions gangréneuses graves; elle se réduit au contraire jusqu'à disparaître dans les formes ulcéreuses bénignes.

c. *La troisième couche, de prolifération bacillaire*, est constituée par un véritable feutrage d'innombrables bacilles fusiformes disposés en amas ou en faisceaux. Dans cette couche la plupart des éléments cellulaires sont détruits; toutefois les faisceaux de bacilles les plus profonds s'insinuent jusque dans la zone inflammatoire.

2° Zone de réaction inflammatoire. — Elle est caractérisée par un infiltrat de densité et d'épaisseur variables. Ces leucocytes venus par diapédèse sont presque tous des polynucléaires. Mais au milieu des cellules migratrices les éléments fixes du tissu subsistent et présentent diverses altérations. Les cellules conjonctives perdent leurs prolongements, tendant à devenir globuleuses, sans revenir à l'état de cellules embryonnaires.

Les vaisseaux sont dilatés mais non thrombosés; de petits foyers hémorragiques existent souvent qui laisseront ensuite pour témoins de petits amas de pigment ocre. Les noyaux cellulaires présentent très fréquemment des altérations pyknotiques.

Dans la partie de la zone inflammatoire la plus rapprochée de la zone de nécrose, les fibres musculaires et nerveuses présentent diverses lésions. La striation transversale des cellules musculaires s'efface tandis que la striation longitudinale s'exagère souvent au contraire par dissociation et les noyaux perdent leurs affinités de coloration. Les nerfs ne se laissent pas pénétrer par les cellules migratrices. Aux points où ils atteignent la zone de nécrose, les gaines de Schwann se vident par destruction des cylindraxes et des noyaux.

La zone inflammatoire recule devant la couche de prolifération bacillaire, mais les bacilles fusiformes n'y pénètrent pour ainsi dire pas. Au contraire, sur des préparations traitées par la méthode d'imprégnation à l'argent de Levaditi, on y constate la présence de spirochètes irrégulièrement disséminés, mais surtout nombreux dans les petits foyers hémorragiques que nous avons signalés.

Tout récemment, dans une étude sur trois cas de noma, A. Zuber et P. Petit (1) ont retrouvé des lésions tout à fait semblables. Dans leur cas n° 2 les spirilles étaient tout particulièrement nombreux. Ils y ont rencontré au delà de la couche de prolifération bacillaire « un fin réseau de spirilles plus ou moins serré, formant parfois un véritable feutrage ».

Il est donc bien probable que le spirochète, loin de jouer dans l'association un rôle secondaire, possède une action pathogène prépondérante puisqu'il pénètre les tissus bien au delà de la zone atteinte par les bacilles fusiformes dont le rôle paraît se réduire à parachever l'œuvre de destruction des tissus.

* * *

Etude clinique. — Les affections qui jusqu'à présent paraissent attribuables à la fuso-spirillose de H. Vincent s'observent surtout sur le revêtement cutané ou sur les muqueuses des cavités naturelles. Cependant les localisations viscérales sont possibles tout au moins au poumon. Sur la peau, l'infection spirillaire réalise la pourriture d'hôpital ou l'ulcère phagédénique des pays chauds.

La pourriture d'hôpital ou gangrène nosocomiale ne s'observe plus guère aujourd'hui, mais l'ulcère phagédénique qui en est pour ainsi dire la forme médicale (Le Dantec) n'est pas rare dans les pays tropicaux. Ces deux affections, la première surtout, sont celles dans lesquelles l'inoculabilité, sinon la contagiosité de la maladie, est le plus évidente.

L'absence complète de toute prophylaxie, aussi bien que la négligence de toute mesure d'antisepsie et même de propreté, explique suffisamment l'extension incroyable prise par cette affection à certaines époques dans des hôpitaux encombrés, chez des blessés épuisés par les fatigues et les privations. Il est probable aussi que dans ces conditions exceptionnellement favorables à la dissémination de la maladie, la virulence des germes était exaltée. Nous faisons ici cette remarque pour répondre par avance aux objections que pourraient soulever ceux qui ont vu les épidémies d'autrefois et qui refuseraient d'assimiler une affection qu'ils ont jugée éminemment contagieuse comme la pourriture d'hôpital, à d'autres affections qu'ils croient non contagieuses et bien plus bénignes, comme l'angine de Vincent par exemple.

L'ulcère phagédénique des pays chauds constitue, comme nous l'avons dit, la forme médicale de la pourriture d'hôpital. Il ne nous semble pas nécessaire pour expliquer sa localisation aux membres inférieurs d'admettre que l'agent pathogène se trouve dans la terre, la vase ou l'eau des rizières. La contagion ou plutôt l'inoculation nous paraissent des explications plus plausibles. Il ne faut pas perdre de vue en effet que l'association fuso-spirillaire existe normalement à l'état saprophytique dans la bouche de l'homme et qu'une plaie souillée de salive peut se trouver infectée si l'individu inoculé est suffisamment débilité, ou si le germe provenant d'un malade atteint d'une fuso-spirillose est suffisamment virulent.

On décrit à l'ulcère phagédénique tout comme à la gangrène nosocomiale deux formes : légère ou grave.

Dans la première simplement ulcéreuse, la plaie infectée s'étend et se recouvre d'un enduit grisâtre qu'on a tort d'appeler diphtéroïde. Elle dégage une odeur d'une fétidité spéciale.

Dans la deuxième forme, à tendance gangréneuse, l'extension est rapide en surface et en profondeur,

(1) A. Zuber et P. Petit. Trois cas de noma buccal étudiés au point de vue bactériologique, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 5 juillet 1912, p. 70.

produisant des nécroses étendues de la peau, des muscles et même des os. L'odeur est plus fétide encore que dans les formes légères.

Dans les deux cas il s'agit de lésions à évolution phagédénique locale sans tendance à la propagation par voie lymphathique ou sanguine. S'il se produit une autre localisation à distance, il semble que ce soit une inoculation nouvelle et non une métastase. Les phénomènes généraux observés se réduisent à un état d'affaiblissement avec anémie et pâleur. Dans les cas très graves la mort survient par cachexie rapide au milieu de phénomènes adynamiques, mais elle est plus souvent le fait de complications infectieuses ou d'ulcérations vasculaires. Au milieu de tout cela la fièvre manque presque totalement et le malade a en somme plutôt l'apparence d'un intoxiqué que d'un infecté. Nous retrouverons cette particularité quel que soit le siège de l'infection spirillaire.

Dans les localisations aux muqueuses, la bouche et le pharynx sont le plus souvent atteints. Rien de surprenant que ce soit là le siège le plus fréquent puisque la bouche est, nous l'avons dit, l'habitat naturel du parasite. Qu'une cause quelconque survienne, diminuant la résistance organique, les microorganismes sont sur place tout prêts à exercer leur action pathogène surtout si quelque lésion locale (évolution dentaire, etc.) vient favoriser leur auto-inoculation.

Suivant l'évolution les lésions seront simplement ulcéreuses sans tendances destructives, ou au contraire gangréneuses, capables d'entraîner de graves désordres locaux. Sur la muqueuse buccale la première forme réalise la stomatite ulcéreuse; la deuxième constitue le noma.

Dans la gorge, l'angine de Vincent correspond à la forme légère et la gangrène du pharynx à la forme grave. Les stomatites toxiques enfin constituent des variétés étiologiques intéressantes dont la stomatite mercurielle est la plus fréquente. Dans le scorbut il y a de nombreux accidents qu'on ne peut nullement rattacher à la symbiose de Vincent, mais il est fort probable que les complications ulcéreuses de la bouche qui surviennent très souvent chez les scorbutiques doivent lui être au contraire attribuées (1).

Qu'elles siègent sur la muqueuse buccale ou sur l'amygdale, les ulcérations ont tout à fait les mêmes caractères : ce sont des surfaces grisâtres, irrégulières, où le raclage recueille un peu d'une bouillie épaisse, mais on n'y détache nulle membrane. Le moindre raclage fait d'ailleurs saigner aisément l'ulcère. Le stade ulcéreux de l'angine serait cependant d'après H. Vincent précédé d'un stade pseudo-membraneux.

Si l'on examine le produit de raclage étalé sur des lames et coloré, on y trouve les microbes caractéristiques en grand nombre et plus souvent à l'état de pureté dans l'angine que dans n'importe quelle autre localisation. Mais on ne trouve que fort peu et parfois pas de globules de pus. Vincent avait déjà signalé ce fait dans la pourriture d'hôpital. C'est que les fuso-spirilloses sont caractérisées par un processus de nécrose et non par un processus pyogène, et c'est là un fait qui n'est pas sans valeur diagnostique. Les ulcérations des stomatites présentent les mêmes caractères que celles de l'angine, avec cette particularité qu'elles siègent le plus souvent aux points en contact avec les dents soit sur les joues, soit sur les bords de la langue.

(1) Le scorbut infantile en tous cas n'a *aucun rapport* avec les maladies fuso-spirillaires.

Si la salivation est habituelle, il est bien établi maintenant qu'il ne lui faut attribuer qu'une pathogénie réflexe. L'haleine des malades présente la fétidité caractéristique, mais tandis qu'elle est au minimum dans l'angine de Vincent, elle atteint un haut degré dans le noma.

Cette dernière affection et la gangrène du pharynx correspondent, on le sait, à la forme grave des localisations bucco-pharyngées (1). Cette assimilation n'est pas encore entièrement admise et pourtant nombreux sont les travaux qui l'ont établie (Seiffert, Perthes, von Ranke, Hoffmann, Rona, Brüning, King, Arima et Ishii, A. Zuber et P. Petit). Un détail explique en partie pourquoi la nature spirillaire du noma a été difficilement acceptée. C'est que si l'on recueille l'exsudat destiné à l'examen microscopique à la surface d'une escarre profonde, on n'y constate que peu de bacilles fusiformes au milieu d'innombrables bactéries de toutes sortes. Ce n'est pas là qu'il faut les chercher, mais plutôt au pourtour des escarres dans la zone d'extension, à la limite des ulcérations où ils sont au contraire fort nombreux. Une excellente technique à cet égard consiste comme l'ont fait A. Zuber et P. Petit à ponctionner la peau pour recueillir à l'aiguille un peu de sérosité dans la zone d'inflammation.

La gangrène du pharynx est en vérité fort rare, mais ce qui l'est beaucoup moins ce sont ces formes graves d'angine dont l'évolution serpigineuse et phagédénique résiste souvent longtemps aux traitements usuels.

Au milieu des diverses stomatites toxiques, la stomatite mercurielle mérite par son importance clinique une mention spéciale. Nous avons développé ailleurs les arguments qu'on peut opposer aux anciennes théories qui faisaient jouer au poison un rôle direct, et montré que certains animaux peu réceptifs à l'infection fuso-spirillaire ne présentaient jamais de stomatite, quelle que fût la dose de mercure injectée. L'anatomie pathologique fournit la démonstration absolue de la nature de l'affection comme nous l'avons déjà dit. Nous ne voulons insister ici que sur l'analogie clinique de la stomatite mercurielle et des stomatites primitives. Rien ne permet de les distinguer, ni l'odeur de l'haleine, ni la salivation, ni l'aspect des ulcérations, et si l'on peut en clinique soupçonner très souvent la nature toxique d'une stomatite, c'est d'une manière indirecte, en se fondant non pas sur l'aspect objectif des lésions, mais plutôt sur leur apparition chez un adulte en bonne santé, malgré une dentition qui peut n'être que peu défectueuse, et parfois aussi sur leur évolution rapide et grave.

Les autres localisations de la symbiose de Vincent aux muqueuses sont bien plus rares : elles affectent les organes génitaux. La forme la mieux connue, encore qu'exceptionnelle, est la gangrène de la vulve des petites filles. On la voyait autrefois dans les hôpitaux d'enfants survenir dans les mêmes conditions que le noma et coïncider souvent avec lui. Cette affection est devenue bien plus rare. Son évolution est celle des fuso-spirilloses graves, car elle produit souvent des délabrements étendus et son

(1) La fièvre souvent élevée du noma est habituellement due à des accidents concomitants de broncho-pneumonie.

aspect clinique ne diffère en rien de ce qu'on observe en d'autres régions. C'est un ulcère fétide à surface grise et irrégulière à qui son évolution mériterait tantôt l'épithète de phagédénique, tantôt celle de gangréneux.

Chez l'homme, en dehors des cas de chancres compliqués de phagédénisme, les localisations génitales sont plus rares. Une forme bénigne est réalisée par la balano-posthite ulcéro-membraneuse de Queyrat dont l'identité avec la balano-posthite érosive circinée de Berdal et Bataille est probable. Ce sont d'ailleurs des affections rares.

Plus intéressantes sont les localisations viscérales de la maladie. Dans un certain nombre d'autopsies de stomatite gangréneuse on a trouvé des lésions œsophagiennes et gastriques qui n'avaient pas été soupçonnées pendant la vie. Rien de moins surprenant que l'existence de ces localisations, mais il semble bien qu'elles ne sont jamais primitives, mais au contraire toujours secondaires à des stomatites graves.

Quant aux appendicites dans lesquelles on a constaté la présence de bacilles fusiformes, leur véritable nature est douteuse. En tous cas ni le bacille fusiforme de Veillon, ni le spirille de Thiroloix et Durand, cultivables le premier sur les milieux anaérobies usuels, l'autre en auto-séro-culture ne doivent être identifiés au bacille de Vincent.

La localisation viscérale la plus importante de l'association fuso-spirillaire est celle qui réalise la gangrène pulmonaire. Elle aussi d'ailleurs est souvent consécutive à des lésions bucco-pharyngées. Bien entendu, le siège des lésions est tel que le tableau clinique se trouve profondément modifié. Il n'y a plus dans ce cas d'ulcération directement constatable, c'est en quelque sorte un ulcère interne et il n'y a guère que la fétidité de l'haleine pour témoigner de la nature réelle des accidents. On comprend combien cette localisation est propice aux infections secondaires et l'on s'explique ainsi sa gravité plus grande, et l'allure infectieuse fréquente des accidents. Le siège des lésions dans un organe aussi abondamment vascularisé que le poumon est encore la raison de la fréquence très particulière des thromboses et des embolies.

Telles sont les affections qui jusqu'à présent ont trouvé place dans le cadre nosologique de la maladie de Vincent. Mais à côté des fuso-spirilloses primitives, il y a toute une série de maladies ulcéreuses d'autre nature qui peuvent cependant s'en compliquer.

Pour les lésions de la bouche, le fait est bien connu. On sait en particulier que le cancer de la langue à une période avancée se complique souvent d'ulcérations fétides qui s'étendent au delà des limites de la tumeur; des accidents gangréneux peuvent même survenir. Mais si les cancers de la cavité bucco-pharyngée présentent très souvent cette complication, d'autres lésions peuvent se comporter de même, la tuberculose par exemple. Mais c'est surtout le chancre de l'amygdale qui y est sujet et c'est là un fait dont la connaissance doit inspirer au praticien la plus grande circonspection quand il constate la présence d'une ulcération amygdalienne ayant les caractères de l'angine ulcéreuse. L'existence de ganglions sous-maxillaires volumineux et peu sensibles est le meilleur signe du chancre syphilitique. Ils n'ont malheureusement pas toujours avec la même netteté les caractères de l'adénopathie spécifique. Il semble enfin que bon nombre de chancres phagédéniques des organes génitaux doivent leur évolution ulcéreuse au développement de l'association fuso-spirillaire (Rona). Qu'on ne nous fasse pas dire cependant que les lésions de phagédénisme sont toutes de cette nature, nous ne le croyons pas, et nous pensons au contraire que bien des lésions syphilitiques, par exemple, puisent leur action destructrice dans la seule virulence de leur germe spécifique, ou dans celle d'autres germes jusqu'ici inconnus.

*
**

Traitement. — Il est remarquable, quel que soit le siège de ses lésions, que la symbiose fuso-spirillaire, au moins dans ses formes graves, résiste d'une manière surprenante à l'action des antiseptiques usuels; à tel point que, pour le noma en particulier, beaucoup d'auteurs préconisent la destruction au fer rouge des tissus enflammés. Le pouvoir thérapeutique des antiseptiques n'est guère plus grand dans l'ulcère des pays chauds, dans les stomatites mercurielles graves et même dans certaines formes d'angine ulcéreuse d'apparence bénigne qu'on ne s'attendrait guère à voir résister à un traitement méthodique.

Il serait trop long d'énumérer tous les topiques qu'on a tour à tour préconisés. Nous ne citerons que les principaux : le sublimé, l'acide phénique, le perchlorure de fer, l'acide chlorhydrique, l'acide chromique, l'acide borique, le chlorure de chaux, etc. Il faut réserver une mention spéciale au chlorate de potasse parce que son emploi dans les stomatites a joui d'une vogue qui persiste encore. Le moins qu'on en puisse dire est que son efficacité a été extraordinairement surfaite. Depuis une dizaine d'années le nombre des topiques préconisés contre les fuso-spirilloses s'est considérablement réduit. En lavages, l'eau oxygénée ou les solutions de permanganate de potasse ont fourni des résultats assez satisfaisants pour que leur emploi se soit généralisé. Mais la teinture d'iode et le bleu de méthylène sont surtout en faveur depuis les publications de H. Vincent, de Siredey et de Chauffard.

Dans les formes bénignes simplement ulcéreuses, la teinture d'iode fournit d'assez bons résultats. On l'emploie pure ou diluée de son volume d'alcool. Quelle que soit la manière dont on l'applique, le traitement est un peu douloureux et n'est pas toujours facilement accepté. Deux applications par jour sont nécessaires au début, mais par la suite elles doivent être de moins en moins fréquentes. Il est bon d'ailleurs de combiner à ce traitement des irrigations d'eau oxygénée diluée qu'on doit renouveler plusieurs fois par jour.

Le bleu de méthylène donne aussi de bons résultats et son emploi a cet avantage de n'être pas douloureux. On l'applique soit en poudre, soit en solution hydro-alcoolique à 1 ou 2 p. 100. Il n'y a aucun inconvénient à renouveler souvent les applications et il est bon comme pour le traitement à la teinture d'iode de faire en outre des lavages à l'eau oxygénée.

Les résultats qu'on obtient de ces méthodes thérapeutiques sont les suivants. Dans les formes bénignes la guérison s'obtient dans la majorité des cas rapidement, en peu de jours; plus rarement le processus ulcéreux persiste malgré tout pendant plusieurs jours ou même plusieurs semaines. Dans les formes graves, gangréneuses, au contraire, la

teinture d'iode ou le bleu de méthylène n'ont qu'une efficacité bien moindre et bien plus incertaine, si bien que le pronostic des fuso-spirilloses graves n'a guère été amélioré depuis que l'on fait usage de ces topiques. Quant à la gangrène pulmonaire, bien entendu, il était impossible de la faire bénéficier de l'application de ces substances et actuellement encore c'est l'intervention chirurgicale qui offre aux malades les meilleures chances de guérison.

Mais depuis quelques années de nouveaux composés arsenicaux organiques ont été introduits en thérapeutique, et ont fait preuve de puissantes propriétés curatives dans les maladies spirillaires. Il était logique de se demander si leur action ne s'étendait pas à la symbiose de Vincent. Parmi eux le dioxydiamido-arsenobenzol d'Ehrlich a fait preuve d'un pouvoir spirillicide particulièrement remarquable. Ehrlich lui-même signala le premier la guérison très rapide d'une angine ulcéreuse à la suite d'une injection d'arsenobenzol.

Dans les mêmes conditions, Rumpel (1) pour des angines de Vincent, Gerber (2) pour plusieurs stomatites ulcéreuses, Milian pour une balano-posthite fuso-spirillaire obtinrent des résultats excellents. Nous-même (3) avons constaté l'efficacité remarquable des injections intraveineuses dans des fuso-spirilloses graves.

Dans un cas il s'agissait d'une stomatite mercurielle grave, gangréneuse, qui reçut 45 centigrammes d'arsenobenzol en injection intraveineuse. Deux jours après, la fétidité de l'haleine avait entièrement disparu et l'on ne trouvait plus dans la bouche ni bacilles fusiformes ni spirilles. Il est vrai qu'une récidive se produisit quelques jours plus tard, mais une nouvelle injection intraveineuse eut une action aussi favorable que la première, et cette fois définitive.

On peut voir après les injections intraveineuses survenir une forte réaction fébrile et une agitation assez violente. Nous notons ce fait en passant pour recommander de ne pas employer en pareil cas de fortes doses.

Il y avait lieu de penser que les applications locales externes du médicament pourraient donner d'aussi bons résultats. C'est ce qu'ont fait Achard et Flandin (4) qui ont obtenu ainsi la guérison rapide d'une angine de Vincent rebelle. Toutefois cette méthode de traitement excellente dans les formes ulcéreuses ne doit pas être appliquée aux formes gangréneuses. Dans ces cas en effet, l'épaisseur des escarres et aussi la profondeur à laquelle pullulent les spirochètes dans les tissus enflammés sont telles, que le médicament ne peut évidemment pas pénétrer aussi loin qu'il serait nécessaire. C'est là sans aucun doute la raison pour laquelle les applications locales ont échoué dans un cas de noma entre les mains de A. Zuber et P. Petit (loc. cit.). Tout récemment Netter (5) a publié toute une série de cas de stomatites graves traitées avec un plein succès.

Il faut donc recourir aux injections intraveineuses en cas de fuso-spirillose gangréneuse, réservant les applications locales aux formes bénignes. Pour ces dernières on peut employer l'arsenobenzol en solution aqueuse, ou l'appliquer en poudre avec des tampons d'ouate préalablement enduits de glycérine (Sourdel), ou encore le pulvériser avec un insufflateur à iodoforme (Ségard, Roger).

En somme le salvarsan n'a pas été jusqu'ici appliqué d'une manière méthodique aux fuso-spirilloses graves telles que le noma et la gangrène pulmonaire. Nous avons cependant indiqué quelles considérations anatomo-bactériologiques et cliniques obligent à ranger ces affections dans le même cadre nosologique que les stomatites ulcéreuses, la gangrène nosocomiale, etc. Nul doute que l'on doive tirer de l'efficacité thérapeutique des nouveaux composés arsenicaux un argument de plus en faveur de la légitimité de cette classification.

(1) Th. Rumpel. *Aerztlicher Verein in Hamburg*, 25 oct. 1910.
(2) Gerber. *Münch. med. Woch.*, 1911, n° 9.
(3) R. Le Blaye. Stomatite mercurielle traitée par l'arsenobenzol, *Progrès méd.*, 22 juillet 1911 ; — Le diagnostic et le traitement de l'angine de Vincent, *Progrès méd.*, 25 nov. 1911.
(4) Ch. Achard et Ch. Flandin. Angine de Vincent traitée par l'arsenobenzol, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 28 avril 1911.
(5) Netter. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 juillet 1912.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(séance du 1er octobre 1912)

Un projet d'hôpital à Lyon. — On se rappelle qu'une discussion a été soulevée sur ce sujet, discussion à laquelle prirent part MM. Pinard, Vaillard, Mosny, Gilbert-Ballet et Mesureur. Dans l'une des dernières séances qui ont eu lieu, avant les vacances, M. le directeur de l'Assistance publique a réfuté ou contesté nombre d'appréciations et de critiques contenues dans le rapport de M. Mosny et il a énergiquement insisté sur les améliorations apportées, dans ces derniers temps, dans nos hôpitaux parisiens.

M. Mosny a répondu, dans cette séance, à M. Mesureur. Il insiste de nouveau sur l'encombrement des hôpitaux parisiens, sur les mauvaises conditions des consultations externes, de la désinfection du linge sale, des logements du personnel, sur les inconvénients de l'éloignement des cuisines. Enfin, M. Mosny exprime surtout le regret que les médecins des hôpitaux ne soient pas consultés sur la construction des hôpitaux de Paris. Enfin il a constaté que le projet de l'hôpital de Lyon réalisait deux grands principes : permettre à tout hospitalisé de recevoir les soins que nécessite son état de santé; le mettre dans l'impossibilité de constituer pour ses voisins une gêne ou un danger.

M. F. Widal estime qu'il faut reconnaître qu'il a été fait un grand effort, de la part de l'administration, pour améliorer les hôpitaux parisiens. Il cite l'exemple de son service à l'hôpital Cochin. Il y a eu pour la reconstruction de cet hôpital une véritable collaboration — et une collaboration très utile et très effective — entre l'administration et les médecins de cet hôpital. M. F. Widal tient à proclamer qu'il a toujours trouvé auprès de M. Mesureur l'appui le plus efficace.

— Sur la proposition de M. le président, M. Mesureur est adjoint à la commission nommée par l'Académie,

Rapport sur les épidémies. — M. Gaucher, dans ce rapport, insiste particulièrement sur la nécessité de se mieux défendre contre certaines maladies contagieuses, telles que la syphilis, la lèpre, la tuberculose. Il estime également qu'il est de toute nécessité de mieux combattre l'alcoolisme.

Les formes curables de la grande angine de poitrine. — M. Ch. Fiessinger. La grande angine de poitrine, celle dont la douleur s'éveille à l'occasion de la marche ou d'un effort, ne reconnaît pas une cause univoque. Sur un relevé de 80 malades suivis pendant plusieurs années, la coronarite avec oblitération des coronaires se retrouve à son origine aussi bien que l'insuffisance aortique, certaines formes de myocardites, l'hypertension de la néphrite interstitielle, l'obésité et l'aérophagie. Ces deux dernières variétés guérissent presque à coup sûr avec la diététique générale; la coronarite, laquelle reconnaît fréquemment une cause spécifique, cède avec le

traitement mercuriel. Les iodures à faibles doses réussissent dans les douleurs de l'insuffisance aortique ; la digitaline à très faibles doses (1/10 de milligramme) deux fois par semaine, la théobromine et les laxatifs conviennent aux douleurs de la néphrite interstitielle. La production spontanée d'une insuffisance mitrale fonctionnelle par dilatation de l'oreillette, suite d'un effort, est un mode d'amélioration spontanée.

Pour la myocardite, la digitaline à très faibles doses (1/10 de milligramme trois à quatre jours par semaine) et la théobromine sont les meilleurs agents curateurs.

Ajoutons une médication générale qui convient à presque toutes les formes : les nitrites qui toutefois ne soulagent pas les aérophages, la morphine aux doses très faibles de morphine (un milligramme dans les abcès subintrants toutes les trois heures) et surtout le repos prolongé au lit qui les améliore tous, excepté les aérophages, et le système des petits repas composés d'un plat toutes les deux heures et de très faibles quantités de liquide (sept repas par jour). Ce mode d'alimentation assure en général une amélioration immédiate et maintes fois la guérison. A partir de soixante-dix ans, cette guérison est la règle ; pour l'obtenir, la durée du traitement variera de quinze mois à trois ans.

M. Albert ROBIN appuie le dire de M. Ch. Fiessinger qui, dans l'histoire de l'angine de poitrine, introduit des divisions cliniques dont le pronostic comme le traitement peuvent tirer grand profit.

Chez les obèses, la crise prend assez fréquemment les caractères de l'angine de poitrine vraie. Ces malades présentent, souvent aussi, de petites quantités d'albumine dans leurs urines et une tension artérielle quelque peu exagérée. Comme l'a remarqué justement M. Ch. Fiessinger, un traitement de réduction bien conduit fait disparaître les crises ainsi que l'albuminurie et permet d'éliminer l'angine de poitrine organique.

En ce qui concerne les aérophages, le diagnostic est généralement fort difficile, surtout quand, à l'aérophagie, se joignent des fermentations gastriques. M. Robin a vu deux de ces malades succomber brusquement pendant la nuit à la suite d'accès qualifiés d'angine de poitrine organique, alors que la mort était due à une syncope purement mécanique et provoquée par l'extrême distension gazeuse de l'estomac.

M. Ch. Fiessinger rappelle aussi les cas d'angine de poitrine névrosique que M. Robin a décrits chez les grands dyspeptiques et spécialement chez ceux atteints d'hypersthénie gastrique avec hyperchlorhydrie, stase et fermentations secondaires. Dans ces cas, la distinction d'avec l'angine de poitrine vraie est relativement facile, et se fonde sur l'intégrité du cœur et des vaisseaux, la coexistence de troubles dus à l'hypersthénie gastrique, la répétition des crises, leur survenance sous l'influence des repas et non de la marche, ou des efforts, enfin par leur guérison facile et rapide à l'aide d'une alimentation choisie, de l'emploi des modérateurs de la sécrétion gastrique avant les repas, de la saturation du contenu gastrique à la fin des repas, et de l'administration des alcalino-terreux associés au bicarbonate de soude, au moment où la crise survient.

Cette influence favorable du traitement antidyspeptique s'exerce aussi dans nombre de cas où la viciation des fonctions stomacales intervient à titre de condition sollicitante des crises angineuses, particulièrement chez les aortiques et les myocarditiques et plus rarement chez les angineux par coronarite.

M. Robin conclut donc, avec M. Ch. Fiessinger, que la thérapeutique n'est pas aussi désarmée qu'on le pense contre les angines de poitrine en général, et que, dans nombre de cas, un traitement bien conduit peut atténuer singulièrement la rigueur de leur pronostic.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 340, 25 août 1912.) BELOT : Etude critique des traitements de l'hypertrichose. — NOGIER et REGAUD : Recherches sur les transformateurs. — ROPIQUET : Refroidissement par circulation d'air. — MARQUÈS : Réaction précoce profonde après irradiation Rœntgen. — LAQUERRIÈRE et LOUBIER : Quelques observations de radiothérapie gynécologique.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 8, août 1912.) DELORME : Une inspection générale médicale au Maroc en 1908. — POUY : La méningite cérébro-spinale dans le gouvernement militaire de Paris, pendant la période triennale 1909-1910-1911. — BONNETTE : Ventilateur à lame mobile.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 14, 25 août 1912.) ARDIN-DELTEIL, M. RAYNAUD et M. COUDRAY : Poliomyélite et fièvre typhoïde.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 28, 11 juillet 1912.) KOCHER : Sur le goitre et le traitement du goitre. — SCHWARTZ : Examen radiologique de l'intestin fondé sur une diète normale de contraste. — POPPER et FRANKL : Action des principaux alcaloïdes de l'opium sur l'intestin. — PETRUSCHKY : Recherches avec succès pour débarrasser les porteurs de germes par l'immunisation active. — SACHS : Infection et fièvre d'infection pendant l'accouchement. — KRÆMER : Phénomènes prémonitoires des tromboses et des embolies. — SCHMITT : Nouvelles expériences avec le salvarsan. — NAKANO : Sur la culture du spirochæte pallida. — SCHERESCHEWSKI : Culture des spirochètes de la syphilis. — VULPIUS : Traitement de la tuberculose par le sanatorium. — BLEGWAD : Anesthésie du tympan. — FLEMMING : Evanouissement en ballon. — (N° 29, 18 juillet.) PETERS : Diagnostic et traitement de l'ophtalmie sympathique. — SULTAN : Suppuration métastatique extradurale. — HAHN : Infection diphtérique et immunité diphtérique. — NŒHTE : Casuistique et traitement de la crampe des écrivains. — STEINER : Iodocitine et artériosclérose. — SOHLERN : Recherches sur l'emploi des chiffres indicateurs d'Oppenheim pour représenter l'état de la nutrition. — HIRSCHBERG : Sur les psychoses dans le typhus pétéchial. — NIELSEN-GEYER : Expériences sur les sources d'erreur dans le sérodiagnostic de la syphilis. — KIRCHBERG : Traitement des cicatrices. — (N° 30, 25 juillet.) UMBER : Indication et prophylaxie des interventions chirurgicales chez les diabétiques. — WOLFSOHN : Thyréosis et anaphylaxie. — HESS : Le bacterium coli comme agent de suppuration. — LIPPMANN : La néphrite hémorragique dans le purpura. — ENGELHARD : Examen de l'ouïe dans la neurofibromatose. — VAS : Sur une source d'erreur dans la recherche du sang par la phénolphtaléine. — ONDREJOVICH : Nouveau procédé de recherche de l'albumine. — HIROSE : Sur la galactosurie dans les maladies du foie et les névroses. — LURIA : Mégasigmoïde comme cause d'une constipation de quatre mois. — HERTZ : La déviation du complément dans les cas de kystes hydatiques.

Medizinische Blätter. — (N° 12, 15 juin 1912.) OPPENHEIM : Etat actuel du traitement par le salvarsan. — (N° 13, 22 juillet et n° 14, 29 juillet.) HLAVA : Sur le typhus exanthématique. — (N° 15, 3 août.) CATHEART : Traitement des fractures simples. — HLAVA : Sur le typhus exanthématique. — (N° 16, 17 août.) CATHEART : Traitement des fractures simples. — (N° 17, 7 septembre.) HORBACZEWSKI : Contribution expérimentale sur l'étiologie de la pellagre. — ALBERT : Emploi thérapeutique de la liqueur ferro-valérianique de Riehel. — LAU : Mes expériences avec l'ovaradentriferrine.

NOTES POUR L'INTERNAT

HÉMORRAGIES MÉNINGÉES

(CÉRÉBRALES) (1)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Nous ne reviendrons pas ici sur la classification de ces hémorragies et les restrictions qu'il convient d'apporter à cette division.

a. **Hématome sus-dure-mérien.** — Il s'observe à la suite d'une lésion des os du crâne ou de la piqûre d'un sinus : l'épanchement décolle alors la dure-mère sans dépasser les sutures, même lorsqu'elles sont très rapprochées; aussi pour réaliser par exemple à la suite d'une lésion du sinus longitudinal supérieur un épanchement bilatéral, faut-il une double piqûre du sinus. L'hématome sus-dure-mérien, comme quelquefois d'ailleurs l'hématome sous-dure-mérien, peut se produire également après la rupture d'un vaisseau méningé, spécialement après une lésion du tronc de l'artère méningée moyenne, soit au niveau du point où elle pénètre dans le trou petit rond, soit au niveau du point où elle se divise, c'est-à-dire au niveau du ptérion; il en résulte un épanchement sus-dure-mérien ou sous-dure-mérien s'il y a eu déchirure de la dure-mère; cet épanchement se fait dans la *zone décollable*, de Gérard Marchant, zone qui s'étend, d'avant en arrière, du bord postérieur des petites ailes du sphénoïde jusqu'à 2 ou 3 centimètres de la protubérance occipitale interne, et de haut en bas, de la faux du cerveau à une ligne partant du bord postérieur des petites ailes du sphénoïde et passant au-dessus du sinus latéral : l'épanchement sanguin adhère à la surface externe de la dure-mère; il est constitué par des caillots, avec, au niveau de l'artère, du sang artériel. Chez l'enfant, l'épanchement sus-dure-mérien peut devenir extracranien (céphalématome).

b. **Hématome de la dure-mère.** — L'aspect macroscopique que prend l'épanchement sanguin méningé, son organisation, l'ont fait décrire par Cruveilhier, Virchow, sous le nom de pachyméningite hémorragique, d'hématome de la dure-mère. La description anatomique de cette variété d'hémorragie comprend deux éléments : les fausses membranes qui se développent tout d'abord, l'hémorragie qui se produit ensuite grâce à la rupture des néo-vaisseaux développés sous l'influence de l'inflammation préexistante. Pour Virchow et Cruveilhier, la production des fausses membranes est le fait primitif, l'hémorragie est secondaire. Pour Baillarger, au contraire, l'hémorragie serait primitive et l'enkystement se ferait à la périphérie du caillot qui s'organiserait peu à peu. La théorie de la pachyméningite hémorragique (Virchow) est la plus communément admise; néanmoins il peut se faire parfois, à la suite d'une hémorragie méningée quelconque, primitive, que l'épanchement sanguin puisse à la longue, et dans certaines conditions, s'organiser. Cet hématome siège de préférence au lobe pariétal, plus rarement au lobe frontal ou occipital; à la base du crâne, il siège dans la fosse moyenne. Il constitue un véritable kyste qui refoule le cerveau; il peut subir diverses transformations : il peut devenir séreux, purulent, ou subir la calcification.

c. **Hémorragie sous-arachnoïdienne.** — A l'autopsie, lorsque la mort a été rapide, on trouve une grande quantité de sang épanché dans la cavité arachnoïdo-pie-mérienne, sous forme de caillots, surtout abondants au niveau du vaisseau rompu, spécialement dans les hémorragies ventriculaires et corticales : lorsque l'hémorragie est primitivement ventriculaire, il peut se faire que le liquide céphalo-rachidien ne soit pas sanguinolent, par suite de l'obturation des orifices de communication. Il en est de même quelquefois lorsque l'hémorragie est corticale et qu'une oblitération se produit au niveau du trou occipital. Quelquefois, enfin, le sang parvient aux espaces sous-arachnoïdiens après avoir dilacéré la substance blanche de l'encéphale (hémorragies cérébro-méningées). La connaissance de ce dernier groupe d'hémorragie est due spécialement aux renseignements qu'a pu fournir à leur sujet la ponction lombaire.

PONCTION LOMBAIRE. — Grâce en effet à la ponction lombaire pratiquée d'une manière de plus en plus courante, depuis que MM. Tuffier et Milian (1902) en eurent montré l'importance comme moyen de diagnostic et grâce surtout aux recherches de MM. Chauffard et Froin sur le liquide céphalo-rachidien, l'histoire des hémorragies méningées s'est précisée et complétée : résumons rapidement les données récemment acquises à ce sujet.

La ponction lombaire montre tout d'abord une hypertension du liquide céphalo-rachidien qui s'écoule en jet et qui est teinté uniformément par le sang. L'abondance de l'hémorragie peut s'apprécier par la coloration plus ou moins sanglante du liquide céphalo-rachidien, par le volume du caillot après centrifugation, par la numération des hématies que contient le liquide. MM. Bard et Sicard ont insisté sur le chromo-diagnostic, c'est-à-dire sur les différentes teintes que peut revêtir parfois le liquide selon qu'il s'agit de méningite ou d'hémorragie (liquide jaune, vert, rosé, etc.). Le liquide sera recueilli dans trois tubes qui devront être à peu près uniformément teintés par le sang, pour que l'on soit en droit d'affirmer qu'il s'agit bien d'une hémorragie sous-arachnoïdienne, et non de la piqûre accidentelle d'un vaisseau. Les ponctions en série montrent l'atténuation graduelle de la teinte sanguinolente, tandis qu'apparaît une teinte plus ou moins jaune. M. Widal a mis en évidence dans ce liquide la présence de pigments biliaires, fait important puisqu'il constitue une des preuves de la biligénie locale, en dehors de toute action du foie.

Dans les hémorragies des ventricules latéraux où très facilement un caillot peut oblitérer la communication avec les espaces sous-arachnoïdiens, le liquide peut être à peine teinté; dans les hémorragies sous arachnoïdiennes pures, au contraire, le liquide est très teinté et peut contenir 2 000 000 de globules rouges par millimètre cube.

En l'absence d'irritation méningée, l'on n'observe jamais de coagulum fibrineux, alors qu'au contraire le sang provenant de la piqûre d'un vaisseau se coagule assez rapidement.

La résorption du sang se fait par un procédé assez complexe bien étudié par Froin, et dont les différentes phases sont les suivantes : l'hématophagie, la globulolyse, l'hémoglobinolyse, l'antiglobulolyse. Lorsque la résorption sanguine est assez avancée le liquide prend une teinte jaune verdâtre ou xanthochromique, ou quelquefois légèrement rosée due à l'hémoglobine : tout au début l'on peut avoir aussi une teinte jaune, lorsqu'il y a eu épanchement assez abondant, il s'agit alors de l'exsudation du sérum. L'examen cytologique montre suivant l'époque de l'hémorragie, diverses réactions cellulaires. Au début l'on observe uniquement dans le culot des globules rouges, puis apparaissent des hémato-macrophages d'origine endothéliale et des polynucléaires, puis plus tard des lymphocytes et des éosinophiles.

Il faut encore signaler la présence d'albumine en quantité variable suivant l'importance de l'hémorragie, la perméabilité des méninges à l'iodure de potassium dans certains cas, particulièrement graves, une légère élévation du point cryoscopique; enfin assez fréquemment de l'urobiline a été retrouvée dans les urines à partir du deuxième et du troisième jour et l'examen du sérum sanguin a montré que la réaction de Gmelin était rarement positive.

Tels sont les renseignements que fournit au clinicien la ponction lombaire. Non seulement elle est indispensable pour affirmer un diagnostic, mais encore pratiquée systématiquement plusieurs jours de suite, elle constitue aussi, nous le verrons plus loin, le véritable traitement de cette affection.

La seule restriction à apporter à ces considérations générales, c'est que, contrairement à ce que l'on a cru pendant longtemps, la constatation du sang dans le liquide céphalo-rachidien ne doit pas entraîner nécessairement le diagnostic de fracture du crâne.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 110.

Traité de la rage, par V. Babès, professeur à la Faculté de médecine, directeur de l'Institut de pathologie et de bactériologie de Bucarest. Gr. in-8° de 677 pages, avec 11 figures. — Prix : 16 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.


administration prolongée
de
GAÏACOL INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
par le THIOCOL "ROCHE"
uniquement sous forme de
SIROP "ROCHE"
COMPRIMÉS "ROCHE"
CACHETS "ROCHE"
échantillon et littérature
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges.
PARIS.
Sirop Roche
Ch. Weiss
Comprimés Roche
Roche
de Thiocol

N° 114. — SAMEDI 5 OCTOBRE 1912. 85e ANNÉE. SAMEDI 5 OCTOBRE 1912. — N° 114.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Dalché, Florand, Bergé, Cunéo, Mouchet (qui acceptent); MM. Macaigne, Moutard-Martin, Heitz-Boyer, Ed. Schwartz et Doléris (qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation).

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 2 octobre. — Question donnée : « Symptômes et diagnostic de l'insuffisance aortique. »

MM. Lecarpentier-Duboscq, Pigney et Magnan, 11 ; Prudot d'Avigny, 7; Montlaur, 13; Merlier, 14; Nantet, 17; Jacquemin-Guillaume, 9 ; Papin (Edouard), 16; Le Coulm, 8; Loyer, 11; Lafond, 9; de Montalent, 11; Popesco-Pascano, 12; Maechler, 6 ; Poirier, 8; Laplane, 17 ; Omont, 16; Lacroix, 15; Malon, 16.

Séance du 3 octobre. — Question donnée : « Examen clinique d'un albuminurique. »

MM. Lebègue, 10 ; Mornard, 12; Plagoust et Boudry, 13; Panas, 12; Nazim, 9; Le Chaux et Raoul, 12; Milet, 11; Lancesseur, 16; Pignol, 17; Lappin, 8; Pinto, 16; Jalbaud, 15; Poussin, 10; Miltos, 9; Mlle Némirovsky, 16; MM. Paumelle, 20; Pelbois, 13.

Anatomie. — Séance du 2 octobre. — Question donnée : « Muscles masticateurs (sans leurs rapports). »

MM. Estubial, 9; Hervouët, 12; Gromier, 14; Ferrier (Louis), 18; Hérisson, 15; Favrel, 14; Flammarion, 12; Girardin, 15; Hyvernaud, 14; Ferrier (Pierre), 16; Gellé, 14; Grünberg (Arthur), 14; Duchein, 5; Dubs, 12; Dupret, 13; Fumet, 9; Guillet, 12; Ducomet 12 1/2.

LES EAUX D'ALIMENTATION DE PARIS. — Une délégation de la sixième commission du Conseil municipal, présidée par M. Puech, vient d'accomplir un voyage d'études pour améliorer l'alimentation de Paris en eau potable. Ses investigations ont porté sur les projets de captation des eaux du Val-de-Loire, du Léman et du lac de Neuchâtel, après avoir visité les travaux en cours en vue de capter de nouvelles sources dans la région du Loing et du Lunain. Elle s'est également arrêtée à l'usine de stérilisation des eaux de Villener. Il a paru à la délégation que certaines des propositions qui avaient été soumises au Conseil municipal n'étaient pas au point, de telle sorte qu'il n'est pas possible, à l'heure actuelle, de procéder par comparaison et de se prononcer pour un projet de préférence à un autre.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la trente-neuvième semaine, 730 décès, au lieu de 699 pendant la semaine précédente et au lieu de 783, moyenne ordinaire de la saison.

La fièvre typhoïde a causé 8 décès au lieu de 3 la semaine précédente (moyenne 6). Le nombre des cas nouveaux est de 40 au lieu de 47 la semaine précédente (moyenne 48).

La diphtérie a causé 8 décès, au lieu de 4 pendant la semaine précédente, la moyenne est 3. Le nombre des cas nouveaux signalés par les médecins est de 27, au lieu de 29 précédemment, et au lieu de la moyenne 34.

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET DE BACTÉRIOLOGIE. (Professeur : M. Pierre MARIE.) — LES MÉTHODES DE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE APPLIQUÉES A LA CLINIQUE. — MM. Gougerot, agrégé, et Abrami commenceront une série de quinze démonstrations et exercices pratiques le lundi 14 octobre 1912, à trois heures trente, au laboratoire d'anatomie pathologique et de bactériologie de l'Ecole pratique (premier étage, porte à gauche), et les continueront aux mêmes heures, les lundis, mercredis, jeudis, vendredis et samedis suivants.

Programme. — Les sérodiagnostics : agglutination de Widal. — Les réactions de fixation : réaction de Wassermann. — Diagnostic biologique des pleurésies et des ascites, des méningites (cytodiagnostics). — Ictères hémolytiques et hémolysines. — Insuffisance hépatique. — Examen des crachats. — Examen du suc gastrique. — Vaccins de Wright et opsonines. — Fonctions rénales : cytodiagnostic, urémie, chlorurémie, cryoscopie, perméabilité rénale, albumines, peptones, hématuries. — Azotémie. — Glycosuries et coma diabétique.

Le droit à verser pour cette série est de 60 francs.

Sont admis tous les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés. Des certificats seront délivrés à la fin des exercices.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) de midi à trois heures.

Deux séries de démonstrations sont faites chaque année : l'une en octobre-novembre, l'autre en mai-juin, soit avant, soit après les démonstrations de diagnostic bactériologique.

REVUE GÉNÉRALE

LES PARALYSIES RADICULAIRES
DU PLEXUS BRACHIAL (1)

Par Spyridion N. ŒCONOMOS,
Interne des hôpitaux de Montpellier.

X

Diagnostic. — *A.* Diagnostic positif. — Le diagnostic positif des paralysies radiculaires se base sur :

1° L'*interrogatoire du malade* qui renseigne sur les antécédents héréditaires et personnels, dans lesquels on peut trouver plusieurs tares organiques (tuberculose, syphilis, alcoolisme, arthritisme, névroses, maladies infectieuses aiguës) et sur les causes de l'affection.

2° L'*inspection* du membre, qui indique les attitudes pathologiques et les troubles trophiques portant sur les muscles, articulations, peau et les phanères.

3° La *palpation* qui révèle la différence de température entre le membre sain et le membre malade, la perte de la tonicité musculaire, la diminution du volume du membre.

4° La *mensuration* qui montre également la diminution du volume du membre malade comparé à celui du membre sain.

5° L'*exploration de la motilité* qui doit porter successivement sur les muscles de la main et surtout du pouce, sur les muscles de l'avant-bras, sur les muscles du bras et de l'épaule.

6° L'*étude des réflexes* olécraniens, réflexes du long supinateur, des radiaux, des fléchisseurs de la main.

7° Les *troubles sensitifs* aussi bien objectifs que subjectifs.

8° L'*examen électrique* qui est d'une importance capitale.

9° Enfin sur l'*examen des différents appareils* du malade et surtout de la *pupille*.

B. Diagnostic différentiel. — Le diagnostic différentiel de paralysie radiculaire se pose au clinicien dans trois conditions bien différentes selon que la paralysie est du type total, supérieur ou inférieur.

I. *Paralysie radiculaire totale.* — Dans ce cas, qui est le plus fréquent et le plus intéressant, le problème consiste à reconnaître l'origine d'une monoplégie brachiale. Or, il est différent suivant que celle-ci est apparue à la suite d'un traumatisme ou non.

1° *Paralysies traumatiques.* — α. *Immédiatement après un violent traumatisme de l'épaule*, on constate une impotence du membre supérieur. Il faut s'assurer d'abord qu'il ne s'agit point d'une immobilisation volontaire dans le but d'éviter la douleur, au *cas de fracture de la clavicule*, du *col de l'humérus* ou de *luxations de l'épaule.* Le diagnostic immédiat est d'ailleurs parfois impossible mais au bout de quelques jours en général on peut s'assurer qu'il y a ou non paralysie. D'autre part la *luxation de l'épaule* non réduite a, par l'attitude du bras en abduction, par l'aplatissement de l'épaule, par la sensation de la tête humérale en position extraglénoïdienne, une symptomatologie assez précise pour éviter toute erreur. Dans la *fracture du col de l'humérus*, l'ecchymose tardive, la douleur limitée et précise, la sensation des fragments, la crépitation osseuse et la radiographie facilitent le diagnostic.

β. On peut confondre les paralysies traumatiques et la *monoplégie hystérique du bras*, et ici le diagnostic différentiel est d'une importance capitale. Comme la lésion totale du plexus brachial, l'hystérie donne lieu à une paralysie flasque avec anesthésie. Cependant dans l'hystérie la paralysie ne survient pas immédiatement, mais après une période d'incubation plus ou moins prolongée, pendant laquelle le malade *couve sa paralysie* : la paralysie hystérique est quelquefois fugace, se déplace facilement sous l'influence de l'auto-suggestion ou des aimants (*transfert*). Dans la paralysie hystérique il n'y a pas de troubles de la tonicité et le phénomène *de flexion exagérée de l'avant-bras* n'existe pas. Dans l'hystérie l'anesthésie remonte jusqu'à la racine du membre, où elle s'arrête brusquement, en forme de manche de veste ; tandis que dans la lésion du plexus elle respecte la face interne du bras comme nous l'avons vu. Au niveau du point traumatisé il existe souvent une zone spasmogène dont la pression ou le contact peuvent provoquer une crise hystérique convulsive ; les troubles des réactions électriques, l'amyotrophie, dans presque tous les cas, manquent chez l'hystérique. Enfin l'examen complet du malade retrouve dans les antécédents personnels un état de névrosisme, d'émotivité exagérée, de crises nerveuses et l'examen objectif révèle des stigmates hystériques : zones hystérogènes, abolition du réflexe pharyngien, rétrécissement du champ visuel, etc.

2° *Paralysies non traumatiques.* — En dehors de toute cause traumatique antérieure le diagnostic différentiel est plus difficile.

α. *La maladie de Parrot, la disjonction épiphysaire des nouveau-nés syphilitiques, la pseudo-paralysie syphilitique* sont caractérisées par de la douleur et de la tuméfaction de la région juxta-épiphysaire, par la mobilité de la diaphyse sur l'épiphyse, par l'absence de paralysie et de troubles des réactions électriques, enfin par l'existence de stigmates d'hérédo-syphilis, ou d'hérédo-dystrophie.

β. Il en est de même de l'*ostéomyélite des nourrissons* caractérisée par des douleurs vives, de la fièvre et des phénomènes généraux graves.

Ces diverses affections simulant une monoplégie brachiale étant éliminées, il faut déterminer si cette monoplégie est d'origine corticale, centrale, médullaire, radiculaire ou tronculaire.

γ. *Paralysies cérébrales.* — Elles sont rares, n'appartiennent qu'aux lésions corticales (centre du membre supérieur dans la région rolandique); les lésions de la capsule interne ou du faisceau pyramidal dans son trajet sous-jacent ne sont pas assez localisées pour amener une simple monoplégie. Les paralysies cérébrales vont en général avec d'autres manifestations cérébrales (aphasie, épilepsie corticale), s'accompagnent de contracture, d'exagération des réflexes tendineux à un moment donné, enfin l'amyotrophie manque et l'anesthésie regresse assez vite.

δ. *Paralysies médullaires.* — De par la topographie seule des troubles moteurs et sensitifs, on ne saurait les distinguer des paralysies radiculaires. On tend en effet à admettre de plus en plus que les localisations *segmentaires* de la moelle sont superposables aux localisations *radiculaires.* — *a.* La *paralysie infantile* peut amener une monoplégie brachiale qui rétrospectivement pourrait simuler une paralysie

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 111, p. 1535.

obstétricale, mais la paralysie infantile est exceptionnelle pendant les premières années; elle a un début fébrile; n'a pas de troubles sensitifs; la paralysie se localise à certains groupes musculaires qui s'atrophient en masse, enfin les signes oculo-pupillaires manquent ici. — *b.* C'est par des caractères analogues que se reconnaîtra chez l'adulte la *paralysie spinale aiguë de l'adulte.* — *c.* La *syringomyélie* peut se montrer avec l'apparence d'une monoplégie brachiale lente et atrophique; mais on la reconnaîtra à la dissociation syringomyélique de la sensibilité, qui est rare et incomplète dans les paralysies radiculaires; à l'existence de la cypho-scoliose, à l'exagération des réflexes tendineux, à la gravité des troubles trophiques au niveau des doigts. — *d.* L'*hématomyélie* peut, survenant après un traumatisme même obstétrical, simuler une paralysie radiculaire. Mais la paralysie est rarement limitée au membre supérieur, l'évolution est courte et la survie exceptionnelle.

ε. *Paralysies par lésions des nerfs du bras.* — Toute paralysie intéressant intégralement le domaine d'un nerf périphérique ne saurait être d'origine radiculaire, puisque chaque racine du plexus brachial fournit des filets à plusieurs nerfs. Les lésions atteignant toutes les branches terminales du plexus dans le creux de l'aisselle ou le plexus lui-même dans la région sus-claviculaire se traduisent par des symptômes identiques à ceux des paralysies radiculaires. La plupart du temps il s'agit de lésions de voisinage accessible, *adénopathies*, *tumeurs de la région.* Les *hémorragies du creux de l'aisselle* peuvent produire une véritable paralysie « apoplectiforme » du bras. Disons enfin que la *névrite périphérique* sera révélée par ses douleurs spontanées, par la réaction douloureuse des troncs nerveux à la pression, par son début et par son évolution.

II. *Paralysies radiculaires supérieures.* — Outre les différentes affections précédemment citées, elles doivent être diagnostiquées avec :

1° L'*atrophie musculaire à type facio-scapulo-huméral de Landouzy-Déjerine, la forme juvénile de Erb.* — Ce diagnostic se posera spécialement dans le cas de paralysie radiculaire double, car il est relativement très rare que les myopathies à type scapulo-huméral ne soient pas symétriques. Mais ici il n'y a ni douleurs, ni troubles de la sensibilité, ni réaction de dégénérescence; il n'y a de paralysie que proportionnellement à l'atrophie des muscles : caractères en opposition avec ceux des paralysies radiculaires doubles. Ajoutons qu'on y trouve le caractère héréditaire et familial, les déformations du thorax, et la marche lente.

2° La *paralysie spinale subaiguë de Duchenne* peut débuter par le membre supérieur et simuler une paralysie radiculaire supérieure, mais l'erreur ne durera qu'un laps de temps bien court, car la marche de l'affection est envahissante et progressive; la paralysie avec atrophie s'étend aux muscles du tronc, aux muscles de la respiration, le malade mourra asphyxié.

3° Les *poliomyélites chroniques et l'amyotrophie myélopathique à type scapulo-huméral de Vulpian* se caractérisent par leur évolution lente, les contractions fibrillaires, la marche progressive.

4° Dans *la sclérose latérale amyotrophique*, les contractures, l'exagération des réflexes tendineux, la fréquence des troubles bulbaires, l'existence de tremblements fibrillaires, la marche rapide et progressive assureront le diagnostic.

5° En ce qui concerne la *syringomyélie*, que nous retrouvons ici, nous n'avons qu'à rappeler ce que nous avons dit au sujet des troubles trophiques et de la thermoanesthésie; il est cependant des cas exceptionnels où le diagnostic est très difficile.

6° Les *amyotrophies réflexes*, survenant après une lésion articulaire, peuvent être bilatérales, après un traumatisme unilatéral; mais la notion de l'arthrite ou traumatisme articulaire, l'absence de troubles des réactions électriques, l'exagération très nette, les réflexes tendineux permettront le diagnostic.

7° L'*intoxication saturnine* peut réaliser, soit par névrite, soit par lésion centrale, le type Duchenne-Erb. Mais dans le saturnisme, la paralysie ne reste que rarement aussi localisée. L'affection se sera développée lentement. De plus, les antécédents du malade, la notion de sa profession, les causes occasionnelles de l'empoisonnement par le plomb, les autres symptômes de l'intoxication (coliques de plomb, liséré saturnin, etc.) assureront le diagnostic.

III. *Dans les paralysies radiculaires inférieures*, le diagnostic doit être fait d'avec : les *amyotrophies myélopathiques*, la *sclérose latérale amyotrophique*, la *paralysie infantile*, la *syringomyélie*, l'*hématomyélie cervicale*, les *plaies des nerfs*, les *névrites professionnelles*, les *névrites périphériques*, l'*amyotrophie du type* Charcot-Marie, etc. Le diagnostic se basera ici sur le syndrome oculo-pupillaire, sur le mode de début de l'affection, sur sa marche et sur les symptômes concomitants.

C. Diagnostic étiologique. — Dans les paralysies *traumatiques* souvent la cause est évidente, cependant il ne faut point perdre de vue que les traumatismes répétés de la région claviculaire peuvent en être l'origine, et qu'un certain nombre d'entre elles sont *professionnelles* (maçons, portefaix se servant de bretelles).

En l'absence de tout traumatisme il faut explorer avec soin le creux axillaire, la région sus-claviculaire, cervicale latérale, afin de s'assurer qu'il n'y a aucun agent de *compression*, tumeur, adénopathie, exostose, anévrisme.

On doit aussi penser, surtout s'il s'agit de paralysies bilatérales, à une affection des méninges cervicales ou du rachis.

Enfin après avoir envisagé toutes ces hypothèses on pansera à la névrite.

D. Diagnostic de siège. — Pour déterminer le siège de la lésion ayant amené la paralysie radiculaire du plexus brachial on utilise certains signes : les phénomènes oculo-pupillaires et la paralysie de certaines branches collatérales des racines, entre autres

α. Le *syndrome oculo-pupillaire* (Mlle Klumpke), quand il existe dans les paralysies radiculaires inférieures ou totales, indique que la lésion est voisine de la moelle siégeant au point d'émergence des nerfs du plexus brachial et intéressant le rameau communiquant du premier nerf dorsal. Lorsqu'il fait défaut, on peut en conclure qu'elle siège au delà du premier rameau communiquant, c'est-à-dire entre le trou de conjugaison et le plexus lui-même.

L'importance du *syndrome oculo-pupillaire* pour faire le diagnostic du siège de la lésion est un fait sur lequel tous les neurologistes (Raymond, Déjerine, etc.) ont insisté. Par contre l'étude de la paralysie des branches collatérales du plexus brachial

n'a qu'une valeur assez restreinte pour déterminer le siège précis de la lésion.

β. La participation du *grand dentelé* peut donner des indications importantes pour le diagnostic topographique dans les paralysies radiculaires supérieures, puisque son nerf naît des cinquième et sixième racines cervicales en dehors des apophyses transverses, au niveau d'un point fixe chez les divers sujets ; mais il faudra se souvenir que parfois aussi il tire ses origines des cinquième, sixième et septième racines.

γ. La participation du *nerf sus-scapulaire* qui innerve les muscles sus et sous-épineux n'a qu'une valeur tout à fait restreinte pour déterminer le siège exact de la lésion, puisque ce nerf naît tantôt directement du segment d'origine du plexus, tantôt de son segment de constitution. De plus il vient totalement ou partiellement de la quatrième racine cervicale, il peut donc ne pas être atteint, si la lésion de la cinquième racine est une lésion haute.

δ. Il en est de même des nerfs sous-scapulaires (qui vont au muscle du même nom), du rhomboïde, de l'angulaire et du grand dorsal, car l'origine radiculaire de ces nerfs est trop variable, ainsi que le niveau de cette origine (Duval et Guillain).

ε. Enfin le diagnostic du siège de la lésion radiculaire se basera aussi sur la notion étiologique, sur la symptomatologie concomitante, sur la marche de la maladie et surtout sur son mode de début. Avec tous ces éléments, il sera presque toujours très facile de déterminer le siège de la lésion radiculaire.

Quant à déterminer s'il s'agit d'une paralysie radiculaire intrarachidienne ou d'une paralysie du plexus proprement dit, il faut avouer que sans la notion étiologique, ce diagnostic est presque impossible. Seules, les paralysies des branches terminales du plexus seront différenciées avec facilité des paralysies du type radiculaire.

XI

Pronostic. — Le pronostic des paralysies radiculaires du plexus brachial varie :

1° *Suivant l'âge du malade.* Une paralysie radiculaire chez un nouveau-né comporte toujours un pronostic beaucoup plus sévère. Chez l'enfant le tissu nerveux étant d'une fragilité très grande, le retentissement sur la moelle est beaucoup plus fréquent. La gravité sera aussi due aux troubles trophiques du squelette, qui subit un arrêt plus ou moins complet dans son développement. Enfin, Zimmern admet que des enfants, atteints de paralysie radiculaire à leur naissance, peuvent présenter dans la suite un membre bien constitué, mais ne pas savoir s'en servir.

2° *Un second facteur important dont il faut tenir compte est la cause de la paralysie.* Ainsi une paralysie radiculaire, due à une pachyméningite syphilitique, a un pronostic beaucoup moins grave qu'une paralysie due à une tuberculose, ou à un cancer des vertèbres. Dans le cas de plaies ayant sectionné les racines, la lésion est irréparable spontanément et la régénération des nerfs n'a pas été signalée.

3° *Dans les paralysies traumatiques, il faut tenir compte de l'intensité du traumatisme* qui a pu rompre les racines, les arracher ou au contraire ne produire que des lésions bénignes.

4° *Un autre facteur important est le terrain sur lequel évolue l'affection.* Les paralysies, chez des sujets soumis à diverses intoxications exogènes ou endogènes, ont une gravité toute spéciale. La névrite ascendante est alors très fréquente.

Nous voyons donc en résumé que l'examen clinique nous fournit certains renseignements importants au point de vue du pronostic de la paralysie en elle-même. Mais il ne nous fournit aucun moyen d'apprécier la durée de l'affection.

5° *Enfin seul l'examen électrique des nerfs et des muscles* pourra nous renseigner sur ce point important. Ainsi au point de vue pronostique, on peut en se basant sur les différentes réactions electriques des nerfs et des muscles, créer quatre classes différentes :

A. *Dans la première catégorie* rentrent les cas où le nerf et le muscle ne présentent que de l'hyperexcitabilité, ou de l'hypoexcitabilité faradique ou galvanique. Le caractère de la secousse est bon, elle est vive et rapide. Dans ce cas le pronostic est bon et la guérison rapide.

B. *Puis vient une classe*, où nous avons de la *dégénérescence dite partielle*, c'est-à-dire que le nerf répond encore au courant faradique et au courant galvanique, que le muscle présente de l'hypoexcitabilité au faradique et au galvanique, avec de l'égalité polaire, de l'inversion de la formule, ou même la formule normale, mais avec une contraction ralentie. La durée de la paralysie sera plus longue, mais le pronostic sera bon et la guérison sera parfaite, si le traitement bien compris est institué de suite.

C. *Dans une troisième catégorie* de faits, le nerf sera inexcitable au faradique et au galvanique, les muscles présenteront de l'inexcitabilité faradique, de l'hyper ou de l'hypo-excitabilité galvanique avec $PF > NF$, ou bien $PF = NF$, ou même $NF > PF$ mais avec la contraction lente et souvent la réaction de Remack-Doumer. Ces cas sont considérés par beaucoup d'auteurs comme désespérés. Cependant Dufour (Th. de Lyon, 1910) admet que le pronostic, quoique très sérieux, est loin d'être désespéré. Cet auteur rapporte dans sa thèse les observations de malades chez qui il a trouvé de la dégénérescence totale et où l'évolution vers la guérison fut longue et demanda pour être complète plusieurs années.

D. *Enfin dans une quatrième catégorie*, on ne trouve plus aucune excitabilité tant au faradique qu'au galvanique des nerfs et des muscles. Le pronostic est ici désespéré, il n'y aura ni guérison, ni même amélioration, car la dégénérescence, musculaire et nerveuse, est complète.

Le plus souvent on ne trouve pas nettement les quatre catégories précédentes, mais on trouve chez le même sujet les muscles atteints à des degrés différents.

Enfin il faut signaler que le retour de la motilité précède le retour à l'état normal des réactions électriques. Au contraire si les réactions électriques réapparaissent avant les contractions volontaires il faut penser à la contracture qui va se produire, par suite de l'atteinte de la moelle et de la lésion des cordons latéraux.

XII

Traitement. — Le traitement d'un malade, atteint de paralysie radiculaire, devra être méthodique, pour être efficace. Il peut être prophylactique ou curatif, ce dernier devant porter sur la paralysie elle-même et sur sa cause.

A. *Traitement prophylactique.* — Les paralysies obstétricales, celles de la position de Trendelen-

bourg, les paralysies consécutives au port de trop lourds fardeaux, peuvent être évitées.

B. *Traitement curatif.* — Il comprend, comme nous l'avons dit, le traitement de la paralysie et le traitement étiologique.

I. Traitement de la paralysie elle-même : il peut être médical ou chirurgical.

1° Le *traitement médical* comprendra des bains de bras avec de l'eau chaude salée, des frictions à l'alcool camphré et au baume de Fioravanti, des massages et des mouvements passifs et actifs des articulations. Enfin un traitement d'une importance capitale pour la paralysie est l'*électrothérapie* sur laquelle nous allons maintenant insister.

Parmi les différentes modalités électriques qui ont été appliquées au traitement des paralysies, les courants faradiques et galvaniques sont de beaucoup les plus employés ; mais ils doivent être appliqués d'une façon scientifique et par des médecins compétents.

Dans les *paralysies dues à des névrites infectieuses ou toxiques des racines ou du plexus*, il faudra agir avec une très grande prudence pendant la *période du début*, c'est-à-dire la période douloureuse. On usera alors des *courants galvaniques d'intensité très faible de préférence stables* : pour ce faire, on place une large électrode, bien matelassée de coton hydrophile, sur la nuque et on la relie au pôle positif. Le pôle négatif sera constitué par un bain, où le malade plongera le bras. On établit progressivement le courant, en augmentant peu à peu d'intensité jusqu'à 10 milliampères environ, et on laisse passer ainsi le courant pendant dix à quinze minutes, tous les deux jours ou mieux tous les jours. Ces courants peuvent amener des modifications dans la nutrition des nerfs et des muscles et peuvent en arrêter la dégénérescence.

A une *phase ultérieure de la névrite*, on agira comme dans les paralysies radiculaires traumatiques.

Dans les *paralysies traumatiques* le traitement électrique doit être précoce, c'est là une des conditions favorables à la guérison, et consiste en courants galvaniques ou faradiques suivant les cas et la période. Tout d'abord, surtout si l'on est en présence de nerfs et de muscles dégénérés, on emploiera les courants galvaniques soit seulement stables, soit en y ajoutant de faibles excitations avec fermetures ou ouvertures du courant. L'intensité du courant doit être assez faible. Pour les courants stables, l'intensité sera comprise entre 5 et 10 milliampères ; pour les excitations de fermeture elle sera plus faible ; on s'en tiendra aux intensités suffisantes pour provoquer des contractions voisines des contractions minima. — Dans le cas de paralysie légère ou dans les paralysies plus graves, quand la réparation commence à se faire, on peut employer le *courant faradique*. On se servira de courants induits de tension modérée, comme ceux produits par une bobine à gros fils. Tout d'abord on n'emploiera que les courants à intermittences rares ou peu fréquentes, plus tard on pourra les remplacer par des courants à intermittences fréquentes en rythmant alors les excitations à l'aide d'un interrupteur disposé sur le trajet du courant induit.

En résumé, il faut débuter d'abord par des applications du courant galvanique constant, puis, suivant le degré de la lésion et son évolution, révélée par l'examen électrique, il faut pratiquer des excitations musculaires, soit avec le faradique au moyen d'une bobine à gros fil et interruptions lentes, lorsque les muscles réagiront bien à ce courant, soit avec le galvanique rythmé lorqu'il y aura abolition de l'excitabilité faradique.

Ces applications devront être faites deux ou trois fois par semaine. Il sera bon d'interrompre de temps en temps le traitement qui est nécessairement très long. On a remarqué en effet qu'à la suite d'une période de repos, intercalée dans le cours du traitement, l'amélioration à la reprise de celui-ci, semblait marcher plus vite.

2° *Traitement chirurgical.* — Il consiste dans la *suture des racines rompues*. Thornburn, le premier, en 1807, réalisa cette opération avec un bon résultat. Aux névromes cicatriciels, le traitement chirurgical oppose la *libération de la cicatrice nerveuse*, la *résection* et la *suture nerveuse*. Ces différents temps opératoires ont été exécutés avec succès par Wallis et par Tuffier. Enfin de Beule dans les paralysies radiculaires obstétricales propose d'intervenir plutôt sur les nerfs périphériques *en implantant les nerfs musculo-cutané et circonflexe paralysés* (dans le type Duchenne-Erb) *sur les nerfs médian et radial sains.*

Technique opératoire. — Le malade est couché sur le dos, l'épaule porte à faux sur un coussin ou sur le bord de la table ; elle est abaissée pour agrandir le creux sus-claviculaire ; la tête est légèrement tournée du côté opposé. Incision oblique en bas et en dehors suivant la bissectrice du triangle sus-claviculaire ; elle commence à hauteur de la grande corne du cartilage thyroïde et descend à 2 centimètres au-dessous du milieu de la clavicule. Section successive du peaucier, du tissu cellulaire, de l'aponévrose superficielle, du plan musculo-aponévrotique moyen, on découvre ainsi les racines supérieures. Section sous-périostée de la clavicule abaissée par un écarteur qui protège et récline en même temps les vaisseaux sous-claviers rétroclaviculaires. Dans la découverte du premier nerf dorsal, il faut ménager le dôme pleural sous-jacent.

Le segment transscalénique des racines est abordable en réclinant le muscle en dedans, ou en les sectionnant horizontalement entre les apophyses transverses.

II. Le traitement de la cause est aussi variable que les causes elles-mêmes. Lorsqu'on peut soupçonner l'existence de la syphilis, qu'il s'agisse d'ailleurs de syphilis héréditaire ou de syphilis acquise, que la lésion soit une exostose, une gomme, une pachyméningite, il faut de suite instituer un traitement ioduré à hautes doses. Il faudra supprimer ou enrayer les causes d'intoxication, soit exogène soit endogène. Enfin on combattra avec avantage les infections par les injections de métaux colloïdaux, etc.

BIBLIOGRAPHIE

Allo. Th. de Paris, 1911. — Amieux-Addi. *Contribution à l'étude des paralysies radiculaires du plexus brachial.* — Adler. Ein Fall von Klumpke'scher Lähmung, *Prag. med. Woch.*, 1902, XXVII, 214. — Allard. Deux cas de paralysie radiculaire obstétricale, *Presse méd.*, 1898, 177-179. — André-Thomas. Des troubles radiculaires des sensibilités superficielle et profonde dans un cas de paralysie radiculaire du plexus brachial d'origine traumatique, *Revue neurol.*, Paris 1904, 623-627. — Antelo. *Bol. de san. mil.*, Buenos-Aires, 1910, 209, 226. — Apert (E.). Paralysie traumatique radiculaire inférieure du plexus brachial; autopsie trente-trois ans après l'accident, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de*

Paris, 1898, XV, 613-619; — Déformations osseuses consécutives à une paralysie radiculaire inférieure du plexus brachial, *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1901, 253-256. — APERT et STÉVENIN. Paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial, *Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris*, 1910, 822. — ARONHEIM. Ein Fall von tötlich verlaufener doppelseitiger traumatischer Lähmung des unteren Plexus brachialis, *Monat. f. Unfallheilk.*, Leipzig 1904, XI, 80-85.

BALLET (G.). Des paralysies radiculaires sensitives du plexus brachial, *Bull. méd.*, 1896, 903-927. — BAUDUY (E.). *Pathogénie des paralysies radiculaires obstétricales du plexus brachial*, in-8°, Paris 1905. — BERNHARDT *Neurol. Centralbl.*, 1892. — BIRD (W.). Erb's paralysis. Caledon, *Med. Journ. Glasg.*, 1893-1900, n. s., IV, 17-19. — BOLLENHAGEN (H.). *Zwei Fälle von Klumpke'scher Lähmung*, Würzburg 1894. — BONNET et RESSIGNIER. Un cas de paralysie radiculaire obstétricale, *Bull. et mém. Soc. de méd. de Vaucluse*, Avignon 1906, 414-418. — BORNTRAEGER (J.). Erb'sche Schulter Armlähmung. *Deut. med. Woch.*, Leipzig u. Berlin 1890, XVI, 747. — BOULLOCHE (P.). In *Manuel* de Debove et Achard. — BRAMWELL (E.). *Tr. med.-chir. Soc. Edinb.*, 1903-1904, n. s., XXIII, 217. — BRAUN. Paralysie par compression du plexus brachial, *Gaz. des hôpit.*, 1894. — BRISSAUD. Paralysie radiculaire du plexus brachial d'origine traumatique, *Semaine méd.*, 1892, 187; — Sur les paralysies du type radiculaire dans la syringomyélie, *Leçons sur les maladies nerveuses*, 1899, 202. — BROCA. Paralysies radiculaires obstétricales du plexus brachial, *Gaz. des hôpit.*, 1900, 387-391. — BUZZARD (E.-F.). Uniradicular palsies of the brachial plexus, *Brain*, London 1902, 292-317.

CARDON (G.). *Ramazzini*, Firenze 1909, 181-199. — CHARCOT. Sur un cas de paralysie radiculaire de la première paire dorsale, *Clinique des maladies du système nerveux*, I, 333. — CALABRESE (A.). Paralisi radicolare inferiore del plesso brachiale ed aneurisma artero-venoso succlavio, *Gazz. internaz. di med.*, Napoli 1904, 1-9. — COLLET. *Précis de pathologie interne.* — CHANOZ. Quelques cas de paralysie radiculaire du plexus brachial, *Lyon méd.*, 1910, 779-783. — CIBERT (M.). *Des paralysies radiculaires obstétricales du plexus brachial*, in-8°, Roanne 1897. — COURMONT (P.). Paralysie radiculaire totale du plexus brachial avec hémiatrophie et parésie de la face; réflexions sur l'étendue des anesthésies et sur les troubles trophiques et moteurs de la face d'origine sympathique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 1903, 25-38, et *Lyon méd.*, 1903, 132.

DE BEULE. Traitement chirurgical de la paralysie radiculaire obstétricale, *Ann. de la Soc. belge de chir.*, IX, n° 9, oct. 1909, 208-216. — DÉJERINE. Des paralysies périphériques et radiculaires du plexus brachial, *Indépend. méd.*, 1900, 337, et *Revue prat. des trav. de méd.*, Paris 1898, 233-236; — *Soc. de biol.*, 19 juillet 1890. — DÉJERINE-KLUMPKE. *C. r. de la Soc. de biol.*, Paris 1909, 334-337. — DELANGLADE. Paralysie radiculaire du plexus brachial, *Marseille méd.*, 1903, 699-701. — DELILLE et EGGER. Paralysie radiculaire du type Klumpke d'origine traumatique empiétant sur les deuxième et troisième dorsales, *Arch. de neurol.*, 1903, 2e s., 473. — DESPLATS (R.). Paralysie radiculaire totale du plexus brachial consécutive à une luxation de l'épaule, *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1906, 411-416. — DIEULAFOY. *Manuel de pathologie interne.* — DUCHAMP et FAYARD. Paralysie du plexus brachial, amélioration sensible par le courant continu, *Soc. des sc. de Saint-Etienne*, 1909, 3, fév. — DUBOIS. Radiculäre Lähmung im bereiche der Sacralwulzer, *Corr. Bl. f. Schweiz. Aerzte*, Basel 1902, 366-371. — DUCHENNE. *De l'électrisation localisée*, 3e édit. — DUFOUR (P.). *Contribution à l'étude des paralysies radiculaires du plexus brachial*, Th. de Lyon, 1910. — DUPRÉ (E.) et HUET (E.). Paralysie spinale infantile localisée aux muscles du groupe radiculaire supérieur du plexus brachial, *Revue neurol.*, 1902, 321-324. — DUVAL (P.) et GUILLAIN (G.). Pathogénie des accidents nerveux consécutifs aux luxations et traumatismes de l'épaule; paralysies radiculaires traumatiques du plexus brachial, *Arch. gén. de méd.*, 1898, 143-191; — Sur le mécanisme de la production des paralysies radiculaires traumatiques du plexus brachial, *Gaz. hebd. de méd.*, 1900, 649; — *Paralysies radiculaires du plexus brachial*, 1901.

EDINGER. *Vorlesungen über den Bau der nervösen Centralorgane*, Leipzig 1893. — EGGER et DÉJERINE. Deux cas de paralysie radiculaire du plexus brachial compliquées d'hématomyélie, *Soc. de neurol.*, 5 juin 1902. — EGGER et DELILLE. Examen histologique des nerfs dans un cas de paralysie radiculaire du plexus brachial, *Arch. de neurol.*, 1903, 2, 474; — *Revue neurol.*, 1903, 446. — EMPIS. Th. de Paris, 1859. — ENGELEN. Paralysie radiculaire d'Erb survenue au cours du sommeil, *Deut. med. Woch.*, 1910, 781-782. — ENRIQUEZ, LAFFITTE, BERGÉ, LAMY. *Traité de médecine*, IV, 725. — ERB. Ueber eine eigentümliche Localisation der Lähmungen in Plexus brachialis, *Vechandlungen der heidelberg. natur. hist. med. Vereins*, 1874; — *Hambuch der Electrotherapie*, 1882. — EULENBERG et GUTTMANN. Die Pathologie des Sympathicus, *Westphal. Arch. f. Psych. und Nervenk.*, 1868, p. 422. — EVESQUE. Th. de Paris, mars 1898.

FARGE. Paralysie radiculaire avec arrachement presque complet des racines brachiales, *Bull. Soc. de méd. d'Angers*, 1887, 38. — FEINBERG. *Neurol. Centralb.*, 1897, nos 13 et 14. — Fernandez SANZ (E.). Un caso de paralisis radicular del plexo brachial, *Rev. de med. y cir. pract.*, Madrid 1905, 161-170. — FERRÉ. *Arch. de neurol.*, mai 1883. — FIEUX. *Ann. de gynécol. et d'obst.*, 1897. — FERRIER et YEO. *Proc. of the Royal Soc. of London*, 1881. — FLAUBERT. Mémoires sur plusieurs cas de luxation dans lesquels les efforts de réduction ont été suivis d'accidents graves, *Répert. gén. d'anat. et de physiol. pathol. et de clin. chir.*, 1827, 59, obs. II. — FORGUE. Th. de Montpellier, 1883. — FRANÇOIS-FRANCK. *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1899, 724, 453 et 1202, et 1900, 1176; — *Travaux du laboratoire du professeur Marey*, 1878-1879, 26. — FRISCHAUER (H.). *Wien. klin. Woch.*, 1905, XVIII, 1234-1236.

GALIEN. *De officina medici.* — GANGOLPHE. Paralysie radiculaire traumatique du plexus brachial, *Lyon méd.*, 1906, 977-979. — GAREISO (A.). Estudio sobre quince casos de paralisis radiculares del plexo brachial, *Rev. Soc. med. Argent.*, Buenos-Aires 1903, 164-195. — GAUSSEL et SMIRNOFF (Mlle A.). Un cas de paralysie radiculaire du plexus brachial type Déjerine-Klumpke, par méningite tuberculeuse rachidienne, *Revue neurol.*, Paris 1906, 718-722. — GAUPP. *Centralb. f. Chir.*, 1894, p. 793. — GERHARDT. *Deut. med. Woch. Vereins Beilage*, 1898, 219. — GESSLER (H.). Ein Fall von Erb'scher Plexuslähmung, *Med. Cor. Bl. d. Württemb. ärztl. Ver.*, Stuttgard 1911, 57-61. — GILLES DE LA TOURETTE et CHIPPAULT. La phase radiculaire des névrites ascendantes traumatiques, *Presse méd.*, 1896, 269. — GIRAUDEAU. *Revue de méd.*, 1884. — GLORIEUX. Deux cas de paralysie radiculaire brachiale totale d'origine obstétricale, *Policlin. de Bruxelles*, 1894, 241-249; — *Arch. de tocol. et de gynécol.*, Paris 1895, 40-47. — GRASSET et RAUZIER. *Traité pratique des maladies du système nerveux*, II, 526. — GRENET. *Arch. gén. de méd.*, 1900; — Les paralysies du plexus brachial, *Gaz. des hôpit.*, 24 sept. 1904. — GROBERT. *Deut. Zeits. f. Nervenh.*, Leipzig 1906, 424-436. — GUÉNIOT. *Soc. de chir.*, Paris 1867. — GUILLAIN (G.). *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, sept.-oct. 1899. — GUILLEBEAU et LUCHSINGER. *Pflüger's Arch. gesf. Physiol.*, 1880, 156. — GUILLEMOT. Th. de Paris, 1890.

HALLION. In *Traité de médecine* de Charcot-Bouchard; — In *Traité de médecine* de Bouchard et Brissaud, X, p. 262. — HARRI (W.) et LOW (V. W.). *Brit. med. Journ.*, London 1903, 1035-1038. — HERBET. *Le sympathique cervical*, Th. de Paris, 1900. — HERDTMANN. *Monats. f. Unfallheilk.*, Leipzig 1899, 254-257. — HEUBNER. Drei fälle von Klumpke'scher Lähmung im Kindesalter, *Charité Annal.*, 1895. — HEYSE. *Berl. klin. Woch.*, 1892. — HOCHSTETTER. Ein Fall von Erb-Duchenne'scher Lähmung in Folge Zangendrucks bei hoher Zangenanlegung, *Berl. klin. Woch.*, 1893, 1016. — HŒDEMAKER. *Arch. f. Psychiat.*, 1879, p. 738. — HUET (E.). Sur l'évolution de quelques cas de paralysie radiculaire du plexus brachial, *Cong. de neurol.*, 1900. — HUET (E.) et CESTAN (R.). Sur un cas de paralysie infantile avec localisation sur le groupe radiculaire inférieur du plexus brachial, *Revue neurol.*, Paris 1901, 1195-1198. — HUET, DUVAL et GUILLAIN. Pathogénie des paralysies radiculaires du plexus brachial, *Revue neurol.*, 1900, 1067-1074. — HUTCHINSON. *Illust. of clin. Surg.*, I, 206. —

INGELRANS. Paralysie saturnine du type brachial supérieur, *Echo méd. du Nord*, Lille 1904, 344.

JABOULAY. Traumatisme de la partie supérieure du thorax;

enfoncement de la poignée du sternum; fracture de la partie moyenne de la clavicule; paralysie radiculaire inférieure, *Lyon méd.*, 1903, 1009. — JACQUEMIER. *Manuel des accouchements.* — JOFFROY. *Soc. méd. des hôpit.*, 1891; — et ACHARD. *Arch. de méd. expérim.*, janv. 1889. — JOLLY. Paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial, *Bull. et mém. de la Soc. de méd. et chir. de Paris*, 1894, 339-350.

KATSARAS (M.). Παραλύσεις ριζικαί· παραλύσεις τοῦ βραχιονίου πλέγματος. Ἰατρικὸς μηνύτωρ, Ἀθῆναι, 1902, 222; 1903, 3, 27. — KLUMPKE (Mlle). Contribution à l'étude des paralysies radiculaires du plexus brachial, *Revue de méd.*, 1885. — KRAUSE. *Anatomie des Kanincken*, 1868. — KRON. *Deut. med. Woch.*, 1894, V, 49; — *Deut. med. Zeit.*, 1894, 503. — KRUMM. *Samm. klin. Vortr.*, déc. 1895.

LABORDERIE. *Journ. des praticiens*, 22 mai 1909. — LACASSE et POTTET. *C. r. Soc. d'obst., de gynéc. et de pédiat. de Paris*, 1911, 305. — LAEHR. *Berl. klin. Woch.*, 1898, 564. — LANNEGRACE et FORGUE. *Acad. des sc.*, 1883. — LANNOIS. Contribution à l'étude des paralysies spontanées du plexus brachial, *Revue de méd.*, 1881, 998. — LECLERC et CHATTOT. Un cas de paralysie radiculaire du plexus brachial, *Lyon méd.*, 1908. — LECLERC. Maladie de Recklinghausen et paralysie radiculaire du plexus brachial, 1908, 1092-8. — LEENHARDT (E.) et NOBERO (M.). Un cas de paralysie radiculaire cervico-brachiale d'origine traumatique avec atrophie du trapèze, *Revue neurol.*, Paris 1905, 763. — LEENHARDT (E.) et GAUJOUX (E.). *Montpellier méd.*, 1908, 73-86. — LEGRY (T.). Les paralysies radiculaires du plexus brachial, *Revue de psychiat.*, 1896, 104-111. — LEJARS. *Leçons de chirurgie*, Paris 1895.

MAFFEI. Paralysie obstétricale du plexus brachial, *Clin. Bruxelles*, 1897, 617-623. — MADLENER. *Münch. med. Woch.*, 1897, n° 37. — MALLY. *Revue de chir.*, oct. 1899. — MANZ. Ein Fall von Paraplegia brachialis polynevretica, *Berl. klin. Woch.*, 1898. — MARCACCI et BERT (P.). *Soc. de biol.*, 27 juillet 1881. — MARINESCO. *Revue neurol.*, 1898, 463. — MAURY et DUHRING. *Amer. Journ. of the med. Sc.*, 1878, 29. — MAYER. *Deut. med. Woch.*, 1893, n° 34. — MEYER (G.). *Deut. med. Woch.*, Leipzig u. Berlin, 1893, 810-812. — MILLS (C. K.). Total paralysis of the brachial plexus due to traumatism causing evulsion of the component roots of the plexus, *Penn. M. J.*, Athens 1891, 850-859. — MORAT et DOYON. *Traité de physiologie.* — MOREAU. *Journ. méd. de Bruxelles*, 1910, 190. — MORITZ (P.). *Mitbeteiligung des Phrenicus bei Duchenne-Erbcher Lähmung*, 1906, 909-912. — MOUCHET. Un cas de paralysie radiculaire au moment de la naissance, etc., *Journ. de méd. int.*, 1902, 175-177. — MOXTER. Inaug. diss., Berlin 1894. — MÜLLER. *Zeit. f. Nervenheilk.*, 1894, Band V, heft 2, 3.

NEGRO. Un caso di paralisi radiculare superiore del plesso bracchiale d'origine traumatica, *Progresso med.*, Torino 1902, 1-3.

ONANOFF. Cas de paralysie radiculaire brachiale totale, *Arch. de neurol.*, 1891, 357-362. — OPPENHEIM. *Berl. klin. Woch.*, 1896. — OSANN. *Münch. med. Woch.*, 1896, n° 2.

PAGENSTECHER. *Arch. de psychiat.*, 1802. — PANAS. In *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. EPAULE. — PANIZA. *Annali univ. di med.*, 1834. — PATEL. Paralysie radiculaire supérieure double due à une luxation de la colonne cervicale, *Soc. de méd. de Lyon*, 28 déc. 1903. — PAVIOT. *Précis de diagnostic.* — PERRIOL et BOSQUETTE. Paralysie radiculaire inférieure du plexus brachial par plaie du creux sus-claviculaire, *Dauphiné méd.*, 1910, 162. — PEYER. *Zeit. f. rationnelle med.* — PECK. Névrorraphie. *Annals of Surg.*, 1911, 858-859. — PFEIFFER. *Deut. Zeit. f. Nervenheilk.*, 1892. — PETERS. *Wratsch*, 1896. — PHILLIPPE et CESTAN. Un cas exceptionnel de paralysie obstétricale, *Revue neurol.*, 1900, 782. — PHILLIPS (S. P.). Erb's paralysis, *Tr. Med. Soc.*, London 1889-1890, 506; — *Lancet*, London 1890, 468. — PICQUÉ. Paralysie radiculaire du plexus brachial par cal vicieux de la clavicule, *Revue de chir.*, 1909, 1228. — PITRES et VAILLARD. *Traité de médecine et de thérapeutique* de Brouardel. — PLANTONI. *Policlinico* (sezione practica), n° 4, 21 janv. 1912. — POLAILLON. *Arch. de tocol.*, 1875. — POIRIER. *Traité d'anatomie.* — POIX et GAILLARD. *Cong. de Montpellier*, 1898. — PREVOST. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1886. — PRONT. The nature of the nerve lesion in brachial birth palsy, *Journ. Nerv. a. Ment. Dis. New-York*, 1905. — PROUST. *Soc. neurol. de New-York*, 1er nov. 1904.

RASCH. *Neurol. Centralb.*, 1898. — RAYMOND (F.). Paralysie radiculaire du plexus brachial, *Presse méd.*, 1895, 105-109 et 281-283, et 1899, 204; — *Progrès méd.*, 1905, 697-702; — *Revue gén. de clin. et de thérap.*, Paris 1908, 434, et 1910, 358. — RAYMOND (F.) et HUET. *Cong. de neurol.*, 1900. — REMAK. *Berl. klin. Woch.*, 1877, 116; — *Centralb. f. Nervenheilk.*, 1882. — RENAUD. Paralysie radiculaire deux mois et demi après le traumatisme, *Gaz. des hôpit.*, 1908, 354. — RENDU. *Leçons de clinique médicale*, t. II, 286. — RENDU et BÉRARD. *Lyon méd.*, 1908, 935. — RISSOM. Inaug. diss., Berlin 1897. — ROSE (U.). Ein Fall von Erb'scher Plexuslähmung mit Beteiligung des phrenicus und sympathicus der g eichen Seite, *Monat. f. psychiat. u. Neurol.*, Berlin 1903, 81-96.

SAINGERY (H.). *Journ. de méd. int.*, 1902, 77. — SANDS et SEGUIN. *Arch. of sclant. and pract. med.*, 1873, n° 1, et 1874, n° 1. — SANO. *Localisations motrices dans la moelle épinière*, Bruxelles 1899. — SCHMIDT et DEBLANCQ. *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1900, 3, 4. — SCHŒMAKER. *Zeit. f. Geburt. u. Gynæk.*, Bd XLI, H. 1, 1899. — SEBILEAU. *Gaz. des hôpit.*, 1887. — SEBOR. *Sborn. Klin.*, V. Praze, 1902-1903, 478-485. — SÉCRÉTAN. Th. de Paris, 1885. — SEELIGMÜLLER. *Berl. klin. Woch.*, 1872, 43. — SÉZARY. *Revue neurol.*, 1911, 644-646. — SINKLER. Erb's paralysis, *Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1897, 703. — SCHERRINGTON. *Philos. Transact. of the Royal Soc. of London*, 1898. — SIRTOLI (C.). *Boll. d. Poliambul. di Milano*, 1884, 79-86. — SKALA (J.). *Casop lék. cesk.*, v. Praze, 1896, 199-203. — SOCA. Sur un cas de paralysie des béquilles, *Nouv. Iconog. de la Salpêtrière*, Paris 1906, 171-177. — SOUBEYRAN. *Soc. des chirurgiens de Paris*, séance des 8 déc. 1911 et 12 janv. 1912. — SOUQUES (A.). *Revue neurol.*, 1910, 138. — STOLPER. *Monat. f. Geburt. u. Gynäk.*, 1901, Bd XIV, H. 1, 49. — STADELMANN. *Neurol. Centralb.*, 1887, 385. — STEWART et COLLIER. A case of rupture of the brachial plexus, *The Lancet*, 10 march 1900, 692.

TEISSIER (J.). *De la valeur thérapeutique des courants continus.* — TAYLOR. *Soc. de neurol.*, 4 fév. 1904. — THERBUM. A contribution do the surgery of the spinal cord. 1889 et the sensory distribution of spinal nerves, *Brain*, 1893. — THOMAS et CUSHING (H.). Exhibition of two cases of radicular paralysis of the brachial plexus; one from the pressure of a cervical rib with operation; the other of incertain origine, *Johns Hopkins Hosp. Bull.*, Baltimore 1903, 315-319. — THOMAYER (J.). *O paralysach Korenovych, Sbirka prednasek z. oboru Lékarsk.*, v. Praze [1899?], n° 8. — THORBURN. *Brit. med. Journ.*, 5 mai 1900. — THOYER-ROZAT. *Soc. d'obstét. de France*, avril 1904. — TISON (E.). De la paralysie radiculaire supérieure, *Actualités médicales*, 1894, 163-169. — TOURNIER (C.). Paralysie brachiale droite du type radiculaire supérieur, d'origine traumatique, chez un malade atteint d'hémiplégie droite syphilitique, *Province méd.*, 1893, 457. — TROZZI. Contributo alla casistica delli paralisi traumatichi totali del plesso bracchiale, *Gaz. med. di Roma*, 1910, 506-509. — TUBBY (A. H.). *Brit. med. Journ.*, London 1903, 975. — TUBBY (A. H.) et STEWART. *Transact. clin. Soc. London*, 1901-1902, 181-184. — TUFFIER. Paralysie radiculaire totale du plexus brachial par chute sur le moignon de l'épaule, *Revue de chir.*, 1899.

UCHIDA (M.). *Shinkeigatu Zasshi*, Tokyo 1905-1906, 40-46.

VALENTINI. *Deut. med. Woch.*, Leipzig u. Berlin, 1906, 402. — VANDENBOSSCHE. Paralysie radiculaire traumatique du plexus brachial, *Revue de chir.*, mai 1910. — VAUTRIN. *Cong. de méd. int. de Nancy*, 1896. — VIGOUROUX. *Progrès méd.*, 1896. — VINAY. *Lyon méd.*, 1886. — VAN GEHUCHTEN. *Anatomie du système nerveux*, 1900; — *Journ. de neurol.*, 8 mars 1898 et 3 août 1899; — *Revue neurol.*, 15 avril 1898.

WEBER (H.). *Neurol. Centralb.*, Leipzig 1895, 152-162. — WEIL (E. A.). Un cas de paralysie radiculaire du plexus brachial, *Province méd.*, 1888, 665-668; — Paralysie radiculaire du plexus brachial d'origine obstétricale, *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1896, 484-493; — Les paralysies radiculaires obstétricales du plexus brachial et leur traitement électrique, *Journ. de physiot.*, Paris 1904, 89-93. — WERTHEIM SALOMONSON (J. K. A.). *Psychiat. en neurol. Blat.*, Amsterdam 1899, 154-162. — WICHMANN. *Die Rückenmarknerven und ihre Segmentbezüge*, Berlin 1900. — WILLIAMSON. *Lancet*, 11 déc.

1897. — ZIMMERN. *Electrothérapie clinique.* — ZOSIN (P.). Un cas de syndrome radiculaire cervico-dorsal, *Revue neurol.*, 1911, 338-343.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur les symptômes initiaux et la pathogénie de l'anémie pernicieuse. (O. SCHAUMAN. *Deut. med. Woch.*, 27 juin 1912, n° 26, p. 1228.) — Lorsque les sujets atteints d'anémie pernicieuse consultent pour la première fois le médecin, ils éprouvent déjà depuis quelque temps des troubles divers : fatigue, palpitations, oppression, bourdonnements d'oreilles, vertiges, troubles digestifs, et l'on trouve déjà une diminution très marquée du nombre des globules rouges. Il est très difficile de dire à quel moment exact tous ces troubles ont commencé.

Schauman, d'accord avec W. Hunter pense avoir trouvé un symptôme qui précède tous les autres et qui permet de prévoir l'apparition de l'anémie pernicieuse; il a constaté ce symptôme chez un certain nombre de sujets. Ces sujets éprouvent par intervalles, pendant plus ou moins longtemps, la sensation que leur langue, leur palais, leur bouche et parfois leur pharynx sont à vif.

Schauman rapporte l'histoire d'une femme qui éprouva ce symptôme initial. Quand elle vint le consulter la quantité d'hémoglobine de son sang était de 83 p. 100, chiffre à peu près normal chez une femme; mais le nombre des globules rouges n'était que de 2400000, avec une forte anisocytose et prédominance remarquable des mélagocytes. Cette teneur en hémoglobine avec une formule hématologique si spéciale montre bien une fois de plus que l'anémie pernicieuse n'est pas une anémie poussée à un degré extrême, mais une maladie toute particulière : une anémie pernicieuse est compatible avec une teneur normale du sang en hémoglobine.

Schauman insiste sur un autre phénomène bien étudié par Rosenqvist dans l'anémie pernicieuse : cet auteur a vu qu'au cours de l'anémie pernicieuse protopathique, comme au cours de l'anémie due au botriocéphale, il existe une exagération des éliminations azotées ne s'expliquant pas seulement par une destruction exagérée des globules rouges. Il est certain que non seulement le sang, mais encore les autres tissus sont altérés par les poisons que l'on suppose être la cause déterminante de l'anémie pernicieuse.

Pourtant, au cours de l'anémie pernicieuse, il survient des rémissions durables. Schauman pense que ces rémissions ne doivent pas être attribuées seulement à une plus grande activité des organes hématopoïétiques; mais il faut faire entrer en ligne de compte un processus d'immunisation.

Des expériences entreprises par Schauman avec le botriocéphale, qui ne peuvent être encore publiées, confirment cet auteur dans la pensée que les processus d'immunisation et d'anaphylaxie jouent un grand rôle dans la pathogénie de l'anémie pernicieuse. A. LEMIERRE.

MÉDECINE INFANTILE

Un cas de cyanose congénitale sans souffle; inocclusion de la cloison interventriculaire avec absence d'artère pulmonaire. (RICHARDIÈRE et HUBER. *La Clinique infantile*, 15 fév. 1911.) — Il s'agissait d'une enfant de quinze mois présentant une cyanose généralisée, apparue dès la naissance et s'accompagnant de la production de crises de cyanose. A l'auscultation les bruits du cœur sont bien frappés.

A l'autopsie, on constate que le cœur présente une forme globuleuse, le ventricule droit est très développé. On note l'existence d'un orifice interventriculaire. Les deux oreillettes communiquent également au niveau de l'anneau de Vieussens.

Enfin l'*artère pulmonaire* fait entièrement défaut et n'est remplacée par aucun *cordon fibreux*, et il n'y a pas trace de persistance du *canal artériel*. L'artère unique qui émerge des deux ventricules à la fois, présente trois valvules disposées comme le sont normalement les sigmoïdes aortiques.

On peut rapprocher de ce cas, celui présenté à la Société de biologie par MM. Charrin et Le Noir (8 nov. 1890), et celui de Hervieux (1861). Ce qui est intéressant à retenir c'est l'absence de tout signe physique, déjà signalé dans un cas analogue par M. Variot. B. GAYARD

CHIRURGIE

Valeur comparée du traitement médical et chirurgical dans la tuberculose rénale. (LE FUR. *Soc. des chirurgiens de Paris*, séance du 12 juillet 1912.) — L'auteur communique une statistique personnelle de 22 cas de néphrectomie pour tuberculose rénale sans aucune mort opératoire ni postopératoire : un seul enfant opéré en pleine anurie succomba. Mais tous les autres malades néphrectomisés dans des conditions normales sont encore vivants et la plupart guéris depuis une période qui varie de six mois à douze ans.

En face de ces excellents résultats chirurgicaux, M. Le Fur présente une statistique, personnelle également, de 70 cas de tuberculose rénale soignée par le traitement médical, avec seulement 2 morts, ce qui donne une mortalité de moins de 3 p. 100.

Il conclut que le traitement de la tuberculose rénale doit être soit médical, soit chirurgical. Les indications de l'intervention sont fournies par la persistance des troubles locaux (cystite, douleur rénale) et par l'aggravation de l'état général, ou encore par une diminution très importante du fonctionnement du rein malade (diminution de moitié au moins).

Le traitement médical doit toujours être essayé au début de la maladie, et surtout pendant cette période de *prétuberculose rénale*, si souvent ignorée du médecin praticien, et qui se caractérise par une albuminurie et une cylindrurie légères. Le traitement médical doit encore être systématiquement employé en cas de néphrectomie : il ne faut pas oublier, en effet, que les tuberculoses rénales ne sont pas des tuberculoses primitives, au sens rigoureux du mot : tout tuberculeux rénal, même opéré, doit être considéré comme un tuberculeux en puissance, c'est-à-dire relevant du traitement médical.

La tuberculose rénale est une affection *beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit* : nous n'arrivons encore malheureusement à la diagnostiquer que bien longtemps après son début. Il est certain qu'on parviendrait à en guérir un beaucoup plus grand nombre de cas par le simple traitement médical, si cette affection était reconnue et soignée de meilleure heure : tous nos efforts doivent donc tendre à la dépister et à la déceler aussitôt que possible et à la soigner immédiatement.

L. GAYARD.

PSYCHIATRIE

Note sur l'état mental des lépreux. (P. BODROS. *Ann. médico-psychol.*, mars 1912.) — D'un voyage en Abyssinie, où il a pu observer près de la ville d'Harrar un foyer de lèpre important, l'auteur rapporte l'impression suivante sur l'état mental des malades atteints de cette affection. Contrairement à Xavier de Maistre qui, dans « Le lépreux de la cité d'Aoste », a décrit un état hypocondriaque et mélancolique, il n'a pu déceler chez eux aucune psychose caractérisée.

En général il y a conservation de l'intelligence, de la mémoire et de la volonté, mais abolition presque totale des sentiments affectifs, irritabilité excessive, méfiance et hostilité, méchanceté sans cause, criailleries injurieuses, vagabondage, amoralité sous toutes ses formes et souvent même tendance à la violence.

Le genre d'existence, le manque d'hygiène, l'inhumanité parfois involontaire qui s'exerce à leur égard, la répulsion qu'ils inspirent paraissent devoir être incriminés pour une grande part. P. CAMUS.

NEUROLOGIE

Anencéphalie sans amyélie. (D'HOLLANDER. *Bull. de la Soc. de méd. mentale de Belgique*, août 1911.) — Etude macroscopique (2 photos) d'un anencéphale avec moelle bien développée et dont le cerveau était représenté seulement par une masse de 7 centimètres de long sur 6 de large et pas plus de 1 d'épaisseur, adhérant au rudiment de cuir chevelu. Nombreuses hémorragies dans le névraxe. L. ALQUIER.

CONGRÈS

L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PÉDIATRIE tiendra son premier Congrès à Paris du 6 au 10 octobre, sous la présidence de M. Hutinel, professeur de clinique à l'hôpital des Enfants-Malades.

PROGRAMME. — *Dimanche 6 octobre.* — Réunion du Comité international, à deux heures très précises de l'après-midi à la Faculté de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Réception du dimanche 6 octobre. Les congressistes et leurs familles sont invités, au nom de la section française, à honorer de leur présence la réception qui aura lieu à neuf heures et demie du soir au palais d'Orsay (gare d'Orléans). Tenue de soirée.

Lundi 7 octobre. — Le matin, à neuf heures, à la Faculté de médecine, séance d'inauguration sous la présidence de M. le ministre de l'Instruction publique. — Etude historique par le professeur Troitzky (de Kharkow) sur « les travaux de pédiatres français pendant ces quatre derniers siècles ».

A dix heures, exposé et discussion des quatre rapports sur les anémies : 1° M. Léon Tixier : Les anémies infantiles en général; 2° M. Jemma : L'anémie à leishmania.

Le soir à deux heures, à l'hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres : 3° M. Czerny : Les anémies d'origine digestive; 4° M. Benekendorff : Les anémies dans les maladies chroniques.

COMMUNICATIONS. — M. Armand-Delille : 1° Anémie splénomégalique par fragilité globulaire; 2° Traitement martial de l'anémie posthémorragique du nouveau-né; 3° Les facteurs urbains de l'anémie chlorotique du nourrisson et leur traitement préventif.

Mardi 8 octobre. — Le matin à dix heures, visite de l'hôpital Hérold. — Le soir à deux heures, à la Faculté de médecine, exposé et discussion des trois rapports sur la poliomyélite : 1° M. Muller : Epidémiologie et symptômes; 2° M. Zappert : Anatomie pathologique et médecine expérimentale.

Mercredi 9 octobre. — Le matin à neuf heures, à l'hôpital des Enfants-Malades, séance administrative. Il est rappelé que statutairement, les membres titulaires de l'Association, payant dix francs de cotisation par an, peuvent seuls assister à cette séance et participer au vote.

A dix heures, continuation de la lecture des rapports sur la poliomyélite : 3° M. Ombrédanne : Chirurgie de la poliomyélite. Inscrits pour prendre part à la discussion sur la poliomyélite : MM. de Bokay (de Budapest); Fernandes Figueira (de Rio de Janeiro) et Gorter (de Leyde).

Communications envoyées au Comité international sur des sujets divers par : MM. Clemente Ferreira (de Sao Paulo) : Signe de Sisto dans l'hérédo-syphilis infantile; — Cristea (de Lausanne) : Traitement de la dyspepsie organique; — Alfred F. Hess (de New-York) : Cathétérisme duodénal dans le spasme du pylore; — Deutsch (de Budapest) : Protection de l'enfance; — Veras (de Smyrne) : Aliments maltés; — Vogt (de Strasbourg) : Pneumothorax artificiel; — Grosser (de Francfort-sur-Mein) : Extirpation de la rate dans la maladie de Banti; — Léo Son (de La Haye) : Hygiène de la bouche chez les écoliers; — Raczinski (de Leopol) : 1° Le manque de soleil comme cause de rachitisme; 2° rôle des microbes non pathogènes dans l'intestin. Il est accordé à chaque orateur dix à quinze minutes pour exposer sa communication, et cinq à dix minutes aux orateurs qui prennent la parole à l'occasion de ces communications.

Le soir à trois heures, visite d'un hôpital d'enfants.

Mercredi soir, à sept heures et demie, les congressistes sont priés de se réunir dans un dîner par souscription qui aura lieu aux Champs-Elysées, au restaurant Ledoyen. Prix du dîner : 20 francs. Les adhésions sont reçues au secrétariat jusqu'à la fin de la séance du mercredi matin, dernière limite.

Le bureau du secrétariat est installé à la Faculté de médecine, à partir du dimanche 6 octobre, de neuf heures à midi et de deux heures à cinq heures. — Les billets de chemin de fer, pour être valables pour le retour, devront être timbrés et visés avant la fin de la séance du mercredi matin 9 octobre.

Un comité des dames de la section française est constitué pour recevoir les membres de la famille des congressistes étrangers

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 8, août 1912.) ROUX et SAVIGNAC : Nouvelles recherches sur le pouvoir antitryptique du sérum sanguin dans le cancer de l'appareil digestif.

Archives générales de chirurgie. — (25 août 1912.) SAVARIAUD : Coxa-vara spontanée simulant une fracture ou un décollement épiphysaire. — POULAIN : Mécanisme et classification des fractures de la base du crâne irradiées à plusieurs étages. — MARQUIS : Etude comparative des méthodes anciennes ou nouvelles dans la désinfection des mains. — ZÉSAS : Les lipomes du sein.

Bulletin général de thérapeutique. — (8 août 1912.) Abel GY : Séméiologie et thérapeutique de la constipation. — P. BAILLIART : Le décollement de la rétine. — (15 août.) Henri BOUQUET : La thérapeutique de l'incontinence d'urine. — Abel GY : Séméiologie et thérapeutique de la constipation. — (23 août.) Abel GY : Séméiologie et thérapeutique de la constipation (*suite*). — (30 août.) Ed. LAVAL : Les petites affections courantes du pied.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 31, 4 août 1912.) E. BITOT et F. PAPIN : Deux cas de tumeurs des centres nerveux. — (N° 32, 11 août.) W. DUBREUILH : Traitement des végétations génitales. — P. CARLES : A propos du manganèse normal. — (N° 33, 18 août.) G. FIEUX : A propos de l'accouchement chirurgical appliqué au traitement des hémorragies de la puerpéralité. — (N° 34, 25 août.) Pierre MAURIAC : La cholestérine du sang et des liquides de l'organisme.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 32, 8 août 1912.) BÜDINGER : Traitement opératoire de la phlébite aiguë circonscrite. — DEUTSCH : Exploration rénale au moyen de la phénolsulfonephtaléine. — POLLAK : Erythème noueux et tuberculose. — ROMAN : Pyélonéphrite dans la lithiase rénale causée par le bacille paratyphique B. — FISCHER : Sur les glandes des mammaires accessoires. — (N° 33, 15 août.) IZAR : Antigènes synthétiques pour la méiostagmine-réaction dans les tumeurs malignes. — LEICHTENSTERN : L'innervation centrale de la vessie. — BENQUE : Persistance de la veine ombilicale avec autres anomalies sous l'aspect d'une maladie de Banti. — URSTEIN : Démence maniaque dépressive et périodique comme manifestation de la catatonie. — (N° 34, 22 août.) SORCO : Traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. — KŒRBL : Rupture de la trachée et perforation de l'œsophage dans les fractures du larynx. — BAUER : Ouverture d'un ganglion caséeux dans la crosse aortique. — GOLDMANN : Somnambulisme aigu consécutif à une périostite alvéolo-dentaire. — (N° 35, 29 août.) KIRALYFI : Le benzol dans le traitement de la leucémie. — GÜNTHER : Rouget du porc chez l'homme. — KROKIEWICZ : Sur le terrain des recherches sur le cancer. — JAMPOLSKY : Ophtalmie métastatique après extraction dentaire. — (N° 36, 5 sept.) BÜDINGER : Opération de phimosis. — PRIBRAM : Cholécystite et porteurs de bacilles. — WINKLER : Sur le dermoïde sacré. — RAUCHENBICHLER : Sur la rupture du tendon du quadriceps. — BLUM : Sur la paralysie de Landry.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

LE VENDREDI 18 OCTOBRE 1912

à deux heures et demie, il sera procédé publiquement, salle des concours de l'administration de l'Assistance publique, 49, rue des Saints-Pères, à l'adjudication de la fourniture de *coton hydrophile* nécessaire au service des établissements dépendant de cette administration pendant un an à partir du 1er octobre 1912.

La quantité mise en adjudication s'élève à 90.000 kilos environ ; mais le même fournisseur ne peut être déclaré adjudicataire de plus de la moitié de la fourniture.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges et de l'échantillon-type, au service de l'exploitation, tous les jours non fériés, de dix heures à quatre heures.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Macaigne, Dalché, Florand, Bergé, Cunéo, Mouchet (qui acceptent); MM. Moutard-Martin, Heitz-Boyer, Lapointe et Doléris (qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation).

— Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 4 octobre 1912. — Question donnée : « Signes et diagnostic de l'hydrocèle vaginale. »

MM. Prévot, 14; Jouisse et Lange, 12; Potez, 11; Jacquemart, 13; Seguin, 12; Sakka, 16; Grünberg (Arthur), 12; Mlle Rozanoff, 13; MM. Schlesser, 11; Rousseau, 10; Vidy, 12; Touchard (Pierre), 11; Schlatter, 13; Sternmann, 12; Mlle Ufland, 8; MM. Vacher, 10; Sédan-Miégemolle, 15; Royole et Rouffiat, 12.

Dans la séance du 3 octobre, la note de M. Paumelle est de 10 points.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Un concours pour une place d'interne titulaire et une place d'interne provisoire à l'hôpital suburbain des enfants du Bouscat-Bordeaux, s'ouvrira le 18 novembre 1912 à neuf heures du matin à l'hôpital suburbain. S'inscrire avant le 11 novembre auprès du directeur de l'hôpital.

Le concours est ouvert aux étudiants munis de douze inscriptions. Traitement annuel, 500 francs.

— Lyon. — Sont nommés internes pour quatre années : MM. Devaux, Gaillard, Fribourg et Montal, *ex æquo*; Bado, Champel et Chenu, *ex æquo*; Juvin, Vernet, Bachelard, Bovier, Devuns, Guillemet et Rodet, *ex æquo*; Mlle Marchand, MM. Munière, Garnier, Courazier et Rouvier, *ex æquo*.

Sont nommés internes suppléants pour une année : MM. Martin, Buche, Drey, Cobrat, Mornas, Bonniot, Rollet, Georges, Ferréol, Fouilloud-Buyat, Maurel (Joseph), Ferrier, Richer, Martine, Michon, de Mourgues, Ardisson, Wertheimer, Gaucherand, Lamy, Morel (Marius), Brichard, Pelloux, Couturier, Gillot, Marconnet, Milhaud, Charrat.

— *Clinique obstétricale de la Charité.* — Un cours complémentaire et un stage pratique d'accouchements auront lieu sous la direction de M. le professeur Fabre à la clinique obstétricale du 1er au 28 octobre 1912.

Les inscriptions des docteurs et des étudiants en médecine seront reçues pendant les vacances au laboratoire de la clinique, à la Charité, ou le premier jour du stage.

Le droit d'inscription est fixé à 50 francs.

— Montpellier. — Le lundi 11 novembre 1912, il sera ouvert à l'hôpital général un concours pour trois places d'interne titulaire et onze places d'interne provisoire des hôpitaux de Montpellier. Sont seuls admis à concourir les externes des hôpitaux de Montpellier et les internes d'autres villes, nommés aux concours.

Le lundi 25 novembre 1912, il sera ouvert, à l'hôpital général un concours pour 15 places d'externes titulaires et 10 places d'externes provisoires des hôpitaux de Montpellier. Les candidats devront avoir au moins quatre inscriptions de médecine.

S'adresser pour renseignements et inscriptions au secrétariat général des hospices, à l'hôpital général.

MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. — La session annuelle d'examens pour l'obtention du titre de médecin sanitaire maritime aura lieu à la direction de la Santé de Marseille les 28 et 29 octobre 1912. Des conférences préparatoires seront données, à partir du 7 octobre, les lundi, mercredi et vendredi à cinq heures du soir. Se faire inscrire à la direction de la Santé, consigne du quai Saint-Jean, Vieux-Port.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Paul Magnin qui vient de mourir à l'âge de cinquante-neuf ans. Collaborateur de Dumontpallier dans les expériences sur l'hypnotisme et la métallothérapie faites à la Pitié de 1880 à 1886, le docteur Magnin avait en 1886, avec le docteur Bérillon, fondé la *Revue de l'hypnotisme* devenue la *Revue de psychothérapie*. D'une compétence hors pair dans la question de l'hystérie et de l'hypnotisme, le docteur Paul Magnin professait à l'Ecole de psychologie depuis 1900 un cours suivi par de nombreux auditeurs. Il était vice-président de la Société de psychothérapie.

RENSEIGNEMENTS

TUBERCULOSE INFLAMMATOIRE

ET

OSTÉO-ARTHROPATHIES HYPERTROPHIANTES PNEUMIQUES

PAR MM.

V. BALL, Professeur d'anatomie pathologique à l'Ecole vétérinaire et H. ALAMARTINE, Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

Inspirés par notre maître, M. le professeur A. Poncet, nous nous sommes attachés, depuis 1907, à mettre en évidence le rôle prépondérant de la tuberculose inflammatoire dans la pathogénie du syndrome de P. Marie.

P. Marie, en isolant l'ostéo-arthropathie hypertrophiante, avait d'ores et déjà précisé ses relations avec un état morbide du poumon. « Ces singulières déformations, disait-il, sont le plus souvent sous la dépendance d'une affection broncho-pulmonaire antérieure, d'où le terme de pneumique employé pour caractériser l'origine du processus. Le cycle de celui-ci devrait donc être compris ainsi : 1° une lésion de l'appareil respiratoire permettant, sous l'influence de microorganismes, la production à ce niveau de substances putrides ou fermentées (bronchite, pleurésie purulente avec ou sans empyème); 2° résorption et passage dans la circulation générale de ces substances produites au niveau de l'appareil respiratoire; 3° action élective de ces substances sur certaines parties des os et des articulations, déterminant les lésions de l'ostéo-arthropathie hypertrophique. Ce dernier fait ne présente certes rien d'invraisemblable si l'on veut bien se souvenir de la précision avec laquelle un processus tout à fait analogue (microbes à part), la goutte, grâce à l'uricémie, frappe toujours ou presque toujours les mêmes points du système ostéo-fibreux. »

Les substances nocives invoquées par P. Marie sont, dans nombre de cas, des toxines tuberculeuses fabriquées au niveau des lésions broncho-pulmonaires elles-mêmes tuberculeuses. Les altérations ostéo-articulaires du syndrome de Marie deviennent ainsi une nouvelle manifestation de la tuberculose inflammatoire. Telle est l'idée que nous défendons, sous l'inspiration du professeur Poncet. Cette idée, nous croyons l'avoir démontrée.

En 1907 (1), dans la *Revue de chirurgie*, nous avons passé en revue les principales observations de syndrome de Marie publiées soit en France, soit à l'étranger. Puis, nous basant à la fois sur la clinique et sur l'anatomie pathologique nous avons conclu de la façon suivante : « La tuberculose inflammatoire, le rhumatisme tuberculeux de M. Poncet sont capables, en se localisant d'une façon un peu particulière sur les extrémités des membres, de reproduire l'ensemble symptomatique décrit par Marie comme une nouvelle entité pathologique. »

A ces premiers arguments d'ordre clinique et anatomo-pathologique, nous pouvons actuellement ajouter d'une part la reproduction expérimentale des lésions, d'autre part toute une série de faits tirés de la pathologie comparée.

La reproduction expérimentale des lésions du syndrome de Marie a été obtenue dès 1892 par L. Dor, chef de laboratoire de M. A. Poncet. L. Dor utilisa dans ce but des cultures sur bouillon faiblement virulentes de bacille de Koch, obtenues avec un ganglion inguinal cliniquement atteint dans un cas de lupus de la jambe. Ces cultures furent inoculées à deux lapins par injection intraveineuse. Ces animaux furent sacrifiés au bout d'un an. Peu à peu, était apparue chez eux une augmentation considérable du volume des extrémités articulaires au niveau des genoux. Les mouvements de l'articulation étaient normaux et ne paraissaient pas douloureux.

A l'autopsie, L. Dor trouva des lésions analogues à celles constatées dans le syndrome de Marie. Les surfaces articulaires étaient dépourvues de leur cartilage de recouvrement, l'os était dénudé; des saillies osseuses exubérantes, de véritables ostéophytes, s'étaient développées surtout au niveau des saillies normales et des points d'attaches des muscles. Les condyles du fémur et l'épiphyse tibiale étaient recouverts de productions osseuses, néoformées.

Pour ceux qui aiment et exigent les preuves « dites de laboratoire », les faits observés par L. Dor ne laissent aucun doute sur le rôle de la tuberculose inflammatoire dans le syndrome de Marie. Tout aussi convaincants sont les arguments tirés de la pathologie comparée.

En 1908 (1), nous avions l'occasion d'observer à l'école vétérinaire un chien atteint d'ostéopériostite diffuse hyperostosante. Les lésions osseuses et périostiques étaient absolument semblables à celles qui caractérisent le syndrome de P. Marie chez l'homme. Or, ce chien était atteint de tuberculose pulmonaire démontrée tout au moins par l'aspect macroscopique des lésions, car malheureusement l'état des pièces ne nous permit pas des examens histologiques et bactériologiques concluants.

Cette observation eut l'avantage d'attirer l'attention des vétérinaires, et provoqua plusieurs publications.

Le professeur Liénaux (2) [de Bruxelles] publia peu après nous un cas d'ostéo-arthropathie hypertrophiante chez un cheval de cinq ans. Les os le plus fortement atteints étaient les os du canon, de l'avant-bras, de la jambe et le maxillaire inférieur. De plus, il y avait des lésions tuberculeuses viscérales disséminées : pleurésie chronique et granulie pulmonaire, tuberculose nodulaire de la rate, granulie du foie et adénopathies caséeuses multiples.

Les conclusions de Liénaux sont à peu de chose près celles déjà formulées par nous. « L'ostéo-arthropathie hypertrophiante est souvent d'origine tuberculeuse, mais elle peut exister en dehors de l'infection bacillaire. »

Toujours en 1909, M. Auger (3), chef des travaux à l'école vétérinaire de Lyon, fit connaître un autre exemple de syndrome de Marie d'origine tuberculeuse survenue chez un chien de dix-huit mois. A l'autopsie on trouva de la tuberculose pleuro-pulmonaire avec des adénopathies thoraciques et abdominales. Les lésions viscérales renfermaient de nombreux bacilles acido-résistants, et les inoculations prati-

(1) ALAMARTINE. Ostéo-arthropathies hypertrophiantes d'origine tuberculeuse. Le rôle de la tuberculose dans le syndrome de P. Marie. *Revue de chir.*, 1907, p. 992.

(1) BALL et ALAMARTINE. Ostéo-arthropathies hypertrophiantes d'origine tuberculeuse chez l'homme et chez le chien, *Revue de chir.*, 1908, p. 472.

(2) LIÉNAUX. Remarque au sujet de la nature de l'ostéo-arthropathie hypertrophiante, *Ann. de méd. vétérin.*, 1909, p. 313.

(3) AUGER. Un cas d'ostéo-périostite chez un chien avec coexistence de tuberculose viscérale, *Journ. de méd. vétérin. et de zootechnie*, 1909, p. 712.

quées chez le cobaye donnèrent des résultats positifs en faveur de la tuberculose.

Enfin, tout récemment, M. le professeur Cadiot (1) a publié un intéressant mémoire d'ensemble sur les ostéo-arthropathies d'origine tuberculeuse. Dans son travail, il donne aux recherches de M. le professeur Poncet et aux nôtres une part dont nous ne saurions trop le remercier.

En moins d'une année, M. Cadiot a pu recueillir chez le chien cinq observations d'ostéo-arthropathies hypertrophiantes. Sur ces cinq chiens, quatre autopsiés étaient atteints de tuberculose viscérale et notamment pulmonaire avec cavernes. Il y avait également des lésions tuberculeuses dans le foie, les reins, les ganglions trachéo-bronchiques et mésentériques.

Le cinquième sujet qui ne put être autopsié était lui aussi, de par la clinique, un tuberculeux pulmonaire réagissant facilement à la tuberculine.

M. Cadiot conclut de la sorte : « Nous pouvons dire que, chez tous les animaux observés, les lésions osseuses et articulaires, les ostéo-arthropathies plus ou moins symétriques, bien que l'on n'y ait trouvé ni tubercules ni bacilles, relevaient de la forme inflammatoire de la tuberculose, du rhumatisme tuberculeux. En est-il toujours ainsi? On ne saurait le dire encore, car il se peut que comme chez l'homme elles se rencontrent exceptionnellement dans d'autres maladies infectieuses. »

Depuis 1909, nous avons eu l'occasion d'observer toute une série d'ostéo-arthropathies hypertrophiantes.

Voici deux des observations les plus caractéristiques.

Observation I. — Chien des Pyrénées, âgé de trois ans. Le sujet a présenté un amaigrissement progressif avec asthénie, toux et essoufflement.

A l'autopsie, les poumons sont atteints d'emphysème vésiculaire. Le lobe postérieur droit est occupé, dans ses deux tiers inférieurs, par un foyer de broncho-pneumonie pseudolobaire hyperplasique, chronique. A ce niveau, le tissu pulmonaire paraît hépatisé ou plutôt atteint de carnisation : le foyer broncho-pneumonique est brillant, d'aspect musculaire, paraissant œdémateux, légèrement translucide et tremblottant, de coloration vineuse, lilas ou violet pâle. Cette apparence nous semble caractéristique et coexiste avec l'ostéo-arthropathie à un degré quelconque. Sur des surfaces de section, on remarque sur un fond rougeâtre des petites taches bleuâtres ou ardoisées correspondant à de l'anthracosis pulmonaire.

On observe aussi quelques petits foyers de nécrose, de caséification, jaunâtres ou jaune verdâtre, ternes, mesurant jusqu'à un centimètre de diamètre.

Dans le foyer broncho-pneumonique, les bronches sont dilatées et leur muqueuse présente une coloration lilas ou gris violacé pâle et un certain degré de translucidité.

Cette bronchiectasie existait dans toutes nos observations et elle nous paraît de la plus haute importance pour orienter vers l'ostéo-arthropathie.

Dans le lobe moyen droit siège également un foyer broncho-pneumonique analogue, assez volumineux, à contour irrégulier, entouré d'emphysème. Le quatrième lobe droit est atteint d'infiltration grise avec bronchiectasie.

Il convient aussi de signaler la présence de quelques granulations grises tuberculeuses qui se rapportent à une poussée granulique.

Le poumon gauche renferme des granulations grises tuberculeuses isolées ou disposées par petits groupes. On observe de la congestion passive.

L'examen microscopique montre des lésions banales de broncho-pneumonie : les alvéoles pulmonaires sont occupées et parfois absolument oblitérées par des cellules arrondies, endothéliales, assez volumineuses, à noyau souvent incolorable, avec lymphocytes.

Par places, on remarque l'évolution fibro-plastique de l'exsudat pneumonique indiquant le passage à l'état chronique (pneumonie hyperplasique).

Les bronches sont dilatées, de sorte que les festons de leur muqueuse ont disparu ou sont moins apparents. L'épithélium bronchique manque par places ou est complètement modifié, irrégulier. La paroi bronchique atteinte d'œdème est épaissie, riche en leucocytes diapédésés. Les travées conjonctives interlobulaires sont élargies par l'œdème.

Par places, dans le tissu hépatisé, on observe des lésions de nécrose fibrinoïde.

La paroi de la caverne est constituée par le tissu pneumonique atteint de nécrose de caséification et en voie de désintégration.

Exceptionnellement, sur les confins ou en dehors des territoires broncho-pneumoniques, on aperçoit de rares formations plus ou moins arrondies ou ovalaires composées de cellules épithélioïdes et de cellules rondes qui se rapportent aux granulations grises éparses que l'on observe assez souvent en plus des lésions broncho-pneumoniques.

Ces rares formations folliculaires peuvent permettre, en somme, de soupçonner la nature tuberculeuse des altérations du poumon.

Par places, la plèvre est épaissie, sclérosée, sans productions folliculaires.

On ne rencontre aucune cellule géante.

Il n'existe pas d'œdème pulmonaire appréciable, contrairement à ce que l'on pourrait penser, en raison du caractère tremblottant des lésions broncho-pneumoniques. Il s'agit d'une broncho-pneumonie épithélioïde ou d'une infiltration grise tuberculeuse.

Le cœur est atteint d'hypertrophie avec dilatation.

Sur les phalanges des mains et des pieds, au niveau de la face antérieure, l'arrachement du périoste permet de mettre à nu un mince dépôt de mousse osseuse, de coloration légèrement jaunâtre caractéristique.

L'examen bactériologique des lésions pulmonaires révèle la présence de très nombreux bacilles tuberculeux.

Obs. II. — Chienne de race danoise, âgée de sept ans. La malade a maigri assez rapidement et elle tousse ; la dyspnée est nette. Suspect de tuberculose pulmonaire, le sujet est sacrifié.

L'autopsie révèle des lésions de broncho-pneumonie chronique en foyers disséminés avec bronchiectasie. Le poumon est atteint d'œdème léger. Au niveau des lobes antérieurs la bronchiectasie est évidente, sans lésions alvéolaires péribronchiques appréciables. La paroi des bronches dilatées est épaissie, grisâtre.

En plus de l'anthracosis pulmonaire, on remarque quelques granulations tuberculeuses grises éparses. Çà et là il existe des noyaux broncho-pneumoniques en état de carnisation, de coloration rose violacé, translucides comme œdémateux, au sein desquels les bronches sont également dilatées.

En divers endroits, principalement dans le lobe postérieur gauche qui est complètement pris, le parenchyme pulmonaire paraît splénisé.

Sur des surfaces de section des territoires broncho-pneumoniques, le tissu du poumon offre une coloration rose violacé, lilas, un certain degré de translucidité avec taches anthracosiques.

Dans les autres lobes, la bronchiectasie, avec état translucide de la paroi bronchique, paraît être la seule lésion. Enfin, le lobe postérieur droit renferme un foyer caséeux de la taille d'une châtaigne, jaunâtre, sec et homogène sur la coupe.

La rate présente deux infarctus hémorragiques récents et volumineux.

Dans le foie, on aperçoit quelques noyaux arrondis, à peine saillants, de coloration lie de vin ou lilas, parfois marbrés de jaune, à limites peu nettes. Il s'agit de l'hépatome, tumeur adénomateuse.

(1) Cadiot. Sur les ostéo-arthropathies d'origine tuberculeuse. Cinq observations chez le chien, *Recueil de méd. vétérin.*, 15 avril 1912.

Le pancréas est porteur d'un cancer en taches de bougie, néoplasme assez fréquent chez le chien.

Ces tumeurs n'ont, bien entendu, aucune relation avec la tuberculose.

Sur les mains et les pieds, il existe des lésions évidentes d'ostéo-arthropathie hypertrophiante.

L'examen bactériologique des altérations pulmonaires met en évidence des bacilles tuberculeux. Ces bacilles sont absents dans la mousse osseuse et le périoste.

Sur les os des mains et des pieds, les altérations ostéo-arthropathiques sont très nettes.

Au microscope, les coupes du poumon présentent des foyers irréguliers de broncho-pneumonie épithélioïde, centrés par une bronche dilatée ou renfermant plusieurs de ces canaux ectasiés, suivant leur étendue.

Les bronches dilatées sont comparables à des trous creusés à l'emporte-pièce, arrondis ou ovalaires, circonscrits par une zone annulaire de pneumonie épithéliale d'épaisseur variable. L'épithélium des bronches dilatées a disparu, et à sa place existe un revêtement endothéliforme. La paroi bronchique est complètement transformée, envahie par des cellules épithélioïdes et des lymphocytes peu nombreux. La bronchite tuberculeuse est donc intense puisque la paroi des bronches est absolument méconnaissable et présente la même constitution que la ceinture pneumonique ambiante. L'inflammation tuberculeuse a uniformisé les tissus bronchique et pulmonaire. Les lésions pneumoniques sont constituées par une production de cellules épithélioïdes serrées, émaillées çà et là de quelques lymphocytes. Il n'existe toujours pas de cellules géantes.

En certains points, les parois alvéolaires sont épaissies par une hyperplasie conjonctive, et dans certaines alvéoles on observe l'évolution fibroplastique vers la sclérose.

Exceptionnellement, on observe au sein des foyers pneumoniques ou en dehors de ceux-ci des formations de cellules épithélioïdes à ordination folliculaire sous l'aspect d'îlots arrondis ou ovalaires rappelant les granulations tuberculeuses du chien.

La plèvre est épaissie, sclérosée par places.

En somme, il s'agit d'une sorte d'infiltration grise, de broncho-pneumonie épithélioïde, pour employer une expression qui nous paraît particulièrement convenir.

Dans certains lobes, on observe seulement de la bronchite tuberculeuse avec bronchiectasie.

Les deux observations que l'on vient de lire nous paraissent intéressantes à plus d'un titre :

1° Elles démontrent, d'une façon définitive et par la preuve sans réplique de la présence du bacille de Koch, la nature tuberculeuse des lésions broncho-pulmonaires accompagnant l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumonique. Jusqu'à présent, cette preuve directe n'avait été donnée par personne, pas plus par Cadiot que par nous. Pour affirmer la nature tuberculeuse des lésions on se basait uniquement sur leur aspect macroscopique, le résultat de l'épreuve à la tuberculine, l'évolution clinique de l'affection.

Cette preuve bactériologique directe était d'autant plus nécessaire, que tant au point de vue macroscopique que microscopique, les lésions broncho-pulmonaires observées s'éloignaient assez de la tuberculose classique.

2° Cet aspect très particulier des lésions pulmonaires conditionnant l'ostéo-arthropathie hypertrophiante du chien constitue le second point sur lequel nous voulons attirer l'attention. Il s'agit de lésions broncho-pulmonaires évoluant à l'état chronique, soit suivant le type pseudo-lobaire, ce qui est le cas le plus fréquent, soit sous forme de foyers disséminés avec bronchectasie. Plus rarement on note des granulations grises tuberculeuses, peu nombreuses, un ou plusieurs foyers de nécrose ou de caséification et des cavernes. La bronchectasie est constante et nous insistons sur cette particularité qui nous a toujours permis de reconnaître la présence d'une ostéo-arthropathie passée cliniquement inaperçue. La coloration, l'état translucide des foyers broncho-pneumoniques nous paraissent également caractéristiques de cette forme particulière de tuberculose pulmonaire.

A ces lésions macroscopiques très spéciales et très constantes correspondent des altérations histologiques constantes elles aussi. Il s'agit de lésions tuberculeuses très atypiques, sur les confins de la tuberculose spécifique et de la tuberculose purement inflammatoire. Sauf au niveau des granulations grises, qui en dépit de cellules géantes (très rares du reste chez le chien) peuvent cependant être reconnues par un observateur quelque peu familiarisé avec les productions tuberculeuses chez le chien, les lésions broncho-pulmonaires observées sont du type inflammatoire simple. Elles revêtent le type pneumonique simplement épithélioïde et non folliculaire. Et cependant ces lésions sont bourrées de bacille de Koch ? Voilà bien une preuve de plus, de la propriété qu'a le bacille de Koch de déterminer, même lorsqu'il est très virulent, des lésions purement inflammatoires.

3° Des nombreux examens nécropsiques que nous avons pratiqués, il résulte que l'ostéo-périostite diffuse du chien, localisée surtout au niveau des extrémités, est une affection extrêmement fréquente.

Chez le chien presque toutes les fois que le poumon est atteint de lésions tuberculeuses, il existe un degré plus ou moins accentué d'ostéo-arthropathie hypertrophique. Ces lésions nous les avons recherchées systématiquement, et nous les avons presque toujours trouvées. Pour éviter toute erreur à l'autopsie il est nécessaire d'inciser la peau de la face dorsale des mains et des pieds, d'arracher le périoste des métatarsiens, des métacarpiens et des doigts. On découvre ainsi les néoformations ostéo-périostiques caractéristiques qui au début sont discrètes et peu étendues. Le processus commence toujours par les extrémités et il peut être suspendu par la mort spontanée, résultat d'une affection cardiaque concomitante ou des lésions pulmonaires.

La conclusion à tirer de ces observations est que la production de néoformations ostéo-périostiques à un degré plus ou moins accentué est un fait à peu près constant chez le chien atteint de tuberculose pulmonaire, mais pour que ces néoformations deviennent cliniquement appréciables il faut des circonstances particulières. Les lésions broncho-pulmonaires doivent affecter un type très particulier, se rapprochant de la forme inflammatoire simple, et *à évolution très lente*. C'est cette lenteur d'évolution qui permet aux lésions ostéo-arthropathiques de prendre un développement suffisant pour devenir cliniquement appréciable.

4° Comment expliquer la genèse des lésions ostéo-arthropathiques produites dans ce cas ?

La constante association des lésions broncho-pulmonaires tuberculeuses précédentes, à l'ostéo-arthropathie, paraît nous autoriser à rapprocher étiologiquement ces deux ordres d'altérations. L'unicité étiologique invoquée par nous pour deux processus pathogéniquement différents est facilement acceptable. Le temps n'est plus, en effet, où le critérium de la tuberculose résidait dans la présence des cellules géantes ou des follicules tuberculeux. Chez le chien, du reste, les cellules géantes sont absentes des lésions folliculaires même. Nous n'en avons jamais rencontrées. Ensuite, la tuberculose peut

se traduire par une réaction inflammatoire banale, suivant la doctrine du professeur Poncet. Nous avons vu que, dans le poumon, les lésions tuberculeuses offraient l'allure d'une broncho-pneumonie pas très caractéristiquement tuberculeuse, malgré la présence de nombreux bacilles.

Cette tuberculose inflammatoire n'exige même pas la présence du bacille. Il suffit que les toxines tuberculeuses émises par un foyer bacillaire, aillent, par l'intermédiaire de la circulation, influencer un territoire ou un organe vulnérable plus ou moins éloigné. De sorte que l'absence de lésions à la fois histologiquement et bactériologiquement tuberculeuses, dans les altérations osseuses de l'ostéo-arthropathie, ne s'oppose nullement à la conception de la nature tuberculeuse de cette dernière.

Dans le cas qui nous occupe, les poisons bacillaires émanés des lésions broncho-pulmonaires habitées par les bacilles tuberculeux, sont charriés par la circulation qui les amène au contact du périoste et des os où leur présence provoque une réaction inflammatoire ostéo-productive.

Cette pathogénie, ce mécanisme toxinaire explique parfaitement le développement de l'affection appelée ostéo-arthropathie hypertrophiante, malgré l'absence de bacilles tuberculeux dans le tissu ostéo-périostique.

Le développement initial et la prédominance de l'ostéo-arthropathie au niveau des extrémités pourraient peut-être être expliqués, en faisant intervenir, comme cause favorisante, la stase périphérique liée aux lésions cardiaques observées chez les sujets. Tous les animaux autopsiés par nous étaient atteints d'hypertrophie avec dilatation simple ou coexistant avec des lésions mitrales.

Ainsi l'ostéo-arthropathie hypertrophiante du chien constitue un magnifique exemple et une nouvelle consécration de la tuberculose inflammatoire du professeur Poncet. Chez l'homme, dans l'affection homologue, les mêmes étiologie et pathogénie sont les seules soutenables dans un grand nombre de cas.

MÉDECINE PRATIQUE

LES HÉMORRAGIES POSTOPÉRATOIRES DANS L'APPENDICITE

Une complication postopératoire de l'appendicite sur laquelle des travaux récents ont attiré l'attention est l'hémorragie grave, souvent foudroyante que l'on peut observer dans les jours qui suivent l'opération, et dont l'origine est variable.

Ces hémorragies sont bien différentes de celles que l'on peut observer au cours même de l'affection, en dehors de toute intervention (hémorragies stomacales intestinales, etc.), relevant le plus souvent de thromboses et d'embolies septiques et dont l'histoire est bien connue.

Les hémorragies que l'on peut voir se produire après l'intervention, dans la région opératoire, sont d'origines très diverses et il faut les cataloguer avec soin car la conduite à tenir est totalement différente selon les cas.

On peut les classer en trois catégories :

1° Les hémorragies en nappe des hémophiles, qui suivent l'acte opératoire sans aucune interruption et qui ne présentent dans cette région aucun caractère particulier. Il faut remarquer seulement combien l'état de septicémie de certains malades augmente cette tendance à l'hémophilie.

2° Les hémorragies primitives ou secondaires au niveau d'une artère qui a été intéressée par l'acte opératoire et qui a été liée ou non. C'est le cas de l'artère du méso-appendice liée avec le moignon, c'est celui de certaines artères qui peuvent avoir été intéressées lors de libération d'adhérences, c'est encore celui de l'artère épigastrique intéressée souvent lorsqu'on emploie l'incision de Jalaguier.

3° L'ulcération, dite spontanée, des gros vaisseaux iliaque externe ou primitive, ilio-lombaire, circonflexe iliaque, dans la paroi d'un abcès périappendiculaire et le plus souvent au contact d'un drain placé après l'incision de l'abcès. Voici trois variétés d'hémorragies bien distinctes par leur origine et aussi par leurs conséquences. Nous ne dirons rien des hémorragies des hémophiles et de la conduite à tenir dans ces cas, la question est bien connue.

Nous voulons surtout parler des deux autres variétés. Les hémorragies du moignon appendiculaire sont encore mal connues et ont dû le plus souvent passer inaperçues parce que l'hémorragie se produit dans le péritoine si le moignon n'a pas été enfoui, le plus souvent dans l'intérieur de l'intestin que le moignon ait été enfoui ou non dans la paroi du cæcum; ces dernières hémorragies ont dû le plus souvent être confondues avec les hémorragies intestinales par ulcération de l'intestin à la suite de thromboses. Elles en diffèrent cependant par la grande abondance du sang.

Tel est le cas du malade dont Walch (du Havre) rapporte l'observation à la Société de chirurgie en 1901, et où six jours après l'opération le malade évacue subitement par le rectum environ 3 litres de sang. Outre cette observation, nous pouvons citer 2 cas auquel J. N. Hall fait allusion sans donner de détails parmi les complications de l'appendicite qu'il a observées ; Hessert, dans une enquête récemment menée près des membres de la Société de chirurgie de Chicago sur certains points de technique de l'appendicectomie et les complications postopératoires, cite 7 cas d'hémorragies graves par le moignon appendiculaire; six de ces cas sont des hémorragies primitives survenues par l'intestin au niveau d'un moignon enfoui dans le cæcum. Dans aucun cas la ligature du moignon n'avait été faite (!).

Dans un autre cas, il s'agit d'hémorragie secondaire au niveau du pédicule d'un appendice gangrené qui avait subi une ligature simple, et qui tomba au bout de douze jours. Il en résulta une hémorragie très abondante qui se répéta deux jours après avec une telle abondance que le malade mourut avant que l'on puisse intervenir. Dans ce cas il y avait un simple tamponnement à la gaze et pas de drain ayant pu causer une ulcération par compression.

Dans une observation rapportée par Gudeke il semble que l'hémorragie provenait d'un autre vaisseau, probablement l'iléo-colique. Il s'agissait d'un cas d'appendicite rétro-colique et pour enlever l'appendice on fut obligé de libérer des adhérences et décoller le côlon ascendant. Dans la soirée même le malade présente les symptômes d'une hémorragie interne. La plaie rouverte montre une hémorragie considérable provenant de l'angle rétro-cæcal. Elle réussit à s'arrêter par un tamponnement serré. Qu'il s'agisse d'hémorragies primitives ou secondaires, il semble bien que la plupart de ces hémorragies soient dues à une faute de technique, donc facilement évitables, par une bonne ligature du moignon appendiculaire, par celle de l'artère du méso qu'il faut toujours lier séparément au moyen d'un point passé largement dans la base du méso de façon à ne pas pouvoir glisser.

Il semble en être de même des hémorragies observées au niveau de l'épigastrique.

Dans ces cas, le plus souvent au moment de l'opération, lorsque l'artère a été sectionnée on l'a prise dans une pince, et au lieu de procéder prudemment à sa ligature immédiate on a continué l'intervention ; à la fin, lors de la fermeture de la paroi, les pinces à forcipressure ont été enlevées rapidement; l'artère n'a pas saigné sur le moment et on a omis de procéder à la ligature; peu de temps après, sous l'influence d'un effort (toux, cris, etc.), d'une tension des muscles abdominaux l'hémorragie se reproduit très abondante. Tel est le cas de Payne (de Norfolk), cité par H. Kelly, et ayant entraîné la mort. D'autres fois, l'artère est intéressée par l'aiguille du chirurgien au moment où il fait la suture de la paroi abdominale, et on néglige de la découvrir et de la lier se contentant de serrer la suture pour arrêter le sang. Hesser cite deux de ces cas, l'un d'eux ayant entraîné une hémorragie très sévère qui obligea à réopérer le malade, mais il mourut peu après.

Enfin, dans d'autres cas, la pathogénie de l'hémorragie est tout autre et analogue à celle que nous étudierons plus loin à propos de l'artère iliaque et de ses branches. Il s'agit d'ouverture d'abcès d'origine appendiculaire, et secondairement l'épigastrique s'ulcère dans le foyer par suite de la propagation de l'infection à ses parois, et par le contact d'un drain qui vient la comprimer.

Sondag, dans sa thèse, cite une observation de Villard, une autre d'Alamartine, où l'hémorragie se produisit sans drainage. Caraven et Basset rapportent une observation de Guinard où l'ulcération fut causée par le contact d'un drain. Dans les trois cas on fut obligé d'intervenir à nouveau et de lier l'artère. Les trois malades guérirent.

Les hémorragies par perforation de l'iliaque ou de l'une de ses branches de la paroi abdominale latérale (ilio-lombaire en arrière, circonflexe iliaque en avant) se produisent toujours chez des malades porteurs d'un abcès appendiculaire. Caraven et Basset, Sondag, Weissenbach et Bertier en ont donné récemment une bonne description à laquelle nous renvoyons pour plus de détails.

Ces auteurs ont pu réunir dix observations dans lesquelles l'origine de l'hémorragie a pu être précisée.

Deux fois (observations de Patel et de Bérard) il s'agissait de l'artère ilio-lombaire chez des malades chez lesquels on avait récemment ouvert un abcès appendiculaire rétro-cæcal et lombaire au moyen de l'incision postéro-latérale de l'abdomen. Dans le cas de Patel c'est le deuxième jour après l'opération que l'hémorragie se produisit très violente, emportant le malade en une demi-heure; chez le malade de Bérard c'est le cinquième jour qu'on l'observa, un tamponnement réussit d'abord à l'arrêter, mais elle reprend peu après et le malade succombe.

Plus dramatiques encore par leur soudaineté et leur abondance sont les hémorragies de l'iliaque externe. Le plus souvent elle a eu lieu le cinquième ou le sixième jour, jamais avant cette date, parfois plus tardivement, au dix-huitième jour dans un cas de Savariaud et Bonvoisin, au vingt-troisième dans l'observation de Polaillon. Quelquefois l'hémorragie est absolument spontanée.

Plus souvent, c'est à propos d'un mouvement ou d'un effort du malade qu'elle débute, dans d'autres cas enfin c'est à propos d'une exploration de la plaie par le chirurgien : ablation d'un drain ou d'un tamponnement.

En tout cas, comme le remarque Sondag, « elle n'est jamais précédée de suintements sanguins prémonitoires tels qu'on en rencontre dans certaines ulcérations de la carotide à la suite de la carie du rocher ou dans certaines fistules aortico-œsophagiennes ou aortico-bronchiques ».

Dans une seule observation, celle de Lamy, l'hémorragie se produisit dans l'intérieur du péritoine s'accompagnant des signes ordinaires d'une hémorragie interne formidable. On comprend la gravité de cette éventualité : rien ne vient arrêter l'épanchement du sang et le diagnostic est encore retardé par l'absence de signes extérieurs de l'hémorragie. Malgré la ligature rapide du vaisseau, le malade de Lamy mourut.

Dans aucun cas l'hémorragie ne s'est produite par l'intestin, mais cette éventualité n'est pas inconcevable, et il est possible que certaines observations d'écoulement formidable de sang par le rectum mises sur le compte d'hémorragies de l'artère du méso relèvent de cette origine.

Dans les autres observations (cas de Polaillon, Chaput, Guinard, Savariaud et Bonvoisin, Caraven et Basset, Villard (cité par Sondag), Bertier et Weissenbach) l'hémorragie se produisit dans la poche de l'abcès, puis immédiatement à l'extérieur, par l'incision opératoire le plus souvent drainée. Le pansement puis le lit du malade ne tardent pas à être inondés de sang et de caillots. Assez souvent, comme le remarque Sondag, l'écoulement sanguin s'arrête de lui-même, comme dans les cas de Caraven et Basset, Savariaud et Bonvoisin, Bertier et Weissenbach, et, dans leur observation, Caraven et Basset pensent que c'est la compression du drain, lui-même refoulé par l'hématome, qui comprime momentanément l'orifice artériel. Quelquefois l'hémorragie s'arrête par un simple tamponnement à la gaze, comme dans l'observation de Chaput.

L'hémorragie se reproduit toujours bien plus abondante, formidable, le sang sort en bouillonnant de la plaie, si, dans un but d'exploration et d'hémostase, on retire les drains ou le tamponnement qui avaient arrêté momentanément l'écoulement du sang.

On conçoit la gravité d'une pareille complication. Heureusement, elle semble très rare. C'est un point sur lequel insistent Sondag, Caraven et Basset. Cette rareté absolue est certaine, mais relativement aux cas qui remplissent les conditions de leur production, cette rareté n'est peut-être pas si grande qu'elle le paraît au premier abord.

En premier lieu, il faut bien noter que ces ulcérations vasculaires n'ont été observées que dans les appendicites avec abcès, et, de plus, il faut que l'abcès soit au contact du vaisseau pour que sa lésion se produise. Comme le montre Sondag, on n'observera l'ulcération de l'ilio-lombaire que dans les abcès appendiculaires lombaires, et celle de l'iliaque externe que dans le cas d'abcès pelviens. Il s'agit donc de variétés déjà rares dans le cas d'appendicite. Les abcès iliaque et rétro-cæcal, beaucoup plus fréquents, n'ont pas donné lieu à ces hémorragies.

D'autre part, si le nombre des observations précises est actuellement minime, il suffit de chercher dans les statistiques opératoires d'appendicite pour trouver d'autres cas étiquetés « hémorragie grave par la plaie opératoire », sans autre spécification. Certains de ces cas guérissent après un simple tamponnement, et il s'agit vraisemblablement alors de l'hémorragie de l'épigastrique. Tel est le cas de Dyce Duckworth, telle encore l'observation de M. Quénu rapportée par Caraven et Basset. Dans d'autres cas, le malade mourut, et il s'agissait peut-être d'ulcération de l'iliaque externe. G. G. Smith, par exemple, donnant une statistique de 513 opérations d'appendicite avec 23 morts, observe 135 cas d'abcès avec 10 morts, dont 1 cas par « hémorragie dans la plaie ». J. N. Hall, citant les complications qu'il a observées dans ses 500 derniers cas d'appendicite, cite 1 cas d'hémorragie secondaire grave de la plaie.

On trouverait facilement des indications analogues. Il est vraisemblable que le nombre des observations précises de cette redoutable complication augmentera maintenant qu'elle est mieux connue.

La pathogénie de ces hémorragies de l'iliaque externe rouvre le grand débat des ulcérations spontanées des artères dans les foyers septiques qui donna lieu à de nombreuses discussions, en particulier à la Société de chirurgie de 1882 à 1887, où Monod donnait le rôle primordial dans la production de l'ulcération au processus inflammatoire, tandis que Humbert incriminait surtout l'action mécanique des drains maintenus longtemps dans les plaies. C'est cette dernière opinion qui semble avoir prévalu depuis cette époque.

Sur les 8 observations d'ulcération de l'iliaque externe et les 2 de l'ilio-lombaire rapportées ici, 9 fois la plaie avait été drainée.

Caraven et Basset insistent dans leur cas sur ce rôle de l'action du drain. Les deux drains retirés de la plaie étaient coudés en S, venant en contact intime avec l'artère au moment où elle croise le détroit supérieur. L'ulcération siège d'ailleurs toujours au même point, sur la face antérieure ou antéro-interne du vaisseau.

Dans l'observation de Lamy, l'examen histologique montre un processus ulcératif produit de l'extérieur vers l'intérieur, sans aucune infiltration leucocytaire et microbienne.

Une observation de Moschowitz, qui a la valeur d'une expérience, semble prouver la réalité de ces ulcérations mécaniques, même en milieu aseptique : à la suite d'une urétérolithotomie double, qui s'était passée aseptiquement sans incident, à l'ablation du drain du côté gauche une hémorragie se produit, la laparotomie montre une ulcération de l'iliaque primitive, qui est liée; pendant qu'on refaisait le pansement, le drain du côté droit est retiré un peu brusquement hors de la plaie, et il se produit une hémorragie grave qui nécessite à son tour la ligature de la deuxième artère iliaque.

Plus récemment, Bertier et Weissenbach, rapportant à la Société anatomique un cas d'ulcération de l'iliaque externe dans un abcès appendiculaire, admettent le rôle du drain dans sa production; cependant l'examen histologique de la pièce leur montre de l'infiltration leucocytaire de la tunique externe du vaisseau et, sur les bords mêmes de la plaie artérielle, deux petits amas microbiens.

Ces auteurs ont depuis entrepris, chez le chien, une série d'expériences tâchant de reproduire les diverses conditions de la clinique. Ils n'ont pu, en opérant de façon strictement aseptique, en tissu sain, sur une artère saine, produire l'ulcération des parois vasculaires par le simple contact, même intime et prolongé, d'un drain. Ce n'est que dans des conditions très particulières que le contact d'un corps étranger aseptique peut amener l'ulcération d'une artère.

Au contraire, l'infection joue un rôle important dans la production de ces ulcérations dites traumatiques, le drain servant surtout d'agent localisateur de l'infection sur l'artère.

La rupture est la conséquence d'une artérite aiguë localisée par le drain.

Ils concluent qu'en milieu infecté il ne faut pas laisser plus de deux à trois jours au maximum un drain au contact d'une artère. La présence de drains joue donc un rôle important dans la production de ces hémorragies, sans être indispensable, comme le prouve l'observation de Polaillon dans laquelle la plaie n'avait pas été drainée.

De toutes les considérations précédentes découlent un certain nombre d'applications très importantes sur la conduite à tenir dans ces cas.

Tout d'abord l'étiologie et la pathogénie de ces diverses hémorragies nous montre les moyens propres à les éviter.

Les hémorragies du moignon ne se produisant pas avec une ligature bien faite comme nous l'avons indiquée, il en est de même pour les hémorragies de l'épigastrique.

On devra craindre une hémorragie de l'ilio-lombaire toutes les fois que l'on drainera un abcès par-dessus l'aile iliaque, et une hémorragie de l'iliaque externe toutes les fois qu'on placera des drains croisant le détroit supérieur et plongeant dans le petit bassin.

On ne laissera les drains en milieu septique, au contact des vaisseaux que quarante-huit heures au plus, on les remplacera par des drains superficiels, ou s'il est nécessaire de drainer dans la profondeur, on mettra des mèches de gaze peu tassée ou un drain plus petit enveloppé de gaze, en évitant le contact avec les vaisseaux.

Si l'hémorragie se produit, elle peut se présenter de trois manières différentes : hémorragie de sang rouge très abondante, par le rectum, hémorragie intrapéritonéale, hémorragie par la plaie.

En tous les cas, comme le demande Sondag, le traitement doit être instantané et décisif.

Dans les premières éventualités, l'ouverture rapide de l'abdomen est indispensable et la source de l'hémorragie doit être cherchée soit dans le moignon appendiculaire, soit dans l'artère iliaque externe. Une compression digitale de cette dernière au-dessus et au-dessous permet de localiser rapidement le siège de l'hémorragie. La ligature du vaisseau qui saigne est toujours indispensable.

La dernière éventualité, hémorragie par la plaie, est de beaucoup la plus importante pour la conduite à tenir. Le médecin a entre ses mains la vie du malade et il n'a que quelques minutes pour le sauver.

Il découle des observations publiées un certain nombre d'enseignements très utiles.

En présence d'une hémorragie très abondante à la suite d'une incision lombaire d'abcès appendiculaire, l'hémorragie ne peut provenir que de l'ilio-lombaire. Dans le cas d'incision abdominale antérieure, il peut s'agir d'une lésion de l'iliaque externe ou de l'épigastrique.

Dans tous les cas, sans chercher à préciser l'endroit exact de l'écoulement, sans surtout enlever drains ou mèches qui sont dans la plaie, sous le prétexte de voir le siège, ce qui ne servirait à rien qu'à redoubler la perte de sang, il convient d'arrêter immédiatement l'écoulement, par la compression de l'aorte alors que l'on fait effectuer un tamponnement serré de la plaie. Au lieu de pratiquer la compression digitale de l'aorte nous pensons qu'on pourrait employer ici avec avantage le garrot abdominal élastique de Monburg qui réalise une compression efficace et que l'on peut prolonger plus longtemps. Il conviendrait néanmoins d'user de toutes les précautions que nous avons indiquées à son sujet (voir *Gaz. des hôpit.* du 29 juin 1911, n° 73, p. 1126). Pendant ce temps, on fait préparer, en hâte, le nécessaire à la salle d'opération, et on y transporte le malade. Si l'hémorragie s'est arrêtée par le tamponnement, il ne faut en aucun cas s'en contenter. Les observations de Guinard, Patel, Bérard, Chaput, nous démontrent, sans conteste, que le tamponnement ne doit jamais être considéré comme un moyen d'hémostase suffisant d'un gros vaisseau en milieu infecté. Au bout de vingt-quatre, quarante-huit heures il y aura de la rétention purulente, on sera obligé de détamponner et l'hémorragie se reproduira, si elle ne s'est pas reproduite spontanément auparavant.

Le malade étant sur la table, l'opérateur saisit le bord interne de la plaie et la comprime entre les doigts, ou soulève le tamponnement. Si l'hémorragie est arrêtée par la pression des doigts de l'opérateur et ne se reproduit que quand il les desserre, c'est qu'il s'agit d'une plaie de l'épigastrique, on procède alors à sa découverte et à sa ligature *au-dessus* et *au-dessous* de la perforation. Si malgré cette compression l'hémorragie se produit, quand on détamponne, par un bouillonnement qui sort de la profondeur, c'est l'iliaque qui donne; l'aide arrête immédiatement l'hémorragie en comprimant avec les doigts l'artère au-dessus et au-dessous de la plaie. L'incision étant élargie rapidement, l'artère est découverte et liée *au-dessus* et *au-dessous* de sa perforation. Caraven et Basset ont bien montré qu'en plein foyer purulent la suture latérale serait illusoire et dangereuse, que la ligature ne crée pas de dangers pour la vitalité du membre, et qu'elle tient en milieu infecté malgré toutes les craintes théoriques. Il est donc inutile et dangereux de chercher à faire la ligature en tissu aseptique.

Le pansement terminé, on enveloppera avec soin le membre de ouate, et on le placera en position élevée pour favoriser la circulation en retour. Moyennant de la décision et une bonne technique on peut arriver à sauver un certain nombre de ces malades. Alors qu'en 1904 Lebon, dans sa thèse, considérait le pronostic de ces ulcérations vasculaires comme fatal, depuis on a publié deux cas de guérison, ceux de Caraven et Basset, Savariaud et Bonvoisin.

Le pronostic n'est donc pas désespéré entre les mains d'un opérateur décidé et averti. La connaissance des diverses éventualités possibles, la rapidité de la décision à prendre, sont ici, comme dans toute chirurgie d'urgence, les facteurs primordiaux du succès.

M. LANCE.

BIBLIOGRAPHIE

1889. Dyce DUCKWORTH. *Med. and surg. Transact.*, vol. LXXVII, p. 433.

1893-1894. LEBON. Th. de Paris.

1901. WALCH. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, t. XXVII, p. 374.

1905. PAYNE (de Norfolk). In Howard. Kelly et Hurdon, *The vermiform appendix*, p. 662.

1909. LAMY et BERNARD. *Bull. de la Soc. anat.*, 4 juin et 19 nov.

1910. GULEKE. *Soc. des méd. de la Basse-Alsace*, 26 fév., in *Deut. med. Woch.*, t. XXXV, n° 13, 31 mars, p. 613; discussion : A. CAHN, *Deut. med. Woch.*, t. XXXVI, n° 24, p. 1585. — G. G. SMITH. *The Boston med. and surg. J.*, vol. CLXIII, n° 13, 29 sept., p. 501. — CARAVEN et BASSET. *Revue de chir.*, 30e année, n° 12, 10 déc., p. 1117.

1911. MOSCHOWITZ. *Soc. de chir. de New-York*, 11 jan.; in *Ann. of Surg.*, t. LII, n° 4, avril, p. 538-577. — H. BERTIER et R.-J. WEISSENBACH. *Bull. de la Soc. anat.*, 3 février. — J. N. HALL. *Surg. gynecol. and obstet.*, vol. XIII, n° 4, oct., p. 429.

1912. SONDAG. Th. de Lyon 1911-1912. — WILLIAM-HESSERT. *Surg. gynecol. and obstet.*, vol. XIV, n° 5, mai, p. 492. — R. J. WEISSENBACH et H. BERTIER. *Arch. gén. de chir.*, 6e année, n° 7, 25 juillet, p. 754. — M. PATEL et J. MURARD. *Rev. de chir.*, t. XLVI, n° 8, 10 août, p. 116.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 SEPTEMBRE 1912)

Sur l'antigène dans la réaction de Wassermann. — M. A. DESMOULIÈRE. L'obtention d'un bon antigène constitue le point le plus délicat de la réaction de Wassermann. Les

recherches de l'auteur prouveraient que c'est à la cholestérine, sous un état particulier, que serait dû le pouvoir antigénique.

En additionnant une poudre de foie d'hérédo-syphilitique, épuisée par l'éther, d'une dose convenable de cholestérine, il serait possible d'obtenir un antigène d'une grande sensibilité.

JURISPRUDENCE

LES MÉDECINS ET LES CONTRAVENTIONS AUTOMOBILES

Nous avions étudié dans une note de 1911 (v. *Gaz. des hôpit.*, no 144, 19 déc. 1911, p. 2063) la jurisprudence nouvelle qui s'était créée relativement au point de droit suivant : un médecin, se rendant d'urgence en automobile au chevet d'un malade, commettait-il une contravention pour excès de vitesse, lorsqu'il dépassait l'allure tolérée par les règlements? Ne se trouvait-il pas dans le cas de force majeure, et ne devait-il pas, en cas de poursuites, être acquitté?

Trois décisions que nous citions (Trib. simple police Marsanne, 17 mars 1910, *Gaz. trib.*, 1911, I, 2.160; Marseille, 14 avril 1910, *Gaz. des hôpit.*, 1910, p. 860; Privas, cité sans date par *Gaz. des hôpit.*, 1910, p. 2049) adoptaient les dispositions de l'article 64 du Code pénal relatif au cas de force majeure, et acquittaient des médecins poursuivis. Par contre deux autres jugements, que nous citions également (Trib. pol. Saint-Donat, 14 nov. 1910, *Déc. just. paix*, 1911, p. 124; Trib. paix Paris, IVe arrond., 16 déc. 1909, *Lois et sports*, 1910, p. 125), ne considéraient cette urgence que comme une circonstance des plus atténuantes, et non comme un cas de force majeure, et avaient condamné au minimum.

La jurisprudence en faveur de l'adoption de cas de force majeure vient de se renforcer d'un jugement rendu le mercredi 19 septembre 1912, par Me Jacques Cohen, avocat à la Cour d'appel de Paris, faisant fonctions de juge de simple police, jugement qui ne manquera pas de faire autorité. En l'espèce, il ne s'agissait pas d'une contravention pour excès de vitesse, mais pour *fumée incommode*.

Voici d'ailleurs à quelle occasion ce jugement intéressant a été rendu.

Le 23 juin dernier, M. le professeur Tuffier, chirurgien en chef à l'hôpital Beaujon, était appelé à faire d'urgence, au sortir de l'hôpital, une opération chirurgicale. Il donna l'ordre à son chauffeur de se rendre en hâte chez un pharmacien, afin d'y prendre les pansements nécessaires. M. Guillaume, le chauffeur de l'automobile, se conforma à l'ordre reçu et se rendit, à toute vitesse, chez le pharmacien, sans prendre le temps de vérifier son graisseur.

En cours de route, il se dégagea de l'automobile ce que les ordonnances de police qualifient de « fumée incommode ».

Un gardien de la paix dressa une contravention, pour « fumée incommode », contre le chauffeur Guillaume. Celui-ci était, de ce fait, cité devant le tribunal de simple police.

M. le professeur Tuffier, s'étant considéré comme seul responsable de la contravention, écrivit à M. le juge de simple police la lettre suivante, que nous reproduisons :

Dinard,
Villa Marguerite.

Monsieur le président,

« Ma voiture dégageait une odeur incommode, le 23 juin 1912 — et j'accepte parfaitement la contravention y dressée — mais je sortais de l'hôpital Beaujon, où je suis chirurgien, et courais au plus pressé vers un accident grave et n'ai pas permis à mon mécanicien de vérifier son graisseur.

J'ajoute que, depuis sept ans, j'ai le même mécanicien, que je circule, hélas! tous les jours et que je n'ai jamais eu encore l'ombre d'une contravention. Voudriez-vous tenir compte de ces faits et ne pas donner suite à cette affaire? Vous me feriez grand plaisir et je crois vraiment que la justice serait satisfaite.

Veuillez agréer, monsieur le président, l'expression de mes sentiments les plus distingués. »

TUFFIER,
Professeur agrégé,
Chirurgien en chef, à Beaujon.

En présence de cette lettre, et après audition des explications de l'inculpé qui excipait du cas de force majeure, le juge de simple police a rendu le jugement suivant que nous donnons en son entier.

« Attendu que le chauffeur Guillaume allègue que le docteur Tuffier, chirurgien, lui a donné l'ordre de se rendre, d'extrême urgence, dans une pharmacie pour y chercher les pansements nécessaires à une opération chirurgicale ne pouvant souffrir un délai;

Attendu que le chirurgien Tuffier, dans une lettre annexée au dossier, confirme la déclaration de l'inculpé;

Attendu que le motif d'ordre supérieur d'humanité, ainsi allégué et démontré, constitue un cas de force majeure faisant disparaître toute contravention...

Le chauffeur a, en conséquence, agi à raison du cas de force majeure prévu par l'article 64 du Code pénal qui déclare qu'il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister. »

Ainsi donc le chauffeur d'un chirurgien qui reçoit de son maître, appelé à faire une opération très urgente, l'ordre de ne pas perdre une minute, qui exécute à la lettre cet ordre et ne prend pas le temps de vérifier son graisseur, ne commet pas la contravention, dite de « fumée incommode », lorsque son automobile laisse, en cours de route, échapper une vapeur nauséabonde.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE L'AUTOSÉROTHÉRAPIE DANS L'ARTHRITE BLENNORRAGIQUE AIGUE

A Monsieur le directeur de la GAZETTE DES HOPITAUX.

Mon cher confrère,

Je reçois, du docteur Chauvet (de Paris), une très courtoise lettre, au sujet de laquelle je vous demande de vouloir bien m'accorder une nouvelle fois l'hospitalité, afin de pouvoir mettre au point la question de priorité soulevée par mon confrère au sujet de mon observation sur l'*autosérapie dans l'arthrite blennorragique aiguë*, parue dans la *Gazette* du 19 courant.

Cette priorité ne m'appartient pas; il résulte de la lettre du docteur Chauvet qu'elle revient tout entière au docteur Maillet qui, en 1911, fit, dans le service du docteur Petit, le premier essai d'autosérapie dans un cas analogue au mien? Dont acte.

Je me permettrai néanmoins de faire remarquer à mon aimable confrère :

1o Que mon observation ayant été recueillie le 17 février, date d'entrée du malade à la clinique, sa monographie était inconnue puisqu'elle n'a paru que dans le courant de mars de cette année.

2o Les recherches bibliographiques faites à l'Ecole, tant au moment où je me suis décidé à essayer l'autosérapie, qu'avant de remettre mon manuscrit à la *Gazette*, ne m'avaient pas permis de connaître ni la thèse de Bernasson (Paris 1911), ni la toute petite plaquette et les 5 observations du docteur Ramon, postérieures à la rédaction de mon observation.

Les thèses de Paris pour 1911 n'étaient point encore à l'Ecole quand je suis allé me documenter.

Ce qui précède m'autorisait donc à prétendre à une priorité, qui revient sans conteste, mais que je pouvais ignorer, au docteur Maillet.

La monographie que le docteur Chauvet a bien voulu m'adresser est tout à lire. Elle constitue une mise au point aussi complète qu'intéressante du traitement moderne du rhumatisme blennorragique.

Veuillez agréer, monsieur le directeur et cher confrère, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

LOP
(de Marseille).

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — COURS PRATIQUE ET COMPLET DE DERMATOLOGIE ET DE VÉNÉRÉOLOGIE, du 14 octobre au 18 décembre 1912 (20e cours), sous la direction de M. le professeur Gaucher, avec le concours et la collaboration de MM. Bar, Balzer, Castex, Hudelo, Morestin, Gastou, Emery, Milian, Terrien, Zimmern, Lacapère, Cathelin, Paris, Rostaine, Louste, Fouquet, Touchard, Desmoulière, Druelle, Claude et Ehmann.

Le cours aura lieu du lundi 14 octobre au mercredi 18 décembre, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, soit le matin, soit à deux heures et à trois heures et demie de l'après-midi, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre de la clinique.

Ce cours sera essentiellement pratique et portera surtout sur le diagnostic et le traitement. Toutes les démonstrations seront accompagnées de présentations de malades, de moulages du musée de l'hôpital Saint-Louis et de préparations microbiologiques ou histologiques. L'application des médications usuelles (frotte, douches, électricité, scarifications, épilation, électrolyse, radiothérapie, photothérapie, etc.) sera faite devant les élèves.

Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs.

Des certificats d'assiduité et d'instruction pourront être délivrés aux auditeurs à la fin du cours.

PROGRAMME ET RÉPARTITION DES COURS. — M. Gaucher. Lésions élémentaires de la peau. Médication hydrominérale.

M. Bar. Syphilis et grossesse.

M. Balzer. Eczéma. Impétigo. Ecthyma.

M. Castex. Syphilis du nez, du larynx et de l'oreille.

M. Hudelo. Gale. Prurits et prurigo. Lichens. Pityriasis.

M. Morestin. Opérations esthétiques en thérapeutique cutanée.

M. Gastou. *Maladies parasitaires du cuir chevelu :* Teigne tondante et favus. Pityriasis versicolor. Erythrasma. Carathés. Syphilis tertiaire de la langue. Ulcères de jambe et des pays chauds. Eléphantiasis. Morve; farcin. Actinomycose. Purpura.

M. Emery. Chancre mou. Traitement de la syphilis.

M. Milian. Histologie de la peau normale. *Syphilis tertiaire :* Syphilides tuberculeuses; syphilides ulcéreuses; gommes. Syphilis du testicule et des os. Syphilis cérébrale. Syphilis médullaire. Hérédo-syphilis. *Parasyphilis :* Neurasthénie. Paralysie générale. Tabes. *Laboratoire :* Treponema pallidum, examen ultra-microscopique.

M. Terrien. Syphilis oculaire.

M. Zimmern et Erhmann. Radiothérapie. Traitement par les courants de haute fréquence. Electrothérapie et électrolyse.

M. Lacapère. Chancre syphilitique. Pelade. Acnés. Dermites artificielles. Tumeurs épithéliales de la peau. Leucoplasie buccale et génitale. Kraurosis vulvæ. Urticaire.

M. Cathelin. Blennorragie aiguë et chronique. Complications génito-urinaires chirurgicales de la blennorragie chez l'homme : Prostatites. Cystites. Abcès urineux. Néphrites suppurées. Traitement de la blennorragie. Traitement des rétrécissements de l'urètre.

M. Paris. Zona. *Laboratoire :* Sang, pus, cultures, inoculations. Examen microscopique des teignes et des parasites végétaux. Bacilles de la lèpre, de la tuberculose, du chancre mou. Sporotrichose et actinomycose. Bacille de la morve. Anatomie pathologique générale des maladies de la peau. Séro-diagnostic de la syphilis, de la lèpre et du mycosis fongoïde.

M. Rostaine. Herpès. Végétations. Dermatoses congénitales. Phtiriase et mélanodermies. Bouton d'Orient. Lupus tuberculeux et tuberculoses cutanées typiques et atypiques. Pemphigus. Erythèmes. Alopécies. Folliculites suppurées. Dyshidrose.

M. Louste. Psoriasis. Séborrhée et eczéma séborrhéique. Tumeurs conjonctives de la peau et mycosis fongoïde. Complications médicales de la blennorragie. Balanoposthites et phimosis. Lupus érythémateux. Traitement du lupus.

M. Fouquet. Syphilis expérimentale. Syphilis secondaire. Syphilis du voile du palais. Sporotrichoses.

M. Touchard. Sclérodermie. Lèpre.

M. Desmoulière. Matière médicale dermatologique.

M. Druelle. Démonstrations pratiques de diagnostic. Petite chirurgie dermatologique.

M. Claude. Radiumthérapie. Photothérapie.

Deux cours semblables ont lieu chaque année; le premier en mai, juin et juillet; le second, en octobre, novembre et décembre.

Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis, les docteurs et étudiants français et étrangers, pourvus de seize inscriptions, sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation. Les bulletins de versement, relatifs à ce cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures. Pour renseignements complémentaires, s'adresser, le matin, à la clinique (hôpital Saint-Louis).

HOPITAL BRETONNEAU. — STAGE DE PERFECTIONNEMENT. — Pendant le semestre d'hiver 1912-1913, le docteur Lance, assistant d'orthopédie, prendra en nombre très limité des étudiants, anciens externes des hôpitaux, ayant terminé leur scolarité, ou des docteurs en médecine, qui désireraient acquérir la pratique des appareils orthopédiques et du traitement des fractures.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Lance, à l'hôpital Bretonneau.

ARTICLES ORIGINAUX
DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 8, août 1912.) JEAN : Etude palethnologique sur les silex taillés de l'Adrar. — DURANTON : Aération et ventilation à bord du croiseur Kléber (*suite et fin*). — SAINT-SERNIN : Nouvelle formule pour la préparation du sirop de lactophosphate de chaux.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 août 1912.) Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : La teinture d'iode pour les stérilisations de la peau et des plaies récentes. — HUTINEL : Péritonite à pneumocoques. Rougeole avec adénopathies volumineuses.

Journal de médecine interne. — (N° 22, 10 août 1912.) Louis-Albert AMBLARD : Artériosclérose et bains thermolumineux. — Adrien PIC : Les abcès de fixation dans l'érysipèle et quelques streptococcies. — (N° 23, 20 août.) PINARD : De l'avortement soi-disant thérapeutique, chez les femmes tuberculeuses en état de gestation. — LEMATTE : Nouvelle méthode de séro-diagnostic des affections typhiques et paratyphiques avec des émulsions de bacilles tués par les rayons ultraviolets. — (N° 24, 30 août.) Jean HEITZ : Des manifestations douloureuses de l'aortite et de leur traitement par les bains carbo-gazeux de Royat.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 31, 3 août 1912.) A. BONNET-LABORDERIE : Rétention prolongée d'un fœtus mort à terme dans un utérus fibromateux, avec coexistence d'un placenta prævia. Putréfaction fœtale. Hystérectomie d'urgence. Mort. — (N° 32, 10 août.) C. LEPOUTRE : La pyélonéphrite des suites de couches. — (N° 33, 17 août.) DELASSUS : Sept cas d'opération césarienne suivis de succès. — (N° 34, 24 août.) DELASSUS : Sept cas d'opération césarienne suivis de succès (*suite et fin*). — (N° 35, 31 août.) A. BONNET-LALORDERIE et H. FOURDINIER : A propos de l'emploi comme ocytocique de l'extrait hypophysaire (pituitrine).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-22

CONCOURS DE L'INTERNAT

Nous publierons, comme les années précédentes, un carnet destiné aux candidats à l'internat. Ce carnet sera adressé à titre gracieux aux candidats abonnés au journal.

Tous les étudiants pourront se le procurer au prix de 20 centimes aux bureaux du journal et dans les librairies.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. Macaigne, Dalché, Florand, Bergé, Moutard-Martin, Cunéo, Mouchet, Lapointe (qui acceptent); MM. Heitz-Boyer et Doléris (qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation).

— Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 7 octobre 1912. — Question donnée : « Diagnostic et traitement de la rétention d'urine. »

MM. Rougier, 10; Salinière, 8; Vasilesco, 10; Simeray, 12; Simon (Serge), 15; Vallée (Emmanuel), 9; Thuau, 11; Verger, 16; Vachet, 15; Mlle Zarjevski, 9; MM. Souchay, 8; Tétard, 11; Siron, 13; Mlle Zvirak, 10; M. Tanneaud, 10.

Anatomie. — Séance du 7 octobre. — Question donnée : « Artère humérale et ses branches. »

MM. Grenaudier, 5; Boudry, 15; Hébert, 16; Favreau, 14; Cocoult-Duverger, 13; Colanéri, 16; Depret, Davila et Anderson, 14; Mlle Badilquès, 10; MM. Charbonnier, 16; Alardo, 12; Mlle Boudard, 15; MM. Aumont, 18; de Carvalho, 12; Boudot, 11; Audoli, 12; Caillet, 14; Azoulay (Jules), 11; Chabrut, 13.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Un concours pour une place de prosecteur commencera le lundi 11 novembre 1912. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté au moins dix jours avant cette date : sont seuls admis à concourir les aides d'anatomie en exercice. La durée des fonctions est de trois années. L'enseignement est donné par les prosecteurs à partir du 1er octobre. Le traitement est de 1 200 francs par an.

Les épreuves éliminatoires comprennent : 1° une épreuve écrite sur un sujet d'anatomie et de physiologie; 2° une épreuve pratique d'anatomie.

Les épreuves définitives se composeront de : 1° une épreuve de médecine opératoire; 2° une épreuve orale d'anatomie; 3° une épreuve orale de physiologie.

— Un concours pour une place d'aide d'anatomie commencera le lundi 4 novembre 1912. Les étudiants en médecine qui veulent concourir doivent s'inscrire dix jours avant cette date. Traitement 800 francs par an.

Les épreuves éliminatoires comprennent : 1° une épreuve écrite d'anatomie et un sujet de physiologie; 2° une épreuve pratique d'anatomie.

Les épreuves définitives se composent de : 1° une épreuve de médecine opératoire; 2° une épreuve orale d'anatomie; 3° une épreuve de physiologie.

XXVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. — La première séance du Congrès de chirurgie a eu lieu lundi, à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le professeur Delorme, médecin inspecteur général, membre de l'Académie de médecine, qui a prononcé un discours tout à fait remarquable sur l'état présent de la chirurgie de guerre.

Nous ne pouvons que le mentionner aujourd'hui en attendant le compte rendu que publiera dans un de nos prochains numéros notre collaborateur M. Lance. Mais il nous paraît utile de signaler dès maintenant les enseignements précieux que l'éminent professeur a su tirer des récentes campagnes de Transvaal et de Mandchourie, et qui montrent que le caractère dominant de la chirurgie de guerre doit être la simplicité.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Grosclaude (d'Alger).

SYNDROME DE STOKES-ADAMS

DISSOCIATION AURICULO-VENTRICULAIRE INCOMPLÈTE

(Radioscopie, Cardiogramme)

LÉSION SCLÉREUSE PROBABLE DU FAISCEAU DE HIS

Par MM. ROGER, BAUMEL et LAPEYRE
(de Montpellier).

Le diagnostic du syndrome de Stokes-Adams est d'habitude facile. Bradycardie intense, généralement permanente, accidents syncopaux, épileptiques ou apoplectiques, en sont les deux principaux termes, qui imposent le diagnostic, dès qu'on les trouve juxtaposés, dès qu'est démontrée la relation de cause à effet qui les unit.

Autrefois on se contentait d'établir l'existence d'un pouls lent permanent ; dans quelques cas on essayait de remonter à sa cause, que l'on rattachait le plus souvent à une lésion du système nerveux. Aujourd'hui on s'efforce surtout d'en établir le mécanisme : presque toujours trouble de la conductibilité, de la contraction auriculo-ventriculaire par mauvais fonctionnement du faisceau de His, plus rarement intervention du système nerveux par excitation exagérée du pneumogastrique. Pendant quelque temps, par un excès de réaction contre la théorie de Charcot, l'origine purement nerveuse, admise pour un certain nombre des bradycardies simples (1), fut complètement niée pour celles, qui s'accompagnent du syndrome de Stokes-Adams. Esmein (2) fut des premiers à montrer la possibilité d'un Stokes-Adams nerveux ; Mollard, Dumas et Rebattu (3) viennent de publier un cas sans lésion du faisceau de His et avec lésion du plexus cardiaque ; plusieurs faits analogues ont été signalés à l'étranger (4). La solution de ce problème physio-pathologique tranche également d'ailleurs celui de l'étiologie myocardiaque ou nerveuse de la bradycardie.

Habituellement, pour poser un diagnostic complet de syndrome de Stokes-Adams, il est nécessaire d'avoir recours à des méthodes graphiques plus ou moins complètes, prise du tracé des veines jugulaires, électrocardiographie, œsophagocardiographie. Notre observation montre qu'on peut, dans quelques cas, d'abord par l'analyse clinique, puis par quelques épreuves de laboratoire ou quelques méthodes graphiques simples, poser un diagnostic suffisamment précis.

(1) Voir sur l'étude d'ensemble des bradycardies, en dehors des rapports de Vaquez et Esmein, de Gallavardin au *Congrès de médecine* de 1910, l'excellent article de Maisons, paru ici même (1911), et la revue générale que l'un de nous vient de consacrer à ce sujet : Roger. « Des bradycardies », *Paris méd.*, 20 juillet 1912, pages 181-191.

(2) Esmein. Un cas de bradycardie durable avec accidents syncopaux d'origine pneumogastrique, *Soc. méd. des hôp.*, 24 juin 1910.

(3) Mollard, Dumas et Rebattu. Syndrome de Stokes-Adams sans lésion du faisceau de His et sans blocage complet, dans un cas de périaortite avec médiastinite fibreuse dans la région du plexus cardiaque, *Arch. des maladies du cœur*, mai 1911.

(4) On trouvera ces faits réunis dans l'article de Roger, Syndrome de Stokes-Adams sans lésion du faisceau de His, *Montpellier méd.*, 1912.

G. Rose, cuisinière, âgée de soixante ans, entre, salle Espéronnier, n° 22, dans le service du professeur Rauzier, le 26 février 1912, se plaignant de douleurs gastriques et de crises nerveuses.

Le DÉBUT des accidents s'est produit d'une façon assez dramatique, à la suite d'une émotion (?), il y a huit mois; à ce moment, la malade a été atteinte de crises convulsives subintrantes, avec perte de connaissance, qui auraient duré près de cinq jours. Toutefois, déjà quatre à cinq mois auparavant, la malade était sujette à de la dyspnée d'effort, et à de fréquents vertiges.

Depuis ces huit mois, les *crises* se répètent fréquemment, sans intervalle fixe, parfois au nombre de 5 à 6 dans une journée, parfois au contraire tous les trois ou quatre jours (l'intervalle maximum a été de neuf jours); mais elles sont beaucoup moins intenses qu'au début. Elles commencent par une aura, constituée par une sensation de barre et de battements épigastriques, puis surviennent la pâleur et la perte de connaissance, enfin quelques mouvements, assez peu étendus, dans les membres, suivis ou non d'une ou de deux respirations stertoreuses. Généralement, la malade n'écume pas, ne se mord pas la langue, mais elle urine parfois sous elle. Elle est tombée plusieurs fois, mais sans se faire aucun mal. Le plus souvent, quand elle sent venir sa crise, elle a le temps de s'asseoir, surtout dans son petit logement, où elle a disposé un peu partout des sièges à cet effet. Elle ne se rappelle pas ce qui s'est passé dans sa crise, et n'a jamais eu de paralysie consécutive. Actuellement la durée de ces accidents nerveux est très courte, à peine une à deux minutes; mais il y a deux mois, elle a eu la nuit, une crise avec longue perte de connaissance (de onze heures du soir à six heures du matin) et état si grave qu'on la crut mourante et qu'on lui administra les derniers sacrements.

Quelquefois la crise est remplacée par un très court vertige avec bourdonnements d'oreille et bouffées de chaleur.

En dehors de ces troubles paroxystiques, la malade se porte assez bien : légère diminution d'appétit, mais digestions faciles, sans constipation, ni diarrhée ; légère dyspnée d'effort, sans palpitations, sans œdème, ni hémorragie ; courtes céphalées, quelques bourdonnements d'oreille, surdité de l'oreille gauche, pas d'insomnie, pas de crampes ni de nuage devant les yeux.

Parmi les ANTÉCÉDENTS, rien d'important à signaler, pas d'autre maladie qu'un embarras gastrique il y a cinq à six ans. La malade n'est pas mariée, n'a pas eu de grossesse; elle nie tout éthylisme et l'on ne retrouve chez elle aucun antécédent spécifique. Elle exerçait le métier de cuisinière, quand elle est tombée malade ; auparavant elle est restée vingt-cinq ans couturière. Dans sa famille, personne n'a présenté d'accidents analogues aux siens.

L'EXAMEN ne montre aucun trouble du côté des divers appareils, en dehors des symptômes circulatoires, sur lesquels nous aurons à insister.

Du côté du *système nerveux*, exploré en premier lieu à cause des accidents épileptiformes, nous ne trouvons aucun trouble de la motilité, de la sensibilité, des réflexes (réflexes des membres inférieurs très vifs, mais sans clonus du pied, réflexe plantaire normal); pupilles égales, régulières, contractiles à la lumière.

Les urines contiennent de l'albumine en quantité notable. Voici deux analyses.

	28 février	18 mars
Quantité	800	1600
Densité	1017	1016
Réaction	Acide	Acide
Urée par litre	13,7	9,87
Urée par 24 heures	19,1	14,9
Chlorure par litre	6,8	9,8
Chlorure par 24 heures	8,5	15,8
Sucre	Néant	Néant
Albumine par litre	1 gr.	0g80
Albumine par 24 heures	1g2	1g28

Pas de fièvre.

Tout d'abord ce qui frappe, DANS L'APPAREIL CIRCULATOIRE, lorsqu'on palpe la radiale, c'est la lenteur et la majesté du pouls, qui bat à peine 30 à 32 à la minute; ce *pouls* est bien

frappé, régulier, dur. Les deux pouls sont égaux et synchrones.

Lorsqu'on examine le *cœur*, on est également frappé par le même ralentissement, également 30 à 32 à la minute, tant au niveau de la pointe, qu'au niveau de la base. L'auscultation attentive ne fait percevoir aucune autre systole que celles qui se traduisent au pouls. En dehors de ce ralentissement, nous constatons, à l'aorte, un éclat diastolique très marqué, et, à la pointe, au premier temps, un souffle rude qui ressemble à un piaulement et qui n'a plus été perçu avec ce caractère aussi aigu par la suite.

La tension au sphygmomanomètre Potain est de 23,5. A l'oscillomètre de Pachon la tension maxima est de 27,7 et la tension minima est de 7 seulement.

Pas de dilatation de jugulaires, pas d'œdème ; le foie n'est pas augmenté de volume, quelques varicosités aux membres inférieurs.

La coexistence des vertiges, des crises épileptiformes, avec la bradycardie permanente à 30 et même 24 (chiffre ultérieurement constaté) nous permet tout de suite de porter le diagnostic de BRADYCARDIE AVEC SYNDROME DE STOKES-ADAMS, CHEZ UNE SCLÉREUSE (tension 23, éclat diastolique, albuminurie). Ce diagnostic porté, nous essayons de pénétrer plus avant dans la discussion du MÉCANISME de cette bradycardie.

Déjà son degré avancé (24 à 30 battements à la minute), sa persistance au cours de très nombreux examens faits pendant plusieurs mois, l'existence d'un Stokes-Adams plaident en faveur d'une origine intracardiaque.

Nous mettons en œuvre les diverses causes accélératrices du pouls ; les *efforts*, une *marche rapide, un peu prolongée* (une heure) n'augmentent pas sensiblement sa fréquence, comme ils le feraient dans une bradycardie d'origine pneumogastrique. A l'encontre de ce que l'on croyait il y a quelques années, le cœur peut cependant s'accélérer, par l'exercice musculaire, après section expérimentale du faisceau de His chez le chien (Erlanger, Fredericq [1]), et même chez le malade atteint de lésion indubitable du faisceau de His (Fredericq et Henrijean, Lian [2]); mais cette accélération est toute fugitive, cessant une ou deux minutes après l'effort. Elle paraît due à l'intervention exclusive des nerfs accélérateurs (Fredericq). On sait d'ailleurs, qu'après section expérimentale complète, le pneumogastrique a encore une certaine action sur le ventricule (Pezzi et Clerc [3]). Chez notre malade le pouls, pris immédiatement après la marche, n'a pas paru accéléré.

L'injection de 2 milligrammes d'atropine fait à peine passer les battements du cœur de 24 à 29. Certains auteurs ont critiqué, ces derniers temps, l'*épreuve de l'atropine*, dans le diagnostic des bradycardies. Il est des malades, chez lesquels cette dose d'atropine ne suffit pas à accélérer le ventricule, ni l'oreillette (Lian) ; c'est là un cas tout à fait exceptionnel. Il en est d'autres, où elle produit des effets toxiques sur le système nerveux. Œconomos (4) a rapporté récemment l'histoire d'une pareille intoxication avec phénomènes délirants, alternance de dépression et d'agitation d'une durée de plusieurs heures, qui furent d'ailleurs plus impressionnants que graves ; peut-être l'âge avancé de son malade, vieil artérioscléreux de soixante-dix-neuf ans, doit-il être incriminé. Le plus souvent, la dose préconisée par Esmein est parfaitement tolérée, nous n'en voulons pour preuve que notre malade, atteinte cependant de sclérose rénale indubitable.

La bradycardie de notre malade ne paraît donc pas être, d'après ces recherches, d'origine nerveuse. Il s'agit très probablement d'un syndrome de Stokes-Adams par dissociation entre les contractions des oreillettes et celles des ventricules. Nous cherchons à le vérifier par des méthodes plus précises.

Il ne nous a pas été possible de prendre par les procédés classiques des tracés de veines jugulaires; d'autre part, nous n'avions pas à notre disposition d'installation nous permettant de faire l'électrocardiographie. Force nous a donc été d'avoir recours à d'autres procédés, radioscopie, tracé cardiographique, considérés comme moins exacts et à cause de cela habituellement délaissés, mais qui, dans l'espèce, nous ont donné un résultat suffisamment démonstratif.

Hoffmann fut un des premiers, dès 1897, à se servir de la *radioscopie* pour l'étude des différences de rythme entre les oreillettes et les ventricules; il ne donne comme probantes que les différences constatées entre les pulsations visibles à la partie supérieure et celles de la partie inférieure du bord gauche du cœur.

Les progrès de la radiographie, en particulier l'orthodiagraphie qui supprime les déformations de l'ombre cardiaque, ont permis plus de précision ; on peut voir très nettement la courbure droite du cœur (correspondant à l'oreillette) battre deux, trois fois plus vite que la pointe (ventricule). « Le diagnostic de Herzblock est alors à prendre avec la main. » (Denecke.) Pareille dissociation a pu être révélée, sur l'écran radioscopique, dans un assez grand nombre de cas : Hoffmann, Schmidt, Zéri, Denecke, Roos, Ritchie, Finny, Brouardel et Villaret, Gibson, Heinecke. Par contre, il est des cas où une dissociation auriculo-ventriculaire n'est pas apparue aux rayons X alors qu'elle était mise en évidence par d'autres procédés (Lichtheim, Hay et Moore), ou était très probable (Dumas).

Dans notre cas, la radioscopie nous fournit une donnée précieuse : dans la position antéro-postérieure, on aperçoit très nettement, à gauche de la colonne vertébrale, les systoles lentes des ventricules ; à droite, à la partie supérieure du bord droit de l'ombre cardiaque, correspondant à l'oreillette droite, les contractions sont plus nombreuses, trois ou quatre environ pour chaque contraction ventriculaire. En position oblique gauche, cette différence entre les oreillettes et les ventricules apparaît également, mais d'une façon moins nette.

Le *cardiogramme* n'est guère plus utilisé aujourd'hui que pour fixer le nombre et la forme des contractions ventriculaires (remplaçant ainsi le tracé sphygmographique); mais il peut également rensei-

(1) FREDERICQ. *Soc. de biol.*, 1er juin 1912.

(2) LIAN. Pouls lent solitaire, *Soc. méd. des hôp.*, 1912.

(3) PEZZI et CLERC. *Soc. de biol.*, 1er juin 1912.

(4) ŒCONOMOS. Les dangers de l'épreuve de l'atropine dans le pouls lent permanent, *Soc. sc. méd. de Montpellier*, 1er mars 1912, in *Montpellier méd.*, 1912.

gner sur la contraction des oreillettes. L'on a dit que, les physiologistes n'étant pas encore d'accord pour la lecture d'un cardiogramme, on ne pouvait par suite songer à l'utiliser dans l'étude des bradycardies (1).

On a peut-être un peu trop oublié que c'est par ce simple procédé, et bien avant la découverte du faisceau de His, que Chauveau, dès 1885, établit l'existence de ce qu'il fut également le premier à appeler « dissociation auriculo-ventriculaire ». Cette méthode a fourni aussi d'excellents résultats à Rose, Finkelberg et Jacquet. En tout cas, la cardiographie réglementée dans le décubitus latéral gauche, selon la technique du professeur Pachon, peut fournir des renseignements précis.

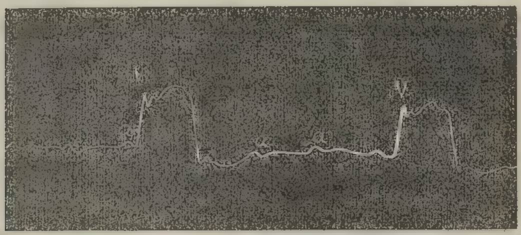


FIG. 1. — *Cardiogramme. Dissociation auriculo-ventriculaire incomplète. — a.* Oreillette; *v.* Ventricule.

Chez notre malade, le tracé cardiographique (fig. 1) montre qu'un seul des trois légers soulèvements *a* dus à la contraction de l'oreillette est suivi du grand soulèvement *v* correspondant à la contraction du ventricule. IL Y A DISSOCIATION AURICULO-VENTRICULAIRE. LA DISSOCIATION EST INCOMPLÈTE, car, dans le bloquage complet, ventricule et oreillette se contractent chacun pour son propre compte et chacun suivant son rythme propre. Or, ici il y a corrélation étroite entre le rythme de l'oreillette et celui du ventricule qui, sur tous les tracés, sont dans le rapport de 3 à 1, la contraction du ventricule suivant, toujours et immédiatement, la troisième contraction des oreillettes. Le trouble apporté dans le fonctionnement du faisceau de His ne doit pas être assez avancé pour interrompre complètement la communication interauriculo-ventriculaire.

Cependant, il faut discuter un diagnostic différentiel que suggère la lecture de ce tracé, celui du *Stokes-Adams par extrasystoles.* En effet, ces trois soulèvements légers *a*, différents du grand soulèvement ventriculaire *v*, peuvent être encore interprétés comme des contractions ventriculaires avortées, des extrasystoles.

L'on sait le rôle considérable que jouent, depuis quelques années, les extrasystoles dans la pathologie du rythme cardiaque (2).

Certains auteurs leur ont rattaché quelques cas de syndrome de Stokes-Adams. Ces extrasystoles, n'étant pas toujours perceptibles au cœur, donnent en effet une pseudo-bradycardie; si la pause compensatrice, qui suit l'extrasystole, est assez longue, il peut se produire de l'anémie bulbaire et des accidents nerveux. En réalité, la bradycardie n'est jamais

(1) VAQUEZ. *Les Arythmies*, 1911.
(2) LECONTE. *L'Extrasystole*, Th. de Paris, 1911.

aussi intense et aussi fixe que chez notre malade; les accidents nerveux consistent en vertiges et en éblouissements passagers, plutôt qu'en véritables syncopes ou en crises apoplectiformes.

Il y a donc, chez notre malade, un trouble dans la conductibilité de l'onde musculaire de l'oreillette au ventricule. S'AGIT-IL D'UN TROUBLE FONCTIONNEL? Y A-T-IL UNE LÉSION ET LAQUELLE? Notre femme a de l'albumine dans ses urines, 1g20 dans vingt-quatre heures; elle fait une légère rétention azotée, 19g1, 14g9 d'urée par vingt-quatre heures; est-ce le poison urémique qui détermine un trouble dans le fonctionnement du faisceau de His? Mais, outre que l'*urémie* est ici à peine ébauchée, rien n'autorise en général à mettre la bradycardie sur son compte. Courtois-Suffit et Chené ont publié l'observation d'un urémique chez lequel on aurait pu penser à un Stokes-Adams d'origine toxique; à l'autopsie, on trouve une lésion du faisceau de His (1). « Nous avons actuellement le droit de parler de bradycardie chez les urémiques, mais non de bradycardie urémique. » (Vaquez et Esmein.)

Il est plus logique d'admettre une LÉSION DU FAISCEAU DE HIS. Parmi ces lésions on sait le rôle important que joue la *syphilis.* On la retrouve dans les antécédents d'un tiers des cas (Vaquez); elle serait en cause dans la moitié des cas mortels (Esmein). Boubermann (2) a trouvé la réaction de Wassermann positive dans tous les cas où il l'a recherchée. Moritz, Thornton, Esmein, Erlanger ont vu des cas s'améliorer nettement et même guérir sous l'influence du traitement spécifique (3).

Chez notre malade, nous ne trouvons aucun commémoratif de spécificité, et nous n'avons pu, par suite de son refus, faire la réaction de Wassermann (4).

Par contre, les signes de sclérose que présente notre malade, sclérose vasculaire avec hypertension et éclat diastolique à l'aorte, sclérose rénale avec albuminurie et légère rétention azotée incitent à penser à une lésion intracardiaque de même nature. *Altérations fibreuses* ou fibrocalcaires sont celles que l'on rencontre le plus souvent au niveau du faisceau de His; « plaques fibreuses interrompant complètement le faisceau ou enserrant et dissociant simplement ses fibres » (Gallavardin).

La malade a été soumise, dans le service, au régime lacto-végétarien, à un traitement par l'iodure de potassium à la dose de 60 centigrammes par jour, et par la trinitrine à la dose de VIII gouttes de la solution alcoolique au 1 p. 100.

Durant son séjour, qui a duré près de deux mois, elle n'a eu, en dehors de trois crises le jour de son arrivée, que deux crises légères, l'une à l'occasion de la radioscopie (trois jours après son entrée), l'autre quelques heures après la prise du cardiogramme, environ un mois après son arrivée. La crise à

(1) COURTOIS-SUFFIT et CHENÉ. *Soc. méd. des hôpit.*, Paris, 5 fév. 1909.

(2) BOUBERMANN. *Modifications du sang au cours de la maladie de Stokes-Adams*, Th. de Paris, 1911, n° 306.

(3) Pour tout ce qui concerne la syphilis du cœur, voir le récent travail de BRICOUT. Th. de Paris, juillet 1912.

(4) L'un de nous a trouvé des antécédents spécifiques assez nets dans un autre cas de Stokes-Adams : ROGER. Syndrome de Stokes-Adams paroxystique, *Soc. sc. méd. de Montpellier*, 22 mars 1912, in *Montpellier méd.*, 1912, t. XXXV, p. 312-315.

laquelle nous avons assisté à la radioscopie a été de courte durée : aura laissant à la malade le temps de s'asseoir, pâleur de la face, quelques mouvements convulsifs, pouls à 24 pendant la crise.

Nous avons eu l'occasion de revoir la malade le 28 mai, elle avait eu l'avant-veille deux courtes crises, et la veille une crise un peu plus longue avec incontinence du sphincter urétral. Rien dans l'intervalle. Le pouls et le cœur sont à 25. Les bruits du cœur sont bien frappés; à l'auscultation de la pointe on entend nettement un rythme à trois temps, bruit de galop rénal. (Ce rythme à trois temps ne nous a pas paru devoir être interprété comme d'origine extrasystolique, car le troisième bruit était bien frappé et ne donnait nullement l'impression d'une systole en écho de Huchard.) A cette occasion nous avons examiné la sœur de la malade, à peu près du même âge qu'elle et qui avait un cœur et un pouls normal. Nous avons prescrit à la malade un traitement par le sulfate d'atropine à doses faibles, une cuillerée à soupe par jour de la solution à 5 milligrammes pour 300 centimètres cubes. La malade n'a eu aucun accident au cours de cette cure; quelques jours après elle a eu deux nouvelles crises (15 juin).

Revu la malade en juillet et août, même bradycardie à 24, deux à trois attaques syncopales se succédant parfois dans une même journée, puis suivies d'un long intervalle de trois à quatre semaines de repos complet. Le traitement par le sulfate d'atropine a été continué vingt jours par mois.

Quel est le PRONOSTIC de ce cas? Question difficile à résoudre. Autrefois on considérait tout malade atteint de Stokes-Adams comme frappé de mort à plus ou moins brève échéance. Depuis les travaux de Vaquez et Esmein, on connaît bien les deux phases par lesquelles passent le plus fréquemment ces malades : d'abord dissociation auriculo-ventriculaire incomplète avec crises syncopales et attaques apoplectiformes, puis dissociation complète, sans phénomènes nerveux d'aucune sorte, bradycardie parfaitement tolérée. Par la diminution de fréquence et d'intensité de ses accidents nerveux, notre malade paraît en train d'aboutir à la seconde période. Mais cette division est loin d'être constante. Beaucoup de malades n'arrivent pas à la deuxième phase, d'autres continuent, malgré la dissociation complète, à présenter des crises nerveuses entraînant plus ou moins rapidement la mort (1).

Quant au TRAITEMENT, en l'absence d'antécédents spécifiques, nous n'avons pas essayé, chez notre malade, les médications antisyphilitiques; nous avons craint qu'elles fussent mal supportées, en raison des lésions rénales. Le repos, le régime lacto-végétarien, les hypotenseurs ont nettement amélioré ce cas. En dernier lieu, le *sulfate d'atropine* à petites doses journalières a paru également donner quelques résultats.

Cette médication tout à fait indiquée dans les bradycardies nerveuses a cependant une action indubitable, quoique en apparence paradoxale, dans le Stokes-Adams cardiaque. C'est que, en réalité, la bradycardie par lésion du faisceau de His est de nature « mixte ». Le faisceau de His contient des fibres nerveuses qui sont excitées par la lésion et qui, par action réflexe, augmentent la bradycardie (2). L'atropine doit se donner dans ces cas à doses réfractées, longtemps continuées, par exemple selon la formule suivante :

Sulfate d'atropine......	0g004
Eau distillée..........	100 grammes

Prendre, chaque jour, une à deux cuillerées à café de cette solution pendant dix à vingt jours (1).

(1) RENAULT, LIAN et MARTINGAY. Etude graphique d'un pouls lent permanent par dissociation auriculo-ventriculaire complète et avec accidents nerveux, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1911, p. 8-18.

(2) CASTAIGNE et ESMEIN. Les maladies du cœur, *Livre du médecin*, 1912.

(1) ROGER. Quelques considérations pratiques sur le diagnostic et le traitement du pouls lent permanent (syndrome de Stokes-Adams), *Gaz. méd. de Montpellier*, 10 juillet 1912, p. 329-334.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 SEPTEMBRE 1912)

Recherches sur la toxicité des champignons. Leur pouvoir hémolytique. — MM. JACQUEZ, PARISOT et VERNIER.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1912)

La déclaration obligatoire de la tuberculose. — M. LETULLE, dans un rapport très documenté et très complet, rappelle l'historique de cette question, les diverses discussions qui ont eu lieu à l'Académie, les propositions déjà faites dans le sens de la déclaration, en particulier par Brouardel, Grancher, Landouzy, Josias, Robin, Chauffard, Netter, etc. Il rappelle également les oppositions qui ont été faites par Lancereaux, par divers syndicats médicaux.

Le moment est-il venu d'inscrire la tuberculose dans la liste des maladies à déclaration obligatoire? A cette question, M. Letulle répond par les conclusions suivantes :

Conclusions. — Les dispositions législatives et réglementaires applicables à la lutte contre la tuberculose devraient, suivant nous, s'inspirer des principes ci-après :

1° La tuberculose humaine se transmet uniquement par les crachats.

2° Lutter contre l'alcoolisme, les logements insalubres et les fraudes alimentaires; assurer aux populations une nourriture saine et peu coûteuse, un travail rémunérateur dans les meilleures conditions d'hygiène professionnelle, c'est combattre activement la propagation de la tuberculose.

3° La déclaration de la tuberculose, quand la maladie devient *ouverte*, est *obligatoire*.

4° La déclaration incombe, de droit, au chef de famille, ou, à son défaut, à la personne (chef d'établissement, logeur, etc.), ou, en dernier terme et à leur défaut, au médecin traitant.

5° Pour être valable, la *déclaration* doit être accompagnée d'un *certificat* délivré par le médecin traitant au chef de famille (ou à la personne responsable); elle est faite entre les mains du médecin inspecteur d'hygiène, dépositaire du secret professionnel et seul représentant de l'administration sanitaire auprès du malade et de sa famille.

6° L'Etat s'oblige à assurer la *désinfection* et l'*assistance antituberculeuses* à tout tuberculeux, sitôt qu'il est déclaré et reconnu dénué de ressources; l'Etat assiste, de même, les parents dont le malade était le soutien.

7° Un règlement administratif déterminera le fonctionnement de la présente loi; il fixera, en particulier, les honoraires attribués, par l'Etat, au *certificat de tuberculose ouverte* délivré par le médecin traitant.

En conséquence, votre Commission demande à l'Académie d'émettre l'avis suivant en réponse à la demande du président du groupe de la Chambre des députés pour la défense contre la tuberculose.

« L'Académie de médecine,

Considérant, que la tuberculose, maladie contagieuse, ne peut être combattue avec succès qu'au prix de mesures de prophylaxie générale, tant publiques que privées;

Que les principes supérieurs de la solidarité humaine imposent comme une obligation absolue la *déclaration* de toute tuberculose *ouverte*;

Mais que, par réciproque, les mêmes principes exigent, de la société, une incessante mise en œuvre de tous les moyens de préservation et d'assistance antituberculeuses reconnus effectifs;

Que ce devoir d'une aide sociale devient, chaque jour, plus impérieux, pour faire face au fléau bacillaire frappant, de préférence, les individus les plus dénués de ressources et les familles pauvres, tôt réduites à la misère;

Est d'avis :

I. — Il est d'intérêt public que tout cas de tuberculose bacillaire *ouverte* devienne, une fois le diagnostic médical établi, l'objet d'une déclaration à l'autorité, dans des conditions à fixer par une réglementation appropriée.

II. — La déclaration *obligatoire* de la tuberculose ouverte, qu'elle ait été faite *avant* ou *après* décès, comportera nécessairement l'application de toutes les mesures de prophylaxie appropriées, en particulier la désinfection.

III. — L'Académie estime que l'obligation de la déclaration doit avoir pour corollaire non moins obligatoire l'organisation de l'assistance aux tuberculeux dénués de ressources. »

— La discussion de ce rapport aura lieu dans quinze jours.

Traitement local de l'angine de Vincent par l'arsenobenzol. — M. Achard rappelle que, dès les premiers résultats obtenus dans la syphilis par l'arsenobenzol, l'idée vint d'essayer ce remède dans des maladies produites par d'autres spirilles.

Dans l'angine de Vincent, l'infection spirillaire s'associe au bacille fusiforme. Or Ehrlich, puis Rumpel et Gerber, ont vu cette maladie guérir promptement par l'injection d'arsenobenzol dans les veines.

Mais l'angine de Vincent est une affection purement locale. Aussi M. Achard s'est-il demandé s'il était nécessaire d'injecter le remède dans les veines ou dans les muscles — ce qui n'est pas toujours sans risques — et s'il ne suffirait pas de l'employer en applications locales. Il a fait une première fois l'essai de ce nouveau mode de traitement dans un cas particulièrement grave qu'il a publié avec M. Flandin en 1911. L'amélioration fut immédiate et la cicatrisation rapide.

Après cette publication, d'autres succès furent obtenus : sans parler d'un cas de M. Le Blaye traité par la voie veineuse, le traitement local a donné des guérisons promptes à M. Sourdel, à M. Roger et à M. Ségard.

MM. Achard et Desbouis viennent d'en observer un nouveau cas. L'angine de Vincent était au troisième jour lorsque les applications furent commencées avec un pinceau d'ouate imbibée de glycérine et enduite de poudre d'arsenobenzol, trois fois par jour ; au bout de quatre jours, la guérison était complète.

D'autres infections spirillaires locales sont, d'ailleurs, curables par ce même traitement local, notamment celles de la stomatite mercurielle, de la stomatite ulcéro-membraneuse, de diverses ulcérations buccales et les nécroses de la pulpe dentaire; enfin d'une lésion beaucoup plus grave, le noma.

L'efficacité de cette thérapeutique est d'autant plus précieuse dans l'angine de Vincent que cette maladie est souvent rebelle aux moyens généralement usités.

Le diagnostic en peut être le plus souvent établi par le seul examen clinique, mais on pourra toujours avec avantage le vérifier au microscope. L'hésitation est souvent possible entre l'angine de Vincent et la syphilis. Un traitement d'essai par le mercure pourrait être dangereux, et Möller a même vu à sa suite l'angine devenir gangréneuse et mortelle. Au contraire, l'application d'arsenobenzol en poudre ne fait courir aucun risque : s'il s'agit d'angine de Vincent, elle a toute chance de la guérir; s'il s'agit de syphilis, elle ne pourrait qu'avoir l'avantage de combattre une infection spirillaire parfois surajoutée, et même, suivant quelques auteurs, elle aurait une certaine efficacité contre les lésions spécifiques, primaires, secondaires ou tertiaires.

On peut dire, en somme, que par l'emploi local de l'arsenobenzol le traitement chimiothérapique des spirilloses locales, et de l'angine de Vincent en particulier, devient tout à fait simple, exempt de dangers et à la portée de tout praticien.

La vaccination antityphique par le vaccin polyvalent. Ses résultats préventifs dans une grave épidémie (Avignon, juin-août 1912). — M. H. Vincent. Les hommes vaccinés au Maroc, en 1911, ont été entièrement protégés contre la fièvre typhoïde. Leur immunité se maintient toujours parfaite. L'épidémie, qui a sévi à Avignon dans le courant de l'été 1912, apporte également une nouvelle confirmation de l'efficacité du vaccin polyvalent stérilisé par l'éther. Cette épidémie, d'origine hydrique, s'est montrée d'une sévérité exceptionnelle. Elle a frappé un très grand nombre d'habitants : 1500 et plus d'après certains médecins; ce qui, pour Paris, équivaudrait à 87.000 cas de fièvre typhoïde.

L'effectif présent de la garnison étant d'environ 2053 hommes, le nombre des vaccinés, avant l'apparition de l'épidémie, a été de 525. Dès que l'épidémie est survenue, 841 autres militaires ont demandé à être immunisés. Par ce chiffre élevé de vaccinés volontaires, on peut juger du caractère inoffensif du vaccin et de la bénignité des symptômes qu'il détermine.

Le bilan de l'épidémie militaire est de 155 cas de fièvre typhoïde, avec 21 décès. La proportion respective des cas chez les vaccinés et chez les non vaccinés a été la suivante :

1° *Non vaccinés :* 155 cas, soit 101,4 p. 1000 hommes; 21 décès, soit 13,75 p. 1000 hommes;

2° *Vaccinés :* 0 cas; 0 décès.

Aucun des vaccinés soit avant l'épidémie, soit au cours de celle-ci, au total 1366 vaccinés, n'a donc contracté la fièvre typhoïde. Aucun d'entre eux n'a offert le plus léger embarras gastrique. Leur immunité a donc été *absolue*.

Cependant le pourcentage des cas, dans cette épidémie d'Avignon, chez les non vaccinés (101,4 p. 1000) a été beaucoup plus élevé qu'à l'occasion de l'épidémie marocaine de 1911 (64,87 p. 1000).

Il va sans dire que les conditions d'infection, de boisson, d'habitation, etc., ont été identiques pour les vaccinés et les non vaccinés. Aucun incident analogue à la phase négative n'a été observé chez les 841 militaires vaccinés au cours de l'épidémie. Il en a été, du reste, toujours ainsi avec le typho-vaccin polyvalent.

Une remarque additionnelle intéressante, c'est que la fièvre typhoïde a épargné même les sujets (plus de 200) qui n'avaient reçu que deux et même une seule injection d'antigène, ce qui apporte une nouvelle preuve de l'efficacité véritablement énergique de celui-ci.

Il y a donc lieu de recommander avec insistance l'emploi de la vaccination contre la fièvre typhoïde chez les enfants, les jeunes gens, les jeunes filles, les militaires et les marins, les étudiants, etc., si souvent éprouvés par cette maladie. Cette méthode est appelée à sauvegarder un grand nombre de vies humaines.

Appendicite. — M. Bœckel lit une note sur une forme non définie d'appendicite.

ANALYSES

MÉDECINE

Le rétrécissement expérimental de la cavité du ventricule gauche, et son influence sur la pathogénie de l'œdème pulmonaire mécanique. (A. Montanari. *Riforma medica*, 17 février 1912, n° 7.) — Après avoir rappelé les expériences de Welch et Cohnheim en 1878, qui concluaient à faire de l'œdème pulmonaire un œdème par stase, et avoir résumé toutes les opinions auxquelles la question a donné lieu depuis, le docteur Arrigo Montanari (de Bologne) rapporte le protocole des expériences auxquelles il s'est livré personnellement sur des lapins, et en tire les conclusions suivantes. La limitation artificielle du ventricule gauche, pratiquée au moyen d'un fil de soie chez le lapin, est compatible avec la vie de l'animal. Plus considérable est cette limitation, moindres sont

les chances que l'animal a de survivre, sans toutefois qu'il existe un degré bien déterminé de rétrécissement en deçà duquel la vie soit toujours possible et au delà duquel la mort survienne constamment. La limitation de la cavité du ventricule gauche quand elle ne dépasse pas les deux tiers de la capacité totale, ne provoque pas l'apparition de l'œdème pulmonaire aigu ; quand la réduction de la capacité dépasse les deux tiers, l'œdème peut se produire, mais pas de façon constante. A. GAULLIEUR L'HARDY.

Deux cas d'angine de poitrine hystérique chez des aortiques. (RAUZIER. *Province méd.*, 3 fév. 1912.) — Le docteur Rauzier relate les observations de deux malades atteints l'un et l'autre d'une cardiopathie aortique et chez lesquels une hystérie associée a simulé l'angine de poitrine. Le diagnostic entre l'angine de poitrine et l'angor névrosique est alors particulièrement difficile; il faut le faire cependant, puisque le pronostic et le traitement sont très différents. De tels faits d'angine de poitrine hystérique chez des sujets atteints de lésions cardiaques sont assez exceptionnels; cependant, un certain nombre de cas ont été publiés. Toutes les lésions cardiaques, mitrales ou aortiques, d'origine endocarditique ou artérielle, certaines lésions du myocarde, sont capables de localiser sur le cœur une hystérie déjà existante; et l'hystérie peut alors se traduire par le syndrome angineux. Quelquefois encore, l'hystérie intervient pour une part dans le tableau clinique d'un accès d'angine organique et l'on se trouve en présence d'une de ces associations hystéro-organiques, sur lesquelles Charcot attirait l'attention. M. BRELET.

Le séro-diagnostic dans l'hérédo-syphilis infantile et la syphilis familiale. (Ch. LEROUX et R. LABBÉ. *Arch. de méd. des enfants*, déc. 1911.) — Nous ne pouvons que reproduire les conclusions de cet excellent travail qui doit être lu dans son entier par tous ceux que ces questions intéressent.

Tout d'abord les auteurs font connaître leur opinion sur la valeur du séro-diagnostic en général, et spécialement dans l'hérédo-syphilis infantile.

La réaction positive implique la quasi-certitude de syphilis. La réaction négative ne permet pas de rejeter le diagnostic de syphilis; dans l'hérédo-syphilis infantile, pour conserver toute sa valeur, cette étude doit être complétée par la recherche systématique de la syphilis familiale par le même procédé. Voici les principaux résultats rapportés par les auteurs.

Dans l'*hérédo-syphilis précoce* (syphilis en nature et para-syphilis) le séro-diagnostic fournit 66,6 p. 100 de résultats positifs.

Ces résultats varient suivant la nature des manifestations; ainsi manifestations cutanées et muqueuses, 14 résultats positifs sur 14; hypermégalie splénique, hépatique, 18 cas positifs sur 20 cas; rachitisme précoce, cranio-tabes, 21 sur 31.

Dans l'*hérédo-syphilis tardive* on observe environ 85 p. 100 de cas positifs; dans l'*hérédo-syphilis latente*, soignée le plus souvent, on observe seulement 11 p. 100 de résultats positifs.

La *syphilis familiale* est très souvent une syphilis latente ignorée, surtout du côté maternel, que seul le séro-diagnostic permet de déceler. Chez les pères environ 42 p. 100 de résultats positifs, chez les mères, 71 p. 100.

Le séro-diagnostic permet également d'étudier la répercussion de la syphilis des générateurs sur les enfants.

La syphilis maternelle en activité, à réaction positive, donne le plus souvent à l'enfant une *syphilis active* avec manifestations virulentes.

La syphilis paternelle (la mère semblant exempte de syphilis et à réaction négative) ne donne que des manifestations parasyphilitiques à réaction négative ou des enfants sains.

Une syphilis active chez le père et la mère donne toujours chez l'enfant une syphilis en nature; la syphilis latente chez le père, active chez la mère, donne une syphilis active chez l'enfant.

Le séro-diagnostic n'a pas permis de vérifier qu'un père syphilitique en syphilis active puisse donner naissance à un enfant en syphilis active sans que la mère ait été infectée.

Le séro-diagnostic ne fournit enfin aucune indication thérapeutique certaine; il ne nous renseigne point avec précision sur la question de guérison ou d'immunité.

B. GAYARD.

CHIRURGIE

La phénolsulfonephtaléine dans l'exploration fonctionnelle du rein. (Hugh CABOT et Edward L. YOUNG. *Bost. med. and surg. Journ.*, vol. CLXV, n° 15, 12 oct. 1911, p. 549.) — **Détermination quantitative de la fonction renale au moyen du colorimètre de Dubosq : indigo-carmin et phénolsulfonephtaléine.** (B. A. THOMAS. *Amer. journ. med. sc.*, sept. 1911.) — La phénolsulfonephtaléine a été beaucoup employée dans l'exploration des fonctions rénales depuis son introduction, il y a deux ans, par Rowntree et Geraghty. La technique de l'épreuve est simple. On injecte sous la peau un centimètre cube de solution contenant 6 milligrammes de substance; puis on fait uriner le malade. Au bout de dix minutes, on refait uriner et on reçoit l'urine dans un récipient où il y a quelques gouttes d'une solution de soude à 25 p. 100. En solution alcaline la phénolsulfonephtaléine donne une coloration rouge très intense. En recueillant l'urine de dix en dix minutes si l'on fait simplement l'estimation de la fonction urinaire totale, comme par exemple lorsqu'il s'agit de déterminer si telle et telle opération sur les voies urinaires inférieures n'est pas contre-indiquée; ou en recueillant l'urine par deux sondes uretérales si l'on veut comparer le fonctionnement de chaque rein, on constate facilement le moment d'apparition dans l'urine : dix minutes dans les cas normaux. On recueille l'urine de la première heure, et celle de la seconde : puis on fait l'évaluation de la quantité excrétée, par le colorimètre de Dubosq et un calcul de proportions des plus simples. Dans les cas normaux l'élimination de la première heure est d'environ 40 p. 100, celle des deux premières heures réunies de 48 à 60 p. 100. L'élimination se fait en totalité par le rein; elle se prolonge pendant plusieurs heures; mais Rowntree et Geraghty considèrent comme capitale l'élimination dans les deux premières heures, beaucoup plus que le délai d'apparition : ce en quoi Cabot diffère d'avis. Il croit que le délai d'apparition a une certaine valeur.

La technique est fort simple : les résultats sont bons. Geraghty et Rowntree affirment que la phénolsulfonephtaléine ne les a pas encore induits en erreur une seule fois dans l'évaluation de la fonction rénale chez les prostatiques, les néphrétiques ou les malades chirurgicaux. Cabot considère les résultats comme généralement bons mais fait des réserves pour la néphrite chronique, cette pierre d'achoppement de toutes les substances proposées jusqu'ici pour l'exploration des fonctions rénales. Thomas considère l'épreuve à la phénolsulfonephtaléine comme très simple, très pratique, très délicate, trop délicate même; excellente pour l'étude physiologique du rein, elle est inférieure en pratique à l'indigo-carmin. C'est l'avis de quelques autres aussi, mais il est loin d'être unanime.

Cabot reproche aussi le prix du colorimètre de Dubosq, qui mettrait l'épreuve à la phénolsulfonephtaléine hors de la portée de beaucoup de praticiens. Il fait préparer une série de tubes de comparaison contenant des solutions de titre connu. Il dit pouvoir évaluer ainsi l'excrétion à 2 p. 100 près, ce qui est suffisant. Il y a une autre cause d'erreur; c'est celle créée par la présence de pigments urinaires abondants. On peut, ou faire une solution de comparaison spéciale avec l'urine examinée, ou précipiter les pigments à l'aide du sous-acétate basique de plomb. La première méthode est préférable, car le sous-acétate de plomb peut précipiter aussi une forte proportion de la phénolsulfonephtaléine.

En somme cette dernière substance est au moins l'égale de n'importe laquelle des substances proposées jusqu'ici pour l'étude des fonctions rénales; elle est indiscutablement supérieure à la plupart, et la technique de son emploi est très simple et précise. F. GARDNER.

NEUROLOGIE

Rétrécissement congénital du gros intestin (microcôlon). (KLIPPEL et A. FEIL. *Soc. anat.*, 1912, p. 144-147, 1 fig.) — A l'autopsie d'un homme de cinquante-trois ans, les auteurs ont trouvé un rétrécissement régulier de tout le côlon descendant, y compris l'anse sigmoïde et le rectum. Sur une étendue de 50 centimètres, la portion terminale du gros intes-

tin présentait un diamètre uniforme de 3 centimètres et demi. Cliniquement, le malade présentait à l'état permanent des selles liquides, ce qui lui avait permis de vivre sans être gêné par ce rétrécissement probablement congénital.

L. ALQUIER.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'APEPSIE

Chez les apeptiques, le képhir rend les plus grands services en excitant d'une façon très active la sécrétion gastrique.

On donne un verre de « Képhir Salières », toutes les deux heures, dans les embarras gastriques longs à guérir et chez les cancéreux devenus très anorexiques.

CONGRÈS

XIIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE (Paris, 13-16 octobre). — PROGRAMME DES SÉANCES. — *Dimanche 13 octobre.* — Neuf heures du soir : Séance d'ouverture, à la Sorbonne, dans les salons de l'Université, sous la présidence d'honneur de M. le ministre de l'Instruction publique. (Tenue de soirée.) Les dames sont invitées à cette séance, ainsi qu'à la réception qui la suivra.

Lundi 14 octobre. — Neuf heures du matin : Première séance générale, dans le grand amphithéâtre de la Faculté. — Première question : *L'oxalémie et l'oxalurie.* Rapporteurs : MM. Lœper (de Paris). Exposé général de la question; — Lambling (de Lille). Biochimie de l'acide oxalique. — Discussion des rapports.

Trois heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de la Faculté) : *Les états anaphylactiques en clinique.*

Mardi 15 octobre. — Neuf heures du matin (grand amphithéâtre de la Faculté). — Deuxième question : *Les colites infectieuses aiguës.* Rapporteurs : MM. Cade (de Lyon). Colites infectieuses aiguës chez l'adulte; — Hutinel et Nobécourt (de Paris). Des colites aiguës chez les enfants. — Discussion des rapports.

Trois heures de l'après-midi (grand amphithéâtre de la Faculté) : *La vaccination antityphique.*

Mercredi 16 octobre. — Neuf heures du matin (grand amphithéâtre de la Faculté) : Troisième question : *Thérapeutique des syndromes hémorragiques.* Rapporteurs : MM. Carnot (de Paris). Thérapeutique générale des syndromes hémorragiques; — Nolf (de Liége). Physio-pathologie de la coagulation du sang. — Discussion des rapports.

Une heure et demie de l'après-midi (grand amphithéâtre et petit amphithéâtre de la Faculté) : *Communications diverses.*

Quatre heures : Séance de clôture du Congrès, sous la présidence de M. Guist'hau, ministre de l'instruction publique.

VISITES HOSPITALIÈRES PENDANT LE CONGRÈS. — Grâce au concours obligeant de M. Mesureur, directeur général de l'Assistance publique, de M. le docteur Louis Martin, médecin directeur de l'hôpital Pasteur, et de M. le docteur Henri Leroux, médecin du pavillon des contagieux de l'hôpital Saint-Joseph, les visites suivantes ont été organisées :

Lundi 14 octobre, d'une heure à trois heures : Visite de l'hôpital de la Nouvelle Pitié et de l'école des infirmières de la Salpêtrière (83, boulevard de l'Hôpital, Métro Saint-Marcel).

Mardi 15 octobre, d'une heure à trois heures : Visite de l'hôpital Pasteur (213, rue de Vaugirard, Métro, Nord-Sud Pasteur) et du nouveau service de contagieux de l'hôpital Saint-Joseph (7, rue Pierre-Larousse, tramway Malakoff-Les Halles).

PROGRAMME DES RÉCEPTIONS. — *Dimanche 13 octobre*, après la séance d'inauguration : Réception offerte aux membres du Congrès dans les salons de l'Université.

Lundi 14 octobre, dans l'après-midi : M. Georges Cain, conservateur du musée Carnavalet, a bien voulu accepter d'ouvrir aux membres du Congrès les salles du musée et de leur en faire les honneurs. Cette visite est plus spécialement destinée aux dames congressistes.

Mardi 15 octobre, à dix heures : Soirée offerte aux membres du Congrès par le président du Congrès (galerie des Champs-Elysées, 72, avenue des Champs-Elysées).

Mercredi 16 octobre, à cinq heures : Réception, à l'Hôtel de Ville, des membres du Congrès par le président et les membres du Conseil municipal de Paris.

A huit heures du soir : Banquet terminal du Congrès (par souscription), au Palais d'Orsay. — Prière de s'inscrire le plus tôt possible aux bureaux du Congrès.

Les cartes de membres, les insignes et le programme détaillé des séances seront distribués dans les bureaux du Congrès, à partir du samedi 12 octobre. En semaine les bureaux du Congrès sont ouverts de neuf heures à midi. Ils seront ouverts aux mêmes heures le dimanche 13 octobre. Téléphone 837-54.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal médical français. — (N° 8, 15 août 1912.) Cl. VINCENT : Méningite syphilitique et tabes. — BARRÉ : Les arthropathies tabétiques. Nouvel état de la question.

Lyon médical. — (N° 31, 4 août 1912.) Michel GANGOLPHE : Syphilis osseuse préhistorique. — (N° 32, 11 août.) JABOULAY : Origine et nature sarcosporidiennes de l'ostéomalacie. — L. BÉRIEL : Les données de l'anatomie pathologique dans certaines affections nerveuses graves sans lésions apparentes. — (N° 33, 18 août.) BRET et BLANC-PERDUCET : Le rétrécissement sous-aortique. — (N° 34, 25 août.) L. BÉRIEL : Les données de l'anatomie pathologique dans certaines affections nerveuses graves sans lésions apparentes.

Marseille médical. — (N° 15, 1er aout 1912.) THOINOT : Lettre à propos du diplôme de médecin légiste. — REYNÈS : Le lever précoce des grands opérés du ventre. — BILLON : La piésithérapie pulmonaire (pneumothorax artificiels chirurgicaux) dans la tuberculose pulmonaire (*suite et fin*). — (N° 16, 15 août.) L. PAYAN et GUÉRIN-VALMALE : Note sur l'emploi des extraits hypophysaires en obstétrique. — J. SILHOL : La hernie inguinale doit être guérie avant trois ans. — G. BERTRAND : Hernie et calcul de la vessie.

Normandie médicale. — (N° 16, 15 août 1912.) Raoul BRUNON : A propos de « l'Alcoolisme et les Femmes ». — GRANJUX : Intérêts professionnels. La misère professionnelle. — (N° 15, 1er août.) CERNÉ et DELAFORGE : A propos du diagnostic radiologique de l'estomac biloculaire. — Une infortune médicale. Appel à la solidarité confraternelle.

NOTES POUR L'INTERNAT

HÉMORRAGIES MÉNINGÉES (CÉRÉBRALES) (1)

SYMPTOMATOLOGIE. — **I. Hémorragies du nouveau-né.** — Les hémorragies méningées sont fréquentes chez le nouveau-né. Elles sont une des causes les plus fréquentes de la mort au moment même de la naissance ou dans les quelques heures ou jours qui suivent; elles résultent le plus souvent d'un

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 110 et 113.

accouchement difficile, ayant nécessité une application de forceps, ou s'effectuant avec une dystocie maternelle; dans d'autres cas, elles résultent de la rupture des veines par augmentation de la tension veineuse au cours de l'asphyxie, par exemple. Leur symptomatologie ne présente dans ce cas rien de spécial : on observe seulement, une fois l'extraction terminée, une fracture, un enfoncement du crâne.

A côté de ces hémorragies très graves et à pronostic très sombre, il en existe un nombre presque aussi considérable, mais de gravité moindre. L'enfant guérit momentanément, mais plus tard on voit apparaître des lésions nerveuses variées : parmi ces séquelles il faut signaler la maladie de Little, l'épilepsie jacksonnienne, des paralysies oculaires, de la cécité, de la surdité.

La ponction lombaire a permis enfin de dépister bien souvent l'hémorragie méningée chez le nouveau-né au cours de certaines manifestations qui suivent un accouchement pénible, ou en dehors de tout traumatisme obstétrical : il en est ainsi lorsque l'enfant naît en état de *mort apparente*, avec asphyxie, cyanose, ou lorsque l'enfant naît « étonné »; dans ces cas on note souvent l'apparition de fièvre dans les jours suivants : il s'agit de la fièvre hématolytique (Froin) due à la résorption du sang épanché; dans d'autres cas l'hémorragie se révèle par des troubles moteurs, des secousses convulsives : le signe de Babinski est positif. Le diagnostic avec la tétanie, l'éclampsie, le tétanos, semble difficile, mais la tension de la fontanelle orientera les recherches vers l'hypothèse d'une hémorragie méningée, que confirmera la ponction lombaire; cette ponction est d'une innocuité absolue, même chez le nouveau-né (Devraigne), et elle présente en outre l'énorme avantage de permettre la décompression des centres, ce qui est, dans bien des cas, le meilleur traitement à instituer. Rappelons cependant, que Cushing a pratiqué quelquefois avec succès, dans des cas d'hémorragie méningée, une intervention chirurgicale large.

Parmi les hémorragies du nouveau-né et de la première enfance, il faut encore citer les hémorragies qui s'observent à la suite de convulsions, de quintes de coqueluche, ou quelquefois sans cause apparente ou avec l'une des étiologies suivantes (prédisposition à l'hémorragie, enfant prématuré, alcoolisme, saturnisme, syphilis des parents, toxi-infection).

II. Hémorragies méningées traumatiques. — Les symptômes sont de deux ordres : généralisés et localisés; les symptômes généralisés sont les uns d'origine cérébrale, les autres d'origine bulbaire.

Les symptômes cérébraux consistent en dépression intellectuelle, somnolence, résolution musculaire et, dans les cas extrêmes, coma. Les symptômes bulbaires sont : la disparition du réflexe cornéen, l'abaissement de la température, le ralentissement du pouls et de la respiration, enfin la paralysie du voile (stertor).

Les symptômes localisés peuvent faire défaut, si l'épanchement est diffus; sinon, on peut observer des accidents parétiques, de la cécité verbale, des troubles de l'équilibre, etc., suivant le point où s'exerce la compression. Si l'on peut repérer le trait de fracture on est ainsi guidé sur le siège de l'hémorragie. On peut encore essayer de préciser la localisation du foyer hémorragique, si l'on constate une douleur locale plus ou moins vive au niveau de la région temporo-pariétale et mastoïdienne avec en plus, comme symptômes fonctionnels, de la dilatation de la pupille du côté de l'épanchement, des troubles moteurs, ordinairement de l'hémiplégie, plus rarement une monoplégie : à retenir cependant que l'on a observé dans certains cas une dilatation de la pupille du côté opposé à l'épanchement.

Ce qui caractérise cliniquement cet épanchement sanguin, c'est l'existence, entre le moment du traumatisme et celui des accidents de compression, d'un intervalle libre, quelquefois très fruste, quelquefois au contraire extrêmement net. Les accidents peuvent également évoluer en deux temps, ce qui indique alors une reprise de l'hémorragie.

Le diagnostic des hémorragies méningées consécutives aux traumatismes se fait en général facilement grâce à la ponction lombaire ; il est des cas cependant où l'épanchement est uniquement extra-dure-mérien, localisé au niveau de la zone décollable de Gérard Marchant; le liquide céphalo-rachidien n'est alors pas teinté en rouge; M. Sicard a noté dans un cas analogue une teinte jaune par transsudation; dans ces cas le diagnostic se base sur la constatation des symptômes de compression cérébrale et de localisation. Si l'on n'intervient pas dans les cas où la compression est très accentuée, la mort peut survenir du fait de l'excès même de la compression; souvent elle survient par infection secondaire de l'hématome.

Lorsque les symptômes de localisation sont très nets, le seul traitement qui convienne est le traitement chirurgical; nous ne pouvons insister ici sur les techniques à suivre, variables suivant l'origine probable de l'hémorragie, et basées sur la cranio-topographie des sinus et des vaisseaux méningés (procédés de Jacobson, de Poirier, de Krönlein, etc.); s'il n'existe que de légers symptômes de compression, la ponction lombaire pourra suffire à les faire disparaître.

III. Hématome de la dure-mère. Pachyméningite hémorragique. — C'est une affection de l'âge mur et de la vieillesse, elle s'observe plus spécialement chez l'homme, et parmi ses causes déterminantes il faut surtout retenir l'*alcoolisme*, et dans de moindres proportions la *syphilis*, l'aliénation mentale.

La symptomatologie de cette affection n'est ni très caractéristique, ni très constante ; assez souvent d'ailleurs elle est masquée par une affection concomitante du cerveau ou des méninges; il est classique de lui décrire deux périodes : l'une correspondant à la formation des fausses membranes, c'est la phase méningitique, l'autre lente ou brusque c'est la phase d'hémorragie.

La *période méningitique* est caractérisée par des phénomènes de douleur et d'excitation cérébrale; il faut insister surtout sur la *céphalée*, diffuse, ou localisée au niveau de la lésion, sans réaction fébrile le plus souvent, et sans vomissements répétés, les *vertiges*, l'*insomnie*, avec cauchemars; on observe également des troubles de la marche, titubante, incertaine. Griessinger a signalé le rétrécissement pupillaire au début de l'affection, plus tard la dilatation; enfin surviennent la somnolence, l'apathie intellectuelle, symptômes qui rendent le diagnostic souvent très difficile avec la paralysie générale.

La *deuxième période*, *phase d'hémorragie*, peut survenir brusquement, ou par poussées successives, ou d'une manière absolument insensible : si l'hémorragie est brusque, il peut y avoir ictus et coma. A la suite on observe une hémiplégie, assez souvent *homologue*; quelquefois les deux côtés peuvent être paralysés; l'ictus peut être épileptique; on peut observer des contractures, du nystagmus, le signe de Kernig est presque constant, l'asthénie est très marquée, le malade s'assoupit et dort presque toute la journée; on peut observer quelquefois de la fièvre, le pouls peut être accéléré ou ralenti. Le liquide céphalo-rachidien n'est en général pas modifié, sauf si l'arachnoïde a été déchirée. Cependant par diffusion des pigments Chauffard et Froin ont observé de la *xanthochromie*, avec une légère réaction lymphocytaire. A mesure que la compression s'accuse, l'état général s'aggrave. On voit survenir le gâtisme, les accès épileptiformes, la congestion pulmonaire et le malade succombe en un temps qui varie de plusieurs semaines à plusieurs mois.

Le diagnostic est toujours difficile, surtout au début : on pensera à cette période de l'affection, à la syphilis cérébrale, à la méningite tuberculeuse, aux tumeurs cérébrales, à l'épilepsie. A la période d'épanchement, le diagnostic est à faire avec l'hémorragie cérébrale, le ramollissement, et dans certaines conditions avec la maladie du sommeil; on parviendra au diagnostic par les anamnestiques, les renseignements fournis par la ponction lombaire, la notion d'alcoolisme, etc. L'hématome de la dure-mère s'associe assez souvent à la paralysie générale, association qui rend alors le diagnostic toujours très délicat.

Comme traitement il faut pratiquer la saignée générale et locale. M. Legry a obtenu une guérison par des ponctions lombaires répétées, avec injections sous-cutanées de sérum physiologique gélatiné. Abercombrie conseille la trépanation, la craniectomie, et MM. Voisin et Michaux ont obtenu la cessation des accidents aigus grâce à la trépanation.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

CONCOURS DE L'INTERNAT

Nous publierons, comme les années précédentes, un carnet destiné aux candidats à l'internat. Ce carnet sera adressé à titre gracieux aux candidats abonnés au journal.

Tous les étudiants pourront se le procurer au prix de 20 centimes aux bureaux du journal et dans les librairies.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Macaigne, Dalché, Florand, Bergé, Moutard-Martin, Heitz-Boyer, Cunéo, Mouchet, Lapointe (qui acceptent); M. Doléris (qui n'a pas encore fait connaître son acceptation).

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Anatomie.* — Séance du 9 octobre 1912. — Question donnée : « Muscle diaphragmatique (sans les rapports). »

MM. Coriat, 15; Blamoutier, 19; Chobaïtch, 12; Alliot, 14; Bucquet, 13; Creuzot, 14; Chamorro, 15; Mlle Chauveau, 14; MM. Chapplain, 12; Dartiguenave, 14; Arion, 12; Deguiry, 14; Boulot, 12; Boutarel, 14; Bagou, 12.

Avis. — MM. les candidats dont les noms suivent ne seront susceptibles d'être appelés à subir leurs épreuves qu'à partir de l'époque où ils auront justifié de la prise de leur quatrième inscription de médecine :

MM. Amabilis, Arrambide, Auguste, Balleydier, Courtois, Mlle Gérin, MM. Laffaille, Lazard, Lefebvre, Millanitch, Peuret, Poiré, Portes, Renard, Ribardière, Thalleimer, Valade.

— MM. les candidats inscrits conditionnellement pour prendre part au concours de l'externat (candidats pourvus de trois inscriptions) et qui auront justifié de la prise de leur quatrième inscription de médecine sont prévenus qu'ils seront appelés à subir leurs épreuves à partir du vendredi 11 octobre, à quatre heures et demie (épreuve de pathologie). Les candidats versés dans la première moitié de cette catégorie, ainsi que les candidats antérieurement excusés et remis en fin de concours dans cette moitié sont convoqués pour la date sus-indiquée.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Question donnée à l'épreuve écrite du concours de l'internat : « Nerf facial (anatomie et physiologie) ; — Zona. »

— LYON. — Questions posées au concours de l'internat :

Première épreuve (écrite) : « Le périnée antérieur chez l'homme. Anatomie et physiologie. »

Deuxième épreuve : « Des hémorragies de l'intestin (rectum excepté). Causes, symptômes et diagnostic. »

Troisième épreuve : « Symptômes et diagnostic des adénites cervicales. »

Quatrième épreuve dite *de garde* : « Diagnostic et traitement de l'accès de fièvre intermittente paludéenne. » — « Une femme opérée n'urine pas. Pourquoi? Conduite à tenir. » — « Des causes de la rupture prématurée des membranes. Conduite à tenir. »

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 9 octobre 1912 :

Médecins principaux de première classe. — MM. Berthier est nommé directeur du service de santé du 13e corps d'armée; Vincent, chef du laboratoire de vaccination antityphoïdique à l'hôpital d'instruction du Val-de-Grâce.

Médecin principal de deuxième classe. — M. Lévy est nommé médecin chef de l'hôpital de Belfort.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Picqué est désigné pour l'Algérie (hôpital du Dey, chirurgie); Fontagné passe au 20e d'artillerie de campagne; Pauponneau est désigné pour l'Algérie; Costa est nommé surveillant à l'école du service de santé militaire.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Levêque passe au 11e d'artillerie de campagne; Lambert des Cilleuls, à l'école d'application de cavalerie; Baur est maintenu aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Pilod passe au 72e d'inf.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. — Dans son assemblée générale tenue hier sous la présidence du professeur Delorme, médecin inspecteur général de l'armée, le Congrès a élu comme vice-président M. Maunoury (de Chartres), qui deviendra donc président de droit en 1914.

Le prochain Congrès aura lieu le 6 octobre 1913, sous la présidence de M. le professeur Kirmisson.

PRIX NOBEL DE MÉDECINE. — Le prix Nobel de médecine pour 1912 vient d'être décerné à notre compatriote le docteur Alexis Carrel, de l'Institut Rockfeller à New-York, pour ses travaux sur la suture des vaisseaux et les transplantations d'organes.

Le prix s'élève cette année à 195 000 francs environ.

(Voir la suite, p. 1618.)

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE PÉDIATRIE

Ier CONGRES TENU A PARIS DU 6 AU 10 OCTOBRE

Sous la présidence de M. le professeur HUTINEL.

Le 7 octobre, à neuf heures du matin, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, s'est tenue, sous la présidence de M. le professeur Hutinel, la première séance publique de ce Congrès, particulièrement brillant, tant par le nombre imposant des congressistes et la parfaite organisation que par l'importance des travaux présentés.

Deux sujets avaient été choisis pour être traités à ce Congrès : les anémies et la poliomyélite. Ces deux questions ont été développées avec une ampleur telle qu'il nous a paru intéressant de résumer ici les principaux rapports qui ont été lus en séance, ainsi que les discussions auxquelles ils ont donné lieu.

I

LES ANÉMIES INFANTILES

Le premier rapport sur ce sujet lu au Congrès fut celui de M. le docteur Léon Tixier, chef adjoint du laboratoire de la clinique médicale infantile, dont on connaît les nombreux travaux sur la question des anémies ; ce rapport est consacré aux anémies du nourrisson.

A. Anémies du nourrisson

Par le docteur Léon Tixier.

Il importe tout d'abord, avant d'étudier les modifications pathologiques du sang des nourrissons, d'en bien connaître l'hématopoïèse normale ; la moelle osseuse du nourrisson est active et rouge, mais contrairement à l'opinion classique elle contient dès les premiers mois de la vie des vésicules graisseuses. Les ganglions sont en hyperfonctionnement ; dans la rate les follicules lymphatiques sont en active prolifération cellulaire ; les hématies oscillent entre 4 millions et 4 millions et demi, les leucocytes entre 12000 et 13000. Les mononucléaires (55 p. 100) sont plus abondants que les polynucléaires.

Chez les *nourrissons anémiques*, quelle que soit la cause et le degré de la déglobulisation du sang, les hématies nucléées passent fréquemment dans le sang : on y trouve alors des normoblastes, des microblastes et des mégaloblastes.

Un caractère spécial de ces anémies est encore la diminution très marquée de la teneur du sang en hémoglobine, avec abaissement de la valeur globulaire au-dessous de l'unité ; ce fait s'explique par l'épuisement rapide des réserves ferrugineuses.

L'étude synthétique des réactions médullaires du nourrisson anémique montre une *suractivité fonctionnelle manifeste de la moelle osseuse* ; il se fait une vascularisation plus intense de la moelle, mais elle n'intéresse pas toujours toute la moelle osseuse, elle est souvent locale et incomplète ; les globules rouges qui sont alors mis en liberté n'arrivent pas tous à maturité : l'hématie est basophile ou polychromatophile, il y a anisocytose.

L'*épuisement fonctionnel de la moelle osseuse* se traduit soit par des réactions imparfaites, les éléments n'arrivant pas à maturité, soit par une réaction larvaire (prolifération presque exclusive de myélocytes orthobasophiles), soit par la réaction embryonnaire. Le terme ultime de cet épuisement est l'*aplasie médullaire*, ainsi que l'a bien montré Rubens-Duval.

Il est très difficile d'interpréter les lésions de la rate chez le nourrisson, car chez les nourrissons anémiques les fonctions lymphoïde, myéloïde, macrophagique de cet organe se juxtaposent. Quant aux ganglions lymphatiques, ils ont un rôle très effacé dans l'hématopoïèse des nourrissons.

L'étude de l'anémie des nourrissons doit être complétée par l'exposé des acquisitions récentes concernant les recherches cytologiques, chimiques, biologiques et physiques, sur le sang.

a. *Recherches cytologiques.* — Parmi les méthodes nouvelles d'examen cytologique, il faut signaler la *coloration vitale* obtenue à l'aide du Brillant-Cresylblau ou de May-Grünwald (alcool méthylique éosinique de bleu) combiné au Giemsa.

Par ces méthodes on a mis en évidence des *inclusions globulaires*, des inclusions de Heinz (signes de dégénérescence globulaire) ; Strack a étudié les *granulations basophiles* attestant un processus de régénération. Les recherches d'Arneth ont mis en valeur la signification de la division nucléaire dont l'intensité est en rapport avec le perfectionnement de l'élément. Les modifications de l'équilibre leucocytaire demandent également à être minutieusement interprétées, et les résultats constatés sont souvent très variables.

La syphilis seule imprime une réaction assez spéciale qui se caractérise par l'augmentation du nombre des mononucléaires et surtout par la quantité relativement importante de myélocytes et de formes de transition. (Sevestre.)

b. *Recherches concernant l'hémoglobine.* — La recherche des variations de la quantité d'hémoglobine a permis à MM. Hallé, Rist, de décrire un *type pseudo-chlorotique* très intéressant : c'est l'oligosidérémie du premier âge.

c. *Recherches biologiques.* — Parmi les recherches récentes il faut signaler surtout celles qui portent sur la *fragilité globulaire* et les *hémolysines*.

Ces recherches ont montré qu'il existait chez le nouveau-né un ictère d'origine hémolytique avec un stade d'hémoglobinémie, et d'autre part que d'une manière générale les phénomènes hémolytiques jouaient un rôle prépondérant dans la réalisation des anémies du nourrrisson ; ainsi certains microbes sécrètent des hémolysines (hémolysines bactériennes) qui expliquent les anémies si souvent observées après un état infectieux ; on sait l'importance de l'anémie dans la tuberculose et surtout dans l'hérédo-syphilis, comme vient encore de le démontrer Sevestre.

Au cours des affections parasitaires, des intoxications, le mécanisme est différent. Il faut retenir surtout le rôle des intoxications d'*origine digestive* qui permettent le passage dans la circulation d'une substance hémolysante ayant une double action, glo-

bulicide sur les hématies et excito-hématopoïétique.

d. *Recherches physiques.* — On a essayé d'apprécier la *quantité totale* du sang des anémiques, la *vitesse du courant sanguin*; on n'a point encore étudié chez le nourrisson la *viscosité sanguine* ni la *tension superficielle* du sérum.

Les *anémies graves du type pernicieux* sont sans doute moins rares qu'on ne le pense chez les nourrissons; elles revêtent deux types, l'anémie avec splénomégalie et myélémie, et l'anémie pernicieuse similaire à celle de l'adulte.

L'*anémie pernicieuse symptomatique* est surtout le fait de la syphilis.

Le plus souvent il s'agit d'*anémie plastique.* On peut cependant observer le type aplastique.

La *classification* des anémies est presque impossible, tant il existe de formes de transition et tant les mêmes causes sont susceptibles de réaliser les types les plus variés; néanmoins on peut distinguer une anémie simple, une anémie pseudo-chlorotique, une anémie grave.

Comme *thérapeutique*, on a préconisé : la médication arsenicale, la médication ferrugineuse, l'opothérapie (Apert) par la moelle osseuse, les rayons X, le sérum hématopoïétique de Carnot. On a tenté une thérapeutique antihémolytique par l'emploi de la cholestérine.

B. L'ANÉMIE PAR LEISHMANIA

Par le professeur JEMMA.

L'auteur a présenté au Congrès une étude d'ensemble de cette question, si lumineuse et si complète, que la lecture de son rapport a été accueillie par les plus chaleureux applaudissements.

L'anémie par leishmania est une maladie infectieuse répandue surtout sur les côtes de la Méditerranée; elle a une évolution chronique; elle frappe principalement les enfants dans les premières années de la vie; elle est caractérisée par de la fièvre, de l'anémie, une augmentation progressive du volume de la rate, de l'amaigrissement. Elle est due à un parasite analogue à celui rencontré dans l'Inde chez les malades atteints de kala-azar. Elle se termine généralement par la mort.

Cette maladie fut découverte à Naples, en 1905, par Pianese; en 1908, Nicolle (de Tunis) réussit à obtenir le parasite en culture.

Pour l'auteur, il y a identité absolue entre cette forme morbide et le kala-azar indien. Le parasite présente une forme ronde ou ovale, de 2 à 5 μ; le cytoplasme est finement granuleux; le noyau est rond; le parasite se trouve en abondance dans la rate, le foie, la moelle osseuse.

Le milieu de culture le plus favorable est celui connu sous le nom de Novy-Néal-Nicolle. Ce parasite est pathogène pour quelques animaux de laboratoire (chien, singe).

Il existe des foyers où l'affection règne à l'état endémique (Messine, Palerme). La contamination semble se faire du chien à l'homme; en effet, d'ailleurs, la leishmaniose du chien et celle de l'homme sont identiques. La transmission en est réalisée par la puce (Basile).

Cette affection atteint spécialement les enfants pendant la première et la seconde enfance, *surtout de un à trois ans*, spécialement d'avril à mai.

Les organes les plus altérés sont la rate, les ganglions qui sont hypertrophiés et bourrés de parasites; on retrouve également ces parasites dans la moelle osseuse, le foie.

Cliniquement, on peut distinguer trois formes : 1° *forme aiguë* évoluant en trente-cinq à quarante jours, au milieu d'une adynamie profonde; 2° une *forme subaiguë* durant de cinq mois à un an; 3° une *forme chronique* à évolution très lente qui peut durer trois ans et même davantage. Longo a décrit une *forme hémorragique.*

L'affection débute par de la fièvre, des troubles gastro-intestinaux; la fièvre ne présente pas un type défini au début. A la période d'état s'installe alors l'anémie; la fièvre rappelle alors tantôt l'intermittente, tantôt la rémittente, avec exacerbations matutinales ou vespérales.

Le *taux de l'hémoglobine* est très diminué; il y a olygocytémie, on rencontre surtout de la *leucopénie*, quelquefois il y a une légère leucocytose à lymphocytes. On a signalé une diminution de la *résistance globulaire*, de la lipémie.

La peau prend une teinte cireuse, les œdèmes sont fréquents, les troubles gastro-intestinaux sont constants. L'évolution de cette affection est le plus souvent fatale.

Le *diagnostic* en est impossible par les seuls moyens de la clinique; seule la démonstration du parasite dans l'organisme, lèvera les doutes; on pratiquera la ponction de la rate (procédé inoffensif), et l'on examinera le suc splénique.

Ni l'agglutination, ni la déviation du complément, n'ont donné de résultats. La *réaction de la méïostagmine* a paru positive dans quelques essais.

Le *pronostic* est très sévère; néanmoins il existe des cas incontestables de guérison survenue à la première période.

Le traitement consistera surtout en des mesures prophylactiques, visant à l'hygiène générale.

Toutes les thérapeutiques employées jusqu'ici (sels de quinine, atoxyl, iode, 606) n'ont donné aucun résultat.

A la suite de la lecture de ce rapport dont le succès fut très vif, nous le répétons, M. le docteur VALAGUSSA résuma brièvement les caractères de l'anémie palustre et insista sur la difficulté de son diagnostic avec la leishmaniose.

M. CRESPIN, qui a eu l'occasion d'observer en Algérie un cas d'anémie par leishmania, s'efforce alors d'établir que le diagnostic entre le paludisme et la leishmaniose peut être fait par les seules ressources de la clinique, en dehors de toutes les recherches de laboratoire, souvent difficiles à mettre en pratique. Le début de la leishmaniose est moins bruyant que celui du paludisme, le gonflement du foie et de la rate dans cette affection est moins rapide que dans le paludisme. La coloration terreuse de la peau est plus précoce dans le paludisme que dans la leishmaniose. La quinine provoque une crise brusque dans le paludisme; elle ne détermine rien d'analogue, dans

la leishmaniose. Enfin le paludisme chronique, chez un enfant ne présentant pas de tare antérieure, est toujours curable par l'action combinée d'une hygiène sévère et de la quinine. L'évolution de la leishmaniose au contraire est fatale.

M. le professeur JEMMA, se basant sur le nombre très élevé de cas observés par ses élèves et lui-même, ne se range pas à cette opinion; il affirme à nouveau au contraire l'impossibilité absolue du diagnostic, en dehors de la recherche du parasite dans l'organisme, spécialement par le procédé de la ponction de la rate, pratiquée, dans son service, sans aucun accident, plus de 200 fois.

C. L'ANÉMIE D'ORIGINE ALIMENTAIRE

Par le docteur CZERNY (de Strasbourg).

L'anémie d'origine alimentaire, qu'il faut bien différencier de la pâleur, s'observe surtout pendant la première année. Elle n'est pas, il s'en faut, le résultat d'une alimentation insuffisante; elle peut en effet s'observer chez certains enfants très suffisamment nourris; mais elle est le résultat d'une alimentation trop exclusive par le lait, et surtout prolongée trop longtemps. Or le lait n'est pas suffisamment riche en fer, au moins est-ce là l'explication la plus communément admise de cette anémie consécutive à l'alimentation exclusive par le lait.

L'anémie d'origine alimentaire se développe si insensiblement qu'il est difficile d'en fixer le début; quelquefois le début s'en fait par l'hypertrophie de la rate, l'anémie n'apparaissant que plus tard. On observe souvent la combinaison de l'anémie alimentaire et du rachitisme, mais il n'existe pas de rapports de cause à effet entre ces deux affections.

Le tableau hématologique comporte la diminution du taux de l'hémoglobine et du nombre des hématies. Le nombre des globules blancs n'est pas accru, une augmentation de leur nombre doit engager à rechercher une étiologie spéciale. Mais pour cet auteur, l'examen hématologique est loin d'être nécessaire pour étudier et traiter cette variété d'anémie.

Parallèlement au développement de cette anémie on voit souvent survenir l'obésité; les muscles sont mous. La diathèse exsudative si souvent associée à cette anémie se caractérise encore par l'hyperplasie des tissus lymphoïdes, l'hypertrophie de la rate, l'hypertrophie des amygdales. Il n'est pas certain que l'alimentation de la mère pendant la grossesse ait une influence, sur la fonction hématopoïétique de l'enfant. Il ne faut pas d'ailleurs non plus invoquer toujours chez les ascendants la tuberculose ou la syphilis pour expliquer la production de cette anémie.

L'auteur conclut : « Nous croyons avoir le droit de déduire de nos observations, que l'hypothèse du fer, quoiqu'elle sonne fort bien et quelque persuasives que soient ses bases expérimentales, ne saurait expliquer, à elle seule, l'anémie alimentaire chez l'enfant »; pour cet auteur, le lait exerce une influence active et nuisible sur la fonction hématopoïétique chez les enfants prédisposés en ce sens, et cette influence relève du manque d'alcali résultant de la formation de savons de chaux, dans l'intestin des enfants nourris exclusivement au lait.

Pour combattre cette anémie, il n'est pas besoin de médication martiale, il suffit de réduire la ration de lait, et de réaliser une alimentation mixte (végétaux, gruau, riz, tapioca, légumes et fruits).

M. BARBIER insiste à son tour sur le rôle important joué par la suralimentation par le lait, sur l'anémie. Le lait n'apporte pas assez de fer, et cette alimentation oblige l'organisme du nourrisson, à faire appel à ses réserves de fer; la conséquence en est l'anémie. Mais il faut invoquer aussi, pour chaque enfant, une influence héréditaire, surtout la syphilis et la tuberculose. Enfin il n'est pas indifférent de négliger l'alimentation de la mère pendant la grossesse; c'est en effet pendant les derniers mois de la vie intra-utérine, que se quadruple la réserve hépatique en fer chez le nourrisson.

M. HALLÉ tient à préciser la formule hématologique de ces anémies d'origine digestive; la plus habituelle appartient au type *anémie simple;* mais il y a un autre type que l'auteur a décrit autrefois, c'est le type d'anémie pseudo-chlorotique, pareil à celui de la chlorose de l'adolescence par l'examen hématologique et qui s'observe de préférence chez des enfants venus avant terme. Dans ce type la médication *martiale* donne des effets très rapides, et le fer joue dans la thérapeutique de ce type un rôle *absolument spécifique.*

Dans cette dernière variété d'anémie il y a inversion de la formule leucocytaire, avec mononucléose marquée; cette mononucléose s'abaisse rapidement, sous l'influence de la médication martiale, et se rapproche en peu de temps de la normale.

Ces constatations sont en contradiction avec l'hypothèse soutenue par M. le professeur Czerny sur le peu d'importance du rôle du fer au cours de ces anémies. M. Tixier rappelle à propos de cette discussion, qu'il importe chez le nourrisson de distinguer plusieurs types d'anémie, ainsi qu'il l'a fait lui-même dans sa thèse : *Anémie simple*, *anémie pseudo-chlorotique*, *anémie grave;* il insiste sur l'utilité de l'examen du sang, et la complexité des causes de l'anémie chez le nourrisson.

M. RIST insiste sur la rareté des anémies à type oligosidérémique, sur le fait que l'anémie infantile ne s'accompagne pas forcément de troubles digestifs, sur la nécessité de l'examen du sang avant de faire choix d'un traitement, et sur la constatation, maintes fois répétée, de l'amélioration de l'anémie par l'administration du fer.

M. NOBÉCOURT pense que la maladie de Barlow, par les modifications profondes qu'elle imprime aux organes hématopoïétiques, peut prédisposer les enfants à l'anémie.

A ce propos, MM. NOBÉCOURT, Léon TIXIER et MAILLET exposent le résultat de leurs recherches sur l'hématologie et les altérations ostéomédullaires de quelques cas de maladie de Barlow, accompagnés d'anémie plus ou moins intense.

Les examens ont montré que cette affection entraînait divers types d'anémie du premier âge à formes légères ou graves, anémie à type chlorotique. L'intensité de la déglobulisation est généralement proportionnelle à la gravité de la maladie.

La réaction myéloïde du sang c'est-à-dire le passage dans les vaisseaux périphériques de myélocytes et d'hématies nucléées est fréquente.

Dans la majorité des cas cette anémie se répare vite en même temps que les signes cliniques s'atténuent sous l'influence du traitement.

Cependant il peut persister une susceptibilité des organes hématopoïétiques ; ainsi chez un enfant ayant présenté deux ans auparavant un syndrome scorbutiforme, une anémie sérieuse avec splénomégalie se déclara à l'occasion d'une adénoïdite.

Les altérations graves du sang s'expliquent facilement par les modifications considérables des os (résorption des travées osseuses; perturbation de l'ossification) et de la moelle osseuse (sclérose et réaction macrophagique).

M. le docteur Armand-Delille vient exposer ensuite les symptômes d'un syndrome anémique qu'il a étudié pour la première fois en 1909 et qui est constitué par une *anémie splénomégalique par fragilité globulaire* (avec syndrome fruste d'ictère hémolytique de Chauffard). Cette anémie est rapidement améliorée par la médication martiale.

La médication martiale améliore aussi rapidement les anémies posthémorragiques du nouveau-né.

Pour cet auteur la cause de l'anémie infantile est souvent l'anémie maternelle, relevant elle-même de la mauvaise hygiène des villes, surtout de l'intoxication oxycarbonée : il conseille le traitement martial chez la mère pendant la grossesse.

La discussion s'engage alors sur les anémies d'origine indéterminée (d'Espine, Visto) ou consécutives à un état infectieux. MM. Ribadeau-Dumas, Gorter (de Leyde) montrent le rôle important des maladies infectieuses à l'origine de certaines anémies, quelquefois même à l'origine d'anémie du type pernicieux.

II

LA PARALYSIE INFANTILE

Le deuxième sujet proposé aux travaux du Congrès était la paralysie infantile : il fut traité avec autant d'ampleur que le précédent.

Il faut signaler tout d'abord les remarquables rapports du professeur Edouard Müller (de Marbourg) sur l'*épidémiologie* de la soi-disant *paralysie infantile* et sur l'*étude clinique des stades précoces* de la paralysie infantile épidémique.

Le meilleur des résumés ne peut donner une idée du brillant exposé que fit de ces questions le distingué professeur de Marbourg ; en un langage vif et attrayant, très à son aise devant ses courbes, ses dessins... et son auditoire imposant, M. le professeur Müller résuma tout d'abord les notions d'*épidémiologie* que nous possédons sur le sujet; c'est ainsi qu'il envisage successivement les différentes portes d'entrée du virus, le rôle des mouches dans la propagation de la maladie, le transport de la maladie par les porteurs de germes; il signale surtout le rôle important joué par des individus qui n'ont présenté que des symptômes abortifs de la maladie, ou qui ont été paralysés de façon précoce.

L'auteur indique ensuite la distribution géographique de la paralysie infantile.

Etudiant alors le côté clinique de la question, il s'attache surtout à montrer comment l'on peut dépister les *stades précoces* de l'affection, c'est-à-dire le moment où existent simplement la fièvre, les sueurs, les troubles gastro-intestinaux ; il insiste sur les différents procédés de laboratoire qui pourront permettre, dès cette époque, de parvenir au diagnostic qu'il importe de poser le plus précocement possible.

Nous ne pouvons résumer en détail ici ces deux excellents rapports ; nous nous contenterons de citer l'une des conclusions qui a trait à ce qu'il faut faire pour combattre cette maladie ; l'auteur est surtout partisan de la déclaration obligatoire des cas observés, et spécialement des *cas sporadiques* ; il conseille aussi vivement de bien faire connaître aux médecins les stades précoces de l'affection, dont il est si important, au point de vue de la prophylaxie générale, de savoir dépister le plus rapidement possible la nature exacte.

Un second rapport sur l'*anatomie pathologique et la pathologie expérimentale* avait été confié au docteur Zappert (de Vienne). En l'absence de son auteur, le rapport est lu par le secrétaire de la séance.

Le docteur Zappert s'est efforcé de condenser en quelques pages tout ce qui a été publié concernant l'anatomie pathologique de la paralysie infantile et l'expérimentation, en particulier les expériences de Landsteiner et Popper.

L'auteur a condensé en vingt et une propositions ses conclusions qui résument d'une manière assez complète ce que l'on sait du mode de contagion, de la prophylaxie et de l'anatomie pathologique de l'affection.

M. le professeur de Bokay (de Budapest) étudie ensuite l'épidémie de Heine-Medin de 1911, en Hongrie ; malgré sa concision voulue, cette communication obtient le plus vif succès. Il y a eu en Hongrie, en 1911, 397 cas de poliomyélite ; la maladie semble se propager le long des grandes voies de communication ; elle éclate surtout en été ; on a observé surtout la paralysie des membres inférieurs et la forme méningitique, très rarement par contre la paralysie de Landry et la forme polynévritique. La *contagiosité* est incontestable.

La déclaration obligatoire existe en Hongrie ; l'orateur souhaite que le ministre de l'intérieur ordonne en outre l'isolement pendant trois semaines et la désinfection obligatoire.

Le professeur Johanessen (de Christiania) présente une revue générale des diverses épidémies observées en Norvège ; ces épidémies ont suivi une marche ascendante jusqu'en 1911 ; il semble que l'on assiste, en 1912, à une légère régression.

La maladie paraît *immuniser les pays où elle a sévi*. La dissémination est en grande partie réalisée par les insectes, c'est du moins ce qu'il semble résulter de constatations faites pendant l'été excessif de 1911. La mortalité varie en Norvège, suivant les épidémies, de 13 à 25 p. 100.

Cliniquement, il importe surtout de bien séparer nettement la méningite cérébro-spinale épidémique de la poliomyélite. Les mesures prises en Norvège

contre la maladie consistent essentiellement en l'isolement, pendant la période aiguë, et dans la désinfection des mucosités et des excrétions.

M. le docteur Gorter (de Leyde) a observé à Leyde, en 1909, une petite épidémie; il n'a pas constaté un seul cas de *contagion directe*, aussi croit-il qu'il faut encore étudier de très près cette question de l'épidémiologie.

Mme de Biehler, qui a pu examiner 152 cas de poliomyélite pendant l'épidémie de Pologne, en 1911, arrive aux conclusions suivantes :

La maladie de Heine-Medin est une maladie contagieuse qui frappe plus spécialement les garçons que les filles et les enfants en bas âge (sur 152 cas il y en eut 138 chez des enfants au-dessous de cinq ans). La forme la plus répandue est la forme poliomyélitique simple avec paralysie des membres inférieurs. Dans l'épidémie polonaise, assez souvent la *paralysie faciale* fut observée. Le nombre des globules blancs s'est montré inférieur à la normale dans la période préparalytique, et légèrement supérieur à la phase de paralysie. Le traitement par l'électrargol a donné de bons résultats. La mortalité a été de 3,09 p. 100; les guérisons, sans séquelles, ont été de 45 p. 100 ; dans le reste des cas, il y a eu des lésions paralytiques définitives.

M. Vernsteat (de Stockolm) étudie à son tour les épidémies observées en Suède; il insiste, comme M. le professeur Müller, sur le rôle capital joué dans la dissémination de l'épidémie par les sujets atteints de formes frustes, abortives, par les porteurs de germes, sujets n'ayant même pas été malades, et chez lesquels le virus se retrouve encore virulent au bout de six à sept mois sur les muqueuses buccale, nasale, pharyngée.

M. le docteur Netter obtient ensuite un vif succès en rappelant rapidement ce que fut l'épidémie en France, et à quels travaux elle donna lieu; c'est en France que fut établi le *pouvoir neutralisant du sérum sur le virus* et cette démonstration permit l'*identification de la poliomyélite épidémique, avec la paralysie infantile classique*, que bon nombre d'auteurs se refusaient à assimiler à la maladie de Heine-Medin.

La *forme méningitique* est surtout importante à bien connaître et à bien diagnostiquer. Il n'est pas rare de voir l'affection s'arrêter court après que les symptômes méningés se sont installés; ce qui est à retenir c'est l'importance des symptômes douloureux de la période initiale; la mort peut être autant le fait de la paralysie des muscles respiratoires que de l'atteinte bulbaire. La guérison peut s'observer et d'une manière parfaite, alors même qu'à la période d'état l'on avait constaté une paralysie généralisée.

Fréquemment la *poliomyélite succède à une épidémie de méningite cérébro-spinale*; il est fort probable que la méningite agit en exaltant la *virulence* du virus de la poliomyélite, et en augmentant, par cela même, son degré de *contagiosité*.

Cette *contagiosité* parfaitement établie sur 10 cas au cours de l'épidémie observée en France, est infiniment variable; elle doit dépendre essentiellement de la virulence du germe.

Le *traitement* consiste en l'absorption à doses fractionnées de 4 à 6 grammes d'*urotropine*, par vingt-quatre heures. Dans un cas, une tentative de sérothérapie, a arrêté l'envahissement des phénomènes paralytiques.

Le docteur Schreiber étudie ensuite les réflexes dans la poliomyélite. Il est classique de signaler dans cette affection la diminution des réflexes cutanés et la disparition des réflexes tendineux. L'exagération des réflexes a souvent été notée cependant chez les sujets atteints de maladie de Heine-Medin; on a pu constater, pour ne citer que les principales exceptions : 1° l'exagération des deux réflexes rotuliens; 2° la disparition du réflexe rotulien en même temps que l'exagération du réflexe achilléen du même côté; 3° l'abolition des réflexes des membres supérieurs avec exagération des réflexes des membres inférieurs.

L'auteur rappelle encore la constatation fréquente du phénomène de Babinski au cours de la poliomyélite; toutefois ce symptôme, chez l'enfant de deux à trois ans, n'a pas la même valeur que chez l'adulte.

M. le docteur Figueira (de Rio de Janeiro) a eu l'occasion d'observer une épidémie de poliomyélite au Brésil; l'auteur conclut de ses observations à la contagiosité incontestable de l'affection dans plusieurs cas; aussi très justement réclame-t-il la déclaration obligatoire de la maladie.

M. le docteur Violi (de Constantinople) croit également à la contagion et réclame l'isolement précoce et prolongé des enfants atteints.

L'ordre de la discussion appelle alors la lecture du rapport de M. le docteur Ombrédanne sur le traitement chirurgical des suites des poliomyélites. Nous résumons les principales lignes de cet excellent rapport, particulièrement clair et documenté, dont la lecture in extenso s'impose absolument à tous ceux qui peuvent être appelés à s'occuper d'orthopédie chirurgicale infantile.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DES SUITES DES POLIOMYÉLITES

Par le docteur Ombrédanne.

Les suites chirurgicales des poliomyélites sont essentiellement constituées par un certain nombre de déformations portant sur les différents éléments du système locomoteur, muscles, tendons, aponévroses, os, articulations, toutes ces déformations étant elles-mêmes consécutives aux lésions nerveuses initiales. Le traitement chirurgical de ces lésions ne saurait être établi avant le temps où elles sont définitivement constituées, soit un an pour la majorité des chirurgiens, deux ans pour M. Kirmisson.

Le problème de la remise en bonne position d'un pied paralytique présente trois solutions : 1° sectionner ou allonger le groupe qui tire trop fort (*ténotomies*, aponévrotomies, myotomies, névrotomies, allongement musculo-tendineux); 2° faire tirer davantage le groupe qui ne tire pas assez (raccourcissements, résections, avancements tendineux combinés aux *anastomoses et réimplantations tendineuses ou nerveuses*); 3° ankyloser le pied en bonne position sur la jambe (*arthrodèses*).

L'auteur passe alors en revue chacune de ces diverses opérations; pour chacune d'entre elles il rappelle brièvement l'historique de la question et les résultats obtenus; il insiste plus spécialement sur les transplantations tendineuses et nerveuses qui ont été ces dernières années l'objet de nombreux travaux (Veau, Lange, Mencière); il existe à l'heure actuelle une cinquantaine de malades ainsi traités.

Sur cinquante-deux tentatives de greffes nerveuses, le pourcentage des succès est bien au-dessous de la moitié. L'auteur repousse les transplantations termino-terminales et conseille les anastomoses termino-latérales. La méthode des *transplantations nerveuses* est peut-être la méthode de l'avenir, mais elle devra se compléter par les autres méthodes de correction, de fixation.

A l'heure actuelle, l'*arthrodèse* représente la meilleure solution dont le chirurgien dispose pour remédier aux déformations articulaires de la poliomyélite; au pied, on peut réaliser soit l'*arthrodèse totale* (triple arthrodèse), soit l'*arthrodèse tibio-tarsienne* (Schwartz, Rieffel), soit l'*arthrodèse partielle* de Ducroquet et Launay (sous-astragalienne et médio-tarsienne).

L'auteur envisage ensuite le traitement des déformations par régions.

L'épaule paralytique peut être traitée par des anastomoses musculaires, des réimplantations musculaires ou nerveuses, par l'arthrodèse, l'ostéotomie de l'humérus.

Le coude paralytique, le poignet paralytique réclament un traitement différent suivant que la paralysie intéresse les fléchisseurs ou les extenseurs.

Mais c'est surtout le *pied bot paralytique* dont le traitement est important, qu'il s'agisse du pied ballant, du pied équin, du pied creux équin, varus équin, talus pur, ou valgus.

Enfin, indépendamment des déformations osseuses, la poliomyélite détermine des troubles trophiques se traduisant par la diminution de la croissance des os longs du squelette jambier ou fémoral. On peut pallier à ces déformations par une correction portant sur le membre sain, par une correction au niveau du pied, par une correction au niveau de la cuisse (allongement par extension) après ténotomie préalable des adducteurs.

Ce rapport clôture la discussion sur la poliomyélite.

M. le docteur CONCETTI expose alors quelques considérations sur la maladie d'Oppenheim, son anatomie pathologique et ses phénomènes cliniques, en particulier les troubles musculaires et réflexes que l'on observe au cours de cette affection.

Différentes communications sont alors faites en fin de Congrès sur le rachitisme.

III

RACHITISME

Par le docteur DELCOURT (de Bruxelles).

L'auteur étudie le rachitisme chez le porc; il en montre les différentes manifestations cliniques (maladie des pattes, maladie du reniflement par déformation des os du groin). Pour cet auteur le rachitisme ne doit pas être séparé de l'ostéomalacie; il existe des régions où l'on observe de véritables foyers de rachitisme et d'ostéomalacie; ce qui est intéressant à signaler c'est que l'on observe également dans les mêmes régions le rachitisme des enfants. Il semble que le rachitisme des porcs se transmette par cohabitation avec les animaux malades, d'où la conclusion d'une *contagion possible* du rachitisme.

Anatomiquement le rachitisme des animaux et le rachitisme infantile présentent les mêmes lésions osseuses.

M. le docteur VALAGUSSA signale que Santoni a trouvé des diplocoques dans la moelle osseuse des rachitiques et qu'il a même préparé un vaccin pour traiter le rachitisme. Il serait intéressant de pratiquer des recherches bactériologiques (qui n'ont pas encore été tentées) sur l'ostéomalacie du porc.

M. le docteur RACKZINSKI (de Léopol) montre des courbes sur la fréquence du rachitisme suivant l'époque de l'année; le nombre des cas de rachitisme croît jusqu'en juin, puis diminue.

Pour cet auteur, une des causes du rachitisme est le manque de *soleil*; ainsi les os d'un chien élevé au soleil contiennent, pour 100 grammes, 1g57 de CaO, alors que chez un chien élevé dans l'obscurité, on ne trouve plus que 0g070 de CaO.

M. le docteur GILLIBERTI invoque spécialement le rôle du *thymus et du corps thyroïde* dans l'apparition du rachitisme. Ayant injecté à des chiens du sérum thymo et thyro-toxique, il constate au bout de quelques mois, à l'autopsie, des troubles osseux rachitiques, rappelant le rachitisme des chiens, mais non absolument superposables cependant au rachitisme des enfants.

M. le docteur D'ŒLNITZ (de Nice) ne croit pas que la preuve de l'origine thymique du rachitisme soit faite d'une manière définitive. Il y a en effet des contradictions entre les faits cliniques et les faits expérimentaux. N'est-il pas vrai qu'après la thymectomie l'on n'observe pas obligatoirement le rachitisme?

Les dernières communications se rapportent à divers sujets.

IV

COMMUNICATIONS SUR DIVERS SUJETS

M. le docteur KYMI préconise une méthode d'allaitement des nourrissons consistant à diminuer le nombre des repas, mais à les donner plus copieux. On tend à adopter cette méthode en Allemagne.

M. le docteur D'ESPINE ne croit pas que cette méthode soit toujours bonne, en raison des dilatations fréquentes d'estomac; il préfère les petits repas, plus fréquents.

M. le docteur DEUTSCH (de Budapesth) traite des questions d'hygiène sociale qui incombent aux médecins d'enfants, question des nourrices (syphilis et tuberculose), questions des locaux scolaires, de l'hygiène scolaire, etc.

M. le docteur BARBIER, secrétaire général du Congrès, donne alors lecture des différents rapports envoyés au Congrès, dont les auteurs sont absents.

Une séance supplémentaire, non prévue au programme, est nécessaire pour épuiser les dernières communications.

M. le docteur VOGT (de Strasbourg) parle du pneumothorax artificiel chez l'enfant, M. le docteur GROSSER (de Francfort-sur-Mein) de la maladie de Banti et des indications de l'extirpation de la rate au cours de cette affection.

M. le docteur D'ASTROS (de Marseille) étudie la réaction de Wassermann chez les hérédo-syphilitiques : la valeur de cette réaction chez les nouveau-nés et les tout petits enfants est beaucoup moins grande que chez l'adulte. Le Wassermann peut être négatif, lorsqu'il n'existe comme stigmate de syphilis, que l'hypertrophie de la rate. Par contre il peut être positif chez des nouveau-nés non spécifiques, simplement anémiques par exemple.

M. le docteur VERAS (de Smyrne) étudie les conditions de la reprise de l'alimentation, à la suite des gastro-entérites ; il conseille de donner, successivement, le bouillon de légumes, les bouillies maltées à l'eau, puis au lait.

Le docteur DELCOURT (de Bruxelles) fait connaître le résultat du *traitement des pneumonies et des broncho-pneumonies*, par l'OXYGÈNE, suivant la méthode du professeur Weill : sur 24 pneumonies il a obtenu 24 guérisons et, sur 42 broncho-pneumonies, 41 guérisons et 1 décès.

M. le professeur WEILL pense qu'il faut faire des restrictions par rapport aux broncho-pneumonies hospitalières qui sont beaucoup plus meurtrières. M. Barbier insiste surtout sur le rôle fâcheux de l'encombrement des hôpitaux, et M. le professeur HUTINEL différencie les broncho-pneumonies hospitalières de celles de la ville, parce qu'en ville on observe surtout des broncho-pneumonies à pneumocoques qui guérissent volontiers, tandis qu'à l'hôpital il s'agit de broncho-pneumonies streptococciques, presque toujours mortelles.

M. le docteur Léo SON (de La Haye) parle ensuite sur l'hygiène de la bouche chez les écoliers.

M. le docteur GAUJOUX (de Montpellier) indique comment il injecte le sérum à ses méningites cérébro-spinales. Après avoir retiré par ponction lombaire 20 centimètres cubes de liquide, il injecte 20 centimètres cubes de sérum. Il attend quelques minutes, en laissant son aiguille en place, puis il retire à nouveau 20 centimètres cubes de liquide et réinjecte 20 centimètres cubes de sérum.

MM. LESAGE et CLÉRET étudient le CRANE des enfants ATROPHIQUES. Le crâne est petit, atrophié et extrêmement *dur* ; les fontanelles sont, ou très larges, ou au contraire presque fermées ; à la coupe, on constate que tout est de l'os; le diploé a disparu presque complètement, tout est ossifié et en système primitif, non en système de Hawers.

M. le docteur SUAREZ (de Mendoza) expose devant le Congrès comment est réalisée la protection de l'enfance en Espagne. Il indique le fonctionnement des gouttes de lait.

Le premier Congrès de l'Association internationale de Pédiatrie est clôturé le mercredi 9 octobre. Le prochain Congrès est fixé en 1915 à Bruxelles.

Le Congrès qui vient d'avoir lieu a été pour la Pédiatrie française et spécialement pour le président de ce Congrès, M. le professeur Hutinel, ainsi que pour le secrétaire général, M. le docteur Barbier, un très vif succès, auquel on ne saurait trop applaudir. Le nombre imposant des congressistes (il y en avait plus de 180 à chaque séance), l'importance des communications et des rapports, la parfaite organisation, la franche cordialité qui n'a jamais cessé de régner, même au cours des discussions, démontrent bien mieux que nous ne pourrions le faire, le très grand et très légitime succès de cette importante manifestation scientifique internationale.

Dr MILHIT,
Chef de clinique adjoint
de médecine infantile.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 2 OCTOBRE 1912)

Cancer du côlon pelvien. — M. DEMOULIN fait un rapport sur une observation de M. Lenormant. Il s'agit d'un homme de soixante ans qui présentait de la constipation et des selles noirâtres. Dans la fosse iliaque gauche on sentait une tumeur douloureuse, mais mobile. La radiographie indiqua un rétrécissement au niveau de l'anse oméga. Le malade est opéré, on tombe sur une tumeur facilement extirpable, on suture l'intestin bout à bout, et on fait un anus cæcal. Trois semaines après le malade sort de l'hôpital, il rentre au bout de douze jours pour faire fermer son anus cæcal. Le procédé employé par M. Lenormant donna un échec partiel. Il resta une petite fistule. Bientôt survint une récidive *in situ*.

En quoi consiste ce procédé ? A 3 centimètres des bords de la fistule on fait une incision de 5 à 6 millimètres comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Par cette ouverture on introduit un fil de catgut qui encercle l'anus. On ne serre pas le fil. On dédouble la peau, l'intestin, et on suture la muqueuse au catgut fin. A ce moment, on passe le fil dans les muscles et l'aponévrose et on serre. L'anus est occlus. Il ne reste plus qu'à suturer l'orifice cutané fait primitivement.

Six malades ont été opérés ainsi : quatre pour anus cæcal, un pour anus iliaque sans éperon, un pour une large fistule stercorale labiée, consécutive à une opération d'appendicite. Quatre fois la réunion se fit en huit jours, deux fois il y eut des fistulettes étroites. L'opération est bénigne parce qu'elle est extrapéritonéale, alors que la mortalité par entérectomie pour anus iliaque est de 13 p. 100. Ce cerclage est un bon procédé, qui constitue un progrès.

M. ROBINEAU a pratiqué le cerclage, mais sans incision préalable, en introduisant directement son aiguille sous la peau. Il s'est servi de crins de Florence parce que le catgut s'était trop vite résorbé. Il a utilisé ce produit deux fois pour des fistules cæcales avec un très bon résultat; une fois pour une fistule siégeant sur l'S iliaque, et qui n'a pas été fermée parce qu'il existait un rétrécissement immédiatement au-dessous; trois fois pour des bouches de gastrostomie qu'il a simplement essayé de rétrécir parce qu'elles étaient incontinentes ; pour un des cas il fut obligé de répéter ce procédé ; pour les deux autres, le résultat fut immédiat et très bon.

M. POTHERAT pense que dans le cas de M. Lenormant il n'était peut-être pas nécessaire de créer un anus cæcal. La fermeture en bourse est un procédé couramment employé. Pour lui, la mortalité de 13 p. 100 attribuée à l'entérectomie

est exagérée. Le procédé de choix est le procédé intrapéritonéal, qui permet une opération complète.

Incision transversale pour aborder les voies biliaires. — M. Gosset présente un malade chez lequel il a fait l'incision transversale pour arriver à la vésicule. Cette incision donne une paroi excellente et semble supérieure à celle de Kehr.

M. Cunéo a employé quatre fois ce procédé qui donne un jour très considérable.

Sarcocèle double. — M. Walther présente un malade atteint de sarcocèle bilatéral cliniquement spécifique et chez lequel le traitement par les piqûres aboutit à un échec complet. Réaction de Wassermann négative, mais on reprend le vieux traitement par les frictions et l'iodure, qui amènent la guérison.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(suite)

Inauguration du laboratoire de morphologie aux Invalides. — L'armée française sera la première des armées européennes à posséder un laboratoire de morphologie. Ce laboratoire vient d'être en effet inauguré aux Invalides par M. le médecin inspecteur Troussaint, directeur du service de santé au ministère de la Guerre.

En présence d'une brillante assistance où figuraient de nombreux confrères et en particulier M. Sigaud (de Lyon), chef de l'école morphologiste, le chef du laboratoire, le médecin-major Thooris, a exposé en quelques mots le but de l'institution nouvelle et développé les moyens à employer pour faire bénéficier l'armée des récents travaux de morphologie humaine.

M. Troussaint a exposé les espérances que promet un ordre d'études qui peut avoir des résultats si féconds au point de vue de l'utilisation des forces vives de la nation, et a rendu un juste hommage à leur initiateur.

Statistique. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la quarantième semaine, 785 décès, au lieu de 730 pendant la semaine précédente et au lieu de 796, moyenne ordinaire de la saison.

Nécrologie. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Philippe Jeulin (de Nantes).

Hopital Cochin (111, boulevard de Port-Royal). — M. le docteur A. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux, fait, à la consultation d'ophtalmologie de l'hôpital Cochin, tous les lundis et jeudis : 1° à neuf heures et demie, une consultation expliquée avec présentation des affections oculaires courantes, discussion du diagnostic et du traitement; 2° à onze heures, une conférence pratique sur un sujet d'ophtalmologie élémentaire à l'usage des étudiants et des médecins praticiens.

Hopital Bretonneau. — Stage de perfectionnement. — Pendant le semestre d'hiver 1912-1913, le docteur Lance, assistant d'orthopédie, prendra en nombre très limité des étudiants, anciens externes des hôpitaux, ayant terminé leur scolarité, ou des docteurs en médecine, qui désireraient acquérir la pratique des appareils orthopédiques et du traitement des fractures.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Lance, à l'hôpital Bretonneau.

Enseignement pratique des maladies des voies urinaires, par le docteur B. Motz, ancien assistant à la Clinique des maladies des voies urinaires à l'hôpital Necker :

A. *Cours public.* — Thérapeutique des maladies des voies urinaires : lundi, à cinq heures et demie.

B. *Cours pratiques.* — 1. Urétroscopie, cystoscopie, cathétérisme des uretères.

2. Examen histo-bactériologique et chimique des urines.

3. Traitement des malades dans la pratique courante. (Urétrites et leurs complications.)

Les cours pratiques ont lieu mardi, jeudi et samedi, de cinq heures à sept heures du soir.

Physiothérapie. — Cours de vacances, du 14 octobre au 7 novembre 1912, à l'Ecole des hautes études sociales, 16, rue de la Sorbonne.

Série A. — *Electrothérapie* (dix lecons, du 14 au 24 octobre 1912). — M. le docteur Albert-Weil, chef du laboratoire de radiologie de l'hôpital Trousseau.

Radiothérapie (trois leçons, les 2, 4 et 5 novembre).

Radiumthérapie (trois leçons), 25, 26, 28 octobre. — M. le docteur Dominici, ancien interne des hôpitaux.

Photothérapie (une leçon, le 6 novembre). — M. le docteur Degrais, ex-chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis.

Hydrothérapie (trois leçons, 29, 30 et 31 octobre). — M. le docteur Sandoz, directeur de l'Institut Zander de Paris.

Série B. — *Massage en général, massage des membres, massage viscéral* (dix leçons, du 14 au 24 octobre). — M. le docteur Durey, assistant de physiothérapie de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Massage de la face (une leçon, 25 octobre). — M. le docteur Raoul Leroy.

Kinésithérapie gynécologique (deux leçons, 26, 28 octobre). — M. le docteur Wettervald, secrétaire général de la Société de kinésithérapie.

Gymnastique (deux leçons, 31 octobre et 2 novembre). — M. le docteur Durey.

Rééducation (deux leçons, 29, 30 octobre). — M. le docteur Kouindjy, chargé du service de rééducation à la Salpêtrière.

Mécanothérapie (deux leçons, 4, 5 novembre). — M. le docteur Sandoz.

Méthode de Bier (une leçon, 6 novembre). — M. le docteur Dausset, assistant de physiothérapie de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Le prix de chacune des séries de vingt leçons est de 50 francs.

S'inscrire pour une série ou pour les deux chez MM. Vigot frères, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 21 AU 26 OCTOBRE 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 21 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Mardi 22 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

Mercredi 23 octobre, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

1er (oral, 1re et 2e séries).

3e (oral, 2e partie).

4e (1re et 2e séries).

1er (sages-femmes).

Jeudi 24 octobre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

1er (oral, 1re et 2e séries).

4e (1re et 2e séries).

1er (sages-femmes).

Vendredi 25 octobre, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 26 octobre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re, 2e et 3e séries).

2e (sages-femmes), *Beaujon*.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

CONCOURS DE L'INTERNAT

Nous publierons, comme les années précédentes, un carnet destiné aux candidats à l'internat. Ce carnet sera adressé à titre gracieux aux candidats abonnés au journal.

Tous les étudiants pourront se le procurer au prix de 20 centimes aux bureaux du journal et dans les librairies.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Macaigne, Dalché, Florand, Bergé, Moutard-Martin, Heitz-Boyer, Mouchet, Lapointe, Doléris (qui acceptent) ; M. Peyrot (qui n'a pas encore fait connaître son acceptation).

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Anatomie.* — Séance du 11 octobre 1912. — Question donnée : « Configuration extérieure et rapports de la face inférieure du foie. »

Mlle Dévé, 14 ; MM. Bardy et Bureau, 16 ; Crozat, 14 ; Berrut et de Brun du Bois-Noir, 13 ; Bœgner, 12 ; Boppe, 17 ; Dramez, 16 ; Mlle Braïlovsky, 12 ; MM. Cauchois, 8 ; Daubert, 12 ; Bazert, 14 ; Dégrais, 7 ; Calas, 9 ; Arutuniantz, 10 ; Caracostea, 15 ; Charpentier, 14 ; Basset, 13 ; Chavany, 14 ; Mlle Avackian, 12 ; MM. Bourdillon, 14 ; Barbé, 12 ; Beaussillon, 8 ; Bousquet, 12.

Séance du 13 octobre. — Question donnée : « Muscle psoas iliaque. »

MM. Bonnamour, 14 ; Aysaguer, 12 ; Buchard, 7 ; Arsac et Burnand, 14 ; Sagot, 12 ; Sigrist, 16 ; Périsson, 7 ; Poussard, 15 ; Libault de la Chevasnerie, 12 ; Robin, 15 ; Piot, 13 ; Poiré, 17 ; Portes, 18.

Pathologie. — Séance du 11 octobre. — Question donnée : « Symptômes de la fièvre typhoïde au second septenaire. »

MM. Chastang, 12 ; Dupouy, 13 ; Grünberg (Charles), 15 ; Bouvet, 17 ; Gory, 11 ; Bruker, 14 ; Beau, 13 ; Amabilis et Frégier, 12 ; Baby et Auguste, 10 ; Guilmoto, Calamy et Habibollah, 13 ; Bühler, 14 ; Mlle Gérin, 12 ; MM. Gerdil, 14 ; Chandebois, 15 ; Cunault, 11 ; Charpin, 18.

Avis. — La deuxième moitié des candidats inscrits avec trois inscriptions sera appelée à subir l'épreuve d'anatomie, à partir du dimanche 13 octobre, à neuf heures du matin. — Ne pourront être appelés les candidats de cette catégorie qui n'auront pas encore justifié à ce moment de la prise de leur quatrième inscription. — Devront être présents à cette séance les candidats antérieurement excusés et admis à subir leurs épreuves avec les candidats de la deuxième moitié précitée.

HOPITAUX DE PROVINCE. — CAEN. — Un concours pour cinq places d'interne en médecine aura lieu le samedi 26 octobre 1912, à l'hôpital de Caen, rue de Ouistreham, à neuf heures du matin.

Les candidats devront se faire inscrire avant le 19 octobre.

XIIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. — Dimanche soir a eu lieu à la Sorbonne, dans les salons de l'Université, la séance d'ouverture du Congrès, sous la présidence de M. le vice-recteur Liard, représentant le ministre de l'Instruction publique. Sur l'estrade avaient pris place les présidents du Conseil municipal et du Conseil général, le préfet de police, M. Bayet, directeur de l'Enseignement supérieur. Parmi les personnalités du monde médical, citons sir Dyce Duckworth (de Londres), le professeur Stoicesco (de Bucarest), le professeur Lanctot (de Montréal).

Des discours ont été prononcés par M. Liard, par le professeur Bard, le docteur Thibierge au nom du professeur Teissier empêché, par le professeur Chauffard, président du Congrès, par les professeurs Stoicesco et Lanctot. Ce dernier a longuement insisté sur la fidélité de l'âme canadienne à l'âme française et a émis le vœu que le prochain Congrès eût lieu au Canada. Enfin le doyen, M. Landouzy, a terminé la série des discours et convié les congressistes à commencer leurs travaux le lendemain à la Faculté.

Une réception très animée a suivi la séance d'ouverture.

A. G.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Le lundi 2 décembre 1912, à neuf heures du matin, il sera ouvert à l'asile public d'aliénés de Pierrefeu (Var) un concours pour la nomination d'un interne en médecine titulaire dans ledit établissement.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la direction de l'asile, du 1er au 30 novembre 1912, inclusivement.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur J. Schmitt (de Nancy).

XXVe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE
(Paris, 7-12 octobre 1912.)

La première séance du Congrès français de chirurgie s'est ouverte devant un auditoire toujours plus fourni chaque année. Ainsi se trouve démentie la crainte formulée l'an dernier de voir l'intérêt des séances diminué par le fait que les questions mises à l'ordre du jour étaient toutes les trois du domaine de la spécialité plus que de la chirurgie générale. Le nombre des orateurs qui prirent part à la discussion de la première question prouve au contraire l'intérêt que les chirurgiens portent à ces questions frontières de leur domaine dont ils sont loin de se désintéresser.

L'allocution d'ouverture est prononcée par le président, M. le médecin inspecteur principal Delorme, qui avait choisi comme sujet : *l'état présent de la pratique de la chirurgie de guerre*. Après avoir exprimé le regret que le Congrès ne réserve plus comme autrefois une place aux discussions sur les sujets de chirurgie de guerre, dans un langage très élevé, M. Delorme montre que les deux groupes de chirurgiens civils et chirurgiens d'armée restent solidement unis dans la pensée des grands devoirs qu'ils peuvent avoir à remplir.

C'est ensuite, dans ses grandes lignes, la peinture du rôle à remplir par le chirurgien d'armée en campagne, rôle bien différent de celui du chirurgien civil. Là il faut tout créer et organiser : abri, alimentation, couchage. Le milieu, les malades ne sont pas les mêmes. Ainsi pour ne citer qu'un exemple pour les plaies par balles de l'abdomen alors que la laparotomie est la règle, il est démontré qu'en campagne l'abstention donne des résultats supérieurs dans les mains du même chirurgien.

Le caractère dominant de la chirurgie de guerre est la simplicité.

Passant ensuite les diverses régions en revue, M. Delorme avec la haute autorité qui s'attache à son expérience et à ses travaux personnels montre quelle est pour chaque cas la meilleure conduite à tenir d'après les expériences des guerres récentes. C'est en appliquant ces principes qu'on verra la mortalité déjà si diminuée sur ce qu'elle était autrefois, diminuer encore dans la chirurgie de guerre.

On aborde ensuite la discussion de la première question mise à l'ordre du jour.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES RÉTRÉCISSEMENTS CICATRICIELS DE L'ŒSOPHAGE

Rapporteurs : MM. G. Guisez (de Paris) et E.-J. Moure (de Bordeaux).

Le travail extrêmement complet et documenté de chacun des rapporteurs forme une véritable mise au point de la question. C'est le docteur Guisez qui vient d'abord en exposer le résumé et les conclusions. Il définit d'abord ce qu'il faut entendre par rétrécissement cicatriciel de l'œsophage : c'est un état pathologique constitué par une altération permanente de ce conduit, dont la caractéristique est la dégénérescence cicatricielle de sa paroi, amenant des troubles variés, à évolution toujours progressive.

Toutes les sténoses de quelque origine qu'elles soient ont toutes à peu près le même tableau symptomatique, et d'après les signes cliniques seuls si l'on peut faire le diagnostic de l'existence de la sténose, il est le plus souvent impossible de faire celui de sa nature.

Avant l'emploi de l'œsophagoscopie, on utilisait surtout comme guide les commémoratifs étiologiques : sont-ils suffisants?

Dans bien des cas, en particulier quand il s'agit de *lésions cicatricielles traumatiques* (brûlure, plaie, séjour d'un corps étranger), le diagnostic de la nature de la sténose s'établit faiblement d'après le commémoratif net; mais dans d'autres cas le commémoratif est impossible à retrouver soit qu'il soit nié par le malade (tentative de suicide) soit qu'il soit passé inaperçu.

De plus les sténoses traumatiques ne sont pas tout, il existe des *sténoses cicatricielles d'ordre médical* (ulcère rond, ulcérations des maladies infectieuses, scarlatine, etc.). La syphilis si souvent incriminée est tout à fait exceptionnelle dans l'œsophage.

Enfin M. Guisez a pu grâce à l'œsophagoscopie reconnaître l'existence de tout un groupe de sténoses *cicatricielles d'origine inflammatoire* qui sont aussi fréquentes que celles d'origine traumatique siégeant aux deux extrémités du conduit, elles sont dans la plupart des cas consécutives à du spasme, et c'est la stase alimentaire qui amène l'œsophagite origine de la sténose. Ces cas sont d'un diagnostic clinique très difficile avec le spasme, les sténoses par compression, le cancer, en dehors de l'examen œsophagoscopique. Le cathétérisme, la radioscopie peuvent bien nous fixer sur le siège, l'étendue d'un rétrécissement mais non sur sa nature.

C'est l'œsophagoscopie qui nous donne cette notion capitale. L'aspect blanc fibreux de la muqueuse est caractéristique dans le rétrécissement cicatriciel et l'œil exercé ne s'y trompera pas. Dans les cas douteux on pourra pratiquer l'examen biopsique d'un fragment de muqueuse.

L'examen œsophagoscopique permet encore de préciser tous les caractères du rétrécissement, le siège du pertuis encore perméable, et des diverticules secondaires à la sténose. On sait combien souvent le pertuis est excentrique, et les diverticules profonds descendent plus bas que le pertuis à cathétériser, d'où les échecs d'un cathétérisme sans le contrôle de la vue.

Au point de vue thérapeutique on peut se trouver en face de quatre conditions bien différentes.

Dans le premier cas, on se trouve en face d'un rétrécissement franchissable, large et facilement dilatable avec le cathétérisme aveugle. On pratiquera cette dilatation sous le doigt à condition d'employer des bougies olivaires en gomme et de proscrire tout

cathéter rigide comme les olives montées sur une tige de baleine, causes de tant de méfaits.

Dans le deuxième cas on trouve un rétrécissement étroit qu'on ne peut franchir de cette manière. Grâce à l'œsophagoscopie ces rétrécissements infranchissables ont diminué des deux tiers, on trouve sous le contrôle de l'œil le pertuis souvent latéral, on y installe une filiforme, puis on pratique des séances de dilatation endoscopique. On laissera les bougies à demeure pendant plusieurs heures après chaque séance. Si on ne peut dilater ainsi le rétrécissement. à l'œsophagostomie interne toujours dangereuse on préférera l'électrolyse circulaire qui peut donner des guérisons définitives dans les cas pas trop anciens.

Dans une troisième éventualité le rétrécissement est infranchissable par les voies hautes, même sous l'endoscopie. Dans ces cas, on pratiquera la gastrostomie et on fera le cathétérisme rétrograde de la sténose. On se servira soit d'un endoscope pour passer le cathéter par une bouche stomacale petite, ou de préférence, dit le rapporteur, comme le cardia est difficile à trouver, on fera une ouverture large de l'estomac pour passer la première sonde. La sténose sera ensuite dilatée par le procédé de cathétérisme sans fin de von Acker avec dilatation caoutchoutée.

La bouche de gastrostomie sera conservée pour l'alimentation du malade, et cette mise au repos de l'œsophage, en hâtant la guérison de l'œsophagite et faisant disparaître le spasme, hâte puissamment les progrès de la cure.

Dans le dernier cas, enfin, tout à fait exceptionnel, on ne pourra franchir la sténose ni par en haut, ni par en bas. C'est dans ces cas qu'on a tenté des opérations chirurgicales complexes : l'œsophagotomie externe, l'œsophagostomie cervicale basse qui permettent d'aborder presque directement le rétrécissement pour la dilatation et augmente ses chances de réussite, l'œsophagectomie qui n'est acceptable que pour les rétrécissements haut situés, enfin les méthodes anastomiques ou substitutives comprenant l'anastomose œsophago-gastrique, encore du domaine expérimental, l'œsophago-duodéno-gastrostomie qui crée un canal œsophagien sous-cutané avec une anse intestinale et n'a été réalisée que trois fois.

A toutes ces méthodes il convient de préférer la gastrostomie qui reste l'opération de choix. C'est une infirmité, mais elle permet de longues survies, sauf chez l'enfant.

D'ailleurs, depuis l'œsophagoscopie, le nombre de ces cas infranchissables est infime, et la plupart des opérations complexes ont été faites sans avoir tenté le cathétérisme endoscopique de haut en bas ou rétrograde.

L'électrolyse circulaire reste la seule méthode permettant d'agir sur le tissu cicatriciel lui-même et de guérir définitivement une sténose cicatricielle.

Le rapport est suivi de tableaux reproduisant la statistique personnelle de l'auteur comprenant 88 cas, tous de sténoses graves ; 79 fois l'alimentation par les voies naturelles a pu être rétablie de façon normale.

Le docteur Moure ne fait que venir appuyer les conclusions de son co-rapporteur. Il résume ainsi rapidement son opinion. Pour le traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage, entre des mains prudentes, les procédés lents et progressifs donnent généralement d'excellents résultats.

Dans les cas de strictures graves, diffuses et très serrées, ne permettant au malade de s'alimenter qu'avec beaucoup de difficultés, il est préférable de ne pas attendre trop longtemps pour établir une bouche stomacale. Cette ouverture permettra d'abord de remonter les forces du malade, puis, laissant l'œsophage au repos, elle rendra plus facile et plus certaine une dilatation qui, tout d'abord, semblait impossible. Elle permettra, dans tous les cas, de gagner du temps et d'employer ultérieurement ce procédé du fil sans fin introduit par les voies naturelles ou par voie rétrograde, procédé auquel on doit des succès nombreux et durables.

Dans les cas de sténose infranchissable, la gastrostomie sera pour le malade ce qu'est la trachéotomie pour les sténoses du larynx.

Les opérations substitutives seront indiquées dans ces cas, mais leur emploi dépendra souvent du bon vouloir du malade qui n'acceptera pas toujours pareille substitution.

A la suite de l'exposé de ces rapports, MM. Depage (de Bruxelles), Bœckel (de Strasbourg), Forgue (de Montpellier), Delagénière (du Mans), Villar (de Bordeaux), Jacques (de Nancy), Vacher et Denis (d'Orléans), Bérard (de Lyon), Reynès (de Marseille), Dujon (de Moulins), Viannay (de Saint-Etienne), Duvergey (de Bordeaux), Hauser (de Vienne), Roux (de Lausanne), Frœlich (de Nancy) et Sargnon (de Lyon) prennent la parole non pour une discussion des rapports, dont les conclusions sont admises dans leurs grandes lignes par tout le monde, mais pour apporter avec leurs statistiques personnelles leurs vues particulières sur certains points de l'histoire de ces sténoses.

D'abord quelques mots sur l'étiologie.

La majeure partie de ces rétrécissements est consécutive à l'ingestion de liquides caustiques, et à ce sujet M. Forgue rappelle combien la méprise est fréquente dans le Midi où l'on se sert couramment de lessive de soude pour la préparation des olives.

M. Bérard (de Lyon) apporte la preuve que l'œsophagotomie externe pour ablation de corps étrangers ne devient pas l'origine de rétrécissements ; sur 17 cas opérés par lui il n'a jamais vu cette complication. Il conteste, au nom de la pathologie générale, l'existence du rétrécissement d'origine spasmodique pure ; dans ces cas il pense à l'existence d'ulcérations ou de tumeurs très petites. Mais, dans le cours de la séance, M. Dujon montre une pièce de rétrécissement du cardia sans ulcération ni cancer qui répond bien au spasme idiopathique du cardia.

Tous les orateurs s'accordent à constater le grand pas fait dans le diagnostic de ces lésions, depuis l'utilisation de la radioscopie et de l'endoscopie.

MM. Villar, Vacher, Bérard insistent sur la nécessité absolue en dehors de tout antécédent net, d'ingestion de caustiques, surtout chez l'adulte, de pratiquer la radioscopie avant toute autre exploration afin d'éviter le cathétérisme dans le cas de compression de l'œsophage par un anévrisme de l'aorte, ce qui peut entraîner une catastrophe.

Mais c'est surtout le TRAITEMENT qui a attiré surtout l'attention des auteurs.

Aux cas facilement franchissables par en haut est réservée la *dilatation aveugle*. Dès que le cathétérisme devient compliqué il est indispensable de le faire sous le contrôle de l'ŒSOPHAGOSCOPIE.

On ne pourra pas toujours faire pénétrer le tube, M. Bérard a vu deux insuccès (une femme à cou très court, un cas de déviation de la colonne cervicale). Lorsqu'on aura réussi à introduire une bougie filiforme dans le rétrécissement, et qu'il sera urgent de pouvoir alimenter le malade, très faible, mourant d'inanition, on pourra laisser cette sonde à demeure ainsi que le montre Jacques (de Nancy). La sonde peut être laissée en place pendant plusieurs jours sans entraîner l'ulcération du conduit; au bout de quelques heures le spasme a cédé et les aliments liquides passent facilement sans retirer la sonde; dans les jours qui suivent, une alimentation sérieuse peut être prise. La sonde à demeure non seulement détruit le spasme, mais encore amène un rapide ramollissement du tissu fibreux qui permet de remédier vite à une situation grave. M. Frœlich a eu aussi l'occasion d'employer ce procédé avec succès. Il signale comme complication du cathétérisme la dilatation bilatérale des parotides et des sous-maxillaires sans fièvre.

Si le cathétérisme n'a pu être fait par les voies hautes, c'est au *cathétérisme rétrograde* qu'il faudra avoir recours, et MM. Viannay, Sargnon, Roux sont venus vanter les bons résultats qu'elle donne et sa facilité.

Mais d'abord il faut pratiquer la gastrostomie, et ici les avis semblent diverger. Alors que les uns, comme Sargnon, Bérard, se contentent d'une petite bouche pour la pratiquer, Delagénière réclame une large ouverture pour explorer l'estomac et cathétériser sur le doigt, Depage propose un procédé spécial avec large ouverture de la paroi stomacale sur laquelle on détache un lambeau qu'on transformera ensuite en conduit fixé à l'extérieur.

Alors que Forgue, Reynès insistent sur la nécessité, quel que soit le procédé, d'avoir une bonne valvulation de la muqueuse pour que la bouche soit continente, pour éviter la corrosion secondaire de la fistule, M. Termier déclare que la valvule gêne pour le cathétérisme, et propose un procédé personnel qui crée un trajet muqueux à travers les musculeuses de l'estomac jouant le rôle de sphincter, ce qui assure la continence.

Quant au cathétérisme rétrograde il est le plus souvent facile. M. Roux y insiste avec sa verve habituelle montrant le rétrécissement au sommet d'un entonnoir à l'envers si on l'aborde par en haut, et dans lequel on s'enfonce naturellement si on l'aborde par en bas. Le fil de Socin rendra des services pour l'installation du cathétérisme sans fin. On peut remplacer le petit plomb par une petite boule de fer qu'on attirera en bas avec un aimant.

Mais c'est surtout sur le *rôle et les indications de la gastrostomie* que la plupart des auteurs ont insisté. MM. Forgue, Roux, Delagénière, Termier, Viannay, Frœlich, sont venus revendiquer pour elle une place plus grande que celle qu'on a tendance à lui donner. Elle ne doit pas seulement être réservée aux cas infranchissables et être toujours considérée comme une bouche définitive permettant d'alimenter tant bien que mal le malade, ou à titre temporaire à pratiquer la dilatation rétrograde du rétrécissement. On peut aussi l'utiliser à la période aiguë pour alimenter le malade, pour éviter la douleur, elle ne devient plus une intervention d'urgence, mais comme le dit M. Forgue d'utilité. Par cette exclusion du conduit malade le spasme cède, les fermentations alimentaires n'existent plus avec leur rôle irritant, et l'œsophagite guérit rapidement. M. Frœlich a même montré que, en faisant la gastrostomie en deux temps, dès que l'estomac est fixé, l'alimentation œsophagienne devient plus facile. M. Forgue invoque même dès le début des lésions de brûlures, le rôle prophylactique de la gastrostomie par la mise au repos de l'œsophage.

Enfin l'ouverture de l'estomac permet de pratiquer son exploration et de constater la présence de lésions de gastrite diffuse, de sténose du pylore concomitante, due à l'action des liquides corrosifs, lésions très fréquentes dans l'ingestion des liquides caustiques (voir *Gaz. des hôpit.*, 27 août 1912, n° 97), de détruire une bride stomacale (Delagénière), une gastro-entérostomie, ou une jéjunostomie au lieu d'une gastrostomie si l'état du malade l'exige.

La grosse objection à la gastrostomie est qu'elle tue souvent. La plupart des orateurs s'inscrivent en faux sur ce point; c'est l'anesthésie générale qu'il faut ici accuser. Si l'on opère à l'anesthésie locale comme Bérard, Sargnon le réclament, ou à l'alcool-chloroforme-éther comme Reynès, le shock est insignifiant, encore moins si on opère en deux temps (Roux).

On a dit aussi que la gastrostomie est contre-indiquée chez l'enfant; la bouche stomacale suffisant à faire vivre un adulte, dit M. Forgue, ne peut suffire à fournir la ration de développement de l'enfant, cependant M. Frœlich qui l'a pratiquée sur 4 enfants n'en a pas eu de mauvais résultats.

Quant aux autres interventions proposées leurs indications sont très exceptionnelles. MM. Bœckel, Vacher, Jacques, Bérard, proclament l'abandon de l'œsophagotomie interne que Sargnon utilise, mais en la restreignant. L'œsophagectomie est abandonnée même par un de ses promoteurs, M. Villar. L'œsophagostomie cervicale basse temporaire peut donner des succès dans certains cas difficiles à cathétériser. M. Sargnon en cite des exemples. Il recommande d'éviter ici l'emploi de caoutchouc pour dilater, de peur d'amener de la nécrose du larynx.

Mais toutes ces méthodes ne sont que des méthodes palliatives. Ne peut-on espérer la guérison par fonte ou ramollissement du tissu cicatriciel. Deux méthodes visent à ce but. L'*électrolyse* qui a été pratiquée par

MM. Bœckel, Villar, Vacher, Duvergey, Frœlich, leur a donné d'excellents résultats. M. Bœckel qui a pratiqué le premier la méthode dès 1876 a 3 cas guéris depuis dix-huit et trente ans.

La *thiosinamine* et la *fibrolysine* employées seules ne suffisent pas à guérir un rétrécissement, mais ne peuvent-elles fournir un adjuvant à la dilatation en ramollissant le tissu cicatriciel? MM. Depage et Frœlich le déclarent. Mais M. Termier a vu un cas d'intoxication grave, M. Guisez aussi, et fait plus grave encore, c'est que la fibrolysine, ramollissant non seulement le rétrécissement, mais le tissu de cicatrice de défense autour de lui, on risque de pénétrer dans le médiastin sans rencontrer aucun obstacle, ainsi qu'il est arrivé à M. Guisez dans un cas suivi de mort.

Enfin certains auteurs sont venus indiquer l'*avenir des malades* ainsi traités. En réalité les cas de guérison sont exceptionnels. Sauf des cas légers, ce sont des malades condamnés à la sonde toute leur vie, exposés à voir le rétrécissement se boucher s'ils avalent des aliments grossiers en trop gros morceaux (M. Bœckel), s'alimentant somme toute mal et mourant souvent de tuberculose pulmonaire. M. Duvergey a pu suivre 10 de ces anciens malades; 5 sont guéris, 2 morts, l'un de tuberculose pulmonaire, l'autre de péri-œsophagite et 3 ont récidivé.

M. Forgue a retrouvé 8 cas anciens : 3 sont morts rapidement de tuberculose.

Somme toute c'est un avenir encore précaire dans nombre de cas, et il reste encore bien des progrès à réaliser dans le traitement de ces sténoses malgré le pas énorme fait en avant dans ces dernières années et constaté au cours de cette réunion.

(A suivre.) M. LANCE.

MÉDECINE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

L'hypertension artérielle, sa pathogénie, ses rapports avec l'artériosclérose et avec le fonctionnement des capsules surrénales ont donné lieu à de nombreuses discussions; l'accord n'est pas encore fait sur plus d'un point. Mais, sans attendre de connaître exactement comment et pourquoi survient l'hypertension, on a pu établir assez solidement les bases de la médication hypotensive; les travaux de Huchard, en particulier, doivent être rappelés, car cet auteur a pendant longtemps étudié la question, et ses idées sur ce sujet sont aujourd'hui classiques (1).

L'hypertension artérielle, transitoire ou permanente, s'observe dans un grand nombre d'affections diverses (saturnisme, diabète, éclampsie puerpérale, ménopause), mais elle est surtout intéressante dans les scléroses cardio-vasculaires, les cardiopathies artérielles, la néphrite interstitielle. Elle dépend alors de deux causes : l'énergie de la contraction du myocarde et la résistance qu'opposent les capillaires périphériques à la pénétration du sang. Huchard a montré que presque toujours la vaso-constriction périphérique était provoquée par une intoxication d'origine alimentaire et qu'il existait, dans ces cas, un certain degré d'insuffisance rénale favorisant la rétention toxique. A la première période des cardiopathies artérielles les trois éléments qui doivent diriger l'action thérapeutique sont donc : l'intoxication; l'insuffisance rénale à laquelle se joint souvent l'insuffisance hépatique; l'hypertension artérielle qui n'est qu'un résultat des deux premiers éléments. Ceci nous explique pourquoi le régime alimentaire a une très grande importance dans le traitement de l'hypertension.

On prescrira donc une alimentation lacto-végétarienne (un litre à un litre et demi de lait ou laitage par jour, légumes, fruits, quelques œufs, ni viande, ni poisson); le thé, le café, les liqueurs, le vin pur seront complètement supprimés. Dans les cas rebelles, le régime lacté exclusif doit être conseillé soit pendant dix ou quinze jours, soit deux jours par semaine. Si, au contraire, l'hypertension diminue, on peut permettre un peu de viande, au repas de midi, en défendant toutefois le gibier, la charcuterie, le ris de veau qui contient beaucoup de purines; les mollusques et crustacés, les poissons de mer ne conviennent pas aux hypertendus. L'alimentation ne devra pas être très salée, le chlorure de sodium en excès semblant élever la pression artérielle (Gouget). Les eaux diurétiques, comme Evian et Vittel, sont utiles en favorisant l'élimination des toxines.

Huchard a beaucoup insisté sur le traitement rénal des cardiopathies artérielles et de l'hypertension. Il conseille l'emploi de la théobromine, à la dose d'un cachet de 0g40 à 0g50, tous les matins, avec un verre d'eau d'Evian-Cachat ou de Vittel (Grande Source). Si le malade est uricémique, on peut associer l'acide thyminique à la théobromine, en prescrivant 0g10 à 0g20 d'acide thyminique et 0g30 de théobromine par cachet. Une cure hydro-minérale est souvent indiquée (1); à Bourbon-Lancy, le bain suivi de douche dans le bain exerce une action sédative sur le système nerveux, une action stimulante sur la nutrition générale, une action déplétive et anticongestive sur la circulation; après le bain et la douche sous-marine, une réaction vaso-dilatatrice se produit qui augmente l'élasticité des petits vaisseaux, régularise les circulations locales et la périphérie se trouve ainsi mieux irriguée. L'eau d'Evian est avant tout une eau diurétique qui fait un lavage de l'organisme entraînant au dehors les déchets et les poisons organiques; la cure d'Evian est donc très utile pour combattre l'insuffisance hépatique et rénale des hypertendus. Vittel, Contrexeville, Martigny peuvent également être conseillés. A Royat, les malades prennent des bains carbo-gazeux (2); ces bains provoquent une vaso-dilatation périphérique et augmentent la perméabilité rénale, ils sont de ce fait hypotenseurs, aussi les bains de Royat donnent-ils d'excellents résultats dans le traitement de l'hypertension artérielle en dehors de la néphrosclérose avancée avec bruit de galop, grande dyspnée toxique; les effets des bains carbo-gazeux dépendent beaucoup de l'état anatomique du rein. Si la sclérose rénale n'est pas trop prononcée, le bain améliore la perméabilité du rein à l'eau, aux chlorures, aux matières azotées et aux toxines; la pression sanguine s'abaisse vers la normale, les divers troubles subjectifs accusés par les malades disparaissent, ainsi que la tachycardie et les extrasystoles (Mougeot). Mais l'application des bains carbo-gazeux nécessite une surveillance attentive, car leur action sur la pression sanguine n'est pas toujours la même; ces bains agissent en effet sur les deux éléments antagonistes de la pression artérielle, l'énergie cardiaque qu'ils augmentent et les résistances périphériques qu'ils diminuent; ils peuvent donc être aussi bien hypertenseurs qu'hypotenseurs.

Les bains carbo-gazeux artificiels préparés avec du bicarbonate de soude et de l'acide chlorhydrique remplacent, dans une certaine mesure, les bains de Royat; la température, la durée du bain, sa concentration seront minutieusement prescrites par le médecin, car, pour que le bain carbo-gazeux artificiel soit hypotenseur, il faut que sa température atteigne 34 degrés et demi à 35 degrés, que sa concentration soit faible, que sa durée soit assez longue (quinze à vingt mi-

(1) HUCHARD. *Consultations médicales*; — *Traité des maladies du cœur*; — *Les Maladies du cœur et leur traitement*. — HUCHARD et FIESSINGER. *Clinique thérapeutique du praticien*. — Voir aussi BOSC et VEDEL. *Congrès de méd.*, 1904. — VAQUEZ. *Congrès de méd.*, 1904. — GOUGET. *L'Artériosclérose et son traitement*.

(1) Voir PIATOT et BERGOUIGNAN. L'artériosclérose (cardiopathies artérielles) et son traitement hydro-minéral, *La France médico-thermale et climatique*, mai 1911.

(2) MOUGEOT. Les bains carbo-gazeux, *Consultations médicales françaises*, 1912, n° 39.

nutes); après le bain, le séchage sera fait sans friction violente, celle-ci élevant la pression sanguine par réflexe cardiotonique consécutif à une excitation cutanée; on épongera seulement le malade avec un linge modérément chaud et bien sec, appliqué avec le plat de la main; le malade restera ensuite une heure au repos dans la position horizontale (Mougeot). Le bain donné en suivant ces prescriptions doit abaisser la tension artérielle aussi bien au début du bain que pendant toute sa durée et les premières heures qui suivent; il faut, d'autre part, qu'en dehors de cette action immédiate du bain, la pression sanguine mesurée le lendemain matin montre encore une tendance progressive à la baisse.

L'hygiène des hypertendus sera bien réglementée; éviter les excès, la fatigue, le surmenage intellectuel ou physique, faire un exercice modéré, ne pas fumer, voilà des conseils faciles à donner, souvent plus difficiles à suivre. Parfois le repos au lit, pendant quelques jours, doit être prescrit (Vaquez). Le climat qui convient le mieux est un climat sec, doux, tempéré, dans une région à l'abri des vents; les séjours au bord de la mer et plus encore les séjours à une altitude élevée, dépassant 500 ou 600 mètres, sont presque toujours mal supportés.

Pour ce qui est de l'hydrothérapie, on sait que les bains froids élèvent la pression artérielle, que souvent les bains très chauds, au-dessus de 37°5, ont la même action; les uns et les autres doivent donc être déconseillés. En ce qui concerne les douches, certains auteurs attribuent aux douches chaudes une action hypotensive; le mieux est de donner la préférence aux douches tièdes (25 à 33 degrés) à jet très doux, ou aux lotions tièdes (1).

Les frictions faites chaque matin, sur tout le corps, avec un gant de crin ou avec une flanelle imbibée d'un liquide alcoolique sont souvent recommandées. Le massage et la gymnastique musculaire peuvent aider à accélérer la circulation périphérique et exciter l'élasticité des vaisseaux, ce qui économise le travail du cœur. Le massage abdominal renforce aussi l'action du traitement hypotenseur et des diurétiques; il diminue l'hypertension portale, laquelle constitue une sorte de barrage circulatoire (Huchard, Cautru). Le massage et la gymnastique musculaire seront toujours employés avec précautions; quant aux cures de terrain, Huchard les condamne absolument, cette méthode lui paraissant irrationnelle et nuisible.

L'application de l'électricité au traitement de l'hypertension artérielle donne parfois des résultats satisfaisants; ce sont surtout les courants de haute fréquence qui, d'après certains électrothérapeutes, déterminent un abaissement durable de la pression artérielle. Mais d'autres affirment que l'amélioration est moins constante et surtout beaucoup moins accentuée qu'on ne l'a prétendu. Huchard reconnaît que les courants de haute fréquence exercent une action réelle et favorable sur la circulation, qu'ils ont donc leur utilité; mais ce serait une exagération d'en faire le traitement principal de l'hypertension.

Après avoir réglé l'hygiène et l'alimentation des hypertendus, après avoir conseillé les agents physiques et mécaniques, il est bon de prescrire un médicament vaso-dilatateur et hypotenseur.

Les iodures ont pendant longtemps constitué la base de la médication hypotensive; leur utilité est aujourd'hui assez contestée. Pour Huchard, à la phase prescléreuse des cardiopathies artérielles, « les préparations iodurées dont on abuse sont absolument inutiles ». D'après Roger et Gouget, l'iodure de potassium paraît plutôt un résolutif, un modificateur de la nutrition, tandis que l'iodure de sodium serait surtout un vaso-dilatateur. C'est à lui qu'il faut avoir recours, disent ces auteurs, quand il s'agit de combattre les accidents attribués à l'hypertension, et ils conseillent d'en donner 1 ou 2 grammes chaque jour, en deux ou trois fois, au moment des repas, dans du lait coupé d'eau de Vichy. Huchard indique des doses moins fortes, et, à la deuxième période des cardiopathies artérielles, il prescrit trois fois par jour, aux repas, une pilule kératinisée d'iodure de potassium ou de sodium à 0g10 ou 0g20. On n'oubliera pas que l'iodure (et les iodiques) ont leurs contre-indications, qu'ils peuvent être dangereux dans l'aortite et la sclérose rénale, en favorisant l'œdème aigu du poumon (Roger et Gouget).

Les composés nitrés sont actuellement très employés. Les inhalations de nitrite d'amyle provoquent une vaso-dilatation périphérique rapide et une hypotension presque instantanée, mais suivie parfois d'une phase hypertensive; elles ne constituent donc qu'une médication d'urgence dans l'angine de poitrine en particulier et ne peuvent être longtemps continuées. La trinitrine a une action moins rapide mais plus durable. Huchard prescrit :

Solution alcoolique de trinitrine au 1/100	LX gouttes.
Eau distillée	300 grammes.

Trois à six cuillerées à soupe, ou à dessert, ou même à café, suivant la susceptibilité individuelle, car ce médicament n'est pas toujours bien supporté; il détermine parfois de la céphalée, des vomissements, des lipothymies.

La trinitrine s'emploie aussi en injections sous-cutanées :

Solution alcoolique de trinitrine au 1/100	XL gouttes.
Eau bouillie	10 grammes.

Injecter un quart ou un demi-centimètre cube deux fois par jour.

Le tétranitrol est prescrit sous forme de comprimés de 1, 2, 5 ou 10 milligrammes deux ou trois fois par jour, en diminuant la dose s'il survient de la céphalalgie frontale. Enfin, le nitrite de soude, très soluble, se donne à la dose de 0g10 à 0g30 par jour, par exemple :

Nitrite de soude	1 gramme.
Sirop simple	100 —

Deux à trois cuillerées à café par jour.

Ces divers médicaments ne doivent pas être continués trop longtemps sans interruption; il faut avoir soin d'en suspendre l'administration tous les cinq ou dix jours; leurs effets sont d'ailleurs très variables suivant les malades.

Depuis quelques années, l'extrait de gui a été préconisé comme un hypotenseur énergique et fidèle (1). On formule :

Extrait aqueux de viscum album	0g05 à 0g10
Excipient	Q. s.

Pour une pilule. Cinq par jour.

Quant au sérum de Trunecek, qui a joui, à ses débuts, d'une grande faveur dans le traitement de l'artério-sclérose et de l'hypertension artérielle, Huchard le juge en ces termes : « Il s'agit là d'une bouillabaisse thérapeutique destinée simplement à frapper l'imagination et à rendre service, non au malade, mais au médecin, quand il désire faire des injections hypodermiques. » Sans être aussi sévères, Roger et Gouget reconnaissent que l'enthousiasme pour le sérum de Trunecek s'est singulièrement refroidi depuis quelque temps.

M. BRELET.

JURISPRUDENCE

LA DÉCLARATION DE LA TUBERCULOSE A L'ÉTRANGER

La Gazette des hôpitaux a publié les conclusions du rapport du professeur Letulle relatif à la déclaration de la tuberculose. L'éminent membre de l'Académie est partisan de la déclaration obligatoire, et il ne manquera pas lors de la discussion importante qui aura lieu la semaine prochaine d'invoquer, en faveur de sa thèse, les précédents que lui créent les législations étrangères.

En effet un certain nombre de pays ont des lois qui obligent le corps médical à déclarer la tuberculose :

Depuis plusieurs années la déclaration de la tuberculose est appliquée : — *sous la forme obligatoire* — en Norvège, en

(1) ROGER et GOUGET. Maladies des artères et de l'aorte, *Nouv. Traité de méd. et de thérap.*

(1) GAULTIER. *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 119. — BONHOMME. Th. de Paris, 1907-1908, n° 407.

Danemark, à New-York, dans beaucoup de villes d'Ecosse, notamment à Edimbourg et à Glascow; — *sous la forme facultative* — dans certaines villes d'Angleterre, entre autres Manchester, Liverpool, Sheffield. Ces essais partiels faits dans les Iles Britanniques furent si encourageants que les autorités anglaises, naguère peu favorables à la déclaration de la tuberculose, ont promulgué le 15 novembre 1911, comme on le sait, le règlement de santé publique qui impose à tous les médecins praticiens de l'Angleterre et du Pays de Galles l'obligation de déclarer les malades atteints de tuberculose pulmonaire.

En Norvège depuis 1901, les médecins sont tenus de déclarer au président du Comité d'hygiène, médecin lui aussi, les décès par tuberculose et tous les cas, graves ou bénins, de tuberculose ouverte. Dans un certain nombre de localités on fait aussi la déclaration lors des changements de domicile de tuberculeux. Lorsque le médecin traitant ne parvient pas à obtenir l'application des règles prophylactiques et que le malade ne peut être soigné à domicile sans danger sérieux de contamination pour l'entourage, le Comité d'hygiène a le droit d'imposer l'hospitalisation.

D'après les statistiques, 6000 à 7000 cas nouveaux sont déclarés tous les ans. Le docteur Holmboe (de Christiana), dans son rapport présenté au Congrès de Vienne en 1907, déclare que, dans son pays nul ne songe à protester contre des mesures sanitaires qui ne peuvent avoir pour but que la raréfaction du plus grave de tous les contages. Le nombre des tuberculoses ouvertes qui échappent à la déclaration est peu considérable. Les médecins se soumettent à la déclaration avec une entière bonne volonté, depuis la promulgation de la loi le 8 mai 1900.

Mais il faut noter, écrit le docteur Kuss dans son rapport fait au Congrès de Rome de 1912 : 1° que la loi est appliquée avec tact et ménagements, la surveillance hygiénique des malades est confiée aussi souvent qu'il est possible au médecin traitant et les interventions de l'autorité chez le tuberculeux ne se produisent qu'en cas de nécessité (par exemple si le malade n'a pas de médecin) et avec le souci de ne pas porter atteinte directement à ses intérêts; 2° que la déclaration est absolument différente d'une divulgation, car elle se fait à une autorité sanitaire médicale soumise à l'obligation du secret professionnel; 3° que l'opinion publique, éclairée de longue date sur la question, n'était nullement hostile à la déclaration, mais la réclamait au contraire avec énergie; 4° que, parallèlement à la déclaration, on a pris les dispositions nécessaires pour pouvoir soigner dans des sanatoriums les tuberculeux curables, pour recevoir les malades plus avancés dans des cures d'air et pour hospitaliser les phtisiques.

En Danemark, un acte du Parlement a rendu obligatoire en 1900 la déclaration des décès par tuberculose et la désinfection des logements ayant été occupés en permanence par des personnes mortes de tuberculose; en 1905, un nouvel acte a exigé, en outre, la déclaration par les médecins praticiens de tous les cas de tuberculose pulmonaire ou laryngée qu'ils soignent. La Commission des épidémies, qui reçoit les déclarations, a toute autorité pour faire désinfecter les logements après décès ou en cas de changement de domicile et pour hospitaliser les phtisiques avancés dangereux pour leur entourage; elle exige que les nourrices soient reconnues indemnes de tuberculose, elle interdit la fréquentation de l'école aux enfants tuberculeux qui pourraient être dangereux (mais en leur assurant la possibilité de continuer leur instruction dans d'autres conditions, aux frais de l'Etat), elle met en disponibilité les instituteurs ou fonctionnaires atteints de tuberculose pulmonaire ou laryngée (mais en leur accordant comme pension les deux tiers de leur traitement), elle hospitalise (au besoin pendant toute la durée de leur service militaire) les soldats qui contractent la tuberculose.

Le Danemark, pour une population de deux millions et demi d'habitants, possède et entretient 1000 lits de sanatoriums populaires, 500 lits d'hôpitaux marins, 800 lits d'hospices réservés aux tuberculeux pauvres gravement malades; les phtisiques non alités reçoivent à domicile les soins qui leur sont nécessaires.

Rordam estime que, du seul fait de la déclaration et de la désinfection post mortem, les décès par phtisie en Danemark sont tombés de 3,57 p. 1000 en 1876 à 1,95 en 1896.

A Edimbourg, le docteur Philip a réussi à créer une organisation antituberculeuse complète : dispensaire de prophylaxie, fondé en 1887, avec visite des malades à domicile par un médecin et par des nurses, enquêtes sur les maisons insalubres, assistance aux tuberculeux pauvres, hôpital pour les phtisiques avancés qu'il est indispensable d'isoler, sanatorium populaire pour les tuberculeux curables, colonie agricole pour les convalescents. Les autorités écossaises qui s'étaient montrées longtemps opposées à la déclaration parce qu'elles se demandaient si elles seraient en état pécuniairement d'agir envers les cas déclarés comme le comporterait la situation, admirent cependant la déclaration facultative de la tuberculose ouverte. En 1907, la déclaration obligatoire fut définitivement mise en vigueur à Edimbourg; cette manière de faire gagne de plus en plus de terrain en Ecosse.

En Amérique, le district de Columbia inflige une amende de 25 dollars à quiconque se soustrait à la déclaration. Le département de la santé de New-York estime que, grâce à la déclaration et à la désinfection consécutive, il a vu la mortalité par tuberculose s'abaisser de 4,42 p. 1000 en 1886 à 2,41 en 1907.

En Angleterre, l'idée directrice du règlement de santé publique applicable depuis le 1er janvier 1912, c'est de fournir aux autorités locales, par la déclaration obligatoire de la tuberculose, les renseignements qui leur permettront d'agir utilement, dans chaque cas particulier.

Dès 1908, la déclaration obligatoire fonctionnait dans le Royaume-Uni pour les malades indigents; en 1911, on étendait la mesure aux malades des hôpitaux, y compris ceux des consultations externes; depuis le 1er janvier 1912, elle revêt les caractères d'une mesure générale.

La déclaration est obligatoire dans les quarante-huit heures sous peine d'amende pour tout médecin praticien soignant ou appelé à visiter un malade atteint de tuberculose pulmonaire; la déclaration, qui donne droit à une rémunération de 2 sh. 6 p. est faite au médecin sanitaire de la circonscription. Toutes les précautions sont prises pour que la déclaration ne soit pas divulguée; le médecin sanitaire, astreint formellement au secret professionnel, a la garde, sous sa responsabilité, des renseignements confidentiels qui lui sont adressés; il ne peut les communiquer qu'à l'autorité supérieure et à des personnes dûment qualifiées; il a comme attributions de prendre sur place toutes les mesures jugées utiles pour limiter la contagion, toutes celles qui peuvent être nécessaires pour dépister la tuberculose dans l'entourage et pour fournir aux tuberculeux pauvres des secours et des soins médicaux.

Les déclarations, avons-nous vu, sont adressées à des médecins d'hygiène, officiers médicaux de santé (*Medical officer of Health*). Ces médecins doivent, ainsi que leurs agents, observer un secret rigoureux quant aux déclarations transmises. Ils doivent tenir un registre contenant les notifications et toutes les particularités signalées, registre placé sous leur garde personnelle et ne pouvant être communiqué qu'à des personnes dûment autorisées.

L'officier médical de santé établit dans son registre, en regard du nom de chaque personne déclarée, les actes ou démarches qu'il aura jugé nécessaire de faire auprès de ces malades. Il aura tous les éléments d'une statistique et d'une enquête générale, en recherchant, pour chaque malade, les causes et les facteurs probables de la maladie, l'existence de cas dans l'entourage des tuberculeux, etc.

Toute liberté est laissée à ce médecin fonctionnaire, ainsi qu'à ses agents, de faire telles enquêtes ou démarches à la suite des déclarations, pour conseiller ou faire prendre toutes les mesures qui assureront la prophylaxie de la tuberculose.

Aucune mesure coercitive ne sera employée vis-à-vis des malades, et on évitera tout ce qui pourrait leur causer de l'ennui.

Le médecin traitant a quarante-huit heures pour faire sa déclaration au médecin sanitaire de l'administration locale; en la faisant, il touche 3 fr. 10 d'honoraires. Si la famille du malade est sans ressources, ladite administration intervient immédiatement pour donner des secours effectifs en médicaments et en argent. Par ailleurs, l'assurance contre le chômage et l'invalidité verse une prime de 12 fr. 40 par semaine de maladie aux hommes et de 9 fr. 40 aux femmes; les convalescents reçoivent la moitié de ces sommes.

A Paris, le préfet de la Seine avait envoyé le 30 janvier 1912, aux médecins des dispensaires d'enfants des caisses des écoles, une circulaire d'où il résulte que l'obtention de la subvention municipale accordée au dispensaire est subordonnée à la déclaration de la tuberculose chez les enfants qui en sont atteints par l'établissement des fiches en usage pour la formation du casier sanitaire.

Les médecins protestèrent et la circulaire resta lettre morte.

M. le professeur Letulle aura encore pour lui l'histoire. En effet la déclaration de la tuberculose n'est pas une chose absolument nouvelle.

Ferdinand VI, roi d'Espagne, par une ordonnance du 6 octobre 1751, rendit obligatoire la déclaration de la phtisie.

Le « Magistrat de Santé » de Florence fit, le 11 novembre 1754, un édit obligeant tout médecin à dénoncer au Tribunal de Santé de la ville tout malade qui serait phtisique.

En 1782, Ferdinand IV, roi de Naples, ordonnait également aux médecins la déclaration de la phtisie.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES SUR LA TUBERCULOSE

(SÉANCE DU 11 JUILLET 1912)

Accidents sériques graves chez un tuberculeux. Un moyen d'éviter ces accidents dans la tuberculose pulmonaire. — M. C. BERTHELON (de Sainte-Feyre, Creuse) rapporte l'observation d'un malade chez qui une première injection de *bactériolysine* de Maragliano, au niveau d'une fistule tuberculeuse, donna lieu à des accidents sériques légers. Une seconde injection détermina des phénomènes tellement graves qu'on craignit un moment la mort du sujet. Cependant peu à peu le malade se remit, sans que par la suite son état fût fâcheusement influencé.

L'auteur qui emploie les sérums antituberculeux en injections intratrachéales à doses élevées (5 centimètres cubes de sérum de Maragliano, 10 centimètres cubes et plus de sérum de Marmorek), dans la tuberculose pulmonaire, n'a jamais observé d'accidents anaphylactiques par cette méthode. Il pense qu'il y a là un moyen aussi efficace d'éviter ces accidents que dans l'administration des sérums en lavements, avec cet avantage que, dans la tuberculose du poumon, l'action thérapeutique est bien supérieure, supérieure même peut-être à celle des injections sous-cutanées.

Tuberculose pulmonaire aiguë. Emphysème médiastinal et sous-cutané terminal par rupture des parois alvéolaires. — MM. L. BERNARD et A. CAÏN rapportent l'observation d'une fillette de quatorze ans qui, au dernier jour d'une tuberculose aiguë, fit un emphysème sous-cutané général accompagné de collapsus. L'autopsie montra deux points intéressants : 1° l'existence d'une granulie avec lésion cavitaire pulmonaire ancienne, située à la base, conformément à certains faits signalés récemment; 2° un emphysème médiastinal, point de départ de l'emphysème sous-cutané, et dû lui-même à la rupture du tissu alvéolaire altéré, ainsi qu'en témoignent l'absence de pneumothorax et certaines figures histologiques relevées dans l'examen du parenchyme pulmonaire. Celles-ci montrent le processus de la complication, l'air échappé par rupture des alvéoles créant d'abord l'emphysème interalvéolaire, puis l'emphysème médiastinal, enfin l'emphysème sous-cutané par fusée le long du pédicule broncho-trachéal.

Réaction de Wassermann positive dans un liquide pleural tuberculeux chez une syphilitique. — MM. BEZANÇON et GASTINEL rapportent l'observation d'une malade syphilitique en période secondaire présentant sans aucun symptôme antérieur de tuberculose une pleurésie séro-fibrineuse avec lymphocytes. Son évolution apyrétique, l'absence de bacille de Koch dans les crachats, enfin l'existence d'une réaction de Wassermann positive avec le liquide pleural et le sérum auraient pu faire songer à une pleurésie syphilitique. Mais la découverte du bacille de Koch par l'homogénéisation des crachats, la tuberculisation du cobaye par leur inoculation et celle du liquide pleural prouvèrent la nature tuberculeuse de l'épanchement. Les auteurs pensent donc qu'il est bien difficile d'affirmer l'existence des pleurésies syphilitiques à la période secondaire. Ils remarquent qu'un liquide pathologique chez un syphilitique peut dévier le complément, la réaction de Wassermann étant seulement la traduction de l'état d'infection générale. Enfin ils insistent spécialement sur le rôle de l'homogénéisation des crachats permettant de dépister hâtivement le bacille de Koch.

M. JOUSSET croit que la forme ulcéreuse de la syphilis pulmonaire chez l'adulte est très rare. Chez des malades atteints de cavernes pulmonaires considérées comme syphilitiques, il a toujours retrouvé le bacille de Koch à condition de le chercher soigneusement.

M. E. SERGENT. Il faut distinguer chez les syphilitiques deux catégories de pleurésies : les pleurésies nettement syphilitiques et les pleurésies dont la nature n'est pas démontrée. Les premières se rencontrent uniquement dans le tertiarisme quand il y a des gommes pleurales associées à des lésions pulmonaires de même nature. Les pleurésies séro-fibrineuses de la période secondaire et même tertiaire ne pourront être considérées comme syphilitiques que lorsque l'on aura une technique qui permettra de déceler le tréponème dans le liquide. Ce sont le plus souvent des manifestations tuberculeuses atténuées chez des syphilitiques. Le Wassermann positif avec le liquide pleural ne prouve rien à cet égard.

M. DARIER. Il y a intérêt dans ces cas à rechercher comparativement le Wassermann avec le sérum et avec le liquide pleural, comme l'ont fait Bezançon et Gastinel. L'auteur n'a jamais observé de syphilis secondaire de la plèvre.

Présentation de pièce de pneumonie caséeuse à systématisation corticale. — MM. F. BEZANÇON et P. GASTINEL présentent une pièce fort curieuse de pneumonie caséeuse à systématisation corticale avec foyers broncho-pneumoniques disséminés. Ils insistent sur l'intérêt de ce cas pour l'étude des spléno-pneumonies.

Sur la teneur en sensibilisatrices du sérum de Vallée. — M. A.-M. OYUELA, en examinant divers échantillons de sérum de Vallée provenant d'un même cheval hyperimmun, mais recueillis à des périodes variables de l'immunisation, a constaté que la teneur de ces échantillons en sensibilisatrices baisse progressivement à mesure que le traitement immunisant se prolonge. Le sérum d'un cheval qui a reçu en plusieurs années plus de 10 grammes de bacilles humains virulents ne renferme plus que des traces de sensibilisatrice. Au point de vue de ses qualités thérapeutiques, cependant, le sérum a gagné en valeur ainsi qu'en témoignent les résultats obtenus en clinique. Ces constatations sont à rapprocher de cette autre que des sérums, à la fois antimicrobiens et antitoxiques, doués de qualités thérapeutiques très remarquables, tels que ceux contre le rouget et le charbon symptomatique, ne renferment que des traces de sensibilisatrices spécifiques.

M. DEBRÉ a étudié avec Paraf la plupart des sérums antituberculeux au point de vue de leur teneur en sensibilisatrices. Ils ont constaté de grandes variations suivant les échantillons, variations sans aucun rapport avec leur valeur thérapeutique.

M. JOUSSET, comme Debré, a constaté qu'il n'y a aucune corrélation entre la valeur curative des sérums et leur teneur en anticorps.

M. F. BEZANÇON, avec de Serbonnes, a noté la grande variabilité de la teneur en sensibilisatrices du sérum sanguin des malades tuberculeux chez qui ils recherchaient la réaction de fixation. L'irrégularité leur a semblé la caractéristique de la réaction de fixation dans la tuberculose.

M. DEBRÉ a constaté également la grande variabilité de la teneur en sensibilisatrices du sérum des tuberculeux.

CORRESPONDANCE

Paris, le 12 octobre 1912.

MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF DE LA *Gazette des hôpitaux*.

Très honoré confrère,

Dans votre compte rendu du Congrès de pédiatrie il s'est glissé une erreur que je vous prie de rectifier.

Vous dites page 1617, avant-dernier paragraphe, colonne 1 : « Le docteur Suarez (de Mendoza) expose devant le Congrès comment est réalisée la protection de l'enfance en Espagne. Il indique le fonctionnement des Gouttes de lait. »

Pour être exact, honoré confrère, il faudrait dire : « Le docteur Suarez de Mendoza (de Paris), membre de la royale Académie de médecine de Madrid, de la Société de médecine de Paris, des sociétés françaises d'ophtalmologie et d'oto-rhino-laryngologie, etc., délégué par le gouvernement espagnol au Congrès de pédiatrie, expose sommairement les progrès de la pédiatrie en Espagne et insiste d'une façon particulière sur la création des Gouttes de lait en Espagne et sur l'utile concours que la Ligue internationale des mères de famille contre les grands fléaux, œuvre protégée par S. M. Marie-Christine et la famille royale d'Espagne et par de hautes personnalités françaises et étrangères, apporte à la lutte contre la mortalité infantile. »

Le docteur Suarez de Mendoza finit sa communication en déposant sur le bureau les diverses armes de propagande de la Ligue.

Espérant, honoré confrère, que rendant à César ce qui appartient à César, vous ferez la rectification nécessaire pour qu'on n'attribue pas à un docteur Suarez (de Mendoza), qui probablement n'existe pas, ce qui appartient au docteur Suarez de Mendoza (de Paris), *lecteur de la* Gazette des hôpitaux *depuis quarante ans*, je vous prie d'agréer avec mes remerciements anticipés l'expression de ma parfaite considération.

Dr SUAREZ DE MENDOZA (de Paris),
Membre de la Royale Académie de médecine de Madrid.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ANGINE DE POITRINE

(La médication réussit surtout dans les cas d'insuffisance cardiaque commençante.) — Un granule à 1/10 de milligramme de digitaline Nativelle ou v gouttes de la solution au millième 4 ou 5 jours de suite. Interrompre quelques jours et reprendre.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 21 AU 26 OCTOBRE 1912

THÈSES

Mercredi 23 octobre, à une heure. — M. LAHILLE. Synthèse et critique des théories pathogéniques des hémoglobinuries humaines. (MM. Gautier, président; Roger, Marfan et Marcel Labbé.) — M. BEAUDOUIN. Hôpitaux de province. Leur internat en médecine. (MM. Roger, président; Gautier, Marfan et Marcel Labbé.) — Mme MANTOUX. Contribution à l'étude de la tuberculose du nourrisson. (MM. Marfan, président; Gautier, Roger et Marcel Labbé.)

Jeudi 24 octobre, à une heure. — M. GOULFIER. Contribution à l'étude de l'étiologie de la kérato-conjonctivite phlycténulaire. (MM. de Lapersonne, président; Ribemont-Dessaignes, Widal et Terrien.) — Mlle BOTESAT. Contribution à l'étude du tubercule solitaire de la choroïde. (MM. de Lapersonne, président; Ribemont-Dessaignes, Widal et Terrien.) — M. ALEXANDRE. Tensions artérielles et viscosités sanguines dans le glaucome primitif. (MM. de Lapersonne, président; Ribemont-Dessaignes, Widal et Terrien.) — M. NOBLET. La pubiotomie chez les primipares. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; de Lapersonne, Widal et Terrien.) — M. ESCALLIER. Rechute de fièvre typhoïde et allergie typhique. (MM. Widal, président; de Lapersonne, Ribemont-Dessaignes et Castaigne.)

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Clinique. — (N° 31, 2 août 1912.) EMERY : Quelques appréciations sur le néo-salvarsan. — PAUCHET : Tuberculose rénale. Appréciation de la valeur du deuxième rein. — PERDRIZET : Diagnostic des affections articulaires par la mensuration de la température locale de la peau. — (N° 32, 9 août.) MAUCLAIRE : Phlegmons et abcès aigus du cou. — NATHAN : Néphrite et tuberculose pulmonaire latente. — BOUGEANT et GALLIOT : L'électrosélénium dans le traitement du cancer inopérable. — (N° 33, 16 août.) MIRAMOND DE LA ROQUETTE : Action des bains de lumière naturelle et artificielle. — Georges LUYS : Fistule rénale abdominale consécutive à une hydronéphrose congénitale infectée au cours d'une fièvre typhoïde. Néphrectomie du rein droit. Guérison. — KÉRAUDREN : Polype fibreux naso-pharyngien volumineux. Opération par voie naturelle. Guérison. — TRIBOULET : A propos de la tuberculose inflammatoire. — (N° 34, 23 août.) LESNÉ et FRANÇON : A propos de l'érysipèle de la face. — CARLES : A propos de quelques considérations sur la thérapeutique de la blennorragie. — GUILLON : Autour du bagne guyanais (*fin*). — MIRAMOND DE LA ROQUETTE : Action des bains de lumière naturelle et artificielle (*fin*). — (N° 35, 20 août.) CASSAËT : Un homme à l'envers. — CORNU : Le divorce et les aliénés. — PAUCHET : Maladie de Wolkmann. — BOULAI : Comment les malades doivent instiller un collyre. — COURTELLEMONT : Des tumeurs du corps pituitaire.

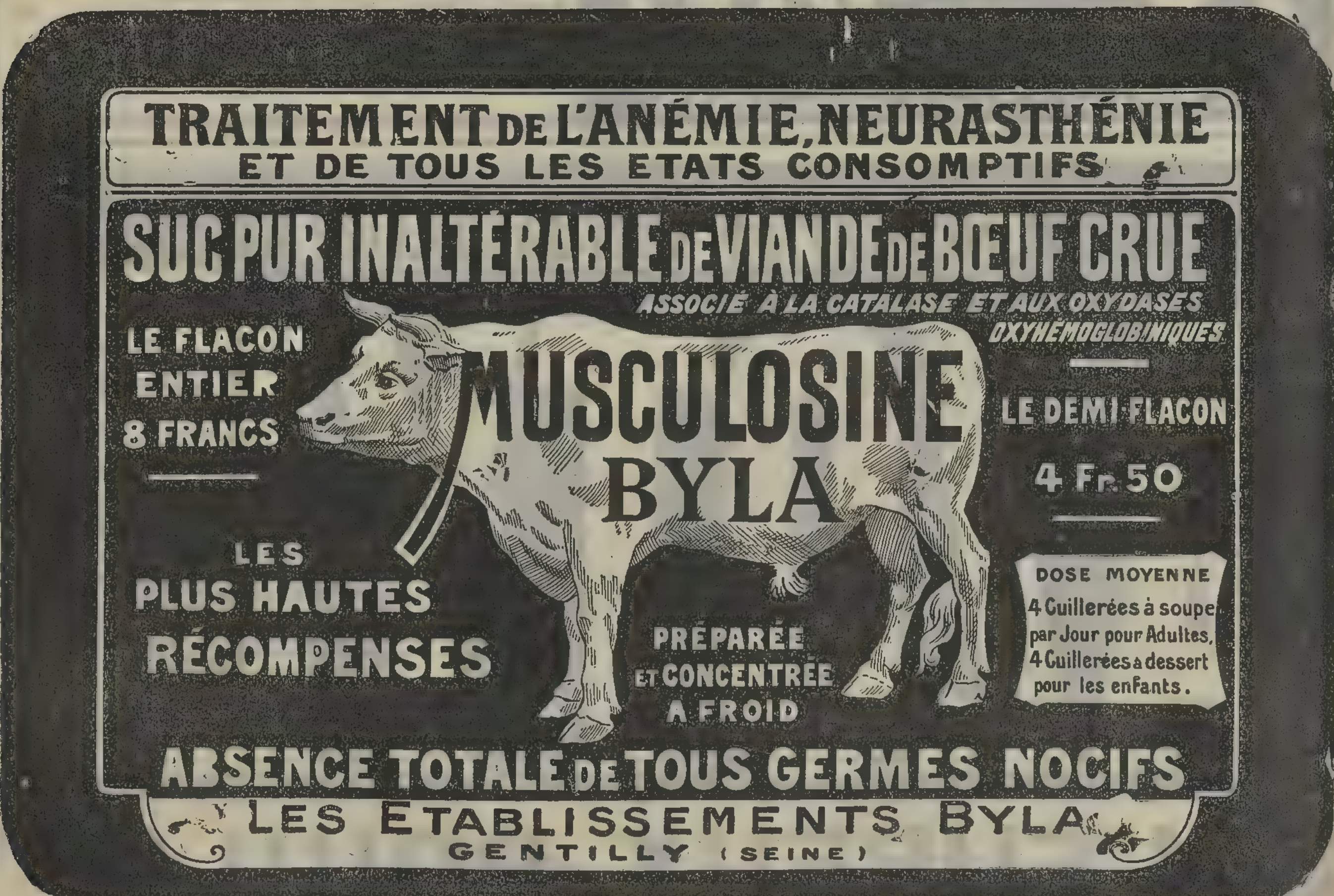
Journal médical de Bruxelles. — (N° 31, 1er août 1912.) Henr COPPEZ : Le Congrès ophtalmologique d'Oxford. — (N° 32, 8 août.) Alfred BLUMENTHAL : Les injections intraveineuses de sélénium colloïdal électrique dans la carcinomatose. — L. LAGANE : La médication hypophysaire. — (N° 33, 15 août.) Victor CHEVAL : De la gastroscopie. Démonstrations. — Raoul BAUDET : Indications opératoires immédiates dans les plaies pleuro-pulmonaires. — (N° 34, 22 août.) Henry DELAGÉNIÈRE : Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des pancréatites gangréneuse et hémorragique. Deux observations.

Montpellier médical. — (N° 30, 28 juillet 1912.) Charles JOURDAN : L'ostéite posttyphique. — (N° 31, 4 août.) F. MAILLET : Les enfants convalescents. — (N° 32, 11 août.) H. BERTIN-SANS : Rapport sur les travaux de la Commission du lait de la Ligue contre la mortalité infantile. — (N° 33, 18 août.) S. CHAIMOVITCH : Le pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — (N° 34, 25 août.) V. VEDEL : Etude thérapeutique sur le 606. — S. CHAIMOVITCH : Le pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

Tunisie médicale. — (N° 8, août 1912.) BRAQUEHAYE et DURAND : Fractures rares du poignet (avec 3 radiographies). — NICOLLE et CONOR : Sur la valeur du séro-diagnostic de la fièvre méditerranéenne.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.



TRAITEMENT DE L'ANÉMIE, NEURASTHÉNIE
ET DE TOUS LES ETATS CONSOMPTIFS
SUC PUR INALTÉRABLE DE VIANDE DE BŒUF CRUE
ASSOCIÉ À LA CATALASE ET AUX OXYDASES OXYHÉMOGLOBINIQUES
LE FLACON ENTIER 8 FRANCS
MUSCULOSINE
BYLA
LE DEMI-FLACON 4 Fr. 50
LES PLUS HAUTES RÉCOMPENSES
PRÉPARÉE ET CONCENTRÉE A FROID
DOSE MOYENNE
4 Cuillerées à soupe par Jour pour Adultes, 4 Cuillerées à dessert pour les enfants.
ABSENCE TOTALE DE TOUS GERMES NOCIFS
LES ETABLISSEMENTS BYLA
GENTILLY (SEINE)

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Notes. — *Anatomie.* — Séance du 14 octobre 1912. — Question donnée : « Muscles fessiers. »

MM. Perrochaud et Pradal, 14; Mlle Kuntz, 16; MM. Laemmer et Laffaille, 13; Lamaze, 7; Langlois, 15; Khabil, 13; Jullien, 15; Jauréguy, 12; Mouton, 15; Narboni, 12; Mlle Klein, 14; MM. Lanos, 13; Niel, 14; Ordioni, 13.

Pathologie. — Séance du 14 octobre. — Question donnée : « Signes des hernies étranglées. »

M. Delattre, 14; Mlle Franck, 10; MM. Galliard, Darcissac et Boileau, 9; Girard (André), 14; Bona, 11; Delpérier, 12; de Gennes, 17; Chomette, 10; Didry, 11; Enot, 12; Mlle Hartmann, 17; MM. Denoyelle, 10; Deroche, 9; Duhazé, 12; Germain, 13.

— Prix Fillioux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Lombard, Bourgeois, Sébileau, Lesage et Robineau.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lille. — Ont été nommés :

1° Professeurs suppléants : MM. les docteurs Besson, maître de conférences, chargé du cours de médecine légale; d'Halluin, maître de conférences, chef des travaux de physiologie; Vouters, maître de conférences, assistant de clinique médicale.

2° Maîtres de conférences : MM. les docteurs Bonnet-Laborderie, chef de clinique obstétricale; Danel, chef des travaux d'anatomie pathologique, chargé de la consultation des maladies cutanées et syphilitiques.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Limoges. — Un concours s'ouvrira le 13 avril 1913, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Limoges.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Grenoble. — Le concours pour une place de suppléant de professeur de clinique médicale et de pathologie interne à l'Ecole de Grenoble, ouvert à Lyon, s'est terminé par la nomination du docteur Traversier, médecin des hôpitaux de Grenoble.

GUERRE. — Par décision ministérielle du 9 octobre 1912 la liste des membres externes de la section technique du service de santé est arrêtée comme suit (art. 6 de l'instruction du 7 août 1912 réorganisant la section technique du service de santé) :

MM. les médecins principaux de deuxième classe Ruotte, Bassères, Astier et Pech.

MM. les médecins-majors de première classe Bergasse, Bonnet, Georges, Teissier, Pouy, Legrand, Thooris, Dercle et Rieux.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Conte, Vennin, Hochwelker et Guilhaumon.

M. le pharmacien-major de première classe André, et M. le pharmacien-major professeur agrégé de chimie à l'école d'application du service de santé.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Ont été décernées aux personnes ci-après désignées qui se sont signalées par leur dévouement lors de l'épidémie de peste pneumonique qui a sévi au Ruisseau (faubourg d'Alger), du 2 au 16 juillet 1912 :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Gillot (d'El-Kettar), Pierre (d'Alger), Rançon (d'El-Kettar).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Bourlier et Bascoul (d'Alger), Cornebois (d'Hussein-Dey).

Médaille de bronze. — M. le docteur Karoubi (de Belcourt).

Mentions honorables. — MM. les docteurs Barraud et Lemaire (d'Alger).

LA COMMISSION CONSULTATIVE DES RETRAITES OUVRIÈRES. — Le *Journal officiel* du 2 octobre 1912 publie un arrêté du 12 septembre par lequel est instituée la commission consultative prévue par l'article 148 du décret du 25 mars 1911. Cette commission a pour but de liquider les retraites anticipées d'invalidité. La *Gazette des hôpitaux* (1911, n° 66, p. 1023) a expliqué le fonctionnement de cette commission. Les professeurs Reclus et Sicard, les docteurs Lermoyez et Valude ont été nommés membres de cette commission. P.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Maisonnave, médecin-major, décédé à Marakech.

HÉLIOTHÉRAPIE

Par MM. Antonin PONCET et René LERICHE (1).

On a tant écrit, depuis quelques mois, sur l'héliothérapie et sur ses merveilleux effets qu'il doit paraître quelque peu vain de venir en parler à nouveau : des mémoires appuyés sur d'importantes statistiques et illustrés d'admirables photographies, d'importantes communications à un récent congrès et à diverses sociétés médicales, d'excellentes thèses ont fait de cette vieille méthode, hier encore méconnue, sinon méprisée, la nouveauté thérapeutique à la mode; chacun aujourd'hui vante à l'envi les actives propriétés de la cure solaire; chacun répète que les anciens adoraient le soleil guérisseur, que le temple d'Epidaure possédait déjà nos modernes galeries d'insolation et que les maisons romaines avaient leur solarium. D'autre part, tout le monde connaît les propriétés bactéricides de la lumière et la valeur curatrice des rayons ultraviolets.

Aussi bien, ne voulons-nous rien reprendre de tout cela.

Nous désirons simplement, avec une expérience vieille déjà d'une vingtaine d'années, dire ce que l'on peut attendre de l'héliothérapie, ce qu'elle nous a donné et comment il faut la manier.

Il y a, en effet, une vingtaine d'années déjà que nous l'avons essayée pour la première fois (A. Poncet). Personne n'en parlait à cette époque, et surtout en matière de tuberculose on était bien loin d'y songer. Séduit par les remarquables recherches de Bormet, d'Ollier,... tout le monde emprisonnait soigneusement les membres atteints de tuberculose osseuse ou articulaire dans des appareils inamovibles ou les réséquait hardiment.

Nos premières tentatives de cure solaire furent faites dans le midi de la France pour des tumeurs blanches du genou, pour des coxalgies, etc., et même, dès cette époque, pour des lésions non tuberculeuses. Les résultats furent tels que nous en généralisâmes très rapidement l'emploi; depuis lors, nous avons systématiquement recommandé à nos malades et journellement préconisé autour de nous cette merveilleuse méthode. Le manque complet de l'organisation nécessaire ne nous a malheureusement pas permis de tenir registre de tous nos malades, et nous n'avons pas, à notre grand regret, une statistique intégrale à dépouiller. D'après nos relevés et approximativement, nous estimons, comme chiffre minimum, avoir fait pratiquer l'insolation à plus de trois cents malades.

Ce sont les impressions résultant de ce nombre déjà considérable d'observations que nous voudrions synthétiser ici.

Mais tout d'abord nous voudrions préciser un point capital : où faut-il faire de l'héliothérapie ?

A la suite des si brillants résultats obtenus par Bernhard et surtout Rollier, on a pu croire que la cure solaire était le monopole des pays d'altitude, et Bardenheuer s'est étonné des résultats qu'il avait obtenus, l'an dernier, à Cologne. En réalité, l'*héliothérapie peut se faire en tous pays :* les radiations solaires sont partout assez actives pour permettre des cures utiles. Il suffit simplement en plaine ou dans les villes de prolonger les séances. Un grand nombre de nos malades ont tiré profit du séjour à la mer ou à la montagne, mais la majorité d'entre eux se sont insolés à Lyon même, en la cité des brumes, ou dans la campagne lyonnaise, et un de nos plus surprenants résultats a été paradoxalement obtenu au cinquième étage d'une maison ouvrière située en plein centre et ne recevant le soleil que dans l'après-midi.

Ceci posé, il va de soi que l'idéal doit être cherché ailleurs que dans une atmosphère embrumée et habituellement grise. Des recherches précises ont montré que l'intensité des radiations solaires croît avec la pureté de l'air, avec sa transparence, dans des proportions définies; elle augmente sensiblement avec la hauteur du soleil au-dessus de l'horizon, ce qui fait la grande valeur du littoral méditerranéen; enfin, tandis que l'effet utile du soleil diminue dans les villes, de plus en plus, avec le cheminement de l'hiver, il est rigoureusement prouvé qu'à la montagne la venue des neiges et leur persistance renforcent considérablement la puissance actinique de la lumière, ce qui justifie scientifiquement la cure d'altitude en hiver.

Quand un déplacement du malade est possible, où vaut-il mieux en définitive faire pratiquer l'héliothérapie? Il nous paraît impossible de donner une réponse univoque : l'héliothérapie d'altitude et l'héliothérapie marine agissent aussi favorablement l'une que l'autre sur de nombreux malades, et, d'autre part, chacune d'elles a une action plus efficace que l'autre dans des cas déterminés : l'air plus sec, plus vif de la montagne, l'insolation intensive que l'on peut pratiquer au voisinage des neiges nous ont paru convenir particulièrement bien aux tuberculoses osseuses profondes et surtout aux formes fistulisées. De même il faut réserver à la montagne toutes les tuberculoses locales survenant chez les tuberculeux pulmonaires en évolution; si minime que soit le foyer viscéral, s'il est encore en activité, la mer peut lui donner un coup de fouet, et sans hésitation il faut l'interdire d'une manière générale à de tels malades.

Par contre, les adénopathies, les tuberculoses superficielles, les scrofules, le rachitisme et toutes les tuberculoses inflammatoires se trouvent mieux encore de la cure hélio-méditerranéenne que de la cure d'altitude.

Ce ne sont là, il va sans dire, que des indications très générales, et il y a vis-à-vis de l'un et l'autre climat des susceptibilités individuelles dont il faut toujours tenir grand compte : aussi avons-nous pour règle de considérer comme des indications précieuses celles que les malades donnent eux-mêmes.

Ces lignes directrices étant posées nous recommandons où que ce soit une insolation progressive et dosée pour ainsi dire. Nous n'avons jamais vu d'accidents graves, mais si l'on n'a pas une certaine

(1) Communication à l'Académie de médecine, séance du 15 octobre 1912.

prudence il n'est pas rare d'observer des malaises plus ou moins sérieux tant que l'adaptation n'est pas faite; en dehors des érythèmes locaux, du classique coup de soleil, on peut voir un certain état de lassitude générale, des maux de tête, de l'inappétence et même une réaction fébrile. Tout ceci peut et doit être évité. Nous recommandons de commencer par une séance de dix minutes d'insolation sur le corps complètement nu ou, si ce n'est pas possible, sur le membre nu en entier, sur le bassin, sur le dos ou sur le ventre, la tête étant protégée par une ombrelle ou un large chapeau. Pendant quatre ou cinq jours on s'en tient à une seule séance de dix à quinze minutes, puis on fait un quart d'heure matin et soir, puis vingt minutes, une demi-heure, et ainsi de suite en augmentant progressivement et plus ou moins vite suivant l'adaptation individuelle jusqu'à concurrence de trois heures, matin et soir, de mai à septembre.

Avant d'être arrivé à de pareilles doses, le malade a d'habitude bruni et « viré » plus ou moins. Revillet (de Cannes), le premier, a fait remarquer que ceux dont la peau se pigmentait le plus rapidement étaient ceux qui guérissaient le mieux et que la pigmentation était généralement le signal d'une amélioration sensible. Cette remarque est très juste et l'importance pronostique du halage, que nous avons bien des fois constatée pour notre part, a été vérifiée par tous les auteurs qui se sont occupés de l'héliothérapie : Rickli, l'apôtre du bain de soleil en Allemagne, un empirique au sens et au tact médical remarquables, a dit Rollier, a fait lui aussi les mêmes remarques (1905). « Plus sont vives et complètes l'inflammation et la coloration de la peau, plus le malade a de chances de se guérir ou tout au moins d'améliorer son état. Et *vice versa* moins la peau brunit, moins le pronostic est rassurant. »

Toutefois, à notre avis, cette règle n'est pas absolue, nous l'avons vue quelquefois en défaut. En 1907, par exemple, nous avons dû opérer par astragalectomie un jeune homme qui avait fait pendant plusieurs mois à Genève une héliothérapie active : son membre inférieur était d'un brun noirâtre intensif; rien pourtant de ses lésions n'avait rétrocédé; son astragale était totalement usé; son articulation était pleine de pus. Quelques mois plus tard, notre opéré mourait de granulie méningée. Néanmoins, nous le répétons, la remarque de Revillet est très généralement exacte; elle doit être retenue comme un précieux élément de pronostic.

Il nous reste maintenant à étudier, d'après nos propres observations, le champ d'action de l'héliothérapie dans les affections tuberculeuses ou non.

A priori, on peut dire que toute tuberculose relève de l'insolation; en pratique, il y a telle ou telle localisation sur laquelle il semble qu'elle n'ait pas de prise : ainsi les tuberculoses rénales qui ne nous ont jamais donné grande satisfaction et dont la néphrectomie précoce reste le seul traitement efficace; par contre, dans la tuberculose vésicale et prostatique, on a parfois de grandes améliorations, de même dans la tuberculose épididymo-testiculaire. Nous en avons observé, il y a huit jours encore, un exemple remarquable : malgré les mauvaises conditions d'insolation de l'été qui vient de finir, il a suffi d'un mois pour faire disparaître une volumineuse masse prostatique et deux indurations épididymaires. Mais comme il est assez fréquent de voir ces localisations viscérales influencées par le traitement général, l'insolation n'est qu'un adjuvant très utile de leur traitement, et rien de plus. Dans le traitement de la tuberculose laryngée, nous n'aurions pas cru à l'utilité de la cure solaire sans si les beaux résultats récemment obtenus par Collet.

A vrai dire, c'est dans la tuberculose du péritoine, des ganglions lymphatiques, des os et des articulations, etc., que l'héliothérapie agit le plus utilement.

Dans la *péritonite tuberculeuse*, en particulier, elle fait merveille : Weill et Mouriquand, Pic, Chatin et Gaulier, dans ces derniers temps, s'en sont grandement loués; pour nous, depuis des années, nous l'avons vue bien des fois sécher promptement des ascites rebelles ou récidivantes, soit employée d'emblée, soit après laparotomie. Cela ne veut pas dire que sitôt le diagnostic posé, l'insolation doive être pratiquée : une ascite fébrile avec un mauvais état général révélant une septicémie tuberculeuse, une ascite encore en période d'augmentation, doivent être respectées; il ne faut pas plus les exposer au soleil d'emblée qu'il ne faut les laparotomiser de suite : les malades, dans ce cas-là, doivent être rigoureusement immobilisés au lit avec des révulsifs locaux; on voit toujours alors, au bout de quelque temps de repos absolu, l'affection marquer un temps d'arrêt : c'est le moment à choisir pour l'insolation comme pour l'intervention.

Si les lésions sont déjà à ce stade, si elles sont anciennes et rebelles à tout, s'il existe des lésions annexielles marquées, si le liquide est abondant, nous croyons utile de faire, tout d'abord, une laparotomie évacuatrice : l'incision de la paroi est pratiquée très simplement, avec les précautions habituelles vis-à-vis de l'intestin ; nous nous bornons à évacuer la plus grande partie du liquide, sans faire la moindre manœuvre intrapéritonéale, puis nous refermons la paroi à trois plans. Le plus tôt qu'il est possible, le malade est renvoyé chez lui, quelquefois même avant que les fils ne soient enlevés (car dans ces cas, il est prudent de les laisser une quinzaine de jours) ; nous lui recommandons de passer la plus grande partie du jour le ventre à l'air, au soleil, et maintes fois, de cette façon, nous avons obtenu des guérisons inespérées chez des jeunes gens cachectiques et presque mourants.

Ainsi donc, dans la péritonite ascitique l'association de l'héliothérapie à la laparotomie donne des résultats beaucoup plus rapides que la seule cure solaire et beaucoup plus durables que la seule laparotomie.

Il en est de même dans les formes fibro-caséeuses, pour lesquelles la méthode combinée est également la méthode de choix. Au contraire, les formes sèches et les formes du début sont justiciables de la seule cure solaire qui en a rapidement raison.

De la tuberculose péritonéale, nous rapproche-

rons les *synovites* bacillaires : très sensibles au chauffage à sec, elles sont bien plus rapidement et bien plus sûrement transformées par l'exposition au soleil, même les synovites à grains riziformes, pourtant plus rebelles que les autres à ce qu'il nous a semblé.

Pour les *adénites tuberculeuses*, il y a quelque chose de particulier : elles résistent beaucoup à l'héliothérapie faite en plaine et constituent un des triomphes de la cure hélio-marine. Sous l'action combinée du soleil, des eaux-mères (c'est-à-dire du résidu des eaux salées lorsqu'on en a fait cristalliser le sel destiné à la consommation), sous l'effet du bain de mer et de l'air marin la plupart des engorgements ganglionnaires fondent avec une surprenante rapidité. Ce sont surtout les adénites crues, récentes, et les adénites indurées, chroniques; les petits ganglions durs et scléreux sont beaucoup plus rebelles : quand les ganglions sont ramollis et suppurés, il vaut mieux les ponctionner et les vider que de s'en rapporter à la seule action du soleil; l'effet est plus rapidement obtenu et l'effort demandé à l'organisme est moins considérable. Les écrouelles fistuleuses, sont, elles aussi, transformées par la cure héliomarine et c'est là un véritable traitement. Nous ne connaissons que la radiothérapie (1) qui agisse parfois aussi rapidement sur ces grands placards ulcéreux, aux bords chéloïdiens que l'on voit si souvent au cou et quelquefois à l'aine, surtout après des tentatives incomplètes d'ablation.

En matière de *tuberculose ostéo-articulaire*, l'héliothérapie a fait et doit faire, de plus en plus, une véritable transformation de la thérapeutique : nous avons pu, grâce à elle, changer vraiment le sens même des moyens de traitement; pour nous, la résection n'est plus, comme il y a quelques années, un traitement conservateur, elle est le traitement radical que nous n'employons plus que dans des conditions particulières que nous allons préciser. Il y a quelques années, dans notre clinique, il se faisait environ 20 résections annuellement : il s'en est fait six seulement dans l'année 1911 ; dans ces trois dernières années nous n'avons pratiqué que trois résections du genou, alors qu'autrefois, dans le même laps de temps ou pour le même nombre de malades, nous en aurions fait une dizaine et pratiqué quatre ou cinq amputations de cuisse.

Actuellement, nous n'amputons que dans des cas absolument désespérés du fait de l'étendue des lésions, lorsque celles-ci ont résisté à trois mois d'immobilisation et d'insolation, lorsque l'état général ou le grand âge obligent à agir très rapidement.

Nous ne connaissons qu'une forme de tuberculose pour laquelle l'amputation est, maintes fois, semble-t-il, chez les jeunes la méthode de choix : c'est l'ostéo-arthrite avec suppuration froide intraarticulaire profuse sans fongosités; cette forme nous a toujours paru spécialement grave; elle est rebelle à l'insolation, et ne guérit pas par la résection. Les malades qui présentent ce type de lésion font très souvent des infections tuberculeuses métastatiques à marche rapide dans le décours postopératoire, et nous pensons que l'amputation est peut-être pour eux le seul traitement efficace, s'il est permis de la pratiquer à temps.

Hors ces cas exceptionnels, nous n'amputons presque jamais au membre inférieur et pour ainsi dire jamais au membre supérieur.

Le *traitement radical est actuellement pour nous*, comme nous le disions, *la résection conservatrice d'Ollier*, l'opération sous-capsulo-périostée, que nous terminons suivant les cas, par le plombage iodoformé de Mosetig-Moorhof, que Bérard et Vignard ont imposé à l'attention. Aseptiquement faite, la résection donne des résultats opératoires et curatifs excellents et des résultats fonctionnels remarquables. Malgré cela, nous ne lui conservons plus que des indications restreintes.

Nous ne réséquons jamais la *hanche*; pratiquement la plupart des coxalgies de l'adulte guérissent dans les conditions que nous indiquerons dans un instant.

Nous ne réséquons presque plus le *genou* : l'immobilisation en gouttière plâtrée avec insolation guérit le plus grand nombre des tumeurs blanches que nous opérions autrefois ; lorsqu'elles sont très avancées, quand il y a des fistules et des abcès ossifluents, nous pratiquons tout d'abord une révulsion ignée énergique en éteignant dans l'articulation les gros cautères que renferment les vieux arsenaux et que les anciens chirurgiens utilisaient si largement; leur pouvoir de rayonnement est intense et leur effet modificateur remarquable. Avec ce traitement énergique suivi d'une immobilisation bien faite, nous avons singulièrement reculé les limites de l'amputation et, par conséquent, de la résection. A vrai dire, nous réservons la résection aux formes très douloureuses et aux malades pour lesquels il y a une indication sociale de gagner du temps : dans les conditions actuelles, un réséqué du genou peut être rendu utilement à la vie courante en moins d'un an, alors que le traitement conservateur solaire en demande trois à peu près. Il est vrai d'ajouter que, dans ce dernier cas, le résultat fonctionnel est bien préférable.

Au *pied* et au *coude*, nous renversons au contraire la formule précédente; les résultats orthopédiques fonctionnels de la résection sont si constamment excellents que nous conservons à l'opération à peu près les mêmes indications qu'autrefois; toutes les fois que les lésions sont un peu avancées, et qu'une immobilisation rigoureuse de trois mois n'a pas amené une transformation réelle, nous considérons que la résection est supérieure à tout autre traitement.

A l'*épaule*, la carie sèche, si rebelle et parfois si douloureuse, nous paraît justiciable d'une prompte intervention. Par contre, la plupart des autres scapulalgies, ainsi que les tumeurs blanches du *poignet*, relèvent actuellement, pour nous, du traitement conservateur.

Ce traitement conservateur pour toutes les articulations est constitué par l'*association de l'immobili-*

---

(1) Voyez Barjon. Le traitement radiothérapique des adénites, *Lyon chir.*, t. VI, n° 6, 2 décembre 1911, p. 630.

sation et de l'insolation, utilisées de la façon suivante :

Quand les malades, du fait de leurs lésions, ne doivent pas marcher, nous les laissons au lit, tout le jour, étendus sur le dos, soit dans une gouttière plate spéciale, capitonnée et très légère, qui permet de soulever aisément le malade pour les usages nécessaires, soit sur un matelas très résistant. Dans ces conditions, nous ne mettons aucun appareil; nous maintenons les coxalgies ainsi étendues sans plâtre pendant tout le temps nécessaire. Si les douleurs sont vives, si la position reste vicieuse, nous employons, pendant quelques jours, l'extension continue, soit à titre sédatif, soit pour corriger les déviations, sans manœuvres brutales. Il est habituel de les voir céder peu à peu au repos absolu. C'est pourquoi, dans un délai aussi court que possible, nous supprimons toute traction et nous laissons les malades s'aérer et s'insoler journellement le plus de temps possible. Nous attachons une importance considérable à ce que rien n'entrave, chez eux, les fonctions de la peau : leur utilité générale n'est pas discutable et, d'autre part, les malades ainsi soignés gardent un aspect excellent, ils n'ont plus la peau squameuse, sèche, les muscles atrophiés, etc., des pauvres sujets enfermés dans des bandages hermétiques. S'il y a des abcès, ils sont ponctionnés. Puis, dès que la chose est possible, nos malades sont renvoyés chez eux, où ils doivent continuer le même traitement, c'est-à-dire garder le repos absolu au lit, dans le décubitus horizontal avec insolation aussi fréquente que possible. Nous avons actuellement un grand nombre de malades, des jeunes filles surtout, qui ont guéri très simplement en deux ou trois ans sans le moindre appareil, et toujours le résultat orthopédique nous a paru bien supérieur à ce que nous avions obtenu autrement.

Pour le genou, pour le cou-de-pied, pour le poignet, nous immobilisons le membre dans une attelle plâtrée postérieurement placée et n'entravant que la demi-circonférence du membre. Nous faisons remplacer le bandage roulé du premier jour par quelques jets circulaires de bandes ou de leucoplastes : de cette façon, la plus grande partie du membre est découverte et l'héliothérapie peut être aisément pratiquée.

Au coude, l'insolation est difficile à combiner avec l'immobilisation et nous nous bornons généralement à appliquer l'appareil plâtré classique, réservant à la résection les malades qui ne guérissent pas ainsi.

Dans les conditions que nous indiquons, un malade qui fait régulièrement de l'exposition au soleil guérit presque toujours; sa guérison n'est pas toujours plus rapide que par l'immobilisation simple, elle est plus sûrement obtenue et la qualité en est meilleure : le résultat fonctionnel est tout différent; avec l'héliothérapie, il est fréquent de voir un retour complet des fonctions articulaires et très souvent les malades ne gardent que de la limitation des mouvements. Même quand il s'est agi de forme grave, ainsi par exemple dans des coxalgies aboutissant à une fonte presque complète de la tête fémorale; l'adaptation de la capsule, des muscles et des ligaments qui ont conservé une vitalité parfaite est telle qu'au bout de trois ans, la marche se fait bien, sans appareil : nous possédons deux observations on ne peut plus démonstratives de ce type.

Mais, il faut ajouter que ces *malades doivent être très surveillés si l'on veut arriver à pareil résultat et qu'un examen chirurgical régulier est nécessaire.*

Enfin on doit juger en principe que là, comme pour la péritonite tuberculeuse, l'héliothérapie est une ressource postopératoire précieuse : quand une intervention a été nécessaire, dès que la chose est possible, l'insolation est le meilleur des pansements, celui qui assure le meilleur résultat lointain. L. Bérard a particulièrement contribué à l'établir (1).

Avec ce que nous venons de dire, il nous paraît inutile d'insister sur l'action solaire dans les tuberculoses osseuses; elle s'exerce d'une façon particulièrement heureuse dans le mal de Pott, dans les tuberculoses à foyers multiples, dans des cas désespérants où l'on ne sait que faire. Par contre dans les cas d'ostéite très douloureuse avec fongosités intra-médullaires, dans les ostéites condensantes à forme névralgique ou autre, elle ne paraît pas avoir grande efficacité. Mais ce sont là les cas exceptionnels. Dans la forme habituelle d'ostéite fongueuse avec ou sans fistule, dans les ostéites résiduelles, elle modifie rapidement les lésions. Toutes les fois que l'examen clinique ou radiographique laisse supposer l'existence d'un séquestre, dans les ostéites suppurées, nous avons gardé l'habitude d'intervenir pour nettoyer le foyer et hâter ainsi la guérison. Dans un récent article, Franzoni (2) a publié de très curieuses photographies montrant les différentes étapes de l'expulsion spontanée d'un séquestre sous l'influence de l'héliothérapie; il conclut de ses recherches que toute tentative opératoire est alors inutile là. Cela nous paraît quelque peu excessif : on doit craindre les généralisations enthousiastes prématurées qui peuvent nuire à une excellente méthode dont les meilleurs résultats, dans la pratique chirurgicale courante de nos pays, s'observent, surtout par son adjonction à la méthode opératoire; quand celle-ci est indiquée.

Dans les *tuberculoses inflammatoires* la question change de face : pour elles, la cure solaire est d'emblée d'une remarquable efficacité : dès le début de nos recherches, nous avons signalé les merveilleux services qu'elle nous avait rendus dans le traitement, très difficile sans elle, d'affections rebelles. Dans les rhumatismes subaigus et chroniques, en particulier, et surtout chez les enfants où le rhumatisme tuberculeux est si commun, elle est, sans conteste, l'agent thérapeutique de choix. Revillet, G. Mouriquand, Reboul, Jaubert, Rivier ont publié également des observations très convaincantes à ce point de vue que nous tenons à rappeler à cause de leur grande valeur pratique. Il faut, du reste, ajouter que ces bons résultats s'obtiennent *bien plus facilement à la*

(1) Voyez A. Bidon. *Le traitement actuel de la tumeur blanche du genou chez l'adolescent et chez l'adulte*. Th. de Lyon, 1912.

(2) Franzoni. Sur l'influence de l'héliothérapie sur les séquestres tuberculeux. *Deut. Zeits. f. Chir.*, t. CXIV, avril 1912, p. 371.

mer qu'à la montagne. Comme nous l'avons écrit (1) pour les tuberculoses inflammatoires, la plus haute expression de la cure solaire est certainement réalisée par l'insolation dans le midi de la France et les pays méditerranéens : dans ces pays favorisés, la cure solaire devient une cure hélio-marine et ses effets sont plus certains et plus beaux encore.

Il en est ainsi des *scrofules* et du *rachitisme* : au bord de la mer, par l'insolation, les manifestations rachitiques et scrofuleuses disparaissent complètement; et il n'y a pas de meilleur adjuvant de la cure orthopédique.

Ceci nous amène tout naturellement à parler, en terminant, de *l'héliothérapie des affections non tuberculeuses.*

Depuis longtemps, nous avons signalé les effets très remarquables qu'elle a dans tous les processus de réparation insuffisants, dans les *retards de consolidation*, dans les *fractures compliquées*, dans la réparation des ostéomyélites étendues, dans les *ulcères rebelles*, dans maintes affections cutanées, chroniques, invétérées, dans les troubles trophiques les plus divers, etc., et nous nous plaisons à rappeler dans notre enseignement la si judicieuse observation de Percy à ce sujet. Percy avait fait la remarque que certains de ses malades qui n'arrivaient pas à consolider leurs fractures étaient placés dans un même coin de ses salles où le soleil ne pénétrait jamais. Ce coin sombre était une sorte de champ maudit où tout s'étiolait loin du soleil. Et bien des fois, nous inspirant de Percy, nous avons fait insoler avec succès des fractures dont les fragments paraissaient avoir perdu leur pouvoir ostéogénique.

Nous sommes tellement pénétrés de l'importance de la lumière solaire pour la conservation et l'excitation des propriétés physiologiques des tissus que nous veillons toujours dans un appareil plâtré à laisser la plus grande surface possible d'un membre à découvert.

Avec la même idée directrice, nous cherchons toujours à stimuler, dès le premier moment, les fonctions cutanées chez ces malades par des frictions alcooliques et par l'exposition à l'air libre. Nous n'avons qu'à nous louer de cette excellente pratique que nous ne saurions trop recommander, de cette association de l'aérothérapie et de l'héliothérapie.

Pour ce qui est des *ulcères atones*, des *cicatrisations retardées ou arrêtées*, *des plaies infectées*, nous voudrions en terminant signaler les services que rend la cure solaire : tout ulcère, toute plaie tire bénéfice de l'insolation, mais plus particulièrement ceux où la force vitale des tissus paraît à jamais perdue; le soleil est là réellement le grand guérisseur, le grand purificateur, dont rien n'égale la merveilleuse force tonique.

* * *

Cette longue étude doit comporter des conclusions pratiques : l'héliothérapie doit tout d'abord prendre une place de plus en plus grande dans la thérapeutique journalière de tous les médecins; la cure solaire étant possible partout, toutes les administrations hospitalières devraient avoir à cœur de la rendre praticable; pour cela, il n'est pas besoin de grands frais ni de grands déplacements. On a parlé l'an dernier d'envoyer d'urgence les jeunes Français faire en Suisse de l'exposition au soleil ; il nous semble que le soleil, luisant pour tout le monde, il vaudrait mieux employer de moindres crédits à leur permettre d'en faire chez eux. Pour cela, que faut-il? L'aménagement en galeries de cure de quelques terrasses, ou la rapide construction de pavillons légers exposés au midi. Là, sur des chaises longues ou des couchettes légères, les petits Français pourraient, sans grands frais, faire, huit à dix mois par an et pendant cinq à six heures par jour, une cure solaire efficace, en attendant que soit aménagée la *construction nécessaire* d'hôpitaux périphériques, utilisant largement les vertus merveilleuses du soleil de chez nous. Certes, ce ne serait pas de l'héliothérapie générale sur le corps tout entier nu, héliothérapie totale si souvent indispensable, mais ce serait encore de l'héliothérapie utile, ayant l'avantage d'être accessible à tous et qui ne laisserait pas perdre une aussi grande quantité de soleil bienfaisant.

Enfin, s'il était démontré qu'il faut, malgré tout, envoyer les malades loin des grandes villes, il nous semble que le midi de la France est assez riche de chaude lumière et d'espace libre, pour permettre à nos malades de bénéficier, dans leur propre pays, du bain de soleil qui peut les régénérer.

(1) A. Poncet et R. Leriche. *La Tuberculose inflammatoire.* Un vol. de la Bibliothèque de la tuberculose. Doin, éditeur, 1912. — Voir également dans la même Bibliothèque : *Le Rhumatisme tuberculeux*, Paris, 1909.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne donnons ici qu'une bibliographie très sommaire des travaux français sur l'héliothérapie. On en trouvera la liste dans une note de la *Presse médicale* du 2 mars 1912, et dans la toute récente brochure de Revillet.

Revillet. *Le traitement de la tuberculose infantile, sur le littoral méditerranéen, par les cures marine et solaire.* Imprimerie Rabaudy, Cannes 1912.

E. Millioz. *De l'héliothérapie locale comme traitement des tuberculoses articulaires (bain de soleil prolongé)*, Th. de Lyon, 1899.

Orticoni. *De l'héliothérapie. Applications médico-chirurgicales*, Th. de Lyon, 1901.

Armand. *De l'héliothérapie à l'altitude, dans le traitement des tuberculoses dites chirurgicales*, Th. de Lyon, 1911.

Rivier. *La cure marine hélio-méditerranéenne*, Th. de Lyon, 1912.

Bidon. *Du traitement actuel de la tumeur blanche du genou, chez l'adolescent et chez l'adulte*, Th. de Lyon, 1912.

Revillet. Effets curatifs du climat méditerranéen et de l'héliothérapie locale, *Congr. de Nice*, 1904. — Traitement de l'adénopathie bronchique par le climat marin, les bains de mer et de soleil, *Lyon méd.*, 1904. — Le traitement de la tuberculose infantile sur le littoral méditerranéen, communic. à l'*Acad. de méd.*, 1910.

Reboul. Héliothérapie et tuberculoses externes, *Congr. internat. de la tuberculose*, 1905.

Badin. Traitement des exsudats inflammatoires et de la tuberculose par l'insolation, *La Clinique*, avril 1910.

Joubert et Rivier. La cure hélio-marine, *Presse méd.*, 22 juin 1912.

Ch. Lenormant. Tuberculoses chirurgicales et héliothérapie, *Presse méd.*, 9 déc. 1911.

Fauchet. La cure solaire, *La Clinique*, 19 juill. 1912, p. 455.

Rollier. La cure solaire d'altitude et la cure solaire de la tuberculose chirurgicale, *Congr. internat. de physiothérapie*, Rome 1907; *Congr. internat. de la tuberculose*, Rome 1912.

De Quervais. Les principes modernes dans le traitement des tuberculoses dites chirurgicales, *Semaine méd.*, 11 sept. 1912. — Sur le traitement héliothérapique des tuberculoses chirurgicales, *Deut. Zeit. f. Chir.*, 4 avril 1912, t. CXIV, f. 4, p. 301.

Witmer. Sur l'influence de l'héliothérapie à de hautes altitudes dans les tuberculoses chirurgicales, *Deut. Zeit. f. Chir.*, 4 avril 1912, t. CXIV, f. 4, p. 308.

Franzoni. Sur l'influence de l'héliothérapie sur les séquestres tuberculeux, *Deut. Zeit. f. Chir.*, 4 avril 1912, t. CXIV, f. 4, p. 371.

XXVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

[Paris, 7-12 octobre 1912 (1).]

L'EXPLORATION RADIOLOGIQUE DANS LES AFFECTIONS CHIRURGICALES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

constitue la deuxième question à l'ordre du jour.

Elle fait l'objet d'un rapport de MM. Béclère (de Paris) et Mériel (de Toulouse).

M. Béclère résume les principaux points de cet important travail. Il montre que l'exploration radiologique de l'estomac et de l'intestin a fait, dans ces dernières années, de remarquables progrès. Le diagnostic des affections du tube digestif, particulièrement celui des lésions organiques justiciables du traitement chirurgical, a grandement bénéficié de ces progrès. C'est pourquoi l'Association française de chirurgie a mis cette question à son ordre du jour.

Après un exposé général de la technique et des données de l'exploration radiologique du tube digestif, le rapporteur passe en revue successivement l'estomac, l'intestin grêle et le gros intestin, tour à tour examinés à l'état normal et à l'état pathologique. Il fait l'étude analytique de chacune des anomalies topographiques, morphologiques et fonctionnelles révélées par les rayons de Rœntgen, puis synthétise toutes les notions acquises, spécialement dans les chapitres consacrés à la pathologie chirurgicale de l'estomac (ulcère simple et cancer), du duodénum (ulcère simple) et du gros intestin (cæcum mobile et dilaté, ptoses et adhérences, sténoses, mégacôlon).

Au fur et à mesure de sa description, M. Béclère fait défiler sous nos yeux les projections de très beaux clichés radiographiques de sa collection, illustrant de façon saisissante les divers chapitres de son exposé.

Voici enfin les conclusions générales du travail des rapporteurs :

L'exploration radiologique de l'estomac et de l'intestin est la méthode qui nous renseigne au mieux sur le siège, les rapports, la forme, les dimensions et les fonctions motrices de chacun des segments du tube digestif.

C'est la méthode capable de révéler des lésions que l'examen clinique permet à peine de soupçonner et, pour ne citer que les plus importantes, des ulcères latents, des sténoses commençantes, des tumeurs qui échappent à la palpation.

Associée à l'examen clinique, cette méthode apporte au diagnostic des troubles fonctionnels et des lésions organiques de l'estomac ou de l'intestin une exactitude et une précision jusqu'alors inconnues.

On peut, dans une certaine mesure, la comparer à un nouveau mode de laparotomie qui n'exigerait ni chloroforme, ni incision, ni effusion de sang. Elle ne fournit d'ailleurs pas tous les renseignements que donnent la laparotomie mais par contre en donne d'autres qu'on ne saurait demander à cette opération.

Aussi peut-on prévoir que son emploi de plus en plus répandu diminuera le nombre des laparotomies dites exploratrices mais, par contre, augmentera celui des interventions chirurgicales entreprises pour répondre à des indications définies.

A mesure que le diagnostic des affections de l'estomac et de l'intestin deviendra, grâce à l'exploration radiologique, plus précis et plus précoce, on peut espérer aussi que les médecins feront appel au traitement chirurgical plus souvent et surtout plus tôt, ce qui leur permettra d'en obtenir des succès plus nombreux et plus durables.

Rien ne montre mieux que cette question du diagnostic des affections gastro-intestinales la nécessité d'une étroite et intime union entre la médecine et la chirurgie.

Une extension de la chirurgie abdominale, un accroissement du nombre de ses succès, voici les fruits qu'on est en droit d'attendre de cette question.

M. Mériel, qui prend ensuite la parole, vient exposer le résultat d'une enquête qu'il a fait auprès des chirurgiens pour avoir leur opinion sur la question. Tous ont reconnu la nécessité de l'emploi de la radioscopie dans la chirurgie du tube digestif et les principaux bienfaits qu'ils ont retiré de son usage sont la possibilité d'un diagnostic plus précoce des affections, en particulier du cancer, la possibilité d'étudier les anomalies de fonction dont la connaissance clinique est si difficile, enfin l'étude du fonctionnement postopératoire de toutes les bouches anastomotiques, ce qui en cas de récidive permet de poser les indications d'une nouvelle intervention. C'est ainsi que pour la gastro-entérostomie dans le cas de pylore perméable se pose la question de la nécessité ou non de la fermeture du pylore afin d'assurer le fonctionnement de l'anastomose et prévenir sa fermeture. Pour lui la question n'est pas encore tranchée. Pour le fonctionnement des anastomoses intestinales les résultats de l'examen radioscopique se montrent encore plus disparates. Cependant il peut commander une nouvelle intervention en montrant l'oblitération de l'anastomose pratiquée.

Le rapporteur conclut que pour lui l'examen radioscopique est aussi utile dans la chirurgie du tube digestif que la cystoscopie dans la chirurgie urinaire.

Puis s'engagent, sur différents points particuliers énoncés dans le rapport, des discussions auxquelles prennent part MM. Girard (de Genève), Destot (de Lyon), Hartmann (de Paris), Jonnesco (de Bucarest), Michel (de Nancy), de Quervain (de Bâle), Haller

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 118, p. 1623.

et WALTHER (de Paris), DUJON (de Moulins), aux objections desquels répond M. BÉCLÈRE qui termine le débat.

Voyons successivement les principaux points traités.

Tous s'accordent à reconnaître les avantages que l'on peut retirer de ce mode d'exploration avant les opérations sur le tube digestif et même après. C'est ainsi que depuis deux ans, dans son service de Bâle, M. de Quervain l'emploie systématiquement pour tous ses malades de chirurgie gastro-intestinale.

A propos de la technique de l'exploration radiologique, M. GIRARD rappelle les intoxications données par le sous-nitrate de bismuth, intoxications légères avec gingivite grave, avec lésions rénales graves pouvant être mortelles. Il se méfie du carbonate de bismuth. Le sulfate de baryum serait inoffensif à l'état de pureté, mais toxique s'il est impur. Il vante l'emploi de l'oxyde de zirconium non toxique, ce qui permet l'emploi de larges doses, ce qui remédie à sa moindre opacité aux rayons. — M. DESTOT défend les sels de bismuth, il voit des malades ingérer des doses énormes de sous-nitrate sans inconvénient s'il est pur; il a eu deux fois des intoxications graves par son emploi, mais le produit était fraudé et contenait de l'acide hypoazoteux. En tout cas, le carbonate est inoffensif. — C'est aussi l'avis de M. BÉCLÈRE. Celui-ci remarque que le sulfate de baryum n'a pas donné non plus d'intoxications et qu'il s'agissait d'erreurs de pharmaciens ayant délivré du sulfure soluble au lieu du sulfate insoluble.

M. GIRARD recommande l'examen du malade en positions variées, debout, couché sur le côté pour l'estomac, couché sur le dos ou en position de Trendelenburg pour l'intestin. C'est grâce à cette dernière position qu'il a pu démasquer par la radioscopie le siège d'un rétrécissement de l'intestin.

M. HARTMANN se demande si la position normale de l'estomac indiquée par la radioscopie est plus proche de la réalité que celle qu'indiquaient les anatomistes. La projection de l'ombre abaisse forcément un peu l'image, de plus l'ingestion de bismuth n'abaisse-t-elle pas l'estomac lui-même? En tout cas les plaies pénétrantes de l'abdomen ne semblent pas atteindre l'estomac au-dessous de la limite indiquée par les anatomistes, alors qu'elles le devraient plus souvent avec la description des radiologues.

M. BÉCLÈRE remarque que dans les conditions où on l'observe la position de l'estomac constatée à la radioscopie n'est pas douteuse si on la fixe orthodiographiquement.

M. HARTMANN remarque que M. Béclère a substitué le terme d'allongement de l'estomac à celui de gastroptose, parce que l'estomac reste fixé par le pylore et le cardia, ou tout au moins le cardia. Entre les deux pédicules il est pourtant bien descendu, et, dit M. Hartmann, c'est à cette ptose véritable que correspond la gastropexie par raccourcissement de l'épiploon gastro-hépatique. — M. BÉCLÈRE accorde qu'il existe des ptoses, mais ptoses partielles de l'estomac, car le cardia reste fixé. Quant à l'allongement de l'estomac il n'est pas douteux, la mensuration orthodiographique donnant parfois des hauteurs de 30 centimètres et permettant de mesurer l'étendue de l'abaissement ou non du pylore.

M. DESTOT signale l'importance d'un symptôme, la surélévation du côté gauche de la coupole du diaphragme comme signe de fixation de l'estomac par des adhérences. L'insufflation stomacale confirme cette donnée en montrant dans ces cas un estomac qui s'insuffle mal. La même surélévation du diaphragme a été trouvée par lui dans un cas d'abcès sous-phrénique consécutif à un petit ulcère stomacal.

L'étude de l'intestin au moyen de la radioscopie donne lieu à de nombreuses communications.

M. DUJON montre par un cas le parti que l'on peut tirer de la radioscopie dans la fixation du siège des viscères, du cæcum et de l'appendice en particulier, dans un cas de transposition complète des viscères.

M. MICHEL a pu par la radioscopie établir le diagnostic de rétrécissement traumatique de l'intestin sur un malade accidenté du travail où l'examen clinique n'éclairait pas sur les causes de l'occlusion.

M. HALLER étudie les lésions de l'angle hépatique du côlon telles que les révèle la radioscopie au cours des épiploïtes chroniques. Le siège de la douleur peut être précisé et la radioscopie la localise sur l'angle colique lui-même ou le début du transverse; la radioscopie montre que cet angle normalement mobile est fixé quels que soient les procédés employés pour le mobiliser; enfin elle montre l'image des côlons ascendants et transverses accolés en canon de fusil et inséparables par des manipulations. Ces phénomènes sont la traduction d'adhérences et de lésions d'épiploïte chronique.

M. WALTHER insiste sur l'impossibilité de poser le diagnostic d'adhérences de l'intestin par la radioscopie. Le fait que le côlon transverse prolabé dans le bassin ne peut être remonté, même en position de Trendelenburg, n'affirme pas la présence d'adhérences. Au contraire, l'accolement en canon de fusil des côlons ascendant et transverse indique presque toujours la présence d'adhérences.

Mais si la radioscopie fournit des renseignements très utiles pour le diagnostic des affections du tube digestif, il ne faut pas vouloir lui demander plus qu'elle ne peut donner, sans quoi elle sera la cause de beaucoup d'erreurs de diagnostic. — M. DE QUERVAIN cite de nombreux exemples de ces erreurs qui peuvent provenir tout d'abord de l'interprétation erronée des images : prendre pour une sténose du pylore l'estomac à péristaltisme exagéré d'un tabétique, pour une tumeur du pylore des débris alimentaires séjournant en ce point, ou pour une tumeur de l'estomac la saillie d'une tumeur d'organes voisins, pour une biloculation permanente une biloculation spasmodique, etc. Sur l'intestin les erreurs sont encore plus faciles à commettre. M. de Quervain préfère de beaucoup au lavement bismuthé, qui ne donne que la « caricature » de l'intestin, l'examen après un repas bismuthé. Le diagnostic des sténoses est très difficile et bien souvent un amas de matières fécales, l'atonie simple, peuvent donner l'aspect en entonnoir qui simule le rétrécissement. Il faut constater plusieurs fois le même aspect au même endroit pour

affirmer le rétrécissement. — M. HARTMANN partage entièrement cette dernière opinion et se méfie de l'examen radioscopique de l'intestin, surtout au lavement qui n'est important que pour l'S iliaque que le repas bismuthé n'atteint pas.

Tous deux concluent que la radioscopie ne suffit pas et qu'il faut toujours un examen clinique approfondi, le diagnostic ne pouvant naître que de la concordance des résultats des deux méthodes d'examen.

Enfin l'un des points qui a donné lieu à une discussion véritable est celui du résultat fourni par la radioscopie dans l'étude du fonctionnement des bouches anastomotiques, en particulier des gastro-entérostomies. Comme le montre M. GIRARD, si le pylore n'est pas perméable la bouche anastomotique fonctionne bien, mais lorsque le pylore est entièrement ou partiellement perméable c'est vers lui que les contractions stomacales continuent à pousser les aliments. Suffit-il alors pour que la bouche intestinale fonctionne et fonctionne seule de faire une anastomose large, ou bien n'est-il pas nécessaire de procéder à la fermeture complète du pylore ?

M. JONNESCO se prononce pour l'affirmative. Toutes les fois que le pylore est perméable il faut compléter la gastro-entérostomie par l'exclusion du pylore, opération dont il a été l'un des promoteurs ; c'est le mode de traitement rationnel qui gagne du terrain chaque jour.

M. DESTOT a pu observer un certain nombre de gastro-entérostomies pratiquées par différents chirurgiens lyonnais, et ne fonctionnant pas. Il cite 3 cas dans lesquels les malades continuant à souffrir après l'opération, et la radioscopie ayant montré que la bouche ne fonctionnait pas, on a réopéré deux de ces malades une fois, et l'autre deux fois ; malgré une anastomose très large le bismuth continua à s'évacuer par le pylore. Il y a, dit-il, des gastro-entérostomies qui ne fonctionnent pas sans qu'on puisse dire pourquoi. — M. HARTMANN qui a pu revoir 23 de ses gastro-entérostomies déjà anciennes (cinq à huit ans) a pu constater que les 17 qui avaient un pylore plus ou moins perméable au moment de l'opération avaient un fonctionnement parfait de leur bouche. Il montre qu'il faut se méfier de certaines causes d'erreur dans la recherche de ce passage à la radioscopie. Mais il existe un signe particulier qui permet de le constater nettement : tandis que la bouillie bismuthée ne passe de l'estomac dans l'intestin à travers le pylore que lentement, elle tombe brusquement, instantanément à travers la bouche de gastro-entérostomie. L'instantanéité de ce passage est caractéristique. — M. BÉCLÈRE, M. TAILHEFER (de Béziers) ont été à même de vérifier l'exactitude de ce phénomène. — Pour M. HARTMANN, les causes d'insuccès tiennent au mauvais emplacement de la bouche, on l'a fait trop à gauche, pas assez près du pylore vers lequel sont poussés les aliments, et dont il faut se rapprocher le plus possible. — M. BÉRARD (cité par M. Mériel) a constaté de même chez tous ses opérés une anastomose fonctionnant bien. Il a pu observer un cas de fermeture complète d'une bouche faite deux ans avant, au bouton anastomotique, par un autre chirurgien, il a réopéré et la bouche fonctionne bien : il faut faire la bouche large et à la suture.

M. BÉCLÈRE a pu constater que les bouches de certains chirurgiens fonctionnaient bien, tandis qu'il y a quelques années il reconnaissait à leur fonctionnement défectueux les malades venant d'autres services. La question du fonctionnement semble donc bien liée au siège et à la technique de l'anastomose. La radioscopie ne tardera sans doute pas à éclairer de façon définitive ce point très important de la chirurgie gastro-intestinale.

(A suivre.) M. LANCE.

ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE

(XXVIe RÉUNION, PARIS, 9 AU 12 OCTOBRE 1912.)

Résultats comparés des différents traitements de la tuberculose rénale. — MM. Léon BERNARD et HEITZ-BOYER, rapporteurs (1), considèrent comme nécessaire de définir clairement le sujet. Distinguant plusieurs formes anatomo-cliniques dans la tuberculose rénale, et éliminant les néphrites folliculaires, épithéliales et interstitielles, ils consacrent leur étude à la *tuberculose ulcéro-caséeuse infiltrée chronique du rein*, qui, seule, soulève des discussions de thérapeutique.

Il semblait naguère que ces discussions fussent closes ; à part de rares dissidents, l'immense majorité des cliniciens s'était ralliée à la suite des travaux d'Albarran, au traitement par la néphrectomie. En effet, la néphrotomie, dont les résultats sont désastreux, la néphrectomie partielle, qui condamne le malade à la récidive, étaient abandonnées par tous les chirurgiens ; le simple traitement médical, hygiénique et médicamenteux était jugé inefficace de manière à peu près unanime. L'héliothérapie et la radiothérapie n'ont pas de valeur curatrice démontrée. Mais aujourd'hui certains médecins opposent à la néphrectomie les agents antituberculeux dits spécifiques, dont ils proclament l'efficacité.

Nous devons donc confronter et critiquer les résultats de la néphrectomie et ceux du traitement dit spécifique.

La NÉPHRECTOMIE s'appuie déjà sur un certain nombre de faits anatomiques, cliniques et expérimentaux. La tuberculose rénale se déclare soit chez des sujets porteurs d'autres lésions tuberculeuses, en général minimes et torpides, soit chez des sujets indemnes d'autres lésions apparentes. En tout cas, elle est toujours primitive par rapport aux autres segments de l'appareil urinaire ; elle est d'origine descendante, hématogène. Ces raisons invitent à enlever le foyer rénal, ce que permet l'unilatéralité de la lésion.

En effet, la tuberculose rénale est unilatérale au début et pendant un long temps de son évolution ; en outre, la tuberculisation du second rein a beaucoup plus de chances de se produire lorsque le rein

(1) Résumé d'après le *Journal d'urologie médicale et chirurgicale.*

primitivement lésé est laissé en place que lorsqu'il est enlevé; sur 1022 cas, Israël n'a relevé que 1,6 p. 100 de tuberculisation secondaire du rein après néphrectomie, alors qu'on trouve 29 p. 100 de lésions bilatérales chez les non opérés. Il y a 21,6 p. 100 de tuberculose rénale bilatérale sans foyer extrarénal contre 4,45 p. 100 avec tuberculose pulmonaire, d'où la conclusion que le transport des bacilles d'un rein sur l'autre survient beaucoup plus fréquemment que le transport des bacilles d'un foyer extrarénal, les poumons en particulier. Quand la tuberculose rénale est bilatéralisée, elle est beaucoup moins accessible à l'action chirurgicale.

Mais la marche de la tuberculose rénale est lente. Si, pour un grand nombre de malades, la durée de la maladie, à partir du moment où elle est reconnue cliniquement, est de trois ou quatre années, par contre très souvent elle est beaucoup plus longue. Cette lente évolution est caractérisée par des périodes de rémission qui peuvent être très prolongées. Mais ces trêves ne doivent pas être prises pour des guérisons; en effet, la maladie est incurable spontanément.

Des quatre processus anatomiques invoqués comme témoins de la curabilité de la tuberculose rénale, l'un n'a pas fait la preuve de son existence (tubercules crétacés), les autres (transformation scléreuse ou kystique séreuse ou kystique caséeuse) sont rares et n'amènent pas des guérisons réelles puisque leurs lésions conservent leur activité virulente et représentent une menace pour l'organisme, en particulier pour l'autre rein, où ils déterminent parfois des néphropathies absolument latentes. Les faits cliniques allégués n'ont pas davantage fait la preuve que la guérison *réelle* de la tuberculose rénale soit possible spontanément. En outre, la tuberculose du rein possède une tendance à tuberculiser secondairement l'uretère et la vessie, les organes génitaux, le second rein, enfin tout l'organisme.

C'est l'ensemble de ces caractères qui invite au traitement chirurgical, d'autant que celui-ci est appuyé sur des procédés qui apportent au diagnostic une précision et une pénétration incomparables; ces procédés reposent essentiellement sur l'étude séparée des deux reins au point de vue de leur état anatomique et de leur valeur fonctionnelle. Quant à la gravité physiologique de l'ablation d'un rein, tous les enseignements de l'expérimentation et de la clinique montrent qu'elle est nulle.

Les *résultats de la* NÉPHRECTOMIE légitiment son emploi autant que les arguments précédents. La mortalité opératoire est comprise entre 1 et 6 p. 100. L'efficacité de l'intervention est aussi remarquable que sa bénignité : la mortalité éloignée étant de 15 p. 100 en moyenne, on voit que la néphrectomie sauve de la mort les quatre cinquièmes des tuberculeux rénaux. En outre, la *moitié des survivants restent complètement guéris*. L'opération a une heureuse influence sur les autres foyers et sur l'état général de l'organisme; les néphrectomisés supportent, comme des sujets normaux, les maladies ultérieures et les grossesses. Ajoutons que tous les faits montrent que les résultats de la néphrectomie sont d'autant plus favorables que celle-ci a été plus précoce; et que cette opération peut même être appliquée parfois avec avantage dans la tuberculose rénale bilatérale ou plutôt « bilatéralisée ».

Les résultats des MÉDICATIONS DITES SPÉCIFIQUES peuvent-ils être opposés aux précédents? A coup sûr, l'introduction de ces méthodes dans le traitement de la tuberculose rénale ne peut se fonder sur leur valeur thérapeutique générale; celle-ci, en effet, n'est rien moins que satisfaisante. L'analyse des observations publiées ne permet d'admettre la *guérison réelle*, contrôlée par le cathétérisme urétéral et l'inoculation des urines (absence de lésions, persistance de la fonction), que *pour un cas*; dans *huit autres*, on est en droit de parler de *guérison apparente*, mais on ne peut affirmer la guérison réelle, car il peut s'agir là soit d'exclusion rénale, soit d'une simple rémission. Le nombre des insuccès est très grand.

La conclusion des rapporteurs est donc que, *sauf pour les cas où la néphrectomie n'est pas possible, le traitement de la tuberculose rénale est l'ablation du rein malade, dès que le diagnostic est établi.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1912)

Influence de la composition chimique de l'air sur la vitalité des microbes. — M. GUÉNIOT fait un rapport sur un travail de M. Trillat relatif à cette question. Il rappelle qu'en 1892 il a lui-même présenté un travail sur le méphitisme de l'air comme cause de septicémie puerpérale. Il concluait que, dans certaines conditions, l'air pouvait être un milieu de culture propre à exalter la vitalité de certains microbes.

Les nombreux et importants travaux de M. Trillat sont venus confirmer cette notion. Voici les conclusions de M. Trillat.

Ces expériences démontrent :

1° Que l'air vicié des émanations putrides favorise la vitalité des microbes;

2° Que certains gaz dissous dans l'eau exercent la même action;

3° Que les gaz — de nature alcaline — qui composent une ambiance favorable, comprennent de l'ammoniaque, des amines grasses, et des substances volatiles, azotées, voisines des alcaloïdes;

4° Que cette ambiance favorable est susceptible de devenir septique sous l'influence d'une dose plus forte de gaz putrides ou simplement par le fait d'un contact plus prolongé avec les germes;

5° Que l'eau distillée, sans autre substance dissoute que celle d'un cinq millionième de son poids de gaz putrides et d'une quantité infinitésimale de matière minérale peut être ensemencée et donner lieu à une abondante culture.

M. le rapporteur fait ressortir toute l'importance des recherches de M. Trillat.

Plan de tout nouvel hôpital général. — M. MOSNY donne lecture des conclusions proposées par la commission dont il a été nommé rapporteur. Voici ces conclusions : « L'Académie de médecine, considérant que tout hôpital général destiné aux malades adultes doit être une *unité de secours* où tout hospitalisé doit recevoir les soins qui lui sont nécessaires, sans pouvoir constituer pour ses voisins une gêne ou un danger, estime que le projet lyonnais de réforme hospitalière réalise, dans une très large mesure, ces principes fondamentaux de l'hospitalisation moderne; grâce, en particulier, à l'aménage-

ment des services de spécialités, au développement donné aux services centraux de physiothérapie (radiothérapie, massothérapie, mécanothérapie, balnéothérapie, etc.), à l'organisation des services d'admissions de jour et de nuit et enfin à l'isolement d'un certain nombre de malades judicieusement proportionné dans les divers services aux risques de gêne et de danger qu'ils pourraient faire courir à leurs voisins.

Le projet exposé par M. Herriot marque, en conséquence, une étape dans la technique des constructions hospitalières et dans la pratique de l'hospitalisation. »

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

M. Mesureur appuie ces conclusions et rend hommage au projet lyonnais, qui marque un progrès considérable. Mais il reste encore bien des questions à résoudre, telles que l'isolement des tuberculeux, la désinfection, l'organisation du personnel, etc. Avec la collaboration des médecins, M. le directeur de l'assistance publique espère arriver peu à peu à la solution de ces importantes questions.

M. Pinard demande qu'on soumette au vote de l'Académie le vœu suivant qu'il a déjà formulé :

« L'Académie émet le vœu que des mesures soient prises dans tous les hôpitaux français pour que les malades soient placés dans des conditions les empêchant d'être un danger pour leurs voisins et leur permettant de ne pas souffrir de la souffrance des autres. »

Ce vœu est mis aux voix et adopté.

L'héliothérapie. — M. A. Poncet, en son nom et au nom de M. R. Leriche, fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1635.)

M. Henrot (de Reims) fait observer que déjà plusieurs stations de cure de soleil sont installées en France, par exemple à la Motte-Beuvron, à Saint-Gervais, à Cannes et qu'on y obtient de très bons résultats. Ainsi que le fait très justement observer M. Poncet, ces installations doivent être encouragées.

CORRESPONDANCE

A PROPOS D'UN CAS DE CYANOSE CONGÉNITALE

Marseille, 8 octobre 1912.

Monsieur le directeur de la *Gazette des hôpitaux*.

Monsieur,

Vous publiez dans votre numéro du 5 octobre 1912 un cas de cyanose congénitale chez un enfant, sans souffle, avec inocclusion de la cloison interventriculaire, avec absence d'artère pulmonaire. Vous me permettrez de vous signaler un cas absolument analogue que j'ai constaté alors que j'étais interne dans le service de M. le professeur d'Astros à l'hôpital de la Conception à Marseille, et que j'ai présenté au Comité médical des Bouches-du-Rhône dans sa séance du 3 juillet 1908.

Voici l'observation détaillée. Il s'agit d'un enfant né à la clinique obstétricale, dans le service de M. le professeur Queirel, à l'hôpital de la Conception à Marseille, le 30 mars 1908.

La mère de cet enfant paraît bien portante. Elle n'a jamais été malade et l'on ne trouve chez elle aucune trace de tare constitutionnelle. Elle présente au moment de l'accouchement une laryngite qui date de deux mois, la voix est rauque et en partie éteinte. La nature de cette laryngite n'est pas définie. Rien à l'auscultation, ni du côté du cœur, ni du côté des poumons.

Cette femme est secondipare; pas d'avortement. Le premier accouchement a eu lieu en 1905, il s'est terminé à terme par l'expulsion d'une fille de 3250 grammes, bien constituée.

Le second accouchement (celui de l'enfant qui nous occupe) s'est terminé à peu près normalement. La durée totale du travail a été de cinq heures et demie. L'expulsion du fœtus a eu lieu en O. P. Poids de l'enfant, 3850 grammes; poids du placenta, 600 grammes, ce qui est normal. Immédiatement après la sortie de la tête, au moment où le cou était au niveau de la vulve, on vit jaillir un flot de liquide amniotique, très abondant. L'enfant fit à ce moment quelques inspirations; aussi pendant une demi-heure après la naissance resta-t-il cyanosé, rendant par la bouche beaucoup d'écume, et l'on trouva à l'auscultation la poitrine remplie de gros râles. On le mit dans la position déclive, on pratiqua la respiration artificielle, l'aspiration à l'aide du tube de Ribemont; enfin, après une demi-heure de travail, tout rentra dans l'ordre.

Le lendemain et les jours suivants l'enfant eut des crises de cyanose généralisée et très marquée au moindre cri et au moindre effort. Il est amené dans le service de M. le professeur d'Astros le 9 avril 1908. Son poids à ce moment est de 3300 grammes. Il est mis à l'alimentation artificielle : lait de vache stérilisée. L'enfant présente une cyanose intense et généralisée à tout le corps, mais surtout marquée à la face et aux mains; cette cyanose continuelle s'accentue dans les efforts, la toux, les cris. Le murmure vésiculaire qui s'entend normalement au niveau du poumon droit est très faible à gauche et en arrière. On constate un léger œdème au niveau des pieds. L'examen des urines ne décèle aucune trace d'albumine. A l'auscultation du cœur, on constate les battements normaux et les bruits du cœur se perçoivent très nettement; aucun bruit de souffle.

Ces signes cliniques ne varient pas dans la suite. Toujours aucun bruit de souffle au niveau du cœur.

Le 14 avril 1908, l'enfant présente un léger battement des ailes du nez ainsi que de la blépharite.

Les signes stéthoscopiques pulmonaires et cardiaques n'ont pas varié. L'examen du sang montre une hyperglobulie qui se chiffre par 5 597 000 globules rouges.

L'enfant meurt le 18 avril 1908.

L'autopsie est pratiquée le lendemain 19 avril. Les deux bases pulmonaires sont légèrement congestionnées. Le foie, la rate, l'intestin sont normaux.

Le cœur présente des particularités intéressantes. D'abord la persistance du canal artériel : ce conduit, encore perméable dans toute son étendue, unit la face inférieure de la crosse aortique à l'artère pulmonaire gauche, au lieu de joindre, comme normalement, la crosse aortique au tronc de l'artère pulmonaire.

Le volume du cœur est normal. Les parois des deux ventricules sont d'égale épaisseur. Au niveau du ventricule droit on constate l'imperforation de l'artère pulmonaire; cette artère, en effet, ne s'ouvre pas dans le ventricule; elle s'arrête dans la paroi du ventricule; il n'y a au niveau du ventricule droit aucune trace d'orifice de l'artère pulmonaire. D'autre part, l'aorte naît entièrement du ventricule droit. L'infundibulum n'existe pas. Les deux ventricules communiquent entre eux au niveau de la partie supérieure de la cloison interventriculaire par un orifice assez large pour admettre une sonde cannelée.

L'oreillette droite est très dilatée et les deux oreillettes communiquent largement entre elles par un orifice assez large, fenêtré, divisé en deux parties par une membrane très mince.

Tout le sang qui s'échappait du cœur passait donc par l'aorte par suite de l'imperforation de l'artère pulmonaire, d'où augmentation considérable du calibre de l'aorte ascendante et de la crosse aortique, et réduction très manifeste du calibre de l'artère pulmonaire.

Les particularités intéressantes de ce cas sont donc : cyanose congénitale sans bruit de souffle, persistance du canal artériel unissant la crosse aortique à la pulmonaire gauche; inocclusion de la cloison interventriculaire, persistance du trou de Botal, imperforation de l'artère pulmonaire, naissance de l'aorte dans le ventricule droit.

Cette observation me paraît en tous points superposable à celle de MM. Richardière et Huber que vous mentionnez dans votre journal.

J'espère, Monsieur, que ces lignes trouveront bon accueil dans votre journal, et je vous prie d'agréer l'assurance de mes sentiments distingués.

H. Eiglier.

PRATIQUE MÉDICALE

LES DIVERSES DYSPNÉES ET LEUR TRAITEMENT

Par M. Rougiet.

La dyspnée est un symptôme commun à beaucoup d'états morbides et très dissemblables. Elle s'observe dans les affections de l'appareil respiratoire, du cœur, du système nerveux, du sang, dans les intoxications et les névroses.

En général, dyspnée signifie mouvements respiratoires accélérés. Mais elle peut consister en un ralentissement de ces mouvements respiratoires. Ce qui la caractérise plutôt, ce sont les contractions des muscles auxiliaires de la respiration. Physiologiquement, elle est du type inspiratoire ou du type expiratoire, mais au point de vue clinique elle est *légère*, *grave* ou *extrême*.

La dyspnée légère est très fréquente et en général passagère. Elle se rencontre surtout dans les bronchites simples et dans les affections cardiaques compensées. Très vite alors, la médication sédative de la toux ou du système nerveux la fait cesser. L'extrait thébaïque ou mieux l'opium total, le pantopon (sirop) à raison d'une cuillerée à soupe toutes les trois heures, en calmant le réflexe tussigène et l'instabilité bronchique, modifient aussitôt la dyspnée. Dans les affections cardiaques compensées, des ventouses sèches, un peu de repos la font également disparaître.

Les formes graves de la dyspnée se produisent dans la broncho-pneumonie, les accès d'asthme, les cardiopathies mal compensées. A part l'accès d'asthme, où la médication sédative peut encore entrer en jeu, son traitement se confond avec celui de la maladie causale.

Les formes extrêmes sont tributaires d'un plus grand nombre d'affections. L'œdème pulmonaire aigu, l'angine de poitrine, l'urémie, le pneumothorax perforant, l'embolie de l'artère pulmonaire la produisent toujours. Dans l'urémie et l'œdème du poumon, on obtiendra de la saignée plus de résultats que de toute autre médication; dans l'embolie pulmonaire, des toniques du cœur et le repos seront utiles; mais dans l'angine de poitrine, une injection d'une ou deux ampoules de pantopon amèneront aussi vite que la morphine, et dans de meilleures conditions, une sédation rapide non seulement de la dyspnée, mais de la douleur. Ce même traitement opiacé est excellent dans les cas de pneumothorax perforant, parce qu'il agit sur la douleur et sur la toux. Mais on se trouvera bien de répéter l'injection de pantopon (une ampoule d'un centimètre cube) deux à quatre heures après la première, afin de maintenir la sédation indispensable de la toux.

D'une façon générale, on peut aussi employer l'éther en injections intramusculaires. Mais il faut de hautes doses, 4, 6, 8 et 10 centimètres cubes, et même davantage si la dyspnée persiste. Comme ces injections sont douloureuses et doivent être souvent répétées, nous croyons préférable d'utiliser l'opium total injectable, qui agit parfaitement dans les cas les plus rebelles.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel d'histologie pathologique (1), t. IV, par Cornil et Ranvier.

Ce tome qui vient compléter la troisième édition du célèbre Manuel était impatiemment attendu de tous ceux qu'intéresse l'anatomie pathologique; j'ai, pour ma part, éprouvé un réel plaisir à le lire, et, si l'on veut bien me permettre d'exprimer mon humble avis, il est, je crois, bien supérieur à ses devanciers. On ne s'en étonnera pas en apprenant que les deux articles les plus importants sont dus à M. le professeur agrégé Brault avec la collaboration du professeur agrégé Legry pour le foie, et du docteur Courcoux pour le rein.

Ces deux articles sont des plus remarquables d'un bout à l'autre : pour le spécialiste, la description des lésions évoque réellement les préparations qu'il en aura faites, leur interprétation est donnée d'une façon sobre, claire, et avec toute l'autorité que l'on était en droit d'attendre des auteurs. Que l'étudiant ne s'effraie pas devant ces deux gros volumes dont l'étude attentive ne saurait trop lui être conseillée; nulle part ailleurs il ne trouverait un exposé aussi didactique, quoique cependant toujours facile à suivre. Les chapitres d'histologie normale qui précèdent l'étude des lésions sont certainement ce que j'ai lu de mieux sur ce sujet; les discussions relatives à la structure du lobule hépatique sont en particulier résumées et interprétées d'une facon absolument magistrale.

MM. Decloux et Ribadeau-Dumas ont décrit les lésions du tube digestif, sauf celles de l'estomac dues à la plume de M. Critzman. L'article sur le pancréas est de MM. Klippel et Lefas. L'énumération seule du nom des auteurs indique assez ce que sont ces articles; écrits par des hommes de métier rompus à toutes les difficultés de l'anatomie pathologique aussi bien qu'à l'enseignement ils sont constitués par des choses vues, et les noms d'auteurs et les théories ne venant que lorsqu'ils sont réellement indispensables. L'ouvrage est complété par un article de M. Milian sur le poumon et un de M. Noël Hallé sur les voies urinaires. Il manque encore au *Manuel d'histologie pathologique* les organes génitaux et les glandes à sécrétion interne. L. ALQUIER.

(1) In-8, 1642 p., 438 fig. en noir et en couleurs. — Paris, Alcan.

NOTES POUR L'INTERNAT

HÉMORRAGIES MÉNINGÉES

(CÉRÉBRALES) (1)

IV. **Hémorragies sous-arachnoïdiennes.** — Ces hémorragies sont infiniment plus fréquentes qu'on ne le croyait autrefois, ainsi que l'a démontré d'une manière incontestable la ponction lombaire; il en existe deux variétés très distinctes : dans un premier groupe l'hémorragie est d'abord cérébrale et elle n'envahit les espaces sous-arachnoïdiens qu'après avoir dilacéré la substance cérébrale. Il s'agit là d'hémorragies *cérébro-méningées* dont l'étiologie est en conséquence celle de l'hémorragie cérébrale, c'est-à-dire l'artério-sclérose, la néphrite chronique avec hypertension, etc.

Dans un second groupe, l'hémorragie est primitivement et *purement* sous-arachnoïdienne, *méningée pure*; dans quelques cas cependant elle s'accompagne d'une légère atteinte du système nerveux; il s'agit alors de la variété *méningo-cérébrale* (Froin et Boidin); on observe fréquemment ces hémorragies sous-arachnoïdiennes chez le nouveau-né, comme nous l'avons déjà dit; chez l'adulte, soit à la suite de traumatisme, soit au cours des infections les plus diverses (processus hémorragiques, intoxications de tout ordre, alcoolisme, saturnisme, urémie, etc.). Dopter l'a signalée au cours de l'*insolation*.

Parfois il est impossible de trouver une cause, l'hémorragie survient *sans cause apparente* chez des sujets jeunes, exempts de toute tare; il s'agit alors d'*hémorragies spontanées* dont on a signalé les relations avec les périodes menstruelles (Follet).

a. L'hémorragie cérébro-méningée revêt le type clinique bien caractéristique de l'hémorragie cérébrale; le début en est brusque, apoplectique; le coma est très profond; il persiste souvent jusqu'à la mort; le signe de Babinski est très marqué; il existe fréquemment des contractures, du stertor, de la déviation conjuguée de la tête et des yeux, la température s'élève progressivement jusqu'à 40 degrés, le liquide céphalo-rachidien est très peu teinté par le sang; il renferme environ 200 000 globules rouges par millimètre cube, sauf les cas assez rares où le foyer cérébral s'ouvrant à travers l'écorce l'inondation sous-arachnoïdienne est plus abondante. La constatation de cette variété d'hémorragie entraîne un pronostic à peu près toujours fatal (14 morts sur 13 cas, statistique de Froin).

b. L'hémorragie sous-arachnoidienne pure est quelque-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, nos 110, 113 et 116.

fois précédée de prodromes parmi lesquels il faut signaler la *céphalée*; quelquefois le début en est brusque par ictus apoplectiforme; si l'hémorragie est abondante, le plus souvent le malade est pris de céphalée, d'éblouissement, de vertiges, de douleurs rachidiennes; lorsque le coma se produit, il est en général de courte durée et il est souvent suivi d'une agitation délirante.

Bientôt apparaissent des convulsions, des phénomènes paralytiques; des contractures ne tardent pas également à s'installer; le *signe de Kernig* est très souvent positif; récemment encore M. Chauffard insistait sur la fréquence de la raideur de la nuque, du signe de Kernig, de l'exagération des réflexes au cours de l'hémorragie sous-arachnoïdienne, constatations très intéressantes en effet en ce qui concerne la difficulté du diagnostic de cette affection avec la *méningite cérébro-spinale*; pour compléter la ressemblance entre les deux syndromes morbides il faut signaler encore la fréquence des vomissements, de la fièvre, du nystagmus au cours de l'hémorragie.

Les *paralysies* sont fréquentes au cours des hémorragies sous-arachnoïdiennes, surtout l'hémiplégie; mais elles sont fugaces, contrairement à ce qui se passe dans les hémorragies cérébro-méningées; il s'agit d'ailleurs plutôt de parésie; on a signalé l'aphasie, l'amaurose, par inondation sanguine de l'espace sous-vaginal du nerf optique, la paralysie de la troisième paire (Achard et Paisseau), etc.

La déviation conjuguée de la tête et des yeux peut s'observer, même dans la forme sous-arachnoïdienne pure.

Les *vomissements* sont assez fréquents, surtout au début; le pouls peut être ralenti; la respiration prend le type de Cheyne-Stockes.

Il faut signaler encore parmi les troubles bulbaires, la *polyurie*, l'*albuminurie*, la *glycosurie*.

On observe presque toujours une élévation thermique (38, 39 degrés) de *courte durée*, c'est la *fièvre hématolytique* (Froin) qu'il faut bien se garder de confondre avec la fièvre que l'on observe dans l'hémorragie cérébrale et qui est un mauvais élément de pronostic.

Il existe de nombreuses formes cliniques suivant la prédominance de certains symptômes et l'importance de l'hémorragie : forme comateuse, forme avec torpeur et contractures, forme douloureuse, forme fruste; lorsque l'hémorragie est très abondante le coma est profond et s'accompagne de signes de compression, le liquide céphalo-rachidien est très hémorragique; si l'hémorragie est légère, le coma est de courte durée, les troubles paralytiques régressent rapidement.

Le symptôme capital dans tous ces cas est fourni par la *ponction lombaire*. Lorsque le liquide retiré est uniformément rouge ou rosé, *sans coagulum fibrineux*, avant la centrifugation c'est là un signe pathognomonique d'une hémorragie sous-arachnoïdienne; s'il y a un coagulum, il faut supposer soit une piqûre vasculaire, soit la coexistence d'une méningite fibrineuse; après centrifugation, on observera, si l'hémorragie est très abondante, de la polynucléose au début de la résorption hématolytique, de la lymphocytose à la fin et de l'éosinophilie.

Si le liquide *est jaune*, sans coagulum, il s'agit encore d'une hémorragie sous-arachnoïdienne; cette xanthochromie répond à un véritable ictère hémolytique local (Guillain et Troisier); s'il y a un coagulum abondant, on pensera qu'il s'agit de la méningite hémorragique fibrineuse décrite par Bard.

Si le liquide est légèrement jaune et s'il n'existe pas de culot dans les trois tubes, il s'agit alors ou de méningite tuberculeuse ou de paralysie générale ou d'hématome sous-dure-mérien. Le phénomène de la coagulation massive, avec xanthochromie du liquide céphalo-rachidien, attribué par Blanchetière et Lejonne uniquement à la sarcomatose des méninges se verrait quelquefois aussi dans la méningite hémorragique et l'hémorragie méningée; ce sont là les principaux éléments du chromo-diagnostic qui, combiné à la numération des globules, à l'examen cytologique du culot, à la notion d'hypertension, permet en général assez facilement de parvenir au diagnostic de cette affection.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic s'appuie presque exclusivement sur les résultats fournis par la ponction lombaire (hypertension, liquide uniformément teinté dans les trois tubes, absence de coagulation du sang, réaction cellulaire); c'est bien souvent la ponction lombaire qui révèle une hémorragie à laquelle on ne songeait pas; et c'est pourquoi, depuis l'emploi systématique de ce mode d'investigation, l'on a pu constater, beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croyait, leur présence chez le nouveau-né, le nourrisson, ou chez l'adulte, au cours d'intoxications, d'infections, etc.

En présence d'une hémorragie méningée un des diagnostics les plus délicats, en dehors des résultats fournis par la ponction lombaire, est celui de la *méningite cérébro-spinale*; dans les deux cas, en effet, l'on constate de la céphalée, de la rachialgie, de la contracture de la nuque, du signe de Kernig, des symptômes de lésions en foyers; on se basera, pour parvenir au diagnostic d'hémorragie, sur l'absence des grands symptômes infectieux (herpès, éruptions, arthrite, otite, etc.) que l'on rencontre au contraire presque toujours au cours de la méningite cérébro-spinale.

Lorsque certains symptômes prédominent ils peuvent également être l'origine d'erreurs de diagnostic : ainsi la *céphalée* peut faire croire à la céphalée urémique, syphilitique. La présence de sucre dans les urines, au cours du coma, peut faire penser au coma diabétique.

Nous avons déjà signalé les éléments du diagnostic avec l'hémorragie cérébrale, le ramollissement, la méningite tuberculeuse, les tumeurs cérébrales.

Le diagnostic de la *variété d'hémorragie* se fait surtout par la ponction lombaire; si le coma est profond et le liquide céphalo-rachidien peu teinté, il s'agit, sauf de rares exceptions, d'hémorragies *cérébro-méningées*; si les symptômes nerveux sont assez fugaces et le liquide très teinté l'on doit admettre une attrition de la substance nerveuse par le jet sanguin, c'est la variété *méningo-cérébrale*.

Enfin, dans les hémorragies *sous-arachnoïdiennes pures*, l'importance de l'hémorragie s'apprécie par la numération des globules dans le liquide céphalo-rachidien et par la persistance de la coloration rouge de ce liquide; il faut savoir que l'hémorragie peut se reproduire dans les jours qui suivent son apparition; enfin, dans certains cas, on peut essayer de localiser le *siège de l'hémorragie* par la constatation de certains symptômes spéciaux, aphasie, cécité, etc.

PRONOSTIC. — Nous avons insisté déjà sur la gravité des hémorragies cérébro-méningées; d'une manière un peu schématique on peut dire que les formes très graves, souvent mortelles, s'accompagnent de coma profond avec ou sans contractures, de stertor, de myosis, de déviation conjuguée de la tête et des yeux, d'incontinence des sphincters et de fièvre persistante; le malade peut guérir de son hémorragie mais il lui reste alors des altérations organiques et fonctionnelles toujours très accusées; les formes curables, au contraire, se caractérisent par la courte durée du coma ou son absence, la fugacité des troubles bulbaires et la prédominance rapide ou immédiate des phénomènes d'ordre plutôt méningé que cérébral; il faut faire néanmoins de sérieuses réserves lorsque cette hémorragie résulte d'un traumatisme avec fracture du crâne en raison de complications infectieuses tardives.

TRAITEMENT. — La ponction lombaire est la méthode thérapeutique la plus simple et la plus efficace de toutes celles qui sont appliquées aux hémorragies sous-arachnoïdiennes. Elle décomprime les centres nerveux et facilite la désintégration des caillots; elle doit être pratiquée quotidiennement les premiers jours; dès que le liquide ne s'écoule plus en jet on peut les espacer ou les supprimer. Elle est absolument indiquée lorsqu'il existe des signes d'excitation délirante, des douleurs et surtout de la céphalée (symptômes qui correspondent à la phase d'hématolyse maxima).

BIBLIOGRAPHIE. — *Traités classiques*, art. HÉMORRAGIES MÉNINGÉES. — FROIN. *Les Hémorragies sous-arachnoïdiennes*, Th. de Paris, 1904. — TISSOT. La pachyméningite cérébrale hypertrophique, *Progrès méd.*, 2 sept. 1911. — FROIN et BOIDIN. Phénomènes de localisation au cours des hémorragies sous-arachnoïdiennes, *Gaz. des hôpit.*, janv. 1904. — CHAUFFARD. Les hémorragies méningées, *Journ. des prat.*, oct. 1908. — FOLLET-CHEVREL. Hémorragies sous-arachnoïdiennes spontanées, *Gaz. des hôpit.*, 1910. — LANCE. Hémorragies méningées du nouveau-né, *Gaz. des hôpit.*, 1912, p. 334.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **4 fr. 50.** — 6 mois : **8 fr.** — 1 an : **15 fr.**
UNION POSTALE. . 3 mois : **7 fr.** » — 6 mois : **13 fr.** — 1 an : **25 fr.**
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Macaigne, Dalché, Florand, Bergé, Moutard-Martin, Labey, Heitz-Boyer, Mouchet, Lapointe et Doléris.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Anatomie.* — Séance du 16 octobre 1912. — Question donnée : « Artère fémorale et ses branches. »

MM. Paulin, 15; Pareux, 18 1/2; Mme Krebs, née Japy, 18; MM. Moissinac, 8; Langlois, 16; Wilmann, 10; Julien, 13; Jouffray, 14; Piguet, 15 1/2; de Peretti de la Rocca, 15; Lelong, 12; Peuret, 16; Mlle Jardin, 18; MM. Mallah et Maigre, 14; Mlle Mioche, 14; MM. Tierny, 14; Tisserand, 18 1/2; Mlle Mendelssohn, 18; M. Longepierre, 17 1/2.

Pathologie. — Séance du 16 octobre. — Question donnée : « Symptômes du cancer de l'estomac. »

M. Duval-Arnould, 16; Mlle Cayron, 12; MM. Génin, 13; Cayla et Aubergé, 11; de Douchet, 8; Gayet, 12; Mlle Domasson, 15; MM. Desgranges, 16; Descaves, 14; Augustin, 12; Dubarry, 10; Garlopeau, 9; Girard (Jean), 11; Boyer, 8; Aurousseau, 17; Azoulay (Robert), 11; Mlle Deromps, 10; M. Constans, 8.

Séance du 17 octobre. — Question donnée : « Symptômes de la tuberculose pulmonaire chronique à la période cavitaire. »

MM. Boner, 13; Clément, 12; Héraut, 13; Haridi, 11; Chrétien, 16; Chevallier, 14; Girand, 8; Ebrard, 13; Engelhard, 16; Beugnot, 9; Forest-Defaye, 10; Beuchard, 12; Ducassy et Chaussé, 9; Charlot et Dambier, 5; Dubranle, 14; Damagnez, 12; Foucaud, 9; Couturier, 17.

INAUGURATION DU LABORATOIRE DE VACCINATION ANTITYPHIQUE AU VAL-DE-GRACE. — Mercredi après-midi, M. Millerand, ministre de la guerre, a inauguré au Val-de-Grâce le nouveau laboratoire destiné à fournir à l'armée le sérum antityphique. Ce laboratoire est confié à la direction de M. le professeur H. Vincent, médecin principal de première classe de l'armée, et membre de l'Académie de médecine, dont le sérum polyvalent a rendu tant de services au Maroc et tout récemment aussi à Avignon.

A cette occasion ont pris la parole le docteur Troussaint, directeur du service de santé au ministère de la Guerre, et le professeur Chauffard, qui assistait à la cérémonie avec un grand nombre de membres du Congrès de médecine.

M. Millerand, dans son discours, a exprimé sa joie de voir enfin nos jeunes soldats à l'abri du redoutable fléau, et répondant ainsi très habilement à certaines critiques qui se sont produites à propos de la nomination de M. Vincent, le ministre a déclaré qu'en maintenant celui-ci à Paris il avait le sentiment très net de faire une faveur, non pas à M. Vincent lui-même, mais à la science. A. G.

CONTRE LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE DE LA TUBERCULOSE. — La campagne de protestation des syndicats médicaux contre la déclaration obligatoire s'étend de plus en plus. La Fédération des syndicats médicaux du Nord et du Pas-de-Calais nous communique un vœu fortement motivé demandant :

« 1° Qu'on facilite de plus en plus l'usage de la désinfection après décès ou déménagement, et qu'on la rende la plus pratique possible;

2° Qu'il ne soit point donné suite au projet rendant obligatoire la déclaration de la tuberculose. »

EAUX MINÉRALES FALSIFIÉES. — Un marchand d'eaux minérales de la rue Lemercier, M. Lebat, dit Deloison, avait à répondre devant la 8e chambre correctionnelle, présidée par M. Petit, du délit de falsification et de mise en vente d'eaux minérales falsifiées, c'est-à-dire que les eaux minérales livrées par lui provenaient tout simplement de la canalisation parisienne et avaient été gazéifiées par l'acide carbonique. Après plaidoirie de Me Albert Bérard, le trop ingénieux industriel a été condamné à quatre mois de prison et 500 francs d'amende, la Chambre syndicale des eaux minérales, partie civile, avec Me Georges Maillard pour avocat, obtenant 500 francs de dommages-intérêts, et le Syndicat des pharmaciens 100 francs.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Mêne, médecin en chef de la Maison de Saint-Jean-de-Dieu, à Paris.

RENSEIGNEMENTS

REVUE GÉNÉRALE

LE ROLE DU TRICHOCÉPHALE

DANS LA PATHOLOGIE DE L'INTESTIN

Par M. Ch. GARIN,
Ancien interne des hôpitaux,
Préparateur à la Faculté de médecine de Lyon.

I

Historique. — Le Trichocéphale, découvert par Morgagni, au XVIIIe siècle, dans un appendice humain, fut incriminé souvent par les auteurs anciens dans une série de maladies.

Il semble que ce soit surtout la fièvre typhoïde qui fut d'abord attribuée au Trichocéphale. Et pendant longtemps *fièvre vermineuse* était synonyme de cette affection. C'est ainsi que, dès 1762, Raederer et Vagles, dans un livre intitulé *De morbo mucoso*, donnent la relation d'une épidémie de fièvre typhoïde à Göttingen qu'ils attribuent au Trichocéphale.

En 1807, Pinel, dans sa *Nosographie philosophique*, indique qu'il faut toujours soupçonner l'existence des vers intestinaux dans les fièvres muqueuses.

En 1818, F. Pascal, dans son mémoire intitulé *Observations sur les vers Trichocéphales*, relate trois cas d'accidents mortels dus au Trichocéphale.

De même, pour Raspail, le terme de fièvre typhoïde était synonyme de pullulation du Trichocéphale dans l'intestin; et Davaine lui-même est impressionné par l'abondance de ce parasite dans cette maladie. Et cependant cet auteur fut l'apôtre en France de l'innocuité absolue des vers intestinaux.

En dehors de la fièvre typhoïde, Vix, en 1860, avait signalé l'existence de troubles intestinaux et décrit les lésions intestinales trouvées sur la muqueuse de l'intestin dans un cas suivi d'autopsie.

Mais c'est dans ces vingt dernières années, grâce aux travaux initiateurs de Guiart et de Metchnikoff en France, d'Askanazy, de Moosbrügger, de Boas en Allemagne, que ce parasite a pris peu à peu la place qu'il mérite en pathologie.

Tout d'abord, ces auteurs s'appliquèrent à démontrer la fixation du Trichocéphale à la muqueuse. Cette fixation, admise déjà par Vix puis par Leuckart, avait été niée en 1889 par Wichman. De nouveau, Askanazy, en 1896, établit la fixation du parasite, et Girard, en 1901, trouve à son tour un Trichocéphale fixé dans un appendice extirpé chirurgicalement. Dès lors, on fut éclairé sur le mode d'action du Trichocéphale, et Guiart montra que le parasite agissait comme inoculateur de microbes pathogènes.

Dès 1901, cet auteur, reprenant sur ces bases nouvelles l'opinion des anciens, montra le rôle joué par le Trichocéphale dans l'étiologie de la fièvre typhoïde.

Puis, peu de temps après Metchnikoff, il montre son rôle dans l'appendicite.

Depuis, ces idées, assez vivement combattues, triomphèrent peu à peu. Et de nouveaux travaux, ceux de Schultze (1905) en Allemagne, de Messedaglia et Carletti (1906) en Italie, de Joyeux (1906), de Weinberg (1907), de Garin (1909-1911) les confirmèrent.

Enfin, en dehors des affections intestinales aiguës, Garin décrit dans une série de publications, échelonnées entre 1908 et 1911, un syndrome nouveau, l'*entérite trichocéphalienne*.

Mode d'action du trichocéphale. — Le rôle pathogène du Trichocéphale ne peut être compris si l'on n'en connaît pas au préalable la biologie.

La fixation de ce parasite à la paroi intestinale est généralement admise à l'heure actuelle. Cependant c'est là un fait d'acquisition récente.

Par sa partie antérieure effilée le parasite est d'ailleurs admirablement doué pour cette fixation, d'autant plus que cette partie effilée est rendue très rigide, grâce à la cuticule chitineuse qui la recouvre. Cette fixation du Trichocéphale, déjà admise par Vix en 1860, fut niée ensuite, et il a fallu tous les efforts d'un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels les plus connus sont Metchnikoff, Guiart, Weinberg, pour rétablir à nouveau la biologie exacte de ce vers.

C'est Askanazy, en 1896, qui montra comment d'aussi nombreuses divergences avaient été possibles à ce sujet. Il fit voir que le parasite se défixait après la mort de son hôte, et que dans les autopsies pratiquées dans les délais légaux de vingt-quatre heures on ne saurait plus trouver aucun parasite fixé. Cette assertion fut récemment pleinement vérifiée par Garin au cours de nécropsies faites par lui à Tunis, peu de temps après la mort.

Mais si, à l'heure actuelle, tous les auteurs admettent la fixation du Trichocéphale dans la paroi de l'intestin, il n'en est plus de même quand il s'agit de préciser pour quelles raisons ce parasite se fixe. Les uns admettent qu'il se fixe simplement pour ne pas être entraîné par le cours des matières contenues dans l'intestin. Les autres, plus nombreux, admettent, avec Guiart, que le parasite se fixe pour se nourrir de sang.

C'est Askanazy encore qui eut le premier le mérite d'attirer l'attention sur la nutrition hématique du Trichocéphale. Cet auteur, pour démontrer son assertion, se base sur l'expérience suivante : ayant traité le parasite par le ferrocyanure de potassium et l'acide chlorhydrique, il constata que l'intestin de celui-ci se colorait en bleu foncé. Il obtenait la réaction dite du bleu de Berlin.

Il démontrait ainsi que l'intestin du Trichocéphale renferme du fer, et pensait que ce fer ne pouvait provenir que de l'hémoglobine du sang de l'hôte ingéré par le ver. En réalité, il y a aussi du fer dans les matières fécales; et l'on sait que la plupart des êtres animés renferment du fer; l'argument d'Askanazy n'était pas définitif. Aussi Schultze, en 1905, démontre à son tour la fixation du Trichocéphale, mais il nie sa nutrition hématique, prétendant que ce Nématode ne peut se nourrir de sang en l'absence d'appareil suceur et à cause de l'étroitesse de son orifice buccal. Or, Guiart a très bien démontré que c'est cette étroitesse même qui permet l'absorption du sang par capillarité; d'autre part, le diamètre de l'œsophage du parasite a 14 μ et permet par conséquent très largement le passage des hématies. Nombre de vaisseaux capillaires sont encore moins larges.

En réalité, le Trichocéphale paraît bien se nourrir de sang. Guiart et Garin ont publié une série de faits absolument démonstratifs que l'on trouve exposés en détail dans la thèse de Garin.

Ces auteurs ont montré qu'il est possible de ren-

contrer au cours des autopsies des Trichocéphales gorgés de sang et que des échantillons frais laissent échapper dans l'eau leur hémoglobine dont la présence peut être décelée par le spectroscope.

Un autre auteur, Seidelin, rapporte qu'ayant eu l'occasion d'observer un cas de prolapsus rectal avec des Trichocéphales fixés dans la muqueuse, il constata qu'en détachant les parasites et en les déchirant on faisait sourdre une petite goutte de sang.

Sur des coupes histologiques, on peut voir également le parasite à l'intérieur de capillaires sanguins (Joyeux, Garin).

Enfin, Guiart et Garin, puis Cade et Garin, ont montré que les porteurs de Trichocéphales présentaient des hémorragies intestinales occultes décelables par la réaction de Weber. Garin, dans sa thèse, rapporte cinquante-quatre observations où la réaction de Weber a été pratiquée systématiquement chez de tels malades.

On comprend aisément, après ce court exposé de la biologie du Trichocéphale, comment ce parasite agit dans les différents troubles morbides qui lui sont attribués. Il agit comme inoculateur des microbes contenus en si grand nombre dans le tube digestif dans la paroi de celui-ci et dans le courant sanguin. Ce rôle inoculateur du parasite a été bien mis en évidence par Guiart il y a une dizaine d'années ; il a été repris depuis par Metchnikoff, puis plus récemment par Weinberg et par Garin.

C'est ainsi que Weinberg retrouve et colore sur les coupes qu'il a pratiquées chez le singe des microbes sur le trajet d'implantation du Trichocéphale. Il trouve aussi, sur ce trajet, de la réaction inflammatoire, des traînées de lymphocytes, des infiltrations de cellules rondes autour du parasite.

Cette réaction inflammatoire a été retrouvée aussi par Guinard, par Joyeux et par Ménétrier dans l'appendicite trichocéphalienne.

L'infection peut également se propager à distance par les lymphatiques, comme le soutient Guiart.

Garin a également constaté, sur des coupes de cæcum de porc où se trouvait fixé un Trichocéphale, un grand nombre de bactéries, sous la muqueuse, autour du parasite. Il en donne une bonne figure dans sa thèse.

Chez l'homme, dans l'entérite trichocéphalienne, le même auteur a constaté que la piqûre du parasite produit sous la muqueuse de petites hémorragies en foyer qui évoluent de deux façons : ou bien le petit épanchement se résorbe et laisse une tache pigmentée, ou bien il suppure. Et dans ce dernier cas il se forme un petit abcès sous-muqueux entouré d'une auréole sanglante. Cet abcès s'ouvre finalement dans l'intestin et donne naissance à une ulcération.

Enfin, l'inoculation de microbes connus, introduits expérimentalement dans le tube digestif du singe, a pu être réalisée par Weinberg. Cet auteur a pu, chez le singe, obtenir par l'intermédiaire du Trichocéphale l'inoculation dans le sang du coli-bacille et du bacille d'Eberth. Nouvel argument à l'appui de la théorie de Guiart.

Une objection assez sérieuse à cette théorie est la suivante : *comment expliquer que le Trichocéphale soit si fréquent* (30 p. 100 de la population hospitalière à Lyon) *et qu'il donne si rarement des accidents ?* En d'autres termes, *comment le Trichocéphale, qui toujours se fixe, qui toujours vit dans un milieu septique, n'est-il pas toujours pathogène ?*

La réponse à cette objection a été faite par Garin dans sa thèse. Cet auteur, après Maurel, a montré en effet que les microbes contenus normalement dans l'intestin ne sont généralement pas pathogènes pour l'individu qui les porte. Des expériences concluantes ont été faites par Maurel sur le cobaye et le pigeon, par Garin sur le lapin et le chat. Dans ces conditions, pour que l'inoculation trichocéphalienne soit efficace il faut que deux conditions se trouvent réalisées : la réceptivité de l'organisme doit être accrue, et des microbes pathogènes doivent se trouver accidentellement dans l'intestin. Ces conditions ne sont réalisées que chez un petit nombre de porteurs de Trichocéphales, ceux précisément qui font des accidents trichocéphaliens.

Enfin, le Trichocéphale n'agit peut-être pas seulement comme agent inoculateur de microbes pathogènes, et il agit aussi par son action toxique.

Certains auteurs, comme Peiper, attribuent aux toxines trichocéphaliennes la production de certains symptômes chez ses malades. Et Garin rapporte également quelques expériences qui établiraient l'existence d'une hémolysine spécifique dans le corps du Trichocéphale du lapin.

II

Symptomatologie. — Les phénomènes cliniques dus à la présence des trichocéphales dans le tube digestif se rapportent à deux syndromes, le *syndrome appendicite* et le syndrome entérite, décrit par Garin sous le nom d'entérite trichocéphalienne.

A. Appendicite. — Il faut distinguer ici les cas où l'on se trouve en présence d'une appendicite véritable c'est-à-dire d'une affection microbienne inoculée par le Trichocéphale, et comportant l'inflammation, ou l'abcédation de l'appendice.

En effet, en dehors de l'appendicite vraie le Trichocéphale, dont l'habitat le plus ordinaire se trouve dans le cæcum, peut donner naissance à un ensemble de symptômes rappelant ceux de l'appendicite chronique, et qui sont d'ailleurs cliniquement presque impossibles à distinguer. C'est ainsi que la douleur au point de M. Burney n'est pas forcément pathognomonique d'une appendicite. La douleur à la pression profonde dans la fosse iliaque droite est un symptôme très fréquent de la trichocéphalose. Ce signe s'accompagne souvent d'empâtement de la région cæcale, et même d'un certain degré de défense de la paroi. Et cela sans infection de l'appendice. Il est probable que dans ces cas, comme l'indique le professeur R. Blanchard, les vers, en pénétrant dans la paroi pour se nourrir de sang, peuvent irriter les fibres nerveuses, et les cellules ganglionnaires du sympathique. Cette action mécanique explique certains cas d'appendicalgies frustes passant souvent inaperçues, et très fréquentes chez les porteurs de Trichocéphales. D'ailleurs, chez les malades qui présentent ces douleurs cæcales spontanées ou provoquées par la pression, le parasite n'agit presque jamais par irritation mécanique et il s'y adjoint toujours des signes d'infection : de l'inappétence, de la constipation, l'état saburral des voies digestives, et souvent un peu de température.

C'est dans ce groupe de malades que le traitement parasitaire d'abord et médical ensuite s'impose et donne les meilleurs résultats.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et tantôt chez un malade ayant présenté les phénomènes chro-

niques que nous venons d'indiquer, tantôt d'emblée, il peut s'installer une véritable crise d'appendicite, l'appendicite chirurgicale, avec ses poussées fébriles aiguës, à répétitions plus ou moins espacées, traduction clinique de l'infection des parois de l'appendice, suppuratives ou gangréneuses, et s'accompagnant de péritonite. Cette appendicite-là peut être aussi provoquée par le Trichocéphale. Il n'en est pas moins vrai qu'il est alors trop tard pour agir contre lui, et que le mieux est d'opérer en pareil cas sans retard.

On voit donc que l'appendicite trichocéphalienne ne diffère guère cliniquement de l'appendicite ordinaire. A vrai dire il n'y a pas deux appendicites : l'une microbienne et l'autre trichocéphalienne, et nous avons vu que toutes deux sont microbiennes.

Cependant, il y a un certain nombre de signes, qui dans l'intervalle des crises peuvent donner à l'appendicite trichocéphalienne une allure clinique un peu spéciale. Ces symptômes relèvent de la présence même des parasites dans le tube digestif. On pourra observer ainsi *de la diarrhée*, avec cinq à six selles par jour surtout si le cæcum renferme beaucoup de Trichocéphales. Ceci tranche avec la constipation habituelle dans l'infection appendiculaire.

On peut observer également d'autres symptômes propres au parasitisme intestinal : des céphalées persistantes, des convulsions ou des crises épileptiformes surtout chez l'enfant, des éruptions cutanées, de l'urticaire.

Enfin on pourra déceler dans les matières fécales de petites quantités de sang par la réaction de Weber (Guiart et Garin, Cade et Garin).

La *gravité* de l'appendicite trichocéphalienne ne paraît pas plus grande que celle de l'appendicite ordinaire. Les complications n'en sont pas, en effet, plus fréquentes. Les perforations de l'appendice sont rarement signalées. Quant à la formation d'abcès je l'ai trouvée notée dans 14 p. 100 des cas publiés. Ces abcès sont tantôt périappendiculaires (cas le plus fréquent), tantôt au contraire intraappendiculaire. Dans ce dernier cas le pus se trouve dans l'appendice dilaté.

La fréquence de l'appendicite trichocéphalienne est difficile à déterminer. En effet les examens de matières fécales chez les malades d'appendicite, s'ils sont positifs, ne prouvent pas que forcément le trichocéphale soit l'agent étiologique en cause. Nous avons vu plus haut que des individus sains peuvent présenter néanmoins des Trichocéphales dans leur tube digestif.

L'examen microscopique des appendices extirpés chirurgicalement a une plus grande valeur. Mais les chirurgiens ne se livrent guère plus à l'examen histologique qu'à l'examen microscopique des selles.

Guinard cependant, sur 200 appendices, trouve 15 fois des trichocéphales soit 7,5 p. 100.

Railliet dans sa thèse ayant examiné 119 appendices d'enfants trouve le trichocéphale dans un seul cas. Mais on sait que les enfants sont moins parasités par le Trichocéphale que les adultes.

Pour ma part, je n'ai pu examiner qu'un petit nombre d'appendices extirpés chirurgicalement, mais j'ai vu 3 ou 4 fois des Trichocéphales dans cet organe. Sur 4 malades opérés successivement par mon excellent maître le docteur Bérard, j'ai trouvé un cas d'appendicite trichocéphalienne. Il est donc probable que l'appendicite trichocéphalienne est plus fréquente qu'on ne le pense à l'heure actuelle. Et il est à souhaiter que des recherches nouvelles soient dirigées dans ce sens.

Quant à l'entérite trichocéphalienne, j'en ai réuni 30 observations, dont 10 personnelles, dans ma thèse. Je pense que c'est une affection assez rare, mais il est possible qu'on la trouve plus fréquemment lorsqu'elle sera mieux connue, et plus souvent recherchée.

B. Entérite trichocéphalienne. — Les symptômes de cette affection sont de deux ordres : symptômes gastro-intestinaux qui traduisent l'infection du tube digestif par le parasite, symptômes généraux qui traduisent l'infection sanguine.

a. *Symptômes gastro-intestinaux.* — La *diarrhée* a été signalée depuis plusieurs années par Garin chez les malades qui sont infestés par un grand nombre de parasites. Le plus souvent les selles sont au nombre de cinq ou six par jour, mais ce nombre peut s'élever à vingt et même vingt-quatre. La défécation est en général peu douloureuse et ne s'accompagne pas d'épreintes violentes comme dans la dysenterie vraie. Les selles sont liquides, jaunes, d'aspect nettement stercoral, parfois mélangées de mucus et de glaires. Les *hémorragies évidentes* ne sont point fréquentes, mais les *hémorragies occultes* sont à peu près constantes du moins à un moment donné de l'évolution.

Un caractère important de cette diarrhée c'est d'être rebelle aux différents traitements ordinaires : régimes aseptiques, opium et bismuth. Ces traitements ne procurent qu'une amélioration passagère toujours suivie de rechutes plus ou moins graves. Cette diarrhée peut ainsi durer pendant plusieurs mois, et même, Barjon et Garin ont publié l'observation d'un malade qui l'a présentée pendant huit ans. Cette diarrhée rappelle beaucoup celle que l'on observe communément dans l'entérite tuberculeuse; et le diagnostic différentiel entre ces deux affections peut être assez délicat. Souvent même c'est l'autopsie seulement qui vient trancher la question.

Dans d'autres cas on relève des périodes de *constipation* alternant les crises diarrhéiques. Parfois aussi, les malades évoluent sans présenter jamais de selles diarrhéiques et présentent au contraire de la constipation plus ou moins rebelle. Les évacuations contiennent alors des glaires et des fausses membranes. A la constipation s'ajoutent des crises douloureuses abdominales et parfois un état névropathique marqué. On a alors l'ensemble complet du syndrome entéro-colite muco-membraneuse.

D'autre part, l'entérite trichocéphalienne s'accompagne toujours de douleurs abdominales. Ce sont tantôt les crises douloureuses dont nous venons de parler et qui accompagnent la constipation : tantôt au contraire ce sont de véritables coliques précédant les débâcles alevines. On constate également de la douleur simple, localisée en un point de l'abdomen : l'épigastre, ou plus fréquemment, la région cæco-appendiculaire. Cette douleur spontanée s'exaspère par la pression et s'accompagne souvent d'une véritable défense de la paroi. Elle est en rapport avec l'habitat de prédilection du Trichocéphale, au niveau du cæcum et de la fin de l'intestin grêle.

On retrouve alors ici ce que nous avons déjà décrit à propos de l'appendicite trichocéphalienne chronique. Souvent cependant il n'y a pas d'appendicite vraie, mais seulement de la typhlite, et à la douleur au point de M. Burney s'associe un

spasme du cæcum ou du côlon ascendant qui peut en imposer pour une induration pathologique de ce segment d'intestin (Cade et Garin). Et l'on peut penser dans ce cas à une typhlo-appendicite tuberculeuse qui peut être assez difficile à éliminer dans le diagnostic différentiel de l'affection qui nous occupe.

Enfin les *vomissements* ne sont pas rares au cours de l'entérite trichocéphalienne. Ils apparaissent à un moment quelconque de la journée, sans aucun lien avec l'heure des repas. Ils sont tantôt alimentaires, tantôt bilieux.

La pathogénie de ces vomissements n'apparaît pas clairement. Ils paraissent dus soit au péritonisme éveillé par l'infection trichocéphalique, soit à des réflexes créés mécaniquement par l'irritation de la muqueuse aux points d'implantation du parasite.

A côté de ces symptômes dominants, il y a un ensemble de *petits signes digestifs* mis en évidence par Cade et Garin et qui sont surtout l'apanage des cas bénins. C'est tout d'abord la pesanteur gastrique après les repas accompagnée de douleurs plus ou moins mal localisées. L'anorexie est également fréquente et entre aussi dans cette catégorie de petits signes. Et comme souvent les sujets qui les accusent présentent d'autre part divers phénomènes névropathiques on est porté à les classer dans la dyspepsie nerveuse ou neurasthénique.

La céphalée, les éblouissements, les vertiges, la perte des forces, une asthénie hors de proportion avec la musculature du malade sont, en effet, des signes tout à fait communs dans la trichocéphalose.

b. *Symptômes généraux.* — Le plus souvent, sous l'influence des accidents de l'entérite trichocéphalienne, il se produit de l'amaigrissement. Cet amaigrissement souvent très marqué n'atteint jamais l'importance qu'il acquiert dans l'entérite tuberculeuse.

Un signe beaucoup plus intéressant, et qui contribue pour une large part à donner une physionomie particulière à l'entérite trichocéphalienne, c'est l'existence de la fièvre et la forme particulière de la courbe thermique. Cette courbe thermique, dont on trouve des représentations dans la thèse de Garin, ne ressemble à aucune autre : sur une ligne horizontale, au voisinage de 37 degrés, se détachent, isolés à intervalles irréguliers, mais toujours assez éloignés, de brusques clochers à 39 ou 40 degrés. Ces ascensions sont très courtes et durent d'un à trois jours. Chacune de ces ascensions correspond à une inoculation sanguine par les Trichocéphales.

L'organisme réagit à la petite inoculation microbienne et en triomphe rapidement.

Cette infection sanguine périodique des malades atteints de trichocéphalose ne va pas sans *anémie*.

L'anémie est aussi un symptôme fréquemment signalé dans l'affection qui nous occupe.

Le nombre des globules rouges s'est abaissé à 690000 dans un cas de Sandler.

Quant à l'éosinophilie, elle est inconstante.

Trouvée constamment supérieure au taux de 5 p. 100 par Brown, elle a été niée par French et Boycott, par Andrikidis et par Siccardi (de Padoue).

Quant aux *formes cliniques* de l'entérite trichocéphalienne, on peut en décrire deux formes :

1° Une *forme grave* qui s'accompagne de diarrhée, d'accès thermiques élevés, de vomissements, de coliques violentes et souvent d'anémie sévère. Cette forme peut être mortelle surtout si le diagnostic clinique n'a pas été fait et le traitement établi d'une façon précoce.

2° Une *forme bénigne* du type clinique entérite muco-membraneuse. C'est la forme la plus courante.

La symptomatologie de cette forme diffère peu de l'entérite muco-membraneuse classique, et nous ne voulons pas en reprendre la description ici.

Un bon signe cependant qui permettra peut-être à l'avenir d'enlever à l'entérite muco-membraneuse ordinaire ce qui appartient au Trichocéphale, c'est la constatation d'hémorragies occultes dans les selles par la réaction de Weber.

III

Anatomie pathologique. — *A.* LÉSIONS APPENDICULAIRES. — Dans une communication à la Société médicale des hôpitaux de Paris, M. Menetrier a décrit les lésions appendiculaires déterminées par les vers intestinaux. La description qu'il fait d'un appendice réséqué par M. Lejars en 1900, et qui présentait des Trichocéphales, est particulièrement nette.

Gros, tuméfié, avec une séreuse injectée, cet appendice n'offrait ni rétrécissement, ni portion kystique. Avec de faibles grossissements, il paraissait peu altéré : cavité libre, couche musculaire continue, follicules un peu tuméfiés, fines traînées de lymphangite depuis la muqueuse jusqu'à la sous-séreuse. A la surface et dans l'épaisseur de la muqueuse se voient les coupes transversales de trois parasites ; à leur voisinage, le tissu interglandulaire est infiltré de cellules rondes. A quelque distance dans le tissu sous-muqueux commencent des lésions de lymphangite manifeste. Les lymphatiques sont bourrés de lymphocytes et de polynucléaires moins nombreux. On y voit également quelques microcoques colorés en noir par la théonine.

MM. Bérard et Vignard, à Lyon, décrivent ainsi les lésions observées par eux sur l'appendice d'un de leurs malades dont les préparations ont été faites par Garin.

« La paroi de l'appendice, vue dans son ensemble, présente des lésions d'inflammation chronique avec des bandes conjonctives étagées à partir de la sous-muqueuse jusque sous la séreuse où elles acquièrent leur maximum d'épaisseur et d'ancienneté.

Les éléments musculaires sont difficilement reconnaissables ; cependant on voit encore çà et là leurs noyaux allongés. En un point, la muqueuse est profondément ulcérée; les culs-de-sacs glandulaires ont disparu. Au contact de cette dépression se voient très nettement deux coupes, l'une transversale, ovalaire; l'autre oblique et plus irrégulière du trichocéphale. A leur contact est *un foyer hémorragique récent, bourré de globules rouges et de globules blancs, par conséquent en train de s'abcéder.* De là partent des traînées inflammatoires qui vont se perdre dans le reste de l'épaisseur des autres parois. »

B. LÉSIONS INTESTINALES. — Vix a le premier, en 1860, décrit des ulcérations localisées au cæcum; mais ces ulcérations sont peut-être des ulcérations tuberculeuses. En réalité, Moosbrügger est le premier qui ait signalé des lésions intestinales dans un cas de trichocéphalose. Il décrit une sorte d'enduit de mucus s'étendant à tout le gros intestin. Il reconnaît également la présence d'une congestion sous-muqueuse très intense. Et enfin il note des ulcérations, ulcérations à fond rougeâtre, d'un centimètre

à un centimètre et demi de diamètre à bords nettement découpés, creusés jusqu'à la tunique musculaire.

Des lésions à peu près semblables sont décrites par Garin dans un des cas rapportés dans sa thèse.

Dans le cæcum et sur une longueur d'environ 50 centimètres, le long du gros intestin se trouvaient une dizaine de Trichocéphales et un certain nombre d'ulcérations et de taches hémorragiques.

Dans le cæcum en particulier siégeait une sorte de petit abcès sous-muqueux rappelant l'aspect d'un furoncle avec en son centre un point jaunâtre prêt à s'ouvrir. Autour de ce point central apparaissait une auréole brune constituée par un épanchement sanguin sous-muqueux.

En d'autres points du gros intestin on pouvait relever un certain nombre de plaques rouges dont quelques-unes étaient ulcérées, dont d'autres ne l'étaient pas. Si bien qu'on était en droit de songer à de petits foyers hémorragiques dus à la piqûre du Trichocéphale. De ces petits foyers hémorragiques certains s'étaient infectés et avaient produit des ulcérations. D'autres avaient dû guérir et laissaient comme trace de leur existence une tache simplement pigmentée comme on pouvait le voir en certains points.

Ces ulcérations trichocéphaliennes sont donc très particulières, comme on l'a déjà vu plus haut dans la description des lésions appendiculaires ; un élément qui ne manque jamais c'est l'épanchement sanguin sous-muqueux. C'est là la lésion primitive et c'est l'infection secondaire de ce petit foyer hémorragique qui crée l'ulcération, ulcération se formant de la profondeur vers la surface.

L'examen microscopique de ces lésions est d'ailleurs très intéressant à ce point de vue. Sur les coupes on peut voir, sous la muqueuse, au voisinage de la musculaire muqueuse ou même au-dessous d'elle, de véritables points hémorragiques où se trouvent assemblés un grand nombre de globules rouges mêlés à des lymphocytes. En d'autres points on trouve des follicules lymphatiques bourrés de cellules inflammatoires. On y trouve également, surtout au voisinage du parasite, d'assez nombreux éléments éosinophiles. Plus profondément enfin, siègent des thromboses vasculaires typiques portant sur des vaisseaux de petit diamètre.

IV

Diagnostic. — Le diagnostic des affections de nature trichocéphalienne ne peut se faire, et ne peut être affirmé de manière certaine que par l'examen des matières fécales, et la découverte des œufs dans celles-ci. Ce n'est pas le lieu d'indiquer ici comment doit se pratiquer cet examen.

Il ne suffit pas d'ailleurs de constater la présence d'œufs de trichocéphales dans les selles d'un malade atteint de troubles intestinaux pour affirmer que l'affection en cause est de nature trichocéphalienne. Il faudra encore, outre ce signe indispensable, en réunir un certain nombre d'autres que nous avons indiqués plus haut comme particuliers à la trichocéphalose. Parmi ceux-ci ceux qui semblent avoir le plus de valeur sont la présence d'une réaction de Weber positive, la diarrhée, la forme spéciale de la courbe thermique.

Enfin, un point également important c'est l'influence favorable du traitement anthelminthique. En effet toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'un tableau clinique rappelant celui que nous avons décrit plus haut, et que le malade présentera des œufs de Trichocéphales dans ses selles, on sera en droit d'entreprendre le traitement spécial de la trichocéphalose. Le succès en pareil cas sera un bon argument en faveur de la nature parasitaire de l'affection. Ce traitement est sans danger et peut donc être employé sans aucun scrupule, à moins bien entendu qu'on se trouve en présence d'une appendicite aiguë relevant d'une opération immédiate.

V

Traitement et prophylaxie. — L'expulsion des trichocéphales peut être obtenue par différentes médications. La plus connue, et une des plus efficaces, c'est la médication thymolée préconisée par le professeur Guiart. Elle consiste à administrer au malade 3 ou 4 cachets de 1 gramme de thymol porphyrisé par jour pendant trois ou quatre jours. Puis le dernier jour une purgation saline.

Chez l'enfant au-dessous de cinq ans on ne devra jamais donner plus d'un gramme de thymol.

Malgré la réputation du thymol, il faut bien reconnaître pourtant que son efficacité est souvent en défaut. En ce qui concerne les parasites fixés dans l'appendice Broca et Railliet prétendent que les poudres insolubles ingérées par la bouche ne pénètrent pas dans l'appendice, et que par suite le thymol ne saurait avoir sur eux aucune action.

Quoi qu'il en soit, on arrive cependant à guérir des malades, et à faire disparaître les œufs des selles, en administrant à plusieurs reprises le traitement thymolé, et en espaçant ces traitements de huit à dix jours. Dans certains cas, on peut arriver à évacuer les Trichocéphales avec le calomel, la santonine ou l'extrait de fougère mâle. Il est à souhaiter qu'on trouve un jour un anthelminthique actif en injection intraveineuse, qui agisse directement sur le parasite hématophage. J'ai entrepris des recherches à ce sujet sans avoir obtenu encore de résultats décisifs. D'autres recherches sont également entreprises au laboratoire de Parasitologie de Lyon avec le latex d'Higueron. D'après P. Berrio [de Medellin, Colombie)] cette substance serait un anthelminthique très actif contre le Trichocéphale.

Malgré ses imperfections, le traitement thymolé doit rester pour le moment à la base du traitement de la trichocéphalose. Enfin le Trichocéphale se propageant par les eaux et les légumes souillés de matières fécales, renfermant des œufs, la prophylaxie de la trichocéphalose consiste à surveiller ces eaux et ces légumes à ce point de vue.

BIBLIOGRAPHIE

Andrikidis. *Etude clinique des troubles morbides attribuables au trichocéphale chez l'homme,* Th. de Paris, 1905-1906. — Askanazy. Des Peitschenwurm ein Blutsangender parasit, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, LVII, 1896.

Blanchard (R.). Rapport sur un travail du docteur Guiart, intitulé : « Rôle du trichocéphale dans l'étiologie de la fièvre typhoïde », *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. LII, 1904 ; — Sur la typhlocolite muco-membraneuse ou sableuse et l'appendicite, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 8 juillet 1906. — Brumpt et Lecène. Appendicite vermineuse, *Soc. méd. des hôpit.*, fév 1909. — Brumpt. *Précis de Parasitologie*, Paris, 1910. — Burckardt. Schwere durch Peitschenwürmer bedingte Erkrankung, *Deut. med. Woch.*, 1880, n° 48. — Bellingham. Du Trichocéphale dans l'intestin de l'homme, *Arch. gén. de méd.*, t. II, 1838, p. 104. — Bertholet. *L'Appendicite parasitaire*, Th. de Bordeaux, 1903-1904. — Boas. Une observation d'entérite due au Trico-

céphale, communication au Congrès de médecine interne de Berlin, 1895, in *Deut. med. Woch.* (Vereinsbeilage n° 15), 1895, p. 97. — BÉRARD et VIGNARD. Le rôle des vers intestinaux dans l'appendicite, *Avenir méd.*, mars et avril 1912.

FRENCH et BOYCOTT. The prevalence of « Tricocephalus dispar », *Journ. of Hygien*, 26 juillet 1905.

GIRARD. Rôle des Tricocéphales dans l'affection de l'appendice iléo-cæcal, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1901, XX, p. 440. — GALLI-VALERIO. Un cas d'appendicite avec Oxyures et Trichocéphales, *Centralb. f. Bakt.*, 1903, XXXIV, p. 350. — GARIN. Recherches helminthologiques à l'hôpital Sadiki, à Tunis, *Progrès méd.*, 20 fév. 1912. — GUINARD. Appendicite à trichocéphales, *Presse méd.*, 1901, p. 161. — J. GUIART. Action pathogène des parasites de l'intestin, *Arch. de parasitol.*, IX, p. 175, 15 janv. 1905; — L'appendicite vermineuse, *Cong. de l'Assoc. franç. pour l'avanc. des sc.*, Lyon, 6 août 1906, p. 842. — Les parasites intestinaux et les maladies qu'ils produisent, *Assoc. franç. pour l'avanc. des sc.*, 1re partie, p. 46, Reims 1907, et *Revue scientif.*, nov. 1907; — *Précis de Parasitologie*, Paris, 1909; — *Les Parasites inoculateurs de maladies*, Paris, 1911.

KIRMISSON. *Appendicites et vers intestinaux*, 1901.

LETULLE. Vers intestinaux et appendicite, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1901, et *Presse méd.*, 30 déc. 1905. — N. LION. Notes de parasitologie, *Centralb. f. Bakt.*, I. Abt. origin., Bd. LXIII, Heft 4/6, 1912, p. 386.

MENETRIER. Vers et appendicite, *Soc. méd. des hôpit.*, Paris, fév. 1909. — METCHNIKOFF. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1901, p. 301.

RAGAINE. *L'Appendicite vermineuse*, Th. de Paris, 1905-1906. — RASPAIL. Th. de Paris, 1906-1907.

WALTHER. Appendice et trichocéphale, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*

— Pour la biologie du Trichocéphale et l'entérite trichocéphalienne, voir la bibliographie complète dans : GARIN. *L'Entérite trichocéphalienne*, Th. de Lyon, 1911.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1912)

A propos des rapports entre la fragilité globulaire, l'anémie et la polyglobulie. — MM. F. WIDAL, P. ABRAMI et M. BRULÉ. L'observation de plusieurs malades atteintes d'ictère hémolytique acquis terminé par la guérison a permis aux auteurs de montrer qu'au cours de la rétrocession de ce syndrome les différents troubles hématologiques suivent une évolution très spéciale. Après la période d'état, caractérisée par l'hypoglobulie souvent extrême, associée à la fragilité globulaire et aux symptômes de rénovation sanguine, survient une phase d'amélioration pendant laquelle, malgré la persistance de la fragilité globulaire, le chiffre des hématies atteint et même peut dépasser de beaucoup la normale. A l'hypoglobulie avec fragilité globulaire peut succéder ainsi la polyglobulie avec fragilité globulaire. Enfin, dans un dernier stade, qui marque la guérison, le sang récupère tous ses attributs normaux.

Les auteurs ont montré que ces variations de la formule sanguine étaient en rapport avec l'évolution simultanée de deux processus différents : l'un, hémolytique, ayant pour stigmate principal l'hyporésistance des hématies ; l'autre, hématopoïétique, dont la polyglobulie est une des conséquences.

La belle observation rapportée récemment par MM. Rénon et Ch. Richet fils est un nouvel exemple de cette évolution si spéciale que peut présenter la formule hématologique au cours de la guérison des anémies hémolytiques.

Guérison d'un cancer inopérable du col de l'utérus traité par le rayonnement ultrapénétrant du radium. — MM. H. CHÉRON et H. RUBENS-DUVAL ont traité par le radium une malade atteinte de cancer du col de l'utérus jugé inopérable par le professeur Lejars. Le néoplasme infiltrait la base du ligament large droit et adhérait à la vessie.

Après deux applications de radium la guérison fut cliniquement obtenue.

Quinze mois après la dernière application de radium la malade succombait dans le service du docteur Siredey à des phénomènes de ramollissement des centres nerveux.

L'autopsie, suivie de l'examen histologique des organes prélevés, montra que la malade avait bien succombé à des foyers multiples de ramollissement des centres nerveux et qu'il n'existait de cancer en aucun point de l'organisme, le cancer utérin ayant totalement guéri avant d'avoir disséminé des métastases.

L'examen histologique d'un fragment de cancer prélevé avant le traitement avait fait prévoir le succès de la radiumthérapie, et les auteurs insistent sur le type histologique de cette variété de tumeur.

Paralysie générale infantile. — M. MILIAN présente un enfant de treize ans et demi atteint de paralysie générale. Les symptômes ont commencé chez lui il y a un an par des troubles de la parole, suivis bientôt de troubles du caractère (tristesse, irritabilité, colère) et de diminution de l'intelligence. Il était le premier de sa classe, il est maintenant le dernier et dans l'impossibilité absolue d'apprendre quoique ce soit. L'instituteur devant les actes bizarres de l'enfant a pensé qu'il devenait fou. De temps en temps, cet enfant se livre en effet à des actes irraisonnés, faisant remuer les bras, les jambes, tirant la langue, etc.

Les troubles de la parole sont très accusés ; il y a une dysarthrie considérable. Il y a inégalité pupillaire (mydriase gauche) avec réflexe lumineux paresseux.

La langue est animée de tremblements fibrillaires très accusés. Enfin la démarche est incertaine, un peu titubante. Les réflexes tendineux sont exagérés.

La ponction lombaire a révélé une abondante lymphocytose de 112 par millimètre cube.

Le père a eu la syphilis il y a vingt ans.

Pneumonie lobaire à pneumobacilles. — MM. GOUGET et MOREAU rapportent un cas de pneumonie à pneumobacilles. L'infection secondaire semble pouvoir être exclue, car le second poumon, atteint depuis quarante-huit heures seulement, a donné des cultures pures de pneumobacille. D'autre part, l'infiltration était bien nettement lobaire et non lobulaire confluente. Cette observation confirme les caractères déjà décrits de la pneumonie à pneumobacilles : faible réaction fibrineuse, d'où aspect plan des surfaces de coupe, consistance visqueuse du suc de râclage, tendance nécrosante et suppurative ; au point de vue clinique : absence fréquente du grand frisson initial, expectoration gluante, très haute gravité avec mort souvent très rapide malgré une fièvre relativement peu élevée. Toutefois, il existe des formes traînantes évoluant en trois ou quatre semaines et pouvant faire songer à la pneumonie caséeuse. Le cas des auteurs en est un exemple.

Accidents rhumatoïdes au cours d'une résorption d'œdèmes. — MM. GOUGET et MOREAU. On sait que la résorption de certains œdèmes peut s'accompagner d'accidents plus ou moins alarmants rappelant ceux de l'urémie à type cérébral ou pulmonaire. Dans le cas rapporté par les auteurs c'est d'accidents articulaires qu'il s'est agi. Au cours d'une résorption d'œdèmes, chez un cardio-rénal, ils ont vu survenir une vive céphalalgie, avec courbature, anorexie complète, vomissements bilieux ; puis en même temps une abondante débâcle urinaire (8 litres) et albumineuse (7 grammes par litre), de très vives douleurs articulaires, bientôt généralisées, sans tuméfaction ni rougeur, mais avec légère réaction fébrile (38 degrés). Ces douleurs disparurent au bout de cinq ou six jours, en même temps que s'achevait la résorption des œdèmes.

Etant données les conditions d'apparition de ces arthropathies, et leur coexistence avec une forte polyurie, les auteurs croient pouvoir éliminer le rhumatisme articulaire aigu et rattacher ces accidents à la résorption des œdèmes. Ils rapprochent ces arthropathies de celles de la maladie du sérum, et leur observation des cas de Bezançon et de Jong (accidents rhumatoïdes au cours de la résorption d'une pleurésie) et de Tixier et Troisier (arthropathies dans un cas d'hémoglobinurie paroxystique).

ACTUALITÉS

LES DEMI-FOUS

M. le professeur Grasset a bien voulu nous communiquer une lettre qu'il adresse au garde des sceaux pour demander la nomination d'une commission de parlementaires, de juristes et de médecins, « chargée d'organiser la *défense sociale* (actuellement inexistante en France) *contre les criminels à responsabilité atténuée* ».

Tous les pays ont compris depuis longtemps l'importance de cette question. Certains mêmes ont déjà fait des essais plus ou moins heureux pour donner une solution légale à cet angoissant problème médico-social. Notre pays est un des seuls dans lesquels la loi soit mauvaise ou incomplète sur ce point.

Quels sont donc les principes de la réforme à accomplir?

« Il faut d'abord, écrit M. le professeur Grasset, *introduire dans la loi la notion de responsabilité, d'irresponsabilité et de responsabilité atténuée*, en donnant à ces mots leur *sens médical* (qui est indépendant de toutes les doctrines philosophiques) : un individu est irresponsable quand les médecins reconnaissent que ses neurones psychiques sont profondément malades (fou); la responsabilité d'un individu est atténuée quand les médecins reconnaissent que ses neurones psychiques ne sont pas normaux, fonctionnent anormalement (demi-fous), cette maladie des neurones psychiques étant d'ailleurs susceptible de degrés. Sont enfin responsables tous ceux (*et ils sont encore très nombreux*, quoi qu'on en ait dit), qui ne rentrent dans aucune des deux catégories précédentes et dont les neurones psychiques fonctionnent normalement.

Dans le Code pénal actuel, le mot *responsabilité* n'est prononcé nulle part.

Dans la loi votée par la Chambre en 1907 (pour remplacer la loi de 1838 sur les aliénés) et non encore votée par le Sénat, l'article 38 prévoit et organise un *verdict d'irresponsabilité*, et l'article 37 règle la procédure d'internement, dans un asile, des inculpés acquittés comme irresponsables.

L'idée est excellente, mais tel qu'il est rédigé, l'article 38 est dangereux : si la question d'irresponsabilité est posée au jury sans qu'il y ait eu d'expertise médicale dans l'instruction, ce verdict d'irresponsabilité manquera de base. Quand il n'y a pas eu déjà une expertise concluant à l'irresponsabilité, la question posée au jury devrait être celle-ci : l'accusé est-il responsable de l'acte qui lui est imputé, ou est-il *soupçonné* d'irresponsabilité et devrait-il, par suite, être soumis à une expertise médicale? — C'est seulement après cette expertise médico-légale et si elle a conclu à l'irresponsabilité, que le verdict d'irresponsabilité serait prononcé.

Avec cette addition, ces articles 37 et 38 de la nouvelle loi constituent un réel et très grand progrès sur la législation actuelle et il faut souhaiter que le Sénat se décide à discuter et à voter cette loi, qui nous débarrassera enfin de la loi de 1838.

Mais cela ne suffit pas. Dans les dispositions dont je viens de parler, il n'est nullement question des demi-fous. Il faudrait donc que la nouvelle loi prévît les cas où l'expertise médicale conclurait à la responsabilité atténuée et organisât, pour ces cas, un *verdict de responsabilité atténuée*.

Ce verdict de responsabilité atténuée, devenu légalement possible, est prononcé : que doit-on faire de l'inculpé?

Psychiquement bien portant, le criminel responsable va en prison. Psychiquement malade, le criminel irresponsable n'est justiciable que des médecins et va à l'asile. Pour le demi-fou, criminel à responsabilité atténuée, la question est plus complexe.

Le demi-fou criminel comprend la prison et le gendarme; mais, en même temps, il est malade et doit être soigné : il lui faut donc *une peine et un traitement*. On ne peut donc le diriger ni vers la prison ordinaire, ni vers l'asile des aliénés : il faut *créer* pour lui un *asile spécial* ou un *quartier spécial d'asile*, un *hôpital* ou un *asile-prison*, un *asile* ou *quartier de sûreté*... Ces établissements dont le nom importe peu, demandés par tout le monde et dans tous les pays, sont prévus, chez nous, dans la loi qui semble égarée, depuis janvier 1907, entre le Palais-Bourbon et le Luxembourg (articles 39 et 40).

Là, *le demi-fou criminel sera à la fois puni et traité*.

Sur tous les points précédents, tout le monde paraît être ou se mettra, je crois, facilement d'accord. Mais la discussion devient plus âpre, quand il s'agit de fixer la *durée* du séjour du demi-fou criminel dans cet asile-prison.

Pour que la mesure soit efficace, il faut que le demi-fou, nocif pour la société, soit retenu dans cet asile-prison, non pas seulement pendant la durée, toujours courte, de la peine prononcée, mais *jusqu'à sa guérison complète et définitive;* j'entends : *jusqu'à la guérison de sa demi-folie*, c'est-à-dire *toute sa vie* dans beaucoup de cas; alors que, s'il était bien portant, il n'aurait été condamné qu'à une peine plus ou moins courte.

J'insiste sur cette proposition, à laquelle je tiens absolument, qui n'est contenue dans aucune législation étrangère et *sans laquelle toute loi nouvelle sera frappée de stérilité*.

On voit tout de suite l'objection qui me sera faite : mais *ce criminel malade sera incarcéré plus longtemps que le non malade coupable du même méfait;* c'est souverainement injuste. — Non; ce n'est pas injuste, si on voit dans le séjour du demi-fou dans l'asile-prison, non une incarcération, mais *une hospitalisation et un traitement*. La société se reconnaît bien le droit de soigner *par force*, dans ses asiles, les aliénés, même non criminels!

Pour les demi-fous, elle n'a pas le droit de les soigner par force tant qu'ils ne se sont pas révélés dangereux pour leurs semblables. Mais, *dès leur premier méfait social*, la société a le droit de se garantir de leurs coups en les soignant et de prolonger *ces soins obligatoires* jusqu'à la guérison de leur maladie psychique, c'est-à-dire *jusqu'au jour où leur responsabilité devant la société est redevenue entière*. En les traitant ainsi, *la société prend leur intérêt, en même temps que le sien propre*.

Donc, aux deux desideratas exposés ci-dessus (institution légale d'un verdict de responsabilité atténuée, création d'asiles-prisons), il est tout aussi indispensable d'ajouter cette proposition : *la loi devra rendre obligatoire l'internement du demi-responsable dans un asile spécial, dès son premier méfait, et permettre de l'y retenir en traitement, non jusqu'à l'expiration d'une peine plus ou moins raccourcie, mais jusqu'à la guérison; et jusqu'à la guérison, non de la crise aiguë, mais de la maladie psychique elle-même, jusqu'à la guérison de la demi-folie, c'est-à-dire, dans certains cas de demi-folie incurable, pendant toute la vie du criminel*.

Si on accepte cette solution, il n'est plus possible de faire à la notion de responsabilité atténuée les objections formulées par les auteurs les plus éminents et dont j'ai dit un mot plus haut : en traitant ainsi les criminels demi-fous par l'asile-prison, nous ne désarmons pas la société, nous n'énervons pas son action de défense et de protection. Au contraire, nous prévenons beaucoup de crimes, puisque, dès son premier méfait, nous enfermons le demi-responsable, le traitons obligatoirement et l'empêchons de commettre de nouveaux méfaits. Nous ne lui rendons la liberté que quand il est jugé guéri, c'est-à-dire responsable et justiciable, par suite, pour l'avenir, des lois ordinaires.

En même temps, avec cette solution, la société, non seulement exerce pleinement et efficacement son droit de défense, mais encore remplit complètement son devoir de traitement vis-à-vis de ces criminels malades. »

Nous ne doutons pas que la voix de M. le professeur Grasset ne soit entendue en haut lieu. La discussion au Sénat de la loi qui doit remplacer la loi surannée de 1838 offrira au gouvernement l'occasion d'introduire dans la législation les mesures demandées par notre éminent maître.

CONGRÈS

XIIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE. — Le Congrès de médecine, dont nous publierons incessamment le compte rendu détaillé, a été clôturé mercredi après-midi par une séance que présidait M. Guist'hau, ministre de l'Instruction publique.

Outre M. Guist'hau, ont pris la parole le professeur Chauffard, président du Congrès, qui a insisté sur ce fait que ces assises scientifiques demeureraient marquées par un événe-

ment particulier, le triomphe de la vaccination antityphique; le professeur Teissier (de Lyon), qui a parlé au nom de l'Association des médecins de langue française, enfin M. Henrijean (de Liége), désigné pour présider en 1914 le prochain Congrès. Il n'y en aura pas en effet l'année prochaine à cause du Congrès international qui aura lieu à Londres ; en 1914 il y en aura un à Bruxelles, en 1915 dans une ville française et en 1916 on projette d'accepter l'invitation de nos confrères canadiens et de fixer le siège du Congrès à Montréal.

Les congressistes se sont séparés satisfaits du travail accompli et enchantés de l'affabilité du professeur Chauffard. Celui-ci avait en particulier offert mardi soir une soirée artistique des mieux réussies. A. G.

INAUGURATION DU Ier CONGRÈS DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — Jeudi matin, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, devant un auditoire tel qu'il faut renoncer à citer des noms, s'est ouvert le Ier Congrès de pathologie comparée, sous la présidence de M. Guist'hau, ministre de l'Instruction publique.

Tout fait prévoir que ce Congrès, qui réunit 1 200 adhérents et auquel 24 nations se sont fait officiellement représenter, obtiendra un immense succès.

Dans un remarquable discours, digne de son savoir et de son talent, le professeur Henri Roger, président du Congrès, a fait l'historique de la Société de pathologie comparée, qui date de dix ans, et dont le présent Congrès traduit la réussite. Puis, montrant le rôle de la comparaison et de l'expérimentation dans l'évolution de la science, M. H. Roger a éloquemment terminé en déclarant que « répandre la lumière c'est toujours répandre le bien ».

Au début de son discours, M. Henri Roger avait tenu à rendre un hommage public au professeur Chauveau, hommage auquel l'assemblée s'est unie par ses applaudissements. Il avait également remercié le sympathique secrétaire général du Congrès, M. Charles Grollet, dont l'intelligente activité a puissamment contribué au succès de l'entreprise.

Après le professeur Henri Roger, le ministre a pris la parole, et après lui les délégués étrangers sont venus successivement apporter les félicitations de leurs gouvernements. A. G.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DES MALADIES PROFESSIONNELLES (VIENNE 1914). — Le IIIe Congrès international des maladies professionnelles aura lieu à Vienne (Autriche) dans l'automne de l'année 1914.

On annonce déjà les communications suivantes :

I. *Fatigue.* — Physiologie et pathologie surtout par rapport au travail professionnel. Action du travail professionnel sur le système nerveux. Travail de nuit. — Professeur Boeri (de Naples); A. Glen-Park, Certifying Factory Surgeons (de Bolton); docteur Rutten (de Liége); professeur Weichardt (d'Erlangen).

II. *Travail dans l'air chaud et humide.* — M. Boulin (de Lille), inspecteur divisionnaire du travail; professeurs Langlois et F. Marboutin (de Paris).

III. *Le charbon des ouvriers.* — M. Cavaillé (de Castres), inspecteur départemental du travail; professeur Perroncito (de Turin); professeur A. Schattenfroh (de Vienne); professeur A. Sclavo (de Siena).

IV. *Pneumoconioses.* — Professeur Langlois (de Paris); professeur Th. Oliver (de Newcastle upon Tyne).

V. *Effets nuisibles de l'électricité dans poursuites industrielles.* — Docteur S. Jellinek (de Vienne).

VI. *Intoxications professionnelles*, surtout aniline, mercure, plomb. — Professeur Th. Oliver (de Newcastle upon Tyne); docteur Rambousek (de Prague).

Aniline. — Docteur F. Curschmann (de Bitterfeld).

Plomb. — Docteur Alice Hamilton (de Chicago).

VII. *Effets nuisibles du travail professionnel sur l'ouïe.* — Professeur Alt (de Vienne); docteur Peyser (de Berlin); professeur Siebenmann (de Bâle).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 28 OCTOBRE AU 2 NOVEMBRE 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 28 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.*
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mardi 29 octobre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.*
5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

Mercredi 30 octobre, à une heure. — 1er (oral, 1re et 2e séries).
2e.
5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).
5e (2e partie), *Laënnec.*
5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Jeudi 31 octobre, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.
1er (oral, 1re et 2e séries).
3e (oral, 1re partie).
4e.

THÈSES

Mercredi 30 octobre, à une heure. — M. GROS. Les pigmentations dans la syphilis et leurs rapports avec le vitiligo. (MM. Gaucher, président; Roger, Nicolas et Rouvière.) — M. GAUTIER. Contribution à l'étude des métanuries. (MM. Roger, président; Gaucher, Nicolas et Rouvière.) — M. BOULAY. Étude sur les lymphatiques de l'anus et du rectum. (MM. Nicolas, président; Gaucher, Roger et Rouvière.)

COURS ET CONFÉRENCES

ENSEIGNEMENT DE LA RADIOLOGIE MÉDICALE (15e année). — COURS DE VACANCES, par le docteur A. BÉCLÈRE, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, du dimanche 20 au dimanche 27 octobre.

Matin, dix heures : Enseignement des notions théoriques et techniques, indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Matin, onze heures : Exercices pratiques de radioscopie, particulièrement appliqués à l'exploration des organes thoraciques et abdominaux.

Soir, deux heures : Exercices pratiques de radiographie, simple et stéréoscopique, des diverses régions.

Le cours théorique est librement ouvert à tous les étudiants et docteurs en médecine; il commencera le *dimanche 20 octobre*, à dix heures du matin, dans le laboratoire de radiologie médicale du docteur Béclère, à l'hôpital Saint-Antoine.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques de radioscopie et de radiographie est de 100 francs; ils auront lieu à partir du lundi 21 octobre. (En raison du nombre forcément restreint des personnes qui pourront y participer simultanément, on est prié de s'inscrire le plus tôt possible.)

HOPITAL BRETONNEAU. — STAGE DE PERFECTIONNEMENT. — Pendant le semestre d'hiver 1912-1913, le docteur Lance, assistant d'orthopédie, prendra en nombre très limité des étudiants, anciens externes des hôpitaux, ayant terminé leur scolarité, ou des docteurs en médecine, qui désireraient acquérir la pratique des appareils orthopédiques et du traitement des fractures.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Lance, à l'hôpital Bretonneau.

De la cure radicale des sinusites maxillaires chroniques par voie endonasale, par le docteur Raoul ARNAL. (Th. de Paris.) — Paris, Steinheil.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 121. — MARDI 22 OCTOBRE 1912. 85e ANNÉE. MARDI 22 OCTOBRE 1912. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Questions données : « Symptômes, diagnostic et traitement du cancer du pylore. — Anatomie descriptive du nerf cubital à partir du plexus brachial. »

Questions restées dans l'urne : « Symptômes et diagnostic de l'occlusion intestinale aiguë. — Anatomie macroscopique du pancréas. »

« Complications septiques de la lithiase rénale (sans leur traitement). — Tronc de l'artère carotide externe. »

— Concours de l'externat. — Notes. — *Anatomie.* — Séance du 18 octobre 1912. — Question donnée : « Os maxillaire inférieur. »

MM. Thalleimer, 15; Péril, 13; Vernant, 15; Vidal et Soutoul, 12; Sraer, 15; Renard (Jacques), 18; Lefai, 17; Lefèvre (Bernard), 15; Ribardière et Lebel, 13; Mallet, 12; Mlle Marçais, 14; MM. Martinet, 15; de Massary, 16; Kremen, 13; Privé, 15; Trolard, 18; Luca, 15.

Prochaine séance, mercredi 23 octobre, à neuf heures du matin, deuxième moitié.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Avignon. — Le jeudi 21 novembre 1912 à huit heures du matin sera ouvert à l'hôpital d'Avignon, un concours pour quatre places d'interne en médecine et en chirurgie.

Les candidats devront se faire inscrire au moins huit jours avant la date fixée pour le concours.

Les internes sont nommés pour trois ans. Ils doivent être munis d'une trousse. Ils entreront en fonctions sur l'invitation de l'administration. Ils reçoivent un traitement annuel de 300 francs. Ils sont logés et nourris dans l'hôpital, mais la Commission administrative peut toujours les externer moyennant une indemnité de logement et de nourriture.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Sont nommés, pour l'année scolaire 1912-1913, chefs de travaux : MM. les docteurs Lasserre : Histoire naturelle; Beylot : Histologie.

— Par décret en date du 15 octobre 1912, M. Bégouin, agrégé libre, chargé d'un cours complémentaire de médecine opératoire à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est nommé, à partir du 1er novembre 1912, professeur de clinique gynécologique à ladite Faculté.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — Par arrêté du 17 octobre 1912, un concours s'ouvrira, le 21 avril 1913, devant l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie à ladite Ecole.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Coulon (de Paris), Flandrin (de Grenoble), Lafaye (de Saint-Astier), Lasserre (de Vic-de-Bigorre), Mercat (de Chateaurenault), Paté (de Pont-d'Ouilly), Renous (du Vésinet), Bastian (de Genève).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Abbadie (d'Argelès), Bargain (du Faouët), Bevalot (de Paris), Conte (de Riberac), Marchadier (de Lussac-les-Chateaux), Serafini (de Vico), Thomas (de Tours), Trelaün (d'Argelès), Leyris de Campredon (de Mogador).

— Sont promu ou nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade d'officier. — M. le docteur Poupon (d'Aunay-sous-Auneau).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Bire et Desse (de Perpignan), Fayol (de Marseille), Grabias (de Pierrelaye), Graziani (de Paris), Guizol (de Cannes), Mottin, médecin principal de la marine à bord de l'*Edgar-Quinet*; Vivalda (de Breil).

RENSEIGNEMENTS

LES LEUCOCYTOSES CHRONIQUES
DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN DES SYPHILITIQUES

Par M. A. SÉZARY,
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

On connaît bien actuellement la fréquence des réactions méningées au cours de la syphilis. Dès la période secondaire, en dehors même de tout symptôme de méningite, la ponction lombaire révèle une leucocytose du liquide céphalo-rachidien dans au moins la moitié des cas. A une période tardive, lorsque surviennent certaines lésions nerveuses nettement syphilitiques (comme une méningite scléro-gommeuse de la base ou de la convexité du cerveau, comme une méningo-myélite) ou une affection parasyphilitique (comme le tabes ou la paralysie générale), on observe de même l'existence d'une réaction cellulaire.

Si l'on étudie l'évolution de ces leucocytoses céphalo-rachidiennes, on voit que dans certains cas elles disparaissent en quelques semaines, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement. Dans d'autres cas, elles persistent plusieurs mois ou plusieurs années, avec ou sans fluctuations numériques : on peut dire qu'il s'agit alors de leucocytoses chroniques.

On étudie généralement ces leucocytoses chroniques sous le nom générique de méningite chronique syphilitique. Nous pensons cependant que ce terme s'applique à des états fort disparates, que toutes les réactions méningées chroniques n'ont pas la même signification, et qu'il est nécessaire de distinguer leurs multiples variétés si l'on veut éviter certaines erreurs de pronostic et de traitement.

* * *

Nous distinguons, en effet, plusieurs variétés de leucocytoses chroniques du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques. Ce sont :

1° La leucocytose chronique de la période secondaire;

2° La leucocytose concomitante d'une affection nerveuse syphilitique (hémiplégie, paraplégie, radiculite, etc.);

3° La leucocytose métasyphilitique ou résiduelle : c'est celle qui persiste, alors que la lésion qu'elle a accompagnée a fini d'évoluer en tant que lésion syphilitique et est devenue cicatricielle;

4° La leucocytose parasyphilitique, qui s'observe dans les affections nerveuses parasyphilitiques;

5° Les leucocytoses isolées incurables.

Nous allons légitimer cette classification en étudiant les caractères propres à chacune de ces leucocytoses.

Leucocytose chronique latente de la période secondaire. — La notion de l'existence de leucocytoses chroniques latentes du liquide céphalo-rachidien au cours de la période secondaire est de date toute récente. Jusqu'à ces temps derniers, en effet, on avait peu étudié l'évolution de la leucocytose précoce. On avait même remarqué (Ravaut, Jeanselme et Barbé) qu'elle disparaissait dans la presque totalité des cas en même temps que s'effaçaient les symptômes cutanés et muqueux. A la vérité, on avait déjà signalé des exceptions à cette règle : M. Ravaut avait noté la persistance de la leucocytose après la disparition des éruptions; nous avions vu quelques faits analogues et expliqué la pathogénie du tabes par l'action de cette méningite devenue chronique (1).

MM. Jeanselme et Chevallier (2) ont repris la question et étudié à ce point de vue un grand nombre de syphilitiques. Ils concluent que, si la leucocytose légère disparaît facilement, les leucocytoses importantes tendent au contraire à devenir chroniques. Si elles ne sont pas traitées avec intensité, on les voit persister pendant plusieurs mois avec leurs caractères cytologiques habituels. Elles peuvent résister au traitement mercuriel. Le salvarsan lui-même les guérit difficilement; mais, à la condition de répéter les injections, il amène leur disparition complète. « Les échecs thérapeutiques sont dus à un traitement mal conduit, discontinu ou trop timide. » *La leucocytose chronique de la période secondaire est donc curable par un traitement bien réglé*; mais, non traitée, elle peut persister et devenir chronique.

On a prétendu que l'intensité de la leucocytose secondaire était parallèle à l'importance des symptômes cutanés (Ravaut). M. Ravaut avait cependant vu des exceptions; nous en avions également constaté. MM. Jeanselme et Chevallier vont plus loin : pour eux, la leucocytose n'est constante pendant l'évolution d'aucun accident cutané quel qu'il soit, et son évolution n'est pas parallèle à celle des éruptions; de l'examen de la peau on ne saurait donc déduire des indications sur l'état des méninges.

Bien que, comme nous l'avons montré (3), cette leucocytose relève d'une véritable méningite au sens histologique du mot, elle ne se traduit par aucun symptôme caractéristique; la céphalée, en particulier, paraît indépendante en général de son existence. Elle est donc latente.

Il résulte de ces considérations que la leucocytose chronique de la période secondaire ne peut être reconnue que par la ponction lombaire, qui, seule, permet aussi de suivre son évolution.

En résumé, ses principaux caractères sont sa latence, son indépendance d'avec tout symptôme de méningite ou d'affection nerveuse, sa curabilité par un traitement suffisant. Elle est *isolée* et *curable*.

Leucocytose chronique syphilitique de la période tertiaire. — Lorsqu'une lésion syphilitique tertiaire (c'est-à-dire circonscrite et scléro-gommeuse) ou secondo-tertiaire atteint le système nerveux dans son parenchyme ou dans ses artères, elle s'accompagne presque toujours de méningite. Aussi la ponction lombaire révèle-t-elle une leucocytose qui persiste pendant toute son évolution, c'est-à-dire pendant des semaines ou des mois.

On a prétendu que la lymphocytose précédait l'affection nerveuse tertiaire, mais cette assertion ne nous paraît pas démontrée. Car un accident nerveux syphilitique, survenant chez un sujet présentant antérieurement de la leucocytose céphalo-rachidienne, n'est pas fatalement consécutif à la méningite que traduit celle-ci. C'est ainsi que dans un cas demeuré unique en son genre (le cas publié dans la thèse de Dutheil concerne le même malade), que nous avons

(1) A. Sézary. Sur la pathogénie du tabes et des affections nerveuses parasyphilitiques, *Presse méd.*, 3 nov. 1909, n° 88.

(2) Jeanselme et Chevallier. Recherches sur les méningopathies syphilitiques secondaires cliniquement latentes, *Rev. méd.*, 1912.

(3) A. Sézary. Processus histologique de la réaction méningée des syphilitiques secondaires, *C. r. de la Soc. de biol.*, 1908, t. LXIV, p. 576.

rapporté en 1908, une hémiplégie, due à une artérite à tréponèmes, avait été manifestement précédée d'une leucocytose abondante du liquide cérébro-spinal. Or, l'examen histologique prouva que la méningite était surtout médullaire et était très discrète à la base du cerveau. Il n'est donc nullement prouvé que la leucocytose conditionne l'artérite (1); peut-être la méningite et l'artérite coexistent-elles simplement.

Cette leucocytose tertiaire, concomitante d'une lésion nerveuse circonscrite, peut disparaître complètement, si un traitement intensif est institué. Nous observons en ce moment un syphilitique qui a été atteint d'hémiplégie et d'aphasie marquées il y a neuf mois; actuellement, les troubles de la motilité et du langage sont très améliorés, mais il persiste le signe d'Argyll-Robertson; le liquide céphalo-rachidien ne présente aucun élément figuré à la cellule de Nageotte et ne donne pas la réaction de Wassermann. De tels cas ne sont pas exceptionnels (Sicard).

Mais il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi. Dans d'autres observations, en effet, sous l'influence du traitement, la leucocytose diminue progressivement, puis se maintient à un taux fixe au-dessous duquel il est impossible de la faire descendre, même avec un traitement intensif. Mais alors la leucocytose a perdu son type primitif. Elle était auparavant *curable*. Elle est devenue incurable; elle s'est transformée en une autre variété que nous devons maintenant étudier.

Leucocytose métasyphilitique ou résiduelle. — Les lymphocytoses dites résiduelles par M. Sicard (2), qu'on peut appeler aussi lymphocytoses métasyphilitiques, sont celles qui survivent à des lésions nerveuses déjà anciennes et n'évoluant plus. C'est ainsi que chez deux paraplégiques, dont l'affection médullaire était certainement guérie en tant que lésion syphilitique, mais persistait sous forme d'une cicatrice névroglique, M. Sicard a constaté à plusieurs reprises, pendant l'espace de sept ans, que la lymphocytose se maintenait irréductible, malgré la thérapeutique.

Dans un cas suivi d'autopsie, M. Sicard a même pu constater que cette lymphocytose était due à une plaque de méningite disposée en virole sur une hauteur de 3 à 4 centimètres au niveau de la cicatrice médullaire; les méninges étaient normales au-dessus et au-dessous. Cette importante constatation démontre bien la réalité de la lymphocytose résiduelle.

Celle-ci, qui s'observe chez des sujets présentant des lésions nerveuses indélébiles et cicatricielles, s'accompagne donc de troubles nerveux (hémiplégie, paraplégie, etc.). Mais le traitement ne la fait pas disparaître; elle est *incurable*. Il est d'ailleurs possible qu'elle disparaisse lentement, *spontanément*, en l'absence même du traitement, comme cela s'observe dans les affections parasyphilitiques.

En raison même de son incurabilité, nous ne pensons pas que cette lymphocytose soit de nature syphilitique. D'ailleurs, elle n'accompagne pas une lésion syphilitique en évolution et, si l'on envisage le processus méningé qui la conditionne, on constate qu'il ne s'agit pas d'une méningite scléro-gommeuse, comme cela devrait être. Il est très probable qu'elle est purement irritative et due à l'inflammation causée par le foyer cicatriciel voisin : de telles lymphocytoses peuvent d'ailleurs s'observer en dehors de la syphilis, comme l'ont montré, à propos du ramollissement cérébral chez l'homme, MM. Babinski et Gendron, et expérimentalement MM. Lhermitte et Schäffer. Dans la syphilis, une telle méningite irritative serait favorisée par l'atteinte antérieure méningée spécifique, qui a dû disparaître lorsque la lésion nerveuse n'a plus évolué, et qu'elle a remplacée.

Leucocytose parasyphilitique. — C'est celle qui accompagne les affections nerveuses parasyphilitiques et en particulier, le tabes et la paralysie générale.

Si l'on envisage ses caractères intrinsèques, on constate qu'ils sont absolument semblables à ceux du groupe précédent. Il s'agit en effet d'une lymphocytose *accompagnant une affection nerveuse* et *incurable*.

On a dit que le traitement intensif avait une action curative nette sur elle, mais le fait n'a jamais été démontré. On peut en effet, chez un malade traité, voir survenir une diminution de la lymphocytose (Milian et Lévy-Valensi). Mais le même phénomène peut s'observer en dehors de tout traitement : avec M. Heuyer, nous l'avons vue passer de 70 à 30 éléments, de 65 à 21, de 24 à 12, de 128 à 54, chez des ataxiques non traités. Sicard et Bloch ont fait des constatations analogues. D'ailleurs, on n'a jamais signalé sa *disparition* nettement attribuable à l'intervention (celle-ci pourrait être spontanée, elle est alors progressive), mais seulement sa *diminution*, qui peut aussi bien être spontanée : or, la disparition totale de la lymphocytose démontrerait seule l'efficacité du traitement, comme à la période secondaire (1). Bien plus, ici, malgré un traitement mercuriel ou arsenical intensif, MM. Dufour, Sicard et Bloch, Milian et Lévy-Valensi eux-mêmes, ont vu la lymphocytose persister, et même quelquefois augmenter ! On ne saurait donc prétendre que la leucocytose parasyphilitique soit nettement influencée par la thérapeutique.

Comme précédemment, nous pensons qu'elle relève d'une méningite irritative. Son étude est intimement liée à celle de la pathogénie du tabes et des affections syphilitiques. Sans pouvoir revenir ici sur cette question que nous avons traitée ailleurs (2), nous ferons remarquer que les caractères histologiques de la méningite parasyphilitique, son incurabilité, la distinguent nettement de celle qui conditionne les deux premières variétés de leucocytose; on pourrait encore ajouter l'absence de réaction méningée de Herxheimer, signalée par MM. Jeanselme et Chevallier. Pour nous, la lymphocytose parasyphilitique est comparable à la lymphocytose résiduelle ; elle en diffère seulement par ce fait que l'affection nerveuse « irritante » qui la conditionne s'est développée insidieusement à la faveur de lésions méningées syphilitiques antérieures, qui étaient probablement curables mais qu'on n'a pas guéries, et qui ont disparu à la longue, après avoir déterminé des dégénérescences nerveuses indélé-

(1) A. Sézary. Histo-microbiologie de l'artérite syphilitique, *Presse méd.*, 10 déc. 1910, n° 99.

(2) Sicard. La lymphocytose résiduelle chez les hémiplégiques et les paraplégiques syphilitiques, *Revue neurol.*, 1908, p. 1338.

(1) Une leucocytose incurable est donc celle que le traitement ne fait pas *disparaître*.

(2) A. Sézary. La méningite parasyphilitique, *Presse méd.*, 19 août 1911, n° 66: — *Microbiologie de la syphilis* : chapitre *affections parasyphilitiques*. 1 vol. de l'Encyclop. Léauté, 1912.

biles. Le stade initial (qui correspond au début de l'hémiplégie ou de la paraplégie du groupe précédent) est donc ici latent et décelable seulement par la ponction lombaire : nous n'observons que l'affection résiduelle (tabes, paralysie générale), et sa méningite irritative. C'est pourquoi le terme de parasyphilitique, tellement critiqué par certains auteurs, nous paraît cependant propre à désigner de telles affections.

Notons que le tabes et la paralysie générale ne sont pas les seules affections nerveuses où s'observe la lymphocytose parasyphilitique. Il faut ajouter en particulier les cas où le seul symptôme clinique consiste dans le signe d'Argyll-Robertson : il s'agit là d'une lésion dont la localisation est encore mal déterminée, qui s'accompagne probablement d'une méningite irritative, dont la pathogénie ressortit sans doute aussi pour une part au processus indiqué dans le groupe suivant.

Enfin toute affection nerveuse parasyphilitique n'est pas fatalement accompagnée de lymphocytose céphalo-rachidienne; celle-ci, qui existe toujours au début, peut disparaître spontanément, lentement.

Leucocytose isolée incurable. — Les quatre groupes que nous venons d'étudier ne contiennent pas tous les faits de leucocytose céphalo-rachidienne chronique des syphilitiques. Il est des cas en effet où celle-ci est réellement incurable par le traitement et où cependant elle n'est pas consécutive à une affection syphilitique avérée et n'accompagne pas une affection parasyphilitique.

Il est très probable que, dans ces circonstances, il existe une réaction méningée entretenue par des lésions nerveuses cicatricielles. Mais celles-ci seraient peu accusées ou siégeraient en des zones latentes : c'est pourquoi elles ne se traduiraient par aucun symptôme. Il n'est pas impossible qu'elle disparaisse spontanément, à la longue, comme on l'a vu précédemment.

Quelquefois cette leucocytose ne demeure isolée qu'un certain temps; elle précède l'apparition d'une paralysie générale, dont les lésions étaient déjà constituées, bien que la symptomatologie en fût encore fruste. Mais elle peut aussi demeurer isolée et incurable pendant des mois et des années, sans s'accompagner d'une affection nerveuse (Cl. Vincent).

*
* *

Telles sont, d'après nous, les diverses variétés de leucocytoses chroniques du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques.

A les considérer d'une façon plus générale, on reconnaîtra que les unes sont réellement syphilitiques et curables par un traitement bien conduit, que les autres ne sont plus influencées par le traitement et sont sans doute d'ordre irritatif.

On saisit également les relations qui, comme nous le soutenons depuis trois ans, existent entre elles. Les unes sont évidentes : la leucocytose résiduelle ou métasyphilitique succède manifestement à la leucocytose syphilitique tertiaire. Les autres sont moins apparentes : la leucocytose parasyphilitique est reliée, comme nous l'avons expliqué, à la leucocytose secondaire, qui relève d'une méningite latente, diffuse, curable. On voit donc les analogies qui existent dans l'évolution des deux variétés de lymphocytoses, celle de la période secondaire et celle de la période tertiaire : chacune d'elles, comme les méningites qui les conditionnent, se transforme selon les mêmes lois. D'ailleurs, dans certaines observations, comme dans celle de du Castel et Paraf, le lien qui unit la leucocytose parasyphilitique à la leucocytose secondaire est évident; c'est lorsque la réaction méningée se traduit par des signes manifestes de méningite et qu'on voit lui succéder aussitôt des symptômes tabétiques et une lymphocytose irréductible.

Mais comment distinguer une leucocytose syphilitique d'une leucocytose méta ou parasyphilitique? Uniquement par le traitement intensif : nous avons dit plus haut quelle était son action dans les différents cas. La formule cytologique ne nous paraît pas un critérium décisif : c'est pourquoi nous n'avons pas insisté sur ses caractères. La réaction de Wassermann ne nous semble pas davantage utilisable ; on ne doit pas oublier qu'elle est fonction de lipoïdes et non de tréponèmes; aussi doit-elle être appliquée au diagnostic, mais nullement à la pathogénie des affections syphilitiques.

Cette étude analytique des leucocytoses chroniques du liquide cérébro-spinal des syphilitiques nous paraît surtout intéressante par les déductions thérapeutiques qu'elle permet.

Au traitement intermittent préconisé par Fournier, dont le seul défaut est d'intervenir sans indication rationnelle, on voudrait substituer un traitement opportuniste, basé non pas sur des manifestations cliniques qui sont insuffisantes, mais sur des réactions humorales précises. Aussi a-t-on voulu le diriger d'après les données de la réaction de Wassermann : celle-ci, évidemment, constitue en pratique un bon moyen de contrôle de l'action thérapeutique. Mais, outre que sa valeur n'est pas absolue, elle ne saurait constituer un guide infaillible pour le traitement : elle ne nous renseigne nullement sur l'évolution des déterminations méningées si dangereuses. Elle doit être complétée par l'étude du liquide céphalo-rachidien. Celle-ci, en effet, ne donne pas d'indication sur la direction générale du traitement, mais elle peut dépister une localisation nerveuse en évolution latente vers des lésions irrémédiables. Aussi, comme nous le disions en 1907 (1), la ponction lombaire doit-elle être pratiquée systématiquement chez tout syphilitique soucieux de son avenir.

Encore doit-on savoir interpréter ses résultats.

La constatation d'une leucocytose impose toujours un traitement particulièrement sérieux, soit par le mercure, soit plutôt, comme l'ont montré MM. Jeanselme et Chevallier, par le salvarsan. Dans certains cas, comme nous l'avons vu, celui-ci peut être efficace. En même temps, elle incite à un examen clinique minutieux du système nerveux. La conduite à tenir variera selon les résultats du traitement et de l'examen clinique.

Nous n'insisterons pas sur les lymphocytoses qu'on observe au moment où débute une hémiplégie ou une paraplégie : il est évident qu'un traitement vigoureux s'impose.

Si l'examen décèle une affection syphilitique (paraplégie, hémiplégie, par exemple) ou une affection parasyphilitique fruste ou avérée (tabes, paralysie générale, par exemple), on devra instituer encore un traitement intensif (cependant, dans les cas de paralysie générale avérée, il vaut mieux s'abstenir

(1) A. Sézary. Les déterminations viscérales latentes de la syphilis secondaire, *Gaz. des hôpit.*, 26 janv. 1907; — et Traitement pathogénique des affections nerveuses parasyphilitiques, *Presse méd.*, 16 avril 1910, n° 31.

d'un traitement trop actif, qui souvent aggrave l'état du malade). Au bout d'un certain temps (un à deux mois), on notera l'évolution de la lymphocytose. Si celle-ci ne paraît pas devoir disparaître, il nous semble inutile de persévérer, au moins avec autant de rigueur : le traitement peut atténuer certains symptômes, mais il n'agit pas à titre de spécifique, il n'est pas curatif, quoi qu'on en ait dit. La persistance de la leucocytose montre qu'on se trouve en présence de lésions cicatricielles irréductibles. D'autre part, on ne devra déduire de l'inefficacité du traitement aucune aggravation du pronostic, tel qu'il a été fixé du fait de l'affection nerveuse elle-même. Dans ces cas, en effet, il ne s'agit pas d'une affection dont l'évolution dépend encore de l'infection syphilitique (1).

Lorsque la leucocytose est indépendante de tout symptôme nerveux, l'épreuve thérapeutique distingue la leucocytose chronique du stade secondaire, qui est curable (Jeanselme), de la leucocytose de notre dernier groupe, qui est irréductible. Celle-ci, d'ailleurs, lorsqu'elle n'est pas le premier signe d'une paralysie générale imminente, ne paraît pas impliquer fatalement un pronostic sérieux, si l'on s'en rapporte aux observations publiées à ce jour : elle peut demeurer latente et isolée, et s'il survient des accidents, on se souviendra, comme nous l'avons montré, qu'on ne doit pas nécessairement les attribuer à la méningite chronique qu'elle révèle : actuellement, il n'est pas prouvé qu'elle puisse elle-même amener, constamment, de grave complication.

En résumé, la thérapeutique est efficace contre les leucocytoses nettement syphilitiques des périodes secondaire et tertiaire. Elle est impuissante contre les leucocytoses résiduelles dues à la cicatrice des lésions que conditionnent celles-ci : dans ces derniers cas, elle est donc inutile, elle peut être même dangereuse.

XXVe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE (2)

TROISIÈME QUESTION

LA COXA VARA ; SES RAPPORTS AVEC LES FRACTURES ET LES DÉCOLLEMENTS ÉPIPHYSAIRES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DU FÉMUR.

Rapporteurs : MM. FRŒLICH (de Nancy) et KIRMISSON (de Paris),

La dernière question mise à l'ordre du jour du Congrès a donné lieu à une discussion plus mouvementée que les précédentes; il fallait s'y attendre étant donnée l'indécision qui règne encore dans ce chapitre de la pathologie.

Voyons d'abord ce que disent les rapporteurs.

M. Frœlich, dans une étude très documentée, nous donne l'histoire complète de ce que nous savons actuellement de la coxa vara.

Il rappelle tout d'abord que c'est Müller, en 1888, puis Kocher et Hofmeister qui créèrent l'entité morbide appelée coxa vara essentielle, coxa vara statique ou des adolescents qu'il définit ainsi : une affection de la hanche caractérisée par une lésion du cartilage épiphysaire en voie de croissance occasionnant un glissement de la tête fémorale vers en bas, et des symptômes cliniques très particuliers : la claudication, l'adduction et la rotation externe du membre, l'élévation du grand trochanter avec présence de la tête fémorale dans le cotyle.

Un certain nombre de pièces anatomiques provenant d'opérations pratiquées dans un but thérapeutique ou par suite d'erreurs de diagnostic, l'étude radiographique, ont montré que chez les adolescents le siège de la lésion est près de la tête fémorale, c'est une coxa vara cervicale.

Cette coxa vara essentielle est la conséquence de la surcharge, au moment de l'adolescence, d'un col fémoral ou plutôt d'un cartilage épiphysaire insuffisant.

La cause de cette insuffisance n'est pas encore établie d'une façon certaine, elle pourrait être d'origine infectieuse.

Les effets de la surcharge sont quelquefois accélérés par un trauma plus ou moins violent, et l'on a pu parler de fracture spontanée.

La lésion évolue pendant un, deux ou trois ans. Troubles fonctionnels et affaissement du col augmentent, puis vient un temps d'arrêt. Enfin, spontanément, une régression des difficultés de la marche et une augmentation de l'amplitude des mouvements surviennent.

Le repos, la décharge de l'articulation, le massage, la mécanothérapie ont des effets très utiles dans le cours de l'évolution du mal. Pendant la période d'état des redressements forcés amélioreront considérablement la situation. Quand les difformités osseuses sont définitives et entravent beaucoup la marche, une ostéotomie sous-trochantérienne pourra y remédier. Le modelage du col et de la tête et les résections ne seront qu'exceptionnellement indiqués.

La question serait simple si le nom de coxa vara avait été réservé à l'entité clinique décrite par Müller. Mais elle a été compliquée par la description successive d'un grand nombre de coxa vara symptomatiques.

C'est ainsi que M. Frœlich passe successivement en revue la coxa vara congénitale, rachitique, ostéomalacique, les coxa vara inflammatoires : tuberculeuse, ostéomyélitique, par ostéite fibreuse, par arthrite déformante, les coxa vara par insuffisance des glandes à sécrétion interne, celles qui sont en rapport avec les affections du système nerveux et l'ostéomalacie sénile, la coxa vara traumatique et celle qui est en rapport avec la réduction des luxations congénitales de la hanche.

Ces incurvations symptomatiques sont d'ailleurs très fréquentes, et dans la proportion de 42 contre 5 coxa vara essentielles.

Certains auteurs ont été jusqu'à nier l'existence de la coxa vara essentielle, les cas décrits comme tels ne relevant que de lésions traumatiques anciennes méconnues du col fémoral.

M. Frœlich, qui a eu l'occasion d'en voir cinq cas, montre que son individualité réside dans son étiologie spéciale (absence de traumatisme, adolescents, travailleurs de la terre), la lenteur de sa production, enfin les constatations anatomiques et radiographiques montrent que dans les coxa vara symptomatiques l'affaissement du col se produit dans le

---

(1) La paralysie générale comporte des indications spéciales. Elle a une évolution nettement progressive. Il semble que les cellules cérébrales, une fois atteintes par la syphilis, dégénèrent progressivement et accélèrent encore cette dégénérescence sous l'influence des toxines endogènes ou des poisons exogènes, comme le mercure.

(2) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, nos 118 et 119.

voisinage du grand trochanter et constitue une coxa vara trochantérienne.

D'ailleurs cette partie de la discussion est particulièrement développée dans le rapport du professeur Kirmisson qui s'était réservé l'étude de la *coxa vara traumatique* ou la *coxa vara dans ses rapports avec les fractures et les décollements épiphysaires de l'extrémité supérieure du fémur.*

Comme préambule à cette discussion, M. Kirmisson nous décrit d'abord les fractures du col et les décollements épiphysaires dans l'enfance et l'adolescence.

Bien que déjà décrite par d'autres, ce sont surtout les travaux de Royal Whitman qui ont démontré que la fracture du col du fémur n'est pas l'apanage du vieillard, et qu'on la rencontre à tout âge de la vie, particulièrement chez l'enfant. M. Kirmisson en rapporte d'ailleurs cinq observations personnelles. C'est dans l'adolescence au contraire que l'on rencontre presque exclusivement le décollement épiphysaire.

Quant à la fréquence relative des deux lésions, elle est difficile à apprécier, étant donné qu'il existe des cas mixtes que l'on peut interpréter différemment; M. Kirmisson, se rangeant à l'opinion de Whitman, pense que les fractures sont infiniment plus fréquentes que les décollements épiphysaires.

Ces traumatismes du col du fémur chez l'enfant présentent deux caractères particuliers très importants : tout d'abord d'être parfois la conséquence de traumatismes très minimes; en second lieu d'être, dans un bon nombre de cas, compatibles avec un fonctionnement plus ou moins complet du membre.

Ces deux circonstances expliquent la production de la coxa vara traumatique.

En effet, si le diagnostic des fractures et des décollements épiphysaires du col fémoral est fait de façon précoce, ces cas sont traités, comme l'a montré Whitman, par réduction sous chloroforme suivie de l'application d'un appareil plâtré maintenant le membre dans une abduction d'au moins 45 degrés avec rotation interne.

Mais en raison de l'insignifiance du traumatisme causal et du peu de troubles fonctionnels, les lésions du col peuvent être méconnues, non soignées, et aboutir par la suite à la coxa vara traumatique.

Ce qui reste à fixer c'est la fréquence de cette coxa vara traumatique. Toutes les coxa vara dites essentielles ne sont-elles pas d'anciennes fractures méconnues et mal consolidées?

Si l'on admet cette théorie, on en arrive à admettre comme cause de la fracture des traumatismes si légers que force est bien de faire jouer un rôle prépondérant aux causes prédisposantes résidant dans une altération anatomique du col sur laquelle on n'a d'ailleurs aucune donnée.

De plus, il existe un certain nombre d'observations dans lesquelles l'accident a été précédé, pendant un temps plus ou moins long, de douleurs et de troubles fonctionnels, de sorte que, suivant l'expression de M. Gangolphe, il semble que le traumatisme ait été l'aboutissant bien plutôt que la cause de la maladie.

On voit donc combien est difficile à faire le départ entre la coxa vara essentielle et les inflexions du col consécutives aux fractures. Mais il y a ici une distinction à faire, dit M. Kirmisson.

Dans l'enfance, la coxa vara rachitique, le plus souvent bilatérale, n'est pas rare, de même les fractures du col fémoral sont plus fréquentes à cette période de la vie que plus tard (statistique de Whitman). Ce sont ces lésions qu'on rencontrera chez l'enfant, mais c'est dans l'adolescence que surgissent surtout les difficultés; c'est à ce moment qu'on observe la coxa vara essentielle, mais c'est alors aussi qu'on verra les décollements épiphysaires, conséquences de traumatismes encore plus minimes que des fractures. Ici on rencontrera les cas obscurs, difficiles à interpréter; les signes cliniques ne peuvent servir à trancher la question, l'examen des pièces anatomiques même ne permet pas toujours de conclure, la radiographie ne permet pas davantage de porter un jugement certain.

Le professeur Kirmisson conclut en disant que la question des rapports entre la coxa vara et les traumatismes du col fémoral est loin d'être encore entièrement résolue. Sans doute dans les cas où les commémoratifs sont très nets, où les signes cliniques et la radiographie faite immédiatement après l'accident démontrent d'une façon certaine l'existence d'une fracture ou d'un décollement épiphysaire du col, il n'est pas douteux que l'on doive rattacher à ce traumatisme la coxa vara qui se montre ultérieurement. Mais quand il en est autrement, quand on n'a aucune donnée certaine sur le traumatisme, ou bien quand ce traumatisme est excessivement minime, quand surtout il a été précédé de douleurs et de gêne fonctionnelle, l'appréciation est beaucoup plus difficile. Dans ces derniers cas, il est permis de conclure avec M. Gangolphe que, loin d'être la cause initiale, le traumatisme a été en réalité l'aboutissant de la maladie. C'est l'altération primitive du col fémoral, encore mal déterminée dans sa nature, qui a été le point de départ; le traumatisme ne représente pour ainsi dire qu'un épisode, et, pour ces cas tout au moins, on ne saurait employer l'expression de coxa vara traumatique.

Quant au traitement des faits récents de fractures et de décollements épiphysaires, nous avons vu que c'est à la méthode de Whitman qu'il faut donner la préférence. Pour les cas anciens on pratiquera l'ostéoclasie du col, applicable dans les deux premiers mois qui suivent l'accident, suivie du même traitement. Plus tard, pour les cas de coxa vara constituée l'ostéotomie sous-trochantérienne. suivie de fixation en abduction, donnera d'excellents résultats.

Toutes les autres méthodes sanglantes plus ou moins complexes ne sont que des procédés d'exception réservés à quelques cas particuliers.

A la suite de l'exposé de ces rapports une discussion s'engagea à laquelle prirent part MM. Willems (de Gand), Gangolphe (de Lyon), Guibé (de Paris), Nové-Josserand (de Lyon), Mouchet (de Paris), Calot (de Berck), Savariaud (de Paris), Gourdon (de Bordeaux), Barbarin (de Paris), Rocher (de Bordeaux), Martin du Pan (de Genève), Judet (de Paris), Petit de la Villéon (de Bordeaux), Perdu (d'Amiens), Lamy (de Paris), Joüon (de Nantes), et enfin MM. Frœlich et Kirmisson, qui viennent défendre les conclusions de leurs rapports.

D'une façon générale la plupart des orateurs, MM. Willems, Gangolphe, Mouchet, Savariaud, etc., protestent contre l'abus que l'on a fait du terme de coxa vara appliqué à des affections où l'inflexion du col ne joue qu'un rôle tout à fait secondaire. Rapprocher des affections aussi dissemblables sous un même titre, c'est, dit M. Gangolphe, comme si l'on

écrivait un chapitre des boiteux, et il n'y a pas plus de raison, dit M. Willems, de décrire une coxa vara tuberculeuse qu'un pied bot tuberculeux.

De plus le terme coxa vara lui-même, dit M. GANGOLPHE, est incomplet car il ne tient compte que de l'abaissement de la tête et non de la flexion du col qui est le phénomène capital. Aussi a-t-il proposé de lui substituer « coxa flecta ».

M. GUIBÉ proteste d'ailleurs au nom du latin contre un tel barbarisme, qui en mot à mot veut dire « hanche en flexion » et si on veut désigner l'inflexion du col il faut dire collum flexum. Enfin M. WILLEMS demande que pour bien marquer le siège de l'inflexion, dans la coxa vara essentielle, on la désigne sous le terme juxta-capitale.

Ceci posé pour plus de clarté, nous exposerons ce qui a été dit d'abord au sujet des diverses coxa vara symptomatiques, terminant par la coxa vara traumatique et la coxa vara essentielle.

M. ROCHER apporte une observation de *coxa vara congénitale*, malformation accompagnée d'atrophie et de lésions étendues de toute la moitié du bassin.

M. MOUCHET rappelle qu'il a publié un cas analogue.

M. BARBARIN remarque que dans la *coxa vara tuberculeuse* il y a presque toujours des phénomènes de destruction du col et de la tête et que le phénomène d'inflexion passe au second plan. Cependant parfois il y a tout autre chose et M. GOURDON rapporte un cas très intéressant de décollement épiphysaire tout à fait au début de la coxalgie, le malade étant au lit depuis un mois, la radiographie montre seule les lésions.

Au sujet de la fréquence de la *coxa vara rachitique*, les opinions diffèrent. Alors que M. BARBARIN déclare qu'on en voit trop; MM. WILLEMS, PETIT DE LA VILLÉON, SAVARIAUD pensent qu'elle est très souvent méconnue; il faut la dépister, la chercher pour la trouver. Pour M. Savariaud, beaucoup de cova vara étiquetées post-traumatiques relèvent d'une prédisposition antérieure, en particulier du rachitisme. C'est ainsi que pour lui l'observation nº 1 donnée par M. Kirmisson dans son rapport comme coxa vara traumatique et dont la radiographie figure dans son traité des malformations acquises est un exemple typique d'inflexion juxta-trochantérienne du col chez un rachitique, et que l'espace clair vu sur le col deux ans après le début des douleurs est non un trait de fracture mais le cartilage de conjugaison élargi. Si l'on passait une revue sévère de ces observations, dit M. Savariaud, on en ferait une terrible hécatombe.

L'action de la pesanteur n'est pas toujours indispensable à produire la coxa vara rachitique; sur 6 cas observés par M. Gourdon, 2 fois des enfants de quatorze mois n'avaient pas encore marché. La radiographie montre dans la coxa vara du col, en plus de son inflexion, un allongement manifeste du col. Pour M. Gourdon ces cas guérissent par le simple repos et traitement général. C'est aussi l'opinion de M. Barbarin. M. NOVÉ-JOSSERAND a cherché ce que devenaient ces coxa vara rachitiques, et les résultats éloignés du traitement médical. Dans 3 cas soignés tardivement, il n'y a pas eu d'amélioration, dans les 3 autres cas, soignés en pleine évolution, 2 ont été traités par le seul repos, un autre par des manœuvres d'abduction, ces trois malades ont bien guéri. Il semble donc que la guérison par repos et le traitement général soit la règle, à condition de l'appliquer quand la maladie est encore en évolution.

M. NOVÉ-JOSSERAND a pu étudier 7 cas de *coxa vara dans la luxation congénitale*. Dans 5 cas la lésion existait avant la réduction, il s'agit alors d'une inflexion du col avec déplacement de la tête vers le haut; dans les 2 autres cas la déformation s'est produite longtemps après la réduction, trois à cinq ans après, il y avait inflexion du col avec disparition de la tête fémorale. M. Nové-Josserand pense qu'il s'agit alors de troubles de nutrition dus à l'absence des vaisseaux nourriciers arrivant à la tête par le ligament rond.

M. LAMY a pu observer 2 cas de cette affection décrite par J. Calvé (de Berck) [*Revue de chir.*, 10 juillet 1910] et caractérisée principalement par des signes de réaction articulaire d'allure chronique ou subaiguë, de durée courte, guérissant avec conservation des mouvements; des déformations osseuses préexistantes à ces symptômes articulaires et leur survivant, qui sont : de la coxa vara, une hypertrophie considérable de la tête fémorale, une atrophie et déformation lamellaire du noyau épiphysaire de la tête, enfin une absence totale de destruction osseuse. Ces cas sont souvent pris pour des coxalgies et guérissent après quelques mois de repos. M. Calvé a pu déjà observer une trentaine de ces cas. Leur rapport avec l'ostéomyélite, l'ostéite de croissance, la tuberculose atténuée est encore discuté.

La *coxa vara traumatique* a été observée une fois par MM. BARBARIN, ROCHER, MARTIN DU PAN, GOURDON (1 cas sur 15 coxa vara de diverses origines), JUDET. Le malade de M. Rocher présentait une fracture méconnue du col des 2 fémurs que l'on put redresser après un mois. Suivi pendant un an on constate qu'alors qu'un côté reste guéri il se produit de l'ostéoporose de l'autre côté avec un décollement lent de l'épiphyse. M. Martin du Pan a observé la même prédisposition au décollement épiphysaire chez son malade atteint de fracture intertrochantérienne. Dans deux redressements successifs il se produisit un décollement épiphysaire allant jusqu'à la luxation du noyau de la tête. La fracture du col chez l'enfant est sujette à passer inaperçue en vertu des raisons développées par M. Kirmisson. Si on sait la reconnaître et la traiter convenablement, c'est-à-dire par la méthode de Whitman, avec un maintien en appareil d'au moins quarante jours, car la consolidation est très lente, suivie d'un séjour au lit de quinze jours (WILLEMS, BARBARIN, JUDET, PERDU), elle est le plus souvent suivie de *restitutio ad integrum* (obs. de Judet). Elle n'est pas plus grave que celle de l'adulte, mais si elle est méconnue, elle aboutit le plus souvent à l'affaissement du cal insuffisant et du col atteint de troubles trophiques.

Une observation de ROCHER, une autre de JOÜON, nous montrent que dans le cas de fracture méconnue même après plusieurs semaines, on doit intervenir par ostéoclasie du col, ou même sans le briser, en mettant le membre en abduction et rotation interne, on arrive à améliorer considérablement les symptômes et obtenir un résultat fonctionnel parfait.

Il convient donc (Willems, Martin du Pan), pour ne pas laisser passer inaperçue une fracture du col, de pratiquer une radiographie après tous les traumatismes de la hanche, quel que soit l'âge du sujet. On pourra recourir encore mieux à la radiographie

stéréoscopique (Rocher). Le véritable traitement de la coxa vara traumatique est sa prophylaxie par le diagnostic et un traitement efficace des fractures du col.

En cas de coxa vara constituée on se comportera comme dans le cas de *coxa vara essentielle*.

C'est au sujet de celle-ci que l'on ne s'entendit plus aussi bien. Le point délicat est de savoir tout d'abord si elle existe réellement.

M. Calot déclare que quant à lui, pour les cas qu'il a observés et qu'il avait étiquetés coxa vara essentielle, son opinion a changé et qu'il pense de plus en plus qu'il s'agit de fractures ou décollements épiphysaires méconnus. Il a cherché en vain dans le rapport de M. Kirmisson une radiographie de coxa vara statique, il en trouve une seule dans celui de M. Frœlich. Il a montré cette radiographie à ses élèves qui sans hésiter ont conclu à un décollement épiphysaire. Il l'a montrée à la société de radiologie; la moitié des membres lui a répondu « décollement épiphysaire », l'autre moitié « épreuve retouchée, insuffisante pour porter un diagnostic ». Pour lui, il s'agit non seulement d'un décollement épiphysaire, mais d'une fracture: Il en appelle aux membres du congrès.

Cette argumentation n'a pas eu l'heur de séduire les membres du Congrès, car l'opinion de M. Calot sur la coxa vara essentielle ne rencontra pas un seul adhérent.

MM. Perdu, Martin du Pan, Rocher apportent chacun l'observation d'un cas de coxa vara essentielle; MM. Gangolphe, Savariaud, Gourdon, Judet, chacun deux observations; soit au total onze observations avec leurs radiographies. Il s'agit d'adolescents le plus souvent de taille élevée, avec une croissance rapide (un malade de M. Gangolphe avait $1^{m}70$ à treize ans, $1^{m}765$ quelques mois après), aucunement rachitiques, chez lesquels la lésion se produit *spontanément* et *progressivement* en dehors de tout traumatisme. L'anatomie pathologique ne peut servir à les identifier : M. Savariaud montre la pièce 188 A du musée Dupuytren cataloguée fracture consolidée qui pourrait aussi bien s'intituler coxa vara spontanée.

Leur aspect radiographique n'a rien qui puisse les différencier d'un décollement épiphysaire : la bande claire d'un cartilage élargi donne le même aspect que le décollement épiphysaire ou un trait de fracture (Savariaud). Ce qui les différencie c'est leur histoire clinique, leur spontanéité, l'absence de traumatisme, la lenteur de leur production, parfois leur bilatéralité (cas de Judet).

Parfois la lésion se complète d'une fracture au sujet d'un traumatisme insignifiant. La fracture est l'aboutissant de la maladie. La fracture est parfois même, à proprement parler, spontanée, comme chez le malade de M. Perdu qui, sans choc, « s'effondre sur la route ». Mais dans l'histoire du malade on trouve que celui-ci souffrait de la hanche depuis longtemps, qu'il marchait mal surtout à la fin de la journée. Et si l'on prend chez ces malades des radiographies multiples (Rocher) en prenant les deux hanches dans le cliché (Gangolphe), on assiste dans certains cas à l'apparition d'une deuxième coxa vara progressive du côté opposé à celui où s'est produite la fracture. — C'est ce qu'ont pu observer MM. Gangolphe et Savariaud.

L'affection est saisie là au début de son évolution et son existence ne peut être mise en doute. — L'attribuer toujours au traumatisme c'est être trop simpliste, dit M. Judet, c'est aller au delà de l'observation impartiale des faits.

Quant à la nature de l'affection primitive du col, on en est encore réduit à l'hypothèse. — Cependant, MM. Rocher et Martin du Pan ont observé chacun un cas de coxa vara essentielle consécutive à une scarlatine, ce qui serait en faveur de l'origine infectieuse déjà indiquée par M. Frœlich.

Dans d'autres cas, il faut invoquer la croissance exagérée (Gangolphe et Gourdon) jointe à la surcharge le plus souvent professionnelle (Gourdon). — M. Mouchet signale la possibilité d'observer dans ces coxa vara de la subluxation intermittente, occasionnant une hanche à ressort articulaire analogue à celle signalée par M. Ombrédanne pour la coxa valga. — M. Petit de la Villéon rappelle la difficulté du diagnostic entre la coxa vara et la luxation congénitale. En l'absence de radiographie, la possibilité de produire une hyperrotation interne de la cuisse est pathognomonique de la luxation; dans la coxa vara il y a au contraire hyporotation interne.

Pour le traitement de l'affection, on s'accorde avec les rapporteurs pour soigner les cas peu graves par un traitement exclusivement médical (Barbarin). Pour les cas graves, il convient de rejeter les opérations complexes sur le col et la tête fémorale (Willems), dans presque tous les cas l'ostéotomie sous-trochantérienne transversale suffit. M. Calot préfère l'ostéotomie cunéiforme que rejettent MM. Kirmisson et Perdu, car elle cause toujours du raccourcissement.

Somme toute, de cette discussion résulte que l'existence de la coxa vara essentielle, en dehors de tout traumatisme, est indéniable.

Impossible à distinguer anatomiquement, radiographiquement de la coxa vara traumatique, c'est une entité clinique dont le diagnostic repose sur l'étude des données étiologiques et de la marche de l'affection. De l'existence même d'une fracture on ne pourra conclure qu'elle est la cause de la coxa vara car elle est peut-être son aboutissant; l'existence de douleurs avant le traumatisme l'indiquera, l'apparition de la lésion sur l'autre branche en apportera la preuve.

Mais si son existence est certaine, la fréquence de la coxa vara essentielle est encore diversement appréciée. — Comme la majorité des auteurs, MM. Kirmisson et Frœlich pensent qu'elle est très rare et qu'il faut faire une place de plus en plus grande pour les cas d'origine traumatique. — M. Savariaud, au contraire, croit à la fréquence assez grande de la lésion, et partage l'opinion de Hofmeister qui la croit aussi fréquente que le genu valgum de l'adolescence. Le tout est de savoir la dépister. Ce diagnostic n'a pas seulement une importance théorique comme le rappelle M. Kirmisson, car le traitement souvent expectatif dans la coxa vara essentielle doit être actif dans la coxa vara traumatique; de plus, au point de vue des accidents du travail par exemple, il n'est pas indifférent de considérer comme conséquence d'un traumatisme une lésion purement spontanée ou inversement.

C'est donc surtout sur ce point de la fréquence relative de ces deux affections que de nouvelles recherches sont encore indispensables.

(A suivre.) M. LANCE.

JURISPRUDENCE

LE SECRET MÉDICAL ET LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

En matière d'accident du travail, le secret médical n'existe pas. Telle est la conséquence qui découle obligatoirement d'un jugement rendu le 17 juillet 1912 par le tribunal correctionnel de Lille.

La femme d'un accidenté du travail poursuivait pour violation du secret professionnel deux personnalités médicales de Lille. Elle alléguait que le médecin du patron avait visité son mari à l'hôpital, sans être muni d'une autorisation de justice, et avait remis à des tiers, sans le consentement du malade, un certificat médical constatant le défaut de relation de cause à effet entre l'accident et la mort. Ce certificat, qui avait été versé aux débats, avait fait débouter la veuve de sa demande de rente. Elle prétendait eu outre que le chef de clinique n'aurait pas dû communiquer, sans le consentement du malade, certaines données qui prouvaient que l'accidenté était atteint d'une maladie qui n'avait rien de professionnel. Ce faisant, elle leur réclamait en outre des dommages-intérêts.

Le tribunal dans un jugement des plus motivés a débouté la veuve de son action correctionnelle.

« En ce qui concerne Pierret :

Attendu que tout d'abord que la communication critiquée n'est pas le fait de Pierret;

Attendu que la lettre écrite par Pierret à Verstraete, son confrère, le 8 août 1911, n'avait pas le caractère d'un certificat; qu'elle ne mentionnait pas le nom du malade, que le silence gardé sur la personnalité de Clabecq lui conférait, suivant la pratique suivie entre médecins, un caractère confidentiel; qu'elle n'était qu'une réponse à une demande formelle, et n'avait que la valeur d'un renseignement de nature à confirmer un diagnostic douteux;

En ce qui concerne Verstraete :

Attendu que Verstraete a pu légitimement, sur la demande de la compagnie d'assurances, visiter Clabecq à l'hôpital de la Charité, qu'aucune autorisation n'était nécessaire; qu'une circulaire du 28 février 1901, du directeur de l'Assistance publique, autorise expressément les médecins des chefs d'entreprises ou des compagnies d'assurances, de même que les médecins des victimes elles-mêmes, à visiter les blessés admis dans les hôpitaux; qu'il était donc tout naturel qu'à la suite de sa visite Verstraete rendît compte à la compagnie d'assurances de ses constatations personnelles;

Attendu au surplus que le régime institué par la loi du 9 avril 1898 est exclusif du secret médical, qu'en matière d'accident du travail ce secret n'existe pas; qu'au début de la procédure, la loi oblige le patron à fournir un certificat médical à l'appui de sa déclaration de sinistre et à indiquer dans cette pièce l'état de la victime, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat définitif (art. 11, § 2);

Attendu que cette disposition implique nécessairement que le médecin, appelé à donner ses soins à la victime d'un accident du travail, est délié du secret professionnel;

Attendu que, d'ordre public, et en raison du caractère forfaitaire de la réparation du dommage causé par les accidents d'industrie, la loi de 1898 constitue une transaction avec le droit pur et nécessite, pour son fonctionnement, l'abrogation des règles astreignant le médecin au secret professionnel;

Attendu que le patron est en droit, dès lors, de se faire renseigner sur les antécédents physiques de son ouvrier, victime d'un accident, et de connaître les diathèses pouvant influer sur le traitement et en modifier le cours dans l'intérêt de la victime qui a exactement le même droit que le patron;

Attendu qu'aucun des certificats ainsi délivrés, soit au patron, soit à la compagnie d'assurances qu'il se serait substitué, soit à l'ouvrier, n'a de caractère secret et confidentiel; que tous ces documents, quels qu'ils soient, doivent être produits au cours de la procédure et communiqués à la partie adverse dès la tentative de conciliation devant le président du tribunal;

Attendu qu'à plus forte raison, ces documents sont exhibés sous réserves, quand l'affaire, devenue litigieuse, est portée devant le tribunal, qui a toujours le droit de les contrôler et de se les faire confirmer par des experts de son choix;

Attendu que ni le patron, ni les compagnies d'assurances qui sont aux droits du patron, ne sont des tiers au regard de la victime; qu'ils ont incontestablement le droit de faire appel au concours du médecin de leur choix pour contrôler le diagnostic du médecin traitant et s'éclairer sur les conséquences des accidents dont la responsabilité leur incombe en définitive;

Attendu que ce droit leur est reconnu formellement par la circulaire du 28 février 1901, du directeur de l'Assistance publique, qui permet aux médecins des compagnies d'assurances, en même temps qu'aux médecins choisis directement par les patrons, de visiter dans les hôpitaux les blessés du travail qui y sont en traitement; que ce droit de visiter emporte celui de fournir un certificat relatif au mandant, comme c'est devenu de pratique courante. »

Si l'on se reporte au texte même de la loi du 9 avril 1898, on s'aperçoit que l'économie même de la loi sur les accidents du travail implique une dérogation aux termes de l'article 378 du code pénal, qui impose aux médecins le secret professionnel. Dès 1902, un jugement du tribunal civil d'Albertville (26 juillet 1902, *Gazette du Palais*, 1902, 2. 450) avait déclaré que rien ne pouvait s'opposer à ce qu'il soit fait état des témoignages de médecins entendus au cours d'une enquête faite par le juge de paix aux termes de la loi de 1898. Cette décision, comme celle que nous citons aujourd'hui, s'appuyait sur les dispositions de l'article 11 § 3 de la loi du 9 avril 1898 modifiée par celle du 22 mars 1902, qui édicte que le chef d'entreprise doit déposer à la mairie un certificat de médecin, indiquant l'état de la victime, les suites probables de l'accident et l'époque à laquelle il sera possible d'en connaître le résultat.

Or cette obligation de produire un semblable certificat implique nécessairement comme conséquence, soit que les renseignements de la nature de ceux qui font l'objet de l'enquête ne rentrent pas dans la catégorie des faits auxquels le législateur attribue un caractère secret et confidentiel, non susceptible à ce titre d'être révélés, soit que le médecin appelé à donner ses soins à la victime d'un accident se trouve délié du secret professionnel.

D'ailleurs d'autres décisions sont en ce sens [v. Cour Grenoble, 3 mars 1905 (*Dalloz*, 1907, 2, 94)]; 29 janvier 1909 (*Gazette du Palais*, 1909, 1. 562); Trib. corr. Vienne, 6 janvier 1909 (*Monit. jud. de Lyon*, 26 janvier 1909); Cour de Lyon, 16 juin 1909 (*Rec. des assur.*, 1909, p. 550).

Il résulte donc comme conséquences pratiques de ce jugement de Lille qu'il est permis au médecin du patron de visiter l'ouvrier blessé sans recourir au préalable aux formalités prescrites par le § 5 de l'art. 4 de la loi du 9 avril 1898, et de communiquer le résultat de cette visite à l'assurance ou au patron, pour qu'il en soit fait état dans les procédures de responsabilité.

En matière d'accidents du travail, le secret médical n'existe pas.

Par suite ne commet, en conséquence, aucun délit, le chef de clinique qui renseigne le médecin de l'assurance sur la nature, l'évolution ou la gravité de l'affection dont souffre un prétendu blessé, même si cette affection est étrangère à l'accident.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 18 OCTOBRE 1912)

Deux cas de spondylite typhique observés à Paris. — MM. J. AUCLAIR et R. J. WEISSENBACH rapportent deux observations de cette complication rare de la fièvre typhoïde. Ils insistent sur les caractères de l'affection qui rendent le tableau clinique absolument caractéristique : début brusque avec élévation de la température, par une douleur lombaire extrêmement vive. On note à la période d'état deux ordres de symptômes, des signes ostéo-articulaires rachidiens caractérisés

par la raideur, la contracture musculaire, la douleur à la percussion des apophyses épineuses des troisième et quatrième vertèbres lombaires dans un cas, des deuxième, troisième et quatrième vertèbres lombaires dans l'autre cas, et des signes de compression ou d'irritation radiculo-médullaire : douleurs en ceinture et zones d'hyperesthésie à topographie radiculaire dans un cas, parésie, exagération des réflexes, clonus du pied dans l'autre cas. Ces phénomènes ont apparu à la convalescence (quatre-vingt-huitième et cinquante-troisième jour) d'une fièvre typhoïde authentique; au moment de leur apparition, l'hémoculture était négative, le séro-diagnostic positif, la ponction lombaire ramenait un liquide normal, l'examen du sang révélait de la polynucléose.

Les radiographies faites en série n'ont pas montré de lésions nettes dans l'une des observations, dans l'autre au contraire, elles ont montré, mais tardivement, des altérations importantes ; ossification du disque intervertébral et ossification diffuse périvertébrale. Dans les deux cas, sous l'influence de l'immobilisation, les phénomènes douloureux ont cédé rapidement et la guérison était complète en trois et cinq mois; dans le second cas seulement, persistait un peu de raideur rachidienne.

L'examen radiologique et le pneumothorax artificiel. — MM. Rist et Maingot. L'examen radiologique est la condition *sine qua non* d'une application méthodique et efficace du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Il doit précéder la première injection d'azote et être répété fréquemment dans l'intervalle des réinsufflations ultérieures. Seul, l'examen radioscopique permet de suivre les progrès de la cure, de mesurer la rétraction du poumon, de suivre l'élongation et de constater la rupture des adhérences; il donne des indications précieuses pour déterminer l'opportunité des réinsufflations. Le mouvement de bascule du diaphragme, encore appelé phénomène paradoxal de Rienboeck s'observe tant que la pression intrapleurale est supérieure à la pression atmosphérique; lorsque l'examen radioscopique fait constater la disparition du phénomène de Rienboeck, c'est que la pression intrapleurale est devenue inférieure à la pression atmosphérique et que, par suite, la réinsufflation s'impose. L'examen radioscopique fait encore découvrir à leur extrême début les épanchements qui surviennent assez souvent au cours du traitement compressif. Les auteurs illustrent leur communication de projections de clichés radiographiques.

Hypertrophie simple, congénitale, familiale et régionale des diverses glandes salivaires (mangy algérien). — MM. André Léri et R. A. Gutmann présentent un sujet qui n'a d'autre affection qu'une hypertrophie symétrique des trois paires de glandes salivaires (parotides, sous-maxillaire et sublinguale). Cette hypertrophie n'est pas inflammatoire, les glandes ont une consistance semi-pâteuse, une forme normale et légèrement lobulée. Les tissus qui les recouvrent sont mobiles; il n'y a pas d'adénopathie. En somme cette tuméfaction paraît être aux glandes salivaires ce qu'est le goitre au corps thyroïde.

L'aspect est celui que l'on a décrit dans la maladie de Mikulicz, mais les glandes lacrymales sont intactes. Certains caractères étiologiques distinguent d'ailleurs ces cas des très rares formes frustes de syndrome de Mikulicz, où les glandes lacrymales étaient indemnes. Il s'agit en effet d'une affection congénitale, familiale et héréditaire, car le père, quatre frères et sœurs sur sept, et plusieurs oncles et tantes, présenteraient la même hypertrophie simple; d'une affection régionale enfin, car le malade est Algérien et dans la région où il vit (Tizi-Ouzou) un assez grand nombre d'habitants présenteraient la même altération.

Cette affection ne ressemble guère qu'à celle que M. Fontoynon a décrite à Madagascar sous le nom malgache de mangy, hypertrophie également non inflammatoire congénitale ou infantile, familiale et héréditaire, nettement spéciale à certaines régions de l'île.

Il a paru intéressant de signaler que cette curieuse affection, dont la pathogénie est d'ailleurs tout à fait inconnue, paraît exister aussi dans un tout autre pays.

M. Variot présente un nourrisson, hypoalimenté, atteint d'**ectasie gastrique**, et fait à propos de la dilatation de l'estomac chez les nourrissons une très intéressante communication.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1912)

Fracture marginale postérieure. — M. Demoulin, à propos de la communication faite sur ce sujet par M. Quénu le 20 février dernier, revient sur cette question qu'il a tout particulièrement étudiée. Au mois de juillet dernier, il s'est demandé si le fragment intermédiaire, dans la fracture de Dupuytren, n'était pas le fragment marginal postérieur. Il revient sur les faits qui ont été présentés, et refait l'historique de la question. D'ailleurs, M. Quénu a bien lui-même cité tous les auteurs qui se sont occupés de la question, sauf un, Voillemier qui, en 1862, attirait l'attention sur quelques cas de fracture du cou-de-pied par arrachement. M. Demoulin montre les pièces de Voillemier qui prouvent la grande part qu'a prise cet auteur à l'étude des fractures marginales postérieures.

M. Demoulin rappelle, après M. Quénu, les travaux de Tillaux et de Verneuil. En 1882, M. Nepveu, l'un des élèves de Verneuil, rapportait à la Société de chirurgie quatre observations de résection tibio-tarsienne pour fractures du cou-de-pied vicieusement consolidées. Il insistait, dans ce travail, sur la présence d'un troisième fragment osseux intermédiaire qui rendait impossible la réduction, malgré la section des deux os. En 1884, Verneuil revient lui-même sur ce point et montre ce fragment intermédiaire.

Dans ces derniers temps, M. Destot a présenté quatre radiographies où l'on constate une diastasis énorme avec le fragment intermédiaire décrit par Verneuil. Enfin, M. Delorme, dans le *Dictionnaire* de Jaccoud, à l'article JAMBE, insiste sur l'existence, dans la fracture de Dupuytren, haute ou basse, d'un troisième fragment antérieur, externe ou postérieur.

Il y a, selon M. Demoulin, deux variétés de fractures marginales postérieures, une variété à petits fragments et une variété à très gros fragments. Dans la première variété il s'agit d'arrachement par les ligaments péroniers latéraux.

En terminant, M. Demoulin fait ressortir les avantages de la radiographie pour l'étude de ces cas, tout en faisant observer qu'elle peut donner lieu à des erreurs d'interprétation.

M. Chaput. Au point de vue chirurgical, la malléole externe se compose de trois portions : la pointe qui répond à l'astragale; le corps qui correspond à l'articulation péronéo-tibiale inférieure; le col ou pédicule rétréci et long qui relie la malléole au corps du péroné.

Il est indispensable de conserver la division en fractures par adduction et par abduction ; les premières, résultant de l'adduction forcée, sont caractérisées par la fracture transversale de la pointe de la malléole et ne s'accompagnent pas de luxation ni de diastasis.

Les fractures par abduction reconnaissent l'abduction pour cause; la malléole externe peut être brisée sur une ou plusieurs de ses trois portions, et le trait est oblique en bas, en avant et en dedans; elles s'accompagnent fréquemment de diastasis péronéo-tibial et de luxation de l'astragale; enfin, leur traitement consiste en réduction avec plâtre en adduction forcée.

Le siège de la fracture de la malléole externe résulte de la fragilité de la malléole comparée à celle des ligaments péronéo-tibiaux.

Quand les ligaments péronéo-tibiaux sont fragiles, il se fait une diastasis large, l'astragale pressant sous le péroné de bas en haut, celui-ci se brise par flexion au point le plus faible soit au col de la malléole externe (fracture de Dupuytren), soit au tiers supérieur (fracture de Maisonneuve).

Si les ligaments péronéo-tibiaux résistent, la malléole externe se brise au-dessous du plafond de la mortaise.

Dans certains cas, ils cèdent partiellement, et la fracture siège au corps de la malléole externe.

Les variétés des fractures par abduction sont les suivantes : fracture de Maisonneuve (au tiers supérieur); de Dupuytren

(au col de la malléole externe); du corps de la malléole externe; de la pointe de la malléole externe; supra-malléolaires obliques en bas et en dedans; marginales antérieures de la malléole externe.

Les fractures marginales postérieures ne sont nullement indispensables pour la production des luxations en arrière de l'astragale, ainsi que le prouve une radiographie que M. Chaput présente.

Elles résultent de l'arrachement du tubercule postérieur du tibia, ou du choc de bas en haut, ou de ces deux causes réunies.

Les signes cliniques indiqués par M. Quénu sont infidèles, les seuls signes absolus sont la radiographie et la luxation récidivante.

Greffes osseuses. — M. WALTHER présente une malade à laquelle il a dû faire une large résection pour un sarcome de l'extrémité inférieure du radius. Il a greffé sur le fragment restant de ce radius une extrémité supérieure du péroné. Dix-huit mois après cette greffe on constate que le greffon a très bien tenu et présente toutes les apparences d'une bonne vitalité. Au niveau de la greffe il s'est fait une pseudarthrose et le greffon s'est un peu incliné en dedans ce qui occasionne une déformation de l'avant-bras. Ce greffon n'a pas diminué de volume depuis dix-huit mois. Il est seulement un peu plus transparent sur les épreuves radiographiques.

M. TUFFIER dit que cela prouve que cet os greffé est atteint d'ostéoporose. C'est là d'ailleurs une loi générale des greffes osseuses.

M. CUNÉO estime que dans ces cas il se fait un travail de substitution d'un os à un autre, mais que tout os greffé est appelé à disparaître. Il y a toujours une substitution progressive, et à mesure que l'os greffé disparaît il est remplacé par un tissu nouveau.

Extraction d'une balle du médiastin postérieur. — M. JACOB présente un soldat qui portait une balle dans le médiastin postérieur et qu'il a pu extraire par voie transpleurale. La présence de cette balle, reçue au Maroc et ayant séjourné plusieurs mois, déterminait des douleurs intolérables. La radiographie la montrait dans le médiastin postérieur tout au voisinage de l'aorte et de l'œsophage.

M. Jacob réséqua la dixième côte, sectionna la neuvième côte, ouvrit la plèvre, ne constata aucun inconvénient du pneumothorax, ouvrit le médiastin et put extraire la balle. Il referma sans drainage. Il y eut un peu de pleurésie séro-hématique qui nécessita deux ponctions et le blessé guérit parfaitement.

M. Jacob insiste sur le jour considérable que lui a donné la résection d'une seule côte et la section de la côte supérieure. La voie transpleurale était, dans ce cas, la plus directe. Le pneumothorax n'a eu aucun inconvénient.

Angiome de la face. — M. MORESTIN présente une jeune fille qu'il a opérée, avec un beau succès, d'un énorme angiome de la face par le procédé suivant : ligature préalable de la carotide externe et de la veine faciale ayant déjà amené un affaissement marqué de l'angiome, puis injections successives d'une solution de formol au tiers sur la périphérie de l'angiome, puis dans la tumeur elle-même. Guérison complète en un mois.

M. SCHWARTZ, dans un cas de ce genre, a eu recours aux pointes de feu. Il y eut une fois une hémorragie considérable qui nécessita la ligature immédiate de la carotide externe. Après cette ligature, on put continuer le traitement par les pointes de feu et obtenir la guérison.

Kyste du cerveau. — M. HARTMANN présente un garçon de treize ans qui avait eu des accidents de méningite, et, consécutivement, des crises d'épilepsie jacksonienne devenant de plus en plus fréquentes. Il fit la trépanation, incisa la dure-mère bosselée, puis la substance cérébrale et arriva sur un kyste qu'il put énucléer assez facilement. Guérison complète de tous les accidents.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 11 OCTOBRE 1912)

Accidents urinaires liés aux rétrodéviations utérines, compliqués de grossesse. — Dans un travail de candidature, M. A. GULDJOGLOU (de Constantinople) expose que la rétrodéviation de l'utérus, au cours de certaines grossesses, peut déterminer des crises de rétention d'urine avec cystite et parfois pyélonéphrite ; il est donc utile, dès le début de la grossesse, de réduire l'utérus par des procédés sanglants ou non, et de le fixer en bonne position.

Procidence du cordon ombilical. — M. A. GULDJOGLOU recommande dans le traitement de cet accident : 1° de soustraire le cordon à la compression par les procédés de réduction instrumentale ou manuelle ou par les manœuvres de version interne ou externe; 2° d'extraire l'enfant le plus rapidement possible par la version podalique, l'application du forceps, ou l'opération césarienne suivant le cas, le milieu et les circonstances.

La déclaration de la tuberculose doit-elle être rendue obligatoire? — M. G. WEILL estime que la déclaration obligatoire de la tuberculose doit avoir comme corollaire immédiat la désinfection obligatoire et renouvelée tous les quinze jours.

M. DIGNAT, au nom de la Commission dont il est rapporteur, propose les conclusions suivantes, que la Société vote à l'unanimité : « La seule déclaration est, dans la lutte contre la tuberculose, une mesure aussi inefficace qu'illusoire. Tant que les conséquences de la déclaration, avec les sanctions indispensables qu'elle comporte au double point de vue social et économique, n'auront pas été pratiquement envisagées, il n'y aura pas lieu d'approuver même le principe d'un pareil projet. »

La luminothérapie. — MM. LAQUERRIÈRE et LOUBIER préconisent l'emploi du bain local de lumière électrique non seulement pour la cicatrisation des plaies superficielles et torpides, mais encore pour la guérison de certaines lésions osseuses plus profondément situées.

La tuberculinothérapie chez les arthritiques. — M. M. BLOCH montre, par une série de faits que la tuberculinothérapie, inutile et dangereuse dans la tuberculose d'après Jousset, est au contraire logique et efficace dans quelques affections arthritiques et nerveuses, comme la migraine, les incontinences d'urine et fécales, certaines dyspnées, certaines douleurs et dans quelques dermatoses, particulièrement dans l'herpès.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur l'élimination de bacilles diphtériques par l'urine. (H. CONRADI et BIERAST, *Deut. med. Wochen.*, 22 août 1912, n° 54, p. 1580.) — La diphtérie est le type des maladies locales et, si quelques auteurs ont pu isoler à l'autopsie des bacilles diphtériques du sang, du cœur et des viscères, il s'agit là habituellement d'une invasion de la circulation par ces germes pendant l'agonie ou après la mort. Dans des cas tout à fait exceptionnels seulement on a pu déceler la présence de bacilles diphtériques dans le sang circulant, pendant la vie.

D'après Conradi et Bierast le passage dans la circulation du bacille diphtérique serait moins rare qu'on le croit habituellement. Ne pouvant rechercher ce microbe directement dans le sang, ils ont employé un procédé indirect : la recherche dans l'urine des sujets atteints de diphtérie. Pour cela ils ont centrifugé 20 à 30 centimètres cubes d'urine recueillie aseptiquement ; puis ils ont ensemencé le culot sur milieu de Lœffler. Ils ont pu constater de cette façon la présence de bacilles diphtériques dans un tiers des cas examinés. Cette

élimination peut se poursuivre assez longtemps après la guérison de l'infection diphtérique puisque, dans un cas, ils ont pu la mettre en évidence neuf semaines après le début de la maladie. Cette élimination semble être tout à fait indépendante d'altérations rénales.

Le nombre des bacilles ainsi éliminés par l'urine est très peu considérable ainsi que le montre l'examen direct du culot et la quantité des cultures qui se développent. Aussi l'élimination urinaire joue-t-elle évidemment un rôle extrêmement restreint dans la dissémination de la diphtérie. Pourtant certaines épidémies, probablement provoquées par la contamination du lait, ont peut-être pour origine des bacilles contenus dans l'urine qui elle-même a pu souiller les récipients à recevoir le lait.

De plus on sait que la diphtérie des téguments frappe surtout les régions génito-crurale et anale; ces régions sont peut-être infectées par l'urine chargée de bacilles.

A. LEMIERRE.

MÉDECINE INFANTILE

Un cas d'anasarque sans albuminurie, ni cardiopathie, chez une fillette de huit ans, hérédo-syphilitique. (DÉLÉARDE et REPPELLIN. *Arch. de méd. des enfants*, avril 1912.) — Les auteurs rapportent tout d'abord l'observation très détaillée qui a servi de point de départ à leurs recherches, et ils insistent sur certaines particularités de cette observation; tout d'abord sur la cause initiale qui doit être rapportée dans le cas particulier à l'infection syphilitique, car à sa naissance l'enfant présentait déjà de l'œdème des mains et des pieds en même temps que d'autres stigmates de syphilis; cette étiologie n'a rien de surprenant, en effet. Récemment MM. Lereboullet et Marcorelles ont également signalé (1908), à la Société de pédiatrie, un cas d'œdème chez un nourrisson hérédo-syphilitique, guéri d'ailleurs par le traitement spécifique.

La seconde particularité intéressante, sur laquelle insistent les auteurs, est l'examen fonctionnel de l'état des reins de la petite malade; il n'y avait ni albuminurie, ni troubles cardio-vasculaires; cependant l'élimination du bleu était prolongée, et l'épreuve de la chlorurie et de l'albuminurie expérimentales furent toujours positives. Il s'agissait là de néphrite chronique atypique, qui évoluera probablement dans la suite vers la néphrite confirmée.

Ces anasarques, un peu mystérieuses, sont plus fréquentes chez l'enfant, que chez l'adulte. Elles apparaissent soit sans cause apparente, soit à la suite d'une exposition au froid, quelquefois pendant la convalescence des maladies infectieuses, ou à la suite d'affections gastro-intestinales : elles sont provoquées souvent par le chlorure de sodium que l'on prescrit (sérum artificiel), pour remonter l'état général affaibli par les crises de gastro-entérite.

Leur pathogénie est assez obscure; on a signalé des lésions rénales dans certains cas; il faut surtout invoquer le rôle de la *rétention chlorurée* : ce sont les *tissus* qui retiennent le chlorure de sodium. Roger considère l'œdème comme une véritable réaction de défense de l'organisme : en effet la présence dans les mailles du tissu conjonctif de substances étrangères (chimiques, ou cultures microbiennes) appelle une transsudation d'eau salée, le chlorure de sodium se fixant sur les poisons pour en diminuer la toxicité.

De ces considérations découle le traitement de ces anarsaques essentielles : régime déchloruré, au besoin administration de théobromine, dérivation intestinale sous forme de purgatif; enfin restreindre l'emploi du bouillon de légumes salé, si des symptômes de rétention chlorurée se manifestent.

B. GAYARD.

THÉRAPEUTIQUE

L'Electrosélénium dans le traitement du cancer inopérable. (H. BOUGEANT et A. GALLIOT. *La Clinique*, 9 août 1912.) — Les auteurs de ce travail procèdent tout d'abord à un exposé de la question au point de vue historique. Ils rappellent les expériences initiales de Wassermann et les motifs qui les ont décidés, en pratique, à choisir l'électrosélénium ou sélénium colloïdal électrique rouge corail, plutôt que toute autre préparation séléniée dont la toxicité pourrait être grande.

Les auteurs ont constamment introduit l'électrosélénium chez l'homme par la voie intraveineuse, chaque ampoule de 5 centimètres cubes contenant 1 milligramme de sélénium métalloïdique. Leur technique est celle de toutes les injections intraveineuses; il n'y a aucun phénomène douloureux. La réaction générale est le plus souvent marquée, la température monte à 38 ou 39 degrés. On observe des frissons; un grand soulagement suit, dans presque tous les cas, cette réaction. Jamais on n'a eu à noter de véritable intolérance.

Les auteurs rapportent un certain nombre d'observations qui montrent que « le sélénium est un analgésique de premier ordre et d'une parfaite innocuité ».

On note en même temps « un relèvement considérable de l'état général, la régression limitée des lésions et la survie en des limites fixées par la gravité du mal ».

Dans un cas de cancer de l'utérus, non seulement ils ont noté la cessation de la douleur, mais encore, fait capital, « l'assèchement des lésions et au moins l'arrêt de leur progression dans une forme extrêmement rapide ».

La conclusion de MM. Bougeant et Galliot est donc que non seulement le sélénium est inoffensif, indolore, mais qu'il peut rendre un très grand service comme adjuvant médical du traitement du cancer. On devra l'administrer d'une part avant l'intervention chirurgicale « dans le but d'assécher et de mobiliser les lésions ». On devra l'administrer après l'intervention dans le dessein d'éviter ou de reculer les récidives; on devra surtout l'administrer dans les cas où, pour des raisons anatomopathologiques ou autres, l'intervention chirurgicale sera impossible.

Il est curieux de constater que MM. Bougeant et Galliot se rencontrent dans leurs conclusions avec les autres auteurs, Blumenthal, Cade et Girard, Trinckler, etc., dont les travaux ont été publiés depuis quelques mois sur le rôle de l'électrosélénium en thérapeutique. L. GAYARD.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

(SUITE)

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décret en date du 7 octobre 1912, ont été nommés dans le cadre auxiliaire du service de santé :

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de première classe du corps de santé des troupes coloniales retraité Thirion.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de réserve. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active démissionnaire Maisonneuve.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de deuxième classe de l'armée active démissionnaire Castres.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — MM. les docteurs en médecine Yaïch, Bermann, Métivier, Matza, Guinsbourg, Morandini, Delaigue, Manificat, Vincent, Mesnager, Solomon, Marquet, Amado, Burnier, Levesque, Chabassut, Thomas, Brau-Tapie, Edouard, Foix, Delanoë, Lévy, Sarrazin, di Chiara, Flandin, Levant, Mignen, Sigwalt, Boubée, Gonthier, Levieil, Brin, Chardon, Poirot-Delpech, Wertz, Edelmann, Folliasson, Dogny, Gougelet, Trémieu, Vernié, Hoffmann, Vitrac, Lebovici, Tribes, Strauss, Licourt, Flach, Duclos, Fau, Vermenouze, Zaepffel, Baud, Michaud, Cluzeau, Colleu, Brunetière, Fouchou-Lapeyrade, Vitart, Le Brun, Weisgerber, Midon, Toffin, Pellet, Roussel, Bouchain, Rolland, Poujoula, Le Jamtel, Botalla-Gambetta, Bonnet, Ballerin, Heugas, Latrilhe, Heydenreich, Pigassou, Matignon, Goudet, Py, Pujade, Lagarde, Mirtin, Collet, Laylavoix, Baudoin, Drevon.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les docteurs en médecine Chadzynski, Dévé, Lebret, Thomas, Onillon, Padieu.

— Liste supplémentaire des candidats admis à l'Ecole du service de santé militaire à la suite du concours de 1912, avec indication des corps de troupes où ils devront être incorporés : MM. Givry, 2e d'artillerie; Malinas, 54e d'artillerie; Le Cars, 7e d'artillerie, en remplacement de MM. Allègre, Gauguet et Mondon, démissionnaires.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Encéphale. — (N° 8, 10 août 1912.) RÉGIS : Simulation de la folie et syndrome de Ganser. — MIGNARD : La psychose dyspathique. Les phénomènes dyspathiques dans la psychose hébéphrénique. — NOÏCA PAULIAN et SULICA : Le mécanisme du signe de Kernig et du signe du membre inférieur de Néri. — Serge DAVIDENKOFF : Note sur la surdité verbale chromatoptique.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 31, 4 août 1912.) Pierre MAURIAC : Note sur le pouvoir hémolysant du sérum sanguin dans divers états pathologiques. — P. BALARD : Mort apparente d'un nouveau-né en période agonique. Persistance de la circulation démontrée par l'oscillomètre de Pachon. — (N° 32, 11 août.) J. SABRAZÈS et R. DUPÉRIÉ : Note sur l'état du sang et sur les modifications histologiques, au point d'injection, dans trois cas d'hérédo-syphilis traités par le 606. — BEAUVIEUX et DELORME : Recherches expérimentales sur les modifications de l'iris, de la chambre antérieure et de l'angle irido-cornéen dans l'œil de lapin normal atropinisé ou ésériné. — (N° 33, 18 août.) J. SABRAZÈS et R. DUPÉRIÉ : Note sur l'état du sang et sur les modifications histologiques, au point d'injection, dans trois cas d'hérédo-syphilis traités par le 606 (*fin*). — (N° 34, 25 août.) J. DUVERGEY : Deux ans de pratique de la méthode de Beck, 41 cas traités par les injections de pâte bismuthée.

Gazette médicale de Nantes. — (N° 31, 3 août 1912.) René GAUDUCHEAU : Au Congrès de médecine interne de Wiesbaden (notes de voyage). — (N° 32, 10 août.) A. LEBEAUPIN : Note sur un cas de paludisme. — (N° 33, 17 août.) R. BENON : Neurasthénie traumatique suivie de manie. — E. AUBINEAU : La crise de l'ophtalmologie. — (N° 34, 24 août.) VALENTIN DES ORMEAUX : Observation d'un vacciné contre la fièvre typhoïde. — MORIN : Notes sur l'examen radiologique du tube digestif. Intestin (*fin*). — (N° 35, 31 août.) MIRALLIÉ : Hypertrichose de la région cruro-fessière. Localisation sur le territoire d'innervation du cône terminal. — DIANOUX : Myopie et myotiques.

Paris médical. — (N° 36, 3 août 1912.) DOPTER : Les maladies infectieuses et l'hygiène en 1912. — M. AYNAUD : La sérothérapie anticharbonneuse. — LAFFORGUE : La méningite à pneumocoques. — Victor RAYMOND : La pancréatite ourlienne. — Robert DEBRÉ et Jean PARAF : La réaction de l'antigène. — GRALL et HORNUS : La dysenterie bacillaire à Casablanca et son traitement par le sérum antidysentérique. — DOPTER et ROUQUETTE : Epuration des eaux d'alimentation publique par les composés oxychlorés. — (N° 37, 10 août.) GRUCHET : Diagnostic pratique de l'hystérie (spécialement chez l'enfant). — CHIRAY et MICHELOWSKY : L'hydarthrose intermittente périodique. — MARX : Quelques considérations sur l'hypertrophie de la prostate au point de vue génital. — (N° 38, 17 août.) JACOULET : Les fractures partielles par arrachement de la tubérosité antérieure du tibia. — GUÉNIOT : Curettage utérin. — CAMPEANU : Sur la pathogénie de la scarlatine. — SANDOZ : Les affusions et les douches. — (N° 39, 24 août.) GOUGEROT : Une nouvelle mycose ; la cladiose de Bloch. — CARRIÈRE : Encéphalocèle ou méningocèle cranienne. — DOPTER : Pratique bactériologique. Diagnostic bactériologique du choléra asiatique. — (N° 40, 31 août.) PERRIN : Sur quelques symptômes prétendus pathognomoniques des fièvres éruptives. — SALIGNOT : Symptômes et diagnostic des sténoses pyloriques ulcéreuses. — GÉNÉVRIER : Les écoles de plein air de Rome.

Pédiatrie pratique. — (N° 22, 5 août 1912.) HUTINEL : Emphysème généralisé. — Louis DUFESTEL : L'éducation physique à l'école primaire. — WEILL et MOURIQUAND : Méningite cérébro-spinale purulente chronique à forme cachectisante et convulsive. — JARRICOT : Mesure de la tension artérielle chez les enfants et oscillomètre de Pachon comme sphygmo-signal. — A. GROSSE : Un cas de hernie inguinale étranglée chez le nourrisson. — (N° 23, 15 août.) BABONNEIX : Les albuminuries. — CASSOUTE : Rapport sur l'Œuvre des nourrissons de Marseille. — (N° 24, 25 août.) HUTINEL : Les éruptions bulleuses chez l'enfant. — J. MONOD : L'éducation physique en classe. — WEILL et GARDÈRE : Tuberculose et dilatation bronchique. — DUTHOIT : La physiologie de la digestion chez le nourrisson.

Policlinico. — (Août 1912, fasc. 8.) *Section chirurgicale.* Giuseppe FRATTIN : La pathogénie de la péritonite traumatique sans perforation intestinale. — Prof. Nicola LEOTTA : Struma hypophysaire hyperplastique avec acromégalie et contribution à la pathologie et à la chirurgie des tumeurs hypophysaires. — Leonardo DOMINICI : Régénération et plastique du péritoine.

Progrès médical. — (N° 31, 3 août 1912.) J. TINEL et P. GASTINEL : Un cas de méningo-myélite syphilitique avec radiculites gommeuses. Xantochromie et coagulation massive du liquide céphalo-rachidien. — LANNOIS : Les pyohémies d'origine otique. — (N° 32, 10 août.) Charles FLANDIN : Pathogénie de la lithiase biliaire. — Paul BRUN et Joseph DORÉ : De l'action anesthésique de l'éther en injection intramusculaire : étude expérimentale. — MAUCLAIRE : Décollements épiphysaires. — (N° 33, 17 août.) Léon BERNARD et A. CAIN : Tuberculose pulmonaire aiguë. Emphysème médiastinal et sous-cutané terminal par rupture des parois alvéolaires. Lésion pulmonaire initiale basilaire. — Joseph CHALIER : Xantochromie du liquide céphalo-rachidien, par biligénie hémolytique locale dans le décours d'une hémorragie méningée. — (N° 34, 24 août.) J. AUDRAIN : Le tissu lymphoïde devant les grandes diathèses et l'intoxication. — P. MAREAU et C. NARCY : Un cas de tabes conjugal avec cécité des deux conjoints. — (N° 35, 31 août.) H. GOUGEROT : L'état actuel de la question des bacillo-tuberculoses non folliculaires.

Province médicale. — (N° 31, 3 août 1912.) Ed. LOCARD (de Lyon) : L'identification des criminels par l'examen des glandes sudoripares. — C. ROUVIÈRE (de Toulouse) : Sur le néo-salvarsan. — (N° 32, 10 août.) J. CRESPIN et CAZENAVE (d'Alger) : Vaccine ulcéreuse généralisée. Mort. — J. FLORENCE et J. DUCUINC (de Toulouse) : De la ponction du cul-de-sac de Douglas comme procédé d'exploration du péritoine dans les contusions de l'abdomen. — (N° 33, 17 août.) Germain ROQUE (de Lyon) : Rapports de la maladie de Raynaud avec la tuberculose et les lésions cardio-vasculaires. — Max BERNARDEAU (de Bordeaux) : Un cas d'hypertrichose physiologique lombo-sacrée, chez une femme. — (N° 34, 24 août.) Ch. AUDRY (de Toulouse) : Sur le principe du traitement du rhumatisme blennorragique. — E. PALLASSE (de Lyon) : Tétanos traité par injection intrarachidienne de sulfate de magnésie. Guérison. — J. BERTIER et J. DELAGE (de Grasse) : Note sur un cas d'échec de compression pulmonaire (Forlanini avec 19 tentatives, Brauer, décollement manuel de la plèvre). — (N° 35, 31 août.) Maurice PERRIN (de Nancy) : Immobilité réflexe des pupilles au cours de la chloroformisation. — Ch. PORCHER : Le lait desséché.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 15, 15 août 1912.) CHRÉTIEN : Un cas de sommeil hystérique. — R. NETTER : Réflexions sur deux cas personnels de chalazion. — (N° 16, 30 août.) TÉCHOUEYRES : Le sang. Réflexions sur sa constitution humorale.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 122. — JEUDI 24 OCTOBRE 1912. 85e ANNÉE. JEUDI 24 OCTOBRE 1912. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Répartition des jurys.* — Anatomie. — MM. les docteurs Dalché, Macaigne, Mouchet, Heitz-Boyer et Doléris.

Pathologie. — MM. Bergé, Moutard-Martin, Loeper, Lapointe et Labey.

Ordre de lecture. — Anatomie. — Du n° 1 à 627.

Les séances auront lieu : les mardis, à cinq heures du soir; les jeudis, à huit heures du matin ; les samedis à huit heures du matin et cinq heures du soir, à l'hôpital Beaujon.

La première séance aura lieu le jeudi 24 octobre, à dix heures du matin.

Pathologie. — Du n° 314 à 627, puis du n° 1 à 313.

Les séances auront lieu : les lundis, mercredis et vendredis, à cinq heures; le jeudi soir, à huit heures et demie, à l'hôpital de la Charité.

Ordre de lecture des copies. — 1. M. Vallery-Radot, Mme de Tannenberg, MM. Gand, Durand (René), Boussi, Clément, Le Hello, Minvielle (Martin), Crétin, Mineur,

11. Greder, Deron, Lebrun (Maxime), Huguet, Borel (Adrien), Ratel, Devaux, Deschamps (Pierre), Hufnagel, Ramadier (Fernand),

21. Sénèque, Barry, Pierre, Bertin-Mourot, Hartglass, Chemin, Proust (Jacques), Toupance, Ramadier (Henri), Sorel,

31. Mugel, de Siéramski, Perin (Lucien), Laurent (Pierre), Laurent (Marcel), Lascombe, Netter, Turnesco, Lefranc, Houlbert,

41. Cavaillès, Cavaillon, Broca, Jacob, Couinaud, Ulmann, Gerber, Weill, Le Poitevin, Favory,

51. Mlle Giboulot, MM. Bisson, Philippe, Gourdin, Stavropoulo, Gardin, Giraud (Pierre), Mlles Pommay, Armand, MM. Huc (Edouard),

61. Jacquelin (Charles), Marquézy, Ruelle, Mlle Kaufmann, MM. Vincent, Paraf, Frélezeau, Gibert, Bloch, Piédelièvre,

71. Lamarche, Lépine, Gaume, Joanny, Vasselle, Evrard, Chauvel, Cornet (Pierre), Remilly, Malassez,

81. Dugué, Pouey, Muller, Malet (Louis), Lacaze, Breger, Mélik-Parsadaniantz, Renard (Jacques), Blot, Colleville,

91. Duneau, Hutinel, Parent, Chatellier (Henri), Gardères, Mlle Thivolet, MM. Mora, Cassan, Mlle Patte, MM. Mage,

101. Boulay, Brun, Zivy, Dragatzis, Bourgeois (Maurice), Weiss, Chirol, Chicandard, Marié, de Champs de Saint-Léger,

111. Levesque, Heitz, de Brun du Bois-Noir, André, Ruppe, Leduc, Kahn (Henry), Saint-Yves Ménard, Debray, Küss,

121. Berton, Chevalley, Mouquin, Touflet, Réau, Martin de Laulerie, Dayras, Monod (André), Duter, Duchamp de Lageneste,

131. Thinh, Roullé, Logeais, Binet (Léon), Fritz, Mathieu, Deffins, Meyer, Bertaux (René), Labrue,

141. Brizard, Renault (André), Mlle Besson (M.), MM. Imbert (Georges), Sabadini, Parin, Aubin, Mlle Simon, MM. Lucchini, Mercier,

151. Rougeulle, Mlle Le Conte, MM. Chasseray, Beloux, Mlle Halpern, MM. Monnot (Paul), Gilson, Giroux, Larrousse, Vallerant,

161. Mlle Labeaume, MM. Proust (Roger), Malherbe, Auclair, Mérigot de Treigny, Renaud (Jean), Viala, Lefort (Alix), Richoux, Oddo,

171. Borrien, Manne, Cochez, Achard, Rivallier, Phocas, Perrier (Léon), Masmonteil, Frette, Durand (Jacques).

181. Robin, Boyau, Chalut, Chaisemartin, Parturier, de Léobardy, Jousseaume, Rouffiac, Antoine, Mlle Verrier,

191. MM. Yacoël, Bruant, Dauptain, Tiphine, Delotte, Lacau Saint-Guily, Noël, Pinalie, Bourgeois (Francis), Oulié,

201. Levent, Libert, Laloux, Bardon, Duroselle, Chaperon, Fouquet, Doubrère, Cambessédès, Latour,

211. Plichet, Roulland, Guillard, Peltier, Berthomieu-Lamer, Touchard, Berthelot, Mlle Moulard, MM. Benoist, Monod (Lorenz),

221. Dumet, Mlle Schapiro, MM. Parat, Vigneron, Collin, Buquet, Photiadès, Sibot, Roubakine, Solente,

231. Salles, Bechmann, Huc (Georges), Bocage, Viollet, Feuillié, Valiadis (Jean), Abrial, Wroczynski, Ignard,

241. Kermorgant, Calderon, Tribout, Imbert (Maurice), Vicente, Hissard, Borel (Paul), Costantini, Fornairon, Petit (Antoine),

251. Delestre, Dubois, Morice (André), Colombet, Perrin (Henri), Trousset, Caron, Barraud (Georges), Marais, Leroy,

261. Wurtz, Mlle Halberstadt, MM. Michon, Moulonguet, Pierquin, Barbary, Majnoni d'Intignano, Schmutz, Fatou, Goy,

271. De Gaudart d'Allaines, Maufrais, Kahn (Georges), Dognon, Delavierre, Mazzoléni, Guillemet, Vives, Mlle Hochberg, MM. Jacquet,

281. Papillon, Pautet, Marceron, Goudet, Guillaume (Joseph), Boulanger, Vigot, Rousse, Galland, Poisvert,
291. Ledrain, Eltrich, Bonnard, Texier, Marmier, Decléty, Gasiglia, Sartre, Kleimann, Mlle Harel,
301. MM. Théodoresco, Gur, Gras, Vazeux, Malgat, Roubeau, Giraud (Albert), Audebert, Minvielle (Paul), Ohanianz,
311. Magnillat, Codet, Hamonic, Trifaud, de Butler d'Ormond, Lory, Périer (Maurice), Humbert, Charon, Socquet,
321. Dagnan-Bouveret, Gaujard, Benit, Laurent (Louis), Drouet, Marcassus, Barois, Guillaume (André), Lévi-Franckel, Guillouet,
331. Barreau (Pierre), Duponchel, Serrand, Broussin (André), Oberlin, Figowski, Mlle Samet, MM. Lavaux, Bernard, Lantuéjoul,
341. Poissonnier, Legras, Peignaux, Dardanne, Vérut, Mitton, Beaud, Lebossé, Chatenoud, Stiassnie,
351. Mallet (Lucien), Mlle Chauvet, MM. Lipschitz, de Nabias, Scheikevitch, Nora, Lefort (Robert), Boyer, Mlle Denis, MM. Konteschveller,
361. Vincentelli, Ohier, Pollet, Rousseau (Pierre), Boucher, Fitte, Wallon (Emile), Percepied, Lorain, Adler,
371. Janet, Moricand, Paturet, Cousin, Philardeau, Eloy, Grellety-Bosviel, Carpanetti, Rouché, Piémont,
381. Barbier, Moutier, Le Gac, Wiart, Cathala, Bardet (Daniel), Doumer (Edmond), Queyroi, Regnau,d de la Soudière, Richon,
391. Paris, Bourdier, Loiseau, Pecker, Longevialle, Mlle Spanovski, MM. Tisné, Lempérière, Boissier, Coulaud,
401. Caux, Lavedan, Bouthillier, Meugé, Tourneix, Leroux, Audain, Loyauté, Pichon, Boucheron,
411. Hartemann, Broussin (Pierre), Penot, De Pontich, Grimbert, Walther, Delahaye, Cléret, Fournier (Jacques), Frédault,
421. Mlle Cosmovici, MM. Forget, Marie, Toupet, Larangot, Deschamps (Jean), Moore, Laburthe-Tolra, Bourdeaux, Mozer,
431. Reynaud, Léger, Furet, Vallée, Langle, Pigney, Daspres, Blum, Mickaniewski, Lanos,
441. Feldstein, Parisi, Winter, Sanjurjo, Brouet, Mlle Urion, MM. Jacquelin (André), Gallerand, Lévi-Alvarès, Moreau,
451. Martin, Vivier, Renard (Jean), Causse, Tarrius, Bartement, Ravina, Daudet, Neau, Verdenal,
461. Vinçotte, Beck, Guillaumot, Richard (Georges), Mlle Denniel, MM. Lamare, Marx, Patrikios, Gauthier, Mlle Bredrel,
471. MM. Parcheminey, Gallois, Bretégnier, Misrachi, Baude, Claverie, Mouzon, Fris-Larrouy, Chavasse, Andral,
481. Lebée, Orphanidès, Lambert, Balteau, Faveret, Béhague, Wilmoth, Gresset, Carrière, Alibert,
491. Moing, Crocquefer, Bertrand (Louis), Morin, Sébald, Dalsace, Brachat, Semelaigne, Plait, Soupault,
501. Coty, Jolivot, Quesnel, Thierry (Henri), Rosset, Doumenge, Rabut, Bordet, Gillard, Belloir,
511. Mlle Caesar, MM. Wallon (Albert), Lavergne, Clémenceau, Picard (Pierre), Bertaux (André), Schulmann, Xoudis, Laget, Constantin,
521. Bigot, Pilatte, Petit (Louis), Picard (René), Langlet, Vinit, Pénoyée, Sée, Thierry (Jacques), Alajouanine,
531. Monprofit, Mlle Lévy, MM. Boirac, Lascaux, Maliniak, Pierson, Mlle Trélat, MM. Lelong, Richard (André), Mérine,
541. Romain, Oliviéri, Millet, Ach, Mégret, Resmond, Grandjean, Simard, Arbassier, Truffert,
551. Marqueste, Réglade, Ecot, Flot, Yoyotte, Gineste, Mordret, Mlle Delage, MM. Errard, Lefèvre,
561. Duvelleroy, Mandras, Goret, Ollier, Prunier, Baudet, Braine, Mlle Besson (H.), MM. Fischer, Desfarges,
571. Lavalée, Roberti, Butin, Cornil, Mlle Sériot, MM. Pinard, Cornet (André), Jamin, Fournier (Joseph), Courtois,
581. Besson, Barabeau, Mlle Romme, MM. Lesage, Rabeau, Binard, Chanut, Mlle Lang, MM. Béthoux, Vidal,
591. Cabouat, Lauret, Auvigne, Loré, Guilhamon, Denoël, Morlot, Lavat, Sasportès, Bouchet,
601. Mme Pertat, MM. Tournay, Allot, Woillez, Ledoux, Chabanier, Le Basser, Ceillier, Mlle Athanassiu, MM. Younès,
611. Jourdan-Corneille, Cojan, Saxe, Rongier, Claude, Berthod, Brunon, Funck, Dohen, Vesselle,
621. Mlle Leven, MM. Roussillon, Gaumet, Polony, Chenet, Deguignand et Duchon.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 21 octobre 1912. — Question donnée : « Symptômes du mal de Pott. »

MM. Gervais, 11; Delcamp, 15; Cruchand, 10; Chabrol, 11; Ardillier, 15; Grenier, 16; Arcé, 13; Dubois (René), 12; Adrian, 9; Durand, 8; Bougenot, 9; Bonnet, 15; Dubois (Georges), 8; Dalibert, 9; Mlle Cros, 13; MM. Delord, 11; Cietté, 14; Godard (Henri), 10; Bonnot, 13.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — TOULOUSE. — M. Jammes, docteur ès sciences naturelles, maître de conférences de zoologie à la Faculté des sciences de l'Université de Toulouse, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1912-1913, d'un cours complémentaire de zoologie médicale et micrographie.

— ALGER. — M. Viguier, chargé des fonctions d'agrégé (section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine), est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1912-1913, des fonctions de chef des travaux de pathologie générale, microbiologie et parasitologie, en remplacement de M. Casenave, dont la délégation expire le 31 octobre 1912.

COMMISSION DU CODEX. — M. Richaud, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris, auditeur auprès du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, est nommé, en remplacement de M. Chassevant, démissionnaire, membre de la commission spéciale et permanente chargée de préparer la future édition de la pharmacopée française (*Codex medicamentarius*).

SOCIÉTÉ DE L'INTERNAT DES HOPITAUX DE PARIS. — La prochaine séance aura lieu le jeudi 24 octobre 1912, à quatre heures et demie du soir, 12, rue de Seine, dans les locaux de la Société de chirurgie.

Conférence par M. Thierry de Martel : « La chirurgie du cerveau et de la moelle. »

LA RÉGLEMENTATION DU MONOPOLE DES DENRÉES NARCOTIQUES DANS L'INDE FRANÇAISE. — Le *Journal officiel* du 5 octobre 1912 publie un décret du 28 septembre approuvant une délibération du Conseil général des établissements français dans l'Inde portant réglementation du monopole des denrées narcotiques. D'après cette réglementation, le privilège d'introduire, de fabriquer et de vendre le ganja, l'opium, le pavot, le banguy, le gouly, le choroche, le choundou et leurs dérivés, appartient à l'administration. Ce privilège peut être affermé pour une période de cinq ans. Toute personne voulant introduire un narcotique doit en donner avis aux Contributions. Il est interdit de cultiver le pavot, le ganja et toute autre plante ayant des propriétés narcotiques. Le nombre des débits ouverts par les fermiers est illimité, mais doit être déclaré à la police et aux Contributions. Une amende de 200 à 1000 francs, et de 2000 francs en cas de récidive, punit toute contravention. P.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur de Seynes, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, décédé à l'âge de soixante-dix-neuf ans.

FONDATION PIERRE BUDIN. — ECOLE DE PUÉRICULTURE (91 *bis*, rue Falguière, XVe arr.) — *Enseignement clinique.* — L'enseignement clinique est fait à la consultation des nourrissons : le lundi, à deux heures et demie, par le docteur Binet, ancien moniteur à la clinique Tarnier; le mercredi, à neuf heures et demie, par le docteur Planchon, ancien moniteur à la clinique Tarnier; le vendredi, à neuf heures et demie, par le docteur Macé, accoucheur des hôpitaux.

Enseignement théorique. — Leçons de puériculture du premier âge. Ces leçons seront faites par les docteurs Dévé, ancien moniteur à la maternité de la Charité; Daunay, chef de laboratoire à la clinique Tarnier. — Elles commenceront le jeudi 7 novembre, à cinq heures, pour continuer les jeudis suivants, à la même heure, avec interruption du 20 décembre au 15 janvier inclus.

TRAITEMENT DU CHANCRE SIMPLE

PAR LES

APPLICATIONS LOCALES DE SALVARSAN

PAR MM.

A. LÉVY-BING et A. MORIN

Médecin de Saint-Lazare. Interne de Saint-Lazare.

Très peu de temps après l'introduction de l'arsenobenzol dans la thérapeutique, de nombreux auteurs ont eu l'idée d'employer localement ses énergiques propriétés antiseptiques et cicatrisantes.

C'est ainsi que Melun [de Bucarest (1)] a dès 1911 traité localement les lésions syphilitiques avec de la poudre de salvarsan, puis, encouragé par les bons résultats obtenus, ce même auteur a utilisé le médicament pour le traitement local du chancre simple, où, dit-il, il s'est révélé « un topique précieux ».

MM. Lévy-Bing et Durœux (2) ont mis en évidence l'avantage que des lésions atones, de cicatrisation difficile, telles que les ulcères de jambe, pourraient retirer de l'emploi local du salvarsan. Celui-ci a d'ailleurs aujourd'hui été employé localement sur un grand nombre de lésions, surtout sur celles dues à des spirilles et il nous suffira d'énumérer les travaux de Rodenwald (3), Gerber (4), Ehrlich (5), Achard et Flandin (6), Zilz (7), Sourdel (8), Le Blaye (9), Bertrand (10) et autres, la thèse de M. F. Becher (11) en Allemagne, celle de Mlle Lebenthal (12) en France.

Nous avons repris, sur le chancre simple, les essais de traitement local déjà tentés par M. Melun et par Mlle Lebenthal.

Ces deux auteurs étaient arrivés à des résultats complètement opposés. Alors que le docteur Melun considère le salvarsan, vis-à-vis du chancre mou, dont il a ainsi obtenu la guérison en peu de jours, comme un excellent topique, « un puissant antiseptique et un cautérisant précieux », Mlle Lebenthal, au contraire, rapporte dans sa thèse trois observations dans lesquelles le salvarsan se serait montré complètement inefficace vis-à-vis du bacille de Ducrey.

Pour notre part, nous avons employé un assez grand nombre de fois l'arsenobenzol sur le chancre simple et nous avons obtenu des résultats qui corroborent l'opinion de M. Melun. Mais nous pensons que la technique d'application a dans ce traitement la plus grande importance et qu'il faut peut-être attribuer à un mode d'opérer défectueux les mauvais résultats signalés.

Tout d'abord il est contre-indiqué d'appliquer sur la plaie chancrelleuse la poudre de salvarsan pure, car quelques précautions que l'on prenne de ne l'exposer à l'air qu'au moment même de son emploi, cette poudre a tout le temps de s'altérer ensuite et d'acquérir des propriétés extrêmement caustiques. Elle détermine alors la formation d'une eschare sous laquelle et à l'abri de laquelle se développera le bacille de Ducrey, étant donné surtout que les tissus sous-jacents, non complètement escharifiés, ont néanmoins perdu de leur vitalité, sont en état de moindre résistance et ne tendent nullement à la cicatrisation.

Ce sont ces considérations qui avaient déjà amené, pour le traitement des ulcères de jambe, MM. Lévy-Bing et Durœux à substituer à la poudre de salvarsan une pommade à base de salvarsan au dixième, grâce à laquelle l'arsenobenzol ne s'altère pas, pénètre mieux les tissus et évite la formation des eschares.

Depuis la découverte par M. Ehrlich du néosalvarsan, nous avons substitué ce dernier corps au salvarsan dans la pommade que nous formulons ainsi :

Néosalvarsan........	1 gramme (1).
Vaseline............	10 grammes.

Cette pommade est, au point de vue de l'application locale, préférable à celle qui a pour base le salvarsan. En effet, comme le néosalvarsan n'exerce aucune action irritante sur les tissus en raison de ce qu'il ne coagule pas les albuminoïdes des humeurs cellulaires, il possède une puissance de pénétration des tissus pathologiques que n'a pas le salvarsan. Il n'entrave pas la vitalité des cellules qu'il touche et n'empêche pas les phénomènes osmotiques naturels.

Nous appliquons cette pommade, après un lavage à l'eau bouillie simple, de façon à en garnir complètement la plaie; l'application est faite soit quotidiennement, soit tous les deux jours, en surveillant l'évolution des lésions.

Par l'emploi de cette pommade nous avons guéri très rapidement des chancres simples ordinaires et arrêté immédiatement la marche d'un chancre mou géant à allure phagédénique (obs. III) qui disparut complètement en un temps relativement court.

Un autre de nos malades présentait un chancre mou intra-urétral, localisation rare, difficile à atteindre et se prêtant mal à tous les traitements par les topiques habituels. La pommade au néosalvarsan en a amené très vite la guérison (obs. I).

Notons ici que certains auteurs ont voulu traiter le chancre mou par des injections intraveineuses d'arsenobenzol et le rendre justiciable d'un traitement général par le salvarsan comme le chancre

(1) Melun. L'arsenobenzol en applications topiques, *Annales des maladies vénériennes*, 1911, n° 10.

(2) A. Lévy-Bing et L. Durœux. Traitement des ulcères de jambe par les applications locales de salvarsan, *Gazette des hôp.*, 1912, n° 53.

(3) Rodenwald. *Arch. f. Schiffs. und Tropen Hygiene*, n° 1, 1912.

(4) Gerber. *Deut. med. Wochen.*, n° 51, 1910; *Münch. med., Woch.*, n° 9, 1911.

(5) Ehrlich. *Münch. med. Woch.*, p. 2268, 1910.

(6) Achard et Flandin. *Bull. de la soc. méd. des hôpit. de Paris*, p. 504, 28 avril 1911.

(7) Zilz. *Münch. med. Woch.*, n° 1, 1912; *Zahnärztliche Rund.*, 1912, n° 21.

(8) Sourdel. *Société de thérap.*, novembre 1911.

(9) Le Blaye. *Progrès méd.*, 25 novembre 1911, n° 47.

(10) Bertrand. Action locale du 606 en oto-rhino-laryngologie, *Soc. d'oto-rhino-laryng.*, 24 février 1911.

(11) Becher. *Ueber den jetzigen Stand der Salvarsan Behandlung nichtluetischer Krankheiten.* Th. de Marburg, 1911.

(12) Lebenthal. *Essai de traitement local par l'arsenobenzol*, Th. de Paris, 1912.

(1) Cette pommade est préparée par le docteur Lafay.

syphilitique. Le docteur Broussegoutte (1) (de Clermont-Ferrand) a déclaré à la Société des sciences médicales de Gannat avoir vu guérir des chancres mous au cours d'un traitement général par le salvarsan. Le docteur P. Pawlow (2) (de Moscou) rapporte l'observation d'un soldat guéri de chancres mous par un traitement général au salvarsan. Nous n'avons pas obtenu pareils résultats et nous sommes d'un avis tout différent. Un de nos malades (obs. IV) présentait en même temps des chancres mous et un chancre syphilitique. Il fut soumis aux injections intraveineuses de salvarsan pour son accident primitif qui guérit sans que les chancres simples fussent influencés.

Nous apportons à l'appui de la valeur du traitement de la chancrelle par la pommade au néosalvarsan quelques observations qui nous ont paru être intéressantes.

***

Observation I. — M. X..., âgé de vingt-trois ans, vient consulter le 9 septembre 1912 pour un écoulement urétral dont le début remonte à cinq jours environ. L'écoulement est purulent, verdâtre, les mictions légèrement douloureuses, et l'examen microscopique y révèle la présence de nombreux gonocoques intracellulaires. Il paraît s'agir d'une blennorragie à sa première période.

On fait commencer immédiatement des lavages avec une solution de protargol, à raison d'un lavage par jour.

Le 15 septembre, après cinq lavages, l'écoulement est presque complètement tari et réduit à une goutte matinale. Mais à cette date le malade se plaint d'une légère tuméfaction très douloureuse apparue dans l'aine gauche et qui rend la marche pénible. Trois jours plus tard la tuméfaction a considérablement augmenté, la région inguinale est rouge, chaude, tendue sur une surface grande comme la paume de la main. L'aspect caractéristique du bubon chancrelleux est réalisé. En même temps le malade est fiévreux, abattu, amaigri et contraint de garder le lit.

L'examen attentif des organes génitaux ne révèle pas la moindre ulcération; la verge, les bourses sont indemnes de toute lésion, ainsi d'ailleurs que la région anale et le membre inférieur qui sont soigneusement examinés.

Il existe cependant un léger suintement du canal dont le retour semble dû à la cessation des lavages au protargol. On entr'ouvre alors le méat, et en éversant ses lèvres on aperçoit à 4 ou 5 millimètres de l'orifice urétral une ulcération irrégulière, à fond sanieux, à bords déchiquetés, profonde de 2 millimètres, occupant la fosse naviculaire et entourant l'urètre d'une sorte de demi-bague.

Des frottis montrent la présence de nombreux bacilles de Ducrey.

Le jour même on pratique une application de pommade au néosalvarsan au dixième: un stylet garni d'ouate permet de bourrer en quelque sorte l'ulcération de pommade. On fait deux ou trois pansements par jour, en ayant soin de renouveler le pansement après chaque miction.

Très rapidement l'ulcération se déterge, prend l'aspect d'une petite plaie simple. Elle est complètement guérie le 4 octobre, après seize jours de traitement.

Cependant il a fallu, le 27 septembre, inciser le bubon qui contenait un grand verre de pus épais et crémeux.

Obs. II. — M. X..., soixante-deux ans, vient consulter le 29 septembre pour un chancre mou du sillon balano-préputial du côté gauche. Le chancre, qui a la dimension d'une pièce de 50 centimes, date de huit jours; l'aspect est sanieux, le toucher très douloureux; il existe un léger phimosis inflammatoire et le malade éprouve quelque difficulté à décalotter. Adénite inguinale gauche.

On fait deux fois par jour des lavages à l'eau bouillie simple, et on remplace les divers topiques, avec lesquels le malade s'est déjà traité, par une application quotidienne de pommade au néosalvarsan au dixième. Le malade est revu le 8 octobre, très amélioré, et la lésion est complètement guérie le 17 octobre.

Obs. III. — La nommée C..., âgée de trente-deux ans, entre le 26 juillet 1912 dans le service du docteur Lévy-Bing pour des lésions chancrelleuses multiples (neuf) de la région fessière. Deux sont très étendues, dépassent la dimension d'une pièce de 5 francs. Trois autres ont la surface d'une pièce d'un franc, les autres sont plus petites. Les bords sont décollés, le fond très purulent, rempli d'un pus jaune épais, roussâtre par places; les lésions, extrêmement douloureuses, répandent une odeur nauséabonde.

Des pertes blanches abondantes augmentent la macération de la région.

On institue le traitement : lavages locaux à l'eau bouillie simple et applications quotidiennes de pommade au néosalvarsan au dixième.

Le 29 juillet, après trois jours de traitement, amélioration notable; les dimensions des ulcérations restent les mêmes, mais les fonds sont complètement détergés, les bords moins décollés, de gros bourgeons rose vif d'excellent aspect apparaissent au milieu des plaies. La douleur au palper et à l'application de la pommade est très diminuée.

Le 1er août, les deux plus petits chancres ont presque complètement disparu. Une languette de chair saine sépare un des deux gros chancres en deux chancres latéraux. Le fond des ulcérations se comble, les bords ne sont plus du tout décollés.

Les jours suivants, amélioration moins rapide, mais continue.

Le 14 août, la dimension des grandes lésions a diminué notablement.

Le 31 août, il ne reste plus que de très petites érosions d'un demi-centimètre de diamètre, sauf une seule un peu plus large à la place du gros chancre.

Le 10 septembre 1912, la guérison est complète, sans presque laisser la moindre cicatrice.

Obs. IV. — M. B..., âgé de quarante-sept ans, vient consulter le 9 septembre 1912. Il présente depuis environ huit jours quatre ulcérations de la verge. Trois de ces ulcérations sont situées dans le sillon balano-préputial, deux à gauche, irrégulières, à bords déchiquetés, d'un centimètre de diamètre; la troisième est plus petite, légèrement indurée. Sur les deux premières on trouve du bacille de Ducrey, et sur la troisième l'examen ultramicroscopique montre des tréponèmes en quantité. De plus, sur la face externe du prépuce, se trouve une quatrième ulcération, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, qui a tous les caractères cliniques du chancre mou et sur laquelle d'ailleurs on constate du bacille de Ducrey.

On commence aussitôt le traitement local par des pansements journaliers au néosalvarsan en pommade au dixième et on fait trois injections intraveineuses de 45, 60 et 75 centigrammes de néosalvarsan les 11, 16 et 24 septembre.

Très rapidement le chancre syphilitique diminue, et après la deuxième injection intraveineuse, il est complètement guéri. Les trois chancres mous, sous l'influence de la pommade, prennent un aspect plus satisfaisant, le fond se déterge, mais

(1) Broussegoutte. Communication à la *Soc. des sc. méd. de Gannat*, 5 fév. 1912.

(2) P. Pawlow. Ein Fall von Ausheilung eines weichen Schankers durch Gebrauch von Salvarsan, *Dermatologische Wochen.*, 1912, n° 54, p. 248.

l'accident syphilitique est depuis longtemps guéri alors que les chancres mous durent encore. Aussi le malade, croyant hâter leur guérison, fait une application trop abondante de pommade. Il se forme sur l'un des trois chancres mous une petite eschare noirâtre, sèche et dure. On interrompt les applications et on saupoudre les ulcérations deux fois par jour avec une poudre de peroxyde de zinc. L'amélioration continue cependant, et le 1er octobre les deux chancres mous du côté gauche sont complètement guéris. Le chancre préputial, dont la croûte est tombée, offre encore une surface érosive, mais ne constitue plus qu'une plaie simple.

On refait sur ce chancre une application très légère de pommade, et il est guéri le 8 octobre.

* * *

En résumé, ces observations montrent que la pommade au néosalvarsan amène une cicatrisation rapide du chancre simple. Son action nous paraît avoir été surtout marquée et utile chez la malade de l'observation III atteinte de chancres géants multiples à tendance phagédénique. Il nous semble donc que le néosalvarsan en pommade au dixième guérit vite et simplement le chancre mou, c'est-à-dire une affection pour laquelle le très grand nombre de traitements préconisés montre que dans beaucoup de cas la thérapeutique est très peu efficace.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

XIIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(Paris, 13-16 octobre 1912.)

L'OXALÉMIE ET L'OXALURIE

Rapport de M. Maurice Lœper, professeur agrégé à la Faculté de Paris, médecin des hôpitaux.

L'oxalurie est constituée par la présence dans l'urine de proportions plus ou moins considérables d'acide oxalique en combinaison saline, l'oxalate de chaux étant de beaucoup le plus important.

C'est Prout qui, en 1840, créa le terme d'oxalurie, et depuis lors nombreuses ont été les discussions pour déterminer s'il s'agit d'une diathèse ou simplement d'un trouble assez banal de nutrition ou d'une accumulation d'origine alimentaire. La question n'est pas tranchée encore, mais quoi qu'il en soit, l'oxalurie existe; elle traduit un encombrement anormal de l'organisme par les oxalates et peut être la cause d'accidents bien caractérisés cliniquement et chimiquement.

Les travaux de ces dernières années ont surtout mis en évidence l'*oxalémie*, laquelle commande et provoque l'oxalurie.

Oxalurie. — L'acide oxalique existe de façon constante chez l'homme, et ses variations plus ou moins considérables permettent de préciser les limites de l'oxalurie physiologique et pathologique. Il peut être reconnu par l'examen microscopique ou par le dosage, mais c'est la méthode chimique qui seule donne des résultats précis.

L'examen microscopique de l'oxalate de chaux, dont le précipité est parfois visible à l'œil nu, révèle l'existence de cristaux de plusieurs formes dont les seules caractéristiques sont la forme *tétragonale* et la forme en *enveloppe de lettre.*

La présence de cristaux d'oxalate de chaux n'est pas constante dans l'urine; fréquente dans les urines sédimenteuses elle est plus rare dans les urines claires; presque constante dans les urines alcalines elle est rare dans les urines très acides.

L'absorption de bicarbonate de soude provoque souvent une apparition transitoire de cristaux d'oxalate de chaux.

Dans une urine sans cristaux, laissée à l'air libre, des filtrations successives font chaque fois retrouver de l'oxalate précipité, ce qui résulte de l'alcalinisation progressive de l'urine.

Mais la mesure exacte de l'oxalurie ne peut être donnée que par le *dosage de tout l'acide oxalique, précipité ou non, contenu dans une urine.* De nombreux procédés ont été proposés pour cela qui tous comportent trois temps : précipitation de tous les sels, phosphates, sulfates et oxalates; séparation de l'oxalate de chaux; dosage de cet oxalate de chaux. C'est aux méthodes par le molybdate de NH^3 et par le phosphotungstate de Na que l'auteur du rapport donne la préférence.

Le dosage d'une urine fournit d'ailleurs non l'acide oxalique seul ou les oxalates, mais la totalité des corps de composition analogue susceptibles de leur donner plus ou moins directement naissance. On voit ainsi que l'*oxalurie physiologique* oscille entre un et demi à deux centigrammes. L'urine de l'enfant nouveau-né en contient une proportion assez élevée.

En ce qui concerne l'*influence de l'alimentation* on a admis et nié tour à tour que l'absorption des substances riches en oxalates puisse faire varier le taux de l'oxalurie. Pour M. Loeper, les variations pour faibles qu'elles soient sont évidentes et l'oxalurie dépend, en partie seulement il est vrai, de la réaction du milieu digestif.

Quant aux aliments non oxaliques leur influence est extrêmement difficile à préciser. Il paraît certain cependant que la gélatine et les substances riches en nucléine augmentent de façon notable l'excrétion oxalique. Les épices, le poivre et les piments en particulier, agissent de même. Le champagne, le bourgogne, paraissent accroître l'oxalurie.

Certains médicaments agissent dans le même sens, comme la théobromine, la caféine, l'urotropine, la pipérazine, soit qu'ils se transforment en acide oxalique, soit plutôt par l'action qu'ils exercent sur la solubilisation et l'élimination de l'oxalate de chaux.

Dans l'*oxalurie pathologique* le taux varie beaucoup suivant l'état morbide auquel on a affaire. Les chiffres fournis par le rapport montrent la presque constance de l'oxalurie dans le diabète, l'obésité, la lithiase oxalique, la goutte, la lithiase intestinale, le rhumatisme chronique, les affections hépatiques, certaines maladies de la peau. Elle est rare au contraire à la période d'état des maladies infectieuses et apparaît à la convalescence; elle est variable dans la tuberculose pulmonaire en dehors des manifestations articulaires. L'oxalurie peut exister dans certaines neurasthénies, dyspepsies, entérites et non

dans toutes; elle fait défaut chez les rénaux imperméables.

En réalité, seul le dosage du sang peut nous renseigner exactement sur l'évolution de l'acide oxalique dans l'économie, aussi allons-nous parler de l'oxalémie.

Oxalémie. — La présence de l'acide oxalique dans le sang n'est pas discutable, mais les précipitations ne permettent pas de la mesurer; seul le dosage peut donner des résultats concluants. Ce dosage, pratiqué avec le molybdate d'ammoniaque ou le phosphotungstate de soude, montre qu'à l'état normal le taux de l'acide oxalique du sang est absolument impondérable. L'*oxalémie alimentaire* n'existe que dans certaines conditions et se montre toujours légère, fugace et difficile à surprendre. L'injection d'oxalates en nature accroît sensiblement le taux de l'oxalémie; cependant les variations sont légères et fugaces chez les individus normaux, plus durables chez les brightiques imperméables. Quant à l'*oxalémie pathologique*, les chiffres fournis montrent que certains asthmes, certains rhumatismes chroniques ou subaigus, certaines lithiases urinaires ou intestinales, certaines affections hépatiques, certaines manifestations gastriques, certains diabètes, surtout les diabètes graves à la période de coma s'accompagnent d'une oxalémie considérable.

Le *rapport sang à urines* est égal à 1/2. Il s'élève dans les rétentions oxaliques et atteint 4/2 et 12/2. La rétention peut être mise en évidence par l'épreuve de l'oxalémie alimentaire, et à la fin de certaines rétentions le rapport se renverse et atteint 1/4 et même 1/7.

Il existe de l'*acide oxalique dans les organes et les tissus*. La bile, le foie, le rein et le cerveau sont particulièrement riches, et le foie malade est plus riche que le foie sain.

Quant aux liquides organiques ils contiennent des traces certainement faibles d'acide oxalique.

Quant à l'état où l'acide oxalique se trouve dans le sang, les organes et les tissus, c'est surtout sous forme d'oxalate de chaux, mais celui-ci peut être soudé à une molécule d'albumine.

Origine, élimination, rétention, destruction de l'acide oxalique. — L'acide oxalique peut avoir, nous l'avons vu, une *origine exogène directe*, et une *origine exogène indirecte*; à cette dernière contribuent surtout les gélatines et les corps puriques. Mais l'encombrement oxalique de l'organisme peut provenir d'autres sources que de l'alimentation, l'acide oxalique pouvant naître dans les tissus eux-mêmes par transformation des différentes substances qui les constituent. L'expérience, par injection sous-cutanée ou intraveineuse, de substances oxaligènes, tend à faire admettre que les mutations nutritives des tissus peuvent parfois aboutir à la formation d'acide oxalique.

L'origine intestinale de l'acide oxalique, qui a été soutenue, est possible dans certains cas, mais non démontrée. L'acide oxalique est en excès dans les foies malades, et il n'est pas impossible que cet excès soit dû à une surproduction par la glande elle-même.

Toute excitation nerveuse anormale est susceptible d'entraîner l'oxalémie, aussi voit-on des oxalémies notables de 3 et 4 centigrammes dans les crises névralgiques violentes, le tabes, les compressions médullaires.

Le rôle du rein dans l'élimination de l'acide oxalique explique les oxalémies considérables signalées chez certains brightiques imperméables, contrastant avec une oxalurie à peine appréciable. Dans les troubles de la nutrition, oxalurie et oxalémie sont fréquentes, elles sont d'ailleurs sous la dépendance d'un ensemble de causes très complexes.

En ce qui concerne l'*élimination* de l'acide oxalique, c'est le rein qui est la voie la plus importante; mais à lui seul il serait insuffisant puisqu'il n'élimine que 20 p. 100 de la quantité ingérée, 30 p. 100 de la quantité injectée sous la peau. Le foie et la bile contribuent de façon indéniable à cette élimination, et il faut également faire une place à l'élimination digestive, aussi bien gastrique que colique. Le rôle de la peau n'est pas démontré, par contre, tandis que dans l'asthme vrai et certains emphysèmes la présence de l'acide oxalique dans les crachats tend à démontrer le rôle éliminateur du poumon.

Concurremment à l'élimination, il convient d'étudier la fixation de l'acide oxalique dans les tissus, et les transformations qu'il y subit.

La *fixation* de l'acide oxalique se fait surtout sur les reins, le foie, le système nerveux, le tube digestif et les os. Mention spéciale doit être faite pour l'affinité du plexus solaire. Quelles *transformations* subit l'acide oxalique au sein de ces tissus? Tout d'abord il se combine à la chaux pour former de l'oxalate de chaux. D'autre part il se transforme spontanément dans le sang en oxyde de carbone. Enfin il est possible que l'oxalate de chaux se transforme en carbonate de chaux.

En outre il semble que, dans quelques espèces, certains organes, tissus et liquides organiques soient capables d'amener la *destruction* de l'oxalate de chaux.

Toxicité de l'acide oxalique. — Les réactions expérimentales obtenues peuvent être définies: accélération des mouvements respiratoires, par ralentissement et arrêt; augmentation passagère de pression sanguine, puis baisse considérable précédant la mort par paralysie du muscle cardiaque; excitation nerveuse et contractions fibrillaires avec dépression secondaire. L'action de l'acide oxalique est donc surtout *neuro-musculaire*. D'après des expériences plus récentes on peut ajouter les convulsions, la mydriase, la diarrhée, la mucorrhée. Par contre, les résultats sont contradictoires en ce qui concerne la tension artérielle.

Vis-à-vis du sang, les oxalates en injections fortes se montrent toujours anticoagulants. Il y a diminution du nombre des hématies et augmentation de celui des leucocytes.

Les lésions expérimentales de l'intoxication oxalique. — A la suite d'injections sous-cutanées, intravei-

neuses ou intrapéritonéales on observe de la congestion hépatique et rénale, des érosions intestinales; du côté de l'intestin se voit aussi la formation de membranes muqueuses et le dépôt de véritables petits calculs d'oxalate en miniature. En résumé, il y a des lésions d'irritation, de raréfaction osseuse et de décalcification, enfin de précipitation calcaire.

Pathogénie des troubles de l'intoxication oxalique. — On peut donc admettre que les symptômes de l'intoxication oxalique sont attribuables à une décalcification brutale; d'autant plus que les sels de chaux exercent une action antitoxique. L'acide oxalique agit peut-être aussi par ailleurs, grâce à l'oxyde de carbone qu'il dégage.

Étude clinique. — Intoxication aigue par l'acide oxalique chez l'homme. — L'empoisonnement par le sel d'oseille détermine d'abord des vomissements, de la diarrhée, de l'intolérance gastro-intestinale par action directe du toxique sur la muqueuse.

Puis apparaissent des *troubles nerveux :* perte de connaissance, collapsus; phénomènes paralytiques. Plus rarement excitation musculaire, tétanie, trismus, mydriase. Des *troubles respiratoires :* accélération ou irrégularité du rythme. Des *troubles cardio-vasculaires :* pouls petit, ralenti, irrégulier. Tension artérielle généralement abaissée de façon notable.

On note aussi des *troubles sphinctériens* d'ordre paralytique, et des *troubles urinaires*, oligurie.

Tous ces symptômes s'atténuent si la dose est insuffisante pour entraîner la mort rapide.

Intoxication discrète par les oxalates. — Des crampes intestinales, de l'agitation, des douleurs rhumatismales subaigües des doigts, de l'albuminurie ont été observées par M. Lœper dans deux cas d'usage excessif de rhubarbe et de chocolat.

Oxalémie chronique. — L'oxalémie chronique ou oxalémie idiopathique, ou maladie de Bird, demande à être étudiée en détails car sa symptomatologie diffère de celle qui avait été donnée primitivement.

Caractères des urines oxaluriques. — Le rapport de l'acide phosphorique à l'urée est augmenté; l acide urique et le rapport azoturique sont abaissés; la chaux urinaire est augmentée. L'albuminurie est concomitante à l'existence de sable oxalique dans l'urine.

Le *sang* se coagule normalement, sa composition chimique reste normale. L'hypotension est extrêmement fréquente dans l'oxalémie pure.

Troubles nerveux. — Il y a de la dépression nerveuse avec possibilité de lourdeur de tête, constriction des tempes, douleurs de la nuque, fatigue intellectuelle. La migraine est fréquente, les névralgies ordinairement passagères peuvent alterner avec des crises gastriques ou des crises abdominales.

Troubles digestifs. — L'oxalémie peut être la cause de troubles digestifs très variés.

A. *Manifestations gastriques.* — La *dyspepsie* revêt généralement le type sensitivo-moteur. La *gastralgie* peut être précoce, ou tardive, ou à la fois précoce et tardive. *Gastrite ulcéreuse et hémorragie.* M. Lœper en a constaté et publié plusieurs cas.

B. *Manifestations intestinales.* — La *constipation* est très fréquente et très tenace; elle peut alterner avec des débâcles diarrhéiques. L'entérite *muco-membraneuse* oxalique paraît exister chez l'homme Citons enfin la *lithiase intestinale*, les *hémorragies intestinales* et l'*érosion duodénale.*

C. *Les cœlialgies* sont des déterminations névralgiques de l'abdomen décrites par MM. Lœper et Esmonet. Elles peuvent revêtir le type de la dyspepsie douloureuse, de l'entéralgie spasmodique, diarrhéique, mucorrhéique.

Manifestations rénales. — *A.* Calculs. — La lithiase oxalique constitue une variété relativement fréquente de la lithiase rénale. Elle se présente sous l'aspect de calculs solitaires ou de graviers.

B. Sable oxalique. — Considéré comme rare il est au contraire fréquent, mais le microscope est nécessaire pour le voir. Il peut se produire aussi une hématurie sans calcul.

L'*albuminurie* peut traduire l'irritation rénale par l'acide oxalique. La *pyélite* et la *cystite* ne sont pas fréquentes.

Douleurs articulaires. Rhumatisme oxalique. — Les oxalémiques souffrent souvent de douleurs dans les articulations digitales, scapulaires, acromio-claviculaires, sacro-iliaques ou vertébrales. Le rhumatisme déformant, la rétraction de l'aponévrose palmaire ont été signalés.

Troubles respiratoires. — Pour M. Lœper il n'est pas douteux qu'il existe une dyspnée asthmatiforme d'origine oxalique, très rapidement améliorée par l'iodure de potassium.

Ajoutons, pour compléter le tableau, que les lésions cutanées sont possibles, et qu'au point de vue des troubles généraux il existe fréquemment de l'asthénie musculaire.

Au point de vue de l'*évolution*, on constate une phase d'incubation avec malaises généraux qui attestent l'intoxication; puis survient la période d'état avec des localisations plus précises. Enfin, peuvent se produire une élimination critique et des crises d'élimination.

Quant aux *lésions*, elles consistent surtout dans les érosions gastriques et des dépôts calcaires en partie constitués par l'oxalate de chaux dans les reins. La calcification de l'aorte est assez fréquente.

Pathogénie de l'oxalémie chronique. — Il y a lieu de distinguer des *oxalémies organiques* non diathésiques et des *oxalémies diathésiques.* L'auteur du rapport croit à l'existence de l'oxalurie-maladie et propose de l'appeler goutte oxalique par opposition à la goutte urique.

Traitement. — Il faut d'abord instituer un régime aussi pauvre que possible en produits contenant l'acide oxalique ou susceptibles de lui donner naissance. Eviter donc le thé, le cacao, le chocolat, le poivre, le café, les haricots et fèves, l'oseille, les épinards, la rhubarbe. On consommera surtout des

pommes de terre, des haricots blancs, des choux, des salsifis, des tomates, de la laitue, presque tous les fruits. Eviter aussi les abats, les gélatines, les pieds et les ris de veaux. Alimentation carnée modérée.

Il convient ensuite d'alcaliniser le milieu intestinal pour diminuer l'absorption des oxalates, par le bicarbonate de soude et l'eau de Vichy.

En troisième lieu, par le genre d'existence et la surveillance des fonctions du foie on cherchera à diminuer la formation interstitielle de l'acide oxalique: d'autre part, on tentera de neutraliser celui que renferment les tissus par les sels de chaux et de magnésie, et de favoriser son élimination par la voie rénale et la voie intestinale. L'urotropine joue pour cela un rôle prépondérant. La solubilisation préalable de l'acide oxalique peut être essayée par les sels de chaux et de magnésie, l'acide phosphorique, la pipérazine.

Enfin, tous les oxaluriques étant des déminéralisés, il conviendra de leur faire un traitement adjuvant de reminéralisation.

BIOCHIMIE DE L'ACIDE OXALIQUE

Par M. E. Lambling, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Lille.

L'acide oxalique est *in vitro* le produit d'une dégradation déjà très avancée de beaucoup de matières organiques. Il faut peu de chose pour le conduire à une oxydation totale donnant de l'eau et de l'acide carbonique, ce qu'on obtient avec le permanganate de potasse à 40 degrés, même en solution très étendue. Et cependant, par ailleurs, l'acide oxalique est un édifice moléculaire résistant.

Statique chimique de l'acide oxalique. — *Les procédés de dosage de l'acide oxalique.* — Le problème du dosage de l'acide oxalique dans l'urine, le sang et les tissus n'est pas encore résolu, car il n'existe aucun procédé sur l'exactitude duquel tous les chimistes soient d'accord. Quelques méthodes anciennes ont été définitivement abandonnées, et d'autres, toutes récentes, n'ont pas encore fait leurs preuves. Parmi les diverses méthodes mises en œuvre, M. Lambling décrit celle de Lœper et Béchamp et celle de Morel et Sarvonat. Nous ne pouvons, sur ce point, que renvoyer au rapport lui-même, un résumé rapide de pareilles questions nous paraissant à la fois impossible et illusoire.

L'acide oxalique dans l'urine. — Il y existe sous forme d'oxalate de calcium, insoluble de sa nature. Il est maintenu en solution grâce à l'action combinée du phosphate acide de sodium et des sels magnésiens. Notons, à ce propos, qu'une urine riche en acide oxalique n'en laissera point déposer si elle est en même temps pauvre en chaux et riche en magnésie; dans le cas contraire, l'urine pourra laisser précipiter de l'acide oxalique, même si sa richesse sous ce rapport est moindre.

Les fèces, le sang, les tissus peuvent également renfermer de l'acide oxalique : les fèces 5 milligrammes par vingt-quatre heures; le sang, desséché, 10 milligrammes pour 1000 grammes.

Biochimie de l'acide oxalique. — Il existe dans l'organisme de l'acide oxalique *exogène* et de l'acide oxalique *endogène*.

Acide oxalique exogène. — 1° *Acide oxalique préformé apporté par les aliments.* — Quoique le fait ait été discuté, il est certain que l'acide oxalique ingéré sous forme d'oxalate de sodium ou de calcium passe réellement en partie dans l'urine, la fraction qui reparaît étant, par rapport à la quantité ingérée, beaucoup plus forte pour les oxalates solubles que pour l'oxalate calcique insoluble. L'absorption de l'oxalate de calcium alimentaire dépend surtout de l'acidité du suc gastrique; en neutralisant le suc gastrique, la fraction de l'acide ingéré que l'urine élimine diminue ou disparaît. Dans l'intestin, l'absorption est faible ou nulle. Tout l'acide oxalique qui échappe à l'absorption stomacale — environ les 8 à 9 dixièmes de l'acide ingéré — devrait donc être retrouvé dans les fèces, or elles en contiennent très peu. Notons, pour expliquer ce fait, que les expérimentateurs sont d'accord pour admettre que les 4 cinquièmes de l'acide ingéré disparaissent dans l'organisme et ne peuvent être retrouvés ni dans l'urine, ni dans les fèces; cela peut être dû à cette circonstance que l'acide oxalique est susceptible d'être détruit par la putréfaction dans l'extrémité inférieure du tube digestif.

Mais, d'après M. Lambling, il n'est pas démontré que l'acide manquant ne soit détruit que dans l'intestin et que par delà la paroi digestive il soit absolument réfractaire à la combustion. Certes, l'acide oxalique est *difficilement* brûlé dans l'organisme, mais il y a des arguments expérimentaux très forts en faveur d'une combustion partielle par certains tissus, sang, muscle, rein, etc.

2° *Acide oxalique sorti des aliments.* — La suppression totale des aliments porteurs d'acide oxalique préformé n'arrête pas l'excrétion d'acide oxalique par l'urine. De quels aliments provient-il donc? Il est reconnu que les hydrates de carbone et les graisses sont sans action sur la quantité d'acide oxalique urinaire. Quant à la viande elle est un producteur certain d'acide oxalique, mais l'expérience démontre que cette production n'est pas due aux protéiques musculaires de cet aliment, et l'on a été conduit à étudier le rôle possible de la gélatine. Le résultat a été positif, et il semblerait que l'on doit invoquer la richesse de la gélatine en glycocolle, acide aminé qui fait défaut dans les autres protéiques. Mais cela demande confirmation. Le rôle de la créatinine, apportée par la viande également, est encore à vérifier lui aussi. Il en est de même pour les nucléoprotéides et les purines.

Enfin, après avoir étudié les autres précurseurs de l'acide oxalique, c'est-à-dire certains corps dont on prévoit théoriquement la formation au cours de la dégradation des aliments, et la signification de l'acide oxalique dans les échanges nutritifs intermédiaires, ce qui conduirait à admettre qu'il représente le résultat d'une réaction accessoire accompagnant une réaction principale, M. Lambling en arrive à l'Acide oxalique endogène. Celui-ci est la fraction

de l'acide oxalique provenant de la fonte des tissus pendant le jeûne, et dont l'origine ne peut être rapportée pour l'instant qu'à la gélatine, aux nucléines et purines, à la créatinine, etc. des tissus.

Considérations pathologiques. — C'est en pathologie urinaire qu'on a d'abord rencontré de l'acide oxalique, puis s'est développée parallèlement la notion d'une diathèse oxalurique caractérisée par la quantité exgérée d'acide oxalique. Entre ces deux affections il n'existe pas de lien nécessaire. Bien entendu le danger d'une précipitation oxalique du côté de l'appareil urinaire augmente si à l'influence de la composition de l'urine s'ajoute l'élimination d'une quantité exagérée d'acide oxalique. Or cette exagération peut être le résultat de la production d'une quantité excessive d'acide oxalique, et là apparaît la notion de diathèse. L'augmentation peut d'ailleurs tenir aussi à une trop forte consommation d'aliments oxalatés ou à l'hyperacidité du contenu gastrique.

Après avoir parlé de la thérapeutique rationnelle de la lithiase oxalique, M. Lambling expose que la conception de diathèse oxalique, jadis très en faveur, a été rejetée par beaucoup de cliniciens et en particulier les médecins de langue allemande; mais l'école française a, en général, maintenu cette notion d'un trouble des échanges nutritifs, et plus récemment M. Lœper et ses collaborateurs, à l'aide de nouvelles méthodes, ont renouvelé cette question.

En terminant son savant et consciencieux rapport, M. Lambling emprunte à Minkowski une curieuse et suggestive réflexion. La quantité d'acide oxalique contenue dans l'urine se compte par milligrammes en vingt-quatre heures. Si néanmoins cette substance a été l'objet de recherches considérables, c'est à cause de la forme caractéristique des cristaux d'oxalate de calcium et de leur facile recherche. Mais combien de substances encore, du moins aussi importantes pour la pathologie, sont contenues à notre insu dans l'urine, en quantités peut-être beaucoup plus importantes !

Discussion.

Sir Dyce Duckworth (de Londres), tout en approuvant les théories contenues dans les rapports, n'admet pas la diathèse oxalique.

Répondant à une série de questions de M. Rénon, le rapporteur M. Lœper déclare que la quantité de liquide céphalo-rachidien extrait par la ponction lombaire est insuffisante pour la recherche de l'acide oxalique.

Quant aux relations entre l'oxalémie, la décalcification et la tuberculose, M. Lœper ne les a pas étudiées.

M. Maragliano. Le professeur italien rappelle que, voici plus de quarante ans, Cantoni s'était déjà occupé de la question au point de vue clinique. Quant à lui il croit à des oxalémies symptomatiques et à une oxalémie essentielle. Il rend enfin hommage à la probité scientifique bien française des rapporteurs, qui ont mentionné en toute équité les travaux italiens.

D'autre part, M. Teissier trouve que dans la pathogénie de l'oxalémie, il n'a pas été attribué assez d'importance à l'état fonctionnel du foie.

Enfin, après avoir parlé du rhumatisme oxalique, qui lui semble être surtout périarticulaire, du syndrome urologique au sujet duquel il est complètement d'accord avec M. Lœper, et des signes de l'irritabilité vésicale qui est un des meilleurs symptômes cliniques pour reconnaître la dyscrasie oxalique, M. Teissier a parlé de la relation de l'oxalémie avec les phénomènes de l'uricolyse. Avec MM. Sarvonat et Rebattu, l'orateur a observé la transformation, *in vitro*, de l'urate de soude en acide oxalique *sous l'influence de l'émanation du radium.* Des recherches ont été instituées en ce sens au point de vue thérapeutique.

M. Sarvonat (de Lyon) est arrivé à démontrer expérimentalement chez le chien que le foie vivant détruit l'acide urique en donnant de l'acide oxalique, et qu'il détruit en partie cet acide oxalique aux dépens de sa propre substance, du moins en quantité appréciable. Le foie peut donc être, à l'état pathologique comme à l'état normal, considéré comme un organe régulateur qui produit ou détruit de l'acide oxalique suivant la plus ou moins grande abondance de ce corps.

M. J. Parisot (de Nancy) estime que l'oxalurie, au cours du diabète, se rencontre surtout chez les diabétiques obèses. Il faut donc imposer aux diabétiques un régime pauvre en substances engendrant l'acide oxalique, et lutter contre l'oxalémie par la reminéralisation et la recalcification de l'organisme.

M. Finck (de Vienne) pense que l'oxalurie est fréquente chez les diabétiques. Elle est également très fréquente chez les coloniaux. Ont pris aussi la parole dans la discussion, MM. Rubino, italien, Blum (de Strasbourg) et Roubier (de Lyon).

(A suivre.) A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 OCTOBRE 1912)

Sur l'opacité aux rayons X de tissus convenablement chargés par une teinture aux sels de plomb. — M. L.-G. Droit, dans le but d'améliorer les moyens de protection des opérateurs qui manipulent habituellement les rayons X contre la dangereuse radiodermite professionnelle, a eu l'idée d'utiliser la remarquable propriété que possède la soie d'absorber, au cours des opérations de teinture, des quantités parfois considérables de composés métalliques. En faisant entrer le plomb dans ces composés, on pouvait espérer donner au tissu une certaine imperméabilité pour les rayons nocifs.

Grâce au concours de deux industriels lyonnais, M. Droit a pu réaliser des shappes de soie ayant reçu jusqu'à 68 p. 100 de phosphotannate de plomb.

Avec six épaisseurs de ce tissu on peut confectionner des moufles d'une souplesse relative et donnant une protection réelle.

Composition chimique du sang et hémolyse. — MM. André Mayer et Georges Schaeffer.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1912)

Appendicite d'origine hématogène. — M. WIDAL communique une intéressante observation d'appendicite perforante d'origine hématogène.

Note sur la genèse et sur le traitement de l'épilepsie commune. — M. Maurice DE FLEURY. Lorsque des animaux de laboratoire ont été sensibilisés par une irritation méningée préalable, il suffit de mélanger à leur pâtée de faibles doses de strychnine (inoffensives pour les témoins) pour provoquer chez eux des attaques épileptiformes et la mort en état de mal.

On peut affirmer aujourd'hui que tous les malades atteints d'épilepsie commune ont eu, soit des convulsions de l'enfance, soit une poussée légère de méningo-encéphalite pendant la vie intra-utérine. Tout comme les animaux des expériences de MM. Claude et Lejonne, les comitiaux, après cette première poussée irritative, semblent guéris. Survient, vers la huitième, la neuvième, la douzième année, une crise gastro-intestinale, et la première attaque d'épilepsie vraie se manifeste. M. de Fleury estime que l'intoxication d'origine intestinale joue ici le rôle que jouait la strychnine dans les expériences ci-dessus.

On sait combien sont habituels, chez les comitiaux, les troubles intestinaux et notamment les manifestations de l'entérite.

Le régime lacté ou lacto-végétarien, actuellement très prôné, ne donne, dans la majorité des cas, que des résultats incomplets.

Depuis plus de cinq ans, M. Maurice de Fleury traite les comitiaux par le régime purement végétal avec suppression complète de tous les aliments d'origine animale : lait, œufs, poisson et viande. Ce régime, riche en farineux et en sucre, détermine parfois à lui seul une sédation marquée des paroxysmes.

Mais les résultats thérapeutiques deviennent beaucoup plus concluants si l'on y joint l'emploi régulier des ferments lactiques, surtout des préparations les plus acides.

Il y a certes des cas rebelles et quasi intangibles (lésions cérébrales importantes). L'auteur en a compté deux seulement sur vingt et un. La plupart des autres malades, fidèles à la cure, out vu leurs crises diminuer de nombre et d'intensité dans des proportions inespérées. Certains sujets qui ne prennent plus que très peu de bromure ou qui n'en prennent plus du tout sont demeurés sans accidents depuis vingt-quatre, trente-trois, trente-cinq mois. La cessation du traitement intestinal est généralement suivie de la reprise des paroxysmes comitiaux. Le traitement de M. de Fleury a donné de bons résultats, même chez un vieillard de soixante-quatorze ans et chez un idiot à lésions cérébrales importantes.

La déclaration obligatoire de la tuberculose. — La discussion soulevée par le rapport de M. Letulle semble devoir prendre une réelle ampleur si l'on en juge par l'argumentation très serrée et très documentée de M. Albert ROBIN qui est opposé à cette déclaration.

Voici ses conclusions :

« Le but de la déclaration obligatoire de la tuberculose est de faire le recensement des tuberculeux, afin de pouvoir assainir par une désinfection rigoureuse, les foyers de contagion qu'ils créent autour d'eux.

Même si cette désinfection pouvait être complète — ce qui est loin d'être le cas — elle ne s'adresserait encore qu'à l'un des éléments de la maladie et ne saurait exercer aucune influence directe sur le terrain tuberculisable. L'obligation ne représente donc qu'un seul moyen parmi tous ceux de la défense sociale.

En raison des désastres qu'elle entraînerait dans la vie et dans l'avenir des familles dont l'un des membres est frappé, elle ne pourrait être pratiquement réalisée que si l'opinion publique la réclamait et si les chefs de famille s'y conformaient.

Son application ne sera pas possible sans l'assentiment et la participation du corps médical tout entier, dont le concours est son rouage le plus indispensable.

L'obligation entraînera non seulement la désinfection régulière de tous les locaux où passent, séjournent les tuberculeux, de leur mobilier, de leur linge, etc., mais encore la prise en charge, par la société, de l'hospitalisation et du traitement de tous les malades pauvres, ainsi que de l'assistanee à leur famille.

Telles sont la portée de la déclaration obligatoire, les conditions et les conséquences de son application.

Or, si l'opinion publique et les familles atteintes sont prêtes à accueillir avec empressement les mesures édictées contre la tuberculose, il y a tout lieu de croire qu'elles ne se résigneraient pas, sans protestations, à celles qui viseraient les tuberculeux. D'autre part, il n'est pas douteux que bien peu de chefs de famille auraient le triste courage de dénoncer ceux de leurs membres atteints, de briser leur existence et de rendre impossible l'établissement des autres.

Le corps médical qui n'a jamais hésité à donner l'appui constant de sa science et de son dévouement aux mesures efficaces d'hygiène et de préservation, est, pour l'immense majorité, hostile à l'obligation qu'il considère comme inefficace et dans la plupart des cas, comme inapplicable.

Les dépenses de premier établissement et d'entretien annuel, même avec les estimations les plus réduites, sont de beaucoup au-dessus des possibilités de l'Etat, des départements, des communes et de l'initiative privée. La surcharge qu'elles imposeraient au budget aurait pour effet incident d'augmenter encore le prix de la vie matérielle, au détriment des prédisposés et des faibles.

La société peut se défendre avec des armes d'une autre portée, et cela, avec l'appui du corps médical tout entier, sans vexations, ni dommages irrémédiables pour les malades et pour leur famille, sans engager les sommes effroyables qu'exigeraient le fait et les conséquences de l'obligation.

La diminution de la tuberculose qui varie, suivant les groupes de villes, de 5,7 à 24,2 p. 100, est un sûr garant que l'effort fait depuis vingt ans n'a pas été aussi inutile qu'on se plaît à le laisser croire.

Mais la défense sociale, pour rendre son plein effet, doit être organisée plus méthodiquement, avec un plan d'ensemble et toutes les ressources que l'hygiène, la science et la sociologie mettent à notre disposition.

En attendant cette organisation, il est deux mesures préliminaires que ratifieront le public et le corps médical. Ces mesures sont, d'abord, la désinfection obligatoire des logements après tout décès de cause quelconque, puis, après chaque changement de locataire, à moins qu'un certificat médical n'établisse qu'il n'y a pas lieu de désinfection.

Je propose donc à l'Académie de répondre à la demande de M. le président du groupe parlementaire de la Chambre des députés pour la défense contre la tuberculose, par l'ordre du jour suivant :

« L'Académie de médecine n'est pas d'avis de classer la tuberculose parmi les maladies à déclaration obligatoire, en raison des difficultés auxquelles se heurteraient l'application et les conséquences de cette mesure qui ne doit être considérée, d'ailleurs, que comme un élément parmi ceux de la défense antituberculeuse;

Elle préconise la désinfection obligatoire des logements après tous les décès, et, si possible, après chaque changement de locataire, à moins qu'un certificat médical n'établisse qu'il n'y a pas lieu à désinfection;

Elle estime que la lutte antituberculeuse doit être menée méthodiquement, d'après un plan d'ensemble assez complet pour envisager toutes ses faces et concerté entre les pouvoirs publics, l'Académie de médecine, la Commission permanente de préservation, le corps médical et les divers groupements antituberculeux;

Elle se propose, en ce qui la concerne, de mettre aussitôt que possible, la discussion de ce programme à l'ordre du jour de ses séances. »

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1912)

Pouvoir thérapeutique de l'urine après injection d'arsenobenzol (salvarsan d'Ehrlich). — MM. Paul SALMON et BROWNE. L'arsenic urinaire peut être décelé par un procédé biologique très sensible : la prévention ou la guérison de l'infection trypanosomique chez la souris. On retrouve ainsi des traces d'un véritable médicament.

Inoculation tuberculeuse par voie intradermique. — MM. Ed. BURNET et Ch. MANTOUX. La bénignité habituelle des tuberculoses cutanées de l'homme nous a conduits à rechercher si la tuberculose inoculée par voie intradermique présenterait chez l'animal des caractères analogues. En fait l'inoculation intradermique de bacilles tuberculeux dans la peau de la cuisse provoque, chez le cobaye, des lésions cutanées très précoces, apparaissant souvent dès le troisième ou le quatrième jour, et se transformant ensuite en un chancre; les lésions ganglionnaires et viscérales sont aussi plus précoces et plus étendues que celles provoquées par l'inoculation sous-cutanée.

On observe exactement l'inverse quand on inocule dans la peau de la plante.

La précocité d'apparition, l'extension et la profondeur des lésions cutanées sont fonctions de la virulence du bacille. Cette méthode fournit donc un criterium rapide et commode pour déterminer la virulence des races bacillaires.

Exagération ou apparition de l'arythmie cardiaque d'origine respiratoire chez le chien, sous l'influence du calcium. — MM. H. BUSQUET et C. PEZZI. Le chlorure de calcium, à doses convenables, fait apparaître ou exagère chez le chien le ralentissement expiratoire des battements cardiaques. Quelquefois même le cœur s'arrête totalement pendant l'expiration et bat seulement dans la phase inspiratoire; il en résulte des rythmes bi, tri et quadrigéminés qui constituent une simple exagération de l'arythmie physiologique. Cette action particulière du chlorure de calcium ne se manifeste plus après la double vagotomie ou l'atropinisation; elle s'exerce donc par l'intermédiaire de l'appareil nerveux cardio-inhibiteur. Le chlorure de calcium augmente, en effet, chez le chien, l'excitabilité du vague et permet au centre bulbaire de réaliser, dans ses périodes d'activité, c'est-à-dire après l'inspiration, un ralentissement du cœur plus accentué qu'à l'état normal.

De la double rotule de certains primates. — MM. Ed. RETTERER et VALLOIS. Chez les lémuriens et les singes sauteurs qui fléchissent fortement le genou (tarsiers et médas), le tendon du quadriceps possède deux sésamoïdes : 1° la rotule proprement dite qui s'est développée dans le tendon commun du quadriceps; 2° la rotule supérieure ou sésamoïde vésiculo-fibreux qui appartient au seul tendon du muscle crural.

LIVRES NOUVEAUX

La Chirurgie du thorax (1), par le docteur A. SCHWARTZ, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris; avec un chapitre supplémentaire sur les *Applications de la broncho-œsophagoscopie à la chirurgie du thorax*, par le docteur LEMAITRE, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris.

La chirurgie thoracique s'est complètement renouvelée dans ces dernières années, depuis que l'on a appris à éviter et à redouter moins le pneumothorax opératoire, depuis qu'on a pu écarter les risques d'infection pleurale. Les poumons, le cœur, le médiastin, l'œsophage, les bronches, autant de domaines nouveaux pour le bistouri. M. Schwartz, qui par ses travaux antérieurs était qualifié pour mener à bien une telle tâche, a jugé utile de réunir en un volume ces récentes acquisitions. Chaque chapitre est suivi d'indications biographiques très complètes du sujet.

Nul doute que ce livre ne reçoive un bon accueil de tous ceux qu'intéressent les progrès incessants de la chirurgie.

M. LANCE.

(1) Un vol. gr. in-8° raisin de 900 p. avec 147 fig. dans le texte. — Prix : 16 francs. — Paris, O. Doin.

Gymnastique orthopédique (1), par le docteur P. REDARD.

La gymnastique a pris dans ces dernières années la place importante qui lui était due en orthopédie. Il ne suffit pas pour obtenir un bon résultat fonctionnel de redresser les difformités congénitales ou acquises. Il convient de poursuivre la rééducation et le rétablissement d'un système musculaire qui assurera le fonctionnement des parties.

Dans toutes les affections orthopédiques, la kinésithérapie tient une large place à côté du traitement mécanique et opératoire.

Dans son livre, largement illustré, M. Redard expose clairement et succinctement les principales de ces applications : torticolis, déviations du rachis, difformités du thorax, luxations congénitales de la hanche, difformités du genou, pied bot congénital, pied plat, troubles de la marche, paralysie infantile, contractures, raideurs articulaires, ankyloses.

Comme on peut le penser c'est le traitement des déviations du rachis qui tient ici la plus large place, étant donnée la diversité des méthodes proposées, et dont les indications sont clairement exposées par M. Redard.

M. LANCE.

(1) Un vol. in-8° de 220 p. avec 129 fig. dans le texte et 2 pl. — Prix : 10 francs. — Paris, A. Maloine.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

LES PLEURÉSIES PUTRIDES

DÉFINITION. — Les pleurésies putrides sont la conséquence de la pénétration des microbes de la putréfaction au niveau de la plèvre. Ces pleurésies ont été bien décrites d'abord par Besnier et Bucquoy, puis par Dieulafoy et Netter; les recherches de Veillon et Zuber sur les *anaérobies* en ont ensuite élucidé la pathogénie.

ÉTIOLOGIE. — La condition essentielle et suffisante de la production de la pleurésie putride est l'introduction, au niveau de la plèvre, des microbes de la putréfaction. Le rôle joué par l'affaiblissement du terrain est tout à fait secondaire; les causes habituelles de la gangrène du poumon (maladies infectieuses, accouchements septiques, etc.) agissent en effet bien plus en fournissant les germes de la putréfaction, qu'en affaiblissant l'état général.

VOIES SUIVIES PAR LES MICROBES. — Le plus souvent la pleurésie putride est consécutive à un foyer cortical de *gangrène pulmonaire*, c'est la forme pleurétique de la gangrène pulmonaire de Bucquoy et Corbin (voir Gangrène pulmonaire, *Gaz. des hôp.*, 1911, n° 22). Quelquefois la pleurésie succède à un foyer profond de pneumonie gangréneuse; plus rarement la pleurésie putride peut accompagner une affection non gangréneuse du poumon (bronchectasie, cavernes tubercu-

leuses, cancer pleuro-pulmonaire, kyste hydatique, abcès du poumon, etc.).

Dans d'autres cas, le point de départ des microbes est le tube digestif ou ses annexes (entérite, occlusion intestinale, appendicite, péritonite, abcès du foie, de la rate, etc.). Une cause assez fréquente est encore l'*otite moyenne*, et ses complications, mastoïdite, thrombo-phlébite des sinus; il faut signaler aussi l'ostéomyélite.

Parfois, les germes de la putréfaction viennent se greffer sur une pleurésie séro-fibrineuse, hémorragique, ou purulente; cette complication survient de préférence au cours des pleurésies tuberculeuses et de l'hémothorax traumatique; elle s'observe souvent à la suite de ponctions faites, sans précautions antiseptiques suffisantes.

Dans quelques cas enfin il est impossible de comprendre, même à l'autopsie, le mode de pénétration des microbes; il s'agit alors de *pleurésies putrides primitives*.

BACTÉRIOLOGIE. — On trouve dans le liquide des pleurésies putrides, des microbes aérobies (proteus, colibacille), et surtout des ANAÉROBIES bien étudiés par Veillon et Zuber, puis par Guillemot, Hallé, Rist (bacillus ramosus, fragilis, perfringens). Expérimentalement pour produire une pleurésie putride, gazeuse, il faut très souvent inoculer le pus pleural en totalité, ce qui semble démontrer que la production spontanée de gaz est fonction d'associations microbiennes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le liquide est sanieux, d'odeur fétide; il contient des lambeaux sphacélés, des détritus gangréneux. Au microscope on trouve, dans ce liquide, des fibres élastiques, des globules rouges, des cristaux d'acide gras, de la cholestérine; la plèvre est épaissie, tapissée de fausses membranes; il est exceptionnel cependant que l'épanchement soit enkysté. Cependant, Millet, Guillemot et Rist, ont rapporté chacun un cas de pleurésie putride interlobaire enkystée.

Tantôt la plèvre seule est atteinte par la gangrène, tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, le poumon est lui aussi atteint de gangrène; le pneumothorax est assez fréquent; il succède le plus souvent à l'ouverture d'un foyer pulmonaire gangréneux dans la cavité pleurale; il peut être aussi le résultat de l'*exhalaison gazeuse*.

SYMPTOMATOLOGIE. — Le tableau clinique est très différent suivant que la pleurésie succède à la gangrène pulmonaire par exemple, ou suivant qu'elle est primitive. Nous prendrons comme type de description une pleurésie putride primitive.

Il est des cas dans lesquels cette pleurésie ne présente pas de symptômes cliniques spéciaux; sa nature spéciale, gangréneuse, n'est révélée que par la thoracentèse; dans d'autres cas au contraire, elle présente un certain nombre de caractères assez précis que nous allons passer en revue. Le *début* est brusque, il se fait par un point de côté le plus souvent intense; quelquefois le début est lent et progressif et l'on observe un temps de rémission de quelques jours parfois après l'apparition des premiers symptômes, fièvre, point de côté et dyspnée très violente.

A la période d'*état*, l'examen clinique révèle les signes d'un épanchement pleural et le plus souvent la coexistence d'un pneumothorax, diagnostic que confirme la radioscopie quand elle peut être pratiquée.

La *fièvre* est peu élevée et ne dépasse pas en général 38 degrés à 38°5. Rendu et Rist insistent sur l'opposition qui existe entre cette fièvre modérée et l'état général grave du malade; quelquefois cependant la température est élevée ou présente de grandes oscillations.

L'*état général* est grave; le facies est terreux, plombé, couvert de sueurs fétides; la prostration et la faiblesse sont extrêmes; il n'est pas rare d'observer un véritable *état typhoïde* avec stupeur, délire, sécheresse de la langue, *diarrhée, albuminurie, érythèmes toxi-infectieux*.

Le *pouls* est rapide, souvent il est mou, irrégulier; l'examen du sang révèle une hyperleucocytose à polynucléaires.

L'expectoration n'a rien de caractéristique en dehors des cas où il existe de la gangrène des bronches ou du poumon.

Le signe pathognomonique est fourni par la *ponction exploratrice*; celle-ci ramène un liquide sanieux, d'odeur fétide et repoussante, qui révèle à l'examen microscopique comme à la culture la présence de bacilles anaérobies. Mais cette ponction n'est pas exempte de danger; il n'est pas rare, en effet, de voir survenir un phlegmon gazeux et gangréneux au niveau du trajet suivi par l'aiguille; c'est pourquoi, dès que le diagnostic d'épanchement gangréneux est posé, il faut pratiquer le plus rapidement possible une thoracotomie, s'abstenir de thoracentèse, et autant que possible inciser en suivant le trajet du trocart ou de l'aiguille, de manière à éviter des inoculations *in situ*.

Si l'on a pratiqué une thoracentèse, le liquide se reproduit rapidement; il faut savoir qu'à la suite de la thoracotomie il n'est pas rare de voir la température s'élever, alors cependant que l'état général et l'état local s'améliorent.

La *mort* peut survenir à la suite de la thoracotomie, par *syncope*, même au moment où l'on constatait déjà une notable amélioration; elle peut encore survenir du fait d'un *phlegmon gazeux* qui débute au niveau de l'incision et qui s'étend très rapidement. La *vomique* est exceptionnelle dans la pleurésie putride primitive.

La *guérison* est toujours très longue à se produire; la fistule persiste très longtemps et les symptômes généraux ne disparaissent que très lentement.

FORMES CLINIQUES. — Lorsque la pleurésie accompagne un foyer de gangrène pulmonaire, il s'agit alors presque toujours de la *forme pleurétique de la gangrène pulmonaire*, variété clinique bien décrite par Bucquoy et Corbin; la nature gangréneuse s'affirme par l'expectoration horriblement fétide; la vomique peut s'observer dans cette variété; parfois la pleurésie putride succède à l'ouverture dans la plèvre d'un abcès pulmonaire gangréneux.

Lorsque la gangrène vient se greffer sur une pleurésie déjà existante (pleurésie tuberculeuse de préférence), les symptômes sont alors très atténués; cette complication se produit le plus souvent après une ponction évacuatrice faite dans de mauvaises conditions d'asepsie; le liquide devient légèrement fétide et ne perd ce caractère qu'après plusieurs lavages de la cavité pleurale.

Signalons encore les pleurésies putrides secondaires à l'ostéomyélite, à une otite, etc.

PRONOSTIC. — Le pronostic des pleurésies putrides est extrêmement grave; il dépend surtout de la précocité de l'intervention chirurgicale. Mais malgré cette intervention chirurgicale, la mort survient dans près de la moitié des cas. Néanmoins il importe de poser un diagnostic aussi précoce que possible.

Le DIAGNOSTIC est à faire avec tous les épanchements pleuraux, spécialement avec les *pleurésies purulentes*; bien souvent il ne se fera que par la ponction exploratrice; il est à faire encore avec le *pyo-pneumothorax*; enfin, il importe de dépister cette pleurésie au cours d'une *gangrène pulmonaire*.

TRAITEMENT. — Il n'existe pas de traitement médical de la pleurésie putride. Aussitôt le diagnostic posé il faut intervenir chirurgicalement; c'est l'opération de l'empyème qui s'impose sans retard; il faut réséquer plusieurs côtes et maintenir plusieurs gros drains dans la plaie; on pratiquera de nombreux lavages avec des solutions antiseptiques (sublimé, permanganate de potasse, etc.); on pourra injecter dans la plèvre des solutions de collargol, d'électrargol, etc. Il faudra veiller à ce qu'il ne se produise pas de décollements sous-pleuraux, à ce que la plaie ne se complique pas de sphacèle, de phlegmon, d'érysipèle. On a préconisé les injections locales d'oxygène.

Enfin, on soutiendra l'état général (huile camphrée, potion de Todd, champagne, etc.). On visera à réaliser de l'antisepsie pulmonaire (eucalyptol, térébenthine, etc., inhalations).

BIBLIOGRAPHIE. — LÉVI-SIRUGUE, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1899. — Question d'internat, *Gaz. des hôpit.*, 1911, n° 22. — *Traités classiques.*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.


administration prolongée
de
GAÏACOL INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
par le THIOCOL "ROCHE"
uniquement sous forme de
SIROP "ROCHE"
COMPRIMÉS "ROCHE"
CACHETS "ROCHE"
échantillon et littérature
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges.
PARIS.
Sirop Roche
Sirop Roche
CH. WEISS
DE THIOCOL
COMPRIMÉS ROCHE

N° 123. — SAMEDI 26 OCTOBRE 1912. 85e ANNÉE. SAMEDI 26 OCTOBRE 1912. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Notes. — *Anatomie.* — Séance du 23 octobre. — M. Vallery-Radot, 13; Mme de Tannenberg, 4; MM. Boussi, 8; Clément, 10; Crétin, 7; Deron, 11; Lebrun (Maxime), 12; Huguet, 11; Devaux, 7; Hufnagel, 11.

Pathologie. — Séance du 23 octobre. — MM. Trifaud, 7; de Butler d'Ormond, 5; Lory, 6; Humbert, 8; Socquet, 5; Benit, 9; Drouet et Marcassus, 10; Barois, 3; Guillaume (André), 5.

— Concours de l'externat. — Notes. — *Anatomie.* — Séance du 23 octobre 1912. — Question donnée : « Crosse de l'aorte. »

MM. Yannoupoulo et Meyniard, 13; Philippes de la Marnière et Touchard (Georges), 16; Le Normand, 13; Romieux, 16 1/2; Simon (Isaac), 11; Mlle Vandamme, 8; M. Terrasse, 14; Mlle Pezé, 12; MM. Luisy, 11; Valade, 14; Kœchlin, 15; Lefebvre, 12; Metzger, 18; Reinhold (Paul), 15; Mérot, Moniot et Morel, 18; Leflaive, 14; Léger, 12.

Séance du 24 octobre. — Question donnée : « Muscles de la région antéro-externe de la jambe. »

MM. Semenon, 6; Veil, 12; Manceau, 14; Zeitline, 11; Merklen, 14: Lestocquoy, 15; Klebaner, 9; Tsacouris, 6; Wickham, 16; Rival, 14; Thin, 16; Delattre, 18; Mlle Hartmann, 15.

Pathologie. — Séance du 23 octobre. — Question donnée : « Examen clinique d'un malade ayant de l'ascite. »

MM. Duval, 16; Balleydier, 9; Couronne, 10; Gaillard, 18; Abbas, 10; Mlle Mendelssohn, 11; MM. Leflaive, 9; Morel, 14; Khabil, 11; Simon (Isaac), 8; Niel, 16; Le Normand et Julien, 9; Moniot, 17; Laemmer, 9; Ribardière, 8; Jauréguy, 9; Metzger, 17; Wilmann, 10; Mérot, 13.

Séance du 24 octobre. — Question donnée : « Symptômes et évolution du cancer de la mamelle. »

MM. Piot, Poussarda et Mlle Mioche, 12; MM. Luca et Perisson, 16; Ordioni, 12; Privé, 9; Perrochaud, 11; Tierny, 8; Sigrist, 15; Pelletier, 7; Péril, 6; Jullien, 16; Thalleimer et Mlle Klein, 12; MM. Lafaille, 9; Mouton, 10; Piguet, 9; Lebel, 10; Narboni, 12.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Amiens. — Le 2 mai 1913 s'ouvrira à la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts un concours pour une place d'ophtalmologiste des hospices d'Amiens.

Les conditions du concours sont publiées dans le *Journal officiel* du 25 octobre 1912.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — M. le docteur Cotte, chef de clinique chirurgicale, est nommé, pour l'année scolaire 1912-1913, chef du laboratoire de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Dor, démissionnaire.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Rennes. — Un congé, du 1er novembre 1912 au 31 mars 1913, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Bertheux, professeur de clinique médicale.

M. Millardet, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, en outre, du 1er novembre 1912 au 31 mars 1913 (durée de la délégation de M. Le Damany dans la chaire de clinique médicale) d'un cours d'hygiène.

M. Le Damany, professeur d'hygiène et de médecine légale, est autorisé à faire, aux lieu et place de son enseignement, un cours de clinique médicale, du 1er novembre 1912 au 31 mars 1913 (durée du congé accordé à M. Bertheux, professeur).

— Rouen. — M. Bance, pharmacien de première classe, est institué, pour une période de neuf ans, à partir du 1er janvier 1913, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

Sont et demeurent rapportées les dispositions de l'arrêté du 1er juillet 1912 relatif à M. Bance.

GUERRE. — Liste de classement des médecins et pharmaciens aides-majors de deuxième classe sortant de l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Médecins : MM. Kervrann, Laurence, Tournier, Suldey, Le Bris, Le Maux, Louarn, Conil, Descuns, Labernadie, Bérard, Bourgeon, Guidicelli, Rault, Laborit, Muraz, Rhem, Pautet, Gayot, Bordes, Laquieze, Trégan, Kerebel, Astie, Fauquey, Reynaud, Quemener, Père, Martin, L'Hermier des Plantes, Hébert, Moracchini, Labanowski, Duffours.

Pharmaciens : MM. Lespinasse, Delmas, Audille, Papin, Grech.

L'ordre ci-dessus détermine le rang de l'ancienneté dans le grade de médecin et de pharmacien aide-major de deuxième classe (art. 111 du décret organique du 21 juin 1906) de ces aides-majors qui sont placés en résidence libre jusqu'à la date de leur embarquement, laquelle sera indiquée ultérieurement, à l'exception de MM. Tournier et Conil, maintenus à l'école d'application pendant une deuxième année.

Les médecins aides-majors dont les noms précèdent compteront, pour ordre au 4e d'infanterie coloniale, à Toulon, jusqu'à leur départ pour les colonies.

JUBILÉ DU PROFESSEUR CHARLES RICHET. — Le volume jubilaire que les élèves et amis du professeur Charles Richet ont écrit pour fêter la vingt-cinquième année de son profes-

sorat est actuellement composé et lui sera remis dans une réunion qui aura lieu dans les premiers jours de décembre.

Le tirage étant strictement limité; les dernières souscriptions devront être envoyées avant le 15 novembre.

Les cotisations (20 francs) doivent être adressées à M. J. P. Langlois, directeur de la *Revue générale des sciences*, rue Chauveau-Lagarde, 18, Paris (VIIIe).

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE LONDRES. — Le XVIIe Congrès international de médecine se tiendra à Londres, du 5 au 12 août 1913. Le bureau du Congrès a demandé, pour le 1er février 1913, au docteur Foveau de Courmelles (de Paris), de faire le rapport sur « Les rayons X et le radium en gynécologie », pour la lecture duquel une réunion plénière des sections de radiologie et de gynécologie sera tenue.

Désireux d'être aussi complet que possible, le docteur Foveau de Courmelles prie ses confrères de lui adresser au plus tôt, 26, rue de Châteaudun (Paris IXe), leurs observations détaillées sur cette importante question.

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS (149, rue de Sèvres). — CONFÉRENCES SUR LES CARDIOPATHIES DES ENFANTS, par M. NOBÉCOURT, agrégé (les lundis, à dix heures et demie). — 11 novembre 1912 : L'appareil circulatoire chez l'enfant. — 18 et 25 novembre : Affections congénitales du cœur. Cyanose. — 2 décembre : Endocardites aiguës. — 9 décembre : Péricardites aiguës. — 16 décembre : Le syndrome myocarditique dans les infections aiguës. — 6 janvier 1913 : Endocardites chroniques. — 13 janvier : Péricardites chroniques et symphyses cardiaques. — 20 janvier : Asystolie. — 27 janvier : Troubles cardiaques fonctionnels et subjectifs. Arythmies. — 10 et 17 février : Hygiène et traitement des cardiaques.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. (Service de M. le docteur Albert Mathieu.) — LEÇONS SUR LES MÉTHODES D'EXPLORATION APPLIQUÉES AU DIAGNOSTIC DE L'APPAREIL DIGESTIF. — Sous la direction de M. le docteur Albert Mathieu, une série de leçons sur la valeur séméiologique des méthodes d'exploration et sur les indications thérapeutiques qu'elles fournissent commencera le lundi 4 novembre 1912.

Chaque leçon comportera des exercices pratiques.

Les leçons théoriques auront lieu dans la *salle de consultation de onze heures à midi, les lundi, mercredi, vendredi et samedi.*

Les exercices pratiques auront lieu *chaque après-midi*, de *deux heures à quatre heures.*

S'inscrire au service de la consultation, tous les matins de huit heures à midi, 22, rue de Citeaux.

Les leçons théoriques et les exercices pratiques auront lieu dans l'ordre suivant :

1° *Lundi 4 nov.* — Onze heures. L'examen extérieur de l'abdomen, par M. J.-Ch. Roux.

2° *Mardi 5 nov.* — Deux heures. Travaux pratiques : Etude des pièces anatomiques macroscopiques, par M. F. Moutier.

3° *Mercredi 6 nov.* — Onze heures. L'examen du suc gastrique; les méthodes d'analyse, par M. Taillandier. — Deux heures. Travaux pratiques : Repas d'épreuve, son extraction. Recherches qualitatives : acide chlorydrique libre, acide chlorydrique combiné, acides de fermentation (lactique, butyrique, acétique), pepsine, lab-ferment, par M. Taillandier.

4° *Jeudi 7 nov.* — Deux heures. Travaux pratiques : Etude des coupes histologiques intéressant les principales maladies de l'appareil digestif, par M. F. Moutier. — Chaque élève recevra une série de coupes comportant les types essentiels des affections de l'estomac et de l'intestin.

5° *Vendredi 8 nov.* — Onze heures. La sécrétion gastrique; ses viciations. Le chimisme normal et pathologique, par M. Taillandier. — Deux heures. Travaux pratiques : Acidité, son dosage. Dosage chlorométrique, méthode de MM. Hayem et Winter, par M. Taillandier.

6° *Samedi 9 nov.* — Onze heures. Le transit stomacal; appréciation de ses troubles, par M. Laboulais. — Deux heures. Travaux pratiques : Variations de la concentration. Méthode de mesure du volume total du contenu gastrique (méthode Mathieu-Rémond); le transit stomacal, son appréciation, par M. Taillandier.

7° *Lundi 11 nov.* — Onze heures. Applications cliniques et thérapeutiques des notions ainsi obtenues, par M. J.-Ch. Roux. — Deux heures. Travaux pratiques : Transit stomacal (*suite*). Examen microscopique du contenu gastrique à jeun; recherche du sang, par M. Taillandier.

8° *Mardi 12 nov.* — Deux heures. Travaux pratiques : Suite de l'étude des coupes histologiques, par M. F. Moutier.

9° *Mercredi 13 nov.* — Onze heures. La digestion intestinale (physiologie), par M. Goiffon. — Deux heures. Travaux pratiques : Produits de la digestion gastrique des matières albuminoïdes et des matières amylacées. Dosage de la pepsine et du lab-ferment, par M. Taillandier.

10° *Vendredi 15 nov.* — Onze heures. L'examen histologique des selles, par M. Goiffon. — Deux heures. Travaux pratiques : Préparation du régime d'épreuve. Examen extérieur des selles, examen microscopique après trituration (mucus, tissus conjonctifs et musculaires, débris végétaux), par M. Goiffon.

11° *Samedi 16 nov.* — Onze heures. L'examen clinique et biologique des selles, par M. Goiffon. — Deux heures. Travaux pratiques : Examen microscopique des selles : fibres musculaires, amidon, cellules végétales, graisses neutres, acides gras, savon, levures, parasites, par M. Goiffon.

12° *Lundi 18 nov.* — Onze heures. La motricité intestinale, ses troubles, par M. Moutier. — Deux heures. Travaux pratiques : Matières fécales, examen chimique, réaction, pigments biliaires, stercobiline, sang. Epreuve de la fermentation (putréfactions intestinales), par M. Goiffon.

13° *Mardi 19 nov.* — Deux heures. Travaux pratiques : Examen complet des selles, par M. Goiffon.

14° *Mercredi 20 nov.* — Onze heures. L'application de la coprologie à la clinique, les grands syndromes coprologiques, par M. J.-Ch. Roux. — Deux heures. Travaux pratiques : Examen complet des selles, par M. Goiffon.

15° *Vendredi 22 nov.* — Onze heures. La rectoscopie, par M. Friedel. — Deux heures. Travaux pratiques : Examens rectoscopiques, par M. Friedel.

16° *Samedi 23 nov.* — Onze heures. La rectoscopie, par M. Friedel. — Deux heures. Travaux pratiques : Examens rectoscopiques. Exercices pratiques ayant pour objet les applications du massage et de l'électricité, par M. Friedel.

17° *Lundi 25 nov.* — Onze heures. Le massage et l'électricité dans les affections du tube digestif, par M. Friedel. — Deux heures. Travaux pratiques : Exercices ayant pour objet la rectoscopie, le massage et les applications de l'électricité, par M. Friedel.

18° *Mercredi 27 nov.* — Onze heures. L'examen de l'urine, du sang, du sérum, de l'ascite dans les maladies du tube digestif, par M. Moutier. — Deux heures. Travaux pratiques : Procédés d'examen de l'ascite et du sang, par M. F. Moutier.

19° *Vendredi 29 nov.* — Onze heures. Méthode d'exploration de l'œsophage, par M. Laboulais.

20° *Samedi 30 nov.* — Onze heures. Méthodes d'exploration radioscopique de l'estomac et de l'intestin, par M. Laboulais. — Deux heures. Travaux pratiques : Diagnostic hématologique du cancer ; anémie, leucocytose, résistance globulaire, pouvoir antitryptique, par M. F. Moutier.

CONFÉRENCES PRATIQUES DE PSYCHIATRIE CLINIQUE. (Hospice de Bicêtre. Docteur J. ROUBINOVITCH.) — M. le docteur J. Roubinovitch, médecin de l'hospice de Bicêtre, continuera, pendant le semestre d'hiver de l'année scolaire 1912-1913, à diriger dans son service, tous les jeudis, de neuf heures et demie à onze heures et demie du matin, des exercices pratiques individuels de psychiatrie clinique, à l'usage des étudiants et des docteurs désireux d'acquérir les notions indispensables de pathologie mentale.

Programme des exercices. — 1° Interrogatoire et examen des malades (adultes et enfants) atteints d'affections ou d'anomalies mentales et nerveuses ;

2° Discussion du diagnostic, des indications thérapeutiques, médico-pédagogiques et médico-légales ;

3° Rédaction de consultations, de certificats et de rapports médico-légaux.

Nota. — Pour suivre ces exercices, il est nécessaire de s'inscrire à Bicêtre, dans le cabinet de consultation du chef de service.

REVUE GÉNÉRALE

LA MALADIE DU SÉRUM

Par MM. J. LECLERCQ,
Chef de travaux pratiques à la Faculté de médecine de Lille,
et P. CULOT,
Interne des hôpitaux de Lille.

Les injections de sérum animal, faites à l'homme dans un but thérapeutique, engendrent bien souvent des réactions plus ou moins intenses de l'organisme. Quel que soit, en effet, le sérum employé, antitétanique, antidiphtérique, antiméningococcique, antivenimeux, ou autre, on peut assister à l'éclosion d'un groupe d'accidents, dont l'ensemble constitue un véritable syndrome surajouté aux symptômes de l'affection contre laquelle est dirigée la thérapeutique.

Les phénomènes sériques ont été observés par un nombre considérable d'auteurs, tant en France qu'à l'étranger (Roux, Dubreuilh, Béclère, Chambon et Ménard, von Pirquet et Schick, etc.). Des cas publiés il ressort que, d'une façon générale, ils sont relativement rares, et presque toujours bénins en France, grâce aux manipulations spéciales que subissent les sérums thérapeutiques, avant d'être livrés au public. En Allemagne, au contraire, les phénomènes pathologiques consécutifs aux injections de sérum sont plus fréquents et plus graves : ce sont ces accidents que von Pirquet et Schick ont groupés sous le nom de « Serumkrankheit », c'est-à-dire « maladie du sérum ».

Bien que cette dénomination ait été appliquée primitivement à des phénomènes très sérieux, il semble cependant qu'on puisse l'étendre à tous les accidents, si bénins soient-ils, qui sont attribuables à l'introduction, dans un organisme humain, d'un sérum hétérogène. Nous étudierons donc successivement la symptomatologie générale de cette affection avec ses différentes formes cliniques et étiologiques, et nous passerons rapidement sur les faits secondaires, afin d'insister tout particulièrement sur la pathogénie de ces accidents sériques, et sur les indications thérapeutiques qui en résultent.

I

Symptomatologie. — La symptomatologie de la maladie du sérum n'est pas toujours identique à elle-même. L'apparition et la gravité des accidents varient, ainsi que l'ont montré von Pirquet et Schick, puis Castaigne et Camus, suivant que l'injection de sérum est faite chez un sujet neuf, c'est-à-dire chez un individu qui n'a jamais reçu antérieurement du même produit; ou qu'elle est introduite dans l'organisme d'un malade à qui on a déjà inoculé auparavant une certaine quantité d'un sérum identique. On doit donc envisager, d'une part, le syndrome sérique qui apparaît après une première injection, et, d'autre part, le syndrome sérique consécutif à une réinjection.

Syndrome sérique consécutif a une première injection. — Huit à douze jours après une injection sous-cutanée de sérum, antidiphtérique par exemple, on peut voir apparaître au niveau de la piqûre, de la rubéfaction de la peau avec formation locale de plaques urticariennes rouges et saillantes. Cette manifestation débute parfois d'une façon plus précoce, vers le troisième ou quatrième jour par exemple; elle peut également survenir tardivement jusqu'au vingtième ou vingt-cinquième jour dans certains cas.

Ces plaques urticariennes envahissent en quelques heures tout le tégument cutané, et parfois même les muqueuses. Elles entraînent quelquefois l'apparition d'un œdème fugace plus particulièrement situé au niveau des paupières. L'éruption s'accompagne de démangeaisons d'autant plus vives que le malade se gratte et provoque ainsi une congestion intense de la peau. En même temps, la température s'élève; elle atteint les environs de 38 degrés, parfois même elle va jusqu'à 39 degrés ou 39°5. Le pouls augmente de fréquence, mais reste bien frappé. On constate rarement de la tuméfaction ganglionnaire au niveau des plis de l'aine.

Les malades se plaignent également de courbature généralisée, et parfois aussi de douleurs extrêmement vives localisées dans les masses musculaires et dans les articulations. Mais ces symptômes éruptifs et douloureux ont pour caractéristique d'être fugaces; ils disparaissent en effet, le plus souvent, en quelques heures. Ce syndrome sérique est celui que l'on rencontre surtout en France; il est essentiellement bénin et a une évolution rapide. Sa fréquence, du reste, est peu considérable si l'on s'en rapporte aux statistiques fournies par les différents auteurs. Roux, au Congrès de Budapest, a déclaré l'avoir rencontré chez 14 p. 100 environ des sujets inoculés. Dubreuilh, au Congrès de Bordeaux, rapporte qu'il l'a constaté dans environ 13 p. 100 des cas. On peut admettre que la proportion générale pour la France en est de 10 à 15 p. 100.

En Allemagne, au lieu des accidents bénins que nous venons de décrire, on voit apparaître, à la suite d'une injection de sérum, dans de nombreux cas, le syndrome dénommé *Serumkrankheit*. L'évolution de cette maladie comprend, d'après von Pirquet et Schick, quatre périodes.

Il existe tout d'abord une phase d'incubation, qui dure environ de huit à douze jours après l'injection. Puis l'invasion se manifeste par de la sensibilité, par de la rougeur localisée de la peau au niveau de la piqûre, et par de la tuméfaction des ganglions voisins de cette région.

A la période d'état, la température s'élève aux environs de 38 ou 39 degrés; mais son intensité ne dépend ni de la gravité, ni de la durée de l'affection. L'exanthème, localisé d'abord au point de l'injection, se généralise et présente des aspects différents suivant les individus. Il est tantôt ortié, tantôt morbiliforme, et s'accompagne de démangeaisons extrêmement vives. L'envahissement des téguments par l'éruption se fait le plus souvent de proche en proche, et celle-ci s'installe fréquemment de façon symétrique. Il apparaît parfois aussi un énanthème très discret. En même temps que se forme l'éruption, les ganglions sont intéressés et se tuméfient. L'adénopathie se constitue d'abord au niveau des ganglions correspondant au point d'inoculation, puis bien souvent elle atteint tous les groupes ganglionnaires. Les ganglions ainsi hypertrophiés sont durs et douloureux. Dans la plupart des cas, les malades se plaignent d'éprouver des douleurs dans toutes les articulations; puis on voit bientôt de véritables arthropathies, douloureuses et rebelles, se localiser aux petites articulations des pieds et des

mains et surtout aux articulations métacarpo-phalangiennes, et aux poignets.

On constate souvent aussi l'existence d'œdèmes plus ou moins marqués au niveau des paupières, à la face, aux membres inférieurs. Ces œdèmes sont dus à une rétention chlorurée consécutive à des lésions rénales. Souvent, en effet, les urines sont rares, elles contiennent peu d'urée et de chlorures; et parfois elles renferment de l'albumine en assez grande quantité.

Enfin, l'état général est gravement atteint, les malades présentent de la céphalée, tantôt de l'adynamie, tantôt de l'agitation et du délire, parfois même des réactions méningées. La constitution leucocytaire du sang est, du reste, le plus souvent modifiée au cours de cette affection. Au début, la leucocytose est légèrement exagérée, puis elle s'abaisse peu à peu au-dessous de la moyenne, et la diminution leucocytaire porte surtout sur les polynucléaires. Au bout de quelques jours habituellement, les phénomènes s'atténuent, l'énanthème s'efface en trois ou quatre jours, la fièvre tombe lentement, les ganglions diminuent de volume, les œdèmes disparaissent, et la guérison ne tarde pas à être complète. Parfois cependant, l'amélioration n'est pas aussi rapide, et il n'est pas rare de voir persister pendant un temps variable, un mauvais état général, un amaigrissement prolongé et de l'adynamie.

Syndrome sérique consécutif a une réinjection. — Les symptômes qui apparaissent à la suite d'une seconde injection ont une allure clinique différente de ceux que nous venons de décrire. Et, comme le font très justement remarquer Castaigne et Camus, il est nécessaire, avant d'aborder ce nouveau syndrome, de préciser ce qu'il faut entendre par réinjection. Il est, en effet, prouvé que les injections pratiquées très peu de temps après une première inoculation de sérum ne présentent pas de gravité particulière. Pour que les accidents que nous allons étudier surviennent, il faut que la seconde injection soit faite, au plus tôt, trois semaines après la première. Par réinjection, nous entendons donc une nouvelle inoculation pratiquée un temps assez long après la première.

Les accidents qui surviennent dans ces conditions, sont précoces. Le plus souvent, il se produit une éruption qui s'installe quelques heures à peine après l'inoculation; elle n'apparaît que rarement le lendemain ou le surlendemain. Tantôt elle débute au niveau de la piqûre, et elle envahit de proche en proche toute la surface des téguments; tantôt, au contraire, elle est généralisée d'emblée et se développe sous l'aspect d'un érythème scarlatiniforme, rubéolique, urticarien ou polymorphe, s'accompagnant de malaise général, d'élévation de température, et de prurit intense. Ces symptômes peuvent exister seuls et s'effacent dans ce cas assez rapidement. Mais ils sont également susceptibles de se compliquer d'accidents spéciaux. Très peu de temps après l'injection, on constate, en effet, l'apparition, à l'endroit où a été faite la piqûre, d'une rougeur érysipélateuse de la peau. Les tissus se tuméfient à ce niveau, l'inflammation devient considérable, une douleur locale très vive ne tarde pas à s'installer, les ganglions voisins s'engorgent, la température du malade s'élève; en somme, on se trouve en présence d'une tuméfaction à allure phlegmoneuse.

Il existe presque toujours, en même temps que ces symptômes locaux graves, des douleurs musculaires diffuses, des arthropathies, des œdèmes localisés en différents endroits du corps, de l'oligurie, de l'albuminurie, et parfois aussi des névralgies extrêmement douloureuses. L'état général, bien souvent, est peu touché; mais quand il existe un pseudo-phlegmon, il n'est pas rare de constater des troubles digestifs importants, de la fréquence du pouls, des modifications respiratoires diverses, des symptômes cérébraux: tantôt une agitation extrême, tantôt une dépression et une adynamie très marquées.

Dans la majorité des cas, ces phénomènes qui apparaissent très rapidement après la réinjection et deviennent parfois alarmants d'emblée, s'amendent brusquement, en quelques heures, ou en quelques jours. Les auteurs français du reste, et en particulier Marfan, Weill-Hallé et Lemaire, frappés par ces faits, ont prétendu que « les accidents observés chez l'homme à la suite des réinjections sous-cutanées n'ont jamais revêtu un caractère de gravité réelle ». Si cette opinion semble vraie en France, elle ne l'est pas en Allemagne où les statistiques montrent que des accidents graves, et quelquefois même mortels, sont survenus à la suite d'une réinjection. Von Pirquet et Schick considèrent, en effet, que les accidents consécutifs à une réinjection sont habituellement très graves quand ils sont précoces, rarement alarmants lorsqu'ils sont retardés, bénins quand ils sont tardifs. Cette façon de voir n'est cependant pas partagée par tous les auteurs et Vincent et Richet fils ont montré, dans ces derniers temps, qu'une réinjection pouvait faire éclore des accidents tardifs (huit jours après l'inoculation), et en même temps très graves. Ces faits tendent à prouver que le syndrome que nous venons d'étudier peut entraîner des conséquences fâcheuses, et que la date de l'apparition des accidents ne permet pas d'en prévoir la gravité.

Tels sont les syndromes cliniques que revêt habituellement la maladie du sérum, soit après une première inoculation, soit à la suite d'une réinjection.

II

Formes cliniques. — Mais à côté de ces formes, on peut en décrire d'autres, basées sur la prédominance de tel ou tel symptôme. Ces formes sont nombreuses et nous n'en indiquerons que les principales; car la plupart d'entre elles paraissent un peu trop schématiques.

Dans certains cas, la fièvre est la seule manifestation de la maladie. Elle survient brusquement, vers le douzième ou quatorzième jour après l'inoculation, sans cause apparente, et ne s'accompagne d'aucun autre phénomène. La température persiste entre 38 et 39 degrés pendant vingt-quatre à quarante-huit heures, puis disparaît, sans avoir atteint l'état général du sujet. C'est la *forme fébrile*.

Parfois les douleurs articulaires sont tellement précoces, et tellement intenses, que l'on a pu décrire une *forme arthralgique*. Ce sont habituellement les articulations des mains, des pieds et des genoux qui sont intéressées. Ces articulations ne présentent presque jamais de signes objectifs d'arthropathie; on n'y constate pas de rougeur des téguments, ni de gonflement.

L'allure de l'éruption a permis également de différencier un certain nombre de formes. C'est ainsi que l'on décrit une *forme urticarienne*, qui est la plus fréquente. L'éruption urticarienne apparaît en

dehors de tout autre symptôme ; elle est tantôt localisée, tantôt généralisée. Elle est constituée par de gros éléments rouges papuliformes, à contours arrondis, de dimensions très variables ; ou par des plaques blanches entourées d'une auréole érythémateuse diffuse et non saillante. Ces plaques s'accompagnent d'un prurit intense. Quelquefois il existe un gonflement plus ou moins marqué des téguments au niveau des éléments éruptifs : c'est l'urticaire œdémateux de Hardy.

Parfois, l'éruption consiste en de simples plaques rouges sans caractères bien nets, localisées en différents endroits du corps, ce qui constitue la *forme érythémateuse simple*.

Il existe également une *forme érythémateuse polymorphe* dans laquelle l'exanthème est formé par des taches de dimensions très variables, dont la grandeur va d'une tête d'épingle à l'étendue d'une petite paume de main. Les plaques non saillantes sont rosées ou blanchâtres au centre, et entourées d'une auréole rouge. Marfan appelle cette éruption : « érythème marginé aberrant ».

L'éruption peut encore prendre l'aspect *morbilleux*, l'aspect *scarlatiniforme* ; elle peut être enfin *purpurique*. Nous n'y insisterons pas, car Marfan estime que ces formes ne relèvent pas de l'injection de sérum elle-même, mais d'une infection secondaire de l'organisme.

III

Formes étiologiques. — La maladie du sérum peut également revêtir une allure spéciale suivant le terrain que présente le sujet inoculé, suivant la nature du sérum injecté, enfin suivant le mode d'inoculation.

Suivant le terrain. — Un certain nombre de sujets, les asthmatiques, les tuberculeux, les intoxiqués, en particulier, présentent une susceptibilité toute spéciale aux injections de sérum, et l'on peut voir survenir chez eux des accidents extrêmement fréquents et très graves. On rencontre également chez certains individus, en dehors de toute tare pathologique, une grande sensibilité au sérum, sans qu'il soit possible de pouvoir même soupçonner, avant l'inoculation, cette sorte d'idiosyncrasie. Mais ce sont surtout les sujets atteints d'une des affections signalées précédemment, qui semblent, au plus haut point, prédisposés aux accidents sériques.

Des observations de Gillette ont nettement montré cette susceptibilité des asthmatiques pour le sérum. Les publications de Louis Martin, de Dufour, de Castaigne et Gouraud, ont également prouvé la fréquence des accidents sériques chez les tuberculeux. Au cours de la sérothérapie antituberculeuse, en effet, il n'est pas rare de voir survenir des réactions cutanées, ou des manifestations générales parfois très graves ; et ces accidents entraînent de tels inconvénients que de nombreux auteurs les ont jugés suffisants pour rejeter complètement l'utilisation thérapeutique des sérums antituberculeux. Mais la fréquence et la gravité des accidents sériques chez les tuberculeux ne sont peut-être pas dues uniquement au terrain que présentent les malades ; ils sont attribuables, en majeure partie, suivant quelques auteurs, à la constitution du sérum thérapeutique lui-même.

Enfin, Castaigne et Camus soutiennent que toute une série d'individus, sujets aux intoxications par des aliments non avariés, et facilement atteints d'urticaire, etc., ont plus aisément que d'autres des accidents, sous l'influence des injections de sérum.

Chez ces prédisposés, les syndromes sériques sont donc particulièrement graves, et l'évolution de l'affection se fait souvent d'une façon lente et anormale.

Suivant la nature du sérum injecté. — Bien que tous les sérums, d'une façon générale, soient susceptibles de faire apparaître des accidents, il nous semble cependant utile de rappeler que quelques-uns d'entre eux paraissent plus nocifs que les autres. C'est ainsi que les sérums antitétaniques provoquent bien plus souvent que les sérums antidiphtériques ou antivenimeux, en injections sous-cutanées, l'éclosion de phénomènes très inquiétants. De nombreuses observations publiées dans ces derniers temps le prouvent amplement. Nous ne pouvons discuter actuellement ces faits qui sont interprétés de façon différente par les auteurs. Nous les signalons simplement, pour rappeler que la gravité des syndromes sériques peut dépendre uniquement de la nature du sérum injecté.

Suivant le mode d'inoculation. — On peut introduire pratiquement dans l'organisme humain un sérum thérapeutique, soit par voie sous-cutanée ou intramusculaire, soit par voie intraveineuse, soit enfin par voie intrarachidienne. On conçoit que les conséquences pathologiques doivent varier suivant les procédés utilisés.

Nous avons pris pour types de nos descriptions antérieures les syndromes consécutifs aux inoculations sous-cutanées de sérum. Il nous reste à envisager les manifestations sériques qui sont susceptibles d'apparaître à la suite des injections intraveineuses et intrarachidiennes.

Les *injections intraveineuses* de sérum sont particulièrement nocives. Elles sont fréquemment suivies d'accidents généralisés qui ont fait abandonner, d'une façon presque complète, en thérapeutique humaine, l'utilisation de cette voie. Les injections intraveineuses sont surtout dangereuses lorsqu'elles sont faites chez un sujet qui a déjà reçu antérieurement du sérum. Elles ont entraîné, dans certains cas, une mort rapide. Peut-être, cependant, grâce aux espérances que nous donnent les travaux de Besredka, pourra-t-on, dans un avenir prochain, recourir à ce procédé qui permet d'introduire rapidement dans l'organisme, un sérum thérapeutique.

Les *injections intrarachidiennes* sont fréquemment utilisées, dans ces derniers temps surtout, pour le traitement des méningites cérébro-spinales épidémiques, et parfois aussi dans le tétanos et la poliomyélite antérieure aiguë épidémique. Après ces injections, il n'est pas rare de voir survenir des accidents divers qui ont été étudiés récemment par Hutinel et Darré, et sur lesquels nous désirons insister.

A la suite de l'introduction d'un sérum thérapeutique dans l'espace sous-arachnoïdien, on voit apparaître, dans à peu près un tiers des cas, des accidents bénins, absolument identiques à ceux qui surviennent à la suite des injections sous-cutanées. Mais à côté de ces syndromes sériques généraux, il en est un qui paraît spécial à l'inoculation intrarachidienne. Il a été rencontré par Flexner et Jobling, Finley et White, Ménétrier et Wallet, Netter, Sicard et Salin, Hutinel et Darré. Des symptômes méningés très nets surgissent après l'injection : céphalée, rachialgie, courbature, raideur de la nuque, signe de Kernig, parfois délire ; troubles cardiaques et respiratoires. La température s'élève à 39 ou 40 degrés.

On pense à une recrudescence de la méningite; mais l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien montre que ce dernier ne contient plus de microbes. Du reste, les accidents disparaissent rapidement.

Ces réactions méningées surviennent surtout vers la fin de l'affection, c'est-à-dire quand un intervalle de temps assez long s'est écoulé entre la première injection et celle qui déchaîne ces accidents.

Mais dans certains cas les symptômes qui apparaissent, lors d'une seconde inoculation tardive, sont plus graves. Le malade entre, immédiatement après l'inoculation, dans le coma presque complet, accompagné tantôt d'agitations et de convulsions, tantôt de paralysie et de dépression profonde. La température est très élevée. Le plus souvent, la mort survient rapidement (Courtois-Suffit et Dubosc, Hutinel et Darré, Debove et Hutinel). Parfois cependant, après des symptômes très inquiétants, le sujet reprend ses sens, et les accidents disparaissent peu à peu (Grysez et Dupuich).

Il en résulte donc que, à la suite des injections intrarachidiennes, on peut rencontrer les accidents habituels de la sérothérapie sous-cutanée, mais qu'il existe, de plus, un syndrome sérique spécial, à forme méningée, dont les conséquences sont souvent très graves.

IV

Evolution. — Comme nous l'avons indiqué dans la symptomatologie, l'évolution de la maladie du sérum varie suivant la forme et suivant l'individu. D'une façon générale, que les accidents soient tardifs ou qu'ils soient précoces, ils ont pour caractère principal de persister pendant peu de temps. Le syndrome sérique, en effet, est passager et disparaît le plus souvent en deux à trois jours. Parfois, cependant, l'évolution en est moins rapide; les accidents graves durent cinq ou six jours, et il persiste à leur suite des troubles de l'état général qui ne s'améliore que peu à peu, au bout d'un temps assez long, parfois après plusieurs semaines. Lorsque l'évolution est fatale, la mort survient habituellement très vite quelques heures au plus après l'éclosion des premiers accidents, au milieu de crises d'agitation et de contractures extrêmes, ou au contraire après une période de dépression, d'asphyxie et de coma.

V

Pronostic. — Le pronostic de la maladie du sérum est essentiellement variable. Tantôt il est bénin, tantôt au contraire il doit être réservé. Cependant, d'une façon générale, en France du moins, à part les cas que nous avons signalés précédemment, la maladie du sérum, quelle que soit l'importance des phénomènes qui apparaissent, entraîne presque toujours un pronostic bénin. Il n'en faut pas moins essayer de supprimer l'éclosion de ces accidents, ainsi que le font remarquer Castaigne et Camus : pour empêcher le malade d'être exposé à des souffrances et à des dangers, et en second lieu pour lui permettre de guérir plus vite et plus sûrement de sa maladie infectieuse.

VI

Diagnostic. — L'allure spéciale que revêtent les accidents sériques permet, dans la majorité des cas, d'en poser aisément le diagnostic. On a injecté un sérum thérapeutique à un malade; on a constaté l'apparition, après un temps variable, au niveau du point d'inoculation, d'une douleur, d'un empâtement profond, d'une rougeur de la peau ou d'une éruption locale; puis on a assisté à l'éclosion brusque d'un exanthème généralisé, accompagné de phénomènes divers. Ces indications sont presque toujours suffisantes pour les attribuer à la maladie du sérum.

Parfois, cependant, le diagnostic est moins aisé, car il n'est pas rare de voir survenir, chez un sujet qui a reçu une certaine quantité de sérum, une maladie infectieuse accompagnée d'éruption. Or, nous avons vu que l'éruption sérique peut simuler l'exanthème scarlatineux et l'exanthème rubéolique. Dans ces cas, l'étude des faits cliniques, l'élévation de température, l'angine prémonitoire, l'énanthème fréquent, l'évolution de l'affection, permettent d'établir que l'on se trouve en présence d'une scarlatine ou d'une rougeole, et que l'on n'a donc pas affaire à l'affection qui nous occupe.

Il faut se souvenir aussi que des éruptions diverses peuvent se manifester à la suite de certaines intoxications alimentaires ou après l'absorption de différents médicaments. Il suffira, dans ces cas, pour poser le diagnostic, de rechercher quels produits ont été ingérés, de déterminer si on a fait au sujet de la sérothérapie et de préciser la date de l'apparition de l'éruption par rapport à l'injection de sérum faite au malade.

Les arthralgies, lorsqu'elles sont très marquées, peuvent faire penser au rhumatisme articulaire aigu, mais l'absence de la symptomatologie complète du rhumatisme permet d'éliminer immédiatement ce diagnostic.

Enfin, il ne faut pas prendre les réactions méningées parfois extrêmement vives, consécutives à une injection de sérum, pour une recrudescence de l'affection contre laquelle est dirigée l'action thérapeutique. Dans certains cas, en effet, cette distinction n'est pas aisée. Cependant l'apparition brusque d'un état inquiétant immédiatement après une inoculation intrarachidienne, la cessation rapide des accidents, la réaction leucocytaire très marquée du liquide céphalo-rachidien avec diminution du nombre des microbes ou leur complète disparition sont presque toujours des indications suffisamment nettes pour penser à l'existence de phénomènes méningés d'origine sérique.

En somme, le plus souvent, le diagnostic de la maladie du sérum s'impose.

VII

Anatomie pathologique. — Comme les accidents mortels consécutifs aux syndromes sériques sont extrêmement rares en France, on n'a pas encore décrit chez nous les lésions que l'on rencontre au cours de la maladie du sérum. Il ne semble pas, du reste, que cette étude ait été plus complète en Allemagne. On ne trouve guère, en effet, dans la littérature, de description détaillée des lésions constatées. Nous n'insisterons donc pas sur ce point; nous signalerons simplement qu'il existe, dans la majorité des cas, des troubles circulatoires consistant en une dilatation des vaisseaux et en une congestion souvent intense des organes. Le cerveau, en particulier, est hyperhémié; on y rencontre même parfois un piqueté hémorragique très fin et très discret. Ces lésions, peu apparentes, sont absolument comparables à celles que l'on constate au niveau des

centres nerveux chez les animaux morts à la suite de phénomènes anaphylactiques.

Les hémorragies sont facilitées, ainsi que l'ont montré Biedl et Krauss, puis Nolf, par l'incoagulabilité du sang après le shock anaphylactique.

VIII

Pathogénie. — La pathogénie des accidents sériques a été discutée par de nombreux auteurs, et pour apporter plus de clarté dans notre exposé, nous envisagerons successivement, comme nous l'avons fait à propos de la symptomatologie, les phénomènes morbides consécutifs à une première injection et ceux qui apparaissent à la suite d'une réinjection.

Pathogénie du syndrome sérique consécutif a une première injection. — Dès qu'on a constaté l'apparition d'accidents divers au cours de la sérothérapie, on a cherché à déterminer s'ils étaient dus, d'une part à l'affection contre laquelle était dirigée l'action thérapeutique; ou si, d'autre part, ils étaient attribuables à l'introduction dans l'organisme du sérum lui-même. L'étude des cas cliniques a rapidement montré que le sérum seul était en cause.

On se demanda alors si le sérum agissait par les propriétés spéciales qu'il avait acquises lors de sa préparation, ou si, au contraire, il faisait éclore ces accidents en tant que substance hétérogène. Ce problème est singulièrement complexe à résoudre. Des expériences ont nettement établi que le sérum d'un animal quelconque, ne possédant aucune propriété antitoxique spéciale, présente une certaine nocivité pour les autres animaux et pour l'homme. Roger a montré, en effet, que les sérums de différents animaux sont toxiques pour le lapin : 8 centimètres cubes de sérum de bœuf constituent une dose mortelle pour un kilo de lapin ; 80 centimètres cubes de sérum de cheval sont également mortels pour le même poids de lapin. Ces résultats ont été confirmés par les constatations faites dans la pratique médicale. Si, en effet, on introduit dans l'organisme d'un sujet le sérum d'un animal non préparé, ce sujet peut présenter les mêmes accidents que s'il avait reçu un sérum thérapeutique. Autrefois, lors de l'utilisation de la transfusion du sang des animaux à l'homme, on a constaté des accidents comparables aux syndromes sériques. Il semble donc prouvé que le sérum est toxique par lui-même et qu'il est susceptible d'agir dans l'organisme humain en tant que sérum hétérogène. Le professeur Landouzy a soutenu cette opinion : « Les exanthèmes ne sont pas le fait du sérum antidiphtérique, mais bien de l'introduction dans l'organisme d'un sérum animal étranger, même sans antitoxine. »

Netter partage cette façon de penser pour expliquer l'apparition des syndromes sériques consécutifs aux injections intrarachidiennes. Les principes toxiques contenus normalement dans le sérum de cheval agissent, selon lui, très énergiquement et très rapidement sur les centres nerveux, ce qui permet de comprendre l'éclosion des symptômes graves et précoces.

Sicard et Salin ont expliqué l'apparition des syndromes méningés sériques par une théorie bien voisine de celle que soutient Netter. Ils ont montré qu'à la suite des injections sous-arachnoïdiennes de sérum de cheval chez un individu normal il se produit une réaction méningée aseptique caractérisée par une polynucléose abondante du liquide céphalo-rachidien : c'est une méningite séreuse. Ils admettent que les symptômes sériques sont attribuables à ces réactions qui peuvent être extrêmement vives.

Certains auteurs se sont également demandé si les accidents de la sérothérapie ne relèvent pas, en une certaine mesure, de l'action bactéricide qu'exerce le sérum thérapeutique sur les microbes contre lesquels il est injecté. Briot et Dopter ont établi que les sérums thérapeutiques ont la propriété de détruire des microbes et de mettre, par conséquent, en liberté dans l'organisme les toxines contenues dans les corps microbiens. Ces endotoxines seraient susceptibles de provoquer l'éclosion des phénomènes que nous étudions.

Un certain nombre d'auteurs ont proposé d'autres explications des syndromes sériques. Nous ne pouvons les envisager toutes, car la plupart d'entre elles n'ont pas encore été vérifiées par l'expérimentation. Il est cependant intéressant, pour terminer, d'exposer une théorie qui a rallié l'approbation d'un bon nombre de cliniciens : c'est celle qui a été soutenue dès 1905 par Marfan. On connaît, en effet, les propriétés spéciales qu'acquiert le sérum d'un animal à qui on a injecté du sérum d'un animal d'espèce différente ; il se produit dans son sang des anticorps qui précipitent le sérum étranger, introduit plus tard dans son organisme. On a donné à ces anticorps, mis en évidence par Tschistowitsch et Krauss, et étudiés par Bordet, le nom de précipitines. Hamburger et Moro ont montré que les sérums antitoxiques, mis en présence des toxines contre lesquelles ils sont dirigés, donnent également un précipité. Selon ces auteurs, ce qui se passe in vitro, se reproduit in vivo, c'est-à-dire dans l'organisme des individus infectés qui reçoivent un sérum antitoxique correspondant. Ce sont ces dernières expériences que Marfan a contrôlées et précisées. Cette opinion a du reste été admise par de nombreux expérimentateurs, et en particulier par Besredka et Nicolle, Currie, Rosenau et Anderson, etc. Grâce à cette théorie, on conçoit comment les toxines contenues dans l'organisme sont précipitées par les anticorps spécifiques qu'apporte l'injection de sérum, et comment, le précipité ainsi formé, détermine des thromboses capillaires et des éruptions consécutives. Mais Widal estime que si cette théorie des précipitines suffit pour expliquer un certain nombre d'accidents sériques, elle ne peut s'appliquer à tous, et elle ne donne pas la clef du mécanisme de l'apparition des érythèmes.

De tout ce qui précède, il résulte que si les faits apportés jusqu'à présent sont susceptibles de déterminer la cause de quelques accidents survenant à la suite d'une première injection de sérum, ils ne sont pas aptes à éclairer la pathogénie de tous les symptômes sériques. Il est possible que les résultats récents, mis en lumière sous le nom d' « anaphylaxie inverse », par Turro et Gonzalez, soient susceptibles de compléter nos connaissances sur ce point. Mais ces expériences sont trop récentes pour pouvoir préciser actuellement leur valeur dans la pathogénie de la maladie du sérum.

Pathogénie du syndrome sérique consécutif a une réinjection. — Les théories qui viennent d'être exposées peuvent également expliquer quelques-uns des accidents consécutifs à une réinjection de sérum. Il est permis d'invoquer le rôle toxique du sérum lui-même, son action bactéricide, et l'in-

fluence des anticorps qu'il contient sur les toxines de l'organisme. Marfan, en effet, estime que le rôle des précipitines, dans ce cas encore, doit être considérable. Non seulement il existe dans le sérum thérapeutique des précipitines contre les toxines microbiennes que renferme l'organisme du malade, mais il y en a également dans le sang du sujet, contre le sérum thérapeutique lui-même. Ceci s'explique aisément. A la suite d'une première injection de sérum de cheval par exemple, il s'est produit chez le malade des anticorps qui précipitent le sérum de cheval. Lors de la seconde injection de sérum de cheval, celui-ci est rapidement précipité par les anticorps, ce qui ferait éclore le syndrome sérique. On comprend, dans ces conditions, que les accidents dus au sérum soient plus fréquents et plus graves après la seconde injection qu'après la première.

De nos jours, la majorité des auteurs admettent une pathogénie différente basée sur les notions récemment introduites en biologie par Ch. Richet sous le nom d' « anaphylaxie ». Le principe en est le suivant : « Une substance insuffisante à tuer, ou même à rendre malade, un animal normal, détermine des accidents foudroyants et mortels chez un animal qui, longtemps auparavant, avait reçu cette même substance. » Si, en effet, on injecte à un cobaye une certaine quantité d'une substance albuminoïde, du sérum de cheval par exemple, non toxique par elle-même, et si après deux semaines, on fait de nouveau à cet animal une inoculation du même sérum, on voit survenir des accidents plus ou moins graves, parfois mortels. La première injection a préparé, ou mieux, sensibilisé l'animal, la seconde a déchaîné les accidents anaphylactiques. Il est à noter qu'un espace de temps de quinze jours environ est nécessaire entre les deux injections, pour que le syndrome sérique puisse apparaître.

Mais à côté de l'anaphylaxie générale, il existe une réaction anaphylactique locale; c'est le phénomène d'Arthus. Arthus et Breton ont, en effet, établi que si on fait à un lapin des injections répétées de sérum, on note l'apparition, au niveau des dernières piqûres, d'une infiltration des tissus qui forment bientôt une escarre, tandis qu'il survient des phénomènes généraux relativement peu marqués.

On ne peut s'empêcher de rapprocher de ces accidents anaphylactiques, les syndromes sériques que nous avons exposés. Il y a, selon bon nombre d'auteurs, une identité absolue entre ces phénomènes. On a vu survenir, en effet, le phénomène d'Arthus dans de nombreux cas chez l'homme, en un endroit où du sérum avait été injecté, quinze à vingt jours après une première inoculation. (Von Pirquet et Schick, Marfan et Lemaire.) Puisque l'anaphylaxie locale survient chez l'homme, il n'y a aucune raison pour qu'on ne puisse pas rencontrer chez lui des accidents d'anaphylaxie générale. Besredka, Rostocki, Michaëlis, von Pirquet et Schick, Richet, Rosenau et Anderson, ont, du reste, étayé cette opinion par un grand nombre d'expériences, et à l'aide d'observations multiples. On croit donc pouvoir soutenir, actuellement, sans être taxé d'exagération, que la grande majorité des accidents sériques sont des phénomènes anaphylactiques.

Cette notion permet d'expliquer bien des particularités des syndromes sériques apparaissant après une réinjection. Les accidents, dans ces conditions, ne surviennent que si un certain espace de temps s'est écoulé entre la première inoculation et l'injection causale. Ils s'installent brusquement et sont graves d'emblée. Ils amènent une mort rapide ou, au contraire, ils disparaisssent très vite sans laisser de traces bien importantes. Ce sont des phénomènes fugaces, comme le sont les phénomènes anaphylactiques. On est donc entraîné par ces faits à se rallier à la théorie anaphylactique pour expliquer la plupart des accidents sériques.

Mais il est bon de ne pas trop généraliser cette opinion. Il semble, en effet, ainsi que nous l'avons montré, que les accidents sériques n'ont pas tous la même pathogénie. Ils résultent, somme toute, de causes multiples. Mais on doit incontestablement accorder la première place à l'anaphylaxie. Et cette notion nouvelle a une importance primordiale dans le traitement et la prophylaxie de la maladie du sérum.

IX

Traitement. — Les accidents consécutifs aux injections de sérum, nous nous sommes efforcés de l'établir au cours de cet exposé, le plus souvent n'entraînent pas, en France du moins, de conséquences bien fâcheuses. Il en résulte qu'il ne faut pas craindre de recourir aux inoculations de sérum lorsque leur emploi s'impose cliniquement. En un mot la maladie du sérum ne doit pas entraver l'utilisation des sérums en thérapeutique.

Il y a lieu cependant de chercher à empêcher l'éclosion des phénomènes sériques, et les procédés qui ont été préconisés pour atteindre ce but sont très nombreux.

Les uns s'adressent à la substance à injecter, que l'on modifie par des moyens divers; les autres sont dirigés contre l'organisme du sujet auquel on veut faire une injection de sérum. La plupart d'entre eux, étant donnée la pathogénie actuellement admise pour la majorité des cas, ont pour but d'éviter les accidents anaphylactiques.

Modifications de la substance à injecter. — Une des modifications les plus importantes que l'on ait fait subir au sérum à injecter est de le porter à une certaine température. Hayem le premier, en 1895, a établi que le sérum chauffé pendant quelque temps entre 55 et 58 degrés devient moins nocif; Béclère, Chambon et Ménard montrèrent qu'il existait ainsi une réelle atténuation de la toxicité du sérum, mais que ce dernier était encore capable, introduit dans un organisme, d'y faire éclore des accidents sériques. Besredka, envisageant surtout les propriétés anaphylactisantes, a étudié l'influence de la chaleur sur les pouvoirs sensibilisant et toxique des sérums. Il a établi qu'un sérum chauffé à 96 degrés pendant vingt minutes perd complètement ses propriétés toxiques. Ces faits ont été vérifiés par Rosenau et Anderson, par Krauss et Volk, et par l'un de nous avec Minet. Mais le sérum ainsi traité perd sa valeur thérapeutique; aussi a-t-on recours à un autre procédé. Si on porte les sérums trois jours de suite à 56 degrés pendant une heure, puis le quatrième jour pendant deux heures, à la même température, ils perdent presque complètement leur pouvoir toxique, mais conservent leurs propriétés thérapeutiques. Il en résulte qu'en utilisant un sérum modifié de la sorte on n'a pas à craindre l'éclosion d'accidents graves.

Le vieillissement, la réfrigération et la congélation même du sérum semblent atténuer, dans une faible mesure, sa toxicité. Et c'est vraisemblablement

grâce à des alternatives de chauffage et de réfrigération que les sérums français doivent d'être moins toxiques que les sérums allemands, et que les accidents attribuables aux injections de sérum sont beaucoup moins graves et beaucoup moins fréquents chez nous que chez nos voisins.

Besredka a essayé, de plus, de déterminer la limite de toxicité expérimentale au-dessus de laquelle le sérum thérapeutique ne peut être utilisé chez l'homme; à la dose d'un quart de centimètre cube tous les sérums tuent ou rendent très malade le cobaye sensibilisé; à la dose d'un vingtième de centimètre cube, au contraire, la plupart des sérums ne produisent aucun accident anaphylactique lorsqu'on les injecte dans le cerveau de cobayes sensibilisés. Il faut, selon Besredka, rejeter de la pratique médicale tout sérum thérapeutique qui, à la dose d'un vingtième de centimètre cube, est capable de rendre très malade un cobaye sensibilisé.

Certains auteurs ont essayé de diminuer la toxicité des sérums en faisant agir sur eux la lumière, les rayons X, le formol, l'alcool, le sulfate d'ammoniaque, le sulfate de magnésie, l'eau iodée, l'eau oxygénée, la pepsine, la pancréatine, sans aucun résultat appréciable.

Paul Carnot et Slavu semblent avoir été plus heureux dans leurs expériences en ajoutant extemporanément au sérum à injecter de l'acide chlorydrique en proportion de 3,3 de ce dernier pour 1000 de sérum.

Le procédé proposé par l'un de nous, en collaboration avec Minet, basé sur la fragilité du poison anaphylactique, a donné de bons résultats chez l'animal, mais n'a pas encore été appliqué à l'homme. Enfin, il n'est pas possible de préciser la valeur de la méthode préconisée par Ascoli, méthode qui consiste à utiliser des sérums thérapeutiques provenant d'animaux différents.

Tels sont les procédés qui s'adressent à la substance à injecter pour éviter les accidents sériques. Comme on le voit, aucun d'entre eux ne possède une efficacité absolue, mais cependant quelques-uns méritent d'être utilisés dans la pratique médicale.

Action sur l'organisme du sujet. — On a essayé d'entraver l'apparition des accidents sériques en s'adressant au sujet à qui on fait une injection de sérum thérapeutique.

Wright, puis Netter ont constaté que l'injection ou l'ingestion de chlorure de calcium semble avoir une action efficace. Il suffit, ainsi que l'indique Cousin, de faire absorber au sujet qui reçoit une injection de sérum un gramme de chlorure de calcium par jour pendant trois jours de suite. La fréquence des accidents sériques serait, par ce moyen, réduite de moitié, et, de plus, ces accidents seraient moins graves. Différents auteurs, et parmi eux Géwoin, auraient obtenu des résultats identiques.

S'inspirant de ce procédé, Auer et Lewis ont tenté d'utiliser l'atropine; Belin, les oxygénants; Friedberger et Hartoch, puis Delille et Launoy, le chlorure de sodium; leurs expériences n'ont pas été suffisamment probantes pour qu'on puisse en préconiser l'application à la pratique.

Par d'autres méthodes, on cherche à juguler les manifestations du choc anaphylactique ou à conférer à l'individu une véritable immunité vis-à-vis de l'anaphylaxie, c'est-à-dire de créer l'anti-anaphylaxie.

Roux et Besredka, dans ce but, ont montré que si l'on endort profondément à l'éther un animal sensibilisé, la seconde injection faite pendant l'anesthésie ne produit plus aucune réaction anaphylactique. L'animal à son réveil ne présente aucun trouble, mais il n'est plus sensibilisé. Ces auteurs ont obtenu des résultats à peu près identiques avec le chloral, le chloroforme, l'alcool. C'est là une méthode expérimentale intéressante, mais elle n'a jamais été utilisée, jusqu'à présent, en médecine humaine. Du reste, nous pensons, avec Castaigne et Camus, qu'il est préférable d'employer un autre procédé, car l'anesthésie à l'éther, par elle-même, peut être dangereuse.

Rosenau et Anderson ont dirigé leurs recherches dans une autre voie, et ont montré qu'une injection massive de sérum, faite dans le péritoine du cobaye avant l'expiration des douze jours nécessaires pour amener la sensibilisation, non seulement est inoffensive, mais de plus est vaccinante, c'est-à-dire qu'elle empêche l'apparition des phénomènes sériques, lors d'une seconde injection.

Besredka et Steinhardt ont contrôlé ces faits, et Otto a signalé que l'on pouvait remplacer les injections intrapéritonéales par des injections sous-cutanées. Besredka a établi, de plus, expérimentalement, qu'il est encore possible d'entraver l'apparition des accidents anaphylactiques, même lorsque l'animal est sensibilisé. Il suffit de lui injecter, peu de temps avant de faire une seconde inoculation importante, une quantité minime de sérum par voie sous-cutanée, intrapéritonéale, intraveineuse ou digestive. Dans certains cas, il y a lieu de répéter les inoculations préventives 2, 3, 4 fois, à trois ou cinq minutes d'intervalle, et en augmentant à chaque fois la quantité : c'est la méthode dite des « doses subintrantes ». Ces faits ont été contrôlés par Grineff, Cruveilhier, Delanoé, Ciuca, Briot et Dopter, etc.

On a essayé de tirer profit en pathologie humaine de ces différentes recherches expérimentales. En présence d'un individu qui n'a pas encore reçu d'injection de sérum, et chez qui l'on désire éviter des accidents sériques, lors d'inoculations ultérieures, on agit prudemment en faisant d'emblée des injections massives de sérum, tous les cinq jours. Ce procédé a donné de bons résultats entre les mains de Méry, Weill-Hallé et Lemaire, Sicard et Barbé, Weill-Hallé et Parturier.

Lorsque le malade est sensibilisé, par suite d'une inoculation antérieure, il y a lieu de recourir au procédé, des petites doses répétées, de Besredka. On introduit, par exemple, dans le rectum du malade 15 à 20 centimètres cubes de sérum, six à dix heures avant de faire l'inoculation thérapeutique sous-cutanée ou intrarachidienne. On peut également inoculer sous la peau du sujet un quart de centimètre cube à 1 centimètre cube de sérum en 2 ou 3 fois, et à une heure de distance; on fait l'injection massive quatre heures après la première inoculation.

Il est rarement nécessaire, chez l'homme, de recourir aux injections intraveineuses de sérum. On peut cependant (Besredka) dans les cas urgents les utiliser chez un sujet sensibilisé, si l'on a soin de pratiquer, un quart d'heure avant l'injection utile, une inoculation de un quart à 1 centimètre cube de sérum identique, par la même voie. Malgré ces assertions, il semble que la voie intraveineuse demeure peu recommandable.

En pratique médicale, on a plus souvent l'occasion

de recourir aux injections intrarachidiennes. Besredka estime que, lorsqu'on doit faire une injection à un malade ayant déjà reçu du sérum, il est nécessaire de lui inoculer, deux heures auparavant, 1 centimètre cube de sérum dans le canal rachidien ; ou plus aisément quelques centimètres cubes du même sérum soit sous la peau, soit dans le rectum, plusieurs heures avant l'injection efficace.

En résumé, comme il n'existe pas encore de traitement susceptible de combattre la maladie du sérum lorsqu'elle est installée, l'action thérapeutique doit donc être entièrement dirigée vers la prophylaxie des accidents. Les procédés que nous venons d'exposer tendent vers ce but. Si la plupart d'entre eux ne sont pas d'une efficacité absolue, ils sont cependant susceptibles d'entraver, dans une certaine mesure, les accidents sériques. Et pour cette raison, ils méritent d'être utilisés par les cliniciens.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ARTHUS. *C. r. Soc. de biol*, 1903, p. 817; — *Arch. internat. de physiol.*, 1909, VII, p. 471 ; 1910, IX, p. 179. — ARTHUS et BRETON. *C. r. Soc. de biol.*, 1903, p. 1478. — AUER et LEWIS. *The Journ. of exp. med.*, XII, 1910, p. 151.

BÉCLÈRE, CHAMBON et MÉNARD. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1896. — BESREDKA. *C. r. Soc. de biol.*, 1907, XXI, p. 950 et 1053; 1908, p. 478; 1909, p. 266; 1910, p. 131; — *Ann. de l'Inst. Pasteur*, XXV, 1910, p. 5; — *C. r. Acad. des sc.*, Paris, CL, 1910, p. 1456. — BESREDKA et STEINHARDT. *Ann de l'Inst. Pasteur*, 1907, XXI, p. 117 et 384. — BOURLIER (P.). Th. de Paris, 1906, n° 47. — BRIOT et DOPTER. *C. r. Soc. de biol.*, 1910, p. 10.

CARNOT et SLAVU. *C. r. Soc. de biol.*, 1910, p. 995. — CASTAIGNE et CAMUS. *Journ. méd. français*, 15 sept. 1910, n° 9, p. 402.— CASTAIGNE et GOURAUD. *Journ. méd. français*, 15 sept. 1910. — CIUCA. *C. r. Soc. de biol.*, 1910, p. 685. — COUSIN. Th. de Paris 1905, n° 489. — CURRIE. *Journ. of Hyg.*, 1907, p. 1908.

DELANOÉ. *C. r. Soc. de biol.*, 1909, p. 207, 252 et 348. — DELILLE, *Œuvre médico-chirurgical*, 1909, n° 56. — DUBREUILH. *Congr. de Bordeaux*, 1895.

GEWOIN. *Münch. med. Woch.*, 1908, p. 2670.

HAMBURGER et MORO. *Wien. klin. Woch.*, 1903. — HUTINEL et DARRÉ. *Journ. méd. français*, 15 sept. 1910, p. 384.

KRAUSS. *Wien. klin. Woch.*, 1901.— KRAUSS et WOLK. *Zeit. f. Imm.*, 1909, p. 731.

LANDOUZY. *Les Sérothérapies*, 1898; — *Gaz. des hôpit.*, 1894.

MARFAN. *Leçon sur la diphtérie*, Paris 1906; — *Presse méd.*, 1905; — *Soc. méd. des hôpit.*, mars-mai 1905. — MINET et LECLERCQ. *Echo méd. du Nord*, 28 mai 1911 ; — *Applications pratiques de l'anaphylaxie* (Les Actualités méd.), 1912.

NETTER. *Revue d'obst. et de pédiat.*, 1896; — NETTER et LEBRÉ. *C. r. Soc. de biol.*, 1909, p. 186, 279, 976, 100. — NICOLLE. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1906-1907.

PIRQUET et SCHICK. *Wien. klin. Woch.*, 1903 ; — *Die Serumkrankheit.*, Wien, 1905 et 1907.

RICHET (Ch.). *L'Anaphylaxie*, 1911. — ROGER. *Presse méd.*, 1895; — *Gaz. des hôpit.*, 1896. — ROSENAU et ANDERSON. *Journ. of med. Dis.*, 1908-85.

SOLO LEIBOVICI. Th. de Paris, 1908, n° 172.

TURRO et GONZALEZ. *Soc. de biol.*, mars 1912.

VINCENT et Ch. RICHET fils. *Soc. méd. des hôpit.*, 22 déc. 1911.

WEIL-HALLÉ et LEMAIRE. *C. r. Soc. de biol.*, 1908, p. 141; 1907, p. 748, 164. — WIDAL. *Soc. méd. des hôpit.*, 1905. — WRIGHT. *Boston med. Journ.*, 1895; — *The Lancet*, 1895, 1896, 1897; — *Centralb f. Kinderheilk.*, 1906-1907; — *Jahrb. f. Kinkerkrank.*, 1905-1906-1907.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1912)

Traitement des angiomes. — M. MORESTIN, revenant sur la présentation qu'il a faite dans la dernière séance, rappelle un travail antérieur qu'il a publié sur le traitement des angiomes, travail dans lequel il préconisait, comme opération préliminaire, la ligature de la carotide externe et de la veine jugulaire pour le traitement des angiomes de la joue. Il faisait suivre cette opération préalable des injections sclérogènes.

M. ROUTIER, dans un cas d'angiome parotidien, a eu recours successivement à la ligature de la carotide externe, à la ligature de la carotide primitive, à la thermocautérisation, au radium, sans succès.

Plaie de la fesse par coup de feu. — M. ROUTIER fait un rapport sur une observation de M. Dervaux (de Saint-Omer). Il s'agit d'un homme qui, le 16 mars, reçoit un coup de feu dans la fesse droite ; il s'affaisse aussitôt et a une hémorragie par la plaie. En même temps il se plaint d'une vive douleur dans la fosse iliaque du côté gauche. Le sang s'arrête, mais dans les semaines qui suivirent, il y eut une succession d'hémorragies plus ou moins graves, qui finissent toujours par céder au tamponnement. M. Dervaux voit le malade pour la première fois à ce moment, plusieurs semaines après l'accident. Il agrandit la plaie, sous une anesthésie chloroformique très légère à cause de l'extrême faiblesse du malade. Il l'explore de tous côtés, sans trouver aucun projectile. Il la nettoie et tamponne. Le lendemain, survient une hémorragie formidable, encore arrêtée par le tamponnement et l'application d'une bande d'Eymarck; la plaie s'infecte, la température s'élève et il y a toujours des hémorragies. Le 14 avril, M. Dervaux se décide à faire la ligature de l'hypogastrique. Le sang s'arrête. On pense que la balle, vainement cherchée dans plusieurs explorations, a pénétré dans la fosse iliaque gauche toujours douloureuse. A la ligature de l'hypogastrique, M. Dervaux avait joint des injections d'un sérum complexe dont il donne la formule, à base de chlorures. Le malade finit par guérir. Il est à regretter, ajoute M. le rapporteur, qu'il n'y ait pas plus de renseignements sur le trajet exact suivi par le projectile, qu'il n'y ait pas eu de radiographie, qu'on n'ait pas tenté plutôt la recherche et la ligature des deux bouts de l'artère lésée.

Kyste congénital mucoïde sous-hyoïdien. — M. ROUTIER fait un second rapport sur un cas de kyste sous-hyoïdien opéré par M. Batut. Il n'y eut malheureusement pas d'examen histologique.

M. BROCA pense qu'il s'agissait plutôt d'un kyste dermoïde.

Ulcère du duodénum avec complication du côté des voies biliaires. — M. AUVRAY analyse une observation de M. Lemercier (de Rennes) dans laquelle il s'agit d'un homme de trente-six ans qui présentait un passé gastrique. En août 1909, les symptômes s'aggravent; les douleurs deviennent violentes, les vomissements apparaissent, deviennent sanglants et il y a du melæna. Le malade s'amaigrit. On trouve, dans l'hypocondre droit, une tumeur qui semble bien être la vésicule biliaire distendue. M. Lemercier fait une laparotomie latérale, constate que la tumeur est bien la vésicule biliaire. En même temps on constate sur le duodénum un vaste tractus cicatriciel déterminant l'obstruction du canal cystique. Ce tractus cicatriciel se porte également vers le pylore qui est sténosé. Il s'agissait donc d'un ulcère duodénal ayant entraîné à la fois des complications du côté des voies biliaires et du côté pylore. M. Lemercier enleva la vésicule et draina. Le malade était si faible qu'il s'en tint, la première fois, à cette intervention. L'état du malade s'étant amélioré, deux ou trois semaines après, il fit une gastro-entérostomose.

M. Auvray insiste sur l'intérêt que présente cette observation au point de vue des complications du côté des voies biliaires. Il passe en revue tous les faits publiés et examine

successivement les cas où l'ulcère duodénal siégeant du côté de l'ampoule peut déterminer l'oblitération du cholédoque et aboutir à la perforation de la vésicule. Il peut aussi ouvrir le cholédoque et le canal pancréatique. Mais les complications du côté du canal cystique sont les plus rares et c'est ce qui fait l'intérêt de l'observation de M. Lemercier.

M. Souligoux cite, à ce propos, le cas d'un malade qui avait été pris de douleurs brusques dans le ventre avec ictère. On crut à un calcul. M. Peyrot intervint et, croyant avoir affaire à un cancer, referma le ventre, considérant le malade comme perdu à brève échéance. Six mois après, ce malade revint à Lariboisière trouver M. Souligoux qui constata une énorme dilatation de l'estomac avec sténose du pylore. Il fit une gastro-entérostomie, ne retrouva rien du côté des voies biliaires et le malade guérit.

Un procédé d'ablation du rectum. — M. Savariaud propose un nouveau procédé d'ablation du rectum basé sur la conservation de l'appareil sphinctérien. En voici les divers temps : résection du coccyx, incision elliptique autour de l'anus, l'extrémité inférieure de cette incision est prolongée jusqu'au coccyx, les releveurs sont isolés, suturés et abouchés à l'anus, et l'opération se termine par une périnéorraphie postérieure. Chez un malade que présente M. Savariaud, opéré de la sorte, la réunion s'est faite par première intention. Le résultat est satisfaisant; toutefois le malade n'est pas tout à fait continent pour les matières diarrhéiques.

M. Cunéo arrive au même but, à la conservation des releveurs et de l'appareil sphinctérien par un autre procédé, une incision transversale, d'un ischion à l'autre et une incision postérieure. Il garde ainsi le sphincter, les releveurs et respecte les fosses ischio-rectales. Les malades qu'il a ainsi opérés sont continents.

LIVRES NOUVEAUX

Medicus. Guide-annuaire des étudiants et des praticiens [médecine, chirurgie, odontologie, pharmacie (1)].

Nous avons eu l'occasion de dire de cet annuaire tout le bien qu'il mérite.

Il s'adresse, on le sait, au corps médical tout entier : aux étudiants et aux praticiens qui y trouvent rapidement et avec précision tous les renseignements désirés.

L'édition 1913 est encore supérieure aux précédentes.

Les indications innombrables que contient *Medicus* ont été soigneusement vérifiées, colligées et mises à jour et l'on peut dire, sans crainte d'être démenti, que cette publication est présentée d'une façon parfaite.

Pour faciliter les recherches, *Medicus* a employé cette année des papiers de couleurs différentes pour séparer les principales parties les unes des autres. En outre, pour joindre l'agréable à l'utile, de nombreuses vues des hôpitaux et des facultés françaises y ont été introduites.

Après l'enseignement, première, deuxième et troisième parties, où rien n'a été négligé pour la mise à jour, la quatrième et la cinquième parties constituent le véritable guide du praticien et renferment tous les renseignements d'ordre professionnel indispensables à l'étudiant, au médecin et au pharmacien : lois, décrets, jurisprudence pour la France et les colonies françaises.

Enfin, avec la sixième partie, l'annuaire des médecins, officiers de santé, chirurgiens-dentistes et pharmaciens de Paris, Seine et départements, avec ses suppléments trimestriels le tenant constamment à jour, et une table des matières très complète facilitant les recherches, il présente cette année à ses lecteurs un ouvrage qui est véritablement le guide-annuaire, le plus pratique, le plus complet et le plus utile et justifie ainsi l'accueil que lui ont déjà fait précédemment le corps médical et la presse médicale française et étrangère. L. GAYARD.

(1) Elégant volume relié pleine toile de 1 720 pages, grand in-8° raisin. — Prix : 5 francs. — Paris, Aimé Rouzaud, 41, rue des Ecoles.

Physikalische Heilkunde [**Thérapeutique physique**] (1), par le docteur Fritz Frankenhäuser.

Ce précis de physiothérapie constitue le cinquième volume de la collection publiée sous le titre général de « Fils directeurs de la médecine pratique ». Comme les ouvrages précédents, dont nous avons rendu compte ici même, il se recommande par sa concision et sa clarté. L'auteur expose dans ces 300 pages les forces cinétiques (physiologie du travail musculaire, les cures de repos, la gymnastique), les forces thermiques (physiologie de la chaleur animale, le climat au point de vue thérapeutique, les bains), les forces actiniques (soleil, lumière électrique, radiothérapie), les forces électriques (courants galvaniques, haute et basse tension).

Enfin l'application que l'on peut faire des agents physiques aux différents âges et dans les différentes maladies, constitue la dernière partie de l'ouvrage. A. LEMIERRE.

(1) Un vol. de 320 p. — Leipsig, Werner Klinkhardt.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 4 AU 9 NOVEMBRE 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 4 novembre, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, A. R.).

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Mardi 5 novembre, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, A. R., 1re et 2e séries).

5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.*

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mercredi 6 novembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique,* épreuve pratique.

1er (oral, 1re, 2e et 3e séries).

3e (oral, 2e partie).

4e.

Jeudi 7 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique,* épreuve pratique.

1er (oral).

3e (oral, 2e partie).

1er (chirurgien-dentiste, A. R.).

Vendredi 8 novembre, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, A. R., 1re, 2e et 3e séries).

Samedi 9 novembre, à une heure. — 1er (chirurgien-dentiste, A. R., 1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

THÈSES

Mercredi 6 novembre, à une heure. — M. Lefrançois. Sur un kyste rétropéritonéal pararénal. (MM. Kirmisson, président; Reclus, Segond et Ombrédanne.) — M. Descubes. Contribution à l'étude des fractures des métacarpiens. (MM. Reclus, président; Kirmisson, Segond et Ombrédanne.) — M. Madelaine. Contribution à la thérapeutique de la coxalgie. (Extension continue combinée à l'immobilisation par appareils rigides). (MM. Segond, président; Kirmisson, Reclus et Ombrédanne.)

Jeudi 7 novembre, à une heure. — Mlle Pokitonov. Le rôle des reins dans l'albuminurie provoquée par l'injection de blanc d'œuf. (MM. Debove, président; Pouchet, Albert Robin et Rathery.) — M. Chauvenet. Extrait sur la valeur thérapeutique de l'extrait physiologique de digitale. (MM. Pouchet, président; Debove, Albert Robin et Rathery.) — M. Monguilan. Esquisse du rôle du médecin dans la vie sportive. (MM. Albert Robin, président; Debove, Pouchet et Rathery.) — M. Calandreaud. La suette miliaire dans les Charentes mai-juillet 1906. (MM. Thoinot, président; Widal, Balthazard et Gougerot.) — M. Lamy. L'érysipèle des vieillards. (MM. Widal, président; Thoinot, Balthazard et Gougerot.)

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXVII, nº 8, 22 août 1912.) Beth VINCENT : La transfusion du sang; méthode et résultats. — Ralph W. JACKSON : Rupture intrarectale d'abcès froids provenant d'un foyer de coxalgie (avec 4 fig.) — Charles G. FOSTER : Devoirs du médecin qui s'enrôle comme médecin militaire volontaire en cas de guerre. — Loring. T. SWAIM : Etude de 39 cas au point de vue de la longueur de l'intestin et de la nutrition (2 tabl.) — James R. TORBERT : Une statistique obstétricale de la pratique privée (2 fig.) — (Vol. CLXVII, nº 9, 29 août.) Carleton R. METRALF : L'hallux valgus acquis. Résultats éloignés du traitement opératoire et non opératoire (avec 6 fig.) — William Palmer LUCAS : Contribution à l'étude neurologique de l'enfant : note sur la mortalité et la proportion d'enfants arriérés dans les cas de syphilis héréditaire telle qu'on l'observe à l'hôpital chez les malades (4 tabl.) — E. W. TAYLOR : Progrès dans le traitement des névroses. — Henry Farnum STOLL : La tuberculose des vieillards et la valeur diagnostique de l'augmentation de la perception du chuchotement dans l'espace interscapulaire.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (Nº 31, 1er août 1912.) TRAUBE : Sur les médicaments et les poisons. — BAERTHLEIN : Nouvelles recherches sur les figures de mutations des bactéries. — WECHSELMANN : Injection intralombaire de néosalvarsan. — STIERLIN : Diagnostic radiologique des néoformations abdominales. — WOLF EISNER et VOGT : Sur les radiographies rapides du thorax. — FRIEDLÄNDER : Sur l'irradiation profonde en gynécologie à l'aide de substances radioactives. — EPHRAÏM : Action de l'adrénaline dans l'asthme bronchique et la bronchite chronique. — WEISSENBERG : Une épidémie d'ictères. — WAGNER : Traitement de la grossesse extra-utérine. — PARTSCH : Ostéomyélite de la rotule. — HELLIN : Paralysie du diaphragme après section unilatérale du phrénique. — (Nº 32, 8 août.) BECHTEREW : Qu'est-ce que la psychoreflexologie ? — CASTELLI : Sur le néosalvarsan. — BRAUN : Contribution à la chondrectomie dans l'emphysème de Freund. — BRÜCHNER : Sur la dissémination de la typhoïde. — KÖRBER : Importance clinique des granulations de Much. — BORTSTEIN et STROINK : Sur l'intoxication par l'oxygène. — KLEIN : Contribution à la maladie d'Addisson. — BIBERGAIL et BLANK : Paralysie cubitale et côte cervicale congénitale. — NIESZYTKA : La lutte contre la fièvre puerpérale. — HERSCHELL : Le massage électro-vibratoire.

Echo médical du Nord. — (Nº 31, 4 août 1912.) J. VANVERTS : Coexistence d'une tuberculose de la trompe et d'un épithélioma de l'utérus. — ARSIMOLES et LEGRAND : Sur les corps étrangers du tube digestif. — C. GUÉRIN : La prophylaxie de la tuberculose bovine par les indemnités légales. — (Nº 32, 11 août.) L. DUBAR : Enorme tumeur ulcérée développée au voisinage de l'anus émergeant de la fosse ischio-rectale droite, remplissant tout le petit bassin et ayant pour origine une ulcération rectale. Epithélioma cylindrique avec dégénérescence colloïde entièrement développé en dehors de l'intestin. — O. LAMBRET et J. VANVERTS : Enucléation incomplète en bas du scaphoïde tarsien. Enucléation incomplète en dedans du premier cunéiforme. Diastasis de l'articulation des premier et second métatarsiens. — (Nº 33, 18 août.) DELÉARDE : Traitement de la fièvre typhoïde chez l'enfant. — PIERRET : La pression sanguine chez les hémiplégiques. — (Nº 34, 25 août.) G. POTEL : Gangrène génitale d'origine dystocique. Disparition de presque tout l'utérus, du vagin, de l'urètre vaginal, du bas-fond vésical et de la paroi antérieure du rectum. Restaurations multiples. Guérison. — BETTREMIEUX : Technique et mode d'action des opérations récentes proposées contre le décollement rétinien. — C. GUÉRIN : Sur le sort des bacilles tuberculeux dans l'organisme.

Lyon chirurgical. — (Nº 2, 1er août 1912.) NOVÉ-JOSSERAND et A. RENDU : Résultats éloignés et valeur de la méthode de Finck dans le traitement précoce des pieds bots congénitaux. — VIOLET et MURARD : Le traitement par le colpocléisis élevé des fistules urinaires vaginales consécutives à l'hystérectomie abdominale avec évidement pelvien pour cancer utérin (5 fig.). — DUBREUIL : L'ossification chez les mammifères. Exposé sommaire et didactique du développement des os (22 fig.).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (Nº 32, 6 août 1912.) VOLHARD : Le pneumothorax artificiel dans la tuberculose pulmonaire et la bronchectasie. — HAMMER : La fixation du complément dans la tuberculose. — DIEUDONNÉ et BAERTHLEIN : Sur les milieux de culture électifs pour le vibrion cholérique. — BRENDEL et MÜLLER : La modification de Hecht dans la réaction de Wassermann. — PRINGSHEIM : Influence de la cholestérine sur l'attaque d'hémoglobinurie. — LEUBE : Traitement de la tuberculose dans le jeune âge. — WEBER : L'épilepsie comme conception clinique. — FRIEDBERGER : Sur la réaction anaphylactique du poumon. — (Nº 33, 13 août.) MEYER BETZ et GEBHARDT : Recherches radioscopiques sur l'influence des purgatifs sur les mouvements intestinaux de l'homme sain. — LICHTENSTEIN : Le traitement de l'éclampsie. — DREYFUS : Expériences avec le salvarsan. — RÖMHELD : La réaction de Wassermann et le praticien. — BIBERGEIL : Le pied creux. — BORCHERS : Diagnostic et traitement des fistules du menton. — HOHMANN : Fractures des doigts. — KRETSCHMER : Traitement de la scarlatine par l'eucalyptus. — STAFFELD : Sur le phényldiméthylpyrazolonamidomethansulfonate de soude contre le rhumatisme aigu. — HÄUER : Un cas de tétanos traumatique guéri par l'antitoxine de Hoechst. — ABELIN : Recherche du mercure dans l'urine. — FISCHER : Sur la réaction colorante de la sécrétion cutanée dans les zones correspondant au poumon tuberculeux. — WIEDEMANN : Les dangers de l'anaphylaxie dans la pratique.

Presse médicale. — (Nº 63, 3 août 1912.) F. BEZANÇON : Valeur séméiologique chez l'adulte de la diminution du murmure vésiculaire limitée au sommet. — SERGENT : La médiastinite chronique considérée dans ses rapports avec la tuberculose. — (Nº 64, 7 août.) KIRMISSON : Les traumatismes osseux chez l'enfant. Du décollement traumatique des épiphyses. — ROGER et BAUMEL : Thérapeutique intrarachidienne des crises gastriques du tabes. Ponction lombaire et injections sous-arachnoïdiennes. — (Nº 65, 10 août.) RÉNON : L'état actuel de la tuberculinothérapie de la tuberculose pulmonaire. — ALGLAVE : Le vissage simple appliqué aux fractures fermées de l'olécrâne. — H. et E. CHABANIER : De l'emploi de corps permettant de décolorer les téguments lors de la désinfection des mains par la teinture d'iode. — (Nº 66, 14 août.) L. BOIDIN : A propos du traitement général du charbon. — VIGNAUD : Traitement du charbon par la pyocyanase. — L. FORTINEAU : Recherches expérimentales sur l'antagonisme du bacille charbonneux et du bacille pyocyanique; traitement du charbon par la pyocyanéine. — (Nº 67, 17 août.) RECLUS : L'anesthésie localisée et les chirurgiens qui s'opèrent eux-mêmes. — (Nº 68, 21 août.) CARREL : La vie manifeste des tissus in vitro. Techniques nouvelles et leurs résultats. — LIAN : Du pouls veineux jugulaire dit « physiologique ». — (Nº 69, 24 août.) LEVADITI : Les travaux récents sur l'étiologie de la scarlatine. — (Nº 70, 28 août.) BINET : Ce que le médecin doit savoir de la rétraction musculaire ischémique. — CAZENEUVE et LAURÈS : Cysticercose du quatrième ventricule cérébral chez l'homme. — (Nº 71, 31 août.) DANIS : Les causes d'insuccès dans la suture vasculaire, deux nouveaux procédés d'anastomose. — BURNAND : Sur les résultats thérapeutiques immédiats du pneumothorax artificiel.

Revue médicale de l'Est. — (Nº 15, 1er août 1912.) CAUSSADE et JACQUOT : A propos d'un cas de tétanos de Rose.

Tribune médicale. — (Nº 8, août 1912.) MARCILLE : Conduite à tenir en présence d'un corps étranger métallique.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 124. — MARDI 29 OCTOBRE 1912. 85e ANNÉE. MARDI 29 OCTOBRE 1912. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Notes. — *Anatomie.* — Séance du 25 octobre. — MM. Ramadier (Fernand), 9; Sénèque, 10; Pierre, 6; Hartglass, 5; Chemin, 8; Toupance, 9; Ramadier (Henri), 11; Sorel, 5.

Séance du 26 octobre. — MM. Mugel, 4; Perin (Lucien), 10; Laurent (Marcel), 6; Lascombe, 11; Netter, 8; Turnesco, 11; Lefranc, 13; Houlbert, 10; Cavaillon, 7; Jacob, 11; Couinaud, 7.

Prochaine séance, mardi 29 octobre, à cinq heures, à l'hôpital Beaujon.

Pathologie. — Séance du 25 octobre. — MM. Lévi-Franckel, 11; Guillouet et Barreau (Pierre), 8; Duponchel, 11; Broussin (André), 5; Oberlin, 13; Mlle Samet, 5; MM. Lantuéjoul, 12; Poissonnier, 7; Legras, 10.

Séance du 26 octobre. — MM. Peignaux, 5; Dardanne, 7; Vérut, 10; Chatenoud, 8; Stiassnie, 5; Mallet (Lucien), Mlle Chauvet et MM. de Nabias, 6; Scheikevitch, 11.

— Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 25 octobre 1912. — Question donnée : « Fistules anales. »

M. Jouffray, 7; Mlle Kuntz, 16; MM. Lefebvre (Henri), 8; Lanos, Paulin et Pareux, 7; Mlle Pezé, 8; MM. Merklen et Vidal, 14; Mme Krebs, 17; M. Moissinac, 12; Mlle Jardin, 7.

Séance du 26 octobre. — Question donnée : « Hydarthrose du genou. »

MM. Philippes de la Marnière, 15; Koechlin, 14; Veil, 9; de Massary, 10; Martinet, 12; Trolard et de Peretti de la Rocca, 15; Pradal, 14; Kremen, 8; Poiré et Lelong, 10; Langlais, 11; Longepierre, 12; Terrasse, 10; Vernant et Libault de la Chevasnerie, 9; Langlois, 10.

Anatomie. — Séance du 26 octobre. — Question donnée : « Nerf cubital à partir du plexus brachial. »

MM. Couronne, 10; Darcissac, 11; Boileau, 14; Galliard, 12; Mlle Franck, 13; MM. Guilmoto, 12; Auguste et Bouvet, 15; Bona, 12; Duval-Arnould, 14; MM. Garlopeau, 13; Mlle Domasson, 17; MM. Descaves, 16; Habibollah, 11; Gory, 12; Günberg (Charles), 10; Aubergé, 15; Cayla, 12; Génin, 15; Mlle Cayron, 15.

Prochaine séance, mercredi 30 octobre, à neuf heures du matin.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Gelas, Proby, Baussand, Bois, Deluermoz, Meurier, Schwebel, Sassier, Malespine et Valendru (*ex æquo*), Bournet, Gontier, Caucal et Paramelle (*ex æquo*), Barbier et Lévy (*ex æquo*), Bernheim, Cornet et Macrygenis (*ex æquo*), Michel, Moins, Favre, Pollosson, Barret, Gabrielidès et Moyet (*ex æquo*), Moyne, Pitre, Trossat, Bajadoux et Revouy (*ex æquo*), Rabot, Veil, Vergnory, Chaveriat, Lebœuf, Pouchin, Clerc et Duclos (*ex æquo*), Doz, Denarié, Richard et Roux (*ex æquo*), Jette et Vagnon (*ex æquo*), Barelle, Cumin et Dunet (*ex æquo*), Verit, Picon.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — Les professeurs et agrégés en exercice de l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris sont convoqués le jeudi 14 novembre 1912, à l'effet d'élire un délégué au Conseil académique de Paris, en remplacement de M. Bouchardat, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 24 octobre 1912 :

Médecins-majors de première classe. — MM. Privat est affecté pour ordre aux salles militaires de l'hospice mixte d'Avignon : Licht passe à l'hôpital de Belfort; Jaubert est désigné pour l'Algérie; Arnould passe à la section technique du service de santé; Rouchaud est nommé médecin chef de de l'hôpital de Maubeuge; Mignon passe à l'hôpital de Lille (médecin chef); Perrognon est désigné pour les troupes d'occupation du Maroc occidental; Démery passe au 7e génie; Oberlé, aux sapeurs-pompiers de Paris; Gauthier, à la gendarmerie de la Seine (Paris); Gauran, au 141e d'infanterie; Gerbaux, au 46e d'infanterie; Ponsot, au 39e d'infanterie; Picqué, au 140e d'infanterie.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bertrand (de Denain), victime du devoir professionnel, et Hippolyte Debauge (de Lyon).

L'ORIGINE TUBERCULEUSE

DES

TROUBLES MENSTRUELS

Par M. JOSEPH HOLLOS (de Szeged, Hongrie).

Nous connaissons déjà le fait d'après lequel la tuberculose cause divers troubles dans la menstruation, notamment les pertes irrégulières et l'absence des pertes. Mais ce fait a été attribué jusqu'à présent à l'amaigrissement et à d'autres circonstances, effets de la tuberculose.

D'ailleurs on rapporte aussi les troubles de la menstruation à l'anémie, la chlorose et l'hystérie; on les fait remonter souvent à des lésions locales, de même que l'on soumet celles-ci à divers traitements locaux. Toutefois le rapport des troubles menstruels avec ces états n'est pas assez éclairci, et les traitements locaux et généraux que l'on y applique, en vue de cette causalité, restent incertains.

Les recherches cliniques et expérimentales que j'ai effectuées, pendant cinq ans, sur des femmes atteintes de la tuberculose latente, m'ont amené à la conclusion que ces troubles sont, dans la plupart des cas, d'une origine tuberculeuse, et que ces cas-là sont — en considérant cette base étiologique — en partie améliorables et en partie guérissables si on applique le traitement spécifique. La découverte de l'étiologie des troubles menstruels n'est pas seulement importante à ce point de vue thérapeutique, mais elle a encore l'avantage de nous permettre de reconnaître, dans ces symptômes, un signe précurseur de la tuberculose, signe de la plus haute importance en ce qui est le diagnostic.

Il est prouvé que ces troubles sont les symptômes de la présence, quelque part dans l'organisme, d'une intoxication provenant de l'infection tuberculeuse et comme tels ils portent partiellement en eux le caractère d'une intoxication générale.

Nous rencontrons, parmi les symptômes de l'intoxication générale, les symptômes subjectifs les plus divers, ainsi que des troubles de fonctionnement tels que palpitations, pouls rapide, troubles vaso-moteurs, symptômes stomacaux et intestinaux, transpiration, maux de tête, vertige, insomnie, nervosité, des douleurs diverses et principalement de l'arthralgie et de la myalgie, etc. Les troubles menstruels sont toujours accompagnés de l'un ou de l'autre de ces symptômes ou syndromes, dans une proportion plus ou moins grande.

La menstruation, sous notre climat, commence à l'âge de treize à quinze ans, quelquefois à onze ou douze ans aussi. Cette menstruation prématurée, de même que la menstruation tardive, portent en elles-mêmes le signe suspect de la tuberculose latente. J'ai observé plusieurs cas de jeunes filles de seize à vingt ans qui n'ont eu leurs premières règles qu'au cours ou après un traitement spécifique.

Les troubles menstruels se présentent en même temps que d'autres signes de l'intoxication tuberculeuse; ils sont souvent les premiers symptômes. Ces troubles se présentent sous diverses formes. Les règles jusqu'alors régulières arrivent en avance ou apparaissent plus fréquemment, par exemple deux fois par mois, d'autres fois elles retardent de plusieurs jours et de plusieurs semaines même. La durée des règles peut être courte ou longue, la perte étant considérable, ou au contraire insignifiante. L'absence des règles (l'aménorrhée) durant plusieurs mois, même plusieurs années, est également un symptôme fréquent de l'intoxication.

Parmi les troubles menstruels il faut accorder une attention toute spéciale aux douleurs qui surviennent à ce moment et constituent la dysménorrhée. Cet état est le plus souvent suivi de symptômes généraux des plus divers; les douleurs et les symptômes dont celles-ci sont suivies durent quelquefois plusieurs jours, et les malades en sont complètement épuisées. La dysménorrhée de même que les autres troubles menstruels peuvent se présenter dès le début, c'est-à-dire à la première menstruation, mais ils peuvent débuter aussi plus tard, avec d'autres symptômes de l'intoxication ou même avec des symptômes déjà manifestes. Dans ces cas de *dysménorrhée secondaire* l'infection ne date probablement pas de l'enfance, mais elle débute bien après la puberté. Les expériences que j'ai faites à ce sujet, avec le gynécologue de Szeged, M. Eisenstein, ont déjà paru en 1907 dans la *Gynäkologische Rundschau*, et en 1908 dans la *Centralblatt f. Gynäkologie*. M. Gräfenberg (1) [de Kiel], qui a contrôlé nos résultats, a également établi le rapport entre la dysménorrhée et la tuberculose, et il a également proposé le traitement tuberculin dans les cas de dysménorrhées primaires, cependant il ne croit pas que la dysménorrhée secondaire soit d'origine tuberculeuse. En face de son affirmation, quantité de mes cas prouvent qu'il n'y a aucune différence, au point de vue de l'étiologie, entre la dysménorrhée primaire et celle secondaire.

J'ai établi des notes sur les cas de 712 femmes que j'ai examinées au point de vue de la menstruation. Fait regrettable : je n'ai pris de notes sur les premières règles que dans 351 cas. Dans ces derniers cas, il y a 46 femmes qui ont eu leurs règles très tôt, soit avant treize ans; et parmi celles-ci s'en trouvent 15 qui les ont eues à dix et onze ans; il y a aussi 66 femmes qui ont eu leurs règles après l'âge de quinze ans, dont 12 entre dix-huit et vingt et un ans. Nous voyons donc dans ces 351 cas débuter la menstruation très tôt et très tard dans une proportion de 32 p. 100.

Il y a eu dysménorrhées déclarées, c'est-à-dire pertes douloureuses, dans 270 cas. Les règles étaient douloureuses dans ces cas dès le début, c'est-à-dire à partir de la première menstruation dans 138 cas, tandis que dans les 132 autres cas les douleurs n'ont commencé qu'au bout d'une ou de plusieurs années. J'ai trouvé dans 64 cas de l'aménorrhée durant de deux mois jusqu'à deux ans et demi, et même un cas guéri qui durait pendant quatre ans. Dans ces cas d'aménorrhées il y en avait beaucoup, notamment 26 cas sur 64, pouvant être pronostiqués mauvais cas.

J'ai eu en traitement spécifique d'au moins deux mois 187 femmes souffrant de ces troubles. De celles-ci 126 ont guéri, c'est-à-dire ont été libérées de leurs troubles menstruels, 37 ont obtenu de l'amélioration, et 24 sont restées stationnaires à la fin du traitement.

Sur ces 126 cas qualifiés de guéris il y a nombre de cas où les troubles menstruels n'apparaissaient

(1) E. GRAEFENBERG. Dysmenorrhoe und Tuberkulose, *Münch. med. Woch.*, 1910, n° 10.

plus pendant un à deux ans, même pendant trois à quatre ans après le traitement, et en même temps que ceux-ci, comme d'autres symptômes réapparaissaient, un nouveau traitement spécifique apportait la guéririson.

J'ai remarqué souvent que les premières règles ont fait souffrir davantage à la suite du traitement qu'à l'ordinaire; j'ai également rencontré des cas où des règles ne faisant pas souffrir jusqu'alors devenaient ensuite douloureuses. Ce symptôme doit être considéré comme effet de la réaction locale du traitement spécifique ou alors comme symptôme toxique obtenu artificiellement. Dans le traitement tuberculin dualistique de M. C. Spengler, en appliquant de l'isotoxine, j'ai obtenu, dans le but d'expérimenter, de la dysménorrhée artificielle.

Pendant le traitement spécifique la première menstruation a apparu, entre autres dans 12 cas, sur des femmes de seize à vingt ans. Il est surprenant que dans tous ces cas la menstruation a été, dès le commencement, régulière et sans souffrance; rien que dans un cas les règles étaient irrégulières, mais elles devenaient, d'ailleurs, régulières par suite du traitement.

Sur les 712 cas examinés, 213 femmes ont eu des *pertes régulières et sans douleur*, ce qui répond à 30 p. 100.

Il est également surprenant que beaucoup de ces cas devaient se pronostiquer le plus désavantageusement, et qu'une de ces malades est même morte.

C'est cette raison qui m'a fait noter cette catégorie séparément. Sur mes 712 cas il y en avait 119 dont le pronostic était des plus mauvais; dans ces 119 cas il existait 75 menstruations régulières, sans douleur. En séparant ces 119 cas des autres, nous voyons la différence encore plus surprenante, étant donné que sur 593 cas pronostiqués mieux, la menstruation n'a été régulière et sans douleur que dans 138 cas, soit dans la proportion de 23,3 p. 100 seulement, tandis que les 119 cas pronostiqués mal démontraient 75 menstruations régulières et sans douleur, soit 63 p. 100.

Je tiens à donner l'explication de ce fait remarquable, en même temps qu'à éclaircir, d'une manière générale, la valeur du pronostic de ces symptômes d'intoxication.

A l'occasion des recherches que j'ai faites sur plus de 1000 malades souffrant de tuberculose latente, et surtout en examinant comment se manifestaient les caractères cliniques de leur maladie vis-à-vis du traitement tuberculin ou du traitement du corps immunisant de Spengler, je me suis persuadé que les symptômes de l'intoxication des cas tuberculeux sont, dans une certaine mesure, en rapport avec l'immunité lytique de l'organe. Il y a quelque part dans l'organe, le plus souvent dans le poumon ou dans les glandes péribronchiales, un foyer ou des foyers de tuberculose latente, produisant lentement, mais constamment, de la toxine qui immunise l'organisme. Cependant cette immunité n'est pas complète ; il y a dans les organes, circulant même dans le sang, des toxines qui excitent le système nerveux et quelques-uns des organes. A mesure que l'immunité lytique augmente, la sensibilité aux toxines augmente aussi, ceci fait réagir l'organe aux toxines.

Les différents symptômes toxiques, de même que les troubles menstruels, ne sont pas autre chose que la réaction spontanée de l'organe sensible aux toxines vis-à-vis de l'intoxication chronique. Cet état peut se prolonger des années et peut même devenir plusieurs fois décennal sans que la tuberculose se manifeste.

C'est justement ceci l'effet de l'immunité présente. Si le foyer primaire guérit, alors les symptômes d'intoxication peuvent aussi complètement disparaître; surtout si leur durée n'a pas été longue. Dans ce dernier cas il s'établit, ainsi que M. Poncet et son école l'ont démontré, des lésions chroniques desquelles peut résulter la permanence de certains symptômes de la maladie. MM. Poncet et Leriche (1), à la suite de leurs observations cliniques, aboutissent aux mêmes conclusions que j'ai tirées de mes recherches, notamment que la tuberculose est le principal facteur dans l'étiologie des troubles menstruels. Ils ont démontré également dans tous les cas des lésions dans l'appareil génital. M. Poncet fait, du reste, grouper tous ces cas sous le titre *tuberculose inflammatoire*. Sous cette dénomination il faut entendre les lésions spécifiques macro et microscopiques de la tuberculose ; telles qu'on les observe encore dans l'endométrie interstitielle chronique, souvent dans la salpingite séreuse chronique, la dégénération microkystique de l'ovaire, ainsi que dans la paramétrite chronique avec épaississement du tissu conjonctif du paramètre. Dans les rares examens gynécologiques de mes observations mes constatations ont corroboré les résultats de M. Poncet. Dans ces cas-là il a été constaté des périmétrites et des endométrites ; de plus il a été constaté que des lésions inflammatoires chroniques ont laissé leur trace même sur trois vierges. Ces cas examinés venaient de dysménorrhées et d'aménorrhées très graves lesquels ont réagi au traitement spécifique par une guérison, tantôt provisoire, tantôt définitive. Les pertes blanches qui sont si fréquentes dans la tuberculose latente sont également le résultat de l'endométrite chronique que l'on rencontre quelquefois chez des fillettes aussi et qui sont également causées par les toxines de bacilles.

Les toxines non fixées produisent alors par leur caractère excitant, non seulement les symptômes toxiques, mais encore ces lésions pathologiques macro et microscopiques. Ces toxines agissent particulièrement dans les cas d'immunité lytique, qui sont justement les plus avantageux au point de vue du pronostic.

Plus cette immunité est prononcée plus l'infection est suivie, du fait que la sensibilité toxine est développée, de symptômes toxiques, par conséquent les troubles de la menstruation aussi. Souvent toute une série de ces symptômes font souffrir la malade pendant des années, sans que, à l'examen physique, nous puissions démontrer la présence de la tuberculose. Ce n'est que le résultat excellent et souvent définitif de la cure tuberculinique ou le traitement du corps immunisant qui font que nous pouvons conclure aux origines tuberculeuses des symptômes.

Plus les symptômes d'intoxication dans l'anamnèse manquent et plus la maladie commence par la manifestation de la tuberculose à son début et moins il y a, en outre, l'absence des signes nécessaires de la réaction, plus il est à supposer le manque d'immunité de l'organisme, ce qui revient à dire que l'on peut

(1) A. Poncet et R. Leriche. *La tuberculose inflammatoire*, Paris, O. Doin, 1912.

compter d'autant plus avec l'extension accélérée de la tuberculose.

J'ai donc établi par des chiffres la concordance entre le pronostic et les symptômes d'intoxication en ce qui concerne les troubles menstruels. Sur 712 cas il y en a eu 119 désavantageux au point de vue pronostic c'est-à-dire dont l'état s'aggravait continuellement. Dans ces 119 cas les règles étaient régulières et sans douleurs dans la proportion de 63 p. 100, tandis que dans les cas avantageux au point de vue pronostic, dans 593 cas, la proportion n'était que de 23,3 p. 100. D'autre part, nous rencontrions dans le premier groupe 17 p. 100 de dysménorrhées et 40,4 p. 100 dans le second groupe.

Dans la mesure où l'immunité diminue par suite d'infections renouvelées ou par suite de mauvais état hygiénique ou pour n'importe quelle autre cause, dans la même mesure disparaissent aussi les signes d'intoxication, et par conséquent les troubles menstruels. Ainsi que je l'ai déjà dit, exception est faite pour l'aménorrhée dont il est établi qu'elle constitue le signe de la majeure partie des cas désavantageux au point de vue pronostic.

Manifestation pathologique, dont le pronostic, ainsi que nous l'avons établi, laisse alors le plus à désirer.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

XIIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

[PARIS, 13-16 OCTOBRE 1912 (1)].

LES COLITES INFECTIEUSES AIGUES

COLITES INFECTIEUSES AIGUES CHEZ L'ADULTE

Rapport par M. A. CADE, professeur agrégé à la Faculté de Lyon, médecin des hopitaux.

Etudier *les typhlo-colites aiguës de l'adulte, primitives, liées à une infection non spécifique*, tel est le but précis que M. Cade s'est proposé dans son rapport.

De ces colites, les unes sont *diffuses, généralisées*, les autres sont *localisées, partielles, segmentaires.*

Les typhlo-colites à type généralisé peuvent être parfois simplement *polysegmentaires.*

Le processus de l'inflammation colique peut rester superficiel, purement muqueux ou presque, ailleurs il envahira les plans profonds de l'intestin, y compris la tunique péritonéale. Le processus superficiel appartient plutôt aux formes généralisées ou polysegmentaires, la colite profonde aux formes partielles, sans rien d'absolu d'ailleurs.

L'inflammation péricolique est plus fréquente dans la colite segmentaire, et l'auteur distingue les *péricolites* et les *paracolites*, qu'il ne décrira d'ailleurs qu'en tant qu'elles compliquent les colites infectieuses aiguës.

Au point de vue *anatomo-pathologique* on doit distinguer deux grands groupements de colites aiguës : les *colites aiguës superficielles*, intéressant presque exclusivement la muqueuse, le plus souvent diffuses et, sinon généralisées à la totalité du gros intestin, du moins atteignant plusieurs segments de celui-ci. Les *colites aiguës profondes*, atteignant et dépassant la sous-muqueuse, le plus souvent partielles, caractérisées surtout par l'infiltration des tuniques intestinales, pouvant revêtir suivant la prédominance lésionnelle le type ulcéreux, phlegmoneux ou gangréneux, enfin intéressant volontiers le péritoine, d'où péricolite, et beaucoup plus rarement l'atmosphère celluleuse juxta-intestinale, d'où paracolite.

Parfois la colite partielle n'est qu'une *diverticulite.* Les diverticules dont il s'agit ici sont des diverticules acquis, bien distincts des diverticules congénitaux (appendice, diverticule de Meckel, etc.). Exceptionnels sur le grêle, ces diverticules s'observent surtout sur le côlon descendant et sigmoïdien. Ce sont de petites saillies plus ou moins arrondies, péduculées ou non, du volume d'un pois environ. Parfois rares ils sont d'autres fois innombrables, et leur siège de prédilection est sur les bords des bandes musculaires et au voisinage de l'insertion mésentérique. Ce sont de simples évaginations de l'intestin, dont l'origine a été très discutée. Le diverticule est un point d'élection pour les localisations infectieuses, paroi mal nourrie, présence de corps étrangers ou de coprolithes, stagnation dans la cavité, etc.

Etiologie et pathogénie. — *Agents de l'infection.* — Ils sont nombreux et l'inflammation est souvent polymicrobienne. La confusion peut d'ailleurs s'établir parfois avec les colites spécifiques, éberthienne, tuberculeuse, dysentérique.

Le colibacille, le streptocoque, sont souvent en jeu, de même le pneumocoque. Citons aussi le staphylocoque, le pyocyanique, l'entérocoque de Thiercelin, certains anaérobies stricts, peut-être encore certains spirochètes.

Principaux facteurs étiologiques. — En ce qui concerne l'*âge* et le *sexe* on voit que la typhlite frappe surtout l'adolescence et l'âge adulte, de préférence dans le sexe masculin. La diverticulite sigmoïdienne ne saurait se rencontrer au-dessous de quarante ans.

Alimentation. — Les erreurs et fautes de régime sont surtout incriminables. Intoxications alimentaires, abus de la viande paraissent jouer un rôle considérable.

Coprostase. — Elle revendique sans doute une place importante dans la pathogénie des colites aiguës, mais son influence est loin d'être nécessaire ni exclusive.

Certaines conditions *anatomiques ou anatomo-pathologiques de l'intestin*, les *infections générales* (grippe, fièvres éruptives, érysipèle, pneumonie, angines, variole, etc.), les *troubles de la circulation abdominale*, de l'*innervation*, le *refroidissement*, les *traumatismes*, l'abus des *lavements et des purgatifs*, la présence de *corps étrangers*, les *parasites* peuvent encore être signalés au point de vue étiologique.

Mécanisme pathogénique général des colites aiguës. — L'infection peut être *autogène* ou *exogène*, et on peut dire que, pour les colites comme pour toute entérite, deux voies principales s'offrent à l'infection : la voie intestinale, soit directe soit par l'intermédiaire d'un diverticule, et la voie sanguine qui tend à prendre une place de plus en plus large.

Quant aux *conditions qui influent sur le type et la localisation des colites*, le rôle du terrain paraît bien secondaire, et celui de la porte d'entrée de l'agent infectieux est nul en ce qui concerne la superficialité ou la profondeur des lésions. La virulence et la

(1) Suite. — *Voir Gaz. des hôpit.*, 1912, no 122.

durée d'action sont certainement plus importantes.

Les raisons qui déterminent la localisation de l'inflammation dans tel ou tel segment du cæco-côlon peuvent être rangées sous les quatre rubriques suivantes : conditions anatomo-pathologiques, présence de diverticules, élimination microbienne élective, infection d'un organe voisin.

Etude clinique des colites. — *A*. TYPHLO-COLITES AIGUES DIFFUSES. — Elles peuvent être le prélude d'une colite chronique, ou survenir accidentellement au cours d'une colopathie chronique, enfin être l'aboutissant d'une affection plus ou moins ancienne. Leur tableau clinique est très variable et leur classification très malaisée à l'heure actuelle. M. Cade les étudie comme suit :

1° *Colites aiguës simples* (*catarrhales ou muqueuses*). — Elles correspondent à des lésions superficielles sans ulcération ou avec érosions minimes. Le début est souvent brusque, parfois un peu plus lent. Douleurs abdominales vives et coliques aboutissant à des selles répétées, liquides ou pâteuses avec débris solides ; les selles se raréfient, deviennent liquides et muqueuses, puis se limitent à des glaires parfois striées de sang. Il peut y avoir des épreintes avec ténesme rectal et vésical, mais l'aspect dysentériforme reste toujours peu accentué ici. Il y a quelquefois, même au début, des symptômes de réaction à distance plus ou moins considérables.

On constate seulement un peu de sensibilité anormale le long du gros intestin, surtout au niveau du côlon descendant et iliaque. Un segment spasmé du gros intestin peut rouler sous les doigts. La température est de 38 degrés à 38°5 avec rémissions matinales vers la normale. Parfois apyrexie.

Le cycle est d'environ huit ou dix jours, mais il peut se prolonger et présenter des rechutes simulant la fièvre typhoïde.

Le diagnostic est généralement facile.

2° *Colites aiguës ulcéreuses* (*colites dysentériformes graves*). — Début brusque ou progressif ; les douleurs abdominales ouvrent la scène. Les selles d'abord dures ou pâteuses deviennent rapidement diarrhéiques ; elles sont rarement remplacées par des mucosités sanguinolentes. Elles sont abondantes, aqueuses, très fétides, contenant du mucus, des muco-membranes et même des lambeaux de muqueuse, du pus, du sang. Parfois lientériques, les évacuations dépassent rarement dix ou quinze par vingt-quatre heures. Il y a faux besoins, épreintes, ténesme anal rare, ténesme vésical fréquent. Le malade localise mal ses douleurs vives. Abdomen plat ou très légèrement météorisé, langue saburrale parfois rôtie. Pouls accéléré, urines diminuées, température pouvant atteindre 40 degrés. Le type peut devenir cholériforme.

Le pronostic est grave, cependant la guérison peut survenir en trois à cinq semaines. Les rechutes et les récidives sont fréquentes.

Le diagnostic peut se poser avec la dysenterie, les colites toxiques, la dothiénentérie.

Il existe une forme hémorragique.

3° *Colites diffuses phlegmoneuses et gangréneuses*. — Les observations en sont exceptionnelles. M. Cade en cite deux cas.

B. COLITES SEGMENTAIRES. — Elles méritent d'être rapprochées de l'appendicite, type le plus fréquent, le plus parfait, le plus sévère des inflammations partielles du gros intestin.

La sigmoïdite et la typhlite s'observent le plus fréquemment.

1° *Sigmoïdites*. — Nous verrons d'abord : a. *Sigmoïdites aiguës simples* dont un premier type correspond à la colite simplement muqueuse. Un sujet constipé le devient plus encore, avec température à 38-39 degrés. Les fèces d'abord ovillées s'accompagnent de matières liquides ou de mucosités parfois striées de sang ; il peut y avoir des nausées, la langue est sale, le pouls rapide. La palpation révèle ou exaspère la douleur au niveau de l'S iliaque qui est tuméfiée par stase fécale et spasme. Les phénomènes, transitoires, cèdent en quelques jours aux lavements et purgatifs doux.

Dans un second type, où la paroi intestinale est plus enflammée, les symptômes sont plus marqués, les rechutes sont fréquentes.

b. *Sigmoïdites aiguës avec périsigmoïdite plastique*. — Les symptômes fonctionnels et généraux sont plus intenses. D'autre part la palpation, jointe à la brusquerie du début, rappelle l'appendicite. Ailleurs il y a sigmoïdite simple, et la périsigmoïdite s'installe progressivement.

Des douleurs abdominales vives apparaissent, soit généralisées à tout l'abdomen, soit localisées dans la fosse iliaque gauche avec irradiations possibles vers le dos, le testicule, la vessie. Il y a des nausées, des vomissements parfois porracés. Constipation accompagnée parfois d'un véritable syndrome d'iléus. Température de 39-40 degrés, frissons, pouls rapide, urines rares, langue saburrale, facies péritonéal.

Sensibilité très vive à la palpation dans la fosse iliaque gauche, le météorisme est variable. On perçoit, malgré la défense musculaire, une induration diffuse, profonde, pouvant cependant venir former plastron. La résorption progressive se fait au bout de dix à quinze jours, mais il peut persister une tumeur inflammatoire simulant le cancer. Des lésions durables peuvent d'ailleurs survivre à l'affection, et celle-ci peut d'ailleurs avoir des rechutes, en outre il peut se produire une collection suppurée. Le pronostic, au moins éloigné, doit donc être réservé.

c. *Sigmoïdites avec périsigmoïdite suppurée*. — Même tableau clinique au début, puis au bout de quelques jours la tuméfaction tend à s'accuser et à faire saillie ; l'induration devient plus molle, l'œdème de la paroi apparaît. D'autres fois c'est à la région lombaire qu'il faut chercher des signes de la collection. Le toucher rectal, le toucher vaginal peuvent rendre des services.

La collection peut se résorber, mais généralement elle s'évacue soit au dehors soit dans un organe voisin avec formation possible d'une fistule.

Les complications peuvent être très nombreuses et le pronostic doit donc être très réservé. Le diagnostic peut présenter de sérieuses difficultés.

Les *sigmoïdites avec péritonite aiguë généralisée et les sigmoïdites herniaires* sont rares.

2° *Typhlites*. — Ce sont les inflammations primitives et isolées du cæcum, indépendantes de toute lésion appendiculaire de quelque importance. Le côlon est d'ailleurs toujours atteint lui aussi plus ou moins partiellement, et cliniquement il est presque impossible de différencier la typhlite de la colite ascendante. Il suffit d'ailleurs au point de vue descriptif de reprendre les diverses modalités de la sigmoïdite et de les reporter dans la fosse iliaque droite.

Il y a, là aussi, typhlite simple, avec pérityphlite plastique ou suppurée, avec péritonite généralisée. Le pronostic est évidemment très variable suivant la modalité clinique, et le diagnostic demande beaucoup de prudence, car la typhlite est une affection rare en général. Très fréquemment la distinction d'avec l'appendicite n'est que le résultat de constatations opératoires, et cela est vrai surtout pour les typhlites rapidement compliquées de péritonite diffuse. Dans les typhlites simples le diagnostic peut et doit être fait. Les typhlites avec pérityphlite plastique ou suppurée seront rarement diagnostiquées.

Il est d'ailleurs juste de remarquer que la distinction de l'appendicite et de la typhlite, surtout avec pérityphlite, n'a qu'un intérêt théorique car la conduite à tenir est la même dans les deux cas.

3° *Colite ascendante.* — S'accompagne généralement de lésions cæcales, et peut être compliquée de péricolite plastique ou de péricolite ou de paracolite suppurée. Une tumeur inflammatoire pseudo-néoplasique peut persister.

4° *Colites angulaires et transverse.* — Le diagnostic de la colite de l'angle droit se pose surtout avec les affections des voies biliaires, l'ictère pouvant exister dans les deux cas.

Le nombre des cas de colite transverse aiguë qui ont été publiés est peu considérable.

Traitement. — 1° TRAITEMENT DES COLITES GÉNÉRALISÉES. — Le lit, les applications chaudes, un régime approprié à l'intensité des cas suffiront dans les *colites superficielles*, on y ajoutera les lavages tièdes à l'eau salée, le benzonaphtol, un purgatif léger au bout de deux ou trois jours.

Le même traitement s'appliquera aux *colites ulcéreuses*, en y adjoignant l'emploi de la belladone, de l'opium. L'introduction directe dans le gros intestin des antiseptiques et des modificateurs paraît justifiée. S'il y a du sang dans les selles, lavements au chlorure de calcium, emploi du Kho-sam. Les pansements directs grâce au sigmoïdoscope, et les méthodes chirurgicales ne nous arrêteront pas.

2° TRAITEMENT DES COLITES SEGMENTAIRES. — Pour les colites simples le traitement est le même que plus haut. L'intervention chirurgicale ne s'impose pas aussi précocement que dans l'appendicite aiguë s'il y a péricolite, cependant en cas de collection il faut intervenir au siège approprié. Dans les colites compliquées de péritonite généralisée, la laparotomie ne sauvera que bien peu de malades.

DES COLITES AIGUES CHEZ LES ENFANTS

Rapport par MM. V. HUTINEL, professeur de clinique des maladies des enfants à la Faculté de médecine de Paris, et P. NOBÉCOURT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Après un historique très complet de la question, les auteurs de cet important rapport abordent l'étude de la symptomatologie. Les symptômes sont complexes et aucun n'a de valeur pathognomonique.

A. **Symptômes locaux.** — La *douleur* peut manquer. Les douleurs spontanées se manifestent par des cris, des indications de plus en plus précises à mesure que l'enfant grandit. Elles peuvent être provoquées par les selles ou la palpation de l'abdomen.

A l'inspection, le ventre peut être normal, ballonné, flasque ou rétracté. Ce dernier signe est plus caractéristique. A la palpation, hyperalgésie cutanée abdominale et lombaire, dans les territoires correspondant aux *zones de Head*, particulièrement dans la région cæcale. Elle est indépendante de la localisation et de la forme de l'affection. La palpation profonde provoque de la douleur sur le trajet du gros intestin.

On obtient en même temps des renseignements sur la consistance et le calibre du gros intestin, qui est flasque et dilaté ou spasmodique, dur et contracté. Ces aspects sont généralement localisés et peuvent se succéder. Perception de matières, gargouillement. La localisation de la douleur permet de distinguer les formes spéciales.

Le foie peut être gros, la rate est normale.

L'appétit est diminué ou supprimé, la soif est vive; l'haleine fade, fétide ou chaude, a parfois l'odeur d'acétone. La langue est blanche, épaisse, à pointe et bords rouges. Les vomissements sont inconstants.

Généralement au début constipation, puis spontanément ou artificiellement évacuation de scybales ou de matières demi-liquides, fétides parfois. Ailleurs l'aspect devient dysentérique et il n'y a plus que du mucus coagulé, quelquefois sanglant. Le mucus généralement amorphe est rarement membraniforme. Les selles dysentériformes s'accompagnent d'épreintes; dans l'intervalle apparaissent quelquefois des selles liquides, diarrhéiques. L'examen microscopique (leucocytes altérés, hématies) et l'étude de la flore microbienne donnent des résultats intéressants.

B. **Symptômes généraux.** — Le facies s'altère, l'amaigrissement survient, la peau est chaude et sèche ou se cyanose et se refroidit. La température peut monter à 38-40 degrés et retombe rapidement dans les cas légers ou bien traités. Ailleurs elle rappelle la courbe de la fièvre typhoïde. D'autres fois, poussées successives, enfin elle peut rester normale ou affecter le caractère hypothermique.

Le pouls est fréquent. Dans les cas intenses, prostration, dépression, réactions encéphalo-méningées. Parfois lipothymies, syncopes. Les urines, rares et foncées contiennent de l'indican et des sulfo-éthers (L. Rivet).

Ces divers symptômes, rarement au complet, s'associent de façons diverses pour constituer des *formes cliniques*.

Dans les COLITES AIGUES MUQUEUSES nous distinguerons trois formes :

a. La *forme légère ou bénigne* est la plus commune. Bien soignée, elle évolue rapidement, sinon elle peut affecter la *forme intense ou grave*. Celle-ci survient surtout chez des enfants d'un à trois ans qui ont eu déjà des atteintes plus légères. Dans les cas favorables les phénomènes généraux et la fièvre, qui caractérisent cette forme, s'atténuent en quatre à dix jours; dans les cas défavorables les phénomènes initiaux s'aggravent et l'enfant meurt en quelques jours, ou encore l'évolution se prolonge de façon subaiguë et peut se terminer par la mort.

Les *formes partielles ou localisées* atteignent surtout le cæcum et le côlon ascendant, le côlon iliopelvien et la partie supérieure du rectum. Une fois l'appendicite décrite, la typhlite et la pérityphlite ont été complètement oubliées; mais dans ces dernières années on est revenu sur cet ostracisme. Le diagnostic est d'ailleurs très difficile à faire. Celui de sigmoïdite est plus aisé.

Les COLITES AIGUES DYSENTÉRIFORMES ne diffèrent

des colites muqueuses que par l'aspect des selles et l'intensité des phénomènes douloureux, particularités qui les rapprochent cliniquement de la dysenterie.

Enfin, il existe une forme de colite aiguë où il y a disproportion entre le peu d'intensité des troubles intestinaux et les phénomènes généraux. Ces derniers sont parfois si graves qu'ils donnent l'impression d'un véritable *choléra sec*. Les selles sont toujours peu abondantes, muqueuses, vertes. Et cependant les yeux s'excavent, le nez s'effile et se refroidit, le faciès s'altère, les extrémités se refroidissent et se cyanosent, le ventre se déprime, le foie est gros et douloureux, les urines deviennent rares, des lipothymies et des syncopes apparaissent, le pouls est ralenti et irrégulier, ou petit et fréquent sans élévation de température correspondante, l'amaigrissement est très rapide. Les phénomènes nerveux, agitation et prostration, convulsions, etc., dominent souvent la scène. La mort survient au milieu de cet ensemble symptomatique, quoiqu'un traitement judicieux puisse sauver le petit malade; mais les rechutes sont à craindre.

Le tableau clinique que nous venons de résumer est souvent compliqué ou modifié par l'entrée en jeu d'affections que ces états réveillent ou occasionnent, et par des complications véritables. Du côté du *tube digestif* nous voyons la bouche et le pharynx être fréquemment intéressés; les vomissements, périodiques parfois, ne sont pas rares; l'appendicite, l'hémorragie intestinale, le prolapsus du rectum s'observent. Du côté des *voies urinaires*, les troubles vésicaux, la cystite, les pyélites et les pyélo-néphrites, l'albuminurie. *Foie*, subictère ou même ictère catarrhal. *Voies respiratoires*, la bronchopneumonie si commune chez les nourrissons est plus rare dans les entéro-colites qui atteignent des enfants plus âgés. Nous avons déjà mentionné la fréquence des troubles du *système nerveux*; enfin, du côté de la *peau et du tissu cellulaire sous-cutané*, notons l'apparition possible d'érythèmes, de purpura, d'œdèmes.

En ce qui concerne l'**anatomie pathologique** on voit qu'au cours des entéro-colites aiguës les lésions sont variables; tantôt légères et superficielles elles peuvent être au contraire profondes et localisées particulièrement aux follicules qui peuvent être ulcérés.

Au point de vue *bactériologique*, il faut citer parmi les germes auxquels on a attribué un rôle prépondérant les colibacilles, les bacilles dysentériques et les streptocoques.

Notons aussi l'influence de la flore diarrhéique ou aérobie.

Comme **étiologie**, on divise depuis longtemps les colites en primitives et secondaires.

Entéro-colites aigues primitives ou idiopathiques. — C'est d'un à quatre ans qu'elles sont le plus communes, mais s'observent encore dans la moyenne et la grande enfance. La dentition joue un rôle occasionnel, et l'influence de l'hérédité neuro-arthritique est indéniable. La grande coupable est l'alimentation, enfants artificiellement et trop nourris, ceux chez qui l'allaitement est trop prolongé, à qui l'on donne trop d'œufs et trop tôt de la viande sont les victimes des colites aiguës. Mais il ne faut pas oublier le rôle adjuvant et souvent prépondérant des affections de la bouche, du nez et surtout du pharynx, enfin celui de la contagion et des chaleurs estivales.

Les entéro-colites aigues secondaires se développent au cours d'affections nettement caractérisées. Les malformations du gros intestin, les vers intestinaux (oxyures, ascarides, trichocéphale surtout), les maladies infectieuses (grippe, fièvres éruptives, typhoïde), les méningites peuvent s'accompagner d'entéro-colites aiguës secondaires.

Pour le diagnostic différentiel, on pourra quelquefois songer à l'invagination intestinale, mais l'état général s'altère plus rapidement et plus profondément que dans la colite. Il pourra y avoir aussi confusion avec l'appendicite, la péritonite aiguë, la fièvre typhoïde, la méningite tuberculeuse.

Quant au diagnostic étiologique et pathogénique, la nature bactériologique de l'affection, déjà soupçonnable cliniquement, ne pourra être affirmée qu'à l'aide du microscope.

Traitement. — Il faut tout d'abord évacuer le contenu de l'intestin et quelquefois celui de l'estomac, éliminer et détruire les produits et germes nuisibles contenus dans le tube digestif, empêcher la formation des premiers et la pullulation des seconds, puis modifier la muqueuse.

Le lavage de l'estomac à l'eau de Vichy peut être utile, le lavage de l'intestin au début est indiqué (sérum physiologique, décoctions diverses, antiseptiques peu toxiques, eau oxygénée).

Le laudanum, le nitrate d'argent, l'ipéca, l'écorce de guarana, le calomel, l'huile de ricin et surtout le sulfate de soude rendront des services.

Mais en même temps il faut instituer la diète hydrique maintenue d'un à quelques jours. Puis, avec l'amélioration, on reprendra très prudemment l'alimentation par les décoctions d'orge, de riz, le bouillon de légumes. On essaiera ensuite le lait et ses dérivés, et ce n'est que beaucoup plus tard qu'on reviendra à une alimentation plus substantielle.

D'autre part, on devra stimuler l'organisme et traiter certains symptômes ou complications. Le sérum artificiel, l'huile camphrée, l'éther, la caféine, l'extrait de capsules surrénales pourront être utilisés. La balnéation trouve fréquemment son emploi, ainsi que les cataplasmes, les compresses et autres moyens identiques. L'enfant sera très surveillé après guérison, et certaines cures hydro-minérales pourront alors être indiquées.

Discussion.

M. Courtellemont (d'Amiens) signale un accès de tétanie au cours d'une colite infectieuse aiguë dysentériforme, et trouve, d'autre part, que cette dernière affection évolue un peu plus vite que ne l'a dit M. Cade.

M. Marcel Labbé (de Paris) dit que la plupart des auteurs rattachent la péri-colite à une entéro-colite lorsque aucune lésion inflammatoire de voisinage ne peut l'expliquer; cette entéro-colite n'est pas toujours évidente, et M. Labbé cite deux observations intéressantes à ce sujet.

M. Guelpa (de Paris) traite les colites aiguës non secondaires par la purgation et la diète absolue pendant vingt-quatre heures.

MM. Ch. Richet fils et Saint-Girons ont vu que l'élimination des microbes se faisait, dans certains cas, par la muqueuse du côlon plutôt que par tout autre segment de l'intestin, créant ainsi parfois des colites hématogènes expérimentales.

MM. Piéry et Mandoul (de Lyon) croient pouvoir conclure de vingt observations qu'il existe chez les phtisiques un entéro-spasme mucorrhéique tuberculeux; que l'entéro-colite membraneuse, en apparence la plus essentielle, est très souvent une manifestation de la tuberculose inflammatoire; qu'un grand nombre de colites et de péri-colites plastiques sont également fonction d'inflammation tuberculeuse; qu'il faut rechercher la tuberculose parmi les causes de la maladie de Hirschprung.

M. Burnand (de Leysin) dit qu'en présence d'un syndrome phlegmasique aigu de la fosse iliaque droite chez un tuberculeux pulmonaire, il importe d'étudier soigneusement les anamnestiques au point de vue intestinal. S'il y a eu des désordres digestifs anciens et suspects il convient de porter un pronostic très réservé.

M. Lanel (de Châtel-Guyon) insiste sur l'opportunité de l'emploi des eaux minérales et des agents physiques dans le traitement des colites terminales. C'est ainsi que la haute fréquence en applications recto-sigmoïdiennes, avec de longues électrodes en verre à vide d'un modèle spécial, permet de modifier dans la profondeur les réactions vitales du rectum, de l'anse sigmoïde et même du côlon ascendant. M. Lanel cite, à ce sujet, deux observations probantes.

M. Roubier (de Lyon) soutient que la tuberculose ulcéreuse du gros intestin est beaucoup plus rare que celle de l'intestin grêle, et cite quatre observations à l'appui.

M. Jaworski (de Paris) rappelle que le docteur W. T. Baird a, le premier, attiré l'attention sur les réflexopathies rectales. M. Jaworski a retiré d'excellents résultats dans les entérites avec selles fréquentes, certains symptômes tabétiques et névralgies, de la dilatation de l'anus, manœuvre réflexothérapique.

(A suivre.) A. GAULLIEUR L'HARDY.

MÉDECINE PRATIQUE

LES FORMES RARES DU CANCER DE L'ESTOMAC

Un élève du docteur Mathieu, M. Rousseau, a publié récemment (1) une Revue très complète sur les formes rares du cancer de l'estomac; ce travail est basé sur deux statistiques, la statistique de Mathieu, 526 cas observés à Andral et à Saint-Antoine, la statistique d'Osler et Mac Crae, 150 cas du John Hopkin's hospital. Les formes rares du cancer de l'estomac sont difficiles à classer; M. Rousseau les groupe en six catégories : formes par complication prédominante et formes larvées; formes par prédominance d'accidents d'ordre mécanique; formes frustes et monosymptomatiques; formes évolutives; formes d'après les conditions étiologiques et le terrain; formes d'après le type anatomique de la tumeur.

Les formes dans lesquelles une complication prédomine se présentent sous des aspects divers. La plus connue est la forme anémique décrite par Hayem; tantôt on observe un cancer de l'estomac avec des symptômes bien nets mais compliqué d'anémie grave; tantôt le cancer reste latent, évoluant sous l'aspect d'une anémie pernicieuse; dans certains cas exceptionnels, le cancer gastrique propagé à la moelle des os s'accompagne d'anémie pernicieuse à type spécial.

Quand le cancer gastrique est larvé, le diagnostic de cette forme anémique se pose avec l'anémie pernicieuse protopathique, avec les anémies secondaires à d'autres affections, avec les leucémies. On se basera, pour la reconnaître, sur l'anorexie spéciale, sur l'exploration de l'estomac et la recherche du sang dans les selles. La forme hydropique ou œdémateuse du cancer de l'estomac est plus rare, peu décrite; dans ce cas, l'œdème apparaît d'une façon précoce aux membres inférieurs, tend à remonter et à se généraliser, s'accompagnant parfois d'ascite ou d'épanchement pleural. L'œdème est surtout d'ordre mécanique; des compressions veineuses ou lymphatiques le déterminent; mais il peut survenir aussi un œdème d'ordre dyscrasique et peut-être d'ordre toxique. Cette forme est souvent confondue avec la néphrite hydropigène, les œdèmes et la pâleur s'observant dans les deux maladies, et les troubles digestifs pouvant être attribués à l'urémie gastro-intestinale; pour arriver au diagnostic, il faut une analyse complète des urines, l'albuminurie seule n'étant pas un élément suffisant de diagnostic différentiel car on a signalé parfois l'albuminurie dans le cancer gastrique sans lésions rénales.

D'autres formes cliniques sont constituées par la prédominance de symptômes dépendant d'un organe autre que l'estomac. M. Rousseau en décrit quatre : forme ascitique, forme ictérique, forme hépatique, forme intestinale. Sous le nom de forme ascitique, il faut entendre les cas de cancer gastrique compliqué d'un épanchement péritonéal assez abondant pour constituer le fait clinique dominant; cette forme n'est pas très rare parce que les causes qui lui donnent naissance sont assez nombreuses. L'ascite, en effet, peut être produite par des lésions du péritoine (carcinose, péritonite chronique, infiltration scléreuse de la linite plastique); par le cancer nodulaire du foie; par l'oblitération de la veine porte. Au point de vue clinique, l'ascite est le plus souvent libre, bien plus rarement cloisonnée ou enkystée; elle apparaît comme premier symptôme d'un cancer fruste (forme larvée) ou comme complication au cours de l'évolution d'un cancer déjà reconnu (forme ascitique secondaire). La forme ictérique comprend les faits dans lesquels un cancer gastrique, connu ou non, présente comme signe principal un ictère accentué du type cholurique; elle est plus rare que la précédente. On l'observe dans trois conditions; le plus souvent c'est la compression des voies biliaires extrahépatiques qui la détermine; assez souvent aussi elle est liée à une métastase hépatique, à un cancer nodulaire du foie avec ganglions du hile; rarement enfin, l'ictère résulte d'un envahissement cancéreux des voies biliaires; l'ictère est donc en somme toujours lié à une obstruction des voies biliaires et il présente les caractères cliniques de l'ictère par rétention.

Dans la forme hépatique, un cancer gastrique se trouve masqué par les signes d'un cancer du foie ne s'accompagnant ni d'ascite, ni d'ictère importants; à l'exploration du foie on trouve alors soit un gros foie inégal et bosselé, soit un gros foie lisse; le diagnostic est à faire avec la syphilis hépatique, avec les cirrhoses hypertrophiques sans ascite ni ictère, mais surtout avec le cancer primitif du foie.

Quant à la forme intestinale du cancer de l'estomac, elle se rattache anatomiquement d'une part aux métastases intestinales, d'autre part aux fistules gastro-entériques; cliniquement, elle peut se manifester sous divers aspects : ce peut être une diarrhée tenace, souvent profuse, à type parfois spécial (lientérie) et s'accompagnant de cachexie rapide; d'autres fois, on observe des signes de sténose intestinale complète ou incomplète; dans certains cas, surviennent des vomissements fécaloïdes, sans aucun signe de sténose, voire avec diarrhée; enfin, on peut noter des symptômes rectaux et alors le diagnostic est à faire avec le cancer du rectum. Dans ce dernier cas, l'examen physique par le toucher et le rectoscope sera d'une grande utilité en donnant des signes particuliers qui aideront à éliminer le cancer rectal primitif; si l'on constate, à l'examen du rectum, une infiltration de sa paroi, sans ulcération de la muqueuse, sans bourgeonnements, on devra songer à une métastase cancéreuse du rectum et chercher la tumeur primitive au niveau de l'estomac (Bensaude).

M. Rousseau signale encore quelques autres formes rares du cancer de l'estomac dans lesquelles une complication donne les principaux symptômes : c'est par exemple la forme vertébrale avec cancer gastrique fruste, cancer des vertèbres

(1) Emile Rousseau. Les formes rares du cancer de l'estomac. Revue critique avec statistique, *Arch. des mal. de l'app. dig. et de la nutrition*, août et sept. 1912.

et paraplégie douloureuse, elle est très exceptionnelle; c'est la forme ganglionnaire se traduisant par des adénopathies secondaires volumineuses au cou, au médiastin; c'est encore la forme thoracique ou pleurale dont les accidents pulmonaires ou pleuraux dominent les signes gastriques et sont provoqués par une lymphangite pulmonaire cancéreuse ou par un cancer secondaire de la plèvre. On pourrait décrire aussi une forme ovarienne, une forme cérébrale par métastase dans l'ovaire ou dans le cerveau; mais ces cas ne sont guère que des curiosités cliniques et anatomiques.

Après avoir ainsi étudié la première catégorie des formes rares du cancer de l'estomac, M. Rousseau passe en revue plus rapidement les autres groupes de faits. Parfois ce sont des accidents d'ordre mécanique qui attirent surtout l'attention; ceci s'observe dans le cancer pylorique avec insuffisance du pylore, dans le cancer avec dysphagie et signes œsophagiens, dans le cancer avec sténose médio-gastrique. Les caractères essentiels de l'insuffisance pylorique sont les suivants : les signes fonctionnels gastriques sont frustes; il n'y a pas de vomissements; par contre, la diarrhée est très fréquente; à l'exploration de l'estomac, on le trouve petit, parfois rétracté et induré; l'examen radioscopique permet de constater que ce petit estomac se vide très rapidement.

Le cancer gastrique avec dysphagie et signes œsophagiens est une forme clinique aujourd'hui bien individualisée; après une période de signes de dyspepsie cancéreuse, ou parfois d'emblée, des symptômes apparaissent qui font penser à une affection de l'œsophage; c'est la dysphagie permanente ou transitoire, ce sont des vomissements répétés, à type de régurgitation œsophagienne, les aliments étant rejetés aussitôt après l'ingestion; ce sont des pituites glaireuses, parfois des douleurs à la déglutition; par suite de l'obstacle à l'alimentation, l'état général devient rapidement mauvais. Ces faits peuvent s'observer dans deux conditions; tantôt ils s'expliquent par un spasme cardio-œsophagien, lequel peut survenir dans toutes les localisations du cancer gastrique mais paraît surtout fréquent dans le cancer juxta-cardiaque ou sous-cardiaque; tantôt il s'agit d'une infiltration cancéreuse diffuse de l'estomac avec rétraction atrophique de cet organe; c'est le type linite plastique. Le cancer avec sténose médio-gastrique est une forme très rare dans laquelle l'insufflation de l'estomac et la radioscopie donnent les meilleurs éléments du diagnostic.

Les formes frustes et monosymptomatiques du cancer gastrique pourraient être multipliées, mais les types cliniques ainsi décrits deviendraient des variantes sans importance pratique. M. Rousseau n'en retient que quatre : forme de dyspepsie sensitivo-motrice banale; formes douloureuse, vomitive et cachectique. La forme dyspeptique banale, sans anorexie élective, sans grandes douleurs, sans vomissements, semble exister surtout chez les sujets jeunes et les vieillards; on en fera le diagnostic par l'amaigrissement, parfois par la perception d'une tumeur et surtout par les examens de laboratoire (recherche du sang dans les fèces). La forme douloureuse ou gastralgique est à distinguer de l'ulcère de l'estomac, du cancer du corps du pancréas. La forme nauséeuse ou vomitive est importante à connaître, car survient-elle chez une femme jeune, on fait facilement une erreur de diagnostic en pensant à une grossesse, à des vomissements nerveux ou à des vomissements gravidiques incoercibles.

En ce qui concerne les formes évolutives, il faut signaler surtout la forme à évolution rapide dont la durée n'est que de trois à six mois; mais on remarquera à ce propos qu'il est bien difficile, pour la plupart des cancers, de fixer exactement la date du début. Par contre, dans d'autres cas, l'évolution est anormalement lente, qu'il s'agisse d'évolution progressive ou que la marche de la maladie soit entrecoupée de rémissions. Ces rémissions qui peuvent durer des mois sont à retenir : au point de vue du diagnostic, car elles pourraient faire éliminer le cancer; au point de vue du traitement, car elles constituent des périodes favorables aux interventions chirurgicales.

Comme formes d'après les conditions étiologiques, on a décrit une forme des jeunes, une forme des femmes enceintes, une forme des vieillards; elles ne présentent pas de caractères bien intéressants, sauf une brièveté habituelle d'évolution quand le cancer survient chez un sujet jeune. Quant aux formes cliniques basées sur le type anatomique de la tumeur, M. Rousseau juge leur description inutile, car le cancer colloïde se rattache, lorsqu'il siège au pylore, à l'insuffisance pylorique; le squirrhe n'a de spécial que son évolution lente; la linite se traduit par des accidents œsophagiens ou par des vomissements répétés; la forme sous-péritonéale de Bard est une forme ascitique.

En résumé, l'étude de ces formes rares du cancer de l'estomac montre bien la très grande variabilité des symptômes du cancer gastrique, et par conséquent la difficulté réelle d'en faire le diagnostic précoce. Dans ces conditions, toutes les fois que l'on soupçonne l'existence d'un cancer gastrique, l'examen clinique doit être complété par la radioscopie, par la recherche du sang dans les fèces, et par toutes les autres méthodes d'examen aujourd'hui connues; car les interventions chirurgicales ne peuvent donner des résultats favorables que si elles sont pratiquées dès le début de l'affection, avant une extension trop considérable du néoplasme et une atteinte trop profonde de l'état général.

M. BRELET.

JURISPRUDENCE

MÉDECINS, PHARMACIENS ET MORPHINOMANES

La 10e chambre du tribunal correctionnel de la Seine rendait le 6 juillet 1912, un jugement fort intéressant et dont les attendus sont en quelque sorte le résumé des devoirs qui incombent aux médecins et pharmaciens pour la prescription et pour la délivrance du chlorhydrate de morphine.

Voici les faits. Un médecin parisien assignait un pharmacien devant le tribunal, pour avoir exercé illégalement la pharmacie, contrevenu à la législation sur le commerce des substances vénéneuses, commis le délit de blessures par imprudence sur la personne de sa femme. La femme du docteur, désirant se faire des injections de morphine, écrivit, à l'insu de son mari, sur du papier d'ordonnance, une lettre portant la fausse signature du docteur, pour demander au pharmacien une boîte d'ampoules de morphine au tarif médical. Il lui fut délivré, par un employé, une boîte de 50 ampoules. Dans la suite, le même employé délivra, sur la présentation du couvercle de la boîte précédemment vendue, d'autres boîtes. Sa femme ayant été empoisonnée, le médecin assigna le pharmacien. Celui-ci soutint devant le tribunal qu'il n'avait commis aucune infraction à l'ordonnance du 29 octobre 1846 et au décret du 1er octobre 1908. Il prétendait que son employé avait été trompé par la teneur de la lettre fabriquée par la dame D...; que ce commis avait cru qu'il pouvait délivrer des ampoules de morphine à un médecin pour les besoins de sa profession et qu'au surplus les articles des lois et ordonnances qui obligent les pharmaciens à ne débiter des préparations médicinales ou drogues composées quelconques que d'après les prescriptions signées et datées par les médecins ne s'appliquaient qu'à la vente de ces préparations aux malades et non à la fourniture des médicaments aux médecins, même dans le cas où les produits pharmaceutiques contiendraient des substances toxiques.

Mais le tribunal discutant ce point de droit nouveau déclara dans les attendus de son jugement :

« Attendu tout d'abord qu'il n'y a pas lieu de rechercher si l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI trouve son application dans l'espèce, qu'il ne s'agit pas de la vente d'une drogue quelconque, mais du débit par un pharmacien d'une substance, *le chlorhydrate de morphine*, pour laquelle il existe des règlements spéciaux;

Attendu, en effet, que la morphine est un extrait de l'opium et figure en cette qualité au tableau annexé par le décret du 8 juillet 1850, à l'ordonnance du 29 octobre 1846, portant règlement des substances vénéneuses;

Attendu que contrairement aux prétentions du pharmacien, cette ordonnance ne comporte ni exception, ni réserve, en ce qui concerne la vente des substances vénéneuses aux médecins; qu'elle s'applique à tous les acheteurs, aussi bien aux médecins qu'aux malades;

Attendu que le contrôle du législateur pour la protection de la vie humaine et de la santé publique, loin de s'affaiblir, tend à se resserrer, et que le décret du 1er octobre 1908, portant règlement d'administration publique pour la vente, l'achat et l'emploi de l'opium et de ses extraits, a renforcé les dispositions de l'ordonnance du 29 octobre 1846, en ce qui concerne la morphine;

Attendu qu'aux termes de l'article 7 de ce décret les extraits de l'opium officinal ne peuvent être vendus par les pharmaciens que pour l'usage de la médecine; que cette disposition nouvelle impose aux pharmaciens une surveillance extrêmement rigoureuse sur tout débit d'opium ou de morphine; qu'aux termes de l'article 9 du même décret les extraits de l'opium doivent être tenus par les pharmaciens dans un lieu sûr placé sous leur surveillance et fermé à clef;

Attendu que l'article 5 de l'ordonnance du 29 octobre 1846, qui reste applicable à la vente de l'opium et de ses extraits, subordonne la vente d'une substance vénéneuse par un pharmacien à la prescription d'un médecin, chirurgien, officier de santé ou d'un vétérinaire breveté; que cette prescription doit être signée, datée, et énoncer en toutes lettres la dose desdites substances ainsi que le mode d'administration du médicament;

Attendu que l'article premier du décret du 1er octobre 1908 prescrit que des registres spéciaux exclusivement affectés à la vente, à l'achat et à l'emploi de l'opium et de ses extraits, doivent être cotés et paraphés par le maire ou le commissaire de police; que les inscriptions y sont faites de suite sans aucun blanc, rature ni surcharge; que lesdits registres doivent être conservés pendant dix ans pour être représentés à toute réquisition de l'autorité;

Attendu que l'ordonnance du 29 octobre 1846, dans son article 3, exige que les inscriptions sur les registres des substances vénéneuses indiqueront la quantité des substances vendues ainsi que les nom, profession et domicile de l'acheteur, et que l'article 6 de la même ordonnance précise que les pharmaciens ne rendront les prescriptions des médecins que revêtues de leur cachet et après y avoir indiqué le jour où les substances auront été livrées, ainsi que le numéro d'ordre de la transcription sur le registre;

Attendu que la plupart de ces dispositions ont été inobservées par ledit pharmacien... »

Cependant le Tribunal déclara que le pharmacien ne pouvait être retenu pour la première livraison d'ampoules de morphine, cette vente ayant été précédée de la remise d'une lettre, signée, datée et rédigée dans des termes qui permettaient de croire que cette morphine devait être employée par un médecin pour les besoins de sa profession. Il a méconnu les règlements sus-indiqués lors des trois autres livraisons de morphine faites postérieurement.

En ce qui concerne le dommage subi par le médecin l'attendu est à signaler :

« Attendu toutefois que le procédé auquel la dame D... a eu recours pour se faire livrer de la morphine permet de supposer qu'elle avait fait souvent usage de cet alcaloïde, que son mari, à raison de sa profession, ne devait pas ignorer ses habitudes; qu'il aurait dû la surveiller, interdire à sa domestique de se rendre à son insu chez un pharmacien pour acheter de la morphine, ne pas laisser son papier d'ordonnance à la libre disposition de sa femme et avertir en temps utile les pharmaciens chez lesquels il se fournissait;

Attendu que D... a été victime, dans une large part, de sa propre imprudence; qu'il y a lieu de fixer à 300 francs la somme qu'il convient de lui allouer... »

En résumé, un pharmacien poursuivi pour avoir vendu du chlorhydrate de morphine sans ordonnance ne saurait prétendre valablement pour sa défense que cette substance paraissait achetée pour le compte d'un médecin puisqu'elle était demandée au tarif spécial et que l'article 32 de la loi du 21 germinal an XI, qui oblige les pharmaciens à ne débiter des préparations médicales ou drogues composées quelconques que d'après les prescriptions signées et datées par les médecins, ne s'applique qu'à la vente de ces préparations aux malades et non à la fourniture des médicaments aux médecins, même dans le cas où les produits pharmaceutiques contiendraient des substances toxiques. A supposer que l'interprétation proposée fût exacte, l'article 32 de la loi de germinal an XI est sans application, s'agissant non pas de la vente d'une drogue quelconque, mais bien de celle d'une substance dont la vente est réglementée par des textes spéciaux tels que l'ordonnance du 29 octobre 1846 relative à la vente des substances vénéneuses en général, et le décret du 1er octobre 1908 spécial à la vente de l'opium et de ses extraits.

En conséquence, si par sa négligence et son inobservation des règlements, ce pharmacien a permis à un morphinomane de se procurer à plusieurs reprises, au tarif de faveur accordé aux médecins, des quantités importantes de morphine grâce auxquelles celui-ci s'est intoxiqué, il doit être considéré comme ayant commis le délit de blessures par imprudence prévu et puni par l'article 329 du Code pénal.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1912)

Foyers pneumoniques tuberculeux curables (étude clinique et pathogénique). — MM. Fernand BEZANÇON et Paul BRAUN. A côté de la pneumonie caséeuse, de la spléno-pneumonie de Grancher, de l'ancien type clinique de la congestion pleuro-pulmonaire, il y a place pour une modalité différente du processus tuberculeux caractérisé cliniquement par un syndrome complexe d'hépatisation et de splénopneumonie prenant place au point de vue de la gravité entre la pneumonie caséeuse et la splénopneumonie rappelant par plus d'un point les faits décrits par Sabourin dans sa monographie sur les embolies bronchiques.

Le début aigu, l'élévation considérable de la température, l'apparition d'un foyer unilatéral pulmonaire étendu siégeant habituellement à la partie moyenne ou à la base, la matité, les râles, le souffle et même l'aspect souvent rouillé des crachats expliquent que presque fatalement on est amené à faire au début le diagnostic de pneumonie pneumococcique aiguë. Cependant, contrairement à l'attente, la défervescence ne se produit pas à la date habituelle, la température présente des oscillations irrégulières, les crachats deviennent purulents, le foyer reste fixe, l'affection devient traînante.

On soupçonne la nature tuberculeuse du foyer que vient confirmer l'examen bactériologique des crachats, on croit alors être en présence d'une pneumonie caséeuse et l'on porte un pronostic fatal à brève échéance. Or, cette éventualité fatale ne se produit pas, car peu à peu, souvent au bout de plusieurs mois, on assiste à une amélioration de l'état général contrastant avec la persistance des signes physiques. L'amélioration est même telle dans les cas heureux que le malade peut reprendre son travail, le plus souvent il se comporte après cet incident aigu comme un tuberculeux chronique banal.

L'anatomie pathologique des foyers, à cause de leur curabilité, ne peut être faite directement, mais l'examen des crachats et l'expérimentation permettent de supposer qu'il s'agit ici de foyers d'hépatisation tuberculeuse siégeant au milieu de zones de splénisation, l'hépatisation aboutissant à la nécrose, la splénisation étant susceptible de résorption ou d'évolution scléreuse. En effet, l'examen des crachats montre qu'il existe au début la même réaction d'alvéolite aiguë qu'on trouve dans la pneumonie franche et que plus tard les éléments des crachats sont dégénérés comme on le voit chez un tuberculeux à la période de caséification. D'autre part, l'inoculation dans la trachée du cobaye ou du lapin de matières tuberculeuses montre au début de véritables zones d'hépatisation tuberculeuse limitées entourées de zones de splénisation et partiellement caséifiées plus tard. L'expérimentation permet donc de supposer que les foyers pneumoniques tuberculeux curables sont souvent secondaires et dus à une aspiration par voie bronchique de matières tuberculeuses prove-

nant d'un foyer préexistant; c'est une véritable embolie bronchique suivant l'expression de Sabourin.

Insuffisance surrénale et fièvre typhoïde. — M. Emile Sergent, à propos de l'observation de M. Khomy, revient sur l'importance pratique de la notion de l'hypoépinéphrie dans l'interprétation de certains symptômes et de certaines complications des maladies infectieuses. Ainsi qu'il l'a montré dans sa communication à l'Académie de médecine (2 juillet 1912) et que le rappelle M. Khomy, la même interprétation convient à certains symptômes et à certaines complications de la fièvre typhoïde.

L'abattement habituel, la petitesse du pouls dans tout état typhoïde, peuvent être considérés comme des signes d'insuffisance surrénale. Ces signes sont plus accentués dans les formes sévères, adynamiques ou cardiaques, et atteignent leur maximum dans certains cas graves simulant la péritonite ou l'hémorragie interne et guérissant rapidement par l'opothérapie surrénale.

De ses observations l'auteur a conclu à l'emploi systématique de l'adrénaline dans tous les cas de fièvre typhoïde, et à l'emploi des extraits totaux contre les accidents intenses d'insuffisance surrénale aiguë. Sa pratique personnelle remontant à six années lui permet d'affirmer que, abstraction faite des formes hypertoxiques et hémorragiques qui défient tout effort, cette méthode, combinée avec le traitement habituel (balnéation, etc.), donne les résultats les plus favorables, à la condition qu'on ne craigne pas de donner des doses élevées, s'il le faut, en observant toutes les précautions d'usage (surveillance de la tension, interruption périodique du traitement opothérapique).

Indications radiologiques et cliniques du pneumothorax thérapeutique. — M. Léon Bernard pense qu'il faut faire une distinction entre l'utilité des rayons avant l'opération et pendant la conduite du pneumothorax : avant, ils pourraient induire en erreur dans quelques cas où l'examen stéthacoustique est plus fidèle ; ils n'apportent pas une garantie certaine de la possibilité de l'intervention. Pour entretenir le pneumothorax, leur concours est au contraire indispensable.

Les indications cliniques du pneumothorax thérapeutique, telles qu'elles ont été posées tout d'abord, sont rarement réalisées ; l'auteur ne les a rencontrées, sur 532 malades, que 13 fois ; et 3 fois seulement le pneumothorax a pu être continué. Mais il pense que ces indications doivent être étendues aux cas aigus, en évolution, et que pour ces faits la condition de l'unilatéralité doit être discutée.

La mesure de la pression du liquide céphalo-rachidien. — M. Henri Claude. Les appareils destinés à mesurer la pression du liquide céphalo-rachidien sont en général encombrants, difficiles à transporter et ont le grave inconvénient de consommer une certaine quantité de liquide, ce qui constitue une cause d'erreur dans la notation de la pression. En effet, ils répondent à deux types ; les uns sont des manomètres à air libre formés d'un tube en verre coudé dans lequel monte le liquide céphalo-rachidien ; les autres sont des manomètres à eau, en forme d'U. La dénivellation qui mesure la pression est produite par l'air refoulé par le liquide céphalo-rachidien qui s'échappe dans le tube. L'appareil que j'emploie est un petit manomètre anéroïde, relié par un tube en caoutchouc à un robinet à trois voies monté sur l'aiguille à ponction lombaire. Suivant la position du robinet, la cavité de l'aiguille se trouve en communication avec l'extérieur ou avec le manomètre. Je fais la ponction en mettant le robinet dans cette seconde position.

Dès que l'aiguille a pénétré dans le cul-de-sac arachnoïdien, le manomètre inscrit la pression ; celle-ci est enregistrée ainsi *au départ* sans déperdition de liquide. Il suffit de tourner le robinet pour laisser évacuer le liquide ; ultérieurement une nouvelle manœuvre du robinet permet de se rendre compte, sans rien déplacer, de la variation de pression. Cet appareil, facile à transporter, permet à chaque ponction lombaire, en dehors des autres renseignements si importants que fournit cette opération, d'apprécier la tension du liquide céphalo-rachidien qui offre un grand intérêt.

L'hypertension s'observe plus fréquemment que l'on ne pense et peut être l'origine de troubles qui semblaient par l'examen clinique, de nature purement fonctionnelle.

Enfin cet appareil peut donner également des indications intéressantes dans les pleurésies et les ascites.

VARIÉTÉS

L'HOMME QUI COMPREND LES FEMMES. EST-CE LE MÉDECIN (1)?

Il est bien remarquable qu'au moment où un prêtre « qui confesse depuis quinze ans » nous écrit : « J'en arrive à croire que pour comprendre la femme il faut connaître davantage sa physiologie que sa psychologie », un médecin nous répond comme à l'écho : « Le médecin qui exerce le plus d'influence sur ses malades est celui qui les a le mieux comprises, surtout dans leur caractère et leur psychologie. C'est celui-là qui fera les plus belles cures et qui aura le plus de succès. »

Seuls, Candide, Bouvard et Pécuchet, doivent se laisser déconcerter par ces contradictions.

« L'homme qui connaît le mieux les femmes est celui qui s'adresse *quelquefois* à leur raison et *toujours* à leur cœur. »

DEBOVE,
Professeur à la Faculté de médecine,
Membre de l'Académie de médecine.

« Le succès du médecin auprès des femmes d'aujourd'hui est certain, surtout auprès des femmes mariées et des vieilles filles.

La femme mariée a besoin de lui. C'est un homme qui n'est pas son mari et qui lui est imposé par les nécessités physiques de sa vie. Ce sont les circonstances qui la forcent à cette intimité involontaire.

Sans doute elle lui est reconnaissante du bien qu'il lui fait. Mais le vrai lien entre eux c'est le sacrifice qu'elle a dû faire de ses pudeurs, sa pudeur d'âme et l'autre.

Je gagerais que le médecin a plus de succès près des honnêtes femmes mariées que près des libres amoureuses.

Pour la vieille fille elle est heureuse de frôler, grâce à lui, le mystère de la vie. Elle goûte une mélancolique émotion — mélancolique à nos yeux, troublante aux siens — dans cet abandon sans conséquence. C'est, n'est-ce pas, une obligation morale pour elle de soigner sa santé?

Enfin, on ne s'expose pas à une dette de gratitude périlleuse, puisque tous les honoraires du cher maître sont au bout de l'intervention. »

UNE QUI N'A PAS DE MÉDECIN.

« Comme dit le médecin, il n'y a pas de maladies, il y a des malades.

Il n'y a pas de « femmes », il y a des « femmes ».

Chaque cas est un cas particulier. Chaque sujet (femme) est un sujet particulier.

Quelquefois, bien rarement, on arrive à connaître, à comprendre une femme. On la traite en conséquence (comme la malade) et ça va bien.

Mais arriver à comprendre toutes les femmes? On résoudra avant la question de la quadrature du cercle. »

Dr LE RUSSOC (d'Alger).

« Comprendre les femmes, c'est le métier du médecin. Il y est obligé aujourd'hui pour... réussir.

Suivant la nature de chacune de ses clientes il doit jouer un peu tous les rôles que vous avez décrits, simple confident, ami ou davantage. »

UNE QUI SAIT A QUOI S'EN TENIR.

« Enfin vous avez mis le doigt dessus :

Monter dans la chambre d'une femme la veille d'une opéra-

(1) L'enquête sur l'homme qui comprend les femmes, qui a eu un succès universel et dont le *Matin* a publié des fragments, va être ces jours-ci publiée en volume par Hugues Le Roux, cette fois au complet. Nous sommes heureux de donner à nos lecteurs une coupure du chapitre encore inédit : « Quel est l'homme qui comprend les femmes, est-ce leur médecin? »

tion, apparaître soigné de sa personne, l'examiner, faire preuve d'une exquise douceur, l'amener à causer de sa vie privée, voilà le secret.

La femme en ce cas en dit toujours beaucoup plus qu'il ne conviendrait. Elle dévoile ses plus chères pensées et, de s'être livrée à ce point, elle garde toujours pour vous une amitié qui ressemble à une complicité.

De là à l'amour... »

UN EX-INTERNE DE LA MAISON X.

« Le médecin qui comprend votre femme est un marchand de chimères, un danger social et domestique. Maris, dans l'intérêt de votre repos et de vos finances, évitez-le si vous pouvez! »

A. FOLANT.

« Pour la femme qu'il a guérie ou dont il a sauvé l'enfant, le médecin n'est pas un homme c'est un « surhomme ».

Malheureusement beaucoup de ces « surhommes-là » sont des hommes tout de même. Ils vous le font sentir et alors ils blessent dans le plus noble des sentiments des femmes qui ne voulaient leur apporter que de la gratitude. »

UNE DÉSABUSÉE DES SURHOMMES.

« Le médecin bénéficie de la discrétion dont lui-même a besoin et du droit qu'on a de s'enfermer avec lui sans que nul en jase, enfin des sécurités supérieures qu'il représente. »

UN JALOUX.

« Ceux qui ouvrent professionnellement le ventre des poupées s'exposent à n'y trouver que du son. »

Dr MENOCHE.
(Montpellier.)

« Je lis dans un auteur danois (c'est une femme) ces lignes :

« Si les hommes soupçonnaient ce qui se passe en nous autres femmes, dès que nous avons franchi la quarantaine, ils nous fuiraient, comme la peste, ou nous abattraient comme des chiens furieux. »

Il me semble dès lors que la nature a agi très sagement en faisant de la femme pour tous les hommes sans exception une énigme indéchiffrable. »

Dr ESTACHY.
(Cavailhon.)

« Comprendre les femmes ce n'est pas les analyser logiquement, c'est sentir comme elles. Or, leur façon de sentir est et restera différente de celle des hommes. Il est donc impossible à un homme, médecin ou non, de comprendre les femmes. Ce qu'il peut faire, c'est, soit les charmer, soit les conquérir par des moyens qui varient entre eux autant que s'il s'agissait de conquérir des hommes. »

Dr C....
(Saint-Honoré-les-Bains.)

« La femme n'est pas plus menteuse que l'homme, mais elle dit moins ce qu'elle pense et surtout ce qu'elle sait. Ceux qui peuvent à mon avis le mieux la connaître sont le confesseur et le médecin. Et parmi ces médecins-là, peut-être plus spécialement le médecin des folles. En effet, dans les plus nombreux cas de folie, la femme se montre absolument telle qu'elle est et c'est ainsi que l'on se sent porté à l'aimer davantage. »

Dr DUBUISSON,
Directeur des asiles d'aliénés (Figeac).

« Vous nous demandez si le médecin moderne comprend les femmes.

Et que fait-il donc quand il envoie Monsieur à Vichy et Madame à Trouville?

Il est vrai que peut-être il les comprend tous les deux. »

UN PHILOSOPHE.

FORMULAIRE

ENTÉRITES CHRONIQUES ET DIARRHÉES

Le képhir est un aliment excellent contre les diarrhées des hypopeptiques parce qu'il n'irrite pas l'intestin et que ses ferments exercent une action destructive non seulement sur les microbes intestinaux, mais aussi sur leurs toxines.

Donner le « Képhir Salières » à la dose d'un verre toutes les deux heures, pur ou coupé d'eau de Vals au début.

LE PROFESSEUR SEGOND

C'est avec une profonde affliction que nous apprenons la mort de notre excellent camarade Segond. Une vie toute de succès et de bonheur brisée en quelques jours! Nous l'avons vu encore mardi, à l'Académie, un peu pâle et fatigué, mais toujours affable et souriant, toujours lui.

Quelle belle et brillante carrière que la sienne! Admirablement doué au point de vue de l'intelligence et de la mémoire, d'une éloquence toute naturelle et toute personnelle, Segond, fils d'un ancien professeur agrégé d'anatomie à la Faculté de médecine, s'engagea, dès ses débuts, dans la voie des concours. Nommé externe des hôpitaux en 1874, interne en 1875, il passa par le clinicat et l'adjuvat en 1882, fut nommé agrégé et chirurgien des hôpitaux en 1883. Il arriva au professorat, trop tard de l'avis de tous, en 1906 et fut élu membre de l'Académie de médecine en 1907. Il était officier de la Légion d'honneur.

Comme interne, il a appartenu à cette belle promotion des Nélaton, Barth, Brissaud, Robin, Le Bec, Jalaguier, Quénu, Bazy, etc. Il n'attendit pas la fin de ses études pour épouser la charmante fille de Mme Adam et les premières années de cette union furent des années d'un travail acharné dont Mme Segond prit sa part.

Segond parcourut toutes ces étapes avec le même succès, se faisant remarquer, dans ses concours, par une solide instruction, une élocution facile et brillante, toute de clarté et de précision. Mais c'est surtout lorsque chez lui le cœur était en jeu qu'il atteignait alors les plus hauts sommets de la vraie éloquence. Qui ne se rappelle ses discours sur la tombe de son maître Trélat, plus récemment sur celle de Guinard? Comme secrétaire général de la Société de chirurgie, il a prononcé plusieurs éloges qui sont des modèles du genre.

D'un caractère droit et franc, il soutenait toujours les bonnes causes et mettait toute son ardeur à défendre ceux qu'il jugeait injustement attaqués. Au risque même de compromettre quelque peu son avenir scientifique, il ne craignait pas, dans les milieux officiels, dans les Congrès, à la Société de chirurgie de prendre la défense de certains maîtres dont il n'avait même pas été l'élève, mais dont il admirait, en toute indépendance, les travaux et le talent. L'amour de la justice devenait alors son seul guide.

Que dirons-nous de ses succès de clientèle? Quel chirurgien, quel consolateur, quel ami remplit jamais son devoir auprès de ses malades mieux que ne le fit Segond? Quelle confiance inspiraient sa puissance et sa bonté! Qui jamais, dans l'exercice de sa profession, montra plus de dévouement, plus de désintéressement? Quel ami fut jamais plus sûr et plus fidèle? C'est une perte irréparable pour tous ceux qui l'ont connu ou seulement approché.

Profondément ému moi-même en raison de la vieille amitié qui nous unissait, je ne rappelle, en cette note, que l'homme privé, que l'excellent confrère toujours plein d'entrain, toujours de belle et bonne humeur, dont la rencontre était toujours une joie. D'autres, mieux que moi, loueront l'habile et consciencieux opérateur, l'éminent et brillant professeur; d'autres rappelleront ses travaux, ses importantes communications aux congrès et aux sociétés savantes, ses chaleureux plaidoyers en faveur de ce qu'il croyait être la vérité. D'autres retraceront les traits du grand chirurgien consultant, aussi attentif, aussi dévoué, aussi plein de séductions auprès du dernier des miséreux qu'auprès des plus grands de la terre. Ce n'était pas seulement pour les malades le chirurgien averti, éprouvé, sûr de ses moyens comme de sa main, c'était aussi l'appui moral et réconfortant, inspirant la confiance, apportant la consolation à la souffrance.

Pour moi, je veux, en ce moment, ne me souvenir que de cette belle figure, franche et souriante, sabrée d'une épaisse moustache de conquérant qui lui donnait l'air d'un mousquetaire, figure un peu pâle, mais animée par de beaux yeux bien clairs, protégés par de forts sourcils; le regard qui s'émanait de ces yeux vous captivait et vous rassurait tout à la fois; le front haut et large se couronnait d'une chevelure abondante, rejetée en arrière. Pas très grand, mais bien planté, large d'épaules, il respirait la force et la santé, la puissance et l'énergie.

Comme avec bienveillance il penchait cette puissance sur les malheureux et les affligés!

Toujours prêt à se rendre à l'appel de tous, sans compter son temps ni sa peine, opérant le jour, la nuit, il trouvait encore moyen, quand il rentrait épuisé chez lui, de réjouir le confrère qui l'accompagnait de sa constante belle humeur.

A la Salpêtrière dont il dirigeait la clinique chirurgicale, à la maison des Dames Augustines de la rue de la Santé où il opérait chaque jour et qui l'aimaient tant, à la Faculté, à l'Académie, à la Société de chirurgie, dont il fut président, partout où il passa, Segond laisse sa trace lumineuse, partout il laissera le souvenir d'un service rendu, d'un acte de bonté, d'une vie sauvée.

Que de regrets, que de douleurs va causer la mort! Que sa chère famille, que Mme Segond et ses filles veuillent bien agréer ici la sincère expression de notre sympathie profondément douloureuse.

ALBERT BROCHIN.

Les obsèques du professeur Segond seront célébrées mercredi, à midi, en l'église Saint-Pierre de Chaillot. On se réunira à la maison mortuaire, 4, quai Debilly.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXVII, n° 10, 5 sept. 1912.) P. C. BARTLETT et C. F. MURPHY : L'emploi dans la tuberculose pulmonaire du lait aigre et des cultures pures de bacille lactique. — Arthur L. CHUTE : Deux cas de diverticules de la vessie traités opératoirement (avec 4 figures). — Abner POST : L'état actuel de la médication par le salvarsan. — George G. SMITH : Deux cas d'orchite ourlienne traités opératoirement. — (N° 11, 12 sept.) Joseph RANSOHNOFF : Le traitement opératoire de la gastro-entéroptose. — James Marsh JACKSON : Histoire médicale des adhérences et des ptoses intestinales. — E. F. KITTREDGE : Les dangers courus par la méconnaissance des affections aiguës de l'oreille, avec des faits statistiques. — Hilbert F. DAY : L'inversion de l'utérus. — (N° 12, 19 sept.) Franklin S. NEWELL : Les indications des opérations obstétricales importantes. — William F. BOOS : Le traitement de la syphilis au salvarsan-calomel. — Edwin H. PLACE : Le diagnostic bactériologique, le tubage et le traitement par l'antitoxine dans la diphtérie. — Henry D. CHADWICK et Harry S. WAGNER : La signification des symptômes dans la tuberculose pulmonaire (7 tableaux). — (N° 13, 26 sept.) B. WOLBACA : Les virus filtrables. Résumé de la question. — A. C. HEFFENGER : Les abcès sous-phréniques. — F. J. COTTON : L'acapnia. Son importance chirurgicale. — Roger L. LÉE : Un cas de pellagre qui n'est pas sorti de l'état de New-England depuis dix-huit années.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 33, 15 août 1912.) HOCHHAUS : Traitement de l'artériosclérose. — HOFFMANN : Importance clinique de l'électrocardiogramme. — HOFBAUER : Pathogénie de l'emphysème pulmonaire. — RANSTRÖM : Les bacilles tuberculeux dans le sang circulant. — PETERSEN : Valeur de la réaction du soufre de Saxl dans le cancer. — POLLITZER : Chondroïturie et albuminurie facultative. — YAOITA : Nouveau procédé de recherche des œufs de parasites dans les fèces. — JOACHIMSTAHL : Etat actuel du traitement des luxations congénitales de la hanche. — BRÜNING : Statistique de 367 cholédocotomies. — WAGNER : Situation élevée prophylactique et changements de position après les opérations. — Oswald MEYER : Intoxication alimentaire sous l'aspect d'une affection cérébrale en foyer. — CZABLEWSKI : Sur le cathéthérisme aseptique. — CARYOPHYLLIS et SOTIRIADER : Traitement du kala-azar par le salvarsan. — (N° 34, 22 août.) RELBERT : Sur la thrombose. — SCHILLING : Nouveau procédé d'immunisation contre les trypanosomes. — CONRADI et BIERAST : Elimination de bacilles diphtériques par l'urine. — KOLLE, ROTHERMUND et PESCHIÉ : Action du mercure sur les affections spirillaires. — MARSCHALKO : Sur le néosalvarsan. — BRÜCHLER : Les manifestations anaphylactoïdes dues au salvarsan. — SCHENK : Sur la mélubrine. — HOCHMANN : Sur la combinaison des médicaments. — ELLERN : Traitement immunisateur de la fièvre des foins par Wright. — SCHLESSINGER : Elargissement paroxystique des grosses artères. — KÜSTER et GEISSE : Recherches bactériologiques sur la désinfection des mains. — HAGEMANN : Fracture du fémur. — SCHULTES : Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. — DUTOIT : Importance de la syphilis dans l'étiologie des affections oculaires.

Journal des praticiens. — (N° 31, 3 août 1912.) H. TRIBOULET : A propos d'une modification rare des urines (l'alcaptonurie). — NOBÉCOURT : L'ablactation et le sevrage. — Emile SERGENT : Les troubles pupillaires dans la tuberculose. — Marcel BRAUNBERGER : L'imprégnation oxy-formolée. — (N° 32, 10 août.) H. TOUSSAINT : Péritonite et phlébite d'origine appendico-intestinale au cours de la fièvre typhoïde. — Albert MATHIEU : La psychothérapie chez les dyspeptiques. — CHAUFFARD : Un cas de zona. — P. HARTENBERG : La dysphagie spasmodique des névropathes et son traitement. — (N° 33, 17 août.) ROCHON-DUVIGNEAUD : Les corps étrangers intra-oculaires méconnus. — SABOURIN : A propos de l'appendicite simulant la tuberculose. — WIDAL : L'insuffisance hépatique. — BALINSKI : Hystérie et hypnotisme. L'hystérie autrefois et aujourd'hui.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 34, 20 août 1912.) ZELLER : Traitement et guérison des cancéreux par les médicaments internes et externes. — DREYER : Diagnostic de l'appendicite chronique. — SCHMID : Détails d'obstétrique. — JUNG : Tératome sacré comme cause de dystocie. — SCHREIBER : Dosage et emploi du néosalvarsan. — MILLIOU : Expériences avec le noviforme. — HERGENHAHN : Recherches comparatives avec le matériel Rœntgen. — TRENDELENBURG : Remarques sur l'article de Kehr « sur l'ulcère duodénal ». — LANZ : Appendicite épidémique. — GERMAN : *Idem.* — DREYFUS : Expériences avec le salvarsan. — MEYER-BETZ et GEBHARDT : Recherches radioscopiques sur l'influence des purgatifs sur les mouvements intestinaux de l'homme sain. — (N° 35, 27 août.) WEICHARDT et KELBER : Sur les examens d'air. — PETRI : Signification biologique des granulations éosinophiles. — PFEIFFER et BESSAN : Sur les fondements d'une sérothérapie de la fièvre typhoïde. — ZŒPPRITZ : La teneur en iode des ovaires humains. — EISLER : L'exsudat pleurétique interlobaire du poumon de l'enfant à l'écran radioscopique. — MALDOVAN : Résultats du traitement par le salvarsan dans l'armée austro-hongroise. — BECK : Indications otologiques et contre-indications du traitement par le salvarsan dans la syphilis. — HAUPTMANN : Le laminal dans l'épilepsie. — VÖRNER : Sulfuration et thiolan. — KRÜGER : Tungstène colloïdal comme succédané du bismuth dans les radiographies du tube gastro-intestinal. — VEIEL : Contribution au traitement sérothérapique des dermatoses de la grossesse. — WOLFF : Contribution à la splénectomie. — BRAUN : Epidémie familiale de pseudo-leucémie et de sarcome avec hérédité tuberculeuse. — ZELLER : Traitement et guérison des cancéreux par des moyens médicamenteux à l'extérieur et à l'intérieur.

Semaine gynécologique. — (N° 32, 6 août 1912.) PICHEVIN : Dichotomie. — (N° 33, 13 août.) PICHEVIN : Tumeur abdominale causée par une simple accumulation de matières fécales. — (N° 34, 20 août.) PICHEVIN : Le traitement du fibrome par les agents physiques. — (N° 35, 27 août.) PICHEVIN : De la conduite à tenir au moment de la ménopause.

Semaine médicale. — (N° 30, 24 juillet 1912.) DE BOVIS : Radicalisme ou « partialisme » dans le traitement du cancer génital féminin. — (N° 31, 31 juillet.) WIDAL, AMBARD et A. WEILL : La sécrétion rénale des chlorures chez les brightiques œdémateux.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 125. — JEUDI 31 OCTOBRE 1912. 85e ANNÉE. JEUDI 31 OCTOBRE 1912. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas samedi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 28 octobre. — MM. Nora, 6; Boyer, 11; Mlle Denis, 11; MM. Vincentelli, 6; Ohier, Rousseau (Pierre) et Boucher, 5; Fitte, 10; Wallon (Emile), 4; Percepied, 9.

Séance du 29 octobre. — MM. Lorain et Adler, 7; Janet, 9; Moricand, 5; Cousin, 10; Philardeau, 11; Grellety-Bosviel, 4; Carpanetti, 11; Rouché, 3; Piémont, 2.

Anatomie. — Séance du 29 octobre. — MM. Ulmann, 5; Gerber, 10; Weill, 5; Favory, 6; Mlle Giboulot, 3; MM. Bisson, 12; Philip, 10; Gourdin, 5; Stavropoulo, 6; Gardin, 10.

— Concours de l'externat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 28 octobre 1912. — Question donnée : « Symptômes du rhumatisme articulaire aigu franc et ses complications cardiaques. »

MM. Thin et Rival, 11; Sagot, 13; Wickham, 17; Romieux, 13; Valade et Kaminer, 9; Klébaner, 10; Mlle Marçais, 11; MM. Lefèvre (Bernard), 14; Semenon, 9; Mallet, 10; Lefai, 12; Tisserand, 16; Zeitline, 10.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Le *Journal officiel* publie un arrêté ouvrant, à Paris, les 5, 13, 19, 26 mai, 2 et 9 juin 1913, des concours pour les soixante places d'agrégés, à répartir de la manière suivante entre les Facultés de médecine et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, ci-après désignées : Paris, 11; Bordeaux, 14; Lille, 6; Lyon, 8; Montpellier, 6; Nancy, 3; Toulouse, 9, et Alger, 3.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE. — Séance annuelle du 31 octobre 1912. — Le *prix Paugoué* (1 200 francs) a été partagé de la façon suivante : 1° 500 francs à MM. Brocq-Rousseu et Gain; 2° 300 francs à M. Pécaud, avec rappel du prix; 3° un encouragement de 200 francs à M. le docteur Vosgien; 4° un encouragement de 200 francs à M. A. Boquet. — Le *prix Urbain Leblanc* (600 francs) a été décerné à M. Th. Monod. — Sur le *prix Trasbot* (1 400 francs) une somme de 600 francs a été attribuée à M. Chaussé, lauréat du prix; un encouragement de 400 francs a été accordé à MM. le docteur J. Leclercq et P. Nicodème. — Le *prix Weber* (800 francs) a été décerné à MM. le docteur Costa et Fayet.

Médaille du prix Eugène Mathieu. — M. Chaussé.

Médailles d'or. — MM. le docteur Ravenna et Nicodème.

Médailles d'argent grand module. — MM. Fort, le docteur Roussel, Compain, Moreau, Cabassu, Savary, Pérol, Médynski, Oyuela, Pol (Pierre), Floriot, Delécolle, Moulun, feu le docteur Ducasse.

POUR LE CROISSANT-ROUGE. — Au moment où les sanglantes hécatombes de la guerre des Balkans emplissent de blessés les ambulances des deux partis en présence, blessés qui sollicitent, sans distinction de race, de nationalité ni de religion, les sympathies de tous les amis de l'Orient, un comité de médecins français, à la tête duquel se trouvent le professeur Reclus, le docteur Lucas-Championnière, le docteur Jean-Louis Faure, le professeur Chantemesse, le professeur Raphaël Blanchard, etc., s'est constitué pour apporter son appui à l'œuvre du Croissant-Rouge et lui faciliter le recrutement de chirurgiens français aptes à prêter leur concours à ses ambulances. Déjà l'Allemagne et l'Angleterre ont adressé à la Turquie des ambulances complètes. A Paris, Mme Rifaat pacha centralise à l'ambassade ottomane les dons en argent et en nature destinés à cette œuvre qui ne peut laisser indifférents ceux qui s'intéressent au maintien de l'action morale française sur les peuples de l'Islam.

Les chirurgiens — civils ou militaires libérés — qui seraient disposés à offrir leur concours aux ambulances du Croissant-Rouge sont priés de s'adresser tout de suite au secrétaire du comité médical français, le docteur Blondel, boulevard Haussmann, 103.

RENSEIGNEMENTS

GRIPPE

ET

ASTHÉNIE PÉRIODIQUE

Par R. BENON,
Médecin adjoint des Quartiers d'hospice (Nantes).

L'asthénie grippale est relativement assez bien connue. Son évolution nous paraît avoir été insuffisamment précisée. Voici notamment un cas d'asthénie périodique postgrippale.

OBSERVATION (résumé). — *Grippe à trente-sept ans, en janvier 1910 : phénomènes asthéniques graves. Amyosthénie et anidéation avec préoccupations hypocondriaques, idées de suicide et crises d'énervement. Placement à l'asile le 5 février 1910. Amélioration assez rapide et sortie le 10 avril 1910, en état de guérison. — Premier accès d'asthénie périodique (asthénie spontanée) en juin 1910. Amyosthénie et anidéation moins intenses qu'après la grippe. Cauchemars. Idées délirantes. Placement à l'asile le 22 juillet 1910. Tentative de suicide par pendaison à son lit. Disparition des phénomènes asthéniques en septembre 1910. Travail régulier à partir de cette époque. Sortie le 31 mai 1911. — Deuxième accès d'asthénie périodique en août 1911. Crises d'énervement (tentative de strangulation sur sa mère) et tentative de suicide. Placement à l'asile le 7 août. Disparition de l'asthénie en octobre 1911 et depuis, travail régulier. — Troisième accès d'asthénie périodique à l'asile, en juillet 1912; durée un mois et demi. — Antécédents : pleurésie, syphilis, dothiénentérie.*

René, peintre-décorateur, trente-sept ans, entre à l'hôpital général de Nantes le 5 février 1910.

Antécédents. — Rien du côté paternel. Mère, soixante-dix ans, atteinte depuis deux ans de névralgie du trijumeau. — Personnellement pas de maladie dans son enfance. A dix-sept ans, pleurésie; rechute à dix-huit ans, suivie de guérison. Syphilis à vingt-six ans (1899), gommes en 1908, plaques muqueuses en 1912. Fièvre typhoïde en 1907, à trente-quatre ans; convalescence d'un mois avec quelques troubles de la mémoire et retour à l'état normal. Peintre de sa profession, R... a fait du théâtre-casino de vingt-six à trente-trois ans, 1899-1906. Durant cette période, il a vécu maritalement avec une femme divorcée, qui l'a abandonné parce qu'il refusait de l'épouser. En 1904, il s'était mis à prendre de la morphine, mais il a cessé spontanément. Intelligence vive, caractère plutôt doux. Physiquement, constitution puissante avec taille élevée; son poids dépasse 100 kilos. Ni alcoolisme, ni saturnisme.

A. *Histoire de la maladie.* — Le malade avait repris son métier de peintre depuis 1906. En octobre 1909, comme le travail faisait défaut, il entra aux chemins de fer; il y obtint un emploi de nuit; il maigrit beaucoup; il perdit 23 livres en trois ou quatre mois. Il n'en souffrait pas, il se sentait au contraire plus à l'aise quand, le 8 janvier 1910, il est pris subitement de *grippe* (il y avait à cette époque une épidémie de la maladie); température élevée, 39°5, sueurs, maux d'estomac terribles, « à se rouler par terre », avec vomissements. La fièvre se dissipa en trois ou quatre jours. Les douleurs gastriques durèrent une huitaine de jours. Le malade était abattu, accablé; il retrouva ses forces progressivement; le 25 janvier, il se mettait à travailler un peu. Mais le 27, les phénomènes aigus reparaissaient; température, 39°8, avec céphalée, rachialgie, sensation de courbature, de brisement. La fièvre disparut en trois jours, mais l'asthénie persista, intense. « J'étais abattu physiquement et moralement. J'étais incapable de faire un mouvement. Je marchais lentement, péniblement. Je n'avais de goût à rien. On me parlait de théâtre, je ne voulais prendre aucune distraction, rien ne m'intéressait. J'étais prostré, je n'avais plus d'action, plus de vigueur. Je n'aurais pas résisté à une agression, je ne pouvais opposer aucune force physique... Je me trouvais très bas, annihilé; je ne voulais pas bouger de chez moi. J'étais incapable de lire, d'écrire, de compter. Je serais resté deux jours sans prendre de nourriture, même si elle avait été placée près de moi.

« J'étais même incapable de penser, de me livrer à un travail mental quelconque... Je ne pensais à rien, il fallait que les autres pensent pour moi.

J'étais inquiet de cet état. J'avais peur pour l'avenir... j'avais peur de ne plus pouvoir me livrer à aucun travail. Je souffrais moralement de me voir comme ça. J'avais souvent l'idée que je ne pourrais jamais être l'homme que j'étais avant. Je pensais : pourquoi me nourrir, puisque je suis perdu ? A certains moments, je me précipitais la tête en avant contre les murs. J'étais tellement anéanti que je n'aurais pas pu tenter de me *suicider* autrement.

Si je sortais, c'était pour m'isoler, pour errer seul... ou bien je faisais les cent pas. Je ne voulais pas surtout qu'on me vît dans cet état-là, moi qui avais été si remuant, si vif... Parfois je m'énervais, je m'excitais... la moindre des choses me contrariait; je m'emportais. »

C'est en raison de ces phénomènes d'énervement et des tentatives de suicide qu'il fut placé à l'asile.

Placement à l'asile, 5 février 1910. — On note à cette date : faiblesse générale nerveuse, inaptitude au travail, violentes céphalées, insomnie, avec préoccupations hypocondriaques très actives. Inégalité pupillaire, affaiblissement de la vue surtout à droite, pas de réaction à la lumière ni à l'accommodation. Réflexes rotuliens normaux.

20 février. — Amélioration. Disparition des phénomènes d'énervement et tendance au suicide moins marquée, quoique persiste le syndrome asthénie avec préoccupations hypocondriaques.

10 avril. — Sortie du malade. « Je sentais mes forces revenir peu à peu, avec le goût du travail, depuis la fin de mars; j'étais redevenu gai, alors j'ai demandé à rentrer près de ma mère. Dès que je fus sorti, je repris mon métier de peintre. »

B. *Premier accès d'asthénie périodique (asthénie spontanée) en juin 1910.* — Le malade travaillait depuis environ deux mois et demi lorsqu'il se sentit de nouveau faiblir physiquement et moralement. C'était vers le 25 juin. Le syndrome asthénie s'est constitué très vite, s'il n'est pas venu du jour au lendemain. Il est apparu sans cause connue comme dans l'asthénie périodique (dépression mélancolique périodique des auteurs).

« J'avais de moins en moins de force, de moins en moins de goût pour mon travail. Je n'avais plus le courage, la volonté nécessaires pour mener à bien un travail un tant soit peu de longue durée. Je n'étais plus entreprenant. Quand j'avais un pinceau à la main je croyais soulever un poids de 100 kilos. Le matin, pour réagir contre le manque d'énergie, contre le manque de puissance sur moi-même, pour me donner un coup de fouet, pour me secouer les nerfs, je prenais un litre de café. Mais mes muscles se refusaient au travail. Tout m'était pénible. Mon allure était affaissée; je me sentais sans ressort physique ni moral. J'étais pourtant *moins abattu que la première fois*...

De même qu'après la grippe, mes idées étaient confuses; c'était comme un brouillard, c'était vague.

Je me demandais ce que j'avais... Ça a été le point de départ de toutes les mauvaises idées qui me sont venues dans cet accès. J'ai pensé de nouveau à me suicider. Et puis je croyais que c'était mon ancienne maîtresse qui me mettait dans cet état-là en me suggestionnant, afin que je la rejoigne. »

L'énervement avait également reparu.

Tous ces phénomènes surajoutés au syndrome asthénique, idées délirantes, anxiété, colères, nécessitèrent derechef le placement du malade à l'asile.

Deuxième entrée à l'asile (à l'occasion du premier accès d'asthénie spontanée), 23 juillet 1910. — Le malade est anxieux : « Je suis perdu... je suis à bout... je n'ai plus de sommeil... ou si je dors, ce sont des cauchemars terribles. Mon ancienne maîtresse m'apparaît ; elle me force à coïter avec elle ; elle me donne des pertes séminales qui m'épuisent. Elle me pousse aussi à me tuer. »

6 août. — Anxiété moins intense, mais persistante avec cauchemars et insomnie.

14 août. — Tentative de suicide par pendaison à son lit.

16 août. — « Je n'ai pas le souvenir de cette tentative de pendaison. Je devais être « influencé » à ce moment-là. »

Septembre 1910. — « La force physique et morale m'est revenue à la fin d'août. J'ai commencé à travailler en septembre. J'étais resté plus d'un mois pour ainsi dire complètement inerte; j'avais passé mes jours assis, indéfiniment; je ne m'apercevais pas, je crois bien, que le temps coulait. Je lisais parfois. »

Septembre 1910 à mai 1911. — Travaille régulièrement à l'asile; sortie le 31 mai 1911.

C. *Deuxième accès d'asthénie périodique en août 1911.* — « Depuis les premiers jours d'août, je me sentais faible, anémié, débilité. Je ne voulais pas arrêter mais je n'en pouvais plus. Je ne dormais plus ou si je dormais c'étaient des cauchemars épouvantables; je me voyais dans des cimetières, violant des morts... J'avais soif, mais pas d'appétit. »

Le malade a fait une tentative de suicide (tentative de strangulation avec une corde); il s'est jeté sur sa mère par deux ou trois fois, la saisissant à la gorge. On l'a ramené à l'asile.

Etat actuel, 7 août 1911. — « Je suis sans force, sans volonté. C'est toujours la même chose. On me dit que je me suis élancé sur ma mère, que j'ai voulu me suicider, mais je ne me le rappelle pas. »

L'évocation de ces faits produit chez le malade une *crise d'énervement*; il serre les doigts dans les mains, fait des mouvements brusques des bras, ouvre la bouche, la ferme, contracte les muscles péribuccaux et dit : « Quand je suis comme ça, je casserais tout. » Il se calme après trente à quarante secondes.

16 août. — Même état asthénique, mais sujet plus tranquille. « Je lis un peu, pas longtemps. Je ne pourrais pas soulever de gros fardeaux, ou bien je serais tout de suite à bout. Je suis resté constipé quatre jours. »

Il y a encore une certaine obstruction dans la faculté de développer une pensée. « Je ferais difficilement des déductions ou inductions justes. » Il y a un certain flottement dans l'esprit, c'est imprécis, comme ouaté. « Je ne verrais pas bien actuellement la tâche à accomplir. Je ne distingue pas nettement les choses. Je suis difficilement une idée. Quand je l'ai suivie une ou deux minutes, je suis lassé, je la laisse.

Au contraire, j'ai certaines idées que je ne peux pas chasser; elles ont trait à ma maladie, à ma situation qui m'inquiètent. »

Octobre 1911. — Recommence à travailler; l'accès d'asthénie est terminé.

D. *Troisième accès d'asthénie périodique en juillet 1912.* — Le malade n'a pas quitté l'asile. Il a travaillé régulièrement jusqu'au commencement de juillet 1912. A cette époque les phénomènes asthéniques sont revenus; ils ont duré environ un mois et demi. Pas d'anxiété, mais signes d'énervement, notamment dans ses relations avec les autres malades.

20 août 1912. — A repris son travail de peinture.

Ainsi ce malade, après avoir guéri de son asthénie grippale, a vu ce syndrome réapparaître chez lui, sans cause connue, spontanément en quelque sorte. Cette asthénie périodique, que les aliénistes dénomment dépression mélancolique périodique, est grave par sa répétition et aussi par les idées de suicide, par les crises d'énervement qui l'accompagnent et nécessitent souvent le placement à l'asile. Mais — il ne faut pas le méconnaître — ce ne sont là que des complications de l'asthénie chez des sujets particulièrement prédisposés.

Cette asthénie périodique postgrippale ne saurait être confondue avec l'asthénie chronique postgrippale : cette dernière forme pourrait être accidentée d'épisodes aigus avec anxiété et énervement, mais jamais le sujet ne revient, dans l'intervalle des épisodes, à son état sthénique normal.

Quel rôle ont joué chez notre sujet la pleurésie, la syphilis et la fièvre typhoïde? Le malade, homme très puissant, n'a jamais éprouvé de phénomène asthénique avant sa grippe. Il a bien guéri de sa pleurésie. Il a parfaitement supporté les accidents syphilitiques qu'il a présentés; traité au mercure, il en a toujours guéri très vite. Il a eu une convalescence normale après sa fièvre typhoïde. Ces maladies toutefois n'ont-elles pas été dans la maladie actuelle, des causes prédisposantes? C'est possible. Mais la cause déterminante ou du moins finalement occasionnelle a bien été la grippe.

Cette observation servira à l'étude de l'*étiologie* de l'asthénie périodique (1).

XXVe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE (2)

QUESTIONS DIVERSES

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Ce sont les communications sur l'*anesthésie lombaire* qui ouvrent la séance.

MM. Forgue et Riche (de Montpellier) apportent une nouvelle statistique de 250 opérations faites à la novocaïne lombaire selon la technique présentée au Congrès précédent. Le total de leurs observations est ainsi porté à 650, dont 232 abdominales et 8 sur la base du thorax. Ils n'ont observé que des incidents ou accidents passagers (une paralysie unilatérale du moteur oculaire externe, une paraplégie passagère). Ils ne croient pas aux accidents tardifs signalés qui se rapportent à des cas de généralisation cancéreuse au rachis. Ils ne sont pas partisans de l'anesthésie par voie haute. Au total après un essai suivi de plus de deux années, ils n'hésitent pas à recommander la méthode, de préférence à l'anesthésie générale, pour toutes les interventions non justiciables de l'anesthésie locale, portant sur les membres inférieurs, le bassin, l'abdomen et les régions basses du thorax. M. Sabadini (d'Alger) se montre très partisan de l'anesthésie par voie lombaire après trois ans de pratique. M. Gayet (de Lyon) a employé la technique de Forgue et Riche dans 100 interventions sur les voies urinaires. Elle est particulièrement indiquée chez ces malades souvent âgés et scléreux, l'insensibilité de la vessie est obtenue dans les deux tiers des cas. Le shock est considérablement diminué. La méthode est contre-indiquée chez les malades très pusillanimes qui ne pourraient assister à leur opération. M. Brunswick Le Bihan (de Tunis) emploie couramment depuis trois ans la rachianesthésie à l'hôpital Sadiki; elle est maintenant réclamée par tous les malades. M. Jonnesco (de Bucarest) va beaucoup plus loin. Depuis 1908, où il a publié la méthode de rachi-strychno-stovaïnisation, on a pratiqué rien qu'en Roumanie 8 119 anesthésies dont 809 hautes. Sa statistique personnelle est de 2 101 anesthésies dont 442 hautes sans une seule complication immédiate ou tardive. Depuis il n'a jamais eu recours à une autre méthode d'anesthésie. Il a considéré ce mode d'anesthésie comme la méthode de choix, qui par sa simplicité, sa bénignité, son efficacité, doit devenir la méthode d'anesthésie de l'avenir pour tous les cas.

(1) Voir J. Tastevin. L'asthénie postdouloureuse et les dysthénies périodiques, *Ann. méd. psychol.*, 1911, nos 2, 3, 4. — R. Benon. Les dysthénies périodiques (psychose périodique ou maniaque dépressive), *Rev. neurol.*, 1911, no 9, 15 mai.

(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, nos 118, 119 et 121.

M. Regnault (de Toulon) constate que la rachi-anesthésie gagne du terrain tous les jours, mais il faut faire une part de plus en plus grande aussi à l'anesthésie locale et régionale qui donne encore des résultats supérieurs quand elle est praticable.

Au sujet de l'*anesthésie générale*, M. de Martel (de Paris) signale les expériences du docteur Ambard (de Paris) sur l'anesthésie au protoxyde d'azote sous pression et mélangé à l'oxygène dans le rapport de 4 à 5. Les résultats de cette anesthésie sont merveilleux : sommeil rapide, sans la moindre angoisse, réveil instantané, toxicité nulle.

M. Caillaud (de Monaco) apporte sa statistique d'une année d'anesthésies prolongées au chlorure d'éthyle au moyen d'un appareil qui règle le débit. Il a reconnu que le chlorure d'éthyle seul était parfois insuffisant à assurer l'anesthésie complète, aussi on l'associe à l'éther ou au chloroforme, ceux-ci en doses très minimes, au moyen d'un appareil spécial. Les résultats sont alors excellents avec un minimum de toxicité ; M. Raynaud (de Toulon) a employé avec succès l'association de chloroforme et chlorure d'éthyle.

Puis on aborde la *transfusion du sang*. MM. Guillot et Dehelly (du Havre) rappellent l'importance que la transfusion directe a prise en Amérique et les beaux succès obtenus dans les anémies posthémorragiques, le purpura hémorragique, la fièvre typhoïde (transfusion du sang d'un typhique guéri récemment). Ils rappellent leur communication antérieure et indiquent les raisons de préférer à toute autre méthode (suture vasculaire, tubes paraffinés) l'emploi de la canule d'Elsberg pour pratiquer l'anastomose rapidement, facilement, sans danger de coagulation du sang.

M. Roux (de Lausanne) a employé depuis longtemps de simples tubes de verre où on laisse couler le sang pour pratiquer la transfusion. M. Lambret (de Lille) préfère de beaucoup la suture vasculaire pour pratiquer la transfusion. Elle est plus facile que l'emploi d'une canule.

M. de Fourmestraux (de Chartres) et Dehelly protestent contre cette affirmation. Carrel a abandonné la suture qu'il considérait comme difficile pour l'emploi d'une canule dans les transfusions. M. de Martel (de Paris) a pratiqué une seule transfusion de la mère à son enfant, il a vu peu après ce dernier présenter une roséole spécifique sans accident primitif.

Avec M. Termier (de Grenoble) c'est le manuel opératoire des *greffes dermo-épidermiques* qui est mis sur le tapis. Une discussion s'engage à ce sujet à laquelle prennent part M. Moty (de Sainte-Adresse), Willems (de Gand), Forgue (de Montpellier), Frœlich (de Nancy), Kummer (de Genève), Hardouin (de Rennes), Abadie (d'Oran), Phocas (d'Athènes).

Alors que les uns recommandent d'éviter toute manipulation du greffon (Termier, Frœlich, Hardouin, Abadie), les autres (Forgue, Kummer) étalent les greffes sur une spatule avant de les poser sur la plaie ; pour le pansement alors que MM. Forgue, Frœlich, Abadie, Phocas sont restés fidèles au silk protective de Thiersch, M. Willems emploie une bande caoutchoutée, MM. Termier, Hardouin, le pansement sec, et M. Kummer aucun pansement. Tous ont de bons résultats, donc l'essentiel n'est pas là, mais d'avoir une surface cruentée aseptique, des lambeaux bien taillés, bien étalés et imbriqués les uns sur les autres. Dans ces conditions les greffes ne demandent qu'à prendre.

M. Kummer (de Genève) apporte une observation très curieuse de *tétanie postopératoire* observée chez une jeune fille chez laquelle il enleva tout le corps thyroïde par deux opérations à onze ans de distance. Il survint quelques jours après des phénomènes de tétanie, puis des crises d'épilepsie à laquelle la malade succomba seulement après plusieurs années. L'examen anatomique montra l'absence de parathyroïdes, et entre autres lésions la présence d'une artériosclérose avancée des artères.

M. Moty (de Sainte-Adresse) attribue la fréquence des *phlébites postopératoires* à l'absence de drainage. On l'évite sûrement par un drainage très minime pratiqué pendant quarante-huit heures même dans les cas aseptiques. M. Delaunay Eugène (de Paris) a surtout observé ces phlébites chez des malades ayant beaucoup saigné et croit qu'elles sont dues à un état antérieur du sang.

M. Doyen (de Paris) énumère les résultats merveilleux obtenus par la *méthode phagogène* dans la diarrhée de Cochinchine, la peste, le béri-béri, etc., et conclut à la guérison par leur emploi de 80 p. 100 des cas des maladies infectieuses. M. Chibret (d'Aurillac) utilise avec avantage la méthode pour prévenir l'infection postopératoire.

M. Mencière (de Reims) s'élève contre l'*abus des climats dits spécifiques pour le traitement des tuberculoses externes*. Pour lui ce traitement peut être fait avec succès n'importe où, sauf à la ville.

M. Abadie (d'Oran) a pu observer un certain nombre d'*abcès froids et ostéites chroniques à staphylocoques*, les uns consécutifs à une ostéomyélite ancienne, les autres primitifs. Par contre la tuberculose peut donner lieu à des ostéites aiguës d'emblée. M. Walther cite un cas semblable.

M. Calot (de Berck) continuant sa croisade contre les chirurgiens qui opèrent et qui ouvrent les tuberculoses osseuses fermées montre que le véritable *traitement des fistules tuberculeuses* est de n'en point provoquer l'apparition. Le traitement curatif de choix est l'injection de pâtes médicamenteuses. M. de Fourmestraux (de Chartres) nous rapporte une statistique de 71 *fistules tuberculeuses traitées par les injections de pâte bismuthée*, c'est une méthode simple, peu dangereuse, qui donne de bons résultats dans les fistules courtes (côtes, testicule, etc.) mais qui ne donne pas de résultats pour les trajets longs et tortueux (mal de Pott). — M. Codet-Boisse (de Bordeaux) s'est montré au début un chaud partisan du *traitement des tuberculoses chirurgicales par le plombage iodoformé de Mosetig*. Il a actuellement pratiqué 33 opérations, mais les résultats éloignés ont été parfois mauvais. Il croit son emploi très limité. Chez l'adulte il vaut mieux faire les résections typiques, chez l'enfant on l'emploiera dans les cas où pour des raisons sociales le traitement conservateur n'est pas possible, ou encore dans les cas qui résistent à ce traitement, enfin dans les tuberculoses graves à foyers multiples et fistulisées.

M. Matsoukis (de Paris) cite l'essai qu'il a fait de *sérothérapie paratuberculeuse* chez des malades atteints de tuberculose urinaire ou d'adénites cervicales. Il consistait en injection à ces malades de sang provenant d'individus sains, en contact journalier avec des tuberculeux et n'ayant pu être contagionés,

Les résultats sont encourageants, mais la difficulté est de se procurer le sang.

MEMBRES.

Dans la *luxation congénitale de la hanche* on peut observer des *troubles nerveux d'hyperexcitabilité*. M. GOURDON (de Bordeaux) les a notés dans 40 p. 100 des cas de luxation bilatérale et 20 p. 100 des cas de luxation unilatérale. On trouve de l'hyperesthésie cutanée, de la contracture musculaire, mais surtout de l'exagération des réflexes, en particulier du réflexe rotulien du côté luxé. Les malades sont prédisposés aux accidents généraux qui peuvent survenir au cours de la réduction : accidents chloroformiques, troubles circulatoires, convulsions, et aux paralysies postopératoires dans le membre opéré. Cette paralysie s'annonce par une vaso-constriction qui se traduit par l'aspet du « pied cireux ». Le retour des fonctions de la hanche après la réduction sont plus longs à obtenir que chez les autres, on a donc intérêt à rechercher ces troubles nerveux avant la réduction.

M. ROCHER (de Bordeaux), rappelant la difficulté du *diagnostic de la coxalgie au début* chez les tout petits, signale comme très sensible à cette époque la recherche de la contracture par le *signe de la clef*; le membre étant en extension, on prend le pied et on le tourne à petits coups secs plusieurs fois en dedans et en dehors. Cette manœuvre provoque une contracture nette de la hanche toutes les fois qu'elle est atteinte d'arthrite.

Dans un cas d'*absence congénitale des deux rotules avec flexion permanente des genoux*, M. KIRMISSON a pratiqué l'ostéotomie sus-condylienne du fémur qui lui a permis de ramener en avant l'insertion des muscles du creux poplité et de rendre au membre la possibilité de l'extension.

M. LAMY (de Paris) rappelle que, dans un assez grand nombre (20 p. 100) de *pieds-bots congénitaux*, il existe une *torsion spiroïde de l'extrémité inférieure du tibia* en dedans, si bien que le redressement du pied reste inefficace. M. Jalaguier traite ces cas par l'ostéotomie du tibia. On peut arriver plus lentement à ce redressement au moyen d'un appareil à détorsion construit par M. Lamy. Il en existe deux modèles, un pour les torsions peu marquées, l'autre pour les fortes torsions.

Au sujet des *fractures*, c'est d'abord M. DUJARIER (de Paris) qui nous apporte sa *statistique d'interventions sanglantes*, comprenant 24 pseudarthroses et 4 fractures récentes de jambe. Pour les fractures obliques du tibia il donne le choix au cerclage qui a l'avantage de la solidité, mais l'inconvénient d'être obligé d'enlever les fils. Pour les autres les agrafes métalliques donnent d'excellents résultats. Dans le *traitement des fractures de jambe*, M. DUPUY DE FRENELLE (de Paris) vante l'emploi des méthodes de douceur pour la réduction. La contention sera effectuée dans les cas simples par des attelles de chanvre plâtré. Pour les cas difficiles, il faut employer l'extension continue au leucoplaste dans une gouttière métallique spéciale dans laquelle le pied se trouve suspendu et qui permet la correction des déformations. Pour les cas très graves il faut employer les plaques avec vissage.

M. TOUSSAINT (de Marseille) signale qu'à la suite de certaines fractures du péroné ou du radius, dans les mouvements de circumduction du pied ou du poignet, il se produit un claquement et un ressaut provenant d'une saillie du cal, c'est ce que M. Toussaint appelle le *cal à ressort*; il ne faut pas prendre ce ressaut pour une non consolidation, mais au contraire mobiliser rapidement. M. LANCIAL (d'Arras) cite un cas de *périarthrite fongueuse du cou-de-pied*. M. DUCROQUET (de Paris) rappelle l'action des groupes musculaires de la jambe sur le pied. Dans *la paralysie infantile des muscles de la jambe* le pied se dévie par rupture de l'équilibre des forces des divers groupes. On peut empêcher cette déviation par la soudure des articulations du pied avec redressement. Cette soudure s'obtient soit au moyen de l'arthrodèse par ablation à la gouge coupante des cartilages articulaires, soit par le vrillage articulaire. Dans cette dernière intervention on se contente de labourer la surface des cartilages. On pratique le redressement quinze jours après et l'on fixe dans un plâtre. Si l'on fixe ainsi les articulations médio-tarsienne et sous-astragalienne, il ne reste au pied que la flexion extension qui se trouve réduite de plus de moitié. Ceci est capital car on doit fixer le pied dans une attitude qui lui permette d'utiliser cette faible étendue des mouvements de la tibio-tarsienne.

TÊTE. COU. THORAX.

M. DE MARTEL (de Paris) donne les résultats de son expérience personnelle de *la chirurgie du cerveau et de la moelle* qui porte sur plus de 300 cas. Il conseille de ne pas se fier aux grands volets et de toujours trépaner sur la tumeur quand on a pu la localiser, ce qui est souvent possible. Il fait toujours un volet temporaire dans la région frontale et un volet définitif dans la région occipitale. Il enlève les tumeurs avec une très grande lenteur et ne draine pour ainsi dire jamais. Il recommande pour les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux la section en 2 valves et il préconise la radiographie systématique qui révèle parfois une tumeur osseuse qui, siégeant au niveau d'une zone muette, n'est pas localisable autrement. Il opère en un temps en se laissant guider par l'état de la tension artérielle pour cesser l'intervention s'il le faut.

Pour la trépanation décompressive il ne faut ouvrir jamais la dure-mère d'emblée.

Il cite le cas d'un chirurgien complètement paralysé par une tumeur médullaire haut située qu'il a pu extirper avec une guérison absolue.

M. MALHERBE (de Paris) se sert du procédé du *morcellement* pour le *traitement des déviations de la cloison nasale*. Il décrit le manuel opératoire très simple qu'il emploie : anesthésie générale au chlorure d'éthyle, section et décollement de la muqueuse, ablation du cartilage à la rugine tranchante, et, s'il est nécessaire, de l'os à la scie, tamponnement.

M. MÉNARD (de Berck) a eu l'occasion de rencontrer, dans ces dernières années, un certain nombre de malades atteints de *syphilis tertiaire congénitale ou acquise des ganglions du cou*. Le diagnostic de cette affection, soignée le plus souvent pour de la tuberculose, est d'un grand intérêt pratique. Il cite le cas d'une femme de vingt-six ans, opérée déjà d'un côté du cou, qui se présente avec un envahissement de la plaie opératoire par des gommes; d'une femme de trente ans qui, au cours d'une adénite cervicale, présente une gomme du sterno-cléido-mastoïdien ; d'une fillette de treize ans soignée pour des ganglions du cou et un abcès froid sous-maxillaire

chez laquelle apparaissent des ulcérations du voile du palais. Dans les trois cas le traitement mercuriel a amené une guérison dans le délai de six semaines à deux mois.

En recherchant sur les malades de l'hôpital, on trouve des enfants porteurs de tares évidentes de syphilis héréditaire qui portent des ulcérations cutanées ou ganglionnaires, des cicatrices de lésions du cou. Il peut s'agir de tuberculose associée à la syphilis héréditaire, mais parfois elle est seule en cause. Chez une de ces hérédo-spécifiques âgée de douze ans, une masse de ganglions fistuleux du cou disparut en six semaines par le traitement mercuriel. Le Wassermann était positif. M. Ménard pense que ces cas sont fréquents, et qu'il y a lieu de chercher à préciser leur diagnostic par tous les moyens.

M. Chalier (de Lyon) apporte des *résultats des interventions sur le sympathique cervical dans la maladie de Basedow* observés dans le service de Jaboulay depuis 1896. Sur 36 cas, 29 ont survécu, 3 ont guéri complètement, 13 ont été considérablement améliorés, un seul qu'on n'a pas revu d'ailleurs aurait récidivé. La méthode semble non seulement avoir une action d'arrêt, mais de régression véritable sur la maladie.

M. Billon (de Marseille) apporte ses observations de *piésithérapie pulmonaire* ou pneumothorax artificiel chirurgical qu'il a employé dans 38 cas. Outre la tuberculose pulmonaire, on obtient des résultats brillants dans la dilatation des bronches, la gangrène pulmonaire. Il utilise les injections d'azote goménolée. Cette méthode peut servir de temps préparatoire aux interventions sur le poumon en créant un pneumothorax progressif et en maintenant la plèvre aseptique.

INTESTIN. APPENDICE. HERNIES.

M. Pauchet (d'Amiens) rapporte deux observations de *coudures intestinales* telles que les décrit A. Lane. Comme le chirurgien anglais, il croit à leur extrême fréquence. Ces coudures entraînent des troubles mécaniques retentissant sur tout le tube digestif, des troubles toxiques qui entraînent une déchéance de tout l'organisme, un arrêt de croissance, des troubles trophiques ou infectieux qui donnent au malade un aspect de « vieux avant l'âge ».

La radiologie confirme le diagnostic. La section des brides et l'iléo-sigmoïdostomie peuvent être insuffisantes, et on est alors obligé de recourir à la résection totale du gros intestin, opération bénigne.

M. Roux (de Lausanne) trouve qu'on s'exagère un peu les conséquences des adhérences observées. Il convient de traiter la constipation surtout par des moyens médicaux.

M. Viannay (de Saint-Etienne) a pratiqué neuf fois la *résection partielle du côlon pour cancer* dont cinq en un temps. Les cinq cas de colectomie en un temps ont guéri ; aussi il donne la préférence, malgré sa réputation de gravité, à cette méthode. Il ne pratique la résection en deux temps que quand l'état de la malade est trop précaire. M. Pauchet appuie cette opinion. On peut opérer en un temps, même les cas d'occlusion chronique à condition de faire une appendicostomie préalable pour le drainage de l'intestin.

M. Rabère (de Bordeaux) rapporte *un cas d'occlusion intestinale par diverticule de Meckel* après une large résection d'intestin ; le malade guérit.

M. Walther (de Paris) cite trois cas d'*appendicite* opérés, l'une à chaud, les autres à froid où l'appendice fut trouvé *dans la fosse iliaque gauche*. Dans ces cas on ne trouve dans le côté droit que des anses grêles, et tout le gros intestin se trouve du côté gauche de l'abdomen. — M. Baumgartner (de Paris) cite un cas semblable où il a trouvé le cæcum entièrement à gauche. Dans ce cas le malade souffrait à gauche tandis que dans les cas de M. Walther les malades souffraient nettement à droite. — M. Cazin (de Paris) a vu un cas semblable, et le malade souffrait à droite.

M. Cazin défend à nouveau l'*intervention précoce dans l'appendicite*. La grosse objection que dans un Congrès précédent lui avait faite M. Roux était que les erreurs de diagnostic seraient fatalement nombreuses. Or, la pratique a montré à M. Cazin que ces erreurs n'avaient pas d'inconvénient pour le malade. Dans les trois cas où il s'est trompé, les pseudo-appendicites étaient deux fois des grossesses extra-utérines rompues, la troisième fois un petit kyste ovarien à pédicule tordu. Dans les trois cas l'erreur n'a pas été préjudiciable au malade. — M. Walther ne se montre pas favorable à l'opération précoce. Il préfère attendre, pourvu que le malade soit dans les conditions de surveillance indispensables pour pouvoir intervenir immédiatement s'il était nécessaire.

M. Lepetit (de Clermont-Ferrand) a opéré avec succès un *abcès du foie consécutif à une crise d'appendicite*. Il s'agissait d'une grande poche unique, forme rare. — M. Rocher (de Bordeaux) a opéré un cas semblable, et l'un de ses élèves a publié une thèse où il a réuni une trentaine de cas d'abcès uniques consécutifs à l'appendicite.

M. Veyrassat (de Genève) a observé un cas de *tuberculose herniaire avec étranglement*. La tuberculose était limitée au péritoine du sac et du contenu herniaire, et les adhérences étaient seules en cause dans l'étranglement. Le malade guérit après kélotomie en réintégration de l'anse malade dans l'abdomen.

M. Princeteau a eu l'occasion d'opérer *deux cas de hernie inguinale de la vessie chez l'homme*, l'une avec sac péritonéal complet, l'autre sous-péritonéale. Dans les deux cas on a pratiqué la résection du diverticule de la vessie pour simplifier l'opération. Les malades ne présentaient aucun signe urinaire. La vessie herniée était couverte d'un volumineux lipocèle; M. Princeteau signale, comme signe pouvant faire reconnaître la vessie, la présence de grosses veines convergeant sur sa face antérieure.

M. Patel (de Lyon) a opéré un cas d'étranglement épiploïque dans lequel l'épiploon descendu dans une hernie s'y était fixé par sa partie moyenne, l'extrémité libre remontant dans le ventre. C'est cette extrémité libre qui s'était étranglée. C'est ce qu'il appelle l'*étranglement rétrograde de l'épiploon*.

M. Chibret (d'Aurillac), sur 120 cas de hernie étranglée, a eu 4 cas de mort subite absolument inexpliquée. Dans le seul cas où l'autopsie a pu être faite on n'a pas trouvé d'embolie.

ABDOMEN

M. Delangre (de Tournai) relate un cas de *cancer gélatineux du péritoine* qui présentait absolument l'aspect clinique d'une cirrhose du foie. Actuellement, on tend à distinguer deux variétés de maladie

gélatineuse, l'une maligne, d'origine ovarique ; l'autre, bénigne, de nature appendiculaire ; or, d'après le cas présent, il y aurait lieu d'en noter une troisième forme à lésion péritonéale primitive.

M. REYNÈS (de Marseille) signale les dangers de la *position de Trendelenburg* qui peut devenir la cause d'*occlusion intestinale aiguë* par malposition d'une anse lors d'un retour trop brusque à la position horizontale. Il en a observé un cas récent mortel. Il rappelle un cas de Pasteau, des cas de Schauta, Kraske, Heidenhaim. — M. WALTHER n'a jamais observé d'inconvénients de la position de Trendelenburg qu'il emploie depuis 1891. Dans le cas de Pasteau il y avait une coudure antérieure de l'anse intestinale. — M. CHAVANNAZ (de Bordeaux) croit que l'infection n'est pas toujours en cause dans les occlusions postopératoires ; dans un cas il a observé une *dilatation aiguë postopératoire du gros intestin.* — M. WALTHER pense que ces dilatations aiguës de l'intestin ou de l'estomac sont des infections aiguës de ces organes avec parésie, sans coudure.

M. R. LERICHE (de Lyon) résume l'état actuel du *traitement chirurgical des crises gastriques et intestinales du tabes.* Si l'on opère il faut le faire de façon précoce. S'il s'agit d'une crise sympathique et non due au pneumogastrique, ce qui est habituel, il faut intervenir directement sur les nerfs et non sur l'estomac. On a le choix entre l'élongation du plexus solaire (opération de Jaboulay), la radiotomie postérieure (opération de Fœrster) et l'arrachement des nerfs intercostaux (opération de Franke). Leriche a pratiqué six fois les deux dernières. L'opération de Franke est simple et efficace, mais a l'inconvénient de paralyser les muscles de l'abdomen. L'opération de Fœrster est moins difficile qu'on l'a dit (3 cas, 3 guérisons); il faut employer la voie extradurale, mais en cas de difficultés recourir rapidement à la voie intradurale plus facile.

M. GOUILLIOUD (de Lyon) a pratiqué 5 fois la *résection simultanée du pylore et du côlon transverse.* Il s'agissait 3 fois de tumeur stomacale (1 léiomyome, 1 cancer encéphaloïde, 1 ulcère calleux perforé) adhérente au côlon transverse, dans 2 cas d'une tumeur du côlon adhérente à l'estomac. Dans ces cas, il convient de débuter par la section du côlon transverse et terminer par la pylorectomie. Quatre des malades ont guéri, la guérison se maintient depuis plusieurs années, il ne s'agit pas de métastase, mais de propagation par contact immédiat.

M. TAILLEFER (de Béziers), à propos d'*un cas de gastro-entérostomie postérieure*, signale l'examen de son fonctionnement à la radioscopie, et rappelle la fréquence des pneumonies de déglutition. Il conseille d'opérer en Trendelenburg et de maintenir les malades la tête basse après l'opération.

M. DUVERGEY (de Bordeaux) apporte *deux cas nouveaux d'angiocholécystite aiguë primitive* non calculeuse. Les deux malades ont guéri après cholécystectomie et drainage de l'hépatique. Dans un cas, la récidive a nécessité un second drainage de l'hépatique qui constitue le véritable moyen de désinfection des voies biliaires.

M. SABADINI (d'Alger) signale la rareté des splénomégalies paludiques en Algérie. Il a recueilli tous les cas de *splénectomie et exosplénopexie dans la splénomégalie paludique*, faites en Algérie depuis dix-neuf ans. Il trouve 13 cas de la première opération et 5 de la seconde, avec un seul cas de mort non due à l'opération. Il signale l'atrophie complète de tout l'organe qui suit l'exosplénopexie. Dans tous les cas il y a amélioration considérable de l'évolution de la maladie.

ORGANES GÉNITAUX. FEMME.

M. CHAVANNAZ (de Bordeaux) a opéré *un kyste de l'ovaire à contenu gazeux*, sans communication avec l'intestin. Ces cas très rares s'expliquent soit par une communication ancienne avec l'intestin qui a disparu, soit par l'infection. C'était le cas dans l'observation rapportée. M. JAYLE a observé un cas analogue. Il pense que les microorganismes proviennent de l'intestin par les adhérences avec le côlon pelvien ou le rectum.

M. VORONOFF (de Nice) communique le résultat des *expériences* qu'il a entreprises *sur la greffe des ovaires sur la brebis.* M. DE MARTIGNY (de Montréal) confirme ces résultats (voir la communication in extenso dans les journaux politiques du 12 octobre).

M. JAYLE (de Paris) décrit une inflammation chronique et douloureuse du petit bassin, caractérisée par l'absence d'adhérences, l'état dépoli du péritoine, l'existence d'un épanchement minime de liquide séro-hématique, l'état normal des organes génitaux, affection qu'il a dénommée *péritonite sudative.* C'est une affection analogue à l'hydarthrose chronique et procédant par poussées. Le diagnostic se fait par exclusion. Le traitement comporte l'ablation des ovaires dans les cas rebelles.

ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME. REINS. VESSIE.

M. PHOCAS (d'Athènes) préconise l'emploi de l'*incision dans la région inguinale pour les interventions sur le cordon, le testicule ou ses enveloppes.* On évite ainsi des mauvaises réunions de la peau fréquentes si on incise sur le scrotum difficile à désinfecter. M. WALTHER rappelle qu'on obtient une désinfection parfaite de la peau du scrotum avec de la teinture d'iode dédoublée, sans danger de brûlure si on l'enlève ensuite avec de l'alcool.

M. GORSE (de Lille) décrit le *procédé de cure de l'ectopie testiculaire* dû à Gaudier de Lille et qui consiste à creuser une loge pour le testicule par le port d'un corps étranger volumineux inclus dans les bourses du côté de l'ectopie, pendant deux mois, puis dans un deuxième temps à faire descendre le testicule dans la loge ainsi formée. L'opération pratiquée 10 fois jusqu'ici a donné de bons résultats. Mais tous les cas remontent à trop peu de temps pour qu'on puisse juger le résultat définitif. M. WALTHER n'a jamais vu depuis douze ans de réascension des testicules fixés selon sa méthode. M. PHOCAS confirme ces résultats.

MM. ROCHET et THÉVENOT (de Lyon) ont eu l'occasion d'observer *trois calculs vésicaux à point de départ rénal.* Il s'agit de cas à origine rénale latente dont l'existence est importante à connaître car elle explique la production de calculs vésicaux à répétition après l'intervention. Cette notion est très importante chez les enfants qui n'ont pas de calculs rénaux, mais chez lesquels la lithiase serait fréquente.

M. CATHELIN (de Paris), s'appuyant sur sa statistique personnelle de 32 opérations pour calculs du rein avec une seule mort due à une complication pulmonaire, proclame la *bénignité opératoire dans les calculs du rein.* Ces observations lui suggèrent

des considérations relatives au sexe, à l'âge, au diagnostic clinique et radiographique, au mode d'exploration et à l'état du rein du côté opposé, au mode opératoire et aux résultats éloignés des interventions. Il montre en particulier l'importance de la radiographie qui peut montrer la forme du calcul d'où on déduit son siège exact; il montre aussi l'importance de plus en plus grande que prend la pyélotomie postérieure comparativement à la néphrolithotomie pour l'ablation de ces calculs.

M. Devèze (de Perpignan) a opéré avec succès un *cas de tumeur pararénale* provenant d'un vestige du corps de Wolff.

M. Guyot (de Bordeaux) rapporte l'observation d'un *kyste hydatique de la région paraprostatique* qu'il a opéré par voie endo-vésicale. Il s'agit tantôt de kystes par greffe secondaire à la rupture d'un kyste abdominal comme l'a montré Dévé, tantôt de kyste primitif comme ici. Bien que M. Tuffier ait préconisé dans ce cas la voie abdominale recto-vésicale, M. Guyot a eu un beau résultat en opérant après incision de la vessie.

M. Lavaux (de Montjeandon) s'élève contre les *abus de la cystoscopie et du cathétérisme des uretères*. Il cite deux exemples où un emploi injustifié de la méthode a amené des complications sérieuses.

SÉANCE DE DÉMONSTRATIONS

M. Dehelly (du Havre) montre la facilité avec laquelle on peut exécuter la *transfusion du sang* de la radiale à la saphène au moyen de la canule d'Elsberg.

M. Perdu (d'Amiens) décrit un *procédé d'amputation dans la continuité de la cuisse* permettant de ne pas imprimer un seul mouvement au membre malade, d'éviter par conséquent un aide et les déplacements dangereux et inquiétants dans les cas de genou très infecté. On pratique un vaste lambeau antérieur, la section du fémur, puis on termine par transfixion.

M. Phocas rappelle qu'il a décrit un procédé de section primitive du fémur au ciseau, et M. Walther que Verneuil avait décrit des procédés d'amputation analogues aux membres.

M. Destot (de Lyon) montre la fréquence et l'importance de la *présence d'un fragment postérieur du tibia* dans les fractures de jambe de toutes les variétés. Souvent méconnu, bien qu'il existe dans 1/10 des cas (M. Destot en a vu 145 cas), il est très important à connaître, car si la réduction n'a pas été complète le pied se subluxe en arrière dans l'appareil et le résultat est déplorable.

SÉANCE DE PRÉSENTATION D'APPAREILS

M. Danis (de Bruxelles). Un *masque pour la baronarcose* permettant l'accès de vapeurs titrées de chloroforme avec une pression réglable et constante.

M. Caillaud (de Monaco). Un appareil à anesthésie au chlorure d'éthyle et éther ou chloroforme à débit réglé avec admission d'air.

M. Gourdet (de Nantes). Une *instrumentation pour le vissage des os* : vis à tête longue, guide pour les vis, trocart pour la pose des vis, foret à engrenage, etc. — Une *bande pneumatique pour l'hémostase des membres*. — Des *étuis à bistouris stérilisés par le trioxyméthylène*. — Un *appareil à éclairage à acétylène pour les opérations d'urgence à domicile*. — Un *économisateur-distributeur de savon liquide*.

M. Veras (de Smyrne). Un *appareil pour la correction du genu valgum* chez les tout petits.

M. de Martel (de Paris). Une *modification de l'instrumentation de Doyen* pour mesurer la chaleur des tissus voisins d'une *tumeur* pendant sa *destruction* par les courants de haute fréquence. — Un *moteur portatif pour la chirurgie des os*. — Un *crayon à tatouer*. — Une *pince hémostatique pour le cuir chevelu dans les opérations sur le crâne*. — Un *masque hermétique pour l'anesthésie*.

M. Guyot (de Bordeaux). Un *stérilisateur transportable pour les gants*.

M. Barbarin (de Paris). Une *table orthopédique démontable*.

— Dans la salle de correspondance on pouvait admirer la belle collection des radiographies utilisées par M. Béclère pour la rédaction de son rapport. Enfin l'exposition d'instruments et d'objets de pansement, très achalandée, avait envahi tous les couloirs du rez-de-chaussée de la Faculté, et même débordé dans la cour. C'est là que la belle voiture-salle-d'opération-automobile destinée au service de l'armée avait établi son garage sous le regard mélancolique de l'immortel Bichat.

— Les membres du Congrès, avant de se séparer, ont désigné pour président de leur prochaine réunion M. le professeur Kirmisson, et pour vice-président M. Maunoury (de Chartres).

Les questions mises à l'étude sont :

1° Le *traitement des ankyloses de la hanche par la méthode sanglante*. Rapporteurs : MM. Baumgartner (de Paris) et Denucé (de Bordeaux).

2° La *chirurgie du côlon pelvien (cancer excepté)*. Rapporteurs : MM. Duval (de Paris) et Patel (de Lyon).

3° Le *traitement des plaies du crâne par petits projectiles*. Rapporteurs : MM. Billet (armée) et Demoulins (de Paris).

M. LANCE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1912)

Sur l'action du vaccin antityphoïdique polyvalent chez les personnes en état d'infection latente par le bacille d'Eberth. — M. H. Vincent. Dans la pratique de la vaccination antityphoïdique en période épidémique, il est une circonstance qui se présente assez souvent et mérite l'attention. Elle est relative aux cas où le sujet, étant en incubation de fièvre typhoïde, et n'offrant d'ailleurs aucun signe apparent de cette infection encore latente, a pu recevoir, pour cette raison, une ou plusieurs inoculations de typho-vaccin.

Deux cas peuvent se présenter suivant que l'infection éberthienne est tout à fait récente ou qu'elle est plus tardive au moment où interviennent les premières inoculations de vaccin.

I. Dans une note précédente (1), l'auteur a signalé que, sur cinq sujets réceptifs ayant avalé des quantités véritablement énormes de bacilles typhiques vivants, l'un d'eux était déjà immunisé par une vaccination antérieure. Mais les quatre autres ont reçu leur première injection d'antigène seulement

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 103, p. 1445.

le lendemain et même le surlendemain de l'accident. Or, tous ont également échappé à la fièvre typhoïde.

On peut donc conclure :

1° Que l'immunité active déterminée par l'antigène est très précoce ; l'inoculation sous-cutanée du typho-vaccin polyvalent détermine, en effet, dans le sang, la formation d'anticorps bactériolytiques et bactéricides dès le quatrième jour (parfois le troisième) qui suit cette injection ;

2° Que l'injection de ce vaccin ne provoque en rien, chez les personnes en puissance de bacille d'Eberth, l'éclosion de ce que A. E. Wright a appelé la phase négative, c'est-à-dire une prédisposition à l'aggravation de l'infection typhoïdique ;

3° Que lorsque la typho-vaccination est assez rapprochée de la date d'infection, cette infection peut être neutralisée avant que le microbe pathogène ait eu le temps de se multiplier.

Au point de vue pratique, l'immunisation active à l'aide du vaccin polyvalent opérée en temps d'épidémie donne, par conséquent, la possibilité de protéger même les personnes déjà infectées vingt-quatre heures ou quarante-huit heures auparavant par le bacille d'Eberth.

II. Si l'infection spécifique est plus ancienne, le bacille a eu le temps de pulluler et d'envahir le sang pendant la phase silencieuse d'incubation. En pareille occurrence, l'inoculation de typho-vaccin arrive évidemment trop tard pour enrayer le processus infectieux.

Or, il a été permis d'observer que, même dans cette circonstance, l'inoculation de l'antigène a eu pour conséquence une protection appréciable du sujet. Une ou deux injections ayant été faites en temps d'épidémie (Maroc, Algérie, France) chez des personnes en incubation de fièvre typhoïde, alors qu'on ne pouvait présumer l'apparition prochaine de cette affection, celle-ci a, dans neuf cas observés jusqu'ici, affecté une évolution brève et bénigne. La durée de la fièvre n'a pas dépassé douze à quatorze jours ; elle a été parfois de cinq à huit jours. Les symptômes nerveux ont été faibles ou nuls. Il n'y a aucune complication viscérale.

Il résulte, en conséquence, de ce qui précède que l'inoculation de typho-vaccin polyvalent chez les sujets en incubation de fièvre typhoïde n'évoque nullement une phase négative. Non seulement les injections vaccinantes n'aggravent pas la maladie, mais encore elles peuvent exercer une action favorable sur son évolution et son pronostic en provoquant la formation nouvelle d'anticorps et un commencement d'immunité qui réduit la gravité et la durée de l'infection.

Le pouvoir immunigène du vaccin polyvalent stérilisé par l'éther s'est montré très actif chez les individus, adultes et enfants, au nombre de plus de 20000, à qui ce vaccin a été jusqu'ici inoculé. Aucun des vaccinés qui ont vécu au milieu d'épidémies très graves n'a contracté la fièvre typhoïde. L'immunité conférée par ce vaccin a donc été jusqu'ici absolue (1).

Bien qu'il soit toujours préférable de faire les inoculations avant la période habituelle (estivo-automnale) d'apparition de la fièvre typhoïde, il résulte de ce qui précède que les vaccinations antityphiques, si efficaces, peuvent être pratiquées aussi au début ou au cours même des épidémies.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1912)

La déclaration de la tuberculose. — La discussion se poursuit et, jusqu'ici, c'est plutôt dans le sens de l'opposition que concluent les orateurs.

M. Reynier estime qu'elle serait plus préjudiciable qu'utile. On nous le demande, dit-il, au nom de la société. Mais devons-nous sacrifier l'intérêt de nos malades à celui de la société. Aucun fait nouveau ne s'est produit qui soit de nature à modifier l'opinion qu'a, jusqu'ici, adoptée l'Académie. Tous nos confrères, qui se sont joints à l'Académie pour faire adopter la déclaration obligatoire de certaines maladies contagieuses, nous demandent aujourd'hui de les appuyer pour repousser la déclaration de la tuberculose. Vers quel but est dirigée cette demande de la déclaration ? Pour obtenir la désinfection. Mais, en matière de tuberculose, elle est illusoire et imparfaite. Elle n'est pas tellement efficace qu'elle puisse justifier l'obligation qu'on nous imposerait de faire de nos tuberculeux de véritables parias qu'il faudrait chasser de la famille, de l'lateier, de l'école.

M. Reynier invoque également le respect du secret professionnel. Il démontre, avec et après M. Robin, les difficultés budgétaires qu'elle entraînerait. Où trouvera-t-on le milliard qui serait nécessaire ?

N'y a-t-il donc rien autre à faire ? Certainement si, répond M. Reynier. Il faut s'attaquer aux causes mêmes de la tuberculose. Il faut d'abord demander au médecin de l'état civil d'exiger la désinfection après décès, chaque fois qu'il la jugera utile. Il faut exiger qu'un propriétaire ne puisse louer un appartement sans montrer un certificat de désinfection de cet appartement.

Mais il faut surtout s'appliquer à combattre la mauvaise hygiène physique et morale, le manque d'air et surtout s'attaquer à l'alcoolisme et aux cabarets. On sait que l'alcoolisme est le grand pourvoyeur de la tuberculose. L'alcool ne fait pas seulement du mal à l'individu mais aussi à sa descendance. Ce n'est pas seulement l'intérêt de l'individu, de la société qui est en jeu, c'est aussi celui de la patrie.

M. Reynier termine son argumentation par des conclusions qui résument les desiderata qu'il vient d'exprimer. Il demande que l'Académie émette le vœu suivant :

Désinfection exigée par le médecin de l'état civil ; désinfection de tout appartement à louer ; demande d'une loi contre l'alcoolisme et pour la réduction des débits de boissons.

M. Pinard lit, au nom de M. Vidal (d'Hyères), l'observation d'une famille dans laquelle 6 membres sur 8 ont succombé à la tuberculose en moins de quatre ans. De pareils faits semblent justifier la déclaration obligatoire de la tuberculose.

M. Lereboullet se montre, comme MM. Robin et Reynier, opposé à la déclaration. Il pense que le péril tuberculeux est surtout causé par l'alcoolisme et les logements insalubres. La lutte contre l'alcool et le taudis doit primer un moyen auxiliaire et de peu d'efficacité comme la déclaration obligatoire.

M. Lereboullet conclut en demandant à l'Académie « d'émettre l'avis que la déclaration de la tuberculose ouverte reste facultative et de demander au Parlement le vote d'une loi réprimant l'alcoolisme ».

Hémorragie puerpérale grave, transfusion directe du sang. Guérison. — M. Oui (de Lille) communique l'observation d'une jeune femme épuisée par une hémorragie résultant du décollement du placenta. Accouchement difficile, présentation de l'épaule, ablation, après l'accouchement, d'un volumineux caillot, arrêt de l'hémorragie. Mais la malade reste profondément anémiée. Elle semble devoir succomber rapidement, malgré des injections de sérum salé. C'est alors que M. Oui décide de faire pratiquer à cette malade la transfusion directe du sang, par le nouveau procédé. Le sang est pris à son mari dont l'artère radiale est mise en communication avec la veine radiale de sa femme. La transfusion a duré une heure. Ce fut une véritable résurrection.

M. Netter s'associe aux conclusions que M. Oui tire de ce fait en faveur de la transfusion. Il cite également un cas d'hémorragie par ulcère de l'estomac qui a été traité avec succès par ce moyen.

Durée de la circulation pulmonaire. — M. Langlois fait une communication sur ce sujet.

Fonctionnement de l'Institut de puériculture à l'hospice des Enfants assistés pendant l'année 1911-1912. — M. Variot, directeur de l'Institut de puériculture fondé par la Ville de Paris et le département de la Seine, présente à l'Académie de médecine les résultats de la première année du fonctionnement.

L'enseignement donné a une double orientation : il s'adresse d'une part aux médecins et aux étudiants français et étrangers, c'est la section technique ; d'autre part il s'adresse aux institutrices, aux dames du monde, aux jeunes filles, etc., c'est la section publique ou de vulgarisation.

(1) H. Vincent. *Acad. de méd.*, 8 oct. 1912, et *XIIIe Congrès de méd.*, 15 oct. 1912.

Les cours, les conférences et les exercices pratiques sont absolument distincts pour chacune des sections. Le lundi à dix heures et demie ont lieu les conférences d'hygiène et de clinique infantiles, destinées aux médecins et aux étudiants ; ceux-ci sont admis dans les services de l'hospice pour y recevoir l'instruction technique et pour procéder à des recherches scientifiques sous la direction des assistants ou des chefs de laboratoire. Des travaux importants ont déjà été effectués et publiés.

Le jeudi à dix heures et demie a lieu le cours de puériculture de M. Variot, librement ouvert à toutes les personnes qui veulent apprendre l'art d'élever les enfants du premier âge. Une *Goutte de lait* avec consultation de nourrissons a été organisée pour les femmes du peuple et les filles mères. Plus de 8 000 litres de lait ont été distribués à des enfants dont les mères étaient incapables de donner le sein.

Les exercices pratiques qui complètent les cours de puériculture ont lieu :

1° A la consultation de la Goutte de lait à laquelle les dames et les jeunes filles peuvent assister ; elles profitent ainsi des conseils individuels donnés par le médecin aux mères inexpérimentées pour graduer la ration du nourrisson et pour les soins hygiéniques essentiels.

2° A la biberonnerie où l'on apprend à connaître les instruments pour la stérilisation du lait, les procédés d'asepsie des biberons et des tétines, les coupages du lait, etc. ;

3° A la crèche de l'Institut où l'on pratique le contrôle de l'allaitement par la balance chez les bébés qui reçoivent le sein des nourrices sédentaires; les auditrices sont aussi initiées aux soins exigés par les bébés; elles peuvent les manier, les vêtir, les baigner, même faire les pansements les plus usuels.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1912)

Diagnostic de l'anaphylaxie humaine par la transmission de l'anaphylaxie passive au cobaye. — MM. ACHARD et FLANDIN, ayant observé un malade qui à la suite d'injections répétées de sérum antiméningococcique avait éprouvé des accidents d'anaphylaxie rapidement croissants, ont recueilli de son sérum et l'ont injecté dans le péritoine de cobayes neufs afin de leur transmettre l'anaphylaxie passive. Puis, dix-huit heures après, ils ont fait dans le crâne de ces animaux une injection déchaînante d'une très faible dose de sérum antiméningococcique; le choc ainsi déchaîné est venu apporter la preuve de l'état anaphylactique du malade. Un résultat positif a été obtenu de même avec le liquide céphalo-rachidien. Des expériences de contrôle avec le sérum de sujets normaux n'ont donné que des résultats négatifs. Enfin chez un second malade injecté une première fois avec du sérum antiméningococcique, l'épreuve de l'anaphylaxie passive a permis d'annoncer à l'avance des accidents de réinjection qui se sont traduits par le phénomène d'Artus.

Sur l'origine de la cholestérine et la valeur de la théorie de Flint. — MM. A. GRIGAUT et Guy LAROCHE, après avoir insisté sur l'origine endocrine de la cholestérine du sérum (capsules surrénales), tel qu'il ressort de leurs travaux avec le professeur Chauffard, démontrent l'inexactitude de la théorie antérieure de Flint. Les dosages pratiqués dans le sang provenant de différents organes montrent partout la même teneur en cholestérine et vont à l'encontre des faits avancés par Flint et sur lesquels cet auteur basait l'origine cérébrale de la cholestérine et son élimination hépatique. Ce n'est d'ailleurs pas par la simple comparaison du sang provenant des différents organes que peut être résolu le problème de la cholestérinémie.

De l'adrénaline en ingestion. — MM. E. LESNÉ et L. DREYFUS ont démontré que l'adrénaline introduite dans l'estomac ou dans l'intestin grêle du lapin est dépourvue de toxicité; au contraire, en employant la voie rectale, l'adrénaline reste toxique. Ce médicament ne doit donc pas être administré par la bouche mais peut l'être en lavement si l'on veut obtenir une action thérapeutique efficace.

De la double rotule de quelques rongeurs. — MM. Ed. RETTERER et H. VALLOIS. Chez les rongeurs (lapin, écureuil, gerboise) qui se meuvent par sauts et par bonds, le tendon du quadriceps possède deux sésamoïdes, comme celui des primates sauteurs : 1° la rotule proprement dite ou inférieure (cartilagineuse ou osseuse) qui se trouve dans le tendon commun du quadriceps, et, 2° la rotule supérieure, qui appartient au tendon du seul crural et qui a la structure d'un sésamoïde vésiculo-fibro-élastique.

ANALYSES

MÉDECINE

Salvarsan et rougeole. (Louis L. WILLIAMS. *The Boston med. and surg. Journ.*, vol. CLXVI, n° 20, 16 mai 1912, p. 738.) — Dans une très courte note, l'auteur rapporte le cas d'un homme de vingt-deux ans qui, atteint de manifestations de la période secondaire de la syphilis, fut traité par le salvarsan. Quarante-huit heures après, apparition d'une éruption typique de rougeole, et du syndrome complet de la maladie qui suivit son cours normal. L'auteur remarque que l'injection a été faite seulement quelques heures après le début probable de la rougeole, ce qui prouve que le salvarsan ne trouble en rien son développement. Etant donnée l'action énergique du salvarsan sur toutes les affections à protozoaire, la coïncidence observée apporte un document précis sur la nature encore inconnue du germe causal de la rougeole. M. LANCE.

Le traitement du cancer par la radiothérapie. (A. LASSUC, *Rund. f. med.*, 23 déc. 1911.) — Voici les conclusions sommaires que l'auteur place à la fin de son travail, sorte de revue générale de la question : « La radiothérapie seule n'offre aucune certitude dans le traitement du cancer; toute tumeur opérable doit donc être confiée au chirurgien. Seuls les petits cancers cutanés doivent être confiés au radiothérapeute. La radiothérapie des tumeurs inopérables compte quelques très rares succès. Elle se justifie comme un *traitement moral*, qui permet au médecin de ne pas abandonner son malade... La radiothérapie postopératoire ne paraît avoir des chances de succès qu'appliquée aussitôt après l'opération. »

B. GAYARD.

NEUROLOGIE

Les réflexes cutanés et tendineux chez les épileptiques. (E. AUDENINO, *Riv. di patol. nerv. e mentale*, 1912, p. 193.) — Ce travail est basé sur l'étude de 74 épileptiques, dont 7 atteints nettement de cérébropathies (4 femmes, 3 hommes) avec convulsions jacksoniennes, et 67 épileptiques avec grands accès moteurs généraux ou généralisés (46 hommes, 21 femmes, 54 ayant moins de trente ans et 13 au-dessus, 61 droitiers, 6 gauchers). De ceux-ci, 8 ont été soumis à un examen prolongé en 1910 et 1911 et examinés régulièrement 4 fois par jour pendant des périodes intercalaires et peu après les crises.

Voici le résumé des conclusions de ce travail qui paraît fait avec beaucoup de soin et est illustré de 16 graphiques des réflexes.

Périodes intercalaires :

Antagonisme fréquent des réflexes cutanés et tendineux, asymétrie fréquente, à disposition croisée pas rare dans l'épilepsie essentielle, ou le signe de Babinski (trouvé seulement dans 2 p. 100 des cas en dehors des accès, dans 8 p. 100 peu après l'accès).

Période prémonitoire des accès.

Confirmation de l'assertion de Donaggio : augmentation des cutanés, diminution des tendineux.

Après les accès.

Immédiatement après, ou pendant, état variable, l'asymétrie des réflexes, l'antagonisme des cutanés et tendineux peuvent augmenter; on peut voir le vrai signe de Babinski. Puis les réflexes reviennent à leur régime antérieur. L'effet de l'accès se fait surtout sentir sur les réflexes cutanés. L'accès jacksonien augmente en général les réflexes tendineux et diminue les cutanés. L'absence, le vertige n'ont que peu ou pas d'influence. L. ALQUIER.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de la syphilis par les injections intraveineuses d'énésol à doses massives. (THOREL. *La Clinique*, 2 février 1912.) — La technique de M. Thorel est simple, c'est celle employée couramment pour toutes les injections intraveineuses; aucun outillage particulier, nulle douleur, nulle effusion de sang; nul accident local (une même veine a supporté quatre injections sur le même point sans aucun dommage).

M. Thorel n'a pas craint d'injecter dès la première injection 6 à 8 centimètres cubes d'énésol, soit la dose respectable de 18 à 24 centigrammes de sel. Il a observé, avec les trop fortes doses, des phénomènes réactionnels presque constants, consistant en élévation de température, érythème et vomissements, le tout ne laissant d'ailleurs aucune trace. L'auteur estime néanmoins qu'il est nécessaire, pour tirer tout le parti thérapeutique du médicament, d'aborder les fortes doses, l'effet n'étant pas le même, si la même quantité de sel est injectée en plusieurs fois. C'est là une opinion qui se trouve modifiée d'ailleurs sensiblement par un travail publié en Italie par le docteur Agamemnone.

Au sujet de la conduite du traitement, le docteur Thorel n'a jamais injecté en douze ou quinze jours plus de 1g20 à 1g50 d'énésol. Il établit les règles suivantes :

« Sujet faible : Première piqûre, 6 centimètres cubes; puis, tous les deux jours, 7 à 8 centimètres cubes. Soit, en douze jours environ, 1g20 d'énésol, soit 0g45 de mercure métallique.

Sujet vigoureux : Première piqûre, 7 à 8 centimètres cubes; puis, tous les deux jours, 8 à 10 centimètres cubes. Soit, en douze jours, 1g50 environ de sel, soit 0g57 de mercure métallique. »

Habituellement, les conséquences du traitement sur l'état général sont excellentes : retour de l'appétit, augmentation du poids, jamais d'accidents toxiques. Il est bon de surveiller le rein.

Les résultats thérapeutiques sont considérables. Le docteur Thorel rapporte un certain nombre d'observations dans lesquelles on note presque régulièrement, non seulement la disparition des accidents, mais encore la disparition de la réaction de Wassermann.

La conclusion de ce travail est que la thérapeutique trouve en l'énésol employé par voie intraveineuse « un médicament dont on ne soupçonnait ni la rapidité, ni la puissance d'action ».

L. GAYARD.

PRATIQUE MÉDICALE

LE PHÉNYLDIMÉTHYLPYRAZOLONAMINOMÉTHYLÈNE SULFITE DE SOUDE OU MÉLUBRINE DANS LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Dans un article : « Ueber phenyldimethylpyrazolonamidomethansulfonsaures Natrium gegen akuten Gelenkrheumatismus », publié dans la *Münchener medizinische Wochenschrift*, no 33, du 13 août 1912, le docteur Staffeld expose les remarquables résultats qu'il a obtenus en employant ce nouveau produit dans le rhumatisme articulaire aigu et chronique.

A la suite des résultats publiés par le docteur Lœning dans la *Münchener medizinische Wochenschrift*, nos 9 et 11, le docteur Staffeld, souffrant de rhumatisme articulaire aigu, essaya ce produit sur lui-même et put constater son action élective.

Tandis que les accès précédents duraient trois à quatre semaines, ils disparurent par l'emploi de la « Mélubrine » après absorption de 3 à 4 paquets de 2 grammes.

Ce résultat l'encouragea à utiliser la Mélubrine dans sa clientèle où il observa le même résultat rapide si, dès le début, on absorbe de fortes doses conseillées d'ailleurs déjà par le docteur Lœning.

Dans les 50 cas traités de la sorte, il ne put observer aucune action secondaire sur le cœur, l'estomac ou sur un autre organe. Dans un cas d'intolérance (vomissement), les résultats sur le rhumatisme furent les mêmes lorsque la Mélubrine fut incorporée par voie rectale, à raison de trois fois 3 grammes par jour.

Quinze observations des plus caractérisées ont été exposées par l'auteur pour bien montrer de quelle façon et dans quels états pathologiques la Mélubrine produit son effet, lorsqu'elle est administrée à la dose quotidienne de trois fois 2 grammes.

Même dans des cas de rhumatismes articulaires anciens traités sans succès par l'aspirine, le résultat obtenu a été parfait, la guérison complète, sans récidive, au bout de six à vingt jours.

Dans un cas de rhumatisme compliqué d'eczéma, les deux affections disparurent en même temps.

Dans un cas de scarlatine, la Mélubrine eut un effet thérapeutique manifeste, administrée à raison de trois fois 1 gramme par jour, pendant quatre jours.

Dans un cas d'herpès, disparition après administration de deux fois 2 grammes.

Dans un cas de névralgie intercostale traitée sans succès par l'aspirine et le salipyrine, guérison après un traitement de trois jours.

Dans la bronchopneumonie et la pneumonie, le succès a été frappant; chez les enfants de deux à trois ans, il administra dans ce cas 0g25 toutes les six heures.

Le docteur Staffeld a été surpris de l'action de la Mélubrine sur le pouls qui, lorsqu'il est irrégulier, en cas de tachycardie nerveuse, par exemple, redevient régulier après absorption de 8 à 10 grammes.

Il est à remarquer cependant que ce ne sont que les fortes doses qui parviennent à donner d'aussi brillants résultats, mais comme les fortes doses sont absolument inoffensives, cela ne présente aucun inconvénient.

La Mélubrine étant un dérivé formaldéhydique de l'aminoantipyrine, ces résultats ne sont pas surprenants. En même temps que le noyau analgésique et antipyrétique exerce son action spéciale sur la douleur, le reste, méthylène en chaîne latérale, par le formol qu'il dégage in vivo, exerce une action puissamment antiseptique loco dolenti.

La Mélubrine supprime donc en même temps l'effet et la cause dans les algies d'origine infectieuse auxquelles il faut ranger les états pathologiques tels que le rhumatisme articulaire aigu et chronique et les états cités ci-dessus qui se sont améliorés par l'administration de la Mélubrine.

La Mélubrine étant le premier analgésique antiseptique vient remplir une lacune en thérapeutique, car si les analgésiques connus jusqu'à présent parvenaient à supprimer temporairement les douleurs névralgiques, ils ne faisaient pas disparaître la cause algésiogène comme la Mélubrine.

Cela ouvre à la Mélubrine de nombreuses indications et doit lui donner la préférence dans toutes les névralgies ayant une origine infectieuse.

COURS ET CONFÉRENCES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (Professeurs honoraires : MM. Jaccoud, A. Fournier, Duplay, F. Guyon, Le Dentu, Ch. Bouchard, Gariel, G. Hayem et A. Gautier.) — ANNÉE SCOLAIRE 1912-1913. — *Cours et conférences.* — COURS DE CLINIQUES (visite des malades tous les matins) :

Cliniques médicales. — M. Chauffard : Lundi, jeudi, à dix heures (à l'hôpital Saint-Antoine). — M. Debove : Tous les jours, à dix heures (à l'hôpital Beaujon). — M. Landouzy : Mardi, vendredi, à dix heures (à l'hôpital Laënnec). — M. Gilbert : Mercredi, samedi, à dix heures et demie (à l'Hôtel-Dieu).

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. — M. G. Ballet : Mercredi, dimanche, à dix heures (à l'asile Sainte-Anne). — A partir du 10 novembre.

Clinique des maladies des enfants. — M. Hutinel : Mercredi, samedi, à dix heures (à l'hôpital des Enfants-Malades). — A partir du 2 novembre; la première leçon sera faite le samedi 9 novembre.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — M. Gaucher : Mercredi, dimanche, à dix heures (à l'hôpital Saint-Louis). — A partir du 6 novembre.

Clinique des maladies du système nerveux. — M. Déjerine : Mardi, vendredi, à dix heures (à la Salpêtrière).

Clinique thérapeutique (fondation de M. le duc de Loubat). — M. Albert Robin : Jeudi, à dix heures (à l'hôpital Beaujon). — A partir du 14 novembre.

Cliniques chirurgicales. — M. Reclus : Lundi, mercredi, vendredi, à dix heures (à l'Hôtel-Dieu). — M. Segond : Mercredi, samedi, à dix heures et demie (à la Salpêtrière). — M. Quénu : Mercredi, samedi, à dix heures (à Cochin). — M. Delbet : Mardi, jeudi, samedi, à neuf heures et demie (à l'hôpital Necker).

Cliniques d'accouchements. — M. Pinard : Lundi, vendredi, à dix heures (clinique Baudelocque). — M. Bar : Mardi, samedi, à dix heures (clinique Tarnier). — A partir du 9 novembre.

Clinique ophtalmologique. — M. de Lapersonne : Lundi, mercredi, à neuf heures et demie; vendredi, à dix heures un quart (à l'Hôtel-Dieu).

Clinique des maladies des voies urinaires. — M. Legueu : Mercredi, vendredi, à dix heures (à l'hôpital Necker). — A partir du 13 novembre.

Clinique gynécologique (fondation de la Ville de Paris). — M. Pozzi : Lundi, vendredi, à dix heures (à l'hôpital Broca). — A partir du 18 novembre.

Clinique chirurgicale infantile (fondation de la Ville de Paris). — M. Kirmisson : Mardi, vendredi, à dix heures (à l'hôpital des Enfants-Malades). — A partir du 8 novembre.

Clinique obstétricale. — M. Ribemont-Dessaignes : Clinique obstétricale réservée aux élèves sages-femmes : Lundi, mercredi, vendredi, à neuf heures (Maternité de l'hôpital Beaujon).

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 37, 14 sept. 1912.) BÖSCH : Un cas de melanosarcome primitif du système nerveux central dans la sclérose en plaques. —(N° 38, 21 sept.) RÖDER : Nature et traitement des affections rhumatismales.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 31, 3 août 1912.) DAUTIN-CLAVAUT : Laryngite ulcéro-membraneuse à type œdémateux. Trachéotomie. — (N° 32, 10 août.) FOY : Nouvelle contribution au traitement de l'ozène par la rééducation fonctionnelle nasale. — (N° 33, 17 août.) SABOURÉ : Indications, technique et résultats de la méthode de Foy en rhinologie, et rééducation respiratoire. — (N° 34, 24 août.) TEXIER : Corps étranger de l'œsophage datant de soixante-douze jours; abcès œsophagien; extraction à l'aide de l'œsophagoscopie; guérison. — DARDEL : Les congestions de la pituitaire chez le neuro-arthritique. — (N° 35, 31 août.) GAREL : Les fractures du nez. — TRÉTROP : Les migraines et céphalées d'origine naso-pharyngée ou auriculaire.

Semaine médicale. — (N° 33, 14 août.) DE BOVIS : De l'hystérectomie contre les hémorragies post-partum incoercibles. — (N° 34, 21 août.) CHEINISSE : L'absorption et son utilisation en thérapeutique. — (N° 35, 28 août.) FULD : Nouveau traitement médicamenteux des diarrhées.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 37, 12 sept. 1912.) THEILHABER : Traitement des malades après les opérations de carcinomes. — BAUER : Le ferment lipolytique du sérum à l'état pathologique. — THALER : L'opération césarienne vaginale comme procédé de délivrance. — BENESI : Contribution à la diphtérie de l'oreille moyenne. — SICCARDI : Recherches sur les modifications de l'élimination de l'urobiline et de l'acide urique dans les actions rapides de l'eau froide.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

L'HÉMOGLOBINURIE

DÉFINITION. — L'hémoglobinurie est la miction d'urine et d'hémoglobine libre; les urines émises sont rouges et rappellent l'aspect d'urines hématuriques ; mais l'examen microscopique, même après centrifugation, ne permet pas d'y déceler des globules rouges. Aux recherches cliniques consacrées à l'étude de ce syndrome sont attachés les noms de Pavy, Lichteim, Mesnet ; les recherches biologiques ont été l'objet de travaux de MM. Dieulafoy, Widal, Ponfick, Camus, Pagniez.

SYMPTOMATOLOGIE. — Nous prendrons pour type de description, l'hémoglobinurie paroxystique essentielle. Elle s'observe surtout à l'âge moyen de la vie, plus souvent chez l'homme que chez la femme ; on retrouve très souvent la syphilis dans les antécédents du sujet, d'autres fois le rhumatisme, le paludisme. Après une exposition *au froid* le sujet ressent une constriction douloureuse de l'épigastre, sans nausée, ni vomissement ; il est pris de frissons, de céphalée, d'un état semi-vertigineux, avec légère élévation de la température à 38 degrés. Dès l'apparition des premiers symptômes, on peut trouver un peu d'albumine dans l'urine ; moins d'une demi-heure plus tard, l'urine est déjà rosée ; l'urine prend ensuite l'aspect de vin de Malaga; puis les urines deviennent moins teintées ; au bout de dix heures en général, les urines sont claires ; elles contiennent cependant encore un peu d'albumine ; à la fin de la journée elles ne contiennent ni albumine, ni hémoglobine. Le malade ne conserve plus qu'une sensation de fatigue et un peu d'ictère qui persiste plusieurs jours, véritable ictère hémolytique. Tixier et Troisier ont noté l'apparition d'arthropathies au cours de la crise. L'accès, au lieu d'être aussi typique, peut être à peine ébauché ; les urines sont très légèrement colorées, ou simplement albumineuses ; l'accès peut être au contraire très violent et amener la mort par anurie.

EXAMEN DES URINES. — Il faut recueillir l'urine de demi-heure en demi-heure. On note ainsi les progrès de la coloration et de la décoloration; l'urine possède souvent une odeur aromatique (Lévy-Valensi). Au microscope, on trouve des amas granuleux, des cylindres brunâtres présentant la réaction ferrique, des cristaux d'hématoïdine, mais aucune hématie. Au spectroscope on obtient les deux raies de l'oxyhémoglobine; si l'on traite les urines par le sulfure d'ammonium, on obtient la bande réduite; parfois on rencontre la methémoglobine. L'albuminurie peut précéder de quelques heures, nous l'avons vu, l'élimination de l'hémoglobine, elle peut lui survivre et alterner avec des crises d'hémoglobinurie.

EXAMEN DU SANG. — a. *Hématies.* — Pendant la crise, le nombre des globules rouges est diminué ; mais au début, la perte en hémoglobine l'emporte de beaucoup sur la perte en hématies ; par la coloration vitale, on observe de nombreuses hématies granuleuses. Quelques jours après la crise, on peut observer de la polyglobulie (Pel, Tixier, Troisier). Assez souvent la résistance globulaire est diminuée.

b. *Coagulation.* — Pour Hayem le caillot une fois formé se dissoudrait dans le sérum ; le fait n'est pas constant et souvent la coagulation est normale.

c. *Sérum.* — Le sérum est assez souvent laqué, même en dehors du mécanisme de la dissolution du caillot dans le sérum; le plasma lui-même, dans ces cas, peut être teinté ; l'hémoglobinémie précède et accompagne donc souvent l'hémoglobinurie. On peut d'ailleurs, chez les sujets hémoglobinuriques, provoquer un laquage local du sérum par l'*expérience d'Ehrlich*, qui consiste à immerger dans de l'eau froide le doigt du malade après ligature posée à la base du doigt; le sérum provenant de ce doigt sera laqué; cette expérience est d'ailleurs loin d'être pathognomonique.

Il existe dans le sérum une substance hémolysante que l'on

met en évidence par l'épreuve de *Donath et Landsteiner*. On mélange des hématies du sujet ou d'un individu quelconque au sérum du malade ; on laisse en contact à 5 degrés pendant une demi-heure. On porte ensuite à l'étuve à 37 degrés, il y a hémolyse. Si l'on a chauffé à 56 degrés le sérum, l'hémolyse ne se produit pas, sauf si l'on ajoute au mélange du sérum (complément), non chauffé. Cette épreuve ne serait pas non plus pathognomonique ; elle se rencontrerait dans d'autres affections, et peut faire défaut dans l'hémoglobinurie. On peut rechercher encore, dans le sérum, la présence de pigments biliaires ; enfin on doit pratiquer la réaction de Wassermann (rendue souvent délicate à cause de l'état laqué du sérum).

ÉVOLUTION. — L'hémoglobinurie paroxystique essentielle est une maladie récidivante ; elle pourra se reproduire chaque fois que le malade s'exposera au froid ; le pronostic devra en être réservé car le sujet peut mourir *anurique* à la suite d'une crise et surtout parce que les accès répétés affaiblissent progressivement le malade ; on a observé la guérison à la suite du traitement mercuriel, ou par la quinine.

FORMES CLINIQUES. — 1° HÉMOGLOBINURIES TOXIQUES. — Elles s'observent à la suite d'ingestion de chlorate de potasse, de certains champignons, d'acide sulfurique, chlorhydrique, etc. ; la mort s'observe souvent alors par anurie ; l'hémoglobinurie qui s'observe au cours des néphrites doit être rapprochée de ces formes.

2° HÉMOGLOBINURIES INFECTIEUSES. — Elles peuvent être un symptôme surajouté, au cours de la fièvre typhoïde, de la scarlatine, et plus souvent encore au cours des maladies hémorragiques.

Il faut faire une classe à part à l'*hémoglobinurie palustre*, qui peut revêtir, soit une forme légère, soit une forme grave, avec mort dans le collapsus, ou au milieu de symptômes urémiques ou anuriques.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Les différents parenchymes, et surtout le rein, sont infiltrés de pigment ocre ; ces granulations se localisent dans les cellules épithéliales du tube contourné et des branches ascendantes de Henle. Lorsque ces granulations sont très abondantes, elles font éclater les cellules ; il en résulte alors un encombrement des tubes qui peut déterminer l'anurie.

DIAGNOSTIC. — Il est deux erreurs à éviter : il faut savoir que, dans certaines conditions de concentration, l'*urine peut détruire les globules rouges* et mettre en liberté l'hémoglobine, que le sang provienne du rein, du vagin, ou du rectum ; il suffira de sonder la malade et de pratiquer un examen microscopique aussitôt après. Il ne faudra pas prendre non plus l'*hématoporphynurie* pour de l'hémoglobinurie ; elle s'observe à la suite d'ingestion excessive de viandes ou de légumes riches en chlorophylle ; on précipitera l'hématoporphyrine par de la soude et on la caractérisera au spectroscope.

PATHOGÉNIE. — Plusieurs théories ont été successivement invoquées ; chacune contient suivant les cas une part de vérité.

I. ORIGINE URINAIRE. — Pour Van Roosen, l'hémoglobine se produit au niveau de la vessie, grâce aux oxalates contenues en excès dans l'urine. Pour Hayem et Robin, il faut invoquer la fluxion rénale sous l'influence du froid, déterminant l'hémoglobinurie grâce à une altération du sang.

Cette théorie a été reprise récemment par Foix et Salin qui indiquent le mécanisme suivant : fragilité globulaire spéciale vis-à-vis du sérum normal ; congestion passagère du rein due au spasme périphérique provoqué par le refroidissement ; passage, sous l'influence de la congestion rénale active du sérum d'où albuminurie, des stromas d'où cylindrurie et réaction ferrique, enfin de l'hémoglobine. MM. Pagniez et Camus ont montré que, dans certains cas, la dissolution des hématies a lieu dans la vessie, quand le degré de concentration des urines n'est pas assez élevé (rôle du chlorure de sodium), ou lorsque les urines jouissent d'une propriété toxique particulière.

II. ORIGINE MUSCULAIRE. — M. Camus s'est attaché à démontrer l'importance et la fréquence de l'hémoglobinurie d'origine musculaire. L'expérimentation montre la facilité avec laquelle l'hémoglobine des muscles traverse le rein ; il suffit d'une très faible quantité d'hémoglobine mise en liberté, grâce à des lésions des fibres musculaires pour que l'hémoglobinurie se produise ; chez le cheval, si souvent atteint d'hémoglobinurie, on ne trouve (Lucet) jamais d'hémoglobinémie ; le sérum n'est pas hémolysant, et d'autre part il existe des lésions très nettes de myosite. On peut donc admettre que, chez certains sujets, des lésions musculaires déterminées par le froid peuvent faire passer l'hémoglobine du muscle dans la circulation. Pour Chauffard, le froid ne serait pas seul en cause. Il faut invoquer l'action du système nerveux ; le frisson en provoquant le tremblement produit sans doute un travail musculaire excessif, qui met en liberté l'hémoglobine.

III. ORIGINE HÉMATIQUE. — Cette théorie, soutenue par Ehrlich, admet que les globules rouges sont détruits dans le sang ; l'*hémoglobinémie précède l'hémoglobinurie* ; expérimentalement à l'aide de *poisons exogènes*, Ponfick, Afanasiew ont réalisé cette hémoglobinurie par destruction des globules ; suivant l'importance de cette destruction, il peut y avoir simplement hémoglobinurie ou encombrement des tubuli par les débris cellulaires et les granulations, avec mort par anurie. La *fragilité globulaire*, si fréquente au cours de l'hémoglobinurie, explique encore comment peut se produire cette destruction des globules. Bordet, Pagniez, Camus ont insisté sur le rôle du *pouvoir hémolytique* du sérum ; la fragilité globulaire dépend souvent en effet (Vaquez, Gilbert, Foix et Salin) de la fixation d'hémolysines ; d'ailleurs, l'ictère hémolytique et l'hémoglobinurie coexistent fréquemment. Très souvent pourtant dans le sérum des hémoglobinuriques on ne trouve pas d'hémolysines libres ; la raison en est, peut-être, dans le fait que les hémolysines sont fixées, ou que l'hémolyse se produit, non dans le sang, mais dans un parenchyme, la rate probablement. L'hémolyse peut être le résultat d'hémolysines d'origine bactérienne ou parasitaire (pirosoma bigeminum, hématozoaire, proteus). Pour se produire l'hémoglobinurie d'origine hématique nécessite, d'après les recherches de Ponfick et de Camus, la destruction rapide de 1/60 à 1/57 des hématies de la masse totale du sang.

La pathogénie de l'hémoglobinurie paroxystique a suscité encore d'autres hypothèses. M. Chauffard invoque le rôle du système nerveux, à point de départ cutané (excitation par le froid).

Pour M. Widal et Rostaine, ces malades auraient une *insuffisance d'antisensibilisatrice* dans leur sang ; normalement il existe dans le sérum un équilibre constant entre la sensibilisatrice et l'antisensibilisatrice, qui neutralise leur action. Chez les hémoglobinuriques, sous l'influence du froid, la sensibilisatrice l'emporte sur son antagoniste et l'hémoglobinurie est réalisée ; on pourrait éviter la dissolution d'hémoglobine par l'injection d'un sérum riche en antisensibilisatrice.

En résumé, suivant la forme d'hémoglobinurie observée, il faut invoquer une pathogénie variable. Il pourra s'agir de dissolution des hématies dans l'urine, de congestion rénale avec lésion rénale et fragilité globulaire, de mise en liberté de l'hémoglobine musculaire ou de l'origine sanguine de l'hémoglobinurie, soit par poisons exogènes ou bactériens, soit par fragilité globulaire, ou par auto-hémolysines, ou par rupture d'équilibre entre la sensibilisatrice et l'antisensibilisatrice du sérum, sous l'influence du froid (expérience de Donath et Landsteiner).

TRAITEMENT. — Le traitement sera d'abord *prophylactique* ; les sujets qui présentent des crises d'hémoglobinurie devront éviter de s'exposer au froid ; on traitera la syphilis, le paludisme ; on évitera de donner des médicaments toxiques. On mettra le sujet au lit, au régime lacté ; on fera de la révulsion sur la région rénale.

BIBLIOGRAPHIE. — CASTAIGNE. *Manuel des maladies des reins*. — Traités classiques. — CAMUS. Th. 1903. — GUILLAIN et TROISIER. Le rôle des hémolysines en pathologie, *Progrès méd.*, nov. 1911. — LÉVY-VALENSI. A propos de deux cas d'hémoglobinurie paroxystique, *Gaz. des hôpit.*, 1911. — TIXIER et TROISIER. Arthropathies autotoxiques dans un cas d'hémoglobinurie, *Gaz des hôpit.*, 1910.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 126. — SAMEDI 2 ET MARDI 5 NOV. 1912. 85e ANNÉE. SAMEDI 2 ET MARDI 5 NOV. 1912. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 30 octobre. — MM. Barbier, 9; Moutier et Le Gac, 8; Wiart, 9; Cathala, 10; Bardet (Daniel), 7; Doumer (Edmond), 8; Queyroi, 6; Regnauld de la Soudière, 6; Richon, 5.

Anatomie. — Séance du 31 octobre. — MM. Giraud (Pierre), 7; Mlles Pommay et Armand, 10; MM. Huc (Edouard), 9; Ruelle, 11; Vincent, 4; Paraf, 10; Frélezeau, 4; Gibert, 8; Bloch, 11.

Prochaine séance, jeudi 7 novembre, à huit heures un quart du matin, à l'hôpital Beaujon.

Erratum. — Dans notre carnet de l'internat, le nom de M. Maurice Périer (n° 317) est imprimé en italique. Il y a là une erreur due à une homonymie. C'est le nom de M. Léon Perrier (n° 177), interne provisoire, qui doit être mis en italique.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Anatomie.* — Séance du 30 octobre. — Question donnée : « Surfaces articulaires, ligaments et synoviale de l'articulation scapulo-humérale. »

MM. Bonnet, 16; Dubois (René), 15; Ciette, 14; Foucaud, 12; Mlle Doléris, 14 1/2; MM. Durand, 15; Adrian, 14; Mlle Cros, 16; MM. Dalibert, 13; Augustin, 15; Duval, 17; Dubranle, 14; de Gennes, 20; Constans, 12; Ducassy, 11; Clément, 14; Boner et Damagnez, 13; Dambier et Bougenot, 15.

Séance du 31 octobre. — Question donnée : « Artère sous-clavière. »

MM. Forest-Defaye, 7; Beuchard, 9; Héraut, 13; Chabrol, 15; Bruker, 16; Calamy, 15; Delord, 16; Gerdil, 14; Cunault, 15; Bonnot, 14, Couturier, 18; Couput, 15; Delebecque, 14; Godard (Philippe), 11.

Prochaine séance, jeudi 7 novembre, première moitié.

Pathologie. — Séance du 30 octobre. — Question donnée : « Fracture de côtes. »

MM. Soutoul et Luizy, 9; Peuret, 14; Sraer, 16; Mallah, 10; Robin, 13; Portes, 17; Manceau et Reinhold (Paul), 12; Valière-Vialeix, 13; Yamopoulo, 9; Meyniard, 8; Touchard (Georges) et Renard (Jacques), 13; Lestocquoy, 17; Maigre, 11.

LABORATOIRES DE RADIOLOGIE ET D'ÉLECTRORADIOTHÉRAPIE DES HOPITAUX DE PARIS. — Par arrêté de M. le directeur général de l'Assistance publique, en date du 1er août 1912, sont nommés aux fonctions de chef de laboratoire de radiologie et d'électroradiothérapie :

A l'hôpital de la Pitié, M. le docteur Delherm; — Cochin, M. le docteur Ménard; — Beaujon, M. le docteur Desternes; — Tenon, M. le docteur Legros; — Laënnec, M. le docteur Kaingot; — Bichat, M. le docteur Beaujard; — Broussais, M. le docteur Bonniot; — Boucicaut, M. le docteur Aubourg; — Saint-Louis, M. le docteur Gastou; — Trousseau, M. le docteur Weil; — Bretonneau, M. le docteur Lobligeois; — Hérold, M. le docteur Chicotot; — à la Maison de santé, M. le docteur Bouchacourt; — à l'hospice des Enfants-assistés, M. le docteur Barret; — à l'hôpital maritime de Berck, M. le docteur Calvé; — à l'hôpital de la Charité, M. le docteur Turchini (radiologie); — à l'hospice de la Salpêtrière, M. le docteur Huet (électrothérapie).

Par même arrêté, sont nommés chefs de laboratoire suppléants :

A l'hôpital de la Pitié, M. le docteur Laquerrière; — de la Charité, M. le docteur Lomon; — Beaujon, M. le docteur Baudon; — Laënnec, M. le docteur Darbois; — Bichat, M. le docteur Desmoulins; — Broussais, M. le docteur Ledoux-Lebard; — Boucicaut, M. le docteur Lebon; — Saint-Louis, M. le docteur Pestel; — Trousseau, M. le docteur Blanche; — Bretonneau, M. le docteur Tison; — à la Maison de santé, M. le docteur Charlier; — à l'hôpital maritime de Berck, M. le docteur Andrieu; — à l'hospice de la Salpêtrière, M. le docteur Bourguignon (électrothérapie).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — Ainsi que nous l'avons annoncé, il sera ouvert à Paris, en 1913, des concours pour soixante places d'agrégés à répartir

RENSEIGNEMENTS

de la manière suivante entre les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie ci-après désignées : Paris, 11 agrégés ; Bordeaux, 14 ; Lille, 6 ; Lyon, 8 ; Montpellier, 6 ; Nancy, 3 ; Toulouse, 9 ; Alger, 3.

Ces concours s'ouvriront :

Le 5 mai 1913, pour la section d'anatomie et embryologie, pour la section de physiologie, pour la section de physique biologique et médicale, pour la section de médecine générale, pour la section des maladies mentales et pour la section d'ophtalmologie ;

Le 13 mai 1913, pour la section de chirurgie générale ;

Le 19 mai 1913, pour la section d'histologie et pour la section de chimie biologique et médicale ;

Le 26 mai 1913, pour la section de parasitologie et sciences naturelles appliquées à la médecine et pour la section d'obstétrique ;

Le 2 juin 1913, pour la section d'anatomie pathologique ;

Le 9 juin 1913, pour la section de pharmacie.

Les candidats aux sections de médecine générale, de chirurgie générale, d'anatomie pathologique et d'obstétrique s'inscrivent chacun d'une manière spéciale pour une des places mises au concours dans chaque faculté.

Ils peuvent s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — REIMS. — Les opérations du concours ouvert le 24 juin 1912 pour l'emploi de chef de travaux de chimie (pharmacie) sont annulées pour vice de forme.

M. Boismenus, suppléant de la chaire de chimie, est chargé, en outre, à partir du 1er novembre 1912, des fonctions de chef des travaux de chimie (pharmacie).

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. le professeur Raphaël Blanchard et le docteur Maurice Cazin (de Paris).

M. Pierre Masson, éditeur à Paris.

MM. Fère, administrateur de la Compagnie fermière de l'établissement thermal de Vichy ; Lumière (de Lyon) et Robin (Maurice) (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Berlioz (de Paris), Guichard (de Lignières), Mazé (de Paris), Oui (de Lille), Roubinovitch et Vinant (de Paris).

M. Baillière, éditeur à Paris.

MM. Grémy, Pautauberge, Poulenc, Raynaud, fabricants de produits chimiques à Paris.

M. Montaudon, fabricant de modèles d'anatomie.

COURS ET CONFÉRENCES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (Professeurs honoraires : MM. Jaccoud, A. Fournier, Duplay, F. Guyon, Le Dentu, Ch. Bouchard, Gariel, G. Hayem et A. Gautier.)

HORAIRE DES COURS ET CONFÉRENCES THÉORIQUES. (*Les cours complémentaires et les conférences sont indiqués en italiques.*) — *Semestre d'hiver.* — Lundi, mercredi, vendredi. Quatre heures à cinq heures : Parasitologie. Histologie. Pathologie externe. — Cinq heures à six heures : Physique. Anatomie pathologique. Pathologie interne. *Thérapeutique.* — Six heures à sept heures : Médecine légale (sauf le mercredi). *Anatomie descriptive. Chimie.*

Mardi, jeudi, samedi. Trois à quatre heures : Hygiène. *Pathologie externe.* — Quatre heures à cinq heures : Pathologie et thérapeutique générales. Pharmacologie. *Anatomie (cours élémentaire).* — Cinq heures à six heures : Pathologie expérimentale. Physiologie. Thérapeutique. *Obstétrique.* — Six heures à sept heures : Médecine légale. Histoire de la médecine. *Pathologie interne.*

Semestre d'été. — Lundi, mercredi, vendredi. Trois heures à quatre heures : *Pathologie externe (c. c.). Hygiène.* — Quatre heures à cinq heures : Médecine opératoire. *Anatomie topographique* — Cinq heures à six heures : Pathologie interne. *Physiologie.* — Six heures à sept heures : *Anatomie pathologique. Physique.*

Mardi, jeudi, samedi. Trois heures à quatre heures : *Obstétrique (c.c.). Médecine opératoire. Histologie. Pharmacologie.* — Quatre heures à cinq heures : Anatomie. *Parasitologie.* — Cinq heures à six heures : Chimie. *Pathologie externe.* — Six heures à sept heures : *Pathologie interne.*

MATIÈRES DES COURS ET CONFÉRENCES THÉORIQUES *avec l'indication des locaux dans lesquels ils auront lieu.* — *Premier semestre (hiver).* — COURS MAGISTRAUX. — *Anatomie pathologique.* — M. P. Marie : Anatomie pathologique des processus généraux, inflammation et tumeurs. Anatomie pathologique du tube digestif. — Laboratoire d'anatomie pathologique.

Histoire de la médecine et de la chirurgie. — M. Letulle : Histoire de la tuberculose pulmonaire, des maladies de la plèvre et des maladies de l'appareil circulatoire. — Grand amphithéâtre de la Faculté.

Histologie. — M. Prenant : Cytologie générale et spéciale. Appareils ciliés et leurs dérivés. — Amphithéâtre Vulpian. — A partir du 5 novembre.

Hygiène. — M. Chantemesse : Prophylaxie des maladies transmissibles. Hygiène urbaine et industrielle. — Laboratoire d'hygiène. — A partir du 14 novembre.

Médecine légale. — M. Thoinot : Cours complet de médecine légale. — Petit amphithéâtre de la Faculté. — A partir du 7 novembre.

Conférences de médecine légale. — A la Morgue (lundi, mercredi, vendredi, à deux heures).

Parasitologie et Histoire naturelle. — M. R. Blanchard : Parasitisme et infection. Animaux venimeux. Récents progrès de la parasitologie. — Petit amphithéâtre de la Faculté.

Pathologie expérimentale et comparée. — M. Roger : Appareil respiratoire. — Petit amphithéâtre de la Faculté.

Pathologie médicale. — M. Widal : Affections du rein. — Grand amphithéâtre de la Faculté.

Pharmacologie et matière médicale. — M. Pouchet : Modificateurs de la nutrition. Modificateurs des sécrétions et des excrétions. Parasiticides. Modificateurs locaux. — Amphithéâtre Vulpian.

Physiologie. — M. Ch. Richet : Fonctions de relation. — Grand amphithéâtre de l'École pratique.

Physique médicale. — M. Weiss : Physique médicale générale. — Laboratoire de physique.

Thérapeutique. — M. Marfan : Opothérapie. Médications applicables au traitement des maladies des voies respiratoires. — Grand amphithéâtre de la Faculté.

Pathologie et thérapeutique générales. — M. Achard : Troubles des échanges nutritifs (métabolisme morbide). Pathogénie et thérapeutique. — Petit amphithéâtre de la Faculté.

CONFÉRENCES. — *Anatomie.* — M. Rouvière : Organes génitaux urinaires. Organes des sens. — Grand amphithéâtre de l'École pratique. — A partir du 8 novembre.

Anatomie élémentaire. — M. X... : Anatomie descriptive des membres : squelette, articulations, muscles, vaisseaux, nerfs. — Grand amphithéâtre de la Faculté.

Chimie biologique. — M. Maillard : Principes constitutifs de l'organisme et composition des principaux tissus. — Amphithéâtre Vulpian.

Médecine légale. — M. Balthazard : Cours complémentaire de médecine légale. — Petit amphithéâtre de la Faculté.

Obstétrique. — M. Lequeux : Grossesse normale et pathologique. Accouchement normal. Suites de couches normales. Puériculture. — Amphithéâtre Vulpian.

Pathologie externe. — M. Lenormant : Maladies chirurgicales de la tête, du cou et du rachis. — Petit amphithéâtre de la Faculté.

Pathologie interne. — M. Rathery : Affections du système nerveux. — Amphithéâtre Vulpian.

Thérapeutique. — M. Carnot : Art de formuler. Médicaments et médications non traités dans le cours du professeur. Crénothérapie et climathothérapie. — Petit amphithéâtre de la Faculté.

COURS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — M. le professeur Lejars commencera son cours le *samedi 9 novembre* (au lieu du lundi 11), à quatre heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

TROUBLES DÉLIRANTS D'ORIGINE THYROIDIENNE
CHEZ UN PRÉDISPOSÉ
OPÉRATION. GUÉRISON

Par MM. R. HORAND, P. PUILLET et L. MOREL.

G..., trente-neuf ans, cultivateur, entre dans le service du professeur Jaboulay pour se faire opérer d'une tumeur thyroïdienne.

Le malade, pendant l'hiver, exerce la profession de mercier ambulant.

Dans ses antécédents héréditaires, on note que son père portait une petite tumeur au niveau de la région deltoïdienne et que sa mère avait un goitre depuis l'âge de sept ans. Il a deux frères et une sœur bien portants; un frère mort à quarante mois d'affection indéterminée; pas d'aliéné dans la famille.

Personnellement, il est venu à terme, n'a présenté ni vertiges, ni convulsions, ni attaques épileptiques. Peu de stigmates de dégénérescence : voûte palatine légèrement aplatie, strabisme externe congénital. Pas de syphilis, éthylisme léger, un litre de vin environ par jour. Il n'est pas marié, n'a pas fait son service militaire.

Dès l'âge de neuf ans il avait un goitre qui a été traité par des pommades, des pastilles d'éponge, des frictions à la teinture d'iode.

A vingt-neuf ans, la tumeur avait beaucoup grossi; les frictions avec une pommade iodurée la font diminuer légèrement. A trente ans, le malade, de sa propre initiative, prend des comprimés de thyroïdine qui font peu d'effet. A trente-six ans, il se brûle accidentellement le bras avec du carbure de calcium; la plaie, qui a laissé une cicatrice très étendue, suppura pendant longtemps. Pendant toute cette période le goitre diminue de volume, et les violentes douleurs de tête dont se plaignait le malade à l'occasion des efforts disparaissent.

A trente-sept ans, le goitre avait doublé de volume et grossissait de plus en plus. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital le malade souffrait comme si on lui avait donné des coups de couteau.

Nous allons examiner l'état mental de notre sujet et les troubles délirants qu'il a présentés à l'occasion du développement brusque de sa tumeur.

Le malade est un prédisposé. Depuis très longtemps il se préoccupait de tout savoir, il se demandait quelle était l'origine de l'homme et du monde et il en parlait sans cesse. En 1900, il achète et lit toute une collection d'ouvrages de vulgarisation et de science mise à la portée de tous : Darwin, Flammarion, Hœckel (*Les Enigmes de l'univers*, *l'Origine des mondes*), des ouvrages de théologie, une histoire de l'Eglise en dix-huit volumes, la bible, des brochures protestantes sur la confession, des manuels de spiritisme, etc. Suivant ses expressions, il a toujours « aimé savoir le pour et le contre », il désire approfondir toutes les questions, il se demande sans cesse pourquoi ça se passe ainsi; il en arrive à ne plus dormir, à négliger toutes ses occupations et il ne peut plus travailler que de tête.

Il interprète dans un sens mystique et vaguement scientifique tous ses rêves, suggérés le plus souvent par ses lectures : une chèvre qui frappait à la fenêtre, un serpent, une poule qui chantait sur son lit. Enfin, il y a cinq mois, il a eu « les rayons ». Ce sont, dit-il, comme les rayons du soleil, mais plus éclairants, pas chauds, qui se sont posés sur sa tête et depuis il comprend tout. A cette époque, il essayait d'accorder le système de Darwin et celui de la Bible. Nous citons le résumé de ces travaux pour en montrer le genre.

« L'évolution de l'homme.

Minéral, mousse, cerisier, cerise, ver, pou, molusque, poisson, anguille, lézard, porcs, chiens, singe, brute humaine, l'homme simple, homme demi-civilisé, homme civilisé.

Les hommes une fois civilisé se mire à réfléchire sur l'existence de Dieu.

Dieu se manifesta aux homme qui étaient en train de fabriquer des statue. Comme Dieu voulait faire un chef de œuvre surhumain, il fabriqua en présence des hommes une statu en terre qu'il rendi subitement vivante et qu'il nomma Adam; de Adam il tirra Eve; Caïn et Abel se marièrent avec des filles qui descendaient de la première race que l'on peu dénomer sous le nom de race préistorique tendi que la race d'Adam peu se nommer race historique, puisque la Bible qui est le plus ancien document ne remonte pas plus loing que Adam. Du singe descendent les peaux rouges.

Culte I : Sporental Adam et Eve.

Culte II : Fammilal ou patriacal, de Noé jusqu'à Jacobe.

Culte III : Populaire; les israelit depuis Moïs jusque à Jésus cristh.

Culte IV : Humanitaire; depuis Jésus cristh jusque à nos jours. »

(*Nous avons conservé l'orthographe* de ce document.)

Il explique la chute d'Adam et d'Eve d'une manière enfantine, il donne l'origine des Peaux-Rouges qui descendent des singes, etc. Depuis longtemps déjà, il avait écrit toute sa théorie en trois gros volumes : le premier était un ouvrage dans le genre de Robinson Crusoé, le deuxième un livre sur l'instruction des femmes et le troisième un grand traité de théologie. Il avait présenté ses ouvrages et une foule d'autres écrits au curé de son village en lui demandant si ces livres pouvaient s'imprimer. Il avait envoyé plusieurs manuscrits au secrétaire de la mairie. Un de ses voisins s'était fait donner de l'argent pour l'impression de ces ouvrages. Le malade, voyant enfin qu'il ne pouvait être édité faute d'argent, a détruit tous ses manuscrits.

Au début de ses troubles mentaux, notre sujet a présenté des hallucinations de l'ouïe élémentaires : des trompettes jouaient un air comme tin din drin tin tin ; mais jamais il n'a entendu de voix.

Il a eu des hallucinations de la vue ; il a vu Adam et Eve, le diable qui lui a causé longtemps sur la « moyenne », « il voulait tout mettre à la moyenne, tous les animaux seraient de même taille, celle du bœuf, tous les hommes vivraient le même âge, etc. » Il a vu aussi le jugement dernier tel qu'il est décrit dans la Bible.

Il a eu des hallucinations de la sensibilité générale ; il se sentait soulevé dans les airs et croyait voler; on le poursuivait et il ne pouvait s'échapper qu'en s'envolant.

Il avait des hallucinations psycho-motrices, nettes ; il était obligé de réfléchir sans cesse malgré lui sans qu'aucune voix ni personne ne le lui commandât. Lorsqu'il écrivait, il entendait comme un murmure à ses oreilles, c'était, dit-il, comme si on lui avait causé mais il n'entendait pas parler. A la longue, il a découvert qu'il était inspiré par un esprit du nom d'Elébram envoyé plutôt par Dieu que par le diable. Cette notion date de Noël dernier seulement.

Le malade n'a jamais cru qu'il avait une mission à remplir; il ne se déclare ni un mystique ni un envoyé de Dieu, parce qu'il n'a pas remarqué les miracles et les prodiges qui accompagnent toujours les envoyés de Dieu. Pourtant, depuis qu'il est inspiré par Elébram, il a quelques idées de grandeur ; il sait que certains d'entre nous ont une planète à leur disposition, qu'ils peuvent utiliser les forces de la nature, et faire lever le soleil, etc., il connaît aussi la date de la fin du monde qui arrivera en 1999, « en effet le déluge est arrivé cent dix-neuf ans après la Tour de Babel; la fin du monde arrivera donc cent dix ans après la construction de la Tour Eiffel ». Il peut aussi prédire les grands événements, etc.

Son intelligence a légèrement baissé; il a de la

peine à savoir en quelle année on est, il se rend peu compte de ce qui se passe autour de lui et de sa propre situation.

Opération. — Le malade a subi l'énucléation pure et simple de son kyste volumineux et sans adhérences. La plaie n'a pas été drainée. L'examen histologique de la tumeur pratiqué par le docteur Horand, chef de laboratoire à la clinique du professeur Jaboulay, a montré que le kyste contenait des matières grasses caséeuses analogues à celles qu'on trouve dans certains kystes dermoïdes. Il s'agit peut-être d'une tumeur développée aux dépens du canal thyréoglosse de His.

La plaie du malade s'est cicatrisée très rapidement. Peu de temps après l'intervention, on note une amélioration nette de l'état psychique du malade. Celui-ci se sent mieux, plus reposé; il peut dormir, sa tête ne travaille plus; il ne songe plus à se poser des questions sur l'existence du monde, ses hallucinations diverses ont disparu, il n'est plus inspiré par Elébram, il reconnaît avoir été *un peu illuminé*, il n'attache presque plus d'importance à ses écrits, il s'intéresse à ses parents et songe à reprendre son travail de cultivateur, il est bien orienté et répond correctement aux questions qu'on lui pose.

L'amélioration n'a fait que s'accentuer depuis sa sortie de l'hôpital et le malade est revenu à son état normal, d'après les derniers renseignements fournis par sa famille.

En résumé, chez ce prédisposé, l'origine thyroïdienne des troubles délirants en voie de systématisation n'est point douteuse; ils ont coïncidé avec le développement brusque et la dégénérescence caséeuse de son goitre; l'ablation de la tumeur les a fait disparaître.

XVe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE

(WASHINGTON, 23-28 SEPTEMBRE 1912.)

Trente-trois pays étaient représentés au Congrès de Washington. Dans son discours d'ouverture, le président du Congrès, le docteur WALCOTT traita de l'*Hygiène publique en Amérique*. Le manque d'uniformité des lois sanitaires d'un Etat à un autre, l'insuffisance de ces lois en maints endroits, contrastant avec la perfection très avancée dans d'autres est un peu un sujet d'étonnement pour des Européens. Mais ce sont là questions américaines, et il y a plus d'intérêt international dans le discours qui suivit, celui du président TAFT, lui-même membre du Congrès.

M. Taft, après avoir insisté sur la nécessité de la création d'un ministère de la Santé publique, partie du gouvernement fédéral, montre que les régions tropicales sont celles où le devoir sanitaire s'impose peut-être le plus. Tout pays qui a des colonies dans les régions torrides doit aux habitants de ces pays de les éduquer au point de vue hygiène, *même malgré eux*, ce qui est le cas le plus fréquent. La France aurait construit le canal de Panama sans encombre, si l'excellence de ses ingénieurs, qui n'avaient rien à apprendre de personne, n'était venue se buter et se briser contre des conditions d'existence qui rendaient tout travail efficace impossible. Aujourd'hui la comparaison des statistiques de la mortalité et de la morbidité de la zone du canal et de celles d'une ville saine du nord des Etats-Unis montre des chiffres à très peu près égaux. Lors de l'achèvement du canal, autant de crédit reviendra à Gorgas, chef sanitaire, qu'à Gœthals, ingénieur en chef.

HYGIÈNE GÉNÉRALE

L'étiologie et l'épidémiologie de la poliomyélite ont été longuement discutées au Congrès et par des savants de presque toutes les grandes nations : France, Suède, Norvège, Autriche, Allemagne, Angleterre, Etats-Unis. Le docteur NETTER remarque qu'elle est plus rare en France et en Angleterre que dans les autres pays cités. Les écoles jouent un rôle dans la dissémination. L'agent pathogène est très résistant à la dessiccation et persiste pendant fort longtemps dans les sécrétions bucco-pharyngées. Les formes sporadiques atténuées sont identiques aux cas épidémiques. La virulence du microbe varie considérablement suivant les temps et les lieux; la virulence des sécrétions buccales, démontrée en Suède en 1911, n'a pu être vérifiée en France ou aux Etats-Unis.

M. HARBITZ (de Christiania) étudie l'*épidémiologie de la poliomyélite en Norvège* où elle est connue depuis près de cent ans, et où la mortalité épidémique (1905, 1906, 1912) est de 10 p. 100. La prophylaxie doit comprendre : la déclaration immédiate de tout cas; l'isolement, la désinfection de toutes les sécrétions, particulièrement celles de la bouche et de la gorge; la désinfection sérieuse des locaux après la fin de la maladie; une attention toute particulière à l'égard des cas légers, abortifs, et à la possibilité de la transmission du germe par des intermédiaires sains.

M. LANDSTEINER (de Vienne) présente exactement les mêmes conclusions prophylactiques.

M. HOLST (de Christiania) confirme M. Harbitz, insiste sur la présence de cas abortifs et rappelle que l'isolement est pratiqué en Norvège, depuis 1860.

M. FLEXNER (de New-York) remarque que le mode de dissémination n'est pas encore établi avec certitude. Le germe peut voyager très rapidement des voies aériennes supérieures au sang. L'inoculation sanguine directe est un moyen moins sûr expérimentalement. D'ailleurs, le singe est un animal comparativement peu susceptible à l'infection. Des différences très considérables existent dans la susceptibilité des êtres humains, ce qui explique les irrégularités des épidémies. L'insusceptibilité de la plupart des individus est notre meilleur secours pour empêcher la diffusion étendue des épidémies.

M. PETTERSSON (de Stockholm) a trouvé le virus dans les sécrétions muqueuses du nez, du pharynx, de la trachée et des intestins, et a pu inoculer la maladie aux singes. Il n'y a aucun fait contre l'hypothèse de la transmission des épidémies par contage direct ou indirect d'individu à individu. Au contraire, on peut faire beaucoup d'objections à la théorie de la dissémination épidémique par les insectes. En Suède, les épidémies apparaissent sans rapports avec les changements de saison ou la vie des insectes.

M. RICHARDSON (de Boston). La poliomyélite est moins contagieuse que la fièvre typhoïde, la scarlatine ou la diphtérie. C'est nettement une maladie de faubourgs ou de villages de campagne beaucoup plus que de villes. Des statistiques de 2138 cas établissent ce fait. Cela est dû à la fréquence plus grande des piqûres d'insectes à la campagne. La mouche d'étable a été trouvée un hôte habituel de toutes les maisons habitées par 88 malades différents dans 17 villes différentes. Les expériences d'inoculation sur le singe avec ces mouches ont été infructueuses en 1911, mais ont réussi en 1912. Une récidive plusieurs mois ou plusieurs années a été observée dans un certain nombre de cas. Il est possible que dans l'intervalle des attaques, les sujets soient des porteurs de microbes, en bonne santé eux-mêmes, mais source de contagion pour les autres. L'urotropine est un bon préventif contre l'infection. La guérison fonctionnelle s'observe dans 25 p. 100 des cas après un intervalle de quatre ans. Dans certains cas, le zona peut être dû au virus de la poliomyélite.

M. ROSENAU (de Boston) a étudié le rôle de la *Stomoxys calcitrans*, une mouche piquante. Il ne croit pas au contage par contact soit direct, soit indirect. Il ne croit pas non plus qu'il s'agisse d'une maladie contagieuse au sens ordinaire du mot, car elle ne se dissémine pas dans des écoles encombrées, tandis qu'elle continue à se propager dans des districts ruraux, où il n'y a aucun encombrement, mais maintes mouches. En cela, elle ressemble à la rage, ressemblance à laquelle ne peuvent s'empêcher de songer tous ceux qui ont manié du virus poliomyélitique dans les laboratoires. Il y a aussi une certaine analogie avec la fièvre jaune. Rage et fièvre

jaune sont des maladies d'inoculation par piqûre ou morsure. M. Rosenau a expérimenté sur le singe avec des Stomoxys calcitrans, en se mettant dans les circonstances les plus favorables pour l'inoculation. De 12 singes sains, 6 contractèrent la maladie, dont 3 fortement. L'un a une forme légère (faiblesse et tremblement) qui n'est pas au-dessus de toute critique. Il sera intéressant de voir si le sérum de ce singe, après guérison, est immunisé. La maladie obtenue ainsi chez le singe ressemble plus au type clinique infantile que la maladie réalisée expérimentalement par l'inoculation directe de virus dans les centres nerveux; ce qui n'est peut-être qu'une coïncidence, mais est intéressant tout de même.

Cette mouche, mouche d'étable, existe partout, plus à la campagne qu'à la ville : elle est méchante et vorace quand elle a faim, elle peut percer la peau du dos d'une vache ou d'un cheval. Elle ne pénètre guère dans les maisons, elle reste plutôt au dehors et ressemble un peu par ses habitudes à la mouche tsé-tsé.

La méthode suivie par M. Rosenau est importante à connaître pour ceux qui voudraient répéter ses expériences pour les infirmer ou les corroborer.

Sans vouloir tirer de conclusions nettes, M. Rosenau déclare que, s'il était médecin sanitaire d'une région où une épidémie de poliomyélite se déclarerait, il ferait procéder à l'extermination des mouches.

M. Nuttall (de Cambridge) qui a travaillé depuis de nombreuses années sur la question des mouches adopte pleinement les résultats de M. Rosenau.

M. Loeffler (d'Allemagne) souligne le désaccord complet entre Pettersson et les partisans de la théorie de la propagation par les mouches.

M. Fronczac (de Buffalo). A Buffalo, il y a plus de cas de poliomyélite que dans n'importe quelle ville des Etats-Unis, 264 cas depuis le 1er janvier 1912. Le temps chaud, la poussière, les mouches ne jouent aucun rôle dans un grand nombre de cas.

M. Thayer (de Baltimore). Les saisons de la poliomyélite sont analogues aux saisons de la malaria, maladie à insectes. Il serait intéressant de déterminer expérimentalement la longueur de la période d'incubation, car cela pourrait expliquer certaines divergences, particulièrement dans les pays froids.

M. Rosenau (de Boston). La période d'incubation n'a pu être déterminée avec certitude. La plus courte a été de vingt et un jours, sans qu'il soit possible de préciser combien de ces vingt et un jours correspondaient à l'incubation dans la mouche elle-même et combien à l'incubation dans le singe infecté.

Dans la section scientifique, M. Vaughan (d'Ann Arbor, Michigan) étudia les *Rapports de l'anaphylaxie avec les maladies infectieuses*. La défense de l'organisme est effectuée par une décomposition des albumines microbiennes par un élément du sang. La période d'incubation correspond à la période de préparation des cellules du corps pour ce rôle destructeur. Cette destruction tue les microbes, mais aussi libère leurs toxines, ce qui donne lieu aux symptômes. La vaccination est un entraînement progressif des cellules de l'organisme pour ce rôle destructeur. La vaccination de la fièvre typhoïde, de la variole et de la tuberculose est toujours spécifique et, depuis plusieurs années, Vaughan fait toujours vacciner les sujets sains des familles où il y a un membre atteint de tuberculose. Le résidu non toxique du bacille tuberculeux est une vaccine efficace.

MM. Goldberger et Anderson (de Washington) ont établi la transmission du *typhus* par les poux. Ils ont trouvé près de 300 cas dans la ville de New-York et des cas dans toutes les grandes villes des Etats-Unis, bien que l'on crût que le typhus n'y existait plus depuis plusieurs années; mais il s'agit de formes atténuées, qui, toutefois, peuvent subitement devenir malignes.

Le pou de corps et de tête est le *seul* mode de transmission de la maladie. D'où une prophylaxie simple.

L'*ankylostome duodénal*, très fréquent dans certaines parties des Etats-Unis, fait l'objet de deux communications de MM. Stiles et Altman (de Washington). Dans la première ils ne peuvent confirmer les conclusions de Lichtenstein à propos de la valeur pronostique du nombre relatif de mâles et de femelles rejetés lors du traitement; dans la seconde, ils étudient comparativement le traitement de l'ankylostomiase par le thymol, à l'hôpital et à la maison. Ils ne voient pas d'intérêt, et il y aurait un certain danger, a élever les doses plus faibles que l'on donne pour le traitement à la maison. Ces doses, d'une part, sont fréquemment suffisantes et, d'autre part, il ne faut pas compter sur le traitement au thymol seul pour faire disparaître la maladie d'une région.

M. Harris (de Saint-Louis). *Production de l'immunité contre la rage au moyen d'injections intraspinales de virus.*

M. Norris (de New-York). *Influence des porteurs de bacille dans la dissémination de l'infection.* — A l'hôpital de Bellevue de New-York, tout convalescent de fièvre typhoïde est gardé à l'hôpital jusqu'à ce qu'il n'élimine plus de bacilles; et, à sa sortie, on lui remet des règles d'hygiène élémentaire imprimées. Ce devrait être la règle universelle.

M. Wallstein (de New-York). *Recherches expérimentales et cliniques sur la méningite grippale.* — Un sérum fut préparé avec du sérum de chèvre inoculée et injecté dans le canal rachidien de singes atteints de méningite grippale. Guérison complète en une semaine.

M. Flexner (de New-York). *Méningite cérébro-spinale.* — L'auteur a examiné près de 1300 cas dans lesquels on s'est servi du sérum. La mortalité fut de 30 p. 100 tandis qu'avant le sérum elle était de 70 p. 100. Dans une épidémie en Louisiane, la mortalité fut de 85 p. 100 dans les cas non traités par le sérum. L'action du sérum fut égale chez les nègres et les blancs; mais la maladie laissée à elle-même est bien plus souvent fatale chez les noirs que chez les blancs.

M. Sophian (de New-York) a vacciné onze étudiants en médecine; leur sang fut étudié régulièrement; la vaccination a produit un haut degré d'immunisation contre l'agent causal de la méningite.

M. Freeman (de Richmond). *Transport de l'infection typhoïdique entre les villes et la campagne.* — Le transport se fait par des personnes et par des produits alimentaires (de la campagne à la ville). De la ville à la campagne, par les mêmes agents, et en plus par le fumier et les détritus portés à la campagne comme engrais, par les cours d'eau souillés et par les trains de chemins de fer. Il y a donc échange de mauvais procédés et urgence à veiller dans les deux sens.

M. Nichols. *Analyse des vaccins antityphiques et comparaison de leurs valeurs pratiques relatives.* — Le produit dont on se sert dans les armées anglaise et américaine est une culture tuée par la chaleur. C'est la meilleure; elle est absolument inoffensive. Les vaccins de cultures atténués sont très actifs, mais peut-être ont-ils des dangers. Le produit obtenu par dissolution des principes seuls n'est pas dangereux, mais est moins actif que la culture totale tuée par la chaleur.

M. Fornet (de Berlin). *Prophylaxie de la fièvre typhoïde.* — Vu les difficultés de la prophylaxie, causées surtout par les porteurs de bacilles, la vaccination est le seul préventif sûr.

Le *rôle de la tuberculose bovine dans la production de la tuberculose humaine* fut discuté par MM. Weber (de Berlin), Park (de New-York), Ravenel (de Madison), Smith (d'Australie) et Waters (de New-York). — Le danger de la tuberculose bovine n'est pas négligeable, bien qu'il soit fort inférieur à celui de la contagion humaine. La tuberculose bovine est responsable pour la plupart des formes peu fatales. Le seul moyen d'enrayer la transmission humaine est le dispensaire avec déclaration obligatoire. La tuberculose bovine s'observe dans 7 p. 100 des enfants tuberculeux de New-York de moins de cinq ans. Elle attaque fréquemment les ganglions lymphatiques. Si tous les enfants étaient nourris avec du lait de vache, la proportion serait de 50 p. 100 et non de 7 p. 100 (Park).

SECTION D'HYGIÈNE ET DE MORALE SOCIALE

M. Howard (de l'armée E.-U.). *Prophylaxie des maladies vénériennes dans l'armée.* — Instruction personnelle, traitement à l'hôpital, observation prolongée.

M. Rosenstirn (de San-Francisco) décrit une clinique pour le traitement des maladies vénériennes conduite par un co-

mité de citoyens de la ville. C'est un essai de réglementation pour hommes et pour femmes.

M. Kelly (de Baltimore). *Les maladies vénériennes et leurs effets sur la société.* — Le professeur Kelly voudrait que la société et l'Eglise entreprissent une énergique croisade contre toutes les formes de vice et particulièrement contre la prostitution. Cela amène une discussion animée sur une question aujourd'hui très à l'ordre du jour en Amérique et ailleurs, celle de l'instruction d'hygiène sexuelle à l'école publique. Naturellement, beaucoup en sont partisans ; cela ne donnera pas une moralité sexuelle parfaite à tous, mais aidera beaucoup de jeunes gens dans bien des cas. D'autres font remarquer toutefois que dans une école de 100 élèves il y en aura toujours 3 ou 4 au moins, garçons ou filles, que nul enseignement ne peut toucher et qui, malheureusement, pourront faire directement plus de mal que toutes les conférences feront de bien. A ce propos aussi la stérilisation des criminels, aliénés et dégénérés, déjà pratiquée légalement dans une demi-douzaine d'Etats américains, est remise en avant. D'autres insistent sur l'importance du certificat de santé dans le mariage, et pour eux c'est là le seul remède efficace, et les femmes ont l'atout principal en question de moralité sexuelle; le jour où les femmes feront savoir avec détermination qu'elles préfèrent rester vieilles filles en bonne santé plutôt que d'être des épouses malades, il y aura un changement d'opinion. Toute la discussion montre la complexité des problèmes et les tendances radicalement divergentes des remèdes proposés. — Discutant la *prévention de l'épilepsie*, M. Clark (de New-York) insiste sur la nécessité de défendre le mariage aux épileptiques. — M. Van Wagenen revient sur la stérilisation des criminels; 10 p. 100 de la population des Etats-Unis sont des générateurs « non désirables ».

HYGIÈNE DES TRANSPORTS ET DÉMOGRAPHIE

De très nombreuses communications furent faites dans ces sections; elles portent surtout sur des questions de réglementation de commerce et intervention du pouvoir fédéral; ce sont là questions américaines, mais intéressantes en ceci qu'elles montrent comment l'Amérique, partie du néant absolu en matière de statistiques vitales et de lois d'hygiène, a passé par une période de chaos due au conflit des lois de quarante-huit Etats différents, mais va bientôt arriver à l'unification et alors aura une législation sanitaire qui ne le cédera à aucune de celles des nations d'Europe, et qui, sur beaucoup de points, les devancera. Déjà les grandes villes sont remarquablement organisées au point de vue sanitaire, les pouvoirs des comités d'hygiène sont très étendus, et la déclaration des maladies contagieuses beaucoup plus complète qu'en Europe.

HYGIÈNE INDUSTRIELLE

M. Oliver (de Newcastle, Angleterre). *La poussière et les vapeurs, principaux ennemis de l'industrie.* — Les explosions de mine sont dues en grande partie à l'absorption d'oxygène par la poussière de charbon. Celle-ci absorbe plus d'oxygène dans l'obscurité; le mouillage ne diminue guère son pouvoir absorbant. La poussière traitée par certaines substances chimiques avec lesquelles Oliver a expérimenté n'absorbe presque plus.

M. Lindemann (de Bochum, Allemagne). *Des accidents et maladies des mineurs.* — Avec les progrès de la science minière, les accidents mortels ont beaucoup diminué. Le nombre total d'accidents dénote une augmentation qui, toutefois, n'est pas aussi élevée que les chiffres des statistiques sembleraient l'accuser. Cette augmentation est due surtout au développement rapide de l'industrie minière entraînant l'emploi d'ouvriers inexpérimentés. Chaque mine doit être équipée de manière à pouvoir donner les premiers secours; de plus, il doit y avoir des postes de sauvetage centraux. L'emphysème est surtout dû aux efforts physiques violents; il diminue avec les progrès des procédés de travail. L'anthracose est une maladie d'inhalation; l'arrosage de la poussière empêche les cas graves; de même l'abolition du travail des enfants dans les mines et le système de pensions permettant aux mineurs malades de se rétablir. L'anthracose ne prévient nullement la tuberculose ou le cancer du poumon; par contre, elle ne favorise pas l'éclosion des maladies pulmonaires aiguës. La fréquence des affections rhumatismales est fort exagérée. Le nystagmus des mineurs est dû au surmenage et à l'action de la lumière trop vive; il n'empêche pas le mineur de pouvoir constater par l'observation de sa lampe de sûreté la proportion de grisou dans l'atmosphère.

M. Oliver (de Newcastle). *Accidents causés par l'électricité.* — Le contact d'un fil chargé peut tuer immédiatement, faire mourir en quelques heures ou brûler gravement, de sorte que le blessé guérit lentement. La mort par choc électrique ressemble à la mort causée par la foudre. Il est difficile de dire quelles sont les limites de tension et d'intensité dangereuses. Toutes choses égales, et le courant n'étant pas trop fort, l'alternatif semble plus dangereux que le continu; 100 à 150 volts sont généralement considérés comme inoffensifs, 200 à 300 comme dangereux, et 600 ou plus comme fatal; mais cela n'est pas certain. Les circonstances et le mode de contact jouent un rôle capital. La peau offre de la résistance. En pénétrant dans le corps le courant ne perd rien de son énergie; celle-ci se transforme simplement en activité mécanique, thermique, chimique et électrolytique. Les lésions d'origine électrique ne sont pas à proprement parler des brûlures puisqu'elles ne dépendent pas d'une propagation de la surface vers la profondeur, mais bien de la chaleur interne. L'auteur a fait une série d'expériences pour déterminer la cause de la mort. Dans la plupart des cas, c'est l'arrêt du cœur. Souvent la circulation et la respiration s'arrêtent en même temps; quelquefois la respiration cesse la première.

M. Mc Gowan (de Chicago). *Maladies et blessures survenant dans les usines électriques.* — Le courant électrique par lui-même n'est à la base d'aucune maladie.

M. Röpke (de Solingen, Allemagne). *Accidents et maladies des ouvriers métallurgiques.* — Les gaz et la poussière doivent être rendus inoffensifs là même où ils prennent naissance.

Mme Alice Hamilton (de Chicago) étudie le *saturnisme industriel.* — Il y a sous ce rapport des différences marquées entre l'Europe et les Etats-Unis. Il y a des industries qui sont classées comme industries plombiques dangereuses en Europe et qui ne sont pas des industries plombiques aux Etats-Unis : telle la fabrication des limes, de la batterie de cuisine à bon marché, le polissage des bijoux. Aux Etats-Unis, il y a une tendance très marquée à employer les succédanés des composés plombiques. Les couleurs d'aniline supplantent le chromate de plomb pour les étoffes, les papiers de tenture, les fleurs artificielles; le cristal taillé est poli à l'acide, le sulfate de plomb a détrôné le carbonate dans l'industrie du caoutchouc et dans la peinture. Mais l'ignorance des Etats-Unis en matière d'hygiène du saturnisme les met loin en arrière de l'Europe du Nord. Il n'y a presque pas de lois sanitaires contre le plomb, excepté dans l'Etat d'Illinois, ce qui fait que les statistiques américaines sont très défavorables quand on les compare à celles d'Europe.

Une autre maladie professionnelle, bien étudiée au Congrès, fut la *maladie de caisson*, c'est-à-dire l'étude des effets de l'air comprimé sur les ouvriers qui y travaillent.

M. Thompson (de New-York) montre les dangers que les matières d'égout déversées dans la baie de New-York font courir aux ouvriers qui construisent de nombreux tunnels sous cette même baie. — M. Erdman (de New-York) décrit les formes aiguës de la maladie de caisson et relate une analyse des gaz retirés du cœur à l'autopsie. — M. Bassoe (de Chicago) expose les effets éloignés de la maladie de caisson : les effets persistants les plus ordinaires semblent être la surdité et les bourdonnements d'oreille. Un grand nombre de malades ayant présenté des paralysies et des symptômes graves se retrouvent en parfaite santé plusieurs années après. L'alcoolisme est très commun chez les ouvriers de caisson.

M. Japp (de New-York) montre que l'ignorance de la maladie de caisson a considérablement augmenté le coût du travail dans les temps passés, car on a réduit la longueur des heures de travail, augmenté les salaires, et strictement sélectionné les ouvriers. L'homme est bâti pour résister à des différences de pression. Entre une haute montagne et une mince, il y a une différence égale à celle d'une décompression de $16^{k}5$ de pression au pouce carré à la pression atmosphérique. Les chambres de décompression ont réduit la mortalité de 25 p. 100 à 0,19 p. 100 dans les tunnels sous l'East River de New-York.

La méthode de Haldane de décompression graduée permet d'aller jusqu'à 42k5 de pression au pouce carré (plongée de 63 mètres de profondeur). Dans les tunnels de l'East River on a décomprimé en quarante-huit minutes de 18 kilogrammes de pression plus de 23000 fois sans accident sérieux. L'auteur présente des tables de décompression et des projets de règlements.—L'état mental et la peur, suivant HILL, ont une certaine importance dans la production de la maladie de caisson.

M. VON SCHRÖTTER (de Vienne) étudie la *prophylaxie dans le travail à l'air comprimé.* — La décompression doit être d'abord rapide, puis se ralentir progressivement, proportionnellement au degré de saturation du sang. L'emploi prophylactique de l'oxygène doit se généraliser pour abréger la période de décompression.

C'est somme toute la méthode de Haldane. L'auteur donne des règles pour le temps de la décompression. Dans tout chantier où l'on a à travailler à plus d'une atmosphère et demie de pression, il doit y avoir une chambre de recompression.

M. EDSALL (de Boston). *Effet de la chaleur intense sur l'organisme pendant le travail.* — Il en résulte fréquemment un état décrit par l'auteur il y a trois ans, caractérisé par des spasmes musculaires fort douloureux. Une meilleure ventilation et le remplacement du travail manuel par le travail mécanique là où la chaleur est trop intense (aciéries) forment la prophylaxie. Le traitement est purement symptomatique et dirigé contre la douleur.

Ce syndrome, ou un épuisement général causé par la chaleur, est fréquent dans la marine, d'après M. FISKE (de Washington) tandis que le vrai coup de chaleur (insolation) y est rare. Toutes les causes d'affaiblissement et les erreurs hygiéniques y prédisposent.

M. BERTILLON (de Paris) lit un travail important sur la *mortalité et les causes de la mort dans les diverses professions*, qu'il est impossible d'analyser en quelques lignes. Il insiste sur ce fait que dans une telle classification, il faut partir de *ce qui est*, au lieu de *ce qui est probable a priori*, ainsi qu'on le fait dans la méthode habituelle. Sa classification est basée sur la fréquence relative de la tuberculose dans les professions, avec des sous-groupes établis d'après la fréquence des autres maladies du système respiratoire, puis d'autres subdivisions encore basées sur la fréquence des maladies du cœur, du foie, du rein, du système nerveux, etc. Pour chaque profession, il faut établir des tables de mortalité suivant l'âge. C'est le seul moyen de se rendre compte de l'influence réelle de la profession sur la santé, par comparaison avec les tables de mortalité générale pour les mêmes âges.

M. VON FRANKL HOCHWART (de Vienne) étudie tout au long les *névroses professionnelles*. La psychotérapie est la base de tout traitement, aidée par le repos, la médication tonique, la rééducation.

M. GOULD (d'Atlantic City) prêche sur un de ses thèmes favoris en parlant des rapports de la *fatigue oculaire* et des *vices de réfraction* dans les maladies professionnelles. Il n'apporte cependant rien de bien nouveau.

M. SACHS (de Chicago). *Examen des employés au point de vue de la tuberculose.* — Tout le monde trouvera son avantage à un diagnostic précoce : l'ouvrier, ses camarades, le patron. Pour cela un système d'inspection médicale est nécessaire.

M. REID (de Stafford, Angleterre). *Rapports de la mortalité infantile et du travail à l'usine.* — La mortalité des enfants dont les mères travaillent (5000 enfants dans les villes où l'on fabrique la faïence en Angleterre) est de 43 p. 100 plus élevée que celle de ceux dont les mères restent à la maison. La mortalité des enfants à l'allaitement mixte est de 79 p. 100 plus élevée que celle des enfants au sein : celle des enfants allaités artificiellement est de 157 p. 100 plus élevée que celle des enfants au sein. Ces chiffres se passent de commentaires.

HYGIÈNE MILITAIRE, NAVALE ET TROPICALE (COLONIALE)

M. STOKES, chirurgien général de la marine des Etats-Unis, fait une communication sur les *vaisseaux-hôpitaux*. Pour assurer le meilleur fonctionnement, ces vaisseaux doivent faire partie intégrante de la flotte en tout temps, non seulement en temps de guerre. C'est le vaisseau de réparations du personnel de la flotte, l'endroit où les officiers se réunissent pour discuter les problèmes sanitaires, et le centre d'activité médicale (instruction des hommes, bibliothèque, réunions médicales avec communications et discussions) de la flotte. Le même auteur lit aussi un article sur les *postes de secours et le transport des blessés pendant les batailles navales*. Les postes de pansements n'ont guère d'utilité excepté quand un vaisseau est seul. Il ne faut pas transporter les blessés d'une partie du vaisseau à un autre pendant l'action, mais les laisser où ils tombent, les soigner là, puis, plus tard, les évacuer, sur des transports-hôpitaux, sur un hôpital de terre.

MM. BONNEMANN, chirurgien général de la marine danoise, HEFFMANN (marine allemande), BARTHÉLEMY (marine française), étudient les *premiers secours aux blessés dans les batailles sur mer.*

M. VON UNTERBERGER (marine russe). Le *camp de Krasnoié-Selo au point de vue sanitaire.*

MM. le *médecin inspecteur général* FÉVRIER (de France), GAERTNER (d'Iéna), MASON et DARNALL (des Etats-Unis) étudient la *purification de l'eau destinée aux troupes en campagne* et les questions diverses soulevées par l'approvisionnement d'eau. Gaertner préfère la méthode de désinfection au chlore.

M. WEBER (de Berlin). *Quelques cas d'empoisonnement par les gaz survenant fréquemment à bord.* — Question peu connue, imparfaitement traitée dans les livres, et qui mérite l'attention.

MM. PLEADWELL et HOLCOMB (des Etats-Unis) présentent chacun une communication sur l'*hygiène des chambres de chauffe et des machines*, avec mention particulière des effets de la chaleur et de l'humidité. Il ne fau tpas seulement assurer l'entrée d'air dans ces chambres, il faut aussi en assurer la sortie.

M. LE PRINCE. La *campagne antipaludéenne à Panama.* — La morbidité a baissé de 75 p. 100 depuis six ans.

M. LICEAGA (de Mexico). *Prophylaxie de la fièvre jaune.* — Au Mexique pour s'assurer de la destruction des moustiques, lors de la fumigation, on introduit des tubes témoins contenant de gros moustiques. Si ceux-là sont morts, on peut conclure que tous les autres ont été exterminés.

M. RUGE (de Kiel, Allemagne). La *campagne contre le paludisme.* — Il faut varier ses méthodes suivant les conditions locales. En premier lieu vient la destruction des moustiques et la protection contre leurs piqûres. Le drainage et l'assainissement viennent ensuite. Enfin le traitement prophylactique qui peut très bien réussir en un endroit, et absolument échouer ailleurs. Aucune des méthodes quiniques n'est un prophylactique certain.

M. BLUE (de Washington). La *lutte contre la peste.* — Il faut pour éliminer la peste d'une cité une organisation et des lois. Les lois pour la destruction des rats sont le plus sûr préservatif. La peste est une maladie qui peut être complètement rayée de la nosologie humaine.

M. COOLLEY (de Cincinnati). La *vaccination au Siam.* — Elle a été introduite par les missionnaires américains. Depuis 1906, elle a fait de grands progrès, mais elle est encore incomplète et non obligatoire.

M. WILLIAMS (de New-York). *Etiologie du trachome.* — Il semble que le trachome soit causé par un ou plusieurs des bacilles hémoglobinophiles, produisant d'abord une conjonctivite aiguë, puis, dans les cas prédisposés des lésions chroniques. Dans les écoles de New-York, depuis deux ans on soigne la conjonctivite aiguë et l'on ne voit plus de cas de trachome typique.

M. CRAIG (armée des Etats-Unis). *Importance pathogène des amibes parasites.* — L'amœba coli ne cause pas la dysenterie; c'est un parasite inoffensif. L'amœba histolytica et l'amœba tetragena peuvent produire la dysenterie chez les animaux susceptibles et sont la cause d'un type spécial de dysenterie chez l'homme.

M. CELLI. *Campagne antimalarienne en Italie.*

M. WHITE. *Prévention de la fièvre jaune.*

M. SEIDELIN (de Liverpool). *Nature et prophylaxie de la fièvre jaune.*

MM. LAVERAN et GIROUX. *Très important travail sur la prophylaxie de la maladie du sommeil.*

M. TODD (de Montréal). *Prévention de la trypanosomiase humaine.*

M. Füllebom (de Hambourg). *Strongylose et ankylostome.*

HYGIÈNE ALIMENTAIRE ET PHYSIOLOGIQUE

M. Benedict (de Boston). *Influence de l'ingestion d'aliments sur le métabolisme.* — D'une série d'expériences faites sur l'homme, il semble résulter que dans ce que l'on appelle communément l'acidose, il y a dans le sang certains corps acides qui stimulent les cellules à fonctionner plus activement que normalement.

M. Lusk (de New-York). *Influence des substances alimentaires et de leurs dérivés sur la production de chaleur.* — La production de chaleur peut être augmentée en accroissant la quantité de sucre et de graisse qui atteint les cellules ou par la stimulation directe des cellules par des acides aminés, particulièrement le glycocolle ou l'alanine.

M. Mc Crudden (de New-York). La *nutrition et la croissance osseuse.* — L'os a sa nutrition comme tous les autres tissus ; c'est le magasin de la chaux du corps.

M. Mendel. *Rôle des albuminoïdes dans la croissance.* — La vieille théorie que la croissance est fonction de la quantité d'albuminoïdes absorbés n'est pas exacte. La croissance est une fonction cellulaire qui ne peut être accélérée par la nourriture, mais qui peut être retardée ou inhibée par nombre de conditions.

M. Rubner (de Berlin). La *hausse des prix dans ses rapports avec la santé publique.* — La question de la nourriture de l'humanité a atteint un point critique. Il faut surveiller de près les enfants des écoles et combler le déficit nutritif des élèves qui n'ont point assez à manger à la maison. Cela se fait dans quelques écoles d'Allemagne. L'organisme de l'ouvrier a reculé physiologiquement, d'abord à cause de l'insuffisance de nourriture, ensuite parce que la spécialisation des machines l'empêche d'avoir de l'exercice physique général. Pour avoir sur sa table les mêmes choses que les riches, il a diminué la quantité. Il faut apprendre l'économie domestique à l'école. La cuisine est un art qui se perd et en cela réside une des grandes causes de la cherté de la vie.

M. Kerley (de New-York). *Protection de la vie infantile.* — L'Etat doit avoir autorité sanitaire sur tout enfant.

M. Lane-Clapon (de Londres). Les *dépôts de lait pour enfants.* — Ces dépôts semblent avoir pour effet d'encourager la tendance des mères à ne pas allaiter leurs enfants, et n'ont guère servi à décroître la mortalité infantile dans les centres populeux d'Angleterre.

M. Jordan (de Chicago). *Examen bactériologique de l'eau.* — Très important pour déterminer la présence du coli-bacille.

M. Gaertner (d'Iéna) fait remarquer que l'examen bactériologique peut ne pas déceler de coli-bacille alors que l'examen des conditions physiques de captation rend la contamination possible, voire probable. Il n'y a donc pas à se fier exclusivement à la bactériologie.

M. Heinemann (de Chicago). *Examen bactériologique du lait.* — 215 échantillons ont démontré que le lait pasteurisé est plus propre que le lait cru, et contient 75 p. 100 de microbes de moins. La proportion serait encore plus réduite si la pasteurisation était partout pratiquée sérieusement. D'ici quelques années, les procédés commerciaux seront parfaits.

M. Long (de Chicago). *Signification physiologique de quelques substances employées pour la conservation des aliments.* — La condamnation des produits synthétiques, alors que les préservatifs dits « naturels » sont admis, ne tient guère à l'examen, car les principes actifs dans les deux cas sont chimiquement très analogues. L'emploi de petites quantités d'acide benzoïque n'est pas nuisible à la santé. De même la toxicité des sels de cuivre, employés dans les conserves, est beaucoup moindre qu'on ne l'a cru. Sur les petits pois et les haricots verts, elle est beaucoup moindre que celle du même composé inorganique employé seul. Donc, il n'est pas juste de tirer des conclusions d'expériences faites avec du sulfate de cuivre seul. Mais sur les légumes plus avancés, avec moins de chlorophylle, l'action augmente. Au fond, les sels de cuivre ne servent à rien et doivent être rejetés.

M. Barnard (d'Indiana). *Contrôle des conditions sanitaires dans les usines de produits alimentaires.* — Jusqu'à présent il n'y a pas eu en Amérique de contrôle effectif, mais on s'organise. La santé des ouvriers, l'hygiène des locaux et la propreté des manipulations seront surveillées par le gouvernement.

M. Volpino (de Turin). *Phénomènes d'anaphylaxie chez des pellagreux inoculés avec un extrait aqueux de maïs avarié.* — Ces phénomènes sont assez constants et caractéristiques pour qu'on les considère comme un fort appoint à la théorie du maïs ; et pour que l'on s'en serve comme de réaction diagnostique dans les cas douteux.

— Le Congrès a voté des résolutions tendant à l'établissement d'un Comité international pour la détermination uniforme des bacilles du groupe colique, pour l'échange de statistiques navales, pour l'unification de la nomenclature et des statistiques.

F. GARDNER
(de New-York).

JURISPRUDENCE

LES PROCHAINES LOIS MÉDICALES ET LES TRAVAUX PARLEMENTAIRES

Les ministres et sous-secrétaires d'Etat se sont réunis le 31 octobre 1912 en conseil de cabinet, au ministère des Affaires étrangères, sous la présidence de M. Poincaré.

Au cours de ce conseil, le ministre de l'Intérieur a fait approuver divers projets de loi portant établissement d'un prélèvement progressif sur le produit des jeux, modification de la loi du 14 juillet 1905 sur l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et incurables et de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique.

La protection de la santé publique. — En vue de combattre plus efficacement les progrès de la tuberculose, les dispositions prises contre les maladies contagieuses par la loi de 1902 sur la santé publique seraient modifiées de la façon suivante :

Aux termes de cette loi, la désinfection est obligatoire, tant au cours du traitement qu'après décès, dans tous les cas de maladies contagieuses déclarées. Mais si cette déclaration est imposée aux médecins et aux familles pour certaines maladies contagieuses, elle n'est que facultative pour d'autres, parmi lesquelles la tuberculose. En fait, il n'y a point ou il y a fort peu de déclarations facultatives et la désinfection des locaux contaminés par des tuberculeux n'est pas assurée. Le ministre n'a pas cru devoir proposer de rendre obligatoire la déclaration de la tuberculose; l'accord est loin d'être fait entre les corps de savants et les praticiens sur la possibilité d'appliquer efficacement une telle mesure. La disposition du projet de loi se borne à rendre obligatoire la désinfection après décès lorsqu'il n'est pas justifié par un certificat médical que le décès n'est pas dû à l'une des maladies contagieuses énumérées par la loi. Ainsi se trouve assurée, en dehors même d'une déclaration en cours de maladie, la désinfection après tout décès de tuberculeux.

La vaccination. — Ce projet tend à renforcer les mesures prises par la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique, en rendant obligatoire la vaccination des personnes qui viennent résider en France et qui n'auraient pas été vaccinées antérieurement.

L'assistance aux vieillards. — Les dispositions de ce projet, qui laissent subsister les principes généraux de la loi du 14 juillet 1905, ont un triple objet :

1° Les unes sont destinées à compléter l'ancien texte;

2° Les autres tendent à fortifier le contrôle et à réprimer certains abus;

3° D'autres, enfin, comportent des mesures nouvelles en faveur des assistés.

A cet égard, le projet prévoit notamment le relèvement de 5 francs à 8 fr. 50 du taux minimum de l'allocation mensuelle d'assistance. Il étend le régime de faveur accordé aux ressources provenant de l'épargne par la loi de 1905, aux pensions alimentaires servies aux assistés par leurs enfants.

En vue de favoriser les familles nombreuses, il élève de 120 francs à 180 le montant des ressources privilégiées

comme provenant de l'épargne, au profit des vieillards ayant élevé cinq enfants.

Prélèvement sur le produit des jeux. — Le projet ne touche en rien à la destination des fonds provenant du prélèvement sur les jeux qui continueront à être distribués en subventions au profit d'œuvres d'assistance, de prévoyance, d'hygiène ou d'utilité publiques, conformément aux dispositions de la loi du 15 juin 1907.

Contre la dépopulation. — M. Klotz a été également autorisé à présenter à la signature du président de la République un décret instituant au ministère des finances une commission extraparlementaire chargée d'étudier toutes les questions nationales, sociales et fiscales, relatives à la dépopulation et de rechercher les moyens d'y remédier.

— Le Parlement, comme on sait, est convoqué le 5 novembre en session extraordinaire. Au cours de cette session le Sénat tant que la Chambre discuteront plusieurs projets d'ordre médical intéressants à signaler.

Dès la première séance les sénateurs auront à régler l'ordre du jour. Plusieurs projets sont complètement prêts à venir en discussion, notamment ceux ci-après, dont les rapports des commissions ont été distribués aux sénateurs, et qui concernent :

La proposition sur la protection des mères et des nourrissons;

La proposition sur la reconnaissance judiciaire de la paternité naturelle;

La proposition sur le vagabondage et l'assistance par le travail;

La proposition sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs.

La haute assemblée aura à procéder à l'élection de commissions spéciales chargées de l'examen d'un certain nombre de propositions de loi déposées en juillet dernier.

Ces propositions sont les suivantes :

Proposition, votée par la Chambre des députés, relative à la création d'un privilège au profit de la victime d'un accident sur l'indemnité d'assurance due à l'auteur de l'accident assuré pour couvrir sa responsabilité;

Proposition de loi sur l'apprentissage;

Proposition de loi sur les privilèges agricoles;

Proposition de loi tendant à modifier l'article 184 du Code civil (folie de l'un des époux).

Lors du règlement de l'ordre du jour du Sénat une date sera fixée pour la discussion sur cette interpellation.

Enfin, dans un ordre d'idées purement administratif, le Sénat aura aussi à désigner le successeur de son médecin en chef qui a été atteint, au mois de juillet dernier, par la limite d'âge et qui, aux termes du règlement intérieur, règlement formel, n'appartient plus au cadre des fonctionnaires du Sénat. L'ex-médecin en chef ne remplissait d'ailleurs que depuis quatre ans ses fonctions; on les lui avait confiées, au surplus, contre tous les précédents, alors qu'il était déjà âgé de soixante-six ans.

Nous croyons savoir que le bureau du Sénat est résolu à appliquer rigoureusement, à l'avenir, le règlement.

A la Chambre, maintes questions figurent à l'ordre du jour des travaux des diverses commissions. Mentionnons notamment que la commission du travail va se trouver saisie, dès la rentrée, du rapport de M. Justin Godard sur la réglementation du travail des employés de bureaux et de magasins; que la commission d'assurance et de prévoyance sociales aura à s'occuper de certaines modifications à apporter à la législation sur les accidents, des retouches et des simplifications que comporte le mécanisme de la loi des retraites, de l'assurance contre l'invalidité et de la question des familles nombreuses.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 30 octobre 1912)

Au début de la séance, M. le Président, après avoir donné lecture du discours qu'il vient de prononcer aux obsèques du professeur Segond, au nom de la Société de chirurgie, lève la séance en signe de deuil.

La séance est reprise un quart d'heure après.

Coexistence des affections des voies biliaires avec les affections pyloriques ou duodénales. — M. Gosset, à propos du rapport de M. Auvray (v. *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 123, p. 1704), communique l'observation d'un malade qui avait à la fois une lésion duodénale et une lésion de la vésicule biliaire. Il avait eu des troubles gastriques avec hématémèses et douleurs persistantes au niveau du duodénum. Le diagnostic porté avait été celui d'ulcère du duodénum. M. Gosset fit une incision médiane et trouva une vésicule biliaire très volumineuse, contenant des calculs, et s'étendant en largeur au point de causer un aplatissement du pylore. M. Gosset ne trouva pas d'ulcère duodénal. Il fit une cholécystectomie rétrograde et, dans la même séance, une gastro-entérostomie. Le malade a bien guéri. L'intérêt de cette observation est dans la difficulté du diagnostic et la coexistence de deux affections, affection duodénale et affection des voies biliaires.

Calcul rénal descendu dans la vessie, enclavé dans l'urètre, infiltration d'urine. — M. Marion fait un rapport sur une observation de M. Dreyfus (de Salonique). Il s'agit d'un Albanais qui avait eu des coliques néphrétiques et des troubles urinaires. Il fut pris d'anurie, resta cinq jours sans uriner et eut de l'infiltration d'urine. L'urine s'écoulait par le périné, par des fistules et toute la région devint le siège d'une vaste suppuration. Il resta ainsi, sans aucuns soins, pendant neuf années, puis vint au bout de ce temps consulter M. Dreyfus qui fendit le périnée et trouva 32 calculs logés entre le rectum, la prostate et l'urètre. Il y avait plusieurs fistules. M. Dreyfus fit une résection très large de tous les tissus sclérosés et la guérison fut parfaite. Il s'agissait d'un calcul rénal qui était descendu dans la vessie, s'était enclavé dans l'urètre et avait par suite déterminé une infiltration urinaire. Il faut louer ici la conduite tenue par M. Dreyfus.

Hypospadias. — M. Marion fait un autre rapport sur une observation adressée par M. Tissot (de Chambéry). En mars 1906, M. Tissot vit un enfant de six ans qui lui était présenté comme une fille. Il s'agissait d'un hypospade avec scrotum et testicules. Il fallut une revision de l'état civil. Il s'agissait d'une hypospadias peno-scrotale. Le 22 août 1906, M. Tissot entreprit la réparation de cette hypospadias par le procédé de Duplay. Il sectionna la bride, libéra la verge et l'attira en dehors. En mars 1907 il voulut continuer la réparation, mais l'enfant retira sa sonde et il y eut un échec. En janvier 1908, seconde intervention consistant dans la réfection de l'urètre. La réparation du canal d'un bout à l'autre, à l'exception du gland, fut obtenue. Enfin en janvier 1909, M. Tissot ferma la fistule périnéale. Ce fut un succès complet obtenu par le procédé de Duplay, le meilleur aux yeux de M. Marion.

M. Marion estime que les échecs sont exceptionnels, avec ce procédé, à condition qu'on l'exécute selon les règles émises par M. Duplay. Il y a eu recours lui-même dans 18 cas et n'a eu à enregistrer qu'un échec, qui a été causé par l'emploi d'une sonde malpropre. Les 17 autres malades sont parfaitement guéris. M. Marion cite plusieurs exemples. Un homme de vingt-huit ans a subi cinq tentatives de réparation par le procédé de Nové-Josserand sans succès. M. Marion lui a refait un canal par le procédé de Duplay et a réussi du premier coup. Il croit que le procédé d'Ombrédanne est préférable pour les jeunes enfants, mais passé l'âge de cinq à six ans, c'est au procédé de Duplay que M. Marion donne la préférence.

Kystes non parasitaires du foie. — M. Tuffier rapporte l'observation suivante. En novembre 1911, il vit un jeune

homme de vingt-trois ans qui n'avait aucun passé pathologique. Il portait seulement une tumeur dans l'hypocondre droit, assez volumineuse pour déjeter les fausses côtes de ce côté. Cette tumeur, nullement douloureuse, était dure, irrégulière, bosselée.

M. Tuffier diagnostiqua un kyste hydatique d'autant plus que l'examen du sang, au point de vue de l'éosinophilie, avait conclu en faveur de ce diagnostic.

Il opéra ce malade le 11 novembre; il fit une incision médiane et tomba sur un kyste multiloculaire dont les différentes poches contenaient chacune un liquide différent; une ponction donna un liquide biliaire, une autre un liquide très clair et une troisième ponction un liquide boueux. Ce kyste pénétrait dans l'intérieur du foie. L'énucléation put cependant en être faite, et M. Tuffier put décoller toute la poche en pénétrant dans le tissu hépatique modifié sans léser de gros vaisseaux. L'hémostase fut facilement obtenue. La poche enlevée, il restait à suturer la vaste cavité hépatique qu'elle occupait. Cette suture put être faite par un mode de serrage modéré.

M. Tuffier a pu ainsi suturer complètement le foie. Le malade a guéri. A l'ouverture de la tumeur on trouva de multiples cavités remplies de liquides différents. La paroi épaisse, fibreuse, présentait la constitution biliaire. Ces kystes s'étaient donc bien développés aux dépens des voies biliaires.

Les deux reins étaient normaux. En somme, l'examen histologique a montré que ce kyste ou cette maladie polykystique s'était développé, non seulement aux dépens de voies biliaires normales, mais aussi aux dépens de voies biliaires néoformées. C'est un angiome biliaire, probablement congénital.

M. Tuffier n'a pu réunir que huit opérations comme la sienne. Les autres cas sont des trouvailles d'autopsie. Cette affection semble bénigne et permet aux malades de vivre longtemps. Elle atteint surtout les jeunes gens de quinze à vingt-huit ans. Les symptômes sont nuls. C'est une maladie muette. On peut la confondre avec un kyste hydatique ou un cancer du foie.

Quant au traitement, on a signalé un cas de guérison après une simple ponction. Si la tumeur grossit et si elle est énucléable, l'extirpation est l'opération de choix. Si l'énucléation est trop malaisée, on peut, comme on l'a fait dans certains cas, recourir à la marsupialisation de la poche.

Présentations de malades. — M. Morestin présente une jeune fille qui était atteinte d'une rétraction absolue du médius ou de l'annulaire à la suite d'un phlegmon diffus de la main.

Par un procédé fort ingénieux, M. Morestin a rétabli la rectitude et la mobilisation de ce doigt. Ce procédé a consisté à fendre, suivant son axe, la bride fibreuse et à l'allonger par des incisions transversales, imbriquées. Le résultat est très satisfaisant.

M. Morestin montre une autre malade qui présentait une vaste perte de substance de la joue à la suite de l'ablation ou du traitement par le radium d'un épithélioma. Réparation très parfaite par des greffes de Thiersch.

M. Gosset présente une malade chez laquelle il a pratiqué une laryngectomie par le procédé de Sébileau. Bon résultat, avec encore un reste de phonation, sans aucun appareil spécial.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1912)

Calcul de l'appendice. — MM. Dauriac et Desternes présentent un volumineux calcul de l'appendice découvert au cours d'une opération d'urgence pour appendicite suraiguë; ils discutent, à cette occasion, les indications de la radiographie ainsi que les erreurs d'interprétation auxquelles elle peut donner lieu.

M. Dupuy de Frenelle estime qu'il y aurait lieu de faire systématiquement l'examen radiographique des appendicites.

M. le professeur Letulle, sur 300 appendices examinés après opération et sur 2000 autopsies, a constaté très rarement la présence de calculs appendiculaires.

Déclaration obligatoire de la tuberculose. — Une longue et très intéressante discussion s'engage sur ce sujet; MM. Dignat et Ducor argumentent M. le professeur Letulle au sujet de son rapport présenté à l'Académie de médecine. — MM. Smester, Dabout, Paul Guillon, Helme prennent successivement la parole, et M. le professeur Letulle déclare accepter entièrement les conclusions votées par la Société de médecine de Paris en sa dernière séance.

LIVRES NOUVEAUX

Le Lait desséché (1), par M. le professeur Ch. Porcher, de l'École vétérinaire de Lyon.

Depuis que la mamelle des femmes se meurt, depuis que la mamelle est morte, on s'est ingénié, par mille moyens, à fournir aux tout jeunes enfants un lait aussi pur que possible et adapté à leur capacité digestive; il faut d'ailleurs reconnaître — et cette constatation fait grand honneur à la Providence ou à la nature — il faut reconnaître que l'industrie laitière ne nous a pas encore procuré le lait idéal et que rien ne vaut, pour le jeune enfant, le sein opulent d'une bonne nourrice.

Le docteur Porcher vient d'étudier très complètement, dans une brochure de 140 pages luxueusement éditée, la question du lait desséché, du lait auquel on a enlevé son eau, afin d'en obtenir le résidu sec sous forme de poudre; avec cette poudre, de l'eau bouillie et du sucre, on reconstitue un lait qui peut servir non seulement à l'alimentation des enfants, mais aussi à celle des brightiques et des cardiaques, des tuberculeux, etc.

M. Porcher expose d'abord la préparation de la poudre de lait, et en indique les divers procédés; il fait l'étude chimique et biochimique des diverses poudres; il signale deux qualités remarquables du lait desséché : sa grande digestibilité et son innocuité bactérienne.

Vient ensuite l'examen des diverses circonstances dans lesquelles la poudre de lait peut rendre de grands services, par exemple l'emploi du lait desséché dans les pays où la production laitière est négligeable; puis ce sont les essais du lait desséché dans l'alimentation de la première enfance, aussi bien chez l'enfant sain que chez l'enfant malade; il semble que dans les « Gouttes de lait », dans les crèches des grandes villes, les avantages du lait desséché sont assez grands, le service de distribution étant très simplifié par cette méthode.

La question du lait desséché mérite donc d'être étudiée; mais une plus longue expérience pourra seule permettre de porter un jugement définitif. A la conférence nationale des Gouttes de lait, le docteur Variot (2) a fait quelques réserves sur les conclusions de M. Porcher; le docteur Variot est tout disposé à faire une place au lait sec, mais lorsqu'on n'aura pas de bon lait frais, ni de bon lait stérilisé, il lui semble « que les conclusions enthousiastes de M. Porcher sont un peu prématurées ». M. BRELET.

Traitement de la surdité par la rééducation de l'ouïe (3), par A. Maurice.

Après avoir passé en revue ce qui se fait pour le traitement de la surdité, le docteur Maurice nous indique une voie nouvelle, la rééducation de l'ouïe. La chose n'est pas absolument neuve puisque Orchigène, au premier siècle de notre ère, conseillait déjà les exercices acoustiques pour réveiller le sens émoussé de l'ouïe. La difficulté de ces exercices, la lenteur de la cure, quelques échecs ont découragé bien à tort les auristes.

L'auteur nous indique une méthode personnelle et nous décrit un appareil qui possède comme caractéristiques d'imiter la voix humaine dans ses vibrations et ses harmoniques, tout en se réglant d'une façon simple et parfaite en ce qui

(1) Paris, Asselin et Houzeau.
(2) Variot. Voir *La Clinique infantile*, 15 juin 1912, p. 370.
(3) Chez l'auteur, 256, boulevard Saint-Germain, et chez l'éditeur Maloine.

concerne l'intensité, la tonalité et le soutenu de l'émission. La conséquence d'une telle méthode est l'amélioration de l'ouïe pour le son de la voix plutôt que pour les autres bruits.

Le docteur Maurice explique ses résultats par la mobilisation physiologique du tympan et des osselets, par l'action trophique de la vibration, par stimulation de la paresse auditive du sourd, par excitation de l'organe de l'ouïe et des muscles accommodateurs, par modifications moléculaires dans les membranes auditives. Ces explications sont intéressantes et fort plausibles, mais ce qui est plus intéressant encore ce sont les observations venant à l'appui de ce qu'avance le docteur Maurice. Quelques-unes, avec références à l'appui, sont indiscutables; pour finir l'auteur offre à ses collègues de venir eux-mêmes se rendre compte de ce qu'il avance et d'essayer de la méthode.

L. GAYARD.

La Luxation congénitale de la hanche. Etudes d'anatomie comparée, d'anthropogénie normale et pathologique. Déductions thérapeutiques (1), par le docteur P. Le Damany, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes.

De pareils ouvrages ne s'analysent pas. Ils constituent sur la question qu'ils étudient un monument, une œuvre capitale à laquelle devront toujours se reporter tous ceux qu'intéressent son étude.

Le volume est divisé comme l'indiquent les sous-titres en trois parties bien distinctes. Dans la première, M. Le Damany étudie l'évolution des membres dans la série animale, les modifications des os qui résultent des variations de l'orientation et de l'usage des membres, en particulier leur torsion, enfin et surtout les variations de la disposition normale du fémur, du cotyle, de l'angle sacro-pelvien, pendant la vie intra-utérine, chez le nouveau-né, l'adulte, selon les sexes et les races. La seconde partie, après avoir réfuté toutes les théories connues de la luxation congénitale de la hanche, expose une théorie nouvelle où la persistance après la naissance de la torsion fémorale, normale chez le fœtus, joue le principal rôle. La troisième partie comporte l'exposé détaillé du traitement de la luxation de la hanche. La méthode personnelle de l'auteur qui vise à produire, en même temps que le maintien de la réduction, la détorsion du col fémoral comporte l'application d'un premier appareil immobilisateur, et un second appareil pour corriger la torsion fémorale. Avec ce second appareil l'enfant est exercé à la marche. Un résumé de nombreuses observations avec le calque de la radiographie avant et après le traitement permet de se rendre compte des résultats de la méthode.

On peut certes discuter la théorie de M. Le Damany, les théories sont faites pour cela, on peut discuter les conséquences qu'il en a tirées, mais on ne peut pas, en présence de l'immense labeur qu'il représente, ne pas être rempli de respect pour le savant qui a édifié un pareil ouvrage.

M. LANCE.

Les Régimes alimentaires des malades et le régime parfait (2), par M. le docteur F. Cayla, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Conçu et écrit de façon originale, ce qui lui assurera une place honorable parmi les nombreux travaux de diététique parus en ces dernières années, cet ouvrage est éminemment pratique et renferme de précieux documents sur les aliments utiles et les aliments nuisibles. Signalons dans le chapitre premier, qui se termine par des lignes empreintes d'une sage et sereine philosophie, une intéressante courbe schématique résumant les diverses phases de notre vie végétative avec les régimes qui leur correspondent.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Un vol. in-8 de 710 p. avec 486 fig. dans le texte. — Prix : 15 francs. — Paris, F. Alcan.

(2) In-8 écu de 223 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Vigot frères.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 11 AU 16 NOVEMBRE 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 11 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 12 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu*.

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu*.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

Mercredi 13 novembre, à une heure. — 1er (oral, 1re et 2e séries).

4e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

5e (2e partie), *Laënnec*.

Jeudi 14 novembre, à une heure. — Dissection, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

1er (oral).

4e.

Vendredi 15 novembre, à une heure. — 1er (oral).

2e (oral, 1re et 2e séries).

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 16 novembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* 1re, 2e et 3e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon*.

THÈSES

Mercredi 13 novembre, à une heure. — M. Altenbach. L'enfant peut-il mourir pendant le travail sans expulser son méconium. (MM. Pinard, président; Delbet, Legueu et Couvelaire.) — M. Pasquier. Hypertrophie mammaire de la puberté. (MM. Delbet, président; Pinard, Legueu et Couvelaire.) — M. Farmarier. Essai sur les traitements des cystites par l'enfumage iodé. (MM. Legueu, président; Pinard, Delbet et Couvelaire.) — M. Gros. Les pigmentations dans la syphilis et leurs rapports avec le vitiligo. (MM. Gaucher, président; Roger, Nicolas et Gougerot.) — M. Darricau. Des angiomes et des nævi et de leur traitement. (MM. Gaucher, président; Roger, Nicolas et Gougerot.) — M. Allendy. L'alchimie et la médecine (études sur les théories hermétiques dans l'histoire de la médecine). (MM. Roger, président; Gaucher, Nicolas et Gougerot.) — M. Gautier. Contribution à l'étude des métanuries. (MM. Roger, président; Gaucher, Nicolas et Gougerot.) — M. Boulay. Etude sur les lymphatiques de l'anus et du rectum. (MM. Nicolas, président; Gaucher, Roger et Gougerot.)

Jeudi 14 novembre, à une heure. — M. Dunoyer. De certaines contractures tétaniformes chez l'enfant nouveau-né. (MM. Hutinel, président; Bar, Chauffard et Nobécourt.) — M. Chevrier. Contribution à l'étude anatomique et clinique des anomalies vertébrales congénitales. (MM. Bar, président; Hutinel, Chauffard et Nobécourt.) — M. Gardies. Recherches sur l'ectasie abdominale des nourrissons (gros ventre). (MM. Bar, président; Hutinel, Chauffard et Nobécourt.) — M. Hebrard. Les oblitérations de la veine cave inférieure. (MM. Chauffard, président; Hutinel, Bar et Nobécourt.) — M. Petit. Tétanos confirmé et sulfate de magnésie. (MM Thoinot, président; Pierre Marie, Widal et Claude.) — M. Juving. Considérations médico-sociales sur les blessures involontaires par armes à feu courtes (revolvers ou pistolets. (MM. Thoinot, président; Pierre Marie, Widal et Claude.) — M. Pallier. Contribution à l'étude des paralysies de la sixième paire cranienne survenant au cours de lésions auriculaires du côté opposé à ces lésions. (MM. Pierre Marie, président; Thoinot, Widal et Claude.) — M. Lamy. L'érysipèle des vieillards. (MM. Widal, président; Thoinot, Pierre Marie et Claude.)

Le Traitement de la diphtérie, par le docteur Brelet, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur adjoint à l'Ecole de médecine de Nantes. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Berthier, Emile Bougault, successeur.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 36, 5 sept. 1912.) SEITZ : L'hygiène de la grossesse. — SCHULTZE : Diagnostic et traitement opératoire des tumeurs des méninges médullaires et de la moelle. — VULPIUS : La transplantation tendineuse dans le traitement de la paralysie infantile. — LOWENHAUPT : Deux cas de démence paralytique avec grossesse. — BINGEL : Diabète et grossesse. — JACOBY : Traitement de l'avortement fébrile. — ROHLEDER : La fécondation artificielle dans l'épididymite double. — KLIENEBERGER : Encéphalite hémorragique après injection de salvarsan. — ZIMMERN : Contribution à la réinfection syphilitique. — HERTZ : Sur la cirrhose hépatique tuberculeuse. — ROST : Sur l'œdème de la partie inférieure de l'œsophage comme suite de vomissements. — BOSS : Sur l'hexal, nouvel antiseptique urinaire. — DÖLGER : Surdité hystérique bilatérale. — (N° 37, 12 sept.) MEYER : Le traitement de l'insomnie. — BORCHARD : Le rôle du rein sain et malade dans la sécrétion du chlorure de sodium. — ADAMKIEWICZ : La réaction de dégénérescence du muscle cardiaque. — FRIES : Traitement de l'insuffisance des contractions utérines par l'extrait d'hypophyse. — ARONSON et SOMMERFELD : Toxicité de l'urine dans la rougeole et les autres infections. — PEISER : Emploi du lait de nourrices conservé pour l'alimentation des nourrissons. — BÖTTCHER : Traitement du carcinome Röntgen par la fibrolysine. — BÖCKER : Augmentation du développement du péroné en l'absence de tibia. — SORMANI : Importance des sérums paradoxaux dans la réaction de Wassermann. — DUTOIT : Importance étiologique de la tuberculose dans les affections oculaires.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 36, 3 sept. 1912.) NOGUCHI : Culture pure des spirochètes de la fièvre à rechute européenne, américaine et africaine. — ABDERHALDEN : Diagnostic de la grossesse par la méthode optique. — HARNAK : Amaurose aiguë par l'alcool méthylique et autres poisons. — HARTUNG : La digifoline, nouvelle préparation de digitale. — ULRICH : Résultats de cinq ans de traitement de l'épilepsie par le régime déchloruré. — RUMPF : Sur la présence de bacilles tuberculeux dans le sang. — DOERING : Présence de méningocoque dans le pus de l'oreille. — VOGT : Diagnostic de la tuberculose de l'enfant. — WEBER : Epidémie de paralysie faciale dans une famille. — JUSTI : Diaphragme et trachée après trachéotomie. — VOLLERT : Trois cas d'œdème papillaire intense consécutif à une injection de salvarsan dans la syphilis. — CRONQUIST : Sur la réaction d'hypersensibilité après les injections de salvarsan. — MOLDOVAN : Résultats du traitement par le salvarsan dans l'armée austro-hongroise. — (N° 37, 10 sept. 1912.) LÜDKE et STURM : La spécificité de la réaction à la tuberculine. — SCHOTTMÜLLER : Le liquide céphalo-rachidien dans les infections. — HAUSMANN : Sur la contraction concentrique de l'antre du pylore. — OERTEL : Examen endoscopique du naso-pharynx et du larynx. — SCHMIDT et STŒBER : Un cas de charbon intestinal guéri chirurgicalement. — KUBIG : Le volvulus de la vésicule biliaire. — STEIGER : Manifestations désagréables après injection de la préparation de salvarsan « Joha ». — VULPIUS : Nouvel appareil de sustentation de la hanche dans les paralysies. — HEINRICH : Nouveau dilatateur laveur pour le traitement de la gonorrhée. — MARTIN : L'appendicite épidémique. — ULRICH: Expérience de cinq ans sur le traitement de l'épilepsie par la diète déchlorurée. — (N° 38, 17 sept.) GÖTT et ROSENTHAL : Sur un procédé de représentation des mouvements du cœur au moyen des rayons Röntgen. — V. AUGERER et STÖTTER : Tentative pour rendre visible les anticorps. — FRIEDLÄNDER : Action des processus fébriles sur les affections parasyphilitiques du système nerveux central. — LEREDDE : Influence favorable du salvarsan sur le tabes. — FRANK : Action de l'hexal sur les infections des voies urinaires. — RÖMER : Le pituglandol en obstétrique. — KLOTZ : Traitement de la péritonite par la pituitrine. — GRÜNBAUM : Nouvelles expériences sur l'action de l'extrait hypophysaire en obstétrique. — VOLL : Traitement par la pituitrine. — KONOPKA : Cent opérations avec ouverture du péritoine à domicile. — HEDDAENS : Traitement des gros furoncles par circoncision. — LUSTIG : Huit années d'usage officiel de la quinine en Italie et la lutte contre la malaria. — ROST : Sur l'insufflaction du gros intestin par le rectum.

Revue de médecine. — (N° 8, 10 août 1912.) BOUCHUT et DUJAL : Syphilis et dilatations bronchiques. — JEANSELME et CHEVALLIER : Recherches sur les méningopathies syphilitiques secondaires cliniquement latentes [8 graphiques] (*suite et fin*).

Revue de chirurgie. — (N° 8, 10 août 1912.) POTEL et MURART : L'ulcération spontanée des branches de l'iliaque externe dans les abcès appendiculaires. — COTTE et BRESSOT : Des troubles dyspepsiques d'origine biliaire. — SARGNON et ALAMARTINE : Le traitement actuel des sténoses cicatricielles graves de l'œsophage (8 fig.). — CARLIER et GÉRARD : Anatomie chirurgicale et chirurgie du rein en fer à cheval (*suite et fin*). — DUCUING : Les greffes articulaires totales chez l'homme.

Revue médicale de l'Est. — (N° 16, 15 août 1912.) Jacques PARISOT : Le nanisme cardiaque.

Revue neurologique. — (N° 13, 15 juil. 1912.) BRAULT et VINCENT : Un nouveau syndrome protubérantiel, hémianesthésie dissociée de forme anormale, hémiataxie du côté opposé à la lésion, paralysie des mouvements de latéralité des yeux. — MATTIROLO : Superposition des troubles moteurs et sensitifs à topographie radiculaire dans un cas de syringomyélie. — (N° 14, 30 juil.) BABINSKI : Contracture tendino-réflexe et contracture cutanéo-réflexe. — DUMOLARD, AUBRY et TROLARD : Contributions à l'étude des complications nerveuses du paludisme aigu. — (N° 15, 15 août.) SICARD et LEBLANC : Remarques anatomiques et cliniques sur l'opération de Franke dans les crises gastriques du tabes et les algies zostériennes. — THABUIS et BARBÉ : Recherches sur la composition physico-chimique du liquide céphalo-rachidien normal. — (N° 16, 30 août.) DÉJERINE et André THOMAS : Contribution à l'étude de l'aphasie chez les gauchers et des dégénérations du corps calleux, à propos d'un cas suivi d'autopsie. — PARHON, DUMISTRESCO et Mlle NICOLAU : Recherches anatomiques, histologiques et chimiques sur le corps thyroïde dans l'épilepsie.

Riforma medica. — (N° 31, 3 août 1912.) Tommaso CARPENTIERI : Anévrismes des sinus de Valsalva. — C. PASTINE : A propos d'un cas de méningite aiguë guérie. Acrocyanose chronique hypertrophique. — (N° 32, 10 août.) Alberto MISSIROLI : Influence des porteurs de germes sur la diffusion de la fièvre méditerranéenne. — Giacomo DE FRANCISCO : Un cas de fistule cervicale congénitale complète. Excision. Cautérisation de la partie restante et de l'orifice interne. Guérison. — Ubaldo GASPERINI : Sur un cas d'hémorragie protubérantielle. Contribution clinique à l'étude des symptômes pontiques inférieurs. — (N° 33, 17 août.) C. FARMACHIDIS : Recherches expérimentales sur la genèse de l'athérome aortique et sur les altérations du myocarde qui en dépendent. — Ubaldo GASPERINI : Sur un cas d'hémorragie protubérantielle. Contribution clinique à l'étude des symptômes pontiques inférieurs. — (N° 34, 24 août.) Prof. R. JEMMA : Considérations sur soixante-trois cas d'anémie par leishmaniose observés à la clinique pédiatrique de Palerme. — G. POLLACCI : L'immunité vaccinale des varioleux et les inoculations immunisantes pratiquées dans les lazarets.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 127. — JEUDI 7 NOVEMBRE 1912. 85e ANNÉE. JEUDI 7 NOVEMBRE 1912. — N° 127.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-22

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 4 novembre. — MM. Bourdier, 8; Loiseau, 5; Pecker, 4; Longevialle, 6; Mlle Spanovski, 4; MM. Lempérière, 9; Boissier, 4; Coulaud, Caux et Tourneix, 8.

— Concours d'aliéniste adjoint des hôpitaux. — Sont désignés pour faire partie du jury de ce concours : MM. Voisin, Charlin, Séglas, Le Noir, René Marie, Lesage et Trénel.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Jeanneney, Robinat, Morin, Aygueparsse, Daurios, Gautret, Cadenaule, Rouyère, Benoit, Dupoux, Pommade, Gourrin, Brugeas, Faure, Dax, Corbin, Cousyn, Dupont, Rosset-Brissaut, Paulhine, Harpedanne de Belleville, Ichon, Bonneau, Fayard, Quiron, Aubac, Templier, Marsault, Lamothe, Tacheron, Daraignez, Benquet, Brugeille, Bernadou, Cordebart, Lapauze, Gatan, Cheyrou-Lagrèze, Montoux, Dutard, Bordes, Dupeyrat.

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 24 octobre 1912 :

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Damond passe au 123e d'infanterie; Rocheron est désigné pour l'Algérie; Trutié de Vaucresson passe aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Gauthier, au 10e d'infanterie; Thiébaut, au 42e d'infanterie; Baills est désigné pour l'Algérie; Mendy, pour la Tunisie; Martin passe au 73e d'infanterie; Moulin, au 20e bataillon de chasseurs à pied; Rogé, au 63e d'infanterie; Colineau, au 45e d'artillerie; Bouclier, au 17e dragons; Dircks Dilly, aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Varatges, au 7e génie; Segui, au 6e génie.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Carel est désigné pour l'Algérie; Jacques, pour l'Algérie; Floquet passe au 18e chasseurs à cheval; Pons, au 2e chasseurs à cheval; Martin, au 117e d'infanterie; de Vezeaux de Lavergne, au 137e d'infanterie.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Héraud passe aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Baufle, au 32e d'infanterie.

— Ont été inscrits d'office à la suite du tableau de concours de 1912 :

Pour la croix d'officier de la Légion d'honneur : M. Guichard, médecin-major de première classe aux troupes d'occupation du Maroc occidental. Services exceptionnels : a montré les plus belles qualités d'énergie, de sang-froid et d'intelligence lors de l'investissement de Marrakech (Maroc).

Pour la croix de chevalier de la Légion d'honneur : M. Garcin, médecin-major de deuxième classe, hors cadres, aux troupes d'occupation du Maroc occidental : a été l'âme de la mission sanitaire organisée pour lutter contre une épidémie grave dans la région des Doukkala, où il a manifesté un très grand mépris du danger et fait preuve de remarquables qualités professionnelles.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Lucien Camus, chef technique de l'Institut supérieur de vaccine de l'Académie de médecine; Marinier (de Lille), Guinard (de Bligny), Bresset (de Paris).

POUR LES BLESSÉS TURCS. — Répondant à l'appel du comité que dirigent MM. Reclus, Lucas-Championnière, J.-L. Faure, Chantemesse, Blanchard, R. Blondel, trois internes des services parisiens de chirurgie, MM. Lucas-Championnière, de Cumont et Tartois, sont partis vendredi soir pour Constantinople où ils prêteront leur concours aux ambulances du Croissant-Rouge. Un autre départ aura lieu prochainement. Les blessés encombrent actuellement les hôpitaux de Constantinople ainsi que les locaux de la Faculté de médecine transformés en ambulances.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Boucaud (de Bordeaux), Camparan (de Saint-Gaudens), Emile Coffin (de Paris), décédé à

l'âge de quatre-vingt-douze ans; Descroizilles, médecin honoraire de l'hôpital des Enfants-Malades; Henri Dor (de Lyon), professeur honoraire de l'Université de Lausanne.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (Professeurs honoraires : MM. Jaccoud, A. Fournier, Duplay, F. Guyon, Le Dentu, Ch. Bouchard, Gariel, G. Hayem et A. Gautier.)

Deuxième semestre (été). — COURS MAGISTRAUX. — *Anatomie.* — M. Nicolas : Appareil circulatoire. Appareil digestif. Appareil respiratoire. — Grand amphithéâtre de la Faculté.

Chimie biologique. — M. Desgrez : Chimie des fonctions. — Amphithéâtre Vulpian.

Médecine légale. — M. Thoinot : Conférences de médecine légale. — A la Morgue (lundi, mercredi, vendredi, à deux heures).

Opérations et appareils. — M. Hartmann : Opérations sur l'estomac, le foie, le pancréas et la rate. — Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

Pathologie interne. — M. Teissier : Affections des bronches, des poumons, de la plèvre. — Grand amphithéâtre de la Faculté.

COURS COMPLÉMENTAIRES. — *Accouchements.* — M. Brindeau : Dystocie et opérations obstétricales. — Petit amphithéâtre de la Faculté.

Pathologie externe. — M. Okinczyc : Pathologie chirurgicale de la poitrine et de l'abdomen. — Petit amphithéâtre de la Faculté.

CONFÉRENCES. — *Anatomie pathologique.* — M. Grégoire : Anatomie pathologique de l'appareil cardio-vasculaire du poumon, du foie et des reins. — Laboratoire d'anatomie pathologique.

Anatomie topographique. — M. Roussy : Anatomie topographique : tête, cou, rachis. — Grand amphithéâtre de la Faculté.

Histologie. — M. Branca : Le tissu musculaire. L'appareil vasculaire. Le système nerveux et les organes des sens. L'appareil uro-génital. — Grand amphithéâtre de la Faculté.

Hygiène. — M. Macaigne : Le sol, l'atmosphère, les climats, habitations (hygiène scolaire). — Laboratoire d'hygiène.

Médecine opératoire. — M. Lecène : Opérations sur la tête et le cou. — Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

Parasitologie. — M. Brumpt : Animaux parasites. — Petit amphithéâtre de la Faculté.

Pathologie externe. — M. Chevassu : Maladies des organes génito-urinaires de l'homme et de la femme. — Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

Pathologie interne. — M. Castaigne : Affections du tube digestif. — Petit amphithéâtre de la Faculté.

Pharmacologie. — M. Tiffeneau : Modificateurs du système nerveux. — Amphithéâtre Vulpian.

Physiologie. — M. Camus : Fonctions de nutrition. — Grand amphithéâtre de l'Ecole pratique.

Physique. — M. Zimmern : Optique, électricité, radiations en général. — Laboratoire de physique.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. (Docteur SERGENT.) — Tous les matins, à dix heures, exercices de médecine pratique et causeries cliniques au lit des malades.

Le vendredi matin, examen des malades nouveaux.

Le samedi matin, consultation spéciale sur la tuberculose et les maladies des voies respiratoires. (Interrogatoire des malades, discussion du diagnostic et des indications thérapeutiques, manière de formuler et de rédiger une ordonnance.)

Le mardi matin, par séries qui seront annoncées à l'avance, conférences cliniques, avec présentation de malades, portant particulièrement sur la tuberculose et les maladies des voies respiratoires.

CONFÉRENCES PRÉPARATOIRES A L'ÉCOLE DE LYON. — MM. les docteurs Garrelon, chef adjoint des travaux pratiques de physiologie, et Villandre, ancien aide d'anatomie, commenceront en novembre leurs conférences préparatoires à l'école du service de santé militaire.

Pour s'inscrire, s'adresser au laboratoire des travaux pratiques de physiologie de la Faculté de médecine, les mardis, jeudis et samedis, de deux à cinq heures.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 38, 19 sept. 1912.) WESTPHAL : Nouvelle contribution à la pathologie de la pupille. — PAL : Action de la caféine sur les bronches et la respiration. — SCHWARZ et ZEHNER : Quelques réactions biochimiques d'irradiation. Recherches sur le thorium X. — PINKUSS : Traitement du carcinome inopérable par le mésothérium. — FÜRSTENBERG et SCHEMEL : Influence de la thermopénétration sur la température du corps et des tissus de l'homme. — ASCOLI : Sur le pneumothorax artificiel d'après Forlanini. — RENSTJERNA : Sur la culture du bacille lépreux et la transmission de la lèpre au singe. — ROSENOW : Sur un cas de myome intestinal. — ALBU : Sur la colite ulcéreuse aiguë. — JUNGHAUNS : Sur le remplacement du protargol. — WEISS : Nouvelle voie de traitement de l'asthme. — WOLF : Quelques remarques sur la méthode de traitement du cancer de Zeller. — (N° 39, 26 sept.) WITTMAACK : Pronostic et traitement des bruits auriculaires. — ABELIN : Recherches sur l'action du mercure sur les affections à spirochètes. — SCHELLER : Etude critique sur la question des bactéries hémoglobinophiles. — MESSERSCHMIDT : Sur la présence de bactéries du groupe dysentérique dans le monde extérieur. — SEIGE : Expériences cliniques avec le neuronal. — NAGELSCHMIDT : Traitement de la leucémie par le thorium. — LEVINSOHN : Sur les opérations de la cataracte. — POPOFF : Manifestations empêchant l'hémolyse dans les sérums syphilitiques. Leur utilisation pour le séro-diagnostic. — ROSENSTERN : La faim chez les nourrissons et technique de l'alimentation. — LUBINSKI : Appareil électrique modifié d'audition pour les sourds. — STEFFENS : Technique du traitement par les anions. — SCHELLENBERG : Sur les explorations radiologiques du thorax.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 39, 26 sept. 1912.) UNGER : Contribution à la pathologie et à la clinique des nouveau-nés. — FRANZ et JARISCH : Sur le diagnostic sérologique de la grossesse. — BENEZUR : Contribution au traitement physique de l'emphysème. — SCHWARZ et NOVASCIUSKY : Constatations radiologiques sur le gros intestin dans les processus inflammatoires chroniques profonds. — HALIEZAN : Le sang dans le goitre et la maladie de Basedow. — DREY : Rejet par les selles d'un polype cancéreux de l'intestin. — PASCHKIS : Dyshydrose palmaire, affection estivale. — (N° 40, 3 oct.) HERNIG : La localisation dans le cœur. — DANIELOPOLU : Diagnostic des méningites par la réaction du taurocholate de soude. — TORNAI : Sur le diagnostic des affections circulatoires. — TSMINAKIS et ZOGRAFIDES : Etiologie et traitement de l'épilepsie. — BJALOKUR : Sur la fièvre dans les stades tardifs de la syphilis. — PURJESZ et PERL : Sur la présence de bacilles d'Eberth dans la bouche des typhiques. — (N° 41, 10 oct.) SCHÜTZ : Sur l'ulcère gastrique et l'ulcère duodénal. — BARVU et BARSONY : Diagnostic radiologique de l'ulcère du duodénum et d'autres affections duodénales. — EISLER et KREUZFUCHS : Importance diagnostique de la mobilité duodénale de l'estomac. — GROSS : Quelques données sur les propriétés du suc duodénal chez l'homme. — BOUDI : Mouvements réflexes pendant la rotation de la tête dans les affections cérébrales. — BARDACHZI : Les hémorragies occultes dans le cancer gastrique. — (N° 42, 17 oct.) HERRMANN et NEUMANN : Les lipoïdes de la gravidité et leur élimination après la grossesse. — STEIN : Diagnostic biologique différentiel de la tuberculose et de la lèpre. — CHIARI : Sur les affections de la glande sous-maxillaire. — BERNSTEIN : Sur un cas de contracture par torsion. — BENEKE : Traitement de l'insomnie par le luminal. — KUMARIS : Sur un cas de blessure par coup de feu à plomb.

LES CARACTÈRES PRÉADAPTATIFS

Par M. J. LAUMONIER.

La pathologie, jusque dans ces derniers temps, n'a été que médiocrement influencée par les découvertes et les hypothèses de la biologie générale, bien que les médecins parlent volontiers de biologie. Elle n'invoque ni l'assimilation fonctionnelle pour expliquer les atrophies et les hypertrophies des organes dans certaines maladies, ni l'habitude lamarckienne pour expliquer l'immunité acquise, ni la lutte des parties pour expliquer les prédispositions, et si elle est obligée d'admettre l'hérédité morbide elle n'en a, à quelques exceptions près, jamais cherché le mécanisme. Elle semble donc, malgré de réels progrès, avoir évolué un peu en dehors du grand mouvement qu'ont suscité les théories de Lamarck, de Darwin et de leurs successeurs immédiats, et être restée de préférence attachée aux conceptions spécifistes que les travaux des premiers élèves de Pasteur ont singulièrement renforcées (1).

Il n'en est plus tout à fait de même présentement. Au fur et à mesure que, par le succès de la théorie des particules représentatives des caractères (déterminants de Weismann) et des variations brusques et imprévisibles (mutations de de Vries), le transformisme s'atténue et recule et tend à en revenir à l'*homunculus* et au créationnisme de hasard, la biologie générale intervient de plus en plus souvent dans les interprétations de la pathologie. Et cela est naturel, en raison non seulement des propensions de cette dernière, mais aussi de la commodité des systèmes nouveaux. De même que, il y a vingt ans, la bactériologie voulait attribuer à chaque maladie infectieuse un germe pathogène spécifique, et un seul, ainsi aujourd'hui la pathologie prétend justifier les altérations et les déviations par l'existence de caractères germinaux, indépendants et représentatifs, dont chacun suffit à déterminer, d'une manière patente ou latente, le phénomène morbide correspondant. Actuellement, en effet, on rend compte de l'hémophilie, du daltonisme, du strabisme, de la canitie locale ou précoce, de la syndactylie et de la polydactylie, de l'acromégalie, du nanisme, des états dysfonctionnels, de la longévité et même de la fécondité par la présence de caractères mendéliens conditionnés en définitive par des particules représentatives.

Je n'ai pas besoin de rappeler que cette explication est loin d'être toujours satisfaisante. Comme l'a montré Le Dantec, elle n'est acceptable que dans les cas où nous pouvons objectiver la condition de la modification sous la forme d'un microbe, par exemple, pathogène ou chromogène, parasite ou symbiote d'un des gamètes ou des deux. En dehors de ces cas bien définis, elle demeure inutile et même dangereuse; inutile, parce que tout se passerait exactement de la même manière s'il n'y avait pas de particules représentatives (lesquelles d'ailleurs doivent être en si grand nombre pour figurer tous les caractères possibles d'un individu qu'on ne comprend pas comment elles peuvent tenir dans la tête d'un spermatozoïde); dangereuse, parce qu'elle donne à l'esprit une fausse satisfaction et le dispense, par suite, de rechercher un mécanisme plus vraisemblable et rationnel. Quand nous déclarons gravement que, dans les familles hémophiles, le caractère hémophilie est dominant chez les mâles et récessif chez les femelles, nous n'avons dit rien de plus que ceci : dans les familles hémophiles, l'hémophilie frappe de préférence les garçons. Nous compliquons donc l'interprétation sans la rendre plus claire, nous reculons la difficulté sans la résoudre, car nous ne sommes pas plus avancés qu'avant ni sur l'origine de la particule représentative du caractère, ni sur les conditions qui font que ce dernier est tantôt manifeste et tantôt latent, points essentiels et sur lesquels néo-darwiniens et pathologistes restent muets.

Et cependant on ne peut nier la vogue extraordinaire de ces théories qui, par leur simplicité de surface et leur fond purement verbal, nous illusionnent sur leur véritable valeur explicative. Aussi en voit-on naître presque chaque jour de nouvelles qui accentuent encore davantage les tendances finalistes et le retour à un créationnisme ambigu, dépourvu de l'ampleur et de la majesté de celui que défendit Cuvier. Parmi ces dernières, il convient de mentionner la théorie de la préadaptation basée sur la présence, chez quelques êtres, de *caractères préadaptatifs* ou *prophétiques* indiquant d'avance, providentiellement si l'on peut dire, et par conséquent indépendamment de toutes les influences extérieures capables d'intervenir et que nous ne savons pas prévoir, les adaptations dont ces êtres seront appelés à bénéficier.

Quand on examine un peu attentivement les flores et les faunes des diverses régions du globe, rivières, lacs, cavernes, etc., on s'aperçoit qu'elles sont très convenablement adaptées à leur milieu, ou, en d'autres termes, qu'elles ont si complètement pris l'habitude de leur milieu qu'elles ne sauraient vivre également bien ailleurs. Le lamarckisme expliquait cette adaptation en admettant que le changement de milieu impose aux animaux et aux plantes, sous peine de mort, des modifications progressives qu'ils transmettent à leurs descendants. La sélection darwinienne intervient ensuite pour protéger et perpétuer les individus ainsi modifiés d'une manière utile.

Mais cette façon de voir n'est plus intégralement acceptée, parce qu'on a découvert que certains êtres présentent, antérieurement à tout changement de milieu, des caractères préadaptatifs, c'est-à-dire des caractères qui les *prédisposent* à rechercher tel ou tel milieu différent de celui dans lequel ils vivent, et à occuper ainsi les places vides correspondantes qui de temps à autre apparaissent dans la nature (îles volcaniques surgissant des mers, galeries de mines, mares artificielles, etc.). « Il faut éviter, dit le professeur Cuénot (1), de tomber dans l'erreur

(1) Cf. la première édition du *Traité de pathologie générale* du professeur Ch. Bouchard, expression complète des doctrines d'une école médicale alors dans tout son éclat.

(1) Cf. *La Genèse des espèces animales*, p. 137 (Bibl. scient. intern., Alcan éditeur).

commune qui établit, sans preuve, une relation simpliste entre les caractères des habitants d'un milieu donné et les conditions de ce milieu; il est possible que les animaux qui vivent dans les cavernes soient aveugles par l'effet du manque de lumière; mais il est possible aussi qu'ils soient entrés dans les cavernes parce que, déjà aveugles, ils recherchaient l'obscurité. » Ainsi les animaux qui ont peuplé les cavernes et les galeries de mines sont ceux qui déjà auparavant étaient lucifuges et dépourvus d'yeux fonctionnels; ceux qui ont peuplé l'eau douce ou les mares artificielles très salées sont les animaux marins originellement (ou du moins antérieurement) capables de supporter sans inconvénient de grandes variations dans la salure; ceux qui ont peuplé la terre ferme sont des animaux dont la vessie natatoire et les flotteurs avaient tendance à se transformer en poumons, dont la fécondation était déjà interne et le développement embryologique direct, etc. Et de fait, on trouve quelquefois, au pourtour des grottes et sur les côtes, des organismes qui, sans habiter ni les cavernes, ni l'eau douce, ni le milieu aérien, présentent néanmoins l'une ou plusieurs de ces diverses préadaptations, ce qui semble autoriser M. Cuénot à affirmer qu'« une adaptation suffisante est nécessairement antérieure à l'installation dans une place vide » (1).

Ces constatations sont extrêmement troublantes, car on doit se demander d'où proviennent de telles préadaptations qui non seulement sont inutiles pour les êtres ne trouvant pas à occuper la place vide correspondante, mais peuvent encore leur devenir nuisibles dans la concurrence vitale, puisqu'elles indiquent une déviation sans objet de l'adaptation au milieu actuel. Si nous admettons avec les néo-darwiniens, que les animaux déjà aveugles soient prédisposés à occuper les lieux obscurs, la question de savoir pourquoi ces animaux étaient préalablement aveugles n'en reste pas moins irrésolue, et comme on ne saurait invoquer ni l'habitude lamarckienne ni la sélection darwinienne pour expliquer l'origine et la conservation de cette anomalie, nous en sommes réduits à supposer l'intervention d'une finalité inattendue, quelque chose comme la *prédestination* de Jansenius. C'est du reste à quoi semble nous convier Davenport. « La théorie de l'adaptation généralement acceptée, dit-il (2), est celle de Darwin et de Wallace, qui admettent qu'une espèce adoptant un nouvel habitat acquiert l'aptitude à cet habitat par la mort des individus qui naissent les moins aptes. On peut imaginer une théorie fondamentalement différente, à savoir que la structure existe d'abord et que l'espèce cherche ou rencontre le milieu qui répond à sa constitution particulière. Le résultat adaptatif n'est pas dû à une sélection de structure adéquate à un milieu donné, mais, au contraire, au choix d'un milieu répondant à une structure donnée. »

Dès lors, ce n'est plus la fonction qui fait l'organe, comme nous le croyions jadis et comme l'expérience l'atteste, mais c'est la structure qui commande la fonction, et de telles particularités de structure, prévoyant et dirigeant en quelque sorte la future destinée des êtres, indépendamment des circonstances présentes, ne peuvent évidemment ressortir que de mutations de hasard, inattendues et inexplicables, bref de véritables *créations*, puisqu'elles supposent l'apparition dans le plasma germinatif de déterminants qui n'y existaient pas auparavant et qui n'y ont pourtant pas été introduits par le milieu extérieur.

Les interprétations finalistes de Davenport ne peuvent manquer d'être accueillies avec une certaine faveur en médecine. Le dogme de la lésion primitive y a régné longtemps presque sans conteste et c'est seulement depuis Cl. Bernard que la lésion (hors les cas de traumatisme ou de parasitisme) est considérée au contraire comme précédée et conditionnée nécessairement par le trouble fonctionnel. Mais cette notion, qui a pourtant rendu de si précieux services à la clinique et à la thérapeutique, est trop souvent encore laissée de côté (notamment quand il s'agit des maladies liées aux glandes endocrines), parce qu'il est plus aisé de constater des altérations tissulaires que de dépister la viciation métabolique qui les cause. Il est donc à craindre que la pathologie actuelle, qui croit déjà trouver dans le mendélisme tant d'explications satisfaisantes, ne se mette prochainement à la remorque du néo-darwinisme, dont les théories n'apportent aux problèmes biologiques que des solutions apparentes. Si cette éventualité se réalisait il n'y aurait plus qu'une médecine d'occasion et qu'une thérapeutique de symptômes, car rien ne stérilise les recherches scientifiques comme le verbalisme commode des interprétations.

(1) *Op. cit.*, p. 414.
(2) Cf. *The animal Ecology of the Cold Spring sand spit.*, 1903, p. 19, cité par Cuénot, *op. cit.*, p. 415.

SYNCOPE PROVOQUÉE PAR LE 606

CHEZ UN SYPHILITIQUE ATTEINT DE STOKES-ADAMS ET D'ATROPHIE PAPILLAIRE BILATÉRALE

Par S. FRADKING,
Licencié ès sciences, externe des hôpitaux.

Parmi les innombrables méfaits dont le 606 est accablé à tort ou à raison, les accidents syncopaux, survenus au moment même de l'injection, occupent une place enviable. Milian, dans une communication à la Société médicale des hôpitaux (1), attribue cet accident à l'insuffisante alcalinité du liquide injecté. Braun insiste au contraire sur la nocivité du NaCl, qui serait, d'après lui, la cause efficiente de l'affaiblissement cardiaque passager. D'autres auteurs ont indiqué d'autres facteurs plus ou moins plausibles, et, en somme, la pathogénie de ces sortes d'accidents, souvent instantanés, avant même que le 606 ait eu le temps et la possibilité de produire son action toxique, si toxicité y est, reste encore énigmatique, et *grammatici certant*.

Nous croyons qu'on ne tient pas suffisamment

(1) MILIAN. *C. R.*, 24 décembre 1911.

compte de l'état antérieur du malade, de l'intégrité anatomique et fonctionnelle de ses organes essentiels. On oublie volontiers qu'il s'agit d'un syphilitique, c'est-à-dire d'un individu atteint d'une infection redoutable, ayant une prédilection fâcheuse pour les cellules nobles de l'économie. Et il suffit d'une intervention même anodine, mais modifiant l'équilibre physiologique du milieu vital pour rendre tangible et éclatante une lésion restée discrète jusqu'à ce jour. Témoin le malade que nous avons eu l'occasion d'étudier et dont l'observation nous semble intéressante à plus d'un point.

Il s'agit d'un cocher de trente-cinq ans, atteint d'atrophie blanche bilatérale depuis quinze mois, W +. Le traitement Hg n'ayant pas donné d'amélioration (VOD = 0, VOG = 1/6), il est venu nous demander une cure d'arsenobenzol. Deux injections de 0g30 furent très bien supportées, sans aucun malaise ni pendant ni après l'injection intraveineuse. D'ailleurs, c'est un homme vigoureux, à filtre rénal normal, et l'examen rapide de son habitus ne dénote rien de suspect. A la troisième injection de 0g30 également (les injections étaient faites à huit jours d'intervalle) le malade fut pris, deux minutes après l'introduction de l'aiguille dans la veine céphalique, d'un collapsus cardiaque impressionnant, avec pâleur de la face, les yeux convulsés, sueurs froides, perte de connaissance et arrêt du cœur et du pouls. Le tout ne dura que quelques secondes. L'injection fut naturellement interrompue, et sous l'influence de la caféine, d'huile camphrée, etc., tout rentra dans l'ordre sans aucune autre suite ultérieure. Au moment de cette crise syncopale nous avons ausculté le cœur et palpé la radiale avec grande attention et nous avons constaté : 1° un arrêt absolu momentané de l'un et de l'autre ; 2° une reprise immédiate des contractions cardiaques mais ne dépassant pas *20 à 22 contractions et pulsations* (pas de dissociation cardio-artérielle) par minute.

Notre première pensée est tout naturellement, et comment ne le serait-elle pas, d'incriminer le 606 dans l'ennui qui nous arrive. Certains « antiarsenobenzolistes » se contenteraient volontiers, ce nous semble, de cette accusation presque *instinctive* et irrésistible. Or en examinant le malade vingt-quatre heures après il nous est facile de nous convaincre que nous sommes en présence d'un individu atteint d'un Stokes-Adams, et que la syncope ne fut pas autre chose qu'une manifestation isolée de ce syndrome complexe.

Nous avons réitéré notre examen minutieux à plusieurs reprises, longtemps après cette injection et nous avons constaté : *a.* une *bradycardie permanente* à 40 contractions par minute, immuable, que ne modifie aucun accélérateur cardiaque (ni accélérateurs physiologiques : respiration activée, effort, course, etc., ni une injection d'atropine); *b.* un pouls veineux jugulaire dépassant le nombre des battements artériels, ce qui était indiqué par Stokes comme la signature de la bradycardie à pathogénie intracardiaque par lésion du faisceau de His; *c.* un pouls radial isochrone avec les contractions cardiaques, et enfin *d.* une hypertension artérielle très marquée. Nous sommes donc indubitablement en présence d'un pouls lent permanent de Stokes-Adams probablement de la même origine que l'atrophie papillaire. Et ceci n'a rien qui puisse nous surprendre. Le spirochète, étant un agent essentiellement sclérosant à localisation vasculaire et périvasculaire dominante, a pu produire des lésions plus ou moins profondes du faisceau intra-auriculo-ventriculaire de His en même temps qu'une sclérose du nerf optique et de ses vaisseaux. D'ailleurs l'étiologie spécifique de cette maladie a été indiquée par beaucoup d'auteurs, et notamment par Vaquez, dans la thèse de Bouberman (1). Ce diagnostic étant posé, la crise syncopale décrite à l'instant trouve son cadre tout tracé et nullement sur le dos du 606 ; c'est un accident d'origine myocardique si fréquent au cours du syndrome de Stokes-Adams. Et bien que le malade nous dise n'avoir jamais eu de crises semblables jusqu'à ce jour nous n'hésitons cependant pas de l'attribuer uniquement à sa bradycardie permanente. La pathogénie des crises syncopales dans cette affection nous fournira la raison qui nous guide.

D'après Vaquez et Esmein ces sortes de crises sont dues à l'anémie du bulbe par insuffisance du ventricule gauche. Cette dernière est liée soit à une pause ventriculaire complète, soit à un simple ralentissement. Ces auteurs ont même mesuré le temps de l'arrêt ventriculaire provoquant une réaction nerveuse ; à trois secondes d'arrêt cardiaque correspond un vertige, à huit secondes une syncope, à quinze une crise épileptiforme. La pause cardiaque peut être ou spontanée ou provoquée, ce qui est plus fréquent. Une émotion, une frayeur, un traumatisme de la région précordiale, ou enfin une surcharge ventriculaire par augmentation de la masse sanguine provoquent une désorientation passagère dans l'évolution de ce myocarde, affecté déjà dans sa partie essentielle, le faisceau de His. C'est ce qui est arrivé chez notre malade. L'entrée de 30 à 40 centimètres cubes (2) de liquide dans la circulation générale, produisant une perturbation dans la statique circulatoire, détermina un arrêt ventriculaire, préexistant déjà à l'état potentiel chez ce myocardiopathe. Et, si ce cœur profondément lésé a pu résister deux fois (les deux premières injections), il a cédé à la troisième injection en défaillant. *Le cœur est un organe sensible aux attaques réitérées.*

Résumons en deux mots cette observation un peu longue peut-être mais fort instructive tant au point de vue de la pathologie cardiaque qu'au point de vue 606 :

1° Il s'agit d'un syphilitique avéré de par ses antécédents et de par le Wassermann, présentant une bradycardie permanente par sclérose du faisceau de His, en même temps qu'une atrophie papillaire bilatérale.

2° Ce Stokes-Adams vivait en bonne intelligence avec son myocarde touché gravement jusqu'au jour où une introduction répétée d'une certaine masse liquide dans la circulation sanguine occasionna une rupture de l'équilibre physiologique, et un collapsus cardiaque s'en est suivi.

3° Et dernier point. La syncope survenue au

(1) Bouberman. Th. de Paris, 1911.

(2) Correspondant à 6 ou 8 centigrammes de 606, quantité évidemment insuffisante pour intoxiquer illico un myocarde d'un individu vigoureux.

moment de l'injection du 606 n'est *nullement* due à l'arsenobenzol, mais à *la lésion cardiaque préexistante*, et dont un examen approfondi nous a révélé la réalité.

Nous sommes convaincus que, si on se livrait à un examen complet de chaque malade candidat au 606, les accidents minimes, graves ou mortels, attribués facilement à l'arsenobenzol, *ne le seraient plus* (1). Et ce merveilleux spécifique de la spécificité demeurera ce qu'il est, c'est-à-dire *spirochétotrope et pas du tout organotrope*.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

XIIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

[PARIS, 13-16 OCTOBRE 1912 (2).]

THÉRAPEUTIQUE DES SYNDROMES HÉMORRAGIQUES

Rapport par M. Paul CARNOT, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon.

Après avoir, au début de son rapport, exposé que « l'organisme possède plusieurs lignes de défense destinées, les unes à protéger les vaisseaux contre leur rupture, les autres à les oblitérer spontanément si cette rupture se produit, les autres enfin à réparer promptement la perte de sang si celle-ci n'a pu être évitée », M. Carnot montre que la thérapeutique des syndromes hémorragiques devra imiter la nature et être *pathogénique* pour empêcher les hémorragies, *hémostatique* pour les arrêter, *hématopoïétique* pour en réparer les effets.

Pathogénie et thérapeutique pathogénique des syndromes hémorragiques. — Pathogéniquement, les syndromes hémorragiques sont dus soit à une cause *extrinsèque*, infectieuse ou toxique, soit à une cause *intrinsèque*, trouble de l'organisme, soit enfin à des influences extrinsèques et intrinsèques à la fois.

A. SYNDROMES HÉMORRAGIQUES D'ORIGINE EXTRINSÈQUE. — La plupart sont dus à des substances toxiques d'origine microbienne, animale ou chimique.

1° *Syndromes hémorragiques toxi-infectieux*. — Certaines infections spécifiques ont une allure hémorragique très particulière.

La variole hémorragique ou noire se transmet avec ce caractère; elle peut présenter plusieurs formes presque constamment mortelles.

Le sang présente une extrême rareté des hématoblastes et une absence de rétraction du caillot et de transsudation du sérum.

Citons encore la scarlatine maligne hémorragique, la rougeole hémorragique, la diphtérie maligne à syndrome hémorragique, la pneumococcie hémorragique (pneumocoque, streptocoque, pyocyanique, méningocoque), les syndromes hémorragiques syphilitiques, rares, et tuberculeux, fréquents.

Ces infections provoquent des troubles circulatoires de la pression, de la vaso-dilatation; elles provoquent, d'autre part, des altérations du sang et des vaisseaux. Enfin, il peut y avoir altération considérable de différents organes hémato et plasmopoïétiques (moelle osseuse, foie, capsules surrénales).

2° *Syndromes hémorragiques toxiques d'origine animale*. — Ils sont dus à des toxines inoculées dans un but de défense (vipère) ou d'attaque nutritive (suceurs de sang). Citons l'envenimation, l'hémophilie hirudinique. L'hémorragie provoquée par la sangsue présente les caractères des hémorragies hémophiliques, et il semble qu'il s'agisse là d'un artifice propre aux divers animaux suceurs de sang.

3° *Syndromes hémorragiques d'origine toxique*. — Certaines substances toxiques sont hémorragipares en altérant le sang, les vaisseaux ou un viscère ayant un rôle dans le maintien de l'équilibre sanguin. Tels sont le phosphore, le cyanure de mercure, l'alcool, le benzol.

B. SYNDROMES HÉMORRAGIQUES D'ORIGINE INTRINSÈQUE. — Ils sont liés à l'altération des viscères jouant dans le maintien de l'équilibre sanguin un rôle capital (foie, reins, surrénales, moelle osseuse) et plus généralement à l'altération du sang et des vaisseaux. Certains de ces syndromes ont un caractère héréditaire si net qu'il s'agit d'une véritable *diathèse hémorragique*.

1° *Syndromes hémorragiques d'origine hépatique*. — Nous ne ferons que rappeler l'ictère grave, les cirrhoses alcooliques, les hépatites graisseuses. Le foie influe en effet sur la teneur en fibrinogène du plasma, et il a de plus sur le sang une double action coagulante et anticoagulante.

2° *Syndromes hémorragiques d'origine rénale*. — Les affections du rein sont hémorragipares à un moindre degré. Au cours des néphrites aiguës l'hémorragie la plus fréquente est l'hématurie, au cours des néphrites chroniques il y a toute une série d'hémorragies (épistaxis, hémorragies rétiniennes, purpura, etc.).

3° *Syndromes hémorragiques liés à d'autres altérations viscérales*. — Altérations des surrénales, des thyroïdes, des organes hémolymphoïdes.

4° *Syndromes hémorragiques d'origine hématique et vasculaire*. — Ils sont mal définis. Citons la leucémie aiguë et chronique, les purpuras, l'anémie pernicieuse.

L'hémophilie représente probablement un groupement clinique de faits disparates. A côté de la grande hémophilie familiale se rencontrent des cas constituant la petite hémophilie familiale; enfin il existe une hémophilie sporadique acquise.

La *thérapeutique pathogénique* de ces divers syndromes hémorragiques varie naturellement avec leurs causes. Dans les cas infectieux on aura recours quand il existe au traitement spécifique (sérums), et de même dans l'envenimation. Ailleurs nous n'aurons en main que la thérapeutique antiinfectieuse d'ordre général (métaux colloïdaux, injections salines, au nucléinate de soude, bains froids, etc.). Dans les altérations viscérales nous essaierons de l'opothérapie. Mais, bien souvent, vu l'échec de ces moyens, nous devrons lutter contre les hémorragies elles-mêmes.

Physiologie et thérapeutique physiologique des syndromes hémorragiques. — En dernière analyse les syndromes hémorragiques sont dus à une altération vasculo-sanguine. Les vaisseaux altérés se rompent aisément et l'altération du sang explique le défaut d'hémostase physiologique.

(1) L'étude des neurorécidives a montré que le 606 n'y est pour rien et qu'elles doivent être envisagées comme manifestations syphilitiques (voir notre travail, *Clin. opht.*, fév. 1912 et suiv.).

(2) Suite. — *Voir Gaz. des hôpit.*, 1912, nos 122 et 124.

A. Mécanisme des altérations vasculaires. — Les altérations des vaisseaux sont prépondérantes dans certains cas, par exemple dans les syndromes hémorragiques infectieux ou toxiques. Dans les syndromes hémorragiques liés à une altération viscérale, l'altération des vaisseaux semble jouer aussi un rôle important. Dans les maladies du sang, les altérations touchent simultanément les endothéliums vasculaires, les leucocytes et les organes sanguiformateurs.

B. Mécanisme des altérations sanguines. — Un trouble de la coagulation sanguine peut jouer un rôle considérable ou prépondérant dans le mécanisme des syndromes hémorragiques.

1° *Mécanisme physiologique de la coagulation normale du sang.* — La coagulation tient à l'englobement des éléments du sang dans un réseau fibrineux. Or, la *fibrine* qui constitue le réseau provient de la transformation d'un des constituants du sang, le *fibrinogène*, transformation attribuée à l'action d'un ferment, *fibrinferment* ou *thrombine*. Ce dernier, en excès dans le sérum et le caillot après coagulation, ne préexiste dans le sang circulant que sous forme de *proferment ou thrombogène* inactif. *Tout le mécanisme de la coagulation dérive de la transformation du thrombogène en thrombine, celle-ci entraînant la transformation consécutive du fibrinogène en fibrine.* Or, la transformation de la prothrombine en thrombine est commandée par une série d'actions favorisantes ou empêchantes.

Actions activantes. (*Calcium, thrombokinases, etc.*) — L'action favorisante la plus simple et la mieux connue est celle du *calcium*, lequel est indispensable à la coagulation du sang.

Certaines *solutions salines* ont un rôle analogue mais moins spécifique et nécessaire; de même certains *extraits d'organes* (muscle, rate, foie, thymus, sang hétérogène, etc.).

Les éléments figurés du sang (leucocytes, hématoblastes, endothéliums vasculaires) contiendraient et laisseraient échapper la substance activante nécessaire à la transformation du thrombogène en thrombine. C'est là la théorie de la *thrombokinase*, séduisante, mais qui soulève beaucoup d'objections.

Actions empêchantes. (*Sels, antithrombine, antikinases, etc.*) — Les phénomènes *physiques* de contact et de tension superficielle ont un rôle considérable, et des actions *chimiques* agissent aussi pour empêcher la coagulation. Ces dernières agissent d'ailleurs en sens contraire suivant la dose et les concentrations.

Parmi les produits physiologiques empêchants un des mieux étudiés est l'*extrait de tête de sangsue* ou *hirudine*. Citons encore le *liquide de peptone*. Toutes ces substances neutralisent la thrombine. Au contraire les *antikinases*, comme le vaccin de cobra, agissent sur la thrombokinase.

On conçoit d'après ce qui précède qu'à l'état normal le sang reste fluide dans les vaisseaux par suite d'un état d'équilibre entre les substances favorisantes et empêchantes.

Origine des substances agissantes. — L'origine du fibrinogène paraît être multiple, mais une importance prépondérante doit être attribuée au foie. L'origine du thrombogène est mal définie et hypothétique. L'origine du calcium est extrinsèque et se fait par absorption alimentaire. Parmi les substances thrombo-activantes les unes paraissent être d'origine sanguine, les autres d'origine tissulaire, de même les thrombo empêchantes sont vraisemblablement aussi de provenance sanguine et de provenance viscérale.

2° *Mécanisme physiologique des troubles de la coagulation.* — L'analyse des rapports entre les troubles de l'hémostase et ceux de la coagulation consiste à comparer la vitesse d'hémostase et celle de coagulation.

Recherche du temps de saignement. — La vitesse d'hémostase s'apprécie in vivo par la *méthode de Duke*, c'est-à-dire la piqûre du lobule de l'oreille. L'écoulement varie de durée, de régularité et d'intensité suivant que l'état est normal ou pathologique.

Recherche du temps de coagulation. — Elle s'apprécie in vitro, mais malgré la simplicité apparente de cette recherche on ne peut se fier qu'aux résultats extrêmes.

C. Mécanisme de la réparation vasculaire. — On connaît bien depuis les travaux de Cornil et de ses élèves l'évolution histologique qui se passe au niveau d'une plaie vasculaire. Ce travail réparateur, actif et prompt chez les normaux, est très inférieur quand la plaie est infectée, ou quand l'organisme lui-même est infecté ou affaibli. Certaines substances coagulantes, mais caustiques, retardent le processus que d'autres au contraire paraissent favoriser.

D. Mécanisme de la réparation sanguine. — Celle-ci est très rapide chez les sujets jeunes et sains, mais elle se ralentit chez les vieillards et chez les sujets affaiblis. Parfois même les hémorragies amorcent une anémie qui persiste par formation d'hémolysines. On peut d'ailleurs, par des procédés divers, injections salines ou d'agents hématopoïétiques, injections de sérums thérapeutiques, aider au processus de réparation.

Thérapeutique pratique des syndromes hémorragiques. — Quand la thérapeutique pathogénique est possible et efficace, ce qui n'est pas toujours le cas, il faut la mettre en œuvre; dans l'hypothèse contraire on agira non plus sur la cause, mais sur l'effet, c'est-à-dire sur l'hémorragie, c'est là une thérapeutique d'urgence.

L'*hémostase locale* est la méthode de choix quand elle est applicable, à savoir quand l'hémorragie est localisée et facilement accessible. Dans le cas contraire il faut avoir recours à l'*hémostase générale*, bien qu'elle ne soit pas toujours sans inconvénients (vaso-constriction générale et hypertension, augmentation générale de la coagulabilité du sang, accidents anaphylactiques). On peut d'ailleurs parfois combiner les deux méthodes.

Nous rappellerons rapidement les agents hémostatiques anciens, dont les uns sont *mécaniques* (compression, forcipressure, tamponnement), et les autres *physiques* (chaleur, froid). Parmi les *médicaments hémostatiques*, les solutions acides et le perchlorure de fer sont de plus en plus abandonnés. L'antipyrine et l'eau oxygénée sont des hémostatiques locaux très employés. Parmi les *vaso-constricteurs*, l'ergot de seigle et l'adrénaline sont fréquemment utilisés; leur action n'est que temporaire et ils élèvent la tension sanguine, aussi leur a-t-on substitué récemment les vaso-dilatateurs qui abaissent la pression et facilitent ainsi la coagulation. Tels sont le nitrite d'amyle et l'extrait de gui.

Ordinairement il faut adjoindre à ces médicaments l'action des *hémostatiques coagulants*, ce sont eux que nous allons étudier.

Les *solutions salines* ont un rôle important et leur action est complexe. Ingestion quotidienne de 1 à 5 grammes de chlorure de sodium ou de sulfate de soude par fraction de 10 centigrammes. Injections sous-cutanées de solutions. Le *chlorure de calcium* s'emploie à la dose de 2 à 4 grammes; en excès il rend le sang incoagulable. Fragmenter les doses. La *gélatine* peut s'employer localement en solution à 5 ou 10 p. 100 dans le sérum physiologique, s'emploie aussi en injections sous-cutanées de solutions, 2 à 5 p. 100, soigneusement stérilisées. La voie buccale est utilisable aussi. Les indications sont très étendues. Contre-indication dans les hémorragies dues à un processus infectieux.

La *propeptone* a été récemment préconisée par Nolf et Herry. Injection sous-cutanée ou intramusculaire de 10 à 20 centimètres cubes d'une solution stérilisée à 5 p. 100. Se méfier des préparations défectueuses.

Le *nucléinate de soude* s'emploie en injections intramusculaires d'une solution à 2 p. 100 dans du sérum physiologique : 0g15 par injection, cinq à six injections à intervalles de cinq à six jours.

Les *opothérapies viscérales* (Gilbert et Carnot, 1896) donnent de bons résultats dans une série d'hémorragies et en particulier dans les diathèses hémorragiques liées à une insuffisance de l'organe correspondant.

L'*opothérapie hématique* peut utiliser le sérum normal d'animaux; c'est l'hétéro-hémothérapie. Le sérum vieilli ou chauffé, seul pratiquement utilisable, s'emploie localement ou en injections. Son emploi doit être réservé aux cas où le temps de saignements dépasse cinq minutes. Résultats très favorables dans l'hémophilie acquise. Crainte d'accidents sériques et anaphylactiques.

Dans l'iso-hémo-thérapie, le sang humain normal peut être injecté dans l'hypoderme soit sous forme de sérum soit sous forme de sang frais défibriné. Pas d'anaphylaxie à craindre, mais dangers d'accidents par infection (syphilis, tuberculose) ou par hémolyse. La transfusion veineuse est naturellement très active, mais elle reste délicate malgré les recherches de ces dernières années; difficile et dangereuse, son application doit être réservée aux cas de gravité extrême.

La méthode des sérums à propriétés activantes renforcées, toute récente et encore à l'étude (P. Carnot), consiste à sélectionner des animaux à sérum particulièrement actif, et à exalter encore cette activité en immunisant l'animal contre des substances anticoagulantes (peptone). On peut encore, par des saignées en séries, rendre le sang des animaux particulièrement thrombo-activant et hématopoïétique.

Il est vraisemblable que dans ces voies nouvelles des progrès importants surviendront encore prochainement.

PHYSIO-PATHOLOGIE DE LA COAGULATION DU SANG

Par P. Nolf.

Physiologie de la coagulation du sang. — On admettait naguère que les cellules blanches contiennent le principe coagulant à l'état de proferment, de prothrombine, qui est activé, changé en ferment, en thrombine, par les sels de chaux du plasma. Devenu thrombine dans le plasma, il opère la transformation du fibrinogène en fibrine par une action catalytique, sans prendre part lui-même à la constitution de la fibrine.

Telle n'est pas la conception de M. Nolf.

Pour qu'un caillot se produise il faut la présence de sels de calcium et de trois substances protéiques : fibrinogène, thrombogène, thrombozyme. Le fibrinogène intervient pour la presque totalité dans la constitution de la fibrine. Cette dernière est donc un complexe protéique.

Thrombozyme et thrombogène en excès s'unissent partiellement entre eux pour constituer une fibrine incomplète, la thrombine.

Tout plasma contenant thrombozyme, thrombogène, fibrinogène et sels de chaux, la coagulation intravasculaire n'est évitée que par la présence de substances anticoagulantes, dont une très importante, l'antithrombine hépatique.

Mais à l'influence anticoagulante de l'antithrombine s'opposent des influences de sens inverse. Des expériences sur le plasma le montrent avec évidence. Ces facteurs sont d'ailleurs innombrables, insolubles ou solubles. L'influence prépondérante de l'ion calcium est bien connue, et parmi les colloïdes il faut citer la lécithine ; ce sont des thromboplastiques.

Entre les influences coagulantes et anticoagulantes existant dans le plasma, s'établit un équilibre correspondant au plus ou moins de stabilité du plasma. Dans la vie normale cette stabilité se maintient, mais quand le sang sort des vaisseaux, soit dans un vase soit dans une plaie, il échappe à l'activité antithrombosique du foie, et la précipitation de la fibrine peut s'opérer.

Contrairement à l'opinion courante, M. Nolf considère comme primitives des altérations du plasma et secondaires celles des cellules.

Sous l'action thromboplastique des sucs de la plaie le plasma tend à se coaguler, et les premiers dépôts de fibrine qu'il abandonne se localisent sur les surfaces dont l'action thromboplastique est la plus forte. Or, celle des leucocytes et des plaquettes l'emporte à ce point de vue sur celle des cellules rouges. En plus des colloïdes et cristalloïdes thromboplastiques, les cellules blanches produisent en effet la thrombozyme, un des constituants de la fibrine, d'où affinité plus grande de la fibrine. Elle se dépose donc sur les cellules blanches de façon à désorganiser le protoplasma cortical, d'où afflux de thrombozyme et de substances thromboplastiques et facilitation de la prise du caillot.

La thrombozyme est également élaborée par les cellules endothéliales des vaisseaux, et le réseau fibrineux contractera donc avec les cellules endothéliales des vaisseaux déchirés les mêmes rapports qu'avec les cellules blanches du sang circulant. Il forme ainsi un lien élastique qui unit ces éléments cellulaires en un barrage qui s'oppose très rapidement à la continuation de l'hémorragie.

Pathologie de la coagulation du sang. — La principale anomalie est l'insuffisance du caillot à remplir ses fonctions hémostatiques. Lorsqu'elle existe seule chez un individu normal par ailleurs on dit qu'il y a hémophilie. L'hémophilie pure paraît être un état constitutionnel, qui frappe plusieurs membres d'une même famille, ceux du sexe masculin de préférence. On a parlé aussi d'hémophilie sporadique à côté d'hémophilie familiale, mais il semble que l'affection soit la même. Il existe par contre de nombreux cas d'hémophilie accidentelle symptomatique avec tendance plus ou moins marquée aux hémorragies spontanées.

a. *Hémophilie congénitale.* — Le plasma ne contient pas plus d'antithrombine que celui des sujets normaux, il renferme autant de thrombogène et de fibrinogène, mais moins de thrombozyme par insuffisance des cellules endothéliales et des cellules blanches. L'affection est probablement imputable à une agénésie des cordons de l'aire vasculaire.

b. *Lésions graves du foie.* — Nous avons vu plus haut que le foie serait l'organe producteur principal du fibrinogène (Nolf, Doyon). L'insuffisance de ce dernier entraînerait l'incoagulabilité du sang.

c. *Purpura.* — Le symptôme dominant est la tendance aux ruptures vasculaires. Suivant que l'affection est limitée à la peau ou s'étend aux réseaux vasculaires des muqueuses et des organes profonds, on parle de *purpura simplex* ou de *purpura hemorragica.* Au point de vue clinique, on distingue des purpuras bénins et graves, aigus, subaigus ou chroniques. Certains purpuras s'accompagnent d'hémophilie, d'autres non.

A l'heure actuelle nous connaissons trois possibilités bien distinctes d'hémophilie spontanée : 1° l'hémophilie familiale, due probablement à l'insuffisance de la thrombozyme du plasma qui conditionne l'hypoplasie de l'appareil producteur de la thrombozyme ; 2° l'hémophilie de l'intoxication phosphorée et chloroformique ; 3° l'hémophilie des purpuras généralisés aigus ou subaigus.

A côté de ces cas réalisant à l'état pur trois pathogénies différentes, on devra sans doute ranger toute une série de formes mixtes où deux et même trois des précédents mécanismes combinent leurs effets.

d. *Hémophilie locale.* — Il s'agit vraisemblablement de lésions endothéliales empêchant la fixation du caillot aux parois.

e. *Incoagulabilité du sang dans l'intoxication propeptonée et dans le shock anaphylactique.* — La première est due à la sécrétion par le foie d'une quantité anormale d'antithrombine destinée à lutter contre l'action coagulante de la propeptone. Le mécanisme est d'ailleurs analogue dans le shock anaphylactique.

f. *Thérapeutique de l'hémophilie.* — Les moyens ordinaires provoquent un raccourcissement très marqué du temps de coagulation. Il est probable qu'en changeant les conditions de la circulation, on draine la lymphe qui agirait sur le sang surtout par la thrombokinase qu'elle apporte.

Les sels de chaux donnent des résultats inconstants. Le sérum frais agit de façon complexe et n'est d'ailleurs pas inoffensif ; la propeptone peut lui être substituée avec avantages. L'action utile de la gélatine s'explique mal.

(*A suivre.*) A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 OCTOBRE 1912)

Recherches sur l'urée. — M. R. Fosse. L'urée est-elle produite uniquement par les animaux ? Signalée jusqu'ici seulement dans quelques champignons elle existe cependant quoique en très faible proportion dans d'autres végétaux ainsi que le montre M. R. Fosse.

C'est ainsi que l'endive et la chicorée frisée, le potiron, le melon, le chou-fleur, le navet, l'épinard, la carotte et même la pomme de terre en contiennent.

Il serait prématuré d'en conclure que l'urée doit être considérée comme un produit physiologique de la cellule végétale. Il est possible que son origine, beaucoup plus lointaine, remonte, soit partiellement, soit en totalité à la terre végétale où l'urée existe et se forme d'après les nombreuses expériences de l'auteur.

Le rôle de la caféine dans l'action diurétique. — MM. Tiffenau et Busquet montrent que la décaféination fait perdre au café la majeure partie de ses effets sur la sécrétion rénale, et que la caféine est l'agent, sinon exclusif, tout au moins principal, de l'action diurétique du café.

Streptocoque sensibilisé et sarcome. — M. Robert Odier.

Sur la nutrition minérale du bacille tuberculeux. — M. B. Sauton.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1912)

Transfusion directe du sang. — M. Netter, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Oui [de Lille] (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 125, p. 1734), communique un cas de transfusion directe du sang opérée dans un cas désespéré et qui, après une légère poussée d'ictère, fut suivie d'une parfaite guérison.

Eaux minérales. — M. Maillière lit un rapport sur des demandes en autorisations d'exploiter de nouvelles sources.

Consultations orthopédiques scolaires. — M. Kirmisson fait un rapport sur un travail intéressant de M. Gourdon (de Bordeaux) relatif aux bons résultats fournis par ces consultations orthopédiques dans les écoles de Bordeaux.

La déclaration obligatoire de la tuberculose. — M. Bucquoy communique une note de M. Marquey (d'Hyères) dans laquelle l'auteur combat la déclaration obligatoire de la tuberculose.

— Le reste de la séance est consacré à des lectures de travaux qui seront l'objet de rapports.

Mesure de la surface du corps. — M. Roussy fait une communication sur une théorie mathématique de la loi géométrique de la surface du corps de l'homme de dimensions quelconques.

Immunité humorale dans ses rapports avec l'immunité cellulaire. — M. Camus lit une note sur ce sujet.

Sur quelques faits nouveaux relatifs à l'action physiologique des venins. — M. Deleyenne communique un travail très documenté sur cette question.

De l'action du froid sur la surface cutanée. — M. Hallion lit un travail sur ce sujet d'où il résulte que le froid, en agissant sur la surface de la peau, tend à y diminuer l'intensité de la circulation. Ce fait, déjà admis depuis longtemps, est aujourd'hui démontré physiologiquement, et on peut, au point de vue thérapeutique, faire fonds sur cette donnée.

ANALYSES

MÉDECINE

Recherche positive du bacille de la lèpre dans le contenu d'une pustule vaccinale chez un lépreux. (L. Mérian. *Cent. f. innere Med.*, 5 oct. 1912, n° 40, p. 989.) — Brown en 1888 pensait déjà que la vaccination de bras à bras pouvait être un moyen important de propagation de la lèpre.

Gardner a rapporté en 1887 un fait d'inoculation de la lèpre à un enfant sain par de la lymphe vaccinale provenant d'un enfant lépreux. Arning chez un lépreux trouva du bacille de Hansen dans la lymphe et dans les croûtes de pustules vaccinales et il fait remarquer qu'à Havaï la lèpre prit brusquement une grande extension après qu'une épidémie de variole eut contraint de vacciner en masse la population.

Mérian rapporte l'histoire d'un jeune homme, originaire de Constantinople, qui fut admis dans le service d'Eichhorst à Zurich pour une maladie fébrile s'accompagnant de douleurs articulaires, d'œdèmes, d'éruption cutanée caractérisée par des plaques et des nodosités érythémateuses, d'iritis et d'irido-cyclite. En raison de l'origine du malade, on pensa en face de cette affection à la possibilité de la lèpre. Le bacille de Hansen ne put être décelé dans le mucus nasal, mais on le trouva facilement dans la sérosité de vésicules apparues dans la région précordiale consécutivement à l'application d'un sachet de glace. On dut vacciner le malade.

Deux jours après apparurent au niveau des points d'inoculation de petites pustules dans le contenu desquelles on trouva du bacille de Hansen typique.

A. LEMIERRE.

MÉDECINE INFANTILE

Les lésions du cartilage de conjugaison chez un achondroplase de trois ans. (L. TIXIER. *La Pédiatrie pratique*, 25 sept. 1912.) — L'auteur a étudié spécialement le tiers supérieur du fémur.

Les modifications macroscopiques ne sont pas appréciables ; la ligne d'ossification n'est ni plus ni moins sinueuse ou irrégulière que sur un os normal ; à la loupe cependant on constate que la ligne bleutée qui correspond à la zone d'ossification normale a par places des dimensions très restreintes. Les modifications microscopiques sont plus importantes.

Le *cartilage épiphysaire* contient moins de cellules cartilagineuses que normalement ; les logettes des cellules sont plus distantes les unes des autres ; l'*os spongieux* est constitué par des travées petites, irrégulières, tapissées par un nombre restreint d'ostéoblastes. Les vides sont comblés par une moelle osseuse abondante ; les vésicules graisseuses y sont plus rares que de coutume, les vaisseaux, les capillaires sont gorgés de sang. *Au voisinage de la ligne d'ossification* du côté du *cartilage épiphysaire*, les cellules cartilagineuses sont pour la plupart dépourvues d'activité prolifératrice. De même ces cellules n'ont aucune tendance à s'agglomérer et à se disposer en séries linéaires.

La *ligne d'ossification proprement dite* est de dimensions réduites. Elle est bordée du côté de l'os par une mince bande de substance fondamentale ossifiée, presque continue, bordée d'ostéoblastes et directement en rapport avec la moelle osseuse. En certains points on observe des îlots de substance fondamentale presque dépourvus de cellules, mais présentant une affinité tinctoriale intermédiaire entre celle de la substance fondamentale du cartilage, et celle de l'os ; en d'autres points on assiste à une ossification irrégulière, par places surtout, on voit une lame de tissu fibreux adulte qui sépare nettement le cartilage, de l'os spongieux ; les faisceaux conjonctifs de cette zone sont inégaux, les uns grêles, les autres épais. En résumé, ce qui domine ce sont les lésions de la ligne d'ossification dont le point de départ semble résider dans une anomalie évolutive de la cellule cartilagineuse ; à retenir surtout le *polymorphisme des modifications du cartilage de conjugaison* suivant tel ou tel point : l'achondroplasie s'associe parfois au *rachitisme* : il existe cependant entre ces deux affections des différences fondamentales.

Chez les rachitiques il existe une hyperplasie insolite des cellules du cartilage aboutissant à la constitution d'un tissu pathologique, tissu chondroïque des nervures, tandis que la coupe d'un os d'achondroplase montre un ralentissement manifeste dans la multiplication des cellules du cartilage ; il semble donc qu'il y ait absolument opposition entre ces deux affections.

B. GAYARD.

Des épisodes méningés tuberculeux curables. (BARBIER et J. GOUGELOT. *Arch. de méd. des enf.*, avril 1912.) — Chez certains enfants suspects de tuberculose latente ou en évolution, n'est-il pas possible de rapporter au bacille tuberculeux certains symptômes cérébraux transitoires plus ou moins atténués, mais d'apparence nettement méningée, que l'on se refuse jusqu'ici à considérer comme tuberculeux ? Tel est le problème que les auteurs ont essayé de résoudre.

Les observations de guérison de la méningite tuberculeuse sont loin d'être toutes démonstratives ; il faut éliminer d'abord celles qui, anciennes, n'ont pas d'autre fondement que l'examen clinique ; il faut ensuite examiner de très près celles qui, après avoir présenté une rémission plus ou moins longue, se sont enfin terminées par la mort.

Un examen méthodique des observations de ce second groupe montre qu'il s'est agi chez ces malades d'une succession d'épisodes méningés laissant ou non à leur suite des séquelles, des troubles intellectuels, de la vue, etc.

Mais quelquefois ces localisations atténuées sur les méninges pourront ne se révéler que par des symptômes isolés dont les relations avec la tuberculose des méninges n'apparaissent pas tout d'abord. Parmi ceux-ci il faut signaler le *zona*, certains *phénomènes douloureux* dans le domaine des nerfs périphériques ; il semble bien qu'il s'agit là de localisations spéciales et limitées du processus tuberculeux sur les racines rachidiennes et qui sont à rapprocher des radiculalgies et des radiculites tuberculeuses étudiées par Tinel.

On peut encore considérer comme symptomatique d'une de ces réactions méningées curables, la *céphalée* dite de croissance, l'*arrêt de développement de l'intelligence*, certaines formes de *paralysie générale juvénile*.

On peut admettre que les lésions de ces méningites curables sont constituées ou bien par des méningites granuleuses, partielles, localisées, ou par des méningites séro-fibrineuses à faible épanchement. Ces formes sont assez fréquentes, et une enquête bien conduite auprès des parents qui amènent un grand enfant atteint cette fois d'une vraie méningite montre souvent l'existence antérieure de ces poussées de méningite curable dont on retrouvera d'ailleurs des traces indiscutables à l'autopsie.

Ces épisodes méningés s'observent surtout chez des sujets de sept à quatorze ans atteints soit de tuberculose ganglionnaire latente, soit de tuberculose des séreuses. Quant à la durée de la guérison, elle dépend essentiellement de l'hygiène à laquelle le petit malade aura été soumis. Il faut signaler les dangers du surmenage intellectuel ou physique, du bord de la mer, des altitudes trop élevées.

B. GAYARD.

CHIRURGIE

Observations sur la symptomatologie et le diagnostic des côtes cervicales. (Joseph L. MILLER. *Amer. journ. of the med. sc.*, vol. CXLII, déc. 1911, pp. 811-815). — **Première côte dorsale anormale simulant une côte cervicale.** (Jacob HVOSLEF. *Journ. Minnesota state med. assoc., and Northwestern Lancet*, vol. XXXI, n° 11, 1er juin 1911, pp. 251-253.) — Les côtes cervicales continuent à être étudiées en Amérique, où les observations deviennent très fréquentes, tandis qu'elles restent rares en Allemagne et surtout en France. En seize mois, Miller a observé 8 cas de côtes cervicales, dont 7 bilatéraux. Comme toujours, malgré la bilatéralité des lésions, les symptômes étaient unilatéraux dans les trois quarts des cas, et siégeaient du côté le plus affecté. Pourtant il n'est pas nécessaire qu'une côte soit longue pour qu'elle soit l'origine de symptômes : dans ce cas, songer à une compression possible par un trousseau fibreux qui très fréquemment part du som-

ment d'une côte courte et la relie à la première côte. Une radiographie systématique de tous les cas de névralgie brachiale persistante, de crampe des écrivains, de maladie de Raynaud, d'atrophie des extrémités, donnera la clef du problème dans bien des cas. Cinq des huit cas de Miller furent opérés, avec guérison permanente des troubles.

A propos de côtes cervicales, l'histoire des cas de Jones est intéressante. En 1893, Jones publia un article sur six cas d'atrophie progressive des muscles de l'éminence thénar et de l'hypothénar. En 1901, Ballard prouva que ces troubles étaient dus à une irritation de la première racine dorsale. L'hypothèse d'une côte cervicale fut émise pour la première fois par Thorburn en 1904, onze ans après l'article de Jones. Alors celui-ci fit rechercher ses anciens malades et eut la bonne fortune d'en retrouver la plupart; il les fit radiographier. Tous avaient des côtes cervicales bilatérales.

Inversement, dans le cas de Hvoslef, il y avait tous les symptômes d'une côte cervicale, douleur, engourdissement, crampes, phénomènes vasculaires, et l'examen sommaire d'une radiographie semblait confirmer le diagnostic; mais un examen plus approfondi fit voir qu'il s'agissait d'une première côte dorsale anormalement développée et épaisse, et s'articulant par une facette et des ligaments avec la deuxième côte. L'extirpation, assez délicate, fut suivie de guérison complète.

F. GARDNER.

GYNÉCOLOGIE

De l'éthertropfnarkose en gynécologie. (M. DE ROUVILLE (de Montpellier), professeur adjoint, chirurgien de la clinique gynécologique. *La Gynécologie*, 1912, n° 3, p. 137-143.) — Depuis deux ans, M. de Rouville emploie l'éthertropfnarkose, c'est-à-dire l'administration de l'éther à doses faibles et continues suivant la méthode du goutte à goutte, et il en obtient les meilleurs résultats dans toutes les opérations gynécologiques, colporraphies, périnéorraphies, cures de fistules vésico-vaginales par le vagin ou par le ventre, colpotomies, amputations du col, curettage, annexectomies, annexo-appendicectomies, ovariotomies, greffes d'ovaire, hystérectomies pour fibromes, pour cancers, pour annexites, etc.

Dans l'immense majorité de ses anesthésies, l'opérateur a vu disparaître l'excitation du début, les sentiments d'angoisse et de suffocation; ses malades n'ont eu aucun vomissement pendant l'intervention; très rarement, ils ont vomi après de façon modérée; le sommeil s'est toujours produit très vite, en moins de deux minutes, et ses malades ont dormi profondément sans qu'aucun incident, si ce n'est parfois une légère sialorrhée, soit venu troubler le cours régulier de la narcose; le pouls témoignait par ses pulsations régulières et énergiques de l'heureuse influence de l'éther sur le muscle cardiaque, et la respiration a toujours été large et régulière. Or, cette sécurité absolue au cours de l'éthertropfnarkose, cette constance dans les effets de ce mode d'anesthésie, M. de Rouville l'attribue à la substitution qu'il a faite du pantopon à l'atropo-morphine ou à la scopolamine-morphine dans ses injections préanesthésiques. Autrefois, il avait divers incidents, des alertes, des menaces de syncopes; depuis qu'il emploie exclusivement le pantopon en injection de 2 centigrammes, une demi-heure avant l'anesthésie, ces incidents sont devenus tout à fait exceptionnels; pour M. de Rouville, cette injection antéopératoire de pantopon constitue un adjuvant précieux de l'éthertropfnarkose, et fait de cette dernière, si supérieure en soi à l'éthérisation massive, la méthode anesthésique de choix. Ces résultats si intéressants sont à rapprocher des conclusions de l'article de M. Leriche (*Lyon chirurgical*, 1911, p. 200) qui déjà déclarait avoir obtenu des effets excellents de l'injection préopératoire de pantopon, également vantée par M. Leipoldt dans le *Lancet*, n° 9563, p. 368.

L. GAYARD.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

LES ARTHROPATHIES NERVEUSES

DÉFINITION. — Il est assez difficile de définir et surtout de limiter très exactement, ce qu'il faut entendre par « arthropathies nerveuses ». En effet le système nerveux intervient au cours de toute détermination articulaire, même du rhumatisme et cependant il ne s'agit pas toujours d'*arthropathie nerveuse*; d'autre part au cours de maladies nerveuses comme l'hémiplégie, on voit se développer des arthrites, nullement nerveuses, mais presque toujours au contraire de nature infectieuse; enfin dans les maladies par ralentissement de la nutrition ou autotoxiques, comme le rhumatisme chronique par exemple, il est incontestable que le système nerveux joue un rôle important dans la détermination des manifestations articulaires.

Aussi certains auteurs (Londe) réservent-ils le nom d'arthropathies nerveuses aux seules arthropathies du tabes et de la syringomyélie parce qu'elles auraient seules une origine nerveuse incontestable; nous verrons cependant que l'origine nerveuse des arthropathies tabétiques est vigoureusement contestée par M. Babinski et son élève Barré, pour lesquels l'arthropathie tabétique ne serait pas tabétique, mais dépendrait uniquement de lésions artérielles et veineuses d'origine syphilitique.

Néanmoins on peut décrire comme arthropathies nerveuses celles qui reconnaissent, à leur origine, l'action exclusive ou prédominante du *système nerveux*, qu'il s'y associe ou non d'autres causes (infection atténuée, troubles glandulaires, etc.); il faudrait ajouter également certaines arthralgies d'ordre hystérique (Crespin).

Nous prendrons comme type clinique de description l'ostéo-arthropatie tabétique, bien que son origine nerveuse soit aujourd'hui contestée, car elle représente le type le mieux individualisé. Nous énumérerons ensuite quelques autres variétés d'arthropathies nerveuses. Nous indiquerons pour chacune d'elles les diagnostics à discuter, les lésions anatomiques qui les déterminent et la pathogénie spéciale que l'on a invoqué dans chaque cas.

SYMPTOMATOLOGIE. — **Arthropathie tabétique.** — Cette arthropathie a été décrite par Charcot; elle est assez fréquente (4 à 5 p. 100 des cas de tabes). Elle s'observe soit au début (tabes incipiens), soit à la phase de développement de l'incoordination motrice, soit à la période terminale. Elle se localise souvent aux grosses articulations, genou, hanche, épaule, mais elle peut atteindre d'autres articulations. Le plus souvent le début est brusque, sans douleur préalable, sans traumatisme; quelquefois on note quelques craquements; Barré insiste sur le fait que les malades ont souvent souffert de leur articulation quelque temps auparavant. Le gonflement de l'articulation est le premier symptôme observé.

La peau est lisse, distendue, sillonnée de veines; l'infiltration dépasse les limites de l'articulation : c'est un œdème dur qui ne garde pas l'empreinte des doigts. Il n'est pas douloureux, et ne présente aucun caractère inflammatoire : il n'est pas rare de constater une ecchymose; l'épanchement articulaire se fait en quelques heures : son maximum est atteint en quelques jours; il s'agit d'un épanchement soit séro-hématique, soit hématique pur. Parfois la marche est encore possible alors même que l'arthropathie siège au genou; parfois l'impotence est absolue.

A la palpation, on constate la présence de craquements; l'articulation présente une laxité énorme des ligaments. On sent des masses dures, semi-molles, qui roulent et fuient sous les doigts (sensation de sac de noix de Déjerine); ce sont des surfaces articulaires qui ont perdu tout contact entre elles, ce sont des lambeaux de synoviale ossifiés, ce sont des corps étrangers articulaires. Dans d'autres cas, surtout à l'épaule,

l'arthropathie est *atrophiante* sans épanchement; c'est le type atrophique qui est à opposer au type *hypertrophique* que nous venons de décrire; l'articulation est souvent le siège d'anesthésie profonde.

L'*examen radioscopique* montre au niveau des articulations, un double processus d'atrophie et de rénovation osseuse. Les examens de laboratoire portant sur le liquide épanché (cytologie, recherche du tréponème, Wassermann) ne donnent aucun renseignement intéressant.

La résorption du liquide épanché est très lente; elle peut durer jusqu'à six mois, un an; dans les cas graves on peut observer des luxations, des ruptures de ligaments, des altérations considérables des surfaces articulaires (atrophie ou hypertrophie), une atrophie rapide des masses musculaires. On peut observer encore, à titre de complications, la fracture spontanée d'une extrémité articulaire, des ruptures tendineuses, l'issue à travers la peau des extrémités articulaires, la *suppuration.*

C'est le genou qui est le plus souvent pris; fréquemment l'arthropathie est bilatérale, symétrique.

L'arthropathie tabétique peut s'observer au début du tabes : elle peut être l'unique symptôme apparent d'un *tabes* (tabes monosymptomatique) : en présence d'une telle arthropathie l'on devra rechercher avec grand soin les principaux signes du tabes (état des réflexes, signe d'Argyll-Robertson, modifications du liquide céphalo-rachidien, troubles sensitifs, des sphincters, troubles de la motilité oculaire, etc.). D'après Babinski et Barré, on aurait décrit comme arthropathie tabétique, des arthropathies à type tabétique, ne s'accompagnant d'aucun signe de tabes, qui seraient tout simplement des arthropathies syphilitiques sur la pathogénie desquelles nous reviendrons.

Nous allons rapidement passer en revue d'autres types cliniques d'arthropathies nerveuses.

L'**arthropathie syringomyélique** ressemble beaucoup à la précédente : le début est brusque, quelquefois précédé d'un traumatisme; on perçoit des craquements au niveau de l'articulation et très rapidement une hydarthrose assez abondante s'installe. La dislocation articulaire est assez accusée : l'arthropathie est soit atrophiante, soit hypertrophiante. La localisation se fait surtout aux épaules, au coude, au poignet; souvent elle est bilatérale, mais rarement symétrique : la douleur fait le plus souvent défaut; on observe souvent, au niveau de l'articulation. de l'anesthésie dissociée. La suppuration peut se produire; elle se termine par la guérison; les fractures ne sont pas exceptionnelles, elles se consolident en général bien. La *radioscopie* montre la résorption du squelette, et l'absence de rénovation osseuse.

Les **arthropathies des paralytiques généraux** résultent le plus souvent de la coïncidence du tabes et de la méningo-encéphalite.

Les arthropathies observées au cours de l'*atrophie Aran-Duchenne* ressemblent absolument aux variétés précédentes.

L'**arthropathie des hémiplégiques** est assez fréquente; elle se localise de préférence à l'épaule, du côté hémiplégié; on constate à la radiographie l'atrophie des extrémités osseuses. Elle apparaît assez longtemps après le début de l'hémiplégie; elle est souvent d'origine infectieuse.

L'**hydarthrose périodique intermittente** est rapprochée par bon nombre d'auteurs des arthropathies nerveuses; pour Ribierre et Marquet elle relèverait d'un trouble thyroïdien.

Le **rhumatisme chronique déformant** relève, pour une bonne part, d'un trouble trophique du système nerveux (Teissier); il en est de même des troubles articulaires que l'on peut observer à la suite de lésions des nerfs périphériques, ainsi que de la tumeur dorsale du poignet. Enfin, au cours de la paralysie infantile, des myélites les plus variées, on décrit des arthropathies dans lesquelles en même temps que l'infection, le système nerveux joue un rôle important; certains auteurs rapportent même à une origine nerveuse la luxation congénitale de la hanche.

L'**arthralgie hystérique** se caractérise en général par l'absence de signes objectifs et les heureux effets de la suggestion.

DIAGNOSTIC. — En présence d'une arthrite non douloureuse, à début brusque, avec épanchement séro-hématique, on pensera tout de suite à une arthropathie tabétique ou syringomyélique, et l'on recherchera les symptômes de ces deux affections. S'il n'existe pas de signes de tabes, avant de conclure au tabes monosymptomatique, on s'arrêtera au diagnostic d'arthropathie à type tabétique, d'origine syphilitique (Barré). On éliminera rapidement l'arthrite blennorragique, l'hydarthrose tuberculeuse, rhumatismale, syphilitique, phlébitique, l'hydarthrose et l'hémarthrose traumatiques, voire même dans certains cas l'*ostéosarcome.*

De toutes manières, à l'occasion de l'apparition d'une arthropathie chez un sujet atteint d'une affection du système nerveux central ou périphérique, avant de conclure au diagnostic d'arthropathie nerveuse pure, on s'assurera qu'il ne s'agit pas d'une infection surajoutée; ce qui est assez fréquent surtout dans l'hémiplégie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'ostéoarthropathie tabétique est caractérisée par un épanchement séreux, fibrineux, hémorragique ou purulent; on trouve des néoformations intraarticulaires, des fractures épiphysaires. La capsule est flasque, ramollie, les ligaments sont détruits. M. Barré insiste sur l'importance des lésions artérielles et veineuses périarticulaires. Les lésions osseuses s'établissent selon deux types, un atrophique avec destruction du cartilage et de l'os, un hypertrophique. Il en est à peu près de même dans la syringomyélie. Dans l'hémiplégie (Déjerine) on constate la présence de synovites : la synoviale est rouge, ecchymotique; elle forme un bourrelet turgescent autour des surfaces diarthrodiales. On note parfois des lésions osseuses.

PATHOGÉNIE. — Charcot invoquait des *lésions des cornes antérieures* (centre trophique) pour expliquer l'ostéoarthropathie tabétique; en l'absence de lésions de ces cellules, Déjerine incrimine l'action des *nerfs périphériques*; Volkmann leur reconnaît une origine *traumatique*; Strumpell les considère comme des *arthropathies syphilitiques.* Pour Babinski et son élève Barré, l'arthropathie tabétique des classiques n'est pas tabétique, elle n'est pas un trouble trophique d'origine nerveuse; elle appartient au chapitre de l'*artérite et de la phlébite syphilitiques des membres.* Parfois enfin, même au cours du tabes, de la syringomyélie, on doit incriminer l'*infection* au lieu d'un trouble trophique du système nerveux. Crespin invoque dans certaines conditions le rôle de la *névrite radiculaire.* En dehors du tabes il est des névrites traumatiques, s'accompagnant d'arthrites non infectieuses, méritant le nom d'arthropathies nerveuses et simulant le rhumatisme chronique aigu ou subaigu. L'arthropathie de l'hémiplégie est attribuée par certains auteurs à la seule immobilisation des jointures, par d'autres presque exclusivement à l'infection surajoutée; il semble bien qu'il faille faire néanmoins intervenir ici le rôle du système nerveux, comme on le fait encore intervenir (Teissier) dans la pathogénie des divers rhumatismes chroniques. En résumé il ne faut pas faire jouer au système nerveux un rôle trop exclusif. Il faut en outre invoquer, suivant les cas, le rôle des infections atténuées, d'altérations glandulaires, artérielles, etc., qui agissent, dirigées ou favorisées par le système nerveux, pour réaliser l'ostéoarthropathie.

PRONOSTIC. — Le pronostic est très variable suivant la variété d'ostéoarthropathie : en général il est grave en raison des désordres profonds de l'articulation, des complications qui peuvent se produire (luxations, ruptures ligamenteuses) et de l'atrophie musculaire.

TRAITEMENT. — Il consiste à immobiliser l'articulation, pour éviter les luxations; on pratiquera de la révulsion, du massage, de l'électricité, pour lutter contre l'atrophie musculaire. En raison de leur nouvelle conception pathogénique, MM. Babinski et Barré préconisent le traitement spécifique dans les arthropathies dites tabétiques, et surtout les applications locales de pommade mercurielle, technique encore bien discutée. Dans certains cas (tropho-névrose, rhumatisme chronique, etc.), on aura recours au traitement thyroïdien.

BIBLIOGRAPHIE. — Traités classiques. — MAIGNON. Th. de Paris, 1911. — BARRÉ. *Les ostéoarthropathies du tabes, étude critique*, Th. de Paris, 1912. — CRESPIN. Les arthropathies nerveuses. Rev. gén., *Gaz. des hôpit.*, 1912. — *Journ. méd. français*, sept. 1912.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LÉVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 128. — SAMEDI 9 NOVEMBRE 1912. 85e ANNÉE. SAMEDI 9 NOVEMBRE 1912. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 6 novembre. — MM. Dragatzis, 5; Leroux, 7; Audain, 11; Loyauté, 4; Meugé, 11; Pichon, 10; Boucheron, 7; Hartemann, 10; Penot, 7; De Pontich, 4.

Séance du 7 novembre. — MM. Grimbert, 2; Walther, 8; Fournier (Jacques), 6; Frédault, 9; Mlle Cosmovici, 8; MM. Marie, 6; Larangot, 5; Laburthe-Tolra, 8.

Anatomie. — Séance du 7 novembre. — MM. Lépine, 12; Joanny, 8; Evrard, 11; Cornet (Pierre), 8; Remilly, 7; Malassez, 8; Dugué, 7; Malet (Louis), 9; Breger, 8.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — *Anatomie.* — Séance du 7 novembre. — Question donnée : « Configuration extérieure et rapports des reins. »

MM. Aurousseau, 18; Haridi, 13; Azoulay (Robert) et Abbas, 16; Djismedjian, 8; Gaillard, 18; Arcé, 14; Dubarry, 13; Charlot, 16; Chaussi, 12; Chevallier, 14; Chandebois, 16; de Douhet, 13; Mlle Gérin, 14; M. Germain, 15; Mlle Deromps, 16; MM. Girand, 12; Chomette, 13; Beau, 9; Denoyelle, 16; Beugnot, 10; Frégier, 13; Grenier, 18.

Deuxième séance du 7 novembre. — Question donnée : « Os iliaque. »

MM. Baby, 13; Cruchand, 11; Amabilis, 12; Duhazé, 13; Chastang, 15; Gayet, 16; Bühler, 13; Ardillier, 15; Chambas, 13; Engelhard et Godard (Henri), 14; Gervais, 13; Chrétien, 8; Delcamp, 16; Girard (Jean), 15; Charpin, 19; Deroche, 15; Enot, 13; Girard (André), 12; Ebrard, 15; Desgranges, 16; Delperier et Dupouy, 14; Didry, 11.

POLYCLINIQUE H. DE ROTHSCHILD (199, rue Marcadet, Paris). — Un concours sera ouvert, le 20 décembre 1912, à la polyclinique H. de Rothschild, 199, rue Marcadet, à Paris, à une heure de l'après-midi, pour la nomination de deux internes en médecine et en chirurgie.

Le registre des inscriptions sera clos le 15 décembre, à six heures du soir. Les candidats sont priés d'adresser leur demande d'inscription à la directrice de cet établissement.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — Un concours s'ouvrira, le 5 mai 1913, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lille, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— MARSEILLE. — a. *Enseignements coloniaux.* — La préparation des candidats aux diplômes d'études coloniales sera faite à l'école de médecine et de pharmacie de Marseille du 10 janvier au 23 mars 1913 et du 10 avril au 30 juin 1913.

Voici le programme des cours :

M. Treille, professeur de clinique des maladies exotiques : Maladies des professions maritimes et coloniales, maladies des marins, chauffeurs, mécaniciens, matelots de pont, etc., dans les mers chaudes, consécutives aux influences climatériques et aux milieux spéciaux des colonies. Maladies des résidents coloniaux, recherches cliniques sur le sang et les humeurs dans les maladies tropicales parasitaires rapportées à Marseille.

M. Gauthéri, chargé de cours de pathologie et de bactériologie des maladies coloniales (suppléé par M. Raybaud) : Les maladies coloniales, technique microscopique, son application, diagnostic de ces maladies.

M. Jacob de Cordemoy, chargé de cours d'histoire naturelle coloniale : Les hématozoaires, leur biologie, leur rôle en pathologie exotique; les mycoses.

M. Raynaud, chargé de cours d'hygiène coloniale et climatologie : Hygiène des pays chauds, épidémiologie des pays chauds.

b. *Ecoles de santé militaire.* — Des cours préparatoires aux écoles de Lyon, Bordeaux, Marseille seront organisés pendant l'année scolaire.

LA VENTE DE CHARITÉ DE LA MAISON DU MÉDECIN. — Une vente de charité est organisée par la *Maison du Médecin*, au bénéfice de l'œuvre. Cette vente aura lieu les samedi 23 et dimanche 24 novembre dans les salons de la Faculté de médecine (appartements du doyen) obligeamment prêtés par M. Landouzy.

De nombreuses femmes, filles, sœurs de confrères ont déjà apporté leurs concours; les différents comptoirs rivaliseront d'élégance, de bon goût, et lutteront pour détenir le record du plus gros chiffre.

D'autre part, les objets envoyés pour être mis en vente arrivent déjà nombreux au siège social. Le Conseil d'organisation prie nos confrères et leurs familles qui voudraient adresser un objet pour la vente de l'envoyer sans tarder à l'adresse suivante : *Vente de Charité de la Maison du Médecin, Faculté de médecine, Paris.* Adresser la correspondance au nouveau siège social, 9, *rue d'Astorg, à Paris.*

Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que, dans cette circonstance, certaines personnalités, complètement étrangères au corps médical, ont tenu à collaborer largement à cette manifestation charitable. C'est ainsi que les directeurs du *Bon Marché*, ont promis d'achalander tout un comptoir, à leurs frais. C'est un beau geste que d'autres déjà ont imité.

REVUE GÉNÉRALE

LA SPONDYLITE TYPHIQUE

PAR MM.
R.-J. WEISSENBACH et J. BONHOURE,
Interne Externe
des hôpitaux de Paris.

La spondylite typhique, encore appelée typhoïd spine, spondylarthris typhosa, périspondylite typhique, est une complication de la fièvre typhoïde due à la localisation du bacille d'Eberth au niveau du rachis. Bien connue en Amérique et en Allemagne, cette affection a été assez rarement signalée dans les autres pays; en France, en particulier, les premières observations rapportées avec quelque détail sont de date toute récente.

I

Historique. — C. Gibney, le premier, devant la Société américaine d'orthopédie, au mois de septembre 1889, attira l'attention sur « un état inflammatoire particulier de la colonne vertébrale se déclarant chez les convalescents de fièvre typhoïde » qu'il considérait comme une « séquelle » de cette maladie et désigna du nom de « typhoïd spine », terme sous lequel elle est connue dans les publications de langue anglaise. Il appuyait sa description sur l'étude de trois cas personnels.

Dans la discussion qui suivit cette communication, Schaffer dit avoir déjà observé un cas identique qui se termina par la mort. George signala également un cas semblable terminé par la guérison. Fussel, la même année, rapporta une observation nouvelle.

L'année suivante, Pepper dans l'*American Texbook of Medecine* traitant des lésions osseuses consécutives à la fièvre typhoïde faisait allusion à deux cas analogues.

En 1891, Gibney publie l'observation d'un malade atteint de typhoïd spine de la région cervico-dorsale. Eskeridge, en 1893, puis Study, signalent deux cas nouveaux.

En 1894 et 1895, Osler publie six cas personnels, mais il met en doute l'origine osseuse de cette affection en se basant sur l'absence de points douloureux bien localisés au niveau de la colonne vertébrale, et considère la typhoïd spine comme une névrose.

Ces premiers travaux sur la question viennent tous, sans exception, des Etats-Unis, et ce n'est qu'en 1896 que Klein, dans un travail sur les affections des os au cours des maladies infectieuses, cite le cas d'un malade atteint de spondylite typhique et soigné à la clinique de Kiel dans le service du professeur Quincke.

En 1898, Newcomet, puis Quincke, l'année suivante, Konitzer, Muller, Fichtner en Allemagne, et Painter aux Etats-Unis signalent des cas nouveaux.

En 1901, paraît la première observation italienne rapportée par Bonnardi. La même année, en Russie, Schmitz, puis Winokurow, signalent deux cas de spondylite.

En 1902, Pallard rapporte un cas observé en Suisse.

A partir de cette époque, les observations se multiplient à l'étranger, la plupart d'entre elles accompagnées d'examens radiographiques portant à une centaine le nombre de cas publiés, et dont on trouvera l'énumération complète à la bibliographie.

En France, le premier cas observé est celui de Bar suivi à Lyon; cette observation est succinctement rapportée dans le travail de Pallard.

En 1911, paraissent simultanément les observations de Curtillet et Lombard, d'Ardin-Delteil et Coudray, et en 1912 le cas d'Ardin-Delteil, Raynaud et Coudray, suivi comme les deux précédents à Alger.

En septembre et en octobre 1912, Verdoux, Auclair et Weissenbach rapportent les trois premiers cas parisiens.

Dans la littérature médicale française, la description des symptômes de la spondylite typhique est à peine esquissée, et les ouvrages classiques, même les plus récents, ne lui consacrent que quelques lignes. Il faut excepter toutefois l'excellente revue de Médecine pratique, parue dans la *Gazette des hôpitaux* le 13 juin 1911, où Lance a fait de la spondylite typhique une étude brève, mais précise et documentée.

II

Etiologie. — La spondylite typhique est une affection rare, et il est encore très difficile de se rendre un compte exact de sa fréquence, mais si l'on songe qu'elle était ignorée avant Gibney, qu'elle n'a été bien connue, ensuite, que dans les pays de langue anglaise, qu'en France en particulier les premières observations sont toutes récentes; il faut bien admettre qu'on l'a pendant longtemps confondue avec d'autres affections : mal de Pott, lumbago, sciatique, etc., et il est logique de penser que le jour où les médecins connaîtront mieux sa symptomatologie, la spondylite typhique apparaîtra comme moins exceptionnelle qu'on ne le croit aujourd'hui.

Il est difficile de se faire une idée de sa fréquence par rapport à celle de la fièvre typhoïde. « Sur 1800 cas de fièvre typhoïde, dit Halpenny, je n'ai vu qu'un seul cas de typhoïd spine; cette complication est si rare, qu'il serait bien inutile d'essayer de faire actuellement un pourcentage. » Depuis 1889, on ne trouve signalés dans la littérature médicale qu'une centaine de cas de spondylite typhique, et ce chiffre est évidemment infime, si on le met en parallèle avec le nombre considérable des cas de fièvre typhoïde, qui ont dû être observés pendant ces vingt-trois dernières années.

Cette complication s'observe surtout chez des adultes. Dans les cas publiés la fréquence par rapport à l'âge est la suivante :

Au-dessous de 10 ans	1 p. 100
De 10 à 15 ans	8 —
De 15 à 20 ans	22 —
De 20 à 25 ans	8 —
De 25 à 30 ans	16 —
De 30 à 35 ans	30 —
De 35 à 40 ans	10 —
Au-dessus de 40 ans	8 —

Le malade le plus âgé avait cinquante-six ans, le plus jeune huit ans. Ce sont donc les sujets de vingt-cinq à trente-cinq ans qui sont atteints le plus souvent; pourtant plusieurs observations, parmi les plus récentes concernent des enfants de dix à quinze ans et demi. Il est probable que si les cas ne sont pas plus nombreux, c'est parce que la fièvre typhoïde est elle-même assez rare dans l'enfance et, dans tous les cas, moins sévère et moins prolongée. La fré-

quence de la spondylite entre quinze et trente-cinq ans (76 p. 100) s'explique aussi par la fréquence plus grande de la fièvre typhoïde à cette époque de la vie; les statistiques classiques, celle de Murchinson en particulier, montrent en effet que 46,5 p. 100 des dothiénentéries s'observent entre quinze et vingt-cinq ans, chiffre qui s'élève à 85,7 p. 100 si l'on étend la limite de quinze à trente-cinq ans.

Huit fois sur dix ce sont les hommes qui sont frappés, sans qu'on puisse donner aucune explication plausible de cette prédilection pour le sexe masculin.

La spondylite peut se déclarer dans des fièvres typhoïdes de moyenne intensité, mais on l'a vue souvent aussi survenir dans des fièvres graves, à rechutes, ou compliquées.

Dans 66 observations, où le fait est noté, l'évolution se fit à la suite d'une fièvre typhoïde :

D'intensité moyenne..........	32 fois
Grave......................	12 —
Très grave..................	15 —
A rechutes..................	6 —

Il semble donc qu'à l'exception des formes bénignes aucune autre forme de dothiénentérie ne soit à l'abri de cette complication.

La date de l'apparition est assez variable. La spondylite peut se montrer dans le cours même de la fièvre typhoïde, dans quelques cas très rares elle précéda la dothiénentérie, mais le plus souvent (65 p. 100 des cas environ) elle débute pendant la convalescence ou peu de temps après la convalescence. Certaines spondylites cependant ont attendu pour se manifester plusieurs mois, un an ou même plus, et, connaissant la longévité du bacille d'Eberth dans le tissu osseux, cela n'a rien qui puisse nous étonner.

Parfois on ne reconnaît à l'apparition de la douleur aucune cause occasionnelle, mais assez fréquemment on trouve à l'origine un traumatisme : c'est une chute, une contusion dans la partie basse de la colonne vertébrale, un effort brusque dans une fausse position, un « tour de reins », etc. La reprise de travaux pénibles ou d'exercices physiques violents peu de temps après la guérison de la fièvre typhoïde paraît être également un facteur étiologique à ne pas négliger.

Enfin, l'état antérieur de la colonne vertébrale joue peut-être aussi un rôle dans l'étiologie de cette complication osseuse; on a signalé chez quelques malades des déformations anciennes du rachis, scoliose en général.

Dans la majorité des cas (80 p. 100), la lésion siège à la région lombaire. Les localisations dorso-lombaires et lombo-sacrées viennent ensuite par ordre de fréquence. Les vertèbres dorsales inférieures peuvent être, quoique assez rarement, atteintes isolément. Dans deux cas (Osler et Gibney) la spondylite siégeait à la région cervicale.

III

Étude clinique. — Symptômes de la spondylite typhique. — Le tableau clinique de la spondylite typhique est presque toujours le même et ne varie que par des détails ou la plus ou moins grande intensité des phénomènes. Sans doute, parce qu'elle est encore mal connue, cette complication n'a été signalée que dans les cas complets à symptomatologie grossière où le diagnostic véritablement s'impose et les différentes observations semblent le plus souvent calquées l'une sur l'autre. Peut-être, ultérieurement, décrira-t-on des formes frustres et certaines névralgies, certaines sciatiques, etc., de la fièvre typhoïde, mieux analysées dans leurs symptômes seront-elles reconnues comme ressortissant à la spondylite.

Dans les cas habituels, c'est à la convalescence de la dothiénentérie, sans cause apparente, ou à l'occasion d'un traumatisme qu'apparaissent les premiers symptômes de spondylite; parfois c'est longtemps après la convalescence et dans les mêmes conditions que le malade se met à souffrir de la région lombaire. Si les douleurs ne sont pas très intenses d'emblée, on pense à de la courbature, à de la fatigue, mises aisément sur le compte de la convalescence. Mais, plus ou moins rapidement suivant les cas, les douleurs acquièrent une acuité extrême : leur maximum siège au niveau de la colonne vertébrale, immobilisant complètement le malade, anxieux de tout mouvement et de toute exploration. Il existe, en outre, des irradiations vers des points variables, épigastre, aine, cuisse, membre inférieur. Parfois la fièvre apparaît en l'absence de tout symptôme intestinal. L'interrogatoire et l'examen méthodique du malade révèlent tout un ensemble de symptômes dont la constatation permet d'affirmer l'existence de la complication vertébrale, de la spondylite. Ce sont eux que nous allons étudier.

La douleur. — C'est toujours la douleur qui est le premier symptôme de la spondylite typhique; c'est aussi le plus important. On a signalé sans doute des cas où le malade se plaignit seulement au début de faiblesse ou de raideur vertébrale, mais ces faits sont exceptionnels.

Cette douleur siège le plus souvent au niveau de la lésion vertébrale, c'est-à-dire dans 80 p. 100 à la région lombaire.

Il peut arriver cependant que la douleur initiale ait un siège tout différent : au niveau de la région épigastrique, de la hanche, des membres inférieurs ou sur le trajet de certains nerfs intercostaux simulant des douleurs en ceinture. Souvent aussi les douleurs irradient le long de la face postérieure de la cuisse suivant un trajet rappelant plus ou moins celui du nerf sciatique, et l'on peut songer d'abord à une névralgie sciatique. Il s'agit là de phénomènes névralgiformes d'origine radiculaire qui peuvent précéder ou masquer pendant un certain temps la douleur rachidienne.

Le plus souvent la *douleur rachidienne* s'installe insidieusement : le malade accuse d'abord au niveau du rachis une légère sensibilité qui ne l'empêche pas de se lever, de marcher et même de travailler, puis progressivement l'intensité de la douleur augmente. Parfois le malade s'est plaint au cours de sa fièvre typhoïde de souffrir dans le dos ou dans la hanche; mais ces douleurs minimes ayant rapidement cessé le plus souvent, on n'y a pas attaché d'importance (Halpenny, Mac Intyre, Verdoux). D'autres fois la douleur atteint son maximum d'intensité en quelques heures et même apparaît d'une façon brusque à l'occasion d'un effort, d'un mouvement minime ou sans cause apparente. Tantôt c'est une douleur continue, ne laissant aucun répit au malade, ni le jour ni la nuit. Tantôt elle présente des exacerbations spontanées, à plusieurs reprises dans la journée, mais surtout à la tombée de la nuit, pro-

voquées par le plus léger mouvement, le relâchement musculaire, en particulier au début du sommeil.

Dans la majorité des cas la douleur est extrême. Tous ceux qui ont eu l'occasion d'observer des spondylites typhiques aiguës s'accordent à reconnaître combien sont violents les phénomènes douloureux, combien paraissent exagérées les souffrances, et c'est peut-être l'une des raisons pour lesquelles certains ont cru se trouver en présence de malades névropathes. De très nombreux auteurs qualifient ces douleurs d'excruciantes, et il semble même parfois qu'ils ne trouvent pas de terme assez puissant pour les désigner (Gibney, George, Halpenny).

Point capital, aucun analgésique, aucun révulsif, n'a d'action sur la douleur qui cède au contraire assez rapidement à l'immobilisation.

C'est la douleur, on le voit, qui domine le tableau clinique, qui constitue le symptôme principal de la maladie, dépendant d'une double cause, la mobilisation de la colonne vertébrale enflammée et la compression et l'irritation des racines rachidiennes. Cette association de symptômes *ostéoarticulaires rachidiens* et de symptômes *radiculomédullaires*, commandée par le siège des lésions, explique et permet de schématiser l'étude des différents signes de la spondylite typhique.

Signes ostéoarticulaires rachidiens.— A l'examen de la région malade on a pu constater dans quelques cas un certain *gonflement* des parties molles. Gibney, Quincke, l'observèrent un mois et demi après le début des accidents, de chaque côté de la région lombo-sacrée. Même gonflement est signalé par Klein, Bonnardi, Herrick, Josephowitch, Ardin-Delteil. Suivant les cas, on constate soit du gonflement avec rougeur, soit de l'empâtement de la région, mais la plupart des auteurs n'ont observé ni gonflement ni rougeur qui semblent donc manquer le plus souvent dans la spondylite typhiquc.

On retrouve en revanche, presque constamment, des *déviations antéropostérieures et latérales* de la colonne. La déviation antéropostérieure est notée vingt-deux fois : à son degré le plus léger, elle consiste en une disparition de l'ensellure lombaire normale, plus accentuée elle forme une véritable courbure à convexité postérieure, une gibbosité. Ogilvy signale la saillie d'une apophyse épineuse ; Lowett, Kuhn, Mac Crae, la saillie de deux ou trois apophyses ; Wirth celle de six apophyses.

Les déviations latérales sont fréquentes : la scoliose peut être peu marquée, mais très étendue, allant de la région dorsale supérieure au sacrum comme dans le cas de Potter. En général, on n'observe pas de déviation aussi étendue, la scoliose siège au niveau de la région malade, sa concavité est tournée du côté où les douleurs sont les plus violentes, où les lésions sont au maximum. Ces scolioses sont dues, en effet, à la contracture musculaire, elles n'existent que lorsque cette contracture est unilatérale ou plus accentuée d'un côté que de l'autre et disparaissent en même temps que la rigidité des muscles. Ces déformations scoliotiques lombaire ou dorso-lombaire s'accompagnent d'une courbure de compensation dans la partie supérieure de la colonne vertébrale et orientée en sens inverse.

La *contracture musculaire* est signalée dans la presque totalité des observations ; elle est d'habitude très précoce et débute en même temps que les phénomènes douloureux, d'autant plus accentuée que la douleur est plus vive. Cette contracture atteint les muscles des gouttières vertébrales et dans les cas aigus ces masses musculaires sont à la palpation facilement perceptibles, immobilisant la colonne vertébrale qui reste rigide, comme soudée. Tout mouvement de flexion, ou d'extension sont impossibles. La contracture est habituellement plus accentuée d'un côté que de l'autre.

On a vu parfois la contracture s'étendre aux muscles de la paroi abdominale antérieure, donnant l'aspect du ventre en bateau et chez un malade de Goddu l'abdomen était si dur qu'il était « semblable à une planche ». Il s'agit là, soit peut-être de contracture réflexe, soit plus vraisemblablement de contracture de défense, pour mieux immobiliser la colonne vertébrale.

La contracture du muscle psoas paraît tout à fait exceptionnelle ; de nombreux auteurs l'ont cherchée sans jamais la rencontrer.

La *recherche des points douloureux osseux*, systématiquement pratiquée, permettra le plus souvent de déceler leur présence. La pression méthodique des apophyses épineuses, provoquera la douleur au niveau d'une ou plusieurs vertèbres. La percussion de ces mêmes apophyses épineuses révélera parfois plus facilement encore l'existence de points douloureux, le malade accusant à chaque choc une douleur très vive qu'il localise exactement. Il est indispensable de bien noter quelles sont les vertèbres douloureuses, car, comme viendra le confirmer la radiographie, c'est au niveau des vertèbres sus-jacentes aux disques lésés que la douleur est maximum (Auclair et Weissenbach).

La pression sur les parties latérales de la colonne, à un ou deux travers de doigt de la ligne médiane et sur les apophyses transverses est très fréquemment aussi douloureuse. Il est même des cas où la douleur est plus vive à ce niveau qu'au niveau des apophyses épineuses.

Klein, Quincke, Le Breton, et d'autres auteurs ont constaté également la présence d'une douleur vive à la pression de la face antérieure de la colonne vertébrale à travers la paroi abdominale. Il est regrettable que la contracture fréquente des muscles de l'abdomen ne permette pas toujours de procéder à cet examen, car grâce à lui on pourrait, fréquemment peut-être, faire des constatations intéressantes comme dans le cas de Curtillet et Lombard qui, chez leur malade, trouvèrent les corps vertébraux plus accessibles et plus volumineux que normalement. On peut enfin, procédé moins précis, provoquer indirectement la douleur rachidienne au point malade, par pression sur les épaules ou par choc sur les talons.

Ces investigations sont de la plus haute importance. *Quand on les recherche*, on trouve presque toujours ces points douloureux, à la période aiguë ; c'est le signe clinique décisif, affirmant l'atteinte des vertèbres ou des disques intervertébraux.

Il faut reconnaître toutefois que, dans certains cas exceptionnels, on n'a pu retrouver aucun de ces signes malgré la présence de lésions de spondylite indéniables visibles à la radiographie. Il est possible qu'avec une lésion osseuse minime, ces symptômes aient été très éphémères ou trop frustres pour être dépistés. On trouve d'ailleurs, dans la spondylite typhique, *tous les intermédiaires entre les formes qui se traduisent, avant tout, par des signes ostéoarticu-*

laires intenses et des symptômes d'irritation et de compression radiculomédullaires discrets et les formes, où ces derniers dominent à ce point le tableau clinique, qu'ils peuvent masquer complètement les phénomènes vertébraux, surtout lorsqu'ils sont atténués ou lorsqu'on ne songe pas à les rechercher systématiquement.

L'intensité de la douleur rachidienne commande l'*attitude* du malade ; elle est variable suivant les cas. Dans les formes les plus graves, qui ne sont pas exceptionnelles, le malade reste dans son lit, en une attitude toute figée, se condamnant à une immobilité absolue qui seule atténue ses souffrances ; le visage anxieux, il appréhende tout mouvement, pousse des cris dès qu'on l'approche, tant est douloureuse la moindre mobilisation ; comme l'a dit Ardin-Delteil, c'est une véritable phobie de l'exploration. Le malade est alors incapable de s'asseoir dans son lit, il ne peut se déplacer ou se retourner qu'avec d'infinies précautions. Tout examen est impossible. Quand la douleur est moins vive, le malade est capable de quelques mouvements, mais il les accomplit avec précaution. Parfois même, la douleur est moins intense encore, elle peut n'apparaître qu'à l'occasion de la marche, d'un effort. C'est dans ces cas qu'un examen méthodique s'impose ; il faut rechercher la *raideur rachidienne*, la *limitation des mouvements* de flexion, d'extension, de latéralité de la colonne, par les manœuvres classiques d'exploration de la colonne vertébrale. Cette *raideur* ne manque pour ainsi dire jamais dans la spondylite typhique ; elle est constante quand existe la douleur rachidienne ; elle persiste souvent longtemps après la disparition de celle-ci ; on la constate toujours à un degré plus ou moins accentué, quand on la recherche systématiquement, même dans les cas où les symptômes radiculomédullaires semblent constituer à eux seuls le tableau clinique.

Signes radiculomédullaires. — Ces symptômes manquent rarement dans la spondylite typhique. Les plus constants sont les *douleurs* à caractères spéciaux, et dont nous avons déjà parlé au début de ce chapitre. Ce sont des douleurs uni ou bilatérales tantôt suivant le trajet des nerfs intercostaux, tantôt formant une ceinture donnant au malade la sensation d'une constriction violente autour de la poitrine ou autour des reins. Exceptionnellement, comme dans le cas de Gibney, où la spondylite était localisée dans la région cervicodorsale, le malade éprouve de fortes douleurs a la base du cou et au niveau du membre supérieur.

Le plus souvent, les douleurs irradient vers l'épigastre, la crête iliaque, la région inguinale, les organes génitaux.

Plus fréquentes encore sont les douleurs irradiant vers le membre inférieur et affectant le type des névralgies crurale et sciatique. Quand ces douleurs ne sont pas unilatérales, elles sont presque toujours plus intenses d'un côté que de l'autre. Continues, avec de violents paroxismes, apparaissant sans cause ou à l'occasion des mouvements, les malades les comparent à de véritables brûlures, des piqûres ou des éclairs irradiant le long des membres inférieurs. Le trajet des nerfs peut être sensible à la pression mais les points douloureux de la névralgie sciatique font habituellement défaut ; le signe de Lasègue est de même le plus souvent négatif.

Les *troubles de la sensibilité* consistent surtout en zones d'hyperesthésie cutanée de la région abdominale et des membres inférieurs à topographie nettement radiculaire. Cette hyperesthésie peut faire place au bout d'un certain temps à de l'hypoesthésie et celle-ci a même parfois été constatée seule d'emblée. On a noté très rarement de l'anesthésie.

Les *troubles des réflexes* sont extrêmement fréquents. Dans presque toutes les observations, les réflexes achilléens et rotuliens étaient exagérés et dans quelques cas on a noté en même temps du clonus du pied plus ou moins accentué. On n'a jamais constaté le signe de Babinski. Très exceptionnellement les réflexes rotuliens, d'abord exagérés, ont pu disparaître ensuite momentanément, et il s'est associé à cette abolition des réflexes rotuliens une parésie plus ou moins accentuée des membres inférieurs ; il s'agissait là toujours de formes sévères.

Par contre les *troubles moteurs* sont assez rares, et n'existent que dans les cas graves. L'immobilité du malade est due aux vives douleurs que provoquent les mouvements. Quincke note dans un cas une parésie de la jambe droite ; Kuhn et Könitzner, de la parésie des deux membres inférieurs ; Klein, Auclair et Weissenbach, de la parésie temporaire du membre inférieur droit. Assez souvent, on a signalé des crampes, des contractures et des secousses musculaires. Quincke, Mac Crae et Frick notent dans leurs observations l'existence de contractions abdominales rythmiques synchrones au pouls (?).

Les *troubles trophiques* sont très rares : Winokurow, Mac Crae, Auclair et Weissenbach ont noté de l'atrophie soit des muscles fessiers, soit des muscles de la jambe, soit du quadriceps. Ces troubles sont toujours en rapport avec une lésion vertébrale très accentuée et siègent du côté où elle est le plus marquée.

Les *troubles sphinctériens* sont exceptionnels : l'incontinence et la rétention vésicorectale n'ont été observées que dans les formes graves (Klein, Bonnardi et Goddu).

Symptômes généraux. — Contrairement à l'opinion de quelques auteurs, il existe le plus souvent une élévation thermique notable au début de la spondylite typhique. La température s'élève d'ordinaire brusquement ou en deux ou trois jours ; elle oscille en général entre 38 et 39 degrés, elle est irrégulière ; elle peut atteindre et même dépasser 40 degrés, s'accompagnant alors le plus souvent de frissons.

Il existe des rapports très étroits entre la fièvre et les poussées de spondylite : dans l'observation de Klein, la température s'élève dès le début des phénomènes douloureux à 38°4, elle cesse complètement avec la disparition des douleurs pour remonter et atteindre 40°5 s'accompagnant de frissons, quand les souffrances réapparaissaient. De nombreux auteurs ont également constaté ce parallélisme entre la fièvre et les douleurs.

En général la température s'abaisse quand finit la période aiguë inflammatoire, alors que persistent encore des douleurs et de la raideur ; elle s'abaisse surtout dès que le malade est immobilisé dans le corset plâtré. Suivant les cas elle n'a duré que quelques jours ou s'est au contraire prolongée pendant plusieurs semaines. On a vu toutefois des cas de spondylite, en général cas légers, poursuivre toute leur évolution sans qu'ait été notée la moindre élévation thermique.

Le *pouls* ne présente aucune particularité et sa fréquence est en rapport avec l'élévation thermique.

L'*état général* paraît peu touché par la spondylite, surtout lorsque celle-ci est traitée précocement par l'immobilisation. Quand la complication vertébrale débute au moment de la convalescence on ne note la réapparition d'aucun autre symptôme de dothiénentérie; le malade est tel que l'a laissé l'affection éberthienne. Mais si l'état physique est rarement atteint, le moral l'est en revanche; ces malades qui souffrent nuit et jour sont souvent dans un état psychique alarmant, parlant même de mettre, par le suicide, un terme à leurs souffrances et cette discordance apparente entre leur état physique et leur moral a pu les faire passer, bien à tort, aux yeux de certains pour des névropathes.

Examen du sang et du liquide céphalo-rachidien.— La spondylite s'accompagnant très fréquemment de symptômes généraux, il était intéressant d'envisager cette complication dans ses rapports avec les réactions humorales qui lui sont contemporaines. On a toujours trouvé la *réaction de Widal* positive, sauf dans un cas de Mac Crae; mais dans ce cas, l'hémoculture faite au début de la maladie causale, avait permis d'isoler, non un bacille d'Eberth, mais un paracolibacille.

L'*ensemencement du sang* est toujours resté négatif au cours et même au début, pendant la période fébrile de l'évolution de la spondylite, il n'y a donc pas lieu de rattacher les phénomènes généraux observés à une reprise de la septicémie éberthienne, ils sont sous la dépendance de l'évolution locale de la lésion vertébrale.

Lowett a, le premier, songé à demander à l'*hématologie* la confirmation de ce fait, mais à l'examen du sang de son malade il ne trouva que 7450 globules blancs par millimètre cube. Plus tard, d'autres auteurs ont constaté fréquemment une hyperleucocytose plus ou moins intense avec polynucléose : 10400 globules blancs (Mac Crae); 11800, puis 14400 dont 83 p. 100 de polynucléaires, puis 17600 dont 84 p. 100 de polynucléaires (Cower); 17400 (Frick); 8000, 9200, 5200, 12200 (Potter); 12000 (Halpenny); 16500 dont 84 p. 100 de polynucléaires (Auclair et Weissenbach).

Les résultats de la *ponction lombaire*, si elle a été pratiquée, ne sont pas notés dans la plupart des observations. Auclair et Weissenbach chez leurs deux malades n'ont constaté aucune modification du liquide céphalo-rachidien. Ardin-Delteil, Raynaud et Coudray pratiquant la ponction, trouvent un liquide présentant « une hypertension énorme, jaillissant avec force, en un jet de plus de 50 centimètres ». L'analyse du liquide recueilli montre une augmentation de l'albumine, sans réaction cellulaire; l'ensemencement sur bouillon et sur gélose fut négatif. L'ensemble de ces caractères est à rapprocher des modifications du liquide céphalo-rachidien que Sicard, Foix et Salin ont décrites au cours du mal de Pott tuberculeux en évolution (1).

IV

Evolution. Pronostic. — La spondylite typhique a en général une évolution lente ou subaiguë. Sa marche est essentiellement capricieuse : le plus souvent elle évolue par poussées avec des alternances de recrudescence et d'amélioration; la bonne conduite du traitement, par une immobilisation précoce et rigoureuse, joue d'ailleurs un rôle capital dans sa durée et son évolution.

La durée totale de l'évolution de la spondylite est donc des plus variables : d'après Lance, elle oscillerait entre un mois et deux ans ou plus; elle est habituellement comprise entre trois mois et un an.

Il serait logique d'admettre, qu'il existe un rapport étroit entre l'intensité de l'inflammation vertébrale et la durée de la spondylite; il en est souvent, mais non toujours, ainsi; on constate à la lecture des observations que les spondylites à symptomatologie grave au début n'ont pas toujours eu l'évolution la plus longue.

Quoi qu'on ait rapporté jusqu'à ce jour un nombre assez restreint de cas concernant les enfants, il semble que chez eux l'évolution soit plus rapide que chez les adultes.

En règle générale, la spondylite typhique se termine presque toujours par résolution.

Dans les formes légères, la restitutio ad integrum peut être complète, mais le plus souvent il persiste une raideur plus ou moins accentuée de la colonne vertébrale. Lorsque cette raideur n'est pas très étendue, elle peut passer inaperçue en raison de sa localisation dans la partie basse, la moins mobile, du rachis, et n'être dépistée que par un examen attentif. Parfois, au contraire, persiste une raideur très considérable, une rigidité qu'expliquent facilement la disparition du disque intervertébral et l'ossification des ligaments périvertébraux, que montre dans certains cas la radiographie.

On a cependant signalé des cas de spondylite terminés par suppuration se faisant jour au dehors. Ce mode de terminaison était vraisemblable, étant donné ce que nous savons des autres localisations osseuses de la fièvre typhoïde; pourtant plusieurs des observations rapportées ne semblent pas authentiques : le cas de Guyot, mentionné par Silver, n'est pas une spondylite typhique; il a d'ailleurs été publié par l'auteur sous le nom d'ostéomyélite vertébrale à forme typhoïde. Dans le cas de Morian, il s'agissait d'ostéomyélite vertébrale à staphylocoques; dans le cas de Painter, il semble bien s'agir non d'une spondylite mais d'une arthrite coxofémorale. Il ne reste donc que deux cas, celui de Weigel et celui de Myers, qui semblent des cas authentiques de spondylite typhique terminés par suppuration.

Tous les malades ont guéri et, seul, Schaffer a signalé un cas de spondylite typhique terminé par la mort, mais dans ce cas encore le diagnostic n'est pas absolument certain.

En somme, la spondylite typhique apparaît comme une complication relativement bénigne de la dothiénentérie et elle partage le peu de gravité du pronostic des autres complications osseuses évoluant pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. On doit toutefois se demander si, alors qu'on la croit complètement guérie, elle n'est pas capable de se réveiller après une longue période de silence ou tout au moins de jouer quelque rôle dans l'étiologie des spondylites chroniques, dont l'étude présente encore tant de points à élucider.

(1) Sicard, Foix et Salin. Le liquide céphalo-rachidien dans le mal de Pott, *Presse méd.*, 28 décembre 1910, nº 104.

V

Étude radiographique. — L'histoire de la spondylite typhique a considérablement bénéficié de l'application des rayons X à son étude.

Custler le premier en 1900 songea à demander aux rayons X la confirmation du diagnostic anatomique de la spondylite typhique ; il n'obtint d'ailleurs qu'un résultat négatif. Depuis cette époque 33 malades ont été soumis aux rayons X ; dans 28 cas, la radiographie a permis de découvrir des lésions nettes de la colonne vertébrale.

Ces résultats positifs acquièrent une valeur d'autant plus grande, que tous les auteurs insistent sur la difficulté d'obtention des épreuves ; difficultés tenant à l'intensité des douleurs, au siège et à la nature même des lésions.

Un certain nombre des résultats positifs sont notés d'une façon par trop succinte pour servir à une description ; c'est le cas des observations de Vichery, de Goddu, de Wilson.

Plus complètes et plus précises sont les descriptions de la plupart des autres auteurs : Mac Crae, Myers, Silver, Rock Carling, Potter, Josephowitch, Curtillet et Lombard, Ardin-Delteil, Raynaud et Coudray, Weigel, Swets, Halpenny, Auclair et Weissenbach.

Enfin, des résultats négatifs sont signalés, par Custler, six mois après le début des accidents, par Petteschon, par Ardin-Delteil un mois et demi après le début, par Auclair et Weissenbach et néanmoins dans ce cas le malade fut radiographié deux fois un mois et demi et deux mois et demi après le début de l'affection.

Si nous cherchons à synthétiser les constatations faites par les différents auteurs, qui ont donné des descriptions détaillées des lésions observées, nous voyons que celles-ci siègent en trois points différents : le disque intervertébral, le tissu périvertébral et accessoirement les corps vertébraux.

1° La lésion la plus constante est l'altération du *disque intervertébral*.

A l'état normal, sur les radiographies de la région lombaire, entre les ombres rectangulaires à contours précis, que dessinent les corps vertébraux apparaissent des espaces clairs, rectangulaires eux aussi, dont la hauteur, variable suivant l'étage considéré, représente à peu près le tiers de la hauteur du corps vertébral : ces espaces répondent aux disques intervertébraux ; c'est à ce niveau que vient se projeter l'ombre de l'arc vertébral postérieur, toujours facilement reconnaissable par ses contours, sa forme caractéristique et son opacité moindre que celle du corps vertébral.

Dans la plupart des cas de spondylite typhique les radiographies montrent la disparition de l'espace clair normal répondant au disque intervertébral : tantôt, la tache claire est remplacée par une tache sombre de densité égale ou supérieure à celle de l'ombre des corps vertébraux ; la tache déborde souvent le corps vertébral en dehors soit des deux côtés, soit d'un seul. Cette altération si spéciale porte soit sur un seul disque intervertébral, soit sur deux : au lieu de l'aspect normal de taches alternativement claires et sombres répondant aux disques et aux vertèbres, on a l'aspect d'une masse unique formée par la soudure de deux ou trois corps vertébraux gardant néanmoins leur situation relative. Tantôt la tache claire a disparu, les corps vertébraux se sont rapprochés, comme si le disque intervertébral avait réellement fondu par usure, soit sur toute son étendue, soit d'un seul côté ; il existe alors une déviation latérale, une courbure, qu'il faut bien distinguer de l'incurvation produite par la contracture musculaire, alors qu'il n'existe pas de lésion du disque intervertébral décelable par la radiographie, comme on peut l'observer au début des accidents.

2° Le *tissu périvertébral* est fréquemment mais non toujours le siège d'altérations diverses, leur maximum est nettement localisé aux régions immédiatement en contact avec le disque intervertébral. En plus de la saillie latérale de la tache sombre qui prolonge en dehors le disque lésé et que nous avons signalée ci-dessus, il semble à l'examen attentif (surtout lorsqu'on peut faire la comparaison avec une première radiographie sans lésions) que les apophyses transverses, les ligaments, le corps vertébral même sont englobés dans une zone d'ossification diffuse à contours imprécis, d'extension variable et d'opacité inégale : « On a, dit Aubourg, l'impression d'une gangue entourant les corps vertébraux. » Parfois, la zone d'ossification comble entièrement l'espace qui sépare la colonne vertébrale des côtes ou des crêtes iliaques.

3° Les lésions des *corps vertébraux* sont de toutes les moins constantes ; elles sont toujours minimes. On note au contact même du disque malade de l'augmentation d'opacité du corps vertébral dont les contours sont flous, mal définis, irréguliers. La densification de l'ensemble des corps vertébraux est faible, l'existence de la gangue périvertébrale rend même sa constatation difficile. La raréfaction du tissu osseux vertébral est exceptionnelle ; Wilson seul l'a signalée.

De cet exposé, on peut conclure que les radiographies permettent de dépister dans la presque totalité des cas, pourvu qu'on fasse cette exploration dans certaines conditions, des modifications importantes de la colonne vertébrale qu'on ne retrouve pas dans les autres affections communes du rachis ; l'exploration aux rayons X est donc un procédé d'une importance capitale dans le diagnostic de la spondylite typhique.

VI

Anatomie pathologique. Nature de la spondylite typhique. — L'étude anatomo-pathologique de la spondylite typhique est tout entière à faire : à l'exception du cas de Schaffer, tous les malades ont guéri et la radiographie seule est venue apporter quelques renseignements précis, encore qu'incomplets, sur le siège, l'étendue et l'évolution des lésions. On ne peut, en effet, tenir aucun compte de l'autopsie du malade de Schaffer, cet auteur mentionnant seulement « l'existence d'une périostite considérable de l'épine dorsale avec une lésion obscure de la moelle ». Dans les rares observations, discutables d'ailleurs, où la lésion a suppuré il n'est fait aucune mention touchant l'état des vertèbres. En 1905, Raymond et Sicard (1) ont rapporté une observation d'épidurite purulente lombaire à bacilles d'Eberth dont l'histoire clinique se rapproche par bien des points de

(1) Raymond et Sicard. Epidurite purulente lombaire à bacilles d'Eberth dans la convalescence d'une fièvre typhoïde. Paraplégie. Ponction lombaire. Laminectomie. Guérison, *Soc. méd. des hôpit.*, séance du 17 nov. 1905.

celle d'une spondylite. S'agit-il, dans ce cas, d'une épidurite primitive ou d'une collection purulente secondaire à une lésion osseuse, d'une variété de spondylite, nous ne saurions l'affirmer : l'examen histologique a porté sur deux lames vertébrales réséquées au cours d'une laminectomie; elles ont d'ailleurs paru normales.

L'étude des radiographies, surtout des radiographies faites en série dans la spondylite typhique, apporte en l'absence de constatations directes des renseignements importants sur le siège exact, l'étendue et l'évolution des lésions. On peut même, nous semble-t-il, en tirer quelques déductions sur la nature même du processus.

Nous ne reviendrons pas sur les constatations faites et longuement décrites plus haut. Elles permettent d'affirmer l'existence d'altérations très spéciales, de lésions frappant avant tout, d'une part le périoste des vertèbres, et d'autre part le tissu périvertébral, le disque intervertébral, les ligaments. Ces diverses localisations rapprochent la spondylite typhique des autres complications osseuses aiguës de la fièvre typhoïde. Si l'on peut observer parfois des ostéomyélites typiques au cours de la dothiénentérie, le plus souvent il s'agit d'*ostéopériostites*; c'est au niveau de la couche médullaire sous-périostée que l'inflammation présente son maximum d'intensité : le périoste est épaissi, tuméfié; il présente une injection sanguine considérable. Quand l'infection s'arrête à cette période la restitutio ad integrum peut être absolue, ou bien il se produit une hyperostose par addition de lamelles osseuses de nouvelle formation; mais le processus peut continuer son évolution et aboutir à la suppuration, fait assez fréquent dans les ostéopériostites typhiques des os longs. A côté de ces lésions à évolution aiguë, le bacille d'Eberth est encore capable de produire au niveau des os longs, toujours avec prédominance au niveau du périoste, des lésions qui vont de la simple exostose aux suppurations froides rappelant le processus tuberculeux. Nous n'insistons pas sur ces dernières, car il semble qu'au niveau du rachis ce soit surtout le type aigu ou subaigu n'aboutissant pas à la suppuration qui soit le plus souvent observé.

Ces analogies qui rapprochent la spondylite des autres ostéopériostites de la fièvre typhoïde expliquent quelques résultats en apparence paradoxaux des examens radiographiques. Elles expliquent, en particulier, la possibilité de radiographies négatives au début des accidents, quand « il s'agit de lésions inflammatoires qui ne seront qu'ultérieurement envahies par le processus d'ossification imperméable aux rayons X » (Auclair et Weissenbach); elles expliquent aussi la possibilité de radiographies négatives, même longtemps après le début des accidents, dans les formes légères, où peut ne pas se produire le processus d'ossification secondaire à l'inflammation périostée. D'ailleurs, outre ces analogies de siège et d'évolution anatomiques, spondylite et ostéopériostites typhiques présentent d'autres points communs touchant l'évolution clinique et l'étiologie : apparition à la convalescence ou parfois même longtemps après, bénignité, prédilection pour le sexe masculin, grande fréquence avant trente ans, etc. L'observation de Verdoux est, à ce point de vue, pleine d'intérêt : on y voit évoluer simultanément une spondylite typique et des ostéopériostites d'un métatarsien, du calcanéum et de deux métacarpiens aboutissant à la suppuration.

*
* *

Ajoutées aux constatations cliniques, ces données anatomiques et radiographiques jettent un jour singulier sur la pathogénie des accidents observés.

Elles confirment entièrement l'opinion de Gibney qui, dès sa première communication, faisait de la « typhoïd spine » une maladie des vertèbres et plus spécialement une périspondylite; elles font justice de l'opinion d'Osler qui, en 1894, s'élevait avec force contre la conception de Gibney, niait l'existence d'une lésion organique et ne voyait dans cette affection qu'une névrose consécutive à la fièvre typhoïde.

L'existence des lésions inflammatoires du disque intervertébral et du périoste vertébral expliquent les signes osseux rachidiens, les points douloureux, la contracture. Les symptômes de radiculite doivent être vraisemblablement mis sur le compte de l'atteinte des racines rachidiennes au niveau des trous de conjugaison, le voisinage de tissus enflammés, périoste, disque intervertébral, suffisant à expliquer leur compression ou leur irritation; l'existence de troubles sensitifs, prédominant du côté où la lésion est maximum à la radiographie, plaide en faveur de cette interprétation. Quant aux symptômes médullaires, il faut pour en expliquer l'apparition dans les cas où les vertèbres lésées sont les troisième, quatrième et cinquième lombaires admettre soit que l'atteinte de la moelle est secondaire à celle des racines, ce qui paraît peu vraisemblable puisque les accidents sont précoces et rétrocèdent en général rapidement, soit que les lésions sont à la phase aiguë, ou inflammatoire, plus étendues qu'on ne suppose, et que le nombre de vertèbres et de disques touchés est plus considérable que ne le laisse penser la radiographie, celle-ci ne montrant que les plus atteints; la compression est alors le fait de l'inflammation du périoste, des vertèbres ou des disques intervertébraux agissant par l'intermédiaire des enveloppes méningées. D'ailleurs la dure-mère elle-même, doit être fréquemment atteinte, ainsi que le tissu cellulaire épidural, par propagation du processus inflammatoire des corps vertébraux et des disques intervertébraux voisins, et cette inflammation joue certainement un rôle dans la genèse des symptômes radiculomédullaires; les modifications si spéciales du liquide céphalo-rachidien constatées dans un cas par Ardin-Delteil, hypertension avec augmentation de l'albumine, sans réaction cellulaire, sont identiques, en effet, à celles qu'a décrites Sicard comme étant fonction de pachyméningite rachidienne dans le mal de Pott en évolution.

*
* *

Un dernier point reste à préciser : quel est l'agent causal de la spondylite typhique ? Le bacille d'Eberth est-il seul en cause, ou associé à un autre germe; ou bien encore s'agit-il d'infection secondaire. En un mot la spondylite typhique est-elle une *spondylite éberthienne ?* Dans les autres complications ostéopériostées de la fièvre typhoïde, le rôle joué par le bacille d'Eberth lui-même n'est plus à démontrer. Depuis les travaux d'Ebermaier en 1889, ceux d'Achalme, Cornil et Péan, Furbringer, Chantemesse et Widal, des preuves bactériologiques du rôle joué par le bacille d'Eberth dans les diverses ostériopériostites typhiques ont été surabondamment fournies. Mais à côté de ces cas, les plus nombreux, il en existe d'autres où l'action de germes variés, asso-

ciés ou non au bacille d'Eberth, semble indiscutable : staphylocoque, streptocoque, pneumocoque, bacille de Koch même. Pourtant, au seul point de vue clinique, l'ostéopériostite éberthienne a des allures symptomatiques et évolutives qui la font reconnaître et distinguer des autres formes; ce sont ces points que nous rappelions plus haut.

Il en est de même de la spondylite typhique : la symptomatologie, l'évolution clinique spéciale, l'absence habituelle d'abcédation, la tendance vers la résolution, les résultats de l'examen radiographique rapprochent la spondylite des ostéopériostites dont la nature éberthienne est démontrée, l'éloignent au contraire des autres affections inflammatoires du rachis : mal de Pott tuberculeux, ostéomyélite vertébrale, staphylococcique ou autre. La preuve absolue par la constatation directe ou par la culture, la preuve bactériologique de la présence du bacille d'Eberth dans les foyers de spondylite n'a pas encore été donnée. Elle l'aurait été toutefois si l'on veut considérer l'observation d' « épidurite purulente lombaire à bacille d'Eberth » de Raymond et Sicard, comme un cas de spondylite; le bacille d'Eberth a dans ce cas été isolé du pus par deux fois à l'état de pureté.

D'ailleurs, le bacille d'Eberth n'est pas seul capable de provoquer la spondylite, et le cas de spondylite typhique, typique cliniquement, rapporté par Mac Crae, fut observé à la convalescence d'un état typhoïde causé par un germe voisin, paracolibacille ou paratyphique.

L'atteinte du rachis par le bacille d'Eberth ne doit d'ailleurs pas nous surprendre : si Ebermaier, Wyssokowitsch, Chantemesse et Widal ont depuis longtemps démontré la présence prolongée du germe vivant dans la moelle des os longs, Achard et Broca dans les cartilages, Fraenckel dans dix cas a trouvé chaque fois des bacilles au niveau du corps spongieux des vertèbres mais toujours plus nombreux au niveau des vertèbres lombaires; peut-être faut-il voir dans ce fait une raison de l'atteinte plus fréquente du rachis lombaire, dans la spondylite éberthienne.

***

Certains auteurs, en s'appuyant sur des caractères cliniques mais surtout sur l'étude radiographique de la spondylite typhique, ont proposé pour la dénommer les termes de *périspondylite* (Gibney) ou de *spondylarthrite* (Josephowitch).

Ces expressions sont parfois, mais parfois seulement, anatomiquement plus exactes; elles ne nous semblent pas s'appliquer à la majorité des cas, où l'atteinte simultanée du disque intervertébral, du périoste, des vertèbres et du tissu périvertébral est presque la règle; l'atteinte même des corps vertébraux quoique rare a été signalée et le terme classique, plus simple et plus compréhensif de *spondylite* nous semble, ces restrictions faites, être encore le meilleur.

VII

Diagnostic. — Le diagnostic de la spondylite typhique se présente en clinique dans deux conditions différentes : tantôt les symptômes de spondylite apparaissent au cours ou au décours d'une fièvre typhoïde diagnostiquée et traitée, cas d'ailleurs le plus fréquent; tantôt les symptômes de spondylite apparaissent tardivement et la fièvre typhoïde causale pourra rester ignorée du médecin, s'il ne songe pas à scruter les antécédents du malade.

1° Dans le *premier cas, lorsque la spondylite apparaît au cours ou au décours de la fièvre typhoïde*, le diagnostic est facile, pour peu que l'on connaisse les symptômes de l'affection et ses caractères cliniques. Nous n'avons pas en vue les cas où la netteté et l'intensité des symptômes imposent véritablement le diagnostic, mais les cas plus légers où le début moins solennel peut faire errer un esprit non prévenu : l'existence de douleurs soit dans la région lombaire, soit dans les membres inférieurs, doit imposer au médecin l'examen méthodique de la colonne vertébrale, complété par la radiographie et il est possible que cette règle de conduite permette de rapporter à leur cause, la spondylite, bien des algies imprécises de la fièvre typhoïde.

Nombreuses sont les affections avec lesquelles la spondylite méconnue a pu être longtemps confondue.

Le vulgaire *lumbago* ne s'accompagne que de douleurs musculaires; la douleur est vive mais cède en général rapidement sous l'influence du traitement; il n'existe pas de point osseux.

Les *névralgies intercostales* et les *névralgies lomboabdominales* sont exceptionnelles dans la fièvre typhoïde; il faudra toujours s'appuyer pour les diagnostiquer sur l'existence nette des points douloureux à la pression.

Les douleurs de la spondylite typhique affectent souvent le type de la *névralgie sciatique*. L'analyse détaillée des symptômes montrera le plus souvent des différences notables ; l'intensité extrême des douleurs s'établit rarement d'emblée dans la névralgie sciatique, les douleurs sont nettement limitées au territoire du nerf sciatique. Dans la névralgie sciatique quelque peu intense, l'existence des points de Valleix est constante, ainsi que le signe de Lasègue. Enfin, si la scoliose existe dans la sciatique, il ne faut pas oublier que la scoliose homologue est l'exception ; en règle, la concavité est tournée du côté opposé au membre qui souffre, le malade, pour soulager celui-ci, déplaçant le centre de gravité vers le membre sain et prenant la position hanchée. Dans la spondylite, la scoliose est homologue, sa concavité tournée du côté du membre douloureux. Nous n'avons jusqu'ici parlé que de sciatique unilatérale; dans les cas de spondylite les phénomènes douloureux sont en effet presque toujours unilatéraux ou, du moins, ont toujours une prédominance unilatérale nette, et c'est un nouvel argument apporté au diagnostic, car les sciatiques vraies de la fièvre typhoïde sont le plus souvent consécutives à des *névrites bilatérales*. En dernier ressort l'existence de troubles de la sensibilité (anesthésie, hypoesthésie, hyperesthésie) à topographie nettement radiculaire ferait éliminer le diagnostic de *sciatique tronculaire* pour se ranger à celui de *sciatique radiculaire*, et chercher au niveau des racines la cause des symptômes observés.

Douleur et contracture pourraient faire penser à la *psoïtis*, dont l'apparition n'est pas exceptionnelle dans la fièvre typhoïde. Mais dans la psoïtis, l'attitude du membre est tout à fait caractéristique : en flexion et rotation externe. A la palpation de la fosse iliaque, on perçoit un empâtement profond, douloureux, souvent très considérable.

Signalons encore deux localisations rares au cours de la fièvre typhoïde, mais dont le diagnostic sera

facile pour peu qu'on examine soigneusement le malade, ce sont les arthrites aiguës, coxofémorale et sacro-iliaque. Dans l'*arthrite coxofémorale*, l'articulation de la hanche est précocement immobilisée avec attitude caractéristique de la cuisse fléchie en rotation interne; la douleur siège exactement au niveau de l'articulation, le psoas est contracturé et la mobilisation de la cuisse sur le bassin le plus souvent impossible. La pression sur le grand trochanter provoque une douleur vive dans l'articulation, la région articulaire est fréquemment empâtée.

Dans l'*arthrite sacro-iliaque* le siège de la douleur spontanée est parfois difficilement précisé par le malade, mais la recherche des points douloureux à la palpation et au toucher rectal montre nettement le maximum douloureux au niveau de l'interligne articulaire, le suivant de bas en haut. Si on applique les mains de chaque côté, sur les crêtes iliaques, et qu'on cherche à les refouler vers la ligne médiane on provoque immédiatement une vive douleur dont le siège est nettement localisé par le malade au niveau de l'articulation.

Signalons enfin l'*ostéite typhique* qui lorsqu'elle siège sur l'*os iliaque* ou sur les *dernières côtes* peut prêter à confusion: au début, la localisation précise de la douleur au niveau de l'os, côte ou os iliaque, plus tard la tuméfaction localisée et les renseignements fournis par la radiographie permettront d'éliminer l'hypothèse d'ostéite.

D'ailleurs, dans tous les cas, c'est la recherche minutieuse et la découverte des points douloureux vertébraux au niveau des apophyses épineuses, des apophyses transverses ou des corps vertébraux, l'existence de la raideur rachidienne qui permettront d'affirmer l'atteinte de la colonne vertébrale et de rapporter à leur véritable cause les différents phénomènes observés. Il nous semble donc inutile d'insister sur nombre d'affections signalées dans les observations, affections qui ont pu être momentanément suspectées, du fait de la prédominance ou du siège anormal d'un des symptômes, douleur le plus souvent, telles que : ulcère de l'estomac, appendicite, abcès et infarctus de la rate, lithiase biliaire, cholécystite ou pyélonéphrite.

L'intensité ou la prédominance de certains symptômes nerveux tels que l'exagération des réflexes, la trépidation épileptoïde, les troubles sensitifs, les troubles des réservoirs même, ajoutés à la rachialgie et à la raideur rachidienne ont pu évoquer l'idée de *méningite* ou de *myélite*, complications rares, mais bien connues néanmoins, au cours de la fièvre typhoïde. Dans ces cas, la ponction lombaire tranche le diagnostic, l'absence de réaction cellulaire permet d'écarter toute idée d'atteinte méningée que celle-ci soit isolée ou accompagne un processus médullaire.

L'existence de points douloureux au niveau des apophyses épineuses d'une ou plusieurs vertèbres, l'existence des points douloureux sur les faces latérales et antérieures de ces mêmes vertèbres, la raideur rachidienne, la contracture musculaire, la scoliose, les troubles nerveux, variables suivant les cas, exagération des réflexes, accidents névralgiformes, troubles de la sensibilité à topographie radiculaire permettent d'affirmer l'existence d'une lésion vertébrale cause d'irritation ou de compression radiculomédullaire. L'idée de *mal de Pott* vient immédiatement à l'esprit; c'est à la tuberculose que ressortissent la plupart des ostéoarthrites vertébrales et le mal de Pott peut fort bien frapper un sujet convalescent d'une fièvre typhoïde. Indépendamment de l'évolution ultérieure, dès le début, l'affection se présente avec un cortège symptomatique bien spécial; le début brusque, l'intensité immédiate et rapidement croissante des phénomènes douloureux et des signes de compression, la fièvre, ne rentrent pas dans le type habituel de la tuberculose vertébrale. A l'examen radiographique, dans le mal de Pott à début brusque auquel ressemblerait le plus l'affection, on décèlerait l'existence de lésions déjà étendues (carie vertébrale, jamais d'hyperostose), preuve que le début brusque n'est qu'apparent, que le symptôme nouveau n'est ici que la conséquence d'une lésion vertébrale depuis longtemps constituée. Dans la spondylite typhique au contraire l'examen radiographique précoce ou bien ne permet de déceler aucune lésion, ou bien met en évidence ces altérations si spéciales portant sur le disque intervertébral et le tissu périvertébral. L'évolution, d'ailleurs, obligerait à rejeter le diagnostic de tuberculose vertébrale, la guérison complète et souvent si rapide, après une courte immobilisation, ne s'observant jamais dans cette affection quand elle s'est accompagnée de symptômes aussi accentués.

C'est donc avant tout la notion étiologique, le fait de voir apparaître l'un ou l'autre des symptômes ostéoarticulaires et radiculomédullaires au cours ou au décours d'une fièvre typhoïde authentique, démontrée par l'hémoculture et la séroréaction de Widal, au besoin répétée au moment de l'apparition des accidents, qui doit guider dans le diagnostic et évoquer l'idée de spondylite typhique.

L'hypothèse d'une lésion rachidienne relevant d'une infection secondaire restera toujours à démontrer. Il faut savoir toutefois, qu'on peut observer dans la convalescence de la dothiénentérie des spondylites non éberthiennes, ostéomyélites vertébrales banales, staphylococciques, par exemple, comme dans le cas de Morian.

2° Si nous envisageons la *deuxième hypothèse, celle où la spondylite apparaît tardivement après la convalescence*, où la fièvre typhoïde est ignorée du médecin, devant un malade se présentant avec de la raideur et de la douleur vertébrales, des points osseux nets, des signes de compression, malgré les anomalies symptomatiques, l'erreur est presque fatale et c'est à la tuberculose que l'on pensera tout d'abord. Ces anomalies même doivent éveiller l'attention, commander un examen minutieux et faire scruter les antécédents du malade. La notion d'une pyrexie antérieure, les renseignements qu'on pourra obtenir du malade sur l'évolution de la fièvre, l'existence de certains symptômes non pathognomoniques mais fréquemment observés dans la fièvre typhoïde, « chute des cheveux par poignées » (observation de Curtillet et Lombard), pourront évoquer à l'esprit l'idée de dothiénentérie. C'est dans ces cas, que le sérodiagnostic de Widal acquiert son maximum d'importance, puisque l'agglutination a toujours été notée à un taux élevé du 1/50 au 1/200, chiffres qu'on observe exclusivement chez des sujets en période d'infection ou encore rapprochés de cette période. C'est par cette recherche et dans des conditions analogues que Curtillet et Lombard ont pu porter, dans un cas, le diagnostic de spondylite typhique confirmé par l'examen radiographique et l'évolution

Nous ne reviendrons pas sur le diagnostic clinique

avec le *mal de Pott* ; nous citerons à peine le *cancer vertébral*, la *syphilis vertébrale*, l'*actinomycose vertébrale*, dont l'évolution est toute différente des cas prolongés de spondylite typhique.

Quelques inflammations aiguës rachidiennes primitives sont de diagnostic aisé. Dans l' *ostéomyélite vertébrale*, affection rare, les phénomènes locaux sont intenses, on constate dans la région atteinte un œdème local parfois énorme rapidement remplacé par des signes de collection purulente ; la gravité extrême des symptômes généraux et l'évolution rapide empêchent toute confusion avec la spondylite typhique.

L'*ostéoarthrite rachidienne rhumatismale aiguë* est rarement isolée, elle accompagne les autres arthrites dans les formes généralisées du rhumatisme.

Quant aux autres *spondylites*, lorsqu'elles n'apparaissent pas nettement secondaires à un état infectieux déterminé, pneumonie, scarlatine, rougeole, etc., la seule clinique est insuffisante à en affirmer la nature et de toutes, à ce point de vue, la spondylite typhique est encore la mieux connue.

VIII

Traitement. — La douleur de la spondylite typhique est habituellement si intense que tous les moyens sédatifs ont été utilisés pour la combattre ; ils sont le plus souvent sans effet et la morphine seule a donné quelques résultats éphémères. On a usé et abusé des révulsifs, pointes de feu, cautères, etc., et, bien souvent, on est allé ainsi à l'encontre de ce que l'on cherchait, causant au malade une souffrance nouvelle et inutile. Tous ces moyens sont, en somme, sans effet ; il ne faut pas les employer.

Dans la spondylite typhique, comme dans toutes les affections ostéoarticulaires douloureuses, le seul traitement efficace est l'immobilisation en bonne position de la région malade, immobilisation qui doit être faite le plus près possible du début des accidents. Pour la réaliser on a le choix entre deux procédés : l'*extension continue* et le *corset plâtré*.

L'extension continue doit être réservée presque exclusivement aux malades atteints de spondylite dans le cours de la fièvre typhoïde, à ceux qui sont dans l'impossibilité absolue de se lever, à ceux enfin dont l'état des téguments ne permet pas l'application du corset plâtré, dans les cas d'infection cutanée et de furonculose en particulier. Le corset plâtré lui sera toujours préféré, quand la spondylite se déclarera pendant la convalescence, car il a l'avantage de permettre précocement au malade de se lever, de marcher, de sortir même, et facilitant une alimentation réparatrice chez des sujets en état de dénutrition plus ou moins accentuée, d'obtenir un retour assez rapide des forces.

Sous l'influence de l'immobilisation la douleur cède en général très rapidement, parfois même en quelques jours.

Sous son influence aussi l'évolution de la spondylite semble raccourcie et d'autant plus qu'on l'a appliquée précocement.

On enlèvera le corset seulement lorsque les phénomènes inflammatoires auront complètement disparu : en pratique, le mieux est d'enlever le corset tous les quinze jours pour vérifier l'état de la colonne vertébrale et de ne le supprimer définitivement que lorsque toute douleur a disparu. Dans les cas moyens, le port du corset ne dépasse pas un à trois mois. Dans les cas prolongés les Américains ont conseillé de remplacer le corset plâtré par un corset orthopédique en cuir moulé et à lacets, que le malade porte dans la station debout et enlève pour se coucher. Frick a proposé dans ces cas la vaccination antityphique par la méthode de Wright comme susceptible de donner d'heureux résultats.

La ponction lombaire, comme l'a montré Ardin-Delteil, peut amender certains symptômes douloureux, ceux du moins qui dépendent de l'hypertension du liquide céphalo-rachidien.

Ultérieurement, on opposera à la raideur rachidienne causée par l'infiltration osseuse des ligaments ou des disques intervertébraux, le massage et les exercices de mobilisation qui permettront dans la plupart des cas, de rendre à la colonne vertébrale tout ou partie de sa souplesse antérieure.

BIBLIOGRAPHIE

ALDRICH (C. J. A.). A case of typhoïd spine, cited by Wirt in *Am. Journ. surg. and gynec.*, 1902-1903, XVI, p. 158. — ARDIN-DELTEIL et MAX COUDRAY. Un cas de spondylite typhique infantile, *Progrès méd.*, 12 août 1911, p. 385. — ARDIN-DELTEIL, RAYNAUD et COUDRAY. Spondylite typhique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 20 juin 1912, p. 900. — ARAPOW (A. B.). Ueber spondylitis typhosa, *Russk. chir. Arch.*, Saint-Pétersbourg 1903, vol. VI, p. 1042. — AUCLAIR (J.) et WEISSENBACH (R.-J.). Deux cas de spondylite typhique observés à Paris, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, oct. 1912.

BERENT (W.). Spondylitis typhosa, *Klin. therapeut. Wochen.*, 1903, X, p. 51. — BERRY (W. T.). A consideration of the Typhoïd spine, *Mobius med. and surg. Journ.*, 1908, XII, p. 213. — BONARDI (E.). Intorno a due casi di osteite vertebrale post-tifica, con fenomeni di irritazione meningo-radicolare. *Clinica med. Italiana*, 1901, p. 238. — BONCOURT (Paul). Les lésions osseuses d'origine typhoïde, *Gaz. des hôpit.*, 1896, LXIX, p. 341. — BRIDGES (W. O.). Post Typhoïd Periostis, *New-York med. Journ.*, 9 oct. 1907, p. 492.

CANNON (J. W.). Typhoïd spin, *Med. Herald*, 1903, XXII, p. 483. — CANTANI (A.). Sulla ankilosa della colonna vertebrale, *Riv. crit. di clin. med.*, 1900, VII ; 1901, X (cit. fr. Focken, p. 732). — CLEINISSE (L.). La spondylite infectieuse, *Semaine méd.*, 1903, vol. XXIII, p. 365. — CONNOR (L. A.). A case of Typhoïd spine, *Med. Record*, 1908, LXXII, p. 668. — CUNSTON (C. G.). Ostitis typhosa, *Boston Med. and surg. Journ.*, 1899, p. 249. — CURSHMANN (H.). General Neuroses in Typhoïd fever, *Osler's Trans. of Nothnagel's Encyclop. of Practic. med.*, 1902, p. 280. — CURTILLET et LOMBARD. Un cas de spondylite typhique, *Province méd.*, 12 août 1911, p. 325. — CUSTLER (E. G.). Typhoïd spine, *Boston Med. and surg. Journ.*, 1902, CXLVI, p. 687.

DUNCAN (L. C.). Typhoïd spine, *Amer. med.*, 1904, vol. VIII, p. 449.

ELY (L. W.). A case of Typhoïd spine, *Med. Record*, 1902, LXII, p. 966. — ESKERID (J. L.). Periostitis of the pelvic bones following typhoïd fever, *Kansas city Med. Index*, 1893, XIV, p. 1.

FICHTNER. Ueber spondylitis Typhosa, *Deut. mie. Ærtz. Zeits.*, 1903, XXXII, p. 91 ; — Ein Fall von spondylitis typhosa, *Münch. med. Wochen.*, 1899, II, p. 1664. — FOGH (R.). Ein Fall von post-typhœser suppurativer Knochenentzuendung, *Deut. med. Wochen.*, 1908, XXXIV, p. 1305. — FRÆNCKEL (E.). Ueber Erkrankungen des rothen Knokenmarks, besonders der Wirbel bei abdominal typhus, *Mith. aus. d. Grenzgeb. d. Med. u. chir.*, 1903, XI, p. 1. — FRICK (A.). On spondylitis typhosa, *Interstat. Med. Journ. Saint-Louis*, nov. 1910, p. 819. — FRIEBERG (A. H). An additional case of typhoïd spine, *Am. med.*, 1902, IV, p. 585. — FURBINGER. Zur klinik der knochenentz undung typhosen Uroprungs, *Wien. klin. Wochen.*, 1890, XL, p. 746. — FUSSEL (M. H.). Typhoïd spine, *New-York med. Journ.*, 1889, IV, p. 635.

GARMANY. Contributo alla diagnosi clinica della febbre tiphoïde, *Gazz. d. Osp.*, Milano 1904, vol. XXV, p. 6. —

GIACOMO (B.). Sulle osteiti e spondyliti da bacillo di Eberth, *Gazz. di Osp.*, Milano 1908, XXIX, p. 1512. — GIBNEY (V. P.). The Typhoïd spine, *Trans. of the Amer. orthop. Assoc.*, Philadelphia 1889, II, p. 19; — A Further contribution to Typhoïd spine, *Trans. of the Amer. orthop. Assoc.*, Philadelphia 1891, IV, p. 280; — The Treatment of the Typhoïd spine, *New-York med. Journ.*, 1907, LXXXV, p. 726.— Treatment of Typhoïd spine, *Journ. Amer. med. Assoc.*, 1907, XLVIII, p. 1057. — GODDU (L. A. O.). *The Boston med. and surg. Journ.*, CLXII, n° 21, p. 711. — GUYOT. Ostéomyélite vertébrale à forme typhoïde, *Gaz. hebd des sc. méd. de Bordeaux*, 1906, XXVII, p. 9.

HALPENNY (J.). Typhoïd spine, *Surg. Gynecol. and Obstet.*, Chicago 1909, IX, p. 649; — HALPENNY (J.) et Donald Mc INTYRE. *The Canad. med. Assoc. Journ.*, I, n° 2, fév. 1911, p. 136. — HAMILTON (A. M.). Typhoïd spine, *Med. Annual*, 1895, p. 450. — HERRICK (J. B.). *Trans. Assoc. Amer. physic.*, 1906, XXI, p. 97. — HERTZ (M.). Der Spondylitis typhosa, *Zeit. f. Orth. chir.*, 1900, VIII. — HUNT (J. R.). Acute infections osteomyelitis of the spine and acute suppurative perimeningitis, *Med. Record*, 1904, LXV, p. 641.

IRWIN and HOUSTON. On a « Typhoïd carrier » treated successfully by the Inoculation of Typhoïd-vaccine, *Lancet*, London 1909, I, p. 311.

JOSEPHOVITCH (A. B.). Spondylarthrite typhique, *Charkowsky med. Journ.*, XI, p. 54 (analysé par Guibé, in *Journ. de chir.*, mai 1911, p. 525).

KANONIER. Ein Fall spondylitis typhosa (cited by Fluss, in *Centralb. f. Grenzgeb. der Med. u. chir.*, 1905, vol. VIII, p. 736). — KEEN (W. W.). Typhoïd affections of the Bones, *Surg. Comp. and Sequels of typhoïd fever*, Keen 1898, p. 109. — KLEMM. Die Knochenerkrankungen bei Typhus, *Arch. f. Klin. chir.*, 1893 (cit. f. Hœdlemoser), XLVI, p. 862; — Ein weiterer Beitrag zur Lehre von den Knochenerkrankungen bei Typhus, *Arch. f. Klin. chir.* (cit. f. Hœdlemoser), 1894, XLIX, p. 792. — KLEIN. *Ostitis typhosa*, Dissert. Kiel, 1896. — KLINASZEWCKI. *Ueber Spondylitis typhosa*, Dissert. Leipzig, 1906 (cit. in *Zeits. f. Orthop. chir.*, 1907, XVIII, p. 288). — KÖNITZER. Ein Fall von Spondylitis typhosa, *Münch. med. Wochen.*, 1899, II, p. 1145. — KÜHN (A.). *Münch. med. Wochen.*, 1901, XLVIII, p. 926.

LAMPE. Ueber die Entzuendung der Rippenknorpel nach Typhus abdominalis, *Deut. Zeits. f. chir.*, 1899, LIII, p. 603. — LANCE (M.). La spondylite typhique, *Gaz. des hôpit.*, Paris 13 juin 1911, p. 1018. — LE BRETON (R.). Two Cases of Typhoïd spine, *Journ. Amer. med. Assoc.*, nov. 1907. — LONGSCOPE (W. T.). A study of the bone marrow in Typhoïd Fever and other infections, *Proc. Path. Soc.*, Philadelphia 1905, n. s., VIII, p. 49. — LORD (F. I). Analysis of twenty six cases of typhoïd spine, *Boston med. and surg. Journ.*, 1902, CXLVI, p. 689. — LOVE (A.). Typhoïd spine, *Glascow med. Journ.*, 1906, LXVI, p. 423. — LOVETT et WITHINGTON. Typhoïd spine, *Boston med. and surg. Journ.*, 1900, CXLII, p. 317.

MANUEL. Ueber Nekroseherde in Knochenmark bei Typhus abdominalis, *Münch. med. Wochen.*, 1906, LIII, p. 778. — MC. CRAE (T.). Two cases of Typhoïd Spondylitis with bony changes in the vertebrœ (one being paracolon infection), *Trans. Assoc. amer. physic.*, Philadelphia 1906, XXI, p. 85; — Typhoïd spine, *John Hopkin's Hosp. Bull.*, Baltimore 1903, XIV, p. 85; — Typhoïd and paratyphoïd spondylitis with bony changes in the vertebrœ, *Amer. Journ. med. Assoc.*, 1906, CXXXII, p. 878; — Typhoïd spine, *Maryland med. Journ.*, Baltimore 1907, L, p. 154. — MYERS (T. H.). Non tubercular inflammations of the spine, *Med. News*, 1899, LXXIV, p. 641; — Typhoïd spine with special reference to the deformaty, *Amer. Journ. Orth. surg.*, 1907, V, p. 180. — MOOREHOUSE (G. W.). Report of two cases of typhoïd spine, *Boston med. and surg. Journ.*, CXLVII, p. 59. — MÜLLER. Ein Fall von Spondylitis typhosa, *Münch. med. Wochen.*, 1899, II, p. 1664.

NEISSER (E.). Ueber einige Symptome bei Fallen von Spondylitis typhosa, *Deut. ærzt. Zeit.*, Berlin 1er déc. 1900. — NEWCOMET (W. S.). A case of typhoïd spine, *Internat. med. Mag.*, 1898, VII, p. 597. — NICHOLLS (J. L.). A study of the spinal cord by Nissl's method in typhoïd fever, *Journ. of Exp. med.*, 1899, IV, p. 189. — NORTON (N. R.). (City by Myers, in *Amer. Journ. Orth. Surg.*, 1907, p. 189.)

OGILVY (C.). A case of Typhoïd spine, *Journ. Amer. med. Assoc.*, 1908, LI, p. 406. — OSLER (W.). On the Neurosis following enteric fever, known as « the typhoïd spine », *John Hopkin's Hosp. rep.*, 1895, IV, p. 73; — The painful back of typhoïd fever (typhoïd spine), *John Hopkin's Hosp. rep.*, 1895, V, p. 315.

PACKARD (G. B.). Report of cases typhoïd spine, *Amer. Journ. Orth. surg.*, 1908, VI, p. 247. — PAHL (P. C. H.). Remote effect of typhoïd on the bones and joints, *California S. Journ. med.*, 1905, III, p. 223. — PAINTER (C. F.). Typhoïd ostitis, *Ann. of Gynec. and Pediat.*, Boston 1899-1900, XIII, p. 179. — PALLARD (J.). La spondylite typhique, *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1902, n° 8 (*Centralb. f. Chir.*, 1903, XXX, p. 550). — PARSONS (H. C.). Post typhoïd bone-lesions, *John Hopkin's Hosp. Rep.*, 1895, V, p. 417. — PEPPER. *The Amer. Text. book of Medicine*, p. 90. — PETTESOHN (S.). Ueber spondylitis typhosa, *Zeits. f. Orth. chir.*, 1907-1908, XIX, p. 239. — POTTER (B.). Spondylite typhique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1910, n° 20, p. 811.

QUINCKE (H.). Ueber spondylitis typhosa, *Mitt. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. chir.*, 1898, IV, p. 344. — QUINCKE (H.) und STUHLEN (A). Typhus bacillen im Knokenmark, *Berlin. klin. Wochen.*, 1894, XXXI, p. 531. — QUINCKE (H.). Ueber Spondylitis infectiosa, *Mitt. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. chir.*, 1903, XI, p. 714.

RAYMOND et SICARD. Epidurite purulente lombaire à bacille d'Eberth dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1905, XXII, p. 860. — ROCK CARLING et KING (L. B.). *The Lancet*, 1910, p. 136. — ROMME (R.). La typhoïd spine et les névroses post-typhiques, *Gaz. hebd. et méd.*, 1894, XXXI, p. 562. — RUNEBERG (B.). *Om spondylitis typhosa*, Finska Läkaresäl, Helsingfors 1909, II, p. 377.

SCHAFFER (N. M.). Discussion on the typhoïd spine, *Trans. of the amer. orth. Assoc.*, 1889, III, p. 26. — SCHANG (A.). Ueber spondylitis typhosa, *Arch. f. klin. Chir.*, 1900, LXI, p. 103. — SCHIFF (A.). Myelitis hæmorrhagica acutissina bei typhus abdominalis, *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1900, LXVII, p. 175. — SCHLESSINGER (H.). Zwei Faelle von Steifigkeit der Wirbelsœule, *Wien. klin. Wochen.*, 1899, p. 1242; — Ueber die chronische Steifigkeit der Wirbelsœule, *Mitt. aus d. Grenzgeb. d. med. u. Chir.*, 1900, VI, p. 257. — SCHMITZ. Ein Fall von spondylitis typhosa, *Saint-Petersb. med. Wochen.*, 1901, XXVI, p. 254. — SENATOR (H.). Ueber chronische ankylosirende spondylitis, *Berl. klin. Wochen.*, 1899, XXXVI, p. 1025. — SILVER (D.). Typhoïd spine, *Amer. Journ. orth. Surg.*, Philadelphia, oct. 1907, V, p. 194. — STEWART (P.). Typhoïd spine, *Med. Annual*, 1904, p. 711. — STUDY (J. N.). Typhoïd spine, *Med. Record*, 1894, XLVI, p. 109. — SWETT. *Yale med. Journ.*, XVI, n° 3, nov. 1909.

TAYLOR (W. J.). Typhoïd spine, *Philadelphia med. Journ.*, 1901, VIII, p. 1134. — TINCKER (M. B.). *Philadelphia med. Journ.*, 1900, V, p. 508.

VERDOUX. Spondylite typhique, *Revue d'orthop.*, sept. 1912.

WICKERY (H. F.). Typhoïd spine, *Trans. Assoc. amer. Phys.*, 1906, XXI, p. 98. — WEIGEL (L. A.). Typhoïd spine, *Trans. amer. orth. Assoc.*, 1902, XV, p. 190. — WHITE (F. W.). Typhoïd spine, *The Journ. of the amer. med. Assoc.*, 1909, LII, p. 556. — WILSON (C. J.). Post typhoïd periostitis and the typhoïd spine, *Manchest. Med. chronic.*, 1906, XLIV, p. 280; — *The Lancet*, 1909, II, p. 1279. — WINOKUROW (H. N.). Stiffness of the spine in spondylitis typhosa, *Wratsch*, Saint-Pétersbourg 1901, XXII, p. 503. — WIRTH (W. M.). Three cases of typhoïd spine, *Amer. Journ. Surg. and Gynec.*, Saint-Louis 1902-1903, XVI, p. 158.

ZENKER. *Ueber spondylitis typhosa*, Diss. Leipzig, 1900.

COURS ET CONFÉRENCES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. (Professeurs honoraires : MM. Jaccoud, A. Fournier, Duplay, F. Guyon, Le Dentu, Ch. Bouchard, Gariel, G. Hayem et A. Gautier.)

TRAVAUX PRATIQUES. (Ces exercices ont lieu dans les différents laboratoires de l'École pratique.) — *Semestre d'hiver.* — *Dissection.* — M. Rouvière, agrégé : Tous les jours, d'une heure à quatre heures.

Chimie pathologique. — M. Maillard, agrégé : Tous les jours, d'une heure à trois heures.

Anatomie pathologique. — M. Roussy, agrégé : Tous les jours, de deux à quatre heures.

Parasitologie. — M. Brumpt, agrégé : Tous les jours, de deux à quatre heures.

Semestre d'été. — *Chimie biologique.* — M. Maillard, agrégé : Tous les jours, d'une heure et demie à trois heures.

Histologie. — M. Branca, agrégé : Tous les jours, d'une heure et demie à trois heures.

Manœuvres obstétricales. — M. Jeannin, agrégé : Mardi, jeudi, samedi, d'une heure et demie à trois heures.

Médecine opératoire. — M. Lecène, agrégé, sous-directeur : Tous les jours, d'une heure à quatre heures.

Physiologie. — M. Langlois, agrégé : Lundi, mercredi, vendredi, de deux heures et demie à quatre heures.

Physique biologique. — M. Guilleminot : Mardi, jeudi, samedi, d'une heure et demie à trois heures.

Les musées Dupuytren et Orfila sont ouverts aux élèves tous les jours, de onze heures à quatre heures, pendant le semestre d'hiver, et de midi à cinq heures pendant le semestre d'été.

La Bibliothèque est ouverte tous les jours, de onze heures du matin à six heures de l'après-midi, et tous les soirs, de sept heures et demie à dix heures et demie.

CONFÉRENCES PRÉPARATOIRES A L'ÉCOLE DE LYON. — MM. les docteurs Garrelon, chef adjoint des travaux pratiques de physiologie, et Villandre, ancien aide d'anatomie, commenceront en novembre leurs conférences préparatoires à l'école du service de santé militaire.

Pour s'inscrire, s'adresser au laboratoire des travaux pratiques de physiologie de la Faculté de médecine, les mardis, jeudis et samedis, de deux à cinq heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel des Maladies de la nutrition, sous la direction de G.-M. DEBOVE, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris, professeur de clinique médicale, membre de l'Académie de médecine; Ch. ACHARD, professeur de pathologie générale à la Faculté, membre de l'Académie de médecine; J. CASTAIGNE, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux; par L. BABONNEIX, J. CASTAIGNE, A. GY, F. RATHERY. Gr. in-8° de 1082 pages, avec 118 figures dans le texte. — Prix : 20 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Traitement de la paralysie spinale infantile, par le professeur O. VULPIUS, de l'Université de Heidelberg. Préface du docteur Paul REDARD. In-18 jésus, 284 pages, avec 243 figures. — Prix : 15 francs. — Paris, J. Rousset.

Nouveau Traité de pathologie générale, publié par Ch. BOUCHARD, professeur honoraire de pathologie générale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, et G.-H. ROGER, professeur de pathologie expérimentale à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu. 4 vol. gr. in-8° avec figures dans le texte, reliés toile. — En souscription : 88 francs. — Paris, Masson et Cie.

La Stérilisation de la syphilis, par le docteur LEREDDE. In-8°, avec figures et 3 planches en couleurs. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Maloine.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 18 AU 23 NOVEMBRE 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 18 novembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mardi 19 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.*

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mercredi 20 novembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

1er (oral).

3e (oral, 2e partie).

4e.

Jeudi 21 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

1er (oral).

3e (oral, 1re partie).

Vendredi 22 novembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

Samedi 23 novembre, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

THÈSES

Mercredi 20 novembre, à une heure. — M. BUSSY. Appendicalgie saturnine et appendicite. Diagnostic différentiel avec les coliques de plomb. (MM. Gaucher, président; Marfan, Letulle et Gougerot.) — M. BOURDETTE. Contribution à l'étude du traitement médical de la péritonite tuberculeuse chronique chez l'enfant. (MM. Marfan, président; Gaucher, Letulle et Gougerot.) — M. DESPRAIRIES. Une modification rare des urines (alcaptonurie). (MM. Letulle, président; Gaucher, Marfan et Gougerot.) — M. MÉNARD. De la gastrotomie pour les corps étrangers de l'œsophage. (MM. Reclus, président; Legueu, Pierre Duval et Proust.) — M. COCHEREL. Les pansements sucrés en chirurgie. (MM. Reclus, président; Legueu, Pierre Duval et Proust.) — M. BAUCHEL. Des sutures à l'aide des aiguilles à bobine. Présentation d'un nouvel instrument. (MM. Legueu, président; Reclus, Pierre Duval et Proust.) — M. SAVIDAN. L'exploration des reins en chirurgie urinaire par l'azotémie et la constante d'amboisine. (MM. Legueu, président; Reclus, Pierre Duval et Proust.)

Jeudi 21 novembre, à une heure. — M. BALLAND. Cirrhoses syphilitiques simulant les cirrhoses alcooliques. (MM. Debove, président; Widal, Castaigne et Chevassu.) — M. DUCOUDERT. Résultats médicaux de la prostatectomie. (MM. Debove, président; Widal, Castaigne et Chevassu.) — M. PORTRET. Les méningococcémies (septicémies méningococciques. (MM. Widal, président; Debove, Castaigne et Chevassu.) — M. RENAUD. De la réactivation biologique de la réaction de Wassermann dans la syphilis héréditaire. (MM. Widal, président; Debove, Castaigne et Chevassu.) — M. BLANCHÈS. La pleurosyphilis secondaire. (MM. Hutinel, président; Gilbert, Ribemont-Dessaignes et Carnot.) — M. CUGNIER. Les tumeurs malignes primitives de la valvule iléocæcale. Etude anatomique et clinique. (MM. Gilbert, président; Hutinel, Ribemont-Dessaignes et Carnot.) — M. BEAUDOUIN. Des vomissements gravidiques incoercibles ou graves, d'origine surrénale. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Hutinel, Gilbert et Carnot.) — M. MORIEZ. Les hémorragies dans les néphrites. (MM. Gilbert Ballet, président; Chauffard, Lejars et Rathery.) — M. USSE. Les délires d'imagination dans la paralysie générale progressive. (MM. Gilbert Ballet, président; Chauffard, Lejars et Rathery.) — M. MOUGENC DE SAINT-AVID. Des albuminuries intermittentes irrégulières. (MM. Chauffard, président; Gilbert Ballet, Lejars et Rathery.) — M. LAURENT. Utilité d'un traitement médical dans les rétrodéviations utérines. (MM. Lejars, président; Gilbert Ballet, Chauffard et Rathery.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE 17.

N° 129. — MARDI 12 NOVEMBRE 1912. 85e ANNÉE. MARDI 12 NOVEMBRE 1912. — N° 129.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 8 novembre. — MM. Bourdeaux, 8; Mozer, 11; Reynaud, 5; Léger, 11; Furet, 6; Langle et Pigney, 8; Blum, 9.

Séance du 9 novembre. — MM. Mickaniewski, 5; Lanos, 7; Feldstein, 11; Winter, 7; Sanjurjo, 3; Brouet, 11; Mlle Urion, 6; MM. Jacquelin (André), 4; Lévi-Alvarès, 6.

Anatomie. — Séance du 9 novembre (*matin*). — MM. Blot, 6; Colleville, 12; Duneau, 7; Hutinel, 11; Parent, 9; Chatellier, 12; Mlle Thivolet, 10; MM. Cassan, 8; Boulay, 6.

Séance du 9 novembre (*soir*). — MM. Brun, 11; Zivy, 8; Bourgeois (Maurice) et Weiss, 10; Chirol et Chicandard, 5; Marié, 8; de Champs de Saint-Léger et Levesque, 9.

Errata. — 1° La copie n° 399 a été remise par M. Boisnier et non par M. Boissier; 2° la copie n° 494 a été remise par M. Morice et non par M. Morin.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Boulogne-sur-Mer. — Un concours pour une place de médecin à l'hôpital Saint-Louis sera ouvert le 20 février 1913.

Les candidats devront se faire inscrire trois semaines avant la date du concours.

— Lyon. — Voici, par ordre de mérite, les noms des élus pour l'internat en pharmacie : MM. Dufour, Girin, Dauvergne, Rodier, Marin, Billiemaz, Poyeton, Guilloux, Pelletier, Desgouttes, Viallon, Bourgeois, Croc, Cluzel, Bachelard, Besson.

Ont été nommés suppléants : MM. Jannel, Morel, Verdet, Brocard, Chamaraud, Chenailles, Girard, Bastide.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Première leçon de M. le professeur Lejars. — Samedi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, le professeur Lejars a inauguré son cours de pathologie externe.

Après un début tout empreint d'une légitime émotion, M. Lejars rappelle qu'il occupe la chaire de Malgaigne et de Léon Le Fort, dont il est le petit-gendre et le gendre. Il trace ensuite de son maître Verneuil un tableau saisissant qui fait revivre un instant, devant les auditeurs, cette noble figure et cette remarquable intelligence qui illustra d'un éclat tout particulier la chirurgie française. Puis le professeur, dans une revue historique très habilement exposée, montre l'évolution de la chirurgie depuis Hippocrate jusqu'à nos jours; il fait voir que la chirurgie n'a commencé à exister que lorsqu'elle a pris pour base la clinique et l'observation des malades.

Après un éloquent plaidoyer en faveur de l' « esprit pratique en chirurgie », l'orateur tient son auditoire sous le charme de sa parole imagée, et sa leçon, d'une haute élévation d'idées, à la phrase d'une impeccable élégance, se déroule au milieu des applaudissements de l'assemblée.

— Concours des clinicats. — Gynécologique : M. Rouhier, chef de clinique titulaire.

Maladies mentales : M. Mallet, chef de clinique adjoint.

Maladies des voies urinaires : M. Papin, chef de clinique titulaire ; M. di Chiara, chef de clinique adjoint.

Chirurgical : M. Bréchot, chef de clinique titulaire.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Il sera ouvert, le vendredi 20 décembre 1912, au ministère de l'Intérieur, salle Telmon, un concours pour l'internat de l'Asile national des convalescents (ancien asile de Vincennes), à Saint-Maurice (Seine).

On trouvera au secrétariat de l'Asile et chez le concierge de la Faculté de médecine des exemplaires de l'arrêté ministériel, qui fixe les conditions d'admissibilité et le programme du concours.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Elie de Cyon (de Paris), ancien professeur à l'Université de Saint-Pétersbourg, fixé en France depuis trente-cinq ans. Le célèbre neurologiste auquel on doit les beaux travaux sur les nerfs du cœur et le nerf dépresseur qui porte son nom était en même temps un publiciste distingué et dirigea quelque temps le journal *le Gaulois*; — Elie Pécaud (de Paris); Guillaume Martin-Raget (d'Arles) et Hytier (de Bessé-sur-Braye).

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — Leçons sur la diphtérie. — M. le docteur E.-C. Aviragnet, médecin des hôpitaux, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le mardi 12 novembre 1912, à neuf heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (bactériologie, sérothérapie, tubage et trachéotomie).

Tous les matins : visite; examen des malades. Avant et

après la visite : leçon théorique et travaux pratiques.

Programme des leçons. — Première et deuxième leçons : Généralités sur la diphtérie. Tubage. — Troisième leçon : Trachéotomie. — Quatrième leçon : Diagnostic bactériologique. — Cinquième et sixième leçons : Étude clinique de l'angine diphtérique. — Septième leçon : Étude clinique du croup. — Huitième leçon : Paralysie diphtérique. — Neuvième leçon : Sérothérapie. — Dixième leçon : Traitements adjuvants. Prophylaxie de la diphtérie.

Seront admis à suivre cet enseignement, MM. les étudiants pourvus de seize inscriptions et MM. les docteurs en médecine.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), tous les jours, de midi à trois heures.

Les élèves seront classés par série de quinze et pour une période de trois semaines. MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

M. le docteur Bloch-Michel, chef de laboratoire, et M. Bloch, interne du service, dirigeront les travaux pratiques.

HOPITAL BROUSSAIS. — M. le docteur Auvray commencera son enseignement clinique à l'hôpital Broussais, le mardi 12 novembre, à dix heures, et le continuera les vendredis et mardis suivants à la même heure.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — ANNÉE 1912-1913. — SEMESTRE D'HIVER. — *Médecine générale.* — Docteur André BERGÉ (hôpital Broussais, salle Lasègue). — Le mercredi, à onze heures du matin, conférence de clinique médicale élémentaire, avec présentation de malades.

Docteur Am. COYON (hôpital Bichat, consultation de médecine). — Tous les matins, à neuf heures et demie, examen des malades.

Il sera fait chaque jour, avec la collaboration de l'interne du service, un cours de clinique élémentaire et de technique séméiologique.

Tous les vendredis, à dix heures et demie, courte leçon de thérapeutique élémentaire.

Cet enseignement, destiné aux élèves de première année, ne comprend qu'un nombre limité d'élèves.

Docteur P. EMILE-WEIL (Hôtel-Dieu). — Les lundis, à dix heures et demie du matin, amphithéâtre Trousseau, leçons de clinique et de thérapeutique pratiques.

Docteur LE NOIR (hôpital Saint-Antoine). — Jusqu'au 24 décembre, enseignement spécial pour les étudiants de première année. (Conférence de propédeutique, trois fois par semaine, dans la matinée.)

Douze élèves pourront être admis dans le service à titre de bénévoles.

A partir de janvier 1913, conférences cliniques, le vendredi à dix heures.

Dermatologie et syphiligraphie. — Docteur HUDELO (hôpital Broca, Lourcine). — Les lundis, mercredis, vendredis, à neuf heures et demie du matin, policlinique syphiligraphique et dermatologique (salle de la consultation).

Les mardis, jeudis, samedis, à neuf heures et demie, visite des salles Cullerier, N. Guillot, Vidal, Bouley.

Le mardi, à neuf heures et demie (salle Vidal), petite chirurgie dermatologique (scarifications, raclage, galvanopuncture).

Le jeudi, à neuf heures et demie (laboratoire du docteur Hudelo), technique des injections de salvarsan et de néosalvarsan.

Depuis le 9 novembre 1912, le docteur Hudelo, avec la collaboration des docteurs Fernand Lévy, Coutela et Marc André, fait le samedi, à dix heures un quart (salle de l'ouvroir), une conférence théorique et clinique sur la syphiligraphie (avec présentation de malades, de moulages, de photographies).

CONFÉRENCES D'OPHTALMOLOGIE. — Les médecins de la Clinique nationale des Quinze-Vingts commenceront le mardi 12 novembre 1912 des leçons cliniques qui se poursuivront pendant la période scolaire.

Les leçons seront faites successivement tous les mardis, à une heure et demie, par les quatre médecins de la Clinique, les docteurs Chevallereau, Valude, Kalt et Chaillous.

Consultations et opérations tous les jours, à une heure.

ASSOCIATION MÉDICALE CORPORATIVE. — CONFÉRENCES DE PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE. — Ces conférences, publiques et gratuites, ont lieu les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à cinq heures un quart, à l'hôpital Saint-Philippe, 140, boulevard de la Gare (métro : Italie et Nationale).

Deuxième série (novembre-décembre 1912). — Mardi 12 novembre : « La paralysie générale et ses formes cliniques », par le docteur A. Barbé, ancien chef de clinique des maladies mentales à la Faculté.

Jeudi 14 novembre : « La tuberculose génito-urinaire chez l'homme », par le docteur G. Deverre, ancien chef de clinique gynécologique à la Faculté.

Samedi 16 novembre : Diagnostic et traitement des infections puerpérales », par le docteur L. Pierra, ancien moniteur de la clinique d'accouchements et de gynécologie de la Faculté.

(*A suivre.*)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal* de la séance du 28 septembre 1912.) BAYET : État actuel des connaissances sur le néosalvarsan.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (Nos 8 et 9, août-septembre 1912.) BALZER, GOUGEROT, BURNIER : Dermatomycose végétante disséminée due au mycoderma pulmoneum (13 fig.) — PIED : Quelques réflexions sur le polymorphisme de la syphilis et en particulier sur les formes latentes et larvées, à propos des observations personnelles récemment publiées et d'un cas encore inédit de syphilis héréditaire tardive.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Septembre 1912.) VIRY : Les viandes frigorifiées. — PERREAU : Des conventions relatives à l'exploitation des pharmacies. — MARTIN et RIBIERRE : Les hémorragies cérébrales traumatiques.

Annales médico-psychologiques. — (Août-septembre 1912.) LAGRIFFE : Considérations sur quelques documents concernant l'alcoolisme. — MAIRET et GAUJOUX : L'invalidité intellectuelle et morale dans les écoles de Montpellier (2e *note*). — MAGNAN : De l'alitement ou clinothérapie dans le service central d'admission des aliénés de la ville de Paris et du département de la Seine (asile clinique Sainte-Anne.) — GARNIER : Le crime de Roussillon et l'état mental de ses trois auteurs (*suite*).

Archives de médecine des enfants. — (N° 9, septembre 1912.) AVIRAGNET, BLOCH, MICHEL et DORLENCOURT : Le lait sec dans l'alimentation des nourrissons. — NOBÉCOURT : Crèches et pouponnières. — BRUN : Le traitement radical de la hernie ombilicale des enfants par la méthode du docteur Nota, ligature élastique sous-cutanée.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 9, septembre 1912.) DELORME : Une inspection générale médicale au Maroc en 1908 (*suite*). — BLANC et XAMBEU : Insuffisance surrénale aiguë due à des hémorragies capsulaires. — ESPRIT et BRETTE : Sur un cas de parotidite pneumococcique. — COCHOIS : Hernie diaphragmatique étranglée. — PELLERIN : Le lait en poudre dans les formations sanitaires du Maroc.

Archives générales de médecine. — (Septembre 1912.) VON BARDELEBEN : Rapports entre les hommes et les organes génitaux des femmes tuberculeuses. — ABRAND : Diagnostic des corps étrangers des voies aériennes. — CHAPELLIER : L'enfumage iodé en chirurgie auriculaire. — MARTIN : L'anesthésie locale et régionale dans les opérations d'oto-rhino laryngologie. — BAYEUX : Traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections hypodermiques de gaz oxygène.

PALUDISME ET ARSENOBENZOL

Par MM. R. CESTAN,
Agrégé, chargé du cours de clinique médicale,

et M. PUJOL,
Chef de clinique médicale à l'Université de Toulouse.

L'emploi de l'arsenic dans le traitement du paludisme est de date très ancienne et nombre d'observateurs avaient été amenés, depuis longtemps, à louer son action favorable dans cette infection. Mais, à vrai dire, si la thérapeutique attribuait à ce corps deux propriétés différentes, action tonique et action parasiticide, c'est seulement la première qui, par suite de la haute toxicité des produits arsenicaux, était utilisable. L'arsenic demeurait ainsi, pour les impaludés, un remède de second plan, cédant le pas à la quinine pour la destruction du parasite et retrouvant seulement son utilité pour relever la nutrition générale des malades, augmenter le poids et les forces.

Avec la découverte des composés organiques de l'arsenic l'absence de toxicité des produits allait permettre d'arriver aux doses nettement parasiticides. Mais ainsi que nous l'observions nous-mêmes en 1902-1903 au cours d'une série d'expériences l'arrhénal et les cacodylates échouaient constamment. Les essais peu nombreux avec l'atoxyl devaient être interrompus quand on signala des cas d'atrophie optique survenus au cours de l'administration de ce médicament. L'hectine, un peu plus tard, donna des résultats incomparablement supérieurs (Roques, Th. de Toulouse, 1910) mais les échecs étaient fréquents, probablement à cause de la faible teneur en arsenic du médicament, peut-être aussi à cause de la voie d'administration.

En présence des bons résultats incontestables que l'arsenobenzol donne dans le traitement de la syphilis, on devait être amené tout naturellement à penser que son action ne se limitait pas à cette seule maladie, mais s'étendait probablement à des infections dont le parasite, connu ou non, paraissait avoir une affinité de groupe avec le spirochète de Schaudinn (pian, typhus récurrent, spirilloses animales et humaines, trypanosomiases, leishmanioses, paludisme).

Dans ces maladies si diverses, les résultats furent forcément différents, donnant au médicament parfois la valeur d'une médication spécifique, échouant à peu près complètement dans d'autres cas.

Dans le paludisme, les observations publiées ne sont pas encore très nombreuses et l'accord est loin d'être fait. Alors que certains auteurs parlent d'action stérilisante, d'autres nient toute efficacité. Un certain nombre enfin adopteraient volontiers une opinion éclectique et admettent une action énergique, mais passagère. L'arsenobenzol serait un médicament d'attaque de premier ordre, mais son action aurait besoin d'être complétée par la quinine. Rappelons que c'est à une conclusion analogue que les auteurs paraissent arriver aujourd'hui en ce qui concerne l'arsenic et le mercure dans le traitement de la syphilis.

En réalité, si l'on dépouille attentivement les observations de Werner, de Nicolle et Conseil, celles toutes récentes (*Münch. med. Woch.*, juillet 1912) d'Iversen et Tuchinsky, on arrive à cette conclusion que l'efficacité plus ou moins grande de l'arsenobenzol paraît être dans un rapport étroit avec le type du cycle fébrile, peut-être en conformité avec ce que les travaux modernes semblent avoir établi, contre l'opinion de Laveran, parce que le parasite est de nature ou simplement de morphologie différente dans ces divers cas. Alors que les parasites du type tierce disparaissent définitivement du sang périphérique et de tous les organes sous l'influence d'une dose unique et moyenne de salvarsan, les formes dites tropicales ou les corps en croissant disparaissent, seulement d'une façon passagère, de la circulation pour y apparaître à nouveau en même temps que de nouveaux accès fébriles. Il est regrettable que, dans la plupart des observations publiées, un examen microscopique détaillé en même temps que la numération des parasites par champ microscopique ne soient pas très exactement notés. Un point cependant apparaît hors de conteste et nous l'indiquons pour n'y plus revenir : un traitement antérieur par la quinine est sans influence sur l'efficacité du traitement par l'arsenobenzol. La résistance à la quinine n'entraîne à aucun degré l'arsenorésistance.

A Toulouse, le paludisme est exceptionnellement observé ; il y est toujours importé. Nous avons eu cependant l'occasion d'observer deux malades, qui, malgré une histoire clinique un peu différente, ont grandement bénéficié du traitement par l'arsenobenzol. L'un a été soigné dans le service du docteur Basset et son observation publiée en 1911 dans le *Toulouse médical*. L'autre vient d'être traité par nous-mêmes et a été suivi assez longtemps pour que sa guérison puisse être considérée comme définitive.

Observation I. — Le nommé D... (Emile), terrassier, âgé de cinquante ans, entre le 31 mai à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, lit n° 4.

Les antécédents héréditaires du malade sont sans intérêt. Ses antécédents personnels sont aussi peu chargés que possible ; il n'a jamais eu aucune maladie et a toujours été extrêmement robuste. Il avoue avoir usé largement de toutes sortes de boissons alcooliques mais nie énergiquement toute infection vénérienne. Il s'est marié à vingt-quatre ans, a une fille de vingt-neuf ans qui se porte très bien. Sa femme a succombé en 1911 en Afrique, des suites d'une dysenterie grave. A son entrée à l'hôpital, il se plaint d'amaigrissement progressif, de courbature, de nausées, de diarrhée et d'une céphalée assez vive. Cet état durerait depuis quinze jours et à plusieurs reprises il aurait eu des accès fébriles.

A l'examen, on constate un amaigrissement assez marqué, un teint terreux, conjonctives subictériques, langue sale, ventre douloureux dans les flancs. Les poumons présentent des signes de bronchite ; la rate est volumineuse, apyrexie complète. Le sixième jour le diagnostic de paludisme s'impose par un accès fébrile absolument typique survenant à dix heures du matin et au cours duquel la température s'élève à 41 degrés. Le malade raconte alors qu'il a présenté depuis le 16 mai régulièrement tous les deux jours entre huit heures du matin et midi un accès fébrile analogue d'intensité variable. Il ne sait lui-même à quoi l'attribuer, mais interrogé très exactement il raconte qu'il a fait de juin à novembre 1911 un séjour à Morsot (province de Constantine) durant lequel il exerçait la profession de terrassier et qu'il y a été piqué cruellement par les moustiques. Cependant hormis un peu de dysenterie il n'y a pas été malade, pas plus que depuis sept mois qu'il est retourné en France.

Nous pratiquons alors, à de nombreuses reprises, avant pendant et après l'accès, l'examen du sang :

Globules rouges, environ 3 millions.

Globules blancs, 12 000.

Nombreux leucocytes mélanifères.

Sur les préparations colorées, on constate uniquement des corps amiboïdes sphériques. Au moment des accès, nous en

avons vu jusqu'à quatre par champ microscopique ; en dehors des accès il faut parcourir plusieurs champs avant d'en constater.

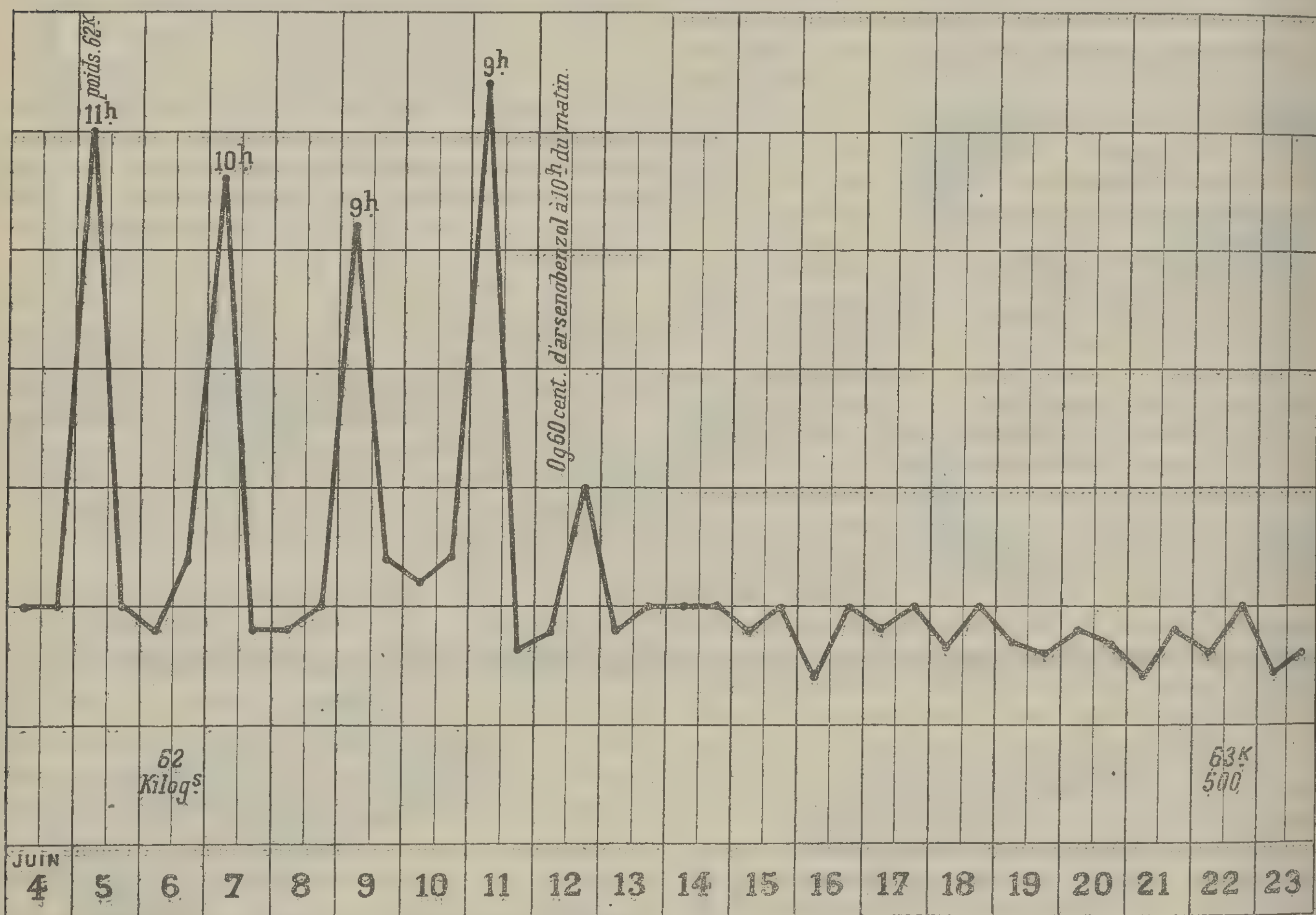
Au début de l'accès du 11 juin survenu à neuf heures du matin, du sang prélevé et examiné sous lamelle paraffinée permet d'assister au spectacle toujours si intéressant de la fécondation d'un macrogamète par un flagelle, ainsi qu'à la classique danse du pigment. Cette fécondation suivie constamment par nous a nécessité trois quarts d'heure environ pour être complète. Rien à signaler du côté des autres appareils. Les urines sont légèrement albumineuses. L'appétit est à peu près supprimé.

La réaction de Wassermann est nettement positive (rappelons que le malade nie toute syphilis). Elle a été pratiquée en dehors et pendant les accès.

On laisse le cycle fébrile évoluer librement et les 5, 7, 9 et 11 juin survient un accès typique au cours desquels la température dépassa toujours 40°5.

Le 12 juin, injection intraveineuse de 0g60 d'arsenobenzol en solution alcaline. Elle est très bien supportée et le malade

Observation I.



accuse seulement un peu de température le soir (38 degrés). Le lendemain, l'accès habituel manque, l'apyrexie est définitivement établie et le malade sort de l'hôpital le 18 juillet ayant engraissé de 6 kilogrammes. Globules rouges, 4.500.000 ; globules blancs, 9.000. La rate n'est plus perceptible. Le malade, revu le 25 septembre, n'a plus présenté d'accès. Il a repris son travail.

L'examen du sang fait à plusieurs reprises ne montre plus de parasites.

La réaction de Wassermann pratiquée le 18 juin est négative. Ce résultat est vérifié à plusieurs reprises taut avec le sérum inactivé qu'avec le sérum frais.

Obs. II. (Communiquée à la séance de la Société anatomo-clinique de Toulouse, le 20 mai 1911.) — J. V..., trente-cinq ans, entre le 24 avril 1910 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Sébastien, lit n° 26.

Pas d'antécédents héréditaires ou collatéraux méritant d'être relatés. Pas de maladies antérieures. Pas d'infection vénérienne.

Le malade a contracté le paludisme en 1893 en Algérie au cours de son service militaire. Il a eu, au début, des accès assez violents et il est demeuré deux mois à l'hôpital soigné par la quinine. En 1897 les accès apparaissent de nouveau plus violents et il est pour ce motif réformé du service et renvoyé en France. Dès lors les accès sont moins fréquents et moins intenses, mais ne disparaissent pas complètement malgré un traitement sérieux. Jusqu'en 1910, les accès ont été si fréquents qu'il a pu rarement passer un mois sans en observer.

A cette époque, il va à Alexandrie et à Port-Saïd et il voit ses accès redoubler de violence et s'accompagner de vomissements bilieux et même d'état syncopal. La quinine n'a plus désormais aucune influence sur les accès et il doit rentrer en France.

A l'examen, malade très fatigué, pâle, rate perceptible, foie gros et douloureux. Appétit nul.

Le lendemain de l'entrée, le diagnostic de paludisme s'impose par l'observation d'un accès typique dans ses divers stades et sa température 40°5. L'examen du sang montre la présence de parasites.

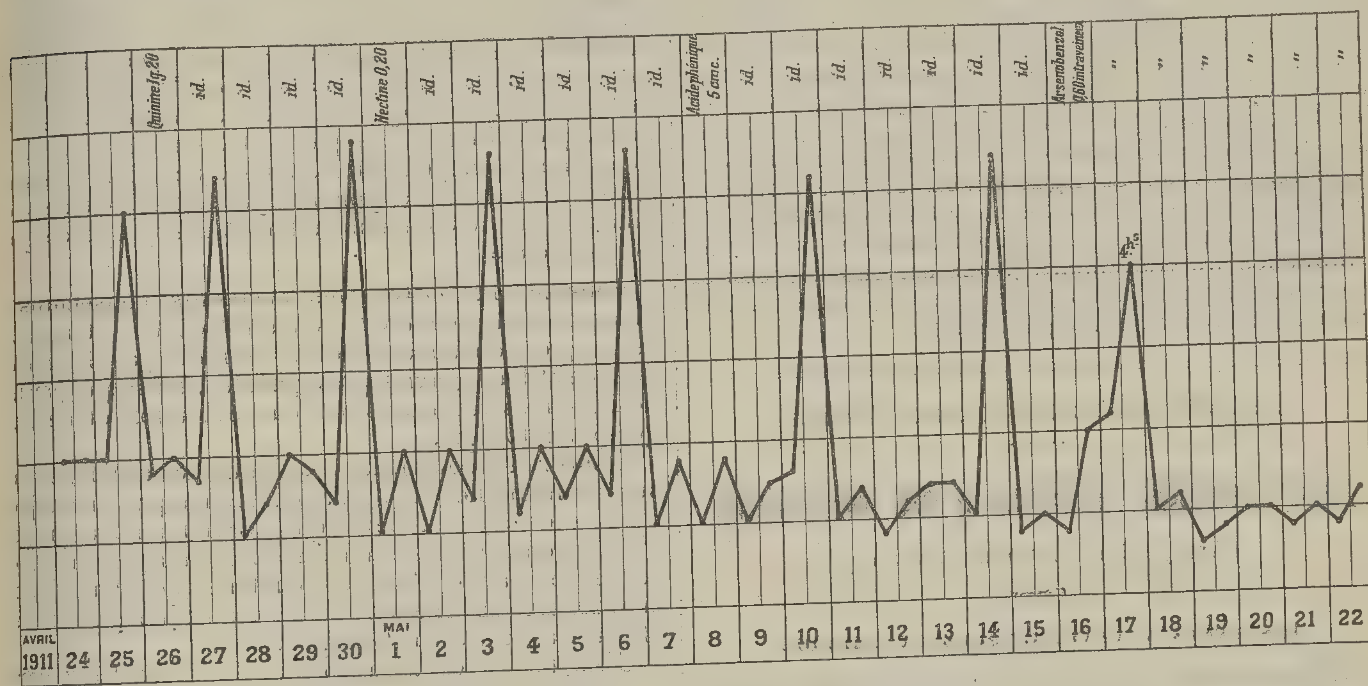
Le malade reçoit alors des injections quotidiennes de 0g20 de bichlorhydrate de quinine et 1 gramme de ce même sel par la bouche. La courbe thermique est légèrement modifiée en ce sens que les accès prennent le type quarte au lieu du type tierce, tout en étant cependant tout aussi intenses (40°7).

Devant l'intensité des manifestations fébriles et le peu de résultats donnés par la quinine, on pratique des injections intramusculaires quotidiennes de 0g20 d'hectine. Trois jours après nouvel accès (40°6). L'acide phénique est essayé (injec-

tions quotidiennes de 5 centimètres cubes à 2 p. 100). La fièvre passe au type quinte mais est toujours aussi intense, avec sueurs profuses débilitant complètement le malade.

La situation s'aggravant, on décide le 16 mai de faire une injection de 0g60 d'arsenobenzol. Le malade réagit violemment par des frissons, des nausées, des vomissements et sa température atteint le lendemain 39°5, mais tombe définitivement pour ne plus présenter d'autre élévation. Le trente-

Observation II.



sixième jour après l'injection, le malade très amélioré au point de vue général exige son exeat. Il n'a pu malheureusement être retrouvé.

De ces deux observations, ainsi que des vingt-deux cas rapportés par Werner, des dix-sept cas publiés par Iversen et Tuchinsky, nous croyons pouvoir tirer des conclusions présentant un certain intérêt.

L'arsenobenzol est parfois le médicament de choix dans le traitement du paludisme, car dans certains cas il exerce une action véritablement spécifique et stérilisante. D'autre part, nombreux sont les avantages qu'il présente sur la quinine. L'injection intraveineuse qui constitue la voie d'élection pour l'administration du médicament permet de mettre au contact du parasite une dose de toxique suffisante pour l'anéantir, cela même au moment où les formes jeunes et peu résistantes apparaissent dans le sang et s'y multiplient. Or, même dans le traitement par la quinine, même avec l'injection sous-cutanée qui constitue, à ce point de vue, un grand progrès sur la voie digestive, on discute encore sur le moment optimum de l'administration et l'action ne saurait être comparée à celle d'un médicament introduit directement dans la circulation.

Les accidents dus à l'arsenobenzol sont déjà exceptionnels dans le traitement de la syphilis et, au surplus, il n'a été jusqu'ici publié aucun accident rigoureusement authentique dû à l'administration de ce médicament dans la malaria. Les neuro-récidives paraissent être l'apanage de la syphilis et n'ont jamais été observées chez les paludéens non syphilitiques. On sait par contre combien sont fréquents les accidents d'intolérance quinique (bourdonnements d'oreilles, douleur gastrique, obnubilation intellectuelle, méthémoglobinurie).

Mais la question véritablement importante est de savoir si l'on peut parler d'une action stérilisante du médicament. « Le médicament 606 est puissant, dit Conseil, mais son efficacité est de courte durée ; un examen approfondi fait voir toujours au moins un parasite par 1000 champs microscopiques, après l'inoculation... Les grandes formes pigmentées sont particulièrement sensibles au médicament, les petites formes endo-globulaires un peu moins, les corps en croissant peu ou pas. »

La question des récidives est d'ailleurs en ce qui concerne le paludisme encore plus difficile à interpréter que pour la syphilis, puisque c'est une donnée classique que l'infection peut rester latente des mois et même des années avant de récidiver (Verneuil) ou même de se déclarer (observation personnelle) et que nous ne possédons pas ici de critère sérologique. En réalité il semble que c'est surtout dans la fièvre à type tierce (observations d'Iversen, observation personnelle) que l'on a les plus beaux succès et surtout quand on a frappé fort par une injection intraveineuse aussi massive que possible. L'injection intramusculaire, la méthode des petites injections intraveineuses répétées sont à rejeter complètement ; elles sont à notre avis la raison de l'immense majorité des insuccès.

L'injection doit être faite, autant que possible, peu avant l'accès, afin de mettre le maximum de quantité d'arsenobenzol en présence des formes jeunes du parasite ; il y a, à notre avis, dans la non observation de ce fait, un facteur important des récidives.

Faut-il répéter les injections ? Iversen et Tuchinsky n'hésitent pas à dire qu'il faut injecter à nouveau dix jours après l'accès, car à ce moment la récidive est imminente ; suivant les cas, ils font deux et même trois injections. Dans notre observation I on n'a pas cru devoir répéter l'injection parce que la réaction de Wassermann positive était devenue négative après l'injection.

En terminant nous croyons devoir insister sur ce point. Un sujet non syphilitique, mais atteint de malaria, peut avoir la réaction de Wassermann posi-

tive, même en dehors des paroxysmes fébriles. Une seule injection d'arsenobenzol peut suffire à la rendre negative.

Notre observation, croyons-nous, constitue, à ce point de vue, un document intéressant. La spécificité étroite de la réaction de Wassermann n'est aujourd'hui soutenue par personne et Böhm, Jaworski, Bœrmann et Wetter trouvent dans la malaria une réaction positive dans 20 à 40 p. 100 des cas. Ce fait a été cependant contesté depuis, par de Blasi et Tschiknawaroff. Notre observation pose nettement la question de la réaction de Wassermann dans le paludisme et de sa signification comme réaction d'infection et par suite d'élément d'appréciation de la guérison quand elle vient à disparaître sous l'in-l'influence du traitement. Nous serions heureux si notre observation servait de point de départ à des recherches sur ce point particulier.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

XIIIe CONGRÈS FRANCAIS DE MÉDECINE

[PARIS, 13-16 OCTOBRE 1912 (1).]

LES ÉTATS ANAPHYLACTIQUES EN CLINIQUE

L'importante question de l'*anaphylaxie*, découverte et dénommée par le professeur Charles RICHET, a suscité au Congrès de nombreux et importants travaux dont nous ne pouvons malheureusement donner qu'une très brève analyse.

M. ARMAND-DELILLE, à propos de la *définition de l'anaphylaxie en clinique*, pense que la signification du terme doit être précisée pour éviter une trop grande extension. Il y a lieu selon lui d'établir une différence entre les phénomènes anaphylactiques et les phénomènes d'intolérance médicamenteuse.

Le professeur CHAUFFARD a insisté lui aussi sur l'extension trop grande qu'on risque d'attribuer à ce terme. Il importe beaucoup, selon lui, de tenir compte du rapport existant entre l'intensité des accidents anaphylactiques et la dose du poison qui les détermine.

Si l'on ne s'en tient pas aux conditions que M. Charles Richet a précisées, on court le risque de faire ressortir à l'anaphylaxie des accidents dus uniquement à la toxicité.

MM. ACHARD et TOURAINE présentent une curieuse observation d'*anaphylaxie dans l'autosérothérapie ascitique*. L'interprétation, hypothétique d'ailleurs, en est délicate, car on sait que le sérum et les albumines d'un individu ne peuvent anaphylactiser cet individu ni ceux de son espèce.

MM. ACHARD et FLANDIN ont pu isoler et étudier le *poison formé dans les centres nerveux pendant le choc anaphylactique*. Ce poison se localise ou prédomine dans les centres nerveux, et seulement pendant la durée du choc. Expérimentalement il n'agit pas sur toutes les espèces, peut-être parce que le complexus qu'il forme avec les lipoïdes de la substance nerveuse n'a pas la même constitution physico-chimique chez les diverses espèces.

(1) Suite. — *Voir Gaz. des hôpit.*, 1912, nos 122, 124 et 127.

MM. F. WIDAL, P. ABRAMI et Et. BRISSAUD étudient l'*autoanaphylaxie sérique*. Elle ne se réalise que par l'injection intraveineuse, mais apparaît dès la première injection. Cette sensibilisation est permanente. Ces accidents, déterminés en général par des doses variant de 20 à 60 centimètres cubes, sont d'autant plus fréquents que le serum a subi des préparations rendant plus hétérogenes les albumines qu'il renferme. Dans tous les cas, l'allure générale et la symptomatologie de cette autoanaphylaxie sont identiques, intensité à part, et les auteurs en donnent une description minutieuse. Les accidents sont atténués ou même supprimés par la méthode de vaccination par les sérums hétérogènes proposée par M. Besredka.

Pour M. P. THAON, les accidents consécutifs à l'emploi de la sérothérapie chez l'adulte diffèrent de ceux que l'on observe chez l'enfant par leur fréquence et leur gravité plus grandes, ainsi que par les nombreuses variations de leur évolution et de leur symptomatologie.

C'est ainsi, notamment, qu'entre les accidents qui surviennent chez un sujet sensibilisé par une injection antérieure et ceux qui surviennent à propos d'un premier traitement sérothérapique la différence de gravité n'est pas constante. M. Paul Thaon en montre un exemple caractéristique par un cas observé avec M. Th. Gasiglia.

Chez les tuberculeux adultes les accidents sériques sont particulièrement fréquents et intenses; leur évolution rappelle même les accidents de réinoculation alors même qu'il s'agit d'une première et unique injection. Ils se présentent souvent sous la forme d'accidents sérotoxiques à manifestations graves tardives, chronologiquement inversées et dont M. Paul Thaon a relaté le premier exemple au Congrès de médecine de 1910.

On ne saurait assimiler purement et simplement tous ces accidents à l'anaphylaxie, quoique celle-ci y joue un rôle capital.

Cette gravité des accidents sériques croissant avec l'âge oblige aux plus sévères précautions dans l'emploi des sérums antitoxiques chez l'adulte. Il faut être dans ce cas notablement plus réservé que chez l'enfant.

MM. LESNÉ et DREYFUS, étudiant l'*anaphylaxie alimentaire*, montrent que celle-ci, provoquée par les œufs, le lait, les crustacés et mollusques, si elle est exceptionnellement mortelle, peut parfois être très grave. Il s'agit d'ordinaire d'enfants tolérant mal le lait ou les œufs et qui ont présenté antérieurement les petits signes anaphylactiques, urticaire, œdèmes localisés à une partie de la face ou aux paupières. L'ingestion renouvelée des substances nocives provoque les grands accidents anaphylactiques : douleurs abdominales violentes, vomissements, diarrhées, bref un état pouvant prendre l'aspect cholériforme. L'anaphylaxie est rare en clinique parce que les ferments digestifs transforment les albumines et les empêchent d'être anaphylactisantes. Elle est plus fréquente chez les enfants ayant fréquemment des troubles intestinaux et peut-être aussi une perméabilité plus grande de la paroi intestinale aux albumines.

MM. G. LAROCHE, Ch. RICHET fils et SAINT-GIRONS sont parvenus à créer chez le cobaye une *anaphylaxie expérimentale aux œufs*.

M. LAFFORGUE (du Val-de-Grâce) présente une com-

munication intitulée *accidents sériques immédiats et anaphylaxie. Rôle du foie dans leur pathogénie.*

MM. MARTIN et DARRÉ étudient les cas d'*accidents sériques survenus à l'hôpital Pasteur.*

Après avoir analysé ces cas, ils étudient les méthodes qu'ils croient préférables pour réduire au minimum la fréquence et la gravité des accidents sériques chez les malades réinjectés.

Les auteurs conseillent de tâter la susceptibilité du sujet par l'injection d'une minime quantité de sérum sous la peau en poussant avec une lenteur extrême ; au moindre symptôme anormal on interrompt l'injection. Un quart d'heure ou une demi-heure apres cette injection d'épreuve, on pratiquera l'injection thérapeutique, toujours aussi lentement que possible, surtout s'il s'agit d'une injection intraveineuse. Si c'est à une injection intrarachidienne que l'on doit procéder chez un sujet sensibilisé, l'injection d'épreuve préalable devra être intraveineuse.

M. ARMAND-DELILLE rapporte le cas très intéressant d'une *anaphylaxie serique neuf ans après la première injection,* et M. Flandin relate un cas analogue survenu six ans après la première injection.

M. HERRY (de Liége) est d'avis que le diplocoque rhumatismal de Triboulet et Coyon est bien l'agent du rhumatisme articulaire aigu, et en fournit des preuves expérimentales montrant le rôle de l'anaphylaxie. Il a pu préparer un sérum antitoxique dont il a retiré de bons effets expérimentaux et cliniques.

M. CHANTEMESSE est du même avis que M. Herry quant au diplocoque; il l'a rencontré à l'état de pureté dans le liquide d'œdème cérébral chez un rhumatisant atteint de rhumatisme cérébral.

M. P. COURMONT (de Lyon), étudiant les *accidents anaphylactiques du sérum dans le rhumatisme tuberculeux,* montre qu'ils sont surtout intenses chez des malades atteints de rhumatisme tuberculeux chronique. Dans trois cas typiques, les accidents, locaux ou généraux, survinrent après la troisième et la quatrième injection sous-cutanée. L'injection rectale n'avait pu prévenir les accidents.

Nous ne pouvons que citer sans nous y arrêter les communications de MM. GAUSSEL et GUEIT (de Montpellier) sur les *moyens de prévenir les accidents anaphylactiques après les injections de sérum antituberculeux de Marmorek;* de M. G. ETIENNE (de Nancy) sur les *phases anaphylactiques de la tuberculine.*

M. LANDOUZY a rappelé qu'il avait insisté sur ce point que l'*asthme dit essentiel est très souvent dû à la bacillose larvée*, et cela sans doute par suite de l'*anaphylaxie.* Il en voit une preuve dans l'alternance de l'asthme et de l'urticaire; d'autre part, les éosinophiles sont fréquents dans les crachats asthmatiques; enfin, le serum d'asthmatiques injecté à des animaux les sensibilise tellement qu'on déchaîne le choc anaphylactique quarante-huit heures plus tard en leur injectant une solution de cristaux de Charcot-Leyden provenant de crachats d'asthmatiques.

Après avoir exposé encore d'autres considérations intéressantes sur ce sujet, le professeur Landouzy termine en disant que l'on admet aujourd'hui que l'asthmatique doit être traité comme un tuberculeux nerveux, et que peut-être on doit en outre chercher à le traiter par une médication antianaphylactique.

M. A. LÉRI insiste sur les *rapports qui existent entre les états anaphylactiques et les etats diathésiques.* Il y a là évidemment plus qu'une similitude. Dans les deux cas il existe une prédisposition relativement spécifique à la maladie, pouvant être héréditaire ou acquise par voie alimentaire. Il peut aussi y avoir simultanement un certain degré de prédisposition et un certain degré d'immunité pour les mêmes maladies. En ce qui concerne l'arthritisme en particulier, certaines determinations diathésiques comme l'asthme, l'urticaire, sont des manifestations ordinaires des réactions anaphylactiques; d'autres, comme les migraines, névralgies, crises angineuses, hémorroïdaires ou eczémateuses, ou même l'accès de goutte aiguë peuvent s'expliquer complètement par l'anaphylaxie. Les fautes d'hygiène et surtout les fautes d'alimentation joueraient d'après M. Léri un rôle considérable dans le mécanisme de ces accidents.

(*A suivre.*) A. GAULLIEUR L'HARDY.

MÉDECINE PRATIQUE

DE L'INCISION DE LA PAROI ABDOMINALE DANS LES OPÉRATIONS SUR LA VÉSICULE ET LES VOIES BILIAIRES

Le pronostic des interventions sur les voies biliaires s'est considérablement amélioré depuis une quinzaine d'années, c'est ainsi que, pour citer seulement quelques chiffres, la thèse de Calot en 1890-1891 sur 71 cas accuse 19 décès soit 28,2 p. 100 de mortalité.

En 1892, Terrier rapporte 8 observations avec un décès (12,5 p. 100). Les statistiques apportées par MM. Michaux, Gérard-Marchant, Routier, Monod, lors de la discussion de la Société de chirurgie en mai 1896, donnent des chiffres analogues.

De même la statistique globale de Kehr (d'Halberstadt) portant sur 1600 opérations pratiquées par lui pendant 20 années montre 265 morts soit 16,5 p. 100, celle de Finkelstein (de Bakou) portant sur 66 cas accuse 16 p. 100 de décès. Tandis que la statistique de Borelius (de Lund) portant sur 358 cas opérés de 1898 à 1911 note 26 décès (7,36 p. 100), si l'on prend les cas opérés de mai 1909 à mai 1910 par Kehr (120 cas avec 10 décès), la mortalite s'abaisse à 8,3 p. 100 en y comprenant les interventions pour néoplasme des voies biliaires, et celle de Finkelstein pendant l'année 1911 portant sur 29 cas avec un seul décès donne 3,44 de mortalité.

On pourrait facilement multiplier ces exemples qui prouvent un progrès incontestable dans le pronostic de ces interventions.

Le mérite en revient pour une part au perfectionnement des méthodes d'exploration médicales permettant une précision plus grande dans les indications opératoires, mais pour une plus grande part encore dans les perfectionnements apportés à la technique opératoire.

C'est à Kehr que sans conteste nous devons la plupart de ces perfectionnements : drainage de l'hépatique, aspiration continue de la bile, incisions donnant un accès direct sur les voies biliaires et par leur étendue permettant d'opérer toujours sous le contrôle de la vue.

Avant cette époque on utilisait pour aborder les voies biliaires la laparotomie latérale le long du bord externe du muscle grand droit, incision qui tombe bien sur la vésicule mais donne un accès indirect insuffisant sur le cystique, l'hépatique et le cholédoque situés bien plus vers la ligne médiane.

En 1898, Mayo Robson préconise l'emploi d'une incision latérale coudée, mais surtout apporte un progrès sensible par l'emploi du billot dorsal qui, en rapprochant les organes profonds de la paroi, facilitait déjà singulièrement les interventions sur les voies biliaires. C'est en 1899 que A. Dean Bevan décrit une vaste incision en S permettant une large explora-

tion de la région. Elle comprend deux incisions concaves, la supérieure en dedans, en plein muscle grand droit, l'inférieure en dehors, dans les muscles latéraux de l'abdomen et se réunissant au bord du droit au niveau du bord inférieur du rebord costal. Cette incision, très vaste, donnant un jour considérable sur tous les viscères de l'abdomen, semble encore d'un usage courant en Amérique.

C'est depuis 1895 que Kehr utilise une incision de la paroi abdominale qui a pour caractéristique une grande longueur et son trajet à travers le muscle grand droit. Kehr se servit d'abord d'une incision à deux branches, l'une partant de la pointe de l'appendice xyphoïde et se dirigeant obliquement à 45 degrés en dehors vers le bord costal jusqu'au tiers externe du grand droit, en ce point la deuxième branche descend verticalement dans le grand droit jusqu'au niveau de l'ombilic. Cette incision donne un jour considérable, mais la partie oblique de l'incision est située trop haut, aussi Kehr lui substitua rapidement son incision ondulée ou en baïonnette. Celle-ci se compose de trois parties : une incision médiane supérieure partant de l'appendice xyphoïde puis se recourbant progressivement en dehors pour tracer une deuxième portion qui coupe le droit obliquement en bas et en dehors, et, s'infléchissant en bas, se termine par une portion verticale qui coupe le droit en son tiers externe et descend jusqu'au niveau de l'ombilic.

Cette incision donne un jour direct énorme sur toute la région des voies biliaires et les viscères environnants et facilite singulièrement les opérations qui s'y pratiquent. Elle est devenue rapidement classique en Allemagne, et préconisée par Terrier et Lejars à la Société de chirurgie, elle a été adoptée par la majorité des chirurgiens français depuis 1905.

Cependant cette incision est passible de critiques qui n'ont pas tardé à se faire entendre.

D'aucuns ont trouvé son étendue vraiment exagérée et si l'on suivait à la lettre la technique de Kehr qui ne pratique pas de restauration de la paroi mais se contente d'installer autour de son drainage de l'hépatique un énorme tamponnement à la gaze iodoformée, l'infection étant à la longue à peu près inévitable dans ces conditions, on conçoit que dans bien des cas on devait observer une éventration consécutive considérable.

Mais, pour beaucoup, l'infection ne serait pas la seule cause d'éventration avec l'incision de Kehr; il faudrait incriminer aussi la défectuosité de son trajet. La grande majorité des chirurgiens, au moins chez nous, a abandonné le tamponnement de Kehr, et pratiquant le drainage de l'hépatique au point de l'incision en face duquel ce conduit se trouve, ferment avec soin la paroi au-dessus et au-dessous. Dans ces conditions mêmes, on observerait des éventrations soit dans la partie moyenne, soit dans la partie inférieure de l'incision. Dans cette partie de son trajet en effet l'incision de Kehr, traversant obliquement ou verticalement le grand droit, coupe forcément les filets nerveux tous à direction horizontale destinés à la partie du muscle située en dedans de l'incision. Il en résulte une paralysie puis une atrophie de toute cette partie du muscle.

Ces griefs ont été exposés successivement en Allemagne au congrès allemand de chirurgie en avril 1910 par Spengel (de Brunswick) et Heusner (de Barmen), et dans une série d'articles de journaux par Kausch (de Schöneberg), von J. Bakes, Körte (de Berlin), Sprengel et Kehr; chacun est venu exposer et défendre une incision nouvelle de la paroi abdominale naturellement supérieure aux précédentes.

En France l'attention vient d'être attirée sur ce sujet par une communication de Gosset à la Société de chirurgie (discussion : Cunéo) et de Desjardins à la Société des chirurgiens de Paris (discussion : R. Bonneau, Reblaud, Thévenard).

Nous allons essayer de résumer ces travaux et de dégager de leur ensemble un peu confus les faits acquis dont le chirurgien pourra tirer un utile profit.

Le premier point acquis est qu'avec l'incision de Kehr on observe des éventrations. Sprengel, König, Körte, Kausch s'en sont plaints ; Kehr lui-même a été amené à modifier son incision pour le même motif. Gosset accuse 4 éventrations sur 142 opérations, Desjardins 2 cas pendant les deux années où il a employé l'incision.

Mais quel rôle faut-il faire jouer à la section des filets nerveux dans la pathogénie de ces éventrations ?

Il semble si l'on rapproche les publications allemandes des publications françaises que les éventrations seraient bien plus fréquentes de l'autre côté du Rhin. Kausch par exemple les signale comme très fréquentes. Chez nous, étant donné le grand nombre d'interventions maintenant pratiquées, l'éventration semble une rareté. Thévenard n'en a observé qu'un seul cas sur un grand nombre d'observations.

Il semble donc a priori que la section des fibres nerveuses ne puisse être invoquée comme facteur principal de mauvaise consolidation de la paroi, car celle-ci serait bien plus fréquente qu'on ne l'observe et égale dans les deux pays. C'est donc le facteur infection et l'emploi du tamponnement empêchant une réfection exacte de la paroi qui doivent jouer le rôle primordial.

La réfection soigneuse de la paroi par trois étages de sutures, de manière à bien affronter tous les plans et à reconstituer la gaine du droit dans toute son étendue, la réunion par première intention, semblent suffisants pour prévenir la production de l'éventration. La portion du muscle droit privée de filets nerveux, adhérant à sa gaine reconstituée, ne se rétracte pas, absolument comme après l'incision de Jalaguier dans l'appendicectomie. C'est l'opinion qui a été soutenue par Bier en Allemagne et Reblaud chez nous.

Il nous semble que par là même l'importance de choix du tracé de l'incision perde un peu de l'intérêt que les chirurgiens allemands veulent lui donner. Aussi allons-nous, sans suivre l'ordre chronologique, mais en les groupant d'après leurs ressemblances, énumérer rapidement les diverses incisions proposées pour éviter la section des nerfs destinés au grand droit.

Nous verrons à propos de chacun d'eux les avantages et inconvénients de ces divers tracés. Nous chercherons ensuite à indiquer ce qui nous semble pratiquement utile à retenir de cette discussion. Il y a maintenant plus de trois ans que Kehr a été amené à modifier sa fameuse incision en baïonnette. Celle-ci lui donnant de nombreuses éventrations surtout par la partie inférieure de l'incision qui coupe les filets nerveux destinés au droit, Kehr a été amené à supprimer purement et simplement cette portion de l'incision. Il pratique donc une incision épigastrique médiane se recourbant vers la droite et sectionnant obliquement les deux tiers internes du grand droit, circonscrivant ainsi un vaste lambeau sous-costal qu'il est aisé de récliner par en haut, pour découvrir toute la région hépatico biliaire.

König (de Marbourg) emploie une incision analogue mais plus bas située. La branche horizontale de l'incision coupe franchement transversalement tout le grand droit très peu au-dessus de l'ombilic, ce qui permet, en même temps que l'abord des voies biliaires, l'examen systématique de l'appendice, examen qu'il considère comme très important, car dans les cas chroniques le diagnostic peut être hésitant entre une affection de la vésicule et une appendicite, et souvent les deux affections coïncident. La portion verticale de l'incision, portant sur la ligne blanche, est faite la plus courte possible. L'auteur attribue en effet aux incisions épigastriques situées trop près de l'appendice xyphoïde un rôle important dans les troubles respiratoires et la genèse des complications bronchopulmonaires postopératoires.

A côté de ces deux types d'incisions transversales haute ou basse avec incision longitudinale médiane, il faut citer l'incision pour ainsi dire inverse proposée par Desjardins.

En 1907, à propos de la technique de la pancréatectomie (*Revue de chirurgie*), A. Desjardins avait proposé une incision en Z donnant un jour considérable sur les voies biliaires et la tête du pancréas. Il l'a modifiée depuis pour l'adapter à la chirurgie biliaire de la façon suivante (incision en 7) : 1° une incision médiane verticale depuis deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde jusqu'à l'ombilic; 2° une incision transversale située à l'extrémité supérieure de la première et arrivant au rebord costal au niveau de la septième ou mieux de la huitième côte. Dans cette partie de l'incision Desjardins prend de grandes précautions pour la reconstitution de la paroi. « La gaine du droit est ouverte, avec deux clamps on charge le muscle de dehors en dedans, en respectant le feuillet postérieur de la gaine et on sectionne

franchement le muscle entre les deux clamps qui le soulèvent, le font saillir vers le bistouri et facilitent beaucoup la section. On laisse les clamps sur les deux tranches du muscle... En les faisant basculer de façon à éverser les deux tranches de muscle, on découvre longuement le feuillet profond de la gaine dans toute sa largeur. Il ne reste plus alors qu'à dissocier en dehors, à couper en dedans les fibres charnues puis tendineuses du petit oblique et du transverse et on est dans le ventre. C'est à peine si l'on a deux pinces à mettre sur la terminaison de l'épigastrique, toujours très grêle à ce niveau. »

Pour reconstituer la paroi « deux cas peuvent se présenter: ou bien on draine et c'est le cas le plus fréquent en chirurgie biliaire, ou bien on ne draine pas ».

« Lorsqu'on ne draine pas, la chose est des plus simples, on referme plan par plan. Lorsqu'on draine, c'est ici qu'il est utile d'avoir fait commencer l'incision au niveau du huitième cartilage et non du septième ». On pourra ainsi refermer en entier la gaine du droit et faire passer le drain entre le bord costal et le bord externe du droit à travers les fibres du grand oblique et du transverse. La présence des clamps facilite singulièrement l'exact affrontement des tranches du grand droit que fixent des points en U assurant à la fois la réunion et l'hémostase.

On peut peut-être reprocher à cette incision qui donne un jour considérable, la situation un peu haute de l'incision transversale dans certains cas de gros foie en rétention biliaire fixé par des adhérences (R. Bonneau) ou de thorax très étroit (Thévenard).

En face de ces incisions transversales combinées à une incision verticale médiane, se placent les incisions purement transversales qui semblent jouir actuellement d'une grande faveur. Les divers tracés proposés diffèrent peu entre eux.

Kausch (de Schöneberg) utilise depuis plusieurs années une incision qu'on pourrait appeler « anatomique ». Partie du bord costal, elle se dirige parallèlement aux fibres du grand oblique et à la direction des filets nerveux, c'est-à-dire non transversalement, mais légèrement obliquement (à 30 degrés environ) vers la ligne médiane qu'elle atteint un peu au-dessus de l'ombilic. Dans le cas où un jour plus vaste est nécessaire, on pratique l'incision symétrique de l'autre côté, et on relève vers le haut le lambeau ainsi délimité.

Sprengel (de Brunswick) a préconisé, depuis 1910, une incision transversale qu'il pratique à deux niveaux différents selon le volume du foie. Il y a ainsi une incision haute et une incision basse.

L'incision haute coupe transversalement le grand droit au niveau de l'épigastre à la hauteur de la huitième côte, elle peut être prolongée en dedans sur la partie interne du grand droit du côté opposé.

« Ce n'est pas, dit Gosset, une incision à recommander, et pour une série de raisons. Il est dans certains cas, surtout chez les sujets gros, bien difficile de déterminer à l'avance la position haute ou basse du foie. Cette incision haute de Sprengel conduit trop sur le lobe gauche du foie, et pas assez directement sur la vésicule. Enfin, et c'est là le reproche le plus grand qu'on puisse lui adresser, elle ne peut pas être prolongée en dehors. En dedans, il est loisible de se donner du jour en sectionnant plus ou moins le muscle droit du côté gauche ; mais en dehors, le rebord inférieur du thorax arrête toute possibilité de se donner du jour. »

L'incision transversale basse de Sprengel est ainsi décrite par son auteur : « C'est une incision en forme de crochet, disposée de telle sorte que le bras court, externe, du crochet, corresponde à la direction du muscle grand oblique, et que ce muscle soit sectionné parallèlement à ses fibres; le grand bras du crochet, au contraire, coupe transversalement le muscle grand droit. Pour les petites opérations, limitées à la seule vésicule, l'incision a à peine besoin de dépasser latéralement le bord externe du droit; suivant les besoins, on peut entamer légèrement dans la direction de l'incision du droit les muscles profonds, petit oblique et transverse. Le jour ainsi obtenu n'est-il pas suffisant, ce qui est la règle dans les interventions sur les voies biliaires profondes, je conseille de prolonger l'incision vers la gauche, c'est-à-dire de sectionner également transversalement, en partie ou en totalité, le muscle grand droit du côté gauche. De cette façon, on se crée une brèche donnant un jour suffisant à peu près dans toutes les éventualités. Cette incision transversale permet en même temps et à coup sûr de récliner le côlon et l'intestin grêle. »

C'est cette incision transversale basse ou une incision analogue qui a été adoptée par beaucoup de chirurgiens comme Körte, Heusner (de Barmen), von J. Bakes, et chez nous Gosset, Cunéo, Thévenard.

Voici comment Gosset décrit en détail la technique qu'il emploie :

« Le malade étant couché horizontalement sur le dos, avec un billot glissé au niveau de la pointe des omoplates, on incise transversalement, depuis le bord externe du droit jusqu'à la ligne médiane, les couches superficielles et la gaine antérieure du muscle. Les faisceaux musculaires sont rapidement sectionnés, et une pince de Kocher fait momentanément l'hémostase de l'épigastrique. En général, seule la tranche musculaire inférieure donne un jet de sang ; l'écoulement par la tranche musculaire supérieure est le plus souvent nul ou insignifiant. Après section, le muscle droit se rétracte différemment en avant et en arrière. En avant, il adhère assez intimement à sa gaine et se rétracte peu; en arrière, au contraire, les faisceaux musculaires se rétractent beaucoup plus et mettent alors à nu, sur une bande large verticalement de 3 centimètres au minimum, toute la gaine postérieure. Celle-ci est incisée transversalement, en même temps que le péritoine qui lui adhère, et la cavité abdominale se trouve ainsi ouverte. Il faut alors mettre des écarteurs, faire récliner fortement les lèvres de l'incision et consacrer quelques instants à regarder et à explorer. Et c'est après le résultat de ces constatations qu'on prolongera ou non l'incision transversale.

Le crochet externe recommandé par Sprengel peut augmenter le champ opératoire ; il est surtout commode pour laisser passer à la fin de l'opération l'appareil de drainage. C'est en dedans qu'il faut inciser si l'on veut avoir du jour; il faut dépasser la ligne médiane, mordre sur le droit du côté gauche et ne pas craindre, dans les cas difficiles et chez les sujets gras, d'inciser complètement le muscle. Cette large incision transversale, qui paraît très mutilante, l'est en réalité fort peu; elle ne coupe aucun nerf, et la séparation, de l'avis de tous ceux qui l'ont employée, n'est pas malaisée. »

On a fait à cette incision un certain nombre de critiques. Kehr lui reproche de ne pas permettre le drainage direct, par le chemin le plus court, de l'hépatique, ce qui peut exposer le drain à se couder et à mal fonctionner. Pour obvier à cet inconvénient, on est obligé de pratiquer des incisions complémentaires.

La réfection de la paroi serait longue et nécessiterait, de l'aveu de l'auteur, quinze à vingt minutes.

Elle sacrifie, comme toutes les insertions transversales à ce niveau, l'insertion du ligament falciforme du foie, ce qui peut gêner dans la réfection de la paroi.

Enfin, si on utilise le prolongement de l'incision du côté gauche, on obtient un jour considérable, il est vrai, sur l'intestin et l'estomac, mais on peut être alors gêné par la hernie de l'estomac distendu à travers la plaie (Sprengel, Kehr, Gosset, Thévenard) plus que par une incision verticale. Cependant, Sprengel et Körte jugent ce prolongement indispensable dans la majorité des cas.

Ces objections sont en réalité secondaires, et il est assez aisé d'y remédier. C'est ainsi que Gosset montre qu'en glissant sous la lèvre gauche de l'incision une grande compresse que l'on maintient par l'écarteur, on empêchera l'estomac de faire hernie dans le champ opératoire.

Quant à la difficulté de la réfection de la paroi, elle serait probablement considérablement simplifiée par l'emploi systématique des clamps sur la tranche des grands droits, telle que l'indique Desjardins.

Tous les auteurs qui ont employé cette incision constatent qu'elle fournit un jour très large sur la région, ce qui est le point capital.

Que conclure de tout ce qui précède?

Est-il indispensable de préconiser un mode d'incision à l'exclusion de tous les autres? Nous ne le croyons pas, et nous pensons au contraire que le chirurgien ne peut que gagner à avoir à sa disposition un certain nombre d'incisions

lui permettant de répondre aux divers cas en face desquels il peut se trouver.

En principe, il devra exclure de sa technique les incisions verticales autres que celles pratiquées sur la ligne blanche, c'est-à-dire les incisions transrectales ou latérales. Il pourra, au contraire, utiliser les incisions horizontales ou légèrement obliques en bas et en dedans à des hauteurs variées, soit seules ou associées à une incision longitudinale médiane.

C'est ainsi que chez les sujets à foie petit ou basculé et mobile, à thorax large, on pourra utiliser l'incision haute de Sprengel ou en 7 de Desjardins.

En cas de gros foie, de thorax étroit, de cholécystite chronique, de coexistence ou d'erreur possible avec une appendicite chronique, il vaut mieux utiliser une incision transversale bas située, presque ombilicale, complétée ou non par le prolongement de l'incision vers la gauche ou une incision verticale.

Enfin, dans les cas de malades très gras chez lesquels il est impossible de déterminer à l'avance la position haute ou basse du foie, pourquoi ne pas débuter par la laparotomie médiane sus-ombilicale (R. Bonneau), incision sur laquelle on branchera après exploration une incision transversale haute ou basse selon les besoins du cas?

Ici, comme partout en médecine, à l'utilisation systématique d'un procédé ne convient-il pas plutôt de plier la technique aux variétés de la clinique et d'utiliser selon les cas les divers procédés dont l'arsenal chirurgical ne cesse de s'enrichir? M. LANCE.

BIBLIOGRAPHIE

1890-1891. CALOT. Th. de Paris.

1892. TERRIER. *Revue de chir.*, p. 553.

1896. TUFFIER. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, t. XXII, p. 245, 359, 379, 415, 439. Discussion : Michaux, Broca, Schwartz, Routier, Gérard-Marchant, Ch. Monod, Reclus, Reynier.

1899. V. DEAN BEVAN. *Annals of Surg.*, t. XXX, p. 15.

1900. MAYO ROBSON. *Diseases of the gall-bladder and bile ducts*, New-York, 2e édit.

1905. TERRIER, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, t. XXXI, nº 39, 26 déc., p. 1090. Discussion : Hartmann.

1907. DESJARDINS. *Revue de chir.*

1910. SPRENGEL. *XXXIXe Cong. de la Soc. allem. de chir.*, Berlin, 30 mars-2 avril. Discussion : Heusner, Bier. — KEHR. *Münch. med. Wochen.*, t. LVII, nº 38, 20 sept., p. 1986.

1911. KAUSCH. *Beit. z. klin. Chir.*, t. LXXI, f. 3, p. 691.— VON J. BAKES. *Arch. f. klin. Chir.*, Bd XCVI, f. 1, p. 205. — SICK. *Beit. z. klin. Chir.*, t. LXXIV, f. 1, oct.

1912. FINKELSTEIN. *Roussky Wratch*, t. XI, nº 2, 14 janv. — H. KEHR. *Arch. f. klin. Chir.*, t. XCVII, f. 1, p. 74. — KÖRTE. *Idem*, p. 824. — BORELIUS. *Idem*, f. 2, p. 376. — KÖNIG. *Centralb f. Chir.*, t. XXXIX, nº 16, 20 avril, p. 529.— GOSSET. *Soc. de chir.*, séance du 2 oct. Discussion : Cunéo. — DESJARDINS. *Soc. des chirurg. de Paris*, séance du 25 oct. Discussion : R. Rousseau, Thévenard, Reblaud.

JURISPRUDENCE

RESPONSABILITÉ ET EXPERTISE MÉDICALES

La première chambre du tribunal civil de la Seine a rendu le 29 octobre dernier un jugement qui semble vouloir ne donner qu'une autorité relative aux rapports des experts médicaux, surtout en matière de responsabilité professionnelle.

Un malade, atteint d'appendicite, entrait dans le service de M. le docteur Lecène à l'hôpital Bichat. Il devait y être opéré.

Au cours de l'opération, le chirurgien, voulant brûler un bouton d'acné qui se trouvait dans le voisinage du champ opératoire, approcha de ce bouton la pointe d'un thermocautère. Mais comme le malade venait d'être, suivant les règles, frotté à l'éther et à l'alcool pour aseptiser le corps, et qu'il restait sur la peau des traces d'alcool, celles-ci s'enflammèrent. Le patient fut atteint des genoux aux aisselles.

Un procès s'ensuivit. Le docteur Lecène reconnut les faits, mais soutint qu'il n'avait commis aucune faute, ayant observé les règles les plus élémentaires de la thérapeutique. Des experts furent chargés de vérifier les allégations du docteur Lecène. Les professeurs Reclus, Pozzi, Duval, affirmèrent que leur confrère n'avait commis aucune faute professionnelle. Les débats reprirent après le dépôt du rapport. On pouvait supposer que le malade serait débouté de sa demande, surtout après l'audition de ces attendus.

« Attendu que les experts établissent d'une manière indiscutable les circonstances dans lesquelles s'est produit l'accident; qu'il est constant que le 6 août 1909 Chassin allait être opéré à l'hôpital Bichat, par le docteur Lecène, pour une appendicite refroidie; qu'après avoir été endormi au chloroforme, il fut apporté sur la table d'opération où il fut lavé au savon, puis à l'éther, puis à l'alcool; que ces substances furent enlevées avec des compresses; qu'à ce moment le docteur Lecène remarqua, au niveau du pubis, un petit bouton d'acné; qu'il demanda le thermocautère pour détruire ce petit bouton qui aurait pu être une cause ultérieure d'infection de la plaie opératoire; qu'au moment où il approchait le thermocautère du bouton, des traces d'alcool qui restaient sur le corps s'enflammèrent, et Chassin fut grièvement brûlé sur une longue étendue du corps;

Attendu que les experts estiment, dans l'état de ces constatations, que le docteur Lecène n'a commis aucune faute professionnelle, qu'il a, au contraire, agi avec le souci louable de faire une opération parfaitement aseptique, et que la brûlure a été provoquée par un pur accident, favorisé par une conformation spéciale du malade... »

Mais il n'en fut rien. Si le docteur Lecène n'a pas commis une faute purement professionnelle, il y a eu cependant une négligence « qui n'a aucun rapport avec une question d'ordre scientifique et qui tombe sous l'appréciation des tribunaux ».

« Attendu que, malgré la grande autorité qui s'attache à un avis ainsi exprimé par les trois savants experts, le tribunal ne saurait adopter leurs conclusions ; que s'il serait excessif d'imputer une faute professionnelle au docteur Lecène, il apparaît, par contre, qu'il a commis une négligence qui, aux termes de l'article 1383 du Code civil, engage sa responsabilité aussi bien qu'une faute ; que loin de voir une explication fortuite de l'accident, dans le fait de la conformation spéciale du malade, le tribunal estime que le chirurgien qui, nécessairement, connaissait bien cette conformation, et qui devait avoir eu son attention tout particulièrement appelée sur elle, n'aurait pas dû approcher le thermocautère du corps du malade sans s'être préalablement assuré qu'aucune trace d'alcool ne restait sur aucune partie du corps; que l'obligation d'agir rapidement ne le dispensait pas de l'obligation de prendre toutes les mesures nécessaires de prudence; que sa responsabilité se trouve ainsi engagée par une négligence qui n'a aucun rapport avec une question d'ordre scientifique et qui tombe sous l'appréciation des tribunaux... »

Le jugement, dont nous publions des extraits, nous semble aller trop loin dans l'appréciation de la négligence du docteur. Les condamnations prononcées l'ont été pour des faits assez graves.

Le principe général que chacun répond, au moins civilement, non seulement de sa faute volontaire, mais encore de ses simples imprudences ou négligences, s'applique au médecin. Il est tenu de prendre toutes les précautions en son pouvoir pour empêcher que ses actes nuisent à autrui (art. 1383, C. civ.). L'absence de telles précautions est une faute, qu'elle consiste à n'avoir pas prévu les conséquences de ses actes (imprudence), ou à n'avoir pas vérifié les conditions dans lesquelles on se trouvait (négligence). Les tribunaux ont de ce chef prononcé de nombreuses condamnations. Ainsi a été déclaré en faute le chirurgien qui opère en état d'ivresse (Douai, 16 mai 1882, *S.* 83. 2. 153; Rennes (sans date), *Ann. hyg. pub.*, 57, VII, p. 208), qui omet de vérifier le contenu d'un flacon d'anesthésique avant de l'employer (Trib. Seine, 27 juin 1901; *Gaz. Trib.*, 01. 2. 267), qui oublie un morceau de gaze dans le corps de l'opéré, qui laisse administrer le chloroforme par une personne incapable d'en apprécier les effets sur le patient (Alger, 17 mars 1894, *S.* 95. 2. 237), ou enfin le médecin qui, dans un cas difficile mettant son savoir en défaut, se dispense d'appeler un confrère en consultation

(Paris, 4 mars 1898, *S.* 99. 2. 90 [motifs]; Metz, 22 mai 1867, *D. P.* 67. 2. 110).

Un appel de ce jugement semble s'imposer.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'ÉTUDES SCIENTIFIQUES SUR LA TUBERCULOSE

(SÉANCE DU 17 OCTOBRE 1912)

Tuberculose en foyers disséminés avec localisations sous-séreuses multiples. — MM. Léon BERNARD et PORAK apportent des pièces dont l'intérêt réside dans la localisation du tissu caséeux qui infiltre le tissu sous-séreux des plèvres, du péritoine. Il existe même une pachyméningite tuberculeuse de la moelle épinière au niveau du renflement lombaire.

M. LANDOUZY rappelle qu'il a étudié des lésions analogues de pachyméningite tuberculeuse il y a une trentaine d'années, et qu'il les avait comparées à celles que l'on observe dans les pleurésies anciennes.

Corticalite caséeuse pulmonaire tuberculeuse. — MM. F. BEZANÇON et GASTINEL reviennent au point de vue clinique sur leur observation dont ils ont présenté les pièces à la dernière séance. Ils présentent une classification des corticalites tuberculeuses en corticalites fibreuses, fibro-caséeuses et caséeuses en se basant sur leurs caractères différentiels, cliniques et anatomiques.

Diverses expressions diaphragmatiques dans les affections tuberculeuses de l'appareil respiratoire. — M. G. MAINGOT montre comment la transparence, l'architecture, la mécanique thoracique sont favorables à la recherche radiologique de la tuberculose pulmonaire. Il insiste sur la nécessité d'explorer avec soin le diaphragme des tuberculeux et préconise une manœuvre capable de provoquer des mouvements diaphragmatiques chez les sujets dont la respiration est du type costal. Il suffit d'immobiliser les côtes en sanglant fortement le thorax pour obtenir des mouvements diaphragmatiques de grande amplitude. Après avoir précisé les caractères de l'image phrénique :

1° Dans les réactions de la plèvre à la tuberculose;

2° Dans les états pulmonaires qui, secondairement à la tuberculose, augmentent la transparence de la base et la profondeur du sinus costodiaphragmatique;

3° Dans les lésions tuberculeuses primitives ou non qui intéressent le parenchyme et les bronches des lobes inférieurs et créent des foyers de forces centripètes capables d'attirer le diaphragme, le médiastin et le plastron sterno-costal;

Il insiste sur les condensations péribronchiques droites inférieures.

Celles-ci, généralement secondaires à des tuberculoses anciennes et méconnues de la base, déterminent avant les invasions cliniquement appréciables des sommets pulmonaires, des déformations inspiratoires du diaphragme, vestiges d'une infection souvent éteinte.

M. F. BEZANÇON rappelle la prédominance des lésions de début de la tuberculose pulmonaire cliniquement décelables à droite. Ces données cliniques concordent avec les examens radiologiques exposés par Maingot.

M. DEBRÉ a trouvé chez l'enfant une prédominance des lésions initiales à la base droite, ainsi qu'il l'a rapporté avec M. Ribadeau-Dumas. L'infiltration entourant la bronche droite, qui pourrait correspondre aux données radiologiques exposées par Maingot, est inconstante.

M. Léon BERNARD fait quelques réserves sur l'interprétation des ombres radiologiques signalées par Maingot, mais confirme leur fréquence qu'il a constatée avec lui.

M. MAINGOT se défend d'avoir voulu affirmer la nature des lésions qu'il a observées autour de la bronche droite. Il a employé pour les désigner le terme de condensation péribronchique qui éveille l'idée d'une diminution de l'élasticité du poumon autour de la bronche sans préjuger de la nature des lésions.

Lésions ulcéro-caséeuses et dilatation du bassinet dans la tuberculose rénale. Variétés anatomiques de la forme infiltrée ulcéro-caséeuse. — MM. Maurice HEITZ-BOYER et Paul BRAUN. Les cavernes rénales ne se forment qu'exceptionnellement en plein parenchyme par confluence des granulations, formation de nodules, caséification et évacuation de la matière tuberculeuse. Dans l'énorme majorité des cas, presque constamment, les lésions ulcéro-caséeuses débutent au niveau des papilles, qui sont rongées, puis s'étendent de bas en haut produisant l'évidement de la pyramide, puis de la substance corticale correspondante. L'envahissement progressif de bas en haut s'explique par l'existence constante dans ces cas d'une distension des voies excrétrices traduisant la stagnation de l'urine.

On peut observer tous les degrés de distension et tous les degrés d'ulcération, ces deux processus se combinant d'une façon variable et expliquant la grande variété d'aspect des lésions; d'autant plus que la lésion ulcéro-caséeuse du rein est segmentaire, progressant toujours sur un rénicule qui reste indépendant du rénicule voisin lui-même intact, ou présentant une lésion à un stade différent. On peut diviser la forme ulcéro-caséeuse en variétés secondaires suivant le degré des lésions : variété pyélique pure (simple distension), variété pyélo-papillaire, variété pyélo-médullaire, variété pyélo-papillo-médullo-corticale.

Quant à la stagnation de l'urine elle est elle-même dans la dépendance des voies excrétrices ayant abouti à un rétrécissement.

On doit donc concevoir la pathogénie des lésions ulcéro-caséeuses du rénicule de la façon suivante :

Après l'infection primordiale du rein par voie circulatoire descendante, ayant donné lieu à une lésion primordiale évoluant pour son compte, se produit à un moment donné une lésion des voies excrétrices, créant un obstacle au libre écoulement des urines. A ce moment, un deuxième stade, stade secondaire, pendant lequel commence l'envahissement tuberculeux se fait de bas en haut par voie rénaliculaire, ascendante, déterminant ainsi les variétés de lésions obtenues expérimentalement après ligature de l'uretère, par Albarran et par Léon Bernard et Salomon.

M. E. SERGENT a invoqué un mécanisme analogue pour la pathogénie des cavernes biliaires. La tuberculose des voies biliaires n'est pas primitivement ascendante, mais descendante. Le canal biliaire enflammé se dilate, les altérations anatomiques ayant provoqué une obstruction biliaire secondaire.

M. Léon BERNARD. L'apport des bacilles par la voie sanguine domine la pathogénie de la tuberculose rénale. On trouve des granulations dans la substance médullaire comme dans la substance corticale. Je crois que les formes décrites par Heitz-Boyer et Braun ne sont que des variétés de la forme ulcéro-caséeuse.

M. LANDOUZY a constaté également au cours des autopsies de nourrissons tuberculeux, faites avec Aviragnet et Queyrat, que les granulations n'avaient pas un siège exclusivement cortical.

Recherches sur la bacillémie des tuberculeux (note préliminaire). — MM. Léon BERNARD, R. DEBRÉ et BARON. La bacillémie des tuberculeux est un fait très controversé à l'heure actuelle, alors que pour certains, en particulier les auteurs français, la constatation du bacille de Koch dans le sang des tuberculeux est un fait rare, d'autres, les auteurs allemands surtout, la trouvent presque constante, même chez des sujets prétuberculeux.

MM. Léon Bernard, Debré et Baron ont cherché à déceler le bacille de Koch dans le sang des tuberculeux par deux procédés.

Le premier par examen direct à l'aide d'un procédé spécial, permettant grâce à une homogénéisation parfaite du sang d'en examiner une quantité relativement importante, le deuxième par inoculation au cobaye.

Voici les premiers résultats qu'ils ont obtenu jusqu'à présent. Les recherches ont été faites sur 36 malades atteints de tuberculose grave, broncho-pneumonie caséeuse, tuberculose

pulmonaire en poussée, pleurésie, méningite tuberculeuse, granulie, etc.

Chez 32 malades l'examen et l'inoculation furent négatifs, chez 4 seulement, une septicémie tuberculeuse avec phlébite, 3 granulies, on trouve le bacille dans le sang circulant.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1912)

Fractures du cou-de-pied. — M. SOULIGOUX fait une importante communication sur l'histoire de ces fractures, leur mécanisme, leur étiologie, leur symptomatologie. Il fait connaître le résultat de ses dissections et de ses expérimentations anatomiques et chirurgicales.

Il divise l'histoire de ces fractures en deux périodes, la période antérieure à la radiographie, basée sur les recherches anatomiques et l'expérimentation et la seconde datant de l'application de la radiographie à l'étude de ces fractures. M. Souligoux déclare appartenir aux partisans de la première période et il se propose de démontrer que l'étude des pièces anatomiques et l'expérimentation sur le cadavre renseignent bien plus exactement sur la nature de ces fractures que la contemplation de toutes les radiographies, celles-ci induisant souvent en erreur.

M. Souligoux présente plusieurs pièces anatomiques qu'il a lui-même disséquées et de l'examen de ces pièces il conclut que Tillaux, même avant la radiographie, avait vu très juste. Comparant ainsi, d'un côté, les pièces anatomiques et, de l'autre côté, les radiographies, il démontre, en s'appuyant sur plusieurs exemples, que les résultats fournis par les premières ne concordent pas toujours avec les résultats fournis par les secondes.

Il nous est difficile de suivre M. Souligoux dans ses explications et de reproduire tous les détails dans lesquels il est entré. Qu'il nous suffise de dire que la conclusion, très importante à nos yeux, qui se dégage de ces faits, c'est qu'il serait périlleux, au point de vue du diagnostic précis des fractures diverses du cou-de-pied, de se fier uniquement à la radiographie. Pièces disséquées en mains, M. Souligoux montre, avec beaucoup de justesse, les erreurs d'interprétation auxquelles conduisent certaines radiographies.

Discutant ensuite la communication de M. Quénu, M. Souligoux se trouve en désaccord avec lui sur plusieurs points. Il n'admet pas, par exemple, qu'il puisse y avoir luxation du pied en arrière sans que tous les tissus fibreux qui se trouvent en arrière de l'articulation soient détruits.

La discussion se poursuivra sur cette question un peu ardue des fractures du cou-de-pied et M. Quénu se propose de répondre, en deux fois, à M. Souligoux.

M. JACOB fait un rapport sur plusieurs observations de fracture des extrémités présentées par M. Belin. Il insiste plus particulièrement sur une de ces observations qui rentre plus directement dans la discussion actuelle. Une femme encore jeune fait une chute de bicyclette et, quand on la relève, elle a le pied inversé. Un médecin, diagnostiquant une luxation, fait des tentatives de réduction. Il y a une légère amélioration, mais les souffrances persistent. On fait une radiographie qui montre une fracture de la malléole externe avec luxation du pied en avant. Quatre-vingt-dix jours après on fait, sous chloroforme, une tentative de réduction. Succès partiel. Deux ans après, la malade n'étant pas encore guérie, M. Belin pratique l'astragalectomie. Le résultat de cette intervention, bien que très tardive, fut excellent. La malade est guérie et marche bien.

Obstruction intestinale par coprolithe. Sphacèle de l'intestin. — M. BRUN (d'Angers) rapporte deux observations, celle d'une femme de quarante et un ans qui semblait atteinte d'un cancer de l'intestin. Il fit une laparotomie, tomba sur la tumeur, ouvrit l'intestin et trouva un énorme coprolithe. Il sutura l'intestin et referma le ventre. Guérison. L'autre observation a trait à une femme de soixante et un ans qui avait eu une péritonite dix ans auparavant. Depuis, plus rien de particulier dans son état de santé. En mai 1912, elle est prise de douleurs abdominales violentes, avec occlusion intestinale complète. Quand elle vint à la clinique, elle n'avait pas rendu de gaz, ni de matières depuis huit jours. Elle avait des vomissements fécaloïdes. Le pouls était faible, à 110; l'état général très précaire, le faciès terreux. Le bassin était rempli par une masse molle. M. Brun pensa avoir affaire à une obstruction par péritonite. Il fit une laparotomie médiane sous anesthésie locale. Il tomba sur une collection énorme de liquide fétide, de pus et de matières fécales; puis il amena, avec une pince, une membrane grisâtre qu'il prit d'abord pour une masse épiploïque sphacélée. Or c'était une anse d'intestin gangrénée. Il mit un gros drain et referma partiellement le ventre. Les suites opératoires furent assez bonnes, l'état général devint meilleur et douze jours après, M. Brun put intervenir de nouveau. Il se trouvait en présence d'un anus contre nature. Il fit une nouvelle laparotomie à côté de la première, se porta directement sur le foyer, rechercha les deux bouts de l'intestin et fit une suture latéro-latérale. Au cinquième jour, la malade expulsa des matières par l'anus et par la plaie, puis celle-ci finit par se fermer et la malade guérit.

Emploi de la radiographie dans les hydronéphroses. — M. LEGUEU depuis quelque temps obtient la pyélographie des hydronéphroses à l'aide de l'injection d'une solution de collargol à 10 p. 100 et de la radiographie immédiate.

On sait, dit M. Legueu, combien peuvent tromper les signes cliniques, la douleur, la palpation. Le cathétérisme des uretères peut aussi donner lieu à des erreurs. La méthode de l'injection a plusieurs fois trompé M. Legueu. Il rapporte l'histoire d'un malade qui a été opéré d'appendicite, son appendice étant absolument sain, et que la radiographie a montré être atteint d'une hydronéphrose. La radiographie donne également des renseignements très précieux dans les cas de dilatation double des uretères. M. Legueu montre plusieurs radiographies très démonstratives. Il estime qu'il y a là un moyen précieux de diagnostic.

Suture tendineuse. — M. WALTHER présente un malade qui avait eu le fléchisseur propre du pouce coupé par un morceau de verre. Il ne pouvait plus du tout fléchir le pouce. M. Walther a suturé les deux bouts du fléchisseur coupé et le résultat fonctionnel est parfait.

Lymphangiome de la face. — M. MORESTIN montre un malade qui était atteint d'un énorme lymphangiome de la face qui constituait une difformité vraiment choquante. Il a commencé par déterminer une ischiémie relative, dans la tumeur, par la ligature préalable de la carotide externe, puis il a agi directement sur la tumeur par des injections interstitielles de formol. Résultat très satisfaisant.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'APEPSIE

Chez les apeptiques, le képhir rend les plus grands services en excitant d'une façon très active la sécrétion gastrique.

On donne un verre de « Képhir Salières », toutes les deux heures, dans les embarras gastriques longs à guérir et chez les cancéreux devenus très anorexiques.

Leçons de Pathologie digestive (2e série), par M. LOEPER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux. In-8° de VI-322 pages, avec 59 figures dans le texte. — Prix : 6 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 130. — JEUDI 14 NOVEMBRE 1912. 85e ANNÉE. JEUDI 14 NOVEMBRE 1912. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 11 novembre. — MM. Vivier et Renard (Jean), 8; Causse, 5; Ravina, 6; Daudet, 8; Neau, 4; Verdenal, 12; Vinçotte, 7; Guillaumot, 6; Richard (Georges), 7.

Séance du 12 novembre. — MM. Lamare, 11; Marx, 7; Patrikios, Mlle Bredel et MM. Parcheminey, 8; Gallois, 9; Bretégnier et Misrachi, 7.

Anatomie. — Séance du 12 novembre. — MM. André, 5; Ruppe, 7; Saint-Yves-Ménard, 8; Debray et Küss, 10; Chevalley, 9; Mouquin, 12; Touflet, 2; Réau, 11; Martin de Laulerie, 6.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — NOTES. — Epreuve supplémentaire. — Question donnée : « Arthrites blennorragiques. »

MM. Larget, 18; Charpin, 19; de Gennes, 19 1/2; Huet, 20; Blamoutier, 18 1/2.

Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1. MM. Huet, de Gennes, Charpin, Blamoutier, Larget, Deguy, Gaillard (Henri), Laplane, Aumont, Aurousseau,

11. Couturier, Ferrier (L.-J.), Mme Krebs née Japy, MM. Metzger, Moniot, Nantet, Portes, Hocquard, Tisserand, Galliot,

21. Sedan-Miégemolle, Grenier, Malon, Trolard, Boppe, Duval, Pignol, Wickham, Faiveley, Mlle Némirovski,

31. MM. Bardy, Desgranges, Dramez, Mlle Kuntz, MM. Pinto, Delattre, Morel, Mlle Donnasson, MM. Marquand, Simon (Serge),

41. Bouvet, Mlle Hartmann, MM. Lestocquoy, Mérot, Pelbois, Renard (Jacques), Bonnet, Chandebois, Delcamp, Phelippes de la Marnierre,

51. Sigrist, Vachet, Caracostra, Jullien, Leroux, Luca, Omont, Papin (Edouard), Périsson, Sraer,

61. Bartet, Favrel, Quenardel, Schmutz, Ardillier, de Peretti de la Rocca, Chauvenet, Montlaur, Mouveroux, Valière-Vialeix,

71. Bruker, Descaves, Ferrier (Pierre), Oblin, Peuret, Bonnardot, Mlle Dévé, MM. Duval-Arnould, Engelhard, Niel,

81. Verger, Longepierre, Romieux, Mlles Doléris, Mendelssohn, MM. Lefai, Vidy, Charbonnier, Mlle Cros, MM. Touchard (Georges),

91. Couput, Kœchlin, Lefèvre (Bernard), Prévot (Pierre), Boutarel, Burnand, Chavany, Deguiry, Hyvernaud, Dupret,

101. Lancesseur, Sakka, Raoul, Playoust, Chevallier, Cretté, Creuzot, Dubranle, Gerdil, Merklen,

111. Magnan, Touchard (Pierre), Briand, Bureau, Gayet, Hébert, Lange, Le Chaux, Seguin, Simeray,

121. Mlle Boudard, MM. Boudry, Calamy, Chamorro, Ebrard, Genin, Germain, Girardin, Robin, Bucquet,

131. Jalbaud, Mangini, Poiré, Azoulay (Robert), Colanéri, Delord, Lecarpentier-Duboscq, Loyer, Schlesser, Thin,

141. Augustin, Mlle Cayron, MM. Chastang, Dubois (René), Martinet, Popesco-Pascano, Poussard, Reinhold (Paul), Rouffiat, Thalheimer,

151. Anderson, Arcé, Arsac, Bonnot, Davila, Dupouy, Mlle Gaitz, MM. Jacquemart, Pradal, Mlle Rozanoff,

161. MM. Buhler, Cocoult-Duverger, Daubert, Merlier, Bœgner, Flammarion, Boner, Dubuisson, Héraut, Schlatter,

171. Abbas, Denoyelle, Mlle Deromps, MM. Langlois, Lavier, Lebègue, de Massary, Aubergé, Chabrol, Cunault,

181. Girard (Jean), Hérisson, Langlais, Milet, Reyt, Bazert, Bourdillon, Caillet, Mlle Chauveau, MM. Clément,

191. Crozat, Delpérier, Dépret, Favreau, Gellé, Mlle Gérin, Grünberg (Arthur), Mlle Klein, M. Manceau, Mlle Mioche,

201. MM. Roullet, Duntze, Girard (André), Vidal, Pareux, Mlle Jardin, MM. Auguste, Faure, Gornouec, Mouton,

211. Saint-Martin, Alliot, Bonnamour, Maigre, Mlle Marçais, MM. Perrochaud, Raynal, Rival, de Brun du Bois-Noir, Chambas,

221. Damagnez, Duhazé, Enot, Frégier, Ordioni, Piot, Puchois, Sternmann, Bagou, de Carvalho,

231. Guilmoto, Mlle Friedmann, MM. Sagot, Sirota, Grunberg (Charles), Piguet, Renaux, Alardo, Amabilis, Arion,

241. Binet, Bousquet, Mlle Braïlovsky, MM. Chobaïtch, Guillet, Mornard, Narboni, Perrin, Royole, Bougenot,

251. Coriat, Deroche, Lafond, Privé, Vernant, Mlle Zarjevski, MM. Dartiguenave, François-Julien, Godard (Henri), Gromier,

261. Mallah, Poussin, Tarneaud, Terrasse, Vacher, Gervais, Haridi, Khalil, Tétard, Thuau,

271. Habibollah, Plantin, Estabial, Chrétien, Durand, Adrian, Boileau, Charpentier, Delebecque, Gérard,

281. Leflaive, Manteau, Valade, Vallée (Emmanuel), Baby, Basset, Berrut, Chabrut, Chomette, Dubarry,

291. Mlle Franck, MM. Lebel, Paumelle, Bona, Cayla, Dubs, Gory, Hervouët, Latombe, Gally,

301. Ducomet, Didry, Godard (Philippe), de Montalent, Paulin, Benoit, Salinière, Tierny, Dalibert, Garlopeau,

311. Jacquemin (Guillaume), Julien, Laemmer, Laffaille, Le Normand, Nazim, Yamopoulo, Mlle Avackian, MM. Lelong, Mallet,

321. Vasilesco, Mlles Zviback, Badilquès, MM. Jouisse, Beau, Charlot, Levine, Jouffray, de Douhet, Kremen,

331. Meyniard, Ribardière, Audoli, Aysaguer, Barbé, Boulot, Chapplain, Chaussé, Foucaud, Galliard,

341. Jauréguy, Libault de la Chevasnerie, Soutoul, Veil, Azoulay (Jules), Cruchand, Rousseau, Zeitline, Beuchard, Fumet,

351. Veil-Picard, de Bony de Lavergne, Couronne, Wilmann, Dambier, Lanos, Mlle Lefschetz, MM. Constans, Ginestet, Girand,

361. Lefebvre (Henri), Mlle Pezé, MM. Boudot, Darcissac, Ducassy, Luizi, Miltos, Pigney, Potey, Moissinac,

371. Lacroix.

HOPITAUX DE PROVINCE. — NANCY. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Benech, Guillemin, Schmitt, Bonnet, Millot, Etienne, Vermelin, internes titulaires; MM. Ducret, Grimault, Perrin, Fourcard et Brallet, internes provisoires.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Aron, Petin, Mondlange, Bergeret, Kahn, Cornu, Frœlich, Weiss, Julien, Chevillet, Druesne, Champion, Basile, Pellier et Fourrier.

— SAINT-GERMAIN-EN-LAYE. — Un concours est ouvert le vendredi 20 décembre 1912, à neuf heures du matin, pour la nomination de trois internes titulaires en médecine et en chirurgie, et de quatre internes provisoires susceptibles d'être titularisés.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration et déposer leurs pièces huit jours au moins avant la date fixée pour le concours.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Augier est chargé, pendant l'année scolaire 1912-1913, des fonctions de chef du laboratoire d'anatomie.

— Sont maintenus en exercice pendant une période de trois ans, à partir du 1er novembre 1913, les agrégés dont les noms suivent :

MM. Retterer et Branca (anatomie), Maillard (chimie), Richaud (pharmacologie), Langlois (physiologie).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — *Concours du clinicat.* — Sont nommés :

Chef de clinique obstétricale : M. Adam. Chef de clinique chirurgicale : M. Hamant. Chef de clinique ophtalmologique : M. Rohmer.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — Un concours s'ouvrira, le 21 avril 1913, devant la Faculté de médecine et de pharmacie de Nantes, pour l'emploi de chef des travaux d'anatomie à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Gimpret (de Vervins), Lefaguays (de Nantes), Lemaire (du Nouvion), Morel (de Paris), Thomas (de Toulon), Paszkowski (de Berlin).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Guichard (de Pugnac), Nanard (de Bourganeuf), Pujo (de Paris).

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — L'assemblée générale du Syndicat médical de Paris aura lieu le dimanche 24 novembre, à deux heures, à la Faculté de médecine (petit amphithéâtre).

Ordre du jour. — Compte rendu de la dernière assemblée générale. 2° Allocution du Président. 3° Le choix des experts (docteur Delmont-Bebet, rapporteur). 4° Les étrangers dans le corps médical (docteur Roulland, rapporteur). 5° La déclaration de la tuberculose.

Les rapports sur ces deux questions ont été publiés dans notre Bulletin du 5 novembre 1912.

Un banquet aura lieu la veille samedi 23 novembre, au café Cardinal, 1, boulevard des Italiens, à huit heures. Ce banquet réunira à la fois les membres du Syndicat médical de Paris et tous les amis du docteur de Pradel, désireux de fêter sa nomination au grade de chevalier de la légion d'honneur.

Le prix du banquet est de 15 francs. Prière d'envoyer les adhésions, dès que possible, au docteur Berruyer, 177, boulevard Saint-Germain.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jary (de Nantiat).

COURS DE PATHOLOGIE INTERNE. — M. le professeur Fernand WIDAL commencera son cours sur les maladies des reins, le vendredi 15 novembre 1912, à six heures au lieu de cinq heures (grand amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants (même heure et même amphéâtre).

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — ANNÉE 1912-1913. — SEMESTRE D'HIVER. — *Médecine générale.* — Docteurs BÉCLÈRE et DECLOUX (hôpital Saint-Antoine). Enseignement clinique élémentaire à l'usage des débutants en médecine. Les étudiants en médecine désireux d'être initiés et exercés individuellement à l'examen des malades, aux divers modes d'exploration des organes internes, spécialement des organes thoraciques, et à la notation journalière des faits d'observation clinique, sont invités à se faire inscrire dans le service du docteur Béclère, à l'hôpital Saint-Antoine (le nombre des inscriptions est limité).

Médecine infantile. — Docteur VARIOT (hôpital des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau). — A partir du 18 novembre, chaque lundi, à dix heures et demie, conférence d'hygiène et de clinique infantiles à l'Institut de puériculture, pavillon Pasteur.

Les jeudis, à dix heures, consultation de la Goutte de lait.

Les samedis, à onze heures, examen radioscopique des nourrissons avec la collaboration du docteur Barret, chef du laboratoire de radiologie.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de diagnostic des maladies chirurgicales de l'abdomen. Le gros diagnostic à faire. Diagnostic de l'intervention (1), par le docteur E. ROCHARD, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Le titre de l'ouvrage indique bien sa tendance et son but. C'est un livre de pratique écrit spécialement pour le praticien, et dans le but de l'aider à s'orienter dans le dédale des affection abdominales et de lui permettre de répondre à l'angoissante question qui se pose dans tant de cas : faut il s'abstenir ? faut-il y aller voir ?

Les ouvrages de cette sorte ne s'analysent pas. On ne peut que louer le plan simple et pratique dans lequel sont établies les données de chaque problème, et qui de déductions en déductions permet de serrer de plus en plus la nature exacte de l'affection. Nul doute qu'il ne soit vite entre les mains de beaucoup de praticiens consciencieux, et qu'il ne soit consulté avec fruit bien souvent par eux lorsqu'ils viendront de voir un de ces cas difficiles où le diagnostic reste suspendu, parfois au grand détriment du malade. M. LANCE.

(1) Petit in-18, cart. toile, 241 p., 27 fig. dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

DE LA PHLÉBOSCLÉROSE

Par MM. Emile BITOT,
Médecin des hôpitaux, chef de service à l'hôpital Saint-André,
et Pierre MAURIAC,
Médecin des hôpitaux de Bordeaux.

Au moment de la suspension des travaux de Panama, en 1889, arrivèrent à Bordeaux de nombreux ouvriers terrassiers, rapatriés. La plupart, paludéens chroniques, vinrent séjourner dans les hôpitaux.

M. le professeur Pitres y trouva une occasion des plus favorables pour faire une série de leçons cliniques, sur les manifestations principales du paludisme, chez les malades, en traitement dans son service.

Or, entre autres particularités pathologiques, le maître mit en relief une induration des parois des veines superficielles des membres, formant, sous la peau, de véritables cordons tendus, visibles à distance.

Cet état des veines, entrevu et décrit par Sobstein sous le titre de *Phlébosclérose*, fut l'objet d'une présentation de malades à la Société d'anatomie de Bordeaux (1) par M. le professeur Pitres et par son chef de clinique E. Bitot.

Le côté intéressant de la communication portait sur la relation, non encore signalée jusqu'alors, entre le paludisme et ladite transformation des enveloppes des veines.

Suivirent devant la même Société, presque en même temps, les observations du même genre de Régnier et de Rigollet. Puis, vint le travail du professeur Duponchel du Val-de-Grâce.

Mais, notre intention n'étant pas de faire une bibliographie complète de la question, nous nous en tiendrons à signaler les quatre mémoires suivants qui méritent surtout l'attention.

En 1896, Letulle publia, dans la *Presse médicale*, une courte, mais substantielle note, avec figures, sur « l'Induration chronique insulaire des veines superficielles des membres », le premier document anatomo-pathologique, d'ailleurs, avec description détaillée des lésions.

En 1902, Souques et Janvier firent à la Société médicale des hôpitaux une communication, et Janvier y puisa son sujet de thèse, où quatorze observations sont consignées avec un examen anatomo-pathologique.

Juzbachian, en 1904, fit, de sa thèse, une revue générale de la question; il y expose toute la littérature concernant la phlébosclérose, avec des aperçus généraux remarquablement détaillés, touchant sa pathogénie et ses relations avec les varices, l'artériosclérose, etc.

Reste à signaler le lumineux article de Widal et Bezançon dans le Traité de médecine, véritable mise au point des connaissances actuelles.

Lors de son article, il y a déjà seize ans, Letulle écrivait : « On peut conclure que l'induration chronique des veines est une phlébosclérose contractante... elle demeure cliniquement latente... D'autres observations diront le bien ou le mal fondé des conclusions que j'ai été amené à formuler. »

C'est à cet appel que nous allons répondre par de nouveaux documents cliniques et anatomo-pathologiques et qui confirment, entièrement, les conclusions de M. le professeur Letulle.

Observations recueillies par M. Félix Papin, interne des hôpitaux. — Observation I. — D... Jean, cinquante-neuf ans, manœuvre, entre à l'hôpital Saint-André dans le service de M. le docteur E. Bitot, le 13 octobre 1911.

Jusqu'à ces dernières années, cet homme a joui d'une bonne santé. Il ne signale qu'une fièvre typhoïde dont il fut atteint à l'âge de seize ans; elle évolua sans complication et, notamment, ne s'accompagna pas de phlébite.

D... n'a jamais quitté la France; il n'a présenté aucun symptôme de paludisme et ne contracta aucune maladie vénérienne. Il ne semble pas avoir eu d'habitudes alcooliques et tabagiques bien marquées.

C'est à la fin de 1909 qu'il commença à ressentir les premières atteintes de son mal; à ce moment il se mit à tousser avec persistance tout en crachant peu. Il continua son travail pendant plusieurs mois, mais, ses forces déclinant, il entre à l'hôpital au mois de septembre 1910. Là, on le soigne pour broncho-pneumonie de nature suspecte; l'amélioration s'installe entrecoupée de crises de diarrhée, et le malade sort de l'hôpital le 3 octobre 1910, incomplètement guéri.

Rentré chez lui, il continue à tousser et à maigrir légèrement. Du 27 juillet au 16 septembre 1911, il fait un second séjour à l'hôpital Saint-André. On trouve de nouveau des signes de broncho-pneumonie; mais l'expectoration est plus abondante et la fièvre plus élevée. Il sort de nouveau de l'hôpital, le 16 septembre et y revient, bientôt, le 13 octobre, dans un état général mauvais.

Nous nous trouvons alors en présence d'un homme aux traits tirés, à la respiration rapide, répondant mal aux questions. L'amaigrissement est extrême, le système pileux très développé; on voit une déformation hippocratique des ongles. Température de 38 à 38°5.

L'examen de l'appareil respiratoire indique des lésions pulmonaires avancées; au sommet gauche des frottements pleuraux, et, dans les deux tiers supérieurs du poumon droit, un souffle de tonalité élevée avec de très nombreux râles humides sans gargouillement véritable; aux deux bases, de l'obscurité respiratoire.

L'expectoration, abondante, purulente, mais non nummulaire, n'est pas fétide; deux examens successifs, à la fin novembre, ne décèlent pas de bacilles de Koch; un troisième examen, en décembre, relate de très nombreux bacilles. Intradermo-réaction négative.

Les fonctions digestives s'exercent normalement. Aucun trouble des organes des sens ni du système nerveux.

L'élimination urinaire paraît suffisante : les urines ne renferment ni sucre, ni albumine, mais une déminéralisation exagérée.

Appareil circulatoire. — Cœur normal. Pas d'athérome des artères superficielles.

Système veineux : on y relève des particularités intéressantes; certaines veines superficielles donnent à la vue l'impression de cordons tendus soulevant la peau et, à la palpation, on fait, en effet, rouler sous les doigts ces cordons, durs et mobiles; cette dégénérescence n'est pas localisée en des points limités et ne forme pas de noyaux. Elle s'est uniformément répandue sur tout le trajet des vaisseaux dont le volume n'est d'ailleurs pas augmenté. Il y aurait plutôt rétraction que dilatation. La palpation ne provoque pas de douleurs.

Toutes les veines superficielles ne portent pas les mêmes modifications. Le fait revêt la plus grande importance au niveau des deux saphènes internes dans les deux tiers supérieurs; on perçoit aussi une induration très nette sur les veines radiales, cubitales, médianes, céphaliques et basiliques; bref, toutes les veines superficielles du plan antérieur

(1) Pitres et Bitot. *Société d'anatomie*, Bordeaux, 1889.

des membres participent au processus; au contraire les veines saphènes externes sont souples, de même que les veines superficielles du plan postérieur. Cliniquement, rien du côté des veines profondes. Disons que le malade n'a jamais éprouvé de douleur au niveau des membres, ni aucune sensation anormale telle que fourmillements, picotements, etc. L'interrogatoire établit qu'il n'y eut jamais de troubles circulatoires, pas plus que d'œdème des membres inférieurs.

Le 20 novembre 1911, nous réséquons, à fin d'examen histologique, deux centimètres de la saphène interne gauche; la guérison se fait par première intention.

Peu à peu, les lésions pulmonaires progressent, la fièvre augmente, la cachexie s'accentue et le malade meurt le 27 décembre 1911.

Autopsie. — Tuberculose avancée. Le poumon gauche très congestionné présente quelques granulations. Le poumon droit, dans ses deux tiers supérieurs, a l'aspect d'une véritable éponge de pus; avec une petite caverne au sein du parenchyme.

Microscopiquement, le rein ni le foie ne présentent de lésions notables. Le *cœur* n'est pas dilaté, mais il est mou et pâle; ses valvules et ses orifices sont sains.

Sur l'*aorte*, à son origine, existe une petite plaque d'athérome, de la grosseur d'une lentille, et une seconde, plus petite, dans la portion horizontale de la crosse; le reste du vaisseau apparaît sain; l'orifice des coronaires est normal. Une autre petite plaque d'athérome est relevée au niveau de la carotide interne gauche; toutes les autres artères du cou semblent saines.

Les *artères* du cerveau, des membres supérieurs (radiale, cubitale, humérale) ne portent aucune lésion d'artériosclérose. Au niveau des membres inférieurs l'artère fémorale est manifestement indurée; l'artère poplitée, les tibiales et la pédieuse sont souples.

Le *système veineux* fut parcouru avec grand soin; les parois vasculaires avaient conservé toute leur souplesse sans la moindre atteinte d'induration au niveau des veines cérébrales, des sinus de la dure-mère, des grosses veines du cou, des veines caves supérieure et inférieure et azygos, des veines pulmonaires, rénales, porte, mésentériques, iliaques, etc.

Bref, aucune veine profonde du cerveau, du thorax ou de l'abdomen, ne participe au processus de sclérose.

Membres supérieurs. — Basilique, céphalique, médiane basilique et médiane céphalique manifestement indurées; humérale un peu dure, radiales et cubitales normales.

Membres inférieurs. — Veines de la face dorsale du pied indemnes. La saphène externe est, au contraire, dure et rétractée dans toute sa hauteur sauf à l'extrémité tout à fait inférieure; les veines tibiale antérieure et tibiale postérieure, la veine poplitée, la veine fémorale sont dures et scléreuses. En prélevant le fragment supérieur de la veine fémorale attenant à l'iliaque externe, on voit très nettement que les parois du vaisseau, très scléreuses au niveau du triangle de Scarpa, s'amincissent et s'assouplissent progressivement en traversant l'anneau crural pour acquérir leurs caractères normaux dans l'abdomen.

Toutes ces lésions sont symétriques et se montrent d'une façon plus marquée du côté gauche.

En résumé. Sont atteintes de phlébosclérose, les veines superficielles aux quatre membres, avec, en plus, les veines profondes des membres inférieurs.

Examen anatomo-pathologique. — Prenons comme type le fragment de la veine saphène interne que nous avons prélevé par biopsie et où les lésions atteignaient leur maximum.

La veine est petite, rétractée, d'un calibre à peu près égal sur toute sa hauteur, sans dilatations localisées ni nodosités.

Sa consistance est dure et uniforme en tous les points. Nulle part il n'existe d'adhérences anciennes ou récentes. Elle est très mobile dans sa gaine celluleuse.

Après section, la lumière du vaisseau reste béante; elle est absolument libre, on n'y voit aucune trace, aucune ébauche de coagulation.

Si on ouvre la veine suivant sa longueur les parois se montrent très dures et considérablement épaissies, la face interne, blanche et lisse, ne présente de plaques saillantes en aucun point.

Examen microscopique. — Placée sous le microscope, la coupe met à découvert une lumière du vaisseau festonnée, rétrécie.

L'endothélium est difficilement isolable des couches sous-jacentes; cependant en certains points il apparaît avec sa constitution normale. L'endoveine ou couche conjonctivo-

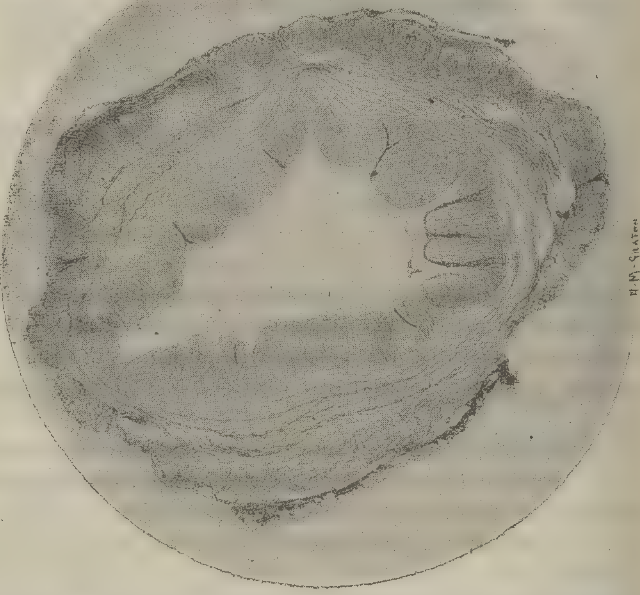


Fig. 1. — *Vue présentant des lésions de phlébosclérose.* — La lumière du vaisseau est festonnée; la couche conjonctivo-élastique est épaissie; la couche musculaire est envahie par le tissu fibreux; cependant, en certains points, on distingue les faisceaux musculaires.



Fig. 2 (photomicrographie).
Détails d'un des points de la figure 1.

élastique est particulièrement épaissie. L'hypertrophie est surtout centripète, et, comme s'ils étaient bridés en certains points, les tissus font saillie dans le vaisseau en soulevant l'endothélium et en festonnant la lumière du canal. La couche musculaire est épaissie et se confond sans limites nettes avec la couche précédente; le tissu fibreux est hypertrophié, les faisceaux musculaires transversaux et longitudinaux sont dissociés, étouffés et difficilement visibles. En certains points cependant on en distingue ayant échappé à l'encerclement du tissu fibreux.

Les vasa vasorum sont épaissis mais ne présentent pas d'infiltration embryonnaire.

Le maximum des lésions siège à l'extrémité supérieure du vaisseau. Vers la partie inférieure, au contraire, la couche sous-endothéliale est déjà hypertrophiée alors que les faisceaux musculaires ne sont pas encore atteints par le processus de sclérose.

Nous retrouvons les mêmes caractères à un degré moins avancé, au niveau des veines du membre supérieur.

Le long de la fémorale existaient par endroit des formations si dures dans la paroi du vaisseau qu'elles présentaient une consistance calcaire et rendaient la coupe impossible par le rasoir.

Des coupes pratiquées sur la veine iliaque externe et sur des veines cérébrales ne nous ont pas montré tracé de sclérose.

Obs. II. — X..., quarante-six ans, valet de chambre sur les paquebots, entre à l'hôpital le 18 mars pour une maladie d'estomac. Le début remonterait au commencement du mois de janvier, époque à laquelle il commença à ressentir ses premières douleurs épigastriques. Peu à peu elles s'accrurent et se rapprochèrent au point de ne plus laisser un instant de repos au malade; jamais il n'eut de vomissements, d'hématémèses ou de melæna; mais l'appétit a complètement cessé, l'amaigrissement est extrême, et deux mois et demi après le début de son mal, cet homme se trouve dans un état de cachexie avancée.

L'examen établit une volumineuse tumeur, occupant toute la région épigastrique et se prolongeant vers l'hypocondre droit.

Diagnostic : Cancer de l'estomac avec participation secondaire du foie.

Signalons que, malgré ses nombreux voyages, cet homme n'a jamais eu ni paludisme, ni syphilis, et serait d'une grande sobriété.

Appareil circulatoire. — Rien au cœur. Parmi les artères superficielles les radiales sont dures et les temporales sinueuses.

Veines. — Aux membres supérieurs, l'induration des veines est très marquée du côté droit. Mais, au niveau des basilique et céphalique, on voit et on sent très nettement à la palpation de petits grains, des nodosités étagées le long du vaisseau, et s'exagérant quand on fait une constriction à la racine du membre. L'induration est au contraire beaucoup moins nette à gauche, où les médianes basilique et céphalique conservent leur volume normal.

Aux membres inférieurs, toutes les veines superficielles, saphène interne, saphène externe, etc., présentent des attributs de la phlébosclérose aussi bien à droite qu'à gauche.

Jamais le malade n'a eu d'œdème des membres ou autres troubles circulatoires; il n'a éprouvé ni douleurs, ni fourmillements.

Obs. III. — X..., cinquante-trois ans, manœuvre, entre à l'hôpital parce que depuis trois mois il tousse, crache et a beaucoup maigri.

Dans ses antécédents, on inscrit des habitudes alcooliques, mais pas de maladies graves; il fit un an de service en Afrique sans avoir eu de paludisme ni de maladies vénériennes.

Le 11 septembre 1911, travaillant à bord d'un navire, notre malade fait une chute de 3 mètres de hauteur. On le relève avec une fracture de côte et une fracture de la clavicule gauche. Trois ou quatre heures après l'accident il a une hémoptysie assez abondante qui ne se renouvelle pas. Après quelques semaines de repos il reprend ses occupations.

Mais, vers le mois de décembre 1911, le malade se sent fatigué; il tousse, crache, perd l'appétit et l'amaigrissement survient.

Entré à l'hôpital en janvier 1912 cet homme, quelques jours après, rejette des crachats épais, filants, gelée de groseille. En même temps éclatent des douleurs intolérables au niveau du M. I. G., dans le domaine du sciatique, et peu à peu on voit évoluer rapidement une volumineuse tumeur de l'os coxal du côté correspondant, cause évidente des phénomènes douloureux.

L'intradermo-réaction à la tuberculine est positive. Diagnostic : « Ostéo-sarcome de l'os coxal évoluant chez un tuberculeux, avec peut-être généralisation pulmonaire du néoplasme. »

L'exploration du *système vasculaire*, qui nous intéresse particulièrement, met en évidence des lésions de phlébosclérose.

Aux membres supérieurs, elles sont peu typiques. Cependant les veines superficielles font saillie sous la peau, mais ne paraissent pas très diminuées de volume; à la palpation, elles semblent encore assez souples.

Aux membres inférieurs, les veines saphène interne, saphène externe, forment des cordons sous la peau, elles sont, de plus, contractées, diminuées de volume. Au toucher, elles donnent la sensation de cordons durs, roulant sous le doigt. En aucun point on ne rencontre de nodosités; les vaisseaux sont épaissis sur toute leur hauteur.

Rien du côté des veines du tronc et de la tête.

Ce malade a enfin des radiales dures en tuyau de pipe et des temporales sinueuses.

Quels enseignements et quelles conclusions tirer de nos observations?

Au point de vue *étiologique*, le premier malade était atteint de tuberculose pulmonaire; le second avait un néoplasme abdominal; le troisième, enfin, semblait réunir tuberculose et cancer, tous états auteurs de leur amaigrissement extrême allant jusqu'à la cachexie chez le dernier sujet.

Du fait de ce dépérissement prononcé, qu'on a stipulé dans tous les cas du même genre, il ne faudrait pas, à notre avis, conclure, au moins jusqu'à nouvel ordre, que la phlébosclérose est la conséquence d'une déchéance générale de l'organisme. Car, s'il est évident que cet amaigrissement doit favoriser la découverte de la lésion veineuse, il faut tenir compte que chez les individus gras le panicule adipeux ne favorise guère l'exploration des veines peut-être indurées. Tout ce qu'on peut dire actuellement, d'après tous les faits bien observés, c'est que tous les phlébosclèreux étaient des épuisés; voilà tout.

Cliniquement, nos sujets n'accusèrent aucun trouble fonctionnel paraissant relever de la phlébosclérose : absence de fourmillements et de picotements, pas de douleurs véritables, jamais de cyanose des extrémités ni d'œdème des membres inférieurs.

La *répartition des lésions*, assez variable, n'a pas obéi, toujours, aux règles énoncées jusqu'ici.

Dans l'observation I, l'induration des veines se fixa seulement au plan antérieur du corps; c'est ainsi que la saphène externe n'éprouva aucune altération dans ses dimensions et dans sa consistance, tandis que dans les deux autres localisations la phlébosclérose frappait, sans exception, les veines superficielles d'un membre.

Le système veineux n'est pas atteint également dans toutes ses parties : les malades II et III présentaient leurs lésions dominantes aux membres inférieurs, les veines du membre supérieur étant peu ou pas touchées.

Bien plus, la bilatéralité, dont Souques et Janvier semblent faire un caractère essentiel de la phlébosclérose, est à peine esquissée.

Ainsi, dans l'observation II, on a relevé au niveau du membre supérieur droit des veines petites, contractées, indurées. Au contraire, pour le gauche, les

veines quoique légèrement indurées apparaissaient avec leurs dimensions normales.

Jusqu'à ce jour, le petit nombre des cas de phlébosclérose, suivis d'autopsie, avait fait admettre que seules les veines superficielles étaient envahies par l'affection.

C'est une conclusion que modifie notre première observation qui montre que les veines profondes peuvent aussi participer à l'état de sclérose.

En effet, les veines tibiale antérieure, tibiale postérieure, poplitée, fémorale, groupèrent toutes des lésions typiques de phlébosclérose. On comprend mal que dans ces cas où le système veineux est frappé dans tous ses plans aucun trouble circulatoire n'en découle.

Un caractère essentiel, à notre avis, de la phlébosclérose, c'est sa LOCALISATION EXCLUSIVE AU NIVEAU DES MEMBRES.

En effet, avec le plus grand soin, nous avons parcouru toutes les veines du cerveau, les sinus veineux de la dure-mère, les gros vaisseaux du cou, les veines du thorax et de l'abdomen. Or, en aucun de ces points, il n'existait trace de sclérose.

D'autre part, ayant isolé la veine iliaque externe en continuité avec la veine fémorale, nous avons pu vérifier les modifications très nettes des parois vasculaires qui, souples et minces dans l'abdomen, s'épaississaient au niveau de l'anneau crural pour présenter les lésions typiques de la phlébosclérose au niveau de la veine fémorale.

Nous ajouterons que, dans deux de nos observations, il y eut coïncidence de phlébosclérose et d'artériosclérose. Mais cette coïncidence n'est pas de règle puisque notre premier malade ne présenta que deux petites plaques d'athérome sur l'aorte.

Au point de vue *anatomo-pathologique*, notre examen confirme complètement celui de Letulle. Mais d'accord en cela avec Souques et Janvier, nous n'avons pas trouvé chez notre premier malade le type insulaire. Il fut évident que le calibre et la consistance des vaisseaux étaient uniformes sur toute la longueur.

Cependant, détail à relever dans notre seconde observation, une constriction exercée sur le bras faisait saillir les veines, en même temps qu'apparaissaient de petites nodosités le long des vaisseaux.

L'*examen histologique* ne nous a pas montré, au niveau des vasa vasorum, l'infiltration embryonnaire décrite par Souques et Janvier.

Enfin, il est bien évident que les lésions doivent changer d'aspect suivant l'âge de l'affection; par des examens nombreux nous avons pu constater que le processus de sclérose a déjà envahi l'endoveine ou couche conjonctivo-élastique, alors que les couches fibro-musculaires sont à peine épaissies. Puis, peu à peu, la dégénérescence fibreuse s'accentue, dissocie les fibres musculaires qui, enserrées, étouffées, disparaissent complètement.

En *somme*, la description histologique première de Letulle reste entière, et, avec lui, nous dirons que l'*induration chronique des veines est une phlébosclérose contractante, cliniquement latente.*

MÉDECINE PRATIQUE

LE SALICYLATE DE SOUDE

Dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, le salicylate de soude doit donner d'excellents résultats, si ce médicament est administré au malade à doses suffisantes et avec une certaine technique. Il est donc important de bien connaître le mode d'emploi du salicylate car, en guérissant au plus vite les rhumatisants, on peut leur éviter, dans beaucoup de cas, quelques complications sérieuses, par exemple, les endocardites. La dose de salicylate de soude est de 6 à 8 grammes par jour pour un adulte; mais comme ce sel irrite facilement l'estomac, il faut le faire prendre en solution étendue, et le mieux est de le diluer dans une assez grande quantité de liquide alcalin (1). On formulera donc :

Salicylate de soude.......... 6 à 8 grammes

Pour un paquet. Dissoudre le contenu de ce paquet dans une bouteille d'eau de Vichy (Célestins) que le malade boira, dans les vingt-quatre heures, par verre à Bordeaux toutes les trois heures.

Puisque le médicament s'élimine vite, la dose quotidienne est ainsi fractionnée en prises réparties régulièrement toutes les deux ou trois heures, et cela nuit et jour; car « pendant que le malade dort, le rhumatisme veille » (Huchard), et la prescription nocturne du médicament semble un des meilleurs moyens propres à entraver l'apparition d'une endocardite (2).

Le Gendre et Martinet recommandent encore de donner dès le premier jour la dose maxima jugée nécessaire, de continuer ainsi pendant toute la durée de la periode fébrile et même trois jours après la chute complète de la température, de diminuer alors graduellement la dose quotidienne de salicylate de soude. Huchard insiste également sur cette précaution indispensable de continuer le remède après cessation des douleurs.

Les enfants supportent en général fort bien la médication salicylée, et, chez eux plus encore peut-être que chez l'adulte, il importe de traiter avec énergie le moindre rhumatisme, puisque les complications cardiaques surviennent même dans ce cas avec une très grande fréquence. On donne aux enfants 0g40 à 0g50 de salicylate de soude par année d'âge, jusqu'à 5 grammes; ici encore, après disparition de la douleur et de la fièvre, le traitement doit être poursuivi pendant une semaine environ, à doses de moins en moins fortes.

En même temps que le salicylate de soude, il faut ordonner aux rhumatisants le régime lacté, conseiller l'immobilisation absolue des articulations malades et envelopper celles-ci d'ouate. Si l'on a répandu sur cette ouate du salicylate de méthyle, on se souviendra que 2g50 de salicylate de méthyle équivalent à 2 grammes de salicylate de soude, et il convient d'en tenir compte dans la prescription de la dose quotidienne de salicylate.

Lorsque la médication salicylée fut introduite dans le traitement du rhumatisme, on l'accusa de provoquer le rhumatisme cardiaque et le rhumatisme cérébral; cette opinion n'est plus admise ; il est même aujourd'hui démontré que ce traitement diminue la proportion des complications cardiaques et cérébrales. Le salicylate de soude est donc indiqué et comme préventif et comme curatif des diverses complications rhumatismales; il est par exemple très efficace dans la pleurésie rhumatismale; il doit également être prescrit en cas de néphrite rhumatismale, à la dose habituelle quand la néphrite ne se traduit que par une albuminurie légère, à doses moins fortes si l'albuminurie s'accompagne d'oligurie avec présence dans les urines d'hématies et de cylindres. Mais si un rhumatisant présente des signes d'insuffisance rénale relevant d'une cause pathologique autre que le rhumatisme, on sera alors très prudent dans l'administration du salicylate de soude; on

(1) LE GENDRE et MARTINET. *Thérapeutique usuelle des maladies de la nutrition.*

(2) HUCHARD et FIESSINGER. *La Thérapeutique en vingt médicaments.*

prendra soin d'en donner des doses faibles, dont l'élimination urinaire sera vérifiée au moyen du perchlorure de fer.

L'emploi du salicylate de soude aux doses fortes indispensables chez les rhumatisants présente parfois quelques inconvénients; ce sont des troubles digestifs (gastralgie, nausées et vomissements, diarrhée), des symptômes de congestion rénale avec envies fréquentes d'uriner, des phénomènes nerveux (bourdonnements d'oreilles, surdité, vertiges); du côté du cœur, c'est parfois de l'asthénie cardiaque; chez les femmes, le salicylate de soude détermine des règles plus abondantes et peut même provoquer l'avortement. Dans des cas très rares les accidents sont plus graves; Langmead a observé chez des enfants une véritable intoxication avec vomissements, somnolence progressive et coma. Tous ces symptômes, sauf les douleurs gastriques et les bourdonnements d'oreilles, sont en somme assez exceptionnels, et, en connaissant bien le mode d'emploi du salicylate de soude, on ne risque guère de les voir survenir. Si cependant l'intolérance pour le salicylate est manifeste, on essaiera ses divers succédanés (aspirine, salophène); ils sont tous moins efficaces.

Dans les pseudo-rhumatismes infectieux, le salicylate de soude a souvent une action réelle, mais celle-ci est beaucoup moins constante que dans les cas de rhumatisme articulaire aigu; il convient alors, si le résultat obtenu est insignifiant après quelques jours, de ne pas s'attarder à la médication salicylée puisqu'on en pourrait provoquer les divers accidents sans bénéfice pour le malade. Au cours du rhumatisme chronique, le salicylate de soude est indiqué quand surviennent des poussées aiguës; en ce qui concerne la goutte, l'emploi du salicylate, lors d'un accès, a été préconisé par certains thérapeutes, vigoureusement combattu par d'autres. Bouchard est partisan du salicylate de soude, mais à condition de l'employer durant peu de temps et à doses modérées. Œttinger (1) prescrit plutôt des applications locales d'acide salicylique en dissolution dans l'huile de ricin selon la formule de Ruel :

Acide salicylique............	20 grammes
Alcool absolu..............	100 —
Huile de ricin..............	200 —

Dans les diverses affections rhumatismales, dans les névralgies, dans la sciatique, l'iritis, le salicylate de soude donne assez souvent d'heureux résultats; on l'administre alors soit par voie buccale, soit, dans la sciatique par exemple, en injections sous-cutanées au voisinage du nerf. Huchard et Fiessinger injectent profondément le contenu d'une ampoule :

Salicylate de soude.............	0g20
Eau distillée....................	2 grammes

Pour une ampoule stérilisée.

Ces injections de salicylate de soude ont été aussi conseillées par Bouchard (2) pour le traitement des arthropathies rhumatismales, et dans sa thèse Mlle Rosenthal (3) relate plusieurs observations d'arthrites rhumatismales ou blennorragiques qui furent ainsi rapidement améliorées; dans le tissu cellulaire qui entoure l'articulation malade, on injecte, tous les jours ou tous les deux jours, 1 à 2 centimètres cubes d'une solution à 5 p. 100 de salicylate de soude. On peut encore faire pénétrer le salicylate de soude dans les tissus malades au moyen du courant électrique; c'est la thérapeutique ionique de S. Leduc, souvent très utile dans les douleurs du type névralgique, dans les séquelles locales du rhumatisme articulaire aigu, dans l'arthrite blennorragique.

En dehors du groupe des affections rhumatismales, le salicylate de soude est utilisé dans plusieurs autres cas, mais il possède alors une action qui n'a rien de spécifique.

C'est ainsi que le salicylate a été préconisé contre la fièvre des tuberculeux, le paludisme, la fièvre puerpérale; il présente dans le traitement de ces maladies beaucoup plus d'inconvénients que d'avantages. Au contraire, aux malades atteints d'angiocholite, d'ictère catarrhal, de cholécystite calculeuse, il est très rationnel de faire prendre du salicylate de soude qui, en s'éliminant par la bile, peut aider à l'antisepsie des voies biliaires, et, par son action cholagogue, faciliter l'expulsion des calculs. Chauffard associe le benzoate de soude au salicylate :

Salicylate de soude...............	*ââ* 0g40
Benzoate de soude................	

Pour un cachet. Trois par jour.

Chibret, Babinski, Ballet et Delherm ont signalé les bons effets du salicylate de soude dans le traitement du goitre exophtalmique; Lavrand (1) a publié deux observations avec résultats très favorables; on peut donner aux malades chaque jour, pendant plusieurs mois, 2 grammes de salicylate de soude en solution très étendue.

D'après Meyer (2), les propriétés analgésiques et antiseptiques du salicylate de soude rendent ce médicament très précieux dans un grand nombre de cas; c'est ainsi que Meyer s'est fort bien trouvé de l'emploi du salicylate en gargarisme dans les angines érythémateuses et pultacées. Il formule :

Salicylate de soude..........	6 grammes
Eau........................	120 —

Une cuillerée à soupe de cette solution dans un demi-verre d'eau chaude pour gargarismes plusieurs fois par jour.

Le salicylate sera prescrit de la même façon pour le traitement des stomatites, pour l'antisepsie buccale dans les fièvres éruptives et les maladies infectieuses. Enfin, dans les affections cutanées superficielles (dermites, érythèmes) on fera des lavages ou des pansements humides avec une solution de salicylate de soude à 5 p. 100.

En résumé, le salicylate de soude est un médicament dont on ne peut se passer dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, et qui est avantageusement employé dans beaucoup d'autres affections.

M. BRELET.

(1) ŒTTINGER. *Thérapeutique du rhumatisme et de la goutte.*
(2) BOUCHARD. *Acad. des sciences*, juillet 1902.
(3) Mlle R. ROSENTHAL. *Traitement local des arthrites rhumatismales et blennorragiques par les injections de salicylate de soude*, Th. de Paris, fév. 1910, n° 160.

(1) LAVRAND. *Journ. des sciences méd. de Lille*, 1908, n° 25.
(2) MEYER. *Province méd.*, 1910, n° 34.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1912)

L'antigène dans la réaction de Wassermann. — M. A. DESMOULIÈRE, conformément à ce qu'une précédente communication laissait prévoir, donne une méthode nouvelle de préparation de l'antigène syphilitique basée sur l'addition de cholestérine à une macération alcoolique de poudre de foie d'hérédo épuisée à l'éther; il indique l'utilisation de cet antigène dans la réaction de Wassermann.

Cette méthode aurait pour résultat :

1° De mettre en mesure tous les opérateurs de fournir pour un même cas étudié des résultats identiques;

2° De certifier la syphilis dès ses premiers jours à une période où le Wassermann ancien ne le permettait pas;

3° De déceler la syphilis dans des cas où le Wassermann ancien ne donnait que des résultats douteux ou négatifs.

— M. Marchal est élu membre de la section d'anatomie et de zoologie en remplacement de M. Joannès Chatin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1912)

M. RICHELOT donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, aux obsèques du regretté professeur Segond.

La déclaration de la tuberculose. — M. GAUCHER considère cette mesure comme impraticable, vexatoire et inutile.

On sait combien est imparfaite et incomplète la déclaration des maladies actuellement inscrites parmi celles dont la loi prescrit cette déclaration. Que serait-ce pour la tuberculose?

M. Gaucher a déjà proposé lui-même qu'on exige la désinfection de tout appartement à louer. Il maintient l'utilité de cette mesure.

Le but à atteindre serait de rendre salubres les logements insalubres. C'est là une affaire d'administration qui ne regarde pas l'Académie. Il faudrait aussi s'attaquer à l'alcoolisme, ce grand pourvoyeur de tuberculose. Mais il faudrait, pour cela, obtenir une loi sur la restriction des débits de boisson, et cela ni l'Académie, ni aucun pouvoir ne l'obtiendront jamais, tant qu'il y aura des électeurs. Tous les vœux émis, dans ce sens, resteront lettre morte. Quant à la déclaration obligatoire, elle est inadmissible et elle n'aurait comme conséquence que d'accroître encore le nombre des fonctionnaires.

M. Capitan croit qu'il faut établir une distinction entre les tuberculoses graves et les tuberculoses peu graves. S'il s'agit des classes aisées, la déclaration est inutile, parce que, dans l'espèce, le médecin peut lui-même prescrire et obtenir les mesures de prophylaxie nécessaires. Quant aux classes pauvres, à quoi servirait la déclaration, sinon à faire des malheureux tuberculeux de véritables parias? Ce serait une mesure cruelle. M. Capitan estime que l'intervention des œuvres nombreuses instituées en vue de venir en aide aux tuberculeux pauvres et à leurs familles peut rendre de grands services et méritent d'être encouragées.

En somme, pour la tuberculose fermée, la déclaration est inutile. Elle serait inhumaine dans les cas de tuberculose ouverte.

Les tuberculeux qu'il faudrait pouvoir atteindre sont ceux qui, atteints de tuberculose ouverte, vont et viennent et sèment partout leurs crachats. Mais les tuberculeux sont légion, comment les atteindre? Ce serait une affaire d'éducation propagée par des conférences, des conseils, etc. En résumé, M. Capitan propose que l'Académie émette le vœu que la déclaration obligatoire de la tuberculose soit repoussée.

Transfusion du sang. — M. Henrot (de Reims) apporte trois observations de transfusion du sang qu'il a pratiquées, il y a longtemps, et qui ont donné des résultats tout à fait inespérés. Il faut donc reconnaître que, même avant la médecine américaine, le principe de la transfusion et sa parfaite efficacité étaient déjà établis.

— Suivent des lectures de candidats à la place vacante dans la section d'anatomie.

Ligament triangulaire du poumon. — M. Rieffel donne lecture d'une étude sur ce ligament.

Des rapports de la branche motrice du nerf radial avec l'articulation du coude. — M. Jacob lit une note sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 9 novembre 1912)

De l'action catalytique des eaux minérales sur certaines matières colorantes. — M. Roger Glénard. Plusieurs eaux de Vichy possèdent, à l'émergence, un pouvoir décomposant sur l'eau oxygénée dû à la fine précipitation colloïdale de l'oxyde de fer, qui suit le dégagement d'acide carbonique à l'air libre.

Il était à penser que ces eaux seraient capables, en présence d'eau oxygénée, d'oxyder certaines matières colorantes. Les essais de l'auteur avec la teinture de gaïac, la phénolphtaléine, l'aldéhyde salicylique, la teinture de benzidine ont confirmé ce raisonnement.

Les eaux de Vichy à fort coefficient catalytique se comportent comme si elles contenaient des peroxydases (dioxydases indirectes ou anaéroxydases).

Il existe un parallélisme entre le coefficient catalytique d'une eau et l'intensité de ses réactions colorantes, les deux étant sous la dépendance directe des colloïdes ferrugineux.

Le chauffage à 80 degrés fait disparaître ces réactions colorantes, qui n'existent du reste qu'à l'émergence, l'eau embouteillée en étant complètement dépourvue.

Ces colloïdes catalysateurs interviennent-ils dans le mode d'efficacité des eaux de Vichy?

On ne peut actuellement l'affirmer, mais on ne peut non plus en rejeter l'idée a priori.

Il est même permis de faire la remarque suivante : il y a une grande analogie entre les réactions colorantes des eaux de Vichy et celles que sont susceptibles de fournir les peroxydases du sang.

Hématies nucléées et moelle osseuse. — M. E. Feuillié. Dans des tubes de sang ou dans les vaisseaux de lapins morts placés à l'étuve, il se forme des hématies nucléées indiscutables par transformation de globules rouges normaux.

Connaissant d'autre part la facile transformation des globules blancs du sang en myélocytes on peut se demander si la moelle osseuse, au lieu d'être un véritable organe néoformateur d'éléments spéciaux, myélocytes et érythrocytes à noyau, n'est pas plutôt un lieu de stagnation, de transformation et de mort lente pour des globules normaux blancs et rouges apportés par le sang.

Ebauche de rotule supérieure chez l'homme. — MM. Retterer et Vallois, sur un supplicié de vingt-quatre ans, ont constaté la présence d'une couche vésiculo-conjonctive sur la portion moyenne du tendon du muscle crural. Les connexions et la structure de ce tissu squelettique font l'homologue du sésamoïde ou rotule supérieure des mammifères sauteurs. Cette rotule supérieure est reliée à la rotule inférieure par une masse ou ligament adipeux supérieur. En un mot, l'homme possède une ébauche de rotule supérieure.

Sur une modification d'uréomètre pour le dosage de l'urée du sang. — MM. Ambard et Hallion. Nous avons remarqué que le dosage de l'urée à l'aide de la décomposition par l'hypobromite sur la cuve à mercure, procédé par ailleurs recommandable, pouvait comporter des erreurs, dues à des dégagements gazeux résultant de l'attaque du mercure par les réactifs. Une ampoule de caoutchouc, dont nous coiffons l'extrémité supérieure de l'uréomètre, rend l'emploi du mercure inutile, ce qui est à la fois plus sûr et plus simple.

ANALYSES

MÉDECINE

Sur la lipoïdémie. (Fr. Weill. *Münch. med. Woch.*, 24 sept. 1912, n° 39, p. 2096.) — Chez un sujet atteint de néphrite subaiguë avec œdèmes étendus et albuminurie variant entre 25 et 30 grammes par litre, l'auteur fut frappé de l'aspect lactescent du sérum sanguin et des transsudats pleuraux. L'addition d'éther à ces liquides ne provoqua qu'un éclaircissement insignifiant, il était donc hors de doute qu'il ne s'agissait pas réellement de lipémie, et que ce n'était pas aux graisses neutres, solubles dans l'éther, qu'était dû l'état lacteux des liquides organiques.

L'examen chimique du sérum sanguin montra seulement une légère augmentation des graisses neutres, mais une augmentation plus notable des lipoïdes et particulièrement de la cholestérine (0,685 p. 100) et de la lécithine (0,688 p. 100). De plus l'étude chimique de l'albumine du sérum montra sa teneur anormalement forte en globuline : la quantité d'albumine totale était de 5,58 p. 100, se décomposant en globuline 4,38 p. 100, et albumine 1,20 p. 100.

Reprenant une idée déjà émise par Bernert, Weil pense que l'aspect laiteux du sérum est dû à la présence simultanée des lipoïdes et de la globuline. Dans un cas semblable il ne faut donc pas parler de lipémie, mais bien de *lipoïdémie*, suivant l'expression déjà employée par Klemperer et Umber.

En clinique la lipémie et la lipoïdémie peuvent être rapidement distinguées par les procédés suivants : le traitement par l'éther fait disparaître le trouble laiteux dans la lipémie et reste sans action dans la lipoïdémie ; dans la lipémie il se forme à la partie supérieure du sérum abandonné au repos, à la glacière une couche crémeuse qu'on ne voit pas dans la

lipoïdémie. Enfin l'acide osmique colore les particules de graisses neutres et pas les lipoïdes.

Chez son malade, Weil constate que les lipoïdes présents en excès dans le sang ne provenaient évidemment pas de l'alimentation, mais de l'organisme lui-même.

Chez ce sujet se faisait en effet chaque jour une déperdition d'albumine considérable par les urines, alors que l'alimentation était à peu près nulle. Cette déperdition d'albumine coïncidait naturellement avec des désintégrations cellulaires très accentuées au sein des parenchymes. L'albumine et les lipoïdes provenant de ces cellules étaient naturellement déversés dans le sang. Le rein malade laissait bien passer l'albumine mais retenait les lipoïdes qui s'accumulaient dans le sang. De même de très fortes destructions cellulaires peuvent seules expliquer la teneur très élevée du sérum en globuline. L'analyse de l'urine a d'ailleurs montré qu'elle ne contenait ni graisses, ni lipoïdes, malgré la composition si particulière du plasma sanguin. A. LEMIERRE.

La pneumonie n'est pas une complication rare du coup de chaleur. (W. D. REID. *Boston med. and surg. Journ.*, 15 août 1912, vol. CLXVII, n° 7, p. 217.) — Reid a eu l'occasion pendant les grandes chaleurs de l'été de 1911 d'observer au Boston city hospital, en onze jours, 160 cas d'accidents dus à la grande chaleur. Dans un autre article il a étudié la symptomatologie de ces accidents qui sont de diverses sortes (v. *Boston med. and surg. J.*, 25 octobre 1911), mais peuvent se ranger en deux grandes classes : la prostration par chaleur ou coup de chaleur qui s'observe surtout dans les lieux clos, et l'insolation qui frappe les sujets exposés au grand soleil.

Dans les deux cas Reid a remarqué la fréquence de la pneumonie comme complication. Il en a vu 17 cas (10,7 p. 100 des cas) et elle a causé 20 p. 100 des cas de mort (9 sur 44).

Bien que cette complication ne semble pas plus fréquente après l'insolation qu'après le coup de chaleur, elle est beaucoup plus grave dans le premier cas (6 cas, tous mortels).

Les 17 cas se subdivisent en 7 cas de pneumonie lobaire avec 2 morts, et 10 cas de bronchopneumonie avec 7 morts.

La grande majorité des individus frappés était entre vingt et trente ans, mais c'est sur les sujets vers soixante ans que la mortalité est le plus élevée.

L'alcoolisme et l'artériosclérose constituent un facteur aggravant de beaucoup le pronostic. L'auteur s'étonne de ne voir cette complication des accidents causés par la chaleur mentionnée dans aucun des ouvrages qu'il a consultés. Il pense que sa pathogénie s'explique tout naturellement le plus souvent par l'emploi de mesures de réfrigération trop énergiques (lotions froides, bains glacés, etc.), employés souvent dans ces cas, et pernicieux chez des sujets dans un véritable état de shock. Il conviendra donc de tenir compte de cette possibilité pour les indications thérapeutiques. M. LANCE.

MÉDECINE INFANTILE

Sur la pathogénie et la prophylaxie des éruptions secondaires de scarlatine. (H. ROUÈCHE. *La clinique infantile*, n° 8, 1912.) On peut observer pendant la convalescence de la scarlatine et à une époque éloignée de l'éruption primitive, des cas d'éruptions scarlatiniformes avec phénomènes prodromiques, fièvre, symptômes bucco-pharyngés ; ces éruptions surviennent tardivement du cinquantième au soixante-dixième jour en moyenne ; elles peuvent être considérées comme des rechutes tardives ou des récidives précoces. Les symptômes sont ceux de la première atteinte ; ils se succèdent dans le même ordre, le plus souvent cependant atténués ; la desquamation est ordinairement furfuracée. Les nouvelles atteintes de scarlatine se distinguent, surtout par le cycle évolutif de la langue et de la gorge, des érythèmes infectieux tardifs et des exanthèmes scarlatiniformes simples, qui, survenant pendant la convalescence, peuvent, grâce à leurs autres symptômes, faire penser à une nouvelle scarlatine.

Ces rechutes, ces récidives se produisent chez des malades qui n'ont pas acquis l'immunité. L'influence d'une exaltation de virulence du premier germe semble probable ; on peut, à ce sujet, invoquer la théorie du *microbisme latent* et des *porteurs de virus scarlatins*.

Le traitement consistera en désinfection de la cavité bucco-pharyngée, pendant toute la durée de la convalescence. B. GAYARD.

CHIRURGIE

Traitement de la douleur persistante dans la partie inférieure du corps, due à une lésion organique, par la section de la colonne antéro latérale de la moelle épinière. (William G. SPILLER et Edward MARTIN. *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, vol. LVIII, n° 20, 18 mai 1912, pp. 1489-1490.) — **Recherches expérimentales sur la fonction de la colonne antéro-latérale de la moelle.** (Williams B. CADWALADER et J. E. SWEET. *Ibid.*, pp. 1490-1493.) — De temps en temps, on observe une tumeur de la queue de cheval où la douleur est si continue et intense que la section de la moelle serait justifiée pour la faire disparaître. En coupant seulement le cordon antéro-latéral, on pourrait peut-être obtenir le même soulagement sans paralysie des membres inférieurs, ni de la vessie, ni du rectum. C'est ce que Martin fit une fois, avec soulagement remarquable. Il s'agissait de faire une incision transversale d'environ 2 millimètres de long, profonde d'autant, et dont l'extrémité postérieure serait à 3 millimètres en avant de l'entrée de la racine postérieure dans la moelle ; puis de faire une incision similaire de l'autre côté. Le seul instrument spécial employé fut un couteau à cataracte mince, et présentant un double tranchant sur sa pointe coudée.

Cadwalader et Sweet répétèrent cette opération sur le chien, et étudièrent les dégénérescences des segments de la moelle après un certain temps. Ils notèrent immédiatement après l'opération une paralysie motrice qui disparut rapidement et fut remplacée par une ataxie profonde. La paralysie motrice est difficile à expliquer : peut-être s'agissait-il seulement d'un trouble très accentué de la fonction neuro-musculaire, sans paralysie véritable. Il y eut diminution très nette de la sensibilité à la douleur et de la thermo-sensibilité. F. GARDNER.

NEUROLOGIE

Les réflexes du tendon d'Achille et du tenseur du fascia lata dans la sciatique radiculaire et dans la sciatique tronculaire. (BONOLA [de Bologne]. *Revue neurol.*, 1912, t. II, p. 324-330.) — Dans 4 cas de sciatique radiculaire les réflexes achilléen et du fascia lata étaient très affaiblis ou même tout à fait disparus ; l'auteur en conclut que « chez les malades atteints de sciatique avec troubles des réflexes, l'abolition ou le simple affaiblissement des réflexes du tendon d'Achille et du tenseur du fascia lata peuvent être interprétés comme signes de sciatique radiculaire, tandis que l'abolition ou l'affaiblissement du réflexe achilléen coïncidant avec la conservation du réflexe du tenseur du fascia lata peuvent faire exclure ce diagnostic, et poser celui de sciatique tronculaire ». En effet, les deux réflexes ont leur centre dans les segments LV, I et IIe S. Ils pourraient être troublés tous deux simultanément par une affection pelvienne comprimant toutes les branches du plexus sacré ; l'examen attentif du malade écartera cette erreur de diagnostic. Mais, les observations n'étant qu'au nombre de 4, il convient de ne pas encore attacher à ce signe une valeur trop absolue. L. ALQUIER.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement de l'épilepsie par l'acide borique. (Armand DEVAUX. *Ann. méd.-psychol.*, mars 1912.) — Malgré l'opinion de Féré qui déclarait le traitement par le borax tout à fait infidèle, l'auteur a essayé l'acide borique chez plusieurs épileptiques. Il croit pouvoir attribuer à ce médicament une certaine efficacité : dans dix observations il aurait vu diminuer le nombre des crises convulsives.

Les doses utiles ne seraient pas moindres de 3 à 8 grammes par jour. Elles peuvent déterminer naturellement des accidents passagers d'intoxication tels que des érythèmes, des œdèmes, de l'albuminurie, de la somnolence, de l'inappétence et de la dyspnée, particulièrement chez les sujets atteints d'insuffisance rénale. P. CAMUS.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

DE LA VALEUR DES FERMENTS DIGESTIFS DANS LES DYSPEPSIES

On a longtemps discuté et l'on discute encore la valeur des ferments digestifs dans le traitement des dyspepsies. Il nous semble qu'il est assez facile d'expliquer pourquoi, aux yeux de certains cliniciens, une sorte de discrédit atteint ces ferments digestifs, et surtout la pepsine animale, le seul ferment que quelques médecins connaissent.

Nous savons, en effet, que la pepsine est principalement employée dans les dyspepsies à forme putride qui reconnaissent pour cause, soit une diminution de la sécrétion du suc gastrique, soit un défaut d'acidité de ce suc. Or, la pepsine n'agit bien qu'en présence d'un excès d'acide; en l'utilisant dans un milieu hypoacide, ne commettrait-on pas une erreur? Cette remarque, qui paraît n'avoir jamais été nettement formulée, peut donner, à notre avis, l'explication de bien des échecs.

Mais, à côté de la pepsine animale, il est une pepsine végétale, la papaïne, qui est active dans tous les milieux, qu'ils soient neutres ou alcalins. C'est cette papaïne que Wurtz, d'illustre mémoire, étudia dans des travaux qui, il y a une trentaine d'années, firent sensation et que, récemment, des auteurs allemands — le docteur Caroll Chase entre autres — ont de nouveau préconisée.

La papaïne est surtout remarquable par son merveilleux pouvoir digestif; elle digère mille fois son poids de fibrine, ainsi que le professeur Wurtz l'a démontré, et bien d'autres expérimentateurs ont confirmé l'exactitude des résultats obtenus par Wurtz. Mais ce n'est pas tout : si la papaïne transforme les substances albuminoïdes alimentaires en peptones après les avoir hydratées, elle transforme aussi l'amidon en maltose, elle émulsionne les graisses, elle peptonise le lait de vache sans le coaguler, conformément à la digestion normale du lait de femme.

Depuis trente ans les observations cliniques ont été en complet accord avec les expériences de laboratoire. La papaïne a réalisé toutes les espérances que ces expériences avaient fait concevoir. Elle a été utilisée avec succès dans toutes les dyspepsies, aussi bien chez les hypo que chez les hyperchlorhydriques. Chez ces derniers malades, on peut, si l'on y tient, l'associer au bicarbonate de soude, parce que nous savons qu'elle agit même dans les milieux neutres ou alcalins. On peut, aussi bien, chez l'hyposthénique, l'adjoindre à l'acide chlorhydrique, bien que ce soit inutile à son action propre, car c'est justement un de ses grands avantages sur la pepsine d'agir quelle que soit la réaction du milieu.

On l'a donnée avec le plus grand profit dans la tuberculose pour conserver ou faire récupérer aux malades l'intégrité de leurs fonctions digestives. Les dermatologistes l'emploient dans beaucoup d'affections qui reconnaissent pour cause primitive les troubles de la digestion. Elle est prescrite dans tous les états qui peuvent conduire à la cachexie par insuffisance de l'assimilation des aliments. Son action se poursuit dans l'intestin et lui donne une place dans la thérapeutique des dyspepsies intestinales.

Ce produit est donc une arme excellente que le médecin doit avoir sous la main et dont il doit se servir. Mais il est aussi de ceux qui n'ont de valeur que celle qu'a su leur donner le préparateur, par ses soins et par son expérience. Le médecin soucieux d'éviter les insuccès et d'avoir un produit actif, égal à lui-même, prescrira la papaïne Trouette-Perret, soit sous forme d'élixir (un petit verre après le repas, en place de liqueur) soit en cachets, à la dose de deux, dans les cas où la quantité d'alcool, cependant minime, contenue dans l'élixir, lui semblera contre-indiquée. Je suis, pour ma part, convaincu que si les auteurs qui doutent de la valeur des ferments digestifs s'en étaient tenus à ces préparations, qui ont fait leurs preuves depuis trente ans, l'accord ne serait pas loin de se faire entre les deux opinions opposées.

G. C.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 9, sept. 1912.) Devic et Bouchut : Le polyadénome de l'estomac. — Giordano : L'abcès du foie. — Rousseau : Les formes rares du cancer de l'estomac.

Archives générales de chirurgie. — (N° 9, 25 sept. 1912.) Lamouroux : Les péritonites diffuses par rupture de pyosalpinx. — Pakowsky : Les kystes dermoïdes du mésentère (avec fig.). — Ducuing et Baularan : Faut-il suturer les plaies du conduit laryngo-trachéal ?

Bulletin médical. — (N° 71, 4 sept. 1912.) Brunon : Le repos dans le traitement de la tuberculose (*suite et fin*). — (N° 72, 7 sept.) Paris : Confusion mentale et suggestions accidentelles. — Plicque : Les hémophilies et les hémorragies infectieuses. Causes et traitement. — Noël : L'hygiène au corps expéditionnaire du Maroc. — (N° 73, 11 septembre.) Chauffard : Paralysie générale. — (N° 74, 14 septembre.) Cade : Le mouvement médical lyonnais pendant le deuxième semestre de 1912. — (N° 75, 18 sept.) Chevallereau : Les maladies de la rétine.

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 40, 5 oct. 1912.) Merian : Découverte du bacille lépreux dans le contenu d'une pustule vaccinale, chez une lépreuse.

Medizinische Blätter. — (N° 18, 21 sept. 1912.) Pachantoni: Isolement des psychonévroses à la manière des moines.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 39, 29 sept. 1912.) Igersheimer : Recherches expérimentales sur la syphilis de l'œil. — Erch : Emploi de la tuberculine intracutanée pour le diagnostic. — Weil : Sur la lipoïdémie. — Wechselmann: Sur le néosalvarsan. — Tachau : Importance pratique de la mensuration de la température rectale chez l'enfant. — Neuadovics : Influence des bains d'acide carbonique sur le cœur. — Bautlin : Le pellidol et l'azodolène dans le traitement de l'eczéma. — Franki : Guérison d'un abcès du foie pyléphlébitique post-appendiculaire. — Jæger : Blessure par coup de feu du cerveau avec séjour de la balle pendant quatre années dans le quatrième ventricule. — Gins : Pour rendre meilleur marché le procédé au formol sans appareil. — Schmorl : Sur l'histoire de l'embolie des cellules placentaires. — Leredde : Influence heureuse du salvarsan sur le tabes. — (N° 40, 1er oct.) Henkel : La césarienne transpéritonéale cervicale. — Esser : Chloroleucémie à myéloblastes avec anémie hyperchronique aplastique. — Mayer : Sur la question des intoxiqués par la viande. — Schwarz : Formes hypokinétiques et dyskinétiques de la constipation. — Eichelberg : Maladies organiques de l'esprit et des nerfs après accidents. — Dreyfus : Origine, prophylaxie et traitement des neurorécidives. — Stroscher : Traitement de la syphilis par le néosalvarsan. — Lehle : Prophylaxie de l'ophtalmoblennorrée des nouveau-nés. — Hirz : Expériences thérapeutiques avec l'uzara. — Bachem : L'usage des pâtes dentifrices au chlorate de potasse est-il dangereux. — Scheidemantel : Röntgen-diagnostic de l'éventration diaphragmatique. — Klausner : Exanthème médicamenteux après le pantopon. — Neudorfer : Ruptures intestinales indirectes dans les plaies perforantes par coups de feu. — Rubin : Un cas de diathèse hémorragique grave guérie par une injection de sang défibriné. — Abderhalden : Diagnostic de la grossesse par la méthode optique et le procédé de la dialyse. — Benario : Remarques sur la fréquence et l'intensité de la neuro-récidive après le salvarsan. — Hergenhahn : Recherches comparatives sur le matériel Röntgen. — Œpp : Maladies tropicales et leurs agents au cinématographe.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

LA RUBÉOLE

DÉFINITION. — La rubéole est une maladie aiguë, épidémique et contagieuse, caractérisée par une éruption de macules roses, à peine élevées et par des symptômes catarrhaux peu importants, accompagnée d'une fièvre légère (Hutinel). Elle est distincte de la scarlatine et de la rougeole; elle immunise contre une nouvelle atteinte de rubéole, mais elle ne protège ni contre la rougeole, ni contre la scarlatine.

ÉTIOLOGIE. — La rubéole est une maladie essentiellement épidémique, plus fréquente en hiver qu'en été; elle est rare au-dessous de six mois, elle s'observe surtout de deux à dix ans, mais elle s'observe aussi chez l'adulte et même chez le vieillard; elle paraît plus fréquente en Allemagne et en Angleterre qu'en France.

SYMPTOMATOLOGIE. — On décrit à la rubéole, comme aux autres fièvres éruptives, quatre périodes : incubation, invasion, éruption, desquamation.

a. **Incubation.** — Cette période dure quatorze jours en moyenne; elle peut être réduite à cinq jours dans quelques cas : il n'existe aucun symptôme pendant cette période.

b **Invasion.** — Le plus souvent cette période est dépourvue de manifestations morbides, et l'éruption est le premier symptôme observé. Lorsque cependant des prodromes existent, ils consistent en frissons, céphalée, rachialgie, coryza, larmoiement, toux rauque, légère angine et température à 38, 39 degrés. Exceptionnellement il existe des symptômes graves, nausées, délire, convulsions. En général cette période est très courte; elle dure une demi-journée, quatre à cinq jours au maximum.

c. **Eruption.** — L'éruption est souvent le premier symptôme observé; elle apparaît en général le matin. Elle débute par la face, le plus souvent, exceptionnellement par le tronc et les bras. Son extension se fait rapidement; elle est complète en quarante-huit heures et tandis qu'elle est très accusée aux points envahis en dernier lieu, elle est déjà effacée au niveau des parties atteintes les premières.

L'éruption consiste en macules de la grosseur d'une tête d'épingle, à celle d'une lentille; elles sont rosées, légèrement surélevées; l'élevure est suffisante pour être appréciée au doigt; au début elles sont séparées par de larges espaces de peau saine; plus tard plusieurs plaques peuvent devenir confluentes; elles rappellent un peu alors l'éruption de la scarlatine. La couleur est rose pâle, plus pâle que la rougeur de la rougeole et surtout de la scarlatine. Le maximum de l'éruption est à la face, où elle s'accompagne souvent d'un léger œdème. La région mentonnière n'est pas respectée; l'éruption est assez discrète sur la poitrine et l'abdomen; elle est plus accusée au niveau des fesses et des cuisses. Assez souvent cette éruption s'accompagne de *prurit*.

La durée moyenne est de deux jours; on a observé parfois des poussées successives; dans certains cas on remarque des vésicules miliaires sur le centre des papules et quelques taches pétéchiales. Suivant l'allure de l'éruption on décrit deux variétés de rubéole : un *type rougeoleux*, un *type scarlatineux*.

L'éruption s'accompagne d'autres symptômes que nous allons passer en revue. La fièvre est assez élevée dans certaines formes graves; en général elle est insignifiante. Il en est de même du pouls qui est peu modifié, rarement très rapide. Parfois les symptômes du catarrhe oculo-nasal et trachéal sont très marqués, mais toujours beaucoup moins que dans la rougeole. L'angine est très bénigne, et ne saurait être comparée à l'angine de la scarlatine. La muqueuse buccale est souvent le siège de taches rouges qui pourraient en imposer pour le signe de Koplik : en réalité ce signe n'existe pas dans la rubéole. La langue est normale le plus souvent; elle est sèche dans les cas graves.

Il est important de signaler l'HYPERTROPHIE GANGLIONNAIRE, qui aurait pour certains auteurs la valeur d'un signe pathognomonique. Il s'agit d'une hypertrophie ganglionnaire *généralisée*, mais surtout nette à la région cervicale, à l'angle de la mâchoire, le long des muscles sterno-mastoïdiens, à la nuque. L'engorgement ganglionnaire peut précéder l'éruption.

Les nausées, les vomissements, les troubles intestinaux sont exceptionnels.

M. Netter insiste sur le fait qu'une inoculation vaccinale pratiquée le jour même de l'apparition de l'exanthème donne une réaction locale positive, alors que chez les rougeoleux, au contraire, il n'y a aucune réaction au niveau des revaccinations : cette *allergie vaccinale* dans la rubéole serait, pour M. Netter, le meilleur élément de diagnostic entre la rougeole et la rubéole, car l'hypertrophie ganglionnaire est parfois très accusée dans la rougeole, et l'on aurait observé quelquefois le signe de Koplik au début de la rubéole.

d. **Desquamation.** — Après l'éruption, la peau garde souvent au niveau des macules une coloration foncée qui persiste plusieurs jours. Une desquamation légère peut être constatée dans quelques cas, elle est terminée en trois jours environ.

COMPLICATIONS. — Les complications sont exceptionnelles au cours de la rubéole. On a signalé parfois une légère albuminurie, rarement des bronchopneumonies. Les rechutes sont rares; on n'a jamais signalé de récidives.

DIAGNOSTIC. — Le **diagnostic positif** est basé sur la bénignité des symptômes prodromiques, sur l'hypertrophie ganglionnaire, l'aspect des macules rose pâle, surtout abondantes au niveau de la face et légèrement prurigineuses; il est basé également sur l'absence du signe de Koplik et d'une angine rouge avec fièvre élevée et vomissements. Ce diagnostic est toujours difficile, lorsqu'il s'agit d'un cas isolé. Il est, au contraire, très facile au cours d'une épidémie.

Le **diagnostic différentiel** est surtout à faire avec la *rougeole*. Dans la rougeole, la période d'invasion est nettement accusée, le signe de Koplik est presque constant, la fièvre est plus forte, l'éruption plus intense, les complications broncho-pulmonaires beaucoup plus fréquentes. Ce diagnostic est toujours difficile si la rougeole est bénigne, ou si la rubéole se présente avec des symptômes très accentués, ce qui est assez rare.

Le diagnostic avec la *scarlatine* est en général aisé. La brusquerie du début, la fièvre, l'angine, les vomissements et l'aspect de l'éruption, suffisent en général pour trancher le diagnostic en faveur de la scarlatine.

Il faut rapprocher de la scarlatine la *quatrième maladie*, qui pour certains auteurs est une rubéole de type scarlatiniforme; l'incubation dure de neuf à vingt et un jours ; l'éruption est nettement scarlatiniforme, les amygdales sont rouges et gonflées, la desquamation est toujours importante et générale.

Il n'est pas rare au cours de la grippe d'observer des *érythèmes* qui rappellent la rubéole ; les symptômes généraux sont alors beaucoup plus accusés que dans la rubéole; il en est de même au cours de certaines *intoxications alimentaires*, et de l'*urticaire*.

Le diagnostic est aisé avec les éruptions *médicamenteuses* (antipyrine, copahu, etc.). La *roséole* syphilitique, les roséoles saisonnières, sont d'un diagnostic en général très facile. Signalons enfin le diagnostic avec les rash (prérubéoliques, prévarioliques) et les éruptions sériques.

PRONOSTIC. — Le pronostic est extrêmement bénin, sauf de très rares exceptions, dans des cas particulièrement graves, ou chez des débilités.

TRAITEMENT. — On isolera l'enfant pendant huit à dix jours; on le maintiendra au lit, si la température dépasse 38 degrés. On fera de l'antisepsie de la gorge et du nez. Si le prurit est très vif on pourra donner quelques bains d'amidon, ou poudrer avec des poudres inertes.

BIBLIOGRAPHIE. — HUTINEL. *Traité des maladies des enfants*, t. I. — SAILLANT. Rubéole, Rev. gén., *Gaz. des hôpit.*, 1905. — NETTER. *Soc. de biol.*, juillet 1912.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.



SIROP DE CHURCHILL
AMPOULES INDOLORES
DÉMINÉRALISATION
TUBERCULOSES
ASTHÉNIES
CACHEXIES
ETC.
Hypophosphites
CHURCHILL
PHARMACIE SWANN
12 RUE CASTIGLIONE
PARIS

N° 131. — SAMEDI 16 NOVEMBRE 1912. 85e ANNÉE. SAMEDI 16 NOVEMBRE 1912. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-22

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 14 novembre. — MM. Baude, 6; Claverie, 2; Fris-Larrouy, 4; Andral, 6; Lebée, 5; Lambert, 10; Faveret, 6; Béhague, 2.

Anatomie. — Séance du 14 novembre. — MM. Monod (André) et Duter, 11; Duchamp de Lageneste, 5; Thinh, 9; Binet (Léon), 11; Mathieu, 12; Deffins, 10; Meyer, 5; Bertaux (René), 7; Brizard, 11.

Prochaine séance, samedi 16 novembre, à huit heures du matin, à l'hôpital Beaujon.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — M. Vedel, agrégé, libre le 1er novembre 1913, est chargé, à partir de cette date, d'un cours complémentaire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

M. Soubeyran, agrégé, libre le 1er novembre 1913, est chargé, à partir de cette date, d'un cours complémentaire de médecine opératoire.

— ALGER. — M. Argaud, chargé des fonctions d'agrégé (section d'anatomie, fondation de l'Université d'Alger), est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1912-1913, des fonctions de chef des travaux d'anatomie pathologique.

— Sont maintenus en exercice, pendant une période de trois ans, à partir du 1er novembre 1913, les agrégés des facultés de médecine dont les noms suivent :

Bordeaux. — MM. Barthe (pharmacie), Princeteau (anatomie).

Lille. — MM. Bédart (physiologie), Gérard (anatomie) et Vallée.

Lyon. — MM. Regaud (anatomie) et Commandeur.

Montpellier. — MM. Galavielle (histoire naturelle) et Grynfeltt.

Nancy. — MM. Guilloz (physique), Lambert (physiologie), Richon, Gross et Fruhinsholz.

Toulouse. — MM. Cestan et Dieulafé.

M. Laborde (section de pharmacie) est maintenu en exercice, pendant une période de trois ans, à partir du 1er novembre 1913, et attaché, sur sa demande, à la section de chimie biologique et médicale.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — DIJON. — M. David, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, chef des travaux d'histoire naturelle, est prorogé pour trois ans, à partir du 10 novembre 1912, dans les fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

— NANTES. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1912-1913, des cours complémentaires ci-après désignés :

MM. les docteurs Biaute (maladies mentales), Texier (oto-rhino-laryngologie).

— REIMS. — M. Téchoueyres, professeur d'histologie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1912-1913, d'un cours complémentaire de parasitologie et bactériologie.

M. Bottu, professeur de chimie et toxicologie, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1912-1913, d'un cours complémentaire de chimie biologique.

M. Lardennois, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est prorogé dans ses fonctions pour l'année scolaire 1912-1913.

M. Henry, agrégé des sciences physiques, est chargé, pour l'année scolaire 1912-1913, des fonctions de suppléant de la chaire de physique.

M. Henry, agrégé des sciences physiques, chargé pour l'année scolaire 1912-1913, des fonctions de suppléant de la chaire de physique, est chargé, en outre, et pendant la même durée scolaire, des fonctions de chef des travaux de physique (P. C. N.).

M. Quirin, pharmacien de première classe, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1912-1913, d'un cours de pharmacie et matière médicale.

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1912-1913, des fonctions de chefs de travaux :

MM. Grau, agrégé des sciences physiques : Chimie (P. C. N.); Laurent, docteur ès sciences naturelles : Botanique.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 4 novembre 1912, les officiers du cadre auxiliaire du service de santé dont les noms suivent ont reçu les affectations suivantes :

Médecin-major de deuxième classe (en réserve spéciale). — M. Rabuson passe à la 3e région.

RÉSERVE. — *Médecins principaux de première classe.* — MM. Jarry passe à la 15e région; Radouan, à la 8e région.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Cœurderoy passe à la 15e région; Delaunay, à la 7e région.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Alison passe au gouvernement militaire de Paris; Boyer, à la 19e région; Branlard, à la 9e région; Desbœufs, aux troupes coloniales; Desnos, à la 4e région; Fonbeur-Buéli, à la 17e région; Fourgous, à la 4e région; Jéhanin, à la 12e région;

Lathoud, à la 14e région; Le Blaye, à la 9e région; Neyron, à la 15e région; Silve, au gouvernement militaire de Paris.

ARMÉE TERRITORIALE. — *Médecins aides-majors de première classe.* — MM. Colomb passe à la 15e région; Hyvert, à la 6e région; Vurpas, au gouvernement militaire de Paris.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Bouveret passe aux troupes coloniales.

— Par décision du même jour, ont été réintégrés dans la réserve, sur leur demande, les trois médecins de l'armée territoriale dont les noms suivent, et maintenus :

M. le médecin aide-major de première classe Sauvain, à la 10e région.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Sotty à la 8e région; Soucy à la 19e région.

— Par décision du même jour, les officiers de réserve du service de santé dont les noms suivent sont passés, avec leur grade, dans l'armée territoriale :

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Lefizelier, 10e région; Pariset et Petit, 13e région; Sourice, 9e région.

Médecin aide-major de deuxième classe. — M. Manès, troupes coloniales.

— Par décision ministérielle du 7 novembre 1912, M. le médecin-major de deuxième classe Plisson, de l'école supérieure de guerre, est nommé répétiteur de pathologie externe et petite chirurgie à l'école du service de santé militaire (service).

M. le médecin-major de deuxième classe Renaud, du 43e d'artillerie, passe à l'école supérieure de guerre (service).

— Une décision ministérielle du 10 octobre 1912 autorise les médecins de complément à employer leur bicyclette en campagne s'ils le désirent.

BANQUET. — Ses amis, ses élèves et ses collègues ont résolu d'offrir au docteur Paul Farez, un banquet amical, à l'occasion de sa nomination dans la Légion d'honneur.

Cette fête confraternelle aura lieu le mardi 3 décembre 1912, à sept heures et demie, au palais d'Orsay, sous la présidence de M. le professeur Albert Robin.

Le prix du banquet est de 12 francs.

Adresser les adhésions à MM. les docteurs Iribarne, 50, avenue Malakoff; Babion, 1, place Vintimille; Bérillon, 4, rue Castellane.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — Le docteur Milian, médecin des hôpitaux, fera en novembre et décembre 1912, quatre leçons sur le 606 et en janvier et février 1913, quatre leçons sur la réaction de Wassermann.

Les leçons sur le 606 auront lieu les lundis 25 novembre, 2 décembre, 9 décembre, 16 décembre, à onze heures du matin, dans la salle des Conférences de l'hôpital de la Charité. Elles auront successivement pour objet : précautions pour administrer le 606. Dosage du 606. Les signes de l'intolérance du 606. Marche générale du traitement de la syphilis. Traitement du tabes par le 606.

Le mercredi et le vendredi, de dix heures à midi, a lieu pendant toute l'année, à la consultation de médecine de la Charité, le traitement des malades par le 606, après examen du sujet et fixation de la dose.

Les leçons sur la réaction de Wassermann auront lieu les lundi 13 janvier, 20 janvier, 27 janvier, 3 février 1913, également à onze heures du matin, à la salle des conférences de l'hôpital de la Charité. Elles auront successivement pour objet : technique de la réaction de Wassermann. Valeur séméiologique de la réaction de Wassermann. Réactivation biologique de la réaction de Wassermann.

Ce cours est gratuit.

HOPITAL BEAUJON. — M. Tuffier, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Beaujon, reprendra ses leçons le jeudi 21 novembre, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure, salle Malgaigne.

Sujet de la première leçon : Traitement moderne des anévrismes.

ASSOCIATION MÉDICALE CORPORATIVE. — CONFÉRENCES DE PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE. — Ces conférences, publiques et gratuites, ont lieu les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à cinq heures un quart, à l'hôpital Saint-Philippe, 140, boulevard de la Gare (métro : Italie et Nationale).

Mardi 19 novembre : « La paralysie générale et ses formes cliniques », par le docteur A. Barbé (deuxième conférence).

Jeudi 21 novembre : « La tuberculose génito-urinaire chez l'homme », par le docteur G. Deverre (deuxième conférence).

Samedi 23 novembre : « Diagnostic et traitement des infections puerpérales », par le docteur L. Pierra (deuxième conférence).

VARIÉTÉS

LA LEÇON INAUGURALE DU PROFESSEUR LEGUEU

Mercredi matin, l'amphithéâtre de l'hôpital Necker était complètement rempli, bien avant l'heure fixée, par la foule des maîtres, élèves et amis du professeur Legueu venus pour écouter sa leçon inaugurale. Ce fut une brillante leçon à tous les points de vue : élévation de la pensée, perfection de la forme, originalité de certains aperçus scientifiques, diction impeccable servie par un organe chaud et sympathique. Aussi le nouveau professeur conquit-il rapidement son nombreux auditoire et remporta-t-il un succès mérité.

Après avoir exprimé à son vénéré maître, le professeur Guyon, sa profonde reconnaissance pour tout ce qu'il lui a appris personnellement et pour les immenses services rendus par ce clinicien éminent à l'urologie française, il aborda l'œuvre considérable de son prédécesseur, le regretté professeur Albarran, dont il traça un portrait admirable et fidèle.

Puis il exposa la façon dont il concevait l'étude et l'enseignement de l'urologie, science complexe et difficile entre toutes qui nécessite la connaissance exacte non seulement des différentes affections localisées à l'appareil urinaire, mais encore de leurs multiples réactions sur les autres appareils de l'organisme. Car il n'est pas de maladies qui, plus que celles de l'appareil urinaire, retentissent sur l'ensemble de l'organisme, de même que toute atteinte sérieuse de l'organisme a sa répercussion sur l'appareil urinaire.

Aussi l'étude de l'urologie nécessite-t-elle, plus encore peut-être que toute autre spécialité, une culture générale très développée : un bon urologue doit être à la fois anatomiste, physiologiste, chimiste, homme de laboratoire, histologiste, bactériologue, et par-dessus tout excellent clinicien, car c'est en somme la clinique qui doit toujours décider en dernier ressort, en utilisant tous les renseignements fournis par les nouvelles méthodes d'exploration urinaire servies si admirablement par l'outillage perfectionné dont nous disposons à l'heure actuelle et par l'étude des récentes données chimiques et physiologiques acquises en ces dernières années, notamment en ce qui concerne la fonction rénale, renseignements qui font de l'urologie une des sciences les plus précises et les moins sujettes à l'erreur. L'urologue doit aussi être doublé d'un bon chirurgien, savoir adapter chaque thérapeutique aux réactions individuelles du malade, toujours si variables en ce qui concerne les urinaires, et enfin suivre les progrès incessants de la médecine générale en se tenant au courant des idées nouvelles concernant notamment les antigènes et les anticorps qui tendent à rajeunir l'ancienne théorie humorale en jetant les bases d'un humorisme scientifique.

Le professeur Legueu a fait preuve en sa première leçon inaugurale des brillantes qualités professorales qui lui sont habituelles. Il continuera dignement les traditions léguées par ses devanciers dans cette admirable école de Necker qui a déjà une réputation mondiale. Nul doute qu'il ne donne un lustre nouveau et un essor encore plus considérable à cette école dont il fut un des plus brillants représentants et dont il devient aujourd'hui le chef. Ses qualités organisatrices, son esprit clair et bien français, son sens clinique, son habileté opératoire ne pourront manquer d'attirer les étudiants et les médecins français et étrangers dans ce service de Necker qui leur fut toujours si accueillant. Souhaitons que celui-ci devienne, sous l'habile impulsion du professeur Legueu, un centre scientifique de plus en plus important et dont le rayonnement s'étende de plus en plus loin à l'étranger, pour la plus grande gloire et le plus grand profit de notre pays.

Dr LE FUR.

LE MARDI 10 DÉCEMBRE 1912

à 2 heures et demie, il sera procédé publiquement, à la salle des concours de l'administration de l'Assistance publique, 49, rue des Saints-Pères, à l'adjudication, au rabais, et sur soumissions cachetées, en 84 lots, des fournitures *d'herboristerie, de produits chimiques et de substances pharmaceutiques*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant l'année 1913.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

REVUE GÉNÉRALE

LA CHORÉE DE SYDENHAM

Par MM. L. PAYAN et CH. MATTEI,
Internes des hôpitaux de Marseille.

I

Définition. — Sous le terme générique de chorées (χορεία, danse) on comprend *des mouvements involontaires survenant sans but et en apparence sans cause pendant le repos comme pendant l'action, ayant tendance à se généraliser et à disparaître pendant le sommeil* (Brissaud).

Il y a non pas une chorée, mais des chorées. Parmi celles-ci, la chorée de Sydenham est la plus fréquente ; elle est en quelque sorte le prototype de ces affections. C'est elle qui fera l'objet de cette étude. Avec les caractères énoncés plus haut, la chorée de Sydenham (danse de Saint-Guy, chorea sancti Viti, chorea minor, chorée vulgaire) tire sa personnalité clinique *du jeune âge* où elle apparaît presque toujours, *de son évolution presque toujours sans gravité par crises passagères avec récidives possibles.* Ces éléments constituent son entité assez bien définie d'*affection bénigne et le plus souvent curable.*

II

Historique. — Affections mal connues avant le XVIIe siècle, les chorées se confondaient, dans le groupe des maladies convulsives, avec les manifestations hystériques [épidémies dansantes du moyen âge (1) : Schenck de Graffenberg, Otto Brünfels, Paracelse, Plater et Horst]. Sydenham, en 1688, identifia remarquablement la chorée qui a depuis gardé son nom (2). Vinrent ensuite, longtemps après, l'excellente étude de Bouteille [1810 (3)] et les observations de Bright (1831), de Bazin (1834), de Gendron (1835).

Germain Sée (4), ouvrant l'ère des discussions pathogéniques, admet la nature rhumatismale de la chorée défendue plus tard par Roger (1866). A la théorie rhumatismale se rallient également Kircher, Cadet de Gassicourt, Jules Simon, West, Meggs et Pepper, Duckworth, Dyce, Cook, Bouchard, Rilliet et Barthez. Charcot fait une revision nosographique des chorées que l'on retrouve dans la thèse de Launois (1886). Il édifie la théorie nerveuse (*Leçons du mardi*, 1887, 1888, 1889) reprise ensuite par Sarick, Comby, Leroux et Blocq. La théorie infectieuse est défendue plus tard par Mœbius, Sacquey, Strümpell, P. Marie, Pierret, Teissier, Pianese, Leredde, Berkley, Osler, Dana, Triboulet, Massalongo, Duchâteau, Haushalter, Meyer, Chéron et Leroux. Il faut citer aussi les importants travaux d'Oddo, de Babeau, de Favier, les remarquables études d'ensemble faites par Grasset et Rauzier, Blocq et Grenet, et par Leroux.

La plupart des recherches récentes tendent à faire de la chorée une affection organique du système nerveux. Les études d'André Thomas pour la chorée de Sydenham, le rapport de Sainton sur les chorées chroniques (Congrès de Nantes, 1909) réunissent les principaux éléments de la discussion. Au point de vue thérapeutique, il faut citer surtout les travaux de Comby et de Marinesco.

III

Etiologie. — La chorée de Sydenham est surtout fréquente entre six et douze ans. Le plus grand nombre des cas d'après Legay s'observerait à sept ans et à douze ans. La danse de Saint-Guy est rare avant cinq ans. On a cité pourtant chez le nourrisson quelques cas de chorée congénitale. Elle est exceptionnelle au-dessus de vingt ans. Les auteurs relatent quelques observations chez l'adulte et même chez le vieillard.

Au point de vue du *sexe*, sur trois enfants atteints, on compte en moyenne deux filles et un garçon.

L'*hérédité* joue un rôle appréciable. L'hérédité similaire est rare; Germain Sée, Money, Féré, Huet, Leroux, Triboulet, Maurice Henry ont pourtant signalé à maintes reprises les antécédents choréiques chez les ascendants directs. L'hérédité de transformation est au contraire des plus fréquentes. L'hystérie, l'épilepsie, la neurasthénie, les psychoses, l'alcoolisme, l'aliénation mentale des ascendants existeraient dans 31 p. 100 des cas suivant Triboulet. Blocq et Grenet croient à une proportion plus considérable.

La chorée a été signalée dans les *différentes races*. Elle est plus rare dans les pays du Midi que dans ceux du Nord ; elle est inconnue dans les climats tropicaux.

L'*influence saisonnière* est assez mal établie : c'est en hiver et en automne pour les uns; au printemps et en été pour les autres que s'observeraient les cas les plus fréquents.

Le rôle des *excitations génitales*, admis par certains auteurs, ne repose pas sur des statistiques certaines (Raymond).

Très grande est la part qui revient aux diverses *manifestations névropathiques antérieures* à la chorée : hystérie, névralgies, migraines, incontinence d'urine, neurasthénie, épilepsie, maladies de Basedow.

Le rôle des *émotions* a été récemment mis en évidence par Oddo. « L'émotion, dit-il, est une cause d'aggravation et de récidive de la chorée de Sydenham, elle ne la crée pas, mais elle peut en déterminer l'apparition isolément ou concurremment avec d'autres causes, à condition de porter sur un terrain névropathique, héréditaire ou acquis, de l'organisme jeune. » Claude conclut sur ce point à peu près dans le même sens tandis que Leroux croit dans ces cas à

(1) Les malades se rendaient chaque année à Dresselhausen, en Souabe, à la chapelle de Saint-Guy. Saint Guy, martyr sous Dioclétien, aurait eu tous les ans, au mois de mai, le pouvoir de guérir ce mal, en ayant été lui-même atteint.

(2) SYDENHAM. *Schedula monitoria de novæ febris ingressu*, 1688.

(3) BOUTEILLE. *Traité de la chorée commune ou danse de Saint-Guy*, 1810.

(4) G. SÉE. Rapports du rhumatisme et des maladies du cœur avec les affections nerveuses et convulsives, *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1850, t. XV.

la fréquence de l'hystérie. L'imitation, que l'on retrouve souvent dans les épidémies familiales (cas de Mackay, de Brissaud, Hathery et Bauer), prête aux mêmes considérations.

Certains auteurs ont parfois incriminé les *traumatismes* : chutes, contusions de la tête, lésions graves de l'humérus dans un cas de Sexton.

Le rôle des *infections et des intoxications* n'a pas encore été très rigoureusement fixé, mais l'on peut dire que les recherches anciennes et l'orientation des recherches nouvelles donnent à ces éléments étiologiques une valeur primordiale. Les maladies infectieuses aiguës seraient mises en cause une fois sur trois dans la statistique de Triboulet. Les différents auteurs ont mentionné l'apparition de la chorée au cours de la scarlatine, de la rougeole, de l'érésipèle, de la coqueluche, de la varicelle, de la variole, de la fièvre typhoïde, de la fièvre intermittente (Timpano). Marfan ajoute que « la chorée est ordinairement précédée d'une maladie infectieuse dont la plus choréigène serait le rhumatisme articulaire aigu auquel de tout temps est revenue la première place ». Méry et Babonneix ont signalé la chorée au cours d'une granulie ; Toutain et Mosnié établissent le rôle de la tuberculose, de même que Rose et Chartier ont décrit la danse de Saint-Guy au cours de la syphilis secondaire.

Plus précises encore sont les observations où l'on décèle l'existence d'un diplocoque associé au staphylocoque (Tommasi), d'un long bacille cilié (Pianese) et du streptocoque (Farnaka).

L'albuminurie, l'anémie, le rachitisme, la scrofule se retrouvent dans quelques observations.

Les *intoxications* ont une influence bien plus modeste ; on n'en cite que quelques cas : parmi les plus connus, celui de Leudet dû à l'oxyde de carbone ; celui de Demme, à l'iodoforme ; et celui de Bienvenu à l'alcool.

IV

Symptomes. — Début. — Le début peut être brusque ; il suit alors de peu (quelques heures, quarante-huit heures parfois) une émotion, une peur, une chute. Le plus souvent les manifestations choréiques apparaissent lentement et progressivement à tel point que cette période de début peut avoir une durée indéterminée ou même passer inaperçue. Il s'agit alors de troubles psychiques frappant l'intelligence et l'affectivité ; l'enfant change brusquement de caractère, il devient inattentif et négligent, irritable, il pleure facilement, fuit la compagnie de ses camarades. En même temps il s'anémie, s'alimente peu, digère mal ; il se plaint de lassitude et de douleurs vagues dans les *membres*. Les mouvements désordonnés s'esquissent à peine à ce moment : grimaces de la face, mouvements des membres (des mains surtout) qui rendent l'enfant maladroit.

Cependant, plus on avance vers la période d'état, plus ces troubles moteurs s'accentuent et se multiplient. La chorée est constituée.

Période d'état. — A cette période les principaux symptômes dérivent des troubles moteurs.

Troubles moteurs, caractères généraux des mouvements choréiques. — Les mouvements choréiques sont brusques, involontaires ; conscients, incessants ou paroxystiques, interrompus par le sommeil (à moins qu'ils n'occasionnent l'insomnie) plus rapides que ceux de l'athétose, moins brusques et moins saccadés que ceux des tics. L'émotion, quelquefois même le seul fait de regarder le malade en exagèrent la production. Les membres frappés ne sont ni raides ni contracturés. Les mouvements volontaires sont possibles mais maladroits, et l'on voit souvent le malade chercher une position qui lui permette de diminuer l'amplitude des secousses.

Mode de localisation. — La *généralisation d'emblée* est peu fréquente. Elle appartient surtout aux formes graves. Les premiers mouvements apparus se localisent surtout à un côté du corps (111 fois sur 144 d'après Oddo), et même cette prédominance unilatérale commande dans la suite la prépondérance des mouvements dans ce même côté. Cependant les mouvements gagnent progressivement le tronc, les membres et le visage de l'autre côté. La persistance de la localisation à un seul côté, c'est-à-dire l'*hémichorée*, est très rare. Il faut reconnaître cependant qu'un des côtés, le côté gauche, est généralement le plus atteint. Au cours de l'évolution il se produit une sorte de balancement dans les manifestations motrices qui sont plus intenses tantôt d'un côté, tantôt de l'autre. Cette prédominance alternante est surtout le fait des rechutes des recrudescences.

Ces mouvements méritent d'être étudiés dans chaque partie du corps séparément.

Membres inférieurs. — Les orteils sont le siège de mouvements de flexion et d'extension. De même les pieds qui peuvent présenter temporairement des déformations analogues au valgus ou au varus. De même les jambes et les cuisses. Dans la *marche* les malades piétinent ou sautillent (Trousseau). Ils font rapidement plusieurs pas incoordonnés, s'arrêtent, puis repartent (démarche de pantin, Rufz).

Au *repos* on voit leurs cuisses se croiser ou se décroiser sans cesse, s'animer aussi de petits mouvements d'abduction ou d'adduction. Très accusés, ces symptômes confinent le malade au lit ; peu marqués ils donnent au malade l'attitude du danseur.

Tronc. — Les attitudes anormales du tronc compromettent souvent l'équilibre *dans la marche*.

Dans le décubitus les mouvements occupant principalement les muscles du thorax peuvent déterminer une fausse dyspnée par bi et tripartition de chaque respiration (Pignatti-Morano) ou des altérations du rythme respiratoire encore accrues par les contractions incoordonnées du diaphragme. Au niveau du bassin ils affectent la forme du spasme cynique (Cadet de Gassicourt).

Membres supérieurs. — Les doigts présentent les mouvements les plus divers : flexion, extension, abduction, adduction. opposition au niveau du pouce. Mêmes signes aux avant-bras qui exécutent de plus des mouvements de pronation et de supination. Les bras sont aussi le siège de mouvements variés. Les épaules se soulèvent par intervalle soit ensemble,

soit isolément. Il résulte de tout cela des troubles fonctionnels parfois graves allant de la simple maladresse, à l'impossibilité de tout acte de préhension.

Les désordres moteurs entraînent au *cou* la flexion, la torsion, la rotation de la tête.

Tête. — *A la face* grimaces bizarres dues surtout à la contraction des muscles zygomatiques et péribuccaux. Les lèvres présentent des mouvements divers tels que selon le moment le malade paraît s'attrister, sourire ou faire la moue. Les muscles frontaux et les globes oculaires contribuent par leurs propres secousses à accentuer ces différentes expressions du visage. Le malade a parfois de grandes difficultés à ouvrir la bouche ou à la maintenir ouverte. La langue rarement immobile, produit par ses contractions des bruits de claquement. Si le malade essaie de la tirer on la voit s'animer des mouvements de propulsion, de rétraction, ou osciller sans cesse cependant que s'exagèrent les grimacements du visage. De là découlent des troubles de la déglutition accrus encore par les secousses du voile du palais et du pharynx; de là aussi des troubles de la phonation : dysarthrie avec nasonnement, bégaiement, hésitation, voie émise par saccades, troubles en partie imputables aux convulsions des muscles respiratoire et du diaphragme, plus rarement à celles des muscles du larynx.

Les *sphincters* sont presque toujours indemnes. L'expulsion de l'urine et des matières est pourtant fréquemment provoquée par les contractions abdominales et viscérales.

Les mouvements désordonnés et répétés peuvent déterminer sur les téguments au niveau des saillies osseuses, des contusions ou des excoriations, point de départ possible d'infection localisée, généralisée et même mortelle.

Aux phénomènes convulsifs vient s'ajouter toujours un certain degré d'*amyosthénie* se superposant à eux. Cette parésie présente des degrés différents et peut aller jusqu'à la paralysie vraie, généralisée, qui est rare (chorée molle).

Il nous faut maintenant réunir ici en un groupe peut-être disparate un ensemble de troubles intéressant pour la plupart la motilité. Interprétés par certains auteurs comme des *signes de lésions organiques des centres nerveux*, du faisceau pyramidal notamment, ces symptômes ont servi de base à une pathogénie de la chorée récemment défendue par André Thomas, Babinski, Charpentier, Raymond, Mme Gatow-Gatewski, etc. A l'amyosthénie déjà étudiée vient se joindre de l'*hypotonie musculaire*, cette diminution du tonus se révèle surtout dans les membres les plus atteints. Chez une malade de Charpentier l'épaule et le sein présentaient un affaissement notable. Il est facile d'autre part d'obtenir sans avoir à vaincre de résistance une flexion exagérée de l'avant-bras sur le bras. On peut imprimer à la main ramenée derrière la nuque des mouvements passifs d'une amplitude plus grande qu'à l'ordinaire. Flexion exagérée de la cuisse sur le bassin aussi facile à produire. Le signe de la flexion combinée de la cuisse et du tronc décrit par Babinski dans l'hémiplégie organique est assez souvent positif. (Thèse de Mme Gatow-Gatewski, 36 cas.) Le *signe de la pronation* se rencontre de même en de nombreux cas. Les deux mains du malade étant mises en supination par l'observateur puis abandonnées à elle-même on voit l'une d'elles, celle du côté le plus atteint se porter en pronation, tandis que la main opposée reste en supination.

L'*amyotrophie* est parfois assez accusée. Elle a permis à Ellay de décrire une chorée amyotrophique. Cette amyotrophie relève pour Raymond d'une altération dynamique des grandes cellules radiculaires, pour Rondet d'une atrophie réflexe ayant son point de départ dans l'articulation correspondant aux muscles intéressés.

L'état des *réflexes* rotuliens est très variable. Ils sont souvent normaux, abolis pour Joffroy, retardés mais exagérés pour Triboulet, prolongés (2 cas signe de Weill); dans la statistique d'Oddo ils sont normaux dans 14 cas, abolis dans 75, exagérés dans 23 cas. Oddo insiste sur leur asymétrie fréquente; ils peuvent être diminués ou exagérés d'un côté et normaux du côté opposé. Gordon et Esner ont observé qu'après l'extension normale la jambe pour revenir à la position de flexion reste un certain temps immobile puis descend lentement ou s'arrête un instant. Il existe aussi chez certains malades une tendance à la trépidation épileptoïde (Frumentier et Chenet). Tous ces signes contribuent à former une sorte de syndrome pyramidal.

Les *syncinésies* sont des « mouvements qui s'effectuent dans une partie du corps au moment où ont lieu des mouvements volontaires ou réflexes dans une autre partie » (Vulpian). Elles existent chez certains choréiques; c'est ainsi que l'occlusion énergique de la main saine entraîne des mouvements associés de la main malade; l'inverse n'a pas lieu.

La *dysmétrie* qui existe quelquefois se révèle à l'épreuve de la préhension; la main pour prendre et pour lâcher un verre par exemple se met en hyperextension.

Le *signe d'Oppenheim* se rencontre dans quelques cas : la pression exercée sur les muscles antéro-externes de la jambe détermine de l'extension du gros orteil. On note dans certaines observations que pendant la marche le bras malade ne se projette pas en avant en même temps que la jambe saine.

L'*asynergie* dont le caractère essentiel est la décomposition des mouvements en leurs parties constituantes élémentaires a été signalée par divers auteurs. De même ont été mis en lumière les troubles de la *diadococinésie*; c'est-à-dire de la faculté d'accomplir des mouvements se succédant rapidement : pronation et supination alternée par exemple.

Il faut pour achever cette énumération de symptômes organiques citer l'existence de l'*hypoexcitabilité* de certains muscles parfois observée. Il y a en effet hypoexcitabilité unilatérale des muscles jambier antérieur et péroniers latéraux dans un cas de Charpentier.

Troubles sensitifs. — Les troubles sensitifs frappent surtout les groupes musculaires atteints par les mouvements choréiques. Oddo distingue des

troubles *parachoréiques*, sans rapports avec les troubles moteurs ; des troubles *juxtachoréiques* produits par l'agitation musculaire.

Troubles de la sensibilité subjective. — 1° Arthralgies accompagnées de gonflement et de rougeur.

2° Rachialgie, céphalalgie, névralgies faciale, auriculaire, épigastrique, névralgie inguinale (Oddo).

3° Douleurs au niveau de l'émergence des nerfs rachidiens (Triboulet père et fils, Huchard) ou névrodynies (Triboulet fils).

Il existe également des douleurs viscérales au niveau des angles du côlon, des ovaires (P. Marie).

5° L'ovarie fréquente chez la femme a été signalée chez l'homme (Seglas).

Troubles de la sensibilité objective. — Ceux-là sont plus positifs. Il peut s'agir d'hyperesthésie, d'hyperalgésie, d'analgésie cutanée dans les territoires animés de mouvements choréiques, enfin d'anesthésie. Pour certains auteurs ces derniers symptômes notamment ne se montreraient jamais dans la chorée pure non alliée à l'hystérie (Blocq). Pour d'autres comme Triboulet leur nature purement choréique serait certaine. Il faut signaler aussi la sensibilité des apophyses épineuses. L'excitabilité électrique des muscles est le plus souvent normale parfois pourtant exagérée ou diminuée.

Troubles sensoriels. — Ce sont surtout des *troubles de la vue*. On note de l'hyperhémie du nerf optique ou de la névrite dans les chorées sévères. L'iritis est exceptionnel. Rosenthal a publié un cas avec mydriase bilatérale marquée, Fitz Gerald un cas d'embolie de l'artère centrale de la rétine, Cadet de Gassicourt un cas de chorée de l'iris. Cruchet et Philippe ont signalé l'hippus. Jamais de paralysie oculaire.

Troubles psychiques. — Ils sont constants dans la chorée. Williams Burr [de Philadelphie (1908)] les a groupés d'après leur évolution en quatre catégories.

1° *Instabilité.* — Dans le premier groupe, l'instabilité psychique est le symptôme le plus important; le pouvoir de fixer l'attention est diminué; l'humeur est instable ; l'excitabilité et la sensibilité sont augmentées.

2° *Dans le second groupe*, les terreurs nocturnes et les hallucinations s'ajoutent aux signes précités. L'auteur ajoute que dans ces deux premiers types la guérison physique et mentale est en général complète. Ce sont ces troubles qui sont regardés par Blocq et Grenet comme des manifestations réellement choréiques.

3° Le *troisième groupe* est réservé aux troubles nettement délirants, d'intensité moyenne, accompagnés de fièvre. Ils caractérisent la folie choréique proprement dite où s'observent le délire de persécution, l'excitation maniaque, la tendance au suicide.

4° *Enfin, dans un quatrième groupe*, le plus restreint, se placent la stupeur, la démence aiguë, les troubles de l'articulation des mots constituant « la chorée de la langue et des lèvres ». La mort ou la guérison physique avec persistance des troubles psychiques sont ici de règle.

Ces deux dernières classes forment pour Joffroy l'ensemble des manifestations mentales non choréiques.

Cette division est purement clinique. En ce qui concerne les rapports exacts des troubles psychiques et de la chorée, il faut s'en rapporter à la conclusion de Raymond et Voivenel (1910) : « Il n'y a pas à proprement parler de folie choréique, il y a une prédisposition particulière d'un système nerveux qu'une infection atteint d'autant mieux qu'il est moins résistant. La prédisposition, la dégénérescence donnent les troubles de l'esprit et du caractère communs à toutes les névroses, l'infection fait apparaître les troubles toxi-infectieux communs à toutes les infections. »

Le *liquide céphalo-rachidien* a été, ces dernières années surtout, étudié par différents auteurs. Sicard et Babonneix, Carrière ont relevé une lymphocytose peu marquée et inconstante. Dans une seule observation, Farnaka (chorée au cours d'un érysipèle) y a mis en évidence le streptocoque.

Symptômes viscéraux. — *Symptômes cardiaques.* — Moity, dans sa thèse (1892), distingue plusieurs catégories :

1° La *chorée du cœur proprement dite* ; il s'agit d'une détermination choréique motrice sur le muscle cardiaque. Comme symptômes, on observe une arythmie parfois accompagnée de bruits de souffle à localisation variable. Elle disparaît avec la chorée. Le pronostic est ici généralement bénin.

2° Les *lésions organiques associées à la chorée* ou provoquées par elle constituant des complications que nous retrouverons plus loin.

3° Des *souffles extracardiaques.*

Symptômes respiratoires. — Ils sont sous la dépendance des altérations fonctionnelles des différents muscles respiratoires, du diaphragme surtout, exceptionnellement des muscles du larynx. Williams W. Graves (1909) en a fait, par la méthode graphique, une étude précise.

Symptômes digestifs. — Ceux-ci sont assez banaux. Il faut citer l'anorexie, les digestions difficiles, quelquefois même l'embarras gastrique, la constipation. Pryce a signalé, symptôme plus rare, la salivation exagérée entraînant de la gêne de la parole (trois cas).

Symptômes urinaires. — L'examen des urines décèle l'augmentation des phosphates alcalins et terreux et celle de l'urée qui atteint son maximum à l'apogée de la maladie et diminue dans la convalescence (Hanfields Jones). Ce sont là des manifestations d'une désassimilation exagérée (Babeau). Bouchard a trouvé parfois de l'albuminurie, intermittente et diurne, accrue par la fatigue. Moussous a trouvé fréquemment de l'hypotoxicité urinaire.

Symptômes génitaux. — Ils consistent en excitation du sens génésique et l'on ne peut préciser s'ils sont cause occasionnelle ou conséquence de la chorée.

Sang. — L'examen du sang décèle une diminution plus ou moins prononcée du nombre des *hématies*. La *formule leucocytaire* varie suivant les auteurs; elle est normale avec éosinophilie pour Cabot et

Zapert; il y a mononucléose neutrophile d'après Carrière.

Le *plasma* des choréiques est toxique pour les leucocytes des sujets sains; le plasma des rhumatisants l'est beaucoup moins (Macalister). Calcaterra (1908) a signalé l'existence de *sensibilisatrices* dans le *sérum* des choréiques, sérum que Camisa a vu parfois agglutiner le streptocoque pyogène à 1/30 et l'Eberth à 1/300. De nombreux auteurs ont isolé dans le sang divers *éléments microbiens* : les uns banaux (streptocoques, entérocoques, staphylocoques, hématozoaires même retrouvés par Triboulet, Camisa, Westphal, Wassermann, Fusco), les autres regardés comme spécifiques par ceux qui les ont décrits (diplocoques de Triboulet, d'Apert, diplocoque capsulé et lancéolé de Demel). Pianese a isolé, mais dans la moelle seulement, un bacille long.

Symptômes généraux. — La *température* peut s'élever dans la chorée pure, dans l'état de mal choréique. Quelquefois la fièvre apparaît chez un choréique comme manifestation d'une infection secondaire. Enfin, suivant J. Simon, il existerait le plus souvent une sorte de fièvre essentielle, de cause encore indéterminée. Le rôle de la fièvre sur les mouvements choréiques reste discuté et l'aphorisme ancien, *febris accedens spasmos solvit*, perd de sa valeur en présence des nombreux faits contradictoires observés (J. Simon, Triboulet).

Le *pouls* ne fait que traduire l'état du cœur : l'arythmie, la fréquence, la faiblesse parfois en peuvent être notées.

L'ensemble des troubles étudiés, l'insomnie surajoutée amènent une dénutrition qui peut entraîner un amaigrissement notable et retentir gravement sur l'état général.

V

Evolution. — L'évolution de la chorée de Sydenham est très variable. La terminaison habituelle est la guérison. Elle survient entre six semaines et quatre mois; en pareil cas, après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, le retour à l'état normal se fait insensiblement par l'atténuation progressive des différents symptômes, des symptômes moteurs et psychiques notamment.

La *durée de l'affection* peut être prolongée par des rechutes qui sont très fréquentes (un tiers des cas), d'intensité et de longueur décroissant en général de façon progressive. Elles sont séparées par des intervalles qui varient de quelques jours à plusieurs années (récidives). Certains auteurs assignent à leur production une époque particulière : automne (J. Simon), printemps et hiver (Wicke).

Plus rare est le *passage à l'état chronique* qui peut s'établir insensiblement ou à la suite de récidives nombreuses. Il s'agit alors d'une chorée de Sydenham tantôt passant avec tous ses caractères à la chronicité (Sainton), tantôt se transformant en chorée chronique du type de Huntington (Chauffard, Ribierre).

La *mort*, enfin, peut aussi terminer la marche de la maladie. Guillemet en relève 18 cas sur 720 observations, soit 2,5 p. 100. L'issue fatale ne surviendrait jamais avant la septième année ; elle est surtout fréquente chez les jeunes femmes de quinze à dix-neuf ans. Elle est le fait :

a. De la *chorée elle-même*, que la mort soit subite (Leudet, Guillemet, Barié) ou précédée de troubles nerveux graves et persistants avec atteinte profonde de l'état général.

b. Des *complications :* complications cardiaques surtout.

VI

Complications. — Les contusions et les plaies, si fréquentes chez les choréiques, peuvent être le point de départ d'infections secondaires localisées et parfois de septicémie mortelle contre lesquelles le malade lutte d'autant moins qu'il est plus adynamique. Le pseudo-rhumatisme infectieux en est parfois la conséquence, et il est souvent difficile de le distinguer des arthropathies nerveuses citées par Joffroy, et du rhumatisme articulaire vrai. De ces arthropathies rapprochons les périostoses multiples signalées dans un cas de Guinon et Dieu. Chkeblewski, dans un cas, a noté des éruptions à type variable.

Complications cardiaques. — Ce sont les plus importantes. Il faut ici comprendre :

1° L'*endocardite rhumatismale* qui, frappant surtout la valvule mitrale chez les enfants de six à huit ans, apparaît le plus souvent, quand elle n'est point antérieure à la chorée, peu après le début de celle-ci.

2° La *péricardite rhumatismale* plus rarement observée.

3° L'*endocardite infectieuse banale* qui peut survenir dans la chorée en dehors de toute manifestation rhumatismale.

4° Les *souffles extra-cardiaques*.

Complications rénales. — 2 cas de néphrite aiguë mortelle ont été rapportés par Laheke.

Complications digestives. — Le noma, très rare et secondaire à des ulcérations de la langue et des lèvres, la dilatation aiguë de l'estomac peuvent se rencontrer. Une diarrhée profuse vient parfois, sur la fin de l'évolution des formes graves, hâter le dépérissement et l'issue fatale.

Complications pulmonaires. — L'apoplexie pulmonaire se peut observer : elle est le plus souvent le fait d'embolies venues du cœur gauche à la faveur d'une endocardite concomitante. La pleurésie a été parfois notée (Wrighston).

Complications nerveuses. — Parmi les complications nerveuses on a signalé le *rhumatisme cérébral* (Rosenthal) dont la chorée mortelle ne serait pour Cadet de Gassicourt et Hennequin qu'une variété clinique. L'*hémorragie cérébrale* (Buchanan-Baxter), l'*hémiplégie par embolie* (celle-ci liée à un rétrécissement mitral dans le cas de Simon et Crouzon), la manie aiguë sont assez rares; le coma y précède généralement la mort. Le *méningisme* et parfois même la *méningite suppurée*, le *zona thoracique* (Chambon) peuvent s'observer ainsi que le syndrome catatonique (cas de Pellissier).

Plus fréquentes sont les paralysies : pour Oddo même, l'affaiblissement musculaire existe toujours

dans la chorée dont il peut précéder, accompagner ou suivre les manifestations motrices. Ces paralysies présentent des localisations variables chez un même sujet quand elles se reproduisent au cours de récidives. On peut ainsi observer l'hémiplégie, la paraplégie, les monoplégies et autres paralysies partielles frappant surtout la face. Elles vont de la paralysie complète à la simple parésie. La sensibilité reste intacte. Les reflexes sont abolis. Les troubles trophiques manquent le plus souvent et l'amyotrophie est exceptionnelle. Les réactions électriques sont normales : il n'y a pas de réaction de dégénérescence. Ces paralysies présentent dans leur évolution des modifications parallèles à celles que subit la chorée elle-même. Elles guérissent le plus souvent, mais on les a vues survivre aux mouvements ataxiques. Il est des cas où elles prennent, du fait de leur généralisation et de leur intensité, une importance telle qu'elles modifient notablement le tableau clinique de la maladie de Sydenham; celle-ci affecte alors le type de la chorée molle (limpchorea).

VII

Formes cliniques. — I. Formes cliniques suivant la prédominance de certains symptômes. — Il faut étudier ici la chorée molle. Elle a été très bien décrite par West, Wilks, Gowers, Ollive, Charcot. Les troubles paralytiques qui la constituent peuvent d'après ce dernier auteur se présenter dans trois circonstances principales : au cours d'une chorée vulgaire (les mouvements convulsifs font place vers le troisième ou quatrième jour à la paralysie); à la suite d'une chorée banale ; elle peut enfin s'établir d'emblée, la paralysie devenant alors complète en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

Les membres sont flasques, sans force musculaire ni capacité fonctionnelle ; seuls se montrent par intervalles quelques petits mouvements choréiformes et incoordonnés. La contracture n'est jamais notée, il y a toujours flaccidité. La paralysie peut se généraliser à tous les membres, l'enfant est alors comparable à un chiffon. Elle peut aussi n'occuper qu'une moitié du corps ou même un seul membre (hémiplégie, monoplégie). Parmi les formes localisées, la monoplégie brachiale est la plus commune ; l'affaiblissement moteur du membre supérieur prédomine même dans les formes hémiplégiques et généralisées. Les muscles du cou sont toujours intéressés dans la forme hémiplégique. L'impuissance peut s'y localiser, la tête ne peut alors rester dans la position verticale, elle tombe sans cesse en avant ou en arrière comme le fait la tête du nouveau-né. La face est le plus souvent respectée, la langue est parfois animée de mouvements spasmodiques, elle ne peut plus alors être projetée hors de la bouche et son fonctionnement est défectueux. Dans la forme paraplégique, forme rare, les troubles sphinctériens font défaut. Les troubles sensitifs, réflexes, électriques sont ceux que nous avons cités déjà dans l'étude des paralysies. L'amyotrophie est pourtant plus marquée. L'état général est peu atteint ; l'appétit reste bon.

L'évolution est généralement bénigne, la guérison survient entre trois semaines et deux mois. Charcot ne signale d'accidents mortels que chez la femme enceinte ou chez des sujets à tares nerveuses accentuées chez qui un véritable état de mal choréique vient annoncer l'issue fatale.

II. Formes cliniques d'après l'évolution. — On peut ici comprendre des *formes légères ou latentes*; des *formes moyennes* (elles nous ont servi de type pour notre description) ; des *formes à récidives* (Gilbert Ballet); des *formes persistantes*, des chorées de Sydenham *passées à l'état chronique* (Paul Sainton) et les *formes graves* proprement dites.

A. *Formes latentes.* — Mosnié dans sa thèse en signale 15 cas. Les mouvements sont ici à l'état de simple ébauche : parfois même ils passent inaperçus. Elles sont tenaces, récidivent fréquemment sans que pourtant le pronostic vital soit grave. Mosnié les subdivise en trois groupes et distingue celles qui se transforment en chorée grave, celles qui succèdent à une chorée grave et celles qui restent latentes.

B. *Formes graves.* — La gravité de ces formes, où rentrent les cas de chorées dites mortelles, peut relever soit de l'exagération des symptômes choréiques, soit des complications surajoutées (Dyvrande).

a. *Formes graves par exagération des symptômes choréiques.* — Au premier cas répond tout d'abord la chorée intense et généralisée : malade très agité, gardant difficilement le lit, dormant peu, très mal, ou ne dormant pas du tout ; hyperthermie marquée; contusions avec phlegmons ou septicémie fréquentes; langue sèche, état général mauvais, paralysies, délire maniaque, coma ; c'est là le tableau de l'état de mal choréique dont la mort est la terminaison fatale.

La *chorée avec troubles mentaux graves* constitue aussi une forme sévère ; la mort ou la guérison incomplète avec persistance des manifestations psychiques en sont les terminaisons habituelles.

b. *Formes graves par complications surajoutées.* — Il faut y ranger les chorées avec cardiopathies graves ; les chorées terminées par la mort subite, et les chorées toxiques aiguës relevant d'une toxi-infection, du rhumatisme dans un tiers des cas. Ici prédominent les phénomènes infectieux : hyperthermie, rapidité du pouls, éruptions cutanées à types divers (érythèmes scarlatiniformes de Méry et Babonneix). L'évolution, du fait surtout de la myocardite, est rapidement fatale.

III. Formes cliniques suivant la localisation des mouvements choréiques. — Il s'agit de modalités déjà décrites pour la plupart : chorées généralisées et chorées partielles, c'est-à-dire chorées à distribution irrégulière et chorées à type *monoplégique*, *paraplégique* ou *hémiplégique*. L'hémichorée se rencontre seule ou associée à une hémiplégie. Elle peut dans ce dernier cas précéder, accompagner ou suivre la paralysie, se superposer à elle ou siéger du côté opposé. On l'a vue survenir dans les pleurésies, après l'opération d'Estlander suivie de lavage (Weil), au cours de la malaria grave et parallèlement à ses manifestations thermiques (Pietro Timpano). Sous le nom d'hémichorée alternante on décrit un type cli-

nique dans lequel les mouvements convulsifs affectent successivement et alternativement les deux côtés du corps. A l'hémichorée se rattachent les cas où, comme dans l'hémiplégie alterne, un membre inférieur et le membre supérieur du côté opposé sont atteints. L'hémichorée pure est très rare : Oddo considère qu'il y a généralement deux hémichorées dont l'une, celle qui est seule décrite, est évidente; l'autre, passant presque inaperçue.

IV. Formes cliniques suivant le terrain. — *Chorée congénitale.* — Elle est toujours chronique. Elle relève le plus souvent de l'hérédité similaire, de la chorée maternelle survenue au cours de la grossesse. Ses symptômes sont ceux de la chorée de Sydenham.

Chorée sénile. — La chorée mineure vraie a été très rarement signalée chez le vieillard.

Chorée des femmes enceintes. — Son identité avec la chorée de Sydenham, admise par les classiques (Joffroy, Launay,...) a été contestée par de nombreux auteurs, par Gilles de la Tourette et par Hocquet notamment. En fait si la chorée des femmes enceintes relève parfois de l'hystérie, il est des cas où elle s'identifie par sa nature avec la chorée de Sydenham. Parfois même chorée vraie et hystérie s'associent.

La chorée vraie frappe surtout les femmes jeunes, primipares de préférence (deux tiers des cas), dans la première moitié de la grossesse. Elle peut survenir chez d'anciennes choréiques. D'autre part, Barnes disait que « la grossesse est un témoin de la guérison de la chorée ».

Le rhumatisme, l'hystérie, la chlorose, l'hérédité nerveuse conservent ici toute leur valeur étiologique. Le début peut être brusque : à la suite d'un traumatisme, d'une frayeur, les mouvements choréiques se généralisent d'emblée. Parfois, dans les cas où il existe un rhumatisme antérieur, l'affection est précédée d'une période prodromique durant laquelle les mouvements n'occupent que la face et l'un des membres.

Les manifestations cliniques sont, à la période d'état, les mêmes que dans la chorée simple. Les mouvements, le plus souvent généralisés, s'exagèrent par le toucher, par le palper, par les mouvements fœtaux. L'agitation est intense. L'atteinte possible de la musculature du pharynx détermine des troubles de déglutition et de la respiration. Les troubles sensitifs relèvent, lorsqu'ils existent, de l'hystérie concomitante. Les troubles mentaux, l'affaiblissement intellectuel sont fréquents et persistent parfois après la disparition des manifestations motrices. Rien de particulier au cœur : parfois pourtant souffles extracardiaques ou endocarditiques.

On a vu parfois la chorée gravidique disparaître avant l'accouchement (Barnes). En règle générale, la guérison s'observe après la délivrance, mais la chorée peut se manifester encore au cours de l'allaitement. La mort, assez fréquente, survient dans 25 p. 100 des cas : elle peut être le fait, soit de la chorée elle-même; soit d'affections intercurrentes; soit, mais plus rarement, de complications cardiaques. La vie de l'enfant est fortement compromise : l'avortement, l'accouchement prématuré y mettent terme dans 50 p. 100 des cas d'après Barnes, dans 70 p. 100 d'après Charpentier. S'il survit, l'enfant est lui-même prédisposé à la chorée; parfois il est atteint de chorée congénitale.

V. Formes cliniques suivant les associations morbides. — La chorée de Sydenham peut s'associer avec l'hystérie, l'épilepsie, la maladie de Basedow, la dégénérescence héréditaire, la maladie des tics (Raymond). (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 8 novembre 1912)

Importance clinique de l'homogénéisation des crachats. — MM. F. Bezançon, A. Philibert et P. Gastinel. L'inégalité des résultats obtenus avec les diverses méthodes d'homogénéisation des crachats tient surtout à ce qu'au moment de la centrifugation du liquide homogénéisé, on ne se préoccupe pas des rapports existants entre la densité du bacille et celle du liquide. Pour obvier à cet inconvénient, Bezançon et Philibert ont proposé la technique suivante : 1° mesurer la quantité des crachats dans une éprouvette graduée; mesurer une quantité d'eau dix fois supérieure, mettre le crachat et la moitié de l'eau dans une capsule de porcelaine, ajouter autant de gouttes de lessive de soude qu'il y a de centimètres de crachats ; 2° chauffer doucement en ajoutant petit à petit le reste de l'eau, laisser refroidir, prendre la densité ; si elle dépasse 1 004, ajouter de l'alcool à 50 degrés jusqu'à ce qu'elle tombe à 999 ou 1 000, centrifuger l'homogénéisation pendant trois quarts d'heure avec un centrifugeur à eau ou électrique, décanter, étaler, colorer.

Par cette méthode, on décuple au moins le nombre des bacilles et on peut même en déceler dans des crachats ne paraissant pas bacillifères à l'examen direct. Sur 100 examens, 18 fois les auteurs ont trouvé du bacille de Koch seulement par l'homogénéisation : dans 5 cas de tuberculose au début paraissant fermée, dans 4 cas de manifestations pneumoniques aiguës, dans 5 pleurésies, enfin chez 2 malades atteints de bronchites emphysémateuse et pseudo-membraneuse, de même chez 3 malades atteints de rétrécissement mitral avec symptômes douteux de tuberculose des sommets. Ces faits légitiment l'intérêt de l'homogénéisation à laquelle il faudra recourir chaque fois que l'examen direct aura été négatif ; la réponse rapidement obtenue montre la supériorité pratique de l'homogénéisation sur l'inoculation dans les recherches quotidiennes de laboratoire.

Infection aiguë simultanée pneumococcique et tuberculeuse. Hépatisation pneumonique et granulie. — MM. P. Ménétrier et Legrain rapportent un cas de pneumonie lobaire aiguë combinée avec une granulie pulmonaire et généralisée aux autres organes. Ce qui fait pour les auteurs l'intérêt de ce cas c'est le type clinique et anatomo-pathologique revêtu par l'association de ces deux infections. En effet, si les lésions pneumococciques sont fréquentes dans la tuberculose chronique, il est exceptionnel de rencontrer ces deux affections évoluant en même temps suivant le type aigu : granulie et pneumonie lobaire franche.

Or dans le cas qu'ils présentent sur l'hépatisation rouge de leur pneumonique se détachaient des granulations tuberculeuses dans lesquelles des bacilles de Koch furent trouvés tandis que l'exsudat intra-alvéolaire était parsemé de pneumocoques. Ceux-ci avaient été trouvés du reste dans les crachats rouillés du malade et dans un épanchement pleural concomitant.

Cette association est si rare qu'il faut probablement faire

intervenir ici comme causes favorisantes les tares du malade: cirrhose associée sans signes cliniques apparents, néphrite interstitielle chronique et la virulence particulière du pneumocoque à l'époque où le cas fut observé puisque plusieurs pneumonies en traitement à cette date nécessitèrent l'empyème.

Un nouveau cas de pigmentation des muqueuses de cause inconnue. — MM. O. Crouzon et Ch. Chatelin présentent un nouveau cas de pigmentation des muqueuses de cause inconnue, qui ne relève, ni de l'addisonisme, ni d'une des causes habituelles de pigmentation. D'autre part, leur malade n'appartient à aucune des races auxquelles on a tenté d'attribuer plus spécialement la cause de ces pigmentations. Il s'agit donc d'une pigmentation essentielle physiologique des muqueuses ; elle coexiste ici avec des éphélides qui sont aussi une manifestation dyschromique d'origine évolutive.

Ostéopériostose blennorragique de la clavicule. — M. Hirtz montre à la Société médicale des hôpitaux un cas intéressant d'ostéopériostose blennorragique de la clavicule gauche qui en imposa un moment pour un ostéo-sarcome. L'observation du malade fut suivie et recueillie par M. Croissant, interne du service et les présentateurs apportent à l'appui la radiographie de la clavicule, la reproduction photographique de la région malade et le moule en plâtre qui établissent nettement la réalité définitive de l'ostéopériostose gonococcique que M. Hirtz avait étudiée dans les os longs des membres et dont il avait publié deux cas (*Presse méd.*, 1900, p. 407; *Bull. de l'Assoc. méd. des hôpit.*, séance du 27 juillet 1900, p. 13; *Bull. méd.*, 26 janvier 1907). Il est très important de connaître cette lésion dont l'évolution est bénigne, pour la différence des ostéo-sarcomes qu'on pourrait facilement confondre avec elle.

Sur un cas de tétanos traité par les injections massives de sérum antitétanique. — MM. J. Darier et Ch. Flandin. Les conditions nécessaires pour espérer guérir un tétanos déclaré par les injections de sérum antitétanique sont d'agir vite, d'agir énergiquement, d'agir avec continuité. C'est pour appliquer ce triple principe que les auteurs ont traité un cas de tétanos par des injections massives intraveineuses de sérum antitétanique. Malgré les fortes doses employées, 242 centimètres cubes en trois jours et la précocité du traitement, dix-neuf heures après le début des accidents, la malade est morte. On ne saurait incriminer une insuffisance de traitement. On ne peut non plus accuser le traitement, car on n'a eu aucun symptôme d'intoxication sérique ni d'anaphylaxie. Si le sérum n'a pu empêcher la mort, du moins a-t-il profondément modifié les symptômes de la maladie : les contractures ont disparu, la fièvre est tombée, la malade a cessé de souffrir. Elle est morte par un arrêt respiratoire. Il y a donc intérêt, même en réservant le pronostic, à employer, dans le traitement du tétanos, le sérum intraveineux à doses fortes et répétées.

La forme anémique de la granulie. — MM. Noël Fiessinger et R. Moreau rapportent l'observation d'une malade qui, au cours d'une granulie pulmonaire et généralisée, a présenté un syndrome d'anémie pernicieuse progressive aplastique avec reviviscence médullaire anatomique. Des faits semblables sont intéressants à connaître, car la granulie se manifeste le plus souvent par des syndromes dyspnéiques et cyanotiques.

Pression artérielle et digitaline. — MM. O. Josué et Henri Godlewski ont cherché à préciser si la notion classique que la digitaline élève la pression artérielle, et se trouve par suite contre-indiquée chez les hypertendus, est inexacte.

Les pressions ont été prises à l'aide de l'oscillomètre de Pachon, soit une fois par jour, soit en série plusieurs fois par jour, chez 47 sujets, juste avant, pendant et après la digitaline (18 cœurs normaux, 10 lésions cardiaques compensées, 11 insuffisances cardiaques, 7 cardio-rénaux et scléreux, 1 tachycardie paroxystique); 7 sujets n'ont pas eu de digitaline; dans 6 cas, la pression a été prise en série, avant et pendant la digitaline; — en tout, 60 cas.

Les auteurs ont donné de XX à XXX gouttes de digitaline Nativelle au 1/1000e pendant plusieurs jours ou L gouttes en un jour, suivies ou non de XV ou X gouttes, pendant un à quatre jours; souvent ils ont prolongé pendant longtemps des doses de XV, X, V gouttes, non seulement sans accidents, mais encore au grand profit du malade.

La digitaline paraît, au premier abord, agir sur la pression d'une façon irrégulière, variable suivant les cas. Les variations ne sont pas en rapport avec les quantités de digitaline prises par les malades. Ils ajoutent qu'il ne se produit pas non plus d'élévation immédiate et passagère de la pression, après l'ingestion de digitaline, comme l'ont prouvé les mensurations pratiquées en série plusieurs fois par jour. Les mêmes variations s'observent d'ailleurs si l'on continue à prendre la pression après cessation de la digitaline.

La signification des variations qu'on observe dans les modifications de la pression chez les sujets qui prennent de la digitaline devient évidente. Si l'on étudie la pression en série chez les sujets qui ne sont pas soumis à l'action du médicament, la pression offre en pareils cas la même irrégularité et l'on observe les mêmes variations pouvant atteindre 4 à 5 centimètres de Hg, chez des sujets qui ne prennent aucun médicament. L'importance de ces constatations mérite d'être mise en lumière.

MM. Josué et Godlewski ont donné enfin de la digitaline à certains sujets, après avoir pris les pressions en série, pendant plusieurs jours. Continuant ensuite à mesurer la pression de la même manière, ils n'ont constaté aucun changement; il n'y avait ni élévation, ni abaissement général; il n'y avait ni plus, ni moins de variations qu'avant l'administration du médicament.

Conclusion. La digitaline, aux doses thérapeutiques même fortes et prolongées, ne détermine aucune modification de la pression.

Cependant, chez les asystoliques, la digitaline paraît souvent relever la pression, en rendant au myocarde son énergie défaillante; le retour à la pression antérieure est alors la conséquence directe de l'amélioration de l'état asystolique.

Autre conclusion. Il ne faut pas se laisser arrêter dans l'usage de la digitaline par la crainte de la tension artérielle.

Insuffisance génitale. — MM. Carnot et J. Dumont présentent un malade atteint d'insuffisance génitale depuis six ou sept ans, avec atrophie testiculaire complète, adipose, chute des poils et asthénie.

L'histoire clinique de ce malade permet de supposer une atteinte ancienne de l'hypophyse d'origine syphilitique, dont il ne persiste actuellement qu'un épaississement des apophyses clinoïdes postérieures, un élargissement très marqué des sinus cranio-faciaux et un épaississement des os du crâne. Les auteurs concluent que chez ce malade il y a à la fois sclérose hypophysaire et testiculaire d'origine syphilitique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1912)

Les fractures du cou-de-pied. — M. Quénu revient sur les fractures marginales postérieures. Il avait dit, dans sa première communication, que ces fractures étaient à peu près inconnues de nos prédécesseurs. Ce n'est pas l'avis de M. Souligoux, qui a cherché à démontrer que nos anciens connaissaient très bien l'existence du fragment postérieur. M. Quénu a de nouveau consulté tous les auteurs. Il rappelle l'observation de Voillemier, la pièce présentée par Nicaise, quelques observations citées dans la *Chirurgie* de Rochard. Il n'est pas question, dans ces faits, de mentions de fragment postérieur ni de fracture marginale postérieure. Ces faits ne justifient donc pas l'assertion de M. Souligoux.

M. Souligoux a reproché à M. Quénu de n'avoir pas cité sa communication au Congrès de chirurgie de 1896. Mais dans cette communication, d'ailleurs très courte, il n'est nullement fait mention des fractures en question. Il n'y avait donc pas lieu de citer ce travail.

Selon M. Quénu, la fracture marginale postérieure n'a été mise en lumière qu'à partir de l'application de la radiographie à l'étude des fractures.

Au dire de M. Demoulin, le fragment intermédiaire signalé

par Tillaux et Verneuil est bien le fragment marginal postérieur. En somme, fragment marginal postérieur, fragment intermédiaire, troisième fragment, ce serait une seule et même chose. M. Quénu a consulté le rapport de Gosselin sur la communication de Tillaux à l'Académie de médecine. Il n'y est pas question d'un troisième fragment. Jamais Tillaux n'a parlé de troisième fragment. Quant à la dénomination de fragment intermédiaire, elle semble bien appartenir à Verneuil.

Nous ne saurions suivre M. Quénu dans l'examen qu'il fait de toutes les observations qu'il a pu recueillir et introduire, plus ou moins, dans le cadre de la discussion pendante. Il discute successivement des faits de Volkmann, d'Astley Cooper, de Nepveu, de Nicaise, de Chaput, Destot, etc. Il résulte de l'examen de ces faits qu'on a décrit, sous le nom de troisième fragment, des lésions dissemblables.

Il faudrait, tout au moins, distinguer les fractures marginales postérieures des fractures marginales externes et antérieures.

A M. Souligoux, qui a tant insisté sur l'importance des lésions des parties molles, M. Quénu répond que ni lui, ni personne n'a jamais dit qu'il n'y avait pas de lésions des parties molles. De son côté, M. Souligoux ne saurait nier l'existence de la fracture marginale postérieure isolée, fracture sans adjonction de lésions ligamenteuses péronières. Ces fractures marginales postérieures isolées sont moins rares qu'on l'a dit, et M. Quénu est convaincu que bien des cas étiquetés entorses sont des fractures marginales postérieures isolées.

En terminant, M. Quénu étudie le rôle de la marginale postérieure isolée dans les luxations du pied en arrière. M. Souligoux admet que la fracture marginale postérieure ne joue aucun rôle dans la luxation. Ce n'est pas l'avis de M. Quénu.

M. Souligoux répond à son tour à M. Quénu, et maintient ses conclusions.

Election de commissions. — La Société procède ensuite à l'élection des diverses commissions :

Commission des correspondants nationaux. — MM. Sebileau, Michon, Savariaud, Beurnier.

Commission des correspondants associés et étrangers. — MM. Hartmann, Mauclaire, Arrou, Demoulin.

Commission du prix Dubreuilh. — MM. Savariaud, Sieur, Thiéry.

Commission du prix Marcellin Duval. — MM. Sebileau, Monod, Jalaguier.

Commission du prix Laborie. — MM. Ombrédanne, Cunéo, Perier.

Commission du prix Hennequin. — MM. Michon, Walther, Marion.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Vaccins, Sérums et Ferments dans la pratique journalière, par le docteur A. Darier. In-8° carré de 480 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Pressions artérielles et Viscosités sanguines, *circulation, nutrition, diurèse*, par le docteur Alfred Martinet. In-8° de 273 pages, avec 102 figures en noir et en couleurs. — Prix : 7 francs. — Paris, Masson et Cie.

Stations de France et stations d'Allemagne, étude comparée, par le docteur G. Bardet, secrétaire général de la Société de thérapeutique, président de la section thermale du Congrès des villes d'eaux. In-8° de 140 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin et fils.

L'Œuvre de Béchamp (Pierre-Ambroise-Jacques), par le docteur H. Grasset. 2e édition, revue et augmentée. In-8°, 115 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, J. Rousset.

La Bourboule, station thermale, station de climat, par le docteur Verdalle. — Paris, Geisler.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 25 AU 30 NOVEMBRE 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 25 novembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 26 novembre, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste, 1re, 2e, 3e, 4e, 5e et 6e séries).

Mercredi 27 novembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

1er (oral).

2e.

4e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec*.

5e (2e partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

Jeudi 28 novembre, à une heure. — 2e.

3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).

3e (oral, 2e partie).

4e.

Vendredi 29 novembre, à une heure. — 2e (chirurgien-dentiste, 1re, 2e et 3e séries).

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

Samedi 30 novembre, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

THÈSES

Mercredi 27 novembre, à une heure. — M. Gaulène. Evolution de la grossesse dans les utérus cordiformes. Une statistique de la clinique Baudelocque. (MM. Pinard, président ; Kirmisson, Delbet et Couvelaire.) — M. Massé. Contribution à l'étude de l'anesthésie lombaire en particulier par la méthode de Jonnesco en rachistrychnostovaïnisation. (MM. Pinard, président; Kirmisson, Delbet et Couvelaire.) — M. Grèze. Du traitement chirurgical dans les déformations rachitiques des jambes. (MM. Kirmisson, président; Pinard, Delbet et Couvelaire.) — M. Muguet. Contribution à l'étude des différents traitements du mal de Pott en particulier par la méthode de Lannelongue modifiée. (MM. Delbet, président; Pinard, Kirmisson et Couvelaire.) — M. Guinet. Contribution à l'étude de l'acide phénylquinolique² carbonique⁴ et à ses applications thérapeutiques. (MM. Pouchet, président; Gaucher, Roger et Gougerot.) — M. Verrier. Du phagédénisme chancrelleux. (MM. Gaucher, président; Pouchet, Roger et Gougerot.) — M. Froment. Contribution à l'étude du chancre syphilitique du nez et en particulier de sa localisation au cornet inférieur. (MM. Gaucher, président ; Pouchet, Roger et Gougerot.) — Mlle Rabuteau. Etude sur la viscosité de quelques liquides organiques. (MM. Roger, président ; Pouchet, Roger, Gougerot.) — M. Rosenwald. Etude sur Spallanzani, biologiste. (MM. Roger, prés. ; Pouchet, Gaucher, Gougerot.) — M. Tournier. Considérations sur le sérum antitétanique dans le tétanos. (MM. Reclus, président; Legueu, Pierre Duval et Grégoire.) — M. Nouel. Des luxations anciennes du semi-lunaire. (MM. Reclus, président; Legueu, Pierre Duval et Grégoire.) — M. Fay. La transplantation restauratrice du péroné après les résections des os longs du membre supérieur pour ostéosarcomes. Indications, techniques opératoires et résultats. (MM. Reclus, président; Legueu, Pierre Duval et Grégoire.) — M. Arnoux. Contribution à l'étude des sténoses tuberculeuses du larynx et leur traitement chirurgical. (MM. Reclus, président; Legueu, Pierre Duval et Grégoire.) — M. Gaveau. De l'absorption rectale de différents liquides avant et après les grandes opérations. (MM. Reclus, président; Legueu, Pierre Duval et Grégoire.) — M. Corbineau. Cathétérisme urétéral à vessie ouverte. (MM. Legueu, président; Reclus, Pierre Duval et Grégoire.)

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 9, sept. 1912.) TRIBONDEAU : Réaction de Wassermann. Théorie, pratique, renseignements techniques. — JARMEAU : La peptone iodée. — DEFRESSINE, CAZENEUVE, OLIVIER, COULOMB : Le choléra asiatique dans la marine à Toulon en novembre 1911.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 9, sept. 1912.) GUILLAUME-LOUIS : L'enfumage iodé (avec fig.). — DE FOURMESTRAUX : Sur un point de technique dans la confection des appareils pour coxalgie : attelle de renforcement transversale bi-fémorale (avec fig.). — RODIER : Quelques observations des différentes formes de la mélancolie. Leur traitement en colonie familiale (*fin*).

Bulletin médical. — (N° 77, 25 sept. 1912.) WEITZEL : Les tuberculoses traumatiques (à propos de deux observations). — (N° 78, 28 sept.) BRUNON : La tuberculose maladie curable. — GRANJUX : Le service de santé aux grandes manœuvres de l'Ouest.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 15, 25 sept. 1912.) CURTILLET : A propos du traitement des fractures. — ARDIN-DELTEIL, M. RAYNAUD, PÉLISSIER : Mal de Pott latent. Granulie. — WITAS : Sur l'existence d'une cavité close dans le ligament triangulaire du poumon droit. — H. SOULIÉ : L'assistance hospitalière en Algérie.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 41, 8 oct. 1912.) CZERNY : Sur le traitement non opératoire des tumeurs. — SÆNGER : Affections nerveuses pendant la grossesse. — RICHTER : Pneumogrammes bilatéraux dans les maladies des poumons et des plèvres. — CLAUDIUS : Dosage quantitatif colorimétrique de l'albumine. — KOUJETZNY : Pathogénie et étiologie des granulomes télangiectasiques. — BORCHERS : L'énucléation totale des amygdales palatines. — MÜLLER : Traitement chirurgical de la dysenterie tropicale. — LORAND : Origine des céphalalgies et leur traitement rationnel. — RUPPRECHT : Sur la psychologie des jeunes détenus. — KÖHLER : Epiphyses métacarpiennes proxymales complètes. — SARASON : Lutte contre la tuberculose par amélioration de l'habitation grâce à une nouvelle forme de maison économique. — BECK : Sur l'iodostarine Roche. — STERN : Sur la question de la contagiosité des verrues.

Paris médical. — (N° 41, 7 sept. 1912.) F. TERRIEN : L'ophtalmologie en 1912 (revue annuelle). — MONTHUS : Le strabisme et son traitement. — CANTONNET : Les lésions oculaires dans les fractures du crâne. — GRISOT : L'oto-rhino-laryngologie en 1912 (revue annuelle). — LEMAITRE et BALLERIN : Technique de la résection sous-muqueuse de la cloison des fosses nasales. — SCHÆFFER : La stomatologie en 1912 (revue annuelle). — FARGIN-FAYOLLE : Inclusion et désinclusion dentaires. Les accidents de désinclusion. — (N° 42, 14 sept.) CHALIER et REBATTU : Des dextrocardies acquises. — GIBERT : Diagnostic et traitement des phlébites sinuso-jugulaires d'origine otique. — LEREBOULLET : Traitement de l'ictère catarrhal. — (N° 43, 21 sept.) BRANCA : La vésicule ombilicale humaine. — MONOD : Un cas de prothèse de la face. — (N° 44, 28 sept.) CARNOT : Les idées actuelles sur la coagulation du sang. — FORTINEAU : Traitement du charbon de l'homme et des animaux par la pyocyanéine. — J. REGNAULT : La technique des auto-opérations.

Pédiatrie pratique. — (N° 25, 5 sept. 1912.) HUTINEL : Tuberculoses péritonéo-pleurale et pleuro-péritonéale. — E. WEILL : Les ménorragies de la puberté. — E. WEILL et G. MOURIQUAND : Deux cas de méningite suraiguë à polynucléose rachidienne. — CURTILLET et LOMBART : Un cas de sokodu. — (N° 26, 15 sept.) BROCA : Engelures ulcérées. — A. B. MARFAN : Rétrécissement congénital du pylore par hypertension musculaire chez un nourrisson. — BARTOLI : A quelle station thermale doit-on envoyer les malades atteints de troubles intestinaux? — WEILL, MOURIQUAND et GOYET : Amélioration remarquable d'une chorée grave et rebelle traitée par les injections rectales de salvarsan. — WEILL, MOREL et G. MOURIQUAND : L'absorption rectale des arséno-aromatiques (606) chez l'enfant. — WEILL, GARDÈRE et GOYET : Sur un cas d'urticaire chronique traité par le nucléinate de soude en injection. — BOUCHUT, BOVIER et MALESPINE : Valeur diagnostique de la réaction de Russo dans la fièvre typhoïde. — (N° 27, 25 sept.) HUTINEL : Erythème infectieux grave. — CHALIER et REBATTU : Un cas de dextrocardie consécutive à une pleurésie purulente gauche. — MÉNÉTRIER et BRODIN : Méningite à paraméningocoques chez un nourrisson. — TIXIER : Les lésions du cartilage de conjugaison chez un achondroplase de trois ans. — R. PORAK : A propos d'un cas de paralysie diphtérique grave guérie par la sérothérapie.

Presse médicale. — (N° 72, 4 sept. 1912.) KIRMISSON : Les traumatismes osseux chez l'enfant, fractures sous-périostées et fractures incomplètes. Fractures du cubitus avec luxation de la tête du radius. — RIST : Etude sur la séméiologie des organes respiratoires. La transmission de la voix chuchotée. — (N° 73, 7 sept.) CROUZON : Dysostose cranio-faciale héréditaire. Contribution au chapitre des dystrophies cranio-faciales localisées. — SAVARIAUD : Le pied bot congénital et son traitement. — LAGANE : Psychoses au cours de la rougeole et d'angines simples. Contribution à l'étude des psychoses infectieuses. — JUDET : Attelle à extension continue pour le traitement des fractures obliques de jambe. — (N° 74, 11 sept.) BROCA : Quelques étiologies traumatiques imaginaires. — BRIQUET : Contribution à l'étude de l'acromégalie. — DESFOSSES : La stérilisation des objets de pansement. — (N° 75, 14 sept.) LESNÉ, FRANÇON et GÉRARD : Streptococcémie, pyohémie et endocardite végétante à streptocoques dans l'érysipèle de la face. — MOURIQUAND et COTTE : Traitement des crises gastriques du tabes par l'arrachement des nerfs intercostaux (opération de Franke). — (N° 76, 18 sept.) ROUSSY : Quelle place occupent les goitres dans la pathologie du corps thyroïde. GUISEZ et STODEL : Injections intrabronchiques et intrapulmonaires. — (N° 77, 21 sept.) BAUDOUIN et Mlle TIXIER : Recherches sur le réseau capillaire de la pie-mère centrale. — DUBREUILH : L'épilation électrolytique. — LETULLE et BERGERON : Réaction de Wassermann et syphilis latente au cours des cirrhoses et des néphrites chroniques. — SCHRÉCHER : Le lait sec ou lait en poudre. — (N° 78, 25 sept.) RÉNON, GÉRAUDEL et RICHET fils : La méningite tuberculeuse hémorragique. — BALAVOINE et ONFRAY : Le coefficient uréo-sécrétoire des reins (modification et simplification de la formule d'Ambard). — LABBÉ et VITRY : Les échanges azotés chez les phtisiques. — DE KERVILY : Sur l'anesthésie par les injections épidurales dans l'accouchement. — (N° 79, 28 sept.) FORGUE et MASSABUAU : Les métrorragies de la ménopause. Métrorragies d'origine ovarienne. — LEGRAS : L'hyperhémie active dans les traumatismes articulaires et péri-articulaires.

Province médicale. — (N° 36, 7 sept. 1912.) Jean ANGLADA : Septicémie éberthienne précédée par une septicémie à tétragènes. — A. NANTA : Les leucémies dans la région toulousaine. — (N° 37, 14 sept.) J. NICOLAS et H. MOUTOT : Nouveau cas de pellagre (origine non maïsique). — Angelo DE DOMINICIS : Nouvelle méthode pour la recherche et la mise en évidence des spermatozoïdes dans les taches de sperme. — (N° 38, 21 sept.) ARDIN-DELTEIL, Maurice RAYNAUD et Max COUDRAY : Un cas de spondylite infectieuse. — (N° 39, 28 sept.) LAFFORGUE : Méningisme diphtérique et méningisme tuberculeux. — M. CHARBONNEL et PIERRE-NADAL : Les kystes dermoïdes tuberculeux de l'ovaire. — LAURENT et J. BOHEC : Le séléniol dans le traitement du cancer. — LEREDDE : Technique du traitement du tabes.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 132. — MARDI 19 NOVEMBRE 1912. 85e ANNÉE. MARDI 19 NOVEMBRE 1912. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Notes. — *Anatomie*. — Séance du 16 novembre (*matin*). — M. Renault (André), 10; Mlle Besson (M.), 8; MM. Parin, 10; Aubin, 9; Mercier, 8; Rougeulle, 9; Chasseray, 8; Beloux, 9.

Séance du 16 novembre (*soir*). — MM. Monnot (Paul), 8; Giroux, 6; Vallerant, 10; Renaud (Jean), 8; Lefort (Alix), 2; Richoux, 11; Manne, 10; Cochez, 8; Achard, 11; Perrier (Léon), 10.

Prochaine séance, mardi 19 novembre, à cinq heures, à l'hôpital Beaujon.

Pathologie. — Séance du 15 novembre. — MM. Wilmoth, 10; Gresset, 9; Carrière, 5; Alibert, 9; Sébald, 3; Dalsace, 5; Brachat et Soupault, 6.

Séance du 17 novembre. — MM. Coty, 10; Quesnel, 8; Rosset, 7; Rabut, 9; Bordet et Belloir, 12; Mlle Caesar, 8; M. Wallon (Albert), 5.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Le concours d'accoucheur des hôpitaux s'est terminé par la nomination du docteur Lafond-Oré.

— M. le docteur Drouin est nommé, après concours, médecin résidant de l'hospice général Pellegrin.

— *Récompenses aux internes.* — Voici la liste des récompenses décernées par la Commission administrative des hospices aux internes des hôpitaux pour l'année scolaire 1911-1912 :

Prix Delord : M. Bardon, interne.

Prix de l'administration : M. Drouin, interne.

Prix du docteur Levieux : M. Augistrou, interne.

Médailles d'argent : MM. Coiquaud, Papin, Secousse, Lataste, Lacour, Villar, internes; Boursier, Lartigaut, Nard, internes provisoires; Harmand, Boisserie-Lacroix, Morterol, Fleurant, externes.

Médailles de bronze : MM. Seringes, Bonnin, Lousteau, Bonzom, Daudin-Clavaud, Canuyt, Chenu, internes; Doré, André Lacroix, Duthil, internes provisoires; Belot, Lamy-Lapeyrière, A. Duranthon, Marcard, Phélippot, Perrot, Damade, Morin, Barbier, R. Duranthon, Carrère, Goéré, Monod, Maugé, Bazin, Joulia, Bousquet, Viéron, Michelet, Lasserre, Arnould, Piéchaud, Durieux, Despin, Boudet, Patnam, Le Magourou, Massias, Salignac, Naudin, Lachaume, Philipp, Giffo, Burucoa, externes titulaires.

— Par suite du retard apporté dans les constructions nouvelles de l'hôpital suburbain, le concours pour une place d'interne titulaire et une place d'interne provisoire qui devait avoir lieu le 18 novembre courant, est reporté à la date du jeudi 12 décembre prochain.

En conséquence, le registre d'inscription demeure ouvert chez M. Delaye (Le Bouscat-Bordeaux) jusqu'au 5 décembre.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Le Conseil de la Faculté de médecine s'est réuni jeudi à l'effet de choisir un successeur à M. le docteur Bégouin, nommé professeur de gynécologie, pour le cours complémentaire de médecine opératoire.

M. le docteur A. Venot, professeur agrégé, a été proposé pour cet enseignement.

— Lyon. — M. Hugounenq, professeur de chimie médicale, est nommé doyen, pour trois ans, à partir du 1er novembre 1912.

— Toulouse. — Un congé, pour l'année scolaire 1912-1913, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Caubet, professeur de clinique médicale.

M. Baylac, agrégé, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1912-1913 (durée du congé accordé à M. Caubet), d'un cours de clinique médicale.

MINISTÈRE DES FINANCES. — Sont nommés membres de la Commission extraparlementaire chargée d'étudier toutes les questions nationales, sociales et fiscales, relatives à la dépopulation en France et de rechercher les moyens d'y remédier :

MM. les docteurs Borne, Cazeneuve, Chapuis et Debierre, sénateurs; Labbé, membre de l'Académie de médecine, sénateur; Emile Reymond, sénateur; Paul Strauss, membre de l'Académie de médecine, sénateur; MM. Dron, député, vice-président de la Chambre des députés, président de la commission des mines; Dubuisson, député; Lachaud, député, président de la commission de l'hygiène publique; le doyen de la Faculté de médecine de Paris; le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'Intérieur; le directeur du service de santé au ministère de la Guerre; le directeur de l'assistance publique de la Seine; les professeurs Bar, Chan-

temesse, de la Faculté de médecine de Paris, membres de l'Académie de médecine; Courmont, de la Faculté de médecine de Lyon; Delbet, de la Faculté de médecine de Paris; Gilbert, de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine; Hartmann, de la Faculté de médecine de Paris; Hayem, Hutinel, Marie, Netter, Pinard et Widal, de la Faculté de médecine de Paris, membres de l'Académie de médecine; les docteurs Babinsky, Darier, Enriquez, Guinon, Jacquet et Lion, médecins des hôpitaux de Paris; Macé, accoucheur des hôpitaux de Paris; Mosny, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine; Variot, médecin des hôpitaux; Henri Bloc, Georges Bourgeois, Broudic, Jayle, Lowenthal, Paul Roger et Jacques Bertillon, chef des travaux statistiques de la ville de Paris, président de l'alliance nationale pour l'accroissement de la population française.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Sont nommés dans le corps des sapeurs pompiers :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le docteur Boutleux à Béthune.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe : M. le docteur Etienne à Moy.

GUERRE. — La médaille d'argent des épidémies est décernée à MM. le médecin major de deuxième classe, Letainturier de la Chapelle, et le médecin aide-major de première classe, Momy.

LE JOURNALISME A BUENOS-AYRES. — D'après les renseignements que nous donnent les *Glascow News*, les bureaux des journaux seraient installés à Buenos-Ayres avec un luxe dont on peut se faire difficilement une idée. « Les rédacteurs sont tous les descendants d'authentiques hidalgos espagnols qui croiraient déshonorer leurs aïeux, les « conquistadores » s'ils renonçaient au luxe qui les entoure. Aussi sont-ils installés dans de magnifiques salons, coiffés de légers chapeaux de paille, assis sur des fauteuils ou des divans moelleux, fumant de longs cigares et dégustant lentement des limonades glacées. Les bureaux comprennent une salle de bal, une bibliothèque ouverte au public et une petite infirmerie. Un médecin s'y tient en permanence et donne gratuitement des consultations à tous les rédacteurs, typographes, abonnés et lecteurs. » Dès qu'une nouvelle importante parvient au journal, une immense sirène à vapeur placée sur le toit fait retentir son cri strident. (*Mém. libr. franç.*)

CLINIQUE MÉDICALE DE SAINT-ANTOINE. — M. le professeur Chauffard fera sa première leçon le samedi 23 novembre, à dix heures et demie. Elle aura pour sujet la « Pathogénie de la lithiase biliaire », et sera suivie d'une série de leçons consacrées à l'étude clinique de la lithiase biliaire.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Le Gad (du Havre) et Guichard (de Bordeaux).

CLINIQUE TARNIER. — Cours gratuit de perfectionnement de la clinique Tarnier. Jeudi 28 novembre, à cinq heures trois quarts du soir, M. Brindeau traitera le sujet suivant : « Traitement actuel des hémorragies dues au placenta prævia. »

CLINIQUE ANNEXE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. (Hôpital Lariboisière, service de M. Pierre Sébileau.) — Tableau général des cliniques, conférences et exercices pratiques du semestre d'hiver 1912-1913 :

1° *Enseignement clinique permanent.* — L'enseignement clinique a lieu tous les matins à l'hôpital Lariboisière.

2° *Cours pratique et élémentaire de technique oto-rhino-laryngologique.* — Ce cours a lieu, salle des conférences, les jeudis, samedis et mardis, à neuf heures. Il comprend douze conférences.

3° *Cours pratique et élémentaire de clinique oto-rhino-laryngologique.* — Ce cours (avec présentation de malades) commencera le mardi 10 décembre 1912, à neuf heures (salle des conférences), et se continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure, pour se terminer en février 1913.

4° *Cours complémentaire de perfectionnement.* — Cet enseignement comprendra : *a.* des conférences d'anatomie chirurgicale spéciale; *b.* un cours d'opérations spéciales; *c.* des conférences sur l'acoumétrie et l'exploration fonctionnel du labyrinthe; *d.* des conférences théoriques et pratiques de broncho-œsophagoscopie; *e.* des conférences d'anatomie pathologique et de bactériologie à l'usage des spécialistes.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — ANNÉE 1912-1913. — SEMESTRE D'HIVER. — *Médecine générale.* — Docteur Edgard HIRTZ (hôpital Necker). — Tous les matins, de neuf heures à dix heures, leçon de séméiologie. Principes cliniques pour l'examen des malades à l'usage des bénévoles de première année.

Le lundi, de dix heures à onze heures, consultation publique aux malades du dehors, spécialement pour les maladies du cœur, des veines.

Le mercredi, de dix heures à onze heures, leçon clinique par les candidats des hôpitaux, anciens internes du service. Argumentation par le chef du service.

Le vendredi, de neuf heures à onze heures, examen méthodique des malades entrants. Discussion du diagnostic. Thérapeutique.

Docteur LESNÉ (hôpital Tenon). — Tous les matins, à dix heures, visite des malades.

Les mardis et vendredis, examen des entrants, discussion du diagnostic et du traitement.

Docteur E. MOSNY (hôpital Saint-Antoine). — Dans le courant de l'année scolaire 1912-1913, M. Pruvost, interne du service, fera plusieurs séries d'un cours pratique sur la symptomatologie et le diagnostic des maladies des voies respiratoires, ainsi que sur les déductions thérapeutiques et les recherches de laboratoire les concernant.

Pour s'inscrire, s'adresser à M. Pruvost, interne à l'hôpital Saint-Antoine.

Docteur PISSAVY (hôpital Necker, consultation de médecine). — Un enseignement spécialement destiné aux étudiants de première année est organisé de la manière suivante :

1° Tous les matins, à dix heures, les élèves seront individuellement exercés à l'examen des malades.

2° Tous les mercredis, à onze heures, leçon de pathologie médicale élémentaire, avec présentation de malades.

3° Tous les samedis, à onze heures, étude des médicaments usuels.

Docteur Paul RIBIERRE (hôpital Cochin, consultation de médecine). — Tous les jours, à dix heures, examen et présentation de malades. Discussion du diagnostic et des indications thérapeutiques. Rédaction d'ordonnances.

Les samedis, à onze heures, du 1er janvier au 1er avril 1913, conférence sur la thérapeutique des affections cardio-vasculaires.

Cet enseignement s'adresse surtout aux étudiants en fin de scolarité.

Docteur E. RIST (hôpital Laënnec). — M. le docteur Rist fera à partir du mois de janvier, assisté par plusieurs de ses collègues, une série de leçons sur la tuberculose pulmonaire.

Docteur Emile SERGENT (hôpital de la Charité). — Tous les matins à dix heures, exercices de médecine pratique au lit des malades.

Le vendredi matin, examen des malades nouveaux.

Le samedi matin, consultation spéciale sur la tuberculose et les maladies des voies respiratoires (interrogation; discussion du diagnostic et des indications thérapeutiques; manière de formuler et de rédiger une ordonnance).

Le mardi matin, à partir d'une date qui sera fixée ultérieurement, conférences cliniques avec présentation de malades, portant particulièrement sur la tuberculose et les maladies des voies respiratoires.

Dermatologie et syphiligraphie. — Docteur THIBIERGE (hôpital Saint-Louis). — Visite tous les matins, à neuf heures.

Mardi, à neuf heures (salle Alibert), examen des malades de la policlinique et conférences cliniques.

Mercredi, à neuf heures et demie (salle Alibert), traitement chirurgical des dermatoses.

Vendredi, à neuf heures et demie (salle des consultations), conférences cliniques sur les malades de la consultation.

L'INFLAMMATION DENTAIRE

Par M. A. HERPIN,
Stomatologiste des Quinze-Vingts.

Les lésions inflammatoires des dents, dont la combinaison édifie le tableau anatomo-pathologique et clinique de la carie dentaire, portent à des degrés divers sur les différents tissus constitutifs de ces organes, chacun d'eux présentant sous leur influence des modifications spéciales qui dépendent de leur organisation intime. Dans les tissus véritablement organisés, pourvus d'éléments cellulaires à vie active et abondamment vascularisés, comme la pulpe, on observe des phénomènes qui n'échappent point aux lois générales de l'inflammation. Ces phénomènes sont moins intenses dans les tissus de sécrétion comme l'ivoire dont la nutrition se fait par l'intermédiaire d'éléments formatifs qui ne présentent eux-mêmes qu'une vie ralentie; et, enfin, dans l'émail qui n'a point conservé de connexions avec son organe formatif et dont la nutrition se fait par voie indirecte, par intussusception, les processus de réaction défensive n'existent point et le résultat de l'inflammation est un véritable processus de nécrose. Il y a donc lieu de considérer dans l'évolution des lésions, dans l'émail, des processus de destruction; dans l'ivoire, des processus de destruction et des processus de défense évoluant parallèlement, ces derniers pouvant être complétés eux-mêmes par les réactions défensives de l'organe pulpaire.

Dès la rupture de la cuticule de Nasmyth, l'émail se trouve exposé directement à l'action des agents vulnérants. Les microorganismes s'attaquent tout d'abord à la substance interprismatique, la dissolvent et progressent entre les prismes de l'émail. Ceux-ci, malgré leur résistance, attaqués ainsi de toutes parts, privés de plus en plus de tout apport nutritif, minés par la destruction de la substance cimentaire, perdent peu à peu leurs contours, leur substance devient granuleuse, ils s'effritent, se fragmentent, et les effondrements partiels créent des pertes de substance anfractueuses, avec des encoches irrégulières, des fissures qui s'enfoncent à une plus ou moins grande distance dans l'émail, formant par endroits de petites lacunes, des sortes de clapiers, minant toute la zone avoisinant la cavité de carie. Dans cette cavité, des blocs irréguliers. plus ou moins épais, très foncés, correspondant à des fragments de prismes désagrégés dont la destruction se poursuit, ou bien des blocs plus clairs, à un stade moins avancé de nécrose.

La zone sous-jacente de dentine ne reste pas indifférente et présente des modifications structurales bien avant que les microorganismes de la carie soient parvenus à la limite des deux tissus. Il s'y développe une zone claire correspondant à un processus de réaction défensive, revêtant d'abord assez nettement l'aspect d'un cône à base antérieure, à sommet dirigé vers la cavité pulpaire. La transparence de cette zone est due à l'homogénéité du tissu qui la compose. A l'état normal, l'ivoire présente plusieurs ordres de substances : fibres de Tomes, liquide des canaux dentinaires, gaines de Neumann, substance fondamentale; chacune ayant des propriétés réfringentes différentes, l'ensemble du tissu a un aspect opaque. Sous l'influence de l'irritation produite par les lésions voisines, pour si superficielles qu'elles soient, les fibres de Tomes, qui sont des éléments organisés en pleine vitalité, réagissent à leur manière; comme les odontoblastes dont elles émanent et dont elles ne sont que des prolongements histogénétiques, elles donnent lieu à une sécrétion de dentine nouvelle, et cela nécessite des modifications de leur structure intime, tout particulièrement de leur teneur en sels de chaux; les fibres sont plus riches en chaux, les lumières canaliculaires se remplissent de dentine et les divers ordres de substance de l'ivoire prennent les mêmes caractères chimiques et optiques. La transparence indique une mise en action des propriétés sécrétantes des fibres de Tomes; la résistance se manifeste par la calcification de ces fibres et par le comblement des canalicules.

La progression des lésions destructives de l'émail ne tarde pas à mettre à nu la substance de l'ivoire. Une zone foncée de ce tissu s'interpose alors entre le fond de la cavité de carie de l'émail et la zone claire de réaction défensive.

Cette zone s'étend et prend une forme irrégulière tendant à envelopper la région où la dentine est altérée. Peu à peu, elle gagne en profondeur, toujours en avant de la portion cariée, tendant à créer une barrière contre l'envahissement de la cavité pulpaire par les microbes pathogènes. Mais cette condensation, qui retarde le processus destructeur, est impuissante dans presque tous les cas à l'arrêter complètement, les cas les plus favorables aboutissant simplement à une marche très lente de la carie que l'on peut considérer alors comme une carie chronique.

Dans l'ivoire, moins résistant que l'émail, plus riche en matières organiques susceptibles de servir à la nutrition des microorganismes de la carie, microorganismes dont la cavité déjà creusée dans l'épaisseur de l'émail, encombrée de débris de tissus en voie de nécrose, favorise en outre la pullulation, offrant par ses nombreux canalicules une voie toute tracée à leur progression, les lésions marchent le plus souvent avec une bien plus grande rapidité que dans l'émail. Si le processus de réaction défensive a pu s'établir, les bactéries, par leurs produits de sécrétion, dissolvent le tissu néoformé comme elles ont dissous la substance cimentaire interprismatique de l'émail et progressent dans les canalicules comme elles ont progressé entre les prismes. Si ce processus n'a pu se produire qu'imparfaitement ou si la dentine de compensation n'a point été sécrétée, les voies sont libres et la progression est beaucoup plus rapide. Les fibres de Tomes, les gaines de Neumann sont gonflées, fragmentées, disparaissent; les canalicules sont élargis, dilatés par endroits, bourrés de microorganismes qui, dissolvant la substance fondamentale, créent des communications entre les canalicules voisins ; des cavités irrégulières se forment, que des effondrements partiels agrandissent

et comblent de débris, amas foncés constitués par des portions où les tubes sont élargis, désorganisés, remplis de microorganismes, amas plus clairs provenant de la zone de résistance où certaines portions ne se sont pas encore laissé entamer.

La réaction défensive ne se borne point aux processus que nous avons signalés et décrits dans l'ivoire : l'organe pulpaire, tissu véritablement organisé et qui, richement vascularisé et innervé, présente à côté d'éléments à vie ralentie, des cellules en pleine activité, réagit en même temps et d'une façon particulièrement vive. Par l'intermédiaire des fibres de Tomes, les irritations dues aux processus de destruction se transmettent directement à l'organe pulpaire et en particulier aux odontoblastes qui tapissent cet organe et qui, après l'édification de la couche d'ivoire normale, sont en quelque sorte en sommeil, ne sécrétant plus que des quantités infimes de ce tissu, tant que leur activité fonctionnelle n'est pas réveillée par une excitation quelconque. En ce cas alors, leur sécrétion devient plus intense, fournissant par leur surface libre extérieure, dans la zone correspondant aux points irrités, des couches de dentine nouvelles qui viennent s'accoler à la face profonde de l'ivoire. La correspondance des processus irritatifs et de défense est manifeste, et sur une coupe de la région intéressée on peut voir que, suivant la direction des fibres de Tomes conductrices de l'excitation, la dentine secondairement formée correspond exactement au même nombre de canalicules qui, dans la dentine néoformée, se disposent en éventail, ceux du centre se continuant directement avec ceux de la dentine normale, en rayons fuyant la surface masticatrice, ceux des côtés formant un angle aigu avec les canalicules qu'ils continuent. Selon l'intensité du processus réactionnel, cette néo-dentine sera plus ou moins étendue sur la paroi pulpaire, avec une épaisseur plus ou moins considérable. Sa consistance est plus dure que celle de la dentine normale, à cause de sa teneur plus grande en phosphate de chaux, et elle se rapproche beaucoup de celle du tissu du cône de résistance dans l'ivoire. Elle peut présenter diverses variétés aréolaire, cellulaire, fibrillaire, hyaline, laminée, mais dans tous les cas sa signification est d'établir une barrière, en avant du tissu pulpaire, contre l'invasion des microorganismes de la carie, en tendant à maintenir l'épaisseur normale de la couche dentinaire.

Ce processus de réaction défensive peut dans certains cas subir une sorte de déviation qui lui enlève son caractère de protection pour la pulpe. La sécrétion de dentine secondaire peut, en effet, se produire en d'autres points que la paroi de dentine primaire. Il se forme alors des nodules de dentine secondaire, libres dans le tissu pulpaire et constitués soit par la sécrétion de certains odontoblastes, soit d'autres cellules pulpaires susceptibles, sous l'influence d'une irritation, d'acquérir la propriété odontoblastique.

Au cours de la carie, sous l'influence de la progression des lésions, la sécrétion de dentine secondaire de la pulpe devient de plus en plus considérable, déforme la cavité, et dans certains cas particulièrement favorables le tissu pulpaire peut être transformé en tissu dentinoïde dans presque toute l'étendue de la cavité. C'est ce que l'on observe dans certaines caries chroniques où la dent tout entière se trouve transformée en une masse de tissus durs, particulièrement résistants et où les processus de destruction n'avancent qu'avec une lenteur toute spéciale.

Mais dans la majorité des cas les réactions de défense, tant dans l'ivoire lui-même que dans la cavité pulpaire, sont impuissantes à arrêter les lésions, la pulpe est atteinte par les microorganismes de la carie, soit par perforation directe de la cavité pulpaire, soit à travers une couche de dentine trop mince, par l'intermédiaire des canalicules, et dès lors se déroulent dans ce tissu des phénomènes inflammatoires; celui-ci, avec ses vaisseaux et son réticulum, réagissant à la manière des tissus conjonctifs. Il y aura, suivant les cas, inflammation aiguë, pulpite simple, pulpite purulente, pulpite nécrosante, ou bien inflammation chronique, atrophie, hypertrophie, gangrène ou dégénérescence de la pulpe.

Les processus qui se déroulent au cours de la carie dentaire et intéressent à des degrés divers les différents tissus de la dent nous offrent donc bien les caractères généraux de l'inflammation avec des modalités particulières dues à la constitution spéciale de chacun de ces tissus. Si superficielle que soit une lésion, elle retentit immédiatement sur la dentine sous-jacente et sur la couche correspondante d'odontoblastes. Chaque attaque donne lieu à une défense, et celle-ci se traduisant dans la cavité pulpaire par une sécrétion de dentine secondaire nettement compensatrice on peut voir sur les parois de cette cavité consignée l'histoire pathologique de la dent. Cette liaison intime des tissus durs et des tissus mous de la dent semble donc bien légitimer la définition que nous avons donnée de la carie. « La carie dentaire est l'inflammation des dents au cours de laquelle se produisent des lésions destructives et des réactions inflammatoires dans l'organe intéressé; les lésions destructives peuvent atteindre tous les tissus; les réactions inflammatoires n'intéressent que les tissus à trame organisée (1). »

Il est évident que les divers processus peuvent varier à l'infini et donner des modalités cliniques très différentes suivant l'intensité de chacun d'eux; depuis la carie ultrarapide qui sous l'influence de processus d'attaque particulièrement violents ne donne point le temps aux processus de réaction de se produire dans un organe qui d'ailleurs peut lui-même ne pas être résistant jusqu'à ces cas de carie chronique où la valeur des facteurs sus-indiqués se trouve intervertie et où la marche des lésions est presque insensible, on peut observer tous les degrés possibles d'évolution.

---

(1) Dieulafé et Herpin. La carie dentaire, *Gaz. des hôpit.*, 1912, nº 12, p. 159.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE

XIIIe CONGRÈS FRANCAIS DE MÉDECINE

[PARIS, 13-16 OCTOBRE 1912 (1).]

LA VACCINATION ANTITYPHIQUE

La question de la vaccination antityphique, qui demeurera la dominante du Congrès de médecine de 1912, a été discutée avec une ampleur et une chaleur extraordinaires. Après que M. Maurice RENAUD eut expliqué qu'il emploie des bactéries irradiées et que M. BESREDKA eut exposé le mode de préparation de son vaccin, M. le professeur CHANTEMESSE prit la parole. Il rappela les premières expériences faites par lui et M. Widal en 1888 sur les animaux, expériences qui ne furent jamais citées par les auteurs anglais et allemands quand, huit ans plus tard, la méthode fut appliquée à l'homme (Pfeiffer et Kolle, Wright).

Peu à peu on abaissa les températures employées pour préparer les bacilles destinés à la vaccination, 60, 57, même 53 degrés. En 1903, Wassermann préconisa les autolysats et le vaccin polyvalent. Certains auteurs eurent d'autre part l'idée de détruire la vitalité du bacille par les antiseptiques : acide phénique, formol, éther (Vincent), rayons ultraviolets.

A propos du vaccin polyvalent, M. Chantemesse craint que, si l'on veut donner une immunisation solide contre la typhoïde et la paratyphoïde, on ne soit contraint de demander à l'organisme du vacciné un effort considérable et prolongé qui peut s'accompagner de graves inconvénients. Aussi le vaccin de Wassermann n'est utilisé nulle part.

Quant au vaccin préparé avec des bacilles vivants, atténués par le chauffage à 53 degrés ou par la sensibilisation, son pouvoir de vaccination est très grand, mais il est toujours à redouter que chez les individus prédisposés et très sensibles l'injection d'un virus vivant ne puisse être suivie d'une infection typhoïde.

Examinant les résultats donnés par l'application à l'homme du principe de la vaccination antityphique, M Chantemesse rappelle les essais faits pendant la guerre contre les Boers et celle contre les Herreros, et les vaccinations faites en août dernier sur les troupes françaises des confins algéro-marocains. Le laboratoire d'hygiène de la Faculté a fourni plus de 17000 doses préparées par M. Chantemesse aidé du docteur Rodriguez. Ils ont livré du vaccin à la marine pour divers ports, et aucun accident ne s'est produit, ni local ni général. Sur 800 vaccinés de la troisième escadre il n'y eut que 4 ou 5 hommes dont la température se soit élevée quelques heures à 39 degrés après l'inoculation.

Au Maroc, où l'an dernier la fièvre typhoïde avait frappé les troupes dans la proportion de 15 p. 1000 hommes d'effectif, la proportion est tombée cette année à 5 p. 1000, et la mortalité a baissé plus encore.

Pour la population civile M. Chantemesse cite les exemples de Rouen, du Havre, de Fécamp, de Tours, d'Amiens, où aucun vacciné n'a contracté depuis la fièvre typhoïde.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, nos 122, 124, 127 et 129.

A l'asile d'aliénés de Moulins la fièvre typhoïde régnait en permanence depuis longtemps; la vaccination préventive a été pratiquée sur plusieurs centaines de personnes; tous les vaccinés sont restés indemnes et parmi les non vaccinés il y a eu 4 cas cette année. Résultats identiques à l'asile d'aliénés de Saint-Robert (Isère). A l'Hôtel-Dieu, toutes les infirmières du service de M. Chantemesse qui soignent les typhiques ont été vaccinées depuis dix-huit mois ; aucune n'a eu la fièvre typhoïde contrairement à ce qui s'est passé dans d'autres services. La vaccination a porté sur des hommes, des femmes, des enfants qui la supportent admirablement. Le pourcentage montre d'ailleurs que la majeure partie des vaccinés s'est recrutée parmi les hommes jeunes, de vingt à trente ans, les médecins et les étudiants.

Les craintes émises étaient donc vaines. Chez les hommes vaccinés prudemment il n'y a pas de période dite négative, pas de réactions dangereuses immédiates ou lointaines. Et si, exceptionnellement, quelques vaccinés contractent la fièvre typhoïde, ils ont une forme légère.

Dès maintenant, avec la vaccination, le monde civilisé se défend contre la fièvre typhoïde, et il y a quelques jours, au Congrès de Washington, le docteur Russel proclamait qu'elle avait pratiquement disparu de l'armée navale américaine.

M. Chantemesse attire alors l'attention du Congrès sur deux points : le traitement par le vaccin de la fièvre typhoïde déclarée, et le séro-diagnostic de cette affection à l'œil nu et d'une manière mensurative.

Au début de la dothiénentérie, en allant prudemment, c'est-à-dire sans dépasser le dixième de la dose normale et en ne pratiquant l'injection qu'une fois ou deux avec sept jours d'intervalle, on provoque le réveil le plus actif de la défense organique. Chez les typhiques il ne faut employer le vaccin chauffé ni à forte dose, ni tardivement, ni à doses répétées. Quarante-huit heures à trois jours après l'injection de toxine, la température se relève, l'état général a l'air plus touché, la rate et le tissu lymphoïde s'hypertrophient. Il y a donc ébauche d'une légère phase négative.

Après cela le malade entre dans une période de bonne résistance et supporte mieux sa maladie.

Dans les périodes d'état ou tardives de la maladie, le typhique est anaphylactisé et pas encore immunisé contre le poison typhique ; une injection de vaccin un peu forte ou trop tôt renouvelée produirait certainement une phase négative dangereuse. Le résultat dépend de la prudence du médecin.

Quant au séro-diagnostic macroscopique et mensurateur, M. Chantemesse s'en sert à l'Hôtel-Dieu depuis le mois de mai. Il repose sur le titrage du vaccin ; un milliard de bacilles en émulsion par centimètre cube. On remplit jusqu'à hauteur d'un centimètre cube quatre petits tubes. Le premier reste comme témoin, montrant l'émulsion homogène ; le second, le troisième et le quatrième reçoivent un peu du sérum à examiner. Une goutte de ce sérum est mêlé à sept gouttes d'eau et dans le second tube on verse quatre gouttes de la dilution du sérum (soit une demi-goutte du sérum pur); dans le troisième deux gouttes de dilution (soit un quart de goutte du sérum) et dans le quatrième une goutte de dilution, soit un huitième de goutte de sérum du malade.

Au bout de quelques heures on reconnaît à l'œil nu l'agglutination, quand elle existe, en comparant

les tubes au tube témoin et on sait que le tube 2 (1 centimètre cube de vaccin et une demi-goutte de sérum) agglutine ou n'agglutine pas au quarantième; le tube 3 au quatre-vingtième, le tube 4 au cent-soixantième, etc. Donc, le séro-diagnostic macroscopique et mensuratif se lit sans peine et sans possibilité d'erreur. L'avantage du vaccin titré à un milliard par exemple, c'est qu'on oppose toujours à une quantité d'agglutinine inconnue et que l'on cherche une dose connue et invariable de bacilles qui devront absorber cette agglutinine.

De vifs et unanimes applaudissements marquèrent la fin de la communication de M. le professeur Chantemesse.

M. H. Vincent, qui lui succède, établit d'abord que le principe de l'immunisation active par les microbes tués ou leurs produits solubles a été appliqué par Pasteur et son école à de nombreuses infections. La vaccination antityphique par les bacilles morts a rendu partout des services, et depuis un an s'est beaucoup étendue dans notre pays. L'Institut de vaccination du Val-de-Grâce, créé spécialement, a expédié du vaccin pour plus de 100000 personnes en France, aux colonies et à l'étranger.

Le typho-vaccin préparé par M. Vincent est polyvalent; il résulte du mélange de nombreuses races bacillaires empruntées, en particulier aux pays où se font les vaccinations.

Il peut être additionné de vaccin antiparatyphoïdique A ou B. Il est rigoureusement stérilisé par l'éther et on en fait trois ou quatre injections à une semaine d'intervalle.

Le sérum polyvalent possède toutes les propriétés immunisantes du bacille vivant mais sans en offrir les dangers. Son activité est d'ailleurs démontrée par la proportion énorme d'anticorps qu'il provoque dans le sang des vaccinés; par la protection absolue qu'il a donnée à des sujets réceptifs ayant absorbé des doses massives de bacille typhique vivant; enfin par l'immunité complète dont ont bénéficié plus de 20000 vaccinés, généralement placés dans des conditions très dangereuses au point de vue de la contagion.

L'agglutination ne donne aucune mesure de l'activité immunisante d'un vaccin, et la recherche du pouvoir bactéricide est bien plus significative à cet égard; or, avec le vaccin polyvalent, le sang des vaccinés manifeste un pouvoir bactéricide à 1/3000 et 1/5000.

M. Vincent rappelle ensuite les cinq cas de personnes ayant absorbé des cultures éberthiennes et préservées par la vaccination; celle-ci pourrait donc préserver des sujets contaminés depuis vingt-quatre et quarante-huit heures.

D'autre part, sur les 20000 personnes vaccinées qu'on a pu suivre, aucune n'a contracté la fièvre typhoïde. M. Vincent rappelle brièvement l'épidémie marocaine de 1911 et mentionne que l'immunité complète signalée alors s'est intégralement maintenue aujourd'hui malgré l'épidémie de 1912.

Mieux encore. Lors de la récente épidémie d'Avignon il y eut 15 à 1800 cas de fièvre typhoïde d'origine hydrique avec 64 décès, ce qui ferait à Paris environ 100000 cas avec 3657 décès.

La garnison a eu, pour 2053 hommes présents, 155 cas et 21 morts.

Le nombre des hommes vaccinés a été de 525 avant l'épidémie, de 841 au cours de celle-ci, soit 1366, dont aucun n'a eu la fièvre typhoïde ou même le plus léger embarras gastrique.

Les 155 cas et les 21 décès se répartissent uniquement chez les non-vaccinés.

En Algérie, en Tunisie, au Maroc, si typhogènes, mêmes résultats, et le général Lyautey a signalé le cas de deux compagnies placées par ailleurs dans des conditions identiques, et dont l'une, non vaccinée, a été décimée par la fièvre typhoïde, tandis que l'autre, vaccinée, est demeurée indemne.

L'immunité a même été vérifiée chez les sujets fort nombreux qui, au Maroc ou à Avignon, n'avaient reçu que deux, voire une injection de vaccin polyvalent.

Celui-ci, même à faible dose, a donc une efficacité remarquable, et il y a lieu de recommander l'emploi de la vaccination antityphique, non seulement dans l'armée et dans la marine, mais encore chez les enfants et chez les jeunes gens des deux sexes, si réceptifs pour le bacille d'Eberth. De 1906 à 1910, la fièvre typhoïde a tué, en France, 22463 personnes. L'extension de la méthode de vaccination antityphique, associée aux mesures généralement adoptées, est appelée à sauvegarder de nombreuses existences humaines.

Après que de chaleureux applaudissements eurent accueilli cette communication consacrant le triomphe de la vaccination antityphique, d'autres orateurs prirent la parole dont nous ne pouvons que résumer ici très brièvement les travaux.

MM. J. Louis et Combes insistent sur la nécessité d'éliminer tous les sujets atteints d'une affection aiguë ou chronique, en particulier les tuberculeux. Les anciens typhoïdiques peuvent être vaccinés au bout de cinq ans; plus tôt on provoquerait des réactions générales.

MM. Orticoni et Gilles communiquent les résultats de la vaccination par le vaccin polyvalent, au 7e génie à Avignon.

M. Crouzon a vacciné à la Salpêtrière 80 infirmières ou élèves infirmières avec le vaccin de M. Chantemesse et celui de M. Vincent. La réaction locale a été nulle ou légère, 3 fois moyenne, jamais sérieuse. La réaction fébrile n'a dépassé 39 degrés que 4 fois et pendant quelques heures à peine.

M. Granjux craint qu'on ne demande à la vaccination plus qu'elle ne peut donner et qu'on ne lui porte ainsi préjudice. Pour lui, elle ne saurait empêcher les épidémies de fièvre typhoïde dans les armées en campagne, car si on conçoit aisément que la vaccination antityphoïdique puisse permettre à un organisme sain de mieux se défendre, on ne voit pas comment elle pourrait empêcher la faillite de l'organisme déterminée par le surmenage, la mauvaise nourriture, les manquements graves à l'hygiène. Il ne faut pas laisser s'accréditer, en milieu militaire, l'opinion que ces épidémies seront évitées par la vaccination, car le commandement a tendance à abuser des troupes vaccinées les croyant réfractaires à la maladie. Aussi M. Granjux conclut-il que « le jour où le commandement saura que, s'il néglige les mesures réglementaires d'hygiène, s'il considère comme nuls et non avenus les renseignements relatifs à l'état sanitaire de sa troupe, sa responsabilité sera en jeu, ce jour-là, dis-je, le médecin sera un conseiller écouté, et les épidémies de fièvre typhoïde deviendront rares dans les troupes en campagne ».

Cette originale et suggestive communication a obtenu un vif succès.

MM. J. Courmont et Rochaix, au point de vue préventif, administrent trois lavements de vaccin à cinq jours d'intervalle et développent ainsi les propriétés agglutinante, bactériolytique et bactéricide du sérum. Au point de vue thérapeutique ils conseillent des lavements de 100 centimètres cubes de sérum deux fois par jour, aussi hâtivement administrés que possible.

MM. Ardin-Delteil, L. Nègre et M. Reynaud tirent les conclusions suivantes d'un travail clinique sur le traitement de la typhoïde par les vaccins. La vaccinothérapie est d'autant plus efficace que son emploi est plus précoce, aussi les autovaccins ne sauraient-ils être utilisés.

Le vaccin polyvalent phéniqué est inconstant, et c'est le vaccin sensibilisé de Besredka, dont l'efficacité et l'innocuité semblent établies par le travail des auteurs, qui paraît être selon eux le plus favorable pour le traitement curatif de la fièvre typhoïde.

COMMUNICATIONS DIVERSES

M. Marchoux insiste sur l'*augmentation du nombre des lépreux* dans nos colonies. La culture du bacille et l'inoculation aux animaux étant impossibles, l'auteur a étudié le mode de propagation d'une maladie du rat d'égout très voisine de la lèpre; 5 p. 100 des rats de Paris sont porteurs de germes, très peu présentent des signes cliniques. Il est permis de se demander si, chez l'homme, il n'en est pas de même pour la lèpre.

M. Rappin (de Nantes) prépare, depuis trois ans, au moyen de l'antigène dont il a donné la formule, un sérum qui donne des résultats expérimentaux très encourageants au point de vue de l'*immunisation tuberculeuse*.

MM. Carles et Mauriac (de Bordeaux) estiment que dans toutes les *néphrites* il existe un état de *fragilité leucocytaire* souvent très marqué. Celui-ci dépend du bon ou du mauvais état général du sujet sans qu'il y ait corrélation avec le taux de l'albuminurie.

M. Doumer (de Lille) a obtenu de bons résultats de l'*effluvation électrique dans le traitement de l'ascite tuberculeuse*.

MM. Jean Troisier et A. Grigaud établissent qu'après ablation d'une des deux surrénales il y a *hypercholestérinémie transitoire d'origine surrénale* par hyperfonctionnement de la glande restante.

MM. L. Spillmann et Chevelle (de Nancy) rapportent un cas d'*endocardite aiguë mitrale syphilitique* au cours de la période secondaire.

M. Léon Bernard pense que le *pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire* rendra surtout des services dans les formes aiguës ou évolutives.

MM. Bezançon et de Serbonnes présentent une savante étude sur la *réinfection tuberculeuse des cobayes, et le phénomène allergique pulmonaire de réinfection tuberculeuse*.

M. Iscovesco présente un travail sur les *lipoïdes de l'ovaire, du corps jaune, du sang, du testicule et les propriétés homo-stimulantes, physiologiques et thérapeutiques*.

M. Guelpa expose ses idées sur le *traitement de la goutte* et établit un *parallèle entre la goutte et le diabète*.

— Nous ne saurions terminer ce compte rendu, forcément trop succinct parfois, du XIIIe Congrès français de médecine, sans féliciter et remercier notre excellent confrère Granjux sur la façon dont il avait organisé le service de renseignements pour la presse. Chargé de ce service en sa qualité de syndic de l'Association de la presse médicale française, il s'en est acquitté avec le dévouement, la conscience et l'affabilité qui lui sont coutumiers.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

MÉDECINE PRATIQUE

LA MAGNÉSIE CALCINÉE DANS LE TRAITEMENT DES VERRUES PLANES

M. Petges rapportait récemment à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (11 oct. 1912) l'observation d'une jeune femme de vingt-huit ans, ménagère, qui présentait depuis quelques mois sur le visage un nombre considérable de verrues planes; le front, les joues, le menton étaient couverts de ces verrues confluentes, formant un masque jaunâtre, rugueux, d'effet esthétique très fâcheux. Tout d'abord, à un examen superficiel, la peau du visage, chagrinée, semblait atteinte d'un eczéma papuleux, mais l'analyse des lésions permettait de reconnaître des verrues planes caractéristiques surtout en bordure des lésions; sur le menton et le dos des mains on pouvait voir également quelques verrues semblables, isolées, bien caractéristiques à leur aspect de petite papule épidermique, ronde, à contour net, finement chagrinée, faisant un léger relief de couleur brun jaunâtre.

M. Petges ordonna des prises quotidiennes de 4 grammes de magnésie calcinée, absorbée en plusieurs fois dans un peu d'eau, pendant dix jours. Ce traitement fut très bien supporté sans troubles intestinaux.

Quinze jours après le début du traitement; la malade était guérie: à la place des verrues sur le front, les joues et le menton elle présentait quelques plaques blanchâtres, maculeuses, ayant à la loupe un certain aspect finement cicatriciel.

« Ce mode de traitement de la verrue plane dite juvénile — notre malade a cependant vingt-huit ans et n'est atteinte que depuis quelques mois — est très intéressant, fait remarquer M. Petges (1), puisqu'il guérit souvent très simplement une affection disgracieuse et désagréable, sans recours à des médications plus actives, raclages, caustiques, radiothérapie.

Colrat préconisa le premier la magnésie calcinée à la dose de 0g50 à 0g75 par jour; MM. Frèche et Lichtwitz ont relaté à Bordeaux le premier cas traité avec succès par cette méthode chez un malade atteint de papillomes du larynx.

L'an dernier, ici même, M. Claoué présentait un enfant guéri de papillomes en nappe du larynx par ce même médicament.

Il s'agit donc de faits intéressants: si, en effet, il peut être indifférent de voir évoluer des verrues planes — quoique cependant les femmes dont la figure est abîmée par ces verrues réclament impérieusement et avec ténacité leur guérison — il est très important d'agir sur des régions laryngées par une médication aussi bénigne et aussi simple, qui peut dispenser de cautérisations ou de raclages du larynx dont l'effet n'est pas constamment favorable. »

(1) *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1912, n° 44, p. 524.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 15 NOVEMBRE 1912)

De l'utilité des examens répétés de la pression artérielle. — MM. JOSUÉ et Henri GODLEWSKI reviennent avec cinq nouveaux cas sur les modifications de la pression artérielle survenant soit d'un jour à l'autre, soit au cours d'une même journée.

Les oscillations de la pression ne s'observent pas seulement chez les sujets ayant une tension élevée. On les constate aussi dans les pressions normales ou dans les pressions basses.

Aussi un seul examen par jour n'est-il pas suffisant pour apprécier l'état de la pression artérielle. Il faut mesurer la pression plusieurs fois par jour, par exemple deux fois le matin et une fois l'après-midi, et de préférence pendant plusieurs jours.

Anémie pernicieuse progressive et tuberculose aiguë. — M. Marcel LABBÉ rappelle qu'en 1908 il a rapporté avec M. Agasse-Lafont une observation d'anémie pernicieuse progressive ayant évolué simultanément avec la tuberculose. Dans ce cas l'anémie avait les caractères d'une anémie plastique avec réaction myéloïde. Les auteurs avaient fait remarquer que malgré la résistance globulaire élevée l'anémie devait être attribuée à un processus hémolytique et non à un défaut de régénération sanguine.

Association de l'infection à pneumocoques et de l'infection à bacilles tuberculeux chez le nourrisson. — MM. L. RIBADEAU-DUMAS et PHILIBERT. L'association de l'infection à pneumocoques et à bacilles de Koch est fréquente chez le nourrisson. Une des modalités que l'on constate souvent est la coexistence d'une pleurésie purulente pneumococcique et de lésions tuberculeuses plus ou moins graves. Généralement en clinique l'infection tuberculeuse est latente et ne peut être révélée que par la cuti-réaction, mais à l'autopsie on trouve des altérations de tuberculose aiguë. Il est vraisemblable que la pneumococcie a donné un coup de fouet à la tuberculose; quoi qu'il en soit, il faut se rappeler qu'une cuti-réaction positive dans les cas de pleurésie purulente à pneumocoques doit être considérée comme un très mauvais élément de pronostic.

Tétanos grave. Sérothérapie. Guérison. — M. A. CLERC. Il s'agit d'un jeune homme de seize ans chez lequel, environ quinze jours après une plaie de la main par arme à feu, se déclare un tétanos généralisé qui guérit douze jours environ après un traitement composé d'injections de chloral à haute dose et d'injections quotidiennes de sérum antitétanique dont deux sont faites dans les veines et les autres sous la peau; la quantité moyenne injectée chaque fois fut de 50 centimètres cubes, la quantité totale de 340 centimètres cubes répartis en sept jours.

Des accidents (œdème, éruption ortiée) survinrent à la cinquième injection et obligèrent d'interrompre la sérothérapie à la septième; vingt jours plus tard, survint une nouvelle éruption rubéoliforme.

Méningite aiguë syphilitique très précoce. — MM. ACHARD et DESBOUIS ont observé chez une jeune femme de vingt ans tous les symptômes d'une méningite aiguë : céphalée, vomissements, constipation, décubitus en chien de fusil, raideur de la nuque, signe de Kernig, inégalité pupillaire, hyperesthésie, léger délire nocturne et lymphocytose cérébrospinale abondante, mais sans fièvre. L'attention ayant été attirée sur les organes génitaux par une adénopathie inguinale, on apprit que quelque temps avant un bouton induré était apparu sur une grande lèvre, mais il n'était plus visible. La réaction de Wassermann faite avec le sérum et le liquide céphalo-rachidien fut d'abord faiblement positive, puis, répétée quelques jours plus tard, elle fut cette fois franchement positive. Outre sa valeur pour le diagnostic cette constatation montrait que la méningite avait éclaté pendant que la réaction de Wassermann était en train de se constituer.

Le traitement consista en injections de cyanure puis de biiodure de mercure. Les accidents méningés rétrocédèrent rapidement, quoique la lymphocytose rachidienne persistât.

La malade interrompit le traitement pendant deux mois et revint sept mois environ après le chancre, avec les traces d'une roséole en voie d'effacement, des syphilides papulo-squameuses et des plaques muqueuses. Il est probable que ces accidents secondaires avaient été retardés par le traitement mercuriel. Quant à la réaction méningée, elle persistait toujours. Des injections de néosalvarsan furent faites et provoquèrent une diminution notable de la lymphocytose, ainsi que la disparition des accidents secondaires.

Ce fait est un exemple d'exceptionnelle précocité de la méningite syphilitique aiguë. Il montre la nécessité de songer à l'origine syphilitique de certaines méningites et l'utilité de recourir en pareil cas à la réaction de Wassermann.

Xanthome généralisé avec chéloïdes secondaires. Lipémie et lipoïdémie. — MM. LEGENDRE (de Rouen), E. JOLTRAIN et LÉVY-FRANKEL présentent une malade venue dans le service du professeur Gaucher, avec un xanthome tubéreux, généralisé et disséminé. L'affection a débuté il y a une dizaine d'années et a évolué par poussées successives sans atteinte de l'état général. Sur les placards xanthomateux qui siègent aux deux coudes et à l'avant-bras, se sont développées des chéloïdes épaisses et douloureuses. L'examen anatomo-pathologique montre la transformation possible de certaines cellules xanthelasmiques en fibroblastes.

Le sérum de la malade est remarquablement lactescent et donne l'aspect d'un lait riche en beurre. L'analyse chimique pratiquée avec l'aide de M. Laudat dans le laboratoire du professeur Widal révèle une hypercholesterémie variant suivant les examens entre 4 et 6 grammes, une lipémie de 40 à 50 grammes; et on trouve 3 à 4 grammes de lécithine. Il y a de l'hypercoagulabilité, le pouvoir lipasique du sérum paraît diminué, le pouvoir anti-hémolytique à la saponine augmenté, l'équilibre leucocytaire normal.

Les urines ne contiennent ni pigments, ni sucre, ni albumine, ni graisses. On ne constate aucun signe d'insuffisance glandulaire. Enfin les lipoïdes extraits du sérum paraissent expérimentalement posséder un pouvoir sclérosant.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 7 NOVEMBRE 1912)

Mal perforant plantaire chez un parkinsonien. — M. APERT. Le malade a été présenté l'an dernier par MM. Klippel et Monier-Vinard, qui émettaient des doutes sur la réalité de la maladie de Parkinson (v. *Gaz. des hôp.*, 1911, p. 1022), le diagnostic n'est pas douteux, mais, il s'agit d'un ancien syphilitique, et, actuellement, il présente un mal perforant plantaire.

Inversion du réflexe cubito-pronateur, lésion de la moelle cervicale. — M. JEANBREAU montre un malade atteint d'une affection légère, semblant due à une tension de la moelle cervicale, et qui présente du côté droit l'inversion du réflexe en question, ce qui rend probable la localisation à C 6.

Elongation du plexus solaire comme traitement des crises gastriques du tabes. — MM. SOUQUES et VALLERY-RADOT. Chez leur malade, le résultat de l'intervention fut nul. Ils ont trouvé 5 autres cas où l'opération fut pratiquée; 4 furent suivis de récidives des douleurs, l'opération fut mortelle 2 fois. Le cinquième est celui de Jaboulay qui déclare le résultat bon, au bout d'un mois seulement. — M. SICARD apporte un nouveau fait où l'ablation du ganglion semi-lunaire détermina la mort en quarante-huit heures. — M. GUILLAIN cite un cas où la radiographie sembla montrer l'existence d'un ulcus. — M. ALQUIER a, jusqu'ici, obtenu presque toujours de bons résultats en employant des injections de nitrite de soude, à condition de rechercher, pour chaque malade, la dose qui détermine une vaso-dilatation locale suffisante, au siège de

l'injection, on connaît alors la dose thérapeutique, variable d'un sujet à l'autre, et qu'il ne faudrait pas dépasser sous peine d'intolérance.

Syndrome de Brown-Séquard. — M. Guillain présente une femme de trente-deux ans, qui, à la suite de douleurs en ceinture, fit un syndrome de Brown-Séquard (paralysie spasmodique du membre inférieur gauche, hypoesthésie cutanée pour tous les modes au-dessous du quatrième segment médullaire dorsal, sans troubles des sensibilités profondes et osseuses). L'orteil gauche est en extension permanente qu'on augmente en produisant aussi le signe de l'éventail, par l'excitation plantaire, le pincement du tendon d'Achille, l'excitation de la cuisse à gauche. L'excitation du membre inférieur droit détermine, au contraire, la flexion de l'orteil gauche. La discussion du diagnostic conduit à l'hypothèse d'une tumeur extramédullaire.

Lésion de la moelle cervicale, aspect atypique des réflexes de l'avant-bras. — MM. Déjerine, Quercy et Aumentié. La malade semble atteinte de sclérose latérale amyotrophique. D'un côté, le réflexe radial manque. Le réflexe cubito-pronateur est remplacé par un mouvement de supination, les pronateurs étant atrophiés.

Observations de 4 cas de maladie de Friedreich. — MM. Pierre Marie et J. Thiers à l'occasion de quatre observations de maladie de Friedreich signalent :

1° Les résultats négatifs de la réaction de Wassermann pratiquée simultanément avec le sérum sanguin et le liquide céphalo-rachidien : celui-ci a toujours été trouvé normal sauf dans un cas où existait une légère lymphocytose.

2° La diminution des réactions vestibulaires, démontrée par les épreuves de Barany (rotatoires et caloriques).

3° La répartition spéciale chez deux malades des territoires cutanés où une excitation provoque les réflexes de défense décrits par Babinski, Vincent et Jarkowski. La zone réflexogène comprend, pour chaque membre inférieur, la plante du pied, la face postérieure du mollet, la partie interne de la cuisse ; elle correspond donc à peu près à la distribution des premières racines sacrées. Les deux autres sujets ne présentent qu'une hyperexcitabilité diffuse et généralisée.

Note relative à un phénomène de flexion des orteils. — MM. Pierre Marie et J. Thiers présentent une jeune femme de vingt-trois ans, chez laquelle l'existence de troubles démentiels, de tremblement, de dysarthrie, l'abolition des réflexes pupillaires, l'hyperalbuminose et l'hypercytose rachidiennes, les résultats positifs du Wassermann font poser le diagnostic de paralysie générale.

En décembre 1911 la malade a eu un ictus avec perte de connaissance ayant duré trois jours ; à la suite de cet ictus elle est restée quelque temps parésiée du côté droit; son état s'est amélioré rapidement sous l'influence du traitement par le mercure et le salvarsan.

Actuellement, on ne retrouve chez elle aucun symptôme d'hémiplégie droite ; le réflexe plantaire se fait en flexion, on note seulement une différence dans l'intensité des réflexes tendineux qui sont un peu plus vifs et un peu plus forts du côté qui a été atteint.

Le phénomène sur lequel les auteurs attirent l'attention consiste dans une flexion des petits orteils que l'on obtient par la percussion d'une région quelconque de la jambe, de la cuisse, du bassin et même de la jambe du côté opposé. Ce phénomène paradoxal est analogue dans sa forme à celui de Bechterew-Mendel sa valeur particulière, ici est due à l'extension considérable de la zone dans laquelle l'excitation produit le réflexe.

MM. Pierre Marie et J. Thiers considèrent celui-ci comme lié à un état d'hyperexcitabilité qui constitue présentement la seule séquelle du petit ictus hémiplégique survenu au cours de l'évolution de la paralysie générale.

Adéno-lipomatose. — M. Trénel montre un malade autrefois étudié par M. Launois, et qui présente des lipomes multiples que l'auteur croit à point de départ ganglionnaire. — MM. Marie et Roussy combattent la théorie lymphoïde des tumeurs.

Nystagmus et épilepsie. — M. Trénel. Le malade, atteint de myopie avec nystagmus congénital, a depuis douze ans des crises d'épilepsie. Il réagit normalement aux épreuves de Barany pour l'exploration vestibulaire.

Tubercules des centres nerveux. — M. Dufour montre les pièces d'un cas où plusieurs gros tubercules coexistaient dans le névraxe. L'un, situé dans la moelle cervicale, avait déterminé les signes habituels du mal de Pott avec, dans le liquide céphalo-rachidien, albumine sans lymphocytose. — M. Sicard dit que cette réaction indique seulement la présence d'une cause irritante extradurale ou intramédullaire, n'intéressant pas les méninges.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1912)

Hypertrophie prostatique. — M. Lavenant présente une volumineuse prostate enlevée par la voie hypogastrique et pesant 445 grammes.

L'anthracose. — M. Smester parle des dangers qu'occasionnent les poussières de meule chez les ouvriers : ainsi surviennent des pneumonies graves causant des morts prématurées. On devrait considérer ces maladies comme des accidents du travail.

M. Dabout fait observer qu'il faudrait mieux dire : maladies professionnelles.

Traitement des fissures à l'anus par la bactériothérapie lactique — M. Pouliot présente deux observations de femmes en couches, atteintes de fissures à l'anus, qu'il traita avec succès par des pansements quotidiens à la bouillie lactique ; à cet effet, l'auteur employa une pâte faite en triturant avec de la lactose une culture concentrée de bacilles lactiques.

Gouttières métalliques et appareils plâtrés. — M. Dupuy de Frenelle, dans le traitement des fractures, préconise après l'anesthésie locale segmentaire par injection de novocaïne au voisinage des troncs nerveux, la réduction par la douceur à l'aide du massage. On peut ainsi par de patientes manœuvres faire tomber la contracture musculaire et mettre en place les fragments fracturés que l'on maintient en bonne position au moyen de mèches de coton imbibées de bouillie plâtrée.

La déclaration obligatoire de la tuberculose. — M. Dignat fait observer à M. le professeur Letulle qu'il n'a pas fourni la démonstration scientifique de la valeur de la désinfection tant au point de vue thérapeutique qu'au point de vue prophylactique ; il faut tenir compte surtout du terrain, lequel, sous l'influence de divers facteurs, favorise plus ou moins le développement du bacille. De ce que 85 088 individus en France aient été en 1910 reconnus, après décès, porteurs de lésions tuberculeuses il ne faut pas en conclure que la tuberculose ait été la cause unique des décès.

Si la déclaration de la tuberculose est possible en quelques pays, il n'en est pas de même en France où l'on a conservé l'habitude de pratiquer la solidarité comme on pratiquait jadis la charité. Quant au secret professionnel, véritable charge que le médecin s'est imposée, avant même que le législateur n'ait songé à le faire, il sera toujours violé, quel que soit le mode de déclaration adopté. Enfin, M. Dignat s'élève énergiquement contre la création des médecins sanitaires et espère que l'Académie de médecine repoussera la déclaration obligatoire.

M. Ducor demande à M. le professeur Letulle de fournir une preuve à l'appui de ses affirmations concernant le sauvetage annuel de 85 000 tuberculeux et le moyen d'atteindre le bacille partout où il est logé. De plus, la syphilis est plus contagieuse que la tuberculose pour laquelle le terrain joue un grand rôle ; elle frappe aussi la famille, atteint l'individu et sa descendance ; il est donc illogique d'imposer la déclaration de la tuberculose et non pas celle de la syphilis.

M. le professeur LETULLE défend les conclusions de son rapport à l'Académie de médecine, tout en établissant que ses idées personnelles n'ont pas toujours été celles de ses collègues de la commission.

Il concevait la possibilité de la déclaration, à la condition que tout tuberculeux pauvre trouve de la part de la société l'assistance légale organisée; il aurait voulu provoquer une modification de la loi de 1902 en déchargeant le médecin de la déclaration directe des maladies contagieuses ; ceci nécessiterait la création de médecins hygiénistes.

M. le professeur Albert ROBIN montre que la déclaration obligatoire a contre elle l'opinion publique et le corps médical tout entier; les charges qu'elle entraînerait sont au-dessus des possibilités de la nation et de la charité privée; il y a mieux à faire ; d'abord à appliquer les lois existantes, à combattre l'alcoolisme, à supprimer les taudis. La défense antituberculeuse ne sera efficace qu'avec l'application d'un programme d'ensemble concerté entre les corps savants et le corps médical. Ce qu'on peut demander aujourd'hui c'est la désinfection après tous les décès de cause quelconque, et si possible après chaque changement de locataire, à moins qu'un certificat médical n'établisse qu'il n'y a pas lieu à désinfection.

M. DUCOR rappelle que la question à l'ordre du jour n'est pas la revision plus ou moins heureuse de la loi de 1902 mais bien la déclaration obligatoire de la tuberculose qui apparaît de plus en plus, à l'immense majorité du corps médical, comme indésirable.

M. DABOUT attire l'attention sur le rôle inefficace du logeur dans les hôtels meublés où la loi de 1902 n'est pas appliquée. La plupart des hôtels dans les quartiers pauvres ont des logements insalubres avec des chambres sans fenêtres, et la commission des logements insalubres qui dépend de la préfecture de la Seine ne va pas voir des locaux qui sont régis par la préfecture de police.

LIVRES NOUVEAUX

Traité international de psychologie pathologique. Tome III, Psychopathologie appliquée (1).

C'était entreprendre une œuvre considérable que de vouloir rassembler et exposer en un traité les notions éparses concernant toute la psychologie pathologique. C'est pourtant celle qu'avec beaucoup d'habileté vient de réaliser, en trois années, le docteur A. Marie, grâce à la collaboration d'un grand nombre de psychiatres et d'anthropologistes français et étrangers. C'est une sorte d'inventaire des données recueillies par des savants de tous les pays sur cet immense terrain de la psychologie morbide. Dans la rédaction des différents chapitres, les auteurs ont, pour la plupart, suivi une orientation générale commune, empruntée aux tendances nouvelles les mieux exprimées de la psychiatrie contemporaine.

Sans doute on pourrait reprocher à un traité de ce genre de manquer parfois d'unité dans le plan ainsi que dans certaines des conceptions psychologiques ou médicales. Mais serait-ce là un reproche valable? Ce ne doit pas être en tout cas un regret pour le lecteur averti qui viendra chercher et qui trouvera partout dans cet ouvrage des documents intéressants et des faits en grand nombre.

Le tome I était consacré à la psychopathologie générale, c'est-à-dire aux méthodes d'examen et à l'étude des fonctions, le second à la mentalité morbide dans les affections neuropsychiques, c'est-à-dire à la partie clinique proprement dite.

Le tome III et dernier, qui vient de paraître, groupe sous le nom de psychopathologie appliquée un certain nombre de chapitres complémentaires. Le professeur Bianchi (de Naples) expose des considérations générales sur la physiopathologie de la sphère sensorielle. Un important chapitre est celui dans lequel le professeur Sikorsky (de Kieff) étudie la mentalité morbide au point de vue purement psychologique. Le docteur G. Dumas et le docteur Havelock Hellis ont traité deux sujets sur lesquels ils étaient particulièrement compétents, le premier, la tristesse et la joie pathologiques, le second, la sexualité psychopathique.

La pathologie mentale comparée, noyau central de ce volume, comprend quatre parties. La folie dans l'histoire avec ses modalités suivant les milieux, les religions et les politiques, est une étude fort intéressante du docteur Cullerre. La psychopathologie ethnique est un chapitre neuf pour lequel le docteur A. Marie a su recueillir une documentation très importante sur les psychoses d'Asie, d'Afrique, d'Amérique et d'Océanie. Le même auteur, avec la collaboration du docteur Bagenoff, a écrit aussi un autre chapitre sur la psychologie morbide collective. Enfin la quatrième partie est consacrée par le professeur Dexler (de Prague) à la psychologie morbide des mammifères supérieurs.

L'étiologie générale, en rapport avec les influences cosmiques et les causes sociales, constitue encore une partie très documentée par le docteur Marie. Elle est agrémentée de graphiques et de tableaux de grand intérêt.

Quelques notions sur la psychologie expérimentale dans ses rapports avec la psychiatrie et sur l'examen électrique des malades mentaux, dues à la collaboration des docteurs Helme et Salomonson, terminent cet ouvrage, richement illustré de figures et de planches nouvelles et dont l'édition fait honneur à MM. Alcan et Lisbonne. P. CAMUS.

(1) Un vol. in-8° de 1076 pages. — Prix : 25 francs. — Paris, F. Alcan.

La Tuberculose n'est pas une maladie contagieuse (1), par le docteur GUILLEMIN, chirurgien de l'asile des Frères de Saint-Jean de Dieu.

Dans cette brochure de 76 pages, M. Guillemin « part en guerre contre l'une des croyances les plus ancrées dans le monde médical et dans le grand public » et il espère arriver à démontrer « que la clinique insurgée contre le laboratoire se révolte contre cette opinion admise par tous comme on admet une mode sans discussion, simplement parce que tout le monde y croit ». Il nous faut voir si la guerre déclarée par M. Guillemin, si l'insurrection et la révolte de la clinique vont aboutir à la défaite du bacille de Koch et de la contagion tuberculeuse. Je ne le pense pas.

On trouve, dans le livre de M. Guillemin, une grande part de vérité et la mise en évidence d'une notion capitale, à savoir que, pour devenir tuberculeux, il ne suffit pas d'ingérer ou d'inhaler des bacilles de Koch, mais qu'il faut aussi présenter une échéance organique, une diminution de résistance qui permettent aux bacilles de se développer et de produire leurs ravages.

Mais de là à dire que la tuberculose n'est pas contagieuse, il y a loin; l'argumentation de M. Guillemin n'entraîne pas la conviction : « Si la tuberculose était vraiment contagieuse, dit-il, nous serions tous tuberculeux. » Dans ces conditions, il n'y a plus de maladies contagieuses, car si la diphtérie, si la scarlatine étaient vraiment contagieuses, tous les médecins, internes, étudiants qui fréquentent les services de diphtériques et de scarlatineux devraient contracter la diphtérie et la scarlatine; et tous ne les contractent pas; donc la diphtérie et la scarlatine ne sont pas contagieuses.

Conservons donc la notion de la contagion tuberculeuse; nous admettons que la tuberculose n'est pas très contagieuse, qu'un contact prolongé avec un tuberculeux est nécessaire pour aboutir à la contagion; souvent l'organisme arrive à lutter victorieusement contre le bacille, à s'en débarrasser complètement; dans d'autres cas il ne se produit que des lésions discrètes, latentes et atténuées. Mais la doctrine de la contagion tuberculeuse est aujourd'hui trop solidement établie pour qu'on puisse l'abandonner, même après avoir lu le travail du docteur Guillemin. M. BRELET.

Le Foyer pulmonaire primitif de la tuberculose chez l'enfant (2), par le docteur A. GHON, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Prague.

Dans son introduction, l'auteur rappelle brièvement les travaux antérieurs parus sur cette question, en particulier ceux

(1) Brochure de 76 pages. — Prix : 2 francs. — Paris, Jouve et Cie.
(2) Un vol. avec 72 tableaux dans le texte, un tableau en noir et un tableau en couleur. — Berlin, Urban et Schwarzenberg.

de Parrot, dont il expose les conclusions, bien connues sous le nom de loi de Parrot, contrôlées et complétées depuis grâce aux recherches d'Hervouët et d'Hutinel.

Il cite avec éloges la thèse de Küss « auquel nous devons les discussions les plus remarquables sur la loi de Parrot », les mémoires d'Escherich et d'Albrecht.

Il classe ensuite les observations qu'il réunit en deux groupes : celles dans lesquelles le foyer pulmonaire est facilement décelé; celles dans lesquelles le foyer pulmonaire primitif n'est pas trouvé.

Dans la première partie de l'ouvrage, M. Ghon décrit avec le plus grand soin le nombre de ces foyers pulmonaires, l'aspect, la grandeur de ces foyers, leur localisation. Pour illustrer ces descriptions, sont insérés dans le texte d'excellents schémas, représentant les relations qui existent entre le foyer primitif et les *adénopathies régionales*. Quelle est la signification de ce foyer pulmonaire? A ce sujet, Ghon se rallie sans réserves aux conclusions d'Hutinel et de Küss. « Mes résultats n'apportent à l'étude du sujet aucune donnée absolument nouvelle. Si je me décide néanmoins à les publier, c'est parce que j'espère qu'ils faciliteront une connaissance plus approfondie du foyer primitif pulmonaire dans la tuberculose infantile et parce que je crois pouvoir étendre dans une certaine mesure les résultats obtenus jusqu'à présent sur ce sujet. »

Deux tableaux très soignés placés à la fin de cet ouvrage estimable reproduisent les principales lésions tuberculeuses du poumon et des ganglions chez l'enfant. B. GAYARD.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS L'ARTÉRIO-SCLÉROSE AVEC NÉPHRO-SCLÉROSE ET BRUIT DE GALOP

Une solution à 1/10 de milligramme Nativelle ou v gouttes de la solution au millième, pendant 10 jours. Suspendre 5 à 10 jours et reprendre ensuite pendant une dizaine de jours pour continuer ainsi pendant des mois. Associer la digitaline à la théobromine. Allonger les périodes de suspension digitalique si le malade va mieux.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 25 AU 30 NOVEMBRE 1912

THÈSES

Jeudi 28 novembre, à une heure. — M. SÉBILLOTTE. Contribution à l'étude des médiastinites chroniques. (MM. Debove, président; Achard, Castaigne et Rathery.) — M. JUIN. De la viscosité du sang dans les néphrites. (MM. Debove, président; Achard, Castaigne et Rathery.) — M. CHEVALIÉRAS. La congestion passive du foie associée à l'hypertension artérielle. (MM. Debove, président; Achard, Castaigne et Rathery.) — M. BRONSTEIN. Contribution à l'étude de la méningite aiguë syphilitique. (MM. Achard, président; Debove, Castaigne et Rathery.) — M. GAILLARD. Syndromes hypophysaires chez l'enfant. (MM. Hutinel, président; Bar, Nobécourt et Jeannin.)— M. CASTEX. Contribution à l'étude des pleurésies enkystées tuberculeuses du sommet. (MM. Hutinel, président; Bar, Nobécourt et Jeannin.) — M. SIGURET. Contribution à l'étude histologique de l'hypophyse pendant la gestation. (MM. Bar, président; Hutinel, Nobécourt et Jeannin.) — M. THOMAS. L'aérophagie gravidique durant la grossesse. (MM. Bar, président; Hutinel, Nobécourt et Jeannin.) — M. BETTINGER. De la rachicocaïnisation suivant le procédé du docteur Le Filliatre (en particulier pour l'anesthésie de la moitié supérieure du corps). (MM. Pozzi, président; de Lapersonne, Lecène et Terrien.) — M. GUILLEMOT. Contribution à l'étude du drainage en gynécologie. (MM. Pozzi, président; de Lapersonne, Lecène et Terrien.) — M. LEFORT. Contribution à l'étude des accidents oculaires attribués aux solutions arsénicales. (MM. de Lapersonne, président; Pozzi, Lecène et Terrien.) — M. MERSEY. L'amour de la mort chez les Habsbourg. Contribution à la pathologie historique. (MM. Gilbert Ballet, président; Pierre Marie, Widal et Claude.) — M. PÉAN. Les rayons X dans le traitement du goitre exophtalmique. (MM. Pierre Marie, président; Gilbert Ballet, Widal et Claude.) — M. COLLET. Syndromes pédonculaires et bulbo-protubérantiels au cours de la fièvre typhoïde. (MM. Widal, président; Gilbert Ballet, Pierre Marie et Claude.) — M. COTONI. La virulence des pneumocoques. (MM. Widal, président; Gilbert Ballet, Pierre Marie et Claude.) — M. ERTAUD. Contribution à l'étude de la hernie épigastrique, coexistence possible avec l'ulcère et le cancer de l'estomac. Indications qui en découlent. (MM. Lejars, président; André Broca, Lenormant et Okinczyc.) — M. TORTAT. Subluxations volontaires de l'épaule. (MM. Lejars, président; André Broca, Lenormant et Okinczyc.) — M. PATOUREAU. Contribution à l'étude des goitres aberrants. (MM. Lejars, président; André Broca, Lenormant et Okinczyc.) — M. HATRY. Contribution à l'étude des luxations du pied en arrière. (MM. Lejars, président; André Broca, Lenormant et Okinczyc.)

ARTICLES ORIGINAUX DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXVII, n° 14, 3 oct. 1912.) J. Ewing MEARS : Nouvelles études sur le problème de l'amélioration de la race. — Charles Greene CUMSTON : Une contribution à l'étude de la coccydynie. — R. F. O' NEIL : Résultats de la recherche de la déviation du complément dans la blennorragie à l'hôpital général des Massachussetts. — (Vol. CLXVII, n° 15, 10 oct. 1912.) J. M. T. FINNEY : La graisse considérée au point de vue chirurgical. — Cecil Kent AUSTIN : Nouveau voyage en Norvège (avec 3 fig.). — John Lovett MORSE : Les effets de la pasteurisation du lait chez les bébés. — H. P. GREELEY : Un cas d'hémianopsie due à une affection vasculaire.

Clinique. — (N° 36, 6 sept. 1912.) TERRIEN : Valeur séméiologique du décollement de la rétine. — PAUCHET : Traitement des crises gastriques du tabes. — PAILLARD : Physiologie du diaphragme dans le décubitus dorsal et latéral. — (N° 37, 13 sept.) BARBET : Comment traiter une luxation de l'épaule sans aide à la campagne. — PAILLARD : Examen physique de la rate dans les splénomégalies. — (N° 38, 20 sept.) MAC-AULIFFE : Percussion abdominale. — CHEVALLIER : Les troubles fonctionnels et l'insuffisance cardiaque au cours du rétrécissement mitral. — DUHAMEL : Traitement local de l'anthrax par l'argent colloïdal électrique. — PAUCHET : Traitement des anévrismes inopérables par le procédé de Wiring.

Encéphale. — (N° 9, 10 sept. 1912.) ANTHEAUME et TREPSAT : Délire d'imagination et psychose périodique. — MAGALHAES LEMOS : Hallucinations unilatérales de l'ouïe (1 pl. hors texte). — BOUCHARD, G. et M. VILLARET : Les modifications du système pileux consécutives aux traumatismes des membres.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 35, 1er sept. 1912.) H. GRIEWANK : Sur un cas de prolapsus du rectum avec ulcération et perforation, accompagnée d'éventration. — P. CARLES : Les boissons des fruits doux de table. — (N° 36, 8 sept.) C. BENOIT : Le traitement moderne des tuberculoses locales. — (N° 37, 15 sept.) J. BRAU-TAPIE : Occlusion intestinale par diverticule de Meckel adhérent chez un enfant de deux ans (avec 2 fig.). — (N° 38, 22 sept.) BARGUES : Syphilis conceptionnelle latente aboutissant au tabes. — Roger LABEAU : Cas d'acné bromique rebelle traité par la radiothé-

rapie. — (N° 39, 29 sept.) LEMAIRE : Administration de l'acide acétylsalicylique (aspirine). Son association avec le bicarbonate de soude. — Formules à base de chrysarobine et d'acide chrysophanique.

Gazette médicale de Nantes. — (N° 36, 7 sept. 1912.) F. CHAILLOUS : La cornée en imminence de perforation. Traitement par la paracentèse de la membrane suivie de réouvertures répétées de la chambre antérieure. — V. TEXIER : Corps étranger de l'œsophage datant de soixante-douze jours, abcès œsophagien. Extraction à l'aide de l'œsophagoscopie. Guérison. — (N° 37, 14 sept.) Henri MALHERBE : Contagion et tuberculose. — X. PASQUEREAU : Rein polykystique reconnu au cours d'une néphropexie. — (N° 38, 21 sept.) L. FORTINEAU : A propos d'un Congrès récent pour la protection des animaux. — (N° 39, 28 sept.) BAHUAUD : Le périnée chez l'homme.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 35, 1er sept. 1912.) CHARBONNEL : Exclusion bilatérale de l'intestin grêle pour anus contre nature compliqué de fistule stercorale. Guérison. — (N° 36, 29 sept.) JEANNENEY : Le chloroforme en injections intrapéritonéales comme agent d'anesthésie générale. — (N° 37, 15 sept.) BRINDEL : Quelques considérations pratiques sur le traitement de l'hypertrophie des amygdales palatines. — (N° 38, 22 sept.) CODET-BOISSE : Circulaires du cordon. Main bote. Absence congénitale du radius. — J. MATIGNON : La pseudo-gastralgie colique. — P. CARLES : Curieux résultats de l'alimentation par le riz complet et incomplet.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 sept. 1912.) G. BALLET : Sur un cas de paralysie générale. Traitement de l'épilepsie. — SERGENT : L'insuffisance surrénale en chirurgie et en obstétrique.

Journal de médecine interne. — (N° 25, 10 sept. 1912.) MOTAIS (d'Angers) : Le vin, le cidre et la goutte. — Charles et Louis LAVIELLE : Hydrologie du rhumatisme chronique. — (N° 26, 20 sept.) Pierre BONNIER : Les centres gonostatiques chez la femme. — (N° 27, 30 sept.) F. TERRIEN : Le signe d'Argyll-Robertson. Etude anatomique physiologique, pathogénique et séméiologique.

Journal des praticiens. — (N° 35, 31 août 1912.) A. TERSON : Lésions oculaires dans l'érythème polymorphe. — LEGUEU : Les ruptures du rein. — RATHERY : Congestion pulmonaire et acidose passagère chez un diabétique. — Alphonse GUÉRIN : Les tumeurs latentes du cerveau dans la pratique journalière. — (N° 36, 7 sept.) Louis RÉNON : Action d'arrêt du pneumothorax artificiel sur l'évolution de quelques tuberculoses aiguës. — CHAUFFARD : Abcès du foie et dysenterie amibienne. — BABINSKI : Les contractures. — (N° 37, 14 sept.) H. GOUGEROT : Syphilis et cancer. — Al. BOISSARD : Du sublimé en obstétrique. Nécessité d'en supprimer l'usage dans la pratique obstétricale des sages-femmes. — DÉJERINE : Maladie de Thomsen. — Jean DOCHE : Tuberculoses chirurgicales, glandes à sécrétions internes et climat marin. — (N° 38, 21 sept.) Louis BAZY : Les métrorragies des hydrosalpinx. — F. WIDAL : Néphrite chlorurémique. — BABINSKI : Maladie de Little. — (N° 39, 28 sept.) BROCA : Fractures de cuisse. — Marcel LABBÉ : L'obésité irréductible. — Pierre DELBET : Ostéome du brachial inférieur.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 36, 7 sept. 1912.) D. AUGIER : De la cholédocotomie avec drainage des voies biliaires dans les affections chirurgicales du foie. — (N° 37, 14 sept.) DELOBEL : A propos de quelques cas d'ostéopériostite du temporal d'origine otogène. — (N° 38, 21 sept.) D. AUGIER : Du vissage des os (méthode de Lambotte [d'Anvers]) en particulier dans les fractures de l'olécrâne. — M. HULLEU et Jean VILLETTE : Lithiase phosphatique des deux reins chez une femme de vingt-neuf ans; néphrotomies successives. — (N° 39, 28 sept.) D. AUGIER et DEHEPRIPON : Ectopie testiculaire et cancer massif du testicule.

Journal médical français. — (N° 9, 15 sept. 1912.) MAYET : Le développement physique de l'enfant. — MORICHAU-BEAUCHANT : L'instinct sexuel avant la puberté.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 36, 5 sept. 1912.) Edm. ROUFFART : Notes de gynécologie. — (N° 37, 12 sept.) A. BAYET : Le néosalvarsan. — (N° 38, 19 sept.) J. DE MEYER : Quelques données récentes de l'électrocardiographie relatives à l'étude du fonctionnement du cœur et au diagnostic des affections cardiaques. — (N° 39, 26 sept.) D. BAGUCH : Nouvelle seringue pour l'anesthésie locale. — J. DE MEYER : Quelques données récentes de l'électrocardiographie relatives à l'étude du fonctionnement du cœur et au diagnostic des affections cardiaques.

Lyon chirurgical. — (N° 31, 1er sept. 1912.) DESTOT : Fractures du cou-de-pied. Type marginal postérieur (15 fig.). — VILLARD et PERRIN : Greffes vasculaires. — LERICHE : Un cas de tuberculose hypertrophique de l'appendice.

Lyon médical. — (N° 35, 1er sept. 1912.) L. BÉRIEL : Les données de l'anatomie pathologique dans certaines affections nerveuses graves sans lésions apparentes. — (N° 36, 8 sept.) J. ESCALLON : Sur l'élimination du 606 dans les urines. — (N° 37, 15 sept.) BOUCHUT et DUJOL : Un cas de sclérodermie avec atrophie thyroïdienne. — (N° 38, 22 sept.) R. ALEXANDRE : Dysphagie douloureuse et anesthésie du laryngé supérieur. — (N° 39, 29 sept.) R. BOULUD : Le coefficient azoturique dans les affections rénales.

Marseille médical. — (N° 17, 1er sept. 1912.) Joseph ARNAUD : Mesures contre le choléra mises en pratique ou projetées durant la campagne 1911. — (N° 18, 15 sept.) H. BIDON : Le délire de rêve (*à suivre*). — IMBERT et CLÉMENT : Note sur le mélange de Schleich. — PLUYETTE, SÉNEZ et M. BONNAL : Actinomycose de la face.

Montpellier médical. — (N° 35, 1er sept. 1912.) E. GAUJOUX : La loi sur l'obligation vaccinale; son application actuelle en France. — (N° 36, 8 sept.) J. GRASSET : La haute éducation littéraire et les médecins; la question du grec et du latin pour les médecins. — Jean BAUMEL : La ponction lombaire dans le traitement des affections oculaires.

Progrès médical. — (N° 36, 7 sept 1912.) LAFFORGUE : Le signe du dénivellement et le poumon plongeant. — Félix REGNAULT : L'hypocalcification géologique. — (N° 37, 14 sept.) G. ETIENNE et M. PERRIN : Etude de la fonction rénale par la réaction phtalinique de Fleig, au cours de la pneumonie des vieillards. — Félix RAMOND : A propos du traitement de l'hémoptysie des tuberculeux. — Ch. LENORMANT : Quelques points du diagnostic et du traitement des ruptures traumatiques du rein. — (N° 38, 21 sept.) L. BÉRIEL : Psychopathies et insuffisance rénale. — REYNÈS : De l'auscultation sus-pubienne de la vessie comme moyen de diagnostic des calculs. — A. RODIET : Tentative de suicide chez une aliénée par déglutition volontaire d'un fragment d'os de côtelette. — MAUCLAIRE : Entorses et hémarthroses du genou. — (N° 39, 28 sept.) LAFFORGUE et J. CHALIER : Ictère palustre sans fragilité globulaire; absence d'hémolysines libres dans le sérum. — Henri DAMAYE : L'agitation maniaque comitial équivalente de l'état de mal.

Revue de chirurgie. — (N° 9, 10 sept. 1912.) BROCA et DESPLAS : Paralysies tardives et passagères du moteur oculaire externe dans les fractures du crâne. — QUÉNU : Etude sur les fractures marginales postérieures du tibia (37 fig.). — WORMS et HAMANT : Les fractures du col du fémur dans l'enfance et dans l'adolescence (2 fig.). — DUCUING : Les greffes articulaires totales chez l'homme (*suite*) [22 fig.]

Revue de médecine. — (N° 9, 10 sept. 1912.) ROBIN, FIESSINGER et M. P. WEIL : Syndromes hémorragiques précoce et tardif de la fièvre typhoïde. — CARRIEU et ANGLADA : Septicémie à pneumo-bacilles de Friedlænder. Bronchopneumonie, arthrites, réaction méningée toxique et méningite. Présence du bacille dans les crachats, le sang, le liquide céphalo-rachidien, avec isolement dans le sang et dans le liquide (avec 1 tracé). — JANOWSKI : De la valeur pratique des moyens cliniques d'examen des exsudats et transsudats (avec 4 fig.). — SAVY et GARDÈRE : L'endocardite aiguë au cours de la fièvre typhoïde. — THAON : Accidents d'anaphylaxie sérique à forme anormale. Manifestations névritiques.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 133. — JEUDI 21 NOVEMBRE 1912. 85e ANNÉE. JEUDI 21 NOVEMBRE 1912. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 18 novembre. — MM. Lavergne, 7; Clemenceau, 6; Picard (Pierre), 10; Bertaux (André), 5; Schulmann, 14; Xoudis, 7; Constantin, 6; Bigot, 10; Pilatte, 11.

Séance du 19 novembre. — MM. Petit (Louis), 9; Picard (René), 5; Vinit et Thierry (Jacques), 7; Alajouanine, 6; Boirac, 10; Lascaux et Mlle Trélat, 11.

Anatomie. — Séance du 19 novembre. — MM. Masmonteil, 11; Frette et Durand (Jacques), 9; Chalut, 7; de Léobardy, 10; Jousseaume, 4; Rouffiac, 9; Antoine, 12; Tiphine, 8; Delotte, 10.

Prochaine séance jeudi 21 novembre, à huit heures du matin, à l'hôpital Beaujon.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Un concours pour la nomination aux places d'interne titulaire en pharmacie, dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (asile clinique, asiles de Vaucluse, Ville-Evrard, Villejuif, et Maison-Blanche), sera ouvert le lundi 6 janvier 1913, à une heure précise, à l'asile clinique, rue Cabanis, n° 1, à Paris.

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la Préfecture de la Seine, service des aliénés, premier bureau annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de dix heures à midi et de deux à cinq heures. Le registre d'inscription sera ouvert du lundi 9 au samedi 21 décembre 1912 inclusivement.

FAUSSE NOUVELLE. — Plusieurs journaux politiques faussement renseignés ont annoncé il y a quelques jours la mort de M. le docteur Henri Barth, médecin de l'hôpital Necker. Les articles nécrologiques ajoutaient que notre confrère était mort dans une maison de santé des environs de Paris!

Il est inutile de dire que notre éminent confrère ne s'est jamais mieux porté qu'en ce moment et que son activité bien connue se manifeste toujours la même dans son service hospitalier aussi bien qu'au Conseil de surveillance de l'assistance publique.

M. Barth a déposé une plainte contre l'auteur de cet acte inqualifiable.

LES MÉDECINS FRANÇAIS SUR LE THÉATRE DE LA GUERRE. — Après M. Monprofit qui est parti récemment pour Salonique, après M. Lucas-Championnière fils et ses collègues, MM. Vuillet, Cadenat, Caillé, Heuyer, etc., internes des hôpitaux de Paris, qui font partie des ambulances du Croissant-Rouge ou de la Croix-Rouge, nous apprenons le départ de M. Pasteur Vallery-Radot, interne des hôpitaux, qui a quitté hier soir Paris pour Constantinople où il va soigner les cholériques.

Il est très heureux que l'Institut Pasteur soit représenté en Orient, dans les circonstances actuelles, par le petit-fils de son fondateur.

PROPOSITIONS DE LOIS. — MM. Joseph Denais et Peyroux ont déposé sur le bureau de la Chambre des députés une proposition de loi tendant à réglementer les conditions requises pour l'admission à l'internat dans les hôpitaux.

— MM. Peyroux, Leblond et Joseph Denais ont déposé une proposition de loi tendant à accorder aux veuves et orphelins des médecins militaires succombant par suite d'une maladie épidémique contractée dans leur service d'hôpital ou d'ambulance, les mêmes pensions et secours que si la mort avait été causée par des événements de guerre.

UN JOURNAL MÉDICAL RÉELLEMENT INTERNATIONAL. — On nous annonce l'apparition d'un nouveau journal médical, *Kuracisto*, dont la rédaction comprend des médecins de toutes nationalités, anglais, allemands, français, espagnols, russes, etc. Il est rédigé en esperanto, et à côté des articles scientifiques originaux il fait une place notable aux questions générales qui peuvent intéresser les praticiens de tous pays. Pour abonnement envoyer mandat de 7 fr. 60 au docteur Chybczynski, rue Szopena, 1, Varsovie.

FORMALITÉS A REMPLIR PAR LES DOCTEURS EN MÉDECINE ÉTRANGERS POUR POUVOIR EXERCER LEUR ART AU PÉROU. — Nous extrayons les renseignements suivants d'un rapport de la Légation de Belgique à Lima, publié au *Recueil consulaire belge* :

1° Le médecin diplômé doit adresser, au doyen de la Faculté de médecine de Lima, une requête accompagnée de son diplôme de médecin et d'un certificat d'identité délivré par le ministre ou par le consul de son pays; ces documents doivent être dûment légalisés par le ministère des relations extérieures du Pérou;

2° Il a ensuite à verser à la caisse de la Faculté de médecine

le montant des droits respectifs, savoir : une somme de 101 livres 300, dont l'équivalent est d'environ 2580 francs;

3° Il doit, aux jours, qu'il peut, du reste, fixer lui-même, passer, devant le jury nommé par le doyen de la Faculté de médecine, cinq examens en langue espagnole, sur les matières suivantes :

Premier examen. — *a.* Théorie : anatomie descriptive générale, normale et pathologique, ainsi que physiologie générale et humaine; *b.* pratique : préparation d'anatomie topographique faite sur un cadavre et accompagnée de la description respective.

Deuxième examen. — *a.* Théorie : pathologie générale et nosographie interne et externe; *b.* pratique : exécution d'une ou de deux opérations chirurgicales sur un cadavre.

Troisième examen. — Examen théorique sur l'histoire naturelle médicale, la chimie médicale et la physique médicale.

Quatrième examen. — Examen théorique sur la thérapeutique, sur la médecine légale, la toxicologie et l'hygiène.

Cinquième examen. — Examen pratique comprenant l'examen d'un malade (médecine, chirurgie et accouchement; diagnostic, traitement et histoire clinique).

Les examens susmentionnés doivent se passer à Lima.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Mauclaire agrégé, chargé de cours de clinique annexe, fera sa première leçon le mardi 26 novembre (amphithéâtre Boyer) à neuf heures trois quarts et les mardis suivants à la même heure.

Présentation de quelques malades après la leçon.

Visite dans les salles à neuf heures un quart. Consultation pour les maladies des os et des articulations les lundis et vendredis à neuf heures trois quarts (amphithéâtre Boyer). Consultation de gynécologie les mercredis et samedis à neuf heures trois quarts, salle J.-L. Petit.

Opérations tous les jours à dix heures et demie. Opérations abdominales les mardis, jeudis et samedis.

HOPITAL BOUCICAUT (service de M. LETULLE). — *Conférences théoriques et pratiques de radiologie médicale.* — Le docteur Aubourg, chef du laboratoire de rayons X et le docteur Lebon, chef suppléant, commenceront le lundi 9 décembre 1912, à dix heures et demie du matin, une série de douze conférences théoriques et pratiques de radiologie médicale, au laboratoire de l'hôpital Boucicaut (rue de la Convention, 78, XVe).

Les conférences seront suivies, chaque jour, de démonstrations pratiques de radiographie et de radioscopie. Inscriptions gratuites.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — ANNÉE 1912-1913. — SEMESTRE D'HIVER. — *Maladies du système nerveux.* — Docteur BABINSKI (hôpital de la nouvelle Pitié). — Tous les lundis de l'année, sauf pendant les vacances de Pâques et pendant les mois d'août et de septembre, de dix heures à midi, examen de malades et conférence clinique sur les maladies du système nerveux, dans le cabinet de consultation,

De plus, pendant les mois de mai, juin et juillet, tous les samedis, à dix heures et demie, leçon clinique dans l'amphithéâtre de l'hôpital.

M. Babinski insiste surtout, dans son enseignement, sur la séméiologie et la méthode qu'il faut suivre dans l'examen des malades.

Gynécologie médicale. — Docteur Paul DALCHÉ (hôpital de l'Hôtel-Dieu). — Lundi neuf heures, examen des malades de la salle Sainte-Marie.

Mercredi, neuf heures, consultation externe.

Jeudi, dix heures, leçon clinique (la date de la première leçon sera ultérieurement fixée).

Radiologie médicale. — Docteur A. BÉCLÈRE (hôpital Saint-Antoine). — I. L'enseignement des notions théoriques et techniques, indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie, de la radiothérapie et de la radiumthérapie, est donné annuellement en deux cours de vacances, d'une durée de huit jours, l'un dans la seconde quinzaine d'octobre, l'autre immédiatement avant Pâques.

Ces cours, librement ouverts à tous les étudiants et docteurs en médecine, sont complétés par des exercices pratiques de radioscopie et de radiographie, auxquels donne accès un droit d'inscription de 100 francs.

II. En dehors des cours de vacances, les applications de la radiologie au diagnostic et à la thérapeutique sont l'objet de conférences annoncées par des affiches spéciales, et, à quelque moment de l'année que ce soit, l'enseignement pratique de la radiographie est donné par le chef du laboratoire à tout étudiant ou docteur en médecine qui acquitte un droit d'inscription de 100 francs.

III. L'enseignement clinique de la radiologie médicale est donné journellement.

Le laboratoire du docteur Béclère comprend une bibliothèque de radiologie médicale et un musée de radiothérapie ouverts à tous les étudiants et docteurs en médecine.

Chirurgie infantile. — Docteur BROCA (hôpital des Enfants-Malades). — Mercredi, dix heures et demie, leçon clinique.

Lundi, mercredi, vendredi, à neuf heures, opérations.

Mardi, jeudi, samedi, consultations (interrogatoire des malades par les élèves).

Docteur SAVARIAUD (hôpital Trousseau). — Tous les jours, à neuf heures et demie, consultation.

Le jeudi, à dix heures, consultation d'orthopédie, visite des salles.

Les lundis, mardis, mercredis, vendredis, à dix heures et demie, opérations.

Samedi, à onze heures, leçon clinique.

Chirurgie des voies urinaires. — Docteur BAZY (hôpital Beaujon). — Mercredi et samedi, à neuf heures et demie, examen des nouveaux par les élèves du service et conférences cliniques.

Lundi, jeudi, samedi, consultation des voies urinaires.

Mardi, vendredi, opérations gynécologiques et urinaires.

Docteur MICHON (Hôpital Cochin-annexe). — Maladies des organes génitaux et des voies urinaires.

Lundi, à dix heures, examen des malades.

Samedi, à dix heures, opérations.

Ophtalmologie. — Docteur DUPUY-DUTEMPS (hôpital Saint-Antoine). — Enseignement clinique d'ophtalmologie.

Le docteur Dupuy-Dutemps fera, tous les jeudis, à onze heures, une leçon clinique avec présentation des malades.

Les lundis, mercredis, jeudis, samedis, à neuf heures et demie, consultation et examen des malades.

Le jeudi, à dix heures, opérations.

Docteur POULARD (Hôpital Beaujon). — Tous les matins, à neuf heures, examen des malades; jeudi, opérations.

Enseignement de l'ophtalmologie pratique aux médecins (un mois de présence).

Conférences d'ophtalmologie pratique. Elles sont gratuites. Pour faciliter l'organisation de ces conférences, s'inscrire auprès du docteur Canque, assistant d'ophtalmologie à l'hôpital Beaujon.

Docteur TERRIEN (hôpital des Enfants-Malades). — Lundi, à dix heures, présentation de malades et leçon clinique.

Jeudi, à dix heures, opérations.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — La Compagnie mettra en marche, à partir du 21 décembre, le *train de nuit extra-rapide* desservant la Côte d'Azur.

Aller : départ de Paris, 19 h. 45; arrivée à Nice 10 h. 17, à Monte-Carlo 10 h. 59, à Menton 11 h. 18. — Retour : départ de Vintimille 18 h. 9; de Menton 18 h. 33; de Monte-Carlo 18 h. 54, de Nice 19 h. 35; arrivée à Paris, 10 h. 30.

Ce train aura lieu :

A l'aller, du 21 décembre au 30 avril, sauf les jeudis; au retour, du 22 décembre au 1er mai, tous les jours, sauf les jeudis (toutefois il aura lieu les jeudis 27 mars et 3 avril).

Trajet de Paris à Nice en quatorze heures et demie.

Ce train est composé de grandes voitures à bogies et à intercirculation offrant des places de 1re classe sans supplément, des places de lits complets, de lits-salons avec draps et de lits-salons, d'un sleeping-car, d'un vagon-restaurant et de couchettes entre Paris et Toulon.

Nombre de places limité.

On peut retenir ses places d'avance moyennant un supplément de 2 francs par place.

LA FABRICATION

DES

POUDRES ET EXPLOSIFS

ÉTUDE D'HYGIÈNE MÉDICALE ET DE TOXICOLOGIE CLINIQUE

Par M. COURTOIS-SUFFIT,
Médecin des hôpitaux,
Médecin en chef des manufactures de l'Etat (1).

Généralités sur la fabrication des poudres et explosifs. — Les principales fabrications effectuées dans les poudreries peuvent se grouper en cinq catégories : 1° poudres noires ; 2° coton-poudre ; 3° poudres B ; 4° mélinites ; 5° poudres diverses (poudres de chasse pyroxylées, poudres de mine Favier ou type N, poudres de mines chloratées ou type O).

I. Poudres noires. — Les poudreries chargées de la fabrication des poudres noires sont : Sevran-Livry (Seine-et-Oise), Esquerdes (Pas-de-Calais), Vonges (Côte-d'Or), Saint-Chamas (Bouches-du-Rhône), Toulouse (Haute-Garonne), Angoulême (Charente), Le Ripault (Indre-et-Loire).

Les opérations de fabrication peuvent se classer de la façon suivante :

Carbonisation du bois pour la préparation du charbon ;

Trituration des éléments composants : salpêtre, soufre et charbon ;

Mélange de ces éléments pour former la matière de poudre ;

Agglomération en galettes de cette matière ;

Concassage de la galette pour former des grains ;

Lissage, séchage, tamisage, mélange et encaissage des grains.

La *carbonisation* du bois se fait dans des cylindres fixes ou mobiles chauffés dans des fours et munis de tuyauteries pour le dégagement des produits de distillation.

La *trituration* se fait dans des tonnes en fer, dites *tonnes binaires*, au moyen de gobilles en bronze mélangées à la masse et qui, dans le mouvement de rotation, retombent sur les matières à pulvériser.

(1) Le 25 février 1907, une commission fut nommée par le ministre de la guerre pour l'étude des améliorations hygiéniques à apporter dans l'industrie des poudres et explosifs. Cette commission se composait de MM. E. Roux, directeur de l'Institut Pasteur, président ; Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux et médecin en chef des manufactures de l'Etat, membre avec voix délibérative ; — Laveran, de l'Institut Pasteur, membre de l'Institut, membre avec voix délibérative ; — Schweitzer, contrôleur général de l'armée, membre avec voix délibérative ; — Lemoine, médecin inspecteur, directeur du service de santé du 1er corps d'armée, membre avec voix consultative ; — Hagron, inspecteur général des poudres et salpêtres, membre avec voix consultative ; — Lheure, ingénieur en chef des poudres et salpêtres, membre avec voix consultative ; — Fontaine (Arthur), directeur de la direction du travail au ministère du travail, représentant le ministère du travail et de la prévoyance sociale.

Le rapport déposé par M. Courtois-Suffit au nom de la commission vient d'être publié par le *Mémorial des poudres*. De cette étude considérable, sur une question d'une aussi pressante actualité, M. Courtois-Suffit a bien voulu extraire pour les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* l'article dont nous commençons aujourd'hui la publication.

D'ordinaire, on triture simultanément deux éléments : salpêtre et charbon, d'une part ; soufre et charbon, d'autre part. Les tonnes binaires sont enfermées dans une cage pour éviter le répandage des poussières.

Le *mélange* des trois éléments destinés à constituer la matière de poudre s'effectue, soit dans des tonnes en bois dites *tonnes ternaires*, soit sous des meules lourdes. Dans le premier cas, les matières sont à l'état sec ; dans le deuxième cas, elles sont humectées. Les tonnes ternaires sont enfermées dans une cage, tandis que les meules sont placées à l'air libre.

L'*agglomération* se fait, soit au moyen de meules dont on ralentit suffisamment la vitesse, soit au moyen de presses hydrauliques. S'il s'agit de poudres en grains ronds, on fait l'agglomération dans une tonne en y introduisant des petits grains et versant peu à peu de la poussière de poudre qui se colle aux grains pendant la rotation, sous l'action d'une pulvérisation d'eau. Ces différents appareils ne sont pas enfermés dans des cages.

Le *concassage* des galettes, formées sous les meules ou à la presse hydraulique, se fait soit par broyage entre cylindres en bois (grenoir à cylindres), soit par broyage dans une tonne à parois grillagées (tonne-grenoir), soit par broyage dans un tamis contenant un tourteau en bois (grenoir à retour), soit, enfin, par un véritable découpage au moyen de couteaux massifs en bronze mus mécaniquement (machines à couteaux). La matière des grenoirs est tamisée mécaniquement au moyen de tamis enfermés dans des cages et faisant ordinairement partie de l'appareil de grenage.

Le *lissage* se fait dans de grandes tonnes en bois contenant plusieurs centaines de kilogrammes de grains. Dans le mouvement, les grains exercent les uns sur les autres un frottement continuel qui les durcit et les polit à la surface, en même temps que les matières friables sont démolies et ramenées à l'état de poussier.

Le *séchage* n'est effectué que sur certaines poudres ; il se fait, soit dans une étuve chauffée, soit sur une table placée au soleil.

Pour le *tamisage* des matières sèches, on emploie des tamis mus à bras et soutenus par des cordes. Le mélange est effectué dans des trémies en bois, et l'*encaissage* se fait, soit en sacs et barils, soit en caisses et chapes, soit enfin en boîtes et caisses.

II. Coton-poudre. — Les poudreries chargées de la fabrication du coton-poudre sont : Angoulême (Charente) et le Moulin-Blanc (Finistère).

Le principe de la fabrication du coton-poudre est le suivant :

On immerge du coton sec dans un mélange, en proportions convenables, d'acide nitrique et d'acide sulfurique concentrés. On expulse l'excès d'acide par essorage et l'on se débarrasse ensuite des dernières portions d'acide par une série de lavages dans l'eau froide puis dans l'eau bouillante. Le coton-poudre est pulpé, épuré, comprimé en pains et emballé à l'état humide.

Les opérations de fabrication peuvent se diviser en plusieurs groupes :

1° Fabrication de l'acide nitrique et préparations des mélanges acides ;

2° Triage, cardage et séchage du coton ;

3° Opérations de nitration proprement dite, y compris essorage de l'excès d'acide ;

4° Opérations de purification du coton-poudre jusqu'à l'emballage.

1° *Acide nitrique.* — La fabrication de l'acide nitrique concentré se fait en attaquant à chaud le nitrate de soude par l'acide sulfurique ou par un mélange d'acide sulfurique et d'acide nitrique et en condensant les vapeurs d'acide nitrique qui se dégagent.

On a installé tout récemment, pour cette fabrication, des appareils Valentiner caractérisés par ce fait que la réaction a lieu dans le vide et qu'on condense complètement tous les produits de distillation, y compris les vapeurs nitreuses.

L'acide sulfurique et aussi l'oléum qu'on emploie de plus en plus sont achetés à l'industrie. Les mouvements d'acide se font presque uniquement par tuyauteries. Les mélanges se font par jaugeages, et tous les vases, en fonte ou en grès, qui servent de récipients, sont fermés et reliés à une conduite de ventilation qui entraîne au dehors les vapeurs acides au fur et à mesure de leur dégagement. Toutefois, les opérations de vidange des acides logés en fûts ou en touries ne sont pas complètement évitées.

2° *Coton.* — Le coton est livré en balles comprimées. Lorsqu'il est livré sous forme de déchets de filature, il est tout d'abord soumis à un triage minutieux, puis cardé et séché. Lorsqu'il est livré sous forme de cotons neufs (linters), il n'est pas trié, mais seulement cardé et séché.

Pour le triage, les déchets de coton sont répartis sur des tables grillagées ; un ventilateur aspire l'air et entraîne au dehors la plus grande partie des poussières contenues dans la masse.

La carde qui produit une grande quantité de poussière de coton est également reliée à un ventilateur qui entraîne ces poussières, partie dans une chambre de dépôt, partie au dehors.

Quant au séchage, il s'effectue dans des appareils variés suivant les établissements (petits cylindres sécheurs, au Moulin-Blanc, séchoir Pétrie à entraînement automatique du coton, à Angoulême). Ces différents appareils sont fermés.

3° *Nitration.* — Actuellement, deux procédés sont employés simultanément dans les poudreries pour la nitration du coton : le procédé en auges et pots, très ancien ; et le procédé en turbines, tout récent.

Dans le procédé en auges, les charges unitaires de coton sont d'environ 800 grammes. Ce coton, pesé à l'avance, est plongé dans des auges remplies d'un mélange acide convenable ; on le retire après quelques minutes d'immersion ; on le comprime à l'aide d'un levier sur une grille en fonte pour le débarrasser de l'excès d'acide, et on l'introduit ensuite dans un pot de grès, dit *pot à réaction*, qu'on munit d'un couvercle.

La réaction de nitration s'achève dans ces pots où le coton-poudre séjourne pendant un nombre d'heures plus ou moins considérable suivant les cas. Tous les pots à réaction sont rangés côte à côte dans des fosses peu profondes où circule un courant d'eau.

Quand la réaction est achevée, les pots sont amenés sur chariot près de turbines essoreuses et leur contenu est versé dans ces turbines.

On procède alors à un essorage qui élimine une certaine quantité des acides résiduels : c'est l'opération du turbinage acide.

Le coton-poudre essoré est déchargé et immergé immédiatement dans de grands bassins pleins d'eau froide constamment renouvelée. L'acide qui imprégnait les fibres de coton-poudre se diffuse dans l'eau et se trouve partiellement éliminé. Après quoi, le coton est turbiné avant d'être soumis au lavage à l'eau chaude.

Dans le but d'améliorer l'hygiène des ateliers de nitration, on a eu recours tout récemment à un nouveau procédé de nitration, dit *procédé de trempage en turbines*. On opère sur des charges unitaires de coton dix fois plus fortes que précédemment, et les opérations d'immersion, compression, réaction en pots et turbinage acide sont remplacées par des opérations effectuées successivement dans un même appareil sans déchargement de la matière. Cet appareil est une turbine essoreuse qui peut, à volonté, être animée de deux vitesses de rotation très différentes. On introduit dans cette turbine le mélange acide à une température convenable, voisine de 30 degrés ordinairement. On fait tourner à faible vitesse en immergeant peu à peu la charge de coton, puis on rabat le couvercle de l'appareil et on laisse tourner à une faible vitesse pendant trente minutes, temps nécessaire pour achever la nitration. La rotation a pour effet de maintenir l'homogénéité du mélange acide. Quand la nitration est achevée, on a recours à la forte vitesse pour essorer la matière en éliminant l'excès acide.

Il faut ensuite, comme dans le procédé en auges, décharger le coton turbiné et l'immerger dans l'eau froide. Le déchargement se fait de la façon ordinaire, mais le transport du coton-poudre jusqu'au bain d'immersion est effectué par un appareil en grès dit *transporteur hydraulique*. Cet appareil consiste en une sorte d'armoire dans laquelle on introduit le coton, qui est immédiatement noyé et entraîné par un violent courant d'eau.

Le lavage à eau froide et l'essorage consécutif se font comme précédemment.

Enfin, il convient de signaler qu'on essaie à Angoulême un autre procédé de trempage, dit *procédé Thomson*, caractérisé par ce fait que, après avoir effectué la nitration dans un mélange acide, on déplace l'acide par de l'eau au lieu d'avoir recours à des turbinages mécaniques.

4° *Purification du coton-poudre.* — Après le lavage à eau froide, le coton-poudre est soumis à de nombreux lavages à l'eau bouillante dans de grandes cuves en bois, contenant environ 1000 kilogrammes de coton-poudre. Ces cuves sont aussi hermétiquement fermées que possible.

Dans l'atelier de lavage à eau chaude, il n'y a plus

de dégagements appréciables de vapeurs acides, mais seulement des dégagements de vapeur d'eau.

Après lavage à l'eau chaude, le coton-poudre est pulpé dans des piles à déchiqueter, analogues à celles qu'on emploie en papeterie. On le fait ensuite passer entre les lames d'un épurateur qui arrête les matières étrangères. On l'essore dans des turbines, de manière à ne lui laisser que 30 p. 100 d'humidité environ; on le comprime en pains et on emballe ces pains dans des caisses en bois.

III. Poudres B. — Les poudreries fabriquant les poudres B sont : Sevran-Livry (Seine-et-Oise); Pont-de-Buis (Finistère); Le Ripault (Indre-et-Loire); Saint-Médard (Gironde); Toulouse (Haute-Garonne).

A ces poudreries, qui dépendent du service des poudres, on doit ajouter la poudrerie du Bouchet (Seine-et-Oise), qui appartient à l'artillerie.

Le principe de la fabrication des poudres B est le suivant :

On dessèche le coton-poudre et on le soumet ensuite à l'action d'un mélange d'alcool à 95 degrés et d'éther sulfurique à 65 degrés, qui le dissout partiellement et le transforme en une sorte de pâte facile à agglomérer sous une faible pression.

Cette pâte est chargée dans des presses munies d'ajutages de forme appropriée; elle est filée à la façon du macaroni et sort en lanières molles qui durcissent rapidement à l'air par évaporation de l'éther.

On obtient ainsi une matière colloïdale, qu'on découpe en bandes de dimensions convenables et qu'on soumet à toute une série de traitements, pour enlever la presque totalité du dissolvant alcool-éther.

La pâte primitive renfermait environ 150 p. 100 de ce dissolvant. La poudre finie n'en renferme plus que quelques unités pour cent.

Les opérations de la fabrication peuvent se grouper de la façon suivante :

1° Opérations portant sur le coton-poudre, sans intervention du dissolvant ;

2° Formation de la pâte, filage, découpage, essorage et séchage de la poudre ;

3° Traitements consécutifs au séchage.

1° *Préparation du coton-poudre.* — Le coton, à l'état humide, est déballé, tamisé et pesé.

Autrefois, on le séchait à l'étuve. Depuis un certain nombre d'années, on le déshydrate en l'arrosant d'alcool dans des turbines essoreuses. L'alcool chasse l'eau et se substitue à elle. Le coton-poudre imbibé d'alcool n'est pas dangereux et la présence d'alcool n'est pas une gêne; l'alcool se trouvant introduit à l'avance dans le coton-poudre, il n'y a plus à ajouter un mélange d'alcool et d'éther pour former la pâte; il suffit d'ajouter de l'éther à 65 degrés avec, au besoin, un petit complément d'alcool.

Tous les mouvements d'alcool dans l'opération de déshydratation se font par tuyauteries; les essoreuses sont fermées et l'arrosage se fait par un tuyau pénétrant dans l'essoreuse par un joint étanche.

2° *Formation de la pâte et opérations de fabrication jusqu'au séchage inclus.* — L'incorporation d'éther dans le coton-poudre imprégné d'alcool se fait dans des pétrins ou malaxeurs analogues à ceux qui servent à la préparation de la pâte du pain. On charge le coton-poudre et l'on fait ensuite arriver l'éther dans l'appareil. Une palette se déplace et agite constamment la masse pour en assurer le mélange. Le mélange dure environ deux heures; après quoi, on ouvre une porte fermant un des fonds de l'appareil et l'on décharge la pâte au moyen de pelles en bois.

Dans la plupart des poudreries, l'arrivée d'éther se fait par tuyauteries et la quantité à introduire est jaugée en volumes. Mais, à Sevran, et aussi au Bouchet, l'éther est versé dans un récipient ouvert, pesé dans l'atelier même, puis introduit dans les pétrins.

La pâte est chargée dans des étouffoirs à fermeture hermétique, conservés dans des dépôts.

Le filage ou étirage se fait au moyen de presses mécaniques ou hydrauliques. On charge la pâte dans les cylindres de la presse, en la pilonnant au fur et à mesure de son introduction et l'on exerce la pression voulue pour faire sortir la pâte par l'ajutage. Le ruban ou bande de poudre sort librement à l'air; l'éther s'évapore et la matière durcit et se contracte.

Quand le ruban est mince, il suffit d'une dizaine de minutes d'exposition à l'air pour le rendre dur et résistant; on l'emporte alors pour le découper à la dimension voulue au moyen d'appareils qui entraînent le ruban, le coupent en lanières et cisaillent ces lanières à la longueur désirée.

Quand les rubans sont épais, il faut les laisser s'essorer un nombre d'heures plus ou moins considérable avant de procéder au découpage.

Il y a quelques années, la poudrerie du Ripault a réussi à essorer les poudres minces en récipient fermé, dans lequel on fait circuler une même masse d'air qui se charge de vapeurs d'éther-alcool qu'on condense par réfrigération. Les résultats sont satisfaisants et l'on arrive à recueillir de cette façon une partie notable du dissolvant, C'est le système dit de la *récupération.*

La poudrerie de Saint-Médard a mis le système au point pour les poudres épaisses et possède actuellement des installations de récupération pour la plus grande partie de sa production. Des installations analogues sont à l'étude ou en cours de réalisation dans les autres poudreries.

Après découpage, les poudres subissent des triages et un supplément d'essorage à l'air, pendant lequel les vapeurs de dissolvant se dégagent encore, mais plus lentement.

Après ces opérations les poudres sont séchées dans des étuves chauffées par l'eau ou par l'air chaud. Les étuves sont refroidies avant toute opération de chargement et de déchargement.

3° *Opérations consécutives au séchage.* — Après séchage, les poudres minces sont mélangées, puis encaissées.

Les poudres à fusil sont tamisées et souvent lissées avec addition d'alcool chargé de produits spéciaux.

Les poudres épaisses sont soumises à des séries

d'immersions dans l'eau chaude, suivies de séchages, en vue de l'élimination du dissolvant résiduel.

Dans le but de stabiliser la poudre, au lieu d'employer comme dissolvant l'alcool-éther pur, on a employé de l'alcool-éther additionné d'alcool amylique ; actuellement, on emploie exclusivement de l'alcool-éther additionné de diphénylamine.

IV. MÉLINITE, CRÉSYLITE ET EXPLOSIFS NITRÉS ANALOGUES. — Les poudreries qui fabriquent des explosifs nitrés sont : Esquerdes (Pas-de-Calais) ; Vonges (Côte-d'Or) ; Saint-Chamas (Bouches-du-Rhône) et aussi Le Bouchet (Seine-et-Oise).

Le principe de la fabrication est le suivant : on traite le phénol ou le crésol par l'acide sulfurique qui forme un dérivé sulfoné. Ce dérivé, traité par l'acide nitrique, se transforme en dérivé trinitré, qui n'est autre que la mélinite (ou la crésylite). On purifie le produit par lavages à l'eau et on l'essore. Puis, on le sèche, on le mélange, on le tamise et on l'emballe.

Pour certains produits, on fond l'explosif après lavage à l'eau. Il faut alors le broyer avant de le sécher et de le tamiser.

On peut distinguer dans ces opérations :

1° La nitration proprement dite ;

2° Les opérations effectuées sur le produit nitré.

1° *Nitration.* — La première phase de l'opération, à savoir la préparation du dérivé sulfoné, dit *sulfo*, par mélange à chaud d'acide sulfurique et de phénol, ne présente aucune particularité notable.

La nitration proprement dite se fait dans des terrines mobiles en grès, de 250 à 300 litres, munies, à la partie supérieure, d'une large rigole pouvant former joint hydraulique.

On introduit à l'avance l'acide nitrique dans cette terrine, puis on place à la partie supérieure un dôme en grès reposant dans la rigole et l'on relie l'appareil à une batterie d'appareils de condensation. On verse le sulfo peu à peu par un entonnoir hydraulique, et la nitration s'effectue en dégageant des vapeurs nitreuses qui sont retenues par les appareils de condensation.

Après nitrification, les terrines sont débarrassées de leur dôme et on les emmène à quelque distance pour noyer dans l'eau leur contenu. L'explosif, mélinite ou crésylite. se précipite à l'état de petits cristaux. Ces cristaux sont lavés soigneusement à l'eau, puis essorés dans des turbines.

2° *Traitement des produits après nitration.* — Après essorage, la mélinite est séchée à l'étuve dans des casiers à fond de verre, puis déchargée dans des barils.

La matière est ensuite tamisée mécaniquement dans des appareils entourés d'une enveloppe destinée à empêcher les dégagements de poussières.

Enfin, le pesage et l'emballage des matières sèches sont effectués sans dispositifs spéciaux.

Dans la fabrication de la crésylite, le séchage est précédé d'une fusion de la matière qui est ensuite coulée en plaques, puis du broyage de ces plaques qui sont très dures. Le broyeur, constitué par deux cylindres en granit, est, en principe, enfermé dans une cage, ainsi d'ailleurs que le tamis qui y est adjoint.

La *tolite* est fabriquée d'après le même principe que la mélinite, mais en partant du toluène au lieu du phénol.

V. POUDRES DIVERSES. — A. *Poudre de chasse pyroxylée, type J.* — La fabrication des poudres de chasse bichromatées du type J se fait à la poudrerie de Sevran (Seine-et-Oise).

Cette fabrication est analogue à celle des poudres B, avec cette différence qu'on introduit 17 p. 100 de bichromates (d'ammoniaque et de potasse) dans la pâte de coton-poudre.

Les bichromates sont broyés très finement dans des triturateurs complètement clos.

La pâte de poudre contenant les bichromates est traitée de la façon ordinaire et dégage, au cours des traitements, des vapeurs d'alcool et d'éther.

Les bandes de poudre sont plongées fréquemment dans l'eau pour des raisons de sécurité, et les ouvriers qui les manipulent ont des gants en caoutchouc.

Les grains sont séchés à l'air froid, tamisés, lissés et emballés. Ces opérations se font en appareils fermés munis de dispositifs de ventilation (1).

B. *Poudre de chasse pyroxylée, type M.* — Cette fabrication se fait à la poudrerie du Pont-de-Buis (Finistère).

La poudre M est constituée par un mélange de coton-poudre, de nitrate de baryte, salpêtre, camphre et gélose. Elle est colorée en jaune par de l'auramine.

Le coton-poudre est déshydraté à l'alcool comme dans la fabrication des poudres B ; puis les composants sont malaxés ensemble avec addition d'éther. La masse est ensuite triturée sous des meules légères, passée à travers un tamis qui la divise en grains, lissée dans de petites tonnes en bois et soumise au séchage.

Les grains secs, débarrassés de leur poussière par tamisage, sont lissés dans des tonnes de grande dimension avec pulvérisation d'éther collodionné et camphré, qui vient former une pellicule dure à la surface des grains et leur donne la solidité voulue.

La matière est alors séchée, tamisée et emballée.

C. *Poudre de chasse pyroxylée (type S).* — Cette poudre se fabrique, comme la précédente, à la poudrerie du Pont-de-Buis (Finistère).

Elle est formée de coton-poudre, nitrate de baryte et salpêtre.

Les matières sont mélangées sous les meules légères, séchées, puis malaxées avec de l'éther à la façon des poudres B.

La pâte, très peu consistante, se divise en grains par simple passage à travers un tamis et le grain est séché, tamisé, puis, s'il y a lieu, lissé à l'éther et soumis à un nouveau séchage avant tamisage final et emballage.

D. *Poudre de chasse pyroxylée (type T).* — Cette poudre est formée exclusivement de coton-poudre et sa fabrication est analogue à celle des poudres à fusil. Elle ne s'en différencie que sur deux points

(1) Ces dispositifs de ventilation ont été installés tout récemment.

principaux : 1° au lieu de former la pâte en employant comme dissolvant de l'éther ordinaire, on la forme au moyen d'éther acétique et d'acétone ; 2° au lieu de découper les bandes de poudre après simple étirage à la presse, on lamine ces bandes de manière à obtenir la minceur voulue qui est de l'ordre de 1/10 de millimètre.

E. *Poudre EF pour tir à blanc.* — Cette poudre est formée de coton-poudre et de gélose. Elle est fabriquée comme la poudre M.

F. *Explosifs chloratés* (*type O*). — Les explosifs au chlorate de potasse (type O ou cheddites) sont fabriqués à la poudrerie de Vonges (Côte-d'Or).

La fabrication consiste à incorporer du chlorate finement pulvérisé et sec dans une dissolution à chaud d'hydrocarbures nitrés dans l'huile de ricin.

La fabrication des hydrocarbures nitrés (mononitronaphtaline, dinitrotoluène) ressemble à celle des mélinites et crésylites, mais ne comporte pas de pulvérisation ni de tamisage des matières. Elle évite, par suite, la cause d'insalubrité due aux dégagements des poussières.

Le chlorate est broyé dans un appareil mécanique qui le sèche et le tamise. L'atelier correspondant n'est pas ventilé.

La fusion des hydrocarbures nitrés et leur dissolution dans l'huile peuvent donner lieu à des dégagements de vapeurs.

Quant aux opérations de fabrication proprement dites, à savoir l'incorporation du chlorate dans la masse fondue, la granulation, le tamisage et l'emballage de l'explosif, elles ne dégagent plus de poussières en quantité appréciable, les particules de chlorate étant recouvertes d'un enduit gras qui les enrobe complètement.

G. *Explosifs au nitrate d'ammoniaque* (*type N*). — La fabrication de ces explosifs est faite à la poudrerie d'Esquerdes (Pas-de-Calais).

Le principe consiste à mélanger sous les meules lourdes des naphtalines nitrées avec du nitrate d'ammoniaque.

Les opérations de nitration de la naphtaline sont comparables à celles de la fabrication de la mélinite. Le mélange sous les meules lourdes dégage des poussières. Il en est de même des opérations de tamisage et encaissage des explosifs à l'état sec. Ces opérations sont faites maintenant dans des appareils à peu près complètement clos.

* * *

La Commission plénière a visité la poudrerie de Sevran-Livry ; la délégation spéciale a visité les poudreries de Moulin-Blanc, Saint-Chamas, Angoulême, Saint-Médard, Esquerdes, Le Bouchet et Vonges.

Dispositions générales des établissements. — Les poudreries présentent un aspect très particulier, bien différent de celui des autres établissements industriels. Au lieu d'être groupés, les ateliers sont disséminés sur de vastes étendues et cachés en quelque sorte au milieu des bois ; de plus, chaque atelier ne compte qu'un nombre restreint d'ouvriers.

Ces dispositions, qui ont été adoptées en vue de limiter les effets d'explosions toujours à craindre avec les poudres, ont, au point de vue de l'hygiène, des conséquences favorables : elles mettent les ateliers des poudreries à l'abri d'une cause d'insalubrité fréquente dans les agglomérations ouvrières, à savoir la contamination de l'air par les produits de la respiration, faute d'espace et d'aération.

Les seules causes possibles d'insalubrité sont celles qui résultent du dégagement de poussières et de vapeurs par le fait des opérations mêmes de la fabrication. Nous allons les étudier plus particulièrement. (*A suivre.*)

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPARÉE

(Paris, 17-23 octobre 1912.)

Nous voudrions pouvoir donner un compte rendu complet et détaillé du Congrès de pathologie comparée, vu l'importance et l'intérêt des rapports et des communications qui furent présentés. Malheureusement l'espace nous manque, et tout en applaudissant au grand et légitime succès du Congrès, nous n'en pourrons presque donner ici, à notre grand grand regret, qu'un sommaire analytique.

La *section de parasitologie animale et végétale* était naturellement divisée en deux sous-sections. Dans la sous-section de *parasitologie animale* on a étudié les *parasites communs à l'homme et aux animaux*.

M. Perroncito (de Turin), après une importante revue des affections virulentes parasitaires, a émis un vœu, appuyé par M. Raphaël Blanchard et voté par acclamations, sur la nécessité de fonder des chaires spéciales de parasitologie dans tous les pays.

M. Devé (de Rouen), dans un rapport intitulé *échinococcose alvéolaire et échinococcose hydatique* a discuté l'identité ou la non-identité des deux affections. Il admet que la dualité des lésions peut ne pas être exclusive de l'unicité du parasite. Son opinion personnelle, partagée sur ce point par M. Guiart, serait cependant en faveur d'un ténia distinct pour l'échinococcose alvéolaire.

M. Morot (de Troyes) a présenté un rapport sur la *cysticercose ladrique des animaux domestiques dans ses rapports avec le teniasis humain*, et, appuyé par M. Perroncito, il a proposé un vœu pour que les pouvoirs publics organisent une inspection très sévère des viandes de consommation. Ce vœu a été adopté.

M. E. de Ratz (de Budapest) décrit une nouvelle *larve plérocorcoïde du porc* qu'il appelle « sparganum Raillietti » en l honneur du professeur Railliet.

M. S. J. Kousminn (de Saratoff) a observé en dix ans sept cas d'*échinocoque primitif des organes génitaux internes de la femme*. L'opération doit être conduite très prudemment pour conserver intact le foyer morbide.

D'une étude sur *la filariose infantile*, MM. Marotte (de Lyon) et Morvan (de Besançon) concluent que celle-ci est possible mais constitue une rareté.

MM. Témoin (de Bourges) et Jean Baur (de Lyon) communiquent l'observation d'une Berrichonne de quarante ans atteinte de distomatose hépatique. Le traitement, sans effet sur les parasites intrahépatiques, ne peut agir que sur ceux arrêtés dans les voies biliaires extrahépatiques.

M. Maurice Piettre (de Paris) a découvert chez le bœuf un nouveau nématode, l' « onchocerco bovis ».

Dans la sous-section des *parasytes végétaux*, M. D. A. de Jong (de Leyde) a étudié les *dermato-mycoses communes à l'homme et aux animaux au point de vue hygiénique*. Ce sont essentiellement la trichophytie, la microsporie, la teigne

faveuse et la sporotrichose. L'auteur énumère les mesures sévères qu'il voudrait voir prises contre elles et réclame leur inscription parmi les maladies comprises dans les lois de police sanitaire. MM. DE BEURMANN et GOUGEROT s'unissent à lui comme conclusion à leur rapport sur la *sporotrichose spontanée des animaux*. Le « sporotrichum beurmanni » peut en effet déterminer des mycoses spontanées chez le rat, le chien, le cheval, et la contagion peut se faire à l'homme soit par l'animal malade soit par l'animal porteur de germes.

M. E. BODIN (de Rennes) étudie, dans un rapport très complet, l'*état actuel de la question des teignes humaines et animales*. Au point de vue symptomatique il existe trois teignes : le favus, la microsporie et la trichophytie. Le favus présente une remarquable unité symptomatique. La microsporie comprend deux types : la microsporie humaine du cuir chevelu de l'enfant ou tondante rebelle, et la microsporie d'origine animale rencontrée chez l'adulte. Cette dernière est moins bien connue. La trichophytie est très polymorphe, mais on peut y distinguer deux types principaux avec subdivisions : trichophyties d'origine humaine, sèches, superficielles, non inflammatoires; trichophyties d'origine animale à dermite profonde, inflammatoires, suppurées. En pathologie humaine, l'histoire clinique des teignes est donc presque complète, mais en médecine vétérinaire il n'en est pas ainsi.

De même, si pour les trois teignes le mode d'envahissement du poil est bien connu, l'étude de leurs champignons est moins complète au point de vue mycologique.

Les magistrales études de Sabouraud ont démontré pour chaque teigne la pluralité parasitaire ; par contre, la véritable place de ces parasites dans la classification des champignons reste à fixer. Quant à la thérapeutique, la question est résolue, et nous nous bornerons à rappeler les immenses progrès que la radiothérapie lui a fait réaliser depuis qu'elle a été réglée par Sabouraud.

MM. DE LAPERSONNE et BOURDIER, dans une communication sur la *sporotrichose oculaire expérimentale chez le chien*, montrent que, avec des cultures atténuées de sporothrix injectées dans la carotide primitive, on peut déterminer dans la cornée des lésions histologiquement très semblables à celles de la kératite parenchymateuse dans la syphilis héréditaire, la tuberculose, la lèpre, etc.

M. GOUGEROT, dans une étude sur l'*état actuel des études anatomo-pathologiques des mycoses*, établit que certaines lésions décrites comme spécifiques des sporotrichoses appartiennent aussi à bien d'autres mycoses.

Dans la *section des affections microbiennes*, M. NATTAN-LARRIER a exposé les *rapports pathologiques et pathogéniques entre les spirilloses humaines et animales*. Il y a deux classes de spirilloses. Dans la première, ou spirilloses septicémiques, se rangent la spirillose des poules et les fièvres récurrentes de l'homme ; microbiologiquement elles sont caractérisées par l'abondance des spirilles dans le sang et leur rareté dans les organes; cliniquement par une évolution intermittente entrecoupée de crises et de rechutes. Au deuxième groupe appartiennent la syphilis et le pian, où les spirochètes sont rares dans le sang et nombreux dans les tissus.

M. Ferdinand ARLOING (de Lyon) présente un rapport intitulé *diphtérie aviaire et diphtérie humaine*. Sur cette question si controversée l'auteur pense que dans certaines conditions il peut y avoir indubitablement contagiosité des animaux à l'homme, et réciproquement des affections pseudo-membraneuses. Cela n'entraîne d'ailleurs pas la nécessité d'un germe pathogène unique. Il paraît vraisemblable au contraire que les fausses membranes considérées ont une origine polymicrobienne malgré la parenté indéniable épidémiologique et clinique des épidémies de diphtérie infantile et de pépie des poules.

Après avoir exposé les raisons qui militent en faveur de cette opinion, M. Arloing étudie minutieusement les mesures préventives et curatives à employer.

Pour M. RAPPIN (de Nantes), auteur d'un rapport *diphtérie humaine et aviaire*, l'état actuel de la question commande des mesures rigoureuses de prophylaxie et de défense, le cas échéant, pour éviter l'extension des épizooties de diphtérie aviaire et leur propagation à l'homme.

M. DUBOUSQUET-LABORDERIE est un uniciste convaincu, et il incrimine non seulement les oiseaux mais d'autres animaux de basse-cour et d'appartements.

M. THIRY (de Nancy) a isolé chez la poule un bacille qui lui a permis de préparer un sérum contre le bacille humain.

M. P.-J. MÉNARD, parlant des *poisons constitutifs du bacille diphtérique*, conclut que celui-ci ne produit pas seulement la toxine soluble, mais que c'est un complexe comprenant des poisons figurés et un poison diffusible adhérant aux premiers.

La *rage* a été l'objet de plusieurs rapports. Mme LUZZANI-NEGRI (de Pavie) en a fait un sur l'*étiologie et le diagnostic de la rage*. Elle considère que les corpuscules découverts par son mari dans le système nerveux des animaux enragés sont les parasites spécifiques de la rage, d'où moyen rapide et certain de diagnostic de l'affection.

M. BABES (de Bucarest) après réserves faites sur la spécificité des corpuscules de Negri, présente un *rapport sur la rage* où il étudie d'abord l'origine de la maladie qui pourrait bien n'être pas primitivement canine. Puis l'auteur examine successivement les statistiques concernant la rage, les accidents toxiques du traitement antirabique et les modifications à faire subir à ce traitement, ce qui permettra peut-être d'arriver à guérir la maladie une fois déclarée. Enfin M. Babes a émis le vœu qu'il s'établisse à l'avenir une collaboration entre tous les instituts antirabiques. Dans son rapport sur le même sujet M. REMLINGER estime que la rage est causée par un virus filtrant et que les corpuscules de Negri, très utiles pour le diagnostic, ne sauraient être considérés comme les agents pathogènes de la rage. Puis l'auteur insiste sur les différences qui séparent le virus de rue du virus fixe. Il montre enfin que le virus rabique gagne les centres nerveux par les nerfs périphériques et le vaccin antirabique par les lymphatiques; le résultat du traitement dépend de la lutte de vitesse entre les deux.

M. DELAUNAY (de Poitiers) soutient que la *fréquence probable de la rage humaine est méconnue*. On ne songe en effet qu'à la forme classique alors qu'il en existe d'autres, paralytique, cérébrale, cérébelleuse, sympathique par exemple. Il convient donc d'organiser sévèrement la prophylaxie de la rage humaine.

MM. L. MARCHAND (de la Maison nationale de Charenton) et G. PETIT (d'Alfort) présentent un rapport sur les *méningo-encéphalites en pathologie comparée*; *la paralysie générale du chien*. Ils ont pu en effet recueillir cinq observations nettes de paralysie générale chez le chien. La symptomatologie et l'examen histologique sont de tous points comparables à ce qui s'observe chez l'homme. L'affection survient généralement après la maladie à virus filtrant dite maladie du jeune âge.

M. M. GARNIER (de Paris) lit un rapport sur l'*étude comparative des cirrhoses hépatiques*. Les foies granuleux et cloutés existent chez les animaux comme chez l'homme, mais chez eux l'étude des cirrhoses est bien moins avancée. Les cirrhoses peuvent être de cause toxique, infectieuse ou parasitaire. La cirrhose toxique peut se produire par auto ou hétéro-intoxication. La cirrhose dyspeptique (Hanot-Boix) semble exister chez l'animal comme chez l'homme; une nourriture autre que celle qui leur est naturelle produit aussi la cirrhose. La cirrhose alcoolique existerait chez le porc nourri avec des résidus de brasserie.

Des cirrhoses par auto-infection ont été décrites chez les animaux, et parmi les cirrhoses par hétéro-infection citons celles dues à la morve, à la fièvre typhoïde du cheval, à la tuberculose.

Enfin parmi les cirrhoses parasitaires citons celles provoquées par la coccidiose, la distomatose, la bilharziose, l'échinococcose, la cysticercose et certaines helminthiases.

Au point de vue anatomo-pathologique, l'hypertrophie hépatique paraît plus fréquente que l'atrophie chez l'animal. La cirrhose annulaire paraît être la plus fréquente chez le chien; l'origine biliaire semble être la plus fréquente chez le cheval; chez les bovidés la cirrhose insulaire est fréquente.

Quant à la symptomatologie elle est généralement peu marquée chez les animaux.

(*A suivre.*) A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 11 NOVEMBRE 1912)

Le spléno-diagnostic de la fièvre typhoïde. — M. H. VINCENT (du Val-de-Grâce), se fondant sur l'hypertrophie habituelle de la rate dans la fièvre typhoïde, a recherché si l'inoculation d'un supplément d'antigène (2 centimètres cubes d'autolysat concentré de bacilles typhiques vivants, stérilisé par addition d'éther) n'aurait pas pour effet d'éveiller une réaction splénique utilisable pour le diagnostic.

Ces recherches, commencées depuis près de quatre ans, ont porté sur 57 malades, savoir :

39 cas de fièvre typhoïde, 3 cas de fièvre paratyphoïde B, 15 cas de maladies infectieuses diverses (granulie, fièvre tuberculeuse, pneumotyphus, fièvre de Malte, etc.).

La délimitation soigneuse de la rate par percussion légère, avant et après l'injection d'extraits bacillaires, permit de constater, s'il s'agit de fièvre typhoïde, que cet organe augmente d'un à deux centimètres dans ses deux diamètres, sous l'influence de l'injection. Cette spléno-réaction se manifeste le plus souvent dix à dix-huit heures après l'injection, très rarement plus tard. Elle a été observée dans plus de 94 p. 100 des cas. Le foie peut aussi s'hypertrophier (35 p. 100 des cas).

Chez trois malades atteints de fièvre paratyphoïde B vérifiée par l'hémoculture, l'inoculation d'extrait de bacille paratyphique B a donné lieu à une spléno-réaction semblable.

Par contre, l'injection d'extraits de bacille typhique ne détermine aucune réaction splénique chez les sujets sains ou atteints d'affections autres que la fièvre typhoïde.

Les malades atteints d'infection éberthique sont indifférents à l'inoculation d'antigène paratyphique, et réciproquement. A l'incitation spécifique, la rate répond, en conséquence, par une hypertrophie également spécifique.

Il s'ensuit que cette méthode peut être utilisée pour le diagnostic clinique des fièvres typhoïde et paratyphoïde.

Le spléno-diagnostic a permis de déterminer, en quelques heures, la nature de cas de *typhus levissimus* ou de fièvre typhoïde survenus en cours d'épidémies, et dans lesquels l'hémoculture ou les symptômes cliniques n'ont permis que plus tard de vérifier l'origine exacte de l'affection.

Capacité pulmonaire minima compatible avec la vie. — MM. Léon BERNARD, LE PLAY et Ch. MANTOUX. Beaucoup d'organes indispensables à la vie ont une capacité fonctionnelle bien supérieure à celle que nécessite son entretien. Cette notion établie, par exemple pour le rein, les glandes surrénales, l'intestin grêle, n'a pas été jusqu'ici précisée pour les poumons.

Les expériences que MM. Léon Bernard, Le Play et Ch. Mantoux viennent de faire sur des chiens leur ont montré que la capacité fonctionnelle minima est égale à 1/6 environ du volume pulmonaire total.

Sur le dosage des lipoïdes dans le sérum sanguin. — MM. GRIMBERT et LAUDAT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1912)

Poignée à ressort à résistance réglable. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE présente de la part de M. Lagarde un appareil qui permet de réaliser toutes les combinaisons obtenues dans la pratique par des instruments variés; il présente en plus deux avantages qui lui sont propres : la réglabilité et un dynamomètre.

Combinaisons réalisées : 1° musculateur sans poids avec poignée compressible et résistance réglable (muscles de la main et de l'avant-bras); 2° haltères, poignée compressible réglable (muscles de la main, de l'avant-bras, du bras et de l'épaule) ; 3° poignées d'exercisers avec ou sans poids et résistance réglable (adaptable à tous les exercisers); 4° dynamomètre.

Appendicite paratyphique. — M. WALTHER rapporte un cas d'appendicite d'origine paratyphique pure opérée par lui au mois de juin dernier.

Le début des accidents, observé par M. le docteur Calbet, répondait à une infection intestinale avec appendicite en apparence légère. M. Walther fut appelé à voir la malade, une fillette de treize ans, le sixième jour de la maladie et dut intervenir d'urgence en raison de l'élévation progressive mais rapide de la température qui atteignait ce jour-là 40°1, sans aucune réaction péritonéale apparente, ce qui lui avait fait porter le diagnostic d'appendicite avec lymphangite ou gangrène.

L'opération montra un péritoine sain, un cæcum épaissi, œdématié, un gros ganglion paracæcal soutenu par une sorte de méso très œdématié et qui fut réséqué; un appendice long de 9 centimètres, sous-iléo-cæcal, enroulé autour d'un méso falciforme très œdématié, appendice à paroi pâle avec quelques arborisations vasculaires.

A la suite de l'opération, il n'y eut aucune réaction péritonéale, mais la température resta très élevée, montant le soir au-dessus de 40 degrés pendant quatre jours, puis descendit progressivement mais lentement.

L'appendice présentait des stigmates de lésions chroniques sans rétrécissements avec sclérose de la paroi et des lésions récentes d'infection aiguë et à la pointe un abcès contenant un petit coprolithe. L'examen histologique pratiqué par M. le docteur Touraine montra qu'il s'agissait bien d'une appendicite scléreuse ancienne sur laquelle s'était greffée une folliculite aiguë récente.

L'examen histologique du ganglion paracæcal révéla aussi une adénite aiguë à forme hémorragique.

L'examen du sang fait par M. le docteur Touraine le lendemain de l'opération, par conséquent au septième jour de la maladie, donna : 4690000 hématies et 13000 leucocytes avec 86,8 p. 100 de polynucléaires neutrophiles, 6,0 de lymphocytes, 2,5 de myélocytes.

La réaction de Widal resta négative avec le bacille d'Eberth et avec le paratyphique A ; elle fut au contraire très énergiquement positive avec le paratyphique B.

Le microbe pathogène identifié par l'hémoculture était un bacille intermédiaire au bacille paratyphique B et au colibacille, mais beaucoup plus voisin du premier que du second. L'ensemencement du pus de l'abcès appendiculaire donna une culture pure du même bacille.

Le ganglion paracæcal contenait du colibacille dû vraisemblablement à une infection secondaire.

En résumé, sur un appendice, déjà depuis longtemps atteint de lésions chroniques, s'est développée une infection aiguë par le bacille paratyphique B, ou du moins, un bacille très voisin, bacille retrouvé identique dans le sang et dans le pus de l'abcès appendiculaire.

L'infection de l'appendice semble bien ici avoir été secondaire.

En effet, les lésions constatées au cours de l'opération sont celles qui correspondent aux deux premiers jours de l'appendicite aiguë et le début de la fièvre remontait à six jours.

L'existence constatée d'une infection générale paratyphique n'est pas une contre-indication à l'intervention. Les indications fournies par l'état de l'appendice gardent toute leur valeur et l'opération précoce peut seule mettre à l'abri des complications presque toujours fatales de ces formes aiguës lymphangitiques.

Mission du poste sanitaire international de Vintimille.— M. BARBARI (de Nice) fait une communication sur ce sujet et sur le rôle du poste de Vintimille dans la prophylaxie du choléra.

Il rappelle les services qu'a déjà rendus ce poste, en particulier lors de l'exposition internationale de l'Italie, c'est grâce à lui qu'on a su qu'il y avait eu 15000 cas de choléra avec 5000 décès. En terminant, M. Barbari propose que ce poste soit muni d'un personnel plus important et qu'en cas

d'épidémie cholérique à redouter il y soit pris les mesures suivantes :

1° Que les voyageurs venant d'Italie ou d'au-delà soient transportés dans des wagons spéciaux ;

2° Que leurs billets soient marqués d'une croix rouge et que l'on télégraphie aux villes où se rendent les voyageurs munis de ces billets ;

3° Que les water-closets de ces voyageurs, au lieu d'être munis de chasses d'eau, soient munis de récipients fixes qui seraient désinfectés à l'arrivée.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1912)

La réaction de Moriz-Weisz (ou épreuve au permanganate) dans l urine des tuberculeux. Valeur pronostique. — MM. G. Vitry et D. Mladenoff. Quand on verse dans un tube d'urine diluée quelques gouttes d'une solution de permanganate, on voit apparaître dans certains cas une couleur jaune plus ou moins intense. Pour Moriz-Weisz (de Vienne), cette réaction, due comme la diazo-réaction d'Ehrlich à l'urochromogène, indiquerait un pronostic grave dans toutes les maladies et en particulier chez les tuberculeux. Les auteurs ont étudié cette réaction chez 70 tuberculeux pulmonaires chroniques et il leur a semblé que la réaction est surtout positive dans les cas où le pronostic est sombre, la marche rapide et la mort prochaine. Ces indications pronostiques concordent le plus souvent avec celles qui forment la cuti-réaction.

Sur le dosage de l'urée par l'hypobromite. — Au cours de recherches sur la teneur en urée du sérum MM. Grigaut et Brodin ont constaté que le dégagement d'azote, obtenu par la méthode à l'hypobromite, n'est pas fatalement proportionnel à la teneur en urée, mais est fonction de la concentration uréique.

Ces faits n'altèrent en rien la très grande valeur clinique de cette méthode pour le diagnostic de l'azotémie, la concentration uréique du sérum étant dans ces cas insuffisante pour que l'erreur n'excède pas le chiffre connu de 7 p. 100.

Il en est tout autrement lorsqu'il s'agit d'un sérum ayant une faible teneur en urée et la méthode à l'hypobromite n'est pas applicable à l'étude précise des échanges azotés.

Un tissu riche en granulations tuberculeuses peut-il servir d'antigène dans la réaction de déviation du complément? — MM. Gaucher, Salin et Bribourt ont essayé d'employer comme antigène un tissu riche en granulations tuberculeuses; en utilisant, pour dévier le complément, les méthodes de Wassermann et de Bauer-Foix, ils ont constaté qu'en aucun cas le complément n'a été dévié. Il ne semble donc pas qu'un tissu tuberculeux formé, en majeure partie, de tubercules jeunes, puisse fournir un antigène susceptible de déceler dans un sérum la présence d'anticorps tuberculeux.

A propos du coefficient d'Arthus (coefficient d'imperfection uréogénique de Maillard) et du coefficient d'acidose (Lanzenberg). — M. A. Lanzenberg. En réponse à une demande de priorité formulée à la dernière séance par M. Maillard, l'auteur démontre par des textes que le rapport urinaire déterminé par M. Maillard en 1909 n'est en aucune façon différent de celui qu'Arthus a proposé en 1908 et qui répond à la formule

$$\frac{\text{N de NH}^3}{\text{N de NH}^3 + \text{N de l'urée.}}$$

Ce coefficient que M. Maillard a appelé coefficient d'imperfection uréogénique ne compte pas, comme on voit, les acides aminés parmi ses facteurs.

Le rapport urinaire, qui comprend les acides aminés, répond à la formule

$$\frac{\text{N de NH}^3 + \text{N des ac. aminés}}{\text{N de NH}^3 + \text{N des ac. aminés} + \text{N de l'urée}}$$

et présente, au point de vue physiologique, une évidente supériorité sur le précédent, a été proposé et étudié par l'auteur qui lui a donné le nom de *coefficient d'acidose*.

M. Maillard n'a donc de droit de priorité ni sur l'une ni sur l'autre des deux variétés.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

SUR LA BRONCHITE SUBAIGUE NON FÉBRILE

Par M. Lastoul.

Bien souvent, la bronchite banale, après avoir parcouru son évolution habituelle en périodes de crudité et de coction, persiste pendant de longues semaines. On ne constate plus de fièvre ; la toux est moins fréquente, mais l'expectoration existe encore, surtout le matin au réveil. Le soir, le malade conserve une certaine raucité de la voix, preuve d'une extension congestive au larynx. L'auscultation permet de reconnaître, aux bases ou dans une certaine région des bases, des râles muqueux qui, peu nombreux, tantôt s'atténuent sous l'influence de la révulsion et tantôt réapparaissent quand on cesse ce traitement. Il s'agit là d'une bronchite subaiguë, apyrétique ou mieux d'une bronchite prolongée et presque toujours parce que l'affection n'a pas été soignée, le malade espérant une guérison spontanée.

Ces cas-là sont fréquents et résistent aux traitements. Il faut obliger les malades à éviter toutes les causes susceptibles de maintenir cet état morbide. Ne pas sortir quand la température est froide, rentrer de bonne heure, vers quatre ou cinq heures du soir. Il faudra même les obliger à garder, sinon la chambre, du moins leur appartement, pendant une bonne semaine, et proscrire momentanément de leur alimentation les substances trop excitantes comme l'alcool, les viandes.

Comme traitement, la révulsion s'impose active, puissante sur le reliquat congestif. Si les sinapismes répétés, les ventouses paraissent insuffisants, on n'hésitera pas à placer des pointes de feu superficielles.

Grasset conseille dans ce cas, quatre à cinq fois par jour, entre les repas, une des pilules suivantes :

Terpine................	0g20
Codéine...............	un centigramme.

D'autres auteurs font prendre l'aconit, la belladone, l'eau de laurier cerise. Il semble cependant que, dans cette affection, les cachets Roche ou les comprimés Roche de Thiocol à raison de 6 par jour parfois 7 et 8 sont tout à fait actifs. Ce médicament est un asséchant remarquable, un antiseptique bronchopulmonaire direct et, sous son influence, les râles muqueux disparaissent habituellement en huit à dix jours, ainsi que toute expectoration.

Il est bon de noter que, chez les personnes délicates ou dont l'estomac accepte difficilement certaines médications, on peut donner le sirop Roche au Thiocol, à la dose de 2 à 4 cuillerées à soupe par jour. Le sirop Roche est vraiment le médicament curatif de la toux des bronchites et son action peut être utilement complétée par celle du Pantopon (sirop) dont les effets calmants sont manifestes sur tous les états bronchopulmonaires.

On ordonne également l'arséniate de soude, de légères doses de strychnine et plus tard, quand toute trace inflammatoire aura disparu, l'iodure ou l'iodostarine à raison de 50 centigrammes par jour.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Patologia, anatomia e fisiologia della tonsilla faringea, per il dott. Francesco Maltese, già assistente alla clinica oto-rino-laringologica della R. Università di Torino. Un vol. de 261 p. avec 6 pl. et 20 fig. — Prix : 6 lire. — Chez Cesare Pavesio, libreria medica, Torino, 1911.

A propos de la crémation, par Eugène Fournier. Une brochure de 96 pages. — Paris, Vigot frères.

NOTE DE PRATIQUE

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Le goudron créosoté convient admirablement aux formes torpides, et même à certaines formes fébriles mais peu hémoptoïques, à condition de le suspendre pendant les poussées aiguës.

On peut en attendre le relèvement des forces et de l'appétit, et une stimulation réelle de la lutte de l'organisme contre le bacille, dont l'évolution se trouve retardée. Donner la préférence aux Gouttes Livoniennes, qui, prises en mangeant, respectent les fonctions digestives.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 40, 3 oct. 1912.) HOFFMANN : Traitement de l'insuffisance cardiaque aiguë, particulièrement dans les maladies infectieuses aiguës. — STEIGER : Un cas de diabète insipide et ses rapports avec les sécrétions internes et avec le système du pneumogastrique. — SCHÆFFER : Causes d'erreur dans l'appréciation de la résistance globulaire. — SCHRŒTER : Importance des porteurs de bacilles typhiques. — LEVY : Osteopsathyrosis idiopathique. — KULENKAMPFF : L'anesthésie du plexus brachial. — ROHMER : Sur la trachéotomie transversale. — JANKOWSKI : Occlusion d'un défaut de diaphragme par le foie. — BULL : Possibilité d'engendrement malgré une épididymite tuberculeuse double. — DEUTSCHLÄNDER : La paralysie spinale infantile. — DUTOIT : Nouvelles recherches sur la pathogénie du glaucome.

Revue neurologique. — (N° 17, 15 sept. 1912.) SOUQUES et BARBÉ : Contribution à l'étude des localisations motrices corticales. Lésions histologiques de la frontale ascendante dans un cas de sclérose latérale amyotrophique. — VAN WŒRKOM : Sur la signification physiologique des réflexes cutanés des membres inférieurs. Quelques considérations à propos de l'article de MM. Marie et Ch. Foix. — (N° 18, 30 sept.) THOMAS et DURUPT : Examen du névraxe dans un cas de maladie de Friedreich, atrophie du bulbe, du ruban de Teil et du pédoncule cérébelleux supérieur. — BONOLA : Les réflexes du tendon d'Achille et du tenseur du fascia lata dans la sciatique radiculaire et dans la sciatique tronculaire.

Semaine médicale. — (N° 36, 4 sept.) DE BOVIS : Le rôle du gonocoque dans l'étiologie des pyosalpinx. — (N° 37, 11 sept.) DE QUERVAIN : Les principes modernes dans le traitement des tuberculoses dites chirurgicales. — (N° 38, 18 sept.) BRINCH : Les rayons lumineux peuvent-ils être libérés et employés en thérapeutique ? — (N° 39, 25 sept.) ISCOVESCO : Physiologie des globules rouges ; mécanisme auto-régulateur de l'hémopoïèse.

Tunisie médicale. — (N° 9, sept. 1912.) CUÉNOD : Le trachome en Tunisie. — LEFÈVRE : Les affections oculaires dans le Sud Tunisien.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 17, 15 sept. 1912.) TÉCHOUEYRES : Le sang. Réflexions sur sa constitution humorale (*suite et fin*). — CHRÉTIEN : Un cas de tabes chez un jeune soldat. — René NETTER : Remarques sur la posologie de l'extrait fluide d'Hamamelis virginica. — (N° 18, 30 sept.) E. LUTON : Les injections cupriques dans la tuberculose. — R. PICHEVIN : Anesthésie locale et laparatomie.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

DES

MÉNINGITES SYPHILITIQUES

DÉFINITION. — Sous le nom de méningites syphilitiques il faut entendre l'ensemble des *réactions méningées* dues au tréponème ou à ses toxines. Parmi ces réactions méningées il en est qui s'accompagnent d'un cortège symptomatique très caractéristique, affectant une allure aiguë, ce sont les *méningites aiguës syphilitiques* ; il en est d'autres au contraire d'allure très discrète, révélées presque uniquement par la ponction lombaire, ce sont les *méningites chroniques syphilitiques*.

I. MÉNINGITE AIGUE SYPHILITIQUE. — Il existe différentes variétés de méningite aiguë syphilitique, et c'est ainsi que l'on décrit une *méningite aiguë diffuse de la période* SECONDAIRE, une *méningite aiguë tertiaire*, une *méningite aiguë des hérédo-syphilitiques.*

Nous prendrons comme type de description la *méningite aiguë diffuse de la période secondaire*. Elle s'observe en général dans les premiers mois qui suivent la contamination, quelquefois elle peut même précéder la roséole ; elle coexiste le plus souvent avec des *accidents cutanés* (Ravaut). On la rencontre avec à peu près autant de fréquence chez l'homme que chez la femme; un traitement préventif, même énergique, ne s'oppose pas d'une manière absolue à son apparition.

Le DÉBUT est le plus souvent lent et progressif; quelquefois il est brusque et bruyant, ce qui est assez rare; on retrouve en général dans les antécédents du sujet des *symptômes prodromiques* du plus grand intérêt, parmi lesquels il faut signaler surtout la CÉPHALÉE et l'INSOMNIE.

La *céphalée* est continue et rebelle à tous les traitements, sauf le traitement spécifique ; elle est diffuse et subit des exacerbations nocturnes. L'*insomnie*, quand elle existe, est également tenace et durable. Il faut signaler encore la rachialgie, l'asthénie motrice, les troubles intellectuels. La durée de cette phase prodromique est très variable, de quelques jours à plusieurs mois. Dès cette période le diagnostic peut s'orienter vers l'hypothèse d'une méningite syphilitique, diagnostic que confirmeraient déjà et la ponction lombaire et les heureux effets du traitement intensif.

Période d'état. — A la période d'état, la forme la plus fréquemment observée est celle qui simule la méningite tuberculeuse ; mais il s'en faut que le trépied méningitique, les contractures, les troubles du pouls, de la respiration, la fièvre, s'y retrouvent avec la même netteté.

Les *contractures* se manifestent par trois symptômes d'importance inégale : la *raideur de la nuque*, moins marquée toutefois que dans la méningite tuberculeuse, ou cérébro-spinale, le *signe de Kernig*, à peu près constant, le *ventre en bateau*. Les *convulsions* s'observent quelquefois; les *paralysies oculaires* sont assez fréquentes, les malades accusent en général de la diplopie. L'examen ophtalmoscopique montre une papille de stase, à bords peu nets ; les *pupilles* sont inégales, en mydriase ou en myosis. Les *réflexes* sont tantôt diminués, tantôt exagérés, les troubles des sphincters sont variables. La raie méningitique existe le plus souvent. On note un certain état d'obnubilation, quelquefois du délire.

Les *vomissements*, la *constipation*, sont loin d'avoir ici la même fréquence que dans la méningite tuberculeuse. Il en est de même des modifications du pouls ; il est en général ralenti, mais régulier. La fièvre existe assez souvent, mais elle est peu élevée, elle fait d'ailleurs assez souvent défaut. En résumé, ce qui caractérise essentiellement cette forme de méningite syphilitique aiguë, c'est son début traînant par de la céphalée, de l'insomnie, de l'asthénie, c'est à la période d'état, sa *symptomatologie restreinte*, constituée par une série de symptômes frustes, un syndrome méningé à peine ébauché, un léger signe de Kernig, un peu de raideur de la nuque, de légers troubles oculaires, c'est enfin son évolution capricieuse, irrégulière. On conçoit combien cet ensemble symptomatique est insuffisant pour affirmer le diagnostic, que seule la ponc-

tion lombaire est en mesure d'établir d'une manière incontestable.

La PONCTION LOMBAIRE donne issue à un liquide hypertendu, le plus souvent clair, légèrement jaunâtre quelquefois, ou même opalescent dans certains cas; on ne constate pas habituellement de coagulum fibrineux; l'examen cytologique montre une *leucocytose* anormale, à prédominance de *lymphocytes* (de 20 à 60 par champ, ou de 100 à 200 par millimètre cube, comptés suivant le procédé de Nageotte); quelquefois on observe de la polynucléose et presque toujours des *plasmazellen* (Ravaut); le liquide est en général *amicrobien*; le tréponème n'y a été trouvé qu'exceptionnellement. On y trouve de l'albumine d'une manière constante, quelquefois en très forte proportion. La *réaction de* WASSERMANN est positive; cette constatation est d'une extrême importance. L'on peut observer aussi le passage de l'iodure de potassium et la réaction du taurocholate de soude (hémolyse nulle ou incomplète).

Formes cliniques. — a. *Forme comateuse.* — Le début peut en être brusque, on retrouve cependant presque toujours la céphalée dans les antécédents; l'apparition du coma peut être brutale ou progressive; on constate souvent l'incontinence des sphincters; la ponction lombaire montre une hypertension considérable et une leucocytose intense.

b. *Forme fruste.* — Il s'agit de forme, soit monosymptomatique, soit à réaction très atténuée.

c. *Forme de la convexité.* — Elle débute souvent par une crise d'épilepsie bravais-jacksonienne, soit à type monoplégique, soit hémiplégique.

d. *Forme de la base.* — Elle est caractérisée par la paralysie des nerfs craniens, surtout par la paralysie du moteur oculaire commun.

e. *Méningite aiguë syphilitique tertiaire.* — Niée par quelques auteurs, cette forme est décrite par Milian; elle se caractérise par de la céphalée, des vertiges, parfois de l'exagération des réflexes.

f. *Forme des nourrissons hérédo-syphilitiques.* — La méningite hérédo-syphilitique emprunte le masque de la méningite tuberculeuse et sans doute parmi les cas de méningites tuberculeuses guéries par l'iodure, beaucoup concernaient des cas de méningites syphilitiques méconnues. On peut observer aussi des couvulsions, de l'hydrocéphalie. Peut-être enfin la mort subite des nourrissons reconnaît-elle parfois comme cause une méningite syphilitique.

Evolution. — La guérison est très rapide dans quelques cas; elle est parfois au contraire très longue, avec des *poussées successives*, des *aggravations*. La mort est assez rare. La guérison est au contraire la règle; mais il ne s'agit pas de guérison absolue; bien après la disparition de tous les symptômes de méningite, on observe des séquelles, signe d'Argyll, exagération des réflexes, et surtout lymphocytose rachidienne; il s'agit alors soit de séquelles définitives, soit du passage à la méningite chronique. Aussi le pronostic doit-il être toujours réservé en raison du rôle de la méningite chronique dans la pathogénie des affections parasyphilitiques (tabes, paralysie générale, etc.). Chez les hérédo-syphilitiques, on observe un retard dans le développement intellectuel, quelquefois l'hydrocéphalie, l'idiotie.

Diagnostic. — Le diagnostic positif est basé sur la céphalée, l'insomnie, le peu de netteté du syndrome méningé, son évolution capricieuse, la constatation de la cicatrice du chancre initial, d'accidents cutanéo-muqueux ou d'autres stigmates de syphilis, et surtout sur les renseignements fournis par la ponction lombaire et le traitement d'épreuve.

Ces caractères permettent de faire le diagnostic avec la méningite tuberculeuse, la méningite cérébro-spinale, les méningites toxiques et les *états méningés* sur lesquels MM. Widal, Achard ont insisté récemment.

En raison de la prédominance d'un symptôme on aura à discuter la céphalée urémique, neurasthénique, la fièvre typhoïde même dans certains cas.

II. MÉNINGITES SYPHILITIQUES CHRONIQUES. — Sous ce terme générique on entend toutes les réactions méningées chroniques qui s'observent chez les syphilitiques. La ponction lombaire a révélé, en effet, en dehors de tout symptôme de méningite, une leucocytose du liquide céphalo-rachidien dès la période secondaire, dans au moins la moitié des cas; cette leucocytose se retrouve également à une période tardive, lorsque surviennent certaines lésions nerveuses nettement syphilitiques, comme une méningite scléro-gommeuse de la base ou de la convexité du cerveau ou une affection parasyphilitique (tabes, paralysie générale).

Nous ne pouvons étudier ici toutes ces variétés de réactions méningées chroniques; nous nous contenterons d'indiquer les deux opinions qui sont soutenues relativement aux liens qui unissent les affections parasyphilitiques et ces réactions méningées atténuées, révélées uniquement par la ponction lombaire.

MM. Babinski, Nageotte, Vincent admettent la filiation suivante des accidents :

Accident primitif.
|
Méningite secondaire.. { aiguë. latente. fruste.
|
ou tertiaire.. latente ou fruste.
|
Méningite chronique.
|
Tabes. Paralysie générale. Hémiplégie. Myélite.

M. Sézary pense que ces réactions méningées chroniques n'ont pas toutes la même signification, et qu'il est nécessaire de distinguer leurs multiples variétés de la manière suivante :

1° *Leucocytose chronique latente de la période secondaire.* — Ses principaux caractères sont sa latence, son indépendance d'avec tout symptôme de méningite ou d'affection nerveuse, sa *curabilité* par un traitement bien réglé.

2° *Leucocytose chronique de la période tertiaire.* — Elle accompagne en général une lésion tertiaire (circonscrite et scléro-gommeuse) du système nerveux; elle peut disparaître par un traitement intensif, mais le plus souvent la leucocytose, après avoir diminué, se maintient à un taux fixe, elle est devenue incurable et rentre alors dans la catégorie suivante.

3° *Leucocytose métasyphilitique ou résiduelle.* — Elle succède le plus souvent à la variété précédente; elle survit à des lésions anciennes n'évoluant plus; elle est incurable, mais cependant elle peut régresser spontanément; elle n'est pas conditionnée par une méningite scléro-gommeuse, mais par un *foyer cicatriciel*. Elle n'est pas de nature syphilitique.

4° *Leucocytose parasyphilitique.* — Elle accompagne les affections nerveuses parasyphilitiques comme le tabes et la paralysie générale. Elle n'est pas influencée par le traitement. Elle relève d'une méningite irritative non spécifique.

5° *Leucocytose isolée, incurable.* — Il est des cas où la leucocytose est incurable, bien que n'accompagnant pas une affection parasyphilitique; il s'agit alors soit d'irritation par des cicatrices en des zones latentes, soit d'une leucocytose précédant l'apparition de paralysie générale.

Tels sont les divers types de réactions méningées chroniques observées chez les syphilitiques; les unes sont manifestement syphilitiques; elles sont curables par le traitement spécifique; les autres sont d'ordre irritatif, elles ne sont nullement influencées par le traitement. Sans insister plus longtemps sur ces discussions, retenons l'importance des renseignements fournis par la ponction lombaire au cours du traitement de la syphilis, surtout au cours de la période secondaire, le traitement devant être poursuivi jusqu'à la disparition de toute réaction méningée, et repris immédiatement si la leucocytose réapparaît.

BIBLIOGRAPHIE. — RAVAUT. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1903. — MIRIEL. Th. de Paris, 1909. — JOLIVET. Th. de Paris, 1912. — VINCENT. Th. de Paris, 1911. — MILIAN. In *Traité* Gaucher. — Ch. FOIX et BLOCH. Diagnostic de la syphilis cérébro-spinale, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, juillet 1912. — MIRIEL. La méningite syphilitique aiguë, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, janv. 1911. — SÉZARY. Les leucocytoses chroniques des syphilitiques, *Gaz. des hôpit.*, oct. 1912.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

N° 134. — SAMEDI 23 NOVEMBRE 1912. 85e ANNÉE. SAMEDI 23 NOVEMBRE 1912. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — NOTES. — *Anatomie.* — Séance du 21 novembre. — MM. Lacau Saint-Guily, 11 ; Noël, 10; Bourgeois (Francis), 9; Oulié, 10; Levent, 7; Libert, 12; Duroselle et Fouquet, 9; Cambessédès, 10.

Prochaine séance samedi 23 novembre, à huit heures du matin, à l'hôpital Beaujon.

Pathologie. — Séance du 20 novembre. — MM. Richard (André), 10; Mérine, 5; Romain, 4; Olivièri, 10; Millet, 8; Ach, 4; Resmond, 6; Grandjean, 9.

— CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR (CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS). — Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1912-1913) aura lieu le jeudi 13 mars 1913, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau).

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 3 au 11 janvier inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel au plus tard le samedi 11 janvier 1913, à trois heures, dernier délai.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — M. le professeur Mairet vient d'être réélu pour trois ans doyen de la Faculté de médecine.

— Le concours pour une place de chef de clinique médicale (service de M. le professeur Rauzier) vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Baumel.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Le concours pour une place de professeur suppléant des chaires de chirurgie qui vient d'avoir lieu à la Faculté de médecine de Paris s'est terminé par la nomination de M. le docteur René Tesson, professeur suppléant libre à l'Ecole de médecine.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

M. le docteur Langlais (de Pontivy) et M. Infroit, chef du laboratoire central de radiographie de la Salpêtrière.

Tous les médecins se réjouiront de la distinction accordée à M. Infroit. Elle est la juste récompense de toute une vie de labeur, de dévouement et d'héroïsme professionnel.

Est nommé chevalier : M. le docteur Guichard, médecin-major de première classe, pour son attitude courageuse au moment de l'investissement de Marakech.

— Sont promus ou nommés dans l'ordre du Mérite agricole :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Genevoix (de Paris).

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Capdeville (d'Alfortville), Delaunay (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Gascard (de Rouen), Issaurat, Jeannin, Lemasson-Delalande et Pouchot de Champtassin (de Paris).

MAISON DE REPOS POUR DAMES ET FILLETTES. — Pour répondre à la demande de plusieurs médecins des hôpitaux et des dispensaires de Paris, la maison de repos et colonie scolaire de Montfort-l'Amaury recevra d'octobre à fin mai, des dames, jeunes fillles et fillettes, n'ayant que de faibles ressources auxquelles l'air de la campagne, l'hygiène d'une installation confortable, l'hydrothérapie et une bonne nourriture seraient prescrits.

Les prix sont par journée : pour fillettes jusqu'à douze ans, en dortoir, 1 franc; pour jeunes filles, en box, 1 fr. 50; pour dames, en chambre, 2 fr. 50; tout compris : logement, nourriture, vin, chauffage, éclairage, hydrothérapie, chemin de fer aller et retour.

Une caisse de secours peut allouer des réductions de 10 p. 100 jusqu'à 50 p. 100 aux personnes nécessiteuses.

Les enfants pourront suivre les classes des écoles de la ville.

S'adresser à la directrice, 15, rue des Bernardins, ou à l'Office central des œuvres de bienfaisance, 175, boulevard Saint-Germain.

On ne reçoit pas de malades contagieux ou alités.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — Le docteur Fernand Bezançon, agrégé, commencera le jeudi 28 novembre 1912 à dix heures et demie, [amphithéâtre Potain, une série de leçons

RENSEIGNEMENTS

458. — **EXTERNE DE SIXIÈME ANNÉE,** scolarité terminée sauf thèse, demande emploi dans clinique. — S'ad. au journal.

cliniques et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

La première leçon sera consacrée à l'étude d'un cas d'asthme.

MM. Philibert et de Jong feront dans le service tous les vendredis à dix heures une leçon théorique.

La première leçon faite par M. Philibert le vendredi 29 sera consacrée à l'étude des nouvelles théories pathogéniques du cancer.

ASSOCIATION D'ENSEIGNEMENT MÉDICAL DES HOPITAUX DE PARIS. — ANNÉE 1912-1913. — SEMESTRE D'HIVER. — *Chirurgie générale.* — Docteur ARROU (hôpital de la Pitié). — Jeudi, opérations au pavillon Gerdy, de neuf heures à midi.

Lundi et vendredi, de dix heures à onze heures et demie, examen des malades des salles et du dehors.

Docteur SOULIGOUX (hôpital de la Charité). — Examen des malades par les élèves les lundis et vendredis. — Leçon avec examen de malades, le vendredi. — Opérations, les mardis, jeudis, samedis.

M. Souligoux accepte dans son service des bénévoles dont le nombre est limité à 10.

S'inscrire à la Charité, dans le service.

ASSOCIATION MÉDICALE CORPORATIVE. — CONFÉRENCES DE PRATIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE. — Ces conférences, publiques et gratuites, ont lieu les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à cinq heures un quart, à l'hôpital Saint-Philippe, 140, boulevard de la Gare (métro : Italie et Nationale).

Mardi 26 novembre : « La psychasthénie et son traitement », par le docteur R. Van der Elst, licencié ès lettres.

Jeudi 28 novembre : « Un nouveau médicament en obstétrique, l'extrait d'hypophyse », par le docteur L. Pouliot, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Samedi 30 novembre : « L'obstruction nasale et ses méfaits », par le docteur Ch. Faseuille, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Lannelongue.

Mardi 3 décembre : « Les aphasies », par le docteur J. Ferrand, médecin de l'hôpital Saint-Joseph.

Jeudi 5 décembre : « L'œil diabétique », par le docteur A. d'Ayrenx, ophtalmologiste de l'hôpital Lannelongue.

Samedi 7 décembre : « Le cancer, sa pathogénie, son traitement », par le docteur W. de Keating-Hart.

Mardi 10 décembre : « Les aphasies », par le docteur J. Ferrand (deuxième conférence).

Jeudi 12 décembre : « L'œil diabétique », par le docteur A. d'Ayrenx (deuxième conférence).

Samedi 14 décembre : « Le cancer, sa pathogénie, son traitement », par le docteur W. de Keating-Hart (deuxième conférence).

Mardi 17 décembre : « Les douleurs d'origine dentaire », par le docteur G. Magny.

Jeudi 19 décembre : « L'hypertrichose et son traitement par les agents physiques (électrolyse, radiothérapie) », par le docteur F. Bisserié.

Samedi 21 décembre : « Causes et traitement des rétrécissements de l'urètre », par le docteur L. Frigaux, assistant à l'Hôpital d'urologie.

Pour recevoir gratuitement le programme des conférences et pour tous autres renseignements, s'adresser au docteur L. Pierra, 258, boulevard Saint-Germain, Paris 7e.

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE (49, rue Saint-André-des-Arts). — COURS DE 1913 (13e année). — Les cours et les conférences de l'école de psychologie sont publics.

Conférences pratiques de psychothérapie et d'hypnologie. — Les conférences cliniques sur les applications de l'hypnose à la psychothérapie et à la pédagogie ont repris depuis le jeudi 21 novembre, à dix heures du matin. Elles sont dirigées par les docteurs Bérillon, Paul Farez et de La Fouchardière. On s'inscrit au Dispensaire neurologique et pédagogique, 49, rue Saint-André-des-Arts.

Conférences hebdomadaires. — Des conférences publiques sur des questions générales de psychologie appliquée ont lieu tous les lundis, à cinq heures.

Consultations du Dispensaire médico-pédagogique et du Dispensaire anti-alcoolique. — Ces consultations ont lieu les mardis, jeudis, samedis, de dix heures à midi. Les médecins et es étudiants sont admis à y assister.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 2 AU 7 DÉCEMBRE 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 2 décembre, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Hôtel-Dieu.*

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mardi 3 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.*

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mercredi 4 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

3e (oral, 1re et 2e parties).

4e.

Jeudi 5 décembre, à une heure. — 3e (oral, 1re partie, 1re et 2e séries).

3e (oral, 2e partie).

4e.

Vendredi 6 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Samedi 7 décembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Beaujon* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Beaujon.*

THÈSES

Mercredi 4 décembre, à une heure. — M. CHABRUN. Contribution à l'étude de la température pendant le travail et des conséquences au point de vue maternel et fœtal. (MM. Pinard, président; Reclus, Roger et Zimmern.) — M. CAYLA. Les brûlures par les courants de haut voltage et leur rôle dans la prophylaxie de la mort. (MM. Reclus, président; Pinard, Roger et Zimmern.) — M. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE. Méningites à pseudoméningocoques et méningites à paraméningocoques. (MM. Roger, président; Pinard, Reclus et Zimmern.) — M. MALEYX. Contribution à l'étude des hémorragies et des perforations intestinales à distance au cours des obstructions terminales du gros intestin. (MM. Gaucher, président; Letulle, André Jousset et Gougerot.) — M. ZENNATI. L'arsenobenzol dans les affections syphilitiques de la spécialité oto-rhino-laryngologique. (MM. Letulle, président; Gaucher, André Jousset et Gougerot.)

Jeudi 6 décembre, à une heure. — M. GOURCEROL. La radiographie de l'appendice. (MM. Chantemesse, président; Gilbert, André Broca et Carnot.) — M. GASPAIS. Contribution à l'étude du mal de Pott sous-occipital syphilitique. (MM. Gilbert, président; Chantemesse, André Broca et Carnot.) — M. BAILLE. Les tuberculoses suppurées. Comment les guérir sûrement par la méthode des ponctions. Les raisons des insuccès. (MM. Albert Robin, président; Bar, Richaud et Jeannin.) — M. VAYSSIÈRES. Etude sur l'extrait d'hypophyse en tant qu'agent ocytocique. (MM. Bar, président; Albert Robin, Richaud et Jeannin.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Vagues utéro-ovariennes. Physiologie et psychologie normales et pathologiques de la femme, par H. STAPFER. (Monographie de l'*Œuvre médico-chirurgical.*) Broch. gr. in-8° de 41 pages. — Prix : 1 fr. 25. — Paris, Masson et Cie.

Les Abcès de fixation (*Consultations médicales françaises*, fasc. 42), par le docteur Jacques CARLES, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin des hôpitaux. In-16 de 16 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

REVUE GÉNÉRALE

LA CHORÉE DE SYDENHAM [1]

Par MM. L. PAYAN et Ch. MATTEI,
Internes des hôpitaux de Marseille.

VII

Diagnostic. — On peut, pour les différencier d'avec la maladie de Sydenham, envisager successivement les différentes affections simulant la chorée, dans l'ordre que leur assignent leur fréquence et leur intérêt croissant.

Par les mouvements involontaires sans but ni cause accompagnant les troubles mentaux de la chorée de Sydenham, se fera le diagnostic entre ces désordres psychiques et les diverses *psychopathies*.

De même se distingueront des amyotrophies et des paralysies (chorée molle) de la chorée mineure toutes les *amyotrophies* et toutes les *paralysies* : paralysies, infantile, infectieuses, toxiques, médicamenteuses, pottiques, hystériques. L'hémiplégie alterne de Gübler, le syndrome de Benedikt même peuvent être rappelés par l'hémichorée (Schlewig)

Plus importante à connaître est la différence qu'il faut établir entre la maladie de Sydenham et les divers *tremblements* : tremblements toxiques, hystériques, tremblement intentionnel de la sclérose en plaques, tremblement des maladies de Graves et de Parkinson. Ceux-ci sont bien caractérisés par leur régularité, leur rythme, leurs oscillations peu étendues. La *maladie de Friedreich* se distinguera par son caractère familial, sa démarche à type ataxo-cérébelleux, le signe de Romberg, la dysarthrie, les arthropathies trophiques, le signe de Westphal, le nystagmus, les vertiges et l'*incurabilité*. Les secousses y sont irrégulières, disparaissent lorsque les parties atteintes ont un point d'appui.

Dans l'*athétose double* les mouvements sont lents, reptatoires, avec, à la longue, déformations persistantes des membres. Il y a chez ces malades un état spasmodique permanent, de l'imbécillité native, un désordre mental croissant.

Dans la *paralysie générale progressive*, les tremblements, les troubles pupillaires, les crises apoplectiformes ou épileptiformes, les délires systématisés constituent un tableau clinique particulier, ne survenant que chez l'adulte.

Certaines formes de chorées congénitales pourraient être confondues *avec les diplégies cérébrales*, si on ne retrouvait dans ces dernières l'exagération des réflexes, la rigidité musculaire, les troubles marqués de l'intelligence et l'inefficacité du traitement (G. Ballet).

Les mouvements convulsifs, parfois choréiformes observés dans les *méningites aiguës ou tuberculeuses* seront facilement rattachés à leur véritable cause.

L'incoordination du *tabétique* apparaît dans les seuls mouvements volontaires : l'obscurité l'exagère ; l'abolition des réflexes, le signe d'Argyll-Robertson rendent d'ailleurs évident le diagnostic.

Le *syndrome cérébello-choréiforme* de Pierre Marie et Joltrain, la *chorée cérébelleuse* (Touche [de Brévannes]) se différencient par l'ensemble des manifestations cérébelleuses.

Lorsque l'ÉPILEPSIE précède, accompagne ou suit la chorée typique, le diagnostic est facile. Il l'est moins quand chez un épileptique se montrent des mouvements choréiformes. Ce sont alors presque toujours des secousses généralisées rapides et fugaces qui vont se répétant à intervalles variables entre les grands accès.

Le *tic de Salaam* ou spasme nutant apparaît dans les premiers mois de la vie. Il s'agit là on le sait de spasmes cloniques des muscles du cou provoquant des mouvements de salutation. C'est une manifestation comitiale survenant sous forme d'accès plusieurs fois par jour.

Le diagnostic *avec l'éclampsie*, surtout dans les cas de chorée gravidique, est des plus importants. L'évolution par crises plus ou moins espacées, l'albuminurie et les autres manifestations d'intoxication gravidique, l'efficacité du régime lacté, en seront les principaux éléments.

La *maladie des tics* se distingue de la chorée de Sydenham par les signes suivants. Les mêmes mouvements se répètent avec un caractère pseudo-intentionnel. Leur localisation est subordonnée au tic (tic de la pensée). Ils sont brusques, brefs, rythmiques, mais discontinus (mouvements en salves), synchrones. La volonté les arrête momentanément rendant aux membres leur capacité fonctionnelle. De plus la force musculaire est conservée ; la sensibilité est intacte, les réflexes tendineux sont normaux. En somme : « Le tic est un mouvement figuré. la chorée est constituée par un mouvement amorphe. » (Oddo.)

Nous ne ferons que *citer les spasmes fonctionnels* : crampe des écrivains et autres crampes professionnelles.

Les *secousses de myoclonies et du paramyoclonus* notamment, respectent le plus souvent la face ; elles sont habituellement provoquées par des excitations périphériques. Elles ne troublent pas les mouvements volontaires.

La *chorée fibrillaire de Morvan* est pour la plupart des auteurs une variété de myoclonie. Elle en possède les principaux symptômes, mais elle respecte la face, et les secousses qui la caractérisent, au lieu de porter sur l'ensemble des muscles, intéressent seulement un certain nombre de fibres ou de faisceaux.

Certaines entités morbides bien qu'elles se rattachent aussi aux myoclonies sont décrites sous le nom de *chorées électriques* : la chorée de Dubini, chorée d'Henoch-Bergeron. La *chorée de Dubini* débute par des phénomènes douloureux intenses, affectant la tête, la nuque, la région lombaire ; de fortes secousses douloureuses s'accompagnant d'attaques convulsives et quelquefois suivies de paralysie, complètent le tableau clinique. L'évolution, fébrile, dure de quelques jours à quatre ou cinq mois et se

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 131, p. 1825.

termine par la mort dans 90 p. 100 des cas (Bianchi).

La *chorée de Bergeron* est caractérisée par des secousses brusques et rapides comme si elles étaient produites par une décharge électrique; répétées d'une façon rapide rythmique et par intervalles plus ou moins éloignés, elles n'entravent pas les mouvements volontaires.

De ces chorées se rapprochent les cas de *chorée tétanoïde* signalés par Gowers dans la cirrhose hépatique.

La nature de ces *chorées électriques* est assez obscure; l'hystérie a été incriminée par plusieurs auteurs.

Non douteuse est l'origine hystérique des manifestations qu'il faut maintenant éliminer.

Dans l'*astasie-abasie choréiforme*, les troubles moteurs rappelant la chorée apparaissent dans la station debout, d'autres fois pendant la marche. Ils cessent au repos.

La *chorée hystérique rythmique* se distinguera par la régularité et le rythme de ses oscillations. La *chorée arythmique hystérique* comprend les cas où l'hystérie, « la grande simulatrice » de Charcot, prend le masque de la chorée mineure. Elle débute souvent brusquement après une attaque. Son maximum d'intensité est atteint d'emblée. L'absence de complications, les autres symptômes révélateurs de l'hystérie (attaques et crises, troubles nombreux de la sensibilité rares dans la chorée, troubles spéciaux de la vision, puissance de la suggestion, etc.), toutes ces notions éclaireront souvent le diagnostic.

Les *chorées symptomatiques* parmi lesquelles la plus fréquente est l'hémichorée posthémiplégique seront assez facilement dépistées. Généralement précédées d'un ictus elles sont accompagnées d'hémiplégie, d'hémianesthésie inconstante, d'exagération homolatérale des réflexes.

Les caractères de la *chorée variable des dégénérés de Brissaud* permettent surtout dans la période d'état de différencier cette affection. Il s'agit ici de malades atteints de dégénérescence physique et psychique, présentant des mouvements variables dans leurs localisations et dans leur fréquence. L'évolution se fait par paroxysmes brusques et par accalmies. La guérison n'est jamais qu'apparente; une récidive vient bientôt confirmer le diagnostic. Il faut remarquer que des états intermédiaires entre les tics et la maladie de Brissaud, d'une part, la chorée variable et l'hystérie, d'autre part, ont été signalés, par plusieurs auteurs (Sainton).

La *chorée de Huntington* ou *chorée chronique* possède en plus des symptômes moteurs de la chorée simple des signes qui ont permis d'en faire une entité distincte. Des *troubles mentaux* suivent généralement à bref délai les troubles moteurs. Ils vont en progressant de l'affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire à la *démence complète*. Survenant chez des *sujets au-dessus de quarante ans*, elle *dure de dix à trente ans* et davantage, évoluant de façon lente mais progressive vers une *mort fatale*. C'est surtout en présence des formes chroniques de la chorée mineure qu'il faudra songer à la chorée de Huntington.

VIII

Pronostic. — Le pronostic est bénin quand la chorée survient avant la puberté. Les formes graves ou mortelles ne se montrent qu'après dix ans pour Paul Blocq. Elles sont d'autant plus fréquentes que les malades sont plus âgés. La mort s'observe dans 2 à 2,5 p. 100 des cas (Crouzon). Elle relève de l'état de mal ou de l'épuisement nerveux, des complications surajoutées (complications cardiaques, arrêt diastolique du cœur dans un cas de Barie, infection à staphylocoques dans les cas de Guizzetti et Guido Rossi). La gravité des tares héréditaires doit entrer en ligne de compte, le passage à la chronicité, la persistance des troubles psychiques ou intellectuels sont très fréquents chez l'adulte.

IX

Anatomie pathologique. — Elle est encore assez mal connue; les autopsies de choréiques sont relativement rares et les lésions qu'elles permettent de mettre en évidence sont assez variables. Des altérations fréquentes sont pourtant constatées surtout dans les *centres nerveux*. Raymond, résumant 79 rapports d'autopsie, constatait que sont surtout fréquentes les lésions du cerveau et de la moelle au premier rang desquelles l'hyperhémie, le ramollissement et l'encéphalite chronique.

Système nerveux. — Rares sont les cas où il n'y a aucune altération. Il en était ainsi dans cinq observations de Charcot, dans deux cas de Triboulet, chez un sujet de Gombault et dans une autopsie de Weill et Gallavardin. Raymond (loco citato) note l'hyperhémie des méninges, du cerveau, de la protubérance, et du bulbe (Ogle), la pachyméningite hémorragique, le ramollissement des circonvolutions, du corps strié du trigone, des lobes cérébraux postérieurs et moyens. Dans la moelle, la congestion, les foyers de ramollissement d'origine embolique, la méningite néo-membraneuse, la sclérose et la dégénérescence des cellules nerveuses sont fréquemment relatées.

Les *lésions diffuses*, généralisées à tout l'axe cérébro-spinal, existaient dans le cas de Gray où l'on notait du ramollissement des lobes antérieurs et moyens du cerveau et de la partie dorsale de la moelle. Steiner a rencontré une congestion cérébro-spinale intense accompagnée d'un épanchement de sérosité dans le canal épendymaire. Dans le cas de Rokitansky, il y avait prolifération du tissu conjonctif interstitiel au niveau des différents centres nerveux. Dans l'observation d'Ehscher, il existait un processus de nature irritative étendu à l'axe encéphalo-médullaire tout entier et même aux nerfs périphériques. Dana conclut de ses recherches que les lésions de la chorée intéressent la pie-mère, la corticalité cérébrale, le noyau lenticulaire, la moelle et le faisceau pyramidal. Ces lésions indiqueraient dans les cas aigus un processus inflammatoire d'origine infectieuse ou toxique comme celui qui par ailleurs détermine les lésions rhumatismales ou cardiaques: congestion intense, dilatation vasculaire avec petits foyers de ramollissement et d'hémorragie, cellules

rondes infiltrant les gaines périvasculaires et prolifération périartérielle. Balzer, dont on peut trouver l'observation dans l'ouvrage de Cadet de Gassicourt, avait rencontré de la congestion de la pie-mère, du cerveau et de la moelle. Cette congestion rappelait celle qui caractérise d'après Ollivier et Ranvier, le rhumatisme cérébral. Lésions diffuses encore dans le cas de Richon : œdème sous-arachnoïdien, épaississement méningé, placards hémorragiques, vers la région postérieure de l'écorce cérébrale, état globuleux des cellules radiculaires de la moelle avec disparition de leurs prolongements et modification de leurs affinités pour les colorants.

Chavigny et Schrœder ont rencontré la névroglie altérée et hypertrophiée dans la presque totalité des centres nerveux. Dans un cas de chorée gravidique C. Tommasi-Crudeli a vu des altérations frappant les cellules corticales et les fibres pyramidales. Dans l'observation de Delcour et René Sand les méninges et l'axe cérébro-spinal dans toute sa hauteur étaient congestionnés avec, par place, œdème, nécrose ou hémorragie. La névroglie et le tissu conjonctif étaient proliférés, les cellules nerveuses altérées, les ganglions de la base présentaient le maximum des lésions des centres.

Dans quelques autopsies à la place de la diffusion, qui est le propre des observations précédentes, apparaît une *localisation déterminée*.

Tantôt les lésions intéressaient seulement le *cerveau et ses enveloppes*. Tuckwell trouve un ramollissement bilatéral plus accentué à droite surtout dans le lobe moyen. Dans 2 cas de Romberg, l'hydrocéphalie accompagnait l'atrophie cérébrale ou le ramollissement périventriculaire. Frerichs rencontre de la congestion du cerveau et de ses enveloppes et de la pachyméningite hémorragique. Golgi signale des lésions d'encéphalopathie chronique interstitielle analogues à celle de la démence paralytique. Dans 5 cas de Türner certaines cellules pyramidales de la substance corticale (couche profonde) étaient hypertrophiées, gonflées, opaques : il faut dire que la septicémie puerpérale existait dans un de ces cas, des affections cardiaques avec albuminurie dans deux autres. Silvestrini et Daddi trouvent de l'atrophie variqueuse avec chromatolyse dans les prolongements protoplasmiques des cellules de l'écorce, Thomson signale de son côté une chromatolyse des mêmes cellules et quelques dilatations peut-être artificielles des prolongements de certaines d'entre elles.

Koprynski, Dupré et Camus ne trouvent qu'une neuronophagie discrète, intéressant la moelle par place ; elle était plus accentuée dans les cas de Van Londen qui attribue à ces lésions une origine névroglique. Pour André Thomas le substratum anatomique de la chorée consiste en des lésions d'encéphalite ou de méningo-encéphalite légère intéressant surtout la zone motrice du cortex cérébral ou la voie pyramidale. Pour Stephen Cassard, ce sont aussi des altérations légères et réparables de la corticalité cérébrale qui sont à la base de la chorée (16 observations). Hutinel de même ne voit dans la chorée qu'une encéphalopathie curable. J. Lépine, Giraud et Rabattu dans un cas de chorée mortelle trouvent de la méningo-encéphalite. Ravenna pense que la chorée relève, comme l'épilepsie, de lésions cérébrales. Les lésions cérébrales dans bien des cas prédominaient au niveau des corps optostriés. Ainsi Fox trouve des embolies microscopiques du corps strié. Meynert trouve des lésions des noyaux centraux associées à des lésions corticales ; Wrany du ramollissement du noyau lenticulaire avec altérations semblables de l'insula de Reil. Dans 7 cas de Dickinson existaient diverses lésions de l'encéphale plus accusées pourtant dans les corps striés. Landouzy relève des lésions du noyau extraventriculaire du corps strié. Krœmer, de ses recherches, conclut aussi à la fréquence de l'irritation ou des lésions de la couche optique, du corps strié ou des régions voisines, parfois à des lésions intéressant directement le faisceau pyramidal. Méry et Babonneix ont de même rencontré des lésions prédominant dans les corps optostriés dans un cas de chorée mortelle survenue au cours d'une granulie.

La MOELLE peut être aussi le siège d'altérations diverses. Romberg a signalé dans un cas le ramollissement de la moelle cervicale et dorsale. Dans les observations de Steiner on trouve relatée l'hyperplasie conjonctive de la moelle accompagnée d'un épanchement séreux et hémorragique dans le canal central. Le canal épendymaire dans un cas contenait un exsudat louche. Froriep a vu la face antérieure du bulbe comprimée par l'apophyse odontoïde élargie.

Elischer, Klein, Flechsig et Wollenberg, Jackowenko décrivirent comme caractéristiques de la chorée des corps spéciaux : les *choreakörperchen*. Ils siégeraient toujours dans les ganglions centraux et plus spécialement dans le segment antérieur du globus pallidus, parfois aussi dans le noyau caudé et dans la moitié postérieure du thalamus. Ce sont des amas de corpuscules lenticulaires qui s'agglomèrent surtout autour des vaisseaux aux parois desquels ils confinent souvent et dans les espaces périvasculaires. Ovalaires, ils présentent une zone périphérique claire et une zone centrale qui fixe certains colorants avec intensité : « Le violet de gentiane et le violet de méthyle les colorent faiblement, l'hématoxyline et le rouge magenta les colorent fortement (Blocq et Grenet). » Il s'agit probablement là d'une dégénérescence hyaline à localisation spéciale. Toutefois Manasse, Laufenauer, Wollenberg ont rencontré des lésions analogues, en dehors de la chorée, dans diverses maladies infectieuses. En 1903, Hudovernig insiste à nouveau sur la valeur des choreakörperchen qui manquent dans les cas légers ; lorsqu'ils existent, ils seraient constants dans le bulbe et la moelle, au voisinage des faisceaux pyramidaux. Ces lésions vasculaires et périvasculaires sont trop inconstantes cependant pour avoir la valeur qu'on leur a attribuée au début.

En somme des lésions très diverses, d'ailleurs inconstantes, ont été signalées et aujourd'hui encore on peut dire :

« Qu'il n'existe pas d'anatomie pathologique propre à la chorée de Sydenham. » (Leroux.)

De nombreux auteurs cependant sont actuellement d'accord pour faire de la danse de Saint-Guy *une maladie organique*.

Pour terminer, rappelons que la *chorée de Huntington* qui présente tant d'analogies avec la chorée vulgaire relève d'un processus de *méningo-encéphalite chronique* avec lésions des noyaux centraux et de la moelle, altération des cellules pyramidales, prolifération névroglique, plus rarement lésions vasculaires (P. Sainton, Katfin). Il faut rappeler aussi que l'hémichorée est souvent rattachée à des processus d'irritation du faisceau pyramidal (F. Touche).

Cœur. — Il est presque toujours altéré dans les chorées mortelles (Bright, Gendrin, Bazin, Stirkes et Ogle). Les péricardites sèches ou avec épanchement, les endocardites ulcéreuses ou végétantes sont assez fréquentes pour que Tuckwell ait cru devoir en faire les éléments caractéristiques du cœur choréique et que Sturges ait décrit l'endocardite choréique. En réalité ces lésions sont d'origine rhumatismale ou infectieuse.

La congestion et les infarctus PULMONAIRES, la congestion rénale, les suppurations diverses (abcès parotidiens) ont encore été signalés.

« Ces lésions n'ont du reste rien de spécial à la chorée... Et si l'on examine toutes ces observations, on voit que la plupart des sujets sont morts de maladies infectieuses dont les lésions cérébro-médullaires et cardio-pulmonaires sont la localisation anatomique. » (Leroux.)

X

Physiologie pathologique. — Le mécanisme des mouvements choréiques est assez obscur. Horatio C. Wood, de ses expériences sur les animaux (1), conclut que ce mécanisme relève du défaut ou de la faiblesse de l'action inhibitrice exercée en temps normal par la moelle sur les cellules radiculaires antérieures. Celles-ci ont tendance à se décharger rythmiquement car la moelle ne possède plus son action de contrôle. Les mouvements involontaires seraient pour Leonello Lenaz conditionnés par des impulsions que ressent le sujet. Les troubles moteurs choréiques seraient plutôt pour Leroux d'ordre paralytique; les paralysies sont de fait fréquemment associées à la chorée. Peut-être faut-il d'après le même auteur invoquer la présence tantôt de toxines paralysantes tantôt de toxines convulsivantes.

XI

Pathogénie. — THÉORIES NERVEUSES. — Les anciens auteurs et avec eux Charcot, Joffroy, Comby et Blocq font de la chorée une névrose.

Joffroy la considère comme une *névrose cérébro-spinale d'évolution*, qui se manifeste sous l'influence d'une maladie aiguë, d'une émotion ou d'un trouble du développement et qui serait l'indice d'une dégénérescence des systèmes moteur et psychique.

Comby se prononce en faveur d'une *névrose de croissance*. Sturges défend la *théorie psychologique*: la chorée pour lui découlerait d'une maladie de l'attention.

Weill admet que le système nerveux sous l'influence d'excitations diverses réagit de façon variable aux différentes époques de la vie: convulsions et éclampsie dans le premier âge, chorée dans la seconde enfance, hystérie chez l'adulte. « Pour provoquer l'un ou l'autre de ces états pathologiques, il faut une prédisposition héréditaire ou acquise. » (Weill.)

La *théorie optique* de Stevens incriminait essentiellement des troubles primitifs de la réfraction: les efforts répétés d'accommodation, l'asthénopie constituent autant d'excitations spéciales susceptibles à la longue d'entraîner la chorée. On en retiendra la fréquence des altérations visuelles et leur rôle occasionnel possible dans l'apparition de la chorée.

Il suffit de signaler l'hypothèse de de Ponthine qui soutient l'*origine naso-pharyngienne* de la chorée.

Bouchut et Brouardel ont défendu la *théorie dyscrasique*. Il y a dans la chorée hypoglobulie et insuffisance de la nutrition du système nerveux, d'où l'apparition au moindre choc des mouvements ataxiques. Mais l'hypoglobulie est souvent peu accusée, elle persiste après les convulsions; ce n'est qu'un symptôme banal sans valeur propre.

La *théorie de l'embolie* défendue par Tuckwell et par Sturges, qui incriminait des embolies bilatérales des artères des corps optostriés, a été ruinée par Raymond. Elle n'explique point la guérison complète qui est de règle dans la chorée, et suppose l'existence d'une endocardite qui n'est rien moins que constante.

DES THÉORIES ORGANIQUES plus récentes fixent à la chorée un substratum anatomique: lésions des corps optostriés (Jackowenko); altérations des pédoncules cérébelleux supérieurs pour Wernig et Ziehen; lésions des centres cérébraux et cérébelleux pour Oddo. Hudowernig invoquait l'irritation des faisceaux pyramidaux par les choreakörperchen; Giuffre des lésions du système pyramidal. Actuellement d'ailleurs la plupart des auteurs s'accordent pour faire de la chorée une maladie organique liée à une méningo-encéphalite ou à une encéphalite légère. Elle manifesterait par certains de ses symptômes moteurs des lésions de la *zone corticale motrice* ou du *faisceau pyramidal*, par ses troubles psychiques une *lésion de l'écorce cérébrale*; les *troubles des réflexes*, la *lymphocytose du liquide céphalo-rachidien* viennent encore à l'appui de cette hypothèse. Telle est l'opinion d'André Thomas, opinion soutenue aussi par Babinski, Henri Claude, Mme Gatow-Gatewski, par Richardière, Lemierre et Sourdel, par Rosalino Ciauri, par Bianchi qui incrimine l'irritation du faisceau pyramidal et des lésions des faisceaux rubro-spinaux allant des noyaux rouges à la moelle. La chorée de Sydenham, l'hémichorée (Bianchi), les chorées chroniques (P. Sainton) prendraient place parmi les syndromes d'altération pyramidale à côté des amyotonies, des myoclonies, des tremblements (Rosalino Ciauri), de l'athétose (Bright

(1) Il faut rappeler que la chorée a été signalée et étudiée chez les animaux (chiens) non seulement au point de vue expérimental mais encore au point de vue clinique (Champetier, Triboulet, 1891-1892).

mann) et des mouvements épileptiques (expérience de Roncoroni).

THÉORIE RHUMATISMALE. — Pour Germain Sée, Rilliet, Barthez et Sanne, Roger, I. Simon, C. de Gassicourt, Brown, la chorée ne serait qu'une forme du *rhumatisme cérébro-spinal*. En fait la coïncidence des deux affections avec ou sans manifestations cardiaques est assez fréquente ; elle manque pourtant dans 71,90 p. 100 des cas (Leroux). Duckworth en 1906 soutient encore la théorie rhumatismale. Poynton et Holmès Gordon (1908) ont signalé la localisation sur les méninges du diplococcus rheumaticus.

THÉORIE INFECTIEUSE. — Certaines conditions étiologiques, certains symptômes, certaines complications, les récidives, les recherches bactériologiques, les résultats d'autopsie peuvent être invoqués en sa faveur.

Les études expérimentales n'ont pas donné de résultats bien probants ; Triboulet pourtant, en inoculant à un chien indemne des cultures microbiennes provenant d'un chien choréique obtient chez le premier de l'amyotrophie avec secousses rythmiques. Guzzelli en injectant à des cobayes des cultures de streptocoque, de staphylocoque, de pneumocoque, de gonocoque, fait apparaître un syndrome tonico-clonique. Des mouvements choréiformes se produisent qui durent quelques jours, puis la guérison survient spontanément (1902).

Les partisans de la théorie infectieuse se divisent en deux groupes : les uns veulent faire de la chorée le résultat d'une *infection spécifique*, les autres d'une *infection banale et variable*. Parmi les premiers, il n'y a guère que Pianese, B. Sachs (bacilles indéterminés) et Desnel (diplocoques capsulé et lancéolé).

Leyden, Triboulet, Coyon et Zadok, Apert ont retrouvé dans le sang le diplocoque qu'ils avaient déjà signalé dans le rhumatisme articulaire aigu.

Leredde, Triboulet, Meyer, Westphal, Wassermann, Malkoff, Mircolli, Hallé, Langevin et Camisa signalent simplement de leur côté des microbes banaux (streptocoque, staphylocoque blanc et doré, entérocoque). Tommasi-Crudeli a décrit dans le sang d'une choréique gravide morte en état de mal un diplocoque associé au staphylocoque. Les recherches de Camisa et de Calcaterra sur le sérum ont été énumérées à l'étiologie.

De la théorie infectieuse se doit rapprocher la THÉORIE TOXIQUE, celle-ci toute récente. La maladie de Sydenham relève ici d'une intoxication, endogène dans la plupart des cas. Le malade de Mariani cependant était atteint de la pellagre. Rudaux dans la chorée gravidique attribue une influence primordiale à l'auto-intoxication et à l'insuffisance des moyens de défense de l'organisme. Il y avait auto-intoxication intestinale dans un cas de Mario de Malde. Triboulet et Permiot, après Teissier, ont vu deux fois la chorée survenir au cours de l'insuffisance hépatique. Sergent et Besset pensent que la chorée molle est liée à l'*insuffisance surrénale*. Van Komden a observé de même un cas de chorée accompagnant une maladie d'Addison. Simonini enfin dans six cas obtint la guérison par l'*opotherapie parathyroïdienne*. Il provoque chez l'animal des mouvements choréiformes par l'ablation des parathyroïdes.

En résumé toutes ces théories basées sur des observations précises peuvent se défendre et loin de s'exclure se concilient dans la plupart des cas. Certaines d'entre elles semblent même s'éclairer l'une l'autre ; ainsi chez un sujet prédisposé de par ses antécédents héréditaires ou acquis on peut fort bien admettre que le rhumatisme, par exemple, qu'une maladie infectieuse ou même une intoxication, déterminera des lésions du système nerveux central que traduiront les diverses manifestations choréiques.

XII

Traitement. — Les formes légères de la chorée de Sydenham guérissent souvent spontanément, il est par contre des cas aigus ou chroniques rebelles à tout traitement. Il n'est pas sauf exception de traitement spécifique de la danse de Saint-Guy ; aussi, nombreux sont les agents médicamenteux ou physiques qui ont été mis en œuvre.

AGENTS THÉRAPEUTIQUES. — *Traitement hygiénique.* — Il faut mettre le malade au repos plus ou moins complet; on retirera l'enfant de l'école pour l'isoler dans un milieu calme à la campagne, au grand air et on lui évitera tout effort intellectuel. Si un exercice modéré reste parfois possible les courses prolongées seront interdites. Dans les cas de moyenne intensité et à plus forte raison dans les cas graves le repos absolu au lit est de rigueur.

L'alimentation sera légère et de digestion facile : le lait, les œufs, les viandes grillées, les légumes verts et les graisses en formeront la base. Le régime imposé variera de sévérité suivant la gravité du cas. On assurera la vacuité de l'intestin.

AGENTS PHYSIQUES. — Les *douches froides* seront de courte durée : douches en jet brisé ne dépassant pas un quart de minute. Elles ne conviennent pas aux enfants de moins de huit ans ni aux choréiques rhumatisants. Chez les tout jeunes on préférera les lotions froides (10 à 12 degrés) à l'éponge, une ou deux fois par jour à l'eau salée. Elles seront suivies comme les douches de *frictions sèches*. On peut leur substituer les enveloppements avec le drap mouillé froid et insuffisamment tordu. Les bains tièdes (Brochu) à 35 degrés seront surtout utilisés dans les formes graves deux fois par jour, une ou deux heures chaque fois, les *bains sulfureux tièdes* sont parfois employés. Les *bains de mer* sont surtout indiqués dans l'anémie de la convalescence. Dans la convalescence également doivent être mises en œuvre les propriétés de certaines *stations thermales* (Dresch). La Bourboule, La Foux, Saint-Didier, Brioude, Champel, Divonne, Lamalou, Amélie-les-Bains, Uriage, Balaruc, Salins-Moutiers, Salies-de-Béarn, peuvent être suivant les cas conseillés utilement (Grasset et Rauzier).

La *gymnastique méthodique* trouve ses indications après la période d'état (Récamier, Trousseau, Guthrie), les enfants durant quelques minutes chaque jour feront des mouvements rythmés, partiels d'abord

puis d'ensemble, accompagnés de préférence de chants également rythmés.

L'*électricité* est inconstante dans ses résultats, Duchenne et Becquerel utilisaient les courants induits. Remak, Hiffelscheim, Benedikt, Onimus et Legros, Weill, préfèrent le courant continu : courtes séances de deux à cinq minutes au début, puis de durée progressivement croissante. Delhermann préconise le bain statique ou la douche statique avec effluvation sur les membres agités.

La *métallothérapie* (Burq) et l'*hypnotisme* n'ont de valeur que contre les manifestations hystériques.

AGENTS MÉDICAMENTEUX. — De très nombreux médicaments ont été employés; il en est peu dont l'efficacité soit incontestable.

La *strychnine* employée par Lejeune, Niemann, Cazenave et Trousseau sous forme de sirop à 1/2000 (doses progressivement croissantes de 15 à 100 et même 120 grammes par jour) donne souvent des accidents toxiques et n'a que des avantages incertains. On doit simplement citer l'*ésérine* préconisée par Bouchut (2 à 20 milligrammes par jour en injections hypodermiques), l'*hyosciamine* vantée par Oulmont (2 à 6 pilules de 1 milligramme par jour), l'*hyoscine* employée par Dufour.

Les *antispasmodiques* sont parfois utiles : pilules de Méglin à l'oxyde de zinc, valérianate de zinc, bromo-valérianate de zinc, bromure de camphre à la dose de 1g50 en trois prises (Baccelli, Ghetti). Le bromure de potassium (2 à 6 grammes) est contre-indiqué d'après Sequin. De même peuvent être employés parfois les *narcotiques* : opium, morphine, belladone, chloroforme, teinture de chanvre indien, pulvérisations d'éther le long du rachis. Babinski et Dormoy ont récemment prôné dans les formes graves et rebelles le *chlorhydrate de scopolamine*. Ils font des injections de 1/10, 2/10, 3/10 et 4/10 de milligramme, les premier, deuxième, troisième et quatrième jours et continuent chaque semaine à pratiquer trois injections contenant en tout 5/10 de milligramme de substance active; la guérison surviendrait entre la troisième et la septième semaine.

La chloralose (Féré) a de sérieux inconvénients. Joffroy associe le chloral à de la gelée de groseille dans la proportion de 1/20 et donne 4 grammes du médicament au-dessus de dix ans, 1 ou 2 grammes au-dessous. Charcot, Bouchut, Dujardin-Beaumetz employaient aussi le chloral. Taylor et Winter préfèrent le chloretone. Moncorvo et Lœwenthal, I. Monteverdi ont employé de l'hexalgine (20 à 60 centigrammes par jour). Jeffries vante le sulfonal (30 à 90 centigrammes par jour). Le trional (Porot), l'hédonal (Martinez, Vargar, Porot) sont parfois des adjuvants utiles. Le *salicylate de soude* aurait donné à Dresch de bons résultats. Pierre Marie conseille le salophène; Kobrak, Massalongo et Zambelli l'aspirine.

Moncorvo surtout dans les chorées infectieuses prescrit le *sulfate de quinine*. Derland, E. Smith, C. Rivière, recommandent l'ergot de seigle.

La *médication vomitive* n'est plus employée parfois que dans les cas rebelles; Gillette et Roger employaient le tartre stibié ; ils en donnaient 20 centigrammes le premier jour, 40 centigrammes le second, 60 centigrammes le troisième, puis après trois jours de repos 25 centigrammes le septième jour, 50 centigrammes le huitième, 75 centigrammes le neuvième. Après un nouveau repos de trois jours, ils donnaient encore 30 centigrammes le treizième jour, 60 centigrammes le quatorzième jour, 90 centigrammes le quinzième. De bons résultats sont parfois obtenus après une ou deux séries. L'intolérance ou des accidents plus sérieux peuvent survenir. L'apomorphine est donnée en injections hypodermiques (Graham, Tull). Les sels de fer trouvent leurs indications lors de la convalescence.

Il nous faut maintenant passer en revue les médicaments dont l'efficacité semble certaine : *antipyrine*, *arsenic* et *sels de magnésie* récemment introduits dans la thérapeutique de la maladie de Sydenham.

L'*antipyrine* étudiée par Wolner et Legroux (1887), Moncorvo, Comby et surtout Leroux, s'emploie à fortes doses : 3 grammes par jour en trois prises au début; on monte ensuite en deux ou trois jours, à 4, 5 ou 6 grammes. On donnera entre six et dix ans 3 et 4 grammes, entre dix et quinze ans 5 et 6 grammes pro die. Si en trois semaines il ne survient aucune amélioration notable on ne devra plus compter sur l'efficacité du médicament. Celle-ci serait effective dans les deux tiers des cas (Ch. Leroux). Les accidents parfois signalés sont peu graves : quelques troubles digestifs, quelques éruptions cutanées.

Le *traitement arsenical*, tombé dans l'oubli, a été remis en honneur par Seguin et surtout par Comby. On lui a reproché de donner parfois des accidents ; en effet, des troubles digestifs, respiratoires et circulatoires, des éruptions cutanées, des paralysies même ont été signalés, surtout avec l'acide arsénieux. Ils sont dus à une susceptibilité individuelle ou à un mauvais fonctionnement des reins ou du tube digestif qui doivent faire rejeter l'arsenic. Plus souvent encore ils relèvent de fautes commises dans l'administration du remède, à l'emploi de doses trop fortes ou trop prolongées (Lesbroussart); aussi Comby conseille-t-il de ne point prolonger au delà de sept à huit jours le traitement. Pendant toute la durée de celui-ci l'enfant gardera le lit; il sera mis au régime lacté absolu et l'on pratiquera chaque jour un lavage intestinal. S'il survient des accidents, la médication sera suspendue durant quelques jours au moins. La *liqueur de Fowler* (Seguin, Fabel) se donnera en commençant, chez un enfant de huit ans par exemple, à la dose de IV gouttes par repas ; on augmentera ensuite chaque jour d'une goutte par repas jusqu'à un maximum de VII ou VIII gouttes qu'il ne faudra point dépasser. Perroud injecte tous les jours ou suivant les cas, tous les deux ou trois jours, de IV à V gouttes de liqueur de Fowler. L'*acide arsénieux* s'emploie surtout sous forme de *liqueur de Boudin*, en solution à 1 p. 1000 ; c'est là, semble-t-il, la médication la plus active. On l'emploiera toujours *très diluée* de façon à ne l'administrer qu'en plusieurs fois. Comby donne le premier jour 10 grammes de liqueur de Boudin dans un julep de

120 grammes à prendre par cuillerées à soupe toutes les deux heures. Le second jour il en donne 15 grammes, le troisième 20 grammes, le quatrième 25 grammes, le cinquième 30 grammes, le sixième 35 grammes (dose maxima, soit 35 milligrammes d'acide arsénieux), puis il redescend à 30, 25, 20, 15 et 10 grammes, les septième, huitième, neuvième, dixième et onzième jours. Il est rare qu'il faille dépasser la dose de 25 grammes. Plus rarement encore faut-il dans certains cas rebelles et tenaces reprendre, après plusieurs jours de repos, une nouvelle série. En huit ou quinze jours en général une amélioration notable survient, Weill et Pilliot préfèrent le beurre arsenical ; l'arsenic associé aux corps gras ne s'absorberait que par les chylifères, à l'exclusion des veines et ne produirait que lentement ses effets physiologiques (Chapuis). Weill procède ainsi : il fait un mélange d'acide arsénieux et de chlorure de sodium ou de lactose tel que 10 centigrammes de ce mélange contiennent 5 milligrammes d'acide arsénieux. Il triture ensuite la dose convenable du mélange dans 10 grammes de beurre frais, étale le tout sur du pain que le malade absorbe ainsi au milieu ou à la fin d'un repas. Il laisse l'enfant manger à son ordinaire, le fait lever et lui permet de jouer. Il aurait obtenu d'excellents résultats sans noter aucun accident d'intoxication.

Gillette et C. de Gassicourt recourent à des doses progressivement croissantes d'*arséniate de soude*. Ni le cacodylate de soude, ni l'arrhénal n'ont donné de bons résultats.

Van Bokay (de Budapesth) a, dans un cas, employé l'*arsenobenzol* (1) [1911]. Les *sels de magnésie* ont été récemment préconisés par Marinesco, Calcaterra, Barrazoni, Wolfenspreger et Baduel. Le sulfate de magnésie est un anesthésique ; appliqué sur un tronc nerveux, il en supprime l'excitabilité et la conductibilité. Marinesco fait une ou deux injections intrarachidiennes de 1 centimètre cube d'une solution à 25 p. 100 de sulfate de magnésie pur et non effloré. L'amélioration survient en une ou deux heures, suivie quelques jours après de guérison. Des nausées, des douleurs, de la céphalée, de la fièvre suivent parfois les injections. Les troubles respiratoires et urinaires observés expérimentalement par Delahaye sont en fait rarement retrouvés. Le sulfate de magnésie est pourtant inefficace dans les chorées dites symptomatiques.

Calcaterra préconise le *chlorure de magnésium* en injections intraveineuses ; il injecte 1 ou 2 centimètres cubes d'une solution renfermant 20 grammes de chlorure de magnésium pour 30 grammes d'eau. Il aurait obtenu des résultats favorables chez 21 choréiques ainsi traités.

A. Thomas *critique tous les médicaments* : l'arsenic, l'antipyrine, les sels de magnésie et recourt presque exclusivement au simple *repos au lit*.

La *ponction lombaire* a été parfois pratiquée dans un but thérapeutique. Bozzolo et Gemma (de Gênes) l'ont, dans cinq cas, fait suivre du traitement arsenical.

(1) Depuis la rédaction de cet article (juin 1912) le traitement de la chorée de Sydenham par l'arsenobenzol a donné en de nombreux cas des résultats satisfaisants.

Traitement rationnel. — Le traitement hygiénique et les agents physiques sont indiqués dans tous les cas de chorée. Dans tous les cas aussi il y a intérêt à favoriser, par la sudation, les frictions, les éliminations cutanées; par les diurétiques, l'élimination urinaire ; par les purgatifs répétés, les éliminations digestives.

Dans les chorées légères, le traitement hygiénique, le repos physique et mental seront le plus souvent suffisants (Guthrie, Ranquin). L'antipyrine et les antispasmodiques peuvent être cependant de quelque utilité.

Dans les formes moyennes on associera au traitement hygiénique le traitement médicamenteux par l'antipyrine et au besoin l'arsenic (liqueur de Boudin de préférence au beurre arsenical). Marinesco et Calcaterra préfèrent les sels de magnésie.

Dans les chorées intenses un traitement médical intensif est indiqué. L'opium, la morphine, le chloral, en cas d'insomnie, les bains tièdes prolongés en cas d'agitation extrême seront des adjuvants utiles. Contre l'état de mal choréique on recourra au chloral et même au chloroforme. C'est encore dans les chorées intenses et rebelles que la médication vomitive (tartre stibié, apomorphine) a donné quelques succès. Charton dans un cas de chorée maniaque utilise l'action combinée de la morphine et du chloroforme. Trousseau employait en pareils cas la morphine ou l'extrait thébaïque à doses excessives (presque 1 gramme de morphine), la teinture de chanvre indien. Babinski administre la scopolamine. Dans la chorée molle on ajoutera aux médications toniques et antispasmodiques, l'électrisation faradique. Sergent et Besset ont dans un cas obtenu la guérison par l'*opothérapie surrénale*. La conduite à tenir dans la *chorée gravidique* n'offre rien de spécial. En cas d'échec du traitement médical on sera autorisé à provoquer l'accouchement prématuré sans avoir d'ailleurs la certitude d'arrêter la marche de l'affection (Goodelt [de Philadelphie], Wasseiche).

Il est des cas d'ailleurs rares, où l'on a pu faire le traitement étiologique de la chorée et supprimer du même coup ses diverses manifestations.

Wrightson vit guérir une chorée coexistant avec une pleurésie rhumatismale par l'action du salicylate de soude. Fusco eut un succès avec la quinine dans un cas de chorée au cours du paludisme. Félix Rose et Chartier virent s'améliorer par le traitement mercuriel une chorée survenue au cours d'une syphilis secondaire.

La *sérothérapie* a pu donner quelques succès (Mayr, 1909), Rosenthal et Berlioz ont, à diverses reprises (1909-1910), employé le sérum antirhumatismal. Preobrajensky a obtenu une guérison par le sérum antistreptococcique (1903).

L'*opothérapie* compte aussi quelques succès : en plus du cas de Sergent et Besset, il faut citer six cas heureux de Simonini traités avec succès par la parathyroïdine à doses progressives (10 puis 20, puis 30... 100 gouttes par jour), le cas de Ghetti où une chorée aiguë et rebelle datant de trois ans céda en deux mois à l'opothérapie thyroïdienne.

Il faut enfin *traiter les complications* : on prévien-

dra les chutes, les contusions ou les plaies en matelassant le lit et en le garnissant sur les côtés de planches rembourrées quand les malades sont trop agités. On pourra même à l'occasion emmailloter l'enfant. Si des plaies pourtant se produisent il faudra en assurer l'asepsie.

L'arséniate de soude à doses modérées, l'électrisation faradique, les frictions, le massage sont conseillés contre la paralysie.

Quant aux *complications cardiaques* elles seront traitées comme de coutume. De même pour les troubles psychiques.

Dans tous les cas, on soutiendra l'*état général* par les sels de fer et d'arsenic, par le quinquina, les glycérophosphates, etc.

Si certains cas rebelles et désespérément tenaces résistent à tous ces agents thérapeutiques, la chorée de Sydenham, affection curable, est cependant favorablement influencée en général par un traitement rationnel.

Ier CONGRÈS INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPARÉE

[PARIS, 17-23 OCTOBRE 1912 (1).]

La *pathogénie de la tuberculose* a donné lieu à quatre rapports. M. CALMETTE (de Lille) en a présenté un sur les *tuberculoses animales et leur rôle dans la contamination de l'homme.* Les multiples recherches provoquées par le rapport de R. Koch en 1901 ont démontré que les tuberculoses des animaux à sang froid ne peuvent contagionner ceux à sang chaud, mais la tuberculose des oiseaux est susceptible, quoique rarement, d'infecter de nombreux mammifères et même l'homme. Une sévère inspection des volailles doit donc être établie. Quant aux bacilles des bovidés, ils peuvent contaminer l'homme, ce qui justifie les mesures sanitaires. Un récent rapport de la Commission royale britannique déclare que les seuls mammifères spontanément tuberculisables sont le bœuf et l'homme. Beaucoup d'autres ne deviennent tuberculeux que par la cohabitation avec les précédents. Le bacille des bovidés peut contaminer l'homme, surtout ingéré en quantités importantes par des sujets jeunes. Il est donc légitime de réclamer des mesures sanitaires.

M. H. VALLÉE (d'Alfort) a étudié les *voies de pénétration du bacille de Koch dans l'organisme chez les différentes espèces.* Il existe trois voies, pulmonaire, intestinale, bucco-pharyngée, d'importance inégale. La voie aérienne a été un moment discutée, mais les expériences récentes de Chaussé montrent le rôle capital de l'inhalation des germes.

La possibilité de l'infection par le tube intestinal est indéniable mais ses conditions sont discutables : choix des germes, leur division, âge des animaux. En somme la contagion par la voie aérienne est prépondérante chez l'homme et les bovidés en stabulation permanente. C'est l'ingestion au contraire qu'il faut incriminer le plus souvent chez les autres espèces animales et les bovidés au pâturage.

M. CHAUSSÉ (de Versailles) arrive à des conclusions identiques. Quel que soit le point de pénétration tout se passe conformément à la loi des réactions locales et lymphatiques.

M. LIGNIÈRES (de Buenos-Aires) est partisan de la dualité des microbes humain et bovin, mais il admet que l'homme peut être contagionné par le bacille bovin. Il importe donc de prendre des précautions que M. Lignières énumère dans le reste de son travail.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 133.

Parmi les communications relatives à la tuberculose, citons celle de M. Louis BORY sur des *recherches expérimentales sur les oosporoses* établissant que les lésions de l'oosporose expérimentale ne ressemblent qu'exceptionnellement à celles de la tuberculose folliculaire ; elles se rapprochent beaucoup plus de celles des tuberculoses atypiques, infectieuses, toxiques.

M. RAPPIN (de Nantes), en vue de l'*immunisation antituberculeuse*, a préparé depuis trois ans un sérum agglutinant, bactériolytique et antitoxique. Il s'emploie à la dose de un quart ou un tiers de centimètre cube tous les cinq ou six jours. Dans le même ordre d'idées M. Rappin a étudié aussi l'*action retardante exercée par certaines espèces saprophytes sur la tuberculose expérimentale du cobaye.*

M. Paul THAON étudie un cas de *pseudo-tuberculose chez le cobaye* et en tire des conclusions pratiques importantes.

M. MIETTE (de Paris) emploie avec succès l'*iode colloïdal dans le traitement de la tuberculose* et des affections des voies respiratoires. Sous l'influence d'injections intrafessières d'iodéol on voit les symptômes s'améliorer rapidement.

M. CONSTANTIN (du Croisic) a obtenu également de bons résultats de l'emploi de l'*iode colloïdal dans le traitement des tuberculoses ganglionnaires et osseuses.* Il l'injecte soit dans le ganglion ou la lésion osseuse, soit de préférence dans le tissu musculaire.

M. G. ROSENTHAL préconise l'*injection intratrachéale en thérapeutique vétérinaire et humaine* qui constitue la meilleure défense contre la tuberculose pulmonaire.

M. RÉVILLET (de Cannes) a observé de nombreux cas de tuberculose, dans le Charollais, chez des enfants nourris avec du lait de vaches tuberculeuses, loin de toute autre source de contagion.

M. FONTOYNONT (de Tananarive) étudie la répartition géographique de la *tuberculose humaine et bovine à Madagascar.*

M. BARBIER (de Paris) a préconisé les *avantages thérapeutiques de l'hippozomothérapie.*

Un rapport a été présenté par M. CHAUMIER (de Tours) sur la *variole et la vaccine.* Il montre que les varioles animales sont inoculables à l'homme et réciproquement et que c'est par passage aux animaux que la variole humaine s'atténue et fournit le vaccin. Celui-ci n'a pas une virulence constante et tend à s'atténuer ; il convient donc avant de livrer le vaccin en tubes d'en connaître la virulence, ce qui condamne formellement la méthode de vaccination de génisse à bras. La méthode de M. Chaumier pour éprouver le vaccin consiste à l'essayer directement sur l'enfant en faisant l'inoculation à un bras avec le vaccin à étudier et à l'autre bras avec un vaccin à virulence connue. La méthode de Calmette-Guérin et celle de Calmette Guérin modifiée par M. Belin s'appliquent au lapin ; celle de Henseval s'appuie sur le pouvoir antivirulent des animaux vaccinés vis-à-vis de la vaccine. Elle consiste à déterminer la quantité minimum de sérum-étalon nécessaire pour détruire in vitro une quantité fixe de vaccin.

Pour obtenir de la vaccine très virulente on peut recourir à la transformation de variole en vaccine ou à la rétrovaccination. Cette dernière exige beaucoup de vaccin d'enfant pour inoculer les génisses, aussi M. Chaumier préfère-t-il le passage génisse, âne, génisse. Il décrit minutieusement les procédés de préparation.

MM. A. MAGNAN, G. BRUNET et J. DE LARIBOISIÈRE décrivent un bacille particulier, le *bacille de Brunet*, qui existe *dans les vésicules de la varicelle.*

MM. BOINET et HUON, à la suite de *recherches expérimentales sur le variolo vaccin*, exposent que variole et vaccine se sont comportées comme deux affections distinctes.

Les mêmes auteurs montrent l'*efficacité dans les épidémies de variole des vaccins renforcés par le passage sur l'âne.*

M. Carlos MONIZ TAVARES (de Lisbonne) a fait d'intéressantes expériences sur la transformation de la variole en vaccine. Elles montrent que la variole est transmissible au veau et que la transformation de la variole en vaccine chez cet animal est un fait acquis.

MM. DUBOUSQUET-LABORDERIE et E. BARTHÉLEMY considèrent les maladies infectieuses comme ayant une essence commune, et pensent que la *vaccine animale constitue un moyen prophylactique* sans danger,

Deux rapports ont été présentés sur le *cancer*.

Le premier, dû à MM. P. MÉNÉTRIER et J. CLUNET (de Paris), porte sur les *données fournies par l'expérimentation sur la nature et la pathologie des cancers*.

Il est impossible de résumer en quelques lignes un rapport qui passe en revue d'abord toutes les notions nouvelles que les expérimentateurs de tous les pays ont apportées lors de la Conférence internationale pour l'étude du cancer, tenue à Paris en 1910, puis les données acquises depuis cette conférence. Les auteurs du rapport font remarquer, en terminant, que presque toutes les connaissances nouvelles ont été acquises par l'étude des tumeurs malignes chez les animaux ; là, plus qu'ailleurs encore, la collaboration des médecins et des vétérinaires est donc fort précieuse.

Dans son rapport intitulé *recherches sur l'étiologie et la nature du cancer*, M. BORREL résume les progrès réalisés dans l'étude du cancer au point de vue expérimental. Il croit à une cause parasitaire du cancer chez la souris, probablement un nématode. Chez le rat, un cysticerque du tube digestif provoquerait le sarcome du foie.

Ce sont des vers qui amèneraient le cancer chez le cheval où il existe dans la proportion de 1 p. 100 alors que la proportion n'est que de 1 p. 1000 chez l'homme.

Beaucoup de cancers seraient dus à des parasites venus du tube digestif apportant avec eux un virus capable de se développer dans les cellules cancéreuses. La cellule cancéreuse acquerrait par le parasitisme les propriétés qui la caractérisent, notamment la pérennité.

Elle ne serait donc pas simplement une cellule anarchique, mais une cellule hybride, et le cancer deviendrait ainsi un être nouveau, parasite de l'animal ou de l'homme. Il semble donc que comme prophylaxie on doive recommander la propreté extrême de la peau et l'hygiène du tube digestif.

M. BOUGEANT a expérimenté le *traitement du cancer par l'électrosélénium*. Ce médicament serait inoffensif, indolore, et ne s'accumulerait pas. Les résultats obtenus chez des cancéreux inopérables permettent de penser qu'il sera encore plus efficace au début de l'affection.

MM. P. EMILE-WEIL et A. CLERC exposent des *considérations générales sur la leucémie des mammifères* auxquelles les ont conduits leurs études hématologiques.

Il existe une lymphadénie métatypique et une lymphadénie typique, cette dernière se subdivisant en myélomatose, lymphocytomatose et lymphadénie à cellules primordiales ou macrolymphocytomatose. Chacune de ces trois variétés peut être leucémique ou aleucémique. Ces leucémies se comportent vis-à-vis de la radiothérapie comme la leucémie humaine.

MM. AUBERTIN et MOREL ont observé plusieurs cas de lymphadénie, dont un cas de *leucémie lymphoïde chez la vache*.

M. G. ROUSSY (de Paris) rappelle que les auteurs ne s'entendent pas sur ce qu'il faut entendre sur la *nature des tumeurs dites « cholestéatomes »*, et montre qu'il n'y a pas de tumeur bien définie au point de vue anatomo-pathologique méritant de figurer sous ce nom parmi les tumeurs.

M. GALLIOT (de Paris) a traité depuis huit mois des cancéreux par le *sélénium colloïdal*. Les résultats encourageants au début n'ont pas persisté, ce que l'auteur attribue à l'accoutumance.

Dans un rapport sur la *mélitococcie en France*, M. Charles DUBOIS (du Gard) expose les mesures générales et prophylactiques susceptibles d'enrayer la propagation de la mélitococcie chez l'homme et les animaux dans notre pays.

M. WEINBERG (de Paris) dans un rapport sur les *toxines vermineuses* montre que tous les helminthes secrètent des substances plus ou moins toxiques. Aussi devons-nous modifier notre conception de l'helminthiase, laquelle doit être considérée comme une intoxication aiguë ou chronique.

La place nous manque pour parler des rapports très intéressants cependant, relatifs à la *pathologie végétale*, et nous ne pouvons qu'énumérer, ou presque, les principales communications diverses faites au Congrès.

M. Maurice DE FLEURY a présenté des observations très suggestives sur l'*épilepsie chez l'homme et les animaux* (1). Le point de départ serait une poussée de méningo-encéphalite intra-utérine ou sitôt après la naissance. L'intoxication intestinale étant une cause occasionnelle très fréquente M. M. de Fleury préconise la suppression complète de tous les aliments d'origine animale, les boissons diurétiques, les ferments lactiques, le repos.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 24 oct. 1912, n° 122, p. 1688.

M. RIEGLER (de Bucarest) étudie la *morve expérimentale chez les animaux bovidés*.

M. ETIENNE (de Nancy). La *décalcification expérimentale*.

MM. P. EMILE-WEIL et S. BOYÉ, dans une communication sur les *hémophilies humaines, animales et expérimentales* montrent que des états hémophiliques apparaissent spontanément chez le chien, le cheval, la vache.

M. J. PARISOT (de Nancy). L'*athérome aortique chez les animaux*.

M. Maurice SPRINGER (de Paris). L'*action de l'électricité sur la croissance de l'homme, des animaux et des plantes*.

MM. Fernand TRÉMOLIÈRES et PARASKÉVOPOULOS. Les *septicémies à tétragènes*.

MM. L. LORTAT-JACOB et G. VITRY ont constaté l'*action préventive du salicylate de soude contre l'érysipèle expérimental*.

M. PETIT, professeur à Alfort, dans une communication sur le *radium en pathologie comparée* parle successivement du sérum radio-actif, des boues radio-actives actinifères, d'un ciment radio-actif.

M. MOROT (de Troyes) insiste sur la défectuosité de la *viande des fœtus et des animaux nouveau-nés comme nourriture pour l'homme*.

M. Jean NICOLAÏDI (de Paris) fait une intéressante communication intitulée *recherches sur le bilan de la nutrition des pellagreux*. L'auteur a imaginé une « thérapie de réparation » qu'il a expérimentée avec succès dans quelques pays pellagreux.

M. F. MAIGNON (de Lyon) parlant du *rôle des graisses en physiologie et en thérapeutique* soutient que les graisses, au lieu de se confondre avec les hydrates de carbone quant à leurs propriétés physiologiques, jouent un rôle capital et spécial dans la nutrition en présidant à l'utilisation des matières azotées.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

FORMULAIRE

ENTÉRITES CHRONIQUES ET DIARRHÉES

Le képhir est un aliment excellent contre les diarrhées des hypopeptiques parce qu'il n'irrite pas l'intestin et que ses ferments exercent une action destructive non seulement sur les microbes intestinaux, mais aussi sur leurs toxines.

Donner le « Képhir Salières » à la dose d'un verre toutes les deux heures, pur ou coupé d'eau de Vals au début.

LIVRES NOUVEAUX

Traité pratique de pathologie exotique clinique et thérapeutique. Tome III : Dengue, fièvre jaune, choléra, maladie du sommeil (1), par les docteurs REBOUL, CLARAC, SIMON, MÉTIN, MARTIN et LEBŒUF.

L'importance considérable des matières traitées dans ce troisième fascicule du *Traité pratique de pathologie exotique* suffirait à lui assurer le succès, la façon dont elles sont traitées ne pourra que l'accentuer encore. Toutes les connaissances nouvelles acquises au sujet des graves affections étudiées dans ce fascicule, toutes les questions qu'elles soulèvent à bien des points de vue différents, tout cela disons-nous est exposé complètement et clairement par les divers auteurs qui se sont chargés de la rédaction de ces pages. C'est là un ouvrage de riche et scientifique documentation où il sera facile de puiser pour des travaux ultérieurs, et dont, en même temps, la lecture est du plus haut et parfois du plus palpitant intérêt.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) Un vol. de 406 p. avec 62 fig. dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les Femmes à la guerre (1), par MM. ARNAUD et BONNETTE, médecins-majors.

« Au fond de toute femme se cache une sœur de charité », a dit un philosophe qui connaissait bien les femmes et qui les comprenait. Nul ne saurait essayer de contester l'esprit de dévouement féminin, dont l'existence a été reconnue de tout temps.

La qualité dominante de la femme est la sensibilité, qui groupe autour d'elles d'autres facultés telles que l'affection et l'esprit de sacrifice.

La femme possède enfin « une douceur native de manières et de paroles, une innocente et spontanée habileté », un sentiment inné du devoir qui font d'elle une infirmière parfaite.

C'est une consolatrice latente, surtout individuelle, que l'on est toujours sûr de trouver inlassable et fidèle si le malheur éclate et qui trouve toujours dans son dévouement, dans son sacrifice même, une sorte de raison d'être.

Ces idées sont extraites d'un volume que MM. les médecins-majors Arnaud et Bonnette viennent de faire paraître chez Lavauzelle sous le titre de *La Femme sur le champ de bataille*. Cet attachant ouvrage, qui porte en exergue les mots « vaillance et dévouement », est un monument élevé à la gloire des femmes françaises qui ont si bien soigné nos blessés et qui leur prodiguent tant de dévouement aujourd'hui encore pendant la campagne du Maroc.

L. GAYARD.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Æsculape. — (N° 10, oct. 1912.) LE DOUBLE et HOUSSAY : Les velus dans la peinture et la céramique. — LECAPLAIN : Biberons antiques. — LIBERT : Splendeurs et misères hospitalières en Turquie. — LAFFONT : Quelques pensionnaires de Saint-Lazare dans le passé. — PEUGNIEZ : Le squelette dans l'art.

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 10, oct. 1912.) J. DARIER : La radiodermite ulcéreuse et ses lésions histologiques. — PELLIER : Sur une nouvelle forme parasitaire des onychomycoses. — FONTOYNONT : Un cas de molluscum pendulum généralisé observé chez un Malgache à Tananarive. — A. NANTA : Etude des lymphodermies et des myélodermies (manifestations cutanées des états leucémiques et aleucémiques).

Annales des maladies vénériennes. — (N° 10, oct. 1912.) LÉVY-BING et DOGNY : La réaction de Wassermann. Interprétation des résultats et causes d'erreur. — DESMOULIÈRES : L'antigène dans la réaction de Wassermann.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Oct. 1912.) LESIEUR et VIGNE : Contribution à l'étude statistique du cancer. Le cancer à Lyon de 1902 à 1911. — RIEUX : Filtres. Sable submergé et non submergé. — CARVALLO : La masculinité dans les naissances humaines. — MARTEL : La production et le contrôle sanitaire du lait destiné aux Parisiens. — PERREAU : Des ententes entre pharmaciens pour atténuer les effets de la concurrence.

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 343, 10 oct. 1912.) REGAUD, NOGIER et LACASSAGNE : Sur les effets redoutables des irradiations étendues de l'abdomen et sur les lésions du tube digestif déterminées par les rayons de Röntgen. — LOTSY : Syringomyélie et radiothérapie. — EYKMAN : La symphanie. — NOGIER : Radiophotoscope. — (N° 344, 25 oct. 1912.) E. BORDET et V. DANULESCU : Recherches électriques dans la poliomyélite des singes. — ROCHET, GAYET et ARCELIN : Les calculs intestinaux, causes d'erreur en radiographie rénale. — MARQUÈS et PECH : Névrite du sciatique consécutive à une piqûre septique du nerf. Traitement électrique. — NOGIER : La protection inefficace en radiologie. Ses dangers. — BÉCLÈRE et MÉRIEL : L'exploration radiologique dans les affections chirurgicales de l'estomac et de l'intestin.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 10, oct. 1912.) FRILET et REVEL : L'emphysème sous-cutané généralisé et suffocant. — GARY : Cure opératoire de l'hypospadias balanique et balano-pénien. — THOLLON : Méningite tuberculeuse étiquetée cérébro-spinale. — ARNOULD : A propos de la ceinture de flanelle. — ROMARY : Les accidents du tir contre la grêle.

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 10, oct. 1912.) RATEL et LEPEUPLE : Relations sur les blessures de guerre observées à Hankéou pendant la révolution chinoise (1911-1912). — TRIBONDEAU : Réaction de Wassermann. Théorie, pratique, renseignements techniques.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 10, oct. 1912.) CADE, THÉVENOT et ROUBIER : Les abcès du foie dans la dysenterie amibienne autochtone. — ENRIQUEZ et M. P. WEIL : Le diagnostic biologique du cancer de l'estomac par les méthodes récentes. — MARTELLI : Douleurs tardives par spasme médiogastrique dans un ulcère pénétrant de l'estomac.

Archives générales de chirurgie. — (N° 10, 25 oct. 1912.) E. TOURNIER et J. DUCUING : De la conduite à tenir vis-à-vis du spina bifida ancien. — Jean PAKOWSKI : Des kystes dermoïdes du mésentère (*fin*). — MAUCLAIRE : Plastiques dures-mériennes avec le fascia lata.

Archives générales de médecine. — (Oct. 1912.) CASTAIGNE et GOURAUD : Les réactions à la tuberculine.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 10, oct. 1912.) G. RENON : État actuel de la chirurgie gynécologique avec statistique personnelle de 470 laparotomies. — J. PERDOUX : Le drainage en gynécologie. — GUILLAUME-LOUIS : Un appareil à ponction d'abcès froid. — GAUDEAU : Statistique de l'asile Gatien de Clocheville pour 1911. — DE FOURMESTRAUX : Les kystes hydatiques du poumon. — MORICHAU-BEAUCHANT : Les états méningés d'origine infectieuse.

Biologica. — (N° 22, 15 oct. 1912.) LEDUC : Physiogénie de la sensibilité. — GUYÉNOT : Les champignons vénéneux et les empoisonnements qu'ils déterminent.

Bulletin médical. — (N° 79, 2 oct. 1912.) CASTAIGNE : Les cirrhoses syphilitiques. — (N° 80, 5 oct.) PLICQUE : Le traitement des tuberculoses inflammatoires.

Bulletin général de thérapeutique. — (8 oct. 1912.) J. LAUMONIER : Considérations sur le traitement collectif de quelques maladies sociales : l'arthritisme. — Ed. LAVAL : Les affections courantes du pied. — (15 oct.) PATER : La vaccination antityphique. — J. LAUMONIER : Considérations sur le traitement collectif de quelques maladies sociales : l'arthritisme (*suite*). — (23 oct.) JABOIN : Les « emanatoria » naturels de France. Le traitement du Mont-Dore. — PATER : La vaccination antityphique (*suite*). — BARDET : Le dégagement d'hélium dans les eaux minérales du nord-est de la France. — (30 oct.) F.-X. GOURAUD : Quelques réflexions sur l'antithermie dans la tuberculose. Un nouvel antithermique, l'elbon. — M. VIOLLET : La question de l'habitation de l'aliéné. — BAILLIARD : La conjonctivite granuleuse.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 16, 25 oct. 1912.) HÉRAIL : Les greffes dermo-épidermiques d'Ollier-Tiersch. — GOINARD (père) : Remarques d'un vieux praticien sur les causes habituelles de la fièvre typhoïde à Alger. — Et. CABANÈS : Un cas de péritonite généralisée traitée par les injections intrapéritonéales d'huile camphrée. — SÉNEVET : Un cas de névralgie paludéenne du petit sciatique gauche.

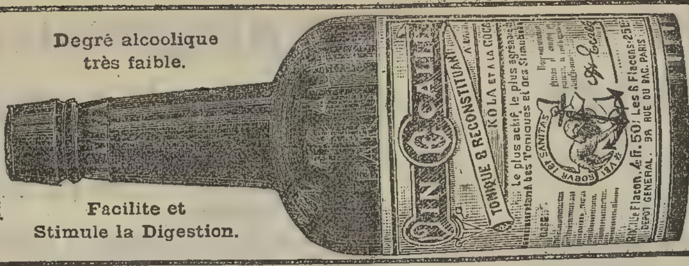
(1) Prix : 2 francs. — Paris, Lavauzelle.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17

VIN ECALLE
KOLA-COCA
0gr.20 0gr.20
par verre à madère.

Degré alcoolique très faible.



Facilite et Stimule la Digestion.

Echant. grat. à MM. les Docteurs

OPOTHÉRAPIE
TOUTES MÉDICATIONS

Extr. HÉPATe : doses, 1. Suppos. 1 à 4 ; sphér. 4 à 16.
EXTRAIT gastrique : 4 à 16 sphérulines pr jour.
EXTRAIT intestinal : 2 à 6 sphérulines par jour.
EXTRAIT pancréatique : 2 à 10 sphérul. p. jour.
EXTR. entéro-pancréatique : 1 à 4 sphérul. p. jr.
SPHERULINES Thyroïdiennes (adultes) : 1 à 6.
BONBONS Thyroïdiens (enfants) : 1 à 4.
SPHERULINES ovariennes : 1 à 3.
SPHERULINES de poudre surrénale : 3 à 6.
SPHERULINES cholagogues à l'ext. de bile : 2 à 6.
MONCOUR 49, av. Victor-Hugo, Boulogne-Paris.

IODO-MAÏSINE

OPOTHÉRAPIE BILIAIRE

PILULES du Dr DEBOUZY

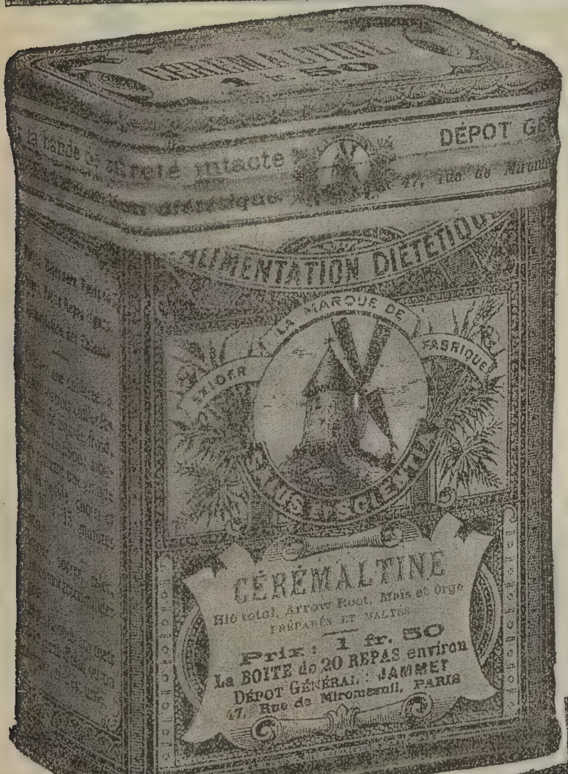
ANTI-HÉPATIQUES

Extrait complet de Bile sélectionnée stérilisée.
0 gr. 30 par Pilule. Dose moyenne : 6 Pilules par Jour.

AFFECTIONS HÉPATIQUES
Insuffisance hépatique
Maladies des pays chauds, Constipation
Entéro-Colite, Tuberculose

P. LONGUET
50, Rue des Lombards, PARIS

FARINES MALTÉES JAMMET



de la Société d'Alimentation diététique
pour le régime
des MALADES, CONVALESCENTS, VIEILLARDS
et l'ALIMENTATION DES ENFANTS

FARINES TRÈS LÉGÈRES	FARINES LÉGÈRES
RIZINE Crème de Riz maltée	**GRAMENOSE** Avoine, Blé, Maïs, Orge
ARISTOSE à base de Blé et d'Avoine maltés	**BLÉOSE** Crème de Blé total maltée
CÉRÉMALTINE Arrow-Root, Blé, Orge, Maïs	**AVENOSE** Farine d'Avoine maltée
ORGÉOSE Crème d'Orge maltée	**LENTILOSE** Farine de Lentilles maltée

CACAO GRANVILLE, *Cacao à l'Avenose, à l'Orgéose, etc...*
MALT GRANVILLE – MALTS TORRÉFIÉS – MATÉ SANTA-ROSA
CÉRÉALES *spécialement préparées pour* **DÉCOCTIONS**

USINE ET LABORATOIRES A LEVALLOIS-PERRET
BROCHURES ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

Dépôt général Mon JAMMET, Rue de Miromesnil, 47, Paris

N° 135. — MARDI 26 NOVEMBRE 1912. 85e ANNÉE. MARDI 26 NOVEMBRE 1912. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **4** fr. **50**. — 6 mois : **8** fr. — 1 an : **15** fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : **7** fr. ». — 6 mois : **13** fr. — 1 an : **25** fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — NOTES. — *Anatomie.* — Séance du 23 novembre (*matin*). — MM. Latour et Plichet, 9; Guillard, 8; Peltier, 13; Berthomieu-Lamer, 8; Touchard et Berthelot, 9; Benoist, 8.

Séance du 23 novembre (*soir*). — MM. Monod (Lorenz), 11; Parat et Vigneron, 7; Buquet, 11; Photiadès, 8; Sibot, 7; Solente, 8; Salles, 11; Huc (Georges), 12; Wroczynski, 7.

Pathologie. — Séance du 22 novembre. — MM. Simard et Arbassier, 6; Truffert, 11; Marqueste, 10; Réglade, 7; Ecot, 11; Yoyotte, 7; Gineste, 9.

Séance du 23 novembre. — MM. Mordret, 10; Errard, 7; Lefèvre, 3; Duvelleroy et Mandras, 5; Goret, 9; Ollier et Prunier, 7.

Séance du 24 novembre. — MM. Baudet, 11; Braine et Mlle Besson (H.), 10; MM. Fischer, 3; Desfarges, 2; Lavalée, 5; Roberti, 6; Butin, 7; Mlle Sériot, 4.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours pour la nomination de quatre aides de clinique titulaires et d'aides de clinique provisoires, à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts, sera ouvert le lundi 16 décembre 1912, à neuf heures du matin, dans la salle des opérations de la Clinique, rue de Charenton, n° 28.

MM. les candidats sont admis à se faire inscrire à la direction de l'Hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, de dix heures à midi, jusqu'au vendredi 6 décembre, à midi.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — DIPLÔMES DE DOCTEURS EN MÉDECINE DÉLIVRÉS PAR LES FACULTÉS FRANÇAISES PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1911-1912 (1). — Notre excellent confrère Darras publie, dans le numéro du 1er décembre du *Bulletin de l'Association générale des médecins de France*, l'intéressant tableau suivant (1) :

FACULTÉS	DOCTEURS EN MÉDECINE		TOTAL des THÈSES
	DIPLOME D'ÉTAT	DIPLOME D'UNIVERSITÉ	
Paris	402	60	462
Alger	22	»	22
Bordeaux	147	»	147
Lille	38	»	38
Lyon	149	6	155
Montpellier	104	21	124 (a)
Nancy	37	3	40
Toulouse	65	»	65
Beyrouth	25	»	» (b)
TOTAUX	989	90	1.053

(a) Un diplôme d'Etat a été délivré, avec dispense de la thèse, à un docteur ayant obtenu un diplôme d'Université à Montpellier en 1908.

(b) Les étudiants de la Faculté de Beyrouth sont dispensés de la thèse.

— BORDEAUX. — *Concours de chef de clinique gynécologique.* — A la suite du concours qui a eu lieu, M. le docteur Bardon a été proposé pour la place de chef de clinique gynécologique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1912-1913, des cours de clinique-annexe ci-après désignés : M. Mahot, médecin en chef des hôpitaux de

(1) Aucun diplôme d'officier de santé n'a été délivré depuis trois années scolaires.

RENSEIGNEMENTS

(1) Pour comparer avec les quatre années scolaires précédentes, voir *Gaz. des hôpit.*, 1909, n° 2, p. 12, et n° 144, p. 1809; 1910, n° 148, p. 2037, et 1911, n° 141, p. 2017.

Nantes : Clinique de médecine infantile; — M. Rivet, chirurgien des hôpitaux : Clinique des maladies des voies urinaires; — M. Monnier (A.), médecin des hôpitaux : Clinique des maladies cutanées et syphilitiques; — M. Aubry, médecin des hôpitaux : Clinique des maladies contagieuses.

— Un concours s'ouvrira, le lundi 24 février 1912, à l'Ecole de médecine de Nantes pour l'emploi de préparateur d'histologie et d'anatomie pathologique, en remplacement de M. le docteur Pasquier, démissionnaire.

RÉGENCE DE TUNIS. — HOPITAL SADIKI. — Une place d'interne sera prochainement vacante à l'hôpital Sadiki.

Avantages : Logement, éclairage, chauffage, blanchissage. Traitement annuel : 2 400 francs. Bibliothèque. Amphithéâtre. Très grand mouvement chirurgical.

Conditions : Etre Français, scolarité terminée avec ou sans thèse.

Engagement minimum d'un an.

Le service comprend : l'assistance, la visite et contre-visite, les pansements, les opérations d'urgence.

Garde de vingt-quatre heures, un jour sur trois.

Préférence accordée à interne en exercice justifiant d'une pratique chirurgicale sérieuse.

Adresser la demande, avec toutes pièces justificatives utiles à M. le docteur Brunswic-le-Bihan, médecin-chef de l'hôpital Sadiki, Tunis.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le médecin-major de première classe Guichard a été nommé officier de la Légion d'honneur, et non chevalier comme nous l'avons annoncé par erreur.

ACCIDENT DU TRAVAIL ET MÉDECIN. — Un industriel, M. H..., avait été cité devant la justice de paix du XVe arrondissement par le docteur P... en payement de 90 francs d'honoraires pour soins donnés à un ouvrier victime d'accident du travail. M. H... refusa de payer et demanda reconventionnellement 350 francs de dommages-intérêts.

Le demandeur, faisait-il plaider, n'a pas agi dans le cas d'un fonctionnement normal de la loi, qui donne aux ouvriers blessés le libre choix de leur médecin. M. P... a installé une véritable entreprise commerciale qui achète le blessé, lequel sert à présenter au patron ou à son assureur une véritable note d'apothicaire, ne correspondant pas le plus souvent à la valeur des soins donnés.

Et M. H... produisait, à l'appui de ses allégations, une attestation de l'ouvrier, nommé Roussel, affirmant que lors de sa première visite, le docteur lui avait remis une prime de 5 francs et qu'à chaque visite suivante, il avait reçu 50 centimes. A quoi le demandeur, sans nier ces versements, répondait qu'il avait accompli tout simplement un acte de solidarité sociale.

M. Azéma, juge de paix suppléant, a estimé que M. H... était fondé à refuser de payer des soins médicaux donnés à son ouvrier, celui-ci n'étant pas allé chez le docteur de son plein gré, mais n'y ayant été attiré que par l'appât d'une prime et de remises d'argent, ce qui constituait un acte dolosif à l'égard du patron. Quant à la demande reconventionnelle, le juge estime que M. H... obtient une suffisante satisfaction en n'ayant pas à payer les soins médicaux : il ne justifie pas d'ailleurs suffisamment que les agissements du médecin aient prolongé l'arrêt de travail de l'ouvrier.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur J.-M. Blanc, ancien médecin de la marine, à Pourrières.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le docteur Pierre Duval, agrégé, chargé du cours, a commencé ses leçons de clinique chirurgicale le samedi 23 novembre 1912, à la Salpêtrière, à dix heures et demie, et les continuera les mercredis et samedis suivants à la même heure.

Enseignement complémentaire. — Lundi et vendredi : Examen des malades et leçons cliniques, par M. le docteur Sauvé, chef de clinique, ancien prosecteur à la Faculté, et M. Deniker, prosecteur.

Mardi : Conférence d'anatomie pathologique avec présentation de pièces, par M. le docteur M. Renaud, chef de laboratoire.

Mercredi : Opérations par le professeur avant la leçon clinique.

Jeudi : Leçons sur les accidents du travail, par M. le docteur Olivier Lenoir, ancien préparateur à la Faculté.

Samedi : Opérations par le professeur avant la leçon clinique.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *L'hiver à la Côte d'Azur.* — Billets d'aller et retour collectifs, 1re, 2e et 3e classes, valables trente-trois jours (faculté de prolongation) délivrés jusqu'au 15 mai dans toutes les gares P.-L.-M., aux familles d'au moins trois personnes, pour :

Cassis, la Ciotat, Saint-Cyr-la-Cadière, Bandol, Ollioules-Sanary, La Seyne-Tamaris-sur-Mer, Toulon, Hyères et toutes les gares situées entre Saint-Raphaël-Valescure, Grasse, Nice et Menton.

Minimum de parcours simple : 150 kilomètres.

Prix : les deux premières personnes paient le plein tarif; la troisième personne bénéficie d'une réduction de 50 p. 100, la quatrième et chacune des suivantes d'une réduction de 75 p. 100.

Arrêts facultatifs.

Demander les billets quatre jours à l'avance à la gare de départ.

Nota. — Pour tous renseignements (prix, horaires, etc.), se reporter au livret guide horaire P. L. M., 0 fr. 60 dans toutes les gares du réseau, ou envoyé contre 0 fr. 80 adressés en timbres-poste au service de l'exploitation de la Cie P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, Paris.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Blennorragie chronique et ses complications, par MM. les professeurs OBERLAENDER (de Dresde) et KOLLMANN (de Leipzig), traduit sur la deuxième édition allemande, par le docteur C. LEPOUTRE (de Lille). Un vol. in-8 avec 178 fig. dans le texte et 3 pl. hors texte en couleurs. — Prix : 15 francs. — Paris, F. Alcan.

Maladies du pancréas, de la rate et du mésentère, par G. CHAVANNAZ et J. GUYOT, professeurs à la Faculté de médecine, chirurgiens des hôpitaux de Bordeaux. Un vol. gr. in-8 de 403 p. avec 126 fig. dans le texte. — Prix : broché, 10 francs; cartonné, 11 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les Origines de la trépanation décompressive. Trépanation pré-colombienne, trépanation des Kabyles, trépanation traditionnelle, par le docteur J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, membre de l'Institut, chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu. In-8 grand-jésus de 136 p., avec 32 fig. — Prix : 5 francs. — Paris, G. Stheinheil.

Manuel pratique de kinésithérapie, fasc. 2 : *Gynécologie*, par le docteur H. STAPFER. Un vol. in-8 avec 12 fig. dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

Valeur de la néphrectomie dans la tuberculose rénale (travail de la clinique urologique de la Faculté de Nancy), par le docteur BOECKEL. Un vol. de 756 pages. — Paris, Chapelot.

Estado actual de la cuestion del radio en terapéutica, par le docteur S. VELAZQUEZ de Castro, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Grenade, membre correspondant de la « Real Academia de Medicina de Madrid. » — Grenade, Tipografia de F. Comez de la Cruz.

L'Endoscopia del sistena digerente, par Ernesto CAVAZZA. Un vol. de 98 p. avec fig., n° 18 des « Attualità scientifiche ». — Prix : 3 francs. — Bologne, chez Nicola Zanichelli.

Le Rhumatisme blennorragique (*Consultations médicales française*, fasc. 43), par le docteur Félix RAMOND, médecin des hôpitaux. In-16 de 20 pages. — Prix : 0 fr. 50, franco; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

De quelques avatars de la neurasthénie et de son traitement moral, par le docteur BUCH. Un vol. de 136 pages. — Paris, A. Maloine.

LA FABRICATION

DES

POUDRES ET EXPLOSIFS

ÉTUDE D'HYGIÈNE MÉDICALE ET DE TOXICOLOGIE CLINIQUE

Par M. COURTOIS-SUFFIT,

Médecin des hôpitaux,

Médecin en chef des manufactures de l'Etat (1).

Etude des accidents qui peuvent se produire au cours de la fabrication des poudres et explosifs.

I. Accidents causés par les poussières. — *A.* Poudre noire. — Les poussières qui se dégagent au cours de la fabrication des poudres noires sont : des poussières de charbon, de soufre et de salpêtre.

1° *Poussières de charbon.* — Les ouvriers ne semblent pas incommodés par les poussières de charbon. On n'a jamais signalé d'accidents imputables à l'inhalation de ces poussières, même chez les ouvriers travaillant depuis longtemps à la poudre noire. Le docteur Olivier, médecin de la poudrerie de Toulouse, estime même que les vapeurs résultant de la carbonisation ont, en raison de leur richesse en créosote, une action plus bienfaisante que nocive.

La seule affection à laquelle pourraient être sujets les ouvriers est l'anthracose pulmonaire. Cette maladie, communément observée chez les mineurs, est due à l'inhalation de particules de charbon. Evoluant très lentement, ce n'est qu'au bout de dix à vingt ans d'un travail continu au milieu des poussières qu'en apparaissent les premiers symptômes, le plus souvent à l'occasion d'une maladie aiguë des voies respiratoires, bronchite ou pneumonie, par exemple.

Cette bronchite ou cette pneumonie s'accompagne alors de crachats noirâtres, persistants, ce qui fait dire aux ouvriers que le *poussier s'est attaché à l'homme.*

Après un temps plus ou moins long, l'état général s'altère, le malade s'amaigrit, a le teint terreux, se plaint de dyspnée continue et tombe peu à peu dans un état de cachexie profonde. On sait maintenant que l'anthracose est incapable, à elle seule, de causer la mort. Mais la poussière de charbon peut, dans certains cas, constituer une cause d'appel pour la tuberculose pulmonaire. Il n'apparaît pas, du reste, à la lecture des rapports médicaux qui nous ont été communiqués, que les ouvriers travaillant à la poudre noire soient beaucoup plus atteints que d'autres par cette maladie.

2° *Poussières de soufre.* — On a signalé également quelques cas d'irritation des muqueuses par les poussières de soufre ; ce sont des faits exceptionnels et du reste sans gravité. Les particules de soufre ne sont pas, en effet, très toxiques, et leur inhalation, même prolongée, ne détermine aucun accident chez l'homme. Dans les quelques cas qui ont été relatés, ces poussières avaient déterminé une légère irritation de la conjonctive se traduisant par la rougeur des yeux, du larmoiement et de la photophobie. Tous ces accidents sont de très courte durée et ne s'accompagnent qu'exceptionnellement de lésions oculaires plus graves.

Il résulte donc de ce qui précède que la fabrication de la poudre noire est à peu près inoffensive ; cependant le docteur Atgier, médecin de la poudrerie de Sevran-Livry, a cru pouvoir, dans un rapport très documenté et très intéressant, incriminer dans quatre cas les poussières de poudre noire comme causes de l'ulcère perforant de la cloison nasale, dit *ulcère des poudriers.*

B. Bichromates de potasse et d'ammoniaque. — Les accidents présentés par les ouvriers qui fabriquent la poudre J ou poudre au bichromate ont fait le sujet de plusieurs rapports du docteur Atgier.

Ces accidents sont de deux sortes :

a. Les uns atteignent les téguments ;

b. Les autres ont pour siège les muqueuses, et principalement la muqueuse nasale, où ils déterminent cette affection particulière dite ulcère perforant de la cloison.

1° *Lésions cutanées.* — Les poussières de bichromate peuvent agir directement sur la peau et déterminer des accidents plus ou moins graves. Leur action ne se produit en général que lentement, *surtout si les téguments sont intacts*, et le docteur Atgier n'a jamais observé à Sevran-Livry d'accidents cutanés sérieux. Pour que des lésions graves se produisent il faut, en effet, qu'il existe au préalable une solution de continuité de la peau, de petites érosions ou ulcérations par exemple. Il se forme alors rapidement des ulcérations qui tendent à gagner en profondeur et qui peuvent aller jusqu'à la mortification des tissus. L'escarre qui se forme passe alors du jaune au brun et finalement au noir ; elle est sèche et augmente peu à peu d'épaisseur. Les auteurs ne sont pas d'accord sur la durée de son évolution. Elle tomberait très rapidement, en vingt-quatre à quarante-huit heures pour les uns ; très lentement, au contraire, en cinq à six jours pour les autres, laissant à sa suite une ulcération qui se cicatrise plus ou moins vite.

Cependant, si l'on n'a jamais noté d'accidents graves, à Sevran-Livry, le docteur Atgier a observé très fréquemment des furoncles et surtout des eczémas siégeant aux mains, à la figure et aux jambes. Rappelons enfin que ces lésions cutanées peuvent se rencontrer, non seulement dans les zones directement irritées par les poussières de bichromate, mais aussi dans les régions les plus diverses, les poussières y étant alors transportées par les mains des ouvriers ; c'est ainsi qu'on a pu décrire des eczémas des organes génitaux chez l'homme.

2° *Lésions des muqueuses.* — Les poussières de bichromate peuvent également atteindre et léser les muqueuses directement exposées au contact de l'air. Nous signalerons seulement, à titre d'accidents exceptionnels, les lésions de la trompe d'Eustache, du tympan, les otites suppurées et les bronchites dues à cette action du bichromate sur les muqueuses de l'oreille et des voies respiratoires. Ces accidents

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 133, p. 1857.

extrêmement rares n'ont jamais été observés, du reste, à Sevran-Livry.

Les muqueuses respiratoires et digestives supérieures sont beaucoup plus fréquemment lésées par les poussières de bichromate. C'est là un fait admis par la plupart des auteurs actuels. La fréquence de l'*ulcère perforant de la cloison* est une confirmation de cette notion, puisqu'il résulte des statistiques du docteur Atgier qu'on rencontre cet accident chez 20 p. 100 au moins des ouvriers.

Décrite depuis longtemps chez les ouvriers travaillant dans le sel de chrome, cette affection a été étudiée, à l'étranger, par Zuckerkandl, Hajek, Voltoni, etc.; en France, par Clouet, Delpech, etc. Le docteur Atgier a cherché et étudié cette lésion qui n'avait pas encore été signalée chez les ouvriers poudriers.

Les symptômes qui permettent de reconnaître cette affection sont très nombreux : l'ulcère perforant ne détermine, en effet, aucune douleur, aucun trouble fonctionnel, aucune déformation du nez. On a quelquefois noté la fréquence des épistaxis au début; on a signalé également une sorte de chatouillement déterminant des éternuements répétés. Il n'en est pas moins vrai que, dans l'immense majorité des cas, l'ulcère évolue tout à fait insidieusement, ignoré du malade qui en est porteur. Seul, un examen rhinoscopique permet d'en déceler l'existence : on constate alors sur la partie antérieure de la cloison cartilagineuse, plus rarement sur la cloison cutanée ou osseuse, la présence d'ulcérations arrondies ou ovalaires, dont les dimensions varient d'une tête d'épingle à celle d'une pièce d'un franc et présentant les caractères suivants : c'est une petite surface de couleur gris sale, ressemblant à une toile d'araignée (Zuckerkandl) et qui est constituée par l'épithélium nécrosé. Elle est recouverte d'un enduit sanguinolent ou légèrement purulent fait de cellules desquamées de la muqueuse de la cloison.

La lésion, après une mise à du cartilage, aboutit à la perforation complète.

La lésion évolue de la façon suivante : ulcération de la muqueuse d'un des côtes de la cloison; mise à nu du cartilage; perforation du cartilage; perforation complète de la cloison respectant encore la muqueuse du côté opposé; enfin, perforation totale de la cloison et de la muqueuse constituant le stade définitif et le plus complet de l'affection.

C. Chlorate de potasse. — La manipulation du chlorate de potasse produit un dégagement de poussières assez marqué. On n'a cependant jamais observé, dans les poudreries, d'accidents nettement imputables à cette substance.

A l'étranger et en particulier en Allemagne, où l'on emploie ce produit dans la fabrication des allumettes, on a signalé, chez les ouvriers, quelques troubles digestifs, sans gravité du reste.

Le seul danger résultant de la manipulation du chlorate de potasse provient de la facilité d'inflammation des étoffes imprégnées de cette substance.

Les accidents à craindre et à éviter dans ces ateliers seront donc surtout des brûlures.

D. Mélinite, crésylite. — La fabrication des explosifs nitrés qui donne lieu, dans sa première partie, à des dégagements de vapeurs nitreuses, produit ensuite des poussières lors de la manutention des explosifs à l'état sec.

On n'a, jusqu'ici, jamais enregistré dans les poudreries d'accidents dus à ces poussières. Les médecins ont seulement signalé, et nous avons pu nous en rendre compte personnellement, l'action irritante des poussières de mélinite et de crésylite sur les voies respiratoires, action qui est telle qu'il est impossible, sans masque protecteur, de séjourner, même quelques minutes, dans les ateliers. Cependant, lorsque les ouvriers ont été particulièrement exposés aux poussières de mélinite ou de crésylite, on peut quelquefois observer des troubles gastro-intestinaux consistant surtout en vomissements ou en diarrhée, souvent colorée en jaune. Ces symptômes peuvent s'accompagner d'élévation de température et d'accélération du pouls; mais le signe le plus fréquent et le plus important est la coloration spéciale de la peau qui prend une teinte jaunâtre et qui devient également le siège d'un prurit assez intense (1).

II. Accidents causés par les vapeurs. — Généralités. — Les accidents causés par les vapeurs sont plus fréquents et surtout plus graves que ceux qui résultent de l'action des poussières.

Les vapeurs toxiques qui les provoquent peuvent agir isolément (vapeurs nitreuses, vapeurs d'alcool, vapeurs d'éther, vapeurs de toluène, de nitrotoluène) ou bien à l'état de mélange (alcool-éther, alcool-alcool amylique, etc.).

Les vapeurs qui se dégagent au cours de la fabrication des explosifs sont irrespirables; mais, de plus, elles sont toutes, soit *toxiques :* alcool, éther, toluène; soit à la fois *corrosives et toxiques :* vapeurs nitreuses.

Nous ne pouvons mieux exposer leur mode d'action sur l'organisme qu'en reprenant l'explication qu'en a donné le professeur Brouardel dans son ouvrage sur les *empoisonnements par les gaz et les vapeurs.*

Pour que la respiration fonctionne normalement, il faut que les globules sains du sang puissent se mettre, dans les alvéoles pulmonaires, en rapport avec l'air normal pénétrant librement jusqu'à ces alvéoles. Trois conditions sont nécessaires pour cela : il faut que l'air contienne en quantité suffisante le gaz nécessaire à la respiration; que les globules soient sains et arrivent aux alvéoles; que l'air circule normalement dans les voies respiratoires et pénètre jusqu'aux alvéoles pulmonaires. Un trouble de l'un de ces facteurs peut déterminer l'asphyxie. Dans le cas d'un individu placé dans une atmosphère de gaz irrespirable, une seule de ces conditions est remplie et suffit à amener la mort. Si, de plus, ce gaz irrespirable est toxique et surtout s'il se combine à l'hémoglobine, les trois conditions déterminées ci-dessus se superposont pour arrêter le cours normal de la respiration : d'une part, manque d'oxygène,

(1) Docteur Romary, médecin-major de deuxième classe. Deux cas d'intoxication par la mélinite, *Le Caducée*, 19 nov. 1910, n° 22, p. 299.

altération des globules et de l'hémoglobine, trouble de la respiration; de plus, si le gaz est corrosif, il y a, en outre, altération du parenchyme pulmonaire et des muqueuses respiratoires, lésions qui viennent encore aggraver le processus asphyxique.

Nous diviserons l'étude des accidents causés par les vapeurs en deux groupes :

1° Vapeurs toxiques : alcool, éther, alcool-éther;

2° Vapeurs toxiques et corrosives : vapeurs complexes susceptibles de renfermer de l'acide picrique, vapeurs de dinitrotoluène, vapeurs nitreuses.

A. Vapeurs toxiques : alcool, éther. — Il y a eu, dans les poudreries et en particulier au Ripault et à Saint-Médard, plusieurs cas d'intoxication par les vapeurs d'alcool et d'éther et par le mélange d'alcool-éther. Ces accidents ont été en général de peu de gravité. Il y a eu cependant un cas mortel, en 1904, à Saint-Médard et un autre, en 1911, au Ripault.

Ces intoxications ont été étudiées au Ripault par le docteur Delaunay, et surtout à Saint-Médard, par le docteur Eyquem.

Les accidents se succèdent en général dans l'ordre suivant : on observe tout d'abord, au début, quelques troubles locaux résultant de l'action directe des vapeurs sur la muqueuse oculaire. Les ouvriers ressentent des picotements désagréables qui entraînent rapidement du larmoiement. Ce larmoiement est presque toujours le premier signe de l'imprégnation par les vapeurs. On a constaté quelquefois des blépharites dues au contact des mains plus ou moins souillées de poussières ou de liquide alcoolique. La conjonctive peut être atteinte également; c'est alors une conjonctivite catarrhale simple, peu douloureuse, déterminant plutôt une sensation de lourdeur qu'une douleur véritable. Les ouvriers se plaignent quelquefois de sentir leurs paupières collées le matin au réveil.

Les vapeurs alcooliques déterminent également, par leur action directe sur la muqueuse respiratoire, de l'enchiffrènement, de la toux, de l'enrouement. Ces symptômes seraient particulièrement fréquents dans le cas d'inhalation de vapeurs d'alcool amylique.

Au niveau de la muqueuse olfactive, il existe une congestion diffuse entraînant une sécrétion abondante. L'ouvrier a constamment la tentation de se moucher et le liquide qu'il retire est un liquide séreux peu abondant.

Les malades se plaignent fréquemment d'une sensation de constriction laryngée : comme si on leur serrait le larynx entre les doigts; d'autres ont une sensation de dysphagie analogue à celle que produirait le passage d'un bol alimentaire trop volumineux; d'autres enfin, et ceux-là sont la majorité, éprouvent fréquemment le besoin de cracher, et crachent, en effet, après chaque quinte de toux, des matières glaireuses et filantes.

Après ces troubles passagers que ressentent la plupart des ouvriers, même ceux qui, plus tard, ne présenteront plus de symptômes graves d'intoxication, apparaît un signe très net et constant, c'est la *disparition de l'appétit*. Cette anorexie ne survient que quelques semaines après le début du travail dans les ateliers. Il est cependant des ouvriers plus sensibles qui, dès le premier jour, accusent cette sensation. Cette susceptibilité exagérée est importante à noter, car elle ne s'atténue pas en général et est un signe qui permet de prévoir l'apparition, à brève échéance, de troubles plus importants.

Outre cette perte d'appétit, le malade accuse une sensation de brulûre, de chaleur à l'estomac. Il lui semble qu'il a constamment, suivant son expression, « un charbon qui le brûle ». Beaucoup présentent également à cette période des régurgitations, puis des vomissements ayant tous les caractères des pituites matinales des alcooliques.

L'anorexie et de la pituite matinale constituent les deux symptômes les plus importants. Mais souvent viennent s'ajouter des troubles intestinaux consistant surtout en coliques avec diarrhée dégageant une odeur très marquée d'alcool amylique.

Le plus souvent tout en reste là et l'ouvrier finit par s'accoutumer à ce dégagement de vapeurs.

Si l'intoxication est plus intense, l'appétit diminue encore, les vomissements deviennent de plus en plus fréquents, le teint devient pâle et jaunâtre, le foie est augmenté de volume, le cœur agité de palpitations pénibles; à un degré de plus, les symptômes nerveux peuvent apparaître, ils consistent en une céphalalgie continuelle, en vertiges, troubles de la vue, altérations du goût et de l'odorat; on constate fréquemment de l'affaiblissement de la mémoire ou bien du tremblement de tous les membres; chez quelques-uns il y a de l'insomnie, de l'agitation; chez d'autres de la somnolence; chez tous, un affaiblissement général extrême.

Arrivé à ce point, l'intoxication est très grave et peut se terminer par la mort; mais il y a lieu d'ajouter que ces formes graves sont très rares.

Tel est l'ensemble des symptômes présentés ordinairement par les ouvriers intoxiqués; mais cette description est forcément un peu schématique et les troubles peuvent varier suivant les saisons, suivant la quantité d'alcool inhalée, suivant le degré de résistance des individus, etc.

Nous avons eu nous-même l'occasion d'observer un cas d'intoxication par les vapeurs d'alcool-éther.

M. X..., âgé de trente-six ans, ingénieur-chimiste au laboratoire des fraudes du ministère de l'Agriculture, et dont le travail consiste à analyser et à doser des vins suspects, se sert continuellement pour ses réactions, d'un mélange à parties égales d'alcool et d'éther. Il est, en particulier, obligé de filtrer très fréquemment cette liqueur et, pendant cette opération, il se dégage une telle quantité de vapeurs que, dit-il, même toutes fenêtres ouvertes, le laboratoire empoisonne l'éther.

M. X..., qui a toujours été très sobre et qui n'a jamais été malade, a présenté, quelques mois après son entrée dans le laboratoire, des troubles consistant surtout en céphalée, lassitude, fatigue générale. Ces symptômes ont augmenté d'intensité depuis quelque temps et, actuellement, M. X... présente, de plus, une sensation de cuisson dans la région stomacale, de la diarrhée, des vertiges, un léger tremblement des mains, etc. M. X... a remarqué lui-même que ces troubles disparaissent très

rapidement lorsqu'il reste une journée sans aller à son laboratoire ; ils sont, au contraire, très accentués vers la fin de la semaine, lorsqu'il a travaillé régulièrement pendant plusieurs jours.

M. X... a également signalé que certains de ses collègues, qui manipulent de l'alcool amylique, sont obligés de quitter fréquemment, pour cause de malaises passagers, leur travail.

Tous les symptômes que nous venons de décrire pourraient aussi bien s'adresser aux buveurs, alcooliques chroniques par ingestion d'alcool, qu'aux ouvriers des poudreries qui présentent les mêmes signes d'alcoolisme chronique contractés par inhalation de vapeurs alcooliques. Il est évidemment difficile de faire la part, chez ces ouvriers, des troubles qui sont dus à l'ingestion ou à l'inhalation de la substance toxique. Cependant Robert, dans sa thèse, fait remarquer que, dès qu'un ouvrier joint à l'alcool qu'il absorbe en vapeurs de l'alcool sous forme de liquide, il présente des accidents que ne calme pas le traitement ordinaire. Les buveurs sont toujours très gravement atteints dès les premiers jours ; s'ils perdent totalement l'appétit, ils ont au contraire une soif que rien ne peut éteindre, et c'est par de nouvelles liqueurs alcooliques qu'ils tentent le plus souvent de la calmer. Les troubles chez eux sont plus accusés et plus précipités. Aussi, les voit-on souvent interrompre leur travail et, alors que dès que l'intoxiqué par les vapeurs se remet rapidement par le simple éloignement de la cause de son mal, l'autre, au contraire, présente toujours les mêmes symptômes, en particulier de la pituite et du tremblement très accusés.

C. Vapeurs toxiques et corrosives. — Ce sont : soit des vapeurs complexes dégagées dans la fabrication de la mélinite et de la crésylite, soit des hydrocarbures nitrés tels que le dinitrotoluène, soit enfin et surtout des vapeurs nitreuses.

Tandis que les intoxications par les vapeurs nitreuses déterminent, ainsi que nous le verrons, des symptômes constants et réalisent un tableau clinique pour ainsi dire schématique, il n'en est pas de même des vapeurs de dinitrotoluène, et, bien que les intoxications mortelles par ces vapeurs soient extrêmement rares, elles ont donné lieu, chaque fois, à des difficultés d'interprétation telles, que la cause exacte de la mort des ouvriers intoxiqués n'a pu être établie avec précision.

1° *Vapeurs complexes dégagées dans la fabrication de la mélinite et de la crésylite*. — Nous avons étudié, dans un chapitre précédent, les accidents causés par la manipulation de la mélinite ou de la crésylite à l'état sec (poussières). Des accidents peuvent également se produire pendant la fabrication de ces produits. Ils sont dus alors à un dégagement de gaz complexes : mélange de vapeurs nitreuses, peut-être de traces d'acide picrique et de faibles quantités d'oxide de carbone, et parfois d'acide cyanhydrique.

Les auteurs donnent à cette intoxication le nom de *bronchite méliniteuse*. Il est difficile, en l'espèce, de faire la part de l'intoxication par l'acide picrique et par les vapeurs nitreuses, il est cependant probable que ce sont plutôt ces dernières qui ont été la cause de la mort dans les cas qui ont été observés par Lewin, Regnault et Sarles.

2° *Dinitrotoluène et hydrocarbures nitrés*. — Les hydrocarbures nitrés, et, en particulier, le dinitrotoluène déterminent chez les ouvriers des accidents complexes.

Dans les cas les plus nets où l'action du dinitrotoluène est surtout prépondérante, le docteur Champy, de la poudrerie de Vonges, a fait un certain nombre de constatations sur l'apparition et l'évolution des accidents.

1. Les ouvriers les plus fréquemment atteints sont en général les jeunes gens travaillant depuis peu dans la poudrerie ;

2. La plupart de ces ouvriers sont des alcooliques ;

3. Enfin, c'est surtout l'été au cours des mois de juillet et août, *en particulier par les temps d'orage*, que ces accidents sont les plus fréquents, les vapeurs de dinitrotoluène étant d'autant plus abondantes que la température est plus élevée.

Ces remarques du docteur Champy sont absolument conformes aux données qu'on possède actuellement sur l'intoxication par les vapeurs de dinitrotoluène.

Ce produit peut être absorbé par l'organisme, soit directement à l'état de vapeurs inhalées, soit indirectement par contact avec les téguments.

Les gaz produisent leur maximum d'action sur les sujets qui n'ont jamais respiré de vapeurs de nitrotoluène ; il se produit, en effet, une accoutumance rapide qui permet aux travailleurs d'en supporter ensuite des doses relativement élevées sans être incommodés.

Il est important de noter que l'alcool, enfin, joue vis-à-vis du dinitrotoluène un rôle toxique capital : l'alcool facilite en effet la diffusion du dinitrotoluène dans l'organisme. Si l'on fait respirer des vapeurs de dinitrotoluène à un individu exempt de toute imprégnation alcoolique, les accidents n'apparaissent en général que deux ou trois heures après l'absorption du toxique. Si, au contraire, on répète la même expérience chez un alcoolique chronique, les accidents apparaissent très rapidement, dix à quinze minutes après l'absorption.

Toute l'étiologie des accidents est dominée, en somme, par deux notions : ils surviennent surtout l'été et presque toujours chez des alcooliques.

Les vapeurs de nitrotoluène agissent sur l'organisme en tant que vapeurs toxiques, et, comme les vapeurs d'alcool et d'éther, elles paraissent avoir une prédilection marquée pour le système nerveux ; elles possèdent, de plus, comme les vapeurs nitreuses, une action toxique sur le sang.

Le docteur Champy a, en effet, constaté fréquemment des symptômes rappelant l'ivresse : vertiges, incoordination motrice, faiblesse musculaire, quelques hallucinations et, d'autre part, des signes évidents d'anémie avec diminution du taux de l'hémoglobine et de la valeur globulaire.

Les mêmes constatations ont été faites à la Société

universelle d'explosifs chez les ouvrières travaillant à la fabrication des cartouches.

Ce sont les mêmes accidents qui ont été signalés également dans l'industrie.

L'action des vapeurs de dinitrotoluène peut être différente selon que l'intoxication a été rapide et de courte durée ou, au contraire, légère mais prolongée.

Les ouvriers qui débutent dans la manipulation du nitrotoluène accusent quelquefois, dès le premier ou le deuxième jour, des troubles consistant surtout en une céphalée orbitaire, gravative, compliquée parfois de nausées et de vomissements.

Cet état de malaise est quelquefois si pénible qu'ils sont obligés d'abandonner définitivement le travail. Ces faits, relativement fréquents dans l'industrie, n'ont jamais été signalés dans les poudreries. Ces malaises se dissipent en général et, après une ou deux semaines d'accoutumance, cessent complètement pour ne réapparaître qu'accidentellement à l'occasion d'un travail forcé, d'un dégagement anormal de vapeurs toxiques et surtout pendant les chaleurs de l'été.

A l'occasion d'une de ces conditions anormales, l'ouvrier ressent des vertiges qui disparaissent en général lorsqu'il va au grand air. Quelquefois ces vertiges sont suivis d'une perte de connaissance ; beaucoup plus souvent l'ouvrier éprouve une sensation de torpeur; il est comme un homme ivre, hébété, il a la face congestionnée, il vacille, chancelle, bégaye quelques mots sans suite. Tout son habitus extérieur rappelle l'individu en état d'ivresse.

Après un séjour de quelques heures au grand air, l'intelligence réapparaît, le malade sort en général de cette crise, conservant seulement un sentiment de fatigue générale avec un irrésistible besoin de sommeil.

A côté de ces symptômes les plus communément observés, il existe des formes plus rares où les accidents peuvent être plus sérieux. C'est ainsi que, dans les cas d'intoxication aiguë répétée, il peut survenir de véritables convulsions épileptiformes avec spasmes tétaniques de la région cervicale postérieure, alternant avec des accès de délire ou de tremblement généralisé. Les mouvements respiratoires sont irréguliers, la peau est froide, le visage pâle ; les pupilles, rétrécies au début des accidents, se dilatent ensuite : les battements du cœur deviennent plus fréquents. Cet état alarmant peut durer quelques heures ; il se termine le plus souvent par la guérison, mais il peut également entraîner la mort.

Le docteur Champy a signalé l'existence de névrites du sciatique poplité externe ; il a noté quelquefois des paralysies avec anesthésie des membres atteints. Les ouvriers et surtout les ouvrières peuvent enfin, sans avoir jamais présenté d'accidents aigus, ressentir les atteintes des vapeurs toxiques. Il s'établit alors une véritable chloro-anémie avec état gastro-intestinal caractérisé surtout par de la constipation. Leur teint devient bleu grisâtre, et cette couleur spéciale peut s'étendre aux doigts et aux orteils, les yeux sont boursouflés. Le sang est de couleur brun chocolat, d'aspect goudronné ; on ne trouve pas d'altération microscopique, mais, à l'examen spectroscopique, on constate la présence de méthémoglobine.

Le plus souvent, les accidents aigus cessent après un séjour plus ou moins long au grand air, et, chez les ouvriers accoutumés depuis longtemps à ce travail, un séjour de deux à trois heures au dehors suffit pour les ramener à l'état normal.

La mort est beaucoup plus rarement la terminaison de ces accidents. Elle peut survenir en deux à trois heures ; quelquefois elle n'apparaît qu'au bout de vingt-quatre heures, après une période intermédiaire de rémission.

Dans les cas d'intoxications successives, on note fréquemment des troubles respiratoires ; la dyspnée serait même un symptôme constant chez les buveurs.

3° *Vapeurs nitreuses.* — De toutes les vapeurs que les ouvriers sont appelés à respirer, les vapeurs nitreuses sont celles qui causent les accidents les plus fréquents et les plus graves. Il résulte, en effet, des rapports qui nous ont été communiqués ainsi que des renseignements que nous avons recueillis sur place dans les poudreries, que l'action de ces vapeurs a causé deux décès au Moulin-Blanc. Un autre décès, survenu à Vonges, a été attribué à la même intoxication.

Etude clinique et anatomo-pathologique de l'intoxication par les vapeurs nitreuses. — De tous les renseignements qui nous ont été fournis par les médecins des poudreries, on peut dégager les notions suivantes :

Les vapeurs nitreuses, même en quantité infime, sont très désagréables à respirer. Elles ont ceci de commun avec les vapeurs de chlore, dont elles rappellent l'odeur. Mais, tandis que les effets de ces dernières sont instantanés, extrêmement douloureux, ne laissant aucune trace sur l'organisme si les inhalations n'ont pas été trop répétées ni de trop longue durée, il n'en est pas de même des vapeurs nitreuses.

Dès les premières inspirations, le patient éprouve à la gorge une sensation de cuisson plus ou moins pénible, selon la réceptivité particulière de chaque sujet. Il est des ouvriers qui sont pris de quintes de toux et de suffocation au moindre dégagement de vapeurs et qui sont obligés de quitter immédiatement l'atelier; d'autres, au contraire, peuvent supporter beaucoup plus longtemps l'action des vapeurs, sans en être immédiatement incommodés.

Cette sensation, pénible au début, cesse au grand air; la respiration redevient normale et l'on pourrait croire que tout danger d'intoxication a disparu. Les ouvriers se remettent au travail, vont prendre leur repas, rentrent même chez eux sans être incommodés, mais, plusieurs heures après, apparaissent les accidents secondaires extrêmement graves, caractéristiques de cette intoxication.

Cette période de rémission, qui s'étend du moment de l'absorption du gaz toxique jusqu'à l'apparition des signes cliniques, est tout à fait pathognomonique et se retrouve dans tous les cas d'intoxication par les vapeurs nitreuses. Nous avons pu également la con-

En effet, dans un cas, où elle avait été très courte, le malade présenta des accidents relativement bénins ; au contraire, dans les cas où elle fut très longue, l'évolution se termina par la mort.

Après cette période de rémission, apparaissent un certain nombre de symptômes dont le groupement, la succession et la gravité varient avec chaque individu. Par leur action corrosive sur les tissus, par les modifications qu'elles déterminent sur les globules du sang, par l'asphyxie qu'elles provoquent mécaniquement, les vapeurs nitreuses déterminent des troubles intéressant presque tout l'organisme.

La peau et les muqueuses peuvent être le siège des lésions dues à leur contact direct avec les vapeurs nitreuses ; c'est ainsi qu'on a pu, parfois, noter des conjonctivites, même dans les ateliers où se dégagent de petites quantités de vapeurs.

Plus importants sont les troubles de l'appareil digestif. Outre la sensation de soif vive qu'ils éprouvent, les ouvriers ont des nausées, des vomissements, des coliques quelquefois très violentes, s'accompagnant de diarrhée. Dans les formes graves, le malade ressent dès le début une brûlure au niveau de l'estomac, s'accompagnant d'une sensation de constriction violente de l'épigastre. Mais le caractère le plus important est tiré de l'aspect des vomissements et des selles qui sont jaunâtres, de couleur orangée, de réaction acide et dans lesquelles on peut déceler la présence de l'acide azotique.

Les symptômes pulmonaires sont beaucoup plus marqués. Il y a de la dyspnée à la fois mécanique par lésions pulmonaire et toxique par atteinte du système nerveux. Cette dyspnée peut aller jusqu'à l'orthopnée. Dans quelques cas (Tardieu), elle peut simuler une crise d'asthme ; elle peut également s'accompagner de toux quinteuse, continue et fatigante. L'expectoration, qui fait rarement défaut, est mousseuse, jaune orangé, quelquefois d'odeur acide. Elle peut être très abondante, comme dans un cas de Souquet, où le malade rendait un liquide filant à pleines gorgées ; elle peut, au contraire, faire complètement défaut comme dans un cas de Tardieu ; dans certains cas, elle est striée de filets de sang et peut même revêtir l'aspect d'une hémoptysie.

L'état général est toujours profondément atteint. L'aspect du malade, dans les formes graves, est caractéristique. Il est assis sur son lit, en orthopnée, la figure cyanosée ; tout son habitus extérieur exprime l'anxiété la plus grande. Le pouls est rapide, la température est quelquefois élevée. Dans certaines formes, il y a du délire et de l'excitation ; dans d'autres, au contraire, le malade est apathique, mais son intelligence reste toujours intacte jusqu'à la fin.

L'examen du sang montre enfin des modifications importantes dans la forme, le nombre des globules, ainsi que dans sa composition chimique.

Tous les symptômes que nous venons de décrire se rencontrent rarement au complet chez le même individu. Certains signes prédominent en général et donnent au malade un aspect spécial.

C'est ainsi qu'on peut décrire une *forme digestive* de l'intoxication par les vapeurs nitreuses.

Il y a une légère dyspnée, quelques crachats, mais les signes qui dominent la scène sont des nausées, des vomissements, des selles jaune orangé et des douleurs à l'épigastre. Ceci correspond, sans doute, à l'expression usitée par les ouvriers des poudreries qui déclarent ressentir des *ventrées d'acides*. Cette forme est, en général, bénigne, et guérit le plus souvent, bien qu'elle évolue quelquefois d'une façon dramatique.

On a noté, chez les alcooliques et les prédisposés, la prédominance des symptômes d'ordre nerveux : le meilleur exemple en est un cas où le malade présenta surtout des douleurs de tête, des vertiges, de l'aphasie avec modification du pouls et de la température. La guérison survint au bout de trois jours.

Bien plus grave est la forme pulmonaire ; c'est celle constatée dans les deux cas du Moulin-Blanc. La dyspnée, la toux, l'expectoration, y atteignent le maximum d'intensité et, à ces signes locaux, s'ajoutent des troubles de l'état général. Il y a dans ces formes une intoxication profonde de l'organisme, qui se termine presque toujours par la mort.

L'action des vapeurs nitreuses peut encore se manifester d'une façon plus insidieuse.

Les cas d'anémie, d'affaiblissement général que signale le docteur Normand à la poudrerie du Moulin-Blanc, les bronchites et les congestions pulmonaires légères, signalées par le docteur Lurette, à Esquerdes, en sont des exemples. Peut-être y a-t-il également un rapport entre l'action débilitante exercée sur l'organisme par les vapeurs nitreuses et le manque général de vigueur qu'on rencontrerait, d'après M. Louppe, directeur de la poudrerie du Moulin-Blanc, chez tous les ouvriers. Il résulte enfin de nos recherches qu'il n'y a aucun rapport entre la quantité de vapeurs respirées et la gravité de l'affection.

D'autre part, Wolff rapporte l'histoire de deux ouvriers qui, étant descendus dans une chambre de nitrification, furent environnés de vapeurs nitreuses. Ils remontèrent ensemble au bout de quelques minutes. Or, tandis que l'un d'eux ne présentait aucun malaise, l'autre présenta, le soir même, des symptômes alarmants et mourut dès le lendemain.

Autopsie. — L'aspect du cadavre n'a généralement rien de caractéristique. On a cependant signalé quelquefois de la cyanose des lèvres, des pieds, des ongles, etc.

Par contre, si l'examen extérieur ne donne pas de renseignements très précis, il n'en est pas de même de celui des viscères et, en particulier, des organes de la cavité thoracique.

La trachée et les bronches présentent une injection très marquée de la muqueuse due à l'action corrosive des vapeurs de peroxyde d'azote. Tardieu, outre cette couleur rouge vif, a constaté, sur la muqueuse de la trachée, une légère écume sanguinolente.

Les poumons semblent volumineux. A l'ouverture de la poitrine, leur coloration est presque toujours particulière. Cependant, dans 2 cas, ils avaient conservé leur coloration normale au moment de l'ouverture du thorax, mais ils changèrent rapidement de

stater chez les animaux que nous avons intoxiqués expérimentalement.

La durée de cette période est variable. Elle oscille entre deux heures et dix heures, sans que sa durée puisse être une indication de quelque valeur au point de vue de la gravité des accidents ultérieurs.
couleur et, de gris rosé qu'ils étaient, ils devinrent bientôt rouge sombre, lorsqu'on les sortit de la cavité thoracique. Dans d'autres cas, ils furent trouvés nettement congestionnés dès l'ouverture du cadavre, avec, par places, quelques points plus foncés simulant des noyaux d'apoplexie pulmonaire.

A la palpation du poumon, on sent seulement une crépitation plus ou moins étendue, selon le degré de congestion.

La coupe fournit, par contre, des renseignements plus précis, Tardieu a noté, une fois, une odeur nitreuse manifeste, se dégageant à la section du poumon. Le plus souvent, on trouve cet organe gorgé de sérosité rouge clair, et la pression permet d'en faire sourdre de fines bulles mousseuses.

Suivant le degré de congestion, on a trouvé une quantité plus ou moins grande de sang liquide et noirâtre dans les alvéoles; on peut trouver aussi quelquefois à l'intérieur du parenchyme pulmonaire de petits noyaux apoplectiques, semblables à ceux qu'on voit sur la surface extérieure du poumon.

La cavité pleurale peut contenir une certaine quantité de sang liquide et noirâtre.

Le cœur est, le plus souvent, de volume normal. On l'a, cependant, signalé dans quelques observations comme très volumineux. Mais les altérations les plus constantes et les plus caractéristiques sont celles que présentent le sang. Dans toutes les autopsies, en effet, on a trouvé un sang noirâtre, non coagulé et visqueux.

Dans les formes digestives, il y a des lésions de l'estomac qui est généralement distendu par les gaz et dont le contenu est acide. Un auteur relativement ancien aurait rencontré une acidité telle, que la virole en argent de son scalpel serait devenue toute noire, dès l'incision de l'estomac. Dans les deux autopsies du Moulin-Blanc, le docteur Mahéo a noté une arborisation vasculaire de la muqueuse gastrique.

Les autres parties du tube digestif ne présentent pas de lésions spéciales. Il en est de même des reins et du cerveau.

L'autopsie ne montre donc, le plus souvent, que des lésions plus ou moins étendues de congestion pulmonaire; aussi, est-il nécessaire, pour affirmer l'intoxication par les vapeurs nitreuses, de pratiquer l'examen toxicologique du sang et des viscères.

Cet examen n'a pas été fait à la suite des deux décès du Moulin-Blanc. Mais cette recherche a été pratiquée par Tardieu, puis par Socquet et Chassevant, au cours d'expertises médico-légales.

(*A suivre.*)

MÉDECINE PRATIQUE

SYNDROMES HÉMORRAGIQUES PRÉCOCE ET TARDIF DE LA FIÈVRE TYPHOIDE

Le professeur Albert Robin a publié récemment dans la *Revue de médecine*, avec N. Fiessinger et M. P. Weil, une étude très complète sur les syndromes hémorragiques de la fièvre typhoïde (1). Il faut entendre sous ce nom les cas dans lesquels apparaissent, au cours de l'infection éberthienne, des hémorragies multiples en différentes régions du corps; selon la date d'apparition de ces hemorragies, on distingue un syndrome hémorragique précoce et un syndrome hémorragique tardif; le pronostic, la pathogénie sont très différents dans les deux cas.

Le syndrome précoce est le plus fréquent, le mieux étudié; c'est aussi le plus grave. Dès les premiers jours de la maladie ou à la période d'état, les épistaxis attirent l'attention par leur abondance; puis surviennent d'autres hémorragies : stomatorragies, hémorragies intestinales, hématuries, hémorragies utérines, pulmonaires, voire méningées; on observe très souvent des pétéchies abondantes. L'état général est gravement atteint; température très élevée, pouls accéléré, langue sèche, recouverte d'un épais enduit fuligineux, prostration, adynamie, entrecoupée parfois d'état ataxique, tous ces symptômes indiquent un pronostic très sérieux et la mort survient presque fatalement. Cette forme clinique constitue la forme putride hémorragique, décrite par les anciens cliniciens et en particulier par Borsieri.

Le syndrome hémorragique tardif de la fièvre typhoïde est tout autre et a une symptomatologie bien spéciale. Il apparaît vers la fin de la maladie, alors que parfois la défervescence thermique était commencée; des hémorragies se produisent un peu partout (épistaxis, hémorragies gingivales, hématurie et hématémèse dans une observation de MM. Robin, Fiessinger et Weil); l'abdomen, le thorax et les cuisses sont recouverts de taches purpuriques; la température s'élève, le facies du malade est pâle, anémique. On note quelquefois des placards d'érythème, mais ce symptôme n'est pas constant; quand il existe, on doit distinguer le syndrome hémorragique des érythèmes infectieux de la convalescence typhique compliqués de purpura; le diagnostic est facile, puisque dans les érythèmes infectieux le purpura est un épiphénomène et ne s'accompagne pas d'autres hémorragies. Le syndrome hémorragique tardif de la fièvre typhoïde dure pendant cinq à dix jours; les hémorragies peuvent être très abondantes; dans le cas relaté par M. le professeur Robin, les épistaxis persistèrent plusieurs jours malgré des tamponnements profonds à l'eau oxygénée et à l'antipyrine. Malgré cette abondance et cette répétition des hémorragies, la guérison est presque constante; par ce pronostic relativement bénin, les syndromes hémorragiques tardifs s'opposent aux syndromes hémorragiques précoces. Il faut cependant toujours réserver le pronostic, car dans une observation d'Achard et Saint-Girons la mort survint au sixième jour du syndrome hémorragique.

M. le professeur Robin et ses collaborateurs ont cherché à élucider la pathogénie du syndrome hémorragique tardif de la fièvre typhoïde. Il est possible que, dans quelques cas, le syndrome relève d'une infection secondaire, mais, dans d'autres, il faut faire intervenir une pathogénie toute différente. Ainsi chez le malade, suivi par MM. Robin, Fiessinger et Weil, les hémocultures furent négatives et la formule leucocytaire ne se rapprocha aucunement de la formule d'une infection aiguë surajoutée; au contraire, l'étude hématolo-

(1) A. Robin, N. Fiessinger et M. P. Weil. Syndromes hémorragiques précoce et tardif de la fièvre typhoïde, *Revue de méd.*, 10 sept. 1912.

gique de ce cas, l'examen chimique des urines fournissent des arguments en faveur d'une autre théorie pathogénique; on constata en effet une sédimentation des globules rouges dès le début du processus hémorragique, ce qui indique une altération du milieu liquide du sang. Le milieu sanguin a diminué de densité et cet abaissement de densité du milieu plasmatique semble attribuable à un déficit considérable des matières organiques démontré par l'examen chimique du sang; les colloïdes du sang se trouvent diminués en quantité, quand les substances minérales se maintiennent à un taux normal. De ce déficit organique, conséquence de la dénutrition au cours de la fièvre typhoïde, il résulte que le sang est fluide, moins visqueux, par conséquent plus facile à extravaser hors des vaisseaux. Le syndrome hémorragique tardif reconnaît donc pour cause une altération humorale caractérisée par une diminution de la densité du sang; cette altération humorale est la conséquence d'un déficit dans les matières organiques du sang.

Ces notions conduisent à une thérapeutique du syndrome; on doit chercher à augmenter la viscosité et la contenance en matières organiques du milieu sanguin à l'aide du sérum gélatiné; il faut de plus activer la sécrétion de trombozyme par les polynucléaires; ce résultat peut être obtenu par injections de sérum (P.-E. Weill), par des solutions de propeptones (Nolf) ou par l'injection soit intraveineuse, soit intramusculaire de métaux colloïdaux, en particulier d'argent colloïdal électrique, de ferment métallique (A. Robin).

M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1912)

Etat méningé à début comateux — MM. Georges GUILLAIN et A. BAUMGARTNER. Un jeune homme de dix ans, sans aucun antécédent pathologique, est trouvé un matin dans un état comateux tombé de son lit; il est amené à l'hôpital Laënnec. Ils constatent chez lui un ensemble de symptômes traduisant une réaction méningée très nette : position en chien de fusil, hyperextension de la tête, signe de Kernig, hyperesthésie, raie vasomotrice, réflexe controlatéral de flexion après compression du muscle quadriceps fémoral, respiration irrégulière, température à 38°2, etc. La ponction lombaire montre un liquide hypertendu, hyperalbumineux, de coloration légèrement jaunâtre contenant des hématies, des polynucléaires et de nombreux mononucléaires, mais ne contenant aucun microbe. Les symptômes méningés graves précédents, auxquels s'ajoutèrent de l'agitation, du délire, persistèrent trois jours, puis disparurent progressivement. Au bout de huit jours, le malade était dans un état normal, mais il y avait encore de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien; il quitta l'hôpital quinze jours plus tard complètement guéri.

MM. Guillain et Baumgartner insistent sur ce fait que, chez leur malade, l'état comateux et l'état d'agitation semblaient au début indiquer un pronostic des plus graves. Il faut donc être très réservé dans le pronostic des états méningés, même à symptomatologie très grave quand, dans le liquide céphalo-rachidien, on ne trouve aucun microbe et quand les éléments leucocytaires sont en apparence intacts.

Méningite purulente éberthienne. Début par symptômes d'otite aiguë. — MM. A. LEMIERRE et E. JOLTRAIN rapportent l'histoire d'un homme qui fut atteint brusquement d'une méningite aiguë grave; le début en fut marqué par des douleurs intenses dans l'oreille gauche et un écoulement séreux passager par le conduit auditif externe. L'absence de tout prodrome, la prédominance manifeste des symptômes méningés (céphalée, contractures, vomissements, délire) sur les symptômes d'infection générale (splénomégalie, diarrhée) ne permettait pas de soupçonner une fièvre typhoïde. Seul l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien et du sang, en montrant du bacille d'Eberth, permit de diagnostiquer la nature de la maladie. La mort survint au septième jour; à l'autopsie, on trouva une méningite suppurée et de la tuméfaction des plaques de Peyer.

Point particulier : le liquide céphalo-rachidien agglutinait à 1 p. 20 le bacille d'Eberth et la réaction de fixation vis-à-vis de l'antigène typhique y était nettement positive. La présence de ces réactions humorales au cours de la fièvre typhoïde semble être inséparable d'une altération des méninges.

Dissociation de la sécrétion biliaire au cours d'un ictère catarrhal symptomatique de réduction isolée des sels biliaires. — MM. A. LEMIERRE et ABRAMI rapportent un cas d'ictère catarrhal où l'on observe, après la recoloration des matières fécales et la régression de la jaunisse, la persistance du prurit et de la bradycardie. A ce moment, il n'y avait plus dans l'urine ni pigments biliaires ni urobiline. Mais la réaction de Hay s'y montrait franchement positive. De plus, l'examen du sang, pratiqué trois heures après l'ingestion de 40 grammes de beurre, montrait l'absence d'hémocosines.

Quelques jours plus tard, le prurit et la bradycardie ayant cessé, la réaction de Hay disparut de l'urine. Après un repas de beurre, on trouva dans le sang une masse d'hémocosines.

Il peut donc exister au cours de l'ictère catarrhal une véritable dissociation de la réaction biliaire comparable à la dissociation de la perméabilité rénale si fréquente dans les néphrites. Cette dissociation de la sécrétion biliaire est incompatible avec une obstruction des voies biliaires. Il ne peut donc relever que d'un trouble fonctionnel de la cellule hépatique et vient à l'appui de l'opinion qui envisage l'ictère catarrhal comme lié à une affection du parenchyme hépatique.

Un cas de pneumonie tuberculeuse curable. — M. P. LEREBOULLET, à propos du récent travail de MM. Bezançon et Braun sur les foyers pneumoniques tuberculeux, rapporte l'observation d'un homme qui, en pleine santé apparente, fut pris de tous les symptômes d'une pneumonie caséeuse avec grand amaigrissement et expectoration fortement bacillifère. Contrairement au premier pronostic, la maladie s'orienta lentement et progressivement vers la guérison; après une nouvelle poussée pneumonique trois mois plus tard, l'amélioration devint définitive. Le sujet reprit 40 kilos en dix-huit mois, sans autre traitement que la cure hygiénique. Actuellement, trois ans après ce début pneumonique en pleine santé, la guérison semble complète, et un examen radioscopique a confirmé l'intégrité des poumons, ce qui vérifie la réalité des processus pneumoniques curables liés à la tuberculose.

Cancer du corps du pancréas avec sacrodynie. — MM. Marcel LABBÉ et GENDRON relatent un cas de cancer du corps pancréatique, qui s'est traduit principalement par une douleur persistante et extrêmement vive au niveau du sacrum. La douleur subissait de temps en temps des redoublements atroces accompagnés de perte de connaissance; au cours de l'un d'eux, le malade présenta un état de délire, avec état confusionnel, carphologie, agitation et réaction du liquide céphalo-rachidien qui contenait de l'albumine et des polynucléaires intacts.

A l'autopsie on trouva une masse cancéreuse considérable englobant le pancréas, le hile du rein et de la rate, la face postérieure de l'estomac, le grand épiploon, le côlon transverse, l'aorte et la veine cave inférieure. L'histologie, aussi bien que l'extension de la tumeur, montra un épithéliome développé primitivement aux dépens du corps du pancréas.

Le diagnostic du cancer du corps du pancréas est très difficile, puisqu'il repose parfois presque exclusivement sur la douleur, et que celle-ci peut avoir une localisation éloignée; les signes ordinaires d'insuffisance pancréatique font habituellement défaut.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 20 NOVEMBRE 1912)

Fractures marginales postérieures. — M. Robert Picqué, à propos du rapport de M. Jacob sur l'observation de M. Belin, a eu recours dans un cas de fracture bimalléolaire avec luxation externe au procédé de l'ablation de l'astragale. Au lieu de l'incision externe classique, il a eu recours à une incision rétropéronière avec section complète du ligament latéral qui donne une large ouverture de l'article et facilite beaucoup l'opération.

M. Jacob répond que M. Belin, dans son cas, s'est procuré un jour très suffisant à l'aide de ses deux incisions latérales.

M. Souligoux fait observer qu'il n'est pas toujours facile d'enlever l'astragale. Dans un cas où il s'était proposé de faire cette extraction, il s'est trouvé en présence de grandes difficultés. Il a fait alors une opération atypique qui a consisté dans une résection osseuse poussée jusqu'à ce qu'il puisse mettre le pied à angle droit. Il a obtenu ainsi un très bon résultat sans ankylose tibio-tarsienne. Le résultat fonctionnel est également très bon.

M. Quénu répond à la communication faite par M. Souligoux sur les fractures du cou-de-pied envisagées d'une façon générale. M. Souligoux a divisé l'histoire de ces fractures en deux périodes, la période de l'anatomie pathologique et de l'expérimentation et la période de la radiographie. Il a déclaré appartenir aux partisans de la première période. M. Quénu estime que la radiographie est venue s'ajouter à l'expérimentation et à l'anatomie pathologique et qu'elle a constitué un très grand progrès dans l'étude des fractures du cou-de-pied. M. Quénu n'est pas moins que M. Souligoux partisan de l'expérimentation et de l'anatomie pathologique, mais il ne saurait méconnaître que depuis dix ans, c'est-à-dire depuis l'application de la radiographie à l'étude des fractures, il a été accompli de très grands et très réels progrès dans cette étude. Toutefois, cela n'a pas empêché M. Quénu de recourir également à l'expérimentation sur le cadavre, à l'anatomie pathologique. Mais, suivant lui, l'expérimentation seule est incapable de donner des résultats de nature à expliquer toutes les variétés de fractures du cou-de-pied.

Au reste, cette opinion n'est pas nouvelle puisqu'elle a déjà été exprimée, en 1876, par Gosselin dans un rapport à l'Académie sur des travaux de Malgaigne et de Maisonneuve. M. Quénu a fait lui-même de nombreuses expériences et il a constaté que l'expérimentation ne donnait qu'une base artificielle et distante de la vérité. Il est incontestable que nous possédons aujourd'hui, avec la radiographie, une base d'étude et de classification beaucoup plus solide. M. Quénu insiste sur les services rendus par cette nouvelle méthode de recherches.

M. Quénu revient sur un point en discussion avec M. Souligoux, celui du diastasis. Celui-ci est-il constant dans la fracture type de Dupuytren comme le soutient M. Souligoux? M. Quénu ne le croit pas. Il affirme que les fractures de Dupuytren basses sont possibles sans diastasis permanent. Quoi qu'il en soit, c'est là un point qui reste à l'étude.

Injections de formol dans les tumeurs malignes. — M. Morestin fait un rapport sur un travail de M. Estradère (de Luchon) qui est basé sur quelques observations de tumeurs malignes de la face traitées par les injections interstitielles de formol. Malheureusement, dit M. le rapporteur, ces observations sont tout à fait incomplètes et insuffisantes, tant au point de vue de la nature des tumeurs qu'au point de vue de la technique de ces injections.

Quoi qu'il en soit, cette méthode qui a été préconisée surtout par M. Laurent, dont M. Estradère n'a fait que suivre l'exemple, consiste à injecter dans les tumeurs malignes une quantité considérable de formol. Sous l'influence de ces injections les tumeurs se momifient, se rétractent et finissent même par disparaître. M Estradère, qui ne nous fixe pas davantage sur la méthode, y a eu recours chez sept malades dont les observations, très courtes, sont tout à fait insuffisantes. Il s'agit, dans ces cas, de néoplasmes superficiels de la joue, des ailes du nez ou de la région sous-palpébrale. Les photographies, prises avant et après les injections, sont assez démonstratives au point de vue de la régression ou même de la disparition de certaines de ces tumeurs.

Dans un cas où il s'agissait d'une grosse tumeur du volume d'une orange qui avait envahi l'angle naso-jugal, la paupière, la conjonctive, les injections de formol ont amené une telle régression de la tumeur qu'on a pu aisément, par la suite, pratiquer l'énucléation du globe de l'œil.

M. Morestin ne croit pas qu'il y ait là une méthode générale de traitement des tumeurs malignes. Mais il y a dans cette action du formol sur les tumeurs de la face, en particulier, des résultats intéressants et comparables tout au moins aux résultats fournis par beaucoup d'autres topiques ou par la cautérisation par les agents chimiques, les flèches à la pâte de Canquoin par exemple.

M. Morestin a essayé lui-même le formol. Il a employé toujours la même formule, un tiers d'alcool, un tiers de glycérine et un tiers de formol avec un peu de bleu de méthylène. Il a eu recours à ces injections dans des cas de cancers inopérables, et il a été frappé des modifications très remarquables qu'il a obtenues dans l'aspect de ces tumeurs.

Ces injections sont bien supportées; elles sont un peu douloureuses au moment même, mais la douleur disparaît très vite. On peut injecter des quantités énormes de formol sans déterminer d'intoxication. Sous l'influence de ces injections la tumeur se sèche, se réduit, se désodorise, se ratatine. Les malades, de véritables foyers d'infection qu'ils étaient, deviennent pour ainsi dire des foyers de désinfection en formolisant toute la salle. Mais ce n'est jamais là qu'une méthode palliative pouvant permettre cependant de rendre opérables des tumeurs primitivement inopérables. On peut, en effet, combiner l'action du formol à l'action chirurgicale, avant comme après l'intervention. C'est donc un mode de traitement qui mérite d'être étudié.

M. Souligoux rappelle les recherches de M. Marcille sur l'injection des lymphatiques par des solutions de formol. Jusqu'ici il n'aurait pas osé recourir à cette méthode sur les malades. Après la communication de M. Morestin, il n'hésiterait plus à la tenter.

M. Routier trouve qu'il n'y a pas beaucoup de nouveau dans cette méthode. C'est du vieux neuf et M. Routier rappelle le parfait assèchement des tumeurs cancéreuses qu'on obtenait avec les flèches de Canquoin.

M. Thiéry trouve très intéressant la méthode étudiée par M. Morestin. Il emploie, de son côté, une substance analogue qui lui a donné de bons résultats.

M. Quénu rappelle que nos anciens admettaient une action élective du chlorure de zinc sur les tumeurs malignes.

M. Lucas-Championnière déclare, si l'on veut envisager l'action des caustiques, avoir fait de nombreuses cautérisations, autrefois, dans les tumeurs malignes et en avoir obtenu de très bons résultats; cette nouvelle méthode, par la formolisation, peut aussi avoir son intérêt.

M. Cunéo revenant sur l'idée exprimée par M. Souligoux sur l'action du formol sur les lymphatiques rappelle les expériences qui ont été faites sur ce sujet, en particulier, par M. Marcille. Pour obtenir un résultat curatif autant que préventif, il faudrait pouvoir atteindre non seulement les ganglions visibles, extirpables, mais aussi le deuxième relai, les voies lymphatiques les plus éloignées.

M. Morestin a reconnu lui-même tout l'intérêt des recherches de M. Laurent. C'est autre chose que les caustiques. Il y a une action spéciale, particulière du formol sur les tumeurs.

Luxation dorsale du grand os. — M. Jeanne (de Rouen) fait une communication sur ce sujet.

Cystite tuberculeuse chez un malade n'ayant plus qu'un seul rein tuberculeux. — M. Legueu présente un malade qui n'a plus qu'un rein tuberculeux et qui était atteint d'une cystite tuberculeuse horriblement douloureuse. M. Legueu lui a pratiqué, il y a trois ans, une inclusion de son unique uretère dans l'intestin, pour obtenir l'exclusion de la vessie. Résultat parfait jusqu'ici.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 84, 19 oct. 1912.) BABINSKI : Réflexes tendineux et réflexes osseux.

Clinique. — (N° 40, 4 oct. 1912.) BONNEAU : Polypes et faux polypes de l'urètre. — PAILLARD et BÉAL : Le mal perforant buccal. — MAC-AULIFFE : Percussion abdominale (*suite*). — RUDAUX : Du curage digital en obstétrique. — (N° 41, 11 oct.) PAUCHET : Transfusion du sang. — SABOURAUD : La leucoplasie buccale et son traitement. — EMERY et BOURDIER : Salvarsan et syphilis nerveuse. — MAC-AULIFFE : Percussion abdominale (*fin*). — (N° 42, 18 oct.) A. LÉRI : L'anaphylaxie dans la pathogénie des maladies diathésiques, de l'arthritisme en particulier. — Georges LUYS : Traitement des calculs phosphatiques de la vessie. — CHAILLON : La morphologie humaine et l'armée. — H. TRIBOULET : Contre la dépopulation. Repos d'accouchement payé. Allaitement maternel à domicile. — BOULAI : De l'opportunité de l'opération de la cataracte. — (N° 43, 25 oct.) F. TERRIEN : Symptômes oculaires du tabes. — A. ADAMKIEWICZ : Sur la reproduction des cellules et le problème du cancer. — L.-C. PERDRIZET : Au sujet de la botryomycose.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 41, 10 oct. 1912.) KRAUSE : Pathogénie et traitement de la méningite tuberculeuse. — KULBS : Influence du mouvement sur l'organisme en croissance et adulte. — NEUMANN : La dixhocardie et son influence sur l'électrocardiogramme. — LINDEMANN : Le type des bacilles tuberculeux dans la tuberculose spontanée des singes. — HUBER : Sur les modifications du sang dans l'intoxication par le chlorate de potasse. — ROSENSTEIN : Contribution au traitement chimiothérapique des processus septiques. — ZALEMSKI : Mesures des températures dans les deux aisselles et leur importance en chirurgie. — WOLF : Expériences sur la modification apportée par Nilson à l'opération du varicocèle par la méthode de Narath. — KAPPIS : Contribution à la stérilisation des dégénérés par résection double des canaux déférents. — SCHMID Traitement des hémorragies atoniques. — GAMMELTOFT : Sur la réaction de Porges modifiée par Hermann et Perntz. — WOLFSOHN : Séro-diagnostic des tumeurs par la déviation du complément. — GRABLEY : Critique technique du traitement par la haute fréquence. — RÉTHI : Examen radiologique du larynx et des bronches. — LOHNSTEIN : Affections vésicales.

Echo médical du Nord. — (N° 40, 6 oct. 1912.) HANNARD : Aliénées mystiques d'aujourd'hui (théomanes, démoniaques, possédées). — JULLIEN : Du traitement des ruptures utérines dans les premiers mois de la grossesse. — (N° 41, 13 oct.) J. MINET, J. LECLERCQ et F. HOLLEAU : L'aortite abdominale aiguë. — (N° 42, 20 oct.) PIERRET : De l'action du 606 sur l'apparition du délire dans la « paralysie générale ». — BALENCIE (de Paris) : Les accidents de l'aviation. — (N° 43, 27 oct.) CURTIS : Ce que pense un étranger de notre système d'éducation nationale.

Encéphale. — (N° 10, 10 oct. 1912.) DÉJERINE, André THOMAS et HEUYER : Tabes et hérédo-syphilis, à propos d'une observation suivie d'autopsie. — Flaminio NIZZI : Le bilan du phosphore de la lécithine et des graisses. — MAGALHAES SEMOS : Hallucinations unilatérales de l'ouïe.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 40, 6 oct. 1912.) FRÈCHE : Mécanisme de la plique. Existe-t-il une plique nerveuse ? — Louis VERDELET : Kyste hydatique du foie. Intervention. Echinococcose secondaire. — (N° 41, 13 oct.) TRIBOUDEAU : Diagnostic microscopique du chancre induré. — ANGLADE : Ne parlons plus de responsabilité atténuée en médecine légale psychiatrique. — P. C. MESTRE : La médecine et l'hygiène au deuxième Congrès national du froid. — (N° 42, 20 oct.) J. CREIGNOU : Ethnographie des Somalis. Médecine : La variole et son traitement. — D.-P.-C. MESTRE : La médecine et l'hygiène au deuxième Congrès national du froid (*suite*). — (N° 43, 27 oct.) MESTRE : La médecine et l'hygiène au deuxième congrès national du froid (*suite*).

Gazette médicale de Nantes. — (N° 40, 5 oct. 1912.) A. MONNIER : Huit mois de pratique de la nouvelle médication du professeur Ehrlich 606-914. — J. GOURDET : Modifications à l'opération d'Alexander. — (N° 41, 12 oct.) BABINAUD : Le périnée chez l'homme (*suite*). — (N° 42, 19 oct.) BIAUTE : Cours complémentaire de psychiatrie. Classification de Guislain.

Lyon chirurgical. — (N° 4, 1er oct. 1912.) L. BÉRARD et H. ALAMARTINE : Technique, indications et résultats de la gastrostomie. — M. DURAND et H. VERRIER : Les tumeurs paranéphrétiques. — F. BARJON et P. JAPIOT : Le traitement radiothérapique des angiomes (formes, indications et contre-indications) [8 fig.]. — L. ARNAUD : L'injection intrapéritonéale d'oxygène dans le traitement des péritonites diffuses aiguës. — R. LERICHE : Quelques indications nouvelles de la radicotomie postérieure (2 fig.). — (N° 5, 1er nov.) Léon BÉRARD et André CHALIER : Les lésions traumatiques et opératoires du pneumogastrique au cou. — Léon IMBERT : Procédé d'amputation ostéoplastique de la cuisse. — Gaston COTTE : Amputations ostéoplastiques diaphysaires et greffes osseuses. — M. COLLET : Tuberculose des sinus de la face.

Lyon médical. — (N° 40, 6 oct. 1912.) REVILLET : Vomique par perforation de la bronche droite consécutive à un phlegmon périlaryngé. — NEYRON : Empoisonnement par les bains de datura stramonium. — (N° 41, 13 oct.) F. LECLERC et J. CHALIER : Hémophilie familiale, essai d'autosérothérapie. — (N° 42, 20 oct.) MAURICE : Pathogénie de l'exophtalmie dans la maladie de Basedow. — (N° 43, 27 oct.) COLLET : La tuberculose du larynx chez l'enfant. — (N° 44, 3 nov.) FABRE et BOURRET : De l'emploi du 606 dans le traitement de l'hérédo-syphilis. — (N° 45, 10 nov.) L. GALLAVARDIN : Pression systolique oscillatoire ou palpatoire ?

Marseille médical. — (N° 19, 1er oct. 1912.) H. BIDON : Le délire de rêve (*suite et fin*). — (N° 20, 15 oct.) A. RAYBAUD : Les manifestations cutanées dans les maladies infectieuses exotiques. — P. DREYON : Effets physiologiques de l'électricité statique.

Montpellier médical. — (N° 38, 22 sept. 1912.) GAUSSEL : Sérothérapie antituberculeuse par le sérum de Marmorek et vaccination antianaphylactique par la méthode de Besredka. — GRASSET : La haute éducation littéraire et les médecins ; la question du grec et du latin pour les médecins (*suite et fin*). — (N° 39, 29 sept.) GRASSET et VEDEL : Traitement de l'apoplexie. — G. PEYRONNARD : Un cas d'infection et de psychose puerpérales avec phénomènes méningitiques. — (N° 40, 6 oct.) J. MARGAROT : Chorée de Sydenham et lésions organiques du système nerveux. — GRASSET et VEDEL : Traitement du coma. — (N° 41, 13 oct.) ŒCONOMOS : Volumineux corps étranger de l'œsophage évacué par les selles. — MARGAROT : Chorée de Sydenham et lésions organiques du système nerveux (*suite*). — (N° 42, 20 oct.) MARGAROT : Chorée de Sydenham et lésions organiques du système nerveux (*fin*).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Le Képhaldol est antipyrétique.

Nombreux sont les antipyrétiques, et nous n'aurions pas pensé venir en recommander un nouveau, si celui-ci, le Képhaldol, ne possédait à un plus haut degré que ses devanciers des propriétés remarquables d'attirer l'attention de tous.

En effet, un certain nombre de produits sont antipyrétiques et analgésiques, mais le Képhaldol joint à ces deux propriétés celle d'être antisudorifique.

De nombreuses observations très concluantes ont été recueillies en Autriche dans les services d'hôpitaux des principaux professeurs; il nous suffira de citer les noms des professeurs Von Noorden, Ortner, Stofella, Schlesinger et Clax, pour que nous soyons dispensés d'insister sur la garantie scientifique que présentent ces observations.

Le Képhaldol est indiqué dans toutes les affections à symptômes fébriles, même lorsque la température est très élevée, par exemple dans la pneumonie, la pleurésie, la fièvre typhoïde et l'influenza. Le docteur Naase déclare que c'est un spécifique admirable contre l'influenza. Il a obtenu aussi d'excellents résultats dans l'érysipèle et les fièvres paludéennes. Contre ces dernières, on croit généralement, mais à tort, que seule la quinine est efficace, et on s'intoxique en la prenant à haute dose.

Parmi les principales preuves d'intoxication produite par la quinine ou les sels à base d'acide salicylique, nous citerons les bourdonnements d'oreilles et même la surdité dont sont atteints, la plupart du temps, les malheureux coloniaux qui usent et abusent de la quinine, soit comme curatif, soit comme préventif des fièvres paludéennes. Le Képhaldol n'a jamais occasionné ces troubles.

Avec le Képhaldol, le malade est aussi à l'abri des éruptions qui se produisent si fréquemment à la suite de l'administration de l'antipyrine ou de ses composés.

Dans les maladies fébriles, la circulation du sang étant trop rapide et la tension artérielle trop élevée, le cœur est obligé de faire un effort plus grand pour ses contractions musculaires; si, par un médicament antipyrétique, on vient diminuer la force et l'élasticité du muscle cardiaque on tombe de Charybde en Scylla, le remède est pire que le mal. C'est pourquoi beaucoup d'auteurs ont renoncé à utiliser les antithermiques dans certaines affections où il y a à craindre une endocardite.

A ce propos, il est intéressant de reporter textuellement les conclusions du docteur Fritsch concernant l'action du Képhaldol sur le cœur :

1° Je n'ai jamais eu l'occasion d'observer le moindre effet nuisible sur le cœur;

2° Le pouls fébrile devient plus lent et finalement normal;

3° L'affaiblissement de la tension des vaisseaux périphériques diminue; le tonus vasculaire s'améliore;

4° La pression sanguine systolique (pression minima) se maintient dans les limites physiologiques.

Il résulte de ces conclusions que non seulement le Képhaldol n'est pas nuisible pour le cœur, mais qu'on peut l'utiliser dans les affections cardiaques fébriles; il calmera la fièvre tout en améliorant la contractilité cardiaque.

Nous pourrions en dire autant pour les reins atteints ou non d'albuminurie. Dans aucun cas le Képhaldol n'a provoqué l'albuminurie ni augmenté celle-ci quand elle existait, ce qui est bien rare pour un médicament antipyrémique.

Les divers expérimentateurs n'ont observé aucune action nuisible ni sur l'estomac ni sur l'intestin.

Le docteur Heinhorn a publié de nombreux graphiques très concluants de l'action du Képhaldol dans la tuberculose pulmonaire, l'érysipèle de la face. Nous savons que, dans cette dernière maladie, la température monte fréquemment jusqu'à 41 degrés; il est arrivé presque toujours à faire disparaître la fièvre en peu de temps avec le Képhaldol dans l'état général du malade.

Qui peut plus peut moins, dit le proverbe; toutes les autres affections dans lesquelles la fièvre n'est pas si élevée seront naturellement encore influencées plus rapidement.

Pour obtenir ces résultats on peut administrer au malade d'un à 5 grammes par jour de Képhaldol divisés par doses de 0g50 à 1 gramme. Il est préférable de donner ces doses espacées plutôt que d'en faire absorber une trop grande quantité à la fois, l'effet produit est progressif et dure plus longtemps.

L'abaissement de la température dure en général de deux à six heures; dans certains cas il s'est prolongé pendant plus de quatre heures.

Si l'on considère que le Képhaldol se présente sous forme de comprimés de 0g50 enrobés de sucre et par conséquent agréables à absorber on peut dire qu'il est appelé à rendre de grands services au praticien qui, dans beaucoup de cas, se trouvait désarmé par la crainte de nuire en faisant tomber la fièvre.

DÉTAIL. — On le trouve en tubes de 6 et 20 comprimés dosés 0g50 chacun.

Littérature : 3, rue Geoffroy-Marie, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Nous prévenons nos lecteurs que la Poste est **seule responsable** *des nombreuses irrégularités qui se produisent en ce moment dans la distribution du journal.*

Nous prions instamment nos abonnés de bien vouloir continuer à nous adresser leurs plaintes afin que nous puissions les transmettre à l'administration des Postes.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Notes. — *Anatomie.* — Séance du 25 novembre. — MM. Kermorgant, Tribout et Vicente, 10; Hissard, 3; Borel (Paul), 10; Costantini, 12; Fornairon, 2; Petit (Antoine), 10; Dubois, 3; Colombet, 9.

Séance du 26 novembre. — MM. Trousset, 10; Barraud (Georges), 11; Marais, 7; Leroy, 8; Michon, 10; Moulonguet, 12; Pierquin, 6; Barbary, 12; Schmutz, 6.

Prochaine séance, jeudi 28 novembre, à huit heures du matin, à l'hôpital Beaujon.

Pathologie. — Séance du 25 novembre. — MM. Cornet (André), 7; Jamin, 8; Fournier (Joseph), 4; Besson, 3; Mlle Romme et MM. Lesage, 9; Binard, 2; Mlle Lang, 7; MM. Vidal, 4; Sasportés, 5.

Séance du 26 novembre. — M. Bouchet, 6; Mme Pertat, 15; MM. Tournay, 3; Allot et Woillez, 5; Ledoux, 4; Chabanier, 9; Le Basser, 8.

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 24 novembre 1912 :

Médecin principal de deuxième classe. — M. Camentron passe à l'hôpital Bégin (Saint-Mandé).

Médecins-majors de première classe. — MM. Saltet passe aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Baumevieille, au 6e d'art. de campagne; Pous est désigné pour l'Algérie.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Gabrielle passe au 17e d'infanterie; Desse, au 16e escadron du train des équipages; Dupuy est désigné pour l'Algérie; Spick, pour les troupes d'occupation du Maroc occidental; Leothaud passe au 32e d'artillerie; Epaulard est désigné pour les troupes d'occupation du Maroc occidental; Garcin est affecté à la légion de la garde républicaine; Briend passe au 3e bataillon de chasseurs à pied; Rapp est désigné pour l'Algérie.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE (5, rue de Surène, Paris). — Compte rendu résumé des réunions de la Commission administrative (octobre-novembre 1912) :

Dix décès. Treize admissions nouvelles. Secours accordés en deux mois à des sociétaires, à des veuves et des orphelins : 4380 francs.

Caisse d'allocations d'ancienneté. — Il est décidé de créer, à l'aide des fonds disponibles, une caisse d'allocations annuelles de 360 francs, en faveur des plus anciens membres, allocations pouvant se cumuler avec les pensions d'assistance versées par l'Association générale. Les dons parvenus à cette caisse s'élèvent déjà à 1 250 francs.

Retraites pour femmes et enfants de médecins. — Une commission est nommée pour étudier un projet de création d'une société de secours mutuels pour femmes et enfants de médecins, ayant comme but principal de servir une retraite de 360 francs par an aux sociétaires.

Déclaration de la tuberculose. — L'ordre du jour suivant est voté à l'unanimité : « La commission se rallie aux ordres du jour votés par les autres Sociétés médicales protestant contre la déclaration obligatoire de la tuberculose, sous quelque forme que ce soit. »

LA LAICISATION DES CLINIQUES PRIVÉES. — Le gouvernement a été saisi par le groupe médical des deux Chambres de l'ordre du jour suivant :

« Le groupe médical parlementaire, considérant qu'il n'existe pas actuellement un personnel d'infirmières laïques suffisantes en nombre pour assurer le service des cliniques particulières, exprime le vœu que le gouvernement favorise et subventionne en France les écoles de gardes-malades laïques. En attendant, il prie le gouvernement d'examiner avec bienveillance les demandes qui seraient faites par les médecins d'utiliser provisoirement le personnel appartenant à des congrégations religieuses autorisées. »

L'interpellation prochaine de M. le docteur Peyroux, député d'Elbeuf, fournira au gouvernement l'occasion de s'expliquer à ce sujet.

A LA MÉMOIRE DE CHARLES NÉLATON. — Le médaillon de Charles Nélaton, offert par souscription à l'assistance publique pour être placé à l hôpital Boucicaut, sera inauguré le lundi 2 décembre, à onze heures du matin (hôpital Boucicaut, 78, rue de la Convention).

Les collègues, les élèves, les amis du regretté maître sont invités à assister à cette cérémonie.

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR LANNELONGUE. — Les amis, élèves et admirateurs du regretté professeur Lannelongue ont résolu d'élever un monument à la mémoire de l'illustre chirurgien, sur une place de sa commune natale, le Castéra-Verduzan (Gers).

Un Comité s'est constitué, sous le haut patronage de M. A. Fallières, président de la République, sous la présidence d'honneur de MM. Emile Loubet, Antonin Dubost, Raymond Poincaré, Léon Bourgeois, Clemenceau, Guist'hau, Liard, Lippmann, président de l'Académie des sciences, Gariel, président de l'Académie de médecine, Landouzy, doyen de la Faculté, et sous la présidence effective du docteur Léon Labbé, sénateur, membre de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

Les vice-présidents de ce Comité sont le professeur Bouchard, M. Paul Strauss, sénateur, le général Brugère, le doyen honoraire Debove, le professeur Le Dentu, M. Henry Roujon, de l'Académie française, M. Sancet, sénateur du Gers, M. Noulens, député du Gers.

Le secrétaire général du Comité est le docteur Maurice de Fleury, de l'Académie de médecine.

Prière d'envoyer les souscriptions à M. Charles Delagrave, éditeur, trésorier du Comité, 15, rue Soufflot, Paris, Ve.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Chavanis (de Saint-Etienne), et M. Pierre Ecot, interne des asiles.

CONGRÈS

LE MUSÉE AU XVIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE LONDRES, 1913. — Un Comité, sous la présidence de M. le professeur A. Keith du Royal college of Surgeons, vient d'être formé avec l'objet d'organiser un musée au XVIIe Congrès international de médecine à Londres en 1913. Ce comité pourra accepter ou refuser toute pièce offerte.

Le musée comprendra des pièces explicatives se rapportant aux sujets en discussion dans les sections diverses du congrès. Il comprendra aussi des objets intéressants ou importants au point de vue scientifique, aucun objet de nature commerciale ne sera admis.

Une installation très commode a été retenue à l'Imperial College of science and technology, South Kensington, Londres S. W., et la disposition du musée s'accordera autant que possible avec les sections variées du Congrès.

Comme le Congrès aura lieu à Londres, et que les visiteurs désireront sans doute inspecter ses hôpitaux et autres institutions, on a décidé de ne pas emprunter les pièces des musées de la métropole. En conséquence, le comité s'adresse aux institutions de province et de l'étranger, ainsi qu'aux collections privées.

Ceux qui voudront bien mettre à la disposition du Comité des objets témoignant des progrès récents de la médecine dans ses diverses branches sont priés d'avoir l'obligeance de se mettre en rapport avec le secrétaire honoraire du Comité du musée (H. W. Armit, Ravenhurst, Talbot Road, Wembley, près de Londres).

Le Comité est disposé à payer les frais de transport des pièces et à les assurer contre perte ou avarie, il prendra tous les soins possibles pour les remettre à leur propriétaire en bonne condition.

Les exposants seront invités à donner des explications sur leurs spécimens dans le musée.

Le musée pourra rester ouvert pendant quelques jours après la fin du Congrès.

LISTE PRÉLIMINAIRE DES SUJETS QUI SERONT COMPRIS DANS LE MUSÉE DU XVIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE. — 1. *Anatomie.* — Dissections. — Pièces macro et microscopiques.

2. *Physiologie.* — Appareils nouveaux (exclusivement ceux prêtés par les physiologistes). — Résultats des observations récentes. — Pièces anatomiques, particulièrement celles qui ont rapport à l'innervation réciproque.

3. *Pathologie générale.* — Appareils musculaires du cœur. — Les greffes de tissus normaux. — La pathologie de « shock ».

3a. *Pathologie chimique.* — Les conditions pathologiques suscitées par un régime défectueux. — La chimie pathologique du tube digestif.

4. *Bactériologie et Immunité.* — Le cancer. — Les « Filter passers ». — La lèpre. — L'anaphylaxie.

5. *Pharmacologie.* — Les toxines non microbiennes et les antitoxines. — Les résultats du traitement thermique.

6. *Médecine interne.* — Le diabète. — L'hémolyse. — L'arthrite chronique. — La pathologie de l'asystolie.

7. *Chirurgie.* — Les affections malignes du gros intestin. — Les tumeurs du cerveau. — La chirurgie intrathoracique. — La chirurgie du système artériel.

7a. *Orthopédie.* — La paraplégie spastique. — Le traitement de la scoliose. — Le traitement de l'ankylose. — Le traitement des articulations tuberculeuses dans l'enfance.

8. *Obstétrique et gynécologie.* — Le cancer de la matrice. — L'hémorragie placentaire.

9. *Ophtalmologie.* — L'uvéite chronique. — Opérations pour le glaucome.

10. *Pédiatrie.* — Les infections des voies urinaires dues aux coli-bacilles. — L'influence des glandes à sécrétion interne sur le développement. — Le traitement chirurgical de la tuberculose dans l'enfance. — La polioencéphalite et la poliomyélite.

11. *Neuropathologie.* — L'aphasie motrice, l'anarthrie et l'apraxie. — Les myopathies. — La parasyphilis.

12. *Psychiatrie.* — Les infections et l'auto-intoxication dans la genèse des psychoses.

13. *Dermatologie et syphiligraphie.* — Les pièces de cette section ne sont pas comprises dans le musée général.

14. *Urologie.* — La tuberculose rénale et vésicale dans la première période. — Les affections malignes de la prostate.

15. *Rhinologie et laryngologie.* — Néoplasmes du nez, des cavités accessoires et du naso-pharynx. — Les tumeurs rares du larynx. — Les affections de la trachée et des bronches. — La broncho-œsophagoscopie.

16. *Otologie.* — Les pièces de cette section ne sont pas comprises dans le musée général.

17. *Stomatologie.* — Les affections péridontiques.

18. *Hygiène.* — Mortalité infantile dans les quatre premières semaines de la vie. — Les affections visuelles des écoliers. — Les maladies du poumon engendrées par la poussière.

19. *Médecine légale.* — La syphilis; ses dangers pour la communauté et la question de sa surveillance par l'Etat. — La psychologie du crime.

20. *Services sanitaires maritime et militaire.* — Le transport des blessés dans les régions montagneuses. — Vaisseaux-hôpitaux. — L'approvisionnement d'eau potable en campagne. — La vaccination antityphoïdique. — L'organisation sanitaire dans les régions tropicales. — La maladie des plongeurs.

21. *Pathologie et hygiène tropicale.* — Leishmaniasis. — Les fièvres récurrentes. — Le béri-béri. — La peste. — Les affections tropicales de la peau. — Les affections engendrées par les vers. — La filiariose.

22. *Radiologie.* — Le progrès récent en radiologie. — Les radiographies des affections des divers organes.

Département spécial. — La technique du musée.

LES
COMPLICATIONS ARTICULAIRES DE LA ROUGEOLE

Par MM. R. CRÉMIEU,
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Lyon,
et A. LACASSAGNE,
Ex-interne des hôpitaux de Lyon.

Le chapitre des arthrites infectieuses, tel qu'on le trouve exposé dans la littérature médicale classique, est généralement muet sur les arthropathies d'origine morbilleuse. On peut s'en convaincre en parcourant avec soin les ouvrages didactiques les plus couramment consultés, tant à l'article Rougeole qu'à l'article Arthropathies. C'est ainsi que l'on chercherait en vain la mention de ces complications dans les livres de Barrier, Cadet de Gassicourt, Comby, Descroizilles, d'Espine et Picot, Goodhart, Grancher et Marfan, Ollivier, Weill, West. Bien plus, dans une monographie consacrée aux complications de la rougeole, Barbier ne prononce même pas le mot de complications articulaires.

La rougeole serait-elle donc seule, parmi les maladies infectieuses, à ne pouvoir provoquer ces arthropathies que la scarlatine et la variole, ses sœurs immédiates dans la famille des fièvres éruptives, créent si volontiers ?

Il n'en est rien. L'arthrite morbilleuse existe, mais elle est très rare ; si rare que les auteurs même qui la mentionnent doutent de sa réalité. Rilliet et Barthez (1854), après avoir décrit les complications diverses de la rougeole, écrivent : « Les phlegmasies des membranes séreuses... et des articulations sont beaucoup plus rares ; elles le sont même assez pour que l'on puisse contester la relation de cause à effet entre la maladie première et celle qui lui succède. » Ce scepticisme est excessif au moins en ce qui concerne les séreuses en général : Varangot (1), en 1893, relate un nombre important de péritonites, de pleurésies, de péricardites consécutives à la rougeole ; mais cet auteur même reste muet quant aux séreuses articulaires et indique simplement (sans autre précision) que Kassavitz, à Vienne, en 1874, a publié un cas d'hydarthrose du genou précédant un anasarque à la période de desquamation de la rougeole.

* * *

En bornant là ses citations, Varangot montrait l'insuffisance de ses recherches bibliographiques. En effet, plusieurs années auparavant, un certain nombre de publications avaient déjà paru, dans lesquelles l'arthrite rougeoleuse était assez complaisamment étudiée.

En 1883, l'excellente thèse de Bourcy (2) présente une étude d'ensemble très fouillée sur les arthropathies des maladies infectieuses ; dans ce travail, un petit chapitre est consacré à la rougeole, et l'auteur y rapporte quelques observations allemandes, d'ailleurs rudimentaires. « Les documents, dit-il, en concluant, sont trop rares et trop peu détaillés... Nous appelons sur ce point des recherches complémentaires. » Dès l'année suivante, Jollet (1) donne plus d'ampleur à la question en consacrant sa thèse aux seules arthropathies de la rougeole qu'il met résolument sur le compte d'une infection secondaire. C'est à une conclusion analogue qu'aboutit Simon (2) dans un travail plus récent et qui, croyons-nous, est le dernier en date où les arthrites rougeoleuses fassent les frais d'une étude d'ensemble.

En examinant ces divers mémoires, auxquels il faut ajouter une revue générale de Marfan (3) et surtout la thèse d'agrégation de de Lapersonne (4) on peut se faire une idée générale assez exacte de la question qui nous occupe, tant au point de vue clinique qu'en ce qui concerne l'étiologie, la pathogénie, la nature de ce genre de complications. Nous allons rapidement examiner l'arthrite de la rougeole d'après ces documents antérieurs, avant d'exposer les points particuliers qui doivent constituer la contribution personnelle que nous voulons apporter à la question.

L'arthrite consécutive à la rougeole est rare ; il suffit pour s'en convaincre de constater l'absence de toute mention la concernant dans les traités médicaux que nous avons énumérés plus haut, et auxquels peuvent s'ajouter nombre d'auteurs qui se sont spécialement attachés à la rougeole (Sydenham, Hoffmann, Huxham, Roux).

Mais là, une réflexion, que Jollet n'a pas manqué de faire, s'impose : tandis que presque tous les médecins passent cette complication sous silence, la plupart des chirurgiens au contraire citent, au moins en passant, la rougeole parmi les causes éventuelles d'arthropathies. L'explication de ce fait semble être la suivante : l'arthropathie survient alors que le rougeoleux est sorti d'entre les mains du médecin, qui ainsi ne la voit pas évoluer; elle se développe tardivement pour son propre compte, sous forme d'une affection localisée que le chirurgien seul aura à traiter et à étudier. Et en effet, c'est ce qui ressort des observations cliniques : l'arthrite est une complication tardive, survenant soit dans la convalescence soit même après la guérison complète de la maladie primitive.

Rare, tardive, voilà les deux caractères que nous pouvons assigner dès maintenant à cette complication. L'allure clinique de la rougeole causale paraît indifférente; de même le sexe du malade. Pour l'âge, il semble que les rougeoleux adultes soient particulièrement prédisposés, si l'on considère la proportion importante d'adolescents et d'adultes que l'on trouve dans les statistiques, pour une maladie

(1) Varangot. *Complications de la rougeole sur les séreuses*, Th. de Paris, 1893-1894.

(2) Bourcy. *Déterminations articulaires des maladies infectieuses*, Th. de Paris, 1882-1883.

(1) Jollet. *Influence de la rougeole sur le développement et la marche des arthrites*, Th. de Paris, 1883-1884.

(2) Simon. *Contribution à l'étude de l'arthrite suppurée consécutive à la rougeole*, Th. de Montpellier, 1896-1897.

(3) Marfan. Les pseudo-rhumatismes infectieux, *Gaz. des hôp.*, 1888, p. 181.

(4) De Lapersonne. *Les arthrites infectieuses non tuberculeuses*, Th. d'agrégation (chirurgie), Paris 1886.

qui touche les enfants avec une si grande prédilection.

L'arthrite est toujours oligo-articulaire, le plus souvent même mono-articulaire. Ce sont toujours les grandes articulations qui sont atteintes : hanche (Wagner, Marjolin, Valette), genoux (Köhler), tibio-tarsienne (Meyer-Hoffmeister), coude (Jollet, Simon). Unterberger et Niemeyer (cités par Bourcy) ne spécifient pas la localisation de l'arthrite.

Le tableau clinique présente la plus grande variété; l'arthropathie peut en effet se manifester aussi bien par une simple arthralgie passagère qui disparaîtra en quelques jours sans laisser de traces, que par une arthrite purulente grave avec état général alarmant, température à grandes oscillations, pouvant nécessiter l'arthrotomie et se terminer par la mort. Le seul caractère qui soit commun à toutes ces manifestations d'allures variées, c'est la *fixité* de l'arthrite : le processus s'installe d'emblée au niveau d'une articulation, deux au plus, et s'y cantonne.

Le plus souvent les choses se passent de la façon suivante : quelques jours après la disparition de l'éruption, alors que le malade se trouve en pleine convalescence, il commence à ressentir de la gêne au niveau d'une jointure. Rapidement cette gêne devient douleur, en même temps que l'articulation se gonfle et s'empâte, et que la peau devient plus chaude et plus rouge.

Les phénomènes peuvent s'arrêter là; alors, après quelques jours de douleur et d'impotence, la fluxion articulaire rétrocède et tout rentre dans l'ordre. Dans les cas où, au contraire, l'arthrite marche vers la suppuration, tous les signes augmentent d'intensité; le gonflement s'accentue, la fluctuation apparaît, et c'est alors l'arthrite purulente avec son cortège de phénomènes généraux graves pouvant mettre la vie du malade en danger. Ce tableau, qui est celui de toutes les arthrites suppurées, ne mérite pas de plus amples détails.

Mais parfois les choses se passent autrement. L'arthrite, après avoir débuté comme les formes précédentes après une rougeole banale, évolue ensuite à la façon d'une *tumeur blanche* classique, dont la nature tuberculeuse ne laisse de place à aucun doute. En pareil cas, le sujet était antérieurement tuberculeux, ou bien la rougeole aura préparé le terrain à une infection tuberculeuse secondaire.

Ainsi les arthrites rougeoleuses se présentent, d'après ce court exposé, sous trois formes principales (Marfan) : 1° des arthrites légères guérissant sans laisser de traces; 2° des arthrites suppurées; 3° des arthrites scrofulo-tuberculeuses pour lesquelles la rougeole, *vestibulum tabis*, a préparé le terrain.

La connaissance de cette dernière forme nous conduit tout naturellement à discuter un point qui mérite qu'on s'y attarde quelque peu; c'est celui qui concerne la *nature* même de l'arthrite rougeoleuse. La grande question qui se pose est de savoir si l'arthrite est bien sous la dépendance directe de la rougeole, si la maladie générale est bien la cause efficiente et non pas seulement la cause occasionnelle de la complication articulaire.

Bien avant la doctrine microbienne de l'infection, les auteurs avaient cherché à établir les relations unissant la maladie générale et les arthropathies qui les accompagnaient. Pour Bouillaud, il s'agissait là d'une pure coïncidence entre la maladie première et le rhumatisme. Peter admettait une solution analogue, mais pour lui la diathèse rhumatismale était ici créée par la fièvre éruptive. Ollier incrimine le froid; toutes les arthrites secondaires aux pyrexies « semblent le résultat de la sensibilité au froid que présentent les convalescents en général, anémiés par une maladie antérieure et par une diète prolongée. » C'est la même explication que proposent Follin et Duplay pour les arthropathies non suppurées. Verneuil (1) ne pense pas que la rougeole puisse être une cause directe d'arthrite; elle n'agit qu'en déprimant l'état des forces, « en faisant rapidement descendre la santé générale jusqu'au niveau de la scrofule confirmée ».

Ces diverses conceptions n'ont plus aujourd'hui qu'un intérêt historique. La notion du microbe domine actuellement la question des arthrites infectieuses, dont la conception moderne se résume dans cette loi de Bouchard : « Toutes les maladies infectieuses peuvent présenter parmi leurs manifestations contingentes des déterminations articulaires relevant de l'infection générale de l'économie. » Que la rougeole soit une maladie infectieuse, cela ne fait de doute pour personne encore que le germe pathogène en soit jusqu'ici inconnu. Dans ces conditions la loi de Bouchard s'applique-t-elle à la rougeole? En d'autres termes les arthropathies morbilleuses reconnaissent-elles comme agent le germe rougeoleux ou sont-elles le fait d'injections surajoutées? C'est de cette façon plus précise que doit se poser maintenant le problème.

Il est impossible, dans l'état actuel de la science, de vérifier la première de ces hypothèses; du moment que l'agent pathogène ne peut être mis en évidence, on ne peut invoquer aucun argument de certitude en faveur de la nature morbilleuse de l'arthrite, qu'elle soit microbienne ou qu'elle soit toxinienne comme les arthrites pyocyaniques et diphtériques (Charrin).

Peut-on, par contre, en découvrir de favorables à la théorie adverse? Simon fait remarquer avec juste raison que l'arthrite est toujours tardive, débutant souvent après l'extinction complète des phénomènes généraux; c'est d'ailleurs là un caractère commun à presque toutes les complications de la rougeole; la broncho-pneumonie elle-même survient souvent pendant la convalescence. A priori, il semble donc que le microbe de la rougeole doive être étranger à ces complications qui, cliniquement, apparaissent à un moment où sa virulence semble éteinte. Or, en ce qui concerne les complications plus fréquentes, broncho-pneumonie, otite, la bactériologie confirme pleinement cette manière de voir; le pneumocoque, le streptocoque surtout, sont presque toujours en jeu, ainsi que l'a montré Mosny (2).

(1) Verneuil. Discussion sur la coxalgie, *Soc. de chir.*, 1865.
(2) Mosny. *Etude sur la broncho-pneumonie*, Th. de Paris, 1891.

D'autre part, dans les arthrites infectieuses de l'érysipèle, de la blennorragie, de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, de la scarlatine, on sait que le germe spécifique de la maladie primitive n'est pas toujours en cause, le streptocoque étant là encore l'agent le plus fréquemment mis en évidence. Ainsi, d'une part, la rougeole donne des complications reconnaissant des germes étrangers, d'autre part les arthrites infectieuses sont souvent dues à des agents différents de celui de l'infection causale; tout s'accorde pour faire penser que l'arthrite postmorbilleuse est le fait d'une infection secondaire.

Mais il y a plus. Jollet a montré que le virus rougeoleux n'avait aucune affinité pour les articulations : lorsque la rougeole est survenue chez des malades porteurs d'arthropathies préexistantes, trois fois sur quatre l'arthrite n'a pas été aggravée, et dans un cas même la rougeole a semblé exercer une action favorable sur elle.

Enfin, un argument plus décisif encore est donné par Simon; dans les deux observations originales d'arthrite suppurée qu'il publie dans sa thèse, l'examen bactériologique du pus fut pratiqué et décela du streptocoque à l'état pur.

On voit comment les données cliniques et bactériologiques se complètent pour aboutir à cette conclusion que les *arthropathies des rougeoleux sont le fait d'une infection secondaire à laquelle la rougeole n'a fait que préparer le terrain*. Et cette règle s'applique absolument à ces arthrites dont nous parlions plus haut qui, débutant au cours d'une rougeole, prennent bientôt tous les caractères d'une arthrite tuberculeuse authentique; là encore la rougeole n'a fait que créer un état de moindre résistance favorisant le développement du germe étranger.

Est-ce à dire que le virus morbilleux ne crée jamais d'arthrite? Voilà ce que nous ne sommes nullement autorisés à affirmer. Ce que l'on peut dire, avec de Lapersonne, c'est que « les arthrites de la rougeole sont exceptionnellement des arthrites spécifiques ».

*
* *

D'après les publications antérieures on peut dire, en somme, qu'on connaît : 1° *des arthrites aiguës*, suppurées ou non, de gravité variable; 2° *des arthrites subaiguës ou chroniques* qui sont tuberculeuses et évoluent comme des tumeurs blanches.

Nous avons observé, en 1910, deux cas d'arthropathie postmorbilleuse qui, par leur allure clinique, se séparent de ce cadre connu.

Voici d'abord les deux observations.

Observation I. — V. A..., trente-quatre ans, menuisier, entre à l'Hôtel-Dieu le 19 juillet 1910 (service du docteur Lyonnet) pour un gonflement douloureux du genou droit.

Rien de saillant dans les antécédents héréditaires ou personnels. Notamment pas de syphilis, pas d'alcoolisme, pas de tuberculose. Plusieurs enfants habituellement bien portants. Trois ans de service militaire sans incidents.

Au mois de mai dernier, un des enfants prend la rougeole; une dizaine de jours plus tard, sa jeune sœur en fait autant. Ces deux rougeoles évoluèrent sans complications, la seconde fut même très bénigne.

Le 12 juin, le malade se sent lui-même pris de frissons et de malaise général; le lendemain il s'éveille porteur d'une éruption que son médecin, appelé aussitôt, reconnaît comme celle d'une rougeole typique. Cette rougeole évolua d'une façon tout à fait classique.

Au douzième jour (24 juin) le malade se considérait comme guéri ne conservant de sa maladie qu'une légère stomatite.

Les premiers jours de juillet, il s'apprêtait à reprendre son travail lorsqu'il fut pris un matin de douleurs légères dans le genou droit; aucune chute, aucun traumatisme ne pouvait être incriminé.

Le 10 juillet, à la douleur se surajoute un gonflement notable de l'articulation.

Le 19 juillet, le malade se décide à entrer à l'hôpital.

A l'entrée, l'examen reste négatif pour tout ce qui n'est pas le genou droit. Ce dernier est le siège d'un gonflement notable qui porte presque exclusivement sur le cul-de-sac sous-quadricipital; il s'agit d'une tuméfaction du diamètre d'une orange, tendue et fluctuante, faisant saillie immédiatement au-dessus de la rotule et un peu en dedans, sous une peau absolument normale. Lorsqu'on presse à pleine main sur la tumeur elle s'affaisse pendant que la région rotulienne se soulève; on obtient dans ces conditions un choc rotulien très net. La pression n'est pas douloureuse. Le malade éprouve surtout de la gêne dans la station debout et une fatigue rapide de la jambe lorsqu'il fait quelques pas; mais tous les mouvements passifs et actifs sont possibles et indolores. Pas de ganglions inguinaux. Aucune modification de volume dans les masses musculaires du membre malade par rapport au côté opposé.

Rien d'anormal du côté des autres articulations.

L'examen des appareils viscéraux reste complètement négatif. La température, de 38 degrés à l'entrée, descend dès le lendemain pour se maintenir entre 37 et 37°5. Urines : ni sucre, ni albumine.

25 juillet. Depuis l'entrée, le malade a gardé le lit avec un enveloppement compressif de l'articulation. La tuméfaction a beaucoup diminué; la douleur a disparu. Il reste encore un peu de choc rotulien.

8 août. L'état local est resté le même; le malade marche sans gêne. Il quitte l'hôpital. Avant sa sortie on a pratiqué la séro-réaction tuberculeuse qui s'est montrée très positive à 1/15.

Nous n'avons pas revu ce malade depuis sa sortie de l'hôpital, mais nous lui avons écrit en juillet 1912, c'est-à-dire deux ans après les faits relatés dans l'observation précédente. Voici les renseignements qu'il nous envoie à cette date. Le gonflement n'a pas reparu au niveau du genou; il n'existe pas davantage de craquements articulaires dans cette articulation. Mais très souvent le malade perçoit des tiraillements partant du genou et s'irradiant dans la cuisse ou dans le mollet. Quant à l'état général, il est moins bon que jadis; le malade signale en effet des « points de côté, des douleurs dans la poitrine, principalement le matin au saut du lit; il se sent alors très serré et a parfois de la peine à respirer ».

Obs. II. — Mme C..., vingt-deux ans. Rien à noter dans les antécédents héréditaires ni personnels. Pas de tuberculose. Pas de syphilis. Santé habituellement excellente. Aucune manifestation articulaire antérieure.

Au début d'avril 1910, accouchement à terme, sans aucun incident, faisant suite à une grossesse normale; suites de couches des plus simples, puis reprise de la vie normale sans aucun symptôme morbide ni local ni général.

Deux mois après cet accouchement, apparition d'une rougeole à invasion un peu lente et à éruption un peu laborieuse; les premiers phénomènes généraux apparurent le 16 juin; le 19 juin, l'exanthème se dessinait vaguement, et ne prenait son aspect typique que deux jours après. La maladie fut assez sévère, avec températures élevées, prostration profonde, phé-

nomènes gastro-intestinaux très accentués ; du 21 au 24 juin, la malade présenta des vomissements bilieux répétés et une diarrhée profuse, dont la morphine seule parvint à calmer l'intensité. Dans la nuit du 20 au 21 juin, la malade ayant voulu se lever fut prise de syncope. Bref la maladie évolua d'une façon un peu atypique au point de vue général, bien que l'éruption ait été absolument caractéristique dans sa morphologie et dans son évolution.

Le 25 juin, l'éruption a notablement pâli ; le 26, la malade commence à se lever. L'état général redevient rapidement excellent. Le 28, elle peut faire sa première sortie.

Pendant les jours qui suivent, état satisfaisant ; la malade continue à sortir chaque jour, sans que la marche, à dose modérée, semble la fatiguer. Le 14 juillet, elle fait l'ascension d'un monument élevé et gravit ainsi d'une seule traite plusieurs centaines de marches ; pendant cette ascension, au cours de laquelle il ne se produisit, pas plus d'ailleurs que pendant les jours précédents, aucun traumatisme local, la malade accusa pour la première fois une gêne assez marquée au niveau des deux genoux ; pendant les deux jours suivants, cette gêne persiste et s'accentue même un peu, sans pourtant prendre les caractères d'une douleur véritable. Le 17 juillet on pratique l'examen local des jointures douloureuses, et on s'aperçoit de la présence d'une *hydarthrose bilatérale* des genoux ; à droite, distension considérable du cul-de-sac sous-quadricipital, choc rotulien très accentué, douleur modérée à la pression sur l'interligne articulaire. A gauche, signes d'épanchement non moins manifestes, mais liquide moins abondant qu'à droite. On ne trouve par ailleurs aucune rougeur des téguments au niveau de ces jointures, pas d'exagération de la température locale. Il s'agit d'une hydarthrose froide bilatérale. Fonctionnellement, gêne modérée dans l'extension, la marche est possible sans douleur marquée. Par contre la flexion est douloureuse, et ne dépasse l'angle droit qu'à grand'peine. Température normale. Pas d'albumine. Aucun signe anormal du côté des appareils viscéraux. Etat général excellent.

Repos, teinture d'iode et compression.

Le 19 juillet, diminution de l'épanchement à droite ; à gauche, l'hydarthrose est toujours aussi abondante. On continue le traitement.

Le 24 juillet. Le choc rotulien existe toujours des deux côtés mais l'épanchement est très réduit et la flexion se fait sans difficulté. La malade est sortie et a gravi plusieurs étages sans gêne.

Le 27 juillet, après deux jours de marche modérée, augmentation bilatérale de l'épanchement. La malade est mise au lit pendant une semaine.

Le 3 août, après une semaine de repos au lit avec compression permanente, applications iodées, massages légers, l'épanchement s'est de nouveau réduit. Mais il reste encore important à gauche, où la synoviale est résistante et paraît épaissie.

Nous arrêtons là l'observation au jour le jour. Pendant les mois qui ont suivi, les deux genoux sont restés gonflés, avec une prédominance de l'épanchement tantôt à droite, tantôt à gauche, et sans que jamais l'une ou l'autre jointure se soit trouvée asséchée ; cela malgré un repos relatif, une compression prolongée, de la révulsion, des massages, et même un traitement photo-thermothérapique de quelques semaines avec l'appareil de Miramond de Laroquette.

Au bout d'un an environ un des genoux voit peu à peu son épanchement disparaître ; puis c'est le tour du côté opposé, pendant que l'hydarthrose reparaît au niveau du premier ; pendant plusieurs semaines on a affaire à une véritable *hydarthrose à bascule*. Enfin après bien des mois, l'assèchement survient dans les deux genoux à la fois, mais non pas d'une façon durable ; au bout de quelques jours, sans motif apparent, l'une ou l'autre des jointures, parfois les deux, reprennent leurs signes d'épanchement. Actuellement, il y a *vingt-huit mois* que la rougeole a eu lieu ; l'*hydarthrose existe toujours* à l'état intermittent, et il ne se passe jamais plus de deux ou trois semaines sans que l'un ou l'autre genou ne présente brusquement et sans aucune cause occasionnelle un épanchement souvent considérable, qui disparaît au bout de quelques jours en laissant jusqu'à nouvel ordre une articulation absolument normale.

Ces deux observations ne sont pas superposables. Nous avons voulu les réunir cependant pour plusieurs raisons. La première, c'est que les observations d'arthropathies consécutives à la rougeole sont encore trop peu nombreuses pour qu'on puisse négliger d'en publier deux nouveaux cas. La seconde c'est que ces deux cas ont été observés dans la même localité d'une façon exactement simultanée, l'un en ville, l'autre à l'hôpital ; il semble qu'il y ait plus qu'une coïncidence dans ces deux cas voisins et simultanés d'une complication dont on trouve à peine une quinzaine d'observations publiées en un demi-siècle. Peut-être certains caractères de la rougeole causale, le *génie épidémique*, comme on disait autrefois, doit-il entrer en ligne de compte.

Enfin il s'agit dans l'un et l'autre cas d'une hydarthrose pure et simple ; nous avons vu combien la forme hydarthrose était rare dans les observations antérieures ; on ne la signale que comme le premier stade des arthrites devant tourner à la suppuration. Un seul cas, celui de Kassawitz (cité par Varangot) a trait à une hydarthrose pure, sur laquelle les détails manquent. C'est donc une forme exceptionnelle.

En outre l'*évolution* de ces deux arthrites doit nous suggérer quelques réflexions. Chez notre premier malade, l'hydarthrose, unilatérale, a persisté plus d'un mois, et n'était pas absolument passée lorsque, au bout de cinq semaines, le malade quitta l'hôpital. On peut penser que l'épanchement a laissé ultérieurement au niveau de la synoviale quelques lésions irritatives qui se manifestent encore deux ans après, ainsi que la lettre du malade nous l'apprend, par des douleurs fréquentes s'irradiant dans la cuisse et le mollet. Mais le malade est un tuberculeux de par ses réactions humorales (séro-réaction d'Arloing et P. Courmont très positive) et aussi probablement de par son état pulmonaire actuel, sur lequel il attire notre attention : comme il est éloigné de Lyon, nous sommes obligés de nous en rapporter sans contrôle à son témoignage écrit.

On peut donc penser que son arthropathie doit être mise sur le compte de la tuberculose, tuberculose atténuée qui n'a pas créé, comme d'habitude, une tumeur blanche, mais seulement une arthrite séreuse, quelque chose d'analogue à un *hydrops tuberculosus* bénin.

Très différent est le tableau clinique dans l'observation II. Ici l'hydarthrose, bilatérale, apparaît une douzaine de jours après la fin de la rougeole et prend d'emblée une allure chronique. Dès le début, l'épanchement montre des variations singulières, tantôt augmentant, tantôt diminuant, ayant son maximum aujourd'hui à droite, demain à gauche. Pendant des mois, repos, révulsion, compression,

massage, bains de lumière et de chaleur restent sans effet : les épanchements semblent disparaître un jour pour redoubler le lendemain. Depuis deux ans et demi, les choses en sont là, avec cette différence que les jointures restent actuellement asséchées pendant des périodes assez longues ; puis sans aucun motif, l'épanchement reparaît d'un côté ou de l'autre pendant quelques jours, avec une abondance souvent considérable, et sans s'accompagner d'autres signes fonctionnels qu'une gêne locale très légère, sans réaction générale. L'apparition et la disparition du liquide n'est soumise à aucune loi ; elle est absolument capricieuse et sans rapport avec les excès de marche ou de fatigue ; l'épanchement peut apparaître inopinément après une période de repos complet.

Or chez notre malade, la santé est florissante ; il n'y a jamais eu aucun signe, si léger soit-il, de bacillose générale ou locale. Comment faut-il interpréter en pareil cas l'origine et la nature de l'arthropathie ?

Evidemment, le virus morbilleux ne peut pas être mis en cause ; là comme toujours la rougeole n'a servi qu'à préparer le terrain en créant une moindre résistance, et peut-être faut-il faire intervenir dans la genèse de la localisation articulaire, ce fait que la malade est sortie et a fatigué ses jointures très tôt après son entrée en convalescence, beaucoup plus tôt qu'on ne doit le permettre raisonnablement après une maladie infectieuse de cette gravité.

Mais quel est le virus coupable ? Voilà ce qu'il est très difficile de dire. Si le streptocoque a été en jeu au début, comme dans les observations de Simon, est-ce lui encore qui crée au bout de vingt-huit mois ces hydarthroses à répétition séparées par des intervalles de calme absolu ? Cela est bien douteux. L'évolution de ces arthropathies ressemble de tous points, à la périodicité près, à ces *hydarthroses intermittentes* décrites par Lemême (1), par Monjauze (2), à l'origine desquelles il est souvent impossible de découvrir une cause, et que l'on est obligé de mettre sur le compte de l'arthritisme, d'une intoxication de l'organisme, ou de telle autre étiologie vague dont l'invocation ne sert qu'à cacher l'ignorance réelle dans laquelle on se trouve. Ce que l'on peut dire, c'est que l'arthropathie, microbienne ou non, qui a succédé à la rougeole, a laissé au niveau des deux genoux des foyers irritatifs, sous forme soit de lésions anatomiques soit de réserves microbiennes, lesquels entrent de temps en temps en activité pour provoquer une exsudation séreuse passagère, et cela sous des influences momentanées qu'il est impossible de saisir. Cette forme chronique d'hydarthrose à répétition comme complication de la rougeole n'avait encore jamais été signalée et méritait d'être individualisée.

Conclusions. — 1° La rougeole peut d'une façon exceptionnelle être compliquée d'arthropathies qui sont toujours mono ou oligo-articulaires.

2° Ces arthropathies ne doivent pas être imputées au virus morbilleux, mais bien à une infection surajoutée à laquelle la rougeole a préparé le terrain.

3° Les arthrites décrites jusqu'à présent sont aiguës, et alors peuvent être ou non suppurées ; ou chroniques, et alors il s'agit de tumeurs blanches reconnaissant comme cause une tuberculose secondaire.

4° A côté de ces formes, il convient d'en décrire une nouvelle, consistant dans une hydarthrose chronique dont la nature bactériologique n'est pas déterminée, mais qui se manifeste par des épanchements à répétition pouvant se reproduire pendant plusieurs années et ne donnant jamais que des symptômes purement locaux.

(1) Lemême. *L'hydarthrose intermittente*, Th. de Paris, 1896.
(2) Monjauze. *L'hydarthrose intermittente*, Th. de Paris, 1904.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 NOVEMBRE 1912)

Eveil tardif des centres bulbaires. — M. Pierre Bonnier. Lorsqu'un nouveau-né ne respire pas aussitôt après la naissance, on éveille ses centres respiratoires bulbaires au moyen d'aspersions froides de la face dont le nerf trijumeau transmet l'excitation au bulbe. C'est ce qu'on fait également pour la syncope des centres cardiaques. On peut aussi exciter la muqueuse nasale par l'éther, l'ammoniaque, l'iodure d'éthyle, le datura, etc., et faire ainsi cesser divers désarrois bulbaires, asthme, ébriété, palpitations, vertiges.

La cautérisation infiniment légère de la muqueuse nasale peut servir à éveiller tous les centres bulbaires et à mettre ainsi en branle ou à rectifier un très grand nombre de fonctions.

M. Bonnier a pu ainsi, notamment chez un enfant de douze jours qui n'avait pu ni téter ni boire correctement, rétablir la manœuvre de succion en faisant disparaître l'inertie pharyngée. Il fit de même, par de légères cautérisations, disparaître du cornage.

De l'inoculation intraveineuse des bacilles typhiques morts à l'homme. — MM. Ch. Nicolle, A. Conor et E. Conseil ont étendu au bacille typhique la méthode qu'ils avaient employée avec succès pour l'inoculation intraveineuse de cultures *vivantes* de vibrions ou de bacilles dysentériques.

Bien qu'un nombre encore restreint d'expériences leur ait montré l'innocuité des bacilles *vivants*, ils ont employé des cultures *mortes*.

Les résultats obtenus ont été des plus intéressants, et l'un des avantages du procédé est l'*absence de toute réaction et douleurs locales*. A la suite des essais, M. Nicolle et ses collaborateurs ont créé un service public de vaccination antityphoïdique basé sur cette méthode (cultures mortes) ; il fonctionne régulièrement à l'Institut Pasteur de Tunis.

Sur la polyvalence des sérums antityphiques. — MM. A. Lumière et J. Chevrotier, qui se sont occupés de préparer des sérums antityphiques au cours de ces dernières années, tendent à utiliser, pour l'immunisation des animaux producteurs d'anticorps, des races de bacilles d'Eberth de provenances diverses mélangées à des souches différentes de bacilles paratyphiques, attachant une importance de plus en plus grande à la polyvalence des sérums ainsi obtenus.

MM. Lumière et Chevrotier ont élargi cette idée de polyvalence en ne la limitant pas aux seules races de bacilles d'Eberth et de paratyphiques et en y comprenant encore le bacille coli.

Cette immunisation synergique intégrale est très importante au point de vue de ses applications, étant donné le rôle des associations microbiennes dans les maladies infectieuses.

Les auteurs en poursuivent l'étude en l'étendant aux microbes les plus variés.

Etude et mensurations de cent vagabonds français. — MM. A. Marie et Léon Mac-Auliffe.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1912)

La déclaration de la tuberculose. — M. Mosny rappelle que dans son rapport M. Letulle a demandé la déclaration obligatoire surtout dans le but d'imposer la désinfection. Cette mesure a été jugée vexatoire et impraticable. M. Letulle demandait aussi, comme corollaire, l'assistance médicale pour les familles de tuberculeux.

On a beaucoup incriminé l'alcoolisme comme un des principaux agents de la tuberculose. M. Mosny estime qu'on a exagéré le rôle de l'alcoolisme.

En résumé, M. Mosny pense, avec M. Calmette, que la prophylaxie antituberculeuse doit essentiellement viser à supprimer la contagion intrahumaine et particulièrement la contagion familiale.

L'idéal, pour arriver à ce but, serait d'imposer l'obligation de déclarer tous les cas de tuberculose et de donner, comme sanctions simultanées à cette déclaration, l'isolement des malades dans des chambres spacieuses et le placement rural des enfants (œuvre de Grancher), l'assistance aux familles des malades, enfin la désinfection périodique et fréquente du linge, des vêtements, du mobilier, des locaux.

L'impossibilité actuelle de réaliser cet idéal nous oblige à y renoncer.

M. Mosny se rallie donc aux propositions qui ont déjà été formulées relativement à la désinfection après décès et à chaque changement de locataires.

Tabes et fractures de la rotule. Exposé d'un procédé opératoire consistant dans un hémicerclage bilatéral combiné avec la transfixion verticale de la rotule. — M. Le Dentu fait la communication suivante :

« Les fractures de la rotule se produisent souvent avec une telle facilité qu'elles semblent presque spontanées. La cause anatomique fréquente de ces fractures très faciles est la raréfaction du tissu osseux. Si les fractures quelconques dites spontanées se rattachant au tabes ne sont pas rares, une corrélation semblable, en ce qui concerne celles de la rotule, est à peine établie actuellement. Indépendamment du cas qui m'est propre, on en relève à peine sept dans la littérature médicale. Les fractures tabétiques de la rotule figurent pour la première fois dans une courte statistique récente de Guichard (thèse 1909-1910).

Celle que j'ai observée remonte à 1905 : le sujet eut une fracture vraiment spontanée qui ne se manifesta que par une grande gêne soudaine des mouvements. Absence totale de douleurs et impotence du membre.

Le professeur Brissaud reconnaît chez ce sujet la disparition du réflexe rotulien du côté opposé, un certain degré d'insensibilité des pupilles à la lumière, l'analgésie testiculaire absolue.

Les faits publiés antérieurement sont ceux de Arloing (1900), de Reynier-Bouglé, de Perrin et Parisot, de Gauthier, de Gottstein (1 observation personnelle, 2 faits cités sans indication de la source).

La fracture tabétique de la rotule doit être moins rare que ces quelques cas ne semblent le démontrer, car la raréfaction du tissu osseux est fréquente, et elle ne peut pas se rattacher toujours à l'ostéoporose physiologique.

Il serait important de la reconnaître, étant donné ce qu'on sait de l'évolution des fractures tabétiques en général : dans 25 p. 100 des cas elles ne se consolident pas du tout; dans les autres cas elles se consolident parfois très rapidement par formation d'une virole externe, la virole interne fait défaut. La rotule n'étant recouverte de périoste que sur sa face antérieure, on ne peut même pas compter sur la formation d'une virole externe complète si la rupture est d'origine tabétique.

Pour le diagnostic attacher beaucoup d'importance à la spontanéité absolue ou relative, à l'insensibilité de toute la région, aux signes du tabes si peu accusés qu'ils soient et ne pas perdre de vue que, ici comme ailleurs, la fracture peut être la première manifestation de la maladie médullaire.

Le traitement doit s'inspirer de la difficulté de la consolidation à prévoir et de la raréfaction certaine du tissu osseux.

Des relevés récents de Corner ont montré que sur 504 cas, il y eut 55 fractures secondaires (soit 11 p. 100) à peu près aussi fréquentes après opération sanglante que s'il n'y avait pas eu intervention opératoire. Dans 95 p. 100 des cas la nouvelle rupture s'était faite à la même place que la première.

Donc dans 10 p. 100 des cas à peu près l'opération, c'est-à-dire la suture, est un moyen insuffisant. J'ai cherché à rendre cette dernière plus efficace en combinant la transfixion verticale de la rotule par un fil métallique double avec un hémicerclage bilatéral.

Manuel opératoire. — Je suppose la rotule gauche fracturée.

1° Introduire un perforateur à chas de haut en bas dans le fragment inférieur. Enfiler ce perforateur avec un fil métallique et ramener celui-ci plié en son milieu entre les deux fragments.

2° Couper l'anse, dégager le perforateur. Percer le fragment supérieur de haut en bas, enfiler le perforateur avec le bout d'une des moitiés du fil, le ramener au-dessus de la rotule. Même manœuvre pour la seconde moitié.

3° Cercler la rotule des deux côtés avec chacune des deux moitiés du fil qu'une aiguille courbe ramène en dedans et en dehors de la région en cheminant dans l'épaisseur des tissus fibreux.

4° Tordre les bouts deux par deux en dedans et en dehors du genou.

La transfixion permet l'adaptation parfaite des fragments, les deux hémicerclages l'assurent pour toujours ou pour longtemps, ce qui suffit.

Quand c'est la rotule droite qui est brisée, il faut faire les transfixions de bas en haut, en commençant par le fragment supérieur. C'est exactement la même opération renversée.

Ce procédé est indiqué toutes les fois que la raréfaction du tissu osseux de cause quelconque est accentuée.

La communication de M. Le Dentu comprend, dans une troisième partie, des considérations sur les causes multiples et très diverses des fractures spontanées, et une classification sur des bases nouvelles. »

Un nouvel alcaloïde de jaborandi. — M. Léger fait une communication sur un nouvel alcaloïde de jaborandi qu'il a découvert, auquel il donne le nom de carpiline et dont les propriétés sont tout à fait différentes de celles de la pilocarpine.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1912)

Lésions provoquées par les téniotoxines chez le cobaye. — M. Pomelle. Les téniotoxines agissent tout d'abord sur les organes hématopoïétiques dont elles excitent l'activité et provoquent, d'autre part, des lésions graves, telles que la dégénérescence graisseuse d'organes tels que le foie, le rein et les capsules surrénales.

Différenciation du bacille d'Eberth avec le bacille d'Escherich par l'emploi du bleu de méthyle. — M. Gonzalez. Avec ce procédé, fondé sur la propriété qu'a le bleu de méthyle de perdre sa couleur lorsqu'il est traité par une solution de soude, et de la récupérer en présence d'un acide, le bacille typhique ne donne pas, le coli-bacille donne au milieu de culture en une coloration bleue.

Sur le sucre combiné du sang. — M. Bierry et Mlle Fandard. D'après M. Lépine et ses élèves, il se produirait *in vitro* dans le sang normal, un quart d'heure après sa sortie des vaisseaux, une certaine quantité de sucre, qu'ils attribuent aux transformations de l'acide glycuronique. Les expériences des auteurs ne sont guère favorables à cette hypothèse.

Hippophagie et anaphylaxie au sérum de cheval. — M. G. Billard a injecté en juillet du sérum antidiphtérique à

un enfant qui, pendant quelque temps, avait été nourri au bifteck de cheval; à la suite de l'injection ont apparu de la diarrhée et une réaction urticarienne extrêmement marquée. Peut-être serait-il bon, lorsqu'on parle d'anaphylaxie sérique, d'emblée, de rechercher si déjà le malade n'a pas absorbé de la viande de cheval qui l'aurait préalablement anaphylactisé.

Simplification de la constante d'Ambard. — M. Gautruche utilise la formule

$$S = D \frac{\sqrt{C}}{u^2} x T,$$

dans laquelle D est le débit en trente minutes, et T un coefficient, fonction de la taille du sujet, qui se déduit instantanément du chiffre de centimètres de celle-ci.

Cette formule très simple donne le chiffre dans les cas normaux et, dans tous les cas, des valeurs superposables à celles qui résultèrent de l'emploi de la formule d'Ambard.

Pneumectomie expérimentale. — M. J. Courmont. On peut enlever, chez le chien et le lapin, un poumon entier et la moitié de l'autre, une survie prolongée est possible, les animaux ainsi opérés depuis plusieurs mois sautent, courent, jouent: un quart des poumons suffit donc à une vie normale. Le volume d'air inspiré est alors supérieur à ce qui correspond à la partie conservée du poumon, mais n'atteint jamais le volume antérieur total; il y a légère hypertrophie compensatrice du tissu pulmonaire restant, avec dilatation du cœur droit. A l'autopsie, on note souvent une dégénérescence graisseuse du foie.

La chirurgie pulmonaire pourra faire profit de ces expériences, en partie déjà relatées par Olmer Chevki.

Fixation des doses d'acétate de plomb minima mortelles, toxiques et thérapeutiques pour quelques vertébrés. — M. E. Maurel. En opérant par la voie sous-cutanée sur le congre, la grenouille, le pigeon et le lapin, l'auteur a fixé pour un kilogramme de ces animaux les doses minima mortelles à 4 grammes pour le congre, à 2 grammes pour la grenouille ainsi que pour le pigeon, et à 1 gramme pour le lapin.

Ces doses restent fortement toxiques jusqu'à la moitié des doses minima mortelles; et pour les doses thérapeutiques il ne faudrait pas dépasser le cinquième des toxiques.

L'anaphylaxie à l'albumine urinaire. — MM. Minet et et Leclercq. 1° L'albumine contenue dans les urines de l'homme est en grande partie de même nature biologique que celle du sang. 2° Une albumine alimentaire peut, dans certaines conditions, passer à l'état d'albumine hétérogène dans la circulation générale et les urines.

Hématies nucléées hématogènes. — M. E. Feuillié. Une technique plus simple encore que celles précédemment indiquées consiste à mettre à l'étuve à 37 degrés le cadavre d'un lapin normal sacrifié sans aucune préparation.

Vers la quatrième heure il s'est fait, surtout dans les vaisseaux hépatiques, des centaines ou des milliers d'hématies nucléées par millimètre cube.

Certaines présentent un noyau divisé en caryosomes réguliers nettement différenciés. Ces caryocinèses identiques à celles signalées dans la moelle osseuse laissent supposer que les mitoses peuvent répondre à la souffrance et à la sénescence du globule rouge.

M. Jolly. La communication de M. Feuillié ne contient rien de plus que la précédente et soulève les mêmes objections. Quand on émet une assertion d'une telle importance doctrinale il faut avoir des préparations démonstratives et irréprochables. Or, que nous apporte l'auteur? Des préparations fixées au petit bonheur, colorées on ne sait comment et que nous avons examinées, MM. Prenant, Mayer, Pettit et moi, plus d'une heure et demie sans pouvoir nous convaincre de la réalité des faits énoncés par M. Feuillié. Nous avons bien vu sur les unes des hématies ordinaires, sur les autres des formes analogues à des hématies nucléées, mais sur aucune la présence simultanée de ces deux éléments et de formes intermédiaires. Quelques aspects cellulaires rappellent les formations décrites sous le nom de *nucléoïdes des hématies*. La question des nucléoïdes des hématies a suscité déjà de nombreux et d'importants travaux que M. Feuillié paraît malheureusement ignorer.

M. Feuillié. Je n'ai qu'un mot à répondre. Mes résultats sont sûrs, définitifs, et présentent au plus haut point les caractères de l'évidence mathématique. A ceux qui me font l'honneur de me critiquer, je demande de reproduire mes expériences, persuadé qu'un examen soigneux et prolongé les amènera aux mêmes conclusions que moi.

Autre communication:

Essais négatifs de transmission de l'érythème noueux au singe. — MM. Ch. Nicolle et Conseil.

Identité du « nouveau » coefficient d'acidose (Lanzenberg) avec l'indice d'imperfection uréogénique (Maillard). — M. L.-C. Maillard démontre, chiffres en mains, que l'indice d'imperfection uréogénique déterminé par lui en 1907, et publié en mars 1909, englobe dans son calcul l'azote des acides aminés, contrairement aux affirmations de M. Lanzenberg. L'argumentation par laquelle cet auteur tente de se substituer à M. Maillard dans l'invention du coefficient repose donc uniquement sur une erreur de fait, dont chacun peut s'assurer. Le nom nouveau, coefficient d'acidose, sous lequel M. Lanzenberg tente d'abriter ce transfert de paternité, est d'ailleurs inexact dans un certain nombre de cas, les plus intéressants pour la pathologie et la thérapeutique.

Election. — M. P.-E. Weill est élu membre de la Société de biologie.

ANALYSES

MÉDECINE

Chloroleucémie à myéloblastes avec anémie aplastique hyperchromique, et contribution à la question des mastzellen. (Esser. *Münch. med. Woch.*, 1er oct. 1912, n° 40, p. 2148.) — Un enfant de huit ans présenta pendant six semaines un syndrome caractérisé par de la fatigue, des vomissements, de la pâleur, puis par une fièvre élevée qui s'installa subitement.

Au moment où Esser l'examina il était d'une pâleur extrême avec de la dyspnée, de la tachycardie, un foie un peu tuméfié et une splénomégalie très accentuée; on trouva des hémorragies rétiniennes.

L'examen du sang montra: 35 p. 100 d'hémoglobine; 840000 globules rouges; 8700 globules blancs. La valeur globulaire était donc supérieure à 1.

Sur des préparations sèches on trouva pour les globules rouges: beaucoup de micro, de macrocytes et de poïkilocytes, mais pas de polychromatophilie, pas de granulations basophiles, pas de globules rouges à noyaux; en un mot, l'examen des globules rouges disait *anémie aplastique hyperchromique*.

Parmi les globules blancs la forme dominante était constituée par de gros mononucléaires à protoplasma basophile avec un noyau assez gros pourvu d'un fin réseau de chromatine et de trois à quatre nucléoles (myéloblastes de Naegeli, lymphoïdocytes de Pappenheim) qui sont la forme souche des éléments granulés.

A côté de ces formes se trouvaient quelques myélocytes neutrophiles plus ou moins complètement développés et des myéloblastes à noyau mal formé que l'on désigne sous le nom de cellules de Rieder.

Tous ces éléments blancs donnaient d'une façon manifeste la réaction des oxydases, témoignant qu'il s'agissait bien de cellules de la série myéloïde.

Bref, le tableau hématologique fourni par les globules blancs était celui d'une *leucémie à myéloblastes*.

Onze jours après cet examen de sang la mort survint alors que l'examen hématologique ne montrait plus que 590000 globules rouges avec 25000 globules blancs.

A l'autopsie, les points suivants sont à mentionner:

1° Les ganglions du hile du poumon tuméfiés et présentant à la coupe une coloration vert pré, avec quelques îlots de nécrose.

2° La rate très grosse adhérant en partie au diaphragme par des masses fibrineuses contenant de petits noyaux grisâtres; mêmes noyaux dans le diaphragme lui-même au point d'adhérence.

3° Dans le foie, nombreux noyaux jaune grisâtre.

4° La moelle osseuse molle et de couleur jaune grisâtre.

L'examen histologique donna les résultats suivants :

1° Dans les frottis et les coupes de la moelle, des côtes et du fémur, de même que sur les coupes des autres tissus hématopoïétiques, on ne trouva pour ainsi dire pas de globules rouges, mais presque exclusivement des myéloblastes avec quelques rares cellules à granulations neutrophiles ou basophiles.

2° Dans la rate, les follicules étaient petits et montraient, rangées autour des vaisseaux, de très nombreuses cellules à granulations basophiles avec un noyau identique à celui des lymphocytes non granuleux. Quelques-uns de ces éléments se retrouvaient aussi dans la pulpe qui contenait surtout une masse de myéloblastes.

3° Dans le foie, les noyaux étaient formés de myéloblastes.

4° Dans les ganglions, les follicules étaient étouffés par les myéloblastes accumulés dans les espaces interfolliculaires.

5° Les noyaux unissant la surface de la rate au diaphragme et les noyaux présents au sein du muscle diaphragme lui-même étaient constitués par des myéloblastes.

6° Les myéloblastes de toutes les coupes donnaient la réaction des oxydases.

En résumé, il s'agit dans ce cas d'une *leucémie à cellules primordiales* au stade subleucémique avec *anémie aplastique* (leukanémie).

Mais, de plus, les examens anatomo-pathologiques ayant montré des noyaux verdâtres dans les ganglions, le foie, la rate et ayant même fait irruption de cet organe dans le diaphragme, on peut prononcer le mot de *chlorome* et de *chloroleucémie*.

Un point très important de cette observation est l'existence de cellules à granulations basophiles, de mastzellen dans les follicules de la rate. Comme le sang ne contenait pas de ces éléments, Esser admet qu'ils ont dû se former sur place aux dépens des lymphocytes avec qui ils avaient comme attribut commun un noyau sensiblement identique et une absence de réaction des oxydases. A. LEMIERRE.

MÉDECINE INFANTILE

Méningite à paraméningocoque chez un nourrisson. (MM. Ménétrier et Brodin. *La Pédiatrie pratique*, 25 sept. 1912.) — L'allure clinique de la maladie a été celle que l'on observe en général dans la méningite cérébro-spinale du nourrisson : insidiosité du début, apparition tardive des signes méningés, intensité des déterminations oculaires. La ponction lombaire a donné un microbe qui rappelait au premier abord tous les caractères du méningocoque de Weichselbaum; il en diffère cependant par les réactions d'agglutination et de précipitation, mais il s'en rapproche par ses caractères morphologiques et culturaux et par la réaction de fixation. La réaction rachidienne a été celle que l'on observe en règle générale; liquide clair au début, puis trouble avec polynucléose au début et lymphocytose à la fin.

Trois points sont à retenir : l'insuccès de la xérothérapie antiméningococcique, l'abondance des microbes, la gravité de cette forme particulière.

En présence d'une méningite à diplocoques ne prenant pas le gram, très abondants et rebelles à la sérothérapie antiméningococcique, il y a donc lieu d'identifier le germe causal, et dans le cas de paraméningocoque de recourir à l'injection de *sérum spécifique*, préparé par M. Dopter, et qui expérimentalement paraît devoir donner de bons résultats.

B. GAYARD.

Déformations ostéomalaciques du squelette chez un garçon de neuf ans. (Tixier. *La Pédiatrie pratique.* 5 oct. 1912.) — Des travaux récents ont montré que l'on ne devait pas établir une ligne de démarcation infranchissable entre le rachitisme et l'ostéomalacie. Cependant il ne semble pas impossible d'observer l'ostéomalacie et le rachitisme tardif avec des caractères suffisamment tranchés permettant d'établir un pronostic précis et des indications thérapeutiques spéciales. L'affection débute par des douleurs qui constituent longtemps l'unique symptôme; les altérations du squelette sont notablement différentes de celles observées chez les rachitiques, l'augmentation de volume des épiphyses est surtout accusée au niveau de l'épiphyse supérieure du fémur et surtout de l'humérus. Les radiographies des membres supérieurs montrent que la diaphyse est au moins aussi malade que les épiphyses; l'extrémité de la diaphyse ne présente pas cette cupule à concavité regardant le noyau d'ossification épiphysaire si spéciale au rachitisme. Enfin il existe une transparence anormale de l'os, avec des inégalités donnant à la radiographie une apparence de mosaïque irrégulière. Dans le cas rapporté par l'auteur il existait au point de vue clinique de nombreux symptômes d'insuffisance surrénale (asthénie, hypotension artérielle, 7 1/2 au Potain, ligne blanche de Sergent). Aussi le traitement par l'adrénaline préconisé dès 1907 par Bossi fut-il institué. B. GAYARD.

CHIRURGIE

Une méthode de traitement opératoire du mal de Pott. (Russell A. Hibbs. *Ann. of surg.*, mai 1912, vol. LV, n° 5, p. 682-688.) — Hibbs s'efforce d'obtenir une ankylose par fusion osseuse en bonne position des arcs postérieurs et des apophyses épineuses des vertèbres atteintes, de manière à transformer cette partie de la colonne vertébrale en une attelle osseuse rigide qui maintient la colonne en bonne position, empêche la déformation et les phénomènes de compression. Pour ce faire, il met à nu les apophyses épineuses, en détache soigneusement le périoste de partout et le relève sur les côtés de la plaie. Puis il travaille sur les apophyses épineuses elles-mêmes, les fracturant partiellement et les transposant de telle sorte que commençant sur la vertèbre audessus de la plus haute vertèbre malade et finissant sur celle au-dessous de la dernière malade, il y ait une ligne ininterrompue d'apophyses épineuses en contact étroit, ce qui somme toute est facile, car les intervalles qui les séparent sont étroits. Alors les segments superposés de périoste, chacun correspondant à une vertèbre, sont suturés les uns aux autres de manière à former une gaine périostique continue de haut en bas. Suture du ligament sus-épineux et de la plaie. Plâtre et repos absolu au lit pour huit semaines; puis l'on permet la position assise, puis la marche au bout de douze semaines. Au bout de quatre mois, on commence à enlever l'appareil de soutien qu'on finit par retirer tout à fait.

Hibbs a opéré 36 cas avec résultats très satisfaisants. Les cas les plus anciens le sont assez pour qu'on puisse vérifier par la radiographie la fusion osseuse. Il n'y a jamais eu d'incidents postopératoires. F. GARDNER.

NOTE DE THÉRAPEUTIQUE

ENFANTS LYMPHATIQUES. PRÉTUBERCULEUX

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXVII, n° 16, 17 oct. 1912.) Howard T. Karsuer : L'utilité des méthodes expérimentales dans l'étude de la pathologie (5 fig.). — James S. Stone : Points de pratique dans le traitement de l'hypertrophie glandulaire chez les enfants. — James Lincoln-Huntington : Les sages-femmes au Massachusets (7 tabl.). — Harry W. Goodall : Invagination chronique de l'iléon, secondaire à un lipome de la

paroi intestinale (2 fig.). — (N° 17, 24 oct.) Wilhelmine G. WRIGHT : L'exercice musculaire dans le traitement de la paralysie infantile. — H. W. MARSHALL : Quelques notes éparses sur le traitement des maladies arthritiques. — O. R. T. L'ESPÉRANCE et Hugh CABOT : L'excrétion du formaldehyde par les reins des malades prenant de l'urotropine ; étude de la réaction de Burnam. — Arthur T. CABOT : Deux cas de lésions de la veine cave inférieure pendant l'ablation des reins pyélonéphrétiques. — Ernest BOYEN-YOUNG : Trois cas de fistules utéro-vésicales (3 fig.). — A. L. CLINTE et A. H. CROSBIE : Cancer muqueux de la vessie (3 fig.).

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 42, 15 oct. 1912.) GOTTLIEB et OGAWA : Sur la résorption de la digitoxine des préparations de digitale. Ses rapports avec les actions accessoires de celle-ci. — ALBRECHT : La péritonite gonococcique diffuse. — HEIMANN : Nouvelles recherches sur l'action des sérums antistreptococciques. — DONATH : Le salvarsan dans le traitement de la syphilis et de la parasyphilis du système nerveux. — FAVENTO : Sur le salvarsan. — HECHT : Sur la thérapeutique médicamenteuse de la tuberculose. — HEILBRON : Action de l'extrait hypophysaire en obstétrique. — HOLINGREN : Prélèvement de sang pour la recherche de la coagulation d'après la méthode de Schultz. — GALLI : Technique des injections endoveineuses. — LEVY : Technique de l'opération des très grosses hernies d'après Sauerbruch. — SCHUHMACHER : Trépanation décompressive ou ponction ventriculaire dans le cas de crâne en tour avec signes de compression cérébrale. — WEIL : Préparations de corps thyroïde contre la stérilité. — RÜBSAMEN : Contribution à l'étude de l'absence congénitale du cubitus. — EGGELING : Constatations anatomiques dans un cas d'éventration diaphragmatique. — BIESELE : Un cas d'intoxication par les vapeurs de benzol. — JANUS : Appareil pour les irradiations Röntgen profondes. — DREYFUS : Origine, prophylaxie et traitement de la neuro-récidive. — REINHOLD : Sur la syphilis de l'aorte.

Paris médical. — (N° 45, 5 oct. 1912.) Jean CAMUS : Les maladies nerveuses en 1912. — Henri CLAUDE : Pronostic des hémiplégies. — KLIPPEL et MONIER-VINARD : Paralysie spasmodique en flexion avec exaltation des réflexes de défense. — Paul CAMUS : Les maladies mentales en 1912. — Gilbert BALLET : La colère pathologique. — DUPRÉ : Les mendiants thésauriseurs. — (N° 46, 12 oct.) G. ETIENNE : Quelques méthodes cliniques d'étude de la valeur du cœur. — DOPTER : L'infection paraméningococcique. — Albert WEIL et Carle RŒDERER : La fréquence des abcès dans les maux de Pott dorsaux. — Anselme SCHWARTZ : Les hématomes iliaques. — (N° 47, 19 oct.) LEREBOULLET et FAURE-BEAULIEU : Le plomb et les centres nerveux. — CARNOT : L'opothérapie hématique. — REGAUD, NOGIER, LACASSAGNE, JACOULET : La fracture de Bennett. — (N° 48, 26 oct.) GILBERT : L'hémoglobinurie paroxystique essentielle. — CALOT : Le traitement des tuberculoses suppurées. — DOPTER : Diagnostic bactériologique de la dysentérie bacillaire. — MOURE et DUFOURMENTEL : Invagination chronique par tumeur intestinale. — (N° 49, 2 nov.) P. CARNOT : La thérapeutique en 1912. — VAQUEZ et LAUBRY : Sur le traitement spécifique des aortites syphilitiques et des anévrismes de l'aorte. — SABRAZÈS et BONNIN : Iso-séro-hémothérapie. — MILIAN : Les petits signes de l'intolérance au 606 pendant l'injection. — Lucien CAMUS : Comment avoir du vaccin pur et actif. — BUSQUET : Inconstance d'action de la digitale. — GUIBÉ : Ethérisation par voies extrapulmonaires. — GUÉNIOT : Sérothérapie dans les vomissements incoercibles de la grossesse.

Revue de chirurgie. — (N° 10, 10 oct. 1912.) DESMAREST : Sur le traitement du décollement traumatique de l'épiphyse inférieure du fémur, en particulier par la suture à l'aide de plaques et de vis (6 fig.). — A. BASSET : Traitement chirurgical opératoire de l'épithélioma primitif du clitoris. Indications, technique, résultats (8 fig.). — BARBOUTH : Etude clinique et histologique sur la nécrobiose aseptique des fibromyomes de l'utérus. — WORMS et HAMANT : Les fractures du col du fémur dans l'enfance et dans l'adolescence (*fin*).

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 41, 12 oct. 1912.) LANNOIS : Dilatation du golfe de la jugulaire remplissant la caisse et une partie du conduit auditif externe. — (N° 42, 19 oct.) GELLÉ : Nerf acoustique et salvarsan. — (N° 43, 26 oct.) MOURE : Traitement des synéchies nasales à l'aide de lamelles de mica.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de Laryngoscopie et de Laryngologie opératoire et clinique, par Th. HÉRYNG. Traduction française par le docteur Charles SIEMS, revue et considérablement augmentée par l'auteur. Avec une préface du docteur Henri LUC. In-8° de XVI-524 pages, avec 155 figures dans le texte. — Prix : 14 francs. — Paris, Masson et Cie.

Précis de Physiologie, par Maurice ARTHUS, professeur de physiologie à l'Universite de Lausanne. 4e édit. entièrement refondue. In-8° de VIII-930 pages (de la *Collection des Précis médicaux*) avec 320 figures en noir et en couleurs, cartonné toile souple. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

Clinique et thérapeutique obstétricale du praticien, par Paul RUDAUX, accoucheur des hôpitaux, avec la collaboration de A. GROSSE et V. LE LORIER. Un vol. in-8 cartonné (*Collection des manuels de médecine pratique*). — Prix : 8 francs. — Paris, Vigot frères.

Le Sérum de cheval normal (son utilisation en thérapeutique) [*Consultations médicales françaises*, fasc. 44], par MM. Ch. MONGOUR, agrégé, médecin des hôpitaux de Bordeaux et Jean FOUQUET, interne des hôpitaux de Bordeaux. In-16 de 20 pages. — Prix : 0 fr. 50, franco; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Contribution à l'étude de l'arsenobenzol 606, par le docteur Louis GUÉNOT. Un vol. de 323 pages. — Paris, Vigot frères.

Manuel pratique de kinésithérapie, fasc. 3, par le docteur ROSENTHAL. Un vol. de 313 pages avec 50 fig. — Paris, F. Alcan.

Causeries sur la goutte, par le docteur LAVIELLE. Une broch. de 160 pages. — Dax, Vielle et Vargues.

Thérapeutique obstétricale et gynécologique, par les docteurs JEANNIN et GUÉNIOT. Un vol. de 756 p. avec 319 fig. — Paris J.-B. Baillière et fils.

Microbiologie de la Syphilis, par le docteur A. SÉZARY, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. Petit in-8° avec 22 figures (*Encyclopédie des Aide-Mémoire*). — Prix : broché, 2 fr. 50; cartonné toile, 3 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Livret de la Famille, pour conserver la santé, pour améliorer la race, par le docteur SCHREIBER, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique infantile adjoint de la Faculté de médecine. Broch. in-8° de 40 pages. — Prix : 75 centimes. — Paris, Masson et Cie.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

LA SYPHILIS DE L'AORTE

Très fréquemment la syphilis détermine des altérations assez spéciales au niveau de l'aorte; la fréquence des lésions syphilitiques de l'aorte était d'ailleurs admise bien avant que l'on eût constaté à leur niveau la présence de tréponèmes, ou que l'on ait trouvé une réaction de Wassermann positive d'une manière presque constante, chez les sujets atteints

d'affections aortiques soupçonnées spécifiques, telles que anévrisme, insuffisance aortique, angine de poitrine, etc.

BACTÉRIOLOGIE. — Reuter signale la présence du tréponème dans l'*endartère*, au cours d'une aortite syphilitique; Schmorl le retrouve dans une aortite gommeuse au niveau de la *mésartère*, Wright et Richardson le signalent dans plusieurs cas d'aortite simple et dans un anévrisme, au niveau de la *mésartère*.

La présence du tréponème dans l'endartère et la mésartère permet d'admettre qu'il y est amené par la circulation sanguine et non par les vasa vasorum au niveau desquels il n'a pas été retrouvé.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — L'expression anatomo-pathologique la plus commune de l'aortite syphilitique consiste en une *sclérose hyperplasique* réactionnelle souvent *régionale*, et sur les points atteints, *généralisée à l'ensemble des tuniques du vaisseau*. La lame élastique interne se dissocie, se fragmente et se laisse envahir par le processus fibroïde qui évolue dans la couche sous-endothéliale; on trouve des amas de plasmazellen. Cette *panaortite* chronique se signale surtout par l'*ectasie* des zones sclérosées et épaissies; l'ANÉVRISME de l'aorte est en effet très fréquemment d'origine syphilitique; souvent ces *anévrismes sont* MULTIPLES; de plus, à côté d'anévrismes volumineux ou greffés sur ceux-ci, existent aussi de petits anévrismes *cupuliformes*, dus à des gommes des parois de l'aorte; M. Letulle insiste sur une forme d'aortite chronique *diffuse atrophique*, se caractérisant par un aspect *moiré* des tuniques, et se terminant souvent par la *rupture de l'aorte*; il existe souvent autour du vaisseau de la *médiastinite* très accusée.

Il faut encore signaler la *coronarite syphilitique*, la syphilis de l'orifice aortique avec *insuffisance aortique* et souvent avec des lésions secondaires du faisceau de His : enfin l'aortite se localise parfois à la région *sus-sigmoïdienne*.

Le plus souvent les lésions de l'aorte sont banales; seules les *gommes* sont caractéristiques. On a longtemps admis que les lésions syphilitiques d'aortite chronique en plaques, ne s'infiltraient pas de *sels calcaires*, ce qui les différenciait de l'athérome ; Wright a cependant retrouvé le tréponème dans un cas rappelant absolument l'*athérome banal*.

La syphilis héréditaire enfin peut être à l'origine d'*anévrismes aortiques*, de *rétrécissements*, d' *aplasie aortique*, ou de *malformations*, souvent incompatibles avec la vie.

SYMPTOMATOLOGIE. — Les manifestations cliniques de la syphilis de l'aorte sont extrêmement variées; elles sont en général tardives; pour les décrire nous allons les envisager successivement en des chapitres distincts.

I. Anévrismes de l'aorte. — Le siège de prédilection est la crosse de l'aorte; très souvent il s'agit de l'anévrisme à *type récurrent*, bien décrit par Dieulafoy. On peut observer aussi des anévrismes siégeant sur l'aorte thoracique ou abdominale. Il n'est pas rare d'observer *plusieurs anévrismes* chez le même sujet. Pour établir le diagnostic, la radioscopie sera toujours extrêmement utile. La réaction de Wassermann est presque toujours positive chez les sujets porteurs d'anévrismes aortiques. Le traitement spécifique calme parfois les douleurs qui accompagnent l'anévrisme, mais il est sans grand effet sur l'anévrisme lui-même.

II. Insuffisance aortique syphilitique. — Depuis que l'on recherche systématiquement la réaction de Wassermann chez tous les sujets atteints d'insuffisance aortique, on a constaté que cette réaction était très souvent positive; c'est au point que certains auteurs considèrent la syphilis comme la cause la plus habituelle de l'insuffisance aortique, qu'il s'agisse du type Korrigan ou du type Hogdson. Sans exagérer l'importance de la syphilis à l'origine de l'insuffisance aortique, il faut respecter néanmoins l'ancienne dualité classique. On peut toutefois isoler un type d'insuffisance aortique syphilitique caractérisé par l'importance des phénomènes douloureux préaortiques, les crises d'angor pectoris, la dyspnée, la douleur à la percussion du thorax, l'absence de signes d'hypertension, de brightisme, et l'atténuation rapide des phénomènes douloureux, sous l'influence du traitement spécifique : à ce type s'associe quelquefois un *pouls lent*. Rappelons encore la fréquence de l'insuffisance aortique au cours du *tabes;* on peut encore invoquer la syphilis lorsque l'on observe une insuffisance aortique du type hogdsonien; très souvent en effet la réaction de Wassermann est positive chez ces sujets; rappelons encore que le tréponème a été trouvé au niveau d'une aorte athéromateuse banale (Wright).

III. Angine de poitrine syphilitique. — L'angine de poitrine peut s'observer dans de multiples conditions au cours de la syphilis de l'aorte. Elle peut accompagner l'*insuffisance aortique*, un *anévrysme*. Elle peut encore s'observer au cours du *tabes* ; dans ce cas, elle peut résulter de lésions aortiques appréciables à l'auscultation ou à la radiographie, mais elle peut exister en dehors de toute lésion aortique ; il s'agit alors d'une *névralgie du plexus cardiaque*, d'une véritable *crise viscérale*, analogue aux autres crises viscérales du tabes.

L'angine de poitrine syphilitique peut encore s'observer, en dehors du tabes. Il s'agit alors soit de l'*aortite syphilitique sus-sigmoïdienne*, soit de lésions des *coronaires* (coronarite oblitérante et coronarite ectasiante).

L'aortite syphilitique sus-sigmoïdienne ne se traduit que par des symptômes douloureux et angoissants; la région précordiale est douloureuse à la pression. On ne constate à l'auscultation aucune lésion de l'orifice aortique; il n'y a pas d'hypertension, pas de bruit de galop. On fait alors souvent le diagnostic d'angine de poitrine nerveuse, hystérique, etc., alors qu'il s'agit d'une angine de poitrine syphilitique, la syphilis remontant en général à une douzaine d'années et ne se traduisant souvent par aucun autre symptôme. Le traitement spécifique agit efficacement dans ces cas. L'angine de poitrine, consécutive à une coronarite syphilitique, détermine souvent la mort subite et n'est le plus fréquemment qu'une trouvaille d'autopsie.

IV. Rupture spontanée de l'aorte. — La rupture de l'aorte, consécutive dans quelques cas à un accident de travail, un traumatisme, s'explique comme l'a bien montré Letulle, par une *syphilis atrophique diffuse* de l'aorte; très souvent l'*hérédosyphilis tardive* a pu être invoquée. La symptomatologie est très réduite. Le sujet est pris tout à coup d'une horrible angoisse précordiale, et meurt en quelques heures.

V. Athérome syphilitique. — Si certains auteurs admettent que l'athérome peut être d'origine syphilitique, si même le tréponème a pu être retrouvé au niveau d'une aorte atteinte d'athérome, banal en apparence, il s'en faut cependant que la majorité des auteurs admettent cette théorie qui réclame encore de nouvelles recherches pour être adoptée définitivement.

VI. Formes suivant la localisation. — On peut ainsi décrire une syphilis aortique thoracique, une aortite abdominale avec douleur, troubles intestinaux, etc.

En résumé, ce qui est à retenir c'est la *fréquence* des lésions syphilitiques de l'aorte, leur apparition tardive, souvent leur latence, enfin l'importance de l'*examen radioscopique* au cours des lésions aortiques, orificielles ou non.

Le DIAGNOSTIC de la nature spécifique repose sur la *réaction de Wassermann*, l'*association de troubles nerveux* (tabes, lymphocytose rachidienne, signe d'Argyll, paralysie générale, paralysie des nerfs craniens, hémiplégie, etc.), parfois sur les heureux effets du traitement.

Le PRONOSTIC est toujours sévère ; il l'est surtout au cours de l'anévrisme et de l'insuffisance aortique parvenue à la phase d'asystolie, en raison de la fréquence des infarctus pulmonaires.

Le *traitement* est plus ou moins efficace suivant les cas. On pratiquera des injections de bi-iodure d'hydrargyre, ou des injections intraveineuses de cyanure. Le 606 sera manié avec précaution ; on donnera de l'iodure à faible dose.

BIBLIOGRAPHIE. — SÉZARY. Histomicrobiologie de l'artérite syphilitique, *Presse méd.*, déc. 1910. — LETULLE. La syphilis atrophique de l'aorte, *Presse méd.*, mars 1910. — DARIER. *L'artérite syphilitique*.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. D. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Nous prévenons nos lecteurs que la Poste est **seule responsable** *des nombreuses irrégularités qui se produisent en ce moment dans la distribution du journal.*

Nous prions instamment nos abonnés de bien vouloir continuer à nous adresser leurs plaintes afin que nous puissions les transmettre à l'administration des Postes.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 27 novembre. — MM. Auvigne, 8; Ceillier, 9; Mlle Athanassiu, 11; MM. Younès, 2; Cojan, 3; Saxe, 5; Rongier, 6; Claude, 11; Berthod, 7.

Anatomie. — Séance du 28 novembre. — MM. De Gaudart d'Allaines, 10; Maufrais, 7; Kahn (Georges), 11; Dognon, 9; Delavierre, 11; Mazzoléni, 11; Papillon, 10; Marceron, 5.

Prochaine séance, samedi 30 novembre, à huit heures du matin, à l'hôpital Beaujon.

HOPITAUX DE PROVINCE. — MONTPELLIER. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations de MM. Arrivat, Cathela et Ayme, internes titulaires.

MM. Baumel, Rouvière, Vinon, Vismard, Blonquier de Clarets, Sappey, Roume, Giraud, internes provisoires.

— TOULOUSE. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

1° Internes titulaires : MM. Saint-Martin, Minvielle, Auban et Ginesty (*ex æquo*), Boularan et Girou;

2° Internes provisoires : MM. Digeon, Laville, Bach, Cavalié, Sevène et Parahy.

— Le concours de l'internat en pharmacie s'est terminé par les nominations de MM. Lalaurie et Scherb (*ex æquo*) et Galaup.

— AMIENS. — Sont nommés membres du jury du concours qui doit avoir lieu à Paris, le 2 mai 1913, pour la nomination d'un médecin titulaire de la clinique ophtalmologique des hospices d'Amiens :

M. le docteur Faivre, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur.

M. Dufrenoy, vice-président de la commission administrative des hospices d'Amiens.

M. le docteur Weiss, membre de l'Académie de médecine.

M. le docteur Poulard, médecin ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

M. le docteur Valude, médecin ophtalmologiste de l'hospice national des Quinze-Vingts.

M. le docteur Fage, médecin en chef de l'hospice Saint-Victor d'Amiens.

M. le docteur Moulonguet, ancien directeur de l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Amiens.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. le docteur Lande est nommé, pour l'année scolaire 1912-1913, chef du laboratoire de médecine légale.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — BESANÇON. — M. Maldiney, chef des travaux pratiques de physique à la Faculté des sciences de l'Université de Besançon, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1912-1913, d'un cours de physique.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 24 novembre 1912 :

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Jeannin et Jacquinot passent aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Cot à la section technique du service de santé (laboratoire de bactériologie); Martin, aux troupes d'occupation du Maroc occidental.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Thellier passe au 147e d'infanterie; Marnata est désigné pour l'Algérie; Martin passe aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Vendeuvre et Mossier sont affectés aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Baillou est désigné pour la Tunisie; Rouch, pour le 61e d'infanterie; Jeandin passe au 6e d'artillerie à pied; Cayrel, à la section technique du service de santé (laboratoire de bactériologie); Aulong est désigné pour l'Algérie; Desquiens passe aux troupes d'occupation du Maroc occidental.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Maux, Pauliac, Bigaud, Greyfié de Bellecombe, Délis, Prost, Sarrat et Sayer passent aux troupes d'occupation du Maroc occidental.

Médecin aide-major de deuxième classe de réserve. —

RENSEIGNEMENTS

M. Genay est affecté aux troupes d'occupation du Maroc occidental.

SYNDICAT MÉDICAL DE PARIS. — A PROPOS DU CHOIX DES EXPERTS. — Le Syndicat médical de Paris nous communique le vœu suivant :

« I. Considérant que les nécessités de l'exercice de la profession médicale exigent de la part de tous les médecins praticiens des connaissances très sérieuses de médecine légale, *émet le vœu :* 1° que l'enseignement de la médecine légale soit désormais rétabli dans toutes les facultés de médecine avec toute l'ampleur désirable et suivi d'examens probatoires; 2° que le diplôme de médecin légiste, devenu sans utilité et de nature à porter préjudice à notre diplôme professionnel ne soit plus délivré, conformément aux vœux émis par le congrès des praticiens.

II. Considérant que les experts au criminel doivent présenter au summum les garanties morales et scientifiques, et que pareille sélection ne peut être faite que par leurs pairs seuls compétents pour les juger, émet le vœu que les cours d'appel établissent la liste des experts après entente entre les groupements professionnels et scientifiques.

III. Considérant que le juge de paix ne peut être forcé légalement à prendre ses experts au criminel, émet le vœu qu'il les choisisse sur une liste dressée chaque année d'accord avec lui et les groupements médicaux. »

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE (49, rue Saint-André-des-Arts). — COURS DE 1913 (13e année). — Les cours et les conférences de l'école de psychologie sont publics.

La réouverture des cours aura lieu le mardi 7 janvier 1913, à cinq heures du soir, sous la présidence de M. le professeur Armand Gautier, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Ordre du jour : 1° Docteur Bérillon : « L'Ecole de psychologie »; 2° Leçon de M. le docteur Paul Farez : « Le rôle eugénique de l'alimentation »; 3° Allocution de M. le professeur Armand Gautier.

Psychothérapie. Hypnotisme thérapeutique (M. le docteur Bérillon, professeur). — Objet du cours : 1° « Les maladies de l'émotion. Psychothérapie des états anxieux; » 2° « L'hypnotisme et l'orthopédie mentale : les enfants anormaux. »

Les jeudis à cinq heures, à partir du jeudi 9 janvier.

Psychologie pathologique (M. le docteur Paul Farez, professeur). — Objet du cours : « Rééducation alimentaire : les principes de l'eudipsie. »

Les samedis à cinq heures, à partir du samedi 11 janvier.

Psychologie musicale (M. le docteur Demonchy, professeur). — Objet du cours : « Applications sociales et thérapeutiques de la musique. »

Les vendredis à cinq heures et demie, à partir du vendredi 10 janvier.

Psychologie des sensations (M. le docteur Iribarne, professeur). — Objet du cours : « L'évolution intellectuelle anormale des adénoïdiens. »

Les samedis à cinq heures et demie, à partir du samedi 11 janvier.

Psychologie des animaux (M. Lépinay, médecin vétérinaire, professeur). — Objet du cours : « Adaptation des animaux à leur utilité sociale. »

Les mercredis à cinq heures et demie, à partir du mercredi 8 janvier.

Anatomie et psychologie comparées (M. Grollet, médecin vétérinaire, professeur). — Objet du cours : « L'évolution mentale chez les animaux supérieurs. »

Les mercredis à cinq heures, à partir du mercredi 8 janvier.

Psychologie du criminel (M. G. Guilhermet, avocat à la Cour, professeur). — Objet du cours : « Les causes psychologiques et sociales de la criminalité. »

Les vendredis à cinq heures, à partir du vendredi 10 janvier.

Pédagogie des enfants anormaux (M. G. Quinque, professeur). — Objet du cours : « Les méthodes pédagogiques applicables aux arriérés. »

Les mardis à cinq heures et demie, à partir du mardi 14 janvier.

Psychologie du mouvement (M. Gosset, professeur). — Objet du cours : « Education du rythme moteur : psychologie de l'entraînement. »

Les mardis à cinq heures, à partir du mardi 14 janvier.

Psychologie sociologique (M. P. Saintyves, professeur). — Objet du cours : « Les facteurs psychologiques dans les guérisons miraculeuses. »

Les jeudis à cinq heures et demie, à partir du 9 janvier.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — L'*Agenda P.-L.-M. 1913* vient de faire son apparition. C'est un document des plus intéressants, édité avec un soin tout particulier qui en fait une véritable publication de luxe.

Il renferme cette année des articles tout à fait remarquables de G. Eiffel, G. d'Esparbès, H. Ferrand, L.-J. Gras, M. Le Roux, F. Mistral, N. Ségur et du regretté Paul Mariéton; des nouvelles de G. Courteline, commandant Driant, Franc-Nohain, Willy; des illustrations de Marcel Capy, Henriot, H.-D. Naurac, Benjamin Rabier, etc.; une série de cartes postales détachables, de nombreuses illustrations en simili-gravure et à la plume; il contient aussi de magnifiques hors texte en couleurs et en simili-gravures..., et enfin une valse lente pour piano : « Sur la Méditerranée », écrite spécialement pour l'*Agenda* par le compositeur Maurice Besse.

L'*Agenda P.-L.-M.* est en vente, au prix de 1 fr. 50, à la gare de Paris-Lyon (Bureau de renseignements et Bibliothèques), dans les bureaux-succursales, bibliothèques et gares du réseau P.-L.-M.; il est aussi envoyé par la poste, sur demande adressée au Service de la publicité de la Compagnie P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, à Paris, et accompagnée de 2 francs (mandat-poste ou timbres) pour les envois à destination de la France, et de 2 fr. 50 (mandat-poste international) pour ceux à destination de l'étranger.

On le trouve également au rayon de la papeterie des grands magasins du Bon Marché, du Louvre, du Printemps, des Galeries Lafayette et des Trois-Quartiers, à Paris.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 9 AU 14 DÉCEMBRE 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 9 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.* — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mardi 10 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.* — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mercredi 11 décembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique,* épreuve pratique. — 2e. — 4e. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries). — 5e (1re et 2e parties).

Jeudi 12 décembre, à une heure. — 2e. — 3e (oral, 2e partie). — 4e.

Vendredi 13 décembre, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque.*

Samedi 14 décembre, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

THÈSES

Mercredi 11 décembre, à une heure. — M. LE PAGE. La radioscopie et la radiographie de la rate. (MM. Teissier, président; Desgrez, André Jousset et Zimmern.) — M. MLADENOFF. La réaction de Moriz Weisz ou épreuve du permanganate dans l'urine des tuberculeux. (MM. Desgrez, président; Teissier, André Jousset et Zimmern.)

Jeudi 12 décembre, à une heure. — M. LE PANNETIER DE ROISSEY : Les vraies et les fausses dyspepsies. (MM. Chantemesse, président; Gilbert, André Broca et Richaud.) — M. BAGOT. Traitement du rhumatisme articulaire chronique par l'hydrothérapie marine et les agents physiques. (MM. Gilbert, président; Chantemesse, André Broca et Richaud.)

REVUE GÉNÉRALE

LA VACCINATION ANTITYPHIQUE

PAR

J. LOUIS et E. COMBE
Médecin-major de deuxième classe. Médecin aide-major de première classe.

Parmi les maladies épidémiques qui sévissent sur l'humanité, la fièvre typhoïde occupe une des premières places. Endémique dans la plupart des grandes villes de France, particulièrement des villes du Midi, véritable fléau pour nos colonies et surtout l'Afrique du Nord, sa terre de prédilection, elle se manifeste souvent sous forme d'explosions épidémiques, frappant à la fois un grand nombre d'individus. Devant la lutte entreprise sans relâche contre elle par les hygiénistes, la fièvre typhoïde ne fait que regresser partiellement. Ses modes de propagation sont en effet nombreux et variés.

Au premier rang, se place la contamination par l'absorption d'eaux de boisson, mal surveillées ou polluées. Le danger n'est pas limité à la souillure de l'eau par des matières fécales. L'individu peut contracter l'affection en consommant des légumes crus, cultivés sur des terrains d'épandage ou lavés avec des eaux impures, des salades, des coquillages infectés (huîtres, moules, etc.). La dissémination du bacille typhique dans la nature est effectuée par les malades, les sujets atteints de formes frustes (forme ambulatoire, embarras gastrique fébrile), plus rarement enfin par les convalescents ou les individus guéris, restés porteurs de germes.

La multiplicité et la diversité de ces facteurs suffisent à expliquer la fréquence de la fièvre typhoïde. Ils expliquent aussi l'insuccès relatif de mesures prophylactiques, d'une utilité cependant incontestable. De plus, leur application difficile dans certaines circonstances de la vie privée ou sociale porte une entrave à leur efficacité.

L'expérience clinique montre d'autre part que, dans la grande majorité des cas, une première atteinte de l'infection confère l'immunité.

Il était donc tout naturel de songer à appliquer à la prophylaxie de la fièvre typhoïde une méthode qui a fait ses preuves contre d'autres infections, la vaccination.

I

Définition. — Pour ce faire, deux méthodes sont possibles : la vaccination active et la vaccination passive.

a. La *vaccination passive* consiste à injecter à un sujet le sérum d'un animal immunisé contre l'infection, c'est-à-dire une solution toute préparée d'anticorps spécifiques. Cette méthode présente entre autres le grave inconvénient de ne conférer qu'une immunité peu durable, passagère, disparaissant au bout de quinze jours environ. Aussi tous les efforts ont-ils tendu à appliquer à la vaccination antityphique la seconde méthode.

b. Celle-ci, dite *vaccination active*, repose sur le principe suivant. En inoculant à un sujet ou à un animal un antigène, c'est-à-dire un microbe vivant ou atténué avec sa ou ses toxines, on provoque dans son organisme un travail réactionnel de défense humorale et cellulaire silencieuse, sans symptômes apparents, sans gravité aucune, mais suffisant à lui seul pour conférer au sujet inoculé l'immunité vis-à-vis d'une infection ultérieure possible par l'antigène vivant et pourvu de toute sa virulence.

Dans ce but on injecte, à plusieurs reprises successives, le microbe atténué, en augmentant, pour chaque injection, soit sa virulence soit la dose d'antigène inoculé. Cette méthode, qui confère une immunité durable, nous intéresse seule.

II

Historique. — Les recherches du début se bornèrent à des expériences sur les animaux de laboratoire.

Frankel et Simmonds, les premiers, essayèrent d'immuniser des lapins sans résultats satisfaisants (1886). La même année Beumer et Peiper réussirent à vacciner des petites souris, en leur inoculant à plusieurs reprises, pendant plusieurs jours de suite, des quantités croissantes de cultures vivantes. Deux ans plus tard, Chantemesse et Widal, injectant à des souris blanches des cultures de bacille typhique en bouillon âgées de trois jours et stérilisées à l'autoclave à 120 degrés pendant dix minutes, obtinrent des résultats positifs (1888). Brieger, Kitasato et Wassermann tentèrent également d'obtenir l'immunisation des animaux de laboratoire. Ayant remarqué qu'à la suite d'injections « de cultures stérilisées, il était possible de vacciner seulement les souris et jamais les cobayes contre le virus fort de la fièvre typhoïde, ces auteurs ont recours aux inoculations préventives de cultures faites dans du bouillon de thymus et chauffées ensuite à 60 degrés. Cette méthode permit de vacciner facilement les souris et moins facilement les cobayes » (Sanarelli).

En 1892, Sanarelli réussit à immuniser des cobayes et des lapins avec des cultures stérilisées à 120 degrés. La même année, Chantemesse et Widal, injectant à des cobayes et des lapins des cultures en bouillon, laissées à l'étuve à 37 degrés pendant quinze jours, puis stérilisées une heure à + 100 degrés, arrivèrent à conférer l'immunité à une partie des animaux mis en expérience. Leurs recherches furent confirmées par Bruschettini.

Jusqu'à cette époque, tout s'était borné à des expériences de laboratoire.

Tout l'honneur des premiers essais de vaccination antityphique sur l'homme revient à Pfeiffer et Kolle, et surtout à Wright. C'est en 1896 que Pfeiffer et Kolle inoculèrent deux sujets. A la même époque, Wright, en Angleterre, commença à appliquer systématiquement sur une vaste échelle la méthode de la vaccination humaine par cultures chauffées.

Nous ne ferons que citer les travaux ultérieurs de Pfeiffer et Kolle, Pfeiffer et Marx, Neisser et Shiga, Brieger et Mayer, Bassenge et Rimpau, Wassermann, Stendel, Friedberger et Moreschi, Eichholz, Kuhn, Levy et Blumenthal, Hetsch et Kutscher en Alle-

magne ; de Wright, Semple, Macfadyen et Rowland, Leishman, Harrisson, Firth en Angleterre ; de J. Levy en Autriche ; de Dziergowski en Russie ; de Sclavo, Paladino-Blandini en Italie, etc. ; de H. Vincent, Chantemesse, Besredka en France.

En 1910, H. Vincent décrit un vaccin nouveau polyvalent, stérilisé par l'éther. A la suite de sa découverte des vaccins polyvalents et des conclusions de son rapport (1911) adoptées par l'Académie de médecine, la question entra en France dans une phase nouvelle : celle de l'application pratique.

La vaccination antityphique a été appliquée à l'armée anglaise pendant la guerre du Transvaal, à l'armée allemande dans l'expédition contre les Herreros, au corps médical et au personnel infirmier russes lors de la guerre de Mandchourie.

Elle est utilisée à l'heure actuelle chez les troupes anglaises (Inde, Chypre, Malte, Egypte, etc.), et dans les armées américaine et japonaise.

Après une première tentative très heureuse dans les confins algéro-marocains (août 1911), elle a été appliquée aux troupes de France, d'Algérie, Tunisie, du Maroc sur une très vaste échelle. Les résultats remarquables obtenus jusqu'à ce jour avec les vaccins polyvalents de H. Vincent ont consacré définitivement l'utilité et l'efficacité désormais incontestables de la vaccination antityphique (*Congrès de méd.*, séance du 15 octobre 1912).

III

Les divers vaccins et leur mode de préparation. — Les vaccins antityphiques décrits ou proposés jusqu'à ce jour sont nombreux et variés. « La multiplicité de ces vaccins résulte, sans doute, de ce que l'homme n'a pas, à l'égard des virus vaccinants, l'indifférence ou la résignation des animaux de laboratoire, et de ce que l'on doit demander aux méthodes proposées, à la fois le maximum d'immunisation et le minimum d'inconvénients, ce qu'il n'est pas toujours facile de concilier (1). » Nous pourrons les classer de la façon suivante :

1° Vaccins constitués par des bacilles vivants;

2° Vaccins constitués par des bacilles morts ou atténués par la chaleur;

3° Vaccins constitués par des bacilles tués par des substances antiseptiques (volatiles ou fixes);

4° Vaccins constitués par des extraits de bacilles (vivants ou morts);

5° Vaccins divers.

1° Vaccins constitués par des bacilles vivants. — Castellani a injecté le premier à 310 personnes des cultures en bouillon de bacille typhique vivant, atténué par un séjour d'une heure dans un bain-marie à 50 degrés.

Récemment, Besredka a proposé d'inoculer du bacille typhique vivant sensibilisé et l'a appliqué à l'homme.

L'emploi de bacilles vivants est loin de présenter toutes les garanties désirables de sécurité et d'innocuité qu'on est en droit d'exiger d'un vaccin. L'injection à des sujets sains d'un antigène ainsi préparé expose ceux-ci à contracter l'infection; il peut également provoquer des cholécystites, la lithiase biliaire ; il peut aussi transformer les vaccinés en porteurs de germes. Ce sont là des dangers graves qui s'opposent formellement à l'application pratique de ce type de vaccin à l'homme.

2° Vaccins constitués par des bacilles morts, tués ou atténués par la chaleur. — a. *Vaccin de Wright et dérivés.* — Wright utilisait au début une culture de bacille typhique en bouillon peptoné, rigoureusement neutre, faite à 37 degrés et ancienne de dix à douze jours. La culture était chauffée à 60 degrés et additionnée de lysol à froid dans la proportion de 0,05 p. 100.

Leishmann, Semple, Harrison, tout en conservant le principe de la méthode, lui ont apporté certaines modifications. Ils utilisent des cultures en bouillon âgées de quarante-huit heures, chauffées à 53 degrés pendant une heure, et additionnées de lysol (0,4 p. 100). Ce vaccin renferme 1000 millions de bacilles par centimètre cube. La vaccination complète comporte trois injections espacées de huit, dix ou douze jours aux doses suivantes : un demi-centimètre cube, un centimètre cube, un centimètre cube et demi.

b. *Vaccin de Pfeiffer et Kolle et dérivés.* — Ces auteurs emploient une culture de bacilles typhiques sur gélose, âgée de dix-huit heures, émulsionnée dans de l'eau physiologique (2 milligrammes de culture pour 1 centimètre cube de liquide) chauffée à 60 degrés pendant une ou deux heures et additionnée de 3 p. 100 d'acide phénique. Le vaccin est réparti en flacons et de nouveau chauffé à 60 degrés pendant une demi-heure. Trois doses sont injectées successivement à trois jours d'intervalle. Les doses employées au début (1, 2, 3 à 4 centimètres cubes) ont été réduites en 1905, à la suite de réactions violentes, à 0cc3, 0cc8 et 1 centimètre cube.

Russell, en Amérique, utilise des émulsions de bacilles en eau physiologique, stérilisées par la chaleur (+ 56 degrés) et additionnées de tricrésol. Un vaccin semblable a été appliqué en France par Chantemesse.

3° Vaccins constitués par des bacilles tués par des substances antiseptiques. — Semple et Matson avaient inoculé à l'animal seulement des cultures stérilisées par l'acide phénique, *antiseptique fixe*, restant à demeure dans le vaccin qu'il altère à la longue.

H. Vincent a préparé le vaccin polyvalent bacillaire, et le premier a utilisé un *antiseptique volatil* : l'éther. Cette substance est facilement éliminée du vaccin dès qu'elle a terminé son action stérilisante. Ce vaccin appliqué à des milliers de personnes a donné jusqu'à ce jour des résultats tout à fait remarquables.

On s'adresse à des cultures sur gélose en boîtes de Roux. Ces cultures, après un séjour de dix-huit heures à 37 degrés, sont émulsionnées dans de l'eau physiologique (200 centimètres cubes de liquide pour une boîte de Roux). L'émulsion ainsi

(1) H. Vincent. *C. r. de l'Acad. de méd.*, 1911, p. 66.

obtenue est additionnée d'éther; après agitation, le contact est maintenu huit à dix heures. Au bout de ce temps la stérilisation est complète. On décante, on rejette l'éther qui surnage, et on évapore l'éther dissous dans le liquide à l'aide du vide. On mélange à parties égales des émulsions préparées avec plusieurs races de bacilles typhiques d'origines diverses (dix à douze). On obtient ainsi un vaccin *polyvalent*, stérile, n'ayant jamais subi l'action de la chaleur et ne renfermant aucun antiseptique. Il contient 400 millions de bacilles par centimètre cube.

4° Vaccins constitués par des extraits bacillaires. — a. *Extraits de bacilles morts.* — Wassermann filtre une émulsion de bacilles dans l'eau physiologique chauffée vingt-quatre heures à 60 degrés et macérée pendant cinq jours à 37 degrés. Le filtrat est desséché dans le vide; le produit ainsi obtenu est réduit en poudre et dilué dans l'eau physiologique légèrement phéniquée.

Shiga et Neisser utilisent des cultures sur gélose diluées, chauffées une heure à 60 degrés et macérées deux à trois jours à 37 degrés. La macération est ensuite filtrée, et le liquide filtré additionné d'acide phénique (0,8 p. 100) peut servir de vaccin.

Brieger et Meyer rejettent le premier extrait aqueux de bacilles typhiques et n'utilisent que le second.

b. *Extraits de bacilles vivants.* — Conradi, Bassenge et Mayer font une macération dans l'eau physiologique, à la température ordinaire, pendant trois jours, et filtrent sur bougie.

Macfadyen et Rowland pulvérisent des cultures typhiques congelées au moyen de l'air liquide, et filtrent ensuite.

H. Vincent a décrit un nouveau procédé (1910) connu sous le nom d'*autolysat polyvalent*. On utilise des cultures sur gélose ayant séjourné vingt-quatre ou quarante-huit heures à l'étuve à + 37 degrés. Ces cultures sont émulsionnées dans l'eau physiologique dans la proportion de 160 centimètres cubes pour une boîte de Roux. L'émulsion est mise à l'étuve à + 37 degrés où elle doit séjourner vingt-quatre ou quarante-huit heures, en ayant soin de l'agiter fréquemment. Au bout de ce temps, les macérations ainsi obtenues sont centrifugées. Seul, le liquide clair qui surnage est recueilli, transvasé, et additionné d'éther. Le contact entre les deux liquides est maintenu huit heures à la température du laboratoire. On décante, on rejette l'éther qui surnage et on se débarrasse de l'excès d'éther dissous par évaporation dans le vide à l'aide de la trompe à eau.

On fait ainsi des solutions d'extraits microbiens avec diverses races de bacilles typhiques. On mélange à parties égales, et on obtient un *autolysat polyvalent* stérile ne contenant pas de corps bacillaires. Il n'a jamais, à aucun moment de sa fabrication, été soumis à l'action de la chaleur, et il ne contient aucun antiseptique.

Les cultures de vingt-quatre heures macérées pendant vingt-quatre heures constituent le vaccin n° 1. Les cultures de quarante-huit heures macérées pendant quarante-huit heures constituent le vaccin n° 2.

Vaccins divers. — J. Lévy, Triglia et Mazzuoli ont tenté une méthode mixte : immunisation active par des bacilles morts et immunisation passive par un sérum antityphique.

Besredka a décrit un vaccin constitué par des bacilles sensibilisés et chauffés.

Friedberger et Moreschi triturent dans un mortier des cultures sur agar desséchées. Ils chauffent ensuite la poudre ainsi obtenue à 120 degrés et la diluent dans l'eau physiologique.

D'autres procédés ont encore été décrits, par Bassenge et Rimpau, Lévy et Blumenthal (émulsions bactériennes en solutions sucrées), Maurice Renaud (émulsion de bacilles exposés à l'action des rayons ultraviolets, vaccin irradié), Courmont et Rochaix (lavement de cultures en bouillon stérilisées par la chaleur et additionnées de laudanum).

On a enfin proposé les vaccins suivants : extraits glycérinés de bacilles, extraits obtenus après action du carbonate de sodium, du sulfate d'ammonium, etc. Ces vaccins n'ont pas été appliqués à l'homme.

IV

Principes pour la fabrication du vaccin. — Le ou les bacilles typhiques utilisés pour la préparation du vaccin devront être de virulence moyenne, dûment identifiés et contrôlés par toutes les réactions de laboratoire. On aura recours à des bacilles extraits par hémoculture du sang de malades, depuis une période d'environ deux ans. En outre, pendant ce laps de temps, il y aura lieu de leur faire subir des passages multiples et répétés sur les milieux de culture. L'emploi d'un bacille retiré trop récemment du sang d'un typhoïdique fournirait un vaccin trop douloureux, donnant lieu à des réactions locales et générales violentes.

Le vaccin doit être fabriqué avec un mélange de races variées, provenant de contrées et d'épidémies diverses. Toutefois il y a lieu de choisir les races bacillaires utilisées. On aura plus de chance d'avoir un vaccin actif, si dans sa constitution entrent des races de bacilles typhiques extraits de malades provenant du ou des mêmes pays que les personnes appelées à être vaccinées.

Lorsque le vaccin est destiné à être utilisé dans des contrées, où la fièvre paratyphoïde B est fréquente, il y a lieu d'adjoindre dans sa préparation aux émulsions ou aux autolysats de bacilles typhiques, des émulsions ou des autolysats de bacilles paratyphiques préparés de la même manière. On ajoute l'élément paratyphique dans la proportion de 1 p. 4.

Le vaccin, pendant et après sa préparation, doit être soigneusement tenu à l'abri de la lumière et de la chaleur. Ces agents physiques l'altèrent en effet rapidement et atténuent considérablement son pouvoir immunisant.

De plus le vaccin, avant d'être délivré par le centre vaccinogène, doit être rigoureusement contrôlé au point de vue de sa stérilité et de son innocuité. Dans ce but, on fait des prises témoins qui

sont ensemencées. On pratique ainsi des cultures aérobies et anaérobies. Il y a lieu d'une part d'ensemencer les échantillons prélevés abondamment; et d'autre part de pratiquer l'expertise à la fois en milieux solides et en milieux liquides (bouillon neutre et gélose inclinée).

Il doit être en outre pratiqué des inoculations intrapéritonéales au cobaye et à la souris. Un vaccin, susceptible d'être injecté à l'homme, ne doit contenir aucun bacille typhique vivant ni aucune autre bactérie d'aucune sorte; il ne doit renfermer aucune toxine autre que la toxine typhique.

En résumé, un vaccin n'est utilisable qu'autant que les cultures témoins seront toutes sans exception restées stériles après un séjour d'au moins six jours à l'étuve à + 37 degrés. Les animaux inoculés devront avoir supporté facilement les injections d'épreuve.

V

Choix du vaccin. — La liste des divers vaccins antityphiques proposés jusqu'à ce jour ne laisse pas que d'être longue. Parmi toutes ces méthodes, le choix s'arrêtera sur la variété de vaccin offrant toutes les garanties d'application pratique, de sécurité, d'innocuité absolue et d'efficacité désirables.

Le vaccin idéal, cela va sans dire, serait le bacille vivant. Mais l'inoculation de l'antigène dans ces conditions présente les plus graves inconvénients. Le sujet ainsi inoculé risquerait de contracter une infection grave; il serait exposé à toutes les conséquences de la localisation du bacille typhique sur les voies biliaires (cholécystites, lithiase, etc.), il pourrait devenir porteur chronique et par ce fait constituer un véritable danger. Toutes ces objections font immédiatement éliminer l'emploi de bacilles vivants comme virus vaccinant (*primum non nocere*).

Les vaccins utilisables, et utilisés dans la pratique et qui, appliqués à l'homme, ont fait preuve d'efficacité et d'innocuité, se réduisent à deux groupes : ce sont, d'une part les vaccins stérilisés par la chaleur (Wright, Leishman, Pfeiffer et Kolle, Russell) et d'autre part les vaccins polyvalents de Vincent.

Les vaccins préparés par action de la chaleur sur des bacilles typhiques avec addition ultérieure et définitive d'un antiseptique (lysol, crésol, acide phénique) ont fait preuve d'une efficacité incontestable. Mais ces vaccins sont monovalents; ils présentent en outre des inconvénients du fait même de leur mode de préparation. L'emploi de la chaleur, comme agent de stérilisation ou d'atténuation, enlève à l'antigène une partie de ses propriétés; de plus l'addition permanente d'un antiseptique altère à la longue son pouvoir immunigène. Enfin la présence de cet antiseptique rend l'injection douloureuse et donne lieu à des réactions locales marquées. Néanmoins, leur utilisation réduit dans de très notables proportions la morbidité typhoïdique (Angleterre, Amérique, Japon, etc.).

Les deux types de vaccin proposés et injectés par Vincent présentent la supériorité de n'être à aucun moment de leur préparation soumis à l'action de la chaleur, ils ne contiennent pas d'antiseptiques, celui-ci étant chassé du vaccin dès que son action a cessé d'être utile.

De plus ils sont polyvalents, ce qui augmente d'une façon considérable leurs propriétés d'efficacité. Sous ses deux formes (bacillaire polyvalent et autolysat polyvalent) le vaccin de Vincent réalise le maximum des conditions obtenues jusqu'à ce jour, d'application facile, d'innocuité et d'efficacité.

L'antigène préparé par ce procédé conserve toutes les propriétés vaccinantes qu'aurait le vaccin idéal constitué par des bacilles vivants; et de plus, absolument inoffensif, il offre toutes les garanties de sécurité désirables, n'offrant en raison de sa stérilité, de son asepsie parfaites, aucun des redoutables dangers auxquels expose l'emploi du virus vivant.

VI

Indications et contre-indications. — La vaccination antityphique doit être appliquée aux familles des malades sans crainte de phase négative, aux personnes habitant des localités où la qualité bactériologique de l'eau de boisson est suspecte, aux individus exposés à voyager fréquemment (déplacements, villégiatures), à s'expatrier ou se fixer aux colonies.

Son emploi mérite d'être particulièrement recommandé à toute personne appelée à séjourner, même passagèrement, dans des localités où la fièvre typhoïde sévit à l'état endémique ou épidémique (grandes villes, villes du Midi, Algérie, Tunisie, Maroc, colonies), à l'armée, à la marine (manœuvres, campagnes, expéditions coloniales).

Il y a lieu de l'appliquer à tous ceux que leur profession, leurs occupations mettent journellement en contact avec des typhoïdiques (médecins, externes, internes, étudiants, infirmiers, infirmières, gardes-malades), à tous ceux qui, dans les laboratoires, s'exposent à l'infection en manipulant le bacille typhique en cultures.

Elle peut être appliquée en toute sécurité aux enfants qui supportent remarquablement bien les injections, aux femmes, en dehors des périodes menstruelles.

La vaccination ne doit être pratiquée que chez des sujets *rigoureusement sains*, en donnant à ce terme son acception la plus stricte. Toute affection aiguë ou chronique en évolution constitue une contre-indication formelle à l'emploi de la méthode. Elle doit être refusée à tous les sujets fébricitants (angines, courbatures, grippe, etc.) atteints d'affections aiguës du tractus intestinal ou de l'appareil respiratoire, aux cardiaques, rénaux, tarés, diabétiques, aux personnes atteintes d'entérite muco-membraneuse, etc. Il faudra éliminer d'une façon absolue, en les recherchant avec une attention toute particulière, les *tuberculeux*. Ceux-ci présentent, à l'occasion des injections de vaccin, des phénomènes réactionnels violents. La blennorragie sous ses deux formes, aiguë et chronique, est une contre-indication.

Les syphilitiques peuvent être vaccinés à la condition de ne présenter aucun accident en évolution. Chez les sujets atteints de mal de Bright latent, d'orthostatisme, la vaccination peut provoquer l'apparition d'albumine dans les urines.

Il faut s'abstenir d'inoculer des paludéens en cours de manifestations aiguës. Toutefois, ils peuvent sans inconvénients, en dehors des périodes d'accès, recevoir des injections de vaccin, à condition d'absorber à l'occasion de chaque inoculation une dose suffisante de quinine, sept heures avant le début habituel de l'accès. Faute de cette précaution, la vaccination antityphique, agissant à l'instar d'une infection surajoutée, d'un traumatisme, d'un refroidissement, pourrait réveiller un paludisme sommeillant et provoquer la réapparition d'accès. Il faut enfin remettre à une date ultérieure la vaccination des sujets *surmenés*, *fatigués*, etc.

Il n'y a aucun danger à pratiquer les inoculations en milieu épidémique si l'on prend la précaution d'interroger et d'examiner auparavant les individus qui se présenteront pour s'assurer qu'ils ne sont pas en période d'incubation. Et, même pratiquée sur des sujets infectés, la vaccination conserve d'une part tous ses caractères d'innocuité parfaite, et d'autre part semble même utile si son application est commencée dès les premiers jours d'incubation, c'est-à-dire peu de temps après l'ingestion du bacille typhique. H. Vincent a rapporté cinq observations personnelles de bactériologues qui, ayant absorbé par mégarde des cultures de bacille d'Eberth, ont évité l'infection en se faisant injecter presque immédiatement du vaccin.

De même, au cours d'épidémies récentes, des sujets vaccinés, alors qu'ils étaient en incubation, ont présenté des fièvres typhoïdes vérifiées par l'hémoculture, mais d'une durée très courte, d'une bénignité extrême, sans complications, avec convalescence rapide et heureuse. Tous ces faits indiquent nettement que toute *crainte de phase négative* a définitivement disparu. Bien plus leur constatation a ouvert les voies à une nouvelle méthode de traitement : la vaccinothérapie.

L'application de la méthode, au cours d'épidémie, en milieu infecté, est donc indiquée et ne présente aucun danger. On avait, en effet, accusé autrefois la vaccination de créer une période de sensibilité réceptive spéciale vis-à-vis du bacille typhique. Les infections contractées au cours de cette période (phase négative) étaient, disait-on, particulièrement graves : des faits récents (Avignon, Maroc, etc.) ont fait justice de cette assertion.

Il y a lieu de s'abstenir de vacciner des sujets ayant eu auparavant la fièvre typhoïde si l'infection remonte à moins de cinq ans (Louis et Combe). Pratiquée dans ces cas, la vaccination provoquerait des réactions fortes (anaphylaxie). Si l'infection date de six années et au delà, il n'y aura que des avantages à injecter le vaccin.

VII

Technique. — Plusieurs voies ont été tentées pour l'introduction de l'antigène dans l'organisme. La voie buccale n'a pas donné de résultats satisfaisants; la voie rectale a été utilisée avec succès par MM. Courmont et Rochaix.

Friedberger et Moreschi employaient la voie intraveineuse. A l'heure actuelle, la voie sous-cutanée seule est utilisée dans la pratique. La technique est celle de l'injection hypodermique. La région d'élection est le repli cutané rétro-deltoïdien gauche [Louis et Combe (1)].

Les téguments étant désinfectés à la teinture d'iode, on charge une seringue de Pravaz ou de Luer stérilisée par l'ébullition et refroidie avant usage. L'injection est alors pratiquée sous la peau, dans le tissu cellulaire sous-cutané; on pousse le liquide lentement. L'aiguille étant retirée, on dépose sur l'orifice d'entrée une légère goutte de teinture d'iode et on s'abstient de masser. Il faut éviter d'injecter le vaccin dans le muscle ou dans le derme.

La vaccination, pour être complète, nécessite plusieurs injections dont le nombre varie avec le vaccin employé (trois ou quatre). Les injections des vaccins de Vincent sont séparées par un intervalle minima de sept jours; il n'y a aucun inconvénient à les espacer davantage. Pfeiffer et Kolle font leurs inoculations tous les cinq ou six jours; Russell tous les dix jours. Les doses à inoculer varient suivant l'injection; elles dépendent également de la nature du vaccin :

Vaccin de Wright-Leishman : 1 demi-centimètre cube, 1 centimètre cube, 1 centimètre cube et demi.

Vaccin polyvalent bacillaire de Vincent : un demi-centimètre cube, 1 centimètre cube, 1 centimètre cube et demi, 2 centimètres cubes et demi.

Chez les enfants, on réduit les doses suivant l'âge :

De quatre à dix ans, employer moitié de la dose pour adultes.

De dix à quinze ans, employer deux tiers de la dose pour adultes.

L'heure la plus favorable pour pratiquer les vaccinations est comprise entre quatre et six heures de l'après-midi.

Il y a lieu de n'injecter que du vaccin conservé à l'abri de la lumière et de la chaleur et dont la date de fabrication ne remonte pas à plus de trois mois. Seules peuvent être considérées comme vaccinées les personnes ayant reçu la totalité des injections de vaccin.

Les sujets vaccinés n'interrompent nullement leurs occupations; il leur est recommandé toutefois de s'abstenir, le jour de chaque inoculation, de toute fatigue, de tout excès ; ils devront éviter tout particulièrement l'absorption d'alcool (vin pur, bière, etc.) qui provoquerait des réactions pénibles.

Si un individu en cours d'immunisation vient à contracter une affection intercurrente, même légère, la vaccination doit être suspendue et ne pourra être reprise qu'une ou plusieurs semaines (suivant la gravité) après disparition entière des symptômes morbides.

VIII

Réactions. — La vaccination peut provoquer des réactions locales et générales.

Réactions locales. — Au niveau du point d'inoculation apparaît, trois à quatre heures après l'injection, une sensation de tension douloureuse. Il s'agit

(1) Cette région est plus propice aux inoculations que la région du flanc ou la région deltoïdienne proprement dite.

surtout d'une douleur provoquée par la pression et par les mouvements du bras, comparable à la douleur consécutive à une contusion; les téguments présentent une rougeur superficielle. Ces phénomènes rétrocèdent rapidement au bout de quelques heures faisant place à une sensation d'engourdissement. Parfois on note une microadénite axillaire.

Il peut arriver que la zone où a porté l'injection de vaccin soit le siège d'une induration sans aucune importance, à peu près indolore, persistant quelques jours et se résorbant rapidement.

Les phénomènes douloureux seront calmés, chez les névropathes, par des applications de compresses d'eau tiède.

Réactions générales. — Elles sont très variables suivant les individus. Insignifiantes chez l'enfant, elles sont d'autant plus marquées que le sujet est plus âgé.

Ces réactions sont souvent fonction de l'état morbide du vacciné (*tuberculose*, paludisme, fatigue, surmenage, alcoolisme aigu, affection bénigne quelle qu'elle soit). Elles sont l'exception si l'on prend soin de ne vacciner que des sujets *absolument sains*, en se conformant à la technique décrite par nous (1) : siège de l'injection; injecter lentement *sous la peau* et ne pas masser.

Les anciens typhoïdiques, vaccinés avec les vaccins polyvalents, présentent communément des réactions marquées. On avait constaté au contraire, avec l'emploi des vaccins de Wright, Leishman, que les anciens typhoïdiques ne présentaient aucune réaction. Ce fait indique nettement la différence entre les vaccins stérilisés par la chaleur et les vaccins polyvalents stérilisés par l'éther; il démontre que ce dernier mode de préparation conserve à l'antigène l'intégrité de ses propriétés biologiques.

Les réactions peuvent être classées de la façon suivante :

1° Réactions nulles.

2° Réactions faibles : céphalée et courbature légères, transitoires. Température de 37°5 à 38°1.

3° Réactions moyennes : céphalée plus accentuée, malaise général, insomnie. Température de 38 à 39 degrés pendant vingt-quatre heures.

4° Réactions fortes : céphalée, anorexie, état saburral, frissons. Température aux environs de 39 degrés pendant un à trois jours.

Ces phénomènes varient suivant le vaccin employé, comme l'on peut s'en convaincre par la statistique suivante portant sur plus de trois mille sujets inoculés au Maroc avec les vaccins de Vincent :

	Autolysat polyvalent.	Bacillaire polyvalent.
1° Réactions nulles ou faibles	90 %	87 %
2° — moyennes	9,70 %	11,60 %
3° — fortes	0,30 %	1,40 %

Les vaccinations pratiquées en France avec ces mêmes vaccins ont été remarquablement bien tolérées. En dehors de quelques réactions apparues chez des sujets surmenés, tuberculeux, etc., les injections n'ont donné lieu qu'à des phénomènes réactionnels toujours légers. Les réactions fortes ont été nulles et les réactions moyennes ont constitué l'exception : 5 à 7 p. 100 (Louis et Combe).

(1) Louis et Combe. *Congrès de médecine*, 1912.

On a constaté très rarement des vomissements, de la diarrhée, de l'herpès labial. Avec les vaccins utilisés jadis, on avait signalé des éruptions cutanées, de l'urticaire, des arthralgies. Ces faits n'ont pas été notés avec les vaccins polyvalents qui se sont toujours montrés d'une parfaite bénignité, lorsqu'ils ont été appliqués avec la technique habituelle et en s'entourant des précautions énumérées plus haut. Les réactions marquées ont toujours trouvé une explication qui mettait hors de cause le vaccin lui-même : tuberculose, surmenage, fatigue, excès, alcoolisme aigu, fièvre typhoïde ancienne, paludisme, etc.

Le traitement des réactions générales qui pourraient se produire consiste dans l'administration d'un gramme d'antipyrine associée avec du bicarbonate de soude. Cette méthode a pour effet de les faire avorter ou tout au moins rétrocéder rapidement. Si les phénomènes persistent, la dose d'antipyrine est renouvelée le lendemain (H. Vincent).

IX

Résultats. — La valeur immunisante d'un vaccin antityphique peut être contrôlée par certains procédés de laboratoire.

On ne peut utiliser l'expérimentation sur les animaux, aucun d'eux, même le singe, n'étant réceptif vis-à-vis de l'infection éberthique. L'ingestion de bacille typhique peut provoquer chez eux des phénomènes morbides, mais ils n'ont rien de commun avec la fièvre typhoïde humaine.

Par contre, l'étude des humeurs des sujets vaccinés permet de contrôler l'action du vaccin par les méthodes suivantes :

1° Mesure du pouvoir bactéricide du sérum (Wright, Leishman, H. Vincent, etc.).

2° Recherche du pouvoir bactériolytique (Vincent).

3° Recherche des agglutinines (1).

4° Mesure de l'index opsonique (Harrison).

Ces propriétés du sérum sanguin développées à la suite des injections de vaccin s'atténuent à la longue et finissent par disparaître, après un temps variable suivant les individus.

Le pouvoir agglutinant, développé à la suite de la vaccination, peut être réveillé ou exagéré par une affection aiguë survenant chez les vaccinés. Il ne faut donc tenir aucun compte de l'épreuve de l'agglutination pour déterminer la nature de l'affection dont ils peuvent être éventuellement atteints. Seule l'hémoculture peut permettre de conclure.

Mais la véritable sanction de l'efficacité du vaccin est fournie par la comparaison de la morbidité et de la mortalité par fièvre typhoïde chez les vaccinés et les non-vaccinés vivant dans des milieux épidémiques.

(1) Il y a lieu cependant de faire remarquer que le pouvoir agglutinant du sérum des vaccinés n'est nullement en relation avec leur degré d'immunisation.

Les résultats suivants ont été constatés par les auteurs.

	NON VACCINÉS		VACCINÉS	
	cas p. 1000	décès p. 1000	cas p. 1000	décès p. 1000
Guerre du Transvaal (Ladysmith).	141,4	31,2	20,5	4,7
Armée anglaise. Indes 1909 (Firth).	13,9	2,6	4,7	0,6
Armée japonaise, 1908-1909......	14,52	1,66	1	0,7
Armée anglaise, 1905-1908.......	28,33	3,93	3	0,36
Armée américaine, 1910..........	6,05	0,46	0,48	0

Ces résultats ont été obtenus grâce à l'emploi des vaccins monovalents stérilisés par la chaleur (Wright, Leishman, Russel).

Pendant l'été 1911, le ministre de la guerre chargea une mission d'aller appliquer la vaccination antityphique dans les confins algéro-marocains. L'inoculation des vaccins polyvalents donna lieu à des résultats particulièrement démonstratifs. *Alors que les vaccinés ne présentèrent aucun cas de fièvre typhoïde*, chez les non-vaccinés la morbidité était de 115,88 et la mortalité de 8,35 p. 1000.

A la suite de ces effets remarquables et sans précédents, l'emploi de ces vaccins a été pratiqué sur une vaste échelle. Les résultats suivants concernant l'épidémie d'Avignon et la vaccination antityphique dans l'armée française ont été communiqués au Congrès de médecine par le professeur H. Vincent :

Épidémie d'Avignon (juillet, août et septembre 1912).

Effectif de la garnison			2053
Nombre des vaccinés avec le vaccin bacillaire polyvalent de Vincent...	avant l'épidémie...	525	1366
	pendant l'épidémie.	841	
Nombre des non-vaccinés			687

Sur 1366 hommes vaccinés il n'a été constaté aucun cas de fièvre typhoïde ni aucun cas d'embarras gastrique fébrile. Par contre, les 687 hommes non vaccinés présentèrent 155 cas avec 21 décès.

Le chiffre des personnes vaccinées avec les vaccins de Vincent depuis deux ans dépasse *vingt mille. Toutes les inoculations ont toujours été parfaitement supportées*, ET AUCUN SUJET VACCINÉ N'A CONTRACTÉ LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Ce sont des faits; ils appartiennent désormais à l'histoire de la vaccination antityphique. Tout commentaire en atténuerait la haute portée.

X

Vaccinothérapie. — En présence des effets si hautement démonstratifs de l'efficacité de la vaccination antityphique utilisée comme méthode préventive, prophylactique, plusieurs auteurs ont déjà tenté d'employer les injections de vaccin comme moyen curatif d'une dothiénentérie déclarée.

L'injection de vaccin chez un typhoïdique, loin d'aggraver son état, semble avoir eu jusqu'ici les plus heureux effets sur l'évolution de l'infection à condition d'être pratiquée à plusieurs reprises tout au début de la maladie.

Nous avons signalé plus haut que des sujets ayant avalé du bacille typhique, par mégarde, au cours de manipulations de laboratoire ont pu échapper à une infection fatale et grave en se faisant vacciner immédiatement.

D'un autre côté, des sujets vaccinés, en période d'incubation, ont présenté des formes de fièvre typhoïde particulièrement courtes et bénignes.

Tous ces faits sont encourageants et permettent d'espérer bien des résultats de la vaccinothérapie.

XI

Conclusions. — Quoi qu'il en soit, l'application de la méthode à titre préventif a donné partout jusqu'ici les résultats les plus remarquables.

L'emploi des vaccins monovalents stérilisés par la chaleur dans les armées anglaise, japonaise, américaine a eu pour effet d'abaisser dans de très notables proportions et la morbidité et la mortalité par fièvre typhoïde.

Les vaccins polyvalents de Vincent, plus efficaces, ne comptent jusqu'à ce jour, sur plus de 20000 personnes vaccinées depuis deux ans, aucun échec à leur actif et ont fait preuve d'un pouvoir protecteur absolu.

La vaccination antityphique est obligatoire dans l'armée des Etats-Unis.

En 1911, l'Académie de médecine adoptait les conclusions du rapport du professeur H. Vincent préconisant l'emploi facultatif de la méthode en France.

Depuis lors, elle a été appliquée sur une très vaste échelle aux troupes de la métropole et des colonies, ainsi qu'à la population civile.

Nous sommes aujourd'hui en possession d'une arme sûre et efficace pour lutter contre la fièvre typhoïde. Sans exclure les autres mesures prophylactiques, qui conservent toute leur valeur, la vaccination antityphique constitue une méthode très efficace, absolument inoffensive, de pratique simple et facile, toutes qualités destinant son application à prendre une importance chaque jour plus grande, sinon à se généraliser.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1912)

Amnésie traumatique. — M. TUFFIER revient sur la communication qu'il a faite, le 3 juillet 1912, sur ce sujet, et répond à M. Picqué qui avait discuté cette communication. Il entre dans des considérations physiologiques et psychologiques assez détaillées qu'il est assez difficile de résumer. Nous avons pu cependant y relever quelques notions nouvelles ; nous avons admis, pendant longtemps, à l'époque où florissaient les localisations cérébrales, qu'on était arrivé à déterminer, dans le cerveau, le siège de certaines facultés intellectuelles, de la mémoire par exemple. Il n'en est plus rien. Nous ignorons aujourd'hui le siège de la mémoire et même s'il existe. Dans l'étude à laquelle s'est livré M. Tuffier sur l'amnésie d'origine traumatique, il a eu bien soin d'écarter tous les cas d'hystérie et d'hystéro-épilepsie, s'appliquant à ne s'occuper que des cas où le traumatisme a surpris le cerveau en parfait état physiologique. Il a eu soin, également, de toujours s'assurer de ce qu'était l'état antérieur du cerveau. Il a donc toujours admis, dans cette étude de l'amnésie, les trois temps bien distincts, l'accident, l'état antérieur et l'état postérieur du cerveau.

Rappelant quelques-uns des faits en discussion, M. Tuffier arrive à cette conclusion que, parmi ces faits, il en est dans

lesquels l'amnésie portant soit sur le fait seul de l'accident, soit sur des faits antérieurs ou sur des faits postérieurs, et attribuable au traumatisme seul doit être distinguée des cas où le traumatisme n'a pu que réveiller des accidents liés à une cause pathologique antérieure.

Au point de vue de la thérapeutique de ces accidents, c'est à la rééducation qu'il faut recourir.

Section traumatique du nerf sciatique. — M. WALTHER fait un rapport sur une observation de M. Girou (d'Aurillac). Il s'agit d'un paysan qui, par suite d'un coup de faux, eut le nerf sciatique gauche tranché. M. Girou intervient, trouve les deux bouts du sciatique, les suture ainsi que le poplité externe et le poplité interne. Après un long traitement par le massage et l'électrisation une amélioration se fit sentir, tant au point de vue de la mobilité qu'au point de vue de la sensibilité. Mais ce ne fut que vingt-deux mois après l'opération qu'on arriva à la disparition complète de tous les accidents qui avaient été le résultat de la section du sciatique.

Hypernéphrome. — M. GIROU a adressé une autre observation dans laquelle il s'agit d'un homme de soixante-treize ans qui, il y a quatorze ans, avait eu quelques hématuries puis des poussées d'albuminurie transitoire. Ce malade fut pris d'une douleur au coude gauche; bientôt apparut une petite tumeur fluctuante. On crut à une ostéite du cubitus avec abcès froid. Malgré la compression et des injections sclérogènes, la tumeur augmenta et on y constata des battements. On rectifia le diagnostic et on porta celui de sarcome pulsatile. On proposa une amputation du bras qui fut refusée. Le malade vint à Paris où il fut examiné par MM. Walther et Jalaguier. Une radiographie montra la disparition de l'extrémité supérieure du cubitus. Un traitement antisyphilitique était resté sans résultat. MM. Walther et Jalaguier conseillèrent l'amputation du bras. Cette amputation fut pratiquée par M. Girou.

L'examen histologique de la pièce montra qu'il s'agissait d'un hypernéphrome. On reconnut alors que le malade avait un gros rein gauche. Il s'agissait donc d'un hypernéphrome du rein gauche qui s'était généralisé au cubitus du même côté. Ce malade est aujourd'hui en parfait état.

Traumatisme cranien, enfoncement du frontal, écoulement du liquide céphalo-rachidien par les narines. — M. AUVRAY fait un rapport sur une intéressante observation de M. Marquis (de Rennes).

Un cycliste fait une chute sur la tête et se fait un enfoncement du frontal. Il est relevé, fait quelques pas, puis tombe dans le coma. M. Marquis constate un enfoncement du crâne, fait une trépanation, enlève quelques esquilles, nettoie la plaie et draine. Avant l'opération, on avait constaté la présence de substance cérébrale sur les moustaches et dans les narines. Après l'opération, le blessé resta dans le coma et, le quatrième jour, se réveilla brusquement comme sortant d'un rêve. Il resta seulement un peu d'obtusion cérébrale. Il se leva le vingtième jour et on remarqua que, quand il baissait la tête, il s'écoulait du liquide clair par les narines qu'on crut être du liquide céphalo-rachidien. Cet écoulement persista pendant un mois. Après quelques mois tous les accidents avaient disparu.

M. Auvray insiste sur l'importance de cet écoulement de substance cérébrale immédiatement après l'accident et sur l'écoulement tardif du liquide céphalo-rachidien.

Ce sont là des accidents très rarement observés dans les cas de traumatisme cranien, puisque sur plus de mille cas relevés, dans la littérature, par M. Auvray, ils n'ont pas été notés une seule fois.

S'agit-il bien du liquide céphalo-rachidien dans le cas observé par M. Marquis? M. Auvray en doute et regrette que cette observation ne contienne aucun renseignement précis à cet égard On a noté parfois l'écoulement d'un liquide séreux d'origine inflammatoire, résultant d'une poussée de méningite circonscrite. Cette explication serait d'autant plus admissible chez le malade de M. Marquis qu'il a présenté de la fièvre. L'examen chimique seul du liquide aurait permis de trancher la question.

Il y a eu, chez ce blessé, une amnésie peu limitée et passagère qui a porté sur une étendue de quelques minutes avant sa chute et de quatre jours après. A ce point de vue, cette observation rentrerait dans le cadre de la discussion soulevée par M. Tuffier.

M. QUÉNU a observé, avec M. Richardière, un malade qui, à la suite d'une chute sur le front et une contusion frontale, eut un peu d'hémorragie par le nez et la bouche. Il n'y eut pas à ce moment d'écoulement de liquide céphalo-rachidien. Mais sept à huit jours après il s'écoula un liquide transparent y ressemblant. Cet homme est mort en trois jours avec des phénomènes de méningite.

Utérus double, hémihystérectomie subtotale. — M. OMBRÉDANNE analyse une observation de M. Gross (de Nancy). Une jeune fille de vingt et un ans, atteinte de dysménorrhée, se présente avec une collection, douloureuse à la pression, dans le flanc gauche. Le col utérin est petit, dur. On diagnostique un hématosalpinx; M. Gross fait une laparotomie médiane. Il trouve, à gauche, une première tumeur isolée de l'ovaire qu'il enleva. Sur la ligne médiane se trouvaient deux corps utérins réunis par un cordon fibreux et aboutissant à un seul et même col. M. Gross pratiqua une hémihystérectomie subtotale.

L'examen des pièces montra que la première tumeur était la trompe gauche dilatée et que la seconde était constituée par du tissu utérin avec une muqueuse utérine. Cette jeune fille a bien guéri et s'est mariée.

M. Ombrédanne rappelle avoir établi une classification des utérus doubles à corps indépendants et à col unique sans communication avec la filière génitale. Cette malade rentre dans cette classe. Le traitement de choix est l'intervention chirurgicale.

Perforateur des os. — M. OMBRÉDANNE fait un court rapport sur l'appareil présenté dans la dernière séance par M. Pierre Duval.

Cet appareil, fort ingénieux et parfaitement stérilisable, indépendamment d'un perforateur ordinaire, est muni d'une tige qui visse et dévisse automatiquement. Quand on pousse sur elle elle visse, quand on tire elle dévisse.

Plaie de l'estomac. — Troisième rapport de M. OMBRÉDANNE sur une observation de M. Leroy des Barres (d'Hanoï). Coup de poignard dans la région épigastrique, signes d'hémorragie interne, laparotomie d'urgence; suture des deux bouts de l'artère coronaire de l'estomac divisée. Guérison.

Obstruction intestinale par des noyaux de cerises. — M. SOULIGOUX rapporte une observation de M. Marquis (de Rennes). Il s'agit d'un gros mangeur de cerises avec leurs noyaux qui présente des phénomènes d'obstruction intestinale. M. Marquis fait une laparotomie, trouve une tumeur de 30 centimètres sur 20 centimètres. C'était l'intestin grêle qui contenait 770 noyaux. Large entéro-anastomose. Guérison.

Luxation du pied en arrière avec fragment marginal. — M. TUFFIER montre 16 radiographies de luxation du pied en arrière avec fragment marginal. Celui-ci ne manque que sur une seule radiographie.

Hypospadias. — M. MARION montre un jeune enfant qu'il a guéri d'un hypospadias par le procédé de Duplay, après cinq tentatives faites, sans succès, par d'autres chirurgiens et suivant d'autres procédés.

Anévrisme du creux poplité. — M. TUFFIER montre un malade qu'il a opéré d'un anévrisme fusiforme du creux poplité; à la place de la portion d'artère enlevée, il a greffé une saphène.

Mort subite par embolie gazeuse. — Très intéressante et très instructive cette observation de M. MARION. On prépare un malade pour la prostatectomie, on fait une injection d'air dans la vessie qui ne se gonfle pas comme on devait s'y attendre. Le malade meurt subitement, cyanosé. A l'autopsie, on trouve le cœur rempli de plus d'un demi-litre d'air. Les uretères étaient dilatés par l'air. Que s'est-il passé? M. Marion pense qu'une veinule de la vessie a pu se déchirer et que c'est par cette veine que l'air a pu pénétrer dans les veines rénales.

A l'avenir, M. Marion ne gonflera plus les vessies qu'avec de l'eau.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1912)

Bactériothérapie lactique. — M. ALQUIER fait ressortir les heureux effets des ferments lactiques sur les sécrétions non purulentes et les fermentations dans les rhinorrhées et certaines excoriations vulvaires.

Modification de composition d'une eau thermale par une secousse sismique. — M. CHASSEVANT communique les observations qu il a faites en collaboration avec M. Poirot-Delpech sur la modification de composition des eaux d'une source thermale, survenue en novembre 1911, à la suite de secousses sismiques : la mesure de la résistivité électrique leur a permis de constater que la minéralisation avait diminué. Une nouvelle mesure faite en avril 1912 montra que la composition de la source était redevenue ce qu'elle était avant la secousse sismique.

Ces faits démontrent l'importance de la surveillance des sources par le procédé de la résistivité électrique et l'influence bien connue des phénomènes sismiques sur la composition des sources thermales d'origine plutonienne.

Le XIIIe congrès français de médecine. — M. Paul BOURDEL fait un compte rendu des rapports présentés au dernier Congrès de médecine sur l'oxalémie et l'oxalurie, les colites infectieuses aiguës et la thérapeutique des syndromes hémorragiques.

Traitement par l'arsenobenzol. — Au nom de M. BULLIARD, M. Paul Guillon présente un malade atteint de syphilis en août dernier qui a suivi d'abord un traitement mercuriel, puis un traitement par l'arsenobenzol; quinze jours après la troisième injection d'arsenobenzol, le malade accusa une dermatite exfoliante généralisée ainsi qu'une gengivo-stomatite ulcéreuse aiguë et persistante. Dans deux autres cas, l'auteur a pu constater semblables lésions; il rapproche celles-ci des cas de gangrène de la bouche signalés par le docteur Dritsky et recommande, dans le traitement par l'arsenobenzol comme dans le traitement mercuriel, de surveiller attentivement la bouche des malades.

Traitement de l'artériosclérose par les eaux sulfatées calciques. — M. ETTERLEN montre que les eaux minérales sulfatées calciques provoquent chez les artérioscléreux une diurèse abondante avec expulsion des déchets calcaires, principalement sous forme d'oxalate de chaux; en même temps, on a constaté une diminution notable de la tension artérielle.

LIVRES NOUVEAUX

Clinique et thérapeutique obstétricales du praticien (1), par MM. RUDAUX, GROSSE et LE LORIER.

Les auteurs ont eu pour but, en écrivant ce volume, de mettre entre les mains du médecin, en lutte avec les difficultés de la pratique, un guide qui lui permette dans tous les cas de poser un diagnostic exact et d'appliquer une thérapeutique rationnelle.

On trouvera dans ce volume, à propos de chaque indication thérapeutique ou de chaque intervention, les détails les plus minutieux qui rendront grand service aux médecins peu habitués à pratiquer ces interventions. M. DELESTRE.

Les Régimes des arthritiques. Alimentation et cuisine rationnelles pour les goutteux et rhumatisants, dyspeptiques, hépatiques, néphrétiques, obèses, diabétiques, artérioscléreux (2), par les docteurs G. BARDET et P. BOULOUMIÉ.

Le titre et le long sous-titre de cet ouvrage expliquent clairement quel est son but. Dans leur préface les auteurs disent « qu'il n'a d'autres prétentions que d'être un guide pratique à l'usage du public, et à l'occasion un modeste aide-mémoire à l'usage des praticiens ». Cette dernière proposition nous paraît, elle, par trop modeste, car on s'apercevra vite à la lecture du livre que MM. Bardet et Bouloumié y ont accumulé beaucoup de données scientifiques sous une forme concise et claire. Personne d'ailleurs n'en sera surpris, et ce petit volume, très élégamment présenté par les éditeurs, rendra certainement les services auxquels l'ont destiné ses auteurs.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

(1) In-8 de 885 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, Vigot frères.
(2) In-8 de 376 pages, relié toile. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin et fils.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de l'alimentation et de la nutrition à l'état normal et pathologique, par le docteur E. MAUREL, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse, membre correspondant national de l'Académie de médecine. Quatre vol. grand in-8 raisin, formant 2625 pages. — Prix : 50 francs; mais peuvent être acquis séparément : le premier volume, 8 francs; le deuxième et le troisième, chacun 14 francs; le quatrième, 18 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Eléments de séméiologie et clinique mentales, par le docteur Ph. CHASLIN, médecin de la Salpêtrière. Un vol. in-8 raisin de XXIV-956 pages. — Prix : cart. toile souple, 18 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Radiothérapie, Radiumthérapie, Photothérapie, Thermothérapie, par OUDIN, président de la Société d'électrothérapie, et ZIMMERN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-8 de 500 pages avec 300 fig. (*Bibliothèque de thérapeutique*) — Prix : cartonné, 14 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La Tuberculose pulmonaire, maladie évitable, maladie curable, par le docteur R. BRUNON, professeur de clinique médicale, directeur de l'Ecole de médecine de Rouen. — Prix : cartonné, 10 francs. — Paris, G. Steinheil.

La Désarticulation temporaire dans le traitement des tuberculoses du pied, par P HALLOPEAU, chirurgien des hôpitaux de Paris (no 1 des *Annales de la clinique chirurgicale du professeur* Pierre DELBET). Un vol. grand in-8 avec 35 pl. hors texte. — Prix : 10 francs. — Paris, F. Alcan.

Le Traitement orthopédique du mal de Pott, par le docteur Henri LELIÈVRE (de Sées), ancien interne à l'hôpital maritime de Berck-sur-Mer. Un vol. in-8 raisin de 200 pages, illustré de 92 grav. et de 15 pl. hors texte. — Prix : broché, 7 fr. 50. — Paris, Jouve et Cie.

Traitement d'urgence des maladies des organes génito-urinaires, par les docteurs J. FIOLLE, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Marseille, chirurgien des hôpitaux, et P. FIOLLE, ancien interne des hôpitaux et de la clinique urologique de Marseille. Un vol. in-8 de 228 pages avec 136 fig. — Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Etudes de pathologie chirurgicale exotique, par A. LE ROY DES BARRES, professeur à l'Ecole de médecine de Hanoï. Un vol. grand in-8 de 330 pages avec 13 fig. dans le texte. — Prix : 5 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

Comment se soignaient nos pères. Remèdes d'autrefois. Deuxième série, par le docteur CABANÈS. Un vol. in-18. — Prix : 5 francs. — Paris, A. Maloine.

Diagnostic et traitement des cancers inopérables, par le docteur THOMAS. Un vol. de 158 pages. — Paris, A. Maloine.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 86, 26 oct. 1912.) J. BABINSKI : Réflexes tendineux et réflexes osseux (*suite*). — (N° 87, 30 oct.) A. CHAUFFARD : La déshydratation aiguë dans le coma diabétique.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 40, 6 oct. 1912.) H. VERGER : De la conduite des experts en présence des myélopathies systématisées attribuées à un traumatisme. — CODET-BOISSE : Fracture du crâne avec enfoncement chez un enfant de quatorze ans. Opération. Guérison.

Journal de médecine de Paris. — (N° 41, 12 oct. 1912.) Jules SÉBILLEAU : Traitement des vomissements chez les nourrissons.

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (10 oct. 1912.) LUCAS-CHAMPIONNIÈRE : La médecine militaire en France, ce qu'elle est et ce qu'elle devrait être. — CASTAIGNE : Troubles gastriques dans la néphrite chronique simulant le cancer de l'estomac. L'hyperchlorhydrie dans la néphrite chronique. — LEGUEU : Rupture de la vessie. Contusion du rein. — (25 oct.) E. SERGENT : Insuffisance surrénale et fièvre typhoïde.

Journal de médecine interne. — (N° 28, 10 oct. 1912.) GAUCHER, PARIS et DESMOULIÈRE : Sur la teneur en cholestérine du sérum sanguin des syphilitiques. — (N° 29, 20 oct.) WIDAL : Méningite à paraméningocoques traitée et guérie par le sérum antiparaméningococcique. Inefficacité du sérum antiméningococcique. — B. VINAVER : Recherche et dosage de l'acétone dans l'urine.

Journal des praticiens. — (N° 41, 12 oct. 1912.) H. GOUGEROT : Infections chroniques dues à des bactéries pyogènes. — A. CHAUFFARD : Kyste hydatique biloculaire du foie. — Ch. SABOURIN : Le traitement rationnel de la phtisie. — (N° 42, 19 oct.) Paul RECLUS : Accidents du travail. — SAINTON : Quelques suites nerveuses de la méningite cérébro-spinale. — BABINSKI : Traumatisme cranien. — Raymond BONNEAU : Inflammation des bourses séreuses de la région antérieure du genou. — (N° 42 *bis*, 23 oct.) Louis RÉNON : Le diagnostic et le traitement précoces du cancer broncho-pulmonaire. — Maurice ROY : La pseudo-odontalgie et les difficultés de son diagnostic. — KIRMISSON : Les ankyloses du coude. — HUTINEL : La pleurésie sérofibrineuse chez les enfants. — A. MATHIEU : Les eaux minérales chez les dyspeptiques. — (N° 43, 26 oct.) L. DEMELIN : L'accouchement de longue durée.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 40, 5 oct. 1912.) C. LEPOUTRE : Plaie thoraco-abdominale avec issue, à travers le diaphragme et la plèvre, d'une anse intestinale perforée. — (N° 41, 12 oct.) Maurice D'HALLUIN : Contribution à l'étude de la syncope. Boxe et syncope. Syncope grave. Pathogénie et thérapeutique. — (N° 42, 19 oct.) A. BONNET-LABORDERIE : Accouchement d'une primipare âgée atteinte de maladie de Parkinson. — (N° 43, 26 oct.) R. DESPLATS : La radiologie gastrique, comment on la pratique. Ce qu'il faut lui demander.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 40, 3 oct. 1912.) Raoul DUTHOIT : Soixante-douze cas de coqueluche traités par le sérum Bordet-Gengou. — DE BERSAQUES : Kyste hématique du pancréas.

Journal médical français. — (N° 10, 15 oct. 1912.) DENÉCHAU : L'analyse coprologique et ses résultats. — BENSAUDE : Diagnostic endoscopique du cancer du rectum et du côlon terminal. — P. AUBOURG : Diagnostic radiologique des sténoses du gros intestin. — DUJARIER et P. MATHIEU : Sur quelques points de chirurgie intestinale. — CASTAIGNE et F.-X. GOURAUD : La constipation chronique.

Pédiatrie pratique. — (N° 268, 5 oct. 1912.) KIRMISSON : Fracture du cubitus associée à la luxation du radius. — ARMAND-DELILLE : De l'héliothérapie. — Léon TIXIER et Carle RŒDERER : Déformations ostéomalaciques du squelette chez un garçon de neuf ans. — D'ŒLSNITZ : La recherche de la transsonance sterno-vertébrale chez les enfants. Sa valeur pour le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique. — WEILL et GARDÈRE : Etude de la viscosité du sang chez l'enfant. — (N° 269, 15 oct.) TERRIEN : Plaies pénétrantes du globe oculaire. — ROCHER et BRAU-TAPIE : Chancre syphilitique hypertrophique de la main chez un enfant de cinq ans.

Presse médicale. — (N° 80, 2 oct. 1912.) H. ROGER : Le paradoxe de l'acholie intestinale. — M. GUIBÉ : Sur un nouveau genre de mutilation pratiqué dans le but d'échapper au service militaire. L'ectopie artificielle du testicule sous la peau de la région inguinale. — (N° 81, 5 oct.) BERNARD, DEBRÉ, PORAK : Sur le mécanisme et la prévention des accidents de la sérothérapie antituberculeuse. — (N° 82, 9 oct.) ENRIQUEZ et Gaston DURAND : L'estomac hypertonique.

Progrès médical. — (N° 40, 5 oct. 1912.) M. LŒPER : Rhumatisme chronique et oxalémie. — (N° 41, 12 oct.) H. CLAUDE : Sur le diagnostic des formes larvées de l'épilepsie alcoolique et des crises psychomotrices de l'ivresse pathologique. Son importance médico-légale. — G. MOURIQUAND et Georges DUJOL : Sur l'action diurétique de l'infusion du muguet des bois chez l'enfant. — (N° 42, 19 oct.) Fernand BEZANÇON et Pierre GASTINEL : Corticalite pulmonaire caséeuse tuberculeuse. — (N° 43, 26 oct.) CHIFOLIAU et SÉBILLOTTE : A propos d'une observation d'appendicite par épingle. — PAILLARD et QUIQUANDON : Pyo-pneumothorax tuberculeux ; pulsatilité endo-pleurale, le premier stade des pleurésies pulsatiles. — SARVONAT et REBATTU : Sur un cas d'ostéomalacie sénile.

Province médicale. — (N° 40, 5 oct. 1912.) J. CRESPIN : La psychothérapie dans les gastropathies. — Max BERNARDEAU : Notes de pathologie exotique : tumeurs malignes de Guinée ; ichtyose généralisée ; deux cas d'aïnhum. — (N° 41, 12 oct.) BRAU-TAPIE : Le procédé des volets aponévrotiques dans la réfection de la paroi abdominale chez l'enfant. — HANNS et M. FERRY : Lepto-méningite purulente partielle d'origine otique. — (N° 42, 19 oct.) TÉDENAT et Jean DELMAS : Sur les fistules vésico-vaginales. — A. CADE : Colites infectieuses aiguës chez l'adulte. — (N° 43, 26 oct.) G. RAPPIN : Immunisation antituberculeuse. — E. DUROUX : Traitement chirurgical du cancer de la lèvre inférieure.

Revue neurologique. — (N° 19, 15 oct. 1912.) NOÏCA et DIMELESCU : Deux cas d'hémiplégie syphilitique compliquée d'amblyopie par lésions des nerfs optiques, l'un chez un enfant et l'autre chez un adulte. — ALOYSIO DE CASTRO : Les mouvements associés dans l'athétose. — TRÉNEL : La démence précoce ou schizophrénie d'après la conception de Bleuler.

Revue de médecine. — (N° 10, 10 oct. 1912.) Germain ROQUE et Victor CORDIER : De la nature tuberculeuse de l'ascite dans les cirrhoses et en particulier dans la cirrhose de Laënnec. — H. GOUGEROT : Classification des bacillo-tuberculoses aiguës. I. Tuberculoses aiguës de Laënnec ; II. Granules d'Empis ; III. Septicémies non folliculaires, typho-bacillose de Landouzy. — H. LABBÉ et Georges VITRY : Les échanges azotés chez les phtisiques. — J. CÉCIKAS : Pleurésie artificielle. Traitement rationnel de la tuberculose pulmonaire. — E. COTTIN : Méningite tuberculeuse guérie.

Revue de la tuberculose. — (N° 5, oct. 1912.) IMBERT et ODDO : Tuberculose et traumatisme.

Revue médicale de l'Est. — (N° 20, 15 oct. 1912.) G. ETIENNE : Dyspepsie intestinale. — H. ZILGIEN : Recherches expérimentales sur la valeur toxique de diverses poudres de digitale. — (N° 21, 1er nov.) BERNHEIM : Des myélites et névrites d'origine émotive. — HANUS et FERRY : Recherches hématologiques sur un cas de purpura.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. : 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 30 novembre. — M. Vallery-Radot, 8; Mme de Tannenberg, 2; MM. Boussi, 9; Clément, 4; Crétin, 3; Deron, 7; Lebrun (Maxime), 10; Huguet, 9.

Séance du 1er décembre. — MM. Devaux, 6; Sénèque, 10; Hartglass, 7; Chemin, 5; Toupance, 6; Ramadier (Henri), 10; Sorel, 5; Mugel, 6.

Anatomie. — Séance du 30 novembre. — MM. Goudet, 7; Guillaume (Joseph), 9; Boulanger, 7; Vigot, 12; Galland, 13; Poisvert, 8; Eltrich, 12; Bonnard, 10.

HOPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Sont nommés, après concours, internes des hôpitaux :

MM. Boursier, Lartigant, Harmand, Morterol, Pontal, Morin, Nard, Lacroix et Damade.

Internes provisoires : MM. Fournier, Boisserie-Lacroix, Bousquet, Klingebiel, Lamy-Lapeyrière, Labuchelle, Duranthon, Edouard Papin, Proux, Joulia, Boudet, Cornet, Duthil et Mangé.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — M. le docteur L. Muratet est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté.

M. le docteur R. Mongneau est désigné pour les fonctions de préparateur d'anatomie pathologique.

MM. H. Bonnin et Ch. Commes sont nommés préparateurs.

— BEYROUTH. — *Le Temps* annonce que le 19 novembre ont eu lieu la bénédiction et l'inauguration de la nouvelle Faculté de médecine française de Beyrouth élevée grâce à l'appui de la souscription ouverte en France et dans la presse de Paris. En présence du consul général, M. Couget, assisté des états-majors des navires de guerre français, le *Henri-IV* et le *Montcalm*, du délégué apostolique de Syrie, du jury d'examen français, des professeurs de la Faculté de Beyrouth, des notabilités des colonies française et syrienne, fut faite la délivrance des diplômes aux nouveaux docteurs.

Plusieurs discours ont été prononcés par le docteur Khourg, au nom des anciens élèves; par le professeur de Lapersonne, président du jury d'examen; par le docteur Ramy bey, délégué du gouvernement ottoman; par le consul général de France et par le R. P. Cattin, chancelier de la Faculté.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — Le concours pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie s'est terminé par la nomination de M. le docteur Bahuaud.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 30 novembre 1912, rendu sur le rapport du ministre de la guerre, M. le médecin principal de première classe Wissemans (H.-C.), directeur du service de santé des troupes d'occupation du Maroc occidental, a été promu au grade de médecin inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire (emploi créé) et maintenu dans ses fonctions.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — L'Assemblée générale annuelle de l'U. F. M. R. T. aura lieu le vendredi 13 décembre, à cinq heures, dans les salons du Cercle militaire.

Le IIe Congrès de l'U. F. M. R. T. suivra immédiatement l'Assemblée générale. — Question mise à l'ordre du jour : « Le service militaire des étudiants en médecine. »

Le banquet annuel aura lieu le samedi 14 décembre, à sept heures et demie, dans les salons de l'hôtel Continental, sous la présidence de M. le ministre de la guerre, président du Comité d'honneur de la Société.

Le prix du banquet est fixé à 12 fr. 50.

La tenue sera, pour les confrères civils : l'habit; pour les confrères militaires : à volonté, la tenue militaire ou l'habit.

COMMISSION DE LA DÉPOPULATION. — MM. les docteurs Heitz-Boyer et Helme sont nommés membres de la Commission extraparlementaire de la dépopulation.

MAISON DU MÉDECIN. — La vente de charité de la « Maison du médecin » qui a eu lieu les 23 et 24 novembre, à la Faculté de médecine, dans les salons du doyen très obligeamment prêtés par M. Landouzy, a produit plus de 30000 francs. C'est un très beau résultat dont le mérite doit être reporté surtout aux femmes, filles, sœurs de médecins qui ont organisé et dirigé cette vente.

CE QU'ON MANGE DANS LES HOPITAUX. — Le compte moral et administratif de l'Assistance publique pour 1911 vient d'être publié. Il nous apprend que, pendant la dernière année, l'Assistance a dû payer 10655977 journées de malades ou d'hospitalisés. La moitié environ de ce chiffre correspond aux hôpitaux proprement dits, le reste aux hospices et maisons de retraite, enfants assistés, aliénés, etc.

Nourrir tous ces pensionnaires est une tâche considérable

et qui nécessite des approvisionnements importants. Voici, sur ce qu'ont mangé les malades en 1911, quelques-uns des chiffres produits au rapport.

Boulangerie. — 51 550 quintaux de blé, au prix moyen de 28 fr. 30 le quintal. (C'est de beaucoup le prix le plus élevé depuis 1900.)

Boucherie. — Le service est exploité en régie directe. On a abattu pour lui : 5 277 bœufs, payés 561 francs en moyenne, 6 354 veaux à 148 francs, 18 268 moutons à 46 francs.

Cave. — L'Assistance a consommé en 1911 : vins de coupage, 32 371 hectolitres ; vin blanc, 1 072 hectolitres ; vin de Banyuls, 171 hectolitres ; plus 40 100 demi-bouteilles de champagne, et 205 hectolitres de rhum.

HOPITAL SAINT-ANTOINE (service de M. le docteur Albert Mathieu). — Le jeudi, à partir du 5 décembre, à onze heures, dans la salle de consultation, 20, rue de Citeaux, leçon clinique et thérapeutique sur les maladies du tube digestif.

Les leçons continueront les jeudis suivants à la même heure.

Tous les vendredis, à onze heures, leçon de diagnostic et de séméiologie gastrique et intestinale.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Académie royale de médecine de Belgique. — (*Procès-verbal de la séance du* 26 oct. 1912.) LAUWERS : Technique des opérations sur le péritoine. — Edg. ZUNZ : Du pouvoir protéoclastique du sang au cours de l'anaphylaxie. — GILBERT : Contribution à la prophylaxie des accidents dus au séjour dans l'air comprimé.

Archives de médecine et de pharmacie militaires. — (N° 11, nov. 1912.) CHAVASSE : Une inspection médicale au Maroc occidental en novembre 1911. — PAYERNE et DONIUS : Contribution au diagnostic différentiel de l'appendice chronique. — CREPET : Acroparesthésie. — BLANC : Problème médico-légal soulevé par un cas de gastropathie syphilitique fébrile.

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 43, 26 oct. 1912.) O. DAVID : Fièvre typhoïde avec cinq rechutes.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 42, 17 oct. 1912.) STRAUSS : Traitement diététique du diabète insipide. — MEYER et SCHMITZ : Nature de la réaction à la tuberculine. — BAUER : Les troubles cardiaques dans le goitre épidémique. — HENKEL : Nouvel appareil pour la prise du pouls veineux. — LISSAUER : Modifications pathologiques du pancréas dans l'alcoolisme chronique. — FRÄNKEL : Albuminurie lardotique et titration de l'acidité urinaire. — EINSIEDEL : Sur l'action de l'opsonogène. — JAROSCH : Lutte contre la tuberculose des voies respiratoires supérieures au moyen du « prophylactique Mallebein ». — FRITCH : Nouvelles recherches sur l'action de l'yohimbine. — BERGELL : Sur l'analyse de l'urine. — GŒBEL : Diagnostic des fractures du crâne par la percussion. — LIEK : Traitement des gangrènes menaçantes des extrémités. — RETZLAFF : Sur le pellidol et l'azodolène. — GERBER : Nouveaux cas de sclérome en Prusse orientale. — SAALFELD : Sur l'iodostarine. — (N° 43, 24 oct.) RITZ et SACHS : Expériences sur le séro-diagnostic de la syphilis. — BIERBAUM : Traitement des affections bactériennes par le salvarsan. — ECKERT : Etat actuel du traitement de la diphtérie. — RABINOWITCH : Réaction de fixation dans le typhus exanthématique. — MEYER : Apparition spontanée du phénomène de Rumpel-Leede. — KASEMEYER : Pachyméningite posttraumatique. — PERS : Importance de l'examen radiologique pour le diagnostic des adhérences du côlon. — OHLY : Sur la proctosygmoïdite. — WIETING : Traitement des fractures du maxillaire inférieur. — PELTESON : Traitement orthopédique et chirurgical des paralysies poliomyélitiques pendant l'enfance. — BERGER et SCHWAB : Transplantation des os et des articulations. — HILLENBERG : Infection de l'enfance et problème de la phtisie.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (Sept.-oct.-nov. 1912.) DELAUNAY : Note sur une erreur classique concernant la déviation de l'œil dans la paralysie de la quatrième paire nerveuse.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 43, 22 oct. 1912.) KÜSTNER : Sur la césarienne extrapéritonéale. — RIEDEL : Destruction partielle ou totale du canal cystique et du cholédoque par un calcul. — BAHRDT : Sur le diagnostic de la lithiase biliaire ; organes respiratoires et cholécystite. — SIMON : Sur les actions accessoires du néo-salvarsan. — BUSSE et MERIAN : Un cas de mort après injection de néo-salvarsan. — SZAMETZ : Le salvarsan dans la chorée. — KRETSCHMER : Démonstration radiologique de la péristaltique intestinale. — KAUSCH : Précautions contre le durcissement du catgut. — DÜRING : Appareil pour fracture de jambe. — ALTHOFF : Traitement de la coqueluche. — RITSCHL : Moyen mécanique simple pour combattre les épistaxis. — GOTTLIEB et OGAWA : Sur la résorption de la digitoxine des préparations de digitale. — DONATH : Le salvarsan dans le traitement des affections syphilitiques et parasyphilitiques du système nerveux. — (N° 44, 29 oct.) SCHETTENHELM : Sur les composés formolés de l'acide urique et des bases puriques ; leur emploi dans l'étude des échanges et pour la recherche diagnostique de l'acide urique dans le sang. — MARTINI : Culture pure de l'agent du granulome vénérien. — TSCHACHOTIN : Sur l'action des rayons sur les cellules, particulièrement sur les cellules cancéreuses et sur la question de son imitation chimique. — SAATHOFF : Méthode simple de rechercher la graisse dans les selles au moyen d'un colorant et du microscope, et de la doser quantitativement. — REYE : Présence de bacilles diphtériques dans les poumons. — JACOBS : Sur la polyhémie primitive et sur la genèse. — ORTENAU : Sept cas d'affection psychique guérie par le traitement gynécologique. — HIRSCHEL : L'anesthésie locale dans les opérations sur le pharynx et l'œsophage. — BRANDES : Un cas d'embolie mortelle après injection de pommade au bismuth dans une fistule d'empyème. — VULPIUS : Pansement d'aluminium. — LEHLE : Hématome de la vulve. — SCHLÜCHLERER : Hémiplégie au premier stade de la syphilis. — FEHSENFELD : Contribution au traitement de la stase veineuse d'après Noesske. — STANDENMEYER : Traitement médicamenteux du cancer. — WOLF-ESNER : Déchaînement de manifestations d'hypersensibilité par une substance albuminoïde autogène et son importance clinique. — RIEDEL : Destruction partielle ou totale du canal cystique ou du cholédoque par un calcul.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 43, 24 oct. 1912.) KASSOWITZ : Faits et théories concernant les sciences naturelles et la médecine. — FREUND et KAMINER : Sur la chimie des lieux de prédilection du cancer. — JULCHIERO : Sur la micostagmine-réaction et la grossesse. — MANOÏLOFF : Contributions expérimentales à la question de l'idiosyncrasie contre les sels de brome et de quinine comme manifestations d'hypersensibilité. — POLLAK : Diagnostic du charbon par la ponction lombaire. — GEORGOPOULOS : Contribution à la généalogie et à la signification des granulations basophiles des érythrocytes. — HAUDEK : Un cas de hernie diaphragmatique traumatique diagnostiquée aux rayons X. — (N° 44, 31 oct. 1912.) HEITLER : Sur la percussion du cœur. — BARANY : Rapports entre la structure et la fonction du cervelet d'après des recherches chez l'homme. — SZILY : Immunothérapie des abcès cutanés multiples à staphylocoque chez le nourrisson. — HOFMANN : Action des sels biliaires sur les gonocoques. — AUSCHERLIK : Contribution casuistique à l'hydronéphrose infantile. — KÜHNELT : Nouvelle méthode pour l'incorporation de grandes quantités d'émanation.

LA FABRICATION

DES

POUDRES ET EXPLOSIFS

ÉTUDE D'HYGIÈNE MÉDICALE ET DE TOXICOLOGIE CLINIQUE

Par M. COURTOIS-SUFFIT,
Médecin des hôpitaux,
Médecin en chef des manufactures de l'Etat (1).

Hygiène thérapeutique.

1° *Améliorations à réaliser dans l'outillage.*

A. Poudres noires. — Les opérations de fabrication des poudres noires donnent lieu, presque toutes, à des dégagements de poussières.

Sans être trop nocives, ces poussières ne sont pas inoffensives et l'on réaliserait une amélioration hygiénique importante en en débarrassant l'atmosphère des ateliers. Mais le problème présente des difficultés spéciales, par suite des propriétés explosives des poussières de poudres noires : ces poussières peuvent déflagrer par choc, friction, élévation de température, et l'on ne saurait les amener au contact d'un appareil de ventilation animé d'une forte vitesse sans risquer une explosion qui se communiquerait presque infailliblement à toute la poudre de l'atelier ventilé. Les dispositifs ordinaires de ventilation ne peuvent donc être employés, car on ne saurait évidemment admettre qu'une amélioration de l'hygiène soit réalisée aux dépens de la sécurité du personnel.

Toutefois, la question ne paraît pas insoluble pour des techniciens, et la Commission a cru devoir signaler, avec quelques détails, les dispositifs qu'il est possible d'employer pour empêcher le répandage des poussières dans les ateliers de poudres noires. Ces dispositifs, décrits dans le *Schiess und Sprengstoffwesen* (n° 2 de 1908), auraient été installés, il y a quelques années déjà, à la poudrerie de Spandau. Il s'agit donc de dispositifs ayant fait leurs preuves et non pas de dispositifs théoriques. Les méthodes qu'on a adoptées pour résoudre le problème sont :

1° N'employer que des appareils hermétiquement clos;

2° Eviter tout mouvement rapide des matières de poudre ;

3° Effectuer l'aspiration des poussières de poudre partout où il s'en produit.

Quelques dispositifs particuliers que nous avons décrits en détail dans notre rapport montrent la possibilité de combattre les poussières de poudre noire, même dans des cas très compliqués, lorsque la source de production des poussières est connue. S'il n'en est pas ainsi et si l'atmosphère d'un atelier est envahie par des poussières, provenant de sources multiples et mal déterminées, la méthode consistera à rechercher d'abord la source de poussières la plus importante et à la combattre par l'un des dispositifs précédents. On aura ainsi amélioré l'atmosphère de l'atelier, et les autres sources de poussières deviendront plus visibles et pourront être décelées et combattues de la même façon.

B. Coton-poudre. — La fabrication du coton-poudre est satisfaisante dans son ensemble. Toutefois, certaines améliorations sont encore désirables au point de vue de l'hygiène.

Tout d'abord, le procédé de trempage en auges et pots devrait disparaître définitivement et l'on ne devrait fabriquer que par le procédé des turbines Selwig ou, mieux encore, par le procédé Thomson. La supériorité de ces deux procédés sur le procédé des auges est considérable au point de vue de l'hygiène.

L'ouvreuse Schilde, du Moulin-Blanc, devrait être ventilée. Le problème ne présente pas de difficultés spéciales, puisqu'un appareil analogue, installé à Angoulême, est muni d'un dispositif de ventilation.

Les ouvriers, qui effectuent le déchargement du séchoir Pétrie, devraient être protégés contre les poussières. Une ventilation serait à étudier dans ce but.

L'oléum à 70 p. 100 employé à Angoulême donne lieu à des manipulations pénibles et devrait être remplacé par l'oléum à 20 p. 100, dont on se sert au Moulin-Blanc. D'après les ingénieurs d'Angoulême, cette substitution ne présente, au point de vue technique, aucun inconvénient ni aucune difficulté.

Mais l'amélioration la plus importante à réaliser dans les fabriques de coton-poudre est la suppression des buées aux ateliers de lavage à eau chaude du coton-poudre. Dans la saison froide et par les temps humides, ces buées sont assez abondantes pour rendre le service difficile et les ateliers réellement malsains.

Le problème de l'évacuation des buées est l'un des plus difficiles qui se présentent dans l'industrie et il a fait l'objet d'une étude approfondie de M. Boulin, inspecteur du travail (*Bulletin de l'inspection du travail*, 2 avril 1905), et de M. Frois, inspecteur départemental (*Bulletin de l'inspection du travail*, 1909).

On a d'abord essayé d'élever le plafond des ateliers et d'établir des lanterneaux ; mais l'air froid du dehors pénétrant par ces ouvertures, même par les temps calmes, vient former des courants d'air qui, se rencontrant avec la masse ascendante des couches plus chaudes et formées de vapeurs d'eau, reforment de nouvelles buées.

Une ventilation expulsive de buées placée près de la toiture ne donne pas de meilleurs résultats ; dans ce cas, l'appel d'air se fait par les ouvertures naturelles, les portes, les fenêtres, les lucarnes, etc. ; de nouvelles buées prennent naissance au fur et à mesure que le ventilateur éloigne celles qui existaient déjà. On voudrait procéder à la formation des buées, qu'on ne s'outillerait pas autrement.

On est arrivé à supprimer les buées en chauffant de l'air et l'introduisant mécaniquement. C'est le système des aéro-condenseurs : un ventilateur puissant envoie de l'air dans une grande caisse en tôle où il circule autour d'un groupe calorigène ; l'air chauffé se rend ensuite dans toutes les parties de l'atelier, au moyen d'une canalisation appropriée. Dès que les buées surviennent en un point quelconque, on ouvre une des portes disposées sur le tuyautage qui charrie l'air. En choisissant la porte la plus voisine du point de formation des buées, on voit celles-ci disparaître en quelques minutes.

Mais l'aéro-condenseur a présenté, dans la pratique, des inconvénients : l'air chaud apporté dans l'atelier élève peu à peu la température à un point

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 133, p. 1857 et n° 135, p. 1889.

qui rend difficile tout travail un peu intensif. D'autre part, l'air, bien qu'exempt de buées, renferme une grande quantité de vapeur d'eau, et il résulte de vastes enquêtes faites en Belgique, en Angleterre et en France, sur la filature de lin mouillé, que le travail en milieu chaud et humide est détestable au point de vue de l'hygiène.

Pour que la dissipation des buées puisse se faire sans amener, comme contre-partie, une élévation exagérée de température, les ingénieurs allemands et russes estiment que trois conditions sont obligatoires. Il est nécessaire, tout d'abord, de soustraire l'atmosphère de l'atelier à l'influence de l'air froid extérieur par une disposition particulière de la toiture et par l'emploi de matériaux assurant un bon isolement; il faut ensuite introduire de l'air sec en toute saison et chaud en hiver; en troisième lieu, on doit enlever, par aspiration mécanique, l'air qui s'est saturé d'humidité en traversant la salle. Ces trois facteurs, agissant en même temps et réglés d'une manière convenable, amènent la disparition complète des buées et provoquent un renouvellement constant de l'atmosphère du travail.

Des installations, fondées sur ces principes, ont été réalisées dans la teinturerie Gillet, à Lyon, et à la teinturerie Poiret frères, à Baligny-Saint-Epin.

Enfin, un dernier problème, moins urgent d'ailleurs que celui des buées, se pose dans les fabriques de coton-poudre. C'est celui de la condensation des vapeurs nitreuses qu'on se borne actuellement à diffuser plus ou moins parfaitement dans l'atmosphère, ce qui n'est pas sans inconvénients pour le voisinage. Au Moulin-Blanc, la Commission a pu constater que l'atmosphère générale de l'établissement était, par temps de brume, véritablement imprégnée de ces vapeurs acides. Il y aurait un réel intérêt à remédier à cet inconvénient.

Dans l'ancien procédé de fabrication *par auges et pots*, les vapeurs nitreuses se dégageaient librement à l'air sur de nombreux points de l'atelier, et la ventilation ne pouvait être qu'une ventilation générale remplaçant progressivement tout l'air de l'atelier, mélangé de vapeurs acides, pour empêcher le taux de ces vapeurs de devenir trop considérable. Le problème de la condensation de vapeurs aussi diluées aurait rencontré de sérieuses difficultés.

Mais avec les procedés Selwig ou Thomson, où la plupart des vapeurs acides se dégagent en espace clos, il semble qu'il n'y aurait pas impossibilité à capter des vapeurs à un degré de concentration suffisant pour que leur condensation soit pratique, et il y aurait intérêt à étudier le problème de manière à effectuer la condensation des vapeurs nitreuses dans les fabriques de coton-poudre, comme on l'a déjà réalisé dans les fabriques de mélinite et crésylite.

C. Poudre B. — La seule cause d'insalubrité dans les fabriques de poudre B réside dans les émanations de vapeurs d'alcool et d'éther, auxquelles donnent lieu certaines opérations de fabrication de ces types de poudres. Il existe, il est vrai, des dispositifs de ventilation dans la plupart des ateliers où s'effectuent ces opérations, mais les vapeurs d'alcool-éther sont simplement refoulées dans l'atmosphère où leur diffusion est très lente, au point que l'air voisin des poudreries à poudre B répand une odeur d'éther tout à fait caractéristique.

D'ailleurs, la végétation dans les fabriques de poudre B a une teinte spéciale. La Commission a été frappée, lors de ses visites, de la coloration noire des troncs et des branches des arbres. Cette coloration ne paraît pas nuisible aux plantes, mais elle montre que l'atmosphère qui les entoure n'a pas la composition normale.

Il y aurait grand intérêt à ne pas renvoyer dans l'atmosphère les quantités considérables de vapeurs d'alcool et d'éther produites par la fabrication des poudres B. Le problème de la condensation de ces vapeurs se pose donc au point de vue hygiénique, tout aussi bien qu'au point de vue économique.

La délégation a vu fonctionner, à Saint-Médard, une installation dite de *récupération* du dissolvant, qui réalisait cette condensation pendant l'essorage des rubans de poudre et permettait de récupérer plus de la moitié du dissolvant autrefois perdu dans l'atmosphère. Sans résoudre d'une façon absolue le problème de la salubrité complète des fabriques de poudres B, l'installation de la récupération réalise un progrès considérable au point de vue de l'hygiène et il y aurait le plus grand intérêt à installer des dispositifs analogues dans les établissements qui n'en possèdent pas encore.

Quant à la condensation du restant des vapeurs d'alcool et d'éther, la Commission a pu se rendre compte qu'elle se heurtait à de grandes difficultés techniques. Toutefois, il n'y a pas d'impossibilité à la réaliser pratiquement, puisqu'il résulte de communications faites par M. G. Claude à l'Académie des sciences, que la condensation de vapeurs d'alcool et d'éther peut être réalisée économiquement, même quand ces vapeurs sont très diluées dans l'air, et que, d'autre part, on peut concevoir des dispositifs de captation des vapeurs d'alcool et d'éther aux centres mêmes de leur production sans diffusion préalable dans l'atmosphère.

Les ateliers de malaxage devraient être améliorés au point de vue de l'hygiène. Tout d'abord, on ne devrait pas y admettre de transvasements d'alcool et d'éther à l'air libre, mais effectuer tous les mouvements de liquides par des tuyauteries fermées, comme cela se fait déjà dans quelques établissements et, en particulier, à la poudrerie de Saint-Médard.

De plus, il conviendrait de rechercher un type de malaxeur à déchargement automatique, pour ne plus imposer au personnel des opérations de déchargement et de pilonnage des matières qui sont réellement pénibles, malgré leur courte durée.

L'enlèvement des poudres dans les ateliers d'étirage, de découpage, de triage, d'arrivage, etc., devrait être fait très fréquemment de manière à réduire au minimum le dégagement des vapeurs éthérées. Il semble qu'il n'y ait aucune difficulté à organiser le travail pour arriver à ce résultat.

En ce qui concerne les séchoirs, les ouvriers n'y doivent pénétrer que pour les opérations de chargement et de déchargement, et ces opérations ne s'effectuent qu'après une aération locale. Bien que ces mesures suffisent, en principe, à empêcher toute action nocive, sur le personnel, de l'atmosphère chaude et chargée de vapeurs éthérées des locaux de séchage, il y aurait intérêt à perfectionner les séchoirs actuels en installant des dispositifs permettant d'effectuer les opérations de chargement et de déchargement en dehors du local chauffé. On a rendu compte à la Commission, qu'un élève-ingénieur des poudres (1) avait étudié et préconisé, il y a quelques

(1) M. Vérola, actuellement directeur de la poudrerie de Saint-Chamas.

années, un type d'étuve dans lequel les casiers de séchage seraient portés par un châssis mobile sur rails. Pour le chargement ou le déchargement, on sort de l'étuve, par un mécanisme mû du dehors, le châssis porteur des casiers et on le conduit sous un abri. Au point de vue de l'hygiène, ce type serait incontestablement préférable au type actuel.

D. Mélinite, crésylite et explosifs nitrés analogues. — Dans ces fabrications, les mouvements d'acides se font en touries et les transvasements s'effectuent par siphonnage. Il y aurait intérêt à remplacer ces dispositifs rudimentaires et à adopter, pour les mouvements d'acides, des canalisations fermées, comme il en existe dans les fabriques de coton-poudre.

Les installations qui servent à la nitration des produits sont, *théoriquement*, très satisfaisantes au point de vue de l'hygiène, les opérations de nitration s'effectuant en vases clos. Toutefois, en *pratique*, les joints laissent parfois dégager des vapeurs nitreuses. Mais c'est là un inconvénient de peu de gravité, qu'un bon entretien des appareils et une surveillance minutieuse de la conduite des opérations doivent permettre d'éviter.

Les opérations qui portent sur les explosifs nitrés à l'état sec dégagent toutes, même celles qui se font en vase clos, des poussières très irritantes. On réaliserait une amélioration hygiénique très importante en trouvant le moyen de soustraire le personnel à l'action de ces poussières autrement que par des palliatifs tels que l'emploi du masque Détourbe, employé à la poudrerie d'Esquerdes.

Pour lutter contre ces dégagements de poussières, la Commission signale qu'il importe, tout d'abord, de limiter au minimum le nombre des opérations qui s'effectuent sur des matières sèches. Elle a constaté qu'on supprimait à peu près complètement les dégagements des poussières dans le broyage et le tamisage de la crésylite, en effectuant ces opérations sur des produits renfermant une certaine proportion d'humidité, de l'ordre de 5 p. 100. La matière destinée au broyage est obtenue au taux d'humidité voulu, soit par coulage sous l'eau, comme au Bouchet, soit par le mélange avec de l'eau pendant le coulage, comme à Vonges. Ces modes opératoires devraient être employés dans tous les établissements.

En ce qui concerne les opérations et manipulations dans lesquelles les matières doivent se trouver nécessairement à l'état sec, le problème de la suppression des poussières se pose de la même façon que pour les poudres noires, et les dispositifs décrits précédemment, au sujet de cette poudre, fournissent la solution des divers problèmes qui peuvent se poser, à savoir : suppression des poussières dans les transvasements, dans les tamisages, dans les mélanges et même, s'il est nécessaire, dans les broyages, en admettant que l'humidification soit insuffisante pour procurer le résultat cherché.

E. Poudres diverses. — *Poudre J.* — Les perfectionnements à apporter à la première partie de la fabrication des poudres J, qui comportent la production de vapeurs d'alcool et d'éther, sont ceux qui ont été indiqués pour la fabrication des poudres B, et il est inutile d'y revenir.

Les autres ateliers, qui donnent lieu à des dégagements de poussières de bichromate extrêmement irritantes, sont pourvus des dispositifs de ventilation appropriés qui paraissent suffisants au point de vue de l'hygiène.

Poudres de chasse S. M. et poudre E. F. pour tirs à blanc. — La Commission n'a rien à signaler au sujet de ces fabrications peu importantes et pour lesquelles les problèmes d'hygiène sont évidemment les mêmes que pour les poudres B.

Poudre de chasse T. — Indépendamment des améliorations à apporter au malaxage de cette poudre comme au malaxage des poudres B, il y aurait intérêt à étudier une ventilation efficace de l'atelier de laminage et de découpage, pour le débarrasser des vapeurs d'acétone qui s'y produisent.

Le problème est difficile à résoudre, car l'acétone se dégage par toute la surface des rubans de poudre au cours de leur laminage, et l'on ne conçoit guère de dispositif de captation directe de ces vapeurs, compatible avec le travail à exécuter. Mais, à défaut d'autre solution satisfaisante, il semble qu'on pourrait se borner à une ventilation générale, en protégeant les ouvriers, au moyen d'un masque convenablement étudié, contre l'absorption directe des vapeurs dégagées par la poudre au moment du laminage.

Explosifs chloratés. — Les seules améliorations à signaler comme désirables dans cette fabrication, sont une captation plus parfaite des poussières de chlorate dans l'atelier de broyage et tamisage et l'emploi de dispositifs plus perfectionnés que les rouleaux de pâtissier pour réaliser l'écrasement de l'explosif.

Il semble qu'on pourrait éviter le répandage de poussières de chlorate par les joints de la cage du broyeur en produisant, dans l'appareil, une légère dépression réglée de façon à éviter des entraînements appréciables de chlorate.

Quant à l'écrasement de l'explosif, il ne paraît pas impossible de le réaliser, dans des conditions de sécurité admissibles, au moyen d'appareils mécaniques convenablement étudiés.

Explosifs au nitrate d'ammoniaque. — On pourrait améliorer cette fabrication, en empêchant plus complètement le dégagement des poussières pendant les opérations de trituration, tamisage et pesage des matières. Les explosifs au nitrate d'ammoniaque ne détonant qu'avec extrême difficulté par frottement ou élévation de température, la ventilation des appareils pourrait être réalisée, semble-t-il, par les dispositifs ordinaires.

2° *Hygiène industrielle.*

Infirmeries. — Dans la plupart des poudreries, les locaux destinés à l'examen et au traitement des ouvriers sont, à la vérité, un peu rudimentaires. Il en est de même du matériel de pansement et des instruments mis à la disposition des médecins de ces établissements.

Le docteur Lemoine a établi et communiqué à tous les médecins des poudreries un projet d'infirmerie, destiné à remplacer les installations actuelles.

Tous les médecins et hygiénistes ne peuvent qu'approuver cet excellent projet, dont l'exécution constituerait une installation modèle, du type des infirmeries régimentaires modernes. Mais, en attendant la réalisation de cet idéal, réalisation qui ne pourra se faire que peu à peu, et selon des ressources budgétaires que nous n'avons pas à examiner ici, il nous semble indispensable d'utiliser au mieux et d'améliorer, dès maintenant, dans la mesure du

possible, les locaux existant actuellement, ainsi que de donner immédiatement aux médecins un matériel suffisant pour faire face aux besoins urgents. Il ne faut pas oublier, en effet, que les poudreries sont, en général, éloignées des villes, et qu'il est impossible de se procurer immédiatement ce dont on pourrait avoir besoin.

Création d'un emploi d'infirmier. — La proposition du docteur Lemoine, relative à la création dans chaque établissement d'un emploi d'infirmier de carrière réservé aux anciens sous-officiers de l'armée a été reconnue utile, d'une façon unanime, par les médecins des poudreries. Cette proposition est, en effet, des plus intéressantes. Il ne faut pas oublier que les médecins des poudreries ne sont pas en permanence dans les établissements, que leur domicile est le plus souvent à quelques kilomètres de la poudrerie, et que leur clientèle particulière les oblige à s'absenter de chez eux pendant une grande partie de la journée; aussi est-il quelquefois difficile de prévenir rapidement le médecin dans certains cas graves et urgents (cas Prieur à Vonges). La présence à la poudrerie d'un homme intelligent, capable de donner aussitôt les premiers soins aux blessés et intoxiqués, serait donc d'une très grande utilité. Peut-être même pourrait-on l'employer, entre temps, dans les bureaux de la poudrerie.

Fiches sanitaires. — Reste à discuter, enfin, la proposition du docteur Lemoine relative à l'établissement d'une statistique concernant les malades des poudreries nationales. A cette proposition, dont on ne méconnaît pas la grande utilité, les médecins ont fait quelques objections qu'on peut résumer dans les propositions suivantes :

« Le médecin n'est pas attaché en permanence à l'établissement, il n'y vient qu'aux jours et heures fixés par sa convention pour donner des consultations et pratiquer les opérations et pansements qui ne peuvent être faits par un infirmier; il repart aussitôt pour continuer ses visites et consultations dans les villages voisins où habitent les ouvriers afin d'y soigner ceux qui sont malades à domicile. La tenue de 400 à 500 fiches sanitaires augmenterait considérablement le travail du médecin de la poudrerie.

Il est également très difficile d'obtenir des ouvriers des renseignements suffisamment complets pour tenir convenablement ces fiches dont la divulgation constituerait, d'autre part, une atteinte au secret professionnel. »

Les objections formulées par le médecin des poudreries sont de valeur et méritent de retenir l'attention. Peut-être beaucoup d'entre elles tomberaient avec la création de l'infirmier. Ce dernier, devenant le secrétaire du médecin, pourrait alors le suppléer, tenir au courant les fiches dont l'établissement et la mise à jour par les médecins eux-mêmes paraît actuellement difficile à réaliser en raison de la perte de temps qu'elle déterminerait.

3° *Hygiène générale.*

I. *Vestiaires. Bains-douches.* — Les vestiaires sont convenablement aménagés dans les poudreries. Au Moulin-Blanc, un dispositif ingénieux permet de suspendre les vêtements au plafond et d'en assurer le séchage pendant le travail des ouvriers. Sous le climat humide de Bretagne, cette solution est très heureuse. Dans les autres établissements, à Saint-Médard, par exemple, les vêtements sont enfermés dans des armoires grillagées très bien comprises et l'installation est très propre.

Dans les poudreries de Sevran-Livry, Moulin-Blanc, Angoulême, Saint-Médard, Saint-Chamas, la délégation a constaté l'existence de bains-douches installés dans des conditions satisfaisantes. Il n'existe pas de bains-douches à Esquerdes ni au Bouchet; les installations étaient, paraît-il, en projet. A Vonges il n'y a de bains-douches que pour les ouvriers qui travaillent à la fabrication des explosifs chloratés.

Cette organisation devrait être généralisée à tous les ouvriers poudriers.

L'usage des bains-douches est un des moyens les plus efficaces de lutter contre les intoxications quelles qu'elles soient. En Allemagne, on ajoute même l'usage d'un bain en baignoire par semaine.

II. Il y aurait lieu d'inviter les ouvriers, et au besoin de les astreindre à observer les règlements suivants :

1. *Avant le travail.* — Revêtir, après avoir quitté tous leurs vêtements, un costume spécial pour le travail, fermant aussi hermétiquement que possible au col, aux poignets, à la ceinture, aux chevilles. La tête sera recouverte d'une capote en toile.

2. *Avant chaque repas.* — Nettoyage soigné et prolongé de la figure et des mains avec savon et eau chaude.

3. *A la fin du travail.* — Déshabillage complet. Bain-douche. Même nettoyage des mains et du visage.

Outre ces précautions générales, applicables à tous les poudriers, sans distinction d'établissements ni d'ateliers, il y a lieu d'ajouter certaines mesures spéciales variables avec le travail effectué.

4° *Hygiène spéciale et thérapeutique.*

1. *Poudres au bichromate.* — Nous avons montré l'action corrosive des poussières de bichromate sur la peau et les muqueuses. Il y aurait lieu de mettre les ouvriers à l'abri de ces accidents par les mesures suivantes :

a. Vérification fréquente de l'état de la peau des mains et des bras. Eloigner des ateliers jusqu'à guérison les ouvriers présentant des lésions cutanées, aussi minimes soient-elles.

b. Lavages fréquents des mains et de la figure avec une solution d'un sel de bismuth, carbonate de bismuth, par exemple, destiné à transformer les poussières de chlorate toxiques en chlorate de bismuth inoffensif; on peut également employer un sel de zinc ou de chaux (hyposulfite de zinc ou de chaux).

c. L'usage de gants est également à recommander, mais les ouvriers emploient rarement ces moyens de protection. On pourrait leur conseiller, comme pis-aller, de se protéger les mains, les bras et même le visage en les enduisant de vaseline pure mise à leur disposition.

L'emploi du masque est en général mieux supporté. Le masque Detourbe, en usage actuellement dans les poudreries, est le plus pratique, les autres ayant le défaut, en cas de dégagement de vapeurs, de les condenser à l'intérieur. On pourra conseiller aux ouvriers qui ne portent pas de masque de placer dans les narines et entre les dents un tampon de coton salicylé destiné à empêcher le passage des sels de chrome. (C'est au moins une pratique recommandée et couramment employée dans l'industrie.)

2. *Acide picrique.* — Mêmes mesures de protection des mains et du visage. Les auteurs allemands

conseillent de remplacer l'emploi des sels de bismuth et le coton salicylé par une solution à 2 p. 100 de teinture de myrrhe.

L'usage des boissons alcooliques devra, de plus, être sévèrement proscrit dans les ateliers où se manipule l'acide picrique.

3. *Chlorate de potasse.* — La manipulation du chlorate de potasse n'exige pas de précautions spéciales. Seules les brûlures sont à redouter lorsque les vêtements des ouvriers sont imprégnés de poussières de ce sel. C'est donc dans ces ateliers qu'il y a le plus d'intérêt à employer des vêtements en toile ou en lasting.

4. *Vapeurs d'alcool-éther.* — La manipulation des poudres dégageant des vapeurs d'alcool ou d'éther n'implique pas de mesures thérapeutiques spéciales. Le seul moyen d'éviter les intoxications consiste, en effet, ainsi que nous l'avons vu plus haut, à assurer, d'une part, l'évacuation rapide des vapeurs, et d'autre part à en diminuer le dégagement.

5. *Vapeurs de dinitrotoluène.* — Mêmes remarques que ci-dessus. Il serait bon cependant d'éliminer des ateliers, dans lesquels se manipule cette substance, les ouvriers présentant des signes d'alcoolisme chronique. Nous avons vu, en effet, dans un chapitre précédent, que l'alcool augmentait d'une façon notable, la toxicité du dinitrotoluène.

6. *Vapeurs nitreuses.* — Là encore le meilleur moyen d'éviter les accidents consiste dans l'évacuation rapide des vapeurs dégagées; nous avons vu au début de ce chapitre comment on pourrait y parvenir.

On a proposé en Allemagne, en cas de production anormale de vapeurs nitreuses, de neutraliser ces vapeurs en dégageant dans les ateliers un gaz alcalin (ammoniaque, par exemple).

Piest propose, dans ce but, de vaporiser dans les ateliers une solution d'ammoniaque dans la proportion de 10 p. 100.

En cas d'accidents causés par les vapeurs nitreuses, on a conseillé, en France (*Circulaire* du 8 septembre 1909), de traiter les ouvriers intoxiqués en leur faisant respirer de l'oxygène et ingérer de l'eau chloroformée. Depuis la mise en vigueur de cette circulaire, ce traitement n'a pas eu, croyons-nous, à être employé dans les établissements français. En Allemagne et en Autriche, où l'emploi de l'eau chloroformée a été préconisé également, les résultats n'ont pas toujours été favorables. La plupart des médecins des poudreries allemandes considèrent même actuellement ce traitement comme inefficace, certains comme dangereux; ils appuient leur opinion sur ce fait que la quantité de chloroforme mêlée à l'eau serait trop faible pour avoir une action utile sur l'organisme. Ce remède serait seulement capable, à leur avis, d'atténuer la toux quinteuse au début de l'intoxication. L'inhalation d'oxygène est, par contre, considérée d'une façon unanime comme un excellent moyen thérapeutique; certains auteurs emploient même, pour ces inhalations, de l'oxygène sous pression.

Les vapeurs nitreuses déterminent des accidents, à la fois par leur action directe sur les muqueuses respiratoires et digestives et par les modifications qu'elles font subir au sang (transformation de l'oxyhémoglobine en hémoglobine oxyazotée, formation de méthémoglobine, etc.), les moyens thérapeutiques à employer pour lutter contre cette intoxication devront donc s'opposer à ces deux variétés d'accidents.

1° Contre l'atteinte directe des muqueuses, on a proposé de faire des pulvérisations dans le pharynx et le larynx avec un liquide alcalinisé (eau de chaux par exemple) additionné de calmants énergiques (laurier-cerise, teinture d'aconit, teinture d'opium, cocaïne, etc.).

2° Contre les modifications et altérations du sang, on a conseillé d'administrer, par ingestion, de l'eau glacée fortement alcalinisée avec du bicarbonate de soude ou de l'oxyde de magnésie, afin de neutraliser l'acidité possible du sang et calmer en même temps l'action caustique sur les muqueuses.

3° Dans tous les cas enfin, on devra faire respirer au malade de grandes quantités d'oxygène pur, pour lutter à la fois contre les modifications du sang et contre l'asphyxie possible. En cas d'asphyxie rapide, l'emploi de révulsifs sur le thorax (ventouses, sinapismes) est indiqué. On pourra même, dans les cas graves, recourir à une saignée abondante suivie d'une injection de sérum artificiel alcalin (sérum au bicarbonate de soude par exemple). Les médecins italiens conseillent encore, lorsque les accidents aigus sont calmés, de faire prendre au malade de fortes doses de salicylate de soude et d'extrait liquide de jaborandi en boissons chaudes; les jours suivants ils prescrivent, suivant les cas, des expectorants et des balsamiques aux malades qui présentent des lésions bronchiques, un purgatif léger à ceux qui ont des troubles gastro-intestinaux.

Tels sont, à notre avis, les moyens thérapeutiques qu'il conviendrait d'employer en cas d'intoxication déclarée.

Ce sont ceux qui, jusqu'à présent, ont donné les meilleurs résultats.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAVAUX RÉCENTS SUR LA CURE RADICALE DE LA HERNIE CRURALE

Si déjà depuis un certain nombre d'années l'accord semble établi de façon définitive au sujet de la technique de la cure radicale des hernies inguinales, il est loin d'en être de même pour la hernie crurale. La multiplicité des procédés imaginés depuis une trentaine d'années (Tuffier en comptait déjà 29 en 1896, et chaque année en apporte de nouveaux) prouve bien qu'aucun d'eux ne remplissait les deux conditions indispensables pour obtenir un succès thérapeutique durable : la résection très élevée du sac herniaire de façon à supprimer tout infundibulum péritonéal, la fermeture solide de l'orifice abdominal aplasié originairement ou distendu de façon secondaire.

L'insuffisance des procédés était nettement démontrée par la médiocrité des résultats. Dans sa thèse sur les résultats éloignés de la cure radicale de la hernie crurale, Bresset (thèse de Paris, 1895) a étudié 395 observations dont 202 de hernies non étranglées et 193 de hernies étranglées. Il note sur l'ensemble 81 récidives (20,5 p. 100) se subdivisant en : 1° 232 cas opérés sans suture de l'anneau avec 67 récidives (29 p. 100) ; 2° 163 cas avec suture de l'anneau et 14 récidives (8,6 p. 100).

Les récidives s'observent presque toujours sur les hernies à orifices larges, à parois formées de tissus affaiblis.

Cependant, dans ces dernières années les procédés de cure radicale par voie crurale ayant perdu de plus en plus de terrain au bénéfice de ceux qui empruntent la voie inguinale ou abdominale, le choix des chirurgiens semble bien sur le point de s'établir de façon définitive.

Nous allons tâcher d'expliquer les raisons de cette évolution en passant en revue les principaux types de cure radicale

de hernie crurale, en les groupant non d'après l'ordre chronologique de leur apparition, mais d'après leurs particularités de technique. Nous discuterons à propos de chaque groupe les avantages et inconvénients de la méthode.

Mais auparavant, rappelons en quelques mots la disposition de l'orifice et du canal crural, ainsi que des hernies qui s'y produisent.

L'orifice supérieur du canal crural est de forme triangulaire ; le côté supérieur et antérieur est constitué par le plancher du canal inguinal, c'est-à-dire par l'arcade crurale enroulée sur elle-même, formant un bord libre en arrière, recevant en avant l'insertion des fibres du grand oblique, le côté postérieur et externe n'est autre que la gaine vasculaire, avec la veine en rapport immédiat, et, plus en dehors, l'artère ; c'est le ligament de Gimbernat ou faisceau réfléchi de l'arcade fémorale qui vient s'insérer à la crête pectinéale qui constitue le côté postérieur et interne. Remarquons qu'en ce point s'insèrent non seulement le ligament de Gimbernat, mais d'autres trousseaux fibreux épais ; en avant du Gimbernat, l'aponévrose du pectiné, en arrière le pilier postérieur de l'anneau inguinal et le fascia transversalis ; la crête pectinéale est donc doublée d'une grande épaisseur de tissu fibreux résistant, ligament de Cooper, qui jouera un grand rôle dans les procédés de fermeture de l'anneau crural.

Le canal crural, qui prolonge dans le triangle de Scarpa l'anneau crural, est formé par trois parois convergeant vers le bas : en arrière et en dehors la gaine vasculaire, en arrière et en dedans le pectiné et son aponévrose, en avant l'aponévrose crurale insérée en haut sur l'arcade crurale percée d'orifices qui ont valu le nom de fascia cribriformis.

Lorsque la hernie crurale est constituée, son sac comporte la disposition suivante : 1° une partie abdominale au-dessus de l'anneau, infundibulum toujours très marqué; 2° le collet du sac au niveau de l'anneau crural; 3° une portion dilatée qui occupe le canal crural. Si la hernie s'est développée plus loin elle présente en plus : 4° un deuxième collet au niveau d'un orifice du fascia cribriformis; 5° une portion souscutanée.

Ici, comme dans toutes les hernies, pour effectuer une cure radicale à l'abri de la récidive, il faut pouvoir remplir les règles posées depuis longtemps par Lucas-Championnière et Berger :

1° Réséquer le sac très haut, sans laisser persister d'entonnoir séreux, amorce d'une récidive inévitable.

2° Oblitérer l'orifice herniaire au moyen de tissus résistants.

Les premières méthodes employées et longtemps classiques (procédés de Lucas-Championnière et Berger) ne répondent pas entièrement à ces desiderata, c'est pourquoi les résultats sont incomplets.

Tout d'abord l'emploi de la voie crurale comme voie d'accès ne permet pas de réséquer le sac suffisamment haut, grave inconvénient ici car l'infundibulum péritonéal intraabdominal est en général doublé de bourrelets graisseux volumineux et reste prêt pour une récidive. D'autre part, la fermeture du trajet herniaire s'exécute d'une façon tout à fait défectueuse. Lucas-Championnière suture le fascia cribriformis à l'aponévrose du pectiné, fermant ainsi le canal crural mais non son orifice supérieur.

Berger oblitérait l'anneau crural par trois ou quatre sutures en bourses superposées d'avant en arrière et concentriques réunissant l'aponévrose du pectiné à l'arcade de Fallope et à l'aponévrose du grand oblique.

Mais l'arcade crurale très rigide ne se laisse pas toujours abaisser, et c'est l'aponévrose du pectiné, peu résistante, qui cède et s'élève. La solidité d'une telle fermeture reste douteuse, d'autant plus qu'en dehors, du côté des vaisseaux, l'oblitération demeure incomplète.

Aussi, au procédé de Berger, demeuré longtemps classique, a-t-on tenté d'apporter de multiples modifications pour obvier à ces inconvénients.

Prenons successivement les modifications visant :

1° La résection plus élevée du sac;

2° La réfection plus solide de la paroi dans les hernies crurales habituelles;

3° Nous verrons ensuite les modifications qui peuvent s'appliquer à des variétés particulières de hernie.

1° La nécessité de la résection complète de l'infundibulum péritonéal a été mise en lumière surtout par Lucas-Championnière, puis Buenger, Mitchell Banks, Vallas et Perrin. Ne pouvant l'obtenir complètement par la voie crurale, on peut tenter d'élever le plus possible son moignon soit par la torsion du sac (Ball, 1887), soit en suspendant ce moignon par un point de suture passé à travers la paroi abdominale (Barker, 1887), technique adoptée par Berger et Poncet. Mais ces procédés laissaient malgré tout subsister un diverticule, et ne peut-on craindre qu'en le plaçant derrière le canal inguinal la paroi ne tende à céder en ce point?

Pour se procurer un jour plus élevé sur l'abdomen, Delagenière fend délibérément l'arcade crurale sur une certaine hauteur. Sa tension étant ainsi diminuée, on peut la récliner facilement vers le haut. On reconstitue ensuite la paroi en abaissant les deux lambeaux de l'arcade jusqu'au contact du ligament de Cooper.

On a reproché au procédé de Delagénière d'affaiblir la résistance de la paroi et de laisser subsister un petit orifice triangulaire entre les deux lambeaux suturés. Cependant les résultats obtenus sont bons (voir thèses Demirleau, Faligan). Delagénière pense que l'orifice se comble par du tissu de cicatrice. Guibé et Proust supposent que les bons résultats seraient dus à un abaissement simultané des muscles de la paroi qui suivent celui de l'arcade crurale.

Au lieu de fendre par le milieu l'arcade crurale pour se donner du jour, on peut chercher à la désinsérer par une extrémité. C'est ce que Fabricius a proposé.

Le procédé de Guibé et Proust est basé sur une technique analogue. Les chirurgiens débrident dans toute son étendue le ligament de Gimbernat, ce qui permet de relever, de retourner presque, l'arcade crurale avec un écarteur et donne un jour considérable sur l'infundibulum herniaire. Derrière le Gimbernat, sous le péritoine, il trouve d'ordinaire une veine assez volumineuse allant de l'obturatrice à l'épigastrique, son hémorragie s'arrête d'elle-même quand on serre les fils de réfection de la paroi. Quant à la présence possible d'une anastomose artérielle anormalement développée, elle est très rare, et, de plus, comme le remarquent MM. Lejars et Veau, avec un jour suffisant il est toujours facile de pincer et de lier les deux bouts.

Jusqu'ici nous n'avons parlé comme voie d'accès que de la voie crurale. Voyons maintenant les procédés qui utilisent la voie inguinale pour aborder le sac de façon élevée.

C'est Annandale qui le premier (1876), opérant une hernie crurale coïncidant avec une hernie inguinale, eut l'idée d'effectuer la cure des deux hernies par voie inguinale. Zuckerkandl (1883) proposa ensuite d'utiliser cette voie pour opérer, sous le contrôle de la vue, le débridement des hernies crurales étranglées.

Mais c'est à Ruggi (1892) que revient le mérite d'avoir proposé l'emploi systématique de cette voie pour la cure des hernies crurales et d'avoir décrit une technique complète. Ruggi pratiquait la libération du sac par voie crurale, puis après ouverture du canal inguinal, sa libération et sa ligature haute dans l'abdomen. Il suturait ensuite l'arcade crurale au ligament de Cooper.

La méthode a été adoptée ensuite et modifiée en Italie par Parlavecchio (1893) ; en France c'est Tuffier (1896) qui la fit connaître. Depuis, de nombreux chirurgiens se sont fait ses défenseurs, en proposant des modifications portant surtout sur la manière de reconstituer la paroi abdominale, ce que nous verrons plus loin. Parmi les principales publications parues en ce sens citons en Italie après Ruggi et Parlavecchio, Codivilla et Magni; en Allemagne et Autriche, Lotheissen, Föderl, Reich, Frank; en Angleterre, Fagge, Gordon; en Roumanie, Bardescu; et chez nous depuis Tuffier, Bérard, Vallas et Perrin à Lyon, Chaput, Dujarier, Desmarest à Paris.

Avec ces publications, les indications de la méthode, limitées d'abord à la coexistence de hernies crurale et inguinale, à la coexistence de rétroversion utérine chez la femme de façon à pouvoir exécuter à la fois par voie inguinale la cure de la hernie crurale et l'opération d'Alquié-Alexander, se sont étendues à tous les cas de hernie crurale.

Au point de vue qui nous intéresse pour le moment, découverte et ablation haute du sac, la voie inguinale donne-t-elle toute satisfaction?

Si l'on incise la paroi abdominale sur toute la longueur du canal inguinal, en écartant fortement la lèvre de la section pariétale, le jour ouvert sur l'abdomen est considérable. Cependant, comme le remarque Desmarest, la recherche et l'ouverture du péritoine sont parfois délicates; chez les obèses on opère à une grande profondeur, on peut être aussi gêné par la présence de veines assez volumineuses, en particulier l'anastomose de l'épigastrique et l'obturatrice. Mais une fois le péritoine ouvert, rien de plus facile que de découvrir le collet du sac, de l'explorer au doigt.

On a reproché tout d'abord à la méthode d'obliger à opérer successivement par la voie crurale (décollement du sac) puis par voie inguinale (extirpation du sac) comme Frank le préconisait encore récemment. En réalité, comme Tuffier l'avait déjà nettement indiqué, l'extirpation du sac peut presque toujours être faite par la voie inguinale sans décollement préalable par la voie crurale; des tractions modérées suffisent à l'isoler, le faire remonter dans l'abdomen, ou on le luxe par la plaie inguinale pour pratiquer sa ligature et sa section.

Nous verrons plus loin la conduite à tenir dans les cas selon le contenu du sac.

A côté de la voie inguinale, on a proposé d'aborder la hernie crurale par voie abdominale. Lawson Tait, Maunsell (*British med. ass.*, 1891) ont proposé de pratiquer la laparotomie médiane. Sprengel au XXVe congrès des chirurgiens allemands défendait la même technique (1906) dans les cas de grosses hernies avec prolapsus de manière à pouvoir pratiquer une ligamentopexie intraabdominale. Mais il s'agit là de cas particuliers.

Küss a récemment proposé une technique spéciale que l'on trouvera exposée dans la thèse récente et très documentée de Didier (1912) où l'incision porte sur la paroi abdominale latérale au-dessous du canal inguinal; mais cette incision ne sert que pour la réfection de la paroi, elle n'est exécutée qu'après l'ablation du sac qui s'opère exactement comme Proust et Guibé l'ont indiqué (section du ligament de Gimbernat).

Au total donc, voie inguinale ou section du ligament de Gimbernat selon la technique de Proust et Guibé constituent deux moyens des plus efficaces pour pratiquer la ligature et la section haute du sac herniaire.

2° Examinons maintenant les modifications apportées aux procédés classiques pour la fermeture du trajet herniaire.

En présence de l'insuffisance de la suture de l'aponévrose du pectiné à l'arcade crurale on a proposé, surtout dans les cas de hernie volumineuse avec une arcade crurale relâchée et distendue, de multiples procédés utilisant comme « bouchon » les tissus les plus divers : les différents muscles du voisinage, pectiné (Salzer, Watson-Cheyne), les adducteurs (Schwartz), le couturier (Garay), des lambeaux ostéomusculaires (Trendelenburg), ostéopériostiques (Douhairet), fibropériostiques (Poullet, Nicoll), ou des greffes de morceaux de côtes (Chaput), de périoste (König, Girard, Heller, Heuschen), d'aponévrose (Wilms), enfin des corps étrangers, os décalcifié (Thiriar), treillage métallique (Phelps).

La plupart de ces méthodes visaient des cas particuliers et aucune d'elles n'a subsisté en tant que technique habituelle de la cure radicale des hernies crurales.

Récemment, Vallas et Perrin ont soutenu cette thèse que le point capital de la cure radicale étant la destruction nécessaire du sac le plus haut possible, celle-ci étant effectuée par la voie inguinale, la cause principale des récidives disparaît. Il devient alors illusoire, inutile et souvent dangereux d'y vouloir associer des manœuvres compliquées qui ont pour but l'obturation de l'anneau crural par un tissu cicatriciel de solidité douteuse. A l'appui de cette thèse les auteurs citent 12 observations avec seulement 2 récidives (thèse Dussuc), soit 17 p. 100. Il est certain que dans ces dernières années, on a constaté que, contrairement à l'opinion courante, la hernie crurale était loin d'être une rareté chez l'enfant (R. W. Murray, Rocher et Dantin) et que dans ces cas l'origine congénitale était probable. Pourquoi ne pas se contenter, comme on le fait avec succès dans la hernie inguinale du jeune enfant (méthode de Lorthioir, Martin du Pan), de la résection complète du sac sans suture de la paroi? Si cette thèse nous semble soutenable pour les cas où la paroi abdominale est solide et l'orifice herniaire résistant, elle doit être insuffisante pour les aplasies congénitales étendues, pour les parois relâchées des gros hernieux.

L'oblitération complète du canal crural a été tentée d'une façon simple et originale par Roux (de Lausanne) [*Congrès français de chirurgie*, 1904] au moyen du procédé du clou, adopté et décrit depuis par Pauchet (d'Amiens), puis Lerat qui remplace les clous par une vis. Après résection du sac, on récline en dehors les vaisseaux fémoraux et l'on enfonce perpendiculairement et profondément dans l'arcade crurale un clou de tapissier ou une agrafe en U qui la fixe au pubis. Il faut veiller à ne pas écraser les tissus en enfonçant brutalement le clou, et à ne pas comprimer la veine fémorale. Les résultats immédiats de la méthode sont bons, mais que deviennent-ils plus tard quand le clou est tombé de l'os raréfié, ou lorsqu'on a affaire à des tissus déjà éraillés et distendus?

D'une manière générale, tous les procédés qui visent à la fermeture du canal crural par fixation de l'arcade de Fallope à la paroi profonde (aponévrose du pectiné, ligament de Cooper ou pubis) sont passibles des mêmes reproches : ou bien l'arcade fémorale est lâche, affaiblie et l'on n'attire devant l'orifice qu'un rideau fragile tout en affaiblissant encore la paroi du canal inguinal souvent déjà compromise; ou bien l'arcade est solide. Dans ce cas elle se laisse difficilement attirer en bas et en arrière, cet abaissement est facilité par la technique de Delagénière qui sectionne l'arcade verticalement en deux lambeaux, mais nous avons déjà vu que les succès de cette technique sont dus sans doute à une tout autre cause que la fixation de l'arcade crurale. Si on ne sectionne pas l'arcade très tendue il faut serrer fortement les fils, ils risquent de couper les tissus, ou bien de comprimer la veine fémorale (Barker, Chaput, Morton).

Dans les hernies d'un certain volume chez des femmes à tissus lâches, comme l'a très bien vu Chaput, le pédicule de la hernie s'insinue entre les vaisseaux fémoraux et l'arcade; après avoir suturé celle-ci à la crête pectinéale, on constate qu'il persiste un orifice en avant des vaisseaux et même en dehors de la veine (sinus préfémoral, sinus fémoral interne).

Aussi a-t-on cherché à pratiquer une fermeture plus absolue de l'orifice par l'abaissement et la fixation au ligament de Cooper, du bord inférieur des muscles abdominaux postérieurs (bord inférieur du petit oblique et du transverse formant le tendon conjoint). On ne cherche plus à fermer l'orifice crural, mais en réalité à l'exclure de l'abdomen par l'abaissement en arrière d'un rideau musculaire épais, comme la reconstitution de la paroi inguinale postérieure dans le procédé de Bassini. Mais une telle manœuvre est très difficile, sinon impossible par la voie crurale. On a pour l'exécuter à choisir entre la voie inguinale ou l'incision abdominale (procédé de Guibé-Proust, modifié par Küss).

Les techniques sont encore ici très différentes les unes des autres selon les auteurs, les uns s'attachant à constituer une double paroi, d'autres se contentant d'un seul plan musculaire, car, comme le remarque Ombrédanne, il n'existe pas ici la même raison (passage du cordon ou du ligament rond) qu'à la région inguinale de refaire une paroi en deux plans, puisqu'on ne cherche plus à ménager entre ces plans deux orifices en chicane.

Quoi qu'il en soit, voici les différentes méthodes qui ont été proposées.

Occupons-nous d'abord de la voie inguinale.

Paul Delbet (thèse Guinement) a proposé d'abaisser la partie inférieure du grand droit sorti de sa gaine. Morton suture un lambeau du pectiné relevé au bord inférieur du petit oblique et du transverse en dedans, tandis qu'en dehors, au niveau de la veine, il suture le petit oblique à l'arcade crurale. Chaput se contente d'abaisser comme un rideau les muscles petit oblique et transverse en les suturant au ligament de Cooper, il ne ferme pas l'orifice crural par suture de l'arcade crurale pour deux raisons : 1° la crainte de comprimer la veine fémorale; 2° la pose d'une deuxième ligne de suture sur le ligament de Cooper risquant de l'érailler et de faire tout lâcher. Par contre, au niveau des vaisseaux il pratique la suture de la gaine fémorale au bord inférieur du petit oblique, de manière à obturer le sinus prévasculaire (thèse Rollin).

D'autres auteurs pratiquent au contraire l'abaissement et la suture non seulement des muscles postérieurs, mais aussi de

l'arcade crurale. Bérard, en 1908, a proposé de suturer d'abord ensemble le tendon conjoint à l'arcade de Fallope, et à abaisser le tout ensemble par suture à la crête pectinéale. C'est l'abaissement en masse de la paroi. C'est probablement ce qui se passe dans le procédé de Delagénière quand on abaisse l'arcade crurale sectionnée (Guibé et Proust).

Enfin, la grande majorité des auteurs pratique la suture de ces muscles en deux plans (Parlavecchio, Föderl, Guibé et Proust, Frank, Gordon, Dujarier, Desmarest). Cette suture demande quelques précautions. Il faut avant tout éviter de dilacérer les tissus fibreux du ligament de Cooper par l'emploi d'une aiguille trop volumineuse, ou par une double rangée de sutures; l'aiguille de Hagedorn sur porte-aiguille semble supérieure aux autres, on passe une seule rangée de fils qu'on fait ensuite successivement traverser les muscles postérieurs puis le grand oblique (Reich, Desmaret), ou bien l'on suture le tendon conjoint en arrière de la crête pectinéale et l'arcade crurale plus en avant, sur la terminaison de l'aponévrose du pectiné. Dans les muscles, les sutures seront placées non sur le même plan, mais étagées, de façon à éviter de les déchirer.

Cette manière de faire semble donner de très beaux résultats, et les statistiques publiées sont véritablement concluantes sur l'efficacité de l'ablation haute du sac par voie inguinale, suivie de fermeture du trajet par réfection d'un double plan musculaire.

Malheureusement la méthode, de l'avis même de ses plus chauds partisans, est assez délicate et le passage des fils dans le ligament de Cooper est assez difficile par la voie inguinale.

Elle semble bien plus facile à exécuter par la technique indiquée par Küss, exécutée par MM. Quénu, Pierre Duval, Guibé, Rousseau, Küss, et décrite dans la thèse de Didier qui en a rapporté 65 observations.

Voici en quelques mots la technique : après libération et section élevée du sac par le procédé de Proust et Guibé (section du ligament de Gimbernat permettant le soulèvement en haut de l'arcade crurale) on incise l'arcade de Fallope *horizontalement*, parallèlement à sa direction. On tombe directement sur le tendon conjoint que l'on libère avec soin, puis écartant le bord inférieur de l'incision, on découvre très facilement la crête pectinéale et le ligament de Cooper. La suture des deux plans est très facile, beaucoup plus aisée à pratiquer que par la voie inguinale plus haut située.

Ainsi donc, en résumé, nous voyons que nous pouvons remplir dans les cas ordinaires, d'une façon satisfaisante, les deux conditions d'une bonne cure radicale de hernie crurale soit par la voie inguinale soit par le procédé de Guibé-Proust, modifié par Küss.

3° Il nous reste à voir si ces deux méthodes, qui maintenant ont fait leurs preuves, s'adaptent à tous les cas et s'il ne convient pas de leur apporter des modifications dans certaines circonstances particulières.

Pour les hernies très volumineuses, véritables éventrations de la région, accompagnées de « distension de l'aine », il pourra être insuffisant, voire impossible, d'utiliser pour la réfection de la paroi les muscles du tendon conjoint aplasiés ou très affaiblis. C'est dans ces cas qu'on pourra utiliser les myoplasties, en empruntant un lambeau musculaire à un muscle de la cuisse, le relevant et le suturant non à l'arcade fémorale, mais selon la technique de Morton au petit oblique et transverse. On renforce du même coup la région inguinale et la région crurale. On pourra consolider encore le résultat en y ajoutant soit une greffe périostique soit une greffe aponévrotique, en transplantant au niveau de l'orifice un large lambeau emprunté au fascia lata.

Dans quelques cas (Fabricius, Zinner, Narah, Moschowitz), la hernie est prévasculaire, c'est-à-dire que son collet est situé entre les vaisseaux et l'arcade crurale, et peut s'étendre même en dehors d'eux. Dans un cas semblable, Moschowitz a récemment exécuté par la voie inguinale la suture de l'arcade crurale au ligament de Cooper en dedans des vaisseaux, à la bandelette iléopectinée et au psoas en dehors d'eux.

Quelques modifications peuvent être apportées à la technique de l'opération par voie inguinale ou par incision de Küss, selon le contenu du sac. Si on trouve une épiplocèle adhérente, on sectionne l'épiploon libre dans l'abdomen, on libère et sectionne le sac, et on cherche à enlever sac et épiploon le tout ensemble par la voie haute.

Si la masse est trop volumineuse pour franchir l'orifice crural, Dujarier conseille d'inciser le Gimbernat pour élargir l'orifice, Desmarest préfère enlever et libérer la masse par la voie crurale; on décolle et abaisse, on fend au besoin la lèvre inférieure de l'incision de la peau pour découvrir la partie supérieure du triangle de Scarpa. On agira de même en cas de sac très adhérent, après sa libération haute et section par le ventre, si on ne peut le libérer par en haut, on le décortiquera et extirpera par la voie crurale.

Desmarest a signalé récemment l'avantage de la voie inguinale pour la cure de la hernie crurale, consistant dans la possibilité de pratiquer dans la même opération, par une seule incision, l'ablation de l'appendice, si on le juge utile.

Reste à voir la conduite à tenir dans le cas de hernie étranglée. La voie inguinale ou abdominale donne de grandes facilités pour aborder et débrider ces hernies. Si c'est une épiplocèle étranglée, on libère et lie l'épiploon dans le ventre et on l'extirpe secondairement par en bas. Si c'est de l'intestin, on a toute facilité pour voir l'état des parties étranglées au niveau et au-dessus de l'étranglement sans risquer de les voir rentrer dans le ventre sans avoir pu les examiner. S'il s'agit d'un pincement latéral, l'anse intestinale est facilement dégagée et extériorisée pour être examinée. S'il s'agit d'une anse complète, on débride le Gimbernat et on attire et extériorise l'anse par en haut pour son examen. En cas de sphacèle de cette anse, on est à même de la fixer en dehors de l'abdomen en vue de la création spontanée d'un anus si la gangrène est complète, ou bien, comme dans le procédé de Witzel, on pratique la section intestinale et l'anastomose en tissus sains, en dehors du sac infecté qui sera ensuite réséqué par en bas (Reich). Ce qu'on peut objecter à cette technique dans la hernie étranglée, c'est la possibilité d'infection du péritoine, mais comme le remarque Desmarest, on l'évite facilement en sachant garnir avec soin le champ opératoire pour éviter l'écoulement dans le ventre du liquide septique contenu dans le sac, ce que permet le jour considérable que l'on a sur la région.

Nous voyons donc que, en modifiant légèrement la technique selon les cas divers rencontrés en clinique, la cure radicale de la hernie crurale est possible par voie haute (inguinale ou abdominale) dans tous les cas.

En résumé donc, les deux conditions essentielles d'une bonne cure radicale de hernie, c'est-à-dire libération élevée du sac, réfection d'une paroi avec des tissus solides ne semble guère possible que par l'un des procédés suivants : opération par voie inguinale, ou opération de Guibé-Proust modifiée. Ces deux méthodes sont applicables à toutes les variétés de hernie crurale. Elles constituent un sérieux progrès sur les méthodes antérieures, et souvent des résultats très remarquables entre les mains des chirurgiens qui les ont adoptées.

M. LANCE.

BIBLIOGRAPHIE

Didier (Robert). Th. de Paris, juin 1912, n° 394. — On trouvera dans cet ouvrage un index de 158 publications sur le sujet, dont 84 en langue française, 43 en langue allemande, 20 en langue anglaise et 11 en langue italienne.

Nous ne citons ici que les publications ne figurant pas dans cet index ou parues depuis.

1910. Ach. *Beit. z. klin. Chir.*, t. LXX, f. 1, oct. — R. W. Murray. *Annals of Surg.*, t. LVI, n° 5, nov., p. 668.

1911. Hammesfahr. *Centralb. f. Chir.*, t. XXXVIII, n° 1. 7 janv. — Wilms. *Münch. med. Woch.*, t. LVIII, n° 5, 31 janv. — Plotkin. Th. de Paris, fév. — Fagge. *Procedings of the Royal of Soc. med.*, Surgical section, London, avril, p. 162. — Reich. *Beitr. z. klin. Chir.*, t. LXXVIII, f. 1, mai, p. 104. — Pilcher. *Annals of Surg.*, t. LIII, n° 5, mai. — Rocher et Dantin. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, t. XXXII, n° 32, 6 août. — F. König. *Beitr. z. klin. Chir.*, t. LXXV, f. 3, sept., p. 797. — Delbet (Paul). *XXIVe Cong. de l'Assoc. franç. de chir.*, Paris, 2-9 oct. — Lerat. Rapport de Winiwarter, *Bull. de l'Acad. de méd. de Belgique*, t. XXXV, n° 9, 28 oct., p. 838.

1912. Heuschen. *Beitr. z. klin. Chir.*, t. LXXVII, f. 1, janv., p. 24. — Ch. Morton. *The Brit. med. Journ.*, n° 2666. 24 fév., p. 418. — Moschcowitz. *Annals of Surg.*, t. LV, n° 6,

juin. — KÜMMER. *Deut. Zeit. f. Chir.*, t. CXV, f. 56, juin. — MAGNI. *La Riforma med.*, t. XXVIII, n° 29, 20 juillet. — R. DESMARET. *Presse méd.*, 23 nov., n° 97, p. 984.

JURISPRUDENCE

LE DROIT AU GRAND ESCALIER

Un jugement rendu le 8 novembre 1912 par la 5e Chambre du Tribunal civil de la Seine vient de trancher un point de droit médical pratique. Il s'agissait en l'espèce de savoir par quel escalier, soit par le grand, soit par celui de service, devaient monter les clients d'un médecin.

Le Tribunal a déclaré que, sauf stipulation contraire, les clients riches ou pauvres devaient emprunter le grand escalier.

« Le Tribunal,

Attendu que sur le jugement rendu par cette Chambre en date du 24 février 1911 autorisant Mourret à faire, tant par titres que par témoins, la preuve des faits par lui articulés à l'appui de sa demande et réservant la preuve contraire à la Société immobilière de Saint-Mandé-Picpus, il a été procédé à la date du 28 juin 1911, par M. Hibon, juge commis à cet effet, aux enquête et contre-enquête;

Attendu que les premier, deuxième, troisième, quatrième, cinquième, sixième, septième, huitième, neuvième et dixième témoins entendus ont déclaré que le concierge les a obligés à prendre l'escalier de service pour se rendre chez le docteur Mourret, les obligeant même à descendre lorsqu'ils étaient dans le grand escalier;

Attendu que le dixième témoin déclare qu'en raison de l'impossibilité où il se trouvait de passer par l'escalier de service, étant blessé à l'épaule et portant son enfant sur son bras, le concierge le laissa passer par le grand escalier, mais se permit des réflexions désobligeantes à l'adresse du docteur Mourret;

Attendu que ces témoins étaient des malades se rendant chez le docteur pour y recevoir des consultations ou des soins;

Attendu que le médecin qui reçoit chez lui une clientèle, celle-ci comprendrait-elle des personnes plus ou moins bien vêtues ou en tenue de travail ne peut, sans froissement pour elles, et, partant, sans préjudice pour lui, voir imposer auxdits clients l'usage de l'escalier de service; qu'à défaut de stipulation dans le bail cet usage est réservé aux fournisseurs et aux domestiques;

Attendu que les témoins entendus dans la contre-enquête et qui se sont bornés à louer la politesse et la vigilance des concierges n'ont en rien contredit les dépositions des témoins de l'enquête;

Attendu que, eu égard au nombre et à la durée des actes dommageables, le Tribunal a les éléments nécessaires pour évaluer à 200 francs le préjudice causé;

Par ces motifs,

Condamne la Société défenderesse à payer au docteur Mourret la somme de 200 francs à titre de dommages-intérêts pour les causes sus-énoncées. »

C'est la première fois, nous semble-t-il, qu'un Tribunal a résolu cette question en ce qui concerne la clientèle médicale. Il n'a d'ailleurs fait qu'appliquer aux médecins ce que la Cour avait décidé à l'égard des avocats et des hommes d'affaires (Cour de Paris, 5 mai 1903, *Dalloz périodique*, 1904, 2, 120).

Ainsi donc, le médecin qui reçoit chez lui une clientèle, celle-ci comprendrait-elle des personnes plus ou moins bien vêtues ou en tenue de travail, ne peut, sans froissement pour elles, et, partant, sans préjudice pour lui, voir imposer auxdits clients, par le concierge de l'immeuble où est installé son cabinet, l'usage de l'escalier de service, cet usage étant réservé aux seuls fournisseurs et domestiques à défaut de stipulation contraire dans le bail.

Et le propriétaire est tenu de réparer le préjudice causé par les agissements, à ce point de vue, du concierge, son préposé.

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 29 NOVEMBRE 1912)

Sporotrichum Beurmanni. — M. DE BEURMANN et M. FULCONIS (de Nice) décrivent une forme nouvelle de sporotrichose causée par le sporotrichum Beurmanni, la forme éléphantiasique gommeuse du pied de Madura sporotrichosique. Il s'agit d'une Niçoise atteinte, depuis vingt-huit ans, d'une maladie mystérieuse, caractérisée surtout par des gommes mammaires hypodermiques et dermiques et par des lésions osseuses. La jambe et le pied gauche présentent l'aspect clinique et l'inoculation au cobaye excluent la tuberculose, et la culture, ainsi que l'agglutination, démontrent la sporotrichose. Malheureusement la malade, épuisée par d'interminables suppurations, ne peut supporter l'iodure de potassium et meurt cachectique, alors qu'un diagnostic et un traitement faits en temps utile l'auraient guérie probablement en peu de semaines.

Etats méningés curables chez les enfants. — M. COMBY a observé deux enfants, âgés de six et sept ans, qui ont présenté les symptômes d'une méningite aiguë : tout à coup fièvre, douleurs de tête, vomissements, raideur de la nuque, etc. La ponction lombaire, dans les deux cas, donne un liquide clair, à réaction lymphocytaire. Après cet examen, on a cru qu'il s'agissait de méningite tuberculeuse. Or les deux enfants ont guéri rapidement, en conservant pendant quelques semaines des troubles de la marche, une impotence fonctionnelle des membres inférieurs. Tout cela a guéri.

En présence d'un pareil syndrome, le médecin est fort embarrassé. Mais si l'on tient compte des faits analogues, déjà publiés, des cas mixtes accompagnés de paralysie et d'atrophie musculaire, on arrive à se convaincre que ces états méningés relèvent de la poliomyélite aiguë à forme méningée. M. Hutinel, dans ces derniers mois, a observé sept ou huit cas analogues tous terminés par la guérison.

Phlébogramme de la jugulaire. — MM. G. CLARAC et C. PEZZI présentent un tracé recueilli par eux, chez un malade du service de M. Vaquez, au lieu d'élection pour l'inscription du phlébogramme de la jugulaire (espace sus-claviculaire droit). Sur ce tracé, chacune des deux parties de la pulsation veineuse normale [correspondant l'une à la systole de l'oreillette (*a*), l'autre à la systole du ventricule (*c* et *v*)] se manifeste par une dépression de la ligne d'inscription.

Ce phlébogramme négatif ne peut être produit que par l'inscription de mouvements cardio-pneumatiques, remplaçant les différentes ondulations de la pulsation jugulaire normale.

De tels mouvements cardio-pneumatiques, bien connus en d'autres régions, n'avaient pas encore été signalés, ou tout au moins enregistrés à la base du cou.

Maladie kystique du foie. — MM. LE GENDRE, GARSAUX et DEGLOS apportent l'examen anatomo-pathologique complémentaire d'une observation de maladie kystique du foie antérieurement publiée.

Nature syphilitique de la chorée de Sydenham (?). — M. MILIAN a examiné un grand nombre d'enfants atteints de chorée de Sydenham. Il a trouvé chez un grand nombre des stigmates d'hérédo-syphilis, chez d'autres, alors même qu'ils ne présentaient aucun signe, on trouvait chez les ascendants la syphilis. La réaction de Wassermann s'est d'ailleurs montrée positive dans un grand nombre de cas. Le traitement arsenical est le seul qui dans la chorée ait pu jusqu'ici donner des résultats intéressants. Il semble donc que la syphilis joue un rôle important dans la genèse de cette affection.

M. COMBY s'élève contre cette opinion. La chorée se voit avec une prédominance marquée chez les filles, c'est une maladie d'évolution particulière à l'enfance. Son étiologie prête à discussion, mais une maladie infectieuse aiguë se retrouve le plus souvent à l'origine. Les complications car-

diaques sont presque la règle. Ces faits cadrent mal avec la nature hérédo-syphilitique de la chorée. D'ailleurs les stigmates ne sont pas plus fréquents chez les choréiques.

M. GUILLAIN n'est pas convaincu de l'origine syphilitique de la chorée. C'est évidemment une maladie organique du système nerveux, mais presque jamais le liquide céphalo-rachidien n'a les caractères du liquide céphalo-rachidien des syphilis nerveuses. Il n'y a pas d'hyperalbuminose, pas de lymphocytose. Le signe d'Argyll-Robertson n'existe pas. Enfin l'évolution est différente, c'est une affection qui guérit sans traitement spécifique.

Les autopsies ne permettent de déceler aucune lésion syphilitique.

M. NOBÉCOURT partage l'opinion de MM. Comby et Guillain. Il insiste sur la fréquence, au cours de cette affection, des cardiopathies qu'on ne peut imputer à la syphilis héréditaire. La réaction de Wassermann est rarement positive. Enfin le traitement par les lavements d'arsenobenzol n'ont donné aucun résultat.

M. CLAUDE croit qu'il faut distinguer parmi les chorées plusieurs formes. Il est possible que le syndrome choréiforme puisse être simulé par certains processus syphilitiques, mais dans la chorée de Sydenham les nombreuses observations qu'il a recueillies sont toutes muettes sur la syphilis.

De plus, on pourrait aussi bien invoquer la tuberculose sous le prétexte que beaucoup de petits choréiques sont en même temps bacillaires.

M. CROUZON rapporte que dans les antécédents héréditaires des choréiques la syphilis n'est pas plus fréquente que chez les autres enfants. Dans 8 cas, la réaction de Wassermann s'est montrée 8 fois négative.

M. MERKLEN a vu un enfant hérédo-syphilitique certain atteint de chorée. Or ce qui semble prouver que, même dans ce cas, la chorée était surajoutée et n'était pas de nature syphilitique, c'est que la réaction de Wassermann, habituellement positive dans les processus spécifiques, était négative avec le sang et le liquide céphalo-rachidien.

M. HALLÉ a toujours vu la chorée guérir, quel que soit le traitement employé. Le mercure n'a jamais hâté la guérison. Or il ne connaît pas d'affection syphilitique, guérissant sans traitement, et qui ne soit améliorée par un traitement spécifique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

(SÉANCE DU 21 NOVEMBRE 1912)

Un cas de côtes cervicales supplémentaires avec troubles trophiques et vaso-moteurs du membre supérieur droit. — M. CHANAUD communique l'observation et la radiographie d'un gendarme présentant des troubles vasculaires et trophiques du membre supérieur droit, consécutifs à une côté surnuméraire très développée du côté correspondant. La radiographie a permis de constater que les côtes supplémentaires cervicales ou lombaires ne sont pas extrêmement rares, par contre des côtes aussi développées et déterminant des troubles analogues sont exceptionnelles. L'auteur en a cependant relevé deux cas dans la littérature médicale.

Code de déontologie à l'usage des médecins militaires. — M. JOSSE, à la suite du Congrès des praticiens à Paris et à Lille, du Syndicat des médecins de Toulouse et du professeur Lacassagne à Lyon, propose à la Société un certain nombre de règles fixes de déontologie médicale à l'usage des médecins de l'armée.

Cerclage de la rotule au catgut. — A la suite de la communication de M. Batut (17 oct. 1912) sur cette question, MM. OUDARD et MASSON communiquent trois observations où ils ont obtenu d'excellents résultats dans les fractures de la rotule par le cerclage au catgut fort.

M. MIRAMOND DE LA ROQUETTE cite également une observation où il a obtenu dans une fracture ouverte de la rotule de bons résultats par le cerclage au fil d'argent fin.

Evacuation des blessés en campagne. — MM. CAHIER et ROUFFIANDIS étudient les moyens de transports utilisables pour les évacuations sur routes (voitures de réquisition, voitures des groupes de brancardiers, véhicules à traction mécanique ou animale) mises à la disposition du service de santé par le directeur des étapes et des services, et après avoir montré les moyens d'utilisation des différents types d'automobiles demandent pour le service de santé des moyens d'évacuation qui lui appartiennent en propre, prévus dès le temps de paix.

M. GRANJUX, après avoir rappelé les souvenirs de la campagne de 1870, à laquelle il prit part, et les constatations qu'i a pu faire, pense que :

I. Les blessés légers et nerveux s'évacuent spontanément.

II. L'évacuation des blessés graves est fonction de la relève de ces blessés, celle-ci ne sera assurée que par :

1° Dans les corps de troupe les musiciens employés comme brancardiers;

2° Les brancardiers d'ambulance instruits dès le temps de paix;

3° Le groupe de brancardiers munis de chiens sanitaires.

III. Le degré de transportabilité des blessés est surtout fonction de la qualité des moyens de transports. L'avenir est aux convois automobiles.

IV. En principe il est désirable que les évacuations soient aussi rapides, aussi complètes que possible, on ne doit, malgré la convention de Genève, laisser à l'ennemi que les blessés absolument intransportables.

V. Tant que le service de santé n'aura pas des moyens de transport à lui, les évacuations seront toujours problématiques.

VI. Compter sur la Croix-Rouge pour assurer les évacuations, c'est pour le service de santé capituler et abdiquer.

M. BOULOUMIÉ, d'après son expérience, indique le parti que l'on peut tirer des voitures improvisées et ce qu'il faut attendre à son avis des sociétés de secours aux blessés.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Entretiens dermatologiques à l'Ecole Lailler (hôpital Saint-Louis), par le docteur R. SABOURAUD, chef du laboratoire municipal de la ville de Paris à l'hôpital Saint-Louis. Un vol. in-8 de 520 pages, avec 49 fig. sur cuivre dans le texte. — Prix : 9 francs. — Paris, O. Doin et fils.

Maladies des méninges, par HUTINEL, professeur à la Faculté de médecine de Paris, KLIPPEL, H. CLAUDE, R. VOISIN, LÉVY-VALENSI, médecins des hôpitaux de Paris. Un vol. gr. in-8 de 383 pages avec 49 fig. — Prix : broché, 8 francs; cartonné, 9 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Formulaire Astier, vade-mecum de médecine pratique (médecine, chirurgie, obstétrique), thérapeutique et pharmacologie. Un vol. in-16, relié peau souple, XX-1086 pages. — Prix : 8 francs. — Paris, Vigot frères.

L'Organisme dans les infections. Aperçus nouveaux d'hématologie et de pyrétologie, par le docteur AUDAIN (d'Haïti); préface de M. RÉNON. Un vol. de 417 pages. — Paris, A. Maloine.

Traitement de l'hyperchlorhydrie, de l'hyperpepsie et de l'ulcère gastrique, par le docteur AGASSE-LAFONT, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris. Fasc. de 40 pages. — Prix (envoi franco) : 1 franc. — Paris, O. Berthier; Emile Bougault, successeur.

Traitement de la fièvre typhoïde, par le docteur MILHIT, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien préparateur à la Faculté de médecine. Fasc. de 48 pages. — Prix (envoi franco) : 1 franc. — Paris, O. Berthier; Emile Bougault, successeur.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE. 17

N° 139 — JEUDI 5 DÉCEMBRE 1912. 85e ANNÉE. JEUDI 5 DÉCEMBRE 1912. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 29 novembre. — MM. Dohen, 3; Vesselle, 4; Mlle Leven, 9; MM. Roussillon, 6; Gaumet, 2; Polony, 7; Chenet, 6; Deguignand, 4.

Séance du 2 décembre. — M. Perin (Lucien), 9; Lascombe, 10; Netter, 6; Turnesco, 8; Lefranc, 11; Houlbert, 6; Cavaillon, 5; Jacob, 8; Ulmann, 7.

Séance du 3 décembre. — MM. Gerber et Weill, 8; Favory, 6; Mlle Giboulot, 7; MM. Bisson, 9; Philippe, 7; Gourdin, 3; Stavropoulo, 4; Gardin, 12.

Anatomie. — Séance du 3 décembre. — MM. Decléty, 8; Sartre, 6; Mlle Harel, 3; MM. Vazeux, 11; Roubeau, 9; Giraud (Albert), 5; Audebert, 10; Ohanianz, 6; Magnillat, 5; Mora, 4.

— CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR (MÉDECINE). — Le concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1912-1913) aura lieu le lundi 10 mars 1913, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau).

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au service du personnel de l'Administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 3 au 11 janvier inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au service du personnel au plus tard le samedi 11 janvier 1913, à trois heures, dernier délai.

CONSEIL ACADÉMIQUE DE PARIS. — A la suite du scrutin qui a eu lieu le 14 novembre 1912 pour l'élection au Conseil académique de Paris d'un délégué de l'Ecole supérieure de pharmacie, en remplacement de M. Bouchardat, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, M. Bourquelot ayant obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés a été déclaré élu membre du Conseil académique de Paris.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — M. Simon, professeur de pathologie générale et pathologie interne à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale à ladite Faculté.

FACULTÉ LIBRE DE LILLE. — Le *concours de l'internat* s'est terminé par les nominations de MM. Ed. Vallois et P. Dekester, internes titulaires; de MM. F. Guilbert et M. Dekester, internes provisoires.

Le *concours de l'externat* s'est terminé par les nominations de MM. Pouch, Dehée, Prouvost, Samsoen, Porry, Macquart, Deflandre, Lavigne, Dupont, Montembault, Leconte, Durot, Bruneau, Bervet, Carton, de Moidrey, de Fourcroy, Jacquemart, Mevel.

Le *prix des anciens étudiants* a été décerné à M. Adolphe Bernard.

Le *prix Féron-Vrau* à M. A. Lucas, une mention honorable a été décernée à M. Desauvage.

Le *concours de l'adjuvat* s'est terminé par la nomination de M. Lemaire. MM. Delattre et Ducatteau ont été nommés aides d'anatomie provisoire.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Le dimanche 1er décembre, les sociétés locales de l'Association générale des médecins de France ont procédé à l'élection d'un président en remplacement de M. Lande (de Bordeaux), décédé. M. le docteur Gaucher, professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculte de médecine de Paris, a été élu président de l'Association générale pour une période de cinq ans.

Voici quels ont été les présidents de l'Association générale des médecins de France :

I. Rayer : 31 août 1858-8 septembre 1867 (décès). — II. Tardieu : 17 juin 1868-9 décembre 1875 (démission). — III. Henri Roger : 16 mars 1876-15 novembre 1891 (décès). —

IV. Lannelongue : 4 février 1892-10 novembre 1901 (démission). — V. Brouardel : 16 février 1902-23 juillet 1906 (décès). — VI. Lereboullet : 16 décembre 1906-30 avril 1911 (démission). — VII. Lande (de Bordeaux) : 18 juin 1911-23 avril 1912 (décès). — VIII. Gaucher : 1er décembre 1912.

A LA MÉMOIRE DE CHARLES NÉLATON. — Le médaillon de Charles Nélaton, placé sur l'un des murs intérieurs de l'hôpital Boucicaut, a été inauguré lundi devant un très nombreux public, composé surtout de collègues et d'amis. M. Quénu, au nom des chirurgiens des hôpitaux, a rappelé en quelques paroles émues les qualités professionnelles et morales de Charles Nélaton. Puis, M. Mesureur a remercié les souscripteurs, au nom de l'Assistance publique.

MÉDECIN OU INSTITUTEUR. — M. G..., qui est directeur d'école publique à Bernay, a entrepris ses études médicales. Il les poursuivit sans abandonner ou négliger un seul jour ses fonctions enseignantes et trouva le concours le plus empressé de la part des administrateurs de l'hôpital et du médecin en chef de l'établissement.

Une fois reçu docteur en médecine il voulut rendre à l'hôpital les services qu'il en avait reçus et il adressa aux membres de la commission administrative une lettre par laquelle il se mettait à leur disposition pour remplir gratuitement tels services qu'on voudrait bien lui confier.

La commission accepta et le nomma médecin adjoint.

Mais le Syndicat des médecins de l'arrondissement a déféré cette nomination au Conseil d'Etat pour excès de pouvoir.

La loi du 30 octobre 1886 interdit en effet aux instituteurs les professions commerciales et industrielles et les fonctions administratives.

Le Conseil d'Etat devait appliquer la loi. Il a rendu un arrêt déclarant que l'emploi de médecin adjoint de l'hôpital-hospice constituait une fonction administrative interdite à un instituteur. L'arrêt ajoute que la circonstance que le sieur G... s'acquitterait gratuitement de son service médical ne modifie pas le caractère de l'emploi qui lui a été confié.

La nomination de M. G... a donc été annulée.

ACTUALITÉS

LE SERVICE DE SANTÉ DANS L'ARMÉE BULGARE

D'une correspondance de M. René Puaux adressée au *Temps* nous extrayons les quelques passages qui suivent. Au moment où la question de l'évacuation des blessés sur le champ de bataille est plus à l'ordre du jour que jamais (1) ils seront lus avec intérêt :

«... Je vous ai déjà écrit que sur ma route j'avais trouvé, en venant, un service d'hôpitaux de campagne fort bien installé, mais je me rends compte maintenant qu'on s'est trop préoccupé des services d'hospitalisation de l'arrière, des hôpitaux d'évacuation, et pas assez des ambulances en seconde ligne, c'est-à-dire du second échelon après les postes de secours de la ligne de feu. Je ne voudrais pas faire de critique technique, les éléments de détail m'échappant, mais il me souvient qu'aux manœuvres suisses auxquelles j'assistai en septembre dernier, on avait expérimenté avec succès une innovation qui répond exactement au défaut qui m'a frappé ici. Réduisant au minimum les postes de secours sur la ligne de feu on avait renforcé les ambulances divisionnaires placées *juste en dehors* de la ligne de feu. Les blessés devaient recevoir là les soins antiseptiques les plus minutieux sans intervention chirurgicale et *surtout connaître le repos*. On a fait ici exactement le contraire. Les postes de secours sur la ligne de feu ont fait des pansements sommaires, puis ont expédié les blessés au petit bonheur (et non par groupes commandés par le plus ancien gradé comme le prescrit le règlement français), vers des postes d'ambulances déjà très éloignés qui les ont immédiatement, sans leur donner le repos indispensable pour éviter les complications de certains traumatismes et pour permettre le rétablissement de l'état général ébranlé, envoyés vers la plus proche station de chemin de fer pour être évacués vers les grands centres.

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1912, p. 1217, 1252 et 1946.

C'est la méthode allemande telle qu'elle fut appliquée en 1866 et 1870-1871 ; l'évacuation immédiate primant tout autre soin (1). La direction du service de santé de l'armée bulgare peut, il est vrai, plaider pour sa décharge que des expériences comme celle de Soudjak, où une division bulgare, forcée de reculer devant un adversaire plus nombreux, laissa ses ambulances sur le terrain perdu sous la protection de la Croix-Rouge, et retrouva le lendemain tous ses blessés martyrisés et mutilés, l'avaient fait hésiter à faire désormais avancer trop près ses ambulances divisionnaires.

Vis-à-vis d'un ennemi comme le Turc, les conditions sont évidemment anormales, mais il n'en demeure pas moins certain qu'entre le moment où le blessé bulgare a reçu sa blessure et celui où il connaît l'abri d'un toit, la boisson réconfortante, la paix d'un repos fixe, il s'écoule un temps démesuré. J'ai suivi ainsi des soldats qui, blessés dans la matinée du 18 novembre, ont fait à pied la route du vallon de Chanadza à Akalan (6 kilomètres), puis d'Akalan à Ermenikeui (19 novembre), 6 kilomètres, puis ont été transportés dans des chars à bœufs, sans abri, sans paille pour amortir les cahots, à la gare de Sinecli (17 kilomètres), n'ont trouvé là qu'une seule infirmière pour 600 hommes et pas une goutte de thé chaud, pas une seule maison (l'ancienne mosquée ne pouvait contenir qu'une vingtaine d'hommes et l'immeuble près de la gare était réservé aux infectieux), ont été embarqués le 20 au soir dans des fourgons à bestiaux qui venaient d'apporter des munitions et n'avaient pas une seule réserve de paille ou de fourrage, ont fait ainsi le voyage de Sinecli à Kirk-Kilissé (seize heures), pour arriver dans cette ville le 21 à onze heures du matin, soit trois jours pleins après la bataille ! Certes, à Kirk-Kilissé il y avait des Croix-Rouges de toutes nationalités avec abondance de matériel, d'infirmiers et d'infirmières, mais on se trouvait à 150 kilomètres du front !

. . . .

Je crois que le système suisse, inauguré cette année aux manœuvres de Will, est celui que la logique autant que ce que je viens de voir indiquent comme étant le meilleur : *imposer le minimum d'effort immédiat au blessé et ne l'évacuer qu'après une période indispensable de repos*. Cela est d'autant plus nécessaire que les armées européennes ont une « matière humaine » plus délicate que celle du fantassin bulgare.

. . . .

Je ne voudrais pas clore cette lettre, ... sans dire un mot du service sanitaire. L'armée bulgare avait marché triomphalement dans un *rush* inouï jusqu'à Lule-Bourgas sans un seul cas de maladie. Ce bonheur exceptionnel fit-il oublier aux autorités responsables le danger des épidémies qui tuent plus d'hommes que les balles ennemies? Toujours est-il qu'aucunes précautions d'hygiène ne furent imposées aux troupes. Alors que dans toutes les armées du monde le principe de la feuillée est considéré comme indispensable, les hommes traitèrent les villages où ils étaient cantonnés comme de vastes latrines. Cela était d'autant plus impardonnable que l'armée turque en retraite avait occupé ces mêmes villages quelques jours auparavant les laissant dans un état de saleté qu'on peut imaginer. Les cadavres d'animaux, les déchets de boucherie en plein vent empuantissaient l'atmosphère (ayant fait toute cette route avec l'armée bulgare j'en peux parler, hélas! *de visu* et *de olfactu*). Ce qui devait fatalement se produire s'est produit. La dysenterie et d'autres maux ont fait leur apparition. Le service de santé s'est aperçu un peu tard de la calamité qui touchait l'armée. On a fait évacuer les villages et camper les hommes dans les champs, on a imposé les feuillées avec menace de *fusiller* ceux qui n'observeraient pas cette loi fondamentale d'hygiène, on a mis le feu à des masures suspectes, on a passé à la chaux vive tous les alentours des maisons. »

(1) On peut ajouter, aux exemples donnés par M. René Puaux, celui de la guerre de Mandchourie où l'évacuation des blessés fut érigée en principe. En deux semaines 60.000 blessés furent évacués de Moukden à Kharbine distant de 600 kilomètres. Voir à ce sujet les renseignements fournis par M. Potiralowski (*Gaz. des hôpit.*, 1912, p. 1217). — *N. D. L. R.*

DEUX NOUVEAUX CAS

DE

PAROTIDITE SUPPURÉE

CHEZ DES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX

Par MM. R. HORAND, P. PUILLET et L. MOREL.

Observation I. — B..., cinquante ans, terrassier. Est amené par la police le 26 mars 1912, à l'Hôtel-Dieu (service de M. le docteur Leclerc).

Le malade est très agité, loquace, il manifeste des idées de grandeur : il est le président du syndicat de toutes les corporations de France, il a la croix de la Légion d'honneur, il attend la visite du président de la République et des généraux, etc.

Il est désorienté, ne se rend pas compte de sa situation. Il ne peut fournir de réponse précise. Tantôt il déclare avoir eu la syphilis, tantôt il la nie.

L'éthylisme paraît certain.

Erreurs de calcul simple.

De plus, on note des accrocs de la parole, du tremblement des doigts et des mains; les réflexes rotuliens sont vifs; les pupilles sont égales, réagissent assez bien à la lumière et à l'accommodation.

Rien dans les urines, pas de température.

Rien à l'examen des principaux organes.

Les jours suivants, l'agitation augmente, et le 29 mars le malade est interné à l'asile de Bron.

Dans le courant du mois d'avril, les troubles physiques et mentaux s'accentuent : affaiblissement global des facultés intellectuelles, idées de grandeur, agitation très vive contre laquelle on lutte sans succès par des injections d'hyoscine ; les signes physiques se précisent : réflexes rotuliens nettement exagérés; en plus du tremblement des doigts on note maintenant du tremblement de la langue, un embarras marqué de la parole ; les pupilles réagissent à l'accommodation, mais très mal à la lumière. On porte le diagnostic de paralysie générale.

Etat stationnaire jusqu'aux premiers jours de mai.

A ce moment, on constate que le malade est atteint de parotidite suppurée du côté gauche.

L'examen de la bouche et des dents est négatif.

La température monte à 39°2 le 4 mai, descend un peu au-dessous de 39 degrés le 5, puis se maintient entre 38°5 et 39 degrés jusqu'au 7 mai.

Ce jour-là, le professeur Jaboulay opère le malade sans anesthésie : insensibilité absolue de la région, incisions, drainage d'une parotidite à forme phlegmoneuse.

La température tombe à 37°2 le 8, mais décrit ensuite de grandes oscillations : 37°3 le matin, 38°8 le soir pendant deux jours. Puis, à partir du 9 mai, elle se maintient entre 39°2 et 39°5. L'état général est très grave et le malade meurt le 15 mai, une semaine après l'opération, quinze jours environ après le début de la parotidite.

L'autopsie n'a pas été pratiquée.

Obs. II. — F..., cinquante ans, cuisinière. Est envoyée à l'asile de Maison-Blanche le 30 janvier 1912, avec le diagnostic de paralysie générale, hallucinations, excitation, accrocs de la parole, pupilles contractées, inégales, G>D, paresseuses. Appoint alcoolique probable (Juquelier).

L'évolution ne présente rien de particulier jusqu'au 9 février où l'on note l'apparition d'une escarre sacrée.

Le 26 février, ictus épileptiforme avec coma prolongé et une température atteignant 39°8.

Les jours suivants, le coma cesse, la température revient à la normale.

Le 6 mars, début d'une parotidite droite avec état général grave, gâtisme, température, 39 degrés.

L'examen de la bouche révèle un écoulement purulent au niveau de l'orifice du canal de Sténon.

La température se maintient aux environs de 39 degrés le soir, descendant le matin à 37°7, 38 degrés, l'état général s'aggrave et la malade meurt le 10 mars sans avoir pu être opérée.

Opposition à l'autopsie.

Ces deux observations et les observations antérieures publiées par MM. R. Horand et P. Puillet présentent les particularités suivantes :

1° Les parotidites suppurées semblent plus fréquentes du côté droit; le décubitus latéral a peut-être une influence bien que plusieurs de nos malades se couchassent sur le dos et non sur le côté.

2° La pathogénie est encore obscure. On a invoqué la cachexie, l'état saburral de la cavité buccale; mais ces causes se retrouvent chez nombre d'aliénés qui ne font pas de parotidite suppurée ou très rarement. La théorie fluxionnaire de Moricke, par réaction sympathique des glandes les unes sur les autres, ne peut expliquer qu'un très petit nombre de cas. La théorie de l'infection microbienne, favorisée par la diminution de la sécrétion et de l'excrétion salivaire, les modifications de la salive, par une virulence plus grande des microbes normaux de la bouche, est plus acceptable. L'infection peut se faire par voie sanguine ou par voie canaliculaire ; les germes pathogènes franchissent librement le canal paralysé.

A toutes ces causes, il faut ajouter l'influence prépondérante des lésions nerveuses qui créent un état de moindre résistance locale par une action trophique. L'anesthésie, notée dans les observations, montre que la glande privée de son influx nerveux ne peut plus réagir contre les infections.

3° Contrairement aux conclusions de la thèse de Lecorvaissier, les parotidites sont rares dans la paralysie générale. Elles sont très graves et précèdent la mort de quelques jours, méritant bien le nom de parotidites terminales que leur ont donné Claisse et Dupré.

4° Le traitement, outre l'hygiène de la bouche, comporte l'incision précoce et le drainage. Peut-être pourrait-on essayer l'extirpation complète de la glande.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE « LA JOLIETTE »

TROIS CAS DE CHIRURGIE ABDOMINALE D'URGENCE

Par M. LOP (de Marseille).

I

Observation I. — *Plaie pénétrante de l'abdomen par un éclat métallique de la grosseur d'une tête d'épingle, déchirure de l'épigastrique et perforation du cæcum. Laparotomie latérale. Guérison.* — Le 1er février, à neuf heures, l'on conduisait à ma clinique le sieur P..., manœuvre aux ateliers de la Compagnie Paquet, porteur d'une toute petite plaie de la paroi latérale droite de l'abdomen, à quelques centimètres de la fosse iliaque par éclat métallique. A travers la plaie s'écoulait

encore en bavant un jet de sang noirâtre. Très affaibli, quoique robuste, par l'hémorragie, cet ouvrier racontait : que se trouvant à quelques mètres de l'enclume où deux de ses collègues travaillaient, il avait brusquement éprouvé une vive douleur dans le bas-ventre et s'était presque aussitôt senti mouillé par un jet de sang de 20 centimètres jaillissant d'une petite plaie au point douloureux.

Je ne sais si le jet avait 20 centimètres, mais ce qui est certain, par l'examen des vêtements, littéralement inondés, la pâleur et la faiblesse du blessé, c'est que l'hémorragie avait dû être très abondante.

Aussitôt couché sur la table d'opération, le personnel de service de la clinique — l'hémorragie s'étant arrêtée dans cette position — s'occupe de relever l'état général pendant que je fais le nettoyage de la région.

La plaie toute petite, grosse comme la tête d'une épingle noire, est située sur le milieu d'une ligne allant du pubis à la crête iliaque droite; il existe une tuméfaction assez profonde de la valeur d'une mandarine, peu ou pas de douleur, la paroi se défend pourtant énergiquement.

Pendant les quelques minutes employées à désinfecter la paroi et à ranimer le blessé, l'hémorragie extérieure ne s'est plus reproduite et l'hématome ne semble pas s'être augmenté. Toute douleur a disparu, pas de vomissement; le blessé, un Méridional jovial, réclame son déjeuner et une cigarette et ne veut pas entendre parler d'opération avant d'avoir « boulotté ».

A l'aide d'un stylet je désinfecte à la teinture d'iode la partie la plus superficielle du trajet de la plaie, désinfection étendue ensuite à toute une partie de la paroi et par-dessus on applique un pansement légèrement compressif.

Le blessé est ensuite mis en observation, il est dix heures vingt. A midi tout est normal en apparence, pouls à 80, pas de température; le blessé clame qu'il meurt de faim et jure comme un païen parce qu'on ne lui donne pas à manger solidement.

Je pars, recommandant une surveillance rigoureuse. Jusqu'à cinq heures rien de particulier à signaler. A cinq heures trois quarts, à ma contre-visite, je trouve le pouls fréquent et petit à 100. On défait le pansement, l'hématome s'est augmenté et occupe presque la fosse iliaque. L'hémorragie s'est reproduite, mais interne, sous-cellulaire certainement.

Malgré ses protestations, car il prévoit son dîner perdu, le blessé est conduit à la salle d'opération, et sous anesthésie cocaïnique je pratique une incision légèrement oblique en dehors de la ligne médiane en prenant pour point de départ la plaie.

Incision couche par couche, hématome profond sus-aponévrotique; j'enlève tous les caillots et trouve une petite perforation correspondant exactement à celle de la paroi à travers laquelle se fait une petite hémorragie.

Incision de l'aponévrose; j'arrive sur la couche musculaire traversée également par le projectile; aussitôt un jet de sang s'échappe. Je débride largement et trouve l'épigastrique déchirée, ligature entre deux pinces.

A ce moment, la cocaïne ne suffisant plus, on donne du chloroforme.

L'hématome a décollé tout le plan musculaire et s'est infiltré jusque dans la fosse iliaque. La perforation musculo-aponévrotique et la déchirure de l'épigastrique me font craindre que le projectile soit allé plus loin vers l'intestin.

Les muscles écartés et la cavité débarrassée de tous les caillots qui l'encombrent, je trouve sur le péritoine pariétal une perforation; celui-ci incisé j'arrive sur le cæcum (face antérieure) sur lequel est incrusté le corps étranger (parcelle d'acier) qui a entamé la séreuse et la musculeuse. Débarrassé de cet hôte dangereux, on enfouit par deux points à la Lambert la perforation, toute la région est nettoyée avec du sérum très chaud et refermée après avoir placé un gros drain.

Le malade est recouché sans incident. Les suites opératoires ont été parfaites pendant cinq jours. Le cinquième jour, apparition d'un léger ictère qui a duré huit jours. Le drain est enlevé le dixième jour. Le malade se lève le seizième jour.

II

Cette observation m'a paru des plus intéressantes. Elle l'est tout d'abord par l'insignifiance de l'agent vulnérant (tête d'épingle) dont la force de pénétration seule explique les lésions constatées pendant l'opération.

Elle l'est ensuite par la rareté des plaies de l'épigastrique, la marche des symptômes, dont la gravité était surtout l'hémorragie, son abondance et sa cause. Il y a lieu de signaler, en outre, l'absence à peu près complète de réaction péritonéale malgré la perforation des deux tuniques, séreuse et musculeuse : dans l'épaisseur de la dernière se trouvait solidement implanté le corps étranger.

Fallait-il intervenir plus tôt? Je ne le pense pas. Surveillé très étroitement plus de deux heures après son entrée à la clinique, rien ni localement ni dans l'état général n'indiquait une intervention plus précoce, même exploratrice.

Peut-être que si le blessé avait dû rester loin de toute surveillance et de secours immédiat, je serais intervenu peu après son arrivée, et encore je n'en suis pas sûr car rien ne justifiait une intervention, si minime fût-elle, jusqu'à cinq heures du soir.

Obs. II. — *Appendicite gangréneuse (?), phlegmon de la fosse iliaque, broncho-pneumonie, intervention, mort au troisième jour.* — M. X.., soixante-douze ans, mais encore robuste et alerte au point de pouvoir diriger une importante exploitation sur les quais. Mon client a été pris dans l'après-midi de vendredi, 9 février, d'une vive douleur dans le ventre avec état syncopal. Il met plus de deux heures avant de pouvoir rentrer chez lui, dîne très légèrement, se couche de bonne heure. Toute la nuit, il ne cesse de se plaindre; néanmoins, se sentant un peu mieux, il retourne à ses occupations toute la journée de samedi.

Le soir, il rentre chez lui plus tôt que d'habitude, se couche sans manger, souffrant atrocement du ventre. Toute la nuit est employée par sa famille à le soigner : cataplasmes, lavements, boissons chaudes, etc.; le lendemain dimanche se sentant mieux il ne veut pas que l'on m'appelle et demande à être purgé car il n'est plus allé à la selle depuis trois jours.

Cette purgation produit beaucoup d'effet, le soulage au point qu'il ne souffre presque plus. Il ne se plaint que d'être suffoqué et de tousser fréquemment, toux qui réveille des douleurs abdominales surtout à droite.

La journée et la nuit sont plutôt mauvaises, on se décide malgré lui à m'appeler le lundi matin. J'arrive vers huit heures et demie, je trouve un malade très suffoqué, toussant à chaque instant, le pouls est fréquent à 120, la langue sèche, rouge, la peau très chaude.

Pendant que l'on me raconte l'histoire ci-dessus, j'examine le ventre et trouve tous les signes d'une appendicite suraiguë.

Depuis la veille au soir le malade a de la peine à vider sa vessie.

L'examen de l'appareil respiratoire me réservait une pénible surprise : il existe de la broncho-pneumonie disséminée surtout à droite, le cœur est plutôt déprimé, aussi tension artérielle médiocre.

En présence d'un pareil état je me demande si les symptômes généraux et la température de 40°4 sont fonctions de l'état pulmonaire ou de l'appendicite, qui me paraît déjà être compliquée de phlegmon par perforation (?) celle-ci remontant au vendredi, à moins qu'elle ne se soit produite sous l'influence de la purgation du dimanche matin.

Quoi qu'il en soit il faut agir vite et courir au plus pressé : soutenir le cœur défaillant, combattre la bronchoplégie mena-

çante. Tout en instituant la médication locale (glace, diète et l'immobilisation de l'intestin), j'avise la famille qu'il faudra intervenir au plus tard le lendemain matin, l'état général étant pour l'instant trop précaire pour une opération, même sans chloroforme.

Le soir, l'état général s'est bien remonté sous l'influence de l'huile camphrée à hautes doses, la strychnine et l'ergotine, la langue est moins sèche, les signes d'auscultation ne sont pas améliorés, ni aggravés, pouls 115, température 40 degrés, respiration 35.

La famille est hésitante quant à l'intervention, obligé que je suis, en présence d'un pareil état, de faire les réserves que l'on devine. Le malade demande à régler ses affaires. La nuit du lundi au mardi est meilleure, le pouls a repris sa vigueur, la langue est humide, l'intelligence plus alerte; localement la glace calme la douleur.

Il existe une défense musculaire intense et un très léger œdème de la paroi. Il faut intervenir au plus tôt. Les signes de broncho-pneumonie ne se sont pas amendés, pouls 100, température 40 degrés, respiration 30.

Devant mon insistance la famille se décide et le malade est conduit à ma clinique le 12 à huit heures du soir où je le vois en consultation avec mes bons amis, le docteur Pagliano, médecin-chef des hôpitaux, et le docteur Pujol : d'un commun accord on est d'avis d'intervenir immédiatement, mais sans anesthésie générale.

Sous une série de piqûres de cocaïne à 1/200 j'opère aussitôt.

L'intervention confirme le diagnostic d'appendicite perforante, avec phlegmon consécutif de la fosse iliaque.

L'opération bien supportée a duré vingt minutes.

En présence de la gravité de l'état local et de la quantité d'adhérences on s'abstient de toute recherche de l'appendice, on place deux gros drains accolés en canon de fusil, le malade est ensuite recouché en décubitus latéral droit.

Du 12 au soir jusqu'au 14 au matin, l'état est si satisfaisant, température 37°5, pouls de 80 à 95, sécrétion urinaire abondante, qu'on se reprend à espérer.

Il existe une ombre à ce tableau, les signes d'auscultation ci-dessus se sont peu ou pas modifiés, et le malade est en état d'anhélation. Vers les deux heures de l'après-midi apparaît une dyspnée intense, le cœur s'affole et à six heures du soir la mort survenait sans secousse.

Obs. III. — *Appendicite gangréneuse. Opération. Péritonite fécaloïde le cinquième jour. Laparotomie. Perforation du cæcum le onzième jour. Guérison.* — Le 3 octobre dernier, au soir, je suis appelé auprès d'une fillette, âgée de treize ans, souffrante depuis deux ou trois jours.

Je trouve une enfant de constitution délicate, non encore réglée. Depuis quatre jours qu'elle est arrivée de la campagne elle souffre du ventre et n'a plus d'appétit.

La famille, mettant sur le compte de la menstruation les douleurs abdominales, n'avait pas cru devoir m'appeler plus tôt.

Le facies n'est pas mauvais, la langue est un peu sèche, saburrale et rouge sur les bords. A la main, la température est d'environ 38°5 à 39 degrés. Pouls à 90.

La soif est vive, l'appétit est nul, et depuis deux jours existent des selles diarrhéiques (deux à trois par jour).

L'abdomen est plat, assez souple, à peine sensible, pourtant l'enfant localisant nettement sa douleur à droite, j'examine avec attention la fosse iliaque.

Il existe évidemment une légère sensibilité, mais pas plus que dans une dothiénentérie ordinaire; le point de Mac-Burney est peut-être de toute la région le moins sensible.

Ce syndrome ressemblait à s'y méprendre plutôt à une fièvre typhoïde, à un état gastro-intestinal qu'à une appendicite et j'avoue que je pensais bien moins à cette dernière affection qu'aux premières.

Par mesure de précaution, je prescris la diète hydrique mitigée : bouillon de légumes et de fruits, pansements humides chauds sur l'abdomen et un peu d'élixir parégorique.

Le 4 au matin, l'état s'étant amélioré, la famille me prie de ne pas me déranger. Quoique un peu surpris de cette décision, je m'abstiens.

Vers les trois heures de l'après-midi on me fait appeler. Je ne puis y aller qu'à huit heures.

Un grand changement s'était produit, les symptômes ci-dessus décrits ne s'étaient pas aggravés, mais des signes très nets d'appendicite étaient apparus : défense musculaire considérable, point de Mac-Burney très net; le facies est légèrement grippé, le pouls à 110, la température de 39°5.

Aussitôt je fais appliquer la glace, j'augmente la dose d'élixir parégorique tout en insistant auprès de la famille pour opérer le soir même; malgré mes objurgations la famille veut attendre au lendemain.

Le 5 au matin situation *ne varietur*. La famille veut attendre jusqu'à midi. Dégageant toute responsabilité, je pars, refusant de continuer mes soins si l'on ne veut se rendre à mes raisons.

L'on se décide enfin, la fillette est conduite à ma clinique, je l'opère à trois heures.

Appendicite gangréneuse avec phlegmon de toute la fosse iliaque, drainage profond. L'enfant est recouchée dans le décubitus latéral absolu, l'on applique deux sacs de glace.

Jusqu'au 9, état local et général des plus satisfaisants.

Le 9 au soir, température 38°9, apparition de symptômes péritonéaux pour lesquels on augmente les sacs de glace, et l'on injecte dans le péritoine quatre seringues d'huile camphrée à 20 p. 100.

Le 10 au matin, état stationnaire mais pouls à 130, facies grippé. Injection de 5 centimètres cubes d'huile camphrée.

A midi, le pouls est à 140, l'abdomen est ballonné ou plus vraisemblablement distendu par du liquide.

En présence de la gravité de cet état, après une ponction capillaire intestinale, faite pour évacuer des gaz et soulager l'intestin distendu, qui avait donné issue à du liquide fécaloïde, je pratique à deux heures, à l'aide de quelques centimètres cubes de kélène, la laparotomie médiane sous-ombilicale.

Issue de près d'un demi-litre de liquide fécaloïde, répandu dans la grande cavité, et de pus provenant du cul-de-sac de Douglas.

On fait un lavage au sérum bien chaud, deux gros drains sont placés, l'un dans le Douglas, l'autre dans la cavité péritonéale.

L'enfant, après avoir reçu une copieuse injection de sérum, est placée dans la position de Fowler et j'installe, à travers les drains, l'irrigation intrapéritonéale continue avec du sérum faiblement goménolé à 1 p. 1000.

Ainsi que l'on peut s'en rendre compte, l'irrigation continue au stili-goutte a donné les résultats les plus heureux.

La position de Fowler étant mal supportée par l'enfant, je l'ai supprimée le sixième jour, tout aussitôt la température est remontée, l'irrigation continue reprise dans des conditions nouvelles, la température descend aussitôt.

Dans ce cas, comme dans tous les cas analogues où j'ai eu à l'employer, l'irrigation péritonéale continue m'a permis d'obtenir de véritables résurrections.

Tout allait pour le mieux, lorsque le 14 au matin, en défaisant le pansement, on trouve celui-ci souillé de matières fécales provenant d'une perforation du cæcum large comme une pièce de 50 centimes faite spontanément dans la nuit.

Cette nouvelle complication ne fut pas un ennui ordinaire. Impossible de tenter une réparation immédiate avec un pareil intestin.

Le 24, l'intestin ayant un bien meilleur aspect et la perforation aucune tendance à se refermer, au contraire; il s'est

formé un véritable anus artificiel dont les valvules conniventes forment les plis radiés.

Je tente la fermeture de cet anus après un avivement des bords de l'orifice par une suture en bourse enfouie sous un surjet.

Diète, opium, immobilisation, et jusqu'au 29 (cinq jours après) j'espérais avoir réussi, malheureusement le soir du cinquième jour on retrouve encore dans le pansement des matières, et le 30 au soir c'est une véritable débâcle.

Malgré cet avatar, je ne perds pas courage. Le 6 novembre, en présence des vives douleurs qu'occasionnent cet anus, de l'irritation locale de la peau par suite de l'écoulement des matières fécales, malgré les nombreux pansements faits dans la journée, j'interviens à nouveau. Je mobilise et extériorise le cæcum, et résèque aussi largement que possible les bords de la perforation, je fends en haut et en bas sur environ 5 millimètres et à l'aide de deux pinces placées aux deux extrémités je transforme la perforation circulaire en une plaie longitudinale ayant près de 2 centimètres et demi que je ferme par deux surjets superposés.

Cette fois mes efforts furent récompensés : à partir du 10 les matières reprirent leur voie normale, et le 15 l'enfant quittait la clinique. Seul persistait un petit pertuis laissant sourdre quelques gouttes de liquide intestinal.

	TEMPÉRATURE		
	Matin.	Soir.	
5 oct.	»	38°5	Opération.
6	37°6	37°9.	
7	37°4	37°6.	
8	37°3	37°5.	
9	37°9	38°9	Pouls 140. Péritonite, laparotomie.
10	37°8	38°6	120. Irrigation (intrapéritonéale) continue.
11 oct.	37°8	38°5	110.
12	38°4	37°6	110.
13	37°6	37°7	100.
14	37	37°2	96. La position nécessaire à l'irrigation continue étant mal supportée on la cesse.
15 oct.	37°2	38°9.	
16	38°2	39	Pouls 120.
17	38°6	38°8	115. Reprise de l'irrigation continue. Du 17 au 26 l'irrigation est continuée. La température est redevenue normale dès le 17 au soir. La suppuration est à peu près tarie. On supprime l'irrigation le 27 au matin, la température s'élève à nouveau. Mais il est impossible de la continuer. L'enfant est trop amaigrie pour pouvoir être maintenue davantage sur le plan résistant que nécessite l'irrigation ; d'ailleurs la température baissant chaque jour davantage, il n'y a pas lieu de prolonger l'irrigation.
27 oct.	38	38°2	
28	37°9	37°8	
29	37°4	38	
30	37°5	38	

Le 1er novembre, 37°4, état normal et définitif.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 NOVEMBRE 1912)

Propriétés physiologiques de certains lipoïdes : les lipoïdes homo et hétéro-stimulants des organes. — M. H. ISCOVESCO. L'étude chimique des lipoïdes a été l'objet de nombreuses recherches depuis quelques années : il convient de citer en particulier à ce sujet le beau travail d'Erlandsen sur les lipoïdes du cœur, qui peut servir comme modèle du genre. L'étude du rôle que peuvent jouer ces substances sur l'organisme normal n'avait pas été fait jusqu'à ce jour : ce sont les résultats des études poursuivies à ce sujet depuis quatre ans que M. Iscovesco expose aujourd'hui.

Les lipoïdes qu'on extrait des organes diffèrent, non seulement suivant les solvants qu'on emploie, mais aussi suivant l'ordre dans lequel on les emploie. Il convient donc dans cette étude de se servir d'une méthode constante.

M. Iscovesco a trouvé qu'il existait d'une façon générale, suivant les organes étudiés, des lipoïdes uniquement homostimulants, c'est-à-dire n'agissant que sur un organe, précisément sur celui dont le lipoïde provient, et sur aucun autre, tels sont les lipoïdes de l'ovaire et du testicule. D'autres lipoïdes sont en même temps homo et hétéro-stimulants : c'est-à-dire qu'ils agissent non seulement sur l'organe dont ils proviennent, mais encore sur toute une série d'autres organes. Tel est le lipoïde extrait de la thyroïde, qui a des propriétés homo-stimulantes sur la thyroïde et des propriétés hétéro-stimulantes sur le cœur, les capsules surrénales, l'appareil génital et l'appareil lacrymal.

Sur la durée de la circulation pulmonaire. — MM. J.-P. LANGLOIS et G. DESBOUIS.

L'antigène dans la réaction de Wassermann. — M. DESMOULIÈRE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 DÉCEMBRE 1912)

Hygiène de l'enfance. — M. BAR fait un rapport au nom de la Commission de l'hygiène de l'enfance. Il constate qu'il y a eu, cette année, plus de rapports des inspecteurs départementaux que les années précédentes. Toutefois, c'est encore bien insuffisant, et M. le rapporteur émet le vœu que ces rapports soient plus exacts et plus nombreux.

Les médecins inspecteurs ont fait preuve de leur dévouement habituel. Quoi qu'il en soit, la protection de l'enfance est encore bien rudimentaire. Les consultations médicales ont eu pour résultat d'accroître l'allaitement au sein.

Plusieurs mémoires et travaux intéressants ont été adressés à la Commission.

L'hématine du sang et ses variétés suivant les espèces animales. — M. BRETEAU fait une communication sur ce sujet. Il résulte de ses recherches que l'hématine, pigment ferrugineux du sang, est un corps éminemment altérable, que sa composition n'est pas identique pour les divers sangs et que la variabilité du rapport anatomique de l'azote au fer autorise à conclure à la variété des hématines suivant les espèces animales, comme il est admis pour les oxyhémoglobines génératrices.

Les histones et les nucléohistones dans les liquides de l'organisme. — M. PATEIN a recherché la présence des histones et des nucléohistones dans les liquides de l'organisme, en particulier dans le sérum sanguin. Il n'y a pas rencontré de ces albuminoïdes. Ce résultat négatif était à prévoir. Il méritait toutefois d'être vérifié. Il permet de conclure que les histones et les nucléohistones, qui n'existent que dans de rares organes (thymus, rate), prennent naissance dans ces organes et s'y trouvent suffisamment fixés pour ne pas être entraînés par les liquides, qui seraient cependant capables de les dissoudre si elles étaient libres.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'anatomie et de physiologie en remplacement de M. Marc Sée.

La liste de présentation portait : en première ligne, M. Delezenne ; en deuxième ligne, et par ordre alphabétique, MM. Camus, Hallion, Langlois, Rieffel, Roussy ; adjoint par l'Académie, M. Jacob.

Au premier tour, M. Delezenne obtient, sur 80 votants,

65 suffrages, M. Jacob 6, M. Langlois 5, M. Rieffel 2; bulletins blancs 2.

En conséquence, M. Delezenne est proclamé élu.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1912)

Réactions humorales consécutives à l'emploi du vaccin antityphoïde de Chantemesse. — MM. Marcel Bloch et Pierre Creuzé ont étudié chez les sujets vaccinés par la méthode du professeur Chantemesse (bacilles chauffés) les réactions humorales pouvant avoir rapport avec le processus de l'immunité.

Leur première communication a trait au développement des agglutinines.

Celles-ci se développent précocement et atteignent constamment un taux très élevé après la quatrième injection vaccinale. Les taux de 1/5000, 1/10000 et plus ne sont pas rares (dans un cas 1/50000). Puis elles décroissent lentement. Mais un an après la moitié des sujets agglutinent encore à plus de 1/100.

L'agglutination à un taux élevé peut exister aussi pour les paratyphiques et même le coli, bien que le vaccin employé soit essentiellement *monovalent*.

Action de l'acétate de plomb sur les éléments figurés du sang du lapin et de l'homme. — M. Maurel. Les hématies sont beaucoup plus sensibles à ce sel de plomb que les leucocytes. Ces deux éléments figurés du sang sont beaucoup moins sensibles à ce sel chez le lapin que chez l'homme; et il y a une concordance suffisamment approximative entre la quantité de ce sel qui tue l'animal et celle qui altère ses hématies, pour que l'on considère comme probable que la mort de l'animal sous l'influence de ce sel est due à l'altération de ses hématies.

Toxicité des substances indialysables urinaires. — MM. Marcel Labbé, Henri Labbé et Georges Vitry. Les substances indialysables de l'urine ont une toxicité qui se rapproche de celle des peptones; au total ces produits indialysables ne représentent qu'une petite quantité des substances toxiques de l'urine. Chez les diabétiques acidosiques, la toxicité spécifique de ces corps n'est pas augmentée, mais la quantité de ces corps étant plus élevée, leur urine contient proportionnellement plus de corps toxiques de cet ordre que l'urine normale.

Cytologie du sporotrichum Beurmanni. — M. Pénau. Nous avons trouvé, dans les éléments de ce parasite, trois formations cytoplasmiques : un noyau, une formation basophile réticulée se rencontrant dans la cellule à tous les stades de développement et des corpuscules météchromatiques transitoires.

Fragilité spéciale des hématies du chien. — MM. Achard, Foix et Salin. Les hématies du chien présentent une fragilité particulière à l'égard de certaines substances organiques.

Tout d'abord ils sont hémolysés bien plus facilement que les globules d'homme ou de lapin par les extraits d'organes de chien. C'est ce qui a fait croire à divers observateurs au pouvoir autohémolytique spécifique de ces extraits d'organes. Mais si l'on répète l'expérience avec des extraits d'organes de lapin, on voit que ces extraits hémolysent aussi les globules de chien, tandis qu'ils sont inactifs ou à peu près pour les globules d'homme ou de lapin.

La substance hémolysante de ces extraits n'est pas une hémolysine véritable, car elle est thermolabile et dépourvue de spécificité. Elle parait être de l'ordre des lipoïdes, car elle est soluble dans l'alcool en grande partie et, de plus, la fragilité particulière des globules de chien à son égard se retrouve pour certains lipoïdes hémolysants tels que l'oléate de soude.

Sur le mécanisme de la glycosurie hypophysaire. — MM. Claude et Baudouin. La glycosurie alimentaire qui suit les injections d'hypophyse varie dans des proportions considérables quand on modifie l'une par rapport à l'autre l'heure de l'injection et celle de l'ingestion du repas sucré. Pour avoir la glycosurie maxima, il faut pratiquer l'injection d'abord et donner le repas sucré une demi-heure après. L'effet de l'injection se poursuit pendant plusieurs heures, mais il va en s'atténuant. Quand le repas est pris deux, trois, six heures après l'injection, la glycosurie est de moins en moins forte. Quand au contraire on fait prendre le repas trois heures avant l'injection, on n'observe que peu de glycosurie alimentaire chez les mêmes sujets qui en avaient une forte avec la première manière de procéder. L'effet de l'hypophyse est de déterminer, au niveau du foie, un processus d'insuffisance qui entraîne la non-fixation de glucose à l'état de glycogène. Les auteurs sont portés à croire que c'est là un effet secondaire, résultant d'une excitation du sympathique, et non pas une action tonique directement exercée par l'hypophyse sur la cellule hépatique.

Autres communications :

Action de l'extrait d'aspergillus fumigatus sur la tuberculine. — M. Vandremer.

Bacille d'Eberth isolé du lait. — M. Iscovesco.

Leucocytose provoquée par les injections péritonéales. — MM. Lassablière et Ch. Richet.

Evolution du strongle filaire. MM. Maupas et Seurat.

ANALYSES

MÉDECINE

Le diagnostic de la septicémie charbonneuse par la ponction lombaire. (Léo Pollak. *Wiener klin. Woch.*, 24 octobre 1912, n° 43, p. 1702.) — Un garçon de quinze ans fut admis à l'hôpital au sixième jour d'une affection caractérisée par de la fièvre, de la céphalalgie, des vomissements et un grand abattement. A l'entrée à l'hôpital on constata indépendamment d'une température à 39 degrés, avec un pouls à 84, d'une sécheresse marquée de la bouche, d'une splénomégalie, un abattement profond allant jusqu'à la somnolence, de l'opisthotonos, de la douleur à la pression des globes oculaires, de la parésie faciale gauche, un peu de contracture des extrémités.

On pensa à une méningite et on pratiqua la ponction lombaire; il s'écoula sous une forte pression un liquide légèrement sanglant et trouble. Après centrifugation on obtint un culot de globules rouges surmonté d'une couche blanchâtre d'aspect purulent. Au microscope cette couche se montra constituée par des globules blancs et surtout par une quantité énorme de bâtonnets que des recherches plus complètes montrèrent être de la bactéridie charbonneuse. Le malade mourut quelques heures plus tard sans qu'on pût pratiquer l'hémoculture.

A l'autopsie on trouva indépendamment de nombreuses suffusions hémorragiques dans la pie-mère et l'écorce cérébrale, des lésions typiques de charbon intestinal, point de départ de la septicémie.

L'étiologie de la maladie fut facile à établir. Le père du sujet était ouvrier brossier et travaillait dans sa cuisine. L'examen des poils épars sur le sol de cette pièce permet de constater la présence de spores charbonneuses.

Les lésions méningées et encéphaliques dans le charbon ne sont pas absolument exceptionnelles puisque déjà, en 1903, Riesel, à propos d'un cas semblable, en relevait 17 autres exemples dans la littérature.

Mais c'est la première fois que le diagnostic de la méningite, et en même temps, de la septicémie charbonneuse est fait par la ponction lombaire. A. LEMIERRE.

Hématémèses tabétiques et fausses hématémèses tabétiques. (Maurice DALLE. Th. de Paris, 1912; Ollier-Henry, édit.) — Jusqu'à ces dernières années, on a confondu sous la rubrique d'hématémèses avec crises gastriques tabétiques, des vomissements de sang d'origine différente, et il y a lieu de distinguer les vraies et les fausses hématémèses tabétiques.

Les premières sont peu abondantes, quelques centimètres cubes environ, et rarement constituées par du sang rouge. Parfois complication passagère, elles se renouvellent généralement de temps à autre, précédées de violentes douleurs épigastriques irradiées, de nausées et de vomissements. Leur pronostic est bénin et elles ne sont conditionnées par aucune altération matérielle macroscopique de la muqueuse stomacale.

Les fausses hématémèses tabétiques sont abondantes, de 200 centimètres cubes à 1 litre; le sang peut être noir ou vermeil. L'hémorragie se reproduit deux ou trois fois à peu de jours de distance et se montre indifféremment au début, au milieu ou à la fin de l'attaque gastralgique, alors que la vraie hématémèse tabétique n'apparaît qu'à l'acmé de la crise gastrique. Le pronostic de ces grandes hématémèses est sérieux par l'affaiblissement qu'elles entraînent et parce qu'elles relèvent d'une lésion organique macroscopique de la muqueuse de l'estomac ou de la région juxta-pylorique.

La fausse hématémèse tabétique peut survenir chez un ataxique, mais elle est sous la dépendance d'un ulcère ou d'un cancer de l'estomac, d'une linite plastique, d'un ulcère du duodénum. Elle peut également se montrer au cours d'un pseudo-tabes, le plus souvent au cours d'un ulcère gastrique compliqué d'une polynévrite simulant l'ataxie locomotrice.

Naturellement, la thérapeutique devra s'inspirer de ces notions. A. GAULLIEUR L'HARDY.

MÉDECINE INFANTILE

Erythème fessier légèrement érosif survenu chez un nourrisson à la suite d'une diarrhée causée par le retour des règles de la nourrice. (VARIOT. *La Clinique infantile*, 1er oct. 1912.) — L'intérêt de cette observation réside surtout en ce fait qu'au moment de l'apparition de l'érythème le médecin qui vit pour la première fois le nourrisson songea au diagnostic de *syphilis*. Cette hypothèse était contredite, par la soudaineté du début de l'éruption en corrélation avec une diarrhée, par la topographie banale de l'érythème fessier, par l'intégrité du reste des téguments, des muqueuses et du squelette, par le bon état de nutrition de l'enfant, mais, surtout, par les circonstances étiologiques de cette diarrhée, réapparition des règles chez la nourrice.

C'est un fait assez fréquent de voir la lactation troublée par les périodes menstruelles ; les selles vertes apparaissent avec ou sans érythème, ou même parfois des poussées d'eczéma au visage, ou ailleurs, chez les nourrissons prédisposés aux éruptions cutanées. B. GAYARD.

Un cas de dextrocardie consécutive à une pleurésie purulente gauche. (CHALIER et REBATTU. *La Pédiatrie pratique*, 25 sept. 1912.) — Chez un sujet de dix-huit ans une pleurésie purulente tuberculeuse du côté gauche ayant débuté trois ans auparavant détermina une dextrocardie qui, au début, subit quelques variations à la suite de deux thoracentèses, mais qui devint assez rapidement définitive et permanente. La déviation de la pointe est plus accusée que celle de la base. L'orientation de l'axe du cœur est *dirigée de haut en bas, de gauche à droite*.

L'examen radioscopique confirme ces données et révèle en outre l'existence d'adhérences au niveau de la pointe. Ces adhérences expliquent pourquoi, contrairement à ce qui se passe dans les dextrocardies acquises, le cœur a conservé son orientation normale. Ces adhérences pleuro-péricardiques retenant la pointe du cœur et s'opposant à son retrait sont dues aux poussées de pleurésie sèche du côté droit. Chez ce sujet l'électro-cardiogramme était normal contrairement à celui des dextrocardies congénitales qui ont un tracé dans lequel les sommets des ondulations sont dirigés en bas, véritable tracé en miroir de l'état normal. B. GAYARD.

CHIRURGIE

Traitement des anévrismes inopérables par l'introduction dans leur cavité d'un fil métallique. (John M. T. FINNEY. *Ann. of surg.*, vol. LV, n° 5, mai 1912, pp. 661-681.) — Finney ajoute 20 cas inédits, dont 19 personnels, aux 41 relatés antérieurement dans la littérature et presque tous américains. Cette méthode est la seule applicable dans les cas désespérés d'anévrismes thoraciques intraitables par d'autres moyens et progressant rapidement vers une terminaison fatale.

Les risques opératoires immédiats, surtout dans un anévrisme de l'aorte thoracique, sont les suivants : une extrémité du fil peut glisser dans l'aorte vers le cœur et déranger le jeu des valvules cardiaques; ou une embolie peut se former. Les risques éloignés sont encore l'embolie, l'escarrification due à l'emploi d'un courant électrique trop fort, l'infection, l'affaiblissement de la paroi du sac en un autre point, par suite du changement de direction de la pression artérielle. Ces risques ne sont pas grands; ils sont même comparativement minimes considérant la gravité du cas, mais on doit en prévenir le malade et la famille.

Les résultats immédiats sont parfois très frappants. Le plus remarquable et le plus constant est la diminution de la douleur qui survient souvent avant même que l'opération soit finie. Finney pense que l'on peut promettre une grande amélioration de la douleur, quel que soit le résultat ultime. Le même fait se produit pour la dyspnée. Il n'est pas facile de donner l'explication de ces phénomènes. L'expansion de la tumeur diminue souvent aussi immédiatement.

La technique de l'opération demande une aiguille creuse, de moyen calibre, isolée soigneusement par une couche de vernis jusqu'à près de sa pointe, et trois mètres de fin fil d'argent (avec 75 p. 1000 de cuivre) que l'on fait passer à l'intérieur de l'aiguille après avoir introduit celle-ci dans le sac, la peau étant préalablement cocaïnisée et déviée d'un côté, pour empêcher la formation d'un trajet direct. Un courant de 75 milliampères au plus est envoyé par le fil, dans le sac, pendant plus d'une heure, quelquefois deux. Si l'aiguille est mal isolée, ou si le courant est trop fort, il peut y avoir brûlure électrique, escarre et affaiblissement de la paroi du sac. Le pôle positif est attaché au fil, le pôle négatif est placé sur le dos du malade. L'aiguille est retirée, le fil coupé aussi profondément que possible, et la peau déviée, reglissant à sa position primitive, le recouvre immédiatement. Dès que l'aiguille est retirée, il faut presser sur le point d'entrée pour éviter la formation d'un hématome, qui est une contingence fâcheuse.

Les résultats éloignés ne sont pas excellents, si l'on ne considère que le petit nombre de guérisons. Sur les 18 cas de Finney, 2 seulement vivent encore, l'un après plus de deux ans, l'autre après un an. Mais la plupart ont été notablement soulagés pour une période allant de quelques jours à un ou deux ans. C'est vraiment quelque chose. Les 18 cas sont publiés en détail. F. GARDNER.

Note préliminaire sur quelques réflexes d'origine périostique nouveaux ou peu connus. (A. MYERSON. *Arch. of int. med.*, juillet 1912.) — Dans cet intéressant article, Myerson attire l'attention sur tout le groupe des réflexes d'origine périostique qui, jusqu'ici, a bien moins attiré l'attention que ceux d'origine cutanée, tendineuse, musculaire.

Il en cite deux principaux.

Le premier est obtenu en frappant l'apophyse styloïde du cubitus. Cette percussion provoque une contraction du triceps, des fibres postérieures du deltoïde, et parfois des muscles spinaux, du thromboïde, du trapèze et même du biceps.

Le deuxième siège au niveau de l'épine antérieure et supérieure de l'os iliaque.

On obtient d'autres réflexes périostiques par la percussion des condyles du fémur, de la crête antérieure du tibia, de la plante du pied.

Myerson a trouvé ces réflexes très marqués dans les maladies du cortex cérébral, particulièrement dans la paralysie générale non compliquée. Ils sont parfois très sensibles dans l'artériosclérose cérébrale. On les trouve accentués dans les maladies du faisceau pyramidal.

Dans l'hémiplégie non compliquée, ils existent des deux côtés, mais plus marqués du côté malade. Dans le tabes à la période d'état on ne les trouve point, mais dans la période pré-ataxique on peut les voir se produire.

Dans le goitre exophtalmique, ils sont souvent exagérés, on les trouve rarement dans les cas de gros goitres non basedowifiés. On peut encore les voir dans certains cas de neurasthénie.

Myerson pense que l'étude de ces réflexes périostiques est assez importante pour qu'on introduise leur recherche parmi celle des symptômes habituels de la neurologie.

M. LANCE.

NEUROLOGIE

La méningo-myélite tuberculeuse primitive. (BÉRIEL et GARDÈRE. *L'Encéphale*, 10 avril 1912.) — En dehors du mal de Pott, la tuberculose de la moelle peut revêtir trois formes différentes. En premier lieu, il existe des myélites diffuses; on les rencontre chez des sujets morts de méningite tuberculeuse. En second lieu l'atteinte bacillaire peut aboutir à la formation de tubercules isolés ou multiples, de taille variable. Ceux-ci n'arrivent à créer une lésion transverse de la moelle que bien rarement, quand ils atteignent un volume considérable. La troisième forme est caractérisée par une pachyméningite caséeuse avec destruction complète des conducteurs et des cellules nerveuses d'un segment de la moelle.

Les auteurs relatent une observation anatomo-clinique de ce type. Il s'agissait d'une jeune fille de dix-neuf ans qui, après une période de douleurs en ceinture, présenta une paraplégie flasque à évolution rapide avec anesthésie totale, troubles sphinctériens et trophiques. A l'autopsie on ne trouva pas la moindre lésion osseuse, mais une pachyméningite caséeuse avec destruction segmentaire complète de la moelle. Les racines étaient comprimées, englobées dans des nodules caséeux et infiltrées d'éléments inflammatoires.

Les auteurs rapprochent cette observation des cas les plus typiques, tels que ceux étudiés par Charcot et Michaud, Alquier, Philippe et Cestan, Dupré et Camus, Anglade et Jacquin, Lhermitte et Klarfeld.

Ils insistent sur la difficulté du diagnostic, en l'absence des lésions vraiment spécifiques et ils montrent avec raison l'importance de la tuberculose dans la production des myélites primitives.

P. CAMUS.

Syndrome paralytique posttraumatique déterminé par une méningite aiguë à évolution lente. (RAYNEAU et MARCHAND. *Revue neurol.*, 1912, p. 529-535.) — Tamponné par une locomotive, un homme, jusque-là bien portant, eut un traumatisme cranien suivi immédiatement de confusion mentale, qui s'est amendée pendant plusieurs semaines pour reparaître ensuite et s'aggraver peu à peu. Au bout de vingt mois, le sujet était interné avec un déficit intellectuel profond et des troubles organiques rappelant ceux de la paralysie générale. Trois semaines après l'internement survint un ictus épileptiforme avec hémiplégie gauche, vomissements, fièvre, coma mortel en quelques jours. L'autopsie montra une méningite aiguë, sans aucune des lésions corticales de la paralysie générale.

L. ALQUIER.

RADIOLOGIE

La radiographie du foetus « in utero ». (MM. POTOCKI, DELHERM et LAQUERRIÈRE. *Soc. de radiol. de Paris*, 12 nov. 1912.) — Un certain nombre d'auteurs ont depuis quelques années présenté des radiographies de fœtus dans le sein maternel; mais ces radiographies étaient assez exceptionnelles. MM. Potocki, Delherm et Laquerrière au contraire pensent qu'avec une installation puissante comme le meuble à contact tournant du laboratoire de la Nouvelle Pitié on peut d'une façon relativement courante obtenir des images satisfaisantes.

Ils étudient les différents détails de technique permettant de vaincre les principales difficultés.

Un premier obstacle est la mobilité de l'objet à photographier : la femme à terme reste difficilement immobile dans une position incommode, et difficilement en apnée, il peut y avoir des contractions utérines, et il y a souvent des mouvements du fœtus. Avec un appareil puissant on peut raccourcir considérablement les temps de poses; quelquefois ils ont réalisé des poses se chiffrant par cinquièmes de secondes; plus souvent ils ont fait des expositions variant suivant l'épaisseur de la femme entre une seconde et demie et six secondes.

L'épaisseur de l'abdomen peut gêner considérablement et jusqu'à présent ils n'ont pas réussi dans leurs tentatives quand ils ne pouvaient ramener le diamètre antéro-postérieur à au moins 30 centimètres. Enfin, si le fœtus à terme a des os présentant déjà une opacité appréciable pour les rayons, le fœtus plus jeune peut être masqué par différents organes et en particulier par des images intestinales, d'où nécessité de donner purgation et lavement pour avoir un abdomen aussi vide que possible; jusqu'à présent les fœtus les plus jeunes dont les auteurs aient pu obtenir la radiographie avaient cinq mois et demi.

Ils exposent les différentes positions où l'on peut placer la mère, suivant le renseignement cherché, et les dispositifs rendant facilement tolérables certaines de ces positions, incommodes en elles-mêmes.

Ils terminent en présentant une série de clichés sur lesquels pour des fœtus à terme non seulement le crâne et la colonne vertébrale, mais aussi la cage thoracique et une bonne portion des petites parties fœtales sont nettement visibles, des radiographies de grossesses gémellaires, de présentations de siège où l'on peut constater la position des jambes du fœtus de cinq mois et demi dont on voit le crâne et la colonne vertébrale, etc.

L. GAYARD.

STOMATOLOGIE

Contribution à l'étude des accidents de la dent de sagesse. (LASFARGUES. Thèse, Toulouse, 1911.) — Au cours de l'évolution de la dent de sagesse et plus particulièrement au niveau de la mâchoire inférieure, on voit survenir fréquemment des accidents liés directement à l'évolution de cette dent. La pathogénie de ces accidents a donné lieu à de nombreuses controverses et à plusieurs théories, que l'auteur étudie, et réfute (théorie mécanique, théorie infectieuse, théorie des débris épithéliaux). Il met bien en relief les particularités anatomiques qui donnent une physionomie si spéciale à cette dent. L'évolution de la dent de sagesse ne peut être envisagée en dehors de celle de l'os maxillaire. Or il n'y a pas de parallélisme entre l'évolution de l'os maxillaire et celle du rebord alvéolaire qui est obligé d'empiéter en arrière sur la face interne de la branche montante; et, dans cette régression inégale, les organes sont mal fixés dans leurs volumes réciproques et sujets à des variations fréquentes. Aussi donne-t-il la préférence à la théorie émise par Dieulafé et Herpin, qui se base sur des faits anatomiques précis, et

considère le développement inharmonique des organes en présence comme la cause primordiale des accidents de la dent de sagesse, les accidents infectieux n'étant que des phénomènes surajoutés, venant leur donner leurs diverses modalités cliniques. Et ces considérations différencient bien ces accidents, des accidents de la première dentition.

A. HERPIN.

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau traité de pathologie générale (1), publié sous la direction de MM. BOUCHARD et ROGER. Tome Ier, rédigé par MM. ACHARD, BERGONIÉ, COURMONT, M. DUVAL et MULON, IMBERT, LANGLOIS, LEGENDRE, LEJARS, LE NOIR, NOGIER, ROGER, VUILLEMIN.

« Fixer l'état de la science à un moment de son évolution, synthétiser les conceptions auxquelles conduisent les acquisitions actuelles, montrer les voies nouvelles ouvertes aux explorations futures, tel est le triple but de cet ouvrage. » Ainsi s'expriment MM. les professeurs Bouchard et Roger dans la préface de cet ouvrage : si l'on en juge par les articles traités dans ce premier volume, ce triple but a parfaitement été atteint. Chacun des grands chapitres contenus en ce premier volume mériterait de longs développements, pour être bien exposé aux lecteurs de ce journal; nous ne pouvons malheureusement pas les analyser aussi en détail que nous le désirerions, mais nous ne saurions trop répéter combien instructive et attrayante est la lecture de ce volume si luxueusement édité.

En un premier chapitre d'introduction, M. Roger avec la maîtrise dont il a déjà donné la preuve en ces questions de pathologie générale, s'est attaché à donner une définition de la vie, puis à étudier la maladie : à signaler à ce propos le superbe tableau qu'il brosse du médecin qui s'attache à soigner les maladies. Le second chapitre traite de la pathologie comparée de l'homme et des animaux : il est dû à la collaboration de MM. Roger et Cadiot. Ce chapitre se complète naturellement par une étude très savante et très attrayante de la pathologie générale de l'embryon, chapitre qui est le résultat de la collaboration de MM. Mathias Duval et Mulon. Nous ne pouvons citer successivement toutes les questions développées en ce premier volume. Nous signalons tout spécialement en raison de leur intérêt primordial le chapitre consacré par M. Achard aux questions d'immunité et de prédisposition morbide, par M. Courmont à l'anaphylaxie. Ces questions si complexes et qui chaque jour s'enrichissent de faits nouveaux sont traitées avec une compétence et une clarté telles que leur lecture, loin d'en être pénible, est au contraire facile et agréable.

A signaler encore un chapitre sur l'hérédité par M. Legendre, dans lequel cet auteur s'est efforcé d'apporter de la clarté et de la précision dans un sujet où il est fort difficile d'éviter le vague, les généralités imprécises. La pathologie générale chirurgicale a été confiée à M. le professeur Lejars dont l'esprit de méthode est bien connu, enfin l'ouvrage se termine par des chapitres entièrement nouveaux en un traité de pathologie générale : influence du travail professionnel sur l'organisme par M. Imbert; variations de pression extérieure par M. Langlois; les actions pathogènes des agents physiques, par M. le professeur Bergonié, etc.

La lecture de cet ouvrage s'impose à tous, aussi bien à ceux qui se confinent dans les recherches de laboratoire et ne font que de la science pure, qu'aux praticiens, pour lesquels les idées générales, sont en quelque sorte le complément naturel de leur travail quotidien. Nul doute que ce traité n'ait un gros succès, par le choix des collaborateurs d'abord, par le soin extrême avec lequel chacun d'eux a traité son sujet, par l'idée générale enfin qui dirige tout le livre, ainsi que par le luxe de l'édition.

B. GAYARD.

(1) Un vol. de 900 pages. — Paris, Masson et Cie.

Traité de la rage (1), par le docteur V. BABÈS, professeur à la Faculté de médecine, directeur de l'Institut de pathologie et de bactériologie de Bucarest.

Cet ouvrage qui renferme toutes les principales connaissances actuelles sur la rage est le traité le plus complet paru jusqu'à ce jour sur cette maladie dont nous n'avions en France qu'une étude expérimentale de A. Marie. Il permet au lecteur de se renseigner non seulement sur tous les faits acquis par la science dans le vaste domaine de la rage, mais encore sur l'historique, la législation, la clinique, l'anatomie pathologique, l'étiologie et le traitement de cette maladie.

L'auteur nous montre que la rage était connue dès la plus haute antiquité, mais que la rage canine l'a été bien avant la rage humaine.

Il nous donne le tableau de sa fréquence dans les différents pays ainsi que les dispositions légales prises en France et à l'étranger pour sa prophylaxie.

Le médecin praticien appelé auprès d'une personne mordue doit s'efforcer, après avoir fait le diagnostic de morsure, de distinguer les morsures d'avec les plaies par ratissage. Il doit aseptiser, et cautériser les plaies et prescrire le traitement antirabique, toutes les fois que l'animal est mort, a été tué ou a disparu moins de dix jours après la morsure. Quand l'animal mordeur est vivant, l'indication du traitement antirabique est subordonnée au résultat de l'observation de l'animal.

93 p. 100 des morsures sont imputables aux chiens; puis viennent comme animaux mordeurs le chat, le loup, le cheval, les bovidés, le porc, le rat, etc.

L'anatomie pathologique fait l'objet dans cet ouvrage de longs développements où, à propos de lésions fines du système nerveux, l'auteur résume tous les travaux parus jusqu'ici et insiste sur les travaux les plus récents (nodule rabique de Babès, travaux de Golgi, de Ramon y Cajal sur l'épaississement des neurofibrilles, sur les altérations particulières des cellules nerveuses et de leurs noyaux) [Babès].

Il montre l'importance et la valeur diagnostique des lésions ganglionnaires (Babès, Van Gehuchten), des corpuscules hyalins, des granulations fines intracellulaires (Babès), ainsi que celle des corpuscules de Négri.

La bactériologie de la rage, l'étude de la localisation du virus rabique, de sa nature, des modifications de sa virulence, de sa propagation clinique et expérimentale font l'objet de chapitres intéressants rédigés par M. P. Remlinger qui est, comme on le sait, un des savants les plus compétents en la matière.

Le traitement de la rage par la méthode pasteurienne classique, ainsi que les autres procédés de traitement par le virus chauffé (Babès, Puscarin), par le virus phéniqué, la séro-vaccination, la sérothérapie combinée selon la méthode roumaine font l'objet de longs développements où sont résumés nos dernières connaissances.

L'ouvrage contient également des statistiques de divers instituts antirabiques, avec des considérations sur l'installation et le fonctionnement d'un institut et la solution pratique d'un certain nombre de cas qui exigent un renseignement rapide ou une orientation précise.

« Cette monographie, née dans un institut spécial, sera donc utilement consultée dans les nombreux instituts antirabiques. »

ORTICONI.

Thérapeutique obstétricale et gynécologique (2), par Cyrille JEANNIN et Paul GUÉNIOT.

S'adressant exclusivement au praticien, les auteurs ont judicieusement réuni dans un même volume la thérapeutique obstétricale et la thérapeutique gynécologique. C'est un livre clair, précis et orné de figures originales qui facilitent au lecteur la compréhension des différentes manœuvres et opérations.

M. DELESTRE.

(1) Un vol. in-8°. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-8 de 750 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

GASTRO-ENTÉRITE INFANTILE

Quelle que soit la gravité de l'affection, que l'on mette l'enfant à la diète hydrique, au régime lacté réduit ou aux bouillons de légume, etc., on prescrira à chaque repas une demi ou une cuillerée à café de sirop de Trouette-Perret à la papaïne, ce remède étant en général capable à lui seul de rétablir les fonctions digestives et d'arrêter la diarrhée.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 345, 10 nov. 1912.) BÉCLÈRE et MÉRIEL : L'exploration radiologique dans les affections chirurgicales de l'estomac et de l'intestin. — Max ROQUES et JUNCA : Quelques remarques sur l'excitation monopolaire dans la recherche du voltige voltaïque. — Ch. Em. LANEL : Traitement de certaines colites terminales par les applications profondes de haute fréquence. — BRIQUET : Guérison par les rayons X de métrorragies rebelles chez une femme de soixante-treize ans.

Archives de médecine des enfants. — (N° 11, nov. 1912.) COMBY : Le livedo chez les enfants. — NOBÉCOURT, SEVESTRE et BIDOT : L'urée dans le liquide céphalo-rachidien des nourrissons, en particulier dans quelques cas d'affections gastro-intestinales accompagnées de sclérème. — ARDIN-DELTEIL, M. RAYNAUD et Max COUDRAY : Spondylite typhique, nouveau cas observé chez l'enfant. — COMBY : L'anasarque dans les gastro-entérites infantiles.

Archives internationales de neurologie. — (Nov. 1912.) DEXTER : Notes de psychopathologie animale. — MILLANT : Des neurofibrilles dans la pellagre. — MARCHANT et G. PETIT : Paralysie générale du chien.

Biologica. — (N° 23, 15 nov. 1912.) P. BONNIER : La statique organique. — GUYÉNOT : Les champignons vénéneux et les empoisonnements qu'ils déterminent; les empoisonnements par les champignons (étude clinique, thérapeutique et médico-légale).

Bulletin général de thérapeutique. — (8 nov. 1912.) A. JABOIN : Etat actuel de la pharmacologie du radium. — (15 nov.) F.-X. GOURAUD et H. PAILLARD : Les inhalations et les injections sous-cutanées d'oxygène dans les affections des voies respiratoires.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 17, 10 nov. 1912.) J. HÉRAIL : Les greffes dermo-épidermiques d'Ollier-Thiersch (*suite*). — H. GROS : La question du cancer chez les musulmans de l'Afrique septentrionale. — ARDIN-DELTEIL, RAYNAUD, COUDRAY et PELISSIER : Endocardite tuberculeuse. — ARDIN-DELTEIL : Valeur clinique de l'examen chimique du liquide céphalo-rachidien. — WITAS : Sur les rapports de l'ovulation et de la menstruation. — Et. CABANÈS : Traitement de l'éruption variolique par la teinture d'iode.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 44, 31 oct. 1912.) ASCHOFF : Sur la structure du thrombus. — MÖLLERS : Sur le type des bacilles tuberculeux dans la maladie de Parinemd. — BOAS : Sur le diagnostic du sang exogène dans la recherche des hémorragies gastro-intestinales occultes. — STIER : Les différences fonctionnelles des moitiés du cerveau et leurs rapports avec l'évolution intellectuelle ultérieure de l'humanité. — SINGER : Sur l'interprétation des anomalies des réflexes. — PAPPENHEIM : Quelques modifications et améliorations de l'instrumentation pour l'hémocytométrie du praticien. — WERNER : Le néosalvarsan dans la malaria. — SAYNISCH : Sur le salvarsan et la combinaison avec le mercure. — GRÜNBERG : Contribution au traitement par le néosalvarsan. — BRAUNING : Les amputations des extrémités inférieures. — DOBBERLIN : La trachéotomie inférieure émoussée au moyen de crochets. — BRANDENBURG : Contribution à la laryngite subchordale aiguë. — ORBAN : Sur les intoxications professionnelles; remarques sur l'examen de sang de Liebermann. — BERGER et SCHWAB : Transplantation des os et des articulations.

Echo médical du Nord. — (N° 44, 3 nov. 1912.) INGELRANS : L'opération de Franke dans les crises gastriques du tabes. — (N° 45, 10 nov.) R. PIERRET et E. DUHOT : Les effets du traitement mercuriel dans les cardiopathies. La syphilis du cœur. — (N° 46, 17 nov.) A. LEMAIRE : Chancres multiples dont un de la main accompagné d'une adénite sus-épitrochléenne ayant l'apparence d'un adéno-phlegmon. — L. JULIEN : Un cas de sporotrichose (?) de la joue avec langue noire villeuse chez une jeune fille. — DESCARPENTRIES : Considérations sur l'éthérisation. Un nouvel appareil à anesthésie. — PIERRET et DUHOT : Les effets du traitement mercuriel dans les cardiopathies. La syphilis du cœur (*fin*).

Encéphale. — (N° 11, 10 nov. 1912.) ALOYSIO DE CASTRO : Le syndrome thyro-testiculo-hypophysaire. — A. BARBÉ : La psychose hallucinatoire tardive des alcooliques. — Lucien LIBERT : Essai nosologique sur les délires systématisés raisonnants.

Gazette des praticiens. — (N° 425, 15 nov. 1912.) A. ROBIN : Pseudo-angor d'origine gastrique. — D'ANDRIA : Un cas d'emphysème sous-cutané traumatique ayant envahi le plancher de la bouche.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux: — (N° 44, 3 nov. 1912.) PETGÈS : Ulcères variqueux étendus; enfumage iodé, greffes d'Ollier-Thiersch; guérison rapide. — (N° 45, 10 nov.) MICHELEAU : A propos d'une observation familiale de fièvre typhoïde; autogenèse et contagion.

Gazette médicale de Nantes. — (N° 44, 2 nov. 1912.) GUILLEMIN : La tuberculose serait contagieuse. Des preuves? — Henri MALHERBE : Encore contagion et tuberculose. — PASQUEREAU : Barre vésicale interuretérale. — (N° 45, 9 nov.) RAPPIN : Action exercée par les diastases de quelques espèces saprophytes sur la tuberculose expérimentale du cobaye. — BAHUAUD : Le périnée chez l'homme. — (N° 46, 16 nov.) OLLIVI : La pleurésie droite des cardiaques. — GOURDET : Porte-jambes à usages multiples.

Marseille médical. — (N° 21, 1er nov. 1912.) BOINET : Neuvième cas de mélitococcie. — PONTHIEU : Observation d'un cas de fièvre de Malte. — CAMO : Nouvelle méthode de détermination des rapports urinaires. — (N° 22, 15 nov.) D'ASTROS et TEISSONNIÈRE : La réaction de Wassermann chez le nouveau-né et le nourrisson. — ROUSLACROIX : Considérations générales sur les nouvelles mycoses.

Semaine gynécologique. — (N° 40, 1er oct. 1912.) R. PICHEVIN : A propos de la tuberculose péritonéale. — (N° 41, 8 oct.) PICHEVIN : Bagnères-de-Bigorre et les maladies des femmes. — (N° 42, 15 oct.) PICHEVIN : Laparotomie et rachianesthésie. — (N° 43, 22 oct.) PICHEVIN : A propos de la stérilité chez la femme. — (N° 44, 29 oct.) PICHEVIN : Fécondation artificielle; Radium et cancer du col utérin.

Semaine médicale. — (N° 40, 2 oct.) DE BOVIS : Les rayons de Röntgen et la thérapeutique des fibromyomes utérins. — (N° 41, 9 oct.) FRUGONI : La glande carotidienne de Luska possède-t-elle une sécrétion interne propre?

Tunisie médicale — (N° 10, oct. 1912.) ROGALSKI : Méningomyélite postgonococcique. — HENRY : Un cas de « gale du ciment ».

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 20, 30 oct. 1912.) LANGLET et COLANERI : Fracture de l'omoplate.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

LES ARYTHMIES CARDIAQUES

DÉFINITION. — On appelle arythmie, l'état d'un cœur dont le fonctionnement est irrégulier. Ce syndrome a récemment été l'objet de la part de Mackenzie, de Vaquez et Esmein, d'intéressantes recherches qui ont permis de mieux classer et de mieux interpréter les faits d'irrégularités cardiaques; sous le nom d'arythmie on décrivait autrefois en effet, sans les classer, toute une série de troubles, dont la similitude n'était qu'apparente, et qui répondaient en réalité à plusieurs types différents. Pour parvenir à les classer, il est indispensable de pratiquer toute une série de recherches parfaitement au point maintenant : étude des modifications des mouvements du cœur et des artères, exploration du système veineux, phlébogrammes de la jugulaire permettant d'apprécier le fonctionnement de l'oreillette, inscription du pouls œsophagien, cardiogramme, électrocardiogramme, enfin étude des modifications du pouls, par la fatigue, le repos, l'épreuve de l'atropine, etc.

PATHOGÉNIE. — Les arythmies ont été pendant longtemps exclusivement rapportées à des troubles nerveux. Des recherches récentes, portant sur l'*activité automatique du cœur* (théorie myogène), ont conduit les auteurs à attribuer au contraire toutes les arythmies aux lésions de la fibre cardiaque; chacune de ces deux théories peut, suivant les cas, être invoquée. Il importe de savoir que toutes les régions du myocarde ne sont pas égales devant l'arythmie; l'excitation d'où résulte la systole périodique du cœur suit un système de fibres spécialisées; ces fibres unissantes partent de l'embouchure des veines caves dans l'oreillette et vont aux ventricules, en traversant l'oreillette droite et le septum interauriculo-ventriculaire (nodule de Keith, nœud de Tawara, faisceau de His).

MM. Vaquez et Esmein classent les arythmies en physiologiques et pathologiques.

ETUDE CLINIQUE. — 1° **Arythmies physiologiques.** — Il en existe deux variétés : l'arythmie *respiratoire* et l'arythmie de *station*. L'arythmie respiratoire ne s'observe que dans certaines conditions, surtout à la suite d'états de dépression nerveuse, ou chez les enfants, à la période de croissance (pouls infantile); elle se présente quelquefois avec un rythme régulier de pulsations rapides et lentes, quelquefois avec prédominance de la bradycardie expiratoire sur la tachycardie inspiratoire; elle est en rapport étroit avec les mouvements respiratoires, elle est silencieuse au point de vue symptomatique (ni signes d'insuffisance cardiaque, ni sensation désagréable accusée par le sujet); elle disparaît en vingt minutes, après l'injection de deux milligrammes d'atropine.

Une arythmie analogue s'observe également chez certains sujets qui passent brusquement de la position couchée à la station; c'est l'arythmie de station décrite par Vaquez.

2° **Arythmies pathologiques.** — Vaquez ramène toutes les variétés d'arythmies pathologiques à cinq types principaux : l'extrasystole, la tachycardie, la bradycardie, le pouls alternant, le pouls irrégulier perpétuel.

a. EXTRASYSTOLE. — « L'*extrasystole* est une contraction prématurée du cœur survenant trop tôt après une contraction normale et empêchant généralement la systole physiologique suivante de se produire, d'où un bref arrêt du cœur et du pouls; elle se manifeste par le *bigéminisme*, le trigéminisme du pouls; parfois lorsque la contraction du cœur se fait à vide, le pouls ne donne pas cette contraction, et l'examen des artères périphériques ferait croire à un *pouls ralenti*; si au contraire les deux contractions cardiaques sont très rapprochées on pourrait croire au *pouls alternant*; le diagnostic s'en fait par la sensation désagréable de battement, d'angoisse, accusée par le sujet, s'il s'agit d'extrasystoles; l'extrasystole s'observe surtout dans les lésions mitrales, mais aussi dans les myocardites et les péricardites; l'*ictère*, l'*intoxication digitalique* et salicylique déterminent également l'extrasystole; il faut encore la signaler lors de réflexes partis de l'estomac, du rein, du système nerveux.

b. TACHYCARDIE. — Parmi les tachycardies il faut surtout retenir la tachycardie paroxystique essentielle; pour Mackenzie, tout accès de tachycardie se compose d'une accumulation d'extrasystoles; il s'ensuit que loin d'être essentielle la tachycardie paroxystique apparaît comme liée le plus souvent à des lésions du myocarde; nous n'insisterons pas ici sur les autres variétés de tachycardies (physiologiques ou pathologiques).

c. BRADYCARDIES. — Les recherches graphiques récentes ont montré tout d'abord que bien des bradycardies ne correspondaient pas à un ralentissement réel des mouvements cardiaques, mais à la production d'extrasystoles trop faibles pour impressionner le pouls, et en second lieu que le plus souvent les bradycardies étaient dues à une lésion du faisceau de His, surtout dans le syndrome de Stokes-Adams relevant souvent de la syphilis (gomme); parfois la bradycardie est due à un fonctionnement défectueux du pneumogastrique; la différenciation de ces bradycardies se fera par l'*épreuve de l'atropine* qui n'accélère pas les mouvements en cas de lésion du faisceau de His; lorsque le ralentissement atteint 30 il s'agit presque sûrement de bradycardie d'origine cardiaque, il en est de même s'il existe des crises nerveuses.

d. POULS ALTERNANT. — Il consiste en ce fait que le doigt perçoit à la radiale une pulsation forte et une pulsation faible équidistante; les expériences de Hering ont prouvé que cette arythmie est due à ce que certaines parties du myocarde refusent tout service une fois sur deux. La cause de ces asystolies partielles réside, soit dans une intoxication du cœur, soit dans une fatigue excessive du cœur (myocardites graves, intoxication digitalique, néphrite). Le pronostic en est toujours sévère.

e. L'ARYTHMIE PERPÉTUELLE, *folie cardiaque* des anciens auteurs, est caractérisée par un désordre permanent des mouvements du cœur et si complet qu'on ne trouve plus deux périodes cardiaques semblables. Ce phénomène s'observe à la période terminale des maladies du cœur; il s'établit avec l'asystolie, et il est du plus mauvais pronostic. Cette irrégularité peut s'installer assez brusquement chez des sujets dont le cœur est indemne en apparence; elle n'en est pas moins un signe d'insuffisance cardiaque spécialement de l'oreillette droite; tout signe de contraction auriculaire droite fait défaut.

Telles sont les principales variétés d'arythmie. Rappelons brièvement certaines classifications des anciens auteurs; la plus communément admise distinguait deux classes d'arythmies : les *arythmies ordonnées* et les *arythmies désordonnées*. Le groupe des arythmies ordonnées (allorythmies) comprend le rythme couplé (bi ou trigéminisme), les ralentissements du pouls, le pouls déficient, caractérisé par l'absence de loin en loin d'une pulsation au milieu des pulsations normales, le pouls alternant, les tachycardies, les irrégularités respiratoires. Le groupe des arythmies désordonnées correspond à la folie du cœur de Bouillaud; elle revêt trois types principaux : l'arythmie transitoire, l'arythmie paroxystique, l'arythmie permanente.

Il reste enfin à signaler le rythme fœtal, le rythme de déclanchement, qui ne sont pas à proprement parler des irrégularités cardiaques.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic positif d'arythmie est simple. Beaucoup plus complexe est le diagnostic de la variété d'arythmie. Nous avons insisté sur les caractères qui permettent de différencier chacune des variétés d'arythmie.

PRONOSTIC. — Le pronostic est essentiellement différent suivant la variété observée; bénin, s'il s'agit d'arythmie physiologique, toujours grave s'il s'agit de pouls alternant ou d'arythmie perpétuelle, tantôt grave tantôt bénin s'il s'agit d'extrasystole, de tachycardie, de bradycardie.

TRAITEMENT. — Le traitement est variable suivant le cas; insistons à nouveau sur le traitement mercuriel dans le syndrome de Stokes-Adam.

BIBLIOGRAPHIE. — Traités classiques. — MERKLEN et J. HEITZ. *Séméiotique du cœur*. — VAQUEZ. *Leçons sur les arythmies*, 1911. — ESMEIN. Les arythmies cardiaques, *Journ. méd. français*, mars 1911. — BARIÉ. *Traité des maladies du cœur*. — CASTAIGNE et ESMEIN. (Collection de la bibliothèque du praticien.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Notes. — *Pathologie*. — Séance du 4 décembre. — M. Giraud (Pierre), 4; Mlles Pommay, 11; Armand et MM. Huc (Edouard), 8; Ruelle, 10; Vincent, 7; Paraf, 12; Gibert, 7.

Anatomie. — Séance du 4 décembre. — MM. Phocas, 8; Perrin (Henri), 3; de Butler d'Ormond, 8; Lory et Humbert, 12; Socquet, 6; Benit, 12; Drouet, 10; Marcassus, 11; Barois, 2.

Séance du 5 décembre (*matin*). — MM. Guillaume (André), 2; Lévi-Franckel, 11; Guillouet, 7; Barreau, 6; Duponchel, 11; Broussin (André), 6; Oberlin, 10; Lantuéjoul, 9; Poissonnier, 7.

Séance du 5 décembre (*soir*). — MM. Legras, 8; Peignaux, 6; Dardanne, 7; Vérut, 11; Stiassnie, 6; de Nabias, 5; Scheikevitch et Boyer, 12; Mlle Denis, 11.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — La chaire de matière médicale et de botanique est déclarée vacante.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — Un congé d'inactivité, du 16 novembre au 30 décembre 1912, est accordé, sur sa demande, à M. Monprofit, professeur.

— Limoges. — M. Mallet, pharmacien de première classe, est chargé, du 1er novembre 1912 au 31 octobre 1913, des fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

— Nantes. — M. le docteur Grosse est proposé après concours pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire d'accouchements.

— Poitiers. — M. Le Blaye, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est chargé, en outre, à partir du 1er janvier 1913, des fonctions de chef des travaux pratiques de bactériologie et parasitologie (emploi nouveau).

— Reims. — M. Telle, pharmacien de première classe, licencié ès sciences, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

— Rennes. — M. Cloarec, licencié ès sciences mathématiques et ès sciences physiques, pharmacien de première classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de physique.

L'INSPECTION DES HABITATIONS A BON MARCHÉ. — Sur une question de M. Doizy, député, M. le ministre du Travail vient de faire la réponse suivante :

Aux termes de l'article 17, titre 3, du décret du 10 janvier 1907, « dans chaque canton où les habitations à bon marché seront construites, il sera désigné par le préfet un ou plusieurs médecins visiteurs assermentés et chargés d'examiner les proposants.

Leur serment sera reçu soit par le préfet ou le sous-préfet, soit par le juge de paix du canton où résidera le médecin.

Le tarif de la visite médicale sera fixé par un arrêté du préfet du département ».

L'application de ces dispositions incombe à la caisse des dépôts et consignations que le ministère va saisir de la question.

LES MÉDECINS AUXILIAIRES ET L'INDEMNITÉ DE PREMIÈRE MISE D'ÉQUIPEMENT. — M. Henry Fougère, député, ayant demandé à M. le ministre de la Guerre si un jeune soldat incorporé en juin 1911, ayant passé l'examen de médecin auxiliaire en juillet 1912, nommé à cet emploi le 1er octobre 1912, a droit à l'indemnité de première mise d'équipement prévue par le décret de fin décembre 1911 a reçu la réponse suivante :

L'indemnité de première mise d'équipement prévue par le décret du 26 décembre 1911, pour les médecins et vétérinaires auxiliaires, est due à tous ceux d'entre eux qui ont été nommés à cet emploi, postérieurement à la promulgation de la loi portant fixation du budget général des dépenses et des recettes de l'exercice 1911 (13 juillet 1911).

Par suite, un soldat nommé médecin auxiliaire, le 1er octobre 1912, a droit à cette indemnité.

LE SERVICE DE SANTÉ DANS L'ARMÉE GRECQUE. — Le docteur Lesage (de Paris) qui revient d'Athènes où il a installé des services de radiographie a fait part au *Temps* de ses impressions sur l'organisation du service de santé en Grèce. La mission militaire française a fait merveille, on le sait, son rôle a été unanimement apprécié et une grande part de ces éloges revient sans conteste au médecin-major Arnaud qui a organisé le corps de santé.

Il a créé dès le début des trains sanitaires, organisé des tramways du Pirée à Athènes, installé des hôpitaux dans les locaux disponibles et créé de toutes pièces le matériel de transport, brancards, voitures, etc.

En dehors de l'organisation propre du service de santé

grec, toute une série d'institutions s'étaient créées, et suivant en cela l'exemple de la reine, chacune des princesses s'était mise à la tête d'une organisation spéciale.

La princesse Sophie avait un hôpital, la princesse Nicolas un train sanitaire, la princesse Marie un navire-hôpital; Mme Panas, de la Société des secours aux blessés, avait réuni dans la colonie une somme importante et organisé un service à la tête duquel elle est partie; l'Union des femmes de France avait envoyé ses infirmières sous la présidence de Mlle de Colstoun, fille de l'amiral.

ŒUVRE PARISIENNE DE SECOURS IMMÉDIAT ET D'ASSISTANCE A LA FAMILLE MÉDICALE. — Toutes les demandes de secours qui ont été adressées à l'œuvre par les ayants droit d'après les statuts ont été accueillies, suivies d'enquêtes, et il leur a été donné satisfaction.

Voici l'état financier au 28 novembre 1912 :

Recettes depuis le 1er décembre 1911..	7.992 95
En caisse au 1er décembre 1911.......	2.430 »
	10.422 95
Dépenses depuis le 1er décembre 1911.	7.391 35
Reste.................	3.031 60

Les recettes proviennent des cotisations des membres de l'œuvre et des dons parmi lesquels il faut citer celui de la Policlinique de Paris, 2500 francs, celui d'une généreuse anonyme, 1000 francs, celui du docteur Sisto (de Buenos-Ayres), 550 francs, et celui de l'Orchestre médical, 747 fr. 95, provenant des bénéfices de son dernier concert.

Les dépenses comprennent en chiffres ronds 4000 francs de secours partagés entre 18 confrères et 3000 francs divisés entre 24 veuves ou filles de médecins.

L'Assistance par le travail a été réalisée sauf, en ce moment, pour les demandes inscrites sur l'état ci-dessous :

1. Veuve de médecin, quarante-cinq ans, brevet élémentaire, désire place gouvernante, dame de compagnie, irait à l'étranger.
2. Filles de médecin, faisant aquarelle, peinture sur porcelaine, désirent leçons dessin, font objets vente de charité, étrennes.
3. Fille de médecin, quarante ans, très distinguée, habitude du monde, désire situation dame de compagnie, soignerait neurasthénique, Paris et Province.
4. Veuve de médecin, dactylographe, références, désire situation commerciale ou secrétaire, Paris.
5. Fille de médecin, miniaturiste reçue au salon, enluminures, désire leçons et travaux.
6. Fille de médecin, jeune sténo-dactylographe, cherche emploi après-midi, brevet simple.
7. Fille de médecin, vingt-six ans, désire emploi de vendeuse, bonnes références commerciales.
8. Veuve de médecin, diplômée garde-malades, dirigerait petit hôpital.
9. Veuve de médecin, pendant cinq ans infirmière, demande emploi dans la journée.

Nous serons très obligés à nos confrères de signaler à Mme Berruyer, 177, boulevard Saint-Germain, tous les emplois vacants pouvant convenir à une de nos protégées.

LE VOLEUR DES MÉDECINS. — Les docteurs Blum, Brault, Chauffard et Quénu croient devoir signaler à leurs confrères que divers objets ont été volés chez eux par un homme paraissant âgé de trente ans environ, à petite moustache noire, à cheveux noirs plaqués, portant lorgnon et ayant l'accent espagnol. Cet homme se présente en prétextant d'une consultation à demander en ville ou en province.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fêtes de Noël et du Jour de l'An. Tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour de 1re et de 2e classes, à prix réduits, de Paris pour Cannes, Nice, Monaco, Monte-Carlo et Menton, délivrés du 19 au 31 décembre 1912.

Ces billets sont valables vingt jours (dimanches et fêtes compris); leur validité peut être prolongée une ou deux fois de dix jours (dimanches et fêtes compris), moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément de 10 p. 100.

Ils donnent droit à deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

De Paris à Nice, vià Dijon, Lyon, Marseille : 1re classe : 182 fr. 60 ; 2e classe : 131 fr. 50.

COURS ET CONFÉRENCES

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER (89, rue d'Assas). — Professeur : M. Paul BAR. — *Cours de pratique obstétricale*, par MM. Brindeau, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux; Guéniot et Lequeux, professeurs agrégés; Devraigne et Chirié, anciens chefs de clinique; Lemeland, chef de clinique; Metzger et Levant, chefs de clinique adjoints; assistés de MM. Roullier, Pellissier, Brisson, Siguret, Wilhelm, Didier et Sabaté, moniteurs; réservé aux étudiants ayant seize inscriptions et aux docteurs français et étrangers régulièrement inscrits à la clinique.

Le cours commencera le 9 décembre 1912. Il comprendra quatorze leçons qui auront lieu tous les jours, à cinq heures du soir. Les auditeurs seront personnellement exercés aux manœuvres obstétricales.

Programme du cours. — Lundi 9 décembre 1912. M. Levant, à cinq heures. Diagnostic des présentations et des positions par le palper.

Mardi 10 décembre, à trois heures. Exercices du palper au lit des malades. — M. Levant, à cinq heures. L'auscultation en obstétrique.

Mercredi 11 décembre, à neuf heures et demie du matin. Consultation des femmes enceintes, par M. le professeur Bar; examen des malades par les élèves du cours. — A trois heures : Exercices d'auscultation au lit des malades. — M. Levant, à cinq heures. Le toucher en obstétrique.

Jeudi 12 décembre, à trois heures. Exercices de toucher. — M. Lemeland, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions directes).

Vendredi 13 décembre, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Lemeland, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions obliques antérieures).

Samedi 14 décembre, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Lemeland, à cinq heures. Le forceps sur le sommet (positions obliques postérieures).

Lundi 16 décembre, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Lemeland, à cinq heures. Le forceps sur la face et le front.

Mardi 17 décembre, à trois heures. Exercices pratiques de forceps. — M. Lemeland, à cinq heures. Le forceps sur les présentations élevées.

Mercredi 18 décembre, à neuf heures et demie du matin. Consultation des femmes enceintes par M. le professeur Bar; examen des malades par les élèves du cours. — A trois heures : Exercices pratiques, revision des diverses applications de forceps. — M. Metzger, à cinq heures. La version par manœuvres internes (version séparée).

Jeudi 19 décembre, à trois heures. Exercices pratiques de version. — M. Metzger, à cinq heures. L'extraction du siège décompléte mode des fesses.

Vendredi 20 décembre, à trois heures. Exercices pratiques : L'extraction du siège décompléte mode des fesses et après version. — M. Metzger, à cinq heures. L'extraction après la version : ses difficultés.

Samedi 21 décembre, à trois heures. Exercices pratiques de version par manœuvres internes (revision). — M. Chirié, à cinq heures. L'embryotomie céphalique (cranioclasie).

Lundi 23 décembre, à trois heures. Exercices pratiques d'embryotomie. — M. Lequeux, à cinq heures. Procédés de dilatation rapide du col.

Mardi 24 décembre, à trois heures. M. Devraigne. Embryotomie rachidienne. — A quatre heures. Exercices pratiques d'embryotomie.

Pour renseignements et inscription, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures. Le droit à verser est de 50 francs.

REVUE GÉNÉRALE

L'ANAPHYLAXIE ALIMENTAIRE

Par MM. Guy LAROCHE, Charles RICHET fils
et Fr. SAINT GIRONS.

Sous le nom d'anaphylaxie alimentaire on désigne l'ensemble des accidents provoqués par l'ingestion seconde d'aliments frais et normalement bien tolérés, alors que la première ou les premières ingestions de cet aliment n'avaient pas déterminé d'accidents ou en avaient déterminé de bénins.

Cette définition permet de séparer nettement de l'anaphylaxie, d'une part les intoxications alimentaires provoquées par l'ingestion d'aliments avariés ou toxiques, d'autre part certaines susceptibilités spéciales qui se manifestent dès la première ingestion et n'augmentent pas dans la suite. Elle fait rentrer dans le cadre de l'anaphylaxie certaines intolérances spontanées qui sont de plus en plus violentes à chaque ingestion. Elle permet enfin d'éliminer l'anaphylaxie à certaines substances médicamenteuses et non pas alimentaires (bromures, iodures, quinine, antipyrine, mercure, etc.).

L'anaphylaxie alimentaire est une notion récente. En même temps que son existence était peu à peu démontrée par la série des expériences que nous exposerons plus loin, et dont Ch. Richet reste le promoteur, elle s'introduisait aussi en clinique, permettant ainsi d'interpréter certains accidents survenus après l'ingestion de diverses substances et mis jusqu'alors sur le compte d'une idiosyncrasie difficilement explicable.

Hutinel (1), Barbier (2), Finizio (3), Halberstadt (4) étudient l'anaphylaxie au lait, Horwitz (5), Lesné (6), Castaigne et Gouraud (7) l'anaphylaxie aux œufs.

Une série de travaux expose successivement l'état actuel de l'anaphylaxie alimentaire : Dœrr [1908] (8), Mlle Bouteil [1909] (9), Ch. Richet [1910] (10), Castaigne et Gouraud [1910] (7), Barnathan [1911] (6). Cette question fait enfin l'objet de communications au Congrès de médecine (1912).

Dans ce travail nous exposerons d'abord les faits cliniques, puis les données expérimentales, dont nous essaierons de déduire la pathogénie.

I

Faits cliniques. — Étiologie. — Les aliments dont l'ingestion peut déterminer une anaphylaxie alimentaire sont multiples.

En voici la liste, sans doute incomplète : viandes crues, viandes cuites, lait, œufs, crustacés (langouste, homard, écrevisses, crevettes), mollusques (moules, huîtres), haricots, oignons, fraises (?), ananas (?), melons (?).

La *viande crue* (de cheval surtout) ne détermine pas, à proprement parler, d'accidents anaphylactiques, mais elle sensibilise le sujet qui réagira plus violemment à l'injection de sérum équin [Rist et Ch. Richet fils (11), Lafforgue (12), Billard (43)].

L'ingestion de *viande de porc ou de veau* (même cuite) peut déterminer des accidents anaphylactiques ; Brück en a donné la démonstration par l'épreuve de l'anaphylaxie passive.

Le *lait cuit* détermine l'état anaphylactique aussi facilement que le *lait cru*. Tous les laits hétérogènes peuvent produire la sensibilisation anaphylactique. Il y a peut-être une co-anaphylaxie lactée ou *anaphylaxie de groupe*, c'est-à-dire que le lait de vache sensibilise pour le lait de chèvre ou d'ânesse : les faits cliniques et expérimentaux semblent le démontrer. Dans le lait, on a incriminé successivement le petit lait, la caséine, le babeurre.

On observe souvent des accidents anaphylactiques à la suite d'ingestion d'*œufs*. Les œufs crus ou demi-cuits (œufs à la coque, sur le plat, pochés) sont à cet égard beaucoup plus nocifs que les œufs cuits (œufs durs en particulier); les œufs mélangés à la farine, comme ils le sont dans les pâtes, les tartes, les gâteaux secs, etc., sont également mieux tolérés. On ne sait pas avec précision si les sujets anaphylactisés aux œufs de poule le sont pour les œufs de cane, etc.; dans un cas pourtant, le sujet intolérant pour le blanc d'œuf de poule l'était aussi pour l'œuf de cane. Enfin, les sujets ainsi anaphylactisés aux œufs de poule peuvent manger impunément de la viande de poulet.

L'anaphylaxie aux *crustacés*, aux *poissons* et aux *mollusques* est la plus fréquente de toutes les anaphylaxies alimentaires. Elle est, dans certaines conditions, très étroitement spécifique. Le cas de Landouzy est à cet égard particulièrement intéressant : une personne mange impunément langouste et homard, une seule crevette la rend malade. Le cas de Mertens est comparable : un sujet peut manger du homard, il est malade quand il prend une écrevisse. Parmi les *poissons*, les plus nocifs paraissent être, dans nos pays, les poissons de mer suivants : maquereau, thon, saumon. Des *mollusques* ce sont les moules qui semblent être le plus fortement anaphylactisantes (en même temps que les plus toxiques par elles-mêmes). D'ailleurs, des moules Richet a retiré une toxine remarquablement anaphylactisante : la mytilo-congestine.

Si l'on jette un coup d'œil d'ensemble sur tous les aliments que nous venons d'énumérer, on peut constater que ce sont en général les albumines qui se rapprochent le plus des albumines humaines, c'est-à-dire les moins hétérogènes, qui sont les moins anaphylactisantes; la viande de mammifère anaphylactise moins que les œufs, les œufs moins que les poissons, et les poissons moins que les crustacés ou les moules.

L'anaphylaxie alimentaire est beaucoup plus rarement provoquée par les albumines végétales. Debove (14) a pourtant cité un cas fort curieux d'anaphylaxie aux haricots ; Castaigne et Gouraud rappellent à propos de cette observation l'anaphylaxie aux oignons. Le melon, d'après une observation recueillie par l'un de nous, semble également être anaphylactisant.

Les faits d'anaphylaxie alimentaire sont fréquents, surtout chez les enfants, prédisposés par les trois facteurs suivants :

1. La suralimentation à laquelle très souvent ils sont soumis;
2. La faible activité de leurs sucs digestifs;
3. La fréquence de l'entérite.

Souvent l'anaphylaxie alimentaire est familiale: tels sont le cas de Finizio concernant deux frères, et celui d'Halberstadt chez deux jumeaux.

Symptômes. — Ils sont à peu près les mêmes, quel que soit l'aliment anaphylactisant.

Certes les accidents sont d'intensité très variable, bénins, graves, mortels, suivant les cas, mais ils semblent toujours être de même nature. A bien examiner les faits, les accidents d'anaphylaxie alimentaire sont presque identiques à ceux qu'on observe après injection de sérum chez un sujet sensibilisé, ou une ponction d'un kyste hydatique, comme si le poison anaphylactisant était un.

Aussi ne nous paraît-il pas utile de tracer les tableaux cliniques de chaque variété étiologique d'anaphylaxie alimentaire; nous décrirons successivement l'ensemble des symptômes observés dans :

1° *La grande anaphylaxie alimentaire;*
2° *La petite anaphylaxie alimentaire.*

Nous aurons à étudier ensuite les faits :

3° *D'anaphylaxie chronique;*
4° *D'anaphylaxie héréditaire.*

1° *La grande anaphylaxie alimentaire.* — Elle a été observée surtout pour les œufs et le lait.

Les observations d'hypersensibilité *aux œufs* peuvent être groupées en deux grandes classes : dans la première, qui comprend les observations de Lesné, de Gelpke, de Landmann (15), de Shoffield (16), de Horwitz, il s'agit vraiment d'anaphylaxie. Les observations de Baginski, de Faust (17) et les deux cas de Guinon [cités par Barnathan (6)] constituent un deuxième groupe de faits dans lesquels l'intolérance se manifeste dès le premier œuf ingéré. S'agit-il là d'intolérance simple ou d'anaphylaxie héréditaire? La question est insoluble à l'heure actuelle. Aussi ne nous occuperons-nous, pour l'instant, que des faits du premier groupe.

Le début des accidents est parfois foudroyant : quinze à trente secondes après l'ingestion, en minime quantité, d'une préparation contenant de l'ovoalbumine, le malade de Landmann, homme de trente-cinq ans, très vigoureux, est atteint d'urticaire extrêmement intense, et Horwitz a pu dire à cet égard que la réaction immédiate fut chez ce malade la meilleure protection contre la mort en l'empêchant de terminer sa potion.

Cependant, et beaucoup plus souvent, les accidents apparaissent un peu plus tard : deux à trois minutes dans le cas de Lesné, dix minutes dans d'autres cas.

Cette rapidité dans le début des accidents est un des meilleurs signes d'anaphylaxie. Horwitz remarque à ce propos fort justement que, pour un même malade, les accidents sont d'autant plus sérieux et durables que le début est plus immédiat.

Le premier symptôme est en général l'*urticaire* qui se développe rapidement, ou bien des crises violentes de *coliques* et des *vomissements*. Très vite les symptômes arrivent à leur acmé.

A cette période le tableau clinique complet est constitué par des symptômes :

Cutanés,
Digestifs,
Respiratoires,
Nerveux,

avec un état général grave.

L'*urticaire* est très fréquente et d'une violence extrême; dans les quatre observations princeps (Lesné, Landmann, Schoffield et Horwitz) elle existait trois fois. Elle est plus marquée à la face, particulièrement aux lèvres, aux paupières, etc.

Les démangeaisons sont très pénibles. Parfois on note un exanthème scarlatiniforme (cas de Gelpke).

Les symptômes digestifs constituent avec l'urticaire le phénomène essentiel du déclanchement anaphylactique. Les *coliques* sont très violentes, caractéristiques, à tel point que le malade de Horwitz les désignait sous le nom d' « Eierbauchweh ». La petite malade de Lesné se tordait sur le sol en criant.

La *diarrhée* est rarement absente. Le plus souvent elle est très marquée, parfois incoercible ou même sanglante.

Les *vomissements*, précédés par des nausées, sont très fréquents et vont presque jusqu'à l'intolérance à toute ingestion de liquide.

Le plus souvent le ventre est contracturé et excavé.

Plus rarement, on observe d'autres symptômes : *dyspnée* (Lesné) pouvant aller jusqu'à l'attaque d'*asthme* (Schoffield), *contractions ou convulsions* (Schoffield).

En même temps l'état général s'aggrave, la température descend à 36 degrés, plus souvent s'élève, la tension s'abaisse, les yeux se creusent, le nez se pince, la face devient livide et le malade peut tomber dans l'abattement et la somnolence.

De tels faits sont rares, du reste, et le plus souvent les accidents, bien qu'intenses, ne vont pas jusqu'à ce tableau inquiétant.

Leur durée est variable. L'urticaire et les douleurs abdominales durent en général quelques heures, rarement plus de sept à huit. Parfois cependant les accidents se prolongent, et le malade peut, comme dans l'observation de Lesné, rester pendant plusieurs jours dans une situation inquiétante.

On n'a observé jusqu'ici aucun cas mortel d'anaphylaxie aux œufs, bien que les symptômes aient été fort alarmants parfois. La petite malade de Lesné fut en danger de mort pendant quelques jours. Le malade de Horwitz, de son propre aveu, serait mort s'il avait achevé son ovoalbumine. Pour une dose encore plus faible, le malade de Landmann semble avoir été dans une situation plus inquiétante encore.

Aussi le *pronostic* quoad vitam doit-il être réservé; il sera d'autant plus sévère que les accidents seront plus rapides dans leur apparition, plus intenses dans leur développement, plus prolongés dans leur évolution.

Comme l'anaphylaxie aux œufs que nous venons

d'étudier, l'anaphylaxie *au lait* peut déterminer des accidents graves, surtout chez les enfants. Hutinel et Barbier, les premiers, attirèrent l'attention sur ces faits. Depuis, les observations se sont multipliées, mais leur valeur est inégale. Nous citerons celles de Freund (18), Siegert (19), Wernstedt (20), Zybell (21) en Allemagne ; celles de Fiessinger (22), Dufour (23) en France, et nous ne retiendrons seulement, dans cette question à pathogénie encore discutée, que celles dont la valeur démonstrative est absolue. Tels sont les cas de Finkelstein (24) [deux observations], de Salge (25), de Halberstadt, de Hutinel (deux observations) et de Finizio. Comme le remarque Hutinel, elles semblent calquées les unes sur les autres.

Dans trois de ces observations, les accidents se sont terminés par la mort (Finkelstein, Finizio, Halberstadt). Dans le cas de Finkelstein il s'agit d'un nourrisson qui, chaque fois qu'il ingère du lait de vache, présente des accidents. A chaque essai (cinquième, neuvième et dix-huitième semaines) les symptômes sont plus sévères; et quand, à la vingt-sixième semaine, un dernier essai témoignant d'une persévérance regrettable est tenté, la mort survient dans le collapsus. L'observation de Finizio est comparable. Un enfant chétif, rachitique, nourri au sein, a pris du lait animal durant un séjour antérieur à l'hôpital. A l'âge d'un an on lui donne un biberon de 120 grammes; deux à trois heures après des accidents graves apparaissent : vomissements alimentaires, puis muqueux, diarrhée fréquente et fétide avec ténesme, dyspnée, pouls incomptable, état de dépression. Huit jours plus tard une deuxième tentative est suivie d'accidents analogues. Quelques essais avec le babeurre, le lait conservé, les farines lactées déterminent encore des accidents, mais moins graves. Deux mois après, on donne à l'enfant 100 grammes de lait, les accidents apparaissent aussitôt : vomissements, diarrhée sanglante, dyspnée, cyanose, convulsions, *mort*. Pas d'autopsie. Notons, car ce détail a son intérêt, que le frère plus jeune de cet enfant présenta lui aussi des accidents d'anaphylaxie alimentaire au lait et fut en danger de mort. Dans le cas assez confus d'Halberstadt (obs. III), il s'agit d'un enfant né avant terme (grossesse gémellaire) qui paraît avoir été au début à la fois nourri au sein et alimenté au babeurre. Il supporte mal le babeurre; à deux essais différents on note des accidents légers d'ailleurs. Quelque temps après, à l'âge de trois mois, l'enfant prend de nouveau du babeurre : quatre heures après, il tombe dans le collapsus; on ne l'en sort que difficilement. Le lendemain, bien qu'on lui donne du lait de femme, collapsus et mort. Détail intéressant : le frère jumeau de cet enfant présenta des accidents très sérieux d'anaphylaxie au lait et faillit en mourir.

Ainsi que le montrent tous ces exemples, les symptômes de l'anaphylaxie alimentaire au lait de vache et aux œufs sont assez comparables. Les différences, aussi bien cliniques que pronostiques, tiennent surtout à l'âge.

Dans les observations que nous venons de citer ce sont les symptômes généraux qui dominent la scène; dans les cas habituels, au contraire, les symptômes digestifs sont les plus marqués. Les vomissements et la diarrhée sont signalés dans toutes les observations : la diarrhée peut être glaireuse (Hutinel) ou sanglante (Finizio); elle est souvent très abondante (dix-sept selles dans le cas d'Hutinel) accompagnée parfois de ténesme rectal. Quant aux signes généraux, leur intensité varie. Dans les formes légères, l'abattement est de règle ; il est plus marqué dans les cas sérieux et aboutit au collapsus. Il y a le plus souvent hyperthermie (jusqu'à 40 degrés). L'hypothermie est plus rare (34°4 dans le cas de Salge).

Assez souvent il existe des convulsions, de la tétanie (Halberstadt, Finizio), de l'albuminurie (Finkelstein), de la dyspnée.

Ces accidents, qui débutent immédiatement après l'ingestion de lait, persistent un certain temps, et plusieurs jours parfois sont nécessaires pour dissiper tout écho de l'orage anaphylactique.

Comme nous l'avons indiqué, dans trois cas on a observé la mort; dans plusieurs autres on a eu à la redouter ; aussi le pronostic de l'anaphylaxie alimentaire au lait doit-il être réservé.

2° *La petite anaphylaxie alimentaire et les petits signes de l'anaphylaxie.* — A côté de la grande anaphylaxie existe ce qu'on pourrait appeler une « petite anaphylaxie alimentaire » se traduisant non plus par la grande attaque souvent dramatique, et il faut bien le dire exceptionnelle, mais par de petits accidents isolés ou groupés dont la nature ne peut être reconnue que par une enquête minutieuse sur le régime du malade. Les accidents peuvent s'observer chez des adultes qui présentent depuis leur enfance une intolérance légère à l'égard de tel ou tel aliment; parfois ils ne se produisent, chez un sujet tolérant jusque-là, qu'à la suite d'une suralimentation, à l'occasion d'une convalescence. On peut les observer chez des enfants, par exemple lorsqu'on élargit trop brusquement leur régime alimentaire; le cas le plus fréquent et le plus net est celui de l'intolérance aux œufs chez les enfants.

Pendant quelques jours, quelques semaines ou quelques mois, un enfant de trois à cinq ans prend deux, trois œufs par jour. La tolérance est d'abord parfaite, mais peu à peu apparaissent des accidents. Ce peuvent être des troubles gastro-intestinaux : haleine fétide, dyspepsie chronique, constipation ou selles fréquentes et diarrhéiques; des troubles cutanés : urticaire, prurigo, eczéma. L'urticaire tantôt récidive après chaque repas, tantôt est presque chronique; les plaques siègent sur les bras, les cuisses ou les flancs, et les grattages qu'elles occasionnent favorisent les crises de prurigo, d'eczéma ou d'infection cutanée; parfois surviennent des œdèmes de la face, des paupières ou plus rarement des membres. Si l'origine alimentaire de ces accidents est reconnue, la rétrocession des symptômes est généralement très rapide, mais les accidents reparaissent lorsque est repris l'aliment en cause.

Parmi ces accidents, il en est qui sont nettement du ressort de l'anaphylaxie; d'autres sont de pathogénie discutable. Dans le premier groupe, on peut ranger l'urticaire, les crises de prurit, les œdèmes,

La preuve en est que les enfants qui ont présenté des accidents vis-à-vis de certains aliments gardent parfois une susceptibilité particulière envers eux, même quand un régime approprié a fait cesser toute intoxication chronique. Ainsi l'un de nous a observé un enfant qui, au moment du sevrage, ingéra un œuf tous les jours ou tous les deux jours. Bientôt se manifestèrent un état gastro-intestinal, du prurit et des crises d'urticaire. Dès la suppression des œufs, tous les accidents disparurent pour reparaître dès qu'on reprenait l'alimentation aux œufs. Deux ans après, l'enfant conservait envers les œufs une susceptibilité spéciale qui se traduisait par de l'urticaire, alors que les troubles intestinaux avaient depuis longtemps disparu. Lorsqu'on avait soin de lui servir le jaune d'œuf entièrement débarrassé du blanc, l'enfant n'éprouvait aucun trouble. Il s'agit là nettement d'une sensibilisation à l'ovoalbumine.

Quant aux accidents gastro-intestinaux chroniques, leur pathogénie est obscure, et nous la discuterons à propos de l'anaphylaxie chronique.

On a fait rentrer dans le cadre de l'anaphylaxie certaines crises d'asthme : le malade de Shoffield avait des crises d'asthme après ingestion d'œufs. Mme Girard-Mangin (33) vient de publier deux cas d'asthme d'origine anaphylactique chez un vieillard et un enfant. Ces faits cadrent bien avec la théorie anaphylactique de l'asthme [Billard (26), Landouzy (27)]. Lesné et Ch. Richet fils se demandent s'il ne faut pas rattacher à l'anaphylaxie alimentaire certaines migraines de la seconde enfance ; d'autres auteurs se sont posés la même question à propos des vomissements cycliques.

3° *Anaphylaxie chronique.* — *C'est là un chapitre d'attente* comprenant des faits dont la pathogénie est encore à discuter, concernant le plus souvent des accidents déterminés par le lait de vache. Il s'agit de nourrissons, parfois suralimentés, amaigris ou obèses, présentant des troubles gastro-intestinaux, vomissements, constipation ou diarrhée, de l'eczéma, du prurigo. Leur courbe de poids baisse régulièrement chaque semaine ; mais lorsqu'on supprime le lait de vache pour le remplacer par le lait de femme ou les farines, souvent l'état général s'améliore et le poids remonte. Si, quelques jours après, on reprend le lait de vache, les accidents reparaissent encore, avec une nouvelle chute de poids. Si l'on insiste des symptômes plus graves surviennent, les troubles digestifs s'accusent, et la mort peut survenir par cachexie ou infection associée. La guérison ne s'obtient que par suppression absolue du lait de vache, et alimentation au lait maternel ou aux farineux.

Dans quelle mesure peut-on admettre la nature anaphylactique de ces accidents ? Hutinel et Barbier leur reconnaissent cette origine, mais leur thèse a été discutée. Peut-être faut-il distinguer parmi les cas cliniques. Un certain nombre de ces nourrissons ne sont évidemment que des dyspeptiques qui digèrent plus difficilement le lait de vache que le lait de femme, et à la base de leur cachexie on trouve l'insuffisance d'assimilation et les toxi-infections d'origine gastro-intestinale. Pour d'autres, il faut bien admettre la nature anaphylactique des accidents ; surtout lorsque, après une phase plus ou moins longue d'alimentation au lait de femme ou aux farineux, l'ingestion de lait de vache provoque immédiatement des vomissements, de la diarrhée et des crises d'urticaire.

L'amaigrissement nous semble un excellent symptôme de cet état d'intoxication anaphylactique chronique. On l'observe toujours après le choc de l'anaphylaxie aiguë, et nous avons insisté à plusieurs reprises sur l'amaigrissement dans l'anaphylaxie alimentaire expérimentale aux œufs et au lait, montrant que dans l'ensemble les animaux les plus amaigris étaient les plus anaphylactisés. Ainsi donc, en clinique, même après avoir écarté un grand nombre d'observations de pathogénie obscure, il en reste quelques-unes auxquelles nous semble convenir le terme d'*anaphylaxie chronique.* Si ces deux mots peuvent au premier abord paraître antinomiques, cela tient à ce que, en général, on envisage l'anaphylaxie comme un état aigu et brutalement déchaîné par la seconde injection d'antigène. En matière d'anaphylaxie alimentaire, et quelle que soit l'interprétation que l'on veuille admettre pour les faits cliniques, il faut ajouter à cette *anaphylaxie aiguë* l'*anaphylaxie chronique* caractérisée par l'introduction journalière d'hétéro-albumines à petites doses se combinant chaque fois avec l'anticorps et produisant dans l'organisme, non plus le grand choc anaphylactique, mais une série de petites intoxications dont la répétition finit par déterminer des accidents plus ou moins graves.

4° *Anaphylaxie alimentaire héréditaire.* — C'est encore un chapitre d'attente. Cependant, on connaît en clinique la susceptibilité de plusieurs membres d'une même famille aux œufs ou au lait. Certains de ces faits nous semblent ressortir à la pathogénie anaphylactique. Dans ces cas il y a intolérance familiale à l'égard d'une quantité minime de l'aliment ingéré agissant comme poison violent, dont l'action est rapide, parfois presque immédiate. L'un de nous (Laroche) a observé un cas curieux de susceptibilité héréditaire aux œufs. Le plus atteint avait été l'arrière-grand-père ; une crème, une meringue l'empoisonnaient ; il avait renoncé à manger des œufs qui provoquaient chez lui des vomissements, des coliques, de la diarrhée. Voici, sous forme de tableau, le résultat de l'enquête à laquelle nous nous sommes livrés dans cette famille.

X..., né en 1778.
Intolérance absolue aux œufs, aux crèmes.

Y..., né en 1807.
Peu atteint.

Fils aîné indemne.	2e fils intolérant aux œufs jusqu'à 25 ans, supportant actuellement 1, mais non 2 œufs à la coque.	Fille (Z), intolérante aux œufs et aux crèmes.	Fille intolérante aux œufs.
	Fille légèrement intolérante. — Fille indemne.	Fille (Z'), intolérante aux œufs et aux crèmes.	

L'intolérance de X... est restée légendaire dans cette famille : les œufs l'empoisonnaient, disait-on.

Son fils n'avait conservé qu'une susceptibilité particulière aux crèmes et surtout aux meringues (faites comme on sait de blanc d'œuf battu peu ou pas cuit). Les filles de Y... considèrent les œufs comme un poison, Z'... a des crises de vomissements après l'ingestion même d'une crème; elle ne supporte que le jaune de l'œuf.

L'enfant observé par Gelpke (27 *bis*) avait une mère très intolérante aux œufs. Les deux cas d'Halberstadt et Finizio d'anaphylaxie collatérale aux œufs sont comparables (intolérance familiale). On pourrait en trouver d'autres exemples.

Leur interprétation est plus délicate. Les médecins, pour expliquer ces accidents, ont dit « idiosyncrasie ». Pouvons-nous dire « anaphylaxie »? Les accidents qui surviennent chez ces sujets sont identiques à ceux que nous avons jusqu'ici étudiés. Ils n'en diffèrent que par un seul élément : l'hérédité. Mais l'anaphylaxie héréditaire expérimentale est depuis longtemps démontrée. Si l'on admet l'anaphylaxie alimentaire acquise, rien n'empêche d'admettre une anaphylaxie alimentaire héréditaire. Son mécanisme est d'ailleurs très obscur encore. C'est tout le problème de l'hérédité humorale, de l'hérédité du terrain qui est du même coup soulevé.

La transmission de cette susceptibilité aussi bien par les hommes (cas de Laroche) que par les femmes (cas de Gelpke) rend encore le problème plus obscur.

Sa discussion nous entraînerait trop loin, bornons-nous pour l'instant à enregistrer les faits.

II

Faits expérimentaux. — La question de l'anaphylaxie alimentaire expérimentale a été soulevée par Richet, en 1902, mais il faut arriver jusqu'aux expériences de Rosenau et Anderson avec le sérum équin, et de Richet avec la crépitine pour que le fait puisse être affirmé.

Auparavant Arthus (28), Besredka (29) et divers auteurs avaient, il est vrai, obtenu des résultats positifs, avec le lait et les œufs, mais au moyen d'injections sous-cutanées. C'était bien là une anaphylaxie par aliments, mais ce n'était pas une anaphylaxie alimentaire.

Ce furent Rosenau et Anderson (30) qui les premiers réussirent à anaphylactiser des cobayes par voie digestive, avec du sérum; ensuite, et sans parler de ses recherches sur les toxalbumines [crépitine (31)] dont l'ingestion détermine l'anaphylaxie, Richet (10) obtint, chez le chien, un résultat fortement positif avec le jus de viande et un résultat très faiblement positif avec de l'ovoalbumine. Mais 7 autres chiens soumis à la viande crue, aux œufs ou au lait, ne présentèrent aucun symptôme, lors de l'exploration.

Arthus et Besredka n'obtinrent avec le lait que des résultats négatifs. Les animaux de Besredka avaient reçu en ingestion une seule dose de lait, variant de 3 à 17 centimètres cubes. Par contre, nous avons obtenu des résultats positifs : nous soumettions les cobayes, pendant plusieurs jours à une alimentation composée exclusivement d'une bouillie de pain (150 grammes), et de lait (900 grammes). Dans ces conditions, nous avons pu constater la sensibilisation anaphylactique de nos animaux dans une proportion de 25 à 80 p. 100 selon les séries.

En même temps que le compte rendu de nos expériences, paraissait un article remarquable de Wells et Osborne (32), dans lequel ils étudient l'anaphylaxie alimentaire aux protéines végétales (blé indien et orge), et signalent l'anaphylaxie alimentaire au lait, aux œufs, et au sérum de cheval. Les auteurs indiquent ce fait très intéressant que les animaux nourris avec les protéines végétales sont d'abord anaphylactisés, puis vaccinés.

Récemment, au Congrès de l'association des médecins de langue française, nous apportions les preuves évidentes de l'anaphylaxie alimentaire aux œufs. En nourrissant pendant plusieurs jours des cobayes avec un à deux œufs par animal, mêlés à leurs aliments, nous avions pu déclancher par injection seconde intrapéritonéale de blanc d'œuf les phénomènes d'anaphylaxie typique : choc, convulsions, etc., accidents terminés dans plusieurs cas par la mort. Par contre nous avons échoué avec les moules, et Lesné avec les fraises.

Dans ces expériences, nous posions en même temps les conditions nécessaires pour déterminer la sensibilisation des cobayes; nous montrions que ses causes sont fort complexes, nous insistions sur l'influence de la suralimentation et de l'insuffisance des sucs digestifs. La complexité dans ces conditions, sans parler de celles qui nous échappent, nous expliquait que les résultats obtenus fussent irréguliers, inconstants, très variables d'une série à l'autre.

III

Pathogénie. — C'est surtout des donnees expérimentales précédentes que découle la pathogénie de l'anaphylaxie alimentaire, et nous croyons que deux conditions principales permettent la sensibilisation par voie digestive :

1° Une alimentation excessive;
2° L'insuffisance des sucs digestifs.

1° Alimentation excessive. — Si nous comparons les résultats obtenus dans nos diverses séries expérimentales, nous voyons que nous ne sommes arrivés à des résultats fréquemment positifs qu'en donnant des doses considérables de l'aliment en expérience. Avec un quart d'œuf par jour, nous n'obtenons presque jamais d'anaphylaxie; avec deux œufs par jour, nos résultats sont fréquemment positifs. Les cobayes de Rosenau et Anderson, anaphylactisés au sérum, n'avaient pu être préparés que par l'ingestion de doses considérables de viande crue.

Il faut donc faire ingérer des doses massives d'albuminoïdes, pour obtenir expérimentalement l'anaphylaxie alimentaire; c'est ce qui a été également, et très souvent constaté en clinique.

2° Insuffisance des sucs digestifs. — Lesné et Dreyfus (34) ont montré dans une série d'expériences le rôle capi al des sucs digestifs, et comment ils

empêchent la production de l'anaphylaxie. Injectant, une seule fois, une quantité faible d'ovoalbumine dans l'estomac, ou l'intestin grêle, ils constatent que l'animal n'est pas sensibilisé; par injection rectale, ils obtiennent un résultat inverse.

Dans d'autres expériences, ils digèrent l'ovoalbumine par la pepsine, ou par la pancréatine, et voient que les produits de la digestion ne sont plus anaphylactisants. Ils démontrent ainsi le rôle des sucs digestifs, dans la sensibilisation par voie digestive. Ils prouvent de plus que le rôle du foie, et celui de la barrière intestinale sont nuls. On peut rapprocher de leurs expériences les très intéressantes constatations de Zunz (35) ; cet auteur, étudiant le pouvoir anaphylactique des quatre albumoses séparées par Pick dans les produits du début de la digestion peptique, a vu que trois d'entre elles étaient préparantes, et deux seulement déchaînantes.

Ces deux conditions semblent être réalisées surtout chez les enfants ; c'est chez eux en effet que les accidents d'anaphylaxie ont été observés avec le plus de fréquence et de gravité. On peut se demander, dans cet ordre d'idées, si l'anaphylaxie alimentaire héréditaire n'est pas due à une insuffisance héréditaire des sucs digestifs, à l'égard de telle ou telle albumine.

Il nous semble en tout cas que les deux conditions que nous avons indiquées sont celles qui, en expérimentation comme en clinique, sont les plus importantes dans la production de l'anaphylaxie alimentaire.

Nous devons ici faire remarquer que la plupart des expériences démontrent seulement la possibilité d'une sensibilisation des animaux par *ingestion* d'albumines hétérogènes, cette sensibilisation étant mise en évidence par l'*injection* intrapéritonéale ou intracranienne de cette même albumine. Or l'anaphylaxie alimentaire est, en clinique, déterminée par l'*ingestion* seconde de l'hétéroalbumine qui a sensibilisé le sujet ; elle mérite vraiment le nom d'anaphylaxie alimentaire-alimentaire. Expérimentalement il existe des observations d'anaphylaxie appartenant à ce groupe de faits ; Richet a pu la réaliser chez le chien avec la crépitine. On peut aussi se demander si la baisse de poids progressive observée chez nos cobayes nourris avec du lait ou des œufs ne relève pas d'une anaphylaxie alimentaire-alimentaire chronique, et ces derniers résultats ne font que confirmer ceux de Nobécourt (36) ; dans une série d'expériences fort intéressantes, cet auteur a montré que la mortalité des lapins nourris à l'ovoalbumine était fort élevée, surtout chez les jeunes animaux, et qu'elle augmentait si on faisait croître l'intervalle entre l'ingestion initiale et l'ingestion terminale.

La plupart des faits d'anaphylaxie alimentaire humaine ont donc pu être reproduits expérimentalement. D'ailleurs l'intérêt de l'anaphylaxie expérimentale est moins de reproduire les accidents observés en clinique que de les expliquer. L'expérimentation démontre que par ingestion on peut sensibiliser l'organisme, et que cette ingestion dans certaines conditions est comparable à une injection sous-cutanée.

Ce fait a reçu une confirmation directe.

La présence dans le sang circulant d'une hétéroalbumine ingérée, ou injectée dans le rectum, a été constatée directement, par diverses méthodes, et nous citerons seulement, parmi bien d'autres, les intéressants travaux de Castaigne et Chiray (37), de Borchardt et Lippmann, et enfin les recherches toutes récentes de Léon Bernard, Debré et Porak (38). Mentionnons également, en les rapprochant de la fréquence des accidents anaphylactiques chez le nourrisson les expériences de Ganghofner et Langer : ces auteurs ont constaté, chez le chien et chez le chat, que les albumines ingérées passent normalement dans la circulation pendant les six premiers jours de la vie.

Ce fait primordial étant acquis, la pathogénie de l'anaphylaxie alimentaire s'explique aisément.

L'introduction de l'antigène par la muqueuse digestive détermine dans l'organisme la formation d'un anticorps (toxogénine) dont la combinaison ultérieure, avec l'antigène introduit à nouveau, forme l'apotoxine.

Lorsque l'apotoxine est en grande quantité, il y a choc anaphylactique ; c'est l'anaphylaxie aiguë ; mais souvent il n'y a que des manifestations chroniques et dans ce cas on est obligé d'admettre que les effets aigus de l'intoxication par l'apotoxine ont été neutralisés par l'antianaphylaxie, ou que, formée à doses minuscules, mais répétées, cette apotoxine n'a donné qu'une symptomatologie, pour cette double raison atténuée et persistante.

Il serait, répétons-le, absurde d'attribuer tous les accidents d'intolérance alimentaire à l'anaphylaxie et il est essentiel au contraire de distinguer parmi les accidents que détermine l'intervention dans l'organisme d'une albumine étrangère, deux modes d'action différents de l'hétéroalbumine en cause :

1° Son action toxique directe ;

2° Son action toxique indirecte, d'ordre anaphylactique, celle de l'apotoxine.

C'est là une propriété commune à toutes les substances anaphylactisantes, l'exemple le plus schématique est celui de l'actino-congestine qui peut déterminer successivement chez le même chien l'intoxication directe, et l'intoxication anaphylactique.

IV

Diagnostic. — Les signes cliniques de l'anaphylaxie alimentaire étant très variables, aucun d'eux n'étant pathognomonique, le diagnostic est souvent malaisé.

I. Diagnostic positif. — Le diagnostic d'anaphylaxie alimentaire se fait moins sur les symptômes que sur les circonstances étiologiques.

Pour qu'on soit en droit d'affirmer la nature anaphylactique des accidents aigus observés, il faut et il suffit que :

1° L'aliment anaphylactisant n'ait provoqué aucun accident, ou n'en ait déterminé que de légers (par action toxique directe) lors de la première ingestion.

2° Les accidents surviennent à chaque nouvel essai tenté pour accoutumer le sujet à l'aliment

envers lequel il est anaphylactisé, et si faible qu'en soit la dose ingérée.

3° Les accidents apparaissent brusquement, immédiatement après l'ingestion.

Dans la grande anaphylaxie, les différents symptômes identiques à ceux de l'anaphylaxie expérimentale forment, par leur réunion, un ensemble assez typique pour posséder une réelle valeur diagnostique : choc, convulsions, dyspnée, hypotension, urticaire, diarrhée, vomissements. Mais dans la petite anaphylaxie, les symptômes, souvent isolés (urticaire, prurigos récidivants, eczémas, migraines, etc.), ne sont aucunement caractéristiques ; le diagnostic se fondera uniquement sur les circonstances étiologiques dont nous avons indiqué la valeur.

Les données sur lesquelles s'établit le diagnostic d'anaphylaxie chronique sont comparables, mais moins précises.

1. Au début lors des premières ingestions, cet aliment a été assez bien supporté. Ce n'est qu'ultérieurement et progressivement que les accidents sont survenus.

2. Ces accidents disparaissent, mais progressivement, lorsqu'on supprime cet aliment. Ils reparaissent, mais lentement, quand on le reprend.

3. Les accidents observés sont surtout des accidents digestifs, cutanés (eczéma chronique, urticaires, migraines à répétition), respiratoires (poussées d'asthme).

4. Ces périodes d'anaphylaxie chronique peuvent être entre-coupées par des phases où dominent les accidents aigus.

Moyens de laboratoire. — Deux procédés ont été employés pour démontrer la nature anaphylactique des accidents observés ; l'un direct : anaphylaxie passive ; l'autre, indirect : méthode des précipitines.

La première méthode consiste à injecter à un animal le sang du sujet supposé en état de sensibilisation anaphylactique. Le lendemain ou le surlendemain, on explore l'animal avec la substance anaphylactisante.

Dans certains cas d'anaphylaxie médicamenteuse (antipyrine, quinine, iodoforme, sérum) cette épreuve a été démonstrative [Brück (39), Manoïloff (40), Grysez et Bernard (41), Achard et Flandin (42)].

L'anaphylaxie passive n'a été que rarement obtenue dans l'anaphylaxie alimentaire proprement dite. Bruck a pourtant eu des résultats positifs dans deux cas d'anaphylaxie à la viande de porc. Expérimentalement nous avons presque toujours échoué dans l'anaphylaxie alimentaire au lait.

Le procédé indirect n'a été que rarement employé. Finizio a constaté deux fois la présence des précipitines dans le sang d'un enfant anaphylactisé au lait ; dans un cas, l'enfant, ayant cessé ultérieurement d'être anaphylactisé, ne présenta plus de précipitines. Cette méthode mériterait donc d'être appliquée à nouveau.

II. Diagnostic différentiel. — Il est souvent malaisé de poser le diagnostic d'anaphylaxie alimentaire, quand les circonstances étiologiques ne peuvent être précisées, puisque les symptômes observés ne sont nullement caractéristiques — sauf peut-être par leur réunion — et que les méthodes biologiques sont encore à l'étude.

Quand les symptômes gastro-intestinaux dominent la scène, on peut penser au premier abord aux affections douloureuses de l'abdomen : péritonite, appendicite, occlusion ou perforation intestinale ; coliques hépatique, néphrétique, saturnine.

Certaines indigestions déterminent, surtout chez l'enfant, des troubles digestifs graves. S'ils sont consécutifs à des excès alimentaires, le diagnostic est aisé. S'ils sont dus à des aliments avariés, le cas est souvent embarrassant. Mais les accidents sont moins précoces, ils surviennent chez tous ceux qui ont ingéré la substance nocive. Enfin celle-ci peut assez facilement être précisée, car on connaît la liste des quelques aliments qui déterminent fréquemment des intoxications alimentaires : crème de pâtisserie et gâteau Saint-Honoré en particulier, saucisses (botulisme), galantine, pâtés de gibier, conserves de viande (veau, surtout). Parfois on peut incriminer les crustacés, ou les mollusques, peut-être certains poissons des Antilles et des mers de Chine.

Dans l'empoisonnement par les champignons, le diagnostic est fondé sur les commémoratifs et l'évolution progressive des accidents.

Certaines entérites se présentent sous un aspect particulièrement impressionnant : dans les entérites suraiguës de la seconde enfance (choléra sec), le tableau clinique est presque identique à celui de l'anaphylaxie. Pourtant le début est moins brusque, et il n'y a pas de déterminations cutanées.

Les surrénalites aiguës peuvent réaliser le tableau complet de l'anaphylaxie : hypotension, asthénie, diarrhée et vomissements. Mais les commémoratifs sont différents ; les surrénalites sont presque toujours secondaires à une maladie infectieuse (scarlatine, érysipèle, fièvre typhoïde).

Quand les attaques d'anaphylaxie se multiplient, on peut penser chez le tout jeune enfant à un spasme du pylore, et aux vomissements cycliques chez les enfants plus âgés.

Pour certains auteurs, en particulier Halberstadt et Lesné, le spasme pylorique serait même fonction d'anaphylaxie alimentaire au lait, du moins dans certains cas, en particulier quand ils ne sont pas sous la dépendance d'une hypertrophie du pylore.

Enfin, quand l'analyse minutieuse des faits aura prouvé que les accidents observés sont dus à l'ingestion d'un aliment déterminé, il faudra essayer de différencier de l'anaphylaxie l'intolérance que certains sujets ont pour tel ou tel aliment. Ce diagnostic est souvent impossible.

Les symptômes sont en effet identiques, et Barnathan, dans sa thèse, donne comme cas d'anaphylaxie deux observations de Guinon qui très vraisemblablement sont des cas d'intolérance simple. Il y a même répétition des mêmes accidents à chaque ingestion du même aliment.

Les commémoratifs seuls pourraient trancher la question ; il n'y a anaphylaxie que si la première ingestion n'a déterminé que des accidents minimes

ou nuls. Mais en fait, et sauf peut-être pour l'anaphylaxie au lait de vache chez les nourrissons, il est exceptionnel qu'on ait pu observer les malades dès le début; les sujets se rappellent seulement avoir mal toléré tel ou tel aliment quand ils étaient jeunes. De plus, il est toute une série de faits intermédiaires; chez le malade de Gelpke, par exemple, l'anaphylaxie — ou l'intolérance — était héréditaire; chez le malade de Landmann, les accidents se manifestaient dès le premier œuf; mais ils ont augmenté progressivement. De telle sorte qu'on sait mal si certains de ces faits d'idiosyncrasie doivent être classés ou non parmi les manifestations anaphylactiques.

Il est possible que l'étude des réactions humorales permette de tracer une barrière plus nette entre l'intolérance et l'anaphylaxie, ou au contraire de les confondre.

V

Traitement. — Le traitement sera pathogénique.

1° Le traitement préventif est le plus important.

Puisque la suralimentation prépare l'état anaphylactique, il faut éviter avec soin tout excès alimentaire. Cette règle s'appliquera surtout aux nouveau-nés, chétifs, dystrophiques, ou atteints de gastro-entérite, aux prématurés. Elle s'appliquera également aux enfants de un à cinq ans qui très souvent sont anaphylactisés aux œufs; il ne faudra jamais leur donner plus d'un œuf par jour; il y aurait même lieu de le supprimer dans la convalescence des gastro-entérites.

2° Le traitement des petits accidents est identique. La suppression momentanée de l'aliment anaphylactisant doit être au moins au début absolue; elle suffira en général. La reprise de l'alimentation normale exigera les mêmes précautions que dans le cas d'anaphylaxie aiguë.

3° Les accidents aigus nécessitent une thérapeutique active. Le traitement est celui du choc nerveux: injection d'huile camphrée, d'éther, d'adrénaline. Il faut en même temps mettre les malades à la diète hydrique; Lesné et Dreyfus ont en effet montré expérimentalement que les animaux préparés ne présentaient aucune manifestation anaphylactique, si on les soumettait à la diète hydrique avant l'injection déchaînante.

4° Une fois passé l'orage anaphylactique, il convient de modifier l'état gastro-intestinal et humoral de l'enfant. C'est le traitement de la prédisposition. Il nous suffira de l'étudier pour le lait et les œufs.

Si l'enfant est anaphylactisé au lait de vache, cet aliment sera remplacé par le lait de femme; c'est là une indication absolue, et il faut s'abstenir des tentatives répétées qui ont amené la mort dans le cas de Finkelstein. S'il est impossible de procurer une nourrice à l'enfant, on essaiera le lait d'ânesse (Hutinel, Barbier), ou le lait de chèvre. Pourtant, pas plus en clinique qu'en expérimentation la spécificité de l'anaphylaxie n'est absolue. En même temps on améliorera l'état du tube digestif par l'usage de la pepsine et de la pancréatine.

Peut-on reprendre l'usage du lait de vache, après en avoir suspendu l'emploi? Nous avons vu le danger des tentatives réitérées; la mort a été observée dans trois cas (Finkelstein, Finizio, Halberstadt). D'autres auteurs ont eu de bons résultats, en usant de nouveau du lait de vache; par exemple Halberstadt, dans trois observations. Il convient en tout cas d'être extrêmement circonspect, et de commencer à donner le lait presque goutte par goutte.

Finizio, s'inspirant des travaux de Besredka sur le pouvoir vaccinant du petit lait, s'est bien trouvé de le donner à son petit malade; le lait n'a été permis qu'après qu'on eut constaté que le petit lait était bien supporté.

S'agit-il d'anaphylaxie alimentaire aux œufs, la thérapeutique est comparable. Le malade de Shoffield fut immunisé grâce à des doses homéopathiques d'œuf (1/10000), progressivement croissantes. Lesné immunisa sa petite malade en donnant d'abord des œufs très cuits en très petite quantité, mélangés à de la farine, sous forme de gâteaux secs, plus tard du soufflé, puis sous forme de crème.

Cet entraînement progressif peut durer plusieurs années.

BIBLIOGRAPHIE

1. HUTINEL. Intolérance pour le lait et anaphylaxie chez les nourrissons, *La Clinique*, n° 15, 10 avril 1908, p. 227.
2. BARBIER. Anaphylaxie par le lait de vache chez les nourrissons, *Arch. de méd. des enf.*, n° 7, juillet 1910, p. 499.
3. FINIZIO. Anaf. familiare per il latte di mucca. Tentativio di Terapia antianaf., *La Pediatria*, sept. 1911, p. 641.
4. HALBERSTADT. Ueber Idiosynk. der Sauglinge gegen Kuhmilch, *Arch. f. Kinderheilk.*, 1911.
5. HORWITZ. Ein Fall von Idiosynkrasie gegen Hühnereiweiss, *Münch. med. Woch.*, 2 juin 1908, p. 1184, et Weitere Mitheilungen über Idiosynkrasie gegen Hühnereiweiss, *Aertz. Verein in Nürnberg*, séance du 21 mai 1908.
6. LESNÉ, in th. BARNATHAN. *De l'anaphylaxie alimentaire*, Th. de Paris, 1911, p. 36.
7. CASTAIGNE et GOURAUD. Anaphylaxie et intoxications alimentaires, in *Journ. méd. français*, n° 9, 15 sept. 1910, p. 413.
8. DOERR. Die Anaphylaxie, *Handb. der Technik und methodik. der Immunitäts Vorschung*, Bd II, 1909, p. 856.
9. Mlle BOUTEIL. *Des voies d'introduction des substances anaphylactiques*, Th. de Paris, 1909-1910.
10. Ch. RICHET. *L'Anaphylaxie*, Paris 1911, Alcan, édit.
11. RIST et Ch. RICHET fils, cités par RICHET. Loc. cit., p. 77.
12. LAFFORGUE. *Congr. de méd. de Paris*, oct. 1912.
13. BRUCK, cité par RICHET. Loc. cit., p. 222.
14. DEBOVE, cité par CASTAIGNE et GOURAUD. Loc. cit.
15. LANDMANN. Ein seltener Fall von Idiosynkrasie gegen Hühnereiweiss, etc., *Münch. med. Woch.*, 19 mai 1908, n° 20, p. 1079.
16. SCHOFFIELD, cité par DOERR. Loc. cit.
17. FAUST. Gess. für Natür. und Heilkunde zu Dresden, séance du 16 déc. 1906; anal. in *Münch. med. Woch.*, n° 10, 5 mars 1907, p. 493.
18. Walther FREUND. Uber Idiosyncrasie gegen Kuhmilch bei Sauglingen, *Monats. für Kinderheilk.*, t. VII, 1909, n° 10.
19. SIEGERT. *Jahrb. für Kinderheilk.*, 1909, p. 479.
20. WERNSTEDT. Zur Frage der Kuhmilch Idiosyncrasie in Sauglingsalter, *Monats. für Kinderheilk.*, t. IX, n° 7, p. 345.
21. Fritz ZYBELL. Kuhmilch Idiosyncrasie bei Sauglingen, *Med. Klin.*, 1910, n° 30, p. 1168.
22. FIESSINGER. L'anaphylaxie du nourrisson par le lait de vache, *Journ. des praticiens*, 1910, p. 459.
23. DUFOUR. *Arch. méd. chir. de Normandie*, 1910, p. 105.
24. FINKELSTEIN. Kuhmilch als Ursache akuter Ernährungsstörungen Sauglingen, *Monats. für Kinderheilk.*, 1905, vol. IV, pp. 65-72.

25. SALGE. In HUTINEL. Loc. cit.
26. BILLARD. L'anaphylaxie dans la fièvre des foins, l'urticaire et l'asthme, *Gaz. des hôpit.*, 1910, p. 909.
27. LANDOUZY. *Congr. de méd. interne de Paris*, oct. 1912,
27 *bis*. GELPKE. Gess. für Natür. und Heilkunde zu Dresden, séance du 16 déc. 1906, analysé in *Münch. med. Woch.*, n° 10, 5 mars 1907, p. 493.
28. ARTHUS. Injections répétées de sérum de cheval chez le lapin, *Soc. de biol.*, 1903, pp. 817, 819.
29. BESREDKA. De l'anaphylaxie lactique, *Ann. de l'Institut Pasteur*, 1909, XXIII, pp. 166-170.
30. ROSENAU et ANDERSON, in RICHET. Loc. cit., p. 213.
31. RICHET. De l'anaphylaxie alimentaire par la crépitine, *Ann. de l'Institut Pasteur*, août 1911, n° 8, pp. 580-593.
32. WELLS et OSBORNE. The biological reactions of the vegetable proteius, *The Journ. of Infect. dis.*, vol. VIII, n° 1, janv. 1911, pp. 66-124.
33. Mme N. GIRARD-MANGIN. Cas cliniques d'asthme d'origine anaphylactique, à cause occasionnelle connue, chez un vieillard, un enfant et un chien, *Ier Congr. internat. de pathol. comparée*, Paris, oct. 1912.
34. LESNÉ et DREYFUS. Sur la réalité de l'anaphylaxie par les voies digestives; rôle de l'acide chlorhydrique, du suc gastrique et du suc pancréatique, *C. r. de la Soc. de biol.*, 28 janv. 1911.
35. ZUNZ. Nouvelles recherches sur les protéoses, *Bull. de l'Acad. royale de Belgique*, classe des sciences, 1911, n° 8.
36. NOBÉCOURT. Recherches sur l'action du blanc d'œuf de poule cru introduit dans le tube digestif du lapin, *Journ. de phys. et de pathol. génér.*, sept. 1909, n° 5, p. 836.
37. CHIRAY. *Des effets produits sur l'organisme par l'introduction de quelques albumines hétérogènes*, Th. de Paris, 1906.
38. L. BERNARD, DEBRÉ et PORAK. Sur la présence dans le sang circulant de l'albumine hétérogène, après l'ingestion de viande crue, *Journ. de phys. et de pathol. génér.*, 15 sept. 1912, n° 5, p. 971-982.
39. BRÜCK. Nouvelles recherches sur les éruptions médicamenteuses, anal. in *Bull. de l'Institut Pasteur*, t. IX, p. 420. — Voir aussi *Id.*, *ibid.*, t. VIII, p. 733.
40. MANOÏLOFF. Idiosynkrasie gegen als über empfkendlichkeit Erscheinungen, *Z. für Immunitäts und experim. Therapie*, t. XI, 14 oct. 1911, p. 425.
41. GRYSEZ et BERNARD. Sur un moyen de déceler l'état anaphylactique chez les malades traités par le sérum, *C. r. de la Soc. de biol.*, séance du 15 oct. 1912, pp. 386-387.
42. ACHARD et FLANDIN. Diagnostic de l'anaphylaxie humaine par la transmission de l'anaphylaxie passive au cobaye, *C. r. de la Soc. de biol.*, séance du 26 oct. 1912.
43. BILLARD. Hippophagie et anaphylaxie au sérum de cheval, *C. r. de la Soc. de biol.*, séance du 16 nov. 1912, p. 462.
44. G. LAROCHE, Ch. RICHET fils et SAINT GIRONS. Anaphylaxie alimentaire lactée, *Arch. de méd. expérim. et d'anat. pathol.*, nov. 1911.

LIVRES NOUVEAUX

Les Bureaux d'hygiène. Des bureaux d'hygiène et des rapports des médecins praticiens avec les bureaux d'hygiène (1), par le docteur COURGEY, attaché au bureau d'hygiène d'Ivry-sur-Seine.

Le docteur Courgey (d'Ivry) dont les excellents travaux sur l'hygiène sont bien connus et ont été couronnés à diverses reprises par l'Académie publie aujourd'hui un nouvel ouvrage où sont examinées toutes les difficultés que rencontre la loi du 15 février 1902 dans son application. M. Courgey étudie notamment les rapports entre médecins praticiens et bureaux d'hygiène, rapports qui demandent une bonne volonté et une courtoisie que l'on souhaiterait égale de part et d'autre. Les bureaux d'hygiène arriveraient certainement à provoquer chez les praticiens d'une ville une émulation profitable à la santé publique.

(1) In-8. — Paris, Maloine, 1912.

Les médecins doivent-ils rechercher les fonctions administratives que leur offrent les bureaux d'hygiène? M. Courgey ne le pense pas et estime que le médecin rendra plus de service à l'hygiène comme praticien que dans un bureau. Il devra instruire, « persuader et au besoin imposer des sacrifices dont le bénéfice n'est ni immédiat ni évident pour le public ignorant. Lourde tâche pour laquelle il lui faut l'indépendance vis-à-vis des pouvoirs locaux et vis-à-vis du public ».

Les médecins et les fonctionnaires auront donc intérêt à être nettement séparés tout en restant alliés pour le plus grand bien de la santé publique. L. GAYARD.

Stations de France et stations d'Allemagne. Etude comparée (1), par le docteur G. BARDET, secrétaire général de la Société de thérapeutique.

Dans une première série de *Notes hydrologiques*, M. Bardet avait mis en évidence la puissante organisation des stations d'Allemagne et leur importance au point de vue du mouvement économique.

Dans la seconde série, que nous présentons ici, l'auteur met en lumière les spécialités pharmacologiques de nos eaux minérales et l'excellence de nos diverses régions balnéaires et climatiques, en raison de la variété d'exposition et de climat qui caractérise notre sol français.

M. Bardet espère ainsi, et personne mieux que lui n'est qualifié pour cette tentative, contribuer à accroître le mouvement qui se dessine en France pour tirer un meilleur parti de notre superbe domaine. A. GAULLIEUR L'HARDY.

L'Enseignement de l'hygiène sexuelle à l'école (2), par le docteur L. MATHÉ, avec une préface de Mme Kergomar.

Ce petit livre constitue une contribution précieuse à l'éducation sexuelle, « scientifique, rationnelle et par conséquent hautement morale » des écoliers ; il doit être mis entre les mains des instituteurs et des parents.

Son but est d'assurer la santé physique des deux sexes par une hygiène appropriée, grâce à des conseils très judicieux et sobrement exposés.

L'auteur, après avoir développé son plan-programme de l'enseignement de cette hygiène, donne d'abord quelques conseils sur l'hygiène corporelle, le corset, la puberté; puis il montre combien c'est dans l'étude de l'histoire naturelle (zoologie, botanique) que l'on trouve les meilleurs éléments de cette éducation ; enfin, dans une causerie aux jeunes filles, l'auteur aborde la question de la maternité ; puis, d'une manière plus générale, celle des maladies vénériennes, pour terminer par quelques considérations sur l'hérédité. Dans ce petit livre, il sera facile à un instituteur de préciser de nombreux éléments de multiples causeries grâce auxquelles il instruira ses élèves tout en les intéressant, ce qui est le fond même de la pédagogie. B. GAYARD.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

POSOLOGIE DE LA DIGITALINE DANS : GRIPPE, PNEUMONIE, PLEURÉSIE, RHUMATISME ET AUTRES MALADIES INFECTIEUSES

(Où elle peut être indiquée, pour relever la circulation languissante, tonifier le myocarde, éliminer les poisons de l'organisme par la diurèse.) — Un granule à 1/4 de milligr. de digitaline Nativelle ou XII gouttes de la solution à 1/1000e, pendant 4 jours. Ou un granule à 1/10 de milligr. de digitaline Nativelle ou V gttes de solution à 1/1000e, pendant dix jours.

(1) In-8 de 135 pages. — Prix : 3 francs. — Paris. O. Doin et fils.
(2) Paris, Vigot frères.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 16 AU 21 DÉCEMBRE 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 16 décembre, à une heure. — 3e (oral, 1re et 2e parties).

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 17 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mercredi 18 décembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

1er (oral).

2e.

4e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Laënnec* (1re et 2e séries).

5e (2e partie), *Laënnec*.

Jeudi 19 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e (1re et 2e séries).

3e (oral, 1re partie).

4e.

Vendredi 20 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Baudelocque*.

Samedi 21 décembre, à une heure. — 3e (oral, 1re partie).

4e.

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier*.

THÈSES

Mercredi 18 décembre, à une heure. — M. Delmas. Des indications de l'interruption thérapeutique de la gestation pour métrorragies survenant au cours des premiers mois. (MM. Pinard, président; Delbet, Marfan et André Jousset.) — M. Mock. Les tumeurs primitives du bassinet. (MM. Delbet, président; Pinard, Marfan et André Jousset.) — M. Leplus. Contribution à l'étude des lésions consécutives à la flexion forcée des phalangettes des doigts. (MM. Delbet, président; Pinard, Marfan et André Jousset.) — M. Descottes. Les abcès laryngés chez l'enfant. (MM. Marfan, président; Pinard, Delbet et André Jousset.) — M. Courjon. Syphilis osseuse et accidents du travail. (MM. Reclus, président; Hartmann, Desgrez, et Richaud.) — M. Gaysé. Traitement du phlegmon diffus par l'ignipuncture profonde et désinfection du foyer à la teinture d'iode (méthode de M. le professeur Reclus). (MM. Reclus, président; Hartmann, Desgrez et Richaud.) — M. Berthou. Contribution à l'étude du traitement des péritonites aiguës diffuses pour les injections intrapéritonéales d'huile camphrée à 1 p. 100 (culture de Glinn). (MM. Hartmann, président; Reclus, Richaud et Desgrez.) — Mlle Tabbakowsky. Acidité urinaire chez les tuberculeux. (MM. Desgrez, président; Reclus, Hartmann et Richaud.)

Jeudi 19 décembre, à une heure. — M. Hadjoglou. L'opothérapie hépatique dans le traitement des hémoptysies tuberculeuses. (MM. Gilbert, président; Chauffard, Widal et Richaud.) — M. Chaisemartin. Les hydropneumothorax postopératoires du foie. (MM. Chauffard, président; Gilbert, Widal et Richaud.) — Mlle Pick. Contribution à l'étude de la péricardite brightique. (MM. Widal, président; Gilbert, Chauffard et Richaud.)

Manuel pratique de kinésithérapie. Fasc. 4 : *Kinésithérapie orthopédique*, par le docteur René Mesnard, ancien interne de l'Assistance publique de Paris à Berck-sur-Mer, assistant d'orthopédie à l'hôpital Trousseau. Un vol. in-8 avec 91 fig. — Prix : 3 francs. — Paris, F. Alcan.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 42, 20 oct. 1912.) Ch. Mongour : Sur trois cas de syndrome d'insuffisance capsulaire chronique (maladie d'Addison). — (N° 43, 27 oct.) Charrier : Hématocèle rétro-utérine par rupture d'un hématome de l'ovaire. — Codet-Boisse : Deux cas de varices congénitales. — (N° 44, 3 nov.) Théron : Exagération des réflexes rotuliens et clonus du pied dans un cas de paraplégie hystérique. — (N° 45, 10 nov.) Mongour : Introduction à la thérapeutique cardio-vasculaire.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 43, 24 oct. 1912.) Buys : La déviation dans la marche utilisée comme signe complémentaire à l'épreuve thermique. — (N° 44, 31 oct.) V. Cheval : Hypertrophie des amygdales. — (N° 45, 7 nov.) Depage et Mayer : Traitement chirurgical du cancer du rectum. — (N° 46, 14 nov.) Heger : Le mal de montagne ou mal d'altitude.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 45, 5 nov. 1912.) Grober : Contraction musculaire et production de colloïdes. — Suter : Résultats de 60 néphrectomies pour tuberculose rénale. — Schürer : Sur le rhumatisme septique. — Hoppe : Lésions oculaires consécutives à l'éclipse de soleil du 17 avril 1912. — Eisenbach : Expériences avec le pituglandol en obstétrique. — Stühmer : Sur le néosalvarsan. — Cronquist : Sur la question des causes de la neurorécidive après les injections de salvarsan. — Baeger : Traitement local par la chaleur au moyen de la vapeur. — Wahl : Les raideurs articulaires; leur prophylaxie et leur traitement. — Pettenkofer : Traitement de la parésie intestinale postopératoire. — Mendler : Sur un cas de compression de la moelle d'origine spondylitique guérie par opération. — Schüle : Traitement de la furonculose. — Heddaus : Traitement des gros furoncles par la circoncision. — Rosenmeyer : Emploi local du néosalvarsan dans l'œil. — Göhring : Sur l'activité médicale. — Kienbok : La radiothérapie dans les cliniques, les hôpitaux, les laboratoires. — Petersen et Brinkmann : La réaction de l'épiphanine de Weichardt.

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 44, 2 nov. 1912.) Gontier de la Roche : Pemphigus chronique des muqueuses. — (N° 46, 16 nov.) Georges Pautet : Cinq cas d'antrites maxillaires; opération radicale de Luc ; anesthésie locale. — Levesque : Hémorragie laryngée accompagnée d'emphysème sous-cutané de la région prélaryngée.

Revue neurologique. — (N° 20, 30 oct. 1912.) A. Gordon : Le phénomène des doigts. — Sterling : Adduction syncinétique du bras malade dans l'hémiplégie organique. — M. Ozorio et Esposel : Mécanisme du phénomène du retrait du membre inférieur provoqué par la flexion plantaire. — Krabbe : Réflexes chez les fœtus.

Semaine gynécologique. — (N° 46, 12 nov. 1912.) R. Pichevin : A propos des opérations autoplastiques. — (N° 47, 19 nov.) R. Pichevin : De la vaccinothérapie.

Semaine médicale. — (N° 43, 23 oct.) Lejars : Ce qu'il faut penser des dangers de la bande d'Esmarch. — (N° 44, 30 oct.) M. Roch et Mlle E. Cottin : L'épreuve de l'atropine dans le diagnostic des états méningés et cérébraux. — (N° 45, 6 nov.) F. Widal, A. Weill et M. Laudat : La lipémie des brightiques; rapports de la rétinite des brightiques avec l'azotémie et la cholestérinémie. — (N° 46, 13 nov.) Klippel et M.-P. Weil : L'inégalité pupillaire au cours de l'hémiplégie cérébrale. — (N° 47, 20 nov.) Cheinisse : La vagotonie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 141. — MARDI 10 DÉCEMBRE 1912. 85e ANNÉE. MARDI 10 DÉCEMBRE 1912. — N° 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 6 décembre. — MM. Bloch, 10; Lépine, 9; Joanny, 6; Evrard, 10; Cornet (Pierre), 6; Remilly, 7; Malassez, 6; Dugué, 9.

Séance du 7 décembre (*matin*). — MM. Malet (Louis), 9; Breger, 13; Colleville, 10; Duneau, 6; Hutinel, 10; Parent, 6; Chatellier (Henri), 12.

Séance du 7 décembre (*soir*). — Mlle Thivolet, 10; MM. Cassan, 6; Brun, 9; Zivy, 7; Dragatzis, 5; Bourgeois (Maurice (9); Weiss, 10; Marie, 12; de Champs de Saint-Léger, 7.

Séance du 8 décembre. — MM. Levesque, 9; Ruppe, 8; Saint-Yves Ménard, 8; Debray, 11; Kuss, Chevalley, Mouquin et Réau, 8.

Anatomie. — Séance du 6 décembre. — MM. Ohier, 7; Fitte et Percepied, 11; Adler, 7; Janet; 9; Moricand, 4; Cousin, 13; Philardeau, 10.

Séance du 7 décembre (*matin*). — MM. Carpanetti et Barbier, 9; Le Gac, 10; Wiart, 11; Cathala, 12; Bardet (Daniel), 11; Queyroi, 8; Richon, 11; Bourdier, 6.

Séance du 7 décembre (*soir*). — MM. Lempérière et Caux, 9; Tourneix, 10; Leroux, 8; Audain, 10; Pichon, 7; Boucheron, 4; Hartemann, 10; Penot, 12; de Pontich, 5.

HOPITAL-HOSPICE DE SAINT-GERMAIN-EN-LAYE. — Un concours est ouvert pour la nomination de trois internes titulaires en médecine et en chirurgie et de quatre internes provisoires susceptibles d'être titularisés.

Ce concours, qui comporte une épreuve orale et une épreuve écrite, aura lieu le vendredi 20 décembre 1912, à neuf heures du matin.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration et déposer leurs pièces huit jours au moins avant la date fixée pour le concours.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — M. Lisbonne, docteur en médecine, chef des travaux pratiques de physiologie, est chargé, du 16 novembre 1912 au 31 octobre 1913, des fonctions d'agrégé (section de physiologie), en remplacement de M. Fleig, décédé.

L'INSTITUT DE PUÉRICULTURE AU CONSEIL GÉNÉRAL DE LA SEINE. — Sur la demande de M. Robaglia, le Conseil général de la Seine vient de renvoyer à l'examen de la troisième commission le projet de délibération suivant :

« Le crédit à prévoir sur le budget de 1913 pour le fonctionnement de l'Institut de puériculture s'élèvera à 13000 francs.

Le budget de cet établissement sera ainsi établi (y compris la subvention de 3000 francs votée par le Conseil municipal de Paris) :

Distribution gratuite de la goutte de lait, 4500 francs. Fonctionnement des cours de puériculture, brochures, tableaux, achat d'instruments, etc., 2400 francs.

Indemnités : 1° au directeur de l'Institut, 4000 francs; 2° à M. Lavialle, chef du laboratoire de chimie, 1500 francs; 3° à M. Barrot, chef du laboratoire de radiologie, 1000 francs; 4° à M. Zuber, chef du laboratoire de bactériologie, 1000 francs; 5° aux deux internes de l'hospice, chacun 500 francs, 1000 francs; 6° au personnel des surveillantes et infirmières, 600 francs. Total, 16000 francs. »

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La séance annuelle formant assemblée générale statutaire (suivie d'un dîner amical), de la Société de pathologie comparée, aura lieu le mardi 10 décembre 1912, à quatre heures et demie très précises, à l'Hôtel des sociétés savantes, 28, rue Serpente.

En raison de la proximité du Ier Congrès international de pathologie comparée, le bureau a décidé de ne faire, cette année, en décembre, que la séance annuelle statutaire. Les récompenses seront reportées à l'an prochain et elles seront distribuées à la séance solennelle annuelle de décembre 1913.

Nos collègues sont priés d'envoyer immédiatement leur souscription pour le dîner amical qui aura lieu à sept heures et demie, à la brasserie Pschorr, 4, boulevard de Strasbourg (5 fr. 50).

Les dames sont priées d'honorer de leur présence ce dîner.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'EUGÉNIQUE. — Sous la présidence de M. Edmond Perrier, membre de l'Institut, les Français ayant participé au récent Congrès international d'eugénique de Londres, se sont réunis au ministère du Travail et de la prévoyance sociale, en vue d'envisager la constitution d'un groupement national analogue à ceux qui existent en Angleterre, en Allemagne, aux États-Unis, etc., pour l'étude des questions relatives à l'amélioration des générations à venir.

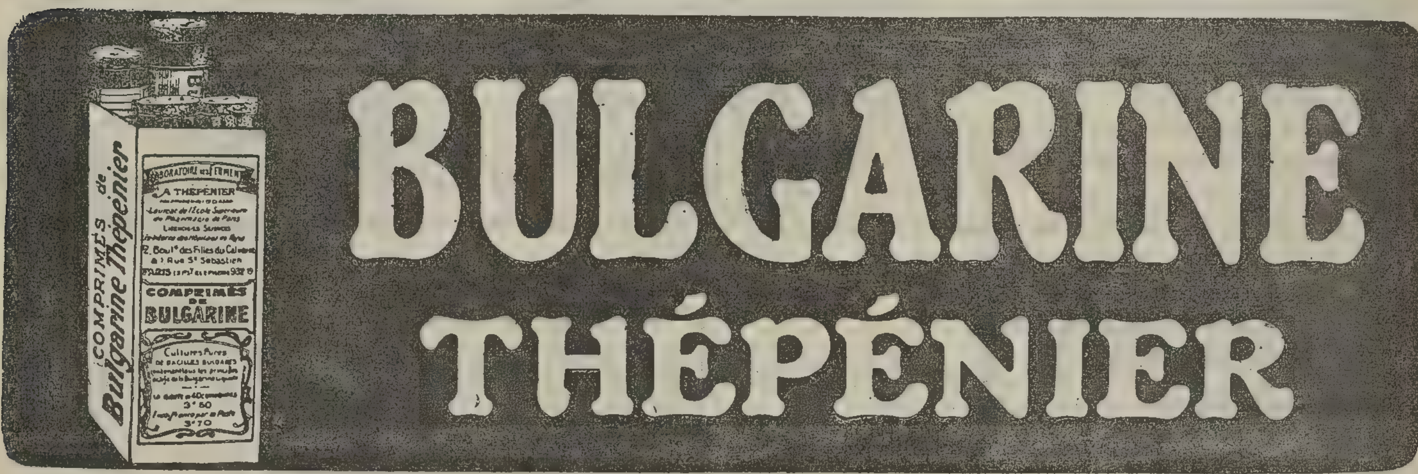
Au cours de cette réunion, une Commission a été désignée, avec mission de rédiger le programme de la future Société française d'eugénique.

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GINGIVO-STOMATITES
GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS

DYSENTERIES
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

Prophylaxie de la **FIÈVRE TYPHOÏDE** *et du* **CHOLÉRA**



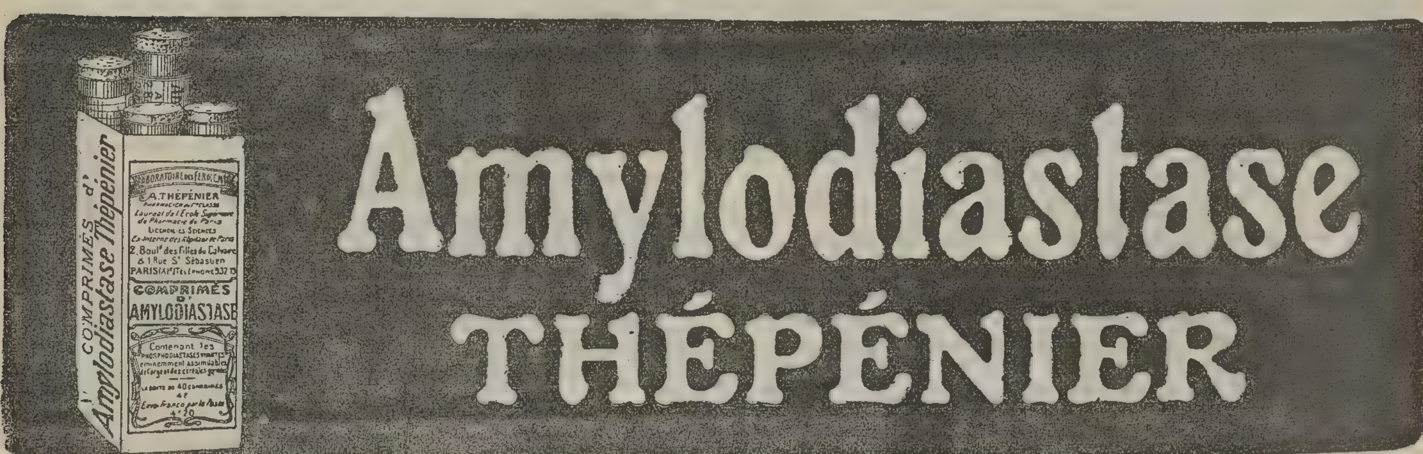
Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* **DYSPEPSIES** *salivaires et pancréatiques*
Préparation des **BOUILLIES MALTÉES**
PALPITATIONS *d'origine digestive*

TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES
SURALIMENTATION

DIGESTION RAPIDE *des* **FECULENTS**



Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le " Laboratoire des Ferments " A. THEPENIER, 2, boul. des Filles-du-Calvaire, PARIS

LIVRES NOUVEAUX

Les Sporotrichoses (1), par DE BEURMANN et GOUGEROT.

En quelques années à peine la sporotrichose est devenue une des affections les mieux connues, et sa description est aujourd'hui complètement faite au point de vue clinique, parasitologique, expérimental et anatomopathologique.

Aussi le moment était-il bien venu de grouper dans un traité toutes les acquisitions récentes qui ont si richement augmenté le chapitre des mycoses en créant celui des sporotrichoses.

Il appartenait tout spécialement à MM. de Beurmann et Gougerot de réaliser une telle œuvre.

Un semblable ouvrage ne peut être analysé que très sommairement.

Après une légère étude historique, les auteurs consacrent une première partie à la parasitologie où ils envisagent comparativement les différents sporotrichums pathogènes. Pour chacun d'eux ils décrivent leurs caractères in vivo, in vitro, leur structure, leur microchimie, toxines, leurs réactions humorales, etc.

La deuxième partie est consacrée à l'étude étiologique, clinique et anatomique de la sporotrichose de de Beurmann sous ses différents aspects. Des pages particulièrement intéressantes sont réservées au diagnostic des sporotrichoses et à l'étude des moyens de laboratoire. Enfin, il nous faut signaler encore les chapitres traitant des sporotrichoses expérimentales et des sporotrichoses spontanées des animaux.

Un tel ouvrage répond bien à l'ampleur du sujet, et il souligne encore toute la place que doit désormais occuper la sporotrichose dans la pathologie humaine et vétérinaire.

P. GASTINEL.

La Blennorragie chronique (2), par OBERLÄNDER et KOLLMANN, traduit sur la deuxième édition par M. Lepoutre.

J'analysai naguère à cette place le *Traité* de Luys; je signale aujourd'hui celui de Oberländer et Kollmann traduit par Lepoutre. Si l'on en juge par le nombre et l'importance des monographies qui lui sont consacrées, il semble bien que la blennorragie soit plus difficile à guérir que la tuberculose ou le cancer du rein.

Le *Traité* dont je dois parler aujourd'hui est le résultat de l'expérience de deux hommes particulièrement compétents en la matière, il n'est pas fait pour nous engager à considérer d'un œil plus indulgent la blennorragie; le nombre des méthodes, celui des instruments est infini, et si tout cet arsenal est vraiment nécessaire pour guérir un blennorragique, on ne sait ce qu'il faut le plus admirer de la persévérance du malade ou de la patience du médecin.

Je prie du reste le lecteur de ne voir en ce qui précède qu'une boutade, car on ne saurait méconnaître que l'art de guérir un blennorragique est vraiment compliqué et qu'on utilise, à obtenir un résultat peu glorieux en apparence, toutes les qualités d'un bon médecin. L. IMBERT.

Conférences pratiques sur l'alimentation des nourrissons (3), par le docteur P. NOBÉCOURT.

M. le professeur Hutinel ayant désiré que fut enseignée, en son service de clinique infantile, l'hygiène infantile, ce fut M. le professeur agrégé Nobécourt qui fut chargé de cet enseignement. M. Nobécourt fit ainsi chaque semaine, dans le service du professeur Hutinel, une conférence sur cette question; le cours fut complet en quinze conférences; ce sont ces conférences, sobrement résumées et rédigées d'ailleurs avec le plus grand soin par l'auteur, qui sont la matière de cet ouvrage.

Tout d'abord on trouve exposés les principes de l'hygiène alimentaire du nourrisson normal; cinq leçons sont consacrées à l'*allaitement naturel*, à l'hygiène des nourrices, et aux troubles provoqués par un allaitement défectueux. La plus grande partie de l'ouvrage est consacrée à l'*allaitement artificiel*. Six conférences sont consacrées aux notions générales de cet allaitement, à la conservation du lait de vache, aux procédés de correction du lait de vache, à la technique de l'allaitement mixte ou artificiel par les laits de chèvre et d'ânesse, enfin aux troubles causés par un allaitement artificiel défectueux.

La question du *sevrage* est traitée ensuite avec de nombreux détails : on y trouve tous les renseignements désirables sur les farines, les bouillons, la progression dans l'emploi des aliments, il existe une table de sevrage très utile à consulter et par le médecin qui dirige le sevrage, et même par la mère qui peut tirer, de la lecture de cet ouvrage, le plus grand profit.

Les deux dernières conférences traitent de la *prophylaxie*, spécialement en ce qui concerne la protection des nourrices et des nourrissons.

Tel est dans son ensemble cet excellent traité, essentiellement pratique, dont la lecture est particulièrement attrayante, et très instructive. Il faut ajouter qu'elle en est singulièrement facilitée, par la manière agréable dont le volume est édité. B. GAYARD.

La Physique biologique pratique (1), par H. MARQUÈS, chef des travaux pratiques de physique biologique à la Faculté de médecine de Montpellier.

Le livre de M. Marquès précise heureusement en des exposés clairs et succincts les principes de physique nécessaires à l'étudiant et au médecin; ces exposés sont essentiellement pratiques puisque, pour chaque chapitre, un aide-mémoire, une manipulation, une déduction des applications médicales se succèdent. Il était évidemment difficile de faire tenir ainsi en quelques pages toute l'électrothérapie médicale, toute la radiologie. Du moins l'auteur a-t-il su tirer le meilleur parti de ce cadre un peu étroit. L'ouvrage est élégamment présenté, extrêmement clair et d'une lecture facile.

G. LEGROS.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — Au départ de Paris et au départ de Marseille, des voitures à bogies contenant des places de couchettes sont mises en service, entre Paris et Marseille :

Dans le train rapide n° 7 partant de Paris à 21 heures et arrivant à Marseille à 8 h. 40;

Et dans le train rapide n° 10 partant de Marseille à 20 h. 15 et arrivant à Paris à 8 heures.

Pour la location à l'avance des places de couchettes, s'adresser :

A Paris, gare de Paris-P.-L.-M, ou aux bureaux de ville : rue Saint-Lazare, 88; rue Sainte-Anne, 6; rue de Rennes, 45.

A Marseille, à la gare ou au bureau de ville, rue Grignan.

---

(1) In-8 de 852 p. et 181 fig., 8 pl. hors texte. — Paris, F. Alcan.

(2) In-8 avec 178 fig. dans le texte et 3 pl. hors texte en couleurs. — Prix : 15 francs. — Paris, F. Alcan.

(3) In-8 de XVI-250 p., avec 24 fig. dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, Masson et Cie.

(1) In-8 de 379 p. et 140 fig. — Paris, Maloine.

TRAITEMENT

DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE

PAR LE SÉRUM ANTITUBERCULEUX DE M. MARMOREK

Par M. GAUSSEL,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier,
Médecin en chef du Sanatorium des hôpitaux.

Depuis le mois de novembre 1911 j'ai traité, dans mon service, un certain nombre de tuberculeux pulmonaires par le sérum que M. Marmorek a mis très gracieusement à ma disposition. Après onze mois d'observation, le moment me paraît venu d'apporter une contribution à cette question si intéressante de la sérothérapie de la tuberculose pulmonaire et de formuler quelques conclusions tirées de mon expérience personnelle.

Le sérum de M. Marmorek, livré en flacons de 5 centimètres cubes, s'emploie en lavements ou en injections hypodermiques; ces deux voies d'administration ont été utilisées chez mes malades.

La voie sous-cutanée expose à des accidents d'anaphylaxie qu'il convient d'éviter chez les tuberculeux; dans une autre communication j'ai attiré l'attention sur les procédés recommandés pour mettre les malades à l'abri des accidents sériques (1); à cet effet, l'injection, faite à dose thérapeutique de 1 à 5 centimètres cubes, doit être précédée au préalable d'une injection (vaccinant contre l'anaphylaxie) à la dose de X à XII gouttes du même sérum, injection qu'on fait quatre heures auparavant. Cette injection vaccinante peut être remplacée par un lavement de 5 centimètres cubes de sérum antituberculeux administré quatre ou cinq heures avant l'injection thérapeutique.

Grâce à ces précautions je n'ai observé aucun accident d'anaphylaxie (sauf dans un cas); les malades traités sans les précautions ci-dessus, recommandées par M. Besredka, ont eu plus souvent que les autres des accidents sériques.

Les doses de sérum employées ont varié de 5 à 10 centimètres cubes par jour pour les lavements, de 1 à 5 centimètres cubes pour les injections; ces dernières ont été répétées tous les jours chez quelques malades, chez d'autres tous les deux jours ou même tous les trois jours seulement.

La cure de sérum était ordinairement continuée pendant vingt jours, un intervalle de dix à vingt jours étant laissé entre chaque série de lavements ou d'injections.

Enfin, comme on le verra plus loin, certains malades ont été traités exclusivement par les lavements ou par les injections, d'autres ont reçu le sérum d'après ces deux modes d'administration.

J'ai traité par le sérum de M. Marmorek 35 malades parmi lesquels 4 sujets doivent être distraits de cette étude, le traitement ayant duré moins d'un mois.

Les 31 tuberculeux dont le traitement a duré d'un à dix mois sont restés constamment sous ma surveillance pendant toute la durée de la cure sérothérapique. Treize de ces malades sont encore en traitement dans mon service, 5 ont quitté le sanatorium, 13 malades sont morts (6 dans le service, 7 dans leur famille).

Actuellement, sur 31 malades, 18 survivent et permettent d'apprécier les effets plus ou moins favorables du sérum antituberculeux.

Les tuberculeux soumis à la sérothérapie n'étaient pas tous atteints de tuberculose aiguë ou subaiguë. J'ai essayé le traitement chez des tuberculeux chroniques même apyrétiques comme le montre l'exposé rapide des diverses formes de tuberculose pulmonaire présentée par mes malades.

Mes observations comprennent :

Six cas de tuberculose pulmonaire aiguë caséeuse;

Un cas de tuberculose pulmonaire hémoptoïque à marche rapide ;

Six cas de tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse arrivée déjà au stade d'ulcération, avec atteinte des deux poumons et fièvre habituelle;

Six cas de tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse chronique, non ulcérée au moment du traitement, avec évolution fébrile, la fièvre ayant résisté à la cure de repos;

Six cas de tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse subfébrile, la température rectale ne dépassant pas 38 degrés le soir, la fièvre étant souvent influencée favorablement par le repos;

Enfin, cinq cas de tuberculose pulmonaire chronique apyrétique rarement subfébrile.

Comme on le voit, le traitement sérothérapique a été appliqué à des malades très variés; d'autre part les deux modes d'administration du sérum, lavements ou injections, ont été appliqués à toutes les formes cliniques.

Voici les remarques qu'il m'a été donné de faire à la suite du traitement sérothérapique et les résultats qu'a donnés cette thérapeutique chez les trente malades.

I. Action du sérum de Marmorek en général. — Le sérum antituberculeux est un médicament actif dont les effets favorables ne vont pas, chez quelques malades, sans quelques légers inconvénients; ces derniers peuvent tenir au sérum lui-même ou à son mode d'administration, mais ils sont ordinairement minimes et passagers.

Dans les premiers jours qui suivent l'emploi du sérum il n'est pas rare d'observer une augmentation de quelques symptômes fonctionnels comme la toux et l'expectoration. Assez souvent les malades se plaignent d'insomnie, parfois cette excitation générale se traduit par une légère exacerbation de la fièvre, mais ces symptômes sont passagers et ne doivent pas faire interrompre le traitement.

Les inconvénients tenant au mode d'administration sont d'une part les coliques à la suite des lavements, les accidents sériques ou anaphylactiques à la suite

(1) A. Gaussel et Gueit. Comment prévenir les accidents anaphylactiques après les injections de sérum antituberculeux, *XIIIe Congrès français de médecine*, Paris 1912.

des injections. Je n'ai jamais observé d'accidents sériques (urticaire, arthralgie) même légers à la suite des lavements; la pratique des injections doubles, suivant le conseil de M. Besredka, ou des lavements de sérum précédant de quelques heures l'injection sous-cutanée, m'a toujours permis (sauf dans un cas) d'éviter les accidents généraux d'anaphylaxie.

Les accidents locaux (induration, tuméfaction au point d'injection, adénites) sont sans gravité et de peu de durée quand ils se produisent, ce qui est fréquent.

Je dois signaler le réveil d'une poussée de salpingo-ovarite chez une malade traitée par les lavements de sérum de M. Marmorek. Y a-t-il là une simple coïncidence? S'agissait-il d'une salpingite simple ou tuberculeuse? La malade est restée trop peu de temps en observation et a été perdue de vue.

De même, il faut signaler la production d'un pneumothorax mortel chez deux tuberculeux avec cavernes pulmonaires traités par les injections de sérum; je ne crois pas que le sérum doive être mis en cause dans la production de cette complication à laquelle sont exposés tous les tuberculeux.

Chez les malades traités par le sérum j'ai observé une action sur certains symptômes dans beaucoup de cas, une influence manifeste sur l'évolution générale de la maladie dans des cas plus rares mais assez démonstratifs. L'action du sérum se fait sentir sur les symptômes généraux ou sur les symptômes fonctionnels.

Parmi les symptômes généraux, la fièvre, les variations du poids du corps, les sueurs, l'asthénie ont été influencés, le thermomètre et la bascule permettaient d'apprécier exactement cette influence sur la température et la courbe du poids.

A la suite des injections de sérum chez quelques malades la fièvre a augmenté; chez d'autres elle n'a pas été modifiée; dans les cas favorables après plusieurs jours la température est revenue vers la normale et dans quelques cas elle est tombée complètement. J'ai constaté plusieurs fois que la sérothérapie amène une régularisation de la courbe thermique; la fièvre persiste, mais le type rémittent régulier se substitue aux oscillations intermittentes irrégulières. L'action antithermique du sérum est parfois passagère, l'effet du médicament paraît s'épuiser. La température remonte.

L'effet du sérum sur la température s'observe surtout bien quand on donne ce médicament en injections espacées tous les deux ou trois jours, on constate alors souvent que la température est plus basse le jour de l'injection de sérum que les jours sans traitement. Je m'empresse de dire que cette constatation n'est pas absolue et que certains malades réagissent au contraire au sérum et ont davantage de fièvre le jour de l'injection.

L'influence du sérum de Marmorek sur le poids des malades est très manifeste dans certaines observations. La courbe se relève pendant la cure sérique, elle demeure stationnaire ou décroît pendant la période de temps intercalaire. Parfois, mais plus rarement, on observe le phénomène inverse, en particulier chez les tuberculeux qui supportent mal le sérum et chez lesquels le traitement sérothérapique est suivi d'échec complet.

Les sueurs disparaissent souvent ou sont atténuées chez les malades soumis à la cure de sérum.

Le symptôme sur lequel paraît le mieux agir le sérum c'est l'asthénie. Chez la majorité des tuberculeux il y a un retour parfois passager des forces dans les jours qui suivent le début du traitement. Il faut tenir compte de l'influence psychothérapique du remède nouveau auquel le malade a confiance et dont il attend le salut. Mais l'influence du moral ne fait pas tout. Les tuberculeux qui s'analysent bien et qui sont traités pendant plusieurs mois savent très bien discerner ce qui revient au sérum dans l'impression de bien-être qu'ils ressentent; en particulier les malades traités successivement par les lavements ou par les injections savent très bien apprécier le mode d'administration qui leur convient le mieux, celui dont ils ont retiré les meilleurs effets.

A côté de son action sur les symptômes généraux, qui est la plus nette, le sérum agit sur les symptômes fonctionnels traduisant la lésion de l'appareil respiratoire; il faut reconnaître que l'influence du sérum est ici moins marquée. Il y a beaucoup plus de variété dans les résultats constatés et moins de précision.

Certains malades toussent et crachent moins, beaucoup déclarent que ces deux symptômes, toux et expectoration, ont été peu modifiés; il est rare toutefois qu'ils soient exagérés par la sérothérapie, sauf comme je l'ai dit dans les débuts du traitement. Le traitement sérothérapique n'expose pas aux hémoptysies.

Les variations de l'appétit sont ordinairement parallèles à celles de l'état général; les malades chez qui le sérum agit favorablement mangent plus volontiers, ce qui contribue à relever leur poids. Quand le sérum est mal toléré ou que la voie d'administration a été mal choisie, l'appétit diminue.

J'en dirai autant des variations du pouls : quand sa fréquence diminue c'est un bon signe qui va souvent avec un abaissement de la fièvre; il est quelquefois plus fréquent dans les premiers jours du traitement par le sérum.

Telle est, rapidement esquissée, l'action du sérum de Marmorek sur les principaux symptômes de la tuberculose pulmonaire. Si cette action est parfois nulle il est des cas assez nombreux où elle s'exerce favorablement dans le sens de l'amélioration.

En revanche, je dois reconnaître que l'action sur les lésions pulmonaires elles-mêmes est loin d'être aussi démonstrative et aussi efficace. Quand on ausculte fréquemment les malades, le plus souvent on constate que même les tuberculeux améliorés au point de vue de l'état général gardent leurs lésions pulmonaires. La seule influence favorable que j'aie constatée dans quelques rares observations c'est une sorte d'arrêt, d'immobilisation, de la lésion pulmonaire pendant assez longtemps. Les schémas d'auscultation faits à des dates différentes sont superposables; la lésion n'a pas évolué, elle est demeurée

stationnaire mais dans aucun cas elle n'a rétrocédé d'une façon nette et démonstrative.

Il faut maintenant après ces considérations d'ordre général étudier avec quelques détails les résultats cliniques obtenus chez les malades traités dans mon service : je vais donner le résultat de mes observations suivant la forme clinique de la maladie et suivant le mode d'administration du sérum.

II. Résultats cliniques obtenus chez les tuberculeux pulmonaires. — *a.* Six malades atteints de *tuberculose caséeuse aiguë* (avec vérification à l'autopsie dans trois cas) ont été traités pendant un laps de temps d'un à trois mois par le sérum de Marmorek.

Quatre de ces tuberculeux ont été traités exclusivement par les injections à la dose de 1 à 5 centimètres cubes répétées tous les jours ou tous les deux jours. Le résultat a été nul, dans un cas même les accidents d'anaphylaxie ont peut-être précipité l'évolution ultérieure de la maladie. Les trois autres malades ont très bien supporté les injections de sérum sans aucun accident sérique. Ces quatre malades ont succombé.

Un malade traité par les lavements de sérum (10 centimètres cubes par jour) a présenté une atténuation passagère de la fièvre après les premiers lavements de chaque série, mais l'effet antithermique a été passager et la maladie a évolué sans arrêt, ce sujet a quitté le service et a dû mourir dans sa famille.

Enfin une malade atteinte de tuberculose caséeuse a reçu d'abord deux injections de 5 centimètres cubes de sérum et une série de lavements quotidiens de 5 centimètres cubes. Elle a éprouvé une amélioration passagère de l'état général avec sensation de bien-être, retour de l'appétit mais elle a présenté des accidents sériques, le quatorzième jour après les injections, accidents qui se sont manifestés sous la forme d'arthralgies et de myalgies assez rebelles. Elle a quitté le service sans être améliorée et est morte peu de temps après.

En somme la sérothérapie a été impuissante à enrayer l'évolution aiguë dans ces six observations de tuberculose caséeuse.

Il convient de ranger ici une septième observation de tuberculose à marche rapide. C'est celle d'un jeune homme à hérédité tuberculeuse fortement chargée, atteint de tuberculose pulmonaire avec hémoptysies fréquentes. Le traitement sérothérapique a consisté d'abord en injections puis en lavements de 5 centimètres cubes ; mais rapidement la fièvre a augmenté, des hémoptysies rebelles se sont produites, la maladie a pris une marche plus aiguë malgré l'interruption du traitement sérique dès le septième jour ; ce jeune homme a succombé.

En somme dans tous les cas de tuberculose à marche aiguë le sérum de M. Marmorek a été administré sans influencer notablement l'évolution de la maladie et sans succès.

b. Sept malades atteints de *tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse chronique déjà arrivée à la période d'ulcération* ont été traités par la sérothérapie. Tous avaient une tuberculose pulmonaire bilatérale avec fièvre régulièrement tous les jours et mauvais état général ; c'étaient des phtisiques au sens clinique du mot.

Deux d'entre eux ont reçu des injections (un centimètre cube tous les deux jours). Ce traitement est resté sans influencer l'état général ; cependant chez l'un d'eux la température baissait un peu le jour de l'injection. Cette thérapeutique n'a pas enrayé, ni retardé la maladie, les deux malades ont succombé dans leur famille, l'un d'eux a été emporté par un pneumothorax après la cessation des injections de sérum.

Quatre tuberculeux traités par les lavements ont également succombé sans que le traitement ait ralenti ni accéléré leur fin.

Dans deux cas le sérum avait amené une sédation passagère de la fièvre et enrayé pour un moment l'amaigrissement progressif de ces malades.

Le septième malade traité d'abord par les injections tous les deux jours, puis par les lavements est encore en traitement dans le service. La fièvre persiste, l'amaigrissement progresse, cependant le malade est satisfait du traitement qui agit peut-être ici comme agent psychothérapique car les lésions pulmonaires continuent à évoluer.

Chez les tuberculeux chroniques avec cavernes pulmonaires le traitement par le sérum ne m'a donné aucun résultat durable ; il ne paraît pas avoir retardé la marche de la maladie.

c. Six malades traités par le sérum de M. Marmorek présentaient une *tuberculose pulmonaire chronique fibro-caséeuse, sans ulcération au moment où le traitement a été commencé, mais avec une fièvre presque constante, non modifiée par la cure de repos, et dépassant 38 degrés ou même 39 degrés tous les soirs.*

Une femme, rentrant dans cette série, a été traitée par deux séries de douze injections d'un centimètre cube pratiquées tous les deux jours ; elle a été très nettement améliorée par ce traitement qui a amené la chute de la température, l'augmentation du poids du corps et de l'appétit. Cette amélioration indiscutable lors de la première série d'injections a été moins marquée le deuxième mois, mais la malade se trouvait mieux pendant le traitement sérique que dans la période de temps intercalaire entre les deux séries d'injections. Elle est sortie du service améliorée.

Quatre malades ont reçu des injections puis des lavements ; dans deux cas, après deux injections seulement (sans aucune précaution antianaphylactique), les malades ont reçu plusieurs séries de vingt lavements quotidiens à 5 centimètres cubes. Une jeune fille ainsi traitée a mal supporté les injections qui ont provoqué des arthralgies mais elle a été nettement améliorée par les deux premières séries de lavements, amélioration portant sur les symptômes généraux et les symptômes fonctionnels. Ultérieurement l'action du sérum a été moins favorable, la fièvre, l'amaigrissement, l'extension des lésions, ont marqué l'insuccès de la sérothérapie après une amélioration passagère mais indiscutable.

Un homme traité de la même façon, après une période de bien-être passager, a succombé à sa tuberculose lentement progressive.

Dans deux cas les malades ont reçu une ou plusieurs séries d'injections puis des lavements en série, les injections ont été bien supportées en ce sens qu'elles n'ont déterminé aucun accident sérique mais leur effet thérapeutique a été différent. Une jeune fille n'en a pas tiré de bénéfice appréciable alors que cette même malade a été améliorée par les lavements qui ont fait tomber la fièvre et ont remonté l'état général, elle est encore en traitement.

Un homme qui a reçu plusieurs séries d'injections pendant plusieurs mois a été nettement influencé, chez lui la tuberculose a paru s'attarder, cheminer lentement. Quand ce malade a commencé son traitement, l'état des lésions et l'évolution antérieure semblaient faire prévoir une évolution rapide. Depuis la sérothérapie, la marche de la maladie a été ralentie. Il y a eu dans ce cas une influence nettement favorable. Les lavements ont eu moins de succès. A l'heure actuelle l'effet du sérum paraît épuisé, le malade est plus atteint et son état paraît s'aggraver.

La sixième malade, une jeune fille, a été traitée par les injections et par les lavements. Elle a reçu ainsi une série d'injections d'un centimètre cube tous les deux jours, ultérieurement une série d'injections tous les deux jours avec lavements de cinq centimètres cubes le jour intercalaire, plus tard des lavements seuls. Dans l'ensemble la malade semble avoir été peu améliorée, il faut dire d'ailleurs qu'elle a un estomac absolument intolérant, elle vomit très souvent et s'alimente très difficilement; il semble que la période pendant laquelle elle a reçu alternativement des injections et des lavements correspond à une phase assez nette d'amélioration.

En somme, tous les malades de cette catégorie (tuberculose pulmonaire chronique fébrile avant le stade cavitaire) ont été plutôt améliorés. Chez trois d'entre eux l'amélioration a été passagère ; elle a été plus durable chez un quatrième dont la maladie a évolué plus lentement; chez la cinquième l'amélioration persistait quand la malade a quitté le service.

d. Le quatrième groupe comprend les malades au nombre de six, atteints de *tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse chronique avec début de ramollissement du poumon, légère fièvre vespérale ne dépassant guère 38 degrés avec un assez bon état général.*

Les injections quotidiennes d'un centimètre cube de sérum de Marmorek ont été très bien supportées chez un de ces malades qui a été amélioré après avoir reçu vingt-cinq injections, l'amélioration a porté sur tous les symptômes, elle a été plus marquée que pendant la période de temps où ce malade ne recevait pas de sérum, cet homme a quitté l'hôpital pour reprendre son travail et a été perdu de vue.

Les lavements de sérum ont été exclusivement employés chez deux malades ; dans un cas, il s'agit d'un homme que j'ai pu observer pendant près d'un an avant de commencer la cure de sérum. Il avait des poussées congestives, fébriles, fréquentes du côté de son poumon droit (le seul atteint) et malgré l'âge du malade qui avait alors cinquante ans, la tuberculose pulmonaire faisait des progrès. Il a été traité par les lavements de sérum depuis le mois de décembre 1911 à la dose quotidienne de cinq centimètres cubes, vingt jours sur trente, et grâce à ce traitement l'évolution progressive de la tuberculose a été enrayée. C'est un malade intelligent, s'observant bien, qui a pu apprécier les bons effets de la cure de sérum à laquelle il rapporte l'amélioration obtenue dans la marche de sa maladie. Malgré le mauvais état de son estomac ce malade n'a pas perdu de poids et pendant huit mois la lésion pulmonaire a paru sommeiller, les poussées congestives étant plus rares et moins fortes. Actuellement depuis deux mois l'effet du sérum a paru s'épuiser, l'amélioration constatée ne se maintient plus. J'ai commencé à traiter ce malade par les lavements de sérum antituberculeux de M. Vallée.

Un second malade traité également pendant trois mois par les lavements à la dose de 10 centimètres cubes de sérum provenant d'animaux hyperimmunisés a éprouvé une amélioration passagère caractérisée par un arrêt dans l'amaigrissement et surtout par une sensation de bien-être avec reprise légère des forces.

Dans la même série, un malade atteint de tuberculose pulmonaire unilatérale avec état subfébrile habituel après une série de vingt lavements (de 5 centimètres cubes par jour) a reçu deux séries de vingt injections d'un centimètre cube tous les deux jours. Tandis que les lavements amenaient une légère hyperthermie avec abaissement du poids du corps, les injections ont produit une amélioration manifeste de l'état général avec diminution de la fièvre, de la toux, de l'expectoration, surtout au cours de la première série d'injections. Le malade a gagné près de quatre kilos pendant la cure de sérum, il est sorti amélioré sans que les lésions pulmonaires aient rétrocédé.

A l'inverse de ce malade qui a tiré plus de bénéfice des injections que des lavements, un autre tuberculeux avec lésions pulmonaires bilatérales et mauvais état gastrique a été amélioré par les lavements, et a mal supporté les injections, dans l'ensemble de la cure sérique qui a duré sept mois, ce malade a été amélioré, l'état général s'est maintenu assez bon, la fièvre a diminué, le poids s'est relevé de deux kilos, malgré la fréquence des vomissements et le mauvais fonctionnement de l'estomac.

La dernière malade de ce groupe, une jeune fille tuberculeuse et épileptique a mal supporté les injections, les lavements sont demeurés sans effet, le traitement sérothérapique a échoué. Je signale en particulier la fréquence plus grande des crises d'épilepsie pendant le traitement sérothérapique (il est vrai que cette malade ne prenait pas de bromure de potassium pendant ce temps).

Ce groupe de tuberculeux subfébriles est celui qui donne la statistique la plus favorable. En somme sur six malades on peut dire que cinq ont retiré de bons effets du sérum, dans quatre cas même l'amé-

lioration a été notable. Deux de ces malades en particulier ont été observés longtemps avant et pendant la cure du sérum, ce qui m'a permis d'apprécier la différence d'évolution de la maladie à ces deux périodes. L'action favorable de sérum a été manifeste.

e. Enfin, dans le dernier groupe, celui des *tuberculeux pulmonaires ordinairement apyrétiques, avec lésions plus torpides*, j'ai traité cinq malades.

Les lavements de sérum m'ont donné des résultats excellents pour combattre une poussée évolutive fébrile chez une jeune fille. Malgré la fièvre, qui d'ailleurs est rapidement tombée sous l'action du sérum, cette malade a gagné du poids pendant le temps qu'a duré cette poussée; dans la suite la malade ayant reçu deux séries de vingt lavements de cinq centimètres cubes, alors qu'elle était apyrétique, le résultat a été plutôt défavorable, le poids et l'appétit ayant diminué.

Même insuccès chez un tuberculeux chronique, à lésion torpide, chez qui le sérum était donné pour essayer de calmer des douleurs arthralgiques rebelles (rapportées à un rhumatisme tuberculeux). Sous l'influence du sérum les douleurs ont été même augmentées sans modification de l'état général ou pulmonaire.

Une malade traitée par les lavements n'en a retiré aucun bénéfice ; un homme atteint de tuberculose pleuro-corticale étendue, bilatérale, mais apyrétique a reçu avec succès quelques lavements, chez le même malade les injections ont été mal tolérées et ont fait décliner l'état général.

Enfin une jeune fille traitée successivement par les lavements et par les injections n'a pas été améliorée, dans l'ensemble du traitement sérique, son poids a même diminué, la lésion restant la même. Cependant pendant la période de temps où elle a reçu des injections d'un centimètre cube de sérum tous les trois jours, elle a paru se trouver mieux.

Ainsi, sauf améliorations minimes et passagères la sérothérapie chez les tuberculeux apyrétiques n'a rien donné ; chez ces malades le sérum paraît agir favorablement pour combattre une poussée évolutive fébrile intercurrente.

En résumé les sept tuberculeux atteints de tuberculose aiguë à marche rapide, les tuberculeux chroniques cavitaires avec fièvre, même les tuberculeux apyrétiques n'ont pas été dans l'ensemble favorablement influencés par la sérothérapie.

Jamais, sauf peut-être dans un cas, le traitement n'a paru aggraver l'évolution de la maladie, rarement il y a eu une amélioration passagère, la tuberculose a continué à évoluer avec l'allure qu'elle avait avant le traitement sérique. Au contraire les douze tuberculeux chroniques fébriles, traités avant le stade d'ulcération fournissent une proportion d'amélioration assez notable ; une seule fois l'échec a été complet, sept fois une amélioration nette mais transitoire a été constatée; chez cinq malades l'amélioration a été durable, la marche de la maladie a paru nettement retardée.

Quelles déductions pratiques tirer de ces observations?

D'après ma pratique, je crois que le sérum de M. Marmorek doit avoir sa place dans le traitement de la tuberculose pulmonaire et que son maniement est plus facile que celui des tuberculines.

Moins heureux que d'autres observateurs je n'ai pas eu l'occasion d'enrayer des tuberculoses à marche rapide, mais je crois avoir contribué à retarder par ce traitement l'évolution de quelques tuberculoses pulmonaires à allure lentement progressive et régulièrement fébrile. Il conviendrait donc de l'employer plus tôt qu'on ne le fait, non dans la tuberculose chronique apyrétique mais au stade de ramollissements des lésions, avant la période d'ulcération quand la maladie évolue avec fièvre et que l'état général paraît déjà atteint.

Le sérum me paraît être surtout un agent antitoxique destiné à relever l'état général ; son action locale est indéniable, la variation des signes sthétoscopiques, les modifications des symptômes fonctionnels respiratoires le prouvent, mais cette action est moins nette et moins sûre. Il intervient non comme un banal antithermique ou un médicament d'épargne mais comme un agent destiné à lutter d'une façon en quelque sorte spécifique contre les symptômes généraux de la tuberculose. De plus les modifications constatées du côté des foyers pulmonaires, en particulier au début du traitement, prouvent l'effort électif de réaction et de défense suscité par la sérothérapie au niveau de la lésion tuberculeuse.

L'influence curatrice locale est moins efficace que l'action antitoxique générale, dans les cas favorables elle a paru se borner à arrêter le progrès du mal sans parvenir à cicatriser la lésion déjà constituée.

L'utilité du sérum de M. Marmorek me semble démontrée par les quelques observations de malades améliorés que j'ai rappelées dans le cours de ce travail, l'amélioration a été de durée variable, l'effet du sérum paraît s'épuiser à la longue, aussi y a-t-il intérêt à faire des séries de cure entrecoupées de périodes de repos.

Doit-on préférer les lavements ou les injections? Il me paraît difficile de déduire de mes observations des indications précises de ces deux modes d'administration du sérum. Je conseillerais de commencer par les lavements à la dose de cinq à dix centimètres cubes par jour, ultérieurement on essaiera des injections d'un centimètre cube tous les deux ou trois jours et on donnera des lavements les jours intercalaires. Pour prévenir les accidents d'anaphylaxie on aura soin de faire précéder l'injection thérapeutique d'une injection vaccinante avec X à XII gouttes de sérum donnée quatre heures auparavant, on pourra remplacer plus simplement l'injection désanaphylactisante par un lavement de cinq centimètres cubes de sérum donné cinq heures avant l'injection.

Dans les formes subaiguës et dans les tuberculoses chroniques avec fièvre, les lavements de cinq à dix centimètres cubes, les injections d'un centimètre cube suffiront ; dans les formes aiguës on

pourra faire des injections à dose plus élevée et répétées plus souvent sans dépasser la dose de cinq centimètres cubes par injection et par jour qui me paraît être un maximum.

MÉDECINE PRATIQUE

L'ANOREXIE MENTALE

L'anorexie hystérique (Lasègue), anorexie nerveuse (Gull) ou anorexie mentale (G. Ballet) est une perversion psychique de l'appétit, avec disparition de la sensation et du besoin de la faim, ce qui a pour conséquence une réduction progressive de la ration alimentaire ; dans les cas les plus typiques, ce syndrome n'est dû à aucune affection organique et dépend d'un trouble purement nerveux; cependant on retrouve parfois, au début de l'anorexie mentale, une cause organique lorsque par exemple des malades ont présenté des symptômes de dyspepsie ou d'entérite et sont devenus anorexiques à la suite de ces affections gastro-intestinales. L'anorexie mentale s'observe surtout chez des jeunes filles, vers l'âge de la puberté; il s'agit de fillettes nerveuses et impressionnables, assez souvent hystériques, comme l'avait remarqué Lasègue, si bien que Hutinel et Babonneix (1) décrivent l'anorexie mentale au chapitre de l'hystérie infantile. Les motifs pour lesquels elles deviennent anorexiques sont quelquefois futiles ; c'est une jeune fille un peu grosse qui veut maigrir pour avoir une taille fine, une autre renonce à la viande parce qu'elle a entendu dire que les personnes qui en faisaient abus étaient exposées à l'acné. Dans d'autres circonstances, c'est après une émotion déprimante, après une secousse nerveuse que débute l'anorexie; une jeune fille soignée par M. Poix (2) ne voulait plus manger pour aller plus tôt rejoindre sa mère, morte depuis peu de temps. Quelle que soit la cause première de l'anorexie, la sensation de la faim disparaît peu à peu; manger devient un ennui, une corvée ; une malade de Comby (3) ne se nourrissait que de fruits et de confitures, tout le reste lui inspirait du dégoût; une autre mangeait de tout, mais extrêmement peu. Cependant, l'ingestion des aliments ne cause pas de souffrance, ni de nausées; il n'existe pas de gastralgie, pas de douleur à la pression du creux épigastrique. Les diverses tentatives faites pour réveiller l'appétit, pour ramener la sensation de la faim n'ont aucun succès; bien plus la sollicitude de la famille et du médecin aggrave généralement l'anorexie. « Enchantées d'exciter l'intérêt et la compassion des leurs, les malades se refusent d'autant plus à manger qu'on les en prie davantage. » (Hutinel et Babonneix.) L'insuffisance de l'alimentation ne tarde pas à amener des conséquences très fâcheuses; c'est d'abord un amaigrissement progressif, quelquefois effrayant; les malades arrivent à n'avoir réellement plus que les os et la peau; dans le cas de Poix, une jeune fille de dix-neuf ans ne pesait que 25 kilogrammes, c'est-à-dire le poids d'un enfant de huit ans; cette jeune fille ne prenait chaque jour que quelques cuillerées de café noir et un peu de fromage. Arrivés à cet état de maigreur, les malades ont la peau sèche, les extrémités refroidies et cyanosées. La constipation et l'aménorrhée sont des symptômes presque constants. On note assez souvent quelques troubles nerveux : insomnie, agitation ou au contraire torpeur, changement de caractère. Si les malades sont hystériques, on observe quelquefois de l'hyperesthésie stomacale, des vomissements. Dans la plupart des cas, l'anorexie est continue, progressive ; Ballet a vu un cas d'anorexie alternante, le besoin impérieux de manger succédant à l'indifférence pour la nourriture.

Si l'anorexie mentale n'est pas convenablement traitée et le plus tôt possible, un gros danger menace les malades; c'est la tuberculose. Sur ce terrain préparé par la dénutrition, la tuberculose s'installe avec une très grande facilité et souvent prend une marche rapide, aboutissant en quelques mois à la mort.

De l'anorexie mentale des adolescents, on peut rapprocher certains faits décrits sous le nom d'anorexie nerveuse des nourrissons. Ostheimer a signalé l'anorexie des nourrissons pendant la saison chaude; les enfants perdent l'appétit et ne prennent que la moitié de leur ration ordinaire, d'où une perte de poids inquiétante ; le bicarbonate de soude, la teinture de noix vomique suffisent habituellement à faire revenir l'appétit, mais parfois, le transport du nourrisson dans un climat plus frais est le seul traitement qui réussisse (Comby). D'autres observations rappellent encore davantage l'anorexie mentale ; elles ont été relatées par Forchheimer (1), Crozer Griffith (2), Comby (3), Buffet-Delmas (4). Dans le cas de Forchheimer, un enfant de neuf mois ne veut prendre qu'un peu d'eau dans une tasse; dans le cas de Comby, c'est une fillette de sept mois qui « refuse le biberon avec entêtement ». Le nourrisson soigné par Buffet-Delmas n'absorbe que du pain et de l'eau, il arrive à un état de maigreur effrayante, les yeux sont enfoncés dans les orbites, les joues creuses; constipation invincible; urines peu abondantes; refroidissement des extrémités ; ce nourrisson n'a été sauvé de la mort par inanition que grâce à une série de gavages quotidiens, continués pendant près de trois ans, sans aucune interruption ; le nombre total des gavages s'est élevé à 2 050.

Aussi bien chez les nourrissons que chez les adolescents, le traitement de l'anorexie mentale est donc long et difficile, mais il faut l'entreprendre et le poursuivre avec beaucoup de persévérance. Dans l'anorexie mentale des adolescents, il est très souvent nécessaire d'isoler le malade, de l'éloigner du milieu familial dans lequel s'est constitué et s'entretient le trouble psychique.

L'anorexique ainsi isolé sera maintenu au lit, et soigné par la psychothérapie. Le médecin doit le convaincre qu'il peut s'alimenter, il doit aussi rechercher les causes morales ou émotives qui ont contribué à déterminer le syndrome; en connaissant le mécanisme du trouble psychique, on arrive plus facilement à persuader le malade qu'il va guérir et à lui communiquer la volonté de guérir. Dans quelques cas, le gavage sera nécessaire et il ne faut pas hésiter à y avoir recours. Sous l'influence de ce traitement, l'anorexie disparaît au bout d'un temps plus ou moins long et le malade reprend un poids normal. En suivant jour par jour une anorexique traitée par l'isolement et la psychothérapie, Nobécourt et Merklen (5) ont fait des remarques très intéressantes sur les modifications de la nutrition pendant la cure. Il s'agissait d'une fillette de quatorze ans, entrée à l'hospice des Enfants-assistés dans un état d'amaigrissement extrême, ne pesant que 14k900; en peu de temps, le poids augmenta et très rapidement atteignit 29 kilos. Mais, au début du traitement, cette augmentation de poids était due presque uniquement à une réhydratation des tissus, ainsi que le prouvait l'examen du sang et des urines; le chiffre des globules rouges s'abaissait en effet au fur et à

(1) Hutinel et Babonneix. *Les maladies des enfants*, t. V, p. 817.

(2) Poix. Anorexie mentale, *Arch. méd. d'Angers*, 30 mai 1911.

(3) Comby. Anorexie nerveuse, *Arch. de méd. des enfants*, août 1908, p. 562.

(1) Forchheimer. *Arch. of Pediatrics*, nov. 1907; et *Arch. de méd. des enfants*, 1908, p. 571.

(2) Crozer Griffith. *Arch. of Pediatrics*, mai 1908; et *Arch. de méd. des enfants*, 1908, p. 572.

(3) Comby. Loc. cit.

(4) Buffet-Delmas. *Soc. méd. des hôp., de Paris*, 26 janv. 1912.

(5) Nobécourt et Merklen. *Soc. de Pédiatrie*, 15 mai 1906.

mesure de l'augmentation du poids, le sang étant plus dilué par fixation d'eau, et d'autre part, pendant cette même période, le chiffre des chlorures urinaires était inférieur au chiffre des chlorures ingérés; il y avait donc fixation d'eau et de chlorures dans les tissus; puis l'équilibre s'établit. Par conséquent, les augmentations très rapides de poids obtenues au début du traitement de l'anorexie nerveuse doivent être expliquées par une fixation d'eau dans les tissus; c'est seulement après une période de réhydratation, que commence la véritable phase de réparation des tissus. M. BRELET.

JURISPRUDENCE

IMMUNITÉ DIPLOMATIQUE ET HONORAIRES

Une question de droit international vient d'être tranchée d'une façon intéressante par la 7e Chambre du tribunal civil de la Seine par un jugement du 24 juillet dernier. En voici d'ailleurs l'espèce.

Un médecin ayant donné ses soins à un consul d'un pays étranger, ne pouvant obtenir paiement, pratiqua une saisie-arrêt entre les mains mêmes de son débiteur, un consul. Ce dernier prétendit que l'immunité diplomatique le couvrait et que le tribunal ne pouvait valider ladite saisie-arrêt.

Tel ne fut pas l'avis des juges. Ils ont déclaré dans les attendus de leur décision que les consuls ne sont que des agents commerciaux non investis du caractère diplomatique. Cependant si certains traités leur permettent d'être assimilés aux agents diplomatiques, cette assimilation ne porte que sur leur personne, leur domicile et leurs archives, et cette immunité est strictement limitée aux actes de leurs fonctions.

« ... Attendu que F... a formé contre L... une demande en paiement, avec exécution provisoire, de 25 000 francs, représentés par deux billets de pareille somme acceptés et protestés, et en validité d'une saisie-arrêt formée entre les mains du consul de Russie à Paris;

Attendu, en ce qui concerne la demande en paiement, que les documents produits et l'examen des billets précités, révèlent qu'elle est justifiée;

Attendu que le défendeur soutient en ce qui concerne la validité de la saisie-arrêt, que la demande est irrecevalbe à raison du privilège d'exterritorialité attaché à la personne du tiers saisi;

Mais attendu que les consuls ne sont, en général, considérés que comme des agents commerciaux non investis d'un caractère diplomatique; qu'ils peuvent bien, à la vérité, en vertu de certains traités, notamment de celui du 1er avril 1874 passé entre la France et la Russie, être assimilés, dans l'exercice de fonctions déterminées, aux agents diplomatiques, en ce sens que leurs archives, leur personne et leur domicile sont inviolables et qu'ils jouissent parfois de l'immunité de juridiction, mais qu'il ne s'agit là que d'une immunité strictement limitée aux actes de leur fonction;

Attendu que la question qui se pose est donc uniquement celle de savoir si la dette, contractée par le consul envers F..., a été contractée à raison de sa fonction;

Attendu que résultât-il des pièces versées aux débats que F..., qui a donné des soins au consul de Russie, en ait été rémunéré à l'aide des fonds attribués au consulat, il ne s'agirait pas moins, dans l'espèce, d'une dette personnelle, absolument étrangère à la fonction du tiers saisi;

Attendu qu'il y a donc lieu de valider la saisie-arrêt... »

Le tribunal a donc validé la saisie-arrêt. Il n'a d'ailleurs fait qu'appliquer une jurisprudence constante. Un grand nombre de décisions n'ont pas assimilé les consuls aux agents diplomatiques (Cour Paris, 8 janvier 1886, *D. P.*, 1886, 2e partie, p. 216; Cour Rouen, 11 mai 1900, *Gaz. Pal.*, 1900, 2.169; Cour Paris, 14 décembre 1911, *Gaz. Pal.*, 1912, 1.27.)

R.-MARCEL PETIT,
Avocat à la Cour d'appel.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1912)

Au sujet de la communication de M. Milian. — M. BABONNEIX, sur 145 cas de chorée, a trouvé 36 fois, soit dans 25 p. 100 des cas, des raisons de penser à l'hérédo-syphilis : syphilis paternelle (3 fois); avortement et multi-léthalité infantile (27 fois); naissance avant terme (7 fois); altérations osseuses ou dentaires (4 fois). Bien que toutes ces raisons soient loin d'avoir toutes une grande valeur, certaines d'entre elles permettent de penser que, dans l'étiologie de la chorée, l'hérédo-syphilis joue parfois un rôle prédisposant ou déterminant.

M. H. TRIBOULET, sur une statistique personnelle de 400 cas, ne relève que 4 ou 5 cas d'hérédo-syphilis avec stigmates.

Pour lui, les complications osseuses de la chorée, dont une le rhumatisme cérébral, la plus grave de toutes, ne rappellent, ni de près, ni de loin, la syphilis.

Enfin, la chorée est une affection qui guérit *seule*, malgré l'arsenic et non par l'arsenic, et dans les cas sans traitement arsenical, dans les 400 cas invoqués, *jamais* la syphilis sous-jacente supposée n'a profité de l'absence du soi-disant traitement spécifique par l'arsenic pour reprendre sous une forme, ou sous une autre, légère ni grave.

Radiothérapie du goitre exophtalmique. — MM. O. CROUZON et FOLLEY présentent une femme atteinte de maladie de Basedow, qui a été améliorée d'une façon remarquable par le traitement radiothérapique et chez laquelle la guérison se maintient depuis plus d'un an.

Les auteurs citent à ce propos une dizaine de cas, où ils ont observé des améliorations analogues, et rappellent les observations des auteurs qui les ont précédés.

La technique des irradiations a pu être tellement perfectionnée, qu'on peut aujourd'hui faire des applications de doses massives sans qu'on ait à redouter, ni la moindre radiodermite, ni la moindre pigmentation cutanée.

Lèpre tuberculeuse, gigantisme et acromégalie. — MM. DE BEURMANN, Louis RAMOND et LARROQUE présentent un malade atteint de lèpre tuberculeuse typique, mesurant 1m85, et ayant des mains et des pieds énormes. Les autres signes d'acromégalie font défaut. Le nez, le menton, la langue, ne sont pas augmentés de volume, il n'y a ni cyphose cervico-dorsale, ni hémianopsie bitemporale, ni glycosurie, *mais* la radiographie montre l'*élargissement* classique de la selle *turcique*. Après *avoir* discuté la pathogénie des déformations des extrémités, en particulier la possibilité de leur origine syringomyélique, les auteurs concluent à l'existence d'une acromégalie fruste chez un lépreux typique, et ne se prononcent pas sur les rapports possibles entre ce syndrome et la maladie de Hansen.

Pseudo-perforation intestinale suivie de perforation vraie au cours d'une fièvre typhoïde. — MM. P. OULMONT et M. DELORT rapportent l'observation d'un malade qui présenta successivement et à intervalles assez éloignés ces deux syndromes.

La pseudo-perforation ressemblait par plusieurs points à une perforation vraie : hoquet, défense de la paroi hyperleu-

cocytose sanguine accentuée. C'est une incision exploratrice courte qui, montrant un intestin d'aspect normal, empêcha d'opérer.

Dans la suite, ce malade fit une perforation vraie.

A l'autopsie : perforation au niveau d'un follicule clos, infarctus déjà ancien de la rate semblant expliquer le premier syndrome.

Ophtalmoplégie bilatérale au cours d'une fièvre typhoïde. — MM. A. Lemierre, E. May et M. Collet rapportent l'histoire d'une jeune fille de dix-huit ans qui fut prise, la septième semaine d'une fièvre typhoïde, de céphalalgie avec photophobie, de délire, en même temps que la température s'élevait brusquement. Dès le lendemain survint une paralysie complète du moteur oculaire commun du côté droit. Cinq jours plus tard des phénomènes identiques se montrèrent au niveau de l'œil gauche. Entre temps on constata, au niveau des membres inférieurs, des douleurs spontanées, de l'hyperesthésie des masses musculaires et de l'abolition des réflexes patellaires. Le liquide céphalo-rachidien était normal. La mort survint le dixième jour après l'apparition de ces accidents, précédée de troubles de la déglutition, de vomissements et d'une tachycardie extrême.

L'autopsie ne put être faite; mais les auteurs pensent qu'il s'agit peut-être de poliencéphalite supérieure aiguë, coïncidant avec des accidents névritiques au niveau des membres inférieurs.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1912)

Traitement du cancer par le radium. — M. Reynier rapporte l'histoire d'un malade atteint d'un sarcome du fémur qui a été traité par des applications de radium. La tumeur avait acquis le volume d'une tête de fœtus, était très adhérente aux parties profondes et semblait inopérable. Mme Favre fit une première application de radium, à l'aide d'un troquart, le 5 janvier et laissa le tube en place pendant quarante-huit heures. Dès cette première application, la tumeur diminua de volume, les douleurs se calmèrent, et l'œdème du membre, qui était assez marqué, s'atténua. Après trois applications à quelques semaines de distance l'amélioration s'accentua et le volume de la tumeur était réduit à celui d'une mandarine, puis d'une noix, si bien qu'à ce moment M. Chiffoliau put facilement enlever cette tumeur qui était très adhérente à la veine fémorale. Il dut en laisser une petite partie faisant corps avec la veine, et on fit une nouvelle application de radium dans l'incision. L'examen de la partie enlevée fut fait par M. Masson. Il s'agissait d'un tissu fibreux avec des cellules cancéreuses déformées. Il s'était fait une sorte de sclérose de la tumeur. La persistance de ces cellules cancéreuses expliquerait les récidives.

Ce malade quitta l'hôpital le 10 avril, ne présentant plus qu'une légère induration. On mit un nouveau tube de radium pendant vingt-quatre heures, et tout finit par disparaître. Ce malade a été opéré récemment de prostatectomie par M. Marion qui a constaté également la disparition de sa tumeur fémorale. Voilà plus d'un an et demi que ce malade est en état de guérison apparente.

M. Reynier rapporte aussi l'observation d'une jeune femme qui était atteinte d'un épithélioma utérin. Il voulut pratiquer l'hystérectomie vaginale, mais l'utérus était inabaissable et ne put être enlevé. M. Reynier enleva tout ce qu'il put avec la curette. L'état s'améliora, les hémorragies disparurent.

M. Reynier fit alors une laparotomie et trouva des lésions extrêmement étendues, si étendues même qu'il n'en tenta pas l'ablation et referma le ventre. Mme Favre appliqua alors le radium et en fit ainsi quatre applications. L'état général s'améliora; le poids de 53 kilos s'éleva à 63 kilos; les douleurs se calmèrent, l'écoulement sanieux cessa, le col redevint normal et les règles reprirent leur cours régulier.

Toutefois il reste dans le ventre une masse immobile et indolore. Voilà donc un épithélioma utérin inopérable ayant présenté une amélioration considérable sous l'influence des applications de radium.

En juillet dernier, cette malade a été prise de phénomènes péritonéaux qui ont encore cédé sous l'influence d'une nouvelle application de radium. Cette malade ne saurait être considérée comme guérie, mais son état s'est singulièrement amélioré. Il n'est donc pas exagéré de dire que nous avons dans le radium un moyen adjuvant réellement puissant. Toutefois, M. Reynier continue à lui préférer l'exérèse quand elle est possible et quand elle peut être complète.

M. Tuffier insiste sur la nécessité, dans cette discussion, de distinguer les sarcomes des épithéliomas. Dans le premier cas de M. Reynier il s'agit d'un sarcome, dans le second d'un épithélioma. Or, si l'on a vu des guérisons ou des apparences de guérison de sarcomes par la radiumthérapie, M. Tuffier n'a jamais vu de guérisons d'épithéliomas.

M. Schwartz, à l'appui de cette opinion, cite le cas d'un sarcome des muscles de l'avant-bras, extrêmement étendu, impossible à extirper. Le malade ayant refusé l'amputation, on fit des applications de radium qui amenèrent une telle amélioration que M. Schwartz en a été très vivement impressionné.

M. Hartmann a constaté une amélioration très extraordinaire dans un cas de lymphosarcome, mais il n'a jamais constaté aucun effet du radium dans les cas de cancers de l'utérus.

M. Sieur cite l'exemple d'un officier qui était atteint d'un épithélioma du larynx et auquel il dut faire une trachéotomie d'urgence. On fit ensuite les applications de radium; puis M. Sieur fit une laryngostomie, trouva la cavité laryngienne pleine de bourgeons dont l'examen histologique montra la nature épithéliale. Sous l'influence du radium, l'état de ce malade s'améliora considérablement. On laissa se fermer la plaie laryngienne; on tenta de supprimer la canule, mais le malade fut pris de dyspnée et on dut la remettre. On fit une nouvelle application de radium qui donna encore une amélioration immédiate. Mais malheureusement la récidive se fait actuellement du côté de l'épiglotte.

M. Sébileau a fait des applications de radium. Il ne lui a pas semblé qu'il y eut une action bien nette sur le tissu conjonctif. Toutefois on a pu constater des apparences de guérison. Parmi les constatations qu'a faites M. Sébileau, il en est une qui nous semble importante. Dans quelques cas, en même temps qu'une amélioration locale très nette, on a noté une aggravation singulière des symptômes généraux. Pour ce qui est des épithéliomas, M. Sébileau est d'accord avec MM. Tuffier et Sieur.

Enfin, pour M. Sébileau, l'action du radium n'exclut pas l'intervention chirurgicale. C'est là d'ailleurs aussi l'avis de M. Dominici. Il y a des cas où on commence par le radium pour finir par l'opération. et d'autres, au contraire, où on fait une opération incomplète pour faire intervenir ensuite le radium.

M. Marion cite un cas de tumeur épithéliale de la vessie qui a été traité par M. Chéron à l'aide du radium avec un résultat tout à fait surprenant : disparition des douleurs, disparition même de la tumeur constatée à la cystoscopie.

A côté de quelques cas où l'on a ainsi obtenu des résultats très favorables, au moins momentanément, M. Marion cite d'autres cas dans lesquels l'application du radium a laissé après elle des douleurs intolérables et a semblé même donner un coup de fouet à la généralisation cancéreuse.

M. Tuffier, pour répondre à M. Sébileau, estime qu'il faut être très prudent dans l'emploi du radium après des opéra-

tions incomplètes. C'est en effet dans ces cas qu'on peut constater des effets néfastes du radium.

M. LEGUEU apporte deux cas d'amélioration temporaire et prolongée très remarquables.

Dans un premier cas, il s'agit d'une extirpation incomplète d'une tumeur vésicale par voie hypogastrique, avec application de radium consécutive et guérison apparente datant de deux ans.

Dans un autre cas, il s'agissait d'une jeune femme de vingt-trois ans, qui avait un cancer ayant envahi l'urètre, le vagin, la vessie. L'examen histologique avait été très positif au point de vue du cancer. Après plusieurs applications de radium faites par M. Chéron, cette femme se trouve momentanément guérie depuis bientôt trois ans. Elle n'a plus d'urètre; elle a de l'incontinence d'urine, mais tous les tissus sont souples. C'est une amélioration vraiment très troublante.

M. QUÉNU a enlevé une vésicule biliaire et une partie du foie attenant à la vésicule, atteintes de cancer. On a fait des applications de radium après l'opération. Résultat déplorable. Récidive foudroyante. M. Quénu n'a pas confiance dans l'efficacité du radium après les opérations.

M. REYNIER admet qu'il faut établir une distinction entre le sarcome et l'épithélioma. Quoi qu'il en soit, il y a dans l'action du radium sur certains cancers une étude à poursuivre.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a vu, comme ses collègues, des effets très surprenants du radium. Il a vu, après le radium, des cicatrices là où il avait vu du cancer. Il y a donc là une action telle que nous n'en avons jamais vu de semblables avec d'autres agents. Jusqu'ici, on ne parle que de guérisons momentanées. Mais elle mérite toute l'attention des chirurgiens.

M. SÉBILEAU apporte au débat le fait suivant : un vieillard de quatre-vingts ans est opéré par M. Terrier d'un épithélioma de la glande lacrymale. Guérison momentanée, puis récidive tellement étendue que M. Sébileau repousse toute idée d'intervention et conseille le radium. M. Dominici pousse alors M. Sébileau à opérer ce malade et appliquera le radium après. C'est ce qui fut fait. M. Sébileau fit une intervention des plus graves et des plus étendues. Ce qui restait du néoplasme fut ensuite traité par M. Dominici avec le radium. La guérison de ce malade se maintient déjà depuis plusieurs mois.

M. BAZY a traité un lymphadénome de la parotide par le radium. Ce malade est resté guéri depuis trois ans.

Corps étrangers de l'intestin. — M. MAUCLAIRE, à propos de l'observation de M. Marquis, analysée dans la dernière séance par M. Souligoux, communique le cas d'un malade chez lequel on avait diagnostiqué une tumeur du rein gauche. M. Mauclaire fait une incision lombaire, trouve le rein sain et voit au-dessous une tumeur intestinale; c'était une poche remplie de noyaux de cerises. Il vida cette poche et fit un anus lombaire.

Kyste dermoïde. Occlusion intestinale. — M. MONOD fait un rapport sur deux observations adressées par M. Le Jemtel, l'une relative à un énorme kyste dermoïde de l'ovaire, l'autre à une occlusion intestinale déterminée par un calcul.

Hypospadias. — M. OMBRÉDANNE présente un jeune garçon guéri par son procédé. Sur dix-huit enfants de quatre à quatorze ans opérés par ce procédé, M. Ombrédanne n'a pas eu un seul échec.

Résection du coude. — M. PICQUÉ présente une malade chez laquelle il a fait une résection du coude pour tumeur blanche. Résultat fonctionnel parfait.

Injections de formol dans le cancer. — M. MORESTIN présente un homme de soixante-dix ans qui avait un sarcome sus-claviculaire, qui a subi une régression très manifeste sous l'influence des injections interstitielles de formol.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'APEPSIE

Chez les apeptiques, le képhir rend les plus grands services en excitant d'une façon très active la sécrétion gastrique.

On donne un verre de « Képhir Salières », toutes les deux heures, dans les embarras gastriques longs à guérir et chez les cancéreux devenus très anorexiques.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Memento pour les maladies du nez, de la gorge et des oreilles, par le docteur Robert LEROUX. Un vol. de 56 pages, 4 pl. — Prix : 2 francs. — Paris, chez l'auteur, 36, rue Washington.

La Thérapeutique du paludisme chronique, par le docteur M.-A. LEGRAND, médecin principal de la Marine, en retraite, lauréat de l'Académie de médecine et de l'Institut. — Prix : 1 franc. — Paris, A. Maloine.

La Radiumthérapie, notions essentielles pour la pratique médicale (*Consultations médicales françaises*, fasc. 45), par Mme FABRE, docteur en médecine. In-16 de 32 pages. — Prix : 0 fr. 50 franco; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

Post-partum normal. 1er fasc. : *Généralités. Organes génitaux*, par le docteur Constantin DANIEL. — Paris, A. Maloine.

Les Abcès du foie à l'hôpital de Haïphong, par le docteur SAMBUC. Une broch. de 181 pages. — Hanoï-Haïphong, imprimerie d'Extrême-Orient.

Le Pied et ses rapports avec la taille chez les criminels, par le docteur Charles PERRIER. Une broch. de 84 pages, avec 32 illustr. dont 24 portraits à la plume. — Lyon, imprimerie Rey.

Appendicite chronique et pseudo-tuberculose, par le docteur PINAULT. Th. de Paris. — Paris, Jouve.

Contribution à l'étude des œdèmes aigus circonscrits (maladie de Quincke), par le docteur FEUILLET. Th. de Paris. — Paris, Jouve.

Du Rôle des différentes formes de traumatisme dans la genèse de la kératite interstitielle, par le docteur Fernand DUFAU. Th. de Paris. — Paris, Ollier.

Etude sur la syphilis postconceptionnelle et l'hérédité syphilitique, par le docteur Jean BOBRIE. Th. de Paris. — Paris, Société d'édition Levé.

Contribution à l'étude des oblitérations de la veine cave inférieure, par le docteur MICHELLAND. Th. de Lyon. — Lyon, imprimerie Rey.

Les Variations respiratoires des dimensions thoraciques à l'état normal et dans l'emphysème pulmonaire, par le docteur CREYX. Th. de Bordeaux. — Bordeaux, Destout.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Bulletin médical. — (N° 88, 6 nov. 1912.) J. BABINSKI : Réflexes tendineux et réflexes osseux (*suite*). — (N° 89, 9 nov.) KIRMISSON : Delpech, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier (1777-1832) et l'histoire de la ténotomie. — L. MARTIN et H. DARRÉ : L'anaphylaxie en sérothérapie. — (N° 90, 13 nov.) HUTINEL : La pédiatrie française. Son enseignement à la Faculté de Paris. — (N° 91, 16 nov.) PLICQUE : Les anesthésiques locaux. — (N° 92, 20 nov.) L. BAZY : Les résultats éloignés du traitement sanglant des fractures de la rotule. — LEGENDRE, JOLTRAIN et LÉVY-FRANCKEL : Xanthome disséminé avec chéloïdes secondaires. Lipémie et lipoïdémie. — (N° 93, 23 nov.) BABINSKI : Réflexes tendineux et réflexes osseux (*fin*).

Clinique. — (N° 44, 1er nov. 1912.) KEIM : De la responsabilité de l'accoucheur en cas de phlébite. — Roger MIGNOT : Paralysie générale avec conscience et état obsédant. — EMERY et BOURDIER : Salvarsan et syphilis nerveuse. Salvarsan et syphilis oculaire. — (N° 45, 8 nov.) R. DEMANCHE : Le séro-diagnostic de la syphilis par la méthode de Bauer-Hecht. — TRIBOULET : Une création urgente. Les crèches en plein air. — COLLET : Traitement de la douleur et de la dysphagie dans la phtisie laryngée. — COURTELLEMONT : Du traitement de la fièvre typhoïde par le pyramidon. — G. SARDOU : Le mode sous-cutané d'opothérapie gastrique. — (N° 46, 15 nov.) J.-Ch. ROUX : Les dyspepsies appendiculaires. — V. PAUCHET : Les ruptures du rein. — M. NATHAN : Diabète syphilitique. — TOUREY-PIALLAT : Le secret médical et les accidents du travail. — EMERY et BOURDIER : Accidents de la salvarsanothérapie. — (N° 47, 22 nov.) SABOURAUD : Quelques remarques cliniques concernant l'étiologie de la pelade. — LEVEN : Thérapeutique générale des dyspepsies. — TERRIEN : Contusions du globe oculaire. — EMERY et BOURDIER : Pathogénie des accidents toxiques de la salvarsanothérapie. — CALOT : Le traitement des fistules tuberculeuses.

Montpellier médical. — (N° 44, 3 nov. 1912.) MARTIN : Un cas de contracture spasmodique de l'anneau de Bandi ayant écrasé la tête d'un enfant mort et légèrement macéré.

Paris médical. — (N° 50, 9 nov. 1912.) J. A. SICARD : Remarques sur le traitement de la névralgie faciale et de l'hémispasme facial. — CALVÉ et LAMY : Un nouveau traitement de la scoliose. Méthode d'Abbott. — E. JOB et L. LÉVY : Infection des voies biliaires et paratyphus B. — A. LOIR : Les conserves de lait. — (N° 51, 16 nov.) LIAU et BARON : Les médiastinites chroniques. — LEREBOULLET : Les opothérapies dans la tuberculose. — Anselme SCHWARTZ : Traitement des fractures du col chirurgical de l'humérus. — RANJARD : Valeur comparée des méthodes de développement de l'audition par les exercices acoustiques. — (N° 52, 23 nov.) COMBE : La dyspepsie albumineuse existe-t-elle chez le nourrisson ? — C. RŒDERER : La luxation traumatique de la hanche chez l'enfant. — PESCHER : Une nouvelle méthode de gymnastique respiratoire, le procédé de la bouteille. — CAWADIAS : Les vraies et les fausses dyspepsies gastriques.

Presse médicale. — (N° 84, 16 oct. 1912.) ISCOVESCO : Les lipoïdes de l'ovaire du corps jaune et du testicule. Propriétés homo-stimulantes, physiologiques et thérapeutiques. — (N° 85, 19 oct.) Dario MARAGLIANO : Les anastomoses nerveuses contrelatérales au point de vue expérimental et clinique. — DUMAREST et MURARD : Pourquoi et comment le pneumothorax spontané des tuberculeux est-il tantôt favorable, tantôt aggravant (16 observ.). — MARTINET : Loi biologique générale de la diurèse. — (N° 86, 23 oct.) LECÈNE : Cinq cas de perforations d'ulcères de l'estomac ou du duodénum opérées précocement et guéries. — (N° 87, 26 oct.) DURANTE : De l'inflammation subaiguë et des pseudo-sarcomes inflammatoires. — Léon MEUNIER : Traitement des douleurs tardives de l'estomac par la dilatation pylorique. — (N° 88, 29 oct.) I. et L. DUCUING : Technique de l'éradication des fibromes naso-pharyngiens. — (N° 89, 30 oct.) P. F. ARMAND-DELILLE et L. LANNOY : L'emploi des hématies stabilisées par le format dans la réaction de Wassermann. — P. MOURE et P. BAUFLE : Sporotrichose musculaire. — (N° 90, 2 nov.) CARRIEN et ANGLADA : Comment peut-on rendre moins incertaine la valeur diagnostique de la séro-réaction d'agglutinement du micrococcus melitensis ? — Alexandre CAWADIAS : La palpation méthodique du gros intestin. — H. LABBÉ et Georges VITRY : L'indialysable urinaire à l'état normal. — (N° 91, 6 nov.) SICARD et DESMAREST : Gangliectomie rachidienne dorsale. — WEILL, GARDÈRE et DUFOURT : Anémie hémolysinique tuberculeuse. — (N° 92, 9 nov.) ROGER : Les fonctions du poumon. — A. CHALIER et Paul BONNET : La névrotomie du nerf laryngé supérieur dans la dysphagie des tuberculeux. Données anatomiques. Indications. Technique. — Robert LEROUX : Ozène et tuberculose. — (N° 93, 13 nov.) LEJART : Leçon inaugurale. — (N° 94, 16 nov.) Professeur LEGUEU : Leçon d'ouverture. — Professeur BUÉ : Leçon d'ouverture. — A. MARTINET : La polyurie paradoxale de la néphrite interstitielle. Diagnostic de la sclérose rénale. — (N° 95, 19 nov.) ALGLAVE : L'ostéosynthèse appliquée aux fractures fermées diacondyliennes de l'extrémité inférieure du fémur. — (N° 96, 20 nov.) F. WIDAL : Evolution générale des conceptions des néphrites. Les grands syndromes fonctionnels du mal de Bright. — (N° 97, 23 nov.) TUFFIER et MANTÉ : Les accidents de la ménopause artificielle. Essai de pathogénie. — H. LABBÉ et VITRY : Application de la dialyse à l'étude de l'indosé organique urinaire chez les diabétiques. — DESMAREST : Appendicectomie et cure radicale de la hernie crurale par voie inguinale. — (N° 98, 27 nov.) VAQUEZ et COTTET : Epreuve de la diurèse provoquée (polyurie expérimentale). Valeur séméiologique du rythme d'élimination urinaire de l'eau et des chlorures.

Progrès médical. — (N° 44, 2 nov. 1912.) ANGLADA : Un cas d'ictère éberthien pléiochromique. — (N° 45, 9 nov.) ACHARD et SAINT-GIRONS : Ictère par hémolyse consécutif à l'ingestion d'extrait éthéré de fougère mâle. — C. LIAN et BARON : De la médiastinite syphilitique. — (N° 46, 16 nov.) C. LIAN et L. BARON : De la médiastinite syphilitique (*suite*). — BÉCHAMP : Contribution à l'étude des agents thérapeutiques agissant sur la motricité intestinale et présentation d'un médicament eccoprotique nouveau. — (N° 47, 23 nov.) ACHARD et FLANDIN : Sur le poison du choc anaphylactique. — RIBADEAU-DUMAS et BONCOMPAIN : Etude clinique et thérapeutique de la sténose du pylore avec hypertrophie musculaire chez le nourrisson.

Province médicale. — (N° 44, 2 nov. 1912.) FORGUE et RAUZIER : Abcès du cervelet d'origine otique. — BERNARDEAU : Tuberculose et zona. — (N° 45, 9 nov.) FORGUE et RAUZIER : Abcès du cervelet d'origine otitique. — FORGUE : La chirurgie de l'abcès cérébelleux otitique. — (N° 46, 16 nov.) NANTA : Syndrome de Jackson. — Jeanne TIXIER : Quelques cas d'infection paratyphoïde. — (N° 47, 23 nov.) G. GROSS et L. JACQUOT : Spina ventosa costal (costa ventosa). — CHABÉ : Eléphantiasis tuberculeux.

Revue de chirurgie. — (N° 11, 10 nov. 1912.) LAPOINTE : Pathogénie et traitement des myostéomes traumatiques. — H. GOUGEROT et LÉVI-FRAENKEL : Synovite sporotrichosique. — VIALLET : Quelques clichés et quelques remarques à propos du troisième fragment tibial dans les fractures malléolaires.

Revue de médecine. — (N° 11, 10 nov. 1912.) M. COUTEAUD : La part de l'Europe dans l'épidémie de tuberculose des Polynésiens. — G. ROQUE et V. CORDIER : De la nature tuberculeuse de l'ascite dans les cirrhoses et en particulier dans la cirrhose de Laënnec. — Ch. LEROUX et W. GRUNBERG : Enquête sur la descendance de 442 familles ouvrières tuberculeuses.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 142. — JEUDI 12 DECEMBRE 1912. 85e ANNÉE. JEUDI 12 DÉCEMBRE 1912. — N° 142.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 9 décembre. — MM. Martin de Laulerie, 8; Monod (André) et Duter, 10; Thinh, 8; Binet (Léon), 10; Mathieu, 9; Bertaux (René), 6.

Anatomie. — Séance du 9 décembre (*matin*). — MM. Walther, 10; Cléret, 8; Fournier (Jacques), 10; Frédault et Mlle Cosmovici, 11; MM. Larangot, 6; Laburthe-Tolra, 9; Bourdeaux et Mozer, 11; Reynaud, 10.

Séance du 9 décembre (*soir*). — MM. Léger, 12; Furet, 6; Pigney, 8; Blum et Mickaniewski, 10; Lanos, 9; Feldstein, 12; Winter, 7; Lévi-Alvarès, 10.

Séance du 10 décembre. — MM. Meugé, 9; Brouet, 10; Vivier et Renard, 7; Ravina, 9; Daudet, 12; Verdenal, 13; Vinçotte, 9; Guillaumot, 6; Richard (Georges), 10.

Prochaine séance 12 décembre, à huit heures et demie du matin, à Beaujon.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 9 décembre 1912 :

Médecin principal de deuxième classe. — M. Baur est désigné pour les troupes d'occupation du Maroc occidental.

Médecins-majors de première classe. — MM. Sudre passe à l'hôpital militaire de Chambéry (médecin chef); Barrier, aux salles militaires de l'hospice mixte d'Orléans.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. Taste passe au 78e d'infanterie; Martin est désigné pour la Tunisie; Cathala, pour l'Algérie.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Vendeuvre passe au 10e bataillon de chasseurs à pied; Cruzel, au 138e d'infanterie; Jeandin est désigné pour l'Algérie; Aulong passe au 6e d'artillerie à pied.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Modot passe au 96e d'infanterie; Colin est désigné pour les troupes d'occupation du Maroc occidental.

TROUPES COLONIALES. — Les médecins des troupes coloniales sortent aujourd'hui de l'Ecole principale du service de santé de la marine à Bordeaux, puis passent à l'Ecole d'application de Marseille. Ils accomplissent, comme les futurs médecins de la marine, une année de service dans les équipages de la flotte, en qualité de matelots infirmiers.

Or, le ministre de la guerre se plaint du défaut d'aptitudes à l'équitation, constaté chez les médecins coloniaux. Alors que les médecins destinés à l'armée de terre se familiarisent avec le cheval pendant leur année d'incorporation dans un régiment de cavalerie ou d'artillerie, les coloniaux montent pour la première fois lorsqu'ils entrent à l'Ecole d'application de Marseille.

Pour mettre un terme à cet état de choses, il est probable que les élèves de l'Ecole de Bordeaux à affecter aux troupes coloniales ne seront plus incorporés dans la marine, mais qu'ils seront, comme leurs camarades de l'Ecole de Lyon, destinés à l'armée de terre, envoyés dans un corps de troupe à cheval, pour l'accomplissement de leur année d'activité.

LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE DES MALADIES ET LE SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Le Syndicat des médecins de la Seine vient de voter l'ordre du jour suivant :

« Considérant que la déclaration *post mortem* d'une maladie contagieuse est rendue inutile par la déclaration obligatoire au cours de cette maladie, suivant les prescriptions de la loi de 1902;

Considérant que cette nouvelle forme de déclaration *post mortem* ne saurait, dès lors, s'appliquer qu'à des affections dont la déclaration n'est pas aujourd'hui obligatoire et étend, par conséquent, la déclaration à des maladies dont la liste est encore indéterminée;

Considérant qu'il y a dans les mesures projetées un nouveau et plus grave moyen d'aboutir à la violation du secret

professionnel et à la déclaration effective de la tuberculose;

Repousse toute obligation de déclaration *post mortem* et demande, comme il l'a déjà fait : la désinfection après chaque décès et après chaque changement de locataire;

Demande que cette désinfection soit effectuée en de telles conditions que la santé publique soit effectivement protégée et défendue, contre la contamination toujours possible, à la suite des simulacres de désinfection aujourd'hui en honneur et qui aboutissent si souvent à des mesures vexatoires pour le public. »

LA DISTRIBUTION DES PRIX NOBEL. — La distribution des prix Nobel a eu lieu mardi, en présence du roi et de plusieurs membres de la famille royale, pour la douzième fois.

Sur cinq lauréats, quatre MM. Grignard (de Nancy) et Sabattier (de Toulouse) [chimie], Carrel (de New-York) [médecine] et Hauptmann (littérature) étaient présents. Le lauréat pour la physique, l'ingénieur Dalen (de Stockholm), empêché par un grave accident survenu durant des expériences, était représenté par son frère, professeur à la Faculté de médecine de Stockholm.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Tapie (de Paris) et Wattering (de Mérignac).

LABORATOIRE D'HYGIÈNE (Professeur : M. CHANTEMESSE). — *Enseignement de la technique bactériologique appliquée à l'hygiène.* — Sous la direction de M. Macaigne, agrégé, chef du laboratoire de bactériologie (fondation Lemonnier), une série de vingt séances de travaux pratiques sera faite au laboratoire d'hygiène, à partir du lundi 6 janvier 1913, à deux heures.

Les travaux pratiques auront lieu tous les jours, sauf le jeudi, de deux heures à cinq heures.

Programme des travaux. — 1° Technique générale. Stérilisation ; milieux de culture ; coloration des microbes dans les cultures et dans les tissus ; isolement, etc.

2° Analyses bactériologiques de l'eau et des produits pathologiques (urine, matières fécales, crachats, sang, etc.).

3° Diagnostic des principales espèces pathogènes : tuberculose, diphtérie, coli-bacillose, dysenterie, fièvre typhoïde, choléra, charbon, tétanos, peste, etc. ; intoxications alimentaires ; mycoses et protozoaires, paludisme.

4° Etude des réactions biologiques des sérums (agglutination, hémolyse, bactériolyse, réaction de Bordet, de Wassermann, etc.).

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série des conférences.

Seront admis, les docteurs français et étrangers et les étudiants titulaires de 16 inscriptions, sur la présentation de la quittance du versement du droit.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les mardis, jeudis et samedis.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au laboratoire d'hygiène.

Le droit à verser est de 50 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

REVUE GÉNÉRALE DE LA MÉDECINE FRANÇAISE. — Dans la séance du 5 novembre 1912 de l'Académie de médecine, M. le professeur Chauffard a offert à l'Académie les deux premières années d'un journal bi-mensuel, publié en langue russe par MM. Bronislawski et E. Rist, la *Revue générale de la médecine française.*

« Nos confrères, a-t-il dit, se sont proposé pour but de faire connaître aux médecins russes, par une publication régulière et suffisamment détaillée, les plus importants travaux issus du centre de nos recherches médicales, et il suffit de parcourir la table des deux volumes parus pour voir combien leur entreprise a été couronnée de succès. Il n'est presque pas un travail original et un peu important qui n'ait trouvé sa place dans ce recueil.

Je n'ai pas besoin d'insister sur l'utilité, au double point de vue de la Russie et de la France, d'une publication de ce genre. Nos travaux sont souvent mal connus à l'étranger, parfois même ils sont systématiquement passés sous silence, et jamais cependant ils n'ont été plus dignes d'attention, aussi bien par leur nombre que par leur importance. Nous ne pouvons donc qu'être très reconnaissants à MM. Bronislawski et E. Rist, de leur effort. L'école médicale française a tout à gagner à être mieux et plus directement connue, et nulle part la diffusion de ses recherches ne peut nous être plus agréable que chez nos amis de Russie. »

Le Comité de rédaction de la *Revue générale de la médecine française*, publiée en russe, deux fois par mois, est dorénavant composé de MM. Rist, Pautrier, Roux-Berger, Guy Laroche, Bronislawski.

L'administration est à Paris, 4, place Clichy.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Nov. 1912.) ROUX : Stérilisation des eaux de source par un procédé de fortune. — AUBERT : Le gaz à l'eau dans l'éclairage public. — I. CRESPIN : L'organisation et le fonctionnement de l'hygiène publique. Les vices et les remèdes. — DE LAVERGNE : De la législation militaire sur les accidents et maladies, rapprochée de la législation civile des accidents du travail. — M. LETULLE : Sur la déclaration obligatoire de la tuberculose.

Bulletin d'oto-rhino-laryngologie. — (N° 6, nov. 1912.) GUISEZ : Diagnostic et traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage. — BERRUYER : Examen fonctionnel du labyrinthe.

Bulletin général de thérapeutique. — (23 nov. 1912.) F.-X. GOURAUD et PAILLARD : Les inhalations et les injections sous-cutanées d'oxygène dans les affections des voies respiratoires.

Bulletin médical. — (N° 94, 27 nov. 1912.) PHOCAS : De la voie inguinale dans les opérations sur les enveloppes du testicule et du cordon.

Clinique. — (N° 48, 29 nov. 1912.) MAUCLAIRE : Les formes lentes du cancer de l'estomac. — PAUCHET : Tumeurs du mésentère. — THOMAYER : Nouvelles observations sur la goutte.

Echo médical du Nord. — (N° 47, 24 nov. 1912.) BETTREMIEUX : Considérations sur la cécité consécutive à l'anémie aiguë posthémorragique.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 47, 24 nov. 1912.) CHARBONNEL : A propos d'un cas d'opération de Förster pour crises gastriques tabétiques. Recherches techniques sur les opérations de Förster, de Franke et de König.

Gazette médicale de Nantes. — (N° 47, 23 nov. 1912.) ALLAIRE et DENÈS : Traitement de la syringomyélie par les rayons X.

Montpellier médical. — (N° 45, 10 nov. 1912.) GRASSET et VEDEL : Méningites aiguës. — (N° 46, 17 nov.) E. FORGUE et V. RICHE : L'anesthésie lombaire avec la novocaïne. (Nouvelle contribution.)

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 47, 23 nov. 1912.) LUBET-BARBON : Accidents d'emphysème suraigu et syncope mortelle à la suite d'un cathétérisme de l'œsophage. — TAPIA : Deux cas de corps étrangers des bronches.

Semaine médicale. — (N° 48, 27 nov. 1912.) R. DE BOVIS : Annexites et lymphangites du bord supérieur du ligament large.

DU DANGER DE L'ADMINISTRATION DES

SÉRUMS ACHLORURÉS (SUCRÉS) PAR VOIE RECTALE

Par M. L. RIMBAUD,
Ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Montpellier.

Les remarquables travaux de Fleig sur les sérums achlorurés ont montré l'indiscutable valeur diurétique des solutions isotoniques ou hypertoniques des sucres (glucose, lactose, saccharose, mannite) administrées par voie sous-cutanée ou par voie intraveineuse (1). Les applications cliniques des sérums sucrés sont nombreuses et nous avons eu l'occasion d'employer plusieurs fois cette thérapeutique dans des cas où les sérums chlorurés étaient contre-indiqués (cardiaques, rénaux); nous n'avons eu le plus souvent qu'à nous en féliciter.

Appelé récemment auprès d'un enfant atteint de néphrite scarlatineuse grave, nous avons eu recours simultanément à l'administration de solutions sucrées par injections intramusculaires et par lavements. Il nous a semblé que cette dernière méthode d'administration de sérums achlorurés n'était pas sans inconvénients.

Voici les faits :

Le jeune P. D..., âgé de cinq ans, a eu une scarlatine dans les premiers jours d'octobre. Fièvre et éruption normales, mais intenses. Au dixième jour surviennent quelques accidents du côté de la gorge et des oreilles : amygdalite double avec adénite volumineuse, prédominante à gauche (pas de diphtérie), otite double suppurée bilatérale.

Ces complications étaient en voie de guérison et le petit malade déjà apyrétique, quand, au vingtième jour, avant que le lever ait été autorisé et avant toute autre alimentation que le lait, s'établit brutalement le tableau d'une néphrite grave.

La température s'élève, les urines deviennent rares et sanglantes, l'alimentation est nulle, le malade n'acceptant que quelques cuillerées à café d'eau ; on constate un certain degré de somnolence; le pouls est à 100; au cœur dédoublement très net du premier bruit. Pas d'œdème, pas de céphalée, pas de troubles de la vue. Cependant la quantité d'urine tombe à 50 à 80 centimètres cubes par vingt-quatre heures. L'analyse révèle une albuminurie modérée, 0g60 d'albumine par litre environ; la rétention chlorurée est extrême, 0g40 par litre. Présence de sang en grande quantité dans cette urine.

On réalise de la révulsion sur la région rénale par l'application de cataplasmes sinapisés et devant les appréhensions de la famille à accepter des injections sous-cutanées, on prescrit des lavements de sérum lactosé hypotonique (40 grammes de lactose pour un litre d'eau bouillie). L'enfant reçoit pendant deux jours un lavement matin et soir de 350 centimètres cubes chacun de solution sucrée. La diurèse tardant à s'établir et le petit malade refusant d'absorber même quelques cuillerées d'eau, on décide malgré tout de faire en outre tous les jours deux injections intramusculaires de 50 centimètres cubes de sérum glucosé isotonique (47 p. 1000).

Après quarante-huit heures de cette médication la situation paraît s'améliorer. Le volume des urines passe de 60 centimètres cubes à 200 centimètres cubes dans les vingt-quatre heures, l'albumine tombe à 0g25, tandis que les chlorures remontent à 1g60 par litre. La quantité de sang diminue, la présence des hématies ne peut être révélée que par l'examen microscopique.

Cependant dans la soirée du 31 octobre l'état général ne paraît pas répondre à cette amélioration de la formule urinaire; le petit malade a quelques vomissements bilieux, son ventre est légèrement tendu bien que la veille il ait eu une selle abondante. Le 1er novembre au matin cette aggravation s'est marquée : l'enfant est abattu, les vomissements sont devenus plus fréquents, le ballonnement abdominal est très accentué; la température rectale est à 37°6, le pouls à 100; au cœur le dédoublement du premier bruit est plus net. L'élimination urinaire est sensiblement la même. On juge qu'il faut continuer le traitement prescrit; toutefois on conseille d'injecter sous la peau le sérum lactosé et de donner en lavements le sérum glucosé et dans l'après-midi on administre au petit malade un lavement de 300 centimètres cubes de sérum glucosé isotonique.

Quand nous voyons le malade dans la soirée la situation est brusquement devenue très grave. L'abattement est très prononcé; la langue est sèche, sur la face interne des lèvres et sur les gencives on constate des fuliginosités adhérentes; il y a du ballonnement abdominal et la température rectale atteint 39°3; le pouls est très petit, dépressible, à 152. Le cœur est mou, en pleine embryocardie. Et cependant du côté des urines tout est mieux; quantité en vingt-quatre heures : 280 centimètres cubes; albumine, 0g15; chlorures, 1g80. On nous raconte que l'enfant a vomi à plusieurs reprises et nous voyons des serviettes souillées de bile; enfin, on nous montre les selles qui ont été provoquées par un lavement évacuateur. Elles sont d'un aspect absolument spécial : dans le vase nous ne voyons qu'un amas considérable de mousse qui remplit le récipient à moitié. Cette mousse est persistante (vingt-quatre heures après elle existait encore). Pour nous rendre compte de l'état des matières que cache cette mousse il faut décanter les selles qui sont constituées par le liquide du lavement fortement teinté avec quelques boules fécales.

Nous faisons une injection de 2 centimètres cubes d'huile camphrée au 1/10 et prescrivons pour la nuit un petit lavement avec 0g15 de caféine. Toute injection ou lavement de solution sucrée sont supprimés.

Le 2 novembre au matin le petit malade est mieux. Plus de vomissements; le ventre n'est plus ballonné. La température est à 37°6, le pouls à 100, pas d'embryocardie. Dans la journée l'enfant a pu absorber un peu de lait. Un second lavement évacuateur a éliminé de nouveau quelques matières mousseuses, mais en moindre abondance. Le ventre est souple. Le soir la température est tombée à 36°6; le pouls à 94. Le cœur est énergique. La quantité d'urines en vingt-quatre heures approche de 400 centimètres cubes avec 0g15 d'albumine, 1g10 d'acide urique, 17g50 d'urée et 1g60 de chlorures par litre.

L'enfant est actuellement complètement guéri.

Nous croyons que les phénomènes graves que nous avons observés sont dus à l'administration par *voie rectale* des solutions sucrées.

Fleig attribue aux solutions sucrées administrées par voie gastrique ou voie rectale une action diurétique à condition que ces solutions soient hypotoniques (1). Avec les solutions sucrées, glucosées ou lactosées hypertoniques ou même isotoniques prises par ingestions ou par lavements la diurèse

(1) C. Fleig. *Soc. de biol.*, juillet, oct. 1907. — *Bull. de la Soc. de thérap.*, mai, juin 1909.

(1) Ch. Fleig. *Acad. des sciences et lettres de Montpellier*, 7 mars 1910; — *Soc. de thérap. de Paris*, 8 juin 1910; — *Montpellier méd.*, 12 juin 1910.

serait moindre qu'avec l'eau pure ; les solutions sucrées hypertoniques, administrées dans ces conditions, pourraient même provoquer de la rétention aqueuse.

Nous nous sommes tenus dans la limite de concentration conseillée par Fleig : injection intramusculaire de sérum glucosé *isotonique* (47 p. 1000); administration par voie rectale de sérum glucosé *hypotonique* (40 p. 1000); de sérum lactosé *hypotonique* (40 p. 1000); la solution isotonique lactosée est à 92,5 p. 1000.

En effet, nous avons eu sous l'action de cette thérapeutique une amélioration très nette de la fonction urinaire : augmentation de volume qui, de 60 centimètres cubes, est monté à 400 centimètres cubes; augmentation des chlorures qui sont passés de 0^g40 à 1^g60 ; diminution de l'albumine tombée de 0^g55 à 0^g15.

Mais nous accusons les lavements sucrés d'avoir été la cause du ballonnement abdominal, des vomissements et des modifications cardiaques graves qui ont accompagné ces troubles digestifs. C'est enfin aux lavements sucrés qu'est dû cet aspect mousseux si spécial qu'ont présenté les selles.

L'action fermentative du bacille coli sur les sucres est en effet bien connue, et ce pouvoir de fermentation est précisément un des caractères qui permet de séparer le bacille coli du bacille d'Eberth. Cette action de fermentation doit s'exercer très activement sur les solutions glucosées et lactosées administrées par voie rectale.

Si elles séjournent dans le rectum avant d'être absorbées elles subissent la fermentation lactique et surtout sans doute la fermentation butyrique avec dégagement abondant d'acide carbonique et d'hydrogène. D'après Derrien, le lactose et le glucose subissant la fermentation butyrique donneraient en volume de gaz à 0 degré la moitié de leur poids et à parties égales d'acide carbonique et d'hydrogène. Ainsi 100 grammes de lactose ou de glucose donneraient, à 0 degré, 25 litres d'acide carbonique et 25 litres d'hydrogène.

Ces gaz, produits de ces fermentations, n'ont donc certainement pas été étrangers au ballonnement abdominal que nous avons vu s'installer si rapidement. Nous avons retrouvé ces gaz dans les évacuations et ce sont eux qui donnaient aux selles cet aspect spumeux qui nous a frappé.

Ce tympanisme abdominal excessif a pu, chez un enfant très déprimé, déclancher les accidents cardiaques qui ont mis rapidement ses jours en danger. Ballonnement et selles mousseuses ont complètement disparu dès que l'administration rectale des solutions sucrées a été supprimée.

N'est-ce pas à ces fermentations d'origine microbienne qu'il faut attribuer la différence d'action des solutions sucrées hypertoniques suivant leur mode d'introduction; elles sont diurétiques par voies souscutanée, intramusculaire et intraveineuse, et provoqueraient de la rétention aqueuse par voie gastrique ou rectale (Fleig). Par injection les sucres arrivent dans la circulation tels qu'ils ont été administrés; par voie digestive, au contraire, les sucres sont certainement en grande partie modifiés sous l'action des bactéries intestinales, et arrivent dans la circulation après avoir subi les importantes transformations dont nous avons parlé.

C'est là une hypothèse que quelques recherches expérimentales pourraient, nous semble-t-il, facilement vérifier.

MÉDECINE PRATIQUE

LA CIRCULATION COLLATÉRALE THORACIQUE ET L'ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE

Frappé du nombre d'enfants qui présentent une exagération du réseau veineux préthoracique, notre distingué confrère le docteur Cany (de la Bourboule) a tenté de rassembler les types les plus fréquents présentés par ces enfants, de rechercher la cause de ces troubles respiratoires, de déterminer les rapports entre lesdits troubles et l'adénopathie trachéo-bronchique et la raison d'une disposition anatomique aussi uniforme (1). Sur 58 enfants soignés par lui à la Bourboule pour des troubles plus ou moins sérieux des organes respiratoires, soit 34 garçons et 24 filles, le docteur Cany a noté 7 fois l'absence de tout réseau veineux préthoracique, et sur les 51 cas positifs 21 présentaient un réseau particulièrement développé. Enfin, surtout dans les cas de circulation collatérale notable, il a constaté la coexistence de troubles trophiques assez sérieux du thorax. Le docteur Cany ramène à trois types tous les cas de circulation collatérale préthoracique observés par lui : type supérieur, type médiothoracique, type fruste ou incomplet.

Le type supérieur est de beaucoup le plus fréquent; il est presque toujours, neuf fois sur douze, asymétrique et à droite. Il peut cependant être bilatéral. On trouvera dans l'intéressant travail de notre confrère tous les détails sur la disposition de ces trois types, détails que nous ne saurions reproduire ici.

Recherchant quelle peut être la signification de cette circulation collatérale, le docteur Cany dit que la première pensée qui vient naturellement à l'esprit est qu'il s'agit d'une compression médiastinale; mais tous les auteurs restent muets sur le mécanisme de cette compression.

L'auteur du travail que nous analysons rappelle les travaux de Souligoux, de Robinson et de Braune, sur l'anatomie et la physiologie des espaces intercostaux, d'où il résulte qu'il y aurait là grâce à l'ensemble des os, des muscles et des formations conjonctives, une sorte d'accordéon naturel, suivant l'expression de Robinson; il en résulterait un véritable jeu de pompe aspirante et foulante, et de son bon fonctionnement dépendrait l'irrigation plus ou moins parfaite de la cage thoracique.

En considérant ces données et d'autres notions anatomiques encore, il est logique de penser que toute compression exercée dans la loge médiastinale comprimera la grande azygos et entraînera une interversion du courant sanguin, lequel se dirigera alors des intercostales vers les veines axillaires ou les vaisseaux du cou, entraînant une dilatation de tout le réseau veineux superficiel.

Mais en réalité peut-on invoquer la compression de l'azygos pour expliquer la dilatation du réseau veineux préthoracique chez des enfants dont la plupart ne présentent d'ailleurs qu'à un très faible degré les symptômes de l'adénopathie médiastinale? C'est peu probable et il y aurait peut-être lieu d'invo-

(1) Opuscule de 15 pages. — Issoudun, imprimerie H. Gaignault, 1911.

quer une autre cause pour expliquer le phénomène. Le docteur Cany pense qu'il faut attacher une grosse importance au fait anatomique, constaté par Souligoux, du cheminement des vaisseaux intercostaux entre les deux faisceaux du muscle intercostal interne. Il s'agit en effet presque toujours d'enfants qui ont été, à un moment donné, plus ou moins profondément touchés dans leurs organes respiratoires. Or Fischer (de Montana) vient d'établir récemment qu'une lésion pulmonaire sous-jacente entraîne un certain degré de parésie dans les groupes musculaires correspondant au foyer atteint. Si l'on joint à ces effets locaux l'influence sur l'état général d'une ventilation défectueuse, par suite de végétations adénoïdes par exemple, il en résulte un certain degré de dystrophie du thorax. Cette parésie relative des muscles intercostaux entraînera une diminution dans l'appel veineux respiratoire signalé par Braune, le jeu d'accordéon de Robinson, il y aura stase veineuse et développement des collatérales superficielles pour suppléer à l'insuffisance du courant de retour par les intercostales.

Le docteur Cany ne prétend pas dénier toute action à la compression médiastinale des troncs de l'azygos et de la veine cave supérieure, mais il pense que le mécanisme que nous venons de résumer doit entrer pour une large part dans la production du réseau veineux préthoracique, et il a l'intention d'en poursuivre la confirmation anatomique par des recherches entreprises en commun avec le docteur Buy, professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1912)

Les réactions humorales dans la vaccine humaine ou expérimentale et dans la variole. Réactions d'infections, réaction d'immunité. — MM. P. TEISSIER et P. GASTINEL résument l'ensemble de leurs recherches sur l'étude comparative de la réaction de fixation, du pouvoir neutralisant du sérum et de la formule sanguine, dans la variole et la vaccine.

Quel que soit le mode de vaccination cutanée, sous-cutanée, digestive, péritonéale, endoveineuse, ils ont constamment retrouvé le pouvoir virulicide du sérum qui apparaît comme le témoignage de la réalité et de l'activité des vaccinations pratiquées même en dehors de l'acte épidermique.

Ce pouvoir peut être noté vers le dixième jour quand il y a une lésion cutanée, plus tardivement quand la vaccination est non tégumentaire.

D'autre part, les auteurs ont mis en évidence par la méthode de la réaction de fixation les sensibilisatrices apparaissant vers le septième ou dixième jour de la maladie vaccinale ou variolique. Mais on note leur disparition en une dizaine de jours par la vaccine, en vingt-cinq ou trente jours par la variole. Il est à remarquer que les antigènes vaccinal ou variolique peuvent être réciproquement substitués l'un à l'autre dans la recherche de la sensibilisatrice.

Etudiant comparativement les caractères cliniques des revaccinations, MM. Tessier et Gastinel ont vu que la réaction dite précoce ne s'observe que chez un sujet dont le sérum est neutralisant vis-à-vis du vaccin. Les auteurs pensent donc qu'il y a lieu de distinguer dans l'évolution de la variole et de la vaccine, deux stades : 1° un stade d'infection ayant comme traduction quelquefois des modifications de la formule sanguine, toujours des sensibilisatrices déviant le complément ; elles disparaissent quand la période d'infection s'achève : elles sont comme elle précoces et transitoires ; 2° un stade d'immunité qui s'affirme par l'existence du pouvoir neutralisant. L'observation de ces faits dans des maladies dont le cycle est parfaitement délimité permet de considérer que la réaction de fixation est toujours la preuve d'un état d'infection. Elle tend à démontrer que les propriétés bactéricides du sérum ne sont pas fonction de sa richesse en sensibilisatrices, elle prouverait enfin que la réaction précoce de Pirquet témoigne non seulement d'un état allergique, mais encore d'un état de protection vaccinale.

Des applications de diathermie comme ration énergétique d'appoint. — M. le professeur J. BERGONIÉ (de Bordeaux). La chaleur n'est une forme toujours dégradée de l'énergie que pour les mécaniciens; chez l'homme et les animaux homéothermes, l'énergie doit être libérée directement sous la forme chaleur pour compléter le premier terme de l'équation qui égale les recettes aux dépenses lorsque l'homéothermie est garantie. Cette quantité de chaleur, directement produite jusqu'ici aux dépens des aliments, est donc un appoint variable qui s'ajoute à la chaleur dégradée provenant du fonctionnement vital de l'organisme et en est tout à fait distincte. Le rapport entre la chaleur d'appoint et la chaleur totale n'est pas constant. Il varie avec chaque sujet, avec l'activité mécanique d'un même sujet, avec la température extérieure, le vêtement, le vent, etc. Certains auteurs l'ont évalué, pour l'homme restant homéotherme, entre 2/5 et 1/2; mais chez un sujet de faible poids, de grande surface, exposé nu à la température d'environ 20 degrés, ce rapport peut être beaucoup plus grand.

La quantité de chaleur d'appoint doit donc être considérable dans certaines circonstances pour que l'homme puisse conserver sa température propre. Pourquoi, dans ces conditions, ne pas lui fournir en nature cette grande quantité de chaleur au lieu de la lui laisser tirer des aliments qu'il faut digérer et brûler en surmenant les appareils physiologiques qui servent à cette digestion et à cette combustion? C'est ce que M. le professeur Bergonié a fait par la diathermie, l'admirable méthode d'application des courants de basse tension et de haute fréquence due aux travaux de M. d'Arsonval (1).

Ces courants traversent le corps avec des intensités efficaces de 2 à 3 ampères, sous des différences de potentiel de 1000 à 2500 volts, sans aucune sensation, lui fournissant ainsi à l'heure, par l'effet Joule, dans les 3000 calories, plus que sa ration alimentaire totale journalière !

Voici la technique, très simple, suivie pour les applications de ces courants : ils entrent par des électrodes métalliques nues (plomb, étain, aluminium, etc.) se moulant bien sur la région, fixées par une bande à pansement et dont on isole quelquefois les bords avec l'un de ces étroits rubans de sparadrap adhésif. Ces électrodes sont au nombre de six ou davantage. On les distribue sur chaque pôle en quantité de différentes manières : par exemple trois sur le côté et les membres gauches du corps pour un pôle, et trois sur le côté et les membres droits pour l'autre pôle. La surface totale des électrodes est d'environ 30 décimètres carrés, ce qui fait une densité de courant faible donnant une large marge de sécurité.

Les indications générales peuvent seulement être notées ici. Ce sont les états de marasme, d'athrepsie, d'hypothermie, d'inanition primitive ou consécutive à des affections graves du tube digestif, les anémies diverses, les périodes d'algidité des maladies, tous les états de misère physiologique en général. Ces applications de diathermie peuvent encore provoquer, sans dépense énergétique supplémentaire, des hyperthermies bienfaisantes chez des organismes à réactions défensives paresseuses.

(1) D'ARSONVAL. *Soc. de phys.*, 20 avril 1892 ; — *C. r. de l'Acad. des sc.*, 20 mars 1893, 3 juillet 1893, déc. 1901 ; — *Arch. d'électr. méd.*, 1910, p. 873.

Voici un exemple clinique des résultats :

Sujet B. — Traité par la diathermie générale. Deux applications par jour. Intensité : 1 ampère 5 en moyenne; durée quarante minutes, correspondant environ à 1700 calories absorbées par séance.

Avant le traitement.		*Après le traitement.*
	Taille : 1m76	
49k500	Poids	63k200
13cm5	Pression artér. systolique.	15cm5
3 divis.	Amplit. des oscillations.	7 et 8 divis.

Alimentation.	
Mange beaucoup de viande; constipation. Langue saburrale; céphalalgie.	Mange beaucoup moins, malgré abaissement de température, et végétaux. Langue parfaite; plus de maux de tête.

Etat des forces.	
Faiblesse très grande; ne peut faire 100 mètres sans soutien; pas de travail physique possible; pas de travail intellectuel.	Marche des heures sans fatigue; vigueur physique normale; travail intellectuel appréciable.

Température.	
Hypothermie. Température axilllaire : 36 degrés, à cinq heures du soir. Très sensible au froid. Très vêtu. Ne sort pas l'hiver.	Orthothermie. Température axillaire : 37°2, montant après les séances à 40°3. Affronte toutes les températures, peu vêtu.

Etat général.	
Misère physiologique accentuée.	Aspect corporel et vie normaux.

La diathermie est donc le moyen le plus efficace et le plus rationnel de secourir les organismes en état de misère physiologique, qu'elle qu'en soit la cause, en leur apportant, sous forme de chaleur en nature, une *ration d'appoint*, qui couvre leur déficit énergétique, sans mettre à contribution leur tube digestif.

Sur la vaccinothérapie de la fièvre typhoïde. — MM. Ardin-Delteil, L. Nègre et Maurice Raynaud ont entrepris, depuis plus d'un an, l'étude du traitement de l'infection éberthienne par les vaccins antityphiques et, en particulier, par le vaccin sensibilisé vivant de Besredka.

Il ressort de leurs observations que la vaccinothérapie semble bien diminuer la gravité de la maladie; sur 37 cas, il n'y a eu aucun décès, tandis que les non-vaccinés fournissent une proportion de 8,38 p. 100.

Elle diminue le nombre des rechutes, 5,4 p. 100 au lieu de 9,75 p. 100; elle paraît abréger la durée de la maladie d'autant plus que le traitement est institué plus près du début de l'infection.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1912)

Traitement de la chorée par le salvarsan. — M. Marie, en collaboration avec M. Chatelin, a traité vingt-cinq enfants atteints de chorée de Sydenham, par le salvarsan, avec des résultats très favorables. Ce médicament a aussi chez ces enfants amélioré beaucoup la nutrition. Il n'y a pas eu d'accidents. Faut-il conclure de ce fait que la chorée, comme cela a déjà été soutenu par certains auteurs, est d'origine syphilitique? M. Marie ne le croit pas. Chez huit de ces enfants on a eu recours à la réaction de Wassermann qui s'est montrée toujours négative. Le salvarsan, dans ces cas, a agi comme médication arsenicale. On peut admettre que l'influence salutaire de cette médication sur l'état général a été pour quelque chose dans la guérison plus rapide des accidents choréiques. Peut-être aussi exerce-t-il une action sur l'agent infectieux de la chorée; car, sans pouvoir le prouver, M. Marie a de la tendance à admettre l'origine infectieuse de la chorée.

M. Pinard rappelle que bien des jeunes filles ayant eu la chorée présentent une récidive au moment de la puberté. Cette constatation ne serait pas en faveur de l'origine infectieuse admise par M. Marie.

M. Marie répond à cela que la chorée est une maladie très notablement récidivante.

M. Gautier a traité, avec succès, des enfants atteints de chorée, par le cacodylate de soude, ce qui vient à l'appui des bons effets de la médication arsenicale contre cette maladie. On sait que le cacodylate excite la puissance des globules blancs, ce qui peut expliquer ses bons effets dans la syphilis, dans le paludisme et dans la chorée.

M. Chauffard retient de la communication de M. Marie que le salvarsan peut être efficace, en tant que médication arsenicale, dans d'autres affections que la syphilis.

M. Netter rappelle que les arsenicaux ont toujours donné de bons résultats dans le traitement de la chorée.

Les sels de strontium. — M. Gautier fait une communication sur ce sujet.

La déclaration de la tuberculose. — M. Widal estime que si la déclaration et l'isolement peuvent être utiles, ils doivent l'être surtout à l'hôpital. Actuellement encore, les malades atteints de tuberculoses ouvertes sont dans des salles communes où ils peuvent contaminer les autres malades. C'est là, au premier chef, un centre actif de propagation. La déclaration se fait à l'hôpital, malheureusement à la sortie ou à la mort du malade, et non à son entrée. Quant à l'isolement, c'est certainement à l'hôpital qu'on pourrait l'obtenir le plus sûrement et le plus complètement. L'Administration de l'Assistance publique fait ce qu'elle peut, mais elle n'en est encore qu'aux demi-mesures.

Il faut arriver à ce que les tuberculoses ouvertes, dès leur entrée à l'hôpital, soient isolées dans des pavillons spéciaux, avec un personnel spécial, avec des cours ou des jardins isolés du reste de l'hôpital par des barrières. Il faut un pavillon d'isolement pour les hommes, et un pour les femmes. Il en est de l'isolement comme de la désinfection, pour qu'il soit efficace, il faut qu'il soit absolu. Grâce à M. Bourgeois et à M. le directeur de l'Assistance publique, cette mesure se trouve aujourd'hui réalisée à l'hôpital Cochin. Ces mesures, d'ailleurs, sont déjà mises en vigueur dans beaucoup d'Etats grands et petits. La France est en retard à ce point de vue. Dans un avenir plus ou moins lointain on sera saisi d'effroi à la pensée que pendant si longtemps, connaissant la contamination de la tuberculose ouverte, on ait pu laisser des tuberculeux dans des salles communes, comme nous frémissons aujourd'hui à la pensée qu'il y a un siècle on couchait quatre malades dans le même lit, vivant ainsi dans le mélange de leurs déjections et de leurs germes pathogènes. C'est à l'hôpital que cette expérience de la prophylaxie de la tuberculose peut être tentée avec le plus de chances de succès.

En terminant, M. Widal émet donc le vœu que, dans les hôpitaux, le diagnostic de tuberculose ouverte soit signalé à l'administration par les chefs de service dès l'entrée du malade et non à la sortie.

Nous devons, d'autre part, émettre le vœu que les pouvoirs publics ne reculent devant aucun sacrifice pour soustraire les malades hospitalisés à la contagion de la tuberculose et qu'ils exigent que, lors de la construction des nouveaux hôpitaux, des quartiers bien isolés soient réservés aux tuberculoses ouvertes, proportionnellement au nombre de la population que ces établissements doivent secourir.

M. Fabre (de Commentry) rappelle que, dans un récent rapport, M. le directeur de l'hygiène publique, M. Mirman, a été obligé de déclarer que c'est en France que la mortalité par tuberculose est le plus considérable. Il serait donc à souhaiter que l'Académie de médecine joignît ses efforts à ceux du Conseil d'hygiène publique pour aboutir à des mesures de prophylaxie efficaces.

Les chenilles urticantes. — M. Couttière fait une communication sur ce sujet.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux dans la deuxième division.

MM. Pousson (de Bordeaux) et Témoin (de Bourges) ont été élus.

On ne peut qu'applaudir au choix de ces deux grandes notabilités chirurgicales de la province.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 7 décembre 1912)

Propriétés hémolytiques et antihémolytiques des sérums normaux pour les globules de chien. — MM. Achard et Foix ont mis en évidence, dans le sérum sanguin chauffé, l'existence de propriétés hémolysantes non spécifiques, dont l'action est masquée, dans le sérum frais, par celle d'un élément antagoniste.

En se servant de globules rouges de chien, qui sont particulièrement fragiles, ils ont constaté que le sérum normal, chauffé à 56 degrés, les hémolyse, mais que le sérum non chauffé ne les hémolyse pas.

Quoique l'expérience ne réussisse bien qu'avec les globules de chien et ne donne que des résultats peu probants ou nuls avec les globules d'homme ou de lapin, il ne s'agit pas d'une autohémolyse spécifique, car d'autres sérums, celui de l'homme en particulier, agissent tout aussi bien que le sérum de chien sur les globules de chien. C'est donc la fragilité spéciale de ces globules qui est en cause.

Cette propriété hémolysante diffère de celle des hémolysines véritables, car elle agit en dehors de la présence du complément, elle n'est pas spécifique, elle est annulée par un pouvoir antagoniste thermolabile, elle résiste à la température de 100 degrés, enfin elle produit ses effets plus tardivement (une heure et demie à deux heures) et sans agglutination préalable des hématies.

Quant à l'action du chauffage à 56 degrés, nécessaire pour obtenir cette hémolyse particulière, elle ne consiste pas dans la production d'une substance hémolysante dans le sérum, mais dans la destruction d'un pouvoir protecteur pour les globules, car il suffit d'ajouter du sérum frais au sérum chauffé pour empêcher de nouveau l'hémolyse.

La sensibilisatrice dans le sérum de sujets vaccinés contre la fièvre typhoïde. — MM. M. Bloch et P. Creuzé, continuant l'étude des réactions humorales développées par la vaccination antityphoïde, ont trouvé constamment la sensibilisatrice dans le sérum des vaccinés. Comme antigène ils se sont servis du vaccin lui-même (bacilles chauffés à 55 degrés et numérés suivant la méthode de Chantemesse). En général la sensibilisatrice apparaît cinq à sept jours après la première injection vaccinale. La réaction de fixation est encore positive un an après dans 83 p. 100 des cas.

L'extrait splénique a-t-il un pouvoir hémolysant? — MM. A. Gilbert, E. Chabrol et Henri Bénard. Dans leur dernière communication à la Société de biologie, MM. Achard, Foix et Salin reconnaissent que l'extrait splénique du chien hémolyse des globules rouges du même animal, et que cette action hémolysante ne semble pas subordonnée à une septicité secondaire du milieu. Ce sont là les conclusions que MM. Gilbert, Chabrol et Bénard ont développées à maintes reprises. Rapprochée des données de l'histologie et de l'observation clinique, la notion du pouvoir hémolysant de l'extrait splénique vient renforcer le faisceau d'arguments qui plaident en faveur de la fonction érythrolytique de la rate.

Des altérations fonctionnelles des glandes surrénales dans la rage. — M. René Porak entreprend l'étude physiologique des glandes surrénales dans la rage. Il montre quelle est l'action des extraits de glande surrénale de lapins enragés sur l'appareil circulatoire de lapins et de chiens normaux.

Ses conclusions sont les suivantes :

1° Pendant la période d'incubation de la rage les extraits de surrénales diminuent d'activité, mais d'une façon variable suivant les animaux.

2° Pendant la période terminale, les extraits de surrénales sont presque complètement inactifs, l'auteur insiste sur ce fait que l'action des extraits sur la pression peut être complètement nulle alors que l'action de ces mêmes extraits sur le cœur est normale ou exagérée.

De la rotule brachiale et du coude des chauves-souris. — M. Retterer. L'articulation du coude des chauves-souris montre : 1° une extrémité cubitale réduite à l'apophyse coronoïde ; 2° la portion supérieure de la cavité sigmoïde remplacée : *a.* par un sésamoïde ou rotule développée dans le tendon du triceps brachial et *b.* par un ligament rotulien. La rotule brachiale est cartilagineuse dans les petites espèces, et osseuse chez la roussette. La conformation et la disposition des parties articulaires du coude rappelle celles du genou des chauves-souris, avec les différences que voici : le ligament qui relie la rotule brachiale à l'avant-bras s'insère sur cubitus ou os externe de l'avant-bras, tandis que le ligament rotulien du genou aboutit à l'os interne ou tibia.

Insuffisance ovarienne et opothérapie surrénalienne. — M. Léopold-Lévi démontre que, dans un certain nombre de cas d'insuffisance ovarienne chirurgicale ou spontanée, la médication la plus favorable est l'opothérapie surrénalienne isolée ou associée aux opothérapies ovarienne et thyroïdienne.

Le traitement surrénalien agit soit contre une insuffisance surrénalienne provoquée par un épuisement de la glande surrénale après un effort compensateur, soit contre une instabilité surrénalienne de réaction, à rapprocher des instabilités thyroïdienne, ovarienne, hypophysaire.

Sur la localisation de l'appareil ganglionnaire inhibiteur dans le cœur de lapin. — MM. A. Clerc et C. Pezzi. Sur le cœur isolé du lapin, sans oreillettes ni cloison interauriculaire, la nicotine produit encore l'arrêt initial inhibiteur. Ces résultats concordent avec ceux déjà obtenus par les mêmes auteurs et prouvent qu'il existe un appareil ganglionnaire pneumogastrique en dehors des oreillettes et de la cloison interventriculaire.

L'étude comparative des tensions artérielles des membres. Applications cliniques dans les anévrismes aortiques et les artérites des membres inférieurs. — M. Cawadias. Si nous déterminons à l'oscillomètre Pachon la tension artérielle de l'avant-bras ou au niveau de la jambe droite par exemple et si nous prenons immédiatement après la tension à gauche nous obtenons un chiffre identique. Partant de là, nous pourrons obtenir des renseignements sur l'inégalité des pouls dans certains anévrismes aortiques, et ceci plus rapidement qu'avec le sphygmographe. De même dans les artérites des membres inférieurs nous pourrons déterminer en comparant les tensions des deux jambes opposées, s'il y a réellement un trouble de la circulation artérielle par oblitération (spasmodique ou organique), le degré de ce trouble, la localisation de la lésion artérielle. Nous pourrons suivre à l'oscillomètre l'évolution de la maladie.

ANALYSES

MÉDECINE

Le rôle du rein sain et du rein malade dans l'excrétion des chlorures. (BORCHARDT. *Deut. med. Woch.*, 12 sept. 1912, n° 37, p. 1723.) — L'excrétion des chlorures par le rein normal se fait suivant un mécanisme exposé par Frey. Au niveau du glomérule s'opère la filtration d'un liquide identique, quant à sa concentration en chlorures et quant à son point cryoscopique, au sérum sanguin; c'est l'urine provisoire. Au niveau des tubes contournés, l'urine provisoire subit un remaniement à la suite duquel une partie de l'eau est résorbée, en même temps qu'une certaine proportion de molécules chlorurées sont échangées contre des molécules d'autres substances. Cette concentration de l'urine s'opère suivant un processus uniquement d'ordre physique.

Borchardt, tout en acceptant en principe la théorie de Frey, juge nécessaire d'y apporter une modification. Il pense qu'au niveau des tubes contournés, c'est de l'eau seulement qui est résorbée, et cela en raison d'un acte vital des épithéliums rénaux.

Partant de ce mécanisme, comment peut-on expliquer les troubles de l'excrétion chlorurée au cours des néphrites?

Lorsqu'il existe des lésions des tubuli la concentration de l'urine provisoire ne peut plus s'accomplir, d'après Borchardt, suivant le processus normal. Suivant un mécanisme d'ordre purement physique, et non plus en raison d'un acte vital, une partie de l'urine provisoire, eau et chlorures, est résorbée dans les tubuli et passe de nouveau dans le sang. Dans les néphrites tubulaires le rein devient incapable de concentrer l'urine provisoire. Suivant la comparaison de Borchardt, le rein accomplit un véritable travail de Danaïde, le glomérule ne cessant de sécréter une urine; dont les tubuli s'empressent de restituer une partie à la circulation sanguine.

Cette explication serait très simple si toutes les néphrites s'accompagnant de rétention chlorurée étaient des néphrites tubulaires. Mais la rétention chlorurée se rencontre également dans les glomérulo-néphrites; on peut admettre dans ces cas-là une diminution de la sécrétion de l'urine provisoire au niveau des glomérules. Cet état ne peut du reste se prolonger et la mort survient rapidement par anurie. Le plus souvent la glomérulite n'est que provisoire et le glomérule récupère rapidement la propriété d'excréter une grande quantité d'urine; une crise polyurique survient et les chlorures retenus s'éliminent en masse.

Comme l'ont montré Schlayer et Takayasu, en pleine crise polyurique, le glomérule n'est pourtant pas revenu à l'état normal; de la paralysie il est passé à l'hyperexcitabilité, si bien, que, sous l'influence du moindre diurétique, il réagit en produisant un excès d'urine provisoire. Cette impossibilité où se trouve le rein de sécréter une urine concentrée est désignée sous le nom d'*hyposthénurie*. Cette hyposthénurie liée à une hyperexcitabilité des glomérules est dite *hyposthénurie vasculaire*. Il existe aussi une *hyposthénurie tubulaire* due à deux facteurs simultanés : l'augmentation de la résorption des chlorures et la diminution de la sécrétion des autres éléments de l'urine au niveau des tubuli, le tout aboutissant à l'émission d'une urine diluée, de concentration faible et demeurant sensiblement constante.

Dans l'*hyposthénurie vasculaire*, la concentration de l'urine en chlorures ne diffère pas sensiblement de la concentration du sérum en chlorures, puisque l'urine n'est que du sérum filtré. Dans l'*hyposthénurie tubulaire* la concentration de l'urine en chlorures est nettement inférieure à celle du sang, puisqu'une partie des chlorures a été résorbée dans les tubuli.

La différence entre les deux sortes d'hyposthénurie est encore plus nette quand on peut ingérer au patient un supplément de 10 grammes de NaCl.

S'il s'agit d'une néphrite tubulaire, l'ingestion de 10 grammes de sel ne provoque ni augmentation d'urine, ni augmentation de l'excrétion chlorurée; s'il est excrété par les glomérules une plus grande quantité d'urine provisoire, une proportion d'autant plus grande de chlorures est résorbée par les tubuli. En cas de glomérulo-néphrite les chlorures ingérés en excès sont éliminés par l'urine, mais cette excrétion s'accompagne d'une augmentation du volume de l'urine, de telle sorte que la concentration des urines en chlorures reste la même que précédemment. En pareille circonstance un rein normal excrète les chlorures sans augmentation du volume des urines, mais en donnant une urine plus concentrée.

En général, cette distinction entre les néphrites tubulaires et glomérulaires, d'après l'excrétion chlorurée, est impossible à faire parce qu'il existe fréquemment au niveau du rein des lésions complexes, et aussi parce que de fortes lésions des glomérules entravent l'excrétion chlorurée, dans l'épreuve des chlorures alimentaires ingérés.

En pratique, il faut ne se souvenir que d'un fait : on peut toujours écarter l'existence de graves lésions des épithéliums tubulaires quand l'excrétion chlorurée est intacte, ou tout au moins n'est pas troublée dans le sens d'une hyposthénurie tubulaire. A. LEMIERRE.

Les endocardites malignes à évolution prolongée. (Marcel LATOUR. Th. de Paris, 1912; Steinheil, édit.) — Le point de départ de ce travail est une observation inédite du docteur Ribierre, un cas d'endocardite maligne ayant eu une durée de cinq mois. A propos de ce cas, M. Latour a réuni les observations analogues antérieurement publiées, et donné une bonne étude d'ensemble de cette variété des endocardites malignes. Elle est caractérisée par la longue durée du processus morbide qui s'étage sur plusieurs mois et parfois sur plus d'une année. Les symptômes essentiels sont la fièvre, à type intermittent ou rémittent ou présentant à la fois ces deux caractères, et l'atteinte profonde de l'état général avec asthénie ou adynamie. Il s'y joint fréquemment des phénomènes emboliques et des nodosités érythémateuses des doigts, de durée éphémère, bien étudiées par Osler. Bien que prolongées, ces endocardites sont essentiellement malignes, et il existe peu de cas probants de guérison.

En ce qui concerne l'étiologie, on sait qu'elles surviennent en général chez des adultes porteurs de lésions valvulaires antérieures presque toujours d'origine rhumatismale. La nature bactériologique de l'infection est variable; le plus souvent, il s'agit de streptocoques, quelquefois de pneumocoques, staphylocoques, tétragènes. M. BRELET.

MÉDECINE INFANTILE

Les éruptions bulleuses chez l'enfant. (HUTINEL. *La Pédiatrie pratique*, 25 août 1912.) — Les éruptions bulleuses sont très fréquentes chez les petits enfants en raison de la finesse de leurs téguments.

Le *pemphigus syphilitique* débute par la paume des mains et la plante des pieds, et s'y confine généralement. Si l'éruption est très confluente, elle empiète un peu sur l'avant-bras et la jambe. Les éléments naissent sur une surface cyanosée; l'épiderme se soulève, et la bulle est constituée en deux jours; son diamètre varie entre deux à trois millimètres; parfois les bulles se réunissent; le liquide se trouble et se transforme en pus qui s'évacue: il en résulte exceptionnellement ensuite une ulcération; il ne reste en général qu'une tache érythémateuse. La mort est le lot le plus habituel de ces hérédo-syphilitiques.

Chez le nouveau-né, il est un autre pemphigus que l'on observe assez souvent et qui est le résultat d'une *infection staphylococcique ou streptococcique*. Les éléments siègent au

cou, au tronc, sur les membres. Ils se développent par poussées successives. Les bulles sont plus volumineuses que dans le pemphigus syphilitique. La guérison est complète et rapide. L'éruption survient brusquement chez des enfants en bonne santé; elle est le plus souvent apyrétique.

Il est une troisième forme de pemphigus qui se développe chez des enfants atteints d'*affection grave*, *broncho-pneumonie*, *gastro-entérite*. Il s'agit en général d'enfants qui ont été fréquemment *baignés* et dont l'épiderme ramolli est facilement envahi par les germes infectieux.

Les éruptions bulleuses peuvent être dues à des *infections internes*; elles s'observent assez souvent au cours des *septicémies* (à tétragènes, à pneumocoques, à bacilles d'Eberth). L'examen des bulles peut permettre de mettre en évidence le germe de la septicémie.

Ces éruptions de l'enfant sont contagieuses, inoculables et auto-inoculables (exception faite du pemphigus syphilitique).

Histologiquement, on constate une légère dilatation des capillaires du derme sans exode leucocytaire. Tout se passe dans l'épiderme; le corps muqueux de Malpighi est le siège d'un œdème assez accusé.

Entre lui et la couche cornée s'interpose une petite couche de liquide séreux contenant quelques cellules épithéliales et des leucocytes. Plus tard la leucocytose augmente; la couche cornée se détache alors du corps papillaire.

Le *diagnostic* est assez facile avec la varicelle, avec des manifestations pemphigoïdes liées à des troubles digestifs, éruption de nature urticarienne.

Le *traitement* consiste en pansement sec avec des poudres inertes : oxyde de zinc, bismuth, talc. B. GAYARD.

CHIRURGIE INFANTILE

Etude clinique des résultats éloignés de l'ostéomyélite des os longs chez l'enfant et l'adolescent. (J. A. PHÉLIP. Th. de Paris, 1912.) — L'ostéomyélite frappant les cartilages des os longs pendant leur période d'activité et ayant une allure souvent chronique et récidivante, il était intéressant de rechercher quel est l'avenir des anciens ostéomyélitiques. Phélip a retrouvé 73 malades dont la moitié sont parfaitement *guéris*.

Chez les autres on trouve des *réchauffements* locaux presque toujours au bulbe inférieur du fémur, des *complications articulaires* toujours à la hanche, souvent au genou, rarement au cou-de-pied. Les *déviations* peuvent se manifester dans un segment à deux os par inégalité de croissance, dans un segment à un seul os par trouble partiel du cartilage conjugal, par malléabilité d'un os nouveau non encore suffisamment calcifié.

Les ostéomyélites étudiées par l'auteur avaient été en général trépanées d'une façon précoce et systématique mais le cartilage conjugal avait été conservé intact autant que possible. On n'avait pas fait de résections précoces ni employé le plombage pour combler les cavités osseuses. Malgré cela les résultats sont très satisfaisants. J. ANDRIEU.

STOMATOLOGIE

Les anomalies dentaires par défaut chez l'homme. Régression et pseudo-régression. (VICHOT. Th. de Lyon, 1911.) — L'auteur s'est attaché dans l'étude des anomalies dentaires, à un point particulier, le défaut de développement de certains de ces organes, et il a pu mettre en relief la véritable régression due à un défaut de développement complet d'un bulbe dentaire, et la différencier de la pseudo-régression où l'absence de l'organe n'est due qu'à un défaut de place sur une arcade atrésiée, qui la maintient incluse dans l'intérieur de l'os. La régression dentaire est un phénomène normal, qui se poursuit à travers l'évolution des espèces et nous conduit de la polyphyodontie primitive à l'édification d'organes polymorphes et résistants. Cette évolution régressive se continue sous nos yeux, frappant de préférence certaines dents, dent de sagesse inférieure et incisive latérale supérieure, siégeant le plus souvent à gauche. Elle tend à constituer un type spécial de dentition dans certaines races (dents de sagesse) ou dans certaines familles (incisives latérales et prémolaires). Elle paraît être en relation avec le degré de civilisation et être le résultat de l'action de divers facteurs : compression, troubles pathologiques, etc. Quant à la pseudo-régression, elle constitue une étape conduisant, par l'atrésie des maxillaires, à la régression totale chez les descendants. A. HERPIN.

RADIOTHÉRAPIE

Du traitement radiothérapique des sciatiques (valeur de la méthode). (Eugène PY. Thèse de Paris, Jouve, 1912.) — Dans cette thèse inaugurale l'auteur, après avoir passé en revue les divers traitements de la sciatique, expose l'état actuel de la méthode inaugurée par MM. Babinski, Charpentier, Delherm.

Il apporte quatorze observations : toutes concernent des cas rebelles aux thérapeutiques les plus sérieuses et les plus diverses (repos au lit, siphonages, pointes de feu, médicaments analgésiques, injections d'air chaud, etc.), les résultats sont les suivants : dix guérisons, une amélioration (malade encore en traitement), une récidive après guérison apparente (d'ailleurs très améliorée par la reprise du traitement), deux échecs (dans un cas, le tronc nerveux avait été auparavant atteint par une injection d'huile camphrée; dans l'autre on constata ultérieurement qu'il s'agissait d'un mal de Pott).

La technique préconisée est la suivante :

Rayons de 6 à 7 degrés Benoist, filtre d'aluminium de 5/10 de millimètre, cinq heures répartis en trois séances de huit jours d'intervalle, après quoi repos de trois semaines.

L'irradiation est faite habituellement sur le point d'émergence du sciatique, mais dans les cas très graves on peut, durant les semaines de repos, irradier également les points douloureux, l'auteur n'est pas persuadé qu'on améliore ainsi beaucoup le résultat; mais on a l'avantage de ne pas décourager, en le remettant à une date lointaine, un malade qui souffre.

En général la douleur s'atténue dès la deuxième ou la troisième séance; quand le traitement est interrompu après la première série, l'amélioration continue à s'accentuer. A la sixième ou septième application, les troubles de la marche, les déviations de la colonne vertébrale, etc., sont considérablement diminués. Le réflexe achilléen peut revenir à la normale pendant le traitement ou parfois longtemps seulement après la guérison.

La durée totale du traitement est de un à trois mois, mais il est bon de faire ultérieurement encore quelques séances, après guérison complète, par précaution.

L'auteur termine par des conclusions qui peuvent être résumées ainsi :

Parmi les divers traitements de la sciatique les meilleurs sont les agents physiques; les divers procédés thermiques, air chaud, lumière, thermopénétration, conviennent surtout dans les cas récents.

Dans la sciatique vulgaire rebelle, le courant galvanique est le procédé de choix et la radiothérapie doit être employée dans ces cas, si le courant galvanique a échoué.

La radiothérapie, par contre, doit être employée d'emblée et forme le traitement de choix quand on pense que la sciatique est due à une compression médullaire ou paramédullaire, lorsqu'on se trouve en présence de réflexes exagérés.

A. LAQUERRIÈRE.

PSYCHIATRIE

Paralysie générale avec dégénérescence amyloïde du cerveau et syndrome pseudo-bulbaire. (MIGNOT et MARCHAND. *L'Encéphale*, 10 juin 1912.) — Un paralytique général présente, après une série d'ictus, des troubles de la déglutition

et de la marche, des crises de suffocation, des accès de colère avec rire et pleurer spasmodiques, de l'anarthrie. Ces troubles font souvent partie du tableau de la paralysie générale, mais dans ce cas ils ont une intensité et des caractères tels qu'ils réalisent un syndrome pseudo-bulbaire, comme celui qu'on observe dans les ramollissements centraux des deux hémisphères.

A l'autopsie, on trouve des lésions de méningo-encéphalite d'intensité exceptionnelle sur les opercules rolandiques avec dégénération du faisceau pyramidal et sur l'hémisphère droit un vaste foyer de dégénérescence amyloïde. Cette dernière lésion est intéressante par sa rareté. Le cerveau paraît seul atteint. L'infiltration débute par les vaisseaux et forme des placards étendus dans le cortex; elle n'atteint pas la substance blanche; seules les fibres myéliniques offrent une atrophie secondaire. La dégénérescence amyloïde a déterminé une augmentation notable du poids de l'hémisphère atteint.

P. CAMUS.

CORRESPONDANCE

L'ÉPREUVE DU COLLARGOL DANS LE DIAGNOSTIC DE LA BRONCHO-PNEUMONIE TUBERCULEUSE INFANTILE

Monsieur le Directeur,

La note concernant la thèse de Mlle Lenormand (1) m'a vivement intéressé et j'ai constaté à maintes reprises la justesse de ses assertions. Le collargol me sert constamment de critérium dans le diagnostic d'une broncho-pneumonie.

Si on ne peut pas toujours en clientèle faire la recherche de la réaction leucocytaire, on constate toujours après une injection de collargol, à condition *qu'elle soit faite à propos*, une modification dans la température et l'état général. Ceci pour la forme banale.

Dans la broncho-pneumonie tuberculeuse, j'observe constamment l'absence de toute réaction à l'électrargol. De plus la température est plus élevée et la courbe plus tendue, les signes stéthoscopiques sont plus diffus, le souffle plus tardif, moins localisé et moins net. La formation de véritables noyaux créant un fort souffle me semble l'exception. Il m'a semblé distinguer deux formes principales d'après l'évolution.

Dans l'une la température reste élevée entre 40 et 41 degrés pendant une dizaine de jours, râles diffus des deux côtés, souffle peu prononcé. L'électrargol, administré par voie endoveineuse, au début de l'affection, au moment d'une rémittence, ne produit aucun effet. Le nucléinate de soude semble avoir au contraire une action favorable à la longue. La seconde forme débute comme la précédente mais contrairement à celle-ci qui s'amende sans laisser grande trace, elle s'accompagne bientôt sans modifications de température de phénomènes méningés indiquant que le bacille a diffusé ailleurs.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Dr QUIOC
(d'Autun).

LIVRES NOUVEAUX

Traitement de la diphtérie (2), par le docteur BRELET.

Depuis quelques années la majorité des praticiens réclame des publications essentiellemeut pratiques, dépourvues de toute phraséologie ou de toute discussion doctrinale, spécialement en ce qui concerne l'exposé des notions thérapeutiques, un peu trop négligées jusqu'ici. Le succès qui a couronné les premières tentatives de publications de pratique thérapeutique a incité les auteurs à perfectionner ce genre de publication. La brochure du docteur Brelet est le début d'une nouvelle série d'actualités thérapeutiques dans laquelle a paru, depuis, le *Traitement de la fièvre typhoïde*, par le docteur Milhit, et le *Traitement de l'hyperchlorhydrie et de l'ulcus*, par le docteur Agasse-Lafont. Le traitement de la diphtérie, par le docteur Brelet, se présente sous la forme d'une brochure de 32 pages, heureusement éditée, dans laquelle se trouvent consignés tous les renseignements qui ont trait au traitement de la diphtérie, qu'il s'agisse de séro-thérapie, de tubage, de trachéotomie, d'accidents sériques ou anaphylactiques, de médication adrénalinique, etc.

La lecture en est agréable, en raison même du tour simple et pratique donné à la phrase comme au plan général de l'ouvrage. Nul doute que ce petit livre, que cette collection, ne remportent le plus vif succès auprès de tous les médecins praticiens, comme auprès de tous les étudiants désireux surtout de s'instruire dans l'art de traiter leurs malades plus que dans l'art de discuter à perte de vue des questions théoriques de pathogénie, indispensables certes pour amener une meilleure connaissance des maladies, mais qui sont surtout du domaine de ceux qui font, de la science, le but unique de leur vie.

B. GAYARD.

Maladies du pancréas, de la rate et du mésentère (1), par G. CHAVANNAZ et J. GUYOT, professeurs à la Faculté de médecine, chirurgiens des hôpitaux de Bordeaux.

Cet ouvrage forme le 26e fascicule du *Nouveau traité de chirurgie clinique et opératoire* publié sous la direction des professeurs Le Dentu et Pierre Delbet. Il vient à son heure, comme d'ailleurs la plupart des ouvrages médicaux écrits sous l'impulsion des progrès scientifiques. La rate, le pancréas sont entrés dans le domaine chirurgical, et bien des points nouveaux ont été étudiés à propos des affections du mésentère Aussi bien des articles de l'ouvrage forment une mise au point très complète de questions dont l'étude est encore toute récente. Après un chapitre sur l'examen clinique du pancréas et de ses fonctions, les auteurs passent successivement en revue ses anomalies, ses lésions traumatiques, puis le gros chapitre des pancréatites, enfin les kystes, tumeurs du pancréas, puis la lithiase et les fistules pancréatiques.

L'étude de la rate comprend d'abord un exposé des notions physiologiques et de séméiologie de l'organe. Puis ce sont les lésions traumatiques, les déplacements et torsions, la tuberculose, les abcès de la rate. Ensuite le gros chapitre des splénomégalies et des tumeurs de la rate. Pour finir, un exposé des interventions chirurgicales qui se pratiquent sur la rate.

L'histoire des affections du mésentère est plus courte, mais comprend deux chapitres importants : les oblitérations des vaisseaux mésentériques et les tumeurs.

Au total, un ouvrage solidement construit et documenté, écrit dans l'esprit pratique dont s'inspire le *Nouveau traité de chirurgie clinique et opératoire*.

M. LANCE.

Valeur de la néphrectomie dans la tuberculose rénale (2), par André BŒCKEL.

Le travail d'André Bœckel fait le plus grand honneur à l'Ecole de Nancy et à la Clinique des voies urinaires dirigée par André. Ce n'est pas seulement la mise au point d'une question qui a été si souvent discutée dans ces dernières années; l'auteur apporte en outre les résultats de l'importante statistique d'André.

(1) V. *Gaz. des hôp.*, 1912, n° 101, p. 1418.
(2) *Les Actualités médicales.* — Paris, O. Berthier; Emile Bougault, successeur.

(1) Un vol. grand in-8 de 403 p. avec 126 fig. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) Un vol. de 750 p. — Paris, Chapelot.

Ceux qui ont suivi les nombreuses discussions relatives à la tuberculose urinaire ne seront certes pas surpris des conclusions de l'auteur : elles sont nettement en faveur de la néphrectomie pratiquée aussi précocement que possible, après mise en œuvre des procédés modernes d'exploration et tout spécialement du cathétérisme de l'uretère. André Bœckel n'a pas craint d'ajouter à l'étude si complète qu'il nous donne de la néphrectomie pour tuberculose rénale le relevé détaillé des observations d'André, c'est une source abondante de renseignements de tout ordre.

Faut-il ajouter que la chirurgie française est particulièrement heureuse de lire en tête de ce travail un nom qui lui est cher à plus d'un titre? LÉON IMBERT.

Die Rœntgen Litteratur (1), par Hermann GOCHT.

Ce volume qui représente un travail de compilation considérable est un index medicus des travaux parus sur les rayons X. Il ne répond pas tout à fait, nous semble-t-il, à son but. Pour chaque chapitre, instrumentation, affections chirurgicales ou médicales d'un membre ou d'un organe, l'ordre adopté pour les indications bibliographiques est l'ordre alphabétique par noms d'auteurs. Nous avons essayé de trouver par exemple, dans ces conditions, la bibliographie de la fracture du col du fémur, des spasmes gastriques et nous y sommes difficilement parvenu. Un chapitre est intitulé « luxations », seuls y apparaissent en relief les noms d'auteurs, il comprend les luxations du métatarse, du carpe et des cervicales, et d'autres luxations figurent dans l'ouvrage à d'autres chapitres (membres supérieurs, etc.).

La méthode qui a présidé à l'élaboration de cet index n'apparaît pas, on le voit, nettement. G. LEGROS.

Formulaire synoptique de thérapeutique infantile. Maladies. Traitements. Formules (2), par H. LEGRAND.

Une des qualités de cet ouvrage est que les diverses affections y sont classées par ordre alphabétique, disposition de plus en plus en faveur auprès du public médical, car elle évite de grosse pertes de temps. Pour chaque maladie on trouvera résumées toutes les indications de traitement général ou local, interne ou externe, et pour certaines médications une astérisque renvoie à la page à côté où des formules détaillées achèvent de renseigner le lecteur. Cet ingénieux dispositif ne manquera pas de rendre de grands services.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

Les Médicaments en clinique (3), par le docteur SCHEFFLER (de Saint-Etienne).

Négligeant le côté purement théorique des médicaments, l'auteur s'est borné à mettre en lumière ce qui permet au praticien de faire un choix judicieux parmi les différentes substances médicamenteuses capables de remplir une même indication clinique. En somme il a voulu mettre en évidence le caractère thérapeutique saillant qui fixe le choix dans un cas donné, et cela condensé et présenté de telle sorte qu'il en résulte pour le lecteur une réelle économie de peine et de temps. A. GAULLIEUR L'HARDY.

FORMULAIRE

ANOREXIE

Vanadate de soude	0gr04
Eau distillée.............	150 grammes

Une cuillerée à café avant le repas.

Remédier à l'alimentation insuffisante avec un peu de poudre de viande de Trouette-Perret et utiliser ses propriétés peptogènes en la donnant deux ou trois heures avant un repas, il est rare qu'elle ne réveille pas l'appétit.

(1) Un fort vol. in-4 de 508 p. — Stuttgart, F. Enke.
(2) Un vol. de 252 p. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(3) Un vol. de 330 p. — Prix : 4 francs. — Paris, E. Bougault.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies de l'estomac, par les docteurs HAYEM, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et LION. Un vol. gr. in-8 de 680 pages, avec 91 fig. — Prix : broché, 12 francs; cartonné, 13 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

La Désarticulation temporaire dans le traitement des tuberculoses du pied, par P. HALLOPEAU, chirurgien des hôpitaux de Paris (no 1 des *Annales de la clinique chirurgicale du professeur* Pierre DELBET). Un vol. gr. in-8 avec 35 pl. hors texte. — Prix : 10 francs. — Paris, F. Alcan.

Manuel pratique de kinésithérapie. Fasc. 5 : F. WETTERWALD, *Maladies de la nutrition*. — R. LEROY, *Maladies de la peau*. Un vol. in-8 avec 47 fig. dans le texte. — Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

L'Hygiène pratique des contagieux (*Consultations médicales françaises*, fasc. 46), par le docteur Maurice PERRIN, professeur agregé à la Faculté de médecine de Nancy. In-16 de 24 pages. — Prix : 0 fr. 50, franco; abonnement annuel (12 fasc.) : 4 francs. — Paris, A. Poinat.

La Physique biologique pratique, par le docteur H. MARQUÈS, chef des travaux pratiques de physique à la Faculté de Montpellier; préface de M. le professeur IMBERT. Un vol. in-8 avec 140 fig. et 1 pl. — Prix : 4 francs. — Paris, A. Maloine.

Introduction à la Chimie colloïdale, par PÖSCHL. Traduction d'après la 3e édition allemande, par HEYMANS. Une broch. de 83 pages. — Paris, O. Doin et fils; Bruxelles, Lamertin.

Contribution à l'étude de la grenouillette sublinguale congénitale, par le docteur LEQUAY. Th. de Paris. — Paris, Jouve.

Le Radium. Son emploi dans le traitement du cancer, des angiomes, chéloïdes, tuberculoses locales et d'autres affections, par Louis WICKHAM, médecin de Saint-Lazare, et Paul DEGRAIS, ex-chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis. Un vol. in-16 de 96 pages, avec 53 fig. — Prix : cartonné, 1 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

POULS LENT PERMANENT

(MALADIE DE STOKES-ADAMS)

DÉFINITION. — Dans son sens le plus général, le pouls lent est synonyme de bradycardie, qu'il s'agisse de bradycardie transitoire ou permanente; la *bradycardie transitoire* s'observe dans l'ictère, les intoxications, la néphrite, certaines affections du système nerveux, etc. Le pouls lent est dit *permanent* lorsqu'il se maintient tel d'une façon durable, invariable sous l'action de l'effort, de la fièvre, de l'injection d'atropine; c'est à cette variété de bradycardie que l'on

donne le nom de *maladie de Stokes-Adams*. MM. Vaquez et Esmein proposent de réserver exclusivement ce nom aux cas où à la bradycardie s'associent des crises nerveuses; les autres variétés de bradycardie permanente, pouls lent permanent physiologique, bien toléré, ou bradycardie des vieillards dont l'activité cardiaque est ralentie, étant en quelque sorte des formes cliniques assez différentes.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE. — Le pouls lent s'observe de préférence chez des gens âgés, après quarante, cinquante ans. La syphilis est souvent en cause; il faut citer en outre l'athérome, l'artériosclérose, les maladies infectieuses, etc.

Adams et Stokes avaient attribué une origine cardiaque au syndrome qu'ils avaient décrit, mais cette théorie fut abandonnée au profit de la *théorie nerveuse*. Charcot localisait, en effet, la lésion causale au niveau des noyaux bulbaires du pneumogastrique. Huchard l'attribuait à l'ischémie des artères du bulbe.

Depuis quelques années on est revenu à la *théorie myocardique*, surtout depuis que l'on connaît le rôle capital du *faisceau de His* dans la physiologie du cœur. Ce faisceau vient du nœud sino-auriculaire de Keith et Flack, gagne la paroi interauriculaire puis interventriculaire, voisin du septum fibreux séparant oreillettes et ventricules, puis se divise en deux branches se distribuant au myocarde ventriculaire. Lorsque ce faisceau est partiellement lésé, l'excitation normale y chemine difficilement, il y a bloquage partiel, *herzblock partiel;* s'il est totalement détruit, le ventricule ne reçoit plus l'excitation normotrope; il se contracte avec son énergie propre. Le block est complet, ainsi que la dissociation auriculo-ventriculaire; le ventricule ne se contracte plus alors que par son propre automatisme.

Dans certains cas, cependant, le pouls lent permanent relève de lésions des centres nerveux ou du pneumogastrique, mais alors, ou bien la bradycardie n'est pas absolument permanente, ou bien des symptômes cliniques apparaissent qui différencient ces bradycardies de la maladie de Stokes-Adams.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le faisceau de His est fréquemment altéré par une gomme syphilitique; quelquefois il est lésé au cours des endocardites par un travail de sclérose lente, de voisinage, ou par des lésions dégénératives (graisseuses, calcaires). Rarement il s'agit d'un cancer, d'une rupture par hémorragie.

SYMPTOMATOLOGIE. — L'élément principal est la bradycardie qui peut varier de 50 à 20, 10 pulsations même par minute. C'est la plupart du temps un pouls ample, bien frappé, qui se ralentit encore à l'approche des accès syncopaux ou épileptiformes. Ce pouls reste invariablement ralenti et il n'est pas influencé par la marche, l'effort, la fièvre ou l'injection d'atropine (épreuve de Deho). Vaquez et Esmein ont montré que cette affection évoluait en deux phases, une période de *dissociation incomplète* avec bradycardie ventriculaire et troubles nerveux, et une période de dissociation auriculo-ventriculaire complète. Pour bien étudier ces différentes phases de l'affection, il est indispensable de prendre simultanément des graphiques de la région précordiale, du pouls radial, de la jugulaire droite, du pouls œsophagien; on complétera ces renseignements par l'électrocardiogramme, la radioscopie.

On constate ainsi facilement que le nombre des contractions des ventricules est inférieur à celui des oreillettes qui reste normal; cependant, il est encore des contractions de l'oreillette qui actionnent la contraction ventriculaire.

A l'auscultation, on entend de temps à autre des bruits spéciaux, systoles en écho de Huchard, qui traduisent simplement les contractions isolées des oreillettes.

L'autre symptôme fondamental du syndrome est l'apparition de *crises syncopales ou épileptiques* qui peuvent parfois se terminer par la mort et qui sont dues à l'ischémie bulbaire. Au moment des crises le ralentissement du pouls s'accentue (*bradycardie paroxystique*).

Dans la deuxième phase de l'affection, la dissociation est complète; les excitations auriculaires ne sont plus transmises aux ventricules.

Les ventricules se contractent par automatisme, d'une manière régulière, ne se modifiant jamais; les extrasystoles sont fréquentes, elles apparaissent par séries; les troubles nerveux sont rares à cette période. Il y a hypertension artérielle systolique, hypotension diastolique. Le nombre des contractions ventriculaires n'est nullement modifié par l'effort, la fièvre, l'atropine, la digitale, alors que dans la phase précédente la bradycardie peut être modifiée légèrement, surtout par la digitale.

ÉVOLUTION. — La première phase est la *période dangereuse* puisque la mort est fréquente au cours des crises nerveuses; lorsque la deuxième phase est installée, le malade peut vivre longtemps; la guérison est possible (syphilis); la mort a lieu soit par affection intercurrente, soit par asystolie.

FORMES CLINIQUES. — Vaquez et Esmein ont décrit une forme arythmique de la maladie de Stokes-Adams : la période de ralentissement est précédée d'une phase d'arythmie; il existe des crises de bradycardie paroxystique, le pronostic est sévère.

Le *pouls lent physiologique* est dû, ainsi que le *pouls lent congénital*, à une légère lésion du faisceau de His; le pouls lent congénital relève souvent d'une malformation cardiaque; il comporte alors un pronostic sévère. On décrit enfin des formes légères, des formes frustes et des formes suivant le siège de la lésion (sino-auriculaire, nodale), enfin des formes d'origine veineuse (Krauss).

DIAGNOSTIC. — On ne peut affirmer l'existence d'un pouls lent permanent qu'après avoir examiné les phlébogrammes et le cardiogramme, et après avoir étudié leurs modifications par la fatigue, le repos, l'alimentation, l'épreuve de l'atropine.

Ces procédés permettront d'éliminer le *pouls intermittent des asystoliques*, le plus souvent arythmique, le *pouls alternant* (une pulsation forte et une pulsation faible); plus difficile est le diagnostic des extrasystoles qui se reconnaissent par l'auscultation du cœur, par la sensation douloureuse accusée par le malade, et par les renseignements fournis par les graphiques.

Enfin, s'il s'agit bien de bradycardie, on devra tout d'abord discuter l'existence possible, mais rare, d'un pouls lent permanent d'*origine nerveuse*, variété dans laquelle la bradycardie est paroxystique et passagère. Puis il faudra éliminer les *bradycardies transitoires*, le pouls lent des intoxications, des ictériques, de l'intoxication digitalique, de certaines maladies du système nerveux.

On discutera enfin la cause du pouls lent permanent et l'on songera spécialement à la *syphilis* (Wassermann).

On devra enfin chercher à établir à quelle période en est l'affection. Si le faisceau de His n'est pas complètement détruit, le sphygmogramme, le cardiogramme, le phlébogramme montrent qu'il manque des systoles ventriculaires et que l'intervalle qui sépare normalement la systole auriculaire de la systole ventriculaire (*a-c* qui égale normalement 1/5 de seconde) est très augmenté. Si le faisceau de His est totalement détruit le nombre des battements ventriculaires est lent, fixe, et indépendant du rythme des oreillettes.

PRONOSTIC. — Le pronostic est plus sévère à la première phase de l'affection, alors qu'il existe des crises de bradycardie paroxystique avec crises syncopales et épileptiques. Il l'est beaucoup moins à la seconde phase (herzblock complet). L'affection serait curable dans certains cas (syphilis).

TRAITEMENT. — Au moment des crises syncopales, il faut favoriser l'irrigation sanguine des centres bulbaires, pratiquer des injections d'éther, d'atropine. On préviendra le retour des accès par le repos, le traitement spécifique s'il y a lieu. A la période de dissociation complète, la digitale peut être indiquée s'il y a fléchissement du cœur. La digitale est contre-indiquée au contraire à la phase précédente.

BIBLIOGRAPHIE. — ESMEIN. Th. de Paris, 1908. — FOY. Revue générale, *Progrès méd.*, août 1909. — MAISONS. Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, mars 1911. — BARIÉ. *Traité des mal. du cœur.*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 11 décembre. — MM. Brizard, 7; Renault (André), 8; Mlle Besson (M.), 7; MM. Parin et Aubin, 10; Mercier, 7; Rougeulle, 10.

Anatomie. — Séance du 12 décembre (*matin*). — MM. Lamare, 9; Marx, 8; Patrikos, 6; Parcheminey, 9; Bretégnier, 7; Baude, 9; Andral, 8; Lambert, 7; Faveret, 8; Wilmoth, 12.

Séonce du 12 décembre (*soir*). — MM. Gresset et Alibert, 10; Brachat et Quesnel, 8; Rosset, 7; Rabut, 9; Bordet, 13; Belloir, 14; Clémenceau, 7; Picard (Pierre), 13.

GUERRE. — Service de santé. — Par décision ministérielle du 6 décembre 1912 :

M. le médecin-major de deuxième classe Billet, répétiteur à l'école du service de santé militaire, est nommé professeur agrégé de la chaire d'anatomie chirurgicale (opérations et appareils) de l'école d'application du service de santé militaire (service).

M. le médecin-major de deuxième classe Bertein, du 54e d'artillerie, est nommé répétiteur d'anatomie descriptive et topographique à l'école du service de santé militaire.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — Après concours, MM. les docteurs Gendre et Faure sont nommés sous-inspecteurs de l'Assistance publique.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur au titre du Maroc :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Tranchant et Grenier.

LA SÉANCE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE aura lieu le mardi 17 décembre 1912, à trois heures.

Ordre du jour. — 1° Rapport général sur les prix décernés en 1912, par M. Blanchard, secrétaire annuel;

2° Proclamation de ces prix, par M. Gariel, président;

3° Eloge de Marey, par M. François-Franck, membre de l'Académie.

CONTRE LA TUBERCULOSE. — Le groupe pour la défense contre la tuberculose s'est réuni hier au Palais-Bourbon, sous la présidence de M. Joseph Reinach.

Le président a rendu compte des démarches qu'il a faites au nom et par délégation du groupe, puis il a appelé l'attention des ministres compétents sur différentes mesures de prophylaxie à prendre dans les ateliers, les écoles et les gares de chemin de fer.

Enfin M. Reinach a proposé au groupe de réserver, jusqu'après la décision de l'Académie de médecine, toute discussion sur la déclaration obligatoire de la tuberculose; de mettre à l'étude les diverses questions sur lesquelles le ministre du travail souhaite avoir l'avis du groupe, et de remercier les ministres des efforts qu'ils ont déjà faits et de ceux qu'ils se proposent de faire, soit administrativement, soit législativement, pour enrayer les progrès du fléau.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME EN AFRIQUE OCCIDENTALE. — On sait que l'alcoolisme dont les indigènes sont déjà les victimes préoccupe également les autorités anglaises et françaises en Afrique occidentale. Une campagne vigoureuse a été poursuivie à ce propos en Angleterre depuis quelques années. Le gouverneur de la Côte-d'Ivoire, M. Angoulvant, vient de prendre une initiative qu'on ne saurait trop louer. Un arrêté du 6 novembre interdit purement et simplement la vente de l'absinthe aux indigènes de la colonie. En voici le texte :

« Article premier. — Est formellement interdite, à compter du 1er avril 1913, la vente de l'absinthe aux indigènes.

Art. 2. — Il est également interdit, à dater du présent arrêté, de rémunérer en tout ou en partie, avec l'absinthe, les services des indigènes et d'une façon générale de leur en distribuer en cadeaux. »

LA MISSION DU PROFESSEUR TRUC. — Le président de la République a reçu M. le docteur Truc, professeur d'ophtalmologie à l'Université de Montpellier.

Le docteur Truc a été reçu également par M. Lebrun, ministre des colonies.

On sait que le docteur Truc est revenu tout récemment d'Indochine où le gouvernement l'avait envoyé pour opérer de la cataracte le roi du Cambodge Sisowath.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE MÉDECINE MENTALE. — La prochaine séance aura lieu à l'asile clinique (amphithéâtre de l'admission), le lundi 16 décembre à trois heures et demie très précises.

SIX CONFÉRENCES D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE A L'USAGE DU PRATICIEN. — M. Robert Leroux commencera le vendredi 10 janvier 1913 à deux heures, à sa clinique,

18, rue Dauphine, une série de six conférences d'oto-rhino-laryngologie.

10 janvier : Ce qu'un praticien doit savoir d'otologie.

13 janvier : Comment reconnaître une complication otique. Le torticolis.

15 janvier : Ce qu'un praticien doit savoir de laryngologie.

17 janvier : Comment traiter la tuberculose laryngée.

20 janvier : Ce qu'un praticien doit savoir de rhinologie.

22 janvier : Comment traiter l'ozène. Paraffinothérapie et aérothermothérapie.

Chaque conférence comportera un rappel d'anatomie, la présentation des instruments indispensables, le diagnostic et le traitement, l'examen des malades.

S'inscrire à la clinique, 18, rue Dauphine, les lundi, mercredi, vendredi, de quatre heures à six heures auprès du docteur Robert Leroux.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 346, 25 nov. 1912.) REYNARD et NOGIER : Un cas de rein mobile à crises douloureuses. Pyélographie, pseudo-calcul. — LAQUERRIÈRE et LOUBIER : Quelques cas de lumino-thérapie. — BÉCLÈRE et MÉRIEL : L'exploration radiologique dans les affections chirurgicales de l'estomac et de l'intestin.

Archives médico-chirurgicales de province. — (N° 11, nov. 1912.) LANGEVIN : Gastro-entérite chronique chez un nourrisson, traitée par le régime sec. — BESSONNET : L'éblouissement rétinien et l'éclipse de 1912. — SAVIN et PERDOUX : Œsophagoscopie et traitement chirurgical des affections œsophagiennes. — BELLET : Un cas de réactions à distance d'origine colique. — MORICHEAU-BEAUCHANT : La mesure de la pression artérielle. Les indications cliniques qui en résultent. — G. RAILLIET : Le lait desséché.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 18, 25 nov. 1912.) COCHEZ : Grosse tumeur du cou, kyste branchial probable. — HÉRAIL : Les greffes dermo-épidermiques d'Ollier-Tiersch (*suite*). — CURTILLET et LOMBARD : A propos du traitement des pleurésies purulentes aiguës. — MOLLE : « Le refroidissement », facteur étiologique au cours de certaines affections.

Journal de médecine de Paris. — (N° 45, 9 nov. 1912.) AGASSE-LAFONT : Traitement de l'hyperchlorhydrie, de l'hyperpepsie et de l'ulcère gastrique. — (N° 46, 16 nov.) AGASSE-LAFONT : Traitement de l'hyperchlorhydrie, de l'hyperpepsie et de l'ulcère gastrique (*suite*).

Journal de médecine interne. — (N° 31, 10 nov. 1912.) H. GOUGEROT : Hypothèse sur la pathogénie des cancers. Théorie des autocytotoxines irritantes et sensibilisantes. Cancer et anaphylaxie. — (N° 32, 20 nov.) H. BALENCIE : La réduction de la luxation congénitale de la hanche. — M. PATEL : Traitement de la tuberculose génitale de la femme (*suite*).

Journal des praticiens. — (N° 45, 2 nov. 1912.) M. GUIBÉ : L'anesthésie par injections intramusculaires d'éther. — A. ROBIN : La déclaration obligatoire de la tuberculose (*suite*). — BEAUMEVIEILLE et CLARET : Accidents syphilitiques graves à la suite de l'injection intraveineuse de salvarsan. — (N° 45, 9 nov.) LEGUEU : Quelques notions pratiques sur le traitement des rétrécissements non traumatiques de l'urètre. — A. ROBIN : La déclaration obligatoire de la tuberculose. — (N° 46, 16 nov.) GAUCHER : Les récidives après le 606. — SABOURIN : La propagation des bruits du cœur à la région claviculaire droite chez les phtisiques. — (N° 47, 23 nov.) A. BROCA : Fracture de la diaphyse humérale. Fracture de la clavicule. A. CAWADIAS : La viscéroptose (syndrome de Glénard-Stiller.)

Lyon médical. — (N° 46, 17 nov. 1912.) Cl. REGAUD et CRÉMIEU : Action des rayons de Röntgen sur le thymus du chien. — R. SALLE : Trois observations d'urétrite blennorragique traitée par le sérum antiméningococcique.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 23 AU 28 DÉCEMBRE 1912

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 23 décembre, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu* (1re et 2e séries).

Mardi 24 décembre, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.*

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Jeudi 26 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e.

3e (oral, 1re et 2e parties).

Vendredi 27 décembre, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e.

4e.

5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

Samedi 28 décembre, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

1er (oral).

3e (oral, 2e partie).

5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

THÈSES

Jeudi 26 décembre, à une heure. — Mme CULCER PETRESCO. Quelques considérations à propos d'un cas nouveau de dextrocardie congénitale. (MM. Hutinel, président; Ribemont-Dessaignes, André Broca et Nobécourt.) — M. BONCOMPAIN. De l'estomac du nourrisson (forme, situation, physiologie et quelques anomalies pathologiques). (MM. Hutinel, président; Ribemont-Dessaignes, André Broca et Nobécourt.) — M. RABAUD. La méningite cérébro-spinale épidémique du nourrisson. (MM. Hutinel, président; Ribemont-Dessaignes, André Broca et Nobécourt.) — M. POZIER. Etude radiologique de l'ossification du genou chez le nouveau-né. (MM. Ribemont-Dessaignes, président; Hutinel, André Broca et Nobécourt.) — M. PASCALIS. Les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux. Etude chirurgicale. (MM. Quénu, président; Widal, Achard et Okinczyc.) — Mme OUTZEKOWSKY. L'anémie des brightiques azotémiques. Contribution à l'étude de l'azotémie. (MM. Widal, président; Quénu, Achard et Okinczyc.) — M. LE NOUENE. La pseudo-tuberculose hydatique du péritoine. (MM. Achard, président; Quénu, Widal et Okinczyc.

Vendredi 27 décembre, à une heure. — M. BÉDIER. Recherches sur les causes de l'ictère idiopathique des nouveau-nés. (MM. Pinard, président; Reclus, Hartmann et Couvelaire.) — M. LETHUILLIER. Quelques réflexions sur les résections costales (pleurésies purulentes), sous anesthésie locale. (MM. Reclus, président; Pinard, Hartmann et Couvelaire.) — M. LENOEL. Contribution au diagnostic de la coxalgie fruste à son début. (MM. Reclus, président; Pinard, Hartmann et Couvelaire.) — M. LUBCKZKI. De la résection de l'estomac dans l'ulcère et ses suites (hémorragies-sténoses). (MM. Hartmann, président; Pinard, Reclus et Couvelaire.) — M. DORLENCOURT. Contribution à l'étude des processus de défense de l'organisme. L'accoutumance. (MM. Marfan, président; Teissier, Marcel Labbé et Léon Bernard.) — M. BONHOURE. La spondylite typhique. (MM. Teissier, président; Marfan, Marcel Labbé et Léon Bernard.)

REVUE GÉNÉRALE

TUBERCULOSE ANNEXIELLE

Par MM. L. SALLE et A. FORRAZ,
Internes des hôpitaux de Saint-Etienne.

I

Historique. — Malgré la fréquence relative des lésions bacillaires dans l'histoire des affections annexielles, la connaissance et l'étude de cette forme de la tuberculose sont de date assez récente.

Louis, le premier, en fait mention dans ses publications sur la phtisie, en 1825. Reynaud, quelques années plus tard, en 1831, écrivait un mémoire sur la tuberculose de l'utérus; et Boivin et Dugès, en 1833, consacraient à ce sujet quelques pages de leur traité sur les maladies des femmes.

Puis la tuberculose génitale passe par une période d'oubli, et les travaux d'Aran, Scanzoni, Siredey, Kivisch, n'avaient guère fait avancer son étude, lorsqu'un nouvel essor lui fut donné par la *thèse de Brouardel*, publiée en 1865, thèse immédiatement suivie de nombreux travaux, tant en France qu'à l'étranger, parmi lesquels le mémoire de Talamon en 1878 et la thèse de Vermeil en 1880.

Dans toute cette période, *les faits observés reposent sur des constatations purement anatomiques* et c'est la coexistence de lésions tuberculeuses dans les autres organes qui les fait rapporter à leur véritable cause.

Avec *les tentatives chirurgicales commence une ère de recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques*. C'est alors que paraissent les travaux de Hégar, de Pozzi, de Delbet; les thèses de Massia, Popow, Mlle Gorowitz, Monprofit.

Dans ces dernières années, les travaux se sont multipliés. Yung présente un travail sur les recherches expérimentales des voies d'accès de l'infection.

Martin, en 1905, écrit sa thèse, inspirée par Pollosson, sur la salpingite tuberculeuse, et Bertrand, dans la sienne, publiée en 1908, décrit une forme spéciale, l'*abcès froid tubaire*. Sans doute on avait déjà publié des cas se rapportant à cette forme clinique (Robert Barnes, Aran, Jeannel, Werth, Ladinski), mais c'est Faure qui eut le premier le mérite de l'individualiser, dans son rapport au Congrès de Rome, en 1902.

Depuis, les communications sur les abcès froids de la trompe se sont multipliées (nombreuses observations de Jourdan, Leriche, Thévenard, Patel, Jamin et Violet) et c'est à préciser cette forme clinique que s'est attaché Bertrand dans sa thèse, en s'aidant de l'expérience et des conseils d'Albertin.

En un mot, dans cette dernière période, la *tuberculose des annexes entre dans le domaine de la clinique et d'une thérapeutique chirurgicale*, dont les heureux résultats semblent aujourd'hui définitivement acquis.

II

Etiologie. — *A*. Fréquence. — Les lésions bacillaires des annexes ne sont pas en effet une forme très rare de tuberculose. Les auteurs qui se sont occupés de rechercher leur fréquence s'accordent seulement sur un point, c'est que la *bacillose génitale a une prédilection marquée pour les trompes*, qui présentent des lésions isolées ou associées à d'autres localisations génitales dans 80 à 90 p. 100 des cas.

Mais la divergence apparaît quand il s'agit d'établir un rapport entre les annexites bacillaires et les autres affections de la trompe.

Villiams et Rosthorn trouvent la tuberculose tubaire dans 7 à 7,5 p. 100 des cas.

Pozzi, Martin et Yung ne l'admettent que dans 1 à 2 p. 100 des affections salpingiennes, chiffres comparables à ceux de la tuberculose génitale chez l'homme, dont les statistiques de Amam et de Merletti fixent la proportion à environ 3 p. 100.

Pollosson et Jones au contraire lui attribuent une fréquence relative. Pour eux, 15 p. 100 des annexites seraient de nature tuberculeuse.

Et il semble bien que cette proportion ne soit pas exagérée; peut-être même serait-elle inférieure encore à la réalité, si l'on tient compte de ce fait :

1° Que les statistiques établies portent sur des services de gynécologie, où l'on trouve plus de salpingites purement infectieuses, les salpingites bacillaires s'égarant assez fréquemment dans les services généraux.

2° D'autre part qu'un grand nombre de cas non opérés relèvent probablement d'un processus tuberculeux si l'on s'en tient aux manifestations cliniques.

3° Et enfin qu'il est souvent difficile de déceler des lésions bacillaires typiques par l'examen anatomo-pathologique. C'est ainsi que, dans un cas, von Franque dut pratiquer jusqu'à 265 coupes pour trouver un noyau nettement tuberculeux, et que, dans une observation publiée par Jamin et Violet dans le *Lyon médical* de 1904, les trompes ne renfermaient pas de lésion de tuberculose certaine; cependant elles présentaient des signes d'inflammation nodulaire, et il s'agissait d'une femme vierge et par ailleurs sûrement porteuse du bacille de Koch.

B. Mode d'infection. — Le mécanisme de l'infection a été diversement compris par les auteurs, et l'étude pathogénique a passé par des étapes analogues à celles de la tuberculose génitale chez l'homme; après avoir attribué d'abord les annexites tuberculeuses à une infection ascendante, on a peu à peu rejeté cette théorie pour faire une plus large part aux infections endogènes.

a. *Théorie de l'infection ascendante ou exogène.* — Emise par Conheim, elle a eu pour principaux défenseurs Hegar et ses élèves Alterthum et Bulius. Egalement soutenue par Martin (Congrès de Rome, 1902), elle a été exposée tout au long dans la thèse de Couzyn (Paris, 1903).

La trompe communiquant avec l'utérus par l'ostium uterinum peut être envahie par le bacille de Koch, venu du dehors et remontant des voies génitales inférieures. Deux cas peuvent se présenter :

1° Ou bien le bacille tuberculeux contamine une femme chez laquelle il n'existait pas encore, c'est la *tuberculose génitale primitive*.

2° Ou bien il vient se greffer sur la trompe d'une bacillaire connue, présentant déjà des lésions (pulmonaire, péritonéale), il s'agit d'*une infection primitive secondaire*.

Dans l'une comme dans l'autre de ces hypothèses, le germe peut être apporté par un hystéromètre, par une sonde intra-utérine, par le doigt pratiquant un toucher; il peut aussi provenir d'une plaie voisine, témoins ces observations où on a incriminé le pus d'une fistule anale.

Mais ces causes ne suffiraient pas à expliquer la fréquence de la tuberculose annexielle, s'il n'existait un autre mode de contamination, la *contagion par le coït*, qui joue, pour Hegar, le rôle primordial dans la pathogénie de cette affection.

Il est actuellement hors de doute que le sperme des tuberculeux contient des bacilles de Koch, l'existence d'urétrites bacillaires est aussi un fait établi, bien que les expériences de Derville, Schuckardt aient perdu une partie de leur valeur depuis la découverte dans le smegma préputial d'un bacille qui peut prêter à confusion.

Il semble donc assez logique d'admettre qu'un individu porteur de lésions génitales peut, par le coït, contaminer une femme indemne jusque-là. Et le fait paraît assez vraisemblable dans quelques cas de tuberculose génitale primitive consignés par Menge, Kelly, Merletti.

Néanmoins il ne faudrait pas trop se hâter d'admettre cette théorie, car les critiques qu'elle a soulevées sont nombreuses et reposent sur des faits sérieux.

1° Elle n'explique pas la fréquence de la tuberculose génitale chez les vierges ou chez des femmes ayant cohabité avec des hommes non suspects de bacillose.

2° Il est rare de rencontrer des lésions intermédiaires du col, du vagin ou de la vulve. Cet argument, il est vrai, n'est pas irréfutable, car on peut admettre avec Hégar que cette portion inférieure des voies génitales est protégée par le mucus d'une part et d'autre part par son épithélium pavimenteux sans compter qu'il peut exister des tuberculoses tubaires analogues aux salpingites gonococciennes primitives.

3° Si les expériences de Cornil, Gärtner, montrent la fréquence de tuberculoses généralisées à la suite d'un simple dépôt de bacilles sur la muqueuse vaginale du cobaye, celles plus récentes de Popow, Mlle Gorowitz, Murphy tendent à prouver que cette infection ne se produirait que dans les cas seuls où il y a éraillure de cette muqueuse.

4° Enfin la plupart des auteurs qui croient à la possibilité de la contagion par le coït ont en même temps trouvé la phtisie chez le mari. Il semble dès lors bien plus logique d'admettre une infection hématogène, et cette proposition, vraie pour la tuberculose génitale primitive, l'est certainement plus encore, lorsqu'il s'agit d'infection primitive secondaire.

b. *Théorie de l'infection descendante ou endogène.* — Or, si l'on en croit le rapport d'Amam au Congrès de Rome, la tuberculose génitale primitive serait l'exception. Le plus souvent, et cette opinion est partagée par Scanzoni, Bollinger, les vérifications permettent de trouver d'autres lésions attribuables au bacille tuberculeux.

Le *foyer primitif peut être difficile à trouver*, car il peut être minime, qu'il siège aux poumons, au tube digestif, au pharynx, sur les amygdales, mais ordinairement l'agent pathogène reconnaît une origine endogène.

La contagion peut se faire : 1° *par contiguïté*. La trompe communiquant avec la cavité péritonéale par l'ostium abdominale, et l'ovaire étant situé dans cette cavité même peuvent être contaminés par un germe venu de lésions tuberculeuses de l'intestin ou du péritoine, soit que le bacille pénètre directement par l'orifice abdominal de l'oviducte, soit qu'il se greffe d'abord sur la séreuse qui l'enveloppe, pour infiltrer ensuite progressivement sa paroi, réalisant la forme à périsalpingite.

En réalité il n'est pas rare de rencontrer l'association de lésions tuberculeuses du péritoine ou de l'intestin avec la bacillose annexielle, mais rien ne permet d'affirmer quel a été l'organe envahi le premier.

Et il semble plus sage d'admettre que le bacille de Koch se comporte dans l'envahissement de la trompe comme il le fait vis-à-vis de la majorité des autres organes : os, articulations, reins et organes génitaux de l'homme.

Pénétrant par la voie digestive, plus souvent par la voie respiratoire, il se généralise à la trompe par voie sanguine. C'est :

2° L'*infection hématogène* ou autogène. Tel est le mécanisme qui rallie aujourd'hui la majorité des suffrages. Seul admissible dans certains cas, il est applicable à tous et l'on ne doit plus admettre que comme une rareté l'infection ascendante, qui a subi le même sort que la tuberculose ascendante des voies urinaires.

c. *Electivité des lésions sur la trompe.* — Il nous reste à savoir pourquoi la tuberculose semble avoir une prédilection marquée pour les oviductes. Elle s'expliquerait, pour Bernheim, par l'étroitesse de leur cavité assimilable à un vase clos, par leur revêtement épithélial, et aussi par la multiplicité des plis et replis tubaires.

L'horizontalité et les flexuosités de la trompe constitueraient, pour Hegar, un facteur de la plus haute importance, en amenant la rétention et la stagnation des sécrétions.

Enfin Amam a émis une hypothèse ingénieuse. La trompe, irriguée par les branches tubaires des artères utérine et ovarienne, constitue un territoire vasculaire assez mal desservi, et comparable à ce point de vue aux os et aux sommets des poumons, lieux d'élection du bacille de Koch.

d. *Causes prédisposantes.* — Et de même que ces organes peuvent être envahis par le germe tuberculeux chez des sujets possesseurs jusque-là d'une bonne santé, de même nous avons vu la tuberculose génitale être assez fréquente chez des femmes encore vierges ou non suspectes d'affections génitales antérieures. C'est d'ordinaire entre vingt et trente ans que se produit alors sa première manifestation.

Très souvent aussi les malades ont des antécédents héréditaires ou personnels plus ou moins chargés, tant au point de vue bacillaire, que sous le rapport des infections annexielles antérieures.

La *gonococcie préparerait le terrain à la tuberculose*, pour Doran, en détruisant l'épithélium tubaire. Il en serait de même de la puerpéralité, et ces infections pourraient, à bon droit, recevoir le nom d' « inflammations prétuberculeuses ».

Il existe même, d'après Villiams et Saulmann, des formes d'infection mixte, à la fois gonococcique et bacillaire, en tout comparables aux associations bien connues des infections vésicales.

Or la thèse de Bertrand tendrait à prouver que l'existence de ces associations, de ces inflammations prétuberculeuses n'est pas sans importance dans l'histoire de la tuberculose des annexes, dont l'évolution serait différente, suivant qu'on les retrouve ou non dans le passé des malades. Ce n'est encore là qu'une hypothèse, mais une hypothèse assez vraisemblable si l'on s'en rapporte aux faits invoqués à l'appui de cette opinion.

Il est en effet admis de plus en plus que le bacille de Koch se comporte de façon différente suivant sa plus ou moins grande virulence, l'état de résistance de l'organisme et la susceptibilité spéciale de tel organe en particulier.

Or Bertrand avait remarqué que dans tous les cas d'abcès froid de la trompe, sur lesquels est basée sa thèse, on ne retrouvait que le minimum d'infections antérieures, voire même d'antécédents bacillaires. Il en a conclu qu'il s'agissait d'une manifestation atténuée de la tuberculose dont la pathogénie serait un peu spéciale.

Le bacille de Koch apporté par voie sanguine se localiserait sur la muqueuse de l'oviducte, mais n'y produirait qu'une lésion très limitée, suffisante pour amener l'oblitération de l'orifice abdominal et une suppuration continue. L'orifice utérin étant fonctionnellement fermé, le liquide s'accumulerait dans la trompe sous pression principalement dans la portion ampullaire, plus extensible, réalisant soit un hydrosalpinx, forme très atténuée de bacillose, soit un pyosalpinx. Précisément, pour que cette dilatation puisse se produire, il faut que la trompe soit susceptible de se laisser distendre, c'est-à-dire que ses parois soient saines, y compris son revêtement péritonéal qui doit être libre d'adhérences. Ces conditions sont réalisées dans l'abcès froid tubaire; elles ne le sont plus si la trompe a été antérieurement envahie par une infection gonococcienne ou puerpérale.

Nous pouvons donc résumer ce long chapitre en disant que :

1° La tuberculose annexielle peut exister à titre de lésion primitive, et que souvent alors on a une affection atténuée, réalisant parfois le type d'abcès froid tubaire;

2° Ou bien qu'elle a pu être précédée d'infections génitales gonococcique ou puerpérale; le plus souvent on a dans ce cas des manifestations plus graves dont nous allons maintenant étudier les lésions.

III

Anatomie pathologique. — Nous avons déjà eu occasion de dire que la salpingite tuberculeuse était de beaucoup la plus fréquente des tuberculoses génitales et nous avons essayé d'expliquer cette prédilection. Mais on peut observer des lésions associées de l'ovaire ou de l'utérus.

a. *Ovaires.* — Les *premières sont assez rares.* D'ordinaire il s'agit plutôt de périovarite. Cependant dans un cas de Jamin et Violet, la substance propre de l'ovaire était infiltrée et présentait de petits abcès du volume d'une noisette, qui à l'examen histologique montrèrent des cellules géantes.

b. *Utérus.* — L'*envahissement de l'utérus est plus fréquent*; d'ordinaire la muqueuse est tomenteuse et parsemée de granulations jaunâtres, de dimensions variables; ces lésions sont vraisemblablement secondaires à celles de l'oviducte dont les sécrétions infectent les cornes et le fond utérin, et elles leur seraient associées dans 75 p. 100 des cas, d'après Meyer.

c. *Trompes.* — Les lésions tubaires proprement dites sont susceptibles de revêtir des modalités anatomiques fort diverses, et les auteurs ont dû chercher à les grouper en un certain nombre de types répondant dans certaines limites à des formes cliniques distinctes.

Villiams décrit :

1° Une forme miliaire;
2° Une forme chronique fibreuse;
3° Une forme chronique diffuse.

Cette dernière serait la lésion habituelle, les deux autres étant des raretés.

Pour Martin et Violet la tuberculose annexielle peut se présenter sous deux aspects principaux; dans l'un on observe surtout de la pelvipéritonite, dans l'autre c'est la salpingite qui est la lésion dominante.

Nous ne voulons pas envisager ici toutes les classifications tentées par les différents auteurs; nous rappellerons seulement la distinction établie par Merletti, qui admet :

Une forme à périsalpingite,
Une salpingite interstitielle,
Et une endosalpingite.

Nous ajouterons immédiatement qu'il s'agit là d'un cadre schématique commode pour cataloguer en quelque sorte les lésions, la réalité est plus complexe, car les trois formes se trouvent associées dans la majorité des cas.

Ou si l'on préfère, nous dirons qu'il n'y a pas des types anatomiques répondant à des lésions différentes, mais bien une lésion primordiale, la granulation tuberculeuse, qui, suivant sa localisation initiale, suivant son mode d'évolution et son extension revêt des aspects distincts tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique.

Les trompes peuvent être prises simultanément et cette bilatéralité est même la règle. Néanmoins, contrairement à ce qui se passe pour l'infection

gonococcique, il existe des cas de lésions unilatérales, et ce serait là, pour Terrillon, un excellent signe facilitant le diagnostic de bacillose.

Tantôt l'oviducte ne présente que des lésions très atténuées, quelques granulations siégeant sur la muqueuse; il s'agit d'*une salpingite catarrhale;* ces cas sont rares et constituent plutôt des trouvailles d'autopsie.

Ou bien il existe en même temps quelques granulations sur la séreuse tubaire, un peu de liquide dans le péritoine; l'ascite essentielle des jeunes filles pourrait souvent ne pas reconnaître d'autres causes.

Ce sont ces cas bénins qui seraient susceptibles de guérison par transformation en *salpingite chronique fibreuse.*

Mais d'ordinaire la granulation miliaire évolue plutôt vers la formation des tubercules, la caséification et la suppuration qui en est le terme ultime.

Dans les premiers cas les trompes sont augmentées de volume; elles sont sinueuses; leurs parois sont épaissies, parfois ne différant en rien des salpingites gonococciennes; à l'examen macroscopique ou bien les tubercules forment des noyaux qui donnent à la portion isthmique une apparence moniliforme rappelant l'envahissement des canaux déférents au cours de la tuberculose testiculaire. C'est la *forme en chapelet*, décrite par Hegar que Jamin et Violet disent n'ovoir jamais observée chez leurs malades.

Plus souvent la dégénérescence caséeuse des tubercules donne naissance à de petits abcès enkystés dans la paroi, à de petites cavèrnes renfermant un peu de pus granuleux, mal lié, verdâtre. La muqueuse elle-même est recouverte d'une couche puriforme; elle est devenue tomenteuse et irrégulière.

Ailleurs on observe de *véritables salpingites fongueuses*; la trompe ne renferme pas de pus véritable, mais des fongosités qui rappellent les lésions de la tuberculose articulaire.

Par contre le pus peut se collecter en grande quantité dans la trompe donnant cette forme spéciale de la tuberculose tubaire qui est l'*abcès froid*, forme particulièrement bien étudiée dans ces dernières années et intéressante par ses particularités anatomiques et cliniques.

Abcès froid tubaire. — Il peut être unilatéral, mais le plus souvent les deux trompes sont atteintes. Suivant leur situation primitive, ou leur fixation secondaire par les adhérences, suivant aussi le volume de l'abcès, celui-ci peut occuper un siège différent.

Parfois accolé à l'utérus, d'autres fois il occupe le Douglas, tel le cas cité par Delbet dans son Traité des suppurations pelviennes. Il peut aussi remonter au-dessus du détroit supérieur, et occuper la cavité abdominale, arrivant parfois jusqu'à la face inférieure du foie (thèse de Bertrand).

Quoi qu'il en soit, les abcès froids de la trompe se développent surtout aux dépens de l'ampoule tubaire et nous en avons donné les raisons. Cela ne veut pas dire que les portions internes de l'oviducte n'ont aucune part dans la constitution de la poche, mais moins extensibles que la portion externe, elles lui constituent une sorte de pédicule, inégalement calibré, qui la relie à l'utérus. La tumeur ressemble ainsi à une poire, dont la grosse extrémité répondrait à l'ovaire, tandis que la partie interne, s'amincissant de plus en plus, se continue avec la corne utérine. Plus souvent elle rappelle la forme d'une cornemuse, d'une aubergine et cet aspect typique suffirait à faire songer à la tuberculose.

La poche peut atteindre un volume considérable. Il n'est pas rare de rencontrer des trompes renfermant un demi-litre de pus; dans un cas de Stehman, l'abcès contenait deux litres de pus franchement bacillaire, et Aran signale un cas où le pyosalpinx remontait jusqu'à l'ombilic.

La paroi externe de ces sactosalpinx est en général d'une coloration blanc grisâtre ou blanc bleuâtre, pouvant en imposer pour un kyste de l'ovaire. Elle ne présente ordinairement pas de lésions macroscopiques tuberculeuses; cependant des granulations peuvent exister sur le péritoine, évoluant alors pour leur propre compte et indépendamment de l'inflammation tubaire.

A la coupe, ce qui caractérise l'abcès froid de la trompe, c'est surtout la *disparition des plis et replis tubaires*, et l'*oblitération du pavillon.* Dans les salpingites banales, les plis de la muqueuse tubaire sont le plus souvent hypertrophiés, adhérents même aux plis voisins, effaçant plus ou moins la lumière de l'oviducte. Dans l'abcès froid ces franges ont disparu, persistant rarement sous forme de petites saillies surélevées; la muqueuse est méconnaissable et rappelle la membrane pyogénique de tout abcès froid; elle ne présente pas d'ulcérations; quelquefois elle est parsemée de petites granulations miliaires, mais jamais on n'y observe de grosses lésions macroscopiques.

Le pavillon de la trompe lui-même n'existe plus; son orifice est devenu imperméable, condition indispensable à la rétention du pus et à la dilatation de l'ampoule; quant à l'ostium uterinum son oblitération est inutile, et de fait le plus souvent elle manque, ce qui s'explique par la difficulté d'y faire passer des liquides, même injectés sous des pressions élevées.

L'ampoule peut donc se dilater; on y trouve tantôt un liquide séreux (hydrosalpinx), tantôt un liquide puriforme susceptible de revêtir des aspects divers suivant l'ancienneté des lésions. Tantôt il s'agit d'un liquide jaunâtre avec des débris caséeux; tantôt le pus est épais, grumeleux, mal lié; d'autres fois la poche est remplie par un pus verdâtre, véritable mastic, de consistance demi-solide. La recherche du bacille de Koch dans ce liquide serait peut-être positive; cependant dans un cas de Bertrand, on ne put l'y découvrir.

Mais ce que le microscope a bien montré, c'est la *disparition presque totale de la tunique musculeuse* de l'oviducte, remplacée par du tissu fibreux et des îlots de sclérose. La muqueuse et la sous-muqueuse présentent aussi des follicules tuberculeux caractérisés par des amas de grosses cellules épithéliales avec formations lymphoïdes et cellules géantes. Nous avons vu du reste que ces lésions histologiques

étaient parfois difficiles à déceler et que souvent des examens nombreux étaient nécessaires pour les découvrir.

d. *Séreuse.* — Dans cette description nous avons systématiquement passé sous silence les lésions de la séreuse tubaire. C'est qu'en effet le péritoine peut se comporter suivant deux modalités bien différentes.

Ou bien on ne trouve aucune trace de réaction péritonéale, sauf parfois quelques petites granulations miliaires, quelques adhérences très limitées, molles et peu importantes, aux organes voisins. Cette intégrité de la séreuse est fréquente, pour ne pas dire qu'elle est la règle dans l'abcès froid ; nous avons vu en effet qu'elle était la condition nécessaire pour que la distension de l'ampoule puisse se produire. Plus rarement peut-on l'observer dans d'autres cas, surtout dans ces cas bénins où l'on a simplement affaire à une salpingite catarrhale.

Mais d'ordinaire le péritoine est atteint en même temps que l'oviducte, et d'autant plus que la lésion est plus aiguë. Ici on observe de la péritonite plastique, ailleurs des exsudats organisés, des hémorragies sous-séreuses, ou bien il s'agit d'adhérences solides et multiples. Nous ajouterons que, d'après Martin, cette réaction peut se traduire par une transformation de l'endothélium péritonéal et une hyperplasie telle des éléments néoformés, que le diagnostic est dans ces cas très difficile à faire avec une tumeur maligne.

En résumé, la séreuse peut ne réagir que très faiblement, la lésion annexielle constituant alors presque toute l'affection, ou au contraire c'est la périsalpingite qui domine, et ceci nous indique dès maintenant combien seront variables les symptômes observés dans un cas ou dans l'autre.

IV

Symptomatologie. — La tuberculose annexielle peut en effet, surtout au début, *revêtir une allure aiguë* ou au *contraire suivre une marche essentiellement chronique.*

Dans ce dernier cas, et c'est celui que l'on observe le plus couramment, la lésion tubaire s'installe insidieusement et s'étend peu à peu sans que la malade accuse des douleurs sérieuses. Si l'on vérifiait systématiquement les annexes des malades ayant succombé à une tuberculose pulmonaire on les trouverait certainement atteintes dans un grand nombre de cas où rien pendant la vie n'aurait pu le faire prévoir. C'est le hasard seul qui peut alors faire découvrir ces foyers tuberculeux localisés ne se manifestant par aucun accident aigu.

D'autres fois, au contraire, l'attention est attirée par des phénomènes symptomatiques d'une réaction péritonéale ; la malade présente des douleurs, des troubles abdominaux variables, de la fièvre, parfois un véritable état typhique, puis tout rentre dans l'ordre, et l'affection suit dès lors son évolution lente et sournoise.

Quoi qu'il en soit de ces modes de début, la *douleur* est en général le premier symptôme qui éveille l'attention des malades, mais elle peut être très variable. Souvent il s'agit d'une simple pesanteur, d'une sensation de gêne que la malade éprouve dans la sphère génitale, s'accompagnant d'irradiations dans les lombes ou les membres inférieurs. D'autres fois on a affaire à une véritable colique salpingienne, semblable aux manifestations douloureuses des salpingites chroniques, siégeant d'un seul côté ou des deux côtés à la fois et pouvant donner lieu à un véritable état de mal péritonéal avec inappétence, vomissements, diarrhée et ballonnement du ventre.

Non moins variables sont les *troubles de la menstruation* auxquels A. Martin attache une réelle importance et qui, pour lui, seraient la première manifestation de l'infection bacillaire de la trompe. On peut bien observer des règles abondantes, douloureuses et irrégulières, mais souvent aussi on a de l'aménorrhée ou bien la menstruation est absolument normale.

Parfois, enfin, tout se passe comme si l'on se trouvait en présence d'*une péritonite tuberculeuse* ; il existe des troubles des fonctions intestinales, un peu d'ascite ; la température reste normale, et la lésion annexielle reste méconnue jusqu'au jour où l'attention est attirée par des troubles de l'appareil génital.

Tôt ou tard, en effet, surviennent des manifestations qui peuvent faire songer à la tuberculose tubaire.

Nous n'insisterons pas *sur les métrorragies ;* elles sont inconstantes, assez tardives le plus souvent, difficiles à rapporter à leur véritable cause. Enfin, pour un grand nombre d'auteurs, ces pertes seraient plutôt sous la dépendance d'une lésion de l'ovaire ou du fond utérin, et seul un curettage, suivi d'examen histologique, permettrait de dire si elles reconnaissent pour cause la tuberculose génitale.

Une indication plus importante pourrait nous être fournie par les *pertes blanches*, si ce symptôme était plus constant. Malheureusement il fait quelquefois défaut. En tout cas si la leucorrhée existe, elle se présente avec des caractères nettement différents de l'écoulement blennorragique, constituant dans certains cas une véritable débâcle purulente, sous la dépendance vraisemblablement d'une lésion de l'utérus infecté par les sécrétions tubaires. Il s'agit de pertes roussâtres ou jaunâtres, diminuant peu sous l'influence du repos ou des injections, et s'accompagnant exceptionnellement de douleur à la miction.

Mais ce qui amène le plus souvent la malade à consulter le médecin, ce sont des *douleurs abdominales* plus ou moins vives. Nous avons dit plus haut que la principale caractéristique de la tuberculose tubaire était une latence remarquable ; il est rare néanmoins que la quiétude de la malade ne soit pas troublée par des poussées douloureuses passagères après lesquelles l'affection reprend son évolution insidieuse.

C'est surtout au moment des règles qu'apparaissent ces manifestations ; elles peuvent aussi se montrer à l'occasion du coït, qu'elles rendent parfois impossible, et qui suffit, dans certains cas, à réveiller des lésions stationnaires depuis plusieurs mois.

Ces douleurs diffèrent par certains caractères de celles observées dans les salpingites blennorra-

giques. Elles sont plus quinteuses, *moins calmées par le repos au lit* (Aug. Pollosson), *cèdent moins facilement au traitement médical;* la columnisation et le massage ont peu d'influence sur elles; à eux seuls ces signes suffiraient à mettre sur la voie.

Fréquemment on observe en même temps des phénomènes de subobstruction intestinale, et surtout des altérations de l'état général, *amaigrissement* et *élévation thermique*.

L'amaigrissement peut se manifester dès l'apparition des premiers troubles fonctionnels, mais il est surtout marqué lors des exacerbations douloureuses que nous venons de décrire; il est alors très rapide, et Jamin et Violet signalent le cas d'une malade (*Lyon méd.*, 1904) qui avait maigri de six kilos en un mois et demi. C'est un signe de grande valeur quand il coïncide avec d'autres altérations de la santé générale, faiblesse, pâleur, lassitude.

La température, elle, suit une marche variable suivant les formes cliniques. Elle est en général irrégulière, tantôt présentant de grandes oscillations avec exacerbations vespérales, tantôt au contraire atteignant à peine 38 degrés; parfois même, dans les formes chroniques, l'apyrexie est complète.

Il n'est pas rare, et ceci est caractéristique, de rencontrer le type inverse, le thermomètre atteignant 38°5, 39 degrés le matin, tandis que le soir il ne dépasse pas la normale. Ceci peut s'observer même à l'occasion des poussées pelvipéritonitiques, et, fait qui suffirait à trancher le diagnostic avec une salpingite banale, le pouls reste bon, la malade ne présente nullement le facies péritonéal, l'appétit est conservé, on n'observe pas de vomissements.

Amaigrissement, douleurs, fièvre devront donc faire songer à la tuberculose; en général, ces signes ne suffiront pas à établir un diagnostic ferme, et, malheureusement, l'exploration est impuissante à fournir une certitude, car rien n'est plus variable que les renseignements fournis par le palper et le toucher.

On emploie séparément ou combinés ces deux modes d'investigation, et souvent on leur adjoint l'exploration par voie rectale. Suivant les cas on peut ainsi percevoir, tantôt une augmentation peu marquée du volume des trompes, tantôt une masse volumineuse uni ou bilatérale répondant à un abcès froid.

Hegar et ses élèves avaient bien décrit, comme pathognomonique de l'infection tuberculeuse, une forme spéciale de la trompe qui présenterait une série de renflements au niveau de ses portions isthmiques et interstitielles; en réalité, *cette forme en chapelet* serait une rareté que Jamin et Violet déclarent n'avoir jamais pu apprécier cliniquement.

Ce qui pour eux serait plus caractéristique ce serait l'*infiltration des ligaments larges,* ce qu'ils appellent la *paramétrite tuberculeuse*. Jamais l'infection gonococcique n'atteint le paramètre; dans la tuberculose, au contraire, l'envahissement des lymphatiques, les adhérences intestinales, dans les formes à périsalpingite, constituent à l'utérus une gangue qui l'encercle de toutes parts, pouvant simuler un néoplasme du col avec lequel il n'est pas toujours aisé de faire le diagnostic.

C'est dans ces cas qu'on observe une fixité remarquable de l'utérus, une *impossibilité totale de délimiter le fond utérin*, qui est masqué par les adhérences péritonéales; parfois aussi le toucher rectal montre alors des nodosités dans le Douglas ou sur les ligaments utéro-sacrés (Hegar, Bulius), une tuméfaction d'un ou plusieurs des culs-de-sac vaginaux.

Empressons-nous d'ajouter que cette parametrite peut s'observer en dehors de la tuberculose, en particulier dans les infections puerpérales, et surtout qu'elle est inconstante; elle fait complètement défaut dans l'abcès froid tubaire.

V

Formes cliniques. — Suivant la prédominance de tel ou tel des symptômes que nous venons d'étudier, on distingue plusieurs variétés cliniques de tuberculose annexielle.

a. Tantôt ce qui attire l'attention, c'est la présence d'une ascite plus ou moins volumineuse coïncidant avec des troubles menstruels, des douleurs dans les fosses iliaques; cependant l'état général est peu altéré, le toucher montre les culs-de-sac vaginaux entièrement libres; on songe à une péritonite bacillaire; en réalité il s'agit de *pelvipéritonite avec ascite*, sous la dépendance d'une lésion annexielle tuberculeuse, et caractérisée par des granulations miliaires disséminées sur la séreuse voisine.

b. Tantôt au contraire les douleurs sont beaucoup plus vives, surviennent sous forme de poussées aiguës se répercutant sur l'état général; l'exploration montre un empâtement diffus dans la zone génitale, de la paramétrite; il n'y a pas de liquide dans le péritoine. C'est la forme *à périsalpingite* de Merletti, où la lésion dominante est la pelvipéritonite fibro-plastique.

c. Cette forme peut du *reste aboutir à la suppuration*, constituant des collections que le toucher vaginal ou rectal délimite dans le Douglas, et qui peuvent s'ouvrir dans le rectum ou le vagin en donnant lieu à des fistules interminables.

d. Plus rarement on a de l'*annexite chronique parenchymateuse*. Quelques troubles menstruels, de vagues douleurs pelviennes révèlent seules la tuberculisation de la trompe qui présente surtout des lésions interstitielles, inappréciables au clinicien, exception faite toutefois des cas signalés par Hegar où l'on se trouverait en présence d'une salpingite noueuse, en chapelet.

e. Autrement importante est la forme décrite par Bertrand sous le nom d'*abcès froid tubaire*. Rien n'est plus variable que la première manifestation de ces abcès froids et souvent le hasard seul les fait découvrir. Une fois constitués leur principale caractéristique est encore la latence remarquable de leur évolution. Jamais la malade n'accuse de douleurs véritables; tout au plus éprouve-t-elle, par intermittences, un peu de ballonnement abdominal, une légère pesanteur rétropubienne. Malgré leur volume ils s'accompagnent rarement de troubles vésicaux ou intestinaux.

L'état général n'est pas atteint, la température reste régulière.

C'est seulement quand ils ont acquis un développement déjà considérable que la femme s'aperçoit de la présence d'une tuméfaction abdominale, semblable à un kyste de l'ovaire. Si, à ce moment, on explore la tumeur, on trouve le plus souvent une souplesse normale des culs-de-sac vaginaux, et on perçoit dans le Douglas une poche régulière, rénitente, donnant l'impression d'une collection liquide, mais sans fluctuation. Il n'existe pas de paramétrite; l'utérus est indépendant de la tumeur, qui est mobilisable, car d'ordinaire il n'y a pas d'adhérences; en général l'affection est bilatérale, et le doigt reconnaît aisément deux abcès, séparés par un sillon, et glissant en sens inverse l'un sur l'autre. Ajoutons que cette exploration est absolument indolore.

f. Nous rappellerons pour terminer ce chapitre qu'il existe une *tuberculose génitale inflammatoire*, snr laquelle A. Poncet et Leriche ont attiré l'attention par une communication faite à l'Académie de médecine en 1910. Elle se traduit au point de vue anatomique par une sclérose partielle de l'ovaire et des trompes, et par un infantilisme de l'utérus qui est la conséquence des troubles apportés par cette sclérose à la sécrétion interne de l'ovaire. Il est facile de comprendre que, dans ces conditions, le palper et le toucher fournissent peu de renseignements utiles au diagnostic; il faut faire exception cependant pour les cas où cette tuberculose inflammatoire se manifesterait par un hydrosalpinx, lequel, pour ces auteurs, ne reconnaîtrait pas d'autres causes.

Mais presque toujours les malades présentent un minimum de symptômes. Il s'agit de métrorragies peu abondantes, d'origine congestive, véritables hémoptysies internes; de douleurs irradiées ou localisées sous forme de névralgies pelviennes; parfois à ces signes s'ajoutent un peu de leucorrhée, de dysménorrhée, qu'on ne rapporte pas toujours à leur véritable cause.

En somme quelques troubles fonctionnels peu marqués traduisent seuls cette forme inflammatoire, et leur existence permet de soupçonner la lésion de l'appareil génital, sans qu'on puisse l'affirmer d'une manière certaine.

VI

Diagnostic. — Du reste, il ressort des observations publiées jusqu'à maintenant que les signes fournis par l'examen des malades ont rarement permis de dépister la tuberculose annexielle, et le plus souvent la diagnose n'a été faite qu'au moment de l'intervention.

Peut-être soupçonne-t-on plus fréquemment la nature de l'infection, à mesure qu'elle nous est mieux connue, grâce aux cas qui en sont relatés un peu partout; il n'en est pas moins vrai que, par les seuls symptômes cliniques, on ne peut guère porter qu'un diagnostic de probabilité.

Pour établir ce diagnostic, le clinicien dispose cependant de quelques éléments, de valeur très inégale, mais dont certains ont une réelle importance. Nous avons vu combien étaient variables et inconstants les *troubles de la menstruation*, les *métrorragies* dans la tuberculose annexielle, et combien peu significatifs par là même. Mais il faut prêter plus d'attention aux *pertes blanches*; quand elles existent elles diffèrent des pertes blennorragiques en ce qu'elles sont plutôt roussâtres que verdâtres et qu'elles sont peu influencées par les injections; souvent cette leucorrhée n'existe pas et cette absence est caractéristique; quand on observe une annexite sans pertes purulentes, on peut affirmer, qu'il s'agit de tuberculose (Jamin et Violet).

La *persistance des douleurs*, malgré le repos et le traitement médical, est un bon signe signalé par Aug. Pollosson; nous rappellerons aussi l'existence de poussées douloureuses, ne s'accompagnant pas d'état péritonéal.

Enfin les renseignements fournis par le toucher, l'existence des nodosités en chapelet de Hegar, la *paramétrite tuberculeuse*, l'immobilité de l'utérus suffiraient à rendre probable le diagnostic de tuberculose.

Mais, plus que tous ces signes, il faut rechercher avec soin les antécédents de la malade; le moindre soupçon de bacillose chez elle ou chez son mari acquiert une importance capitale, à plus forte raison l'existence de lésions en évolution. Il n'en faut pas moins éliminer la possibilité d'une autre cause de salpingite; *on vérifiera donc s'il s'agit d'une femme vierge ou exempte de toute infection gonococcique ou puerpérale;* cette notion étiologique connue, on pourra tenir pour tuberculeuse presque toute lésion salpingienne survenue dans ces conditions.

Ajoutons à cela les *troubles plus ou moins marqués de la santé générale*, qu'il est rare de ne pas trouver chez ces malades : un amaigrissement notable, une température un peu déréglée, présentant quelquefois le type inverse, de l'anorexie et de la lassitude.

Tous ces signes réunis équivalent à un diagnostic ferme de bacillose. Malheureusement ils ne se présentent pas toujours avec cette netteté, et il est des cas difficiles où le rôle du bacille de Koch ne peut être affirmé qu'au moment de l'intervention ou à l'aide de procédés de laboratoire.

Nous ne parlerons pas ici de la réaction à la tuberculine; nous signalerons seulement la possibilité de recueillir, comme l'a fait Cornil, des sécrétions utérines qui, inoculées au cobaye, le tuberculisent assez rapidement, pour que ce soit là un moyen pratique de préciser un diagnostic hésitant; on est allé plus loin, et l'on a pratiqué un *curettage de l'utérus suivi d'inoculation au cobaye* ou d'examens microscopiques, qui ont permis de déceler des lésions bacillaires ou le bacille tuberculeux lui-même; il serait possible, d'après Orthmann, de rencontrer ce dernier, en l'absence de toute lésion anatomique de bacillose.

L'emploi de ces procédés de laboratoire, l'analyse minutieuse des symptômes que nous venons d'énumérer, permettra donc, dans la majorité des cas, de diagnostiquer exactement les annexites tuberculeuses. On ne pourra néanmoins les affirmer qu'après avoir éliminé un certain nombre d'affections pelvi-abdominales, avec lesquelles la distinction n'est pas toujours facile. . . . .

a. Les *salpingites d'origine infectieuse banale* peuvent s'observer chez des bacillaires. La connaissance précise des antécédents de la malade, les caractères des douleurs, l'existence ou au contraire l'absence de pertes purulentes, les signes fournis par le toucher ont alors toute leur valeur.

La leucorrhée, les douleurs mictionnelles, des phénomènes péritonéaux plus marqués, sont en faveur d'une infection par le gonocoque ou le streptocoque. L'absence de ces signes, les altérations de la santé générale, des troubles menstruels survenant chez une femme vierge, de la paramétrite, se rapporteront plutôt à une imprégnation tuberculeuse ; n'oublions pas que l'unilatéralité de l'affection peut se rencontrer dans ce cas, et que, pour Terrillon, elle est absolument caractéristique.

b. A un âge plus avancé, il faut faire le diagnostic avec un *néoplasme du col*, surtout si le toucher montre de l'infiltration des ligaments larges. Le cancer se révèle par des douleurs plus vives, et plus constantes, par la présence de ganglions inguinaux, par des pertes plus fétides ; le doigt rectal perçoit des nodosités plus volumineuses, et plus dures. L'examen au spéculum montre une ulcération siégeant sur le col, et au besoin une biopsie vient lever tous les doutes.

c. Une *erreur bien plus fréquente est celle qui consiste à prendre pour un kyste de l'ovaire, un abcès froid de la trompe.* L'insidiosité du début, la latence de l'évolution, le développement d'une tumeur abdominale sur les côtés de l'utérus font à ces deux affections un tableau clinique sensiblement identique. Il n'est pas jusqu'aux poussées douloureuses qui ne puissent induire en erreur en simulant une torsion de la poche kystique.

Ce diagnostic est cependant possible. Tout d'abord l'abcès froid est le plus souvent bilatéral, tandis que le kyste de l'ovaire est en général unique ; il ne faudrait pas oublier pourtant que cette unilatéralité se rencontre dans la tuberculose. Mais celle-ci présente une évolution plus rapide, s'accompagne d'un dépérissement plus marqué, et il est presque toujours possible de retrouver chez la malade des antécédents bacillaires.

D'autre part, l'exploration procure quelques renseignements utiles à la diagnose. L'abcès froid est d'ordinaire moins franchement sphérique, sa forme est plutôt allongée ; c'est, avons-nous dit, celle d'une poire ou d'une cornemuse. De son côté le kyste peut présenter des bosselures, il donne une sensation de fluctuation plus nette ; la perception du flot, en présence d'une tumeur un peu volumineuse, doit faire songer à un kyste et non à la bacillose.

d. Rappelons enfin qu'on pourrait confondre un pyosalpinx avec une tumeur fibro-kystique de l'utérus ou avec une hydronéphrose ; il sera facile de différencier ces affections, ainsi que la grossesse tubaire au début, qui s'accompagne d'une hypertrophie de l'utérus, avec des signes probables de grossesse.

Il n'en reste pas moins que le diagnostic de tuberculose annexielle est toujours difficile à faire. Pour commettre le minimum d'erreurs possible, il faut, dit Bertrand, « se *souvenir qu'on a affaire à des femmes jeunes, exemptes de blennorragie et de puerpéralité,* suspectes de tuberculose, présentant une tumeur abdomino-pelvienne, le plus souvent bilatérale, et dont l'évolution s'accompagne de quelques troubles douloureux, d'amaigrissement et de faiblesse générale ».

VII

Pronostic et traitement. — L'existence d'une annexite bacillaire reconnue, quelle conduite faut-il tenir ? Il est certain que *certaines lésions peuvent guérir spontanément* par transformation fibreuse ou par formation d'un hydrosalpinx. C'est dans ces formes latentes, sans réactions pelviennes marquées, avec troubles fonctionnels, légers, que l'on pourra essayer le traitement médical. Il s'agit avant tout de tuberculose et non d'annexite ; on prescrira donc le repos, l'aération, une médication tonique, une bonne alimentation ; on fera au besoin un peu de révulsion locale par des pointes de feu, des vésicatoires ; on sera toujours à temps d'intervenir plus tard s'il en est besoin.

Ce traitement conservateur a donné quelquefois de bons résultats, au moins quoad vitam, car il ne faut pas oublier que si la stérilité n'est point fatale à la suite des lésions tuberculeuses de la trompe (observations rapportées par Martin, de Rokitansky, Froriep), elle est cependant la règle, soit par suite de l'imperméabilité de l'oviducte, soit comme le veut Poncet, à cause des troubles qu'elle apporte à la sécrétion interne de l'ovaire.

Aussi, si l'on tient compte de ce fait que, dans la majorité des cas, la conservation des organes génitaux n'assure pas leur intégrité fonctionnelle, et que, d'autre part, on pourra souvent être obligé de recourir à une intervention, on sera tenté d'employer le traitement chirurgical, comme le seul qui assure une guérison complète et radicale.

Il faut songer, en effet, à un réveil des lésions toujours possible, au danger qu'une dissémination peut faire courir à la malade : il faut songer aussi, qu'en admettant même la transformation d'un abcès froid en hydrosalpinx, celui-ci peut aboutir à des accidents de torsion mortels, ou tout au moins donner lieu à des douleurs, à une gêne pelvienne, qui seront un sujet d'inquiétude continuelle pour la malade.

L'abstention ne devra donc être appliquée qu'aux lésions bénignes, se présentant avec un minimum de signes locaux, et *chaque fois que la tuberculose génitale passera au premier plan, s'accompagnant d'amaigrissement et d'un mauvais état général, on n'hésitera pas à la traiter par l'ablation du foyer tuberculeux,* qui ne rencontre ici que des contre-indications tout à fait exceptionnelles.

Cependant *pour les lésions limitées à l'utérus,* certains auteurs se contentent d'un *curettage* suivi du traitement de la cavité utérine par les préparations iodoformées. Sippel, Bulius, Walther ont ainsi obtenu d'excellents résultats, mais leurs observations ne parlent pas du fonctionnement ultérieur de l'appareil génital. Et la difficulté de reconnaître

la coexistence de lésions tubaires ou ovariennes donne peut-être raison à Pozzi, Schauta qui, eux, préconisent l'intervention radicale d'emblée.

En tout cas, lorsqu'il s'agit d'une annexite proprement dite, la nécessité du traitement chirurgical s'impose. La nature tuberculeuse de l'affection étant reconnue, il faut intervenir et cela le plus tôt possible; l'attente ne saurait être qu'une source de dangers pour la malade et de complications pour l'opérateur. C'est par une opération précoce qu'on se place dans les meilleures conditions possibles; la déchéance de l'organisme n'a pas eu encore le temps de se produire et de créer un état de moindre résistance qui, plus tard, vient assombrir le pronostic; les adhérences sont rares et lâches; elles peuvent faire entièrement défaut; à une période plus avancée elles viennent souvent compliquer dangereusement les manœuvres opératoires. Enfin un abcès froid peut toujours s'ouvrir dans l'intestin ou dans un cul-de-sac vaginal; on a alors des fistules interminables, susceptibles de s'infecter secondairement et de nécessiter une intervention beaucoup plus grave que l'ablation précoce du pyosalpinx lui-même.

C'est ce danger qui fait immédiatement rejeter l'idée d'une ponction par voie vaginale, dans le cas d'abcès froid; du reste cette ponction pourrait n'être nullement curatrice; il faut donc intervenir plus radicalement et réaliser une large extirpation des parties atteintes.

Pour ce faire *doit-on employer la voie vaginale ou la voie abdominale?* La première est rejetée par Faure, Jamin et la plupart des chirurgiens; elle rend difficile l'ablation de tumeurs un peu volumineuses, et peut être inexécutable quand des adhérences unissent les annexes aux organes voisins. Seule, d'ailleurs, l'incision abdominale permet de se rendre un compte exact de la nature et de l'étendue des lésions, et par suite de réaliser l'extirpation complète des foyers suspects; or celle-ci doit être la règle absolue en matière de tuberculose, car c'est ainsi seulement qu'on évitera ces récidives qui ont été signalées par Martin, par Jamin et Violet (*Lyon médical*, 1904).

On *abordera donc par la voie abdominale les annexes malades*. Dans la minorité des cas, on tombera sur des lésions unilatérales, occupant uniquement la trompe, ou la trompe et l'ovaire du même côté. Le traitement s'inspirera alors d'une idée conservatrice; il ne faut pas oublier en effet qu'on a affaire à des femmes jeunes, chez lesquelles une castration serait une mutilation inutile, tant qu'on peut éviter de les vouer à une stérilité irrémédiable. On se bornera donc à pratiquer une *salpingectomie unilatérale* toutes les fois que ce sera possible.

Mais dès qu'on trouvera la moindre lésion sur les annexes opposées, et c'est le cas le plus fréquent, il ne faudra plus hésiter. Le traitement conservateur n'est plus de mise, il faut avant tout mettre la malade à l'abri de toute récidive; la moindre concession à la sécrétion interne peut être dangereuse, car il est bien difficile d'affirmer l'intégrité de l'ovaire par son seul aspect macroscopique, sans compter que les adhérences à peu près constantes qui l'unissent à la trompe rendent cette conservation des plus illusoires.

D'autre part, par suite de la nécessité d'enlever les trompes, la femme est condamnée à la stérilité. Dès lors il semble rationnel d'unir dans un sort commun la glande génitale et son oviducte, plutôt que de s'exposer à perdre le bénéfice de l'intervention, en cherchant un résultat douteux.

Mais faut-il, comme le veulent certains auteurs, se contenter d'une exérèse des organes apparemment atteints, d'une *salpingectomie bilatérale?* Ou bien faut-il, comme le conseille Faure, recourir d'emblée à une castration totale? Certes l'utérus n'est pas forcément atteint, et l'on conçoit qu'il soit tentant dans ces conditions de le respecter. En fait Jamin et Violet rapportent deux cas où cette conservation ne fut nullement préjudiciable à la guérison de leurs malades; par contre une autre fois, une deuxième intervention fut rendue nécessaire.

C'est qu'il est bien difficile d'affirmer l'intégrité du moignon tubaire, celle de l'utérus lui-même, qui par suite est un organe dangereux. Si l'on considère d'autre part son inutilité, la simplification des manœuvres opératoires qui résulte de son ablation, on comprendra pourquoi Faure conseille d'enlever à la fois annexes et utérus; en tout cas la castration totale devient une règle absolue dès que l'existence de pertes purulentes signalent l'envahissement utérin.

Quand des adhérences au niveau du Douglas rendront l'opération difficile, en immobilisant le bloc utéro-annexiel, on pratiquera l'*hystérectomie totale*. Faure la considère même comme nécessaire dès que l'utérus est suspect.

Cependant, en général, le col est respecté par la tuberculose; on pourra donc, le plus souvent, se borner à une *hystérectomie subtotale* qui rend plus favorable le pronostic de l'intervention, en diminuant sa longueur et en simplifiant l'hémostase.

Ces deux procédés donnent des résultats excellents. Quelques malades ont bien succombé, emportées rapidement par une poussée de bacillose généralisée ou plus tardivement par des fistules interminables, mais on ne compte plus les cas où le traitement chirurgical a été suivi d'un retour inespéré et intégral à la santé.

C'est donc lui que, en règle générale, nous considérons comme la thérapeutique de choix, laissant à d'autres, plus autorisés, le soin de décider entre les partisans de l'hystérectomie totale ou subtotale.

BIBLIOGRAPHIE

Pour les indications antérieures à la thèse de Brouardel, se reporter à la thèse de BERTRAND, *Des abcès froids tubaires*, Lyon 1908, chapitre d'historique.

ARAN. *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, 1858. — Robert BARNES. *Traité clinique des maladies des femmes*, 18.6. — KIVISCH. *Klin. Vortr.*, Prague 1849. — MOSLER. Th. de Breslau, 1883. — SPOETH. Th. de Strasbourg, 1885. — FERNET et DERVILLE. *Soc. de chir.*, Paris 1886. — JEANNEL. Pyosalpinx tuberculeux, in *Semaine méd.*, 188.. — WERTH. Ueber Genitaltuberc., *IIIe Congr. allem. de gynécol.*, Fribourg 1889. — TERRILLON. *Ann. de gynécol.*, 1889. — DAURIOS. Th. de Paris, 1889. — ORTHMAN. *Beitr. zur Kenntniss der primiparens Eleiter tuberc.* — WILLIAMS. *John Hopk. hosp. Report*, 1891.

— WIELAND. Th. de Fribourg, 1894. — MASSIA. *Salpingites ovariennes tuberculeuses*, Th. de Paris, 1899. — POPOW. *Tuberculose génitale primitive chez la femme*, Saint-Pétersbourg, 1899. — FERNANDEZ. *Tuberculose des organes génitaux de la femme*, Th. de Paris, 1899. — VINCENT. Métrorragies symptomatiques, in *Lyon méd.*, 1900. — Mlle GOROWITZ. Th. de Paris, 1900. — CATHELIN. *Revue de chir.*, 1901. — CAZENEUVE. Th. de Montpellier, 1901. — DERVIEUX. Th. de Paris, 1902. — MARTIN, AMAM, FAURE. *Congr. de Rome*, 1902. — LADINSKI. *Soc. de gynécol. de New-York*, in *Med. Record*, 1902. — CULLEN. *Canada Lancet*, 1903. — SCHAKOFF. *Contribution à la connaissance de la tuberculose génitale chez la femme*, Th. de Genève, 1903. — James TARGETT. *Brit. med. Journ.*, 1903. — MURPHY. *Amer. Journ. of Obst. and Gynec.*, 1904. — COUZIN. *Etude de la tuberculose de l'utérus et de ses annexes*, Th. de Paris, 1903. — CHAUFTON. *Salpingite tuberculeuse*, Th. de Paris, 1904. — MARTIN. Th. de Lyon, 1904. — FUMEAUX-JOURDAN. Double pyosalpingite tuberculeuse, in *Brit. gynecol.*, 1904. — JAMIN et VIOLET. *Lyon méd.*, 1904. — JONES. *Edimb. med. Journ.*, 1904. — MONPROFIT. *Classification des salpingites.* — DELBET. *Traité des suppurations pelviennes.* — KIPARSKY. *Soc. de gynécol. et d'obst. de Saint-Pétersbourg*, 1905. — YUNG. *XIe Cong. de la Soc. allem. de gynécol.*, Kiel 1905. — LÉA. *Journ. of Obst. and Gynecol. of the Brit.*, 1905. — ALBERTIN-LERICHE. *Lyon méd.*, 1905. — JABOULAY-PATEL. *Soc. de chir.*, Lyon 1905. — POZZI. *Traité de gynécologie.* — VIOLET. *Lyon méd.*, 1907. — A. PONCET-LERICHE. Communic. à l'*Acad. de méd.*, 1907. — G. COTTE. *Gaz. des hôpit.*, 1907. — THÉVENARD. *Soc. anat. de Paris*, 1908. — DUROUX. *Lyon méd.*, 1909. — BÉRARD-CONDAMIN. *Lyon chir.*, 1911. — GAYET et Blanc PERDUCET. *Lyon chir.*, 1911. — HORAND. *Lyon chir.*, 1911. — A. PONCET-R. LERICHE. Tuberculose inflammatoire et glandes vasculaires sanguines, in *Lyon méd.*, 1911.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE 1912)

Sur le spasme facial. — M. SICARD estime qu'on pourrait peut-être distinguer le spasme facial périphérique, à prédominance dans le facial supérieur, de celui qui est d'origine mésocéphalique, total, et il pense que le spasme cortical prédominerait dans le domaine du facial inférieur. Tel est celui que montre M. Sicard chez un paralytique général Il se manifeste surtout lors des mouvements volontaires et cesse pendant le sommeil.

M. Sicard rapporte un autre cas de spasme facial dans lequel l'injection d'alcool sur le tronc du nerf fut suivie d'une anesthésie persistante, et il se demande si le facial ne contiendrait pas des fibres sensitives chez certains sujets seulement, ce qui ne cadre pas, objecte M. DÉJERINE, avec les lois anatomiques.

Hémiplégie pharyngo-laryngée par lésion des nerfs de la base. — M. SICARD. La cause est une balle de revolver. La paralysie s'accompagne d'hémiatrophie linguale, avec tachycardie à 130-140, indiquant l'atteinte du pneumogastrique : les muscles innervés par le spinal sont atrophiés avec réaction de dégénérescence, le pectoral est légèrement pris. Le malade accuse des vertiges et de la céphalée. Lymphocytose discrète du liquide céphalo-rachidien. La question intervention semble devoir être résolue par la négative.

Un cas de crises gastriques. Faut-il les rattacher au tabes ? — M. DUFOUR. Cette femme, citée dans la thèse de Rafinesque, souffre de crises gastriques depuis trois ans : elle est syphilitique avec iritis d'un côté, signe d'Argyll de l'autre, lymphocytose, Wassermann positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Mais, les réflexes sont exagérés, elle n'a pas de douleurs fulgurantes, si bien qu'il s'agit peut-être non de tabes, mais de méningo-myélite syphilitique.

Le traitement mercuriel et le salvarsan ont été inefficaces. M. DÉJERINE ne croit pas à la dissociation des crises gastriques et du tabes. M. BABINSKI a observé un cas de crises sans tabes ni lymphocytose.

Sur un cas de sclérose en plaques avec astéréognosie, syndrome de Brown-Séquard et inégalité des réflexes cutanés de défense. — M. CLAUDE. Femme de trente ans, sans signes de syphilis, chez laquelle l'existence de troubles cérébello-spasmodiques, avec tremblement intentionnel, dysarthrie, nystagmus, autorisent à poser le diagnostic de sclérose en plaques. L'astéréognosie est très prononcée aux mains qui présentent des troubles de la sensibilité, localisés aux pulpes digitales avec élargissement considérable des cercles de Weber. Le syndrome de Brown-Séquard est caractérisé par des troubles pariéto-spasmodiques au membre inférieur droit, sans troubles de la sensibilité, et hypoesthésie à tous les modes à gauche, remontant jusqu'à la région sous-ombilicale, sans troubles moteurs marqués ni clonus, ni Babinski de ce côté. La sensibilité osseuse au diapason est altérée dans les deux membres inférieurs et le bassin. Les réflexes cutanés de défense sont très exagérés du côté anesthésique, et s'accompagnent d'une sensation douloureuse mal localisée que l'orateur a retrouvée chez deux autres malades présentant la même exagération des réflexes cutanés ; il se demande si les troubles de la sensibilité n'ont pas une certaine importance dans la genèse de l'exagération des réflexes cutanés de défense.

Paralysie de plusieurs nerfs craniens par lésion basilaire. — M. QUERCY. Le malade syphilitique, avec lymphocytose céphalo-rachidienne, présente depuis trois mois, une ophtalmoplégie totale, avec paralysie du trijumeau (masticateurs, troubles de la salivation) ; l'absence d'autres troubles nerveux fait croire à l'atteinte des nerfs à leur point d'émergence.

Tumeur du lobe frontal opérée. — MM. DE MARTEL et CHATELAIN. Une grosse tumeur d'aspect sarcomateux a été enlevée il y a huit jours du lobe frontal à la femme actuellement présentée ; les auteurs insistent sur des détails de technique pour lesquels nous renvoyons à leur travail, et sur l'absence de céphalée, et l'existence de troubles psychiques, tendance à l'ironie et la plaisanterie et de troubles de la coordination avec tendance à s'équilibrer en arrière.

Contusion du sciatique, névrite consécutive. — MM. WIART et F. LÉVY montrent un homme, qui, après une violente compression de la cuisse entre une borne et une auto, fit de l'infection locale, puis une névrite ascendante du sciatique avec amyotrophie, douleurs et escarres.

Arthropathie à type tabétique sans signes de tabes. — MM. GOUGEROT et MEAUX-SAINT-MARS. Les deux genoux sont enflés sans les lésions osseuses habituelles à la radiographie. Ce fait, et la douleur à la pression des genoux, objectent plusieurs membres de la société, classent ce cas parmi les rhumatismes, et non l'arthropathie.

Lésion bulbo-protubérantielle avec syndrome cérébelleux. — MM. ENRIQUEZ, GUTMANN et CHAUVET. Brusquement, le malade fut atteint d'un syndrome cérébelleux avec tous les troubles classiques (asynergie, catatonie, caractères de la marche) ; l'examen montre une paralysie des sixième, septième, huitième nerfs. Il s'agit d'une lésion bulbo-protubérantielle, vraisemblablement d'origine vasculaire.

Etude historique et critique sur les générations spontanées et l'hétérogénie, par le docteur H. GRASSET. Un vol. in-8 de 192 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, J. Rousset.

Les Oblitérations de la veine cave inférieure, par le docteur Paul HÉBRARD. Th. de Paris. — Paris, Ollier-Henry.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.





Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Etudiants en médecine est de 10f par an.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Les mutations suivantes ont lieu parmi les chirurgiens des hôpitaux :

M. Hartmann passe à l'hôpital Laënnec, M. Morestin à l'hôpital Bichat, M. Robineau à l'hôpital Tenon (service de chirurgie générale), M. Gosset à la Salpêtrière, M. Lenormant à Tenon (service de gynécologie), M. Baudet à Saint-Louis (service d'enfants), M. Lapointe à l'hospice d'Ivry.

— Concours de l'internat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 13 décembre. — MM. Beloux, 9; Monnot (Paul), 11; Vallerant, 9; Lefort (Alix), 4; Richoux, 8; Manne et Cochez, 7; Achard, 12.

Séance du 14 décembre (*matin*). — MM. Perrier (Léon) et Masmonteil, 10; Frette, 8; Durand (Jacques), 11; Chalut, 5; de Léobardy, 9; Jousseaume, 5; Rouffiac, 9.

Séance du 14 décembre (*soir*). — MM. Antoine, 10; Tiphine, 5; Delotte, 9; Lacau Saint-Guily, 7; Noël, 13; Bourgeois (Francis), 10; Oulié et Levent, 9.

Séance du 15 décembre. — MM. Libert, 9; Duroselle, 8; Fouquet, 7; Cambessédès, 11; Latour, 5; Plichet, 7; Guillard, 8; Peltier, 12.

Anatomie. — Séance du 13 décembre — MM. Bertaux (André), 8; Schulmann, 11; Xoudis, 7; Constantin, 5; Bigot, 7; Pilatte, 9; Petit (Louis), 10; Picard (René), Vinit et Thierry (Jacques), 9.

Séance du 14 décembre (*matin*). — MM. Alajouanine, Boirac et Lascaux, 11; Mlle Trélat, 12; MM. Richard (André), 12; Oliviéri, 9; Millet, 10; Grandjean, 12.

Séance du 14 décembre (*soir*). — MM. Arbassier, 8; Truffert, 11; Marqueste, 8; Réglade, Ecot, Yoyotte, Gineste et Mordret, 9; Errard, 11; Mandras, 8.

Rectification à la séance de pathologie du 9 décembre. — Dans la séance du 9 décembre un candidat, M. Deffins avait été déclaré exclu du concours après avoir reçu un *0*, note que nous n'avions pas cru devoir annoncer.

Le jury publie aujourd'hui la rectification suivante :

« Après enquête et audition de plusieurs témoins, le jury considère que l'omission d'une erreur importante faite par M. Deffins lors de la lecture de sa copie (omission constatée par les cinq membres du jury et qui ne saurait être mise en doute) n'a pas été préméditée et qu'elle a pu ne pas être intentionnelle, en conséquence, il le relève de l'exclusion du concours et lui donne la note 3. »

HOPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé mardi par la nomination de M. le docteur Bonamour.

HOPITAUX D'ORAN. — Un concours pour l'emploi de chef de service de radiologie et d'électrologie de l'hôpital civil d'Oran sera ouvert le 7 mai 1913 à la Faculté de médecine et de pharmacie d'Alger.

Les candidats devront s'inscrire au Gouvernement général *un mois au moins avant l'ouverture du concours.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — La faculté va avoir un cours de clinique en langue espagnole. Voici un extrait de l'affiche qui vient d'être apposée :

« *Clinica de partos y gynecologia Tarnier* (89, rue d'Assas). — Profesór : Paul Bar. Curso de práctica obstétrica en lengua española, por el doctor Cathala, tocologo de los hospitales de París, antiguo jefe de clínica de la Facultad, ayudado por los monitores Señores Pellissier y Sabaté.

Este curso está destinado especialmente á los médicos extranjeros que hablen español. Empezará el lunes 26 de mayo y terminará el 21 de junio de 1913. Comprenderá 20 lecciones teóricas : exploraciones de enfermas y operaciones obstétricales practicadas por los alumnos. La primera lección tendrá lugar el lunes 26 de mayo de 1913 á las 5 de la tarde.

Para inscribirse y demás detalles, dirijirse al secretario de la Facultad de medicina de Paris ó al jefe de clínica Tarnier, 89, rue d'Assas. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Montpellier. — MM. les professeurs agrégés Galavielle (histoire naturelle) et Grynfeltt (anatomie) sont maintenus en exercice pendant une période de trois ans à partir du 1er novembre 1913.

Prix Alphonse Jaume. — L'Académie des sciences et des lettres de Montpellier a attribué le prix Jaume, par moitié, au mémoire de MM. Minet et Leclercq, professeur agrégé à Lille, sur l'Anaphylaxie en médecine légale, et à celui du docteur Salager, chef du laboratoire de l'Université de Montpel-

lier, sur l'Etude pathogénique des ecchymoses sous-pleurales.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont promu ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Barbot, médecin-major de première classe aux troupes d'occupation du Maroc oriental ; vingt-neuf ans de services, 12 campagnes. Chevalier du 11 juillet 1902 : a dirigé le service de santé de la colonne d'opérations de la Moulouya avec beaucoup de distinction et le plus grand dévouement (mai-juin 1912).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Tranchant, médecin-major de deuxième classe aux troupes d'occupation du Maroc occidental ; dix-huit ans de services, sept campagnes : a fait preuve du plus beau dévouement lors de la répression des troubles de Fez (août 1912) ; et Grenier, médecin-major de deuxième classe au 4e régiment de tirailleurs algériens ; quatorze ans de services, six campagnes : très beau dévouement lors de la répression des troubles de Fez (avril 1912).

HOMMAGE AU DOCTEUR DENY. — Le dimanche 29 décembre, à dix heures et demie du matin, aura lieu à la Salpêtrière la remise au docteur Deny de la médaille que ses élèves, ses amis et ses collègues des hôpitaux et de la Société de psychiatrie ont décidé de lui offrir à l'occasion de sa nomination de médecin honoraire de la Salpêtrière.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la quarante-neuvième semaine, 962 décès, au lieu de 829 pendant la semaine précédente et au lieu de 909, moyenne ordinaire de la saison. La pneumonie et les autres maladies de l'appareil respiratoire sont la principale cause de cette légère aggravation. Les maladies épidémiques conservent leur rareté oédinaire.

LES BLESSURES DANS LA GUERRE DES BALKANS. — Il était jusqu'ici admis d'une façon générale que les blessures par shrapnel étaient moins graves et moins fréquentes que les blessures par balle de fusil (1). On disait même qu'au Maroc les Arabes étaient protégés dans une certaine mesure par leur turban contre l'action des balles de shrapnel.

Un de nos confrères, le docteur Bruzon (de Paris) qui se trouvait il y a quelques mois dans le camp turc d'Aziza, en Tripolitaine, avait fait cependant des constatations diamétralement opposées que viennent confirmer les renseignements que nous recevons sur la guerre des Balkans où les shrapnels du Creusot semblent avoir fait un nombre important de victimes. Comme le constatait Hildebrandt après la guerre de Mandchourie, 50 p. 100 au moins des projectiles restent arrêtés dans le corps causant des plaies qui suppurent généralement (de Lacombe) ; en revanche les blessures par balles de fusil sont peu nombreuses, et produisent des plaies généralement nettes. Ces plaies sont rarement infectées. On explique cette particularité par la haute température à laquelle se trouve portée la balle sous l'influence de la déflagration de la poudre et du frottement. Il y a certainement là une exagération, car d'après les expériences de von Coler, cité par Weiss, la température de la balle ne dépasse guère 65 à 70 degrés.

Ce fait était néanmoins intéressant à signaler.

L'ÉTAT SANITAIRE DE L'ARMÉE BULGARE ET L'ARRÊT DE TCHATALDZA. — Le correspondant du *Temps*, M. René Puaux, donne quelques précisions sur l'arrêt de l'armée bulgare devant Tchataldza. Les ouvrages étaient en réalité beaucoup plus formidables qu'on ne l'avait cru. De plus les régiments bulgares étaient fatigués, atteints d'une dysenterie touchant *50 p. 100* de l'effectif de chacun d'entre eux. Le typhus et le choléra, enfin, avaient fait leur apparition. Les troupes ayant absolument besoin de repos et de soins, on comprend que le tsar Ferdinand n'ait pas hésité à engager l'action diplomatique.

LE VOLEUR DES MÉDECINS. — L'escroc contre lequel nous mettions récemment nos lecteurs en garde s'est fait pincer mercredi chez M. le professeur agrégé Brindeau. Il a été trouvé porteur d'un certain nombre d'objets d'arts volés chez plusieurs médecins parisiens.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Martin (de Chartres).

(1) WEISS, *Les blessures de guerre par les armes modernes et leur traitement*, Paris-Nancy, 1912.

MEMENTO THÉRAPEUTIQUE

BRONCHITE SIMPLE

Le traitement doit surtout combattre la sécrétion bronchique, assurer l'antisepsie pulmonaire, stimuler l'appétit ainsi que la nutrition générale.

Prescrire en conséquence, au milieu de chaque repas, de 2 à 4 des capsules suivantes : Gouttes Livoniennes, un flacon.

CONGRÈS

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE

Le Congrès de médecins militaires organisé par l'Union fédérative s'est tenu le 13 décembre 1912 au Cercle militaire, sous la présidence du professeur Walther, chirurgien de la Pitié, président de l'Union fédérative, assisté des membres du bureau de cette Société.

La question mise à l'ordre du jour était : *Le service militaire des étudiants en médecine.* Deux rapports et un vœu furent présentés par M. le médecin-major de première classe Dercle et par le docteur Glover, membre de la Commission ministérielle de réforme des études médicales. Le docteur Tollemer, secrétaire général, fit un rapide historique de la question et mit en relief quelques-unes des difficultés qu'elle soulevait.

A la discussion du vœu, qui fut très animée, prirent part M. le professeur Landouzy, doyen de la Faculté de médecine, M. le sénateur Reymond, vice-président de l'Union fédérative, membre de la Commission sénatoriale de l'armée, MM. les docteurs Helme, Reynès (de Marseille), Coyon, Quidet, les médecins-majors Legrand, Visbecq, etc.

Les principes suivants furent adoptés par le Congrès.

Les étudiants en médecine feraient leur service militaire en deux périodes d'un an chacune comme les élèves des grandes écoles.

La première année serait accomplie lorsque l'étudiant justifierait d'*au moins quatre inscriptions de médecine, six mois dans un corps de troupe, six mois à l'infirmerie.*

La deuxième année serait faite après la thèse (la limite extrême en serait de vingt-sept ans) *avec le grade de médecin aide-major de réserve,*

Différentes questions, celle de l'internat des hôpitaux en particulier, ayant été discutées, une commission fut chargée de mettre au point, d'après les données résultant de la discussion, le vœu des rapporteurs et de le transmettre aux pouvoirs publics.

Le Congrès fut clôturé par un banquet qui a eu lieu samedi soir au Continental, sous la présidence de M. le médecin inspecteur Troussaint, l'éminent directeur du service de santé au ministère de la guerre, représentant le ministre. Des discours furent prononcés par M. le président Walther qui rappela en termes émus le souvenir du regretté professeur Chatin, et, par M. le doyen Landouzy. M. l'inspecteur Troussaint apporta enfin à l'Union fédérative l'assurance de l'intérêt profond que le ministre de la guerre porte au corps de santé, et il indiqua les mesures qui seront bientôt arrêtées pour rendre plus faciles, plus profitables et moins onéreuses les périodes d'instruction aux médecins de la réserve et de l'armée territoriale.

LE CHAMP INCULTE DE L'HYSTÉRIE

Par André COLLIN,
Chef de clinique adjoint à la Faculté de médecine de Paris,
Assistant de consultation à l'hôpital Hérold.

Nous avons en vue l'étude du terrain sur lequel germeront les accidents hystériques quelle que puisse être leur diversité. Qui dit « champ inculte de l'hystérie » parle nécessairement de la toute première enfance. Dès l'âge de six, sept ou huit ans, les nombreuses acquisitions du jeune être modifient, enrichissent et compliquent le tableau clinique des accidents hystériques, et comme nous avons eu la bonne fortune de constater dès l'âge de trois et quatre ans des phénomènes dont nous discuterons la nature hystérique il nous a semblé que ces cas étaient spécialement favorables pour faire l'étude du terrain, étude très importante puisque l'existence de ce terrain est la condition *sine qua non* de l'éclosion de cette variété d'accidents (1).

Observation I. — Le 20 août arrive à l'hôpital Hérold une petite fille de trois ans et demi amenée par son médecin qui venait demander au docteur Lesage son opinion sur le meilleur traitement à appliquer à cette petite dont le genou était en demi-flexion depuis cinq jours. La marche était impossible, l'articulation paraissait douloureuse. L'examen de cette enfant nous fut confié : nous apprîmes qu'elle avait coutume, le matin, d'être prise dans le lit de sa mère, et que, cinq jours auparavant, alors qu'elle sollicitait cette faveur habituelle, sa mère lui objecta qu'il était une heure plus tôt que de coutume et qu'elle eût à se recoucher. Elle fit deux pas sur le tapis qui séparait son lit de celui de sa mère, et, sans faire aucun effort pour remonter dans son lit, elle poussa un grand cri. Sa mère se leva aussitôt, la petite G... n'accusa aucune douleur mais dit qu'il lui était impossible de marcher. Le genou, en effet, était à demi fléchi, la mère essaya de corriger cette flexion, elle y parvint et l'enfant se rendormit. Deux heures plus tard on voulut la lever, le genou se remit en flexion et pendant toute la journée la marche fut sautillante, l'orteil gauche seul appuyant sur le sol.

Les tentatives de redressement se faisaient toujours avec succès, mais aussitôt après le genou reprenait son attitude vicieuse. Le jour suivant l'enfant ne voulut pas quitter son lit; le médecin de la famille fit des réserves sur le début d'une arthropathie. Son hésitation dura trois jours; la continuation de l'état de l'enfant le confirma dans son diagnostic. Nous passâmes par les mêmes hésitations que notre confrère, mais l'examen minutieux de l'articulation, certains renseignements fournis par les parents sur la manière d'être générale de l'enfant, ses réactions nous donnèrent à penser qu'il s'agissait d'accidents hystériques, hypothèse rejetée par notre confrère, étant donné l'âge de l'enfant.

Nous pensâmes aussitôt que l'épreuve du traitement par la suggestion lèverait les doutes. En effet, l'application de permanganate de potasse sur le genou, précédée d'affirmation de guérison, permit à l'enfant de repartir sur les deux jambes comme si rien ne s'était passé pendant ces cinq jours.

Notre attention avait été attirée sur la possibilité d'accidents hystériques chez cette petite fille, par la comparaison de son état avec un certain nombre d'états pathologiques analogues chez des enfants du même âge.

(1) Grancher, cité dans la thèse Benjamin Weil (préface) a vu un cas d'hystérie à dix-huit mois.

Une petite fille de quatre ans nous avait été amenée au mois de janvier 1912 parce que, brusquement, en allant à l'école, il lui avait été impossible de marcher, ses genoux se serraient l'un contre l'autre, elle pleurait en disant qu'elle ne souffrait pas mais qu'elle ne pouvait plus avancer. On la transporta chez elle, elle resta ainsi tout le jour sans pouvoir marcher. Quand nous la vîmes le lendemain nous pûmes la guérir par la persuasion.

Nous ne voulons pas multiplier ces observations si semblables à elles-mêmes. Cependant il faut expliquer pour quelles raisons nous avons différencié ces accidents des caprices si fréquents chez les enfants, et nous avons cru devoir les mettre sur le compte de la névrose hystérique.

Un caprice n'aurait certainement pas résisté dans la même forme, pendant un temps aussi long, aux gronderies et aux exhortations des parents; d'autre part, ces enfants n'étaient habituellement ni volontaires, ni capricieuses, ni entêtées, et leurs parents nous disaient que ces enfants jusqu'alors avaient été particulièrement obéissantes et faciles.

Pour affirmer donc la nature hystérique de ces accidents il fallait, en outre des présomptions, constater l'*hypersuggestibilité* et les tendances imaginatives vives (*mythomanie*) qui, du consentement des plus éminents psychiatres et neurologistes, sont à la base même de l'hystérie, c'est par elles que l'on peut donner un caractère spécifique à la névrose.

On sait combien la suggestibilité est normale à l'enfant. « L'enfant présente à un haut degré le caractère primordial de l'hystérique, la suggestibilité », dit Benjamin Weil (1). C'est le « lenksamkeit » d'Hellpach (2). Nous avons établi d'autre part (3), que cette suggestibilité tient une bonne place dans la production de l'un des trois symptômes du syndrome infantile normal (conservation des attitudes), et qu'il est anormal de retrouver au delà de deux ans et demi la conservation physiologique des attitudes. Or, chez ces petites filles que nous avons pu examiner à l'occasion des divers accidents que nous avons relatés, la conservation des attitudes, surtout marquée aux membres supérieurs, était un fait frappant. Si l'on mettait leurs deux bras dans une position quelconque élevée, puis qu'on abaissât l'un, l'autre restait dans la position donnée. La petite G... (obs. I) venue pour cette position vicieuse du genou garda un bras en l'air pendant une bonne partie de la durée de l'examen. Tandis que de la main droite elle s'accrochait aux barreaux du lit, elle s'appuyait sur la table, sur la chaise pour aider sa marche difficile, la main gauche restait en l'air dans la position qu'on lui avait donnée. On la porta sur le lit, le bras gauche resta perpendiculaire au plan du lit tandis que le bras droit était le long du corps. Nous causâmes avec les parents et le médecin, ce phénomène persista. Nous présentâmes cette enfant après

(1) Weil. *Le Développement de l'hystérie dans l'enfance*, Th. de Paris, 1904.

(2) Hellpach. Enquête analytique relative à la psychologie de l'hystérie, *Centralbl. f. Nerven.*, anal. in *Encéphale*, 1906.

(3) André Collin. *Le Syndrome infantile psycho-neuro-musculaire*, Th. de Paris, 1912.

la guérison de sa jambe au professeur Déjerine qui constata le fait.

De quelle variété de phénomènes pourrait-il s'agir dans ce cas de conservation anormale des attitudes données? On est parfaitement en droit d'éliminer les tétanies et spasmophilies avec lesquelles cet état ne présente pour ainsi dire aucun point commun. Ces états ne sont pas liés à des troubles digestifs, il n'est pas besoin de recourir à une compression quelconque pour les faire cesser; ils ne s'accompagnent enfin d'aucune contracture, le bras reste souple, les doigts sont libres, la contraction musculaire est au minimum pour maintenir le bras dans cette position. S'agit-il de catalepsie? On sait que dans les états cataleptiques il y a une participation de tout l'être, que n'importe quelle manœuvre ne peut le faire cesser, qu'il faut pour sa production et sa cessation un couple bien entraîné d'opérateur et de patient, et que le sujet ne semble pas avoir oublié le membre en état cataleptique car sa seule volonté est insuffisante à le ramener dans une position normale. La catatonie, enfin, appartient à certains états psychiatriques bien définis, elle est une partie d'un ensemble et l'on voit chez certains déments précoces les attitudes contournées, le maniérisme, les stéréotypies alterner avec des états catatoniques. Il nous semble donc bien que chez les enfants que nous étudions l'ordre donné ait prolongé anormalement ses effets, grâce à une malléabilité intellectuelle dépendant d'une série de circonstances qui sont précisément celles d'où est né le terrain hystérique.

A côté de cette suggestibilité les facultés imaginatives sont pathologiquement développées. Les mensonges puérils sont bien connus des institutrices qui s'occupent des jeunes enfants, mais le caractère nettement pathologique est acquis par la répétition de ces récits d'invention pure, par la gravité des faits qu'ils relatent, quelquefois par le soin qu'apporte l'enfant à les faire accepter et par l'impossibilité où l'on est lorsqu'on détient la preuve du contraire de lui faire reconnaître son mensonge.

On reconnaîtra comme dans bien des cas limites de médecine mentale que la démarcation entre la mythomanie et le mensonge simple puisse être parfois difficile surtout lorsqu'on doit s'en rapporter aux récits des parents. Aussi bien la constatation du signe objectif de la *conservation des attitudes* nous a-t-elle été un contrôle bien utile lorsque les caractères psychiatriques de la mythomanie n'étaient pas suffisamment établis, ces deux faits, l'un de suggestibilité, l'autre de mythomanie, venant en quelque sorte par leur coexistence se donner mutuellement une plus grande valeur clinique. Ce développement anormal des facultés imaginatives traduit, en effet, toute une série de caractères que l'on est habitué à retrouver dans l'état mental des hystériques. La mythomanie traduit, sinon une façon vicieuse de voir les choses, du moins une tendance à les exagérer et à les embellir pour attirer sur soi l'attention. Elle doit être considérée comme un moyen d'étude mettant en évidence la nature du travail subconscient de ces enfants en permettant à certains moments de juger ce travail sur les récits qu'ils font et qui sont l'exacte reproduction de leur façon toujours erronée de se représenter les choses et de leur imprimer un cachet personnel et qui, s'écartant de la réalité, est variable à l'infini.

Pour éviter de considérer comme accidents hystériques les plus fantaisistes descriptions et pour ne point mettre pêle-mêle sur le compte de l'hystérie les rétrécissements de champ visuel, les incontinences nocturnes d'urine, les terreurs nocturnes, etc., nous nous sommes tenu dans notre étude à la recherche de la *suggestibilité* et de la *mythomanie*.

Par la recherche systématique de l'hypersuggestibilité mise en évidence par le signe du bras et de la mythomanie, nous avons pu classer en quelque sorte les enfants qui nous étaient envoyés pour le traitement des accidents les plus divers revêtant aux yeux de tous une apparence d'accidents névropathiques, ou masquant leur apparence névropathique comme dans le cas que nous avons rapporté (obs. I). Il nous a paru qu'une catégorie d'enfants présentant ces deux phénomènes tranchaient déjà sur le groupe général des autres consultants, et, en possession de ce premier examen clinique, nous avons fouillé leurs antécédents.

La distinction première qui s'était établie entre ces enfants et les autres s'exagéra, se précisa.

Nous avons dit avoir isolé une soixantaine d'observations toutes analogues. Elles se rapportent à des fillettes, pour la plupart de quatre à treize ou quatorze ans. Les plus grandes présentent des observations touffues, et le diagnostic est rendu plus difficile de ce fait, à moins que des incidents plus précis ne viennent faciliter la tâche, comme la constatation que nous avons pu faire chez une enfant de treize ans d'une hémiplégie hystérique survenue peu de temps après une hémiplégie organique de sa grand'mère maternelle.

Dans tous ces cas, notre examen, après la constatation de l'hypersuggestibilité et de la mythomanie, a porté sur quatre points :

1° Enquête sur la naissance à terme ou avant terme;

2° Recherche de la date des premiers pas, première dent, premiers mots et de la date à laquelle ces enfants ont cessé d'uriner au lit;

3° Recherche des symptômes nerveux organiques : syncinésie, états des réflexes tendineux et signe de l'orteil;

4° Recherche sur l'état de santé des géniteurs et des collatéraux (recherche facilitée par la présence des parents et les soins donnés aux frères et sœurs à d'autres occasions).

Ces quatre caractères sont au complet dans le plus grand nombre des cas. Les observations les plus nombreuses peuvent être rapprochées de celle-ci :

La petite O..., âgée de cinq ans, est née, d'après sa mère, trois semaines avant le terme de la grossesse; elle est la quatrième enfant d'un ménage d'ouvriers; le père, alcoolique et tuberculeux, est mort à l'hôpital Tenon trois mois avant la naissance de O... La mère est atteinte de bronchite chronique, le poumon droit est tuberculeux au deuxième degré. Des trois autres enfants nés avant la petite O..., l'aîné un garçon de quatorze ans est, paraît-il, bien sous tous les rap-

ports, nous ne le vîmes pas. La deuxième une enfant de neuf ans a été à Berck pour soigner des écrouelles. Deux autres enfants sont mortes, l'une à six ans, l'autre à quatre ans de méningite tuberculeuse.

La petite O... était une habituée de la consultation où elle venait chercher du sirop iodotannique que sa mère tenait pour le fortifiant idéal. Une fois elle vint d'urgence, un matin, l'enfant avait été prise d'une crise de nerfs la veille et elle avait passé toute la nuit dans un état d'agitation et d'excitation très grand, et le matin elle avait fait de nombreux efforts pour vomir, en disant à sa mère qu'une boule lui serrait la gorge depuis que, la veille, elle avait été renvoyée de l'école pour une peccadille. Cette enfant, d'une intelligence vive, sachant déjà lire et un peu écrire, gardait les attitudes données d'une façon parfaite. Quant à ses récits imaginatifs ils étaient connus de tout le quartier. Elle avait une fois fait appel dans la rue à deux sergents de ville pour abattre un chien enragé monté dans le logement d'une voisine demeurant au quatrième étage.

La petite O... avait été élevée au sein, et sans aucune raison appréciable, dit sa mère, elle avait parlé, marché et eu sa première dent beaucoup plus tard que ses frères et sœurs. « Bien qu'elle eût l'air éveillé, dit sa mère, et que je me sois occupée d'elle autant que des autres, elle n'a dit le premier mot compréhensible qu'à vingt-deux mois, elle ne « s'est lâchée » (marcher seule) qu'à vingt mois, elle eut sa première dent après l'année révolue. »

De plus, il avait été impossible d'obtenir que cette enfant n'urinât plus au lit avant deux ans et demi; et à l'âge où nous la vîmes l'examen neurologique dénotait que du côté gauche le réflexe plantaire recherché par les méthodes de Babinski, d'Oppenheim et Gordon se faisait toujours en extension. A droite, il était en flexion; une syncinésie très marquée aux membres supérieurs était encore plus nette à gauche.

Lorsque, à l'encontre du plus grand nombre des cas, toutes ces circonstances ne seront pas réunies, on trouvera toujours :

1° Une hérédité toxi-infectieuse, tuberculeuse (1), éthylique, saturnine, plus rarement syphilitique, provenant de l'un ou des deux conjoints;

2° D'une façon absolument constante une désharmonie très marquée dans les périodes d'apparition de la première dent, des premières fonctions de la marche et du langage; certains de ces enfants ont eu leur première dent à trois mois alors qu'ils n'ont marché qu'à deux ans; d'autres marchaient avant d'avoir une seule dent; d'autres, enfin, ne parlaient pas encore à deux ans alors que leur dentition avait été régulière et qu'ils s'étaient fait remarquer par la précocité de leur marche.

Il apparaît donc que sont habituellement réunis chez ces enfants que nous avons étudiés à propos d'un phénomène névropathique hystériforme : la suggestibilité, la mythomanie sous la dépendance d'une hérédité toxi-infectieuse, habituellement tuberculeuse, qui rend compte du retard électif ou général dans l'établissement des premières fonctions psychiques ou neurologiques chez ces enfants.

« L'hystérie ne germe que sur un terrain préparé par l'hérédité », dit Souques (2).

S'il est besoin de démontrer encore ce que peut arriver à faire l'hérédité toxique ou infectieuse sur le système nerveux des descendants, que l'on se reporte à la belle observation de M. Marfan (1) qui a valeur d'expérimentation.

Le professeur Marfan a été appelé à donner ses soins aux deux derniers nés d'une famille; ceux-ci, à l'encontre de leurs aînés, étaient atteints d'idiotie due à la cocaïnomanie paternelle (3 grammes de poudre de cocaïne prisés par jour). La descendance permettait de suivre l'action progressive du poison. Une fille, née avant l'intoxication, est parfaitement bien sous tous les rapports; une enfant, conçue deux mois après le début de la cocaïnisation, est extrêmement intelligente mais d'une santé frêle, un enfant de six ans et un de dix mois, nés en pleine toxicomanie, sont les deux enfants dont nous avons parlé; ce sont des idiots microcéphales.

Ces influences bien connues de l'intoxication du géniteur sur la descendance font comprendre comment on a tenté jusqu'ici d'expliquer les états névropathiques et l'hystérie par une descendance toxi-infectieuse et comment Veillet (2), dans sa thèse, a pu dire que l'hystérie doit être placée tout à côté des psychoses toxiques et qu'il faudra un jour la considérer comme un mode réactionnel des centres psychiques à l'action pathogène d'une *intoxication chronique et atténuée, le plus souvent héréditaire.*

Et ainsi se précise à nos yeux le groupe d'enfants se ressemblant plus entre eux qu'ils ne ressemblent aux autres, pour lesquels, si on ne veut pas réserver exclusivement le nom d'hystériques il serait utile de donner une dénomination spéciale.

Ces enfants ne sont pas, en effet, de petits psychonévropathes ordinaires. Alors que les enfants dits nerveux ou émotifs, ou turbulents nous sont amenés à propos de l'un de ces phénomènes, rarement les parents amènent les autres à l'occasion d'un fait dénotant grossièrement le nervosisme. L'hérédité similaire, chez cette catégorie d'enfants, semble être très rare, alors que chez les névropathes banaux elle est au contraire patente. Névropathes, fils et petits-fils de névropathes, ils continuent la lignée, ils sont atteints de tics, ils font des grimaces, ne peuvent rester en place; ils se font remarquer par leur turbulence. Ce sont les petits nerveux, enfants d'une famille de nerveux; les autres sont entrés dans la famille névropathique par une autre voie, ils semblent être les premiers parmi les leurs frappés dans leur système nerveux. Si l'on veut préciser la différence entre les deux, que l'on compare l'observation du petit D. G., venu consulter pour turbulence, tics, incontinence d'urine émotive, troubles vaso-moteurs, sudation des extrémités, terreurs nocturnes, à celles des petites filles placides, calmes, indifférentes en apparence, raisonnables, qui nous firent les plus graves accidents hystériques.

D. G... âgé de cinq ans et demi est amené par ses parents il y a quelques mois pour consulter à la Salpêtrière. Ceux-ci étaient inquiets de l'extrême nervosisme de l'enfant. Depuis quelque temps il s'agitait, dormait très mal, avait des cauchemars, faisait des grimaces; on ne pouvait le laisser jouer

(1) GRASSET. Rapports de l'hystérie avec les diathèses scrofuleuse et tuberculeuse, *Montpellier méd.*, 1884, anal. in *Ann. méd.-psych.*, 1885.

(2) SOUQUES. *Arch. gén. de méd.*, 1899.

(1) MARFAN. *Revue mens. des mal. de l'enfance*, 1901, p. 410.

(2) VEILLET. *L'hystérie et les psychoses toxiques*, Th. de Bordeaux, 1909.

avec d'autres enfants parce que, bien qu'il ne fût animé d'aucune mauvaise intention il avait des jeux si brutaux et si saccadés que ses camarades moins résistants étaient projetés sur le sol.

La première fois que nous l'examinons, nous remarquons qu'il s'agit d'un enfant éveillé, intelligent, répondant bien aux questions. Cependant il se trouble facilement et pendant les quelques instants où nous l'interrogeons sur les genoux de sa mère, nous voyons sa figure se colorer vivement et aussitôt après devenir très pâle. De plus, sa face est agitée de mouvements divers : clignements d'yeux, grimaces; enfin, il souffle perpétuellement ébrouant ses lèvres et respirant bruyamment d'une façon tout à fait arythmique. Le pouls compté à cinq ou six reprises pendant cet examen où l'on évitait de remuer l'enfant marque successivement 80, 130, 90, 140, 80 pulsations. Brusquement, il devient très rouge, il trépigne; il avait uriné dans son pantalon. A la suite de ce petit incident, ses jambes et ses bras sont animés de mouvements et de tremblements qui ne rappellent en rien les mouvements choréiformes.

Sa mère nous apprend que, toujours très nerveux, son état a empiré depuis un mois environ et que la cause déterminante de sa venue à l'hôpital avait été que, la veille, en se rendant comme d'habitude à l'école, il était brusquement désorienté et avait demandé en criant de peur « où il allait, où on le menait ».

Nous cherchâmes donc si cet enfant avait de la suggestibilité et si quelque trouble de développement pouvait expliquer cet état nerveux. L'examen neurologique nous apprit que ses réflexes étaient encore très vifs, que le signe de l'orteil était en flexion bilatérale par les différents examens, mais il était impossible de faire conserver à cet enfant des attitudes données. Les renseignements sur sa première enfance n'indiquaient pas non plus qu'il eût eu un retard congénital ; il était né à terme, avait parlé et marché à quatorze mois, eu sa première dent à huit mois. Nous ne trouvâmes pour expliquer cette extrême émotivité qu'une double hérédité infectieuse et nerveuse : son père avait eu la syphilis deux ans et demi avant la naissance de l'enfant, sa mère bien portante se dit très nerveuse; elle a eu un frère qui avait des attaques de nerfs (épilepsie probable) et qui mourut à dix-huit ans de convulsions (?). Un grand oncle maternel de l'enfant aurait eu les mêmes crises et serait actuellement guéri. L'exagération des troubles de l'émotivité constatée ces temps derniers chez le petit D. G. paraît devoir être attribuée à des troubles digestifs se manifestant par de la constipation rebelle, de la fétidité de l'haleine; les urines sont très colorées, sentent très fort, dit la mère; l'abdomen est tympanisé. Notons enfin que rien chez cet enfant ne permet d'affirmer une hérédité syphilitique active encore que la voûte ogivale du palais soit assez profonde; les réflexes lumineux sont très bons, on n'a noté chez lui aucun accident cutané ou muqueux dans les premiers jours qui suivirent la naissance. Nous instituons un traitement digestif; l'enfant est revu à intervalles de quinze jours; il est beaucoup plus calme, la mère reconnaît qu'il est très amélioré. Cependant, nous avions attiré spécialement son attention sur l'état mental de l'enfant, sur la tendance qu'il aurait pu avoir à faire preuve d'une imagination vive; elle n'a rien noté de semblable, elle insiste au contraire sur le fait que les récits du petit D. sont précis, nets, exacts.

Nous avons donc été amené à établir un parallèle entre cet enfant névropathe, émotif chargé d'une lourde hérédité névropathique chez lequel il est impossible de retrouver l'hypersuggestibilité pathologique, et la mythomanie habituellement rencontrées chez d'autres enfants plus en retard dans leur développement et beaucoup moins « nerveux » en apparence.

M. Babinski (1) avait, du reste, avec sa parfaite compétence déjà établi ce parallèle entre l'hystérie et l'émotivité pour montrer que ces deux termes ne doivent pas être confondus, qu'il existe de profondes différences entre les émotifs et les hystériques et après avoir dit (p. 35) « quand une émotion sincère, profonde secoue l'âme humaine il n'y a plus de place pour l'hystérie », il termine son article par ces deux premières conclusions : « 1° L'émotion choc ne peut, par elle-même, provoquer l'apparition d'accidents hystériques; 2° elle s'oppose même à leur développement et à leur persistance. »

Et c'est pourquoi, en donnant dans la genèse des accidents hystériques une place prépondérante à l'idée et minime au coefficient affectif et émotif on s'explique bien, comment il se fait que ces enfants soient calmes en apparence, se différencient à première vue des enfants dits « nerveux » et que leur vie de tous les jours soit « la phase de méditation » préparant la possibilité d'un accident hystérique lequel surviendra à l'occasion du plus petit incident.

Nous voudrions résumer notre pensée en disant que seuls sont capables de faire des accidents hystériques, les enfants qui, de par leur hérédité toxi-infectieuse ont eu un retard de développement électif et qui, avant même toute manifestation hystérique nette sont mythomanes et hypersuggestibles; voilà bien le terrain sur lequel germeront les accidents hystériques différents comme nous l'avons dit des autres incidents des névropathes avec lesquels on aurait toujours tendance à les confondre, ce qui vicie à la fois l'étiologie, l'évolution, le pronostic des accidents qui sont bien souvent à tort imputés à la grande névrose.

Nos conclusions jusqu'à présent tendraient à dire qu'il est interdit aux individus qui n'ont pas présenté les caractères que nous avons énumérés de faire des accidents hystériques. Que faut-il penser alors des épidémies d'hystéries? Le côté individuel, le côté absolument personnel de la névrose, interdit de parler d'hystérie contagieuse et de distraire de la psychologie des foules les notions d'épidémies saltatoires ou autres qui n'auraient jamais dû en sortir.

Plus difficile à résoudre est la question qui se pose de savoir ce qu'il faut penser des hystéries tard venues. Dans bien des cas, vers l'âge de vingt ou trente ans, plus tard même, à la suite d'un accident, parfois d'une maladie, parallèlement à une lésion organique nette, des phénomènes hystériques semblent éclore. Le terrain hystérique a-t-il pu rester si longtemps sans faire germer aucun accident, faut-il admettre que les individus, hommes ou femmes, capables d'avoir des accidents hystériques aient pu attendre un âge aussi avancé, une maladie aussi nette pour que ces accidents deviennent patents? Dans un certain nombre de cas, il peut s'agir lorsque l'âge n'est pas trop avancé (treize à quinze ans) de développement d'hystérie latente à l'occasion d'un incident organique quelconque : puberté, maladie infectieuse au début, débilitation générale de l'organisme (inanition, privations) : le terrain

(1) BABINSKI et DAGNAN-BOUVERET. Emotion et hystérie, *Journ. de psychol. norm. et pathol.*, mars-avril 1912.

était favorable à l'hystérie, toutes les causes de débilitation ont exagéré ses propriétés. Dans d'autres cas, lorsque l'hystérie survient beaucoup plus tard, faut-il admettre que la période latente ait pu se prolonger en dépit de tous les incidents organiques ou faut-il accepter que bien des accidents dits hystériques relevés à ce moment n'appartiennent pas en propre à la névrose hystérique et doivent être mis, les uns sur le compte de l'intérêt (simulateurs), les autres sur le compte de l'émotivité, d'autres enfin sur le compte d'un affaiblissement démentiel, précoce ou sénile? A notre avis, il est absolument exceptionnel que la facilité à présenter des accidents hystériques ait pu permettre l'écoulement d'une si longue période silencieuse, et si, dans la reconstitution du passé du malade on ne trouve vraiment aucun fait qui puisse permettre de penser qu'il s'agissait d'une hystérique, il nous semble que ces accidents névropathiques doivent être interprétés différemment, mis sur le compte des dépressions neuro-musculaires passagères ou durables que l'on sait être fécondes en accidents hystéroïdes. C'est ainsi, comme le dit Babinski (1) dans son article de l'émotion, qu'il est, chez des malades neurasthéniques et phobiques, toute une série de phénomènes sur lesquels la psychothérapie peut avoir une action sans que pour cela ils doivent être catalogués « hystériques ». L'appui moral, la conversation lente et patiente qui rendent au malade confiance en lui ne sont pas comparables, en effet, à la brutale persuasion, à la contre-suggestion qui fait disparaître en quelques minutes des accidents qui peuvent remonter à quelques années. Nous ne savons pas qu'un phobique soit jamais sorti guéri du cabinet d'un médecin.

La persuasion, la contre-suggestion sont nettes, brutales, efficaces immédiatement; la psychothérapie est lente et ne devient efficace que lorsque l'instant est bien choisi.

Il y a donc lieu de restreindre avant tout le domaine de l'hystérie. M. Laignel-Lavastine (2), dans une étude sur les troubles psychiques dans les accidents du travail, a apporté de la clarté à la question. Si l'on commence par se méfier des accidents hystéroïdes, si l'on demande à l'individu présentant ces accidents de faire la preuve qu'il est bien capable d'être un hystérique de par son hérédité et sa première enfance, on verra que la clinique enseigne qu'après avoir envahi des contrées et des provinces l'hystérie doit se résumer à quelques individus et à de rares individus, et que pour avoir la force pathologique de conserver trois, quatre, dix ans une hémiplégie inorganique, il faut avoir affaire à un terrain spécial qu'on a le droit et le devoir d'étudier particulièrement.

Il nous semble un peu hardi de mettre sur le compte de l'hystérie le rire et le pleurer faciles, les changements de caractère, les crises de nerfs, etc., qui peuvent se rencontrer chez des individus notoirement incapables de faire des accidents graves disparaissant par la contre-suggestion.

(1) Babinski. Loc. cit.

(2) Laignel-Lavastine. Les troubles psychiques dans les accidents du travail, *Ann. d'hyg. publ. et de méd. légale*, janv. 1912.

Cette délimitation précise de la question voudrait s'appuyer sur des examens anatomiques.

Le travail le plus récent est celui de Sauvage (1) qui, dans sa thèse (p. 168), conclut en disant que « l'hystérie peut résulter d'une agénésie des neurones pour l'hystérie congénitale, de l'altération de ces mêmes neurones pour l'hystérie acquise ».

Nous ne saurions ici avoir une opinion encore que l'étiologie que nous avons voulu accepter pour cette maladie « hérédité toxi-infectieuse manifestée par un retard de développement » laisse a priori supposer que l'on pourra sous le microscope voir un défaut, une insuffisance corticale, et si congénitalement il est possible de retrouver dans ces cas cette perturbation que Sauvage (2) attribue à l'insuffisance des fibres tangentielles, on peut encore se demander si la maladie (tumeur, néoplasme cranien) est en soi capable de reproduire ces mêmes lésions. Nous sommes ici dans le domaine des hypothèses, elles s'éloignent beaucoup trop du cadre que nous nous sommes tracé dans lequel la pratique et la clinique doivent tenir toute la place. Notre étude a eu pour but d'examiner dans quels cas cliniquement on rencontre l'hystérie et dans quels cas seulement elle se rencontre et de nous permettre de tirer des conclusions pratiques en disant que ces enfants doivent être examinés à ce point de vue dès leur plus jeune âge, et à la première occasion pour que le repos, l'isolement, le séjour prolongé à la campagne, suivant les cas, puissent venir en aide à un organisme congénitalement débilité et hâter sa finition.

Nous nous sommes enquis de ce qu'étaient devenues les grandes hystériques qui avaient une vingtaine d'années à l'époque des démonstrations de Charcot, nous avons pu en retrouver trois qui sont employées à la Salpêtrière. L'une est lingère, une autre fait des écritures, la troisième s'occupe de la bibliothèque. Toutes les trois sont calmes, elles ont une soixantaine d'années.

Sont-elles calmes, ont-elles renoncé à l'arc de cercle, aux attitudes passionnelles parce que personne ne s'occupe plus d'elles dans des cours publics? Certes, cette explication est possible, mais d'autre part lorsqu'on sait la facilité avec laquelle sont déclanchés les accidents hystériques n'y a-t-il pas lieu d'admirer qu'encore qu'elles aient échappé aux grandes démonstrations publiques, des faits minimes de la vie courante n'aient point à nouveau suscité de menus incidents hystériques, et n'y a-t-il point lieu de considérer que l'âge venant, le retard de développement et cette insuffisance psychique aient été compensés, réparés, au point qu'elles aient pu n'avoir que le souvenir des incidents théâtraux pour la vue desquels s'emplissaient les grands amphithéâtres.

Au reste, les recherches de Kaes (3) ont montré

(1) Sauvage. *L'Hystérie dans ses rapports avec les phrénopathies. Contribution à l'étude de la nature de l'hystérie*, Th. de Toulouse, 1911.

(2) Sauvage. Loc. cit.

(3) Kaes. Contribution à l'étude de l'écorce cérébrale chez les idiots, anal. in *R. N.* 1898.

que les fibres myéliniques augmentent jusque vers la quarantième année. Si notre conception est exacte, il y a tout lieu de supposer que l'hystérie est une maladie qui s'use et qu'à moins de nouveaux accidents (traumatismes, tumeurs du crâne, etc.), l'aptitude à présenter des accidents hystériques doit être au maximum vers l'âge de la puberté et tomber au minimum après la quarantième année.

CONCLUSIONS. — 1° Ce n'est pas parmi les enfants grossièrement qualifiés de nerveux ou d'émotifs que nous avons rencontré la tendance à faire des accidents hystériques. Les enfants présentant cette tendance sont réputés « calmes » par leurs parents et leurs instituteurs.

2° Ils ont entre eux une série de caractères communs tenant à une insuffisance de développement. Ces caractères existent avant même l'éclosion des accidents.

α. Dans leurs antécédents héréditaires on trouve une toxi-infection légère ou atténuée le plus souvent tuberculeuse et alcoolique.

β. Dans leurs antécédents personnels un retard électif ou total dans l'établissement des premières grandes fonctions.

γ. Dans leur manière d'être une suggestibilité que le fait de conserver les attitudes données met en évidence et un grand développement des facultés imaginatives.

3° Nous croyons qu'il y a lieu de réserver pour ces seuls enfants le nom d'hystériques. C'est en effet chez ceux-là seuls que nous avons vu éclore et disparaître toute la série des accidents que peuvent amener la suggestion et détruire la contre-suggestion.

4° Etant donnés ces caractères congénitaux et les causes minimes qui peuvent déclancher l'hystérie, celle-ci ne doit pas attendre très longtemps pour se manifester. Les accidents dits hystériques ou hystéroïdes tardivement venus demandent à n'être acceptés qu'avec circonspection, un bon nombre d'entre eux devant être rattachés à la simulation utilitaire ou à l'émotivité; les autres pouvant être mis sur le compte de la déchéance dont les effets anatomiques et cliniques rappellent si souvent ceux de l'insuffisance.

5° De la connaissance précoce de l'hystérie infantile doivent découler d'indispensables notions thérapeutiques.

L'état somatique doit recevoir des soins journaliers ; il faut à ces enfants du repos, de l'isolement, de l'aération.

L'état mental exige, qu'à moins que l'on ne fasse une contre-suggestion nette dans un cas donné, on s'abstienne soigneusement de toute intempestive psychothérapie.

MÉDECINE PRATIQUE

TRAITEMENT DE LA FIÈVRE TYPHOIDE PAR LA TEINTURE D'IODE

MM. Arnozan et Carles (1) ont récemment signalé les bons résultats qu'ils ont obtenus en traitant quarante-quatre cas de fièvre typhoïde par la teinture d'iode. Cette thérapeutique avait été déjà préconisée par Raynaud, Lafitte, Klietsch et plusieurs autres médecins qui tous s'en étaient déclarés satisfaits. MM. Arnozan et Carles font remarquer que, théoriquement, l'emploi de la teinture d'iode dans le traitement de la fièvre typhoïde est très rationnel, car on sait qu'un des modes de défense les plus importants de l'organisme malade est constitué par l'hyperleucocytose; or, la dothiénentérie est une infection avec hypoleucocytose; il est donc indiqué de chercher à relever le chiffre des leucocytes chez les malades atteints de fièvre typhoïde. L'iode peut être utilisé dans ce but, les travaux de Lortat-Jacob ayant montré que l'iode est un agent puissant d'hyperleucocytose avec mononucléose.

Les formules à employer pour ce mode de traitement de la fièvre typhoïde sont d'une grande simplicité. Raynaud prescrit :

Teinture d'iode.......... xx à	xxv gouttes
Iodure de potassium..........	0gr01
Eau........................	150 grammes

A prendre en vingt-quatre heures.

Lafitte donne à ses malades de l'eau iodée et leur fait des injections de glycérine iodo-iodurée :

Iode métal	0gr10
Iodure de potassium............	1 gramme
Gaïacol........................	2 —
Glycérine pure.................	10 —

Cavazzani fait prendre chaque jour aux typhiques xx à xxv gouttes de teinture d'iode et 1 gramme d'iodure de potassium dans un demi-litre d'eau sucrée; avec ce traitement, la langue se nettoie, la diarrhée s'arrête, les selles perdent leur fétidité et la température s'abaisse.

Arnozan et Carles conseillent de donner aux malades soit de l'eau iodée selon la formule de Raynaud, soit xv à xxv gouttes de teinture d'iode chaque jour dans du vin de quinquina au malaga ou dans du lait. Les cas ainsi traités par eux ont en général guéri rapidement; mais il ne faudrait pas croire que le traitement de la fièvre typhoïde par la teinture d'iode est toujours efficace. MM. Arnozan et Carles, tout en recommandant cette méthode de traitement, signalent que, sur les quarante-quatre cas observés, ils ont eu quatre morts : une mort par intolérance stomacale absolue, une mort provoquée par une alimentation intempestive, une mort par obstruction intestinale et une autre par perforation intestinale. Ils reconnaissent encore que les malades traités par la teinture d'iode n'ont été à l'abri ni des complications ni des rechutes. Enfin, MM. Arnozan et Carles ajoutent une dernière remarque très importante : c'est que l'emploi de la teinture d'iode chez les typhiques ne dispense nullement d'avoir recours à d'autres médications qui seront utilisées selon les cas et les complications, par exemple aux lotions fraîches, aux lavements froids, aux injections sous-cutanées de strychnine et d'huile camphrée.

M. BRELET.

---

(1) ARNOZAN et CARLES. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 nov. 1912.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1912 [*suite*])

Action de l'adonis vernalis sur la tension artérielle. — M. le professeur Lemoine (de Lille). L'adonis vernalis, déjà connu comme toni-cardiaque à solution diurétique puissante et rapide, est un véritable succédané inoffensif de la digitale.

Tout comme la digitale, l'adonis vernalis n'élève pas la tension artérielle. Cela résulte de nombreuses expériences faites à l'hôpital Saint-Sauveur. On peut donc le donner chez des artérioscléreux qui présentent de l'hypertension ainsi que chez les brightiques. Son action diurétique est des plus fidèles et souvent extrêmement accusée. De plus, l'adonis présente le grand avantage de provoquer une forte chasse de l'urée dont la proportion est quelquefois doublée dans les urines après quelques jours d'emploi.

Cet adonis présente des propriétés au moins égale à celles de la digitale et offre le grand avantage de ne jamais s'accumuler dans l'organisme.

(SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1912)

L'intestin dans la fièvre typhoïde. (*A propos du procès-verbal.*) — M. H. Triboulet pense que l'histoire intestinale de la fièvre typhoïde est tout entière à préciser.

Il pense qu'on peut arriver, grâce à des recherches coprologiques simples et pratiques, à suivre les réactions intestinales de la septicémie éberthienne.

La selle ocreuse typique appartient aux fièvres typhoïdes normales; certaines diarrhées sont dues à des décharges par infection biliaire. Elles semblent les moins graves.

La diarrhée, phénomène anormal, dans la fièvre typhoïde est une complication, si elle s'accompagne de glaires et de sang; si, d'autre part, la réaction du sang est positive dans des selles d'aspect indifférent, la complication intestinale d'entérite congestive peut devenir de la plus haute gravité.

On peut arriver à un syndrome d'*insuffisance intestinale*, avec collapsus, syndrome bien élucidé par les recherches de Le Play, Falloise, H. Roger, etc.

On peut se demander si ce trouble physiologique majeur ne domine pas toute l'histoire des formes graves intestinales de la fièvre typhoïde, commandant, d'ailleurs, chronologiquement, les insuffisances glandulaires, dont la surrénale, qui serait, pour l'auteur, plus souvent *effet* que cause.

Perforations intestinales de la fièvre typhoïde. (*A propos du procès-verbal.*) — MM. Achard et Desbouis rapportent un cas de perforation intestinale survenue au cours d'une fièvre typhoïde à début insidieux chez un tuberculeux. Les accidents avaient éclaté très brusquement par une douleur abdominale violente, avec hoquet, vomissements porracés puis fécaloïdes, dureté du ventre, météorisme effaçant la matité du foie et suivi de matité dans les flancs, rétention d'urine et arrêt des matières, chute subite de la température, fréquence et petitesse du pouls. L'état avait été jugé trop grave pour une opération. Puis les symptômes s'étaient amendés, les gardes-robes s'étaient rétablies avec selles moulées, la température était redevenue normale, le ventre avait repris sa souplesse, les urines étaient abondantes, et tout semblait en bonne voie lorsque, onze jours après, le malade succomba à des accidents infectieux de parotidite intercurrente.

L'autopsie permit de constater l'existence d'une péritonite circonscrite et cloisonnée, et celle de huit perforations vers la terminaison de l'iléon. Ces perforations étaient oblitérées par l'épiploon et des adhérences.

Ce cas montre que certaines perforations, même nombreuses et étendues, peuvent ne provoquer qu'une péritonite circonscrite et que leurs symptômes, malgré leur gravité, peuvent disparaître rapidement.

Un cas de dysenterie amibienne autochtone. — MM. Galliard et Brumpt. Fréquemment importée en France par les coloniaux, la dysenterie amibienne peut être transmise par eux à des sujets, qui n'ont pas quitté notre pays (Dopter). Elle se manifeste parfois aussi dans nos régions sans qu'il soit possible de dépister une transmission d'amibes d'origine exotique ou d'amibes acclimatés : les cas de dysenterie amibienne *autochtone* publiés en France ne sont d'ailleurs encore, sauf omission, qu'au nombre de cinq, dont trois à Paris (Caussade et Joltrain, Laperche, Potherat), un à Marseille (Billet), un à Lyon (Garin).

Notre cas sera donc le sixième publié en France.

Un homme de vingt-sept ans, voyageur de commerce, n'ayant pas quitté la France, et affirmant qu'à aucune époque il n'a fréquenté de dysentériques, réside à Paris depuis le commencement de juin 1912.

A la fin de juillet, il éprouve brusquement de violentes coliques, avec ténesme rectal et évacuations d'abord bilieuses, puis glaireuses et sanguinolentes. Les selles deviennent bientôt si nombreuses que, pendant la nuit, le malade quitte à peine les cabinets. On lui parle d'entérite grave et même de tuberculose intestinale.

Il est admis à Lariboisière le 12 novembre. Nous reconnaissons les signes de la dysenterie sans complication hépatique. L'examen microscopique des déjections révèle la présence de l'*amœba dysenteriæ*. L'inoculation dans l'intestin de chat provoque des désordres identiques à ceux de l'homme.

Régime lacté et lavements de sérum gélatiné; à partir du 20 novembre, lavements de collargol. Le 23 novembre, on compte encore six évacuations caractéristiques en vingt-quatre heures; nous prescrivons six comprimés de kho-sam qu'on répète les jours suivants.

L'effet de ce médicament est remarquable. Dès le troisième jour les glaires et le sang ont disparu. Le quatrième jour, deux comprimés seulement (en totalité 20 comprimés). Le malade est constipé. Dès lors la guérison semble acquise. Les selles examinées le 7 décembre ne contenaient pas d'amibes. Cependant nous continuons à surveiller le malade au point de vue de la rechute éventuelle.

L'intérêt pronostique de l'azotémie. — M. P. Lereboullet, à propos de la récente communication de M. Faure-Beaulieu, relate trois observations d'urémiques chez lesquels le dosage de l'urée dans le sang a permis de porter un pronostic précis des faits du taux élevé ou inversement de l'absence de l'azotémie conformément aux lois énoncées par le professeur Widal. Dans l'un de ces cas, suivi depuis plus d'un an, un sujet, atteint de néphrite chronique ancienne, fait à plusieurs reprises des crises urémiques graves avec coma et Cheyne-Stokes auxquelles il semble devoir succomber et dont, contre toute attente, il se rétablit; or le dosage de l'urée sanguine et de celle des sérosités articulaires montre une proportion d'urée relativement faible s'élevant à 76 centigrammes dans une des crises, tombant à 34 centigrammes dans une accalmie relative. L'absence d'azotémie marquée cadrait ici avec l'évolution clinique alors que les signes urinaires, cardio-vasculaires et nerveux semblaient commander un pronostic sévère.

Inversement un homme atteint de pyélo-néphrite d'origine blennorragique, entré avec des vomissements et divers signes urémiques, entraînant un pronostic sans doute réservé mais sans gravité immédiate, a dès l'entrée dans son service une azotémie considérable s'élevant à 4gr02 au litre. Les craintes qu'elle fait émettre se vérifient rapidement et un syndrome hémorragique urémique avec hypotension artérielle et syncopes terminales emporte le malade en dix jours, l'azotémie

s'élevant à 4g90 et 5g01. Dans ce cas l'examen des urines pyuriques puis hématuriques ne pouvait nullement renseigner sur le pronostic à porter.

Un troisième cas, à bien des égards superposable, concerne une femme envoyée à l'hôpital pour des accidents rattachables selon son médecin à une intoxication alimentaire, mais chez laquelle une albuminurie prononcée et un état de somnolence font suspecter une néphrite grave; l'examen du sérum révèle 2g70 d'urée et l'évolution vérifie rapidement le pronostic dès lors porté; la somnolence, les vomissements, l'apparition de givre d'urée sur les téguments, celle d'un érythème maculo-papuleux avec prurit traduisent cliniquement l'intoxication urémique, allant de pair avec une azotémie croissante (4g87, puis 5g14); la mort survient après dix jours, en même temps que le corps se couvre de givre d'urée.

Dans ces trois faits, suivis avec MM. Faure-Beaulieu et Vaucher, la recherche de l'urée dans le sang a donc été un élément de pronostic précieux. Elle s'impose dans les états urémiques aussi bien pour atténuer la gravité du pronostic lors de constatation négative que pour faire prévoir à bref délai l'évolution fatale, lors d'azotémie marquée et progressive.

Syndrome méningé et ictère grave. — M. Lortat-Jacob a observé un cas d'état méningé avec ictère grave, semblable à ceux qu'ont décrits MM. Guillain et Richet, et qui se termina par la mort. L'étiologie pouvait peut-être, dans ce cas, trouver une explication dans une syphilis maligne, comme en témoignait la présence de plaques muqueuses et de syphilides ulcérées.

M. Guillain fait remarquer qu'on ne saurait assimiler ce cas à ceux qu'il a décrits et qui paraissaient bien l'expression d'une infection particulière, touchant en même temps le foie et les méninges, paraissant épidémique et nullement sous la dépendance directe d'aucun processus infectieux connu.

Ictère au cours d'une fièvre typhoïde. Syndrome de l'ictère catarrhal. Dissociation de la sécrétion biliaire. Absence d'angiocholite. — MM. P. Abrami et Gautier rapportent l'observation d'un cas de typhoïde avec ictère, montrant une fois de plus l'origine hépatique et non angiocholitique des ictères infectieux. Au cours de cet ictère qui évolua avec tous les caractères de l'ictère dit catarrhal, existait une véritable dissociation de la sécrétion biliaire, caractérisée par une rétention totale des pigments et une excrétion absolument normale des acides biliaires, réaction de Hay constamment négative, absence de prurit et de bradycardie, épreuve des hémoconnies positive.

L'autopsie permit d'abord de vérifier cette dissociation : la bile vésiculaire, décolorée et blanche, ne contenait pas de pigments elle renfermait, par contre, de grandes quantités de sels biliaires.

En outre, il n'existait pas trace d'angiocholite, pas plus extra qu'intrahépatique ; mais le foie, très altéré, était le siège d'hépatite diffuse.

Cette observation représente donc, d'une façon complète, une preuve nouvelle que l'ictère infectieux, qu'il soit primitif ou secondaire, bénin ou grave, est toujours l'expression d'une hépatite et non d'une angiocholite.

Nouvelles recherches sur les propriétés homo et hétérostimulantes de certains lipoïdes (testicule, thyroïde, hypophyse, surrénales). Propriétés physiologiques et thérapeutiques. — M. Iscovesco, en dehors des propriétés physiologiques et thérapeutiques des lipoïdes homo-stimulants du testicule, puis de l'ovaire, du rein et du corps jaune, exposées dans une séance précédente, présente de nouvelles recherches sur des lipoïdes homo-stimulants et hétéro-stimulants qu'il a extraits de la thyroïde, de l'hypophyse, des capsules surrénales et des globules rouges. Il apporte des pièces et des photographies démontrant que le lipoïde spécifique qu'il a extrait de la thyroïde est capable de provoquer d'une façon définitive chez le lapin, la triade basedowienne. Il montre en effet des pièces d'animaux traités avec ce lipoïde, ayant présenté de l'exophtalmie, de l'hypertrophie thyroïdienne, de la tachycardie, ayant laissé comme suites une hypertrophie considérable du cœur. Ce lipoïde thyroïdien a en outre la propriété d'exciter et d'augmenter de volume les capsules surrénales, ainsi que l'appareil génital femelle, mais, sur ce dernier point, beaucoup moins que le lipoïde provenant de l'ovaire. L'auteur indique que le lipoïde thyroïdien qu'il a isolé représente l'ensemble des propriétés physiologiques généralement attribuées à la glande thyroïde ainsi que ses propriétés thérapeutiques. L'auteur expose les nouvelles recherches qu'il a faites sur le lipoïde extrait de l'hypophyse, et des propriétés excitantes sur le rein. Ce lipoïde provoque des troubles graves caractérisés surtout par l'amaigrissement des animaux. Il a des propriétés tout à fait remarquables sur la nutrition de la peau et sur le système pileux des animaux. L'auteur présente des animaux traités pendant un certain temps avec ce lipoïde, qui présentent des escarres nombreuses de la peau, la chute des poils et des altérations graves du système pileux. L'auteur expose ses recherches nouvelles sur le lipoïde extrait de la surrénale, et montre que ce lipoïde a la propriété d'hypertrophier la surrénale, et d'agir aussi sur le corps thyroïde et sur le cœur. Enfin, il termine en exposant les propriétés hémopoïétiques d'un lipoïde qu'il a extrait des globules rouges ; et il montre qu'en dehors du pouvoir que possède ce lipoïde de provoquer la régénération sanguine rapide, chez les animaux saignés, il a aussi la propriété de provoquer une hypertrophie considérable des capsules surrénales dont le volume et le poids peuvent être doublés, ainsi les capsules surrénales doivent donc être rangées parmi les organes hémopoïétiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 11 décembre 1912)

Fractures marginales. — M. Souligoux répond de nouveau à M. Quénu et revient sur les arguments qu'il a déjà présentés, en les appuyant sur de nouveaux faits.

Tumeurs solides de l'ovaire. — M. Potherat fait un rapport sur une observation de M. Le Moniet (de Rennes). Il s'agissait d'une femme de quarante-six ans qui portait, dans le ventre, une énorme tumeur et qui était tombée dans un état général grave. Cette tumeur était solide, lisse, dure. Il n'y avait pas d'ascite. Au toucher vaginal, on constatait un col gros, des culs-de-sac libres; on ne sentait pas le corps utérin. L'évolution de cette tumeur avait été lente. Elle datait de douze ans au dire de la malade. Il y a sept ans, elle avait eu une grossesse normale et un accouchement régulier. Par son énorme volume, cette tumeur devenait une gêne pour le cœur et les poumons. M. Le Moniet s'appliqua donc d'abord à relever les forces de la malade par des injections d'huile camphrée et autres, puis il l'opéra le 29 mars 1911. Il fit une laparotomie médiane remontant jusqu'à l'appendice xyphoïde. Il trouva la tumeur libre d'adhérences, put facilement l'extérioriser; elle avait un petit pédicule partant de l'ovaire droit. Il y avait en avant quelques adhérences au côlon transverse qu'il fut facile de détacher. L'utérus était recouvert de multiples petits fibromes. M. Le Moniet fit l'hystérectomie supravaginale, enleva l'appendice et referma le ventre par trois plans de suture, avec un drain à la partie inférieure. La malade guérit très rapidement.

La tumeur pesait 12 kilogr. 500 grammes. A la coupe, elle était dure, ligneuse; par places, il y avait de petites cavités, de petites geôles contenant un liquide séreux. Cette tumeur

présentait l'aspect d'un fibrome de l'utérus non dégénéré. S'agissait-il d'un myome, d'un fibromyome ou d'un fibrome pur, les trois seules variétés de tumeurs solides de l'ovaire? L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un fibrome pur de l'ovaire. Ce qu'il y a de particulièrement intéressant, dans ce cas, c'est l'énorme volume de cette tumeur.

Tuberculose du testicule ectopié. — M. Le Dentu propose d'ouvrir un nouveau chapitre de pathologie chirurgicale, celui de la tuberculose des testicules ectopiés. C'est là, en effet, un cas pathologique extrêmement rare, et presque inconnu. M. Le Dentu en apporte un exemple qui remonte à cinq ans. Il s'agissait d'un homme de trente ans, blond, pâle, maigre, qui portait dans l'aine droite une tumeur volumineuse, non adhérente, d'une consistance uniformément rénitente, sans foyers de ramollissement ni d'induration. Il n'y avait pas de testicule dans le scrotum, à droite. M. Le Dentu pensa d'abord avoir affaire à une tumeur maligne du testicule ectopié. Toutefois, le malade avait eu une arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne. On pouvait donc hésiter entre une tumeur maligne et une tuberculose. M. Le Dentu incisa, trouva le canal déférent intact, le sectionna et enleva la tumeur, qui fut examinée par M. Auguste Petit, qui conclut à la tuberculose. D'ailleurs, des inoculations faites à des cobayes furent positives.

Dans sa longue carrière, M. Le Dentu n'a rencontré qu'un seul cas de cancer du testicule ectopié. Mais il en a été publié quelques cas. Il n'a jamais vu d'autres cas de tuberculose que celui qu'il vient de rapporter, et il n'en a trouvé aucun autre exemple dans la littérature.

M. Le Dentu demande à ses collègues s'ils ont observé des cas analogues.

M. Broca a rencontré une seule fois un testicule tuberculeux ectopié chez un garçon de douze ans, qui avait un mal de Pott.

M. Kirmisson n'a jamais rencontré de cas de ce genre. Il fait d'ailleurs observer que, d'une façon générale, la tuberculose n'atteint pas les organes atteints de malformation.

Traitement chirurgical du mégacôlon congénital. — M. Pauchet (d'Amiens) rapporte les six opérations suivantes :

1° Garçon de treize ans. Mégacôlon descendant et iliaque. *Occlusion aiguë.* Laparotomie. Incision et vidange d'une anse énorme. Suture de l'incision colique. Suites : rupture de la suture intestinale, mort.

2° Homme de trente-cinq ans. Mégacôlon ilio-pelvien. *Occlusion aiguë.* Gangrène. Péritonite. Laparotomie. Anse énorme, noir verdâtre. Liquide péritonéal putride. Résection. Abouchement des deux extrémités de l'intestin à la peau. Longueur de l'anse, 95 centimètres; largeur, 13 centimètres. Collapsus. Mort.

3° Garçon neuf ans. Mégacôlon ilio-pelvien. Ventre énorme. Alternative de constipation et de débâcle (huit jours). Laparotomie. Iléo-sigmoïdostomie basse. Résultat à peu près nul.

4° Homme vingt-sept ans. Mégacôlon ilio-pelvien. Même syndrome que le précédent. Laparotomie. Cæco-sigmoïdostomie. Résultat incomplet, mais amélioration.

Chez ces deux derniers malades, la résection eût été facile et aurait amené la guérison.

5° Garçon dix-sept ans. Mégacôlon ilio-pelvien. Même syndrome. Résection. Longueur de l'anse, 32 centimètres; diamètre, 12 centimètres. Entéroraphie circulaire. Appendicostomie de sûreté. Sphacèle de l'appendice. Péritonite diffuse. Bon résultat du côté de la résection.

6° Fille vingt ans. *Enorme dilatation ilio-pelvienne* par rétrécissement sus-rectal. Opération abdomino-périnéale. Résection de l'anse dilatée. Fixation du côlon descendant à la peau de l'anus. Très bon résultat.

Conclusions. — *a.* Le *mégacôlon congénital compliqué d'occlusion aiguë sans sphacèle* doit se traiter par l'*incision* et la vidange de l'anse. La suture sera fixée à la peau, puis on fera une *appendicostomie* de sûreté; deux mois après, faire la résection de l'anse dilatée, à froid.

b. Le *mégacôlon congénital avec occlusion et gangrène* doit se traiter par la *résection* et l'abouchement des deux orifices de la peau.

c. Le *mégacôlon congénital sans complication* (cas habituel) se traitera par la *résection*, opération très facile, beaucoup plus facile que n'importe quelle résection pour tumeur, inflammation ou gangrène.

d. Ne *faire aucune des opérations suivantes* qui sont timides et inefficaces : colotomie, coloplicature, iléo-sigmoïdostomie, cæco-sigmoïdostomie, etc. Ces interventions ne sont pas plus bénignes que la résection et ne donnent pas de résultat complet.

e. L'appendicostomie est souvent indiquée comme une opération préalable ou complémentaire. La fermeture de l'orifice ne réclame pas d'opération itérative.

Fracture transversale de l'astragale. — M. Ferraton présente un malade qui, dans l'atterrissage malheureux d'un ballon libre, se fractura l'astragale. Il s'agissait d'une fracture transversale. M. Ferraton tenta la réduction par manœuvres externes sous le chloroforme. Il fut assez heureux pour obtenir cette réduction. Il appliqua un plâtre et le résultat fonctionnel fut parfait. Aujourd'hui, treize mois après la réduction, ce malade a presque tous les mouvements de son pied et marche très bien sans canne.

M. Kirmisson félicite hautement M. Ferraton de ce beau succès.

M. Tuffier fait observer que la réduction, possible dans certains cas, comme dans celui de M. Ferraton, est dans d'autres cas extrêmement difficile et parfois même impossible. C'est ainsi que, dans un cas qu'il a vu avec M. Destot, il leur a été impossible de réduire une fracture portant sur le col de l'astragale.

Gastrostomie. — M. Souligoux présente deux malades auxquels il a fait une gastrostomie, par le procédé de la torsion; chez ces malades, la fistule gastrique est parfaitement continente.

Suture sous-cutanée des fractures de l'olécrâne et de la rotule. — M. Chaput présente une malade qui a été opérée de la façon suivante : il fait trois mouchetures à la peau, deux sur chaque fragment au voisinage du trait de fracture, le troisième sur la même verticale, à égale distance des deux premières.

L'aiguille de Reverdin entre par l'orifice du bas et sort par l'orifice du haut après avoir embroché le périoste des deux fragments. L'aiguille est retirée en entraînant un catgut, dont les deux chefs sont ensuite ramenés sous la peau par l'orifice du milieu au moyen de l'aiguille, et enfin noués. On fait plusieurs sutures semblables, les unes sur les fragments, les autres sur les ailerons fibreux.

L'auteur a opéré par son procédé quatre fractures de rotules et deux de l'olécrâne avec un résultat fonctionnel excellent.

Traitement d'un lymphadénome de la parotide par le radium. — M. Bazy présente le malade dont il a parlé dans la dernière séance et qui était atteint d'un lymphadénome de la parotide. Ce malade a été traité par des tubes de radium et voilà quatre ans qu'il reste guéri.

Epispadias. — M. Broca présente un enfant épispade. Au-dessous de son méat il a un urètre normal qui va jusqu'à la vessie et qui est parfaitement continent. Dans ces conditions, M. Broca ne croit pas devoir opérer cet enfant.

Commission du prix Devergie. — MM. Delorme, Thiéry et Cunéo.

ANALYSES

MÉDECINE

Le traitement de la variole par la teinture d'iode. (A. G. Newell. *Indian med. Gaz.*, sept. 1912, p. 352.) — Considérant que la teinture d'iode constituait un excellent désinfectant de la peau, pénétrant dans l'épaisseur de ses couches superficielles, Newell a eu l'idée de l'employer pour la désinfection des pustules varioliques et diminuer ainsi la contagiosité des débris épithéliaux disséminés autour des malades. Il débuta par badigeonner les pustules sur le front, le menton, le dos des mains. Cet essai montra que le résultat dépassait les espérances : appliquée dans des cas presque confluents et au début, la teinture d'iode amena un avortement de l'éruption qui guérit sans laisser ces cicatrices si disgracieuses dans les cas confluents. Le succès est d'autant plus marqué que l'application a été précoce.

L'auteur a utilisé la teinture d'iode ordinaire du Codex anglais et a limité ses applications aux parties découvertes. L'application se fait deux ou trois fois par jour pendant quelques jours seulement.

Si le traitement a été entrepris de bonne heure on observe les avantages suivants : 1° absence de cicatrice indélébile; 2° amélioration de la marche générale de la maladie ; 3° diminution de la douleur et de la fièvre; 4° diminution des dangers de contagion par désinfection des débris épithéliaux sur les parties découvertes; 5° danger moindre pour les personnes qui cohabitent avec le malade si on a soin de compléter la prophylaxie par la stérilisation de tous les vêtements du malade en contact avec les parties non traitées à la teinture d'iode; 6° en diminuant le nombre des pustules on diminue la gravité et la mortalité de l'affection.

L'auteur se propose de voir si on ne peut diminuer encore cette gravité en traitant par des applications successives les différentes parties du corps couvertes de pustules.

M. LANCE.

MÉDECINE INFANTILE

Contribution à l'étude du traitement de la tuberculose osseuse infantile. (Delay. *Rundsch. f. Medizin*, n° 33, 1912.) — Des divergences de vue très profondes se sont manifestées au cours de ces dernières années, à propos du traitement des tuberculoses chirurgicales de l'enfance; l'auteur est assez ennemi de toute intervention : il expose d'abord simplement sa propre statistique dans laquelle il s'agit d'assez nombreux cas, traités uniquement par l'immobilisation.

De 1898 à 1910, sur 37 cas observés, il y a eu 22 cas de tuberculose osseuse infantile traités et dont on peut classer ainsi les résultats : 17 ont été guéris ; dans trois cas seulement le traitement a duré moins de deux ans ; dans tous les autres cas, la durée fut de deux ans au moins ; un seul cas a été opéré, résection de l'astragale. Deux sujets sont restés malades, trois sont morts.

On peut poser en principe la loi suivante : *normalement la tuberculose osseuse infantile, mise dans de bonnes conditions d'hygiène et de repos, tend à la guérison.*

Il est encore un point important à discuter, si l'on veut porter un jugement sérieux sur le traitement de la tuberculose chirurgicale, c'est de savoir si les tuberculoses osseuses et articulaires sont des tuberculoses atténuées. Les conclusions de l'auteur sur ce point sont les suivantes. Il faut considérer la tuberculose des os, même chez les enfants en bas âge, comme une forme tardive de la tuberculose, tardive en ce sens qu'elle a été précédée par une localisation primitive lymphatique. Elle peut se présenter avec tous les degrés de gravité, mais ce qui en fait cependant la bénignité relative, ce n'est pas le manque de virulence du germe, c'est la résistance beaucoup plus grande de l'enfance, vis-à-vis des infections tuberculeuses. C'est cette valeur de l'élément DÉFENSE dans les tuberculoses osseuses de l'enfance, qui doit diriger le médecin, vers les méthodes prudentes et conservatrices.

B. GAYARD.

Trois cas de noma buccal étudiés au point de vue bactériologique. (Zuber et Petit. *La Clinique infantile*, 15 août 1912.) — L'examen des *lames obtenues* avec la sérosité montre la présence de bacilles fusiformes assez gros et de fines spirilles réalisant la *symbiose fusospirillaire de Vincent.*

Les *cultures* n'ont donné que peu de résultats : elles sont restées stériles dans un cas; dans un autre il s'est développé un bacille strictement anaérobie; dans le troisième il s'est développé des microbes banaux.

Les *inoculations* ont provoqué des abcès, dans le pus desquels il n'a été retrouvé ni bacille fusiforme ni les spirilles. Sur les *coupes* on retrouve des microbes très variés, mais à la périphérie de l'escarre on n'observe presque que des bacilles fusiformes, qui sont surtout abondants entre les faisceaux musculaires.

Avec Veszpremi et Rona les auteurs pensent que le noma appartient au groupe des fuso-spirilloses, comme la stomatite ulcéro-membraneuse.

En raison de l'heureux effet des injections de 606 dans les spirilloses, on peut tenter par analogie ce traitement au cours du noma.

B. GAYARD.

NEUROLOGIE

Apraxie motrice bilatérale suivie d'autopsie. (F. d'Hollander. *L'Encéphale*, 10 juin 1912.) — Une femme de cinquante-cinq ans, paraphasique et hémianopsique, mais n'ayant ni surdité verbale, ni cécité psychique, ni aucun déficit de la psycho-motilité, est incapable d'utiliser ses membres vers un but déterminé. Elle comprend les ordres qu'on lui donne, possède la notion des objets qu'on lui présente, mais a une impossibilité d'exécuter des actes tels que celui de prendre une allumette et de la faire flamber ; elle a de l'apraxie motrice bilatérale.

A l'autopsie on trouve deux foyers de ramollissement. Dans l'hémisphère gauche c'est un foyer sous-cortical qui détruit la partie centrale de la circonvolution limbique, des lobules lingual et fusiforme, du cunéus, des deuxième et troisième occipitales ainsi que des deuxième et troisième temporales ; il coupe les faisceaux d'association des lobes occipital, pariétal et temporal. Dans l'hémisphère droit c'est une destruction de la première frontale.

L'auteur tente une explication de ce cas, en admettant que le foyer gauche engendre l'apraxie droite, par rupture des nombreux faisceaux issus du grand centre d'association postérieur, et que le foyer frontal droit crée l'apraxie gauche, par rupture des fibres frontales afférentes aux circonvolutions centrales droites. Rapprochant cette observation d'un cas analogue d'Hartmann, il considère le lobe frontal droit comme un appareil de transmission intercalé entre les centres moteurs droits et le champ gauche de l'idéation.

P. CAMUS.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE LA TRACHÉO-BRONCHITE GRIPPALE

Par M. Beuriot.

La trachéo-bronchite est la localisation la plus fréquente de la grippe sur les voies respiratoires. Tout d'abord, il s'agit d'un coryza puis, en très peu de jours, la toux se manifeste sèche, un peu quinteuse. Une douleur rétrosternale s'installe, la voix devient rauque, surtout le soir, et dès ce moment le

rhume vulgaire, c'est-à-dire la trachéo-bronchite est constituée.

Pour calmer cette toux, on s'adresse aux sédatifs habituels, aconit, belladone, opium. Grasset fait prendre plusieurs cuillerées à soupe de la potion suivante :

Teinture d'aconit	c gouttes
Eau de laurier-cerise.......	50 grammes
Sirop de Tolu	300 —

Les préparations opiacées sont certainement les plus actives et l'on donnera la préférence à l'extrait thébaïque et surtout au Pantopon (sirop ou comprimés) dont les effets sédatifs et hypnotiques sont puissants. Le pantopon représente, sous la forme de chlorhydrates, tous les alcaloïdes renfermés dans l'opium ; c'est de l'opium total soluble et injectable; il a des propriétés analogues à celles de l'opium et de la morphine sans en avoir les inconvénients. Trois à neuf cuillerées à café par vingt-quatre heures de sirop de Pantopon suffiront à calmer les accès de toux.

Puis, au bout de quelques jours, on aura recours aux expectorants, benzoate de soude, chlorhydrate d'ammoniaque. Certains auteurs et Marrotte en particulier considèrent ce dernier médicament comme un spécifique (?); on le donnera à la dose de 2 à 3 grammes par jour.

Plus tard, encore, quand l'expectoration paraîtra avoir suffisamment duré et que, d'ailleurs, les crachats diminuent d'abondance, on emploiera les cachets ou les comprimés Roche (6 par jour) ou bien le sirop Roche au thiocol dont l'activité est peut-être supérieure. Avec ces médicaments qui sont des modificateurs puissants de la muqueuse bronchique et du parenchyme pulmonaire, on tarit les sécrétions, on assèche la lésion, et la trachéo-bronchite ayant été ainsi dirigée à travers son évolution guérira sans incident, sans extension pulmonaire.

L'avantage de ce traitement consiste dans ce fait que la *restitutio ad integrum* peut être considérée comme parfaite et que l'on n'a pas à redouter pour l'avenir des poussées fluxionnaires sur d'anciens reliquats inflammatoires considérés souvent à tort comme disparus.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Annales de dermatologie et de syphiligraphie. — (N° 11, nov. 1912.) NICOLAS et CHARLET : Variations de la réaction de Wassermann faite en séries chez les syphilitiques traités. — BIZZOZERO : Exanthèmes syphilitiques secondaires et hectine. — A. NANTA : Etude des lymphodermies et des myélodermies (manifestations cutanées des états leucémiques et aleucémiques (*suite*).

Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx. — (N° 10, oct. 1912.) LANNOIS et MONTCHARMONT : Sur un cas de cancer secondaire du larynx. — LE MÉE : Des analgésiques locaux et leur emploi en chirurgie oto-rhino-laryngologique.

Annales médico-psychologiques. — (Oct.-nov. 1912.) SÉGLAS et Robert DUBOIS : Notes cliniques sur les aliénés gémisseurs. — A. RÉMOND et SAUVAGE : Sinistrose et psychose à forme confusionnelle. — GARNIER : Le crime de Roussillon et l'état mental des trois auteurs. — TRÉNEL : Divorce et aliénation mentale. — H. COLIN : Le quartier de sûreté de Villejuif (aliénés criminels, vicieux, difficiles, habitués des asiles).

Archives d'électricité médicale expérimentales et cliniques. — (N° 347, 10 déc. 1912.) JACQUES et G. DANNE : Sur les unités de quantité d'émanation du radium. — R. JULIEN : Traitement des cancers de l'estomac par le radium. — H. COUTARD : Sur l'émanation du radium. Son utilisation thérapeutique. Importance du rayonnement. — GAIFFE : Tableau électrothérapique à graduation et distribution localisées pour le traitement des maladies de la nutrition (méthode du professeur Bergonié). — J. DANNE : Le laboratoire d'essais des substances radioactives.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. — (N° 11, nov. 1912.) RICHET : Les appendicites hématogènes et l'élimination microbienne par l'appendice. — MATIGNON : Perturbations de l'équilibre intestinal sous l'action des excitations génésiques chez la femme. — MAZEL et DEVIC : Métastases vertébrales et méningée simulant une syphilis cérébrale au cours de l'évolution jusque-là latente d'un cancer gastrique.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 44, 2 nov.) R. DESPLATS : La radiologie gastrique, comment on la pratique, ce qu'il faut lui demander. — (N° 45, 9 nov.) FOURDINIER et M. DEKESTER : Deux cas d'ectromélie cubitale associée à l'ectromélie du médius du côté opposé. — (N° 46, 15 nov.) C. LEPOUTRE : La question du traitement de la tuberculose rénale à l'association française d'urologie.

Journal médical français. — (N° 11, 15 nov. 1912.) LE FUR : Indications du traitement médical et chirurgical dans la tuberculose rénale. — L. BERNARD et HERTZ-BOYER : Résultats généraux de la néphrectomie pour tuberculose rénale. — VON PÉCHÈRE : Considérations sur le traitement de la tuberculose rénale. — CASTAIGNE : Défense du traitement médical de la tuberculose rénale. — A. ROBIN : Traitement de la tuberculose rénale ulcéro-caséeuse. — CASTAIGNE, GOURAUD et LAVENANT : Traitement de la tuberculose rénale par les corps immunisants de Spengler.

Revue médicale de l'Est. — (N° 23, 15 nov. 1912.) A. HERGOTT : Avortements spontanés et avortements criminels.

Revue neurologique. — (N° 21, 15 nov. 1912.) MARINESCO et MINEA : La culture des ganglions spinaux de mammifères in vitro, contribution à l'étude de la neurogenèse. — ARSIMOLES et HALBERSTADT : Sur quelques syndromes mentaux dus à la syphilis cérébrale.

Riforma medica. — (N° 37, 14 sept. 1912.) Spiro LIVIERATO : Nouvelles recherches sur le déterminisme de la pulsatilité dans les épanchements pleuraux. — Luigi CAFORIO : Nouvelles recherches sur l'autosérothérapie de l'hydrocèle et sur le mode d'action des autosérums. — C. PIAZZA : Cancroïdes par rayons de Röntgen. — (N° 38, 21 sept.) Spiro LIVIERATO : Nouvelles recherches sur le déterminisme de la pulsatilité dans les épanchements pleuraux. — Giacinto GIORDANO : Fibro-myxo-sarcome du cordon spermatique. — M. DARDANELLI : Les kystes de l'utérus. — (N° 39, 28 sept.) Piero MASENTI et Marco BORGOGNO : Données hématologiques dans la tuberculose pulmonaire. — Angiolo TORI : Sur un cas périthéliome du palais antérieur. — (N° 40, 5 oct.) F. LUZZATTI et B. SANTANGELO : Sur un vice du cœur chez un enfant de cinq ans. — Otello FINZI : Note clinique sur les plaies thoraco-abominales. Coup de revolver ayant entraîné la perforation de la plèvre, du diaphragme, la déchirure de la rate, une double perforation de l'estomac, la déchirure du lobe gauche du foie ; intervention, complications diverses, guérison. — (N° 41, 12 oct.) G. CONSTANTINI : La valeur de la méthode de Much pour la coloration des bacilles tuberculeux. — Ubaldo COSTA : Contribution clinique à l'étude de la hernie annexielle.

Semaine gynécologique. — (N° 48, 26 nov. 1912.) A. LUCAS : Encore le traitement des vomissements de la grossesse par l'application d'une vessie de glace sur le bas-ventre.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 145. — JEUDI 19 DÉCEMBRE 1912. 85e ANNÉE. JEUDI 19 DÉCEMBRE 1912. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — MUTATIONS. — Sont arrêtées les mutations suivantes : M. Gandy passe à l'hôpital Cochin (service de la tuberculose).

M. Milian est nommé médecin chef de service à l'hospice Debrousse.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 16 décembre. — MM. Berthomieu-Lamer, 6; Touchard, 8; Berthelot et Benoist, 7; Monod (Lorenz), 10; Parat, 7; Buquet, 10; Sibot, 8.

Séance du 17 décembre. — MM. Solente, 4; Salles, 8; Huc (Georges), 9; Wroczynski, 8; Kermorgant, 6; Tribout, 7; Vicente, 6; Borel (Paul), 12.

Anatomie. — Séance du 17 décembre — MM. Goret et Ollier, 11; Prunier, 9; Baudet, 11; Braine, 12; Mlle Besson (H.), 9; MM. Roberti, 11; Butin, 12.

— *Un ordre du jour des internes en médecine des hôpitaux de Paris.* — Les internes en médecine des hôpitaux de Paris, réunis à l'Hôtel-Dieu le 27 novembre 1912, constatent avec peine que des événements fâcheux, récemment survenus dans une salle de garde et constituant un fait isolé, ont jeté un discrédit momentané sur le corps de l'internat tout entier au point de provoquer de la part du Conseil de surveillance une mesure générale.

Les internes en médecine réprouvent tous faits scandaleux, passés et à venir, et, animés d'esprit de loyauté, demandent qu'il ne soit pas pris de mesures vexatoires, incompatibles avec leur liberté.

Décidés à ce que celle-ci ne dépasse pas les limites de la dignité professionnelle, ils chargent une commission permanente de l'internat de veiller à cette dignité et de réprouver tout ce qui peut y porter atteinte; confiants dans l'affection de leurs maîtres, ils leur demandent de les aider de leur bienveillant appui pour faciliter leur rôle à l'hôpital.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — M. L. Spillmann, agrégé, a été nommé chef du laboratoire de pathologie interne et générale.

M. Perrin, agrégé, a été nommé assistant de la clinique médicale.

Ont été nommés chefs aux cliniques ci-après : ophtalmologique, M. Rohmer; chirurgicale, M. Hamant; maladies des enfants, M. Remy; maladies des voies urinaires, M. Bœckel; orthopédie et chirurgie infantile, M. Mutel.

Sont nommés préparateurs : MM. Weiss (physiologie), Bedin (médecine légale), Aron (histologie), Grimault (physique), Simon (chimie), Alamelle (thérapeutique et matière médicale), Morlot (anatomie pathologique), Jacquot (hygiène), Mathieu (physiologie), Jannin (histoire naturelle), Paysant (travaux pratiques de chimie), Watrin (prosecteur d'anatomie).

Sont nommés aides de clinique : MM. Lévy, Fourcard, Ducret.

Sont nommés aides d'anatomie : M. Drouet, Mlle Laurent; monitrice au laboratoire dentaire, Mlle Pinoche.

M. Nosbaume est maintenu, pendant l'année scolaire 1912-1913, dans les fonctions de préparateur de prothèse dentaire.

M. Guillemin est nommé moniteur d'anatomie.

JUBILÉ DU PROFESSEUR CH. RICHET. — La remise du volume jubilaire offert au professeur Charles Richet à l'occasion du vingt-cinquième anniversaire de sa nomination à la chaire de physiologie de la Faculté de médecine aura lieu sous la présidence du professeur Chauveau de l'Institut le dimanche 22 décembre, à dix heures et demie précises, à la Faculté de médecine (salle du conseil).

HOMMAGE AU DOCTEUR DENY. — Rappelons que le dimanche 29 décembre, à dix heures et demie du matin, aura lieu à la Salpêtrière la remise au docteur Deny de la médaille que ses élèves, ses amis et ses collègues des hôpitaux et de la Société de psychiatrie ont décidé de lui offrir à l'occasion de sa nomination de médecin honoraire de la Salpêtrière.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'EUGÉNIQUE. — Une réunion préparatoire de la Société française d'eugénique dont nous avons

RENSEIGNEMENTS

annoncé la fondation aura lieu le dimanche 22 décembre, à trois heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence d'honneur de M. Léon Bourgeois, ministre du travail et de la prévoyance sociale, et sous la présidence effective de M. Edmond Perrier, membre de l'Académie des sciences. Dans cette réunion des allocutions seront prononcées par MM. Paul Doumer, les professeurs Landouzy, Pinard, Edmond Perrier, etc., puis des statuts seront élaborés.

LE IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE se réunira à Gand (Belgique) le 30 août 1913. Ce Congrès fait suite à celui de 1897 (Bruxelles) et à celui de 1906 (Amsterdam).

Le Congrès de Gand est organisé sous le patronage de MM. les ministres de la justice et de l'intérieur, par les Sociétés de neurologie et de médecine mentale de Belgique. De nombreux rapporteurs ont déjà promis leur concours citons : van Deventer (d'Amsterdam), Marinesco et Parhon (de Bucarest), Sérieux (de Paris), Ferrari (de Bologne), Wagner (de Vienne), Dustin, Menzerath, Geerts, Laruelle, Deroitte (de Bruxelles), Claus (d'Anvers), Meeus (de Gheel), Willems (de Louvain), etc.

L'exposition internationale de Gand constituera pour les congressistes une attraction très importante.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Crocq, 62, rue Joseph II, à Bruxelles.

COURS DE PERFECTIONNEMENT POUR LES AFFECTIONS CHIRURGICALES DU NEZ, OREILLES, LARYNX ET BRONCHO-ŒSOPHAGOSCOPIE. — Les docteurs Luc et Guisez recommenceront le 15 janvier, à cinq heures, à leur Maison de santé clinique, 15, rue de Chanaleilles, leur cours pratique sur les affections chirurgicales du nez, larynx, oreilles et broncho-œsophagoscopie. Le cours durera environ un mois.

Pour tous renseignements, s'adresser à la clinique, 15, rue de Chanaleilles.

HOPITAL CIVIL DE CONSTANTINE. — Un concours sera ouvert à Alger, le 4 juin 1913, pour deux places de médecin adjoint à l'hôpital civil de Constantine.

Les candidats devront se faire inscrire, à la préfecture de Constantine, avant le 4 mai 1913.

LES IMPORTATIONS DE PRODUITS CHIMIQUES ET PHARMACEUTIQUES AUX INDES ANGLAISES. — D'après un rapport du Consul général d'Autriche-Hongrie à Calcutta, l'importation des produits chimiques est en voie de progrès aux Indes anglaises. Elle est passée de 584100 livres sterling en 1910 à 643000 livres sterling en 1911. La plupart de ces produits (soude, acide sulfurique, matières colorantes, alun, borax, désinfectants) sont importés de Grande-Bretagne et d'Allemagne.

L'importation de médicaments et produits pharmaceutiques s'est également accrue : de 656900 livres sterling en 1910 elle est passée à 693300 livres sterling en 1911.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Fêtes de Noël et du jour de l'An.* — A l'occasion des fêtes de Noël et du jour de l'An, les coupons de retour des billets d'aller et retour délivrés à partir du 19 décembre 1912 seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 6 janvier 1913, étant entendu que les billets qui auront normalement une validité plus longue conserveront cette validité.

La même mesure s'étend aux billets d'aller et retour collectifs délivrés aux familles d'au moins quatre personnes.

— Le service rapide de nuit sur Chamonix pendant la période des sports d'hiver (Paris, départ 22 h. 15, Chamonix, arrivée 10 h. 48) commencera à fonctionner au départ de Paris le samedi 21, au lieu du dimanche 22 décembre.

Ce service comporte des places de lits-salon, 1re et 2 classes entre Paris et Le Fayet-Saint-Gervais.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Æsculape. — (N° 11, nov. 1912.) VERNEAU : Les restes de Descartes. — DARTIGUES : Le duel au point de vue chirurgical. — TONY D'ULMÈS : La lumière inconnue. — LOCARD : Comment fonctionne un laboratoire de police. — SAINT-YVES : Saint Mathurin, guérisseur de la folie.

Annales des maladies vénériennes. — (N° 11, nov. 1912.) PERKEL : Un cas de congestion cérébrale de deux jours de durée consécutive à trois injections intraveineuses de néosalvarsan. — RAJAT : Note sur l'emploi du salvarsan par voie rectale. — DESMOULIÈRE : L'antigène dans la réaction de Wassermann.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale. — (Déc. 1912.) Paul ADAM : Hygiène des villes. Etablissements dangereux, insalubres et incommodes. — M. LETULLE : Sur la déclaration obligatoire de la tuberculose. — COURTOIS-SUFFIT : Etudes sur les améliorations hygiéniques à apporter dans l'industrie des poudres et salpêtres.

Archives de médecine des enfants. — (N° 12, déc. 1912.) Raoul DUTHOIT : A propos d'un cas de myatonie congénitale ou maladie d'Oppenheim ; contribution à l'étude de cette affection. — DANDOY : De l'abcès rétropharyngien pendant la première année de la vie. — P. BUÉRI : Un cas de syndrome pédonculaire. — Luis A. AZCOITIA : Traitement d'un cas d'hémichorée droite avec hémiplégie et accès apoplectiforme. — COMBY : La dermatomyosite chez les enfants.

Archives générales de chirurgie. — (N° 11, 25 nov. 1912.) POTEL et VERHAEGHE : Sur les infections non spécifiques de la glande sous-maxillaire. — Em. GIRON : Traitement par le mercure de l'infection puerpérale à forme septicémique. — LENNART-NORBLIN : 1° La hernie appendiculaire et l'appendicite herniaire ; — 2° L'appendicectomie dans les opérations de cure radicale des hernies crurales et inguinales. — MAUCLAIRE : Epithélioma de l'angle interne de l'œil. Ablation. Greffe indienne. Ablation de la glande lacrymale.

Centralblatt für innere Medizin. — (N° 47, 23 nov. 1912.) OSZAKI : Sur l'élimination de l'albumine et sur le dosage de l'azote restant du sang au moyen de l'acétate d'uranile.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 45, 7 nov. 1912.) H. STRAUSS : Sur le rôle du sel et de l'eau dans l'alimentation. — STRUBEL : Traitement de l'artériosclérose. — JUNGHAUS : Contribution au traitement du rhumatisme articulaire. — SICK : Expériences sur le traitement aseptique et antiseptique des blessures. — BÖCKER : Sur la tuberculose en foyers des os des extrémités. — MENZER : Découverte de bactéries dans le psoriasis. — STRAUSS : Traitement de l'épithélioma par les sels de cuivre. — STÜHMER : Action toxique des albumines autogènes. — OPPENHEIM : Un nouvel absorbant en gynécologie. — NITZE : Nouveau procédé de tamponnement avec le tampol Roche. — DURLACHER : Pseudo-hermaphrodisme chez une fillette d'un an trois quarts.

Medizinische Blätter. — (N° 22, 16 nov. 1912.) SALAGHI : La mobilisation répétée dans le traitement du pied plat contracté et douloureux. — (N° 23, 7 déc.) Maurice DE FLEURY : Remarques sur la genèse et le traitement de l'épilepsie.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 45, 7 nov. 1912.) HAMBURGER : Sur le mécanisme des maladies psychogènes chez les enfants. — LIPSCHÜTZ : Découverte de protozoaires dans le pemphigus chronique. — BAUER : Clinique de la tétanie et de l'ostéomalacie. — KERL : Expériences sur le néosalvarsan. — LÖWIT : Etude sur les myomes et les sarcomes primitifs de l'estomac.

SÉANCE ANNUELLE

DE

L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(*17 décembre 1912*)

L'Académie a tenu sa séance annuelle selon le rite habituel.

M. Blanchard, secrétaire annuel, a fait un compte rendu des travaux de l'année, a rendu hommage aux membres décédés et souhaité la bienvenue aux nouveaux élus.

Après la lecture du palmarès par M. le président, la parole a été donnée à M. François Franck pour prononcer l'éloge de Marey.

Dans un style précis et élégant, M. Franck a heureusement rempli la tâche un peu ardue de retracer l'œuvre scientifique considérable et surtout bien originale de son maître Marey.

PRIX DÉCERNÉS EN 1912

Prix de l'Académie (1 000 francs). — Question : *Pathogénie des affections parasitaires (non microbiennes) du foie chez l'homme.* — Le prix est décerné à M. le docteur F. Dévé, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen.

Prix Alvarenga de Piauhy [Brésil] (800 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Charles Fleig, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Montpellier. Une mention honorable est accordée à M. le docteur Jean-P. Cardamatis (d'Athènes).

Prix Amussat (1 000 francs). — L'Académie partage le prix entre MM. les docteurs Louis Morel, chef des travaux physiologiques à l'Ecole des Hautes-Etudes, à Paris, et Wullyamoz (de Lausanne).

Prix Apostoli (600 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix.

Prix Argut (650 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Robert Crémieu (de Lyon).

Prix François-Joseph Audiffred (un titre de 24 000 francs de rente). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement : 500 francs à MM. les docteurs J. Castaigne, professeur agrégé, et F.-X. Gouraud, ancien chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris; 500 francs à M. le docteur Robert Olivier, aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Lyon ; 500 francs à M. le docteur Louis Rénon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; 500 francs à M. le docteur L. Revillet, médecin de l'hospice maritime suisse de l'enfance, à Cannes.

Prix Baillarger (2 000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Henri Colin, médecin en chef de l'asile de Villejuif. Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Th. Simon, médecin adjoint des asiles publics d'aliénés, asile Saint-Yon, à Saint-Etienne-de-Rouvray (Seine-Inférieure); L. Tranchant, médecin-major de deuxième classe à l'hôpital de Fez, et P. Lasvignes, capitaine au 158e d'infanterie à Lyon.

Prix Barrier (2 000 francs). — Le prix est partagé de la façon suivante : 1 000 francs à M. Pécus, vétérinaire à l'Ecole d'application de l'artillerie et du génie à Fontainebleau; 500 francs à M. le docteur Charles Fleig, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Montpellier; 500 francs à MM. les docteurs Léopold Lévi et Henri de Rothschild (de Paris).

Prix Charles Boullard (1 200 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Revauld d'Allonnes (de Paris). Une mention très honorable est accordée à M. le docteur Roger Dupouy, médecin de la Maison nationale de santé de Charenton, à Saint-Maurice.

Prix Mathieu Bourceret (1 200 francs). — L'Académie décerne le prix à Mlle le docteur L. Kœssler (de Paris). Une mention très honorable est accordée à M. le docteur René Argaud, chargé des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine d'Alger. Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Louis Lagane et Louis-Albert Amblard (de Paris).

Prix Henri Buignet (1 500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Victor Pachon, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Bordeaux. Une mention très honorable est accordée à M. le docteur Mestrezat, chef des travaux de chimie à la Faculté de médecine de Montpellier.

Prix Campbell-Dupierris (2 300 francs). — Le prix est décerné à MM. les docteurs Rafin, chirurgien, et Arcelin, chef du laboratoire de radiologie de l'hôpital Saint-Joseph, à Lyon. Une mention très honorable est accordée à M. le docteur J. Tanton, médecin-major de deuxième classe, professeur agrégé libre du Val-de-Grâce, hôpital militaire d'Oudjda (Maroc).

Prix Marie Chevallier (6 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. P. Chaussé, vétérinaire inspecteur à Versailles. Une mention très honorable est accordée à M. le docteur H. Paillard (de Paris).

Prix Chevillon (1 500 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Paul Bonnet, préparateur du cours de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Lyon.

Prix Civrieux (800 francs). — Question : *Des différentes variétés de sciatiques.* — Le prix est décerné à M. le docteur Léon Lortat-Jacob (de Paris).

Prix Clarens (400 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix.

Prix Desportes (1 300 francs). — L'Académie partage le prix entre MM. les docteurs Léon Audain, directeur du laboratoire d'hématologie clinique de Port-au-Prince (Haïti) et Nicolaïdi (de Paris).

Concours Vulfranc-Gerdy. — L'Académie a accordé, en 1911, à MM. les stagiaires : une somme de 1 500 francs à M. Lechevallier, pour sa mission en vue d'étudier les eaux minérales de la Suisse française et italienne; une somme de 1 500 francs à M. Lévy, pour sa mission en vue d'étudier les stations du groupe hydrominéral des Apennins; une somme de 1 500 francs à M. Morancé en vue d'étudier les eaux minérales de Penticosa, plus spécialement au point de vue des dégagements gazeux de l'analyse de ces derniers.

Prix Ernest Godard (1 000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Jean Troisier, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris. Des mentions très honorables sont accordées à MM. les docteurs Gellé (de Lille) et Rodolpho Stanziale, professeur agrégé de pathologie et de clinique dermato-syphiligraphique à l'Université royale de Naples.

Prix Pierre Guzman (un titre de rente de 1 328 francs). — Le prix n'est pas décerné.

Prix Théodore Herpin [de Genève] (3000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Guy Laroche (de Paris).

Prix Itard (2 400 francs). — Le prix est décerné à MM. les docteurs Courtois-Suffit, médecin des hôpitaux, et F. Trémolières (de Paris). Des mentions honorables sont accordées à MM. les docteurs Jules Guiart, professeur de parasitologie à la Faculté de médecine de Lyon; L. Grimbert, professeur de chimie biologique à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, et P. Londe (de Paris).

Prix Laborie (5 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur A. Schwartz, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Prix du baron Larrey (500 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Paul Godin, médecin-major de première classe en retraite à Saint-Raphaël. Une mention très honorable est accordée à MM. les docteurs Etienne Ginestous, oculiste de l'hôpital suburbain de Bordeaux, et Edmond Vinturoux, rédacteur principal à la préfecture de la Gironde.

Prix Laval (1 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. Henri Jumont, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

Prix Clotilde Liard (3600 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur Louis Martin, médecin en chef de l'hôpital Pasteur de Paris.

Prix Henri Lorquet (300 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur R. Benon, médecin adjoint des quartiers d'hospice, à Nantes.

Prix Magitot (1 000 francs). — Le prix est décerné à MM. les docteurs Coustaing et Filderman (de Paris). Une mention très honorable est accordée à M. le docteur René Le

Blaye, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Poitiers.

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère [Drôme] (2 600 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Louis Girard, assistant adjoint du service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital Saint-Joseph, à Paris. Une mention honorable est accordée à M. le docteur Emile Alphen (de Paris).

PRIX ADOLPHE MONBINNE (1 500 francs). — L'Académie décerne un prix de 600 francs à MM. les docteurs C. Mathis et M. Leger, médecins-majors des troupes coloniales ; un prix de 500 francs à M. le docteur Richard Millant (de Paris); un prix de 400 francs à M. le docteur Langeron, chef des travaux de parasitologie à l'institut de médecine coloniale ; une mention honorable est accordée à M. le docteur A.-H. Follenfant, médecin principal de première classe, médecin-chef de l'hôpital militaire de Bourges.

PRIX NATIVELLE (300 francs). — Le prix est décerné à M. Marc Bridel (de Paris).

PRIX ORFILA (2 000 francs). — Question : *La toxicité des sérums sanguins, causes de cette toxicité, moyens d'y remédier en vue de leur emploi thérapeutique.* L'Académie décerne le prix à M. le docteur Alexandre Besredka (de Paris).

PRIX OULMONT (1 000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. P. Moure, interne en chirurgie des hôpitaux de Paris.

PRIX PORTAL (600 francs). — Question : *Anatomie pathologique du thymus.* — L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs R. Pigache, médecin aide-major au 141e régiment d'infanterie à Marseille, et G. Worms, médecin aide-major au 79e régiment d'infanterie à Nancy.

PRIX POTAIN (2 400 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur H. Vaquez, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

PRIX SABATIER (600 francs). — Le prix est décerné à MM. les docteurs L. Spillmann, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et L. Bruntz, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Nancy ; une mention très honorable est accordée à M. le docteur Joseph Chalier, chef adjoint de laboratoire à la Faculté de médecine de Lyon.

PRIX SAINT-LAGER (1 500 francs). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX SAINTOUR (4 400 francs). — L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs L. Testut, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lyon, et O. Jacob, médecin principal de l'armée, professeur au Val-de-Grâce.

PRIX TARNIER (5 250 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Robert Daunay (de Paris).

PRIX VERNOIS (700 francs). — L'Académie partage inégalement le prix de la façon suivante : 400 francs à M. le docteur Camille Bidault, vétérinaire en premier au 6e génie, à Angers ; 150 francs à M. le docteur Léon Lortat-Jacob (de Paris) ; 150 francs à M. le docteur L. Lemaire (de Dunkerque) ; une mention très honorable est accordée à M. le docteur Broquin-Lacombe (de Troyes).

SERVICE DES EAUX MINÉRALES. — L'Académie a proposé, et par son arrêté du 19 décembre 1911, M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des eaux minérales de la France pendant l'année 1910 :

1° *Médaille d'or :* M. le docteur G. Bardet (de Paris).

2° *Rappel de médailles de vermeil :* MM. les docteurs C. Fleig, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Montpellier ; et A. Piatot, médecin consultant à Bourbon-Lancy.

3° *Médailles d'argent :* MM. les docteurs P. Desvernine (de Bécon-les-Bruyères) ; et V. Gardette, médecin consultant à Châtel-Guyon.

4° *Rappel de médailles d'argent :* MM. les docteurs F. Déléage, médecin consultant à Vichy ; et L. Salignat, médecin de l'hôpital thermal de Vichy.

5° *Médailles de bronze :* MM. les docteurs J. Boyé, médecin aide-major de première classe au 84e régiment d'infanterie au Quesnoy ; Compin, médecin consultant à Bourbon-Lancy ; Daniel (de Marseille) ; E. del Arca (Enrique), membre de l'Académie de médecine de Buenos-Aires ; et C. Ullmann (de Chester, Pensylvanie [Etats-Unis]).

MM. L. Gentil, pharmacien de première classe à Bastia (Corse) ; et G. Lambert, pharmacien-major des troupes coloniales à Hanoï.

6° *Rappel de médailles de bronze :* MM. les docteurs E. Sollaud, ex-médecin principal de la marine, médecin consultant à Vichy ; et Zuccarelli (de Bastia).

SERVICE DES ÉPIDÉMIES. — L'Académie a proposé et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1910-1911 :

1° *Médaille de vermeil :* M. le docteur Bauzon (Jules), médecin des épidémies, à Chalon-sur-Saône.

2° *Rappel de médaille de vermeil :* M. le docteur Boquin, médecin des épidémies, à Autun.

3° *Médailles d'argent :* MM. les docteurs Ciavaldini, médecin de colonisation, à El-Arrouch (Poste sanitaire de Ghardimaou) [Algérie] ; Folly (R.), médecin-major de deuxième classe à Bou-Denib.

4° *Rappels de médailles d'argent :* MM. les docteurs Colin (Ch.), médecin en chef des épidémies à Quimper ; Gardon (Victor), (d'Alger) ; Legrain (Emile), (de Bougie) ; Poujol (Jean), médecin de colonisation, à Aïn-Bessem ; Rouyer (Emile), médecin-major de deuxième classe au 28e bataillon de chasseurs alpins, à Embrun.

5° *Médailles de bronze :* MM. les docteurs Caron, médecin des épidémies, de l'arrondissement d'Oloron ; Ganzinotti, directeur du service départemental des épidémies, à Nancy ; Laumet (Paul), médecin des épidémies à Troyes ; Rajat (Henri), directeur, et M. Lainé (A.), employé au bureau d'hygiène de Vichy ; Verdier, médecin des épidémies, à Uzerche.

MM. Bragard (L.), pharmacien à Coupy-Bellegarde ; Vincent (A.), pharmacien, à Seyssel.

6° *Rappel de médaille de bronze :* M. le docteur Tripier (H.), médecin des épidémies, à Abbeville.

SERVICE DE LA VACCINE. — L'Académie accorde pour le service de la vaccine en 1911 :

1° *Médailles d'or :* M. le docteur Arnaud, directeur du bureau d'hygiène de Marseille.

M. Huon, directeur de l'Institut vaccinogène de Marseille.

2° *Médailles de vermeil :* MM. les docteurs Billon, à Paris ; Bourret, médecin-major des troupes coloniales, directeur du laboratoire de bactériologie de Saint-Louis ; Guilhaud (G.), chef de service de la vaccination de la ville de Paris ; Sorel, médecin-major des troupes coloniales, directeur du laboratoire de bactériologie de Grand-Bassam.

3° *Rappels de médailles de vermeil :* M. le docteur Gauducheau (A.), médecin-major des troupes coloniales, h. c., directeur de l'Institut vaccinogène de Thai-ha-Ap.

M. Baillet, vétérinaire honoraire de la ville de Bordeaux.

4° *Médailles d'argent :* MM. les docteurs Arlo, médecin des troupes coloniales, vaccinateur, à Bouaké ; Hilaire, à Levallois-Perret ; Léger, médecin des troupes coloniales, directeur du centre vaccinogène de Bamako ; Meuvret, à Fresnes ; Sangline, à Paris.

MM. Chaitiel, préparateur de la vaccine à l'Institut Pasteur de Tunis ; Jourdan, préparateur à l'Institut vaccinogène de Marseille.

5° *Rappels de médailles d'argent :* MM. les docteurs Calton, à Paris ; Tariel, à Issy-les-Moulineaux ; Yvon, à Paris.

6° *Médailles de bronze :* M. le docteur Gardon, médecin communal de la ville d'Alger.

MM. Haury, Henriot, Lazard, Main et Serré, à Paris ; Aubert, auxiliaire du service départemental de la vaccination au bureau d'hygiène à la préfecture de police, à Paris ; Barrois, directeur du G. S. à Fresnes ; Basse, garçon préparateur à l'Institut vaccinogène de Marseille ; Bossard, employé de mairie à Asnières ; Cellier, directeur du G. S., à Boulogne-sur-Seine ; Collin, auxiliaire du service départemental de la vaccination au bureau d'hygiène de la préfecture de police, à Paris ; Dufays, employé de mairie à Boulogne-sur-Seine ; Dupuy, garçon préparateur à l'hôpital Claude-Bernard, à Paris ; Foy, directeur du G. S., à Gentilly ; Gripois, directeur du bureau d'hygiène à Levallois-Perret ; Hennon, directeur du G. S., à Villejuif ; Lamblot, employé de mairie à Bois-Colombes ; Lesbore, directeur du G. S., à Issy-les-Moulineaux ; Masson, directeur du G. S., à Clichy ; Mauroy, employé de mairie à Clichy ; Prévost, directeur du bureau d'hygiène à Aubervilliers ; Thurey, auxiliaire du service départemental de vaccination au bureau d'hygiène de la préfecture de police à Paris ;

Toffier, employé de mairie à Saint-Denis; de Villeneuve, employé de mairie à Levallois-Perret.

Mlle Boivin, directrice du G. S., à Issy-les-Moulineaux.

Service de l'hygiène de l'enfance. — M. le ministre de l'Intérieur met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2.000 francs, destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel. — L'Académie accorde :

1° *Médailles d'or* : L'institut de puériculture *la Pouponnière*, à Porchefontaine.

M. le docteur Lévy (Achille), médecin de l'Assistance publique et du service de la protection du premier âge, à Nancy.

2° *Rappels de médailles d'or* : MM. Augé (Ad.), inspecteur départemental des Basses-Pyrénées, à Pau ; Cambillard (A.), inspecteur départemental de l'Oise, à Beauvais ; Geay (F.), inspecteur départemental du Var, à Draguignan; Lelimouzin (E.), inspecteur départemental de la Loire-Inférieure, à Nantes; Marois (R.), inspecteur départemental de l'Yonne, à Auxerre; Rouveyre (X.), inspecteur départemental des Bouches-du-Rhône, à Marseille.

3° *Médailles de vermeil* : MM. les docteurs Bosc, médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Guignes-Rabutin (Seine-et-Marne); Bruch (A.), à Tunis.

MM. Bouvier (Jean), inspecteur départemental de la Vendée, à la Roche-sur-Yon; Chevillet (G.), inspecteur départemental de Meurthe-et-Moselle, à Nancy; Eynard (J.), inspecteur départemental du Tarn, à Albi; Guillon (J.), inspecteur départemental des Côtes-du-Nord, à Saint-Brieuc; Lavaurs (E.), inspecteur départemental des Landes, à Mont-de-Marsan; Mérat, inspecteur départemental du Calvados, à Caen; Pays (A.), inspecteur départemental de la Haute-Loire, au Puy; Raffalli, inspecteur départemental de la Haute-Saône, à Vesoul.

4° *Rappels de médailles de vermeil* : MM. les docteurs Auvert (J.), inspecteur départemental du Cher, à Bourges; Benoist (G.), inspecteur départemental du Morbihan, à Vannes; Cassoute, médecin en chef des hôpitaux, directeur du service médical de l'œuvre des nourrissons, à Marseille ; Delavalle, médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Sailly-sur-la-Lys; Denizet, médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Château-Landon; Ducournau (F.), médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Benesse-Maremne ; Genglaire, médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Coucy-le-Château ; Hamel, inspecteur départemental de la Sarthe, au Mans; Hébert, médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Audierne; Jarricot (J.), chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Lyon; Mazoyer (Elie), ex-médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Nîmes ; Mercier (Raoul), professeur à l'Ecole de médecine de Tours ; Mesnil (Roger), médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Bernay; Metton-Lepouzé, inspecteur départemental de la Seine-Inférieure, à Rouen ; Mornet (J.), à Bourges ; Subercaze (A.), médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à La Ferté-Alais ; Truffet, médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Seyssel.

MM. Bernis (P.), inspecteur départemental de l'Hérault, à Montpellier ; Blanc (J.-B.), inspecteur départemental d'Indre-et-Loire, à Tours ; Boucoiran (J.), inspecteur départemental du Gard, à Nîmes; Cannet (Em.), inspecteur départemental d'Ille-et-Vilaine, à Rennes; Carré, inspecteur départemental de l'Aisne, à Laon ; Couret (H.), inspecteur départemental de la Charente, à Angoulême; Crégut (R.), inspecteur départemental de l'Ardèche, à Privas; Davodet (A.), inspecteur départemental du Pas-de-Calais, à Arras ; Desmot (J.), inspecteur départemental de la Mayenne, à Laval ; Drouilly, inspecteur départemental de l'Eure, à Evreux; Féraudi (Th.), inspecteur départemental des Alpes-Maritimes, à Nice; Fleury (U.), inspecteur départemental de l'Orne, à Alençon ; Grèges (R.), inspecteur départemental de la Vienne, à Poitiers; Lautré, inspecteur départemental de la Haute-Garonne, à Toulouse; Louis (Léon), inspecteur départemental des Vosges, à Epinal; Roche (Pierre), inspecteur de la Marne, à Châlons; Sarraz-Bournet, inspecteur départemental de la Savoie, à Chambéry; Thomas (E.), inspecteur départemental du Jura, à Lons-le-Saunier; Tissot (Ch.), inspecteur départemental du Loir-et-Cher, à Blois; Viret (G.), inspecteur départemental de la Gironde, à Bordeaux.

Dispensaire des enfants malades de Marseille.

5° *Médailles d'argent* : MM. les docteurs Broudic, à Paris; Durand (G.), interne à l'hôpital civil français, à Tunis; Mugnier, médecin inspecteur du service de protection des enfants du premier âge de la Seine, à Paris; Rigaud (J.), médecin-major de première classe, attaché à la direction du service de santé des troupes coloniales, à Hanoï (Tonkin); Schreiber (G.), à Paris.

MM. Becca, rédacteur principal à la préfecture de police, à Paris; Delattre, commis expéditionnaire à la préfecture de police, à Paris; Desseaux, inspecteur départemental du Loiret, à Orléans; Franco (J.-R.), inspecteur départemental du Finistère, à Quimper ; Hervieu (G.), inspecteur départemental de Saône-et-Loire, à Mâcon; Roux-Duverne, inspecteur départemental de l'Indre, à Châteauroux.

Société protectrice de l'enfance de Reims.

6° *Rappels de médailles d'argent* : M. le docteur Louvet (Emile), médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Lusigny.

MM. Lavialle (J.-B.), instituteur public, à Arnac-Pompadour ; Rousseau (H.), inspecteur départemental du Gers, à Auch.

7° *Médailles de bronze* : MM. les docteurs Brun, médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Chalamont ; Carnat, inspecteur départemental de l'Allier, à Moulins; Cazal (G.), à Toulouse; Frénel, médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Crillon; Gardon (Victor), à Alger; Hennocque (Clément), médecin inspecteur du service de protection des enfants du premier âge de la Seine, à Paris ; Lassort, inspecteur départemental de l'Aude, à Carcassonne; Londe (Paul), médecin inspecteur du service de protection des enfants du premier âge de la Seine, à Paris; Paterne (Daniel), médecin inspecteur de la protection de l'enfance, à Blois (Loir-et-Cher) ; Pigot, inspecteur départemental du Cantal, à Aurillac.

MM. Cens (L.), inspecteur départemental des Ardennes, à Mézières; Clerg (G.), inspecteur départemental des Deux-Sèvres, à Niort; Davin (L.), inspecteur départemental de la Somme, à Amiens; Dichamp (J.), inspecteur départemental de Lot-et-Garonne, à Agen; Floutier (G.), inspecteur départemental des Hautes-Alpes, à Gap; Gilbert (J.-A.), inspecteur des Hautes-Pyrénées, à Tarbes; Jeand'heur, inspecteur départemental du Haut-Rhin, à Belfort; Le Roy (C.), inspecteur départemental de la Corrèze, à Tulle; Mailloux (A.), sous-inspecteur de l'assistance publique, à Angoulême; Morche (Robert), chirurgien-dentiste, à Asnières (Seine); Quilgars (Henri), archiviste-bibliothécaire, à Lesguiriac.

Mme Itam, visiteuse du service de protection des enfants du premier âge de la Seine, à Paris.

Conditions communes a tous les concours. — Les ouvrages destinés aux divers concours de l'Académie de médecine doivent être écrits lisiblement, en français ou en latin, et parvenir directement au secrétariat, francs de port, reliés ou brochés, avant le 1er mars de l'année où le prix doit être décerné, avec une lettre constatant l'envoi et indiquant le concours pour lequel ils sont présentés.

Il ne sera tenu aucun compte des demandes ou des écrits envoyés après cette date, alors même que les envois seraient regardés par les auteurs comme des additions, ou des compléments, ou des rectifications à un travail qu'ils auraient adressé dans les délais de rigueur.

Prix pour lesquels l'anonymat est obligatoire. — Académie, Alvarenga, Capuron, Civrieux, Daudet, Falret, Herpin (de Metz), Lefèvre, Louis, Mège, Orfila, Portal et Pourat.

Pour ces prix, les travaux doivent être manuscrits, entièrement inédits, paginés, suivis d'une table et brochés.

Chaque manuscrit devra porter une épigraphe ou devise apparente, qui sera répétée sur un pli cacheté joint à l'ouvrage et contenant les nom et adresse de l'auteur. Tout concurrent à l'un des prix ci-dessus qui se fera connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Prix pour lesquels l'anonymat est facultatif. — Amussat, Apostoli, Argenteuil, Argut, Audiffred, Baillarger, Barbier, L. Boggio, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Campbell-Dupierris, Chevillon, Clarens, Desportes, Georges Dieulafoy, Godard, Pierre Guzman, Herpin (de Genève), comte Hugo, Huguier, Laborie, baron Larrey, J. Lefort, Leveau, Clotilde Liard, Henri

Lorquet, Magitot, Meynot, Monbinne, Anna Morin, Nativelle, Perron, Rebouleau, Sabatier, Saint-Lager, Saintour, Stanski, Tarnier, Tremblay et Vernois.

Pour ces prix, l'anonymat étant facultatif, les travaux pourront être manuscrits ou imprimés. Ces derniers devront être envoyés au nombre de deux exemplaires.

Prix pour lesquels l'anonymat n'est pas permis. — Berraute, Guinchard, Henri Huchard, Roussilhe et Zambaco.

Pour ces prix, les travaux pourront être manuscrits ou imprimés. Ces derniers devront être envoyés au nombre de deux exemplaires.

Prix n'acceptant que des travaux imprimés. — Marie Chevallier, Itard, Jacquemier, Potain, Ricord et Roger.

Les prix Gerdy, Laval, Oulmont et du XIIIe Congrès international de médecine de Paris, de 1900, sont l'objet de conditions particulières.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au concours, à l'exception des prix Buignet, Chevallier, Henri Huchard, Huguier, Roger et Tarnier.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus. Après la proclamation des prix, les auteurs des manuscrits auront la faculté d'en faire prendre copie dans les bureaux et à leurs frais, avec l'autorisation du Conseil.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine; les encouragements, récompenses et mentions honorables n'y donnent pas droit.

Le même ouvrage ne pourra pas être présenté la même année à deux concours de l'Académie de médecine.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1913

(Les concours seront clos fin février 1913. — Les lettres *p. i.* placées après le montant du prix indiquent « partage interdit », *p. a.* « partage autorisé ».)

Prix de l'Académie. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Pancréatites : étude clinique et expérimentale.*

Prix Alvarenga, de Piauhy (Brésil). — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Apostoli. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage, travail ou mémoire fait dans l'année, en France ou à l'étranger, sur l'électrothérapie.

Prix Argut. — 650 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur de découvertes tendant à agrandir la conquête de la médecine sur le domaine de la chirurgie.

Prix François-Joseph Audiffred. — Un titre de 24000 francs de rente 3 p. 100, *p. i.* — Ce prix sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, fût-ce un membre résidant de l'Académie, qui, dans un délai de vingt-cinq ans, à partir du 2 avril 1896, aura découvert un remède curatif ou préventif reconnu comme efficace et souverain contre la tuberculose par l'Académie de médecine de Paris, dont la décision ne pourra être sujette à aucune contestation.

Prix du baron Barbier. — 2000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues jusqu'à présent le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, la scrofule, le typhus, le choléra morbus, etc. — Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Louis Boggio. — 4300 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix est destiné à encourager et à récompenser les études faites dans le but de trouver la guérison de la tuberculose.

Prix Mathieu Bourceret. — 1200 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

Prix Henri Buignet. — 1500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1500 francs chacun.

Prix Adrien Buisson. — 10500 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

Prix Capuron. — 1000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *De l'opothérapie ovarienne.*

Prix Chevillon. — 1500 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

Prix Civrieux. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Nature et pathogénie de la paralysie infantile.*

Prix Clarens. — 400 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur l'hygiène.

Prix du XIIIe Congrès international de médecine de Paris de 1900. — 3400 fr., *p. i.* — Ce prix sera mis à la disposition du président du Congrès international pour être décerné par ce Congrès sous forme de prix unique.

Prix Daudet. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *De la leucoplasie dans ses rapports avec le cancer.*

Prix Desportes. — 1300 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique et sur l'histoire naturelle pratique et thérapeutique.

Prix Falret. — 700 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *Causes déterminantes de l'attaque d'épilepsie* (*conséquences thérapeutiques*).

Concours Vulfranc-Gerdy. — M. Vulfranc-Gerdy a légué à l'Académie de médecine une rente annuelle de 5500 francs en faveur de deux élèves ayant été attachés en qualité d'internes au service des hôpitaux de Paris, Montpellier, Nancy, Lyon, Lille, Bordeaux, Toulouse, Alger. Ces élèves seront institués pour quatre ans, à la suite d'un concours public subi devant un jury pris parmi les membres titulaires de l'Académie. Ils résideront pendant quatre ans dans un des quarante ou cinquante principaux établissements de France et de l'étranger; ils y étudieront les propriétés et les effets des eaux minérales, et présenteront à l'Académie un rapport annuel sur leurs observations médicales et les effets du traitement, les conditions matérielles des établissements, les conditions hygiéniques et climatériques de la localité.

L'Académie met au concours une place de stagiaire aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1913. — Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1914. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

Prix Ernest Godard. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné alternativement au meilleur mémoire sur la pathologie interne et sur la pathologie externe. — Aucun sujet de prix ne sera proposé. Dans le cas où une année le prix n'aurait pas été donné, il serait ajouté au prix de l'année suivante.

En 1913, pathologie externe.

Prix Pierre Guzman. — Un titre de rente de 1328 fr. 3 p. 100, *p. i.* — Ce prix sera décerné à celui qui trouvera un traitement réellement efficace dans les formes les plus communes des maladies organiques du cœur confirmées. — En attendant qu'on vienne à trouver s'il se peut un traitement qui guérisse la plupart de ces maladies, la testatrice veut que cette rente soit décernée, chaque année, au travail théorique ou pratique le meilleur sur l'une ou l'autre de ces maladies.

Prix Théodore Herpin (de Genève). — 3000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'épilepsie et les maladies nerveuses.

Prix Huguier. — 3000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, en France, *sur les maladies des femmes et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés : seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

Prix Jacquemier. — 1700 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail sur un sujet d'obstétrique qui aurait réalisé un progrès important. — Les travaux devront avoir au moins six mois de publication avant l'ouverture du concours.

Prix Laborie. — 5000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

Prix du baron Larrey. — 500 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix, qui ne pourra être divisé que dans des cas exceptionnels, sera attribué à l'auteur du meilleur travail de statistique médicale. Dans le cas où, par exception, il ne pourrait être décerné, l'Académie serait autorisée à l'employer dans son intérêt.

Prix Laval. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix devra être décerné à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Jules Lefort. — 300 fr., *p. a.* (Quinquennal.) — Ce prix sera attribué à l'auteur du meilleur travail original et non d'une œuvre de compilation (*étude chimique des eaux minérales et potables*). — L'Académie aura la plus grande latitude pour décerner cette récompense et sera seule juge de son attribution. — Ce prix ne pourra être divisé : si, dans une période, aucun travail n'était jugé digne du prix, la somme de 300 francs serait reportée sur la période suivante, ce qui en doublerait la valeur; mais, dans ce

cas, l'Académie pourrait, sur la proposition de la Commission du prix, diviser le montant de la somme, même en fractions inégales, de façon à distribuer deux prix.

PRIX LEVEAU. — 1 200 fr., *p. a.* (Annuel) — Ce prix est destiné à récompenser les élèves en médecine ou en pharmacie, les médecins ou pharmaciens qui auraient trouvé des moyens nouveaux et bons pour soulager ou guérir des maladies, notamment la migraine et les coliques néphrétiques.

PRIX HENRI LORQUET. — 300 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies mentales.

PRIX LOUIS. — 3 000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *Valeur thérapeutique du radium et indications actuelles de son emploi.*

PRIX MÈGE. — 900 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *Des glycosuries toxiques.*

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

PRIX MONBINNE. — 1 500 fr., *p. a.* (Annuel.) — M. Adolphe Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1 500 francs destinée « à subventionner par une allocation annuelle (ou biennale de préférence) des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire ». — « Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. » — Les candidats qui solliciteraient des avances en vue d'une mission adresseront leur demande au président de l'Académie; ils seront invités à fournir, à la Commission du prix, des renseignements sur la mission projetée.

PRIX ANNA MORIN. — 2000 fr., *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à un médecin âgé de moins de trente ans, ayant produit le meilleur travail pour la guérison de l'angine couenneuse.

PRIX NATIVELLE. — 300 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif, défini, cristallisé, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

PRIX OULMONT. — 1 000 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (médecine).

PRIX PORTAL. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique de la glande pinéale.*

PRIX PHILIPPE RICORD. — 600 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage paru dans les deux ans sur les maladies vénériennes.

PRIX HENRI ROGER. — 2 500 fr., *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage de médecine des enfants (pathologie, hygiène ou thérapeutique). Cet ouvrage devra avoir au moins deux ans de publication. — Pour ce prix, il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature; seront exclus du concours les ouvrages des médecins étrangers et les traductions. Dans le cas où il n'y aurait pas eu lieu de le décerner, la somme de 2 500 francs serait reportée à la fin de la période suivante de cinq années, afin de constituer soit un prix unique de 5 000 francs, soit deux prix d'une valeur inégale.

PRIX TARNIER. — 3 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à la gynécologie.

PRIX TREMBLAY. — 7 200 fr, *p. i.* (Quinquennal.) — Ce prix doit être décerné à l'auteur du meilleur mémoire traitant des maladies des voies urinaires, telles que catarrhe de la vessie, affection de la prostate; plus particulièrement ces deux cas. — Si le prix n'était pas donné, l'Académie pourrait le remettre à la période suivante, ce qui en doublerait la valeur.

PRIX VERNOIS. — 700 fr., *p. a.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1914

(Les Concours seront clos fin février 1914.)

(Pour les prix Alvarenga, Apostoli, Argut, Barbier, Bourceret, Buignet, Chevillon, Clarens, Desportes, Herpin (de Genève), Laborie, Larrey, Laval, Leveau, Lorquet, Monbinne, Nativelle et Vernois, voir ci-dessus, les prix proposés pour 1913).

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des paralysies récurrentielles.*

PRIX AMUSSAT. — 1 000 fr., *p. a.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. — Ne seront point admis au concours pour le prix de chirurgie expérimentale les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts sous un autre titre à l'Académie de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences de l'Institut. — Mais ceux qui n'auraient obtenu que des encouragements pourront être admis à la condition d'avoir été depuis poursuivis et complétés. — Le sujet du travail restera au choix de l'auteur.

PRIX BAILLARGER. — 2 000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés. — Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties. Dans la première ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique. Dans la seconde ils étudieront, séparément pour les asiles publics et pour les asiles privés, par quels moyens et au besoin par quels changements dans l'organisation de ces asiles on pourrait faire une part plus large au traitement moral et individuel.

PRIX BERRAUTE. — Un titre de 3 092 fr. de rente 3 p. 100, *p. a.* — Le capital de cette fondation, ou ses revenus, seront affectés à la lutte contre la maladie du cancer.

PRIX CHARLES BOULLARD. — 1 200 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

PRIX CAMPBELL-DUPIERRIS. — 2 300 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au meilleur ouvrage sur les anesthésies ou sur les maladies des voies urinaires.

PRIX CAPURON. — 1 000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Traitement chirurgical des fibromes utérins pendant la grossesse.*

PRIX CIVRIEUX. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Les formes cérébrales de l'alcoolisme chronique, leurs terminaisons.*

PRIX DAUDET. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *De l'action du radium sur le cancer des muqueuses.*

PRIX GEORGES DIEULAFOY. — 2 000 fr., *p. a.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail, manuscrit ou imprimé, qui, dans les deux années précédant le concours, aura réalisé un progrès notable, scientifique ou pratique, dans le domaine de la pathologie interne.

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — (Voir plus haut, p. 2038.) — L'Académie met au concours une place de stagiaire aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1914. — Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1915. — Une somme de 1 500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

PRIX ERNEST GODARD. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne. (Voir plus haut, p. 2052.)

PRIX THÉODORE GUINCHARD. — 5 000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura le mieux traité le sujet : *Maladies du croup et des angines croupales*, et trouvé le meilleur remède contre ces maladies.

PRIX HERPIN (de Metz). — 1 200 fr., *p. a.* (Quadriennal.) — Question : *Traitement abortif des teignes.*

A défaut de concurrents spéciaux, l'Académie pourra employer tout ou partie de ce prix à récompenser ou à provoquer des travaux sur les effets thérapeutiques comparés de plusieurs sources d'eaux minérales naturelles, qui sont aujourd'hui employées contre des maladies semblables ou analogues entre elles.

PRIX HENRI HUCHARD, de l'Académie de médecine (prix de dévouement médical en souvenir de leur fille Marcelle Huchard). — 3 000 fr., *p. a.* (Biennal.) — Ce prix, qui pourra être partagé en deux ou trois parts, sera attribué à une personne ou des personnes de nationalité française, appartenant de préférence au corps médical (étudiants, médecins, chirurgiens, etc.), par exception à des personnes n'en faisant pas partie, s'étant distinguées par leur dévouement aux malades ou à la science médicale.

PRIX LEFÈVRE. — 1 800 fr., *p. i.* (Triennal.) — Question : *De la mélancolie.*

PRIX MAGITOT. — 1 000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail, manuscrit ou imprimé, paru dans les deux années précédentes sur une question de stomatologie ou d'odontologie, plus spécialement d'odontologie. — Par question de stomatologie ou d'odontologie, le testateur a entendu celles qui sont relatives à la bouche, aux mâchoires, aux dents, aux sinus, à la voûte palatine, au voile, etc., s'en rapportant pour le reste à l'appréciation de la Commission académique. — Au cas où le prix ne serait pas décerné, il serait ajouté deux ans plus tard à l'autre somme qui s'élèverait ainsi à 2 000 francs et ainsi de suite.

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des oreilles.

PRIX ORFILA. — 2 000 fr., *p. i.* (Biennal.) — Question : *Les intoxications alimentaires produites par les altérations d'origine microbienne.*

PRIX OULMONT. — 1 000 fr., *p. i.* — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat (chirurgie).

PRIX PORTAL. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique des capsules surrénales.*

PRIX REBOULEAU. — 1 700 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix est destiné à récompenser des travaux et des découvertes concernant la guérison de la hernie.

Prix Roussilhe. — 10 000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à tout savant français ou étranger, quel qu'il soit, qui aurait, par ses découvertes et ses travaux, fait accomplir le pas le plus étendu à la science dermatologique dans le sens du soulagement, ou de la guérison des maladies de la peau, principalement et avant toutes autres affections de cette catégorie, de la guérison ou du soulagement du psoriasis.

Si jamais il surgissait un savant, à quelque catégorie médicale ou scientifique qu'il appartînt, qu'il fût français ou étranger, que ce fût même une personne étrangère à la science, mais assez heureuse pour trouver le remède vainement cherché, qui découvrirait un spécifique souverain, certain et indéniable, après expériences faites et reconnues valables par l'Académie, contre le psoriasis, il aurait droit à trois années du prix, et cela sans concours.

Prix Sabatier. — 600 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche des sciences médicales.

Prix Saint-Lager. — 1 500 fr., *p. i.* — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1 500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » — Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

Prix Saintour. — 4 400 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur n'importe quelle branche de la médecine.

Prix Tarnier. — 3 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à l'obstétrique.

Prix Zambaco. — 600 fr., *p. i.* (Biennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la lèpre ou sur une question concernant cette maladie (par exception : étiologie, contagion, traitement, etc.).

Ce travail aura pour base l'observation clinique, il s'appuiera sur des faits cliniques minutieusement observés.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1915

(Les Concours seront clos fin février 1915.)

(Pour les prix Alvarenga, Apostoli, Argut, Barbier, Bourceret, Buignet, Chevillon, Clarens, Desportes, Th. Herpin (de Genève), Laborie, Larrey, Laval, Leveau, Lorquet, Monbinne, Nativelle, Ricord et Vernois, voir, ci-dessus, les prix proposés pour 1913 et 1914.)

Prix de l'Académie. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Physiologie pathologique du coma diabétique.*

Prix Capuron. — 1 000 fr., *p. a.* (Annuel.) — Question : *Du traitement hydrominéral des entéritiques.*

Prix Marie Chevallier. — 6 000 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement, soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

Prix Civrieux. — 800 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Des formes cliniques du zona.*

Prix Daudet. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Les signes précoces du cancer de l'estomac.*

Concours Vulfranc-Gerdy. — (Voir plus haut, p. 2038.) — L'Académie met au concours une place de stagiaire aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine ; la liste d'inscription sera close le 31 octobre 1915. — Le candidat nommé entrera en fonctions le 1er mai 1916. — Une somme de 1 500 francs sera attribuée à ce stagiaire.

Prix Ernest Godard. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe. (Voir plus haut, p. 2052.)

Prix Itard. — 2 400 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Prix Clotilde Liard. — 3 600 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné au savant ayant apporté le plus de perfectionnement dans le traitement de la diphtérie.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

Prix Oulmont. — 1 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'Internat (médecine).

Prix Perron. — 3 800 fr., *p. a.* (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire le plus utile aux progrès de la médecine.

Prix du baron Portal. — 600 fr., *p. i.* (Annuel.) — Question : *Etude des lésions du système nerveux central causées par les sérums toxiques.*

Prix Potain. — 2 400 fr., *p. i.* (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage de clinique médicale paru dans chaque période triennale.

Prix Tarnier. — 3 000 fr., *p. i.* (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail manuscrit ou imprimé, en français, relatif à la gynécologie.

INSUCCÈS DE LA DOUCHE D'AIR CHAUD

A FAIBLE TEMPÉRATURE

DANS LE TRAITEMENT DES SUPPURATIONS D'ORIGINE OSSEUSE

Par H. ROZIÈS,

Interne des hôpitaux de Montpellier.

D'abord appliquée presque uniquement par des spécialistes, en oto-rhino-laryngologie (Lermoyez), en ophtalmologie (Bourgeois), en dermatologie (Ravaut), l'aérothermothérapie est enfin entrée dans la grande chirurgie. Dans le traitement des ulcères de toutes sortes (thèse de Leporeq, de Neyron 1910), elle a donné d'excellents résultats. Dès 1890 Klapp et Bier l'avaient utilisée comme modificatrice des arthrites tuberculeuses. Il était naturel de tenter son emploi dans le traitement des suppurations superficielles et profondes. A la Société médicale de Paris, le 13 novembre 1908, Laquerrière et Dausset ont apporté trois observations de plaies en pleine suppuration qui cessèrent de suppurer et guérirent très rapidement après application de la douche d'air chaud. D'autre part Bonamy et Muller ont utilisé l'aérothermothérapie dans le traitement de quelques cas d'ostéites aiguës ou chroniques, avec des résultats divers. Nous avons à notre tour essayé cette méthode et l'avons appliquée, dans le service de notre maître M. le professeur Tédenat, à quatre malades atteints d'ostéites. Ce sont leurs observations que nous rapportons ici.

Nous avons employé dans deux cas l'appareil de Roycourt, dans les deux autres cas l'appareil de la maison Rupalley. Nous rappelons ici que l'appareil de Roycourt se compose : 1° d'un volumineux cylindre métallique contenant une soufflerie actionnée par une pédale ; 2° d'un tube en caoutchouc en relation d'une part avec le cylindre, de l'autre avec un tube métallique flexible, portant à son extrémité libre l'orifice de sortie de l'air. Le tube métallique est soutenu par une tige reposant sur un plateau facile à déplacer. Sur ce plateau et directement au-dessous du tube est placée la lampe à alcool au contact de laquelle l'air s'échauffera. L'aérothermo de la maison Rupalley comprend une lampe inexplosible à alcool formant soubassement de l'appareil et munie d'un régulateur spécial. Une manivelle actionne une hélice placée à l'intérieur d'un carter où elle aspire et projette l'air qui s'échauffe à son passage au-dessus de la flamme d'alcool. Dans les deux cas, en moyenne, les températures obtenues étaient : à la sortie de l'appareil de 120 à 140 degrés ; au niveau de la plaie entre 50 et 70 degrés. Les séances avaient lieu tous les deux jours et duraient de dix minutes à un quart

d'heure. Dans aucun cas, nous n'avons eu de brûlure; jamais de dyspnée, ni de modification des urines. Dans les quatre cas, nous avons noté une légère accélération du pouls; dans un seul cas une élévation de température de 36°9 à 37°6 ou 37°8 (axillaire).

Voici résumées les observations des malades.

I. — D... Louis, vingt-sept ans, négociant à L. Entre le 11 juin 1912, à l'hôpital suburbain de Montpellier, salle Bouisson, pour douleurs thoraciques droites. Pas d'antécédents héréditaires connus. A eu il y a quatre mois uue pleurésie droite sans épanchement. Le malade fait remonter à cette pleurésie le début de sa maladie. Il présente du côté droit des douleurs à type névralgique exagérées par la fatigue et la toux. Il a noté depuis un mois environ une augmentation de volume d'une côte. Tousse peu, ne crache pas. Aurait beaucoup maigri, présente de l'anorexie. Pas de fièvre. A l'examen, il existe un épaississement localisé et douloureux au niveau de la neuvième côte droite, sur la ligne axillaire. A l'auscultation, la pleurésie a laissé comme séquelles de la submatité, de la diminution des vibrations et de l'obscurité respiratoire avec des frottements pleuraux. Diagnostic : ostéite costale. Le 14 juin, sous éther goutte à goutte, résection de la côte malade. La cicatrisation se fait régulièrement, mais il persiste une fistule donnant quotidiennement quelques gouttes d'une suppuration jaune verdâtre grumeleuse. Le malade quitte le service le 14 juillet. Rentre dans le même état le 15 août. Air chaud au Rupalley, tous les deux jours, un quart d'heure. Le malade a quitté l'hôpital fin septembre, refusant une deuxième intervention. Les sécrétions ne sont pas modifiées. Seules les névralgies intercostales ont diminué.

II. — T... Jules, quarante-huit ans, cultivateur à P. Entre le 7 août 1912, salle Bouisson n° 26, pour douleurs thoraciques. Fièvre typhoïde de moyenne intensité, il y a quatre mois. Début deux mois après par douleurs sternales, lancinantes, sans phénomènes généraux. Depuis un mois le malade a constaté l'apparition dans la zone douloureuse d'une tuméfaction du volume d'une grosse noix. Diagnostic : ostéite xyphoïdienne non fistulisée d'origine éberthienne.

Intervention le 10 août 1912 : incision; on arrive sur un abcès, curettage de la poche et du plan osseux sous-jacent; thermocautérisation. Réunion incomplète. Il persiste à la partie moyenne une ulcération ayant les dimensions d'une pièce de deux francs et suppurante. Air chaud à partir du 18 août, tous les deux jours, dix minutes. Aucune réaction. La plaie diminue d'étendue et ne présente plus le 10 septembre que les dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Mais la suppuration persiste. Le malade quitte l'hôpital le 11 septembre.

III. — C... Marie-Louise, dix-huit ans, ménagère à M... Entre le 18 mai 1912, salle Paulet n° 17, pour abcès costal. Bronchites faciles, pas de pleurésie. A eu il y a deux ans une grossesse terminée par un accouchement normal. Le début remonte au mois de janvier 1912, par douleurs intercostales du côté droit. Deux semaines après, apparaît au-dessous de l'omoplate droit une tuméfaction peu douloureuse qui augmente lentement de volume. Cette tuméfaction a été incisée au début du mois de février par le médecin traitant : elle a donné issue à une grande quantité de pus verdâtre et grumeleux. Depuis la suppuration persiste accompagnée de vives douleurs intercostales. Le 20 mai 1912, sous éther goutte à goutte, résection des neuvième et dixièmes côtes droites. Réunion incomplète. Cicatrisation rapide, mais il persiste à l'extrémité droite de la plaie une fistule suppurante et nécessitant un pansement quotidien. Air chaud deux mois, au Rupalley. Réaction thermique (de 36°9 à 37°8). Disparition prompte des névralgies. Mais la suppuration n'est en rien modifiée. La malade quitte l'hôpital le 15 septembre.

IV. — C... Marie, seize ans, à S. Entre le 7 juin 1912, salle Paulet n° 7, pour douleurs de jambe. Le début remonte à quatre mois environ, par des douleurs d'abord intermittentes, puis continues, exagérées par la fatigue et la marche et ayant nécessité, par leur persistance et leur intensité, l'immobilisation au lit. Diagnostic : ostéite bacillaire du tibia droit dans son tiers inférieur. Intervention le 15 juin 1912; large trépanation de l'os, cautérisation profonde; pas de réunion. La cicatrisation se fait lentement. Mais il persiste à la partie inférieure de la plaie près de la malléole un point suppurant. Air chaud à partir du 10 août. La plaie est longue de 4 centimètres, large de 2. Sous l'influence de la douche, la plaie diminue d'étendue et ne mesure plus fin août que 2 et 1. Mais la suppuration persiste, aussi abondante, avec les mêmes caractères. Ajoutons que le 15 septembre la malade a subi une deuxième intervention consistant dans la large trépanation de l'os au maillet et au ciseau, et la cautérisation profonde de la cavité osseuse; pas de réunion. La cicatrisation s'est faite lentement, mais régulièrement, sous l'influence de la douche d'air chaud quotidiennement administrée. A l'heure actuelle elle est à peu près terminée.

En résumé si partout le symptôme douleur a été influencé, la suppuration a persisté dans les quatre cas et les résultats obtenus restent négatifs. Qu'en conclurons-nous? D'abord, et à un point de vue très général, qu'il serait imprudent de vouloir généraliser à la légère les indications de l'aérothermothérapie. Certes elle a rendu en chirurgie de précieux services; elle a permis de guérir des ulcérations anciennes et rebelles, des ulcères variqueux ou spécifiques; elle a cicatrisé des maux perforants, transformé d'une façon tout à fait favorable des gangrènes diabétiques. Cependant, malgré son apparente simplicité il serait mauvais et préjudiciable à la méthode elle-même de l'appliquer à tort et à travers. Rocher [de Bordeaux] (*Journal de physiothérapie*, 15 juillet 1910), Reclus (*Journal des praticiens*, 28 août 1911) ont insisté sur ce point : malgré l'importance de la méthode, il faut en connaître les indications et savoir éviter de trop généraliser ses applications.

Dans le cas particulier que nous étudions ici, il nous paraît que, dans tous les cas d'ostéites suppurées ou non, tuberculeuses ou d'une autre nature, seule l'intervention chirurgicale est indiquée. L'évidement large suivi de la cautérisation profonde des surfaces osseuses malades seul peut faire disparaître la suppuration et permettre la cicatrisation. Peut-être alors l'aérothermothérapie peut-elle ici rendre des services : 1° soit pour stériliser et assécher la cavité, pendant l'intervention (*Journal de chirurgie*, février 1912, p. 142); 2° soit, plus tard, la lésion osseuse une fois guérie, pour hâter la cicatrisation de la plaie opératoire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1912)

La mort tardive par asphyxie locale. — MM. L. AMBARD et L. MOREL. A côté des accidents immédiats, bien connus, de l'asphyxie générale, il en est d'autres, moins connus, qu'on peut réaliser, même par simple asphyxie locale, par compression circulaire élastique des membres, par exemple.

Ces accidents, dont le plus net, chez le lapin, est l'amaigrissement progressif, évoluent vers la mort qui survient tardivement, parfois au bout de soixante-dix ou quatre-vingts jours.

Ces accidents à long terme méritent d'être recherchés par les chirurgiens et par les anesthésistes. La compression circulaire élastique d'un membre, en vue de l'hémostase dans ce membre (par exemple la compression de la fémorale en vue d'opérations chirurgicales sur la cuisse), réalise nécessairement un certain degré d'asphyxie locale dont il y aurait intérêt à suivre l'évolution.

Les anesthésistes, d'autre part, admettent que la narcose ne va pas sans un certain degré d'asphyxie générale. Il serait intéressant de démêler parmi les accidents tardifs de l'anesthésie générale ceux qui sont imputables à l'asphyxie.

Sur l'histo-microbiologie des néphrites syphilitiques. — MM. Le Play, Sézary et Pasteur Vallery-Radot signalent que les cylindres urinaires, examinés dans des reins non syphilitiques imprégnés à l'argent, présentent fréquemment des filaments spiralés, dont certains ressemblent à des tréponèmes, dont d'autres plus épais pourraient être considérés comme des formes dégénératives. Les auteurs distinguent formellement ces formations des tréponèmes syphilitiques, contestent l'authenticité des tréponèmes localisés dans les tubes urinaires décrits dans les cas de syphilis rénale de l'adulte. Cette cause d'erreur ne se retrouve ni dans le foie, ni dans les surrénales, ni dans les vaisseaux.

Sur les rapports entre la thyroïde et les parathyroïdes. Thyroïdectomie après parathyroïdectomie. — M. A. Le Play reprenant les travaux de Lusena, relatifs aux troubles succédant à la thyro-parathyroïdectomie et à l'atténuation de la tétanie parathyréoprive par l'extirpation de la thyroïde, est arrivé à des conclusions opposées à celles de cet auteur.

A la suite de nombreuses expériences, faites sur le chien, il conclut : que les accidents, consécutifs à la thyro-parathyroïdectomie, caractérisés par des crises convulsives prolongées, sont, en général, précoces (deux à trois jours en moyenne) ; que la thyroïdectomie, pratiquée aussitôt après l'apparition de la tétanie parathyréoprive — si elle peut être suivie quelquefois d'une rémission des accidents convulsifs — n'empêche pas ces derniers d'apparaître de nouveau rapidement et entraîne bientôt l'issue fatale.

La formule sanguine au cours de la vaccination antityphoïde. — MM. Marcel Bloch et Pierre Creuzé ont pratiqué des examens de sang en série après les injections vaccinales. Ils n'ont pas observé de modification du nombre des globules rouges, des globules blancs ni de l'équilibre leucocytaire, à l'inverse de certains auteurs qui ont décrit une leucopénie avec mononucléose transitoire analogue à celle de la fièvre typhoïde.

La façon très progressive dont leurs sujets ont été vaccinés explique peut-être la stabilité de la formule sanguine.

Influence du chauffage sur les propriétés hémolysantes du suc de rate. — MM. A. Gilbert, E. Chabrol et Henri Bénard ont constaté que le chauffage à 56 degrés ne faisait pas disparaître le pouvoir auto-hémolysant de l'extrait splénique du chien, mais qu'aux températures de 78 et de 100 degrés le suc de rate perdait le plus souvent ses propriétés hémolysantes. Si l'on ajoute du sérum de cobaye à ces extraits devenus inactifs, on constate que la destruction des globules rouges peut à nouveau s'effectuer. L'influence du sérum de cobaye se manifeste encore, quoique très atténuée, lorsque le sérum a été préalablement soumis au chauffage à 56 et 65 degrés.

Ordre de sensibilité et de toxicité des éléments anatomiques à l'acétate de plomb. — Le docteur Maurel, d'après ses expériences, conclut que l'acétate de plomb agit sur les hématies à une dose plus faible que sur tous les autres éléments anatomiques, mais qu'ensuite, en élevant les doses, on peut agir successivement sur la fibre lisse, la fibre striée, les nerfs moteurs et sensitifs, la fibre cardiaque et le leucocyte. Il fait remarquer, en outre, que cet ordre concorde avec celui qui résulte des faits cliniques; et ensuite que, d'après les analyses faites avec le docteur Carcanague, ce sont les éléments anatomiques les plus sensibles qui, dans les intoxications expérimentales, ont contenu le plus de plomb.

Sur un procédé permettant de prévoir que l'irrigation sanguine persistera dans un membre après ligature de son artère principale. — MM. Tuffier et Hallion. Lorsque le chirurgien a à savoir si l'on pourra, chez un sujet donné, supprimer le cours du sang dans l'artère principale d'un membre sans que l'irrigation de l'extrémité correspondante soit totalement ou presque totalement abolie et si fatalement la nécrose s'ensuivra, il suffit d'exercer une compression circulaire sur le membre. Cette compression s'exerce sur les veines, gêne la circulation de retour et détermine la production d'un œdème de l'extrémité correspondante. L'artère principale du membre est-elle comprimée, cet œdème ne se produit que si les artères collatérales fonctionnent normalement.

1° Existence de maltose dans le sang. — 2° Sur le dégagement de sucre dans le sang in vitro. — MM. R. Lépine et Boulud maintiennent, sur ces deux sujets, leurs conclusions antérieures, qui avaient été critiquées, comme on se rappelle, par M. Bierry et Mlle Fandard.

Autres communications :

Morphologie des capsules surrénales de l'homme. — M. Gérard.

Poids relatif du rein chez les mammifères. — M. Magnan.

Propriétés anticoagulantes des acides nucléiniques. — MM. Doyon et Sarvonat.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1912) [ANATOMIE PATHOLOGIQUE]

Association de sclérose latérale amyotrophique et de syringomyélie. — MM. Jumentié et Quercy. Un homme de quarante ans avait présenté, pendant six à sept mois, les signes classiques de la sclérose latérale, sans troubles de la sensibilité. A l'autopsie, outre les lésions de cette affection, existe dans la moelle, une cavité syringomyélique, dont l'étude histologique montre, suivant les niveaux, des lésions de prolifération conjonctivo-vasculaire, puis, une néoformation gliomateuse; par places, l'épendyme a proliféré, et revêt une grande partie de la cavité.

Etude histologique d'une cavité syringomyélique. — M. Foix, étudiant sur coupes sériées une petite cavité de la région cervicale, y découvre de même, à très peu de distance les uns des autres, les divers aspects de l'hydromyélie, du gliome et des lésions conjonctivo-vasculaires; il ne lui semble donc pas très légitime de baser sur ces différents aspects des théories pathogéniques. Tel est ausssi l'avis de M. Alquier, qui a été frappé de rencontrer souvent dans les moelles de syringomyéliques la coexistence de ces diverses lésions variables d'un niveau à l'autre sans qu'on trouve d'ordinaire rien de bien décisif en faveur de l'une ou l'autre des théories. M. Anglade se demande si la prolifération conjonctive et névroglique ne pourraient être dues toutes deux à la même cause; le tissu conjonctif précédant la névroglie ou, au contraire, jouant un rôle phagocytaire là où existe la sclérose névroglique. M. Thomas ajoute que, dans un travail récent, Pétren pose la question de la prolifération simultanée des deux tissus; il fait remarquer l'importance des lésions du tissu conjonctif et des méninges qu'on trouve non seulement au voisinage de la cavité mais aussi en des points qui en sont éloignés, ce qui semble montrer leur importance. Enfin, on trouve fréquemment des hétérotopies ou des malformations épendymaires; il y a là un travail embryonnaire éteint, qui prédispose aux lésions et se trouve ravivé par elles.

Section complète de la moelle cervicale, étude des dégénérations, état des réflexes. — MM. Déjerine et Long apportent l'étude microscopique du cas qu'ils ont publié au point de vue clinique l'an dernier (V. *Gaz. des hôp.*, 1911, p. 1222). La moelle avait été complètement écrasée, avec interruption complète, comme en font foi les coupes pro-

jetées, au niveau de C 8, par une fracture du rachis. La survie fut de neuf à dix mois. Au point de vue anatomique, on note : l'éparpillement rapide des fibres endogènes sur toute la surface de l'axe gris, la disparition du faisceau pyramidal direct d'un côté dans la région dorsale moyenne tandis que, de l'autre, on peut le suivre jusqu'à la région lombaire. Enfin les fibres descendantes des cordons postérieurs ne peuvent être suivies plus bas que D 8, on ne trouve pas le faisceau de Hoche ni le centre ovale de Fleschig, ni le triangle de Gombault-Philippe. Mais l'intérêt de ce cas est que, avec une anesthésie complète au-dessous de C 8, et paralysie flasque, l'orteil est toujours demeuré en flexion, jusqu'au dernier jour, les réflexes tendineux sont abolis, les cutanés conservés, les cutanés de défense exagérés. MM. Marie et Sicard objectent que M. Déjerine n'a vu le malade qu'au bout de quatre mois; il est fort possible qu'auparavant le réflexe de l'orteil se fût fait en extension. M. Sicard a observé une fois cette transformation au bout de plusieurs mois ; dans un cas de M. Rosé, avec survie de deux mois, l'orteil était en extension.

Hémorragies protubérantielles dans un cas de zona ophtalmique. — M. A. Thomas complète l'étude anatomique d'un cas dont il a déjà publié une partie (V. *Gaz. des hôp.*, 1912, p. 380). L'étude des lésions indiquerait que les fibres destinées à la branche ophtalmique du trijumeau occupent surtout la portion interne de la racine descendante de ce nerf; on y trouve des lésions d'œdème et des hémorragies analogues à celles constatées dans le ganglion de Gasser et le ganglion ciliaire ; le zona est donc une maladie hémorragipare des centres nerveux.

Lésions expérimentales du cervelet chez deux singes. — MM. A. Thomas et Durupt. Une partie du lobe quadrilatère ayant été enlevée à un singe, le membre supérieur seul présenta de l'incoordination cérébelleuse avec dysmétrie. Dans le deuxième cas, à cette lésion s'ajoute une autre lésion intéressant le lobe semi-lunaire; les troubles moteurs atteignent le membre inférieur aussi bien que le supérieur. Ceci semble donner raison à Rothmann qui place dans le lobe semi-lunaire le centre cérébelleux du membre inférieur.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 13 décembre 1912)

Traitement rationnel des fractures. — Pour le traitement des gros épanchements sanguins qui accompagnent toujours les fractures, M. Raoult-Deslongchamps préconise le massage et l'air chaud dès les premiers jours qui suivent l'accident : cette méthode, combinée avec l'emploi des appareils en aluminium laminé, abrège considérablement la durée du traitement.

XIIIe Congrès de médecine. — M. Paul Bourdel termine son rapport sur le XIIIe Congrès français de médecine, en résumant les travaux qui y ont été présentés sur les états anaphylactiques en clinique, sur la vaccination antityphique et sur divers autres sujets.

Aspects radiologiques du mal de Pott. — MM. Albert-Weil et C. Roederer, par une série de projections, montrent les grands services que peut rendre la radiographie pour le diagnostic, le traitement et le pronostic du mal de Pott; ils attirent spécialement l'attention sur la fréquence des abcès dans les spondylites dorsales, ce qui est en opposition avec la clinique. Mais ces abcès demeurent ignorés parce que, souvent, ils n'évoluent pas même pendant des années.

Calcul urétral. — M. Paul Guillon présente un volumineux calcul de 12 millimètres sur 13 millimètres et demi, qu'il a pu extraire de l'urètre d'un homme de soixante-cinq ans.

Dix mille cent quatre-vingt-trois calculs dans un rein. — C'est le cas d'un malade opéré par M. Cathelin, et dont l'observation est curieuse et intéressante ; le malade n'avait pour ainsi dire jamais eu ni hématurie ni douleur et avait même fait quatre ans auparavant son service militaire dans l'infanterie, en accomplissant, sans fatigue, les marches forcées.

La néphrectomie lombaire fut faite sans incident, et la guérison, obtenue en quinze jours, sans fistule. La division des urines, seule, avec le cathétérisme urétéral, avait montré, grâce aux lois de l'urée, la déficience du rein droit.

Assemblée générale. — La Société se constitue en assemblée générale pour entendre le rapport annuel de M. Paul Guillon, secrétaire général, le compte rendu financier de M. Monel, trésorier, et pour procéder à l'élection de son bureau pour l'année 1913. M. Castex est élu président.

LIVRES NOUVEAUX

Le Traitement de la fièvre typhoïde (1), par le docteur Milhit, ancien préparateur d'hygiène à la Faculté de médecine, chef de clinique adjoint de médecine infantile.

Nous recommandons tout spécialement la lecture de ce petit livre à ceux qui désirent trouver dans une publication des conseils pratiques et faciles à exécuter. M. le docteur Milhit, qui fut pendant deux ans l'élève du professeur Chantemesse, dans son service de typhiques du Bastion 29, comme externe d'abord, puis comme interne, a condensé en ces pages dépourvues de digressions inutiles, tout ce qu'il importe au médecin praticien de savoir lorsqu'il a à soigner une fièvre typhoïde. Tout y est envisagé et il n'est pas un petit détail qui soit négligé. La fièvre typhoïde étant incontestablement l'une des maladies contre laquelle le médecin peut le plus, par ses conseils et les soins de tous les instants, on ne peut en conséquence que louer l'auteur d'avoir réussi à synthétiser d'aussi nombreuses indications thérapeutiques.

L'auteur traite d'abord la *question des bains*, surtout au point de vue pratique; il indique comment il faut organiser la balnéation, à quelle température le bain doit être donné, comment suivant les cas on peut modifier ou remplacer cette balnéation.

Le deuxième chapitre, toujours traité au même point de vue essentiellement pratique, est consacré à la *question des boissons et de l'alimentation* du typhique à chacune des périodes de la maladie, jusques et y compris la convalescence. Le médecin trouvera, dans ces deux premiers chapitres, d'utiles indications pratiques qui lui rendront toujours de très grands services.

En un troisième chapitre l'auteur indique le traitement à opposer à chacune des *grandes complications*, hémorragies, perforation, diarrhée, vomissements, etc. La question toute d'actualité du traitement de la perforation intestinale est ici longuement développée.

Une quatrième partie, consacrée aux *petits soins d'hygiène*, fourmille de faits indispensables à connaître pour mener à bien le traitement d'une fièvre typhoïde : soins de la bouche, de la peau, des organes génitaux urinaires, des cheveux, etc.

La dernière partie est consacrée aux questions plus délicates de la *sérothérapie* et de la *vaccinothérapie*.

Nous ne pouvons que féliciter l'auteur d'avoir réuni, en un fascicule fort agréable à lire, les conférences qu'il fit en 1911 à l'Hôtel-Dieu, dans le service du docteur Caussade, sur ce sujet. Nul doute que la publication de ce livre n'obtienne auprès des lecteurs le même succès que les conférences; ce ne sera que justice et nous ne pouvons faire mieux qu'attirer l'attention des lecteurs de ce journal, sur cet opuscule.

B. GAYARD.

Hydrologie élémentaire à l'usage des médecins (2), par Allyre Chassevant, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Il est indispensable au médecin qui veut tirer des eaux minérales les merveilleuses ressources qu'elles nous offrent pour le bien des malades, il est indispensable au médecin, dis-je,

(1) Paris, O. Berthier; Emile Bougaut, successeur.
(2) Un vol. de 208 p. avec 24 fig. — Prix : 4 francs. — Paris, Vigot frères.

d'en connaître la matière médicale et la pharmacologie aussi bien que celles de tous les autres médicaments.

Malheureusement ces connaissances constituent toute une science, l'*hydrologie*, extrêmement complexe puisqu'elle se fonde sur plusieurs autres sciences appliquées, géologie, minéralogie, physique, chimie, etc., et que l'art de l'ingénieur lui-même y entre pour une certaine part.

Mettre clairement, brièvement, mais complètement à la portée du praticien toutes les notions nécessaires pour bien connaître l'hydrologie, tel est le but poursuivi par M. Chassevant dans le volume que nous présentons aujourd'hui, et ce but il l'a atteint d'autant mieux qu'il a su rendre intéressantes, et attrayantes même, des données forcément un peu arides par elles-mêmes lorsqu'on ne fait que les effleurer et qu'on ne pénètre pas profondément les diverses sciences dont elles relèvent.

Ce petit volume répond vraiment à un besoin de l'heure présente ; il aura donc tout le succès auquel il a droit.

A. GAULLIEUR L'HARDY.

La Puériculture pratique (1), par le docteur G. VARIOT.

La Puériculture n'est pas encore très en honneur en France ; cependant il est peu d'enseignement pratique plus utile, surtout à notre époque où la question de la dépopulation inquiète tout le monde. Ces dernières années cependant, un mouvement se dessina en faveur de cette science un peu délaissée jusqu'ici. Une bonne part de ce mouvement revient au docteur Variot, aussi était-il particulièrement indiqué pour écrire un traité pratique de puériculture.

Le livre *La Puériculture pratique* rendra de nombreux services à tous ceux qui s'intéressent aux nourrissons. Le médecin qui dirige l'allaitement naturel, ou artificiel, le sevrage, qui doit surveiller la croissance, le poids du nourrisson qui lui est confié, y trouvera de précieux renseignements.

La mère, ou la nourrice, qui allaitent, y puiseront aussi des conseils très utiles. Tous ceux enfin qui, de plus ou moins près, s'occupent du nourrisson, qui préparent le lait et le biberon, pourront y prendre des leçons du plus vif intérêt.

Le docteur Variot a réuni dans ce livre, les conférences de puériculture qu'il fit en 1911-1912, au *pavillon Pasteur*; l'ouvrage se termine par un exposé sommaire de la mortalité infantile, de la natalité et des institutions de protection des enfants du premier âge.

B. GAYARD.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'anatomie pathologique, par Maurice LETULLE, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et L. NATTAN-LARRIER, ancien chef de laboratoire à la Faculté. Deux vol. in-8 de la *Collection de précis médicaux*. — Vient de paraître : tome I. *Histologie pathologique générale* (inflammation, tumeurs); *Anatomie pathologique spéciale* (appareil circulatoire, appareil respiratoire, plèvre, médiastin). Un vol. in-8, de XVI-940 pages, avec 248 fig. originales dans le texte, cart. toile souple. — Prix : 16 francs. — Paris, Masson et Cie.

Du Strabisme. Recherches étiologiques. Pathogénie. Mécanisme du traitement, par le professeur Pierre LAGLEYZE, doyen de la Faculté de médecine de Buenos-Aires. Un vol. in-8 de 409 pages, avec 152 fig. — Prix : 15 francs. — Paris, J. Rousset.

Etudes d'endocrinologie, par le docteur NAAMÉ. Une broch. de 74 pages. — Paris, A. Maloine.

(1) In-8. — Paris, O. Doin.

NOTES POUR L'INTERNAT (ORAL)

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC DES COMPRESSIONS DE LA MOELLE

Les compressions de la moelle dépendent, soit de traumatismes, soit de lésions pathologiques ; elles peuvent être brusques ou lentes, et siéger à différentes hauteurs de la moelle ; aussi présentent-elles des symptômes fort variables suivant les cas.

A. COMPRESSIONS BRUSQUES. — Elles résultent soit d'un traumatisme (fracture de la colonne vertébrale, luxation d'une vertèbre), soit d'un effondrement ou d'un tassement des corps vertébraux, soit de l'ouverture dans le canal rachidien de kystes, abcès, anévrismes. Les signes varient avec le siège de la compression ; au niveau de la région dorsale, si la compression est légère, on remarquera un simple affaiblissement des muscles des membres inférieurs ; si la compression est plus forte, le sujet sera atteint de paraplégie, de troubles de la sensibilité dans les membres inférieurs, d'abolition passagère des réflexes, de commotion de la moelle, de paralysie des sphincters. D'après la loi de Bastian, on admet qu'une interruption complète de la moelle cervicale ou dorsale entraîne une paralysie absolue de la motilité et de la sensibilité. La paralysie est et reste flasque dans ce cas ; si la sensibilité persiste, même très atténuée, c'est que la compression n'a pas interrompu la continuité de la moelle ; on voit apparaître plus tard les réflexes, qui vont ensuite en s'exagérant. Lorsque la compression siège au-dessus de la troisième cervicale, la lésion du phrénique entraîne la mort : la mort est instantanée, s'il y a fracture ou luxation au niveau de l'atlas, de l'axis, ou de l'apophyse odontoïde. La compression brusque doit être différenciée de l'*hématomyélie* traumatique ; cette dernière s'ajoute parfois à la compression, mais elle peut aussi exister seule ; la paraplégie par hématomyélie n'est pas toujours immédiate ; elle s'accompagne de la dissociation syringomyélique ; on pensera également à l'*hématorachis* qui comporte des signes d'irritation (convulsions tétaniques, contractures des extrémités, etc.).

Dans tous ces cas, la radiographie, la ponction lombaire, l'atténuation des accidents après la pose d'un appareil, permettent le diagnostic.

B. COMPRESSIONS LENTES. — Nous prendrons, comme type, une compression siégeant au niveau de la région dorsale, réalisée par exemple par un mal de Pott.

Période prodromique. — On observe à cette période des *pseudo-névralgies*, d'ordinaire bilatérales, diffusant dans tout un membre, sans localisation précise, affectant le type de douleurs en ceinture, térébrantes, fulgurantes ; elles présentent des crises, des paroxysmes ; elles s'atténuent par le séjour au lit et reparaissent dans la position debout ; on observe de l'hyperesthésie cutanée, des troubles trophiques, du zona. Cette phase prodromique peut faire défaut.

PÉRIODE DE PARALYSIE. — Charcot en décrivait deux phases bien distinctes ; une première période de paraplégie flasque avec abolition des réflexes durant environ un à deux mois ; une seconde période de paraplégie spasmodique, succédant à la première. Des recherches récentes ont montré qu'il n'en était pas toujours ainsi et que l'on pouvait constater d'emblée des paraplégies spasmodiques, pouvant ultérieurement d'ailleurs devenir flasques, et des paraplégies flasques qui restaient flasques. C'est pourquoi il est beaucoup plus clinique de considérer successivement ces diverses modalités.

La *paraplégie spasmodique* est de beaucoup la plus fréquente. Elle débute par des troubles de la marche, puis la marche est impossible ; au début la paraplégie apparaît flasque, mais le caractère spasmodique se révèle par la constatation de l'exagération des réflexes. Cette exagération des réflexes est même, pour Delbet, le symptôme le plus précoce d'une paraplégie débutante ; puis on observe, le clonus du pied, le signe des orteils, la trépidation rotulienne ; la contracture ne tarde pas alors à apparaître ; parfois on peut rencontrer le type décrit par Charcot : paraplégie flasque avec abolition des réflexes durant un à deux mois, suivie d'une paraplégie spasmodique. Parfois la paraplégie reste flasque (destruction du centre des réflexes rotuliens) ; il existe alors des lésions plus profondes de la moelle (Van Gehuchten), ce qui est

nié par Babinski. Si la paraplégie flasque succède à la paraplégie spasmodique, il faut redouter l'apparition d'une myélite.

A la phase de contracture confirmée, on peut observer deux types : a. *type d'extension* avec trépidation épileptoïde, réflexe cutané plantaire en extension, réflexes crémastériens conservés, abdominaux abolis ; la marche est souvent pénible : marche à petits pas, marche de gallinacés, marche pendulaire ; si la contracture s'exagère, la marche devient impossible ; b. *type de flexion rare* (Babinski), caractérisé par des contractions involontaires douloureuses des membres inférieurs ; l'exagération des réflexes tendineux est inconstante, les réflexes cutanés de défense sont exagérés, la motricité volontaire très troublée, parfois abolie. Dans tous les cas il existe un déficit musculaire constant, plus ou moins marqué, suivant le degré de compression.

Les **TROUBLES DE SENSIBILITÉ** sont extrêmement importants ; il existe des troubles de la sensibilité subjective, fourmillements, engourdissements ; la sensibilité objective est presque toujours altérée. Les troubles peuvent porter sur la sensibilité à la douleur, les autres modalités restant normales, parfois on observe la dissociation syringomyélique. Les divers modes de la sensibilité profonde doivent être explorés (sens musculaire, notion de position, sensibilité osseuse, vibratoire). La topographie de ces troubles est radiculaire ; les troubles de la sensibilité peuvent exister sur tous les téguments dont l'innervation tire son origine d'une région de la moelle sous-jacente, à l'exception parfois d'un certain nombre de territoires radiculaires inférieurs. C'est la limite supérieure de l'anesthésie qui devra être déterminée avec le plus grand soin, car elle correspond à la distribution périphérique de la première racine postérieure comprise dans la lésion. On observe le plus souvent des *troubles des sphincters*, consistant surtout en phénomènes de rétention. Il faut encore signaler des troubles trophiques et vaso-moteurs, articulaires, musculaires, *escarres*, etc.

L'*évolution* se fait en plusieurs périodes : la paraplégie pottique évolue plus volontiers vers la guérison ; en dehors du mal de Pott on observe, à la suite de la phase d'état que nous venons de décrire, une période de réaction, relevant d'une myélite surajoutée qui peut amener la mort à brève échéance, ou qui peut ne se révéler que par des crampes, des fourmillements, des douleurs lancinantes, des élévations progressives de température ; enfin une période de réparation ou d'aggravation. Le malade meurt des progrès de la myélite ou de l'apparition de méningo-myélite, surtout à la suite d'escarres ; il meurt aussi souvent de tuberculose. La guérison est assez rare, en dehors du mal de Pott ; elle est parfois complète, souvent elle se produit au prix de désordres irrémédiables (paralysies persistantes, atrophies musculaires) ; elle est annoncée par le retour de la sensibilité, la reprise des fonctions normales des réservoirs, le retour de la motilité, de la périphérie vers le centre.

FORMES SUIVANT LA HAUTEUR DE LA COMPRESSION. — a. *Moelle cervicale supérieure.* — Il existe une quadriplégie, un torticolis douloureux, des douleurs sur le trajet du phrénique, de la bradycardie et de la parésie du diaphragme.

b. *Renflement cervical.* — On constate la coexistence de phénomènes paraplégiques et de troubles moteurs ou sensitifs dans la zone du plexus brachial (type Duchenne-Erb, type Klumpke, avec troubles oculo-pupillaires).

c. *Moelle lombaire* (4 premiers segments). — Les irradiations douloureuses ont lieu vers les reins, l'abdomen, les sciatiques ; la paralysie est ordinairement flasque, réflexes rotuliens et crémastériens abolis, achilléens conservés, troubles de la sensibilité sur la partie antéro-externe de la cuisse et interne de la jambe. En raison de l'obliquité des racines à ce niveau, la compression de la moelle lombaire atteint des racines d'une origine plus élevée, aussi l'anesthésie peut-elle remonter plus ou moins haut ; troubles des réservoirs constants.

d. *Moelle sacrée.* — Troubles de la sensibilité au niveau des faces postérieure et externe des membres inférieurs, réflexe rotulien conservé, achilléen aboli, la paralysie frappe es muscles de la région postérieure de la cuisse.

e. *Cône médullaire.* — Anesthésie en selle, motilité des membres inférieurs parfaite, réflexes tendineux normaux ; troubles des fonctions génitales et sphinctériens prédominants.

f. *Queue de cheval.* — Paraplégie flasque avec atrophie musculaire et réaction de dégénérescence, réflexes tendineux abolis, douleurs vives des membres inférieurs, souvent à type de sciatique ; anesthésie analogue à celle de la compression du cône médullaire, le diagnostic est difficile dans ce cas avec une compression médullaire. Grasset insiste sur l'existence de la dissociation vraie syringomyélique en faveur de la lésion médullaire.

g. *Compression unilatérale.* — Elle réalise le syndrome de Brown-Séquard, caractérisé par la paralysie motrice avec hyperesthésie du côté de la lésion et anesthésie du côté opposé avec, au-dessus de cette zone, une bande d'hyperesthésie.

Lorsqu'il s'agira de déterminer exactement l'*apophyse épineuse qui correspond à la compression*, on pourra s'aider de la loi de Chipault contrôlée par la radiographie : à la région cervicale, il suffit d'ajouter le chiffre un au numéro d'une apophyse vertébrale déterminée, pour avoir le numéro des racines qui naissent à son niveau, deux à la région dorsale supérieure, trois à partir de la sixième dorsale. La douzième apophyse dorsale répond aux paires sacrées.

DIAGNOSTIC. — En raison des douleurs de la période de début, on éliminera le lumbago, les douleurs rhumatismales, la sciatique, les crises viscérales fulgurantes du tabes ; lorsqu'il y a paralysie, on pensera d'abord à l'*hystérie* (conservation des réflexes, absence de troubles trophiques, guérison par la suggestion) ; puis on éliminera les *polynévrites*. La paraplégie par compression n'est flasque en dehors de la période de début que si la moelle est complètement sectionnée, ou s'il s'agit de compression de la moelle lombo-sacrée ; il n'existe pas comme dans les polynévrites de douleur à la pression des muscles ; les troubles de la sensibilité n'ont pas une distribution radiculaire. Le diagnostic du tabes est également aisé.

La *paralysie spinale syphilitique d'Erb* se caractérise par une paraplégie spasmodique avec troubles inconstants des réservoirs, le diagnostic se fera par la constatation d'une lymphocytose rachidienne, la notion de syphilis antérieure, une réaction de Wassermann positive. La *myélite transverse syphilitique* a une allure rapide, la sensibilité est peu touchée ; il faut se rappeler que l'existence d'une affection syphilitique de la moelle n'implique pas le rejet du diagnostic de compression par la syphilis (hyperostose, pachyméningite, gomme).

La *sclérose en plaques* se caractérise par le tremblement intentionnel, massif, le nystagmus, le peu d'importance des troubles sensitifs, l'intégrité des sphincters ; la *sclérose latérale amyotrophique*, par l'atrophie musculaire des membres supérieurs, les troubles bulbaires, l'intégrité des sphincters ; la *syringomyélie*, par une paraplégie peu accusée, de l'atrophie musculaire des membres supérieurs, etc. ; la dissociation syringomyélique peut s'observer dans certaines compressions, le mal de Pott en particulier ; les myélites diffuses seront différenciées par les troubles sensitifs plus accusés, les atrophies musculaires plus précoces.

Le *diagnostic de la cause* se fera par l'exploration de la colonne vertébrale qui révélera facilement un *mal de Pott*, un abcès, une déviation vertébrale due au cancer vertébral, à un anévrisme, variétés très douloureuses (*paraplégie douloureuse des cancéreux*). Même si l'on ne constate pas de déviation de la colonne vertébrale il faudra penser au mal de Pott et rechercher s'il n'existe pas une apophyse épineuse douloureuse à la pression ; on pensera ensuite à la *syphilis*. Parmi les néoplasmes, on peut observer le *cancer vertébral* à évolution rapide, secondaire à un néoplasme du sein, les *tumeurs des méninges* (psammome) avec troubles radiculaires très nets et phénomènes de xantochromie et de coagulation massive du liquide céphalo-rachidien ; si les symptômes sont plus diffus on pensera à une tumeur *intramédullaire*, un gliome ; plus rarement on sera en présence d'un anévrisme de la crosse de l'aorte, d'un *kyste hydatique*, etc. Dans tous ces cas, la radioscopie, la ponction lombaire, l'exploration des mouvements de la colonne vertébrale, la réaction de Wassermann, de Weinberg, conduiront au diagnostic.

BIBLIOGRAPHIE. — BABINSKI. *Revue neurol.*, t. I, 1911 ; *Soc. méd. des hôp.*, 1899. — H. FRANÇAIS. *Paris clin. et thérap.*, juin 1912, — Traités classiques.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. » — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Notes. — *Pathologie.* — Séance du 18 décembre. — MM. Costantini, 8; Fornairon, 5; Petit (Antoine), 6; Colombet, 5; Perrin (Henri), 6; Trousset et Barraud (Georges), 9; Michon, 10.

Anatomie. — Séance du 18 décembre — Mlle Sériot, 2; MM. Cornet (André), 5; Jamin, 12; Fournier (Joseph), 4; Mlle Romme, 7; MM. Lesage, 11; Binard, 2; Mlle Lang, 10; MM. Auvigne, 12; Sasportès, 4; Bouchet, 6.

Séance du 19 décembre. — Mme Pertat, 11; MM. Allot, 6; Woillez, 5; Chabanier, 6; Le Basser, 3; Ceillier, 12; Mlle Athanassiu, 13; MM. Rongier, 9; Claude, 12; Moutier, 8; Longevialle, 10; Langle, 9; Vesselle, 2.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Fécamp. — Le concours pour une place de médecin adjoint qui vient d'avoir lieu à l'Hôtel-Dieu de Rouen s'est terminé par la nomination de M. le docteur Maupas.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. Venot, agrégé, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1912-1913, d'un cours complémentaire de médecine opératoire.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — M. Tesson, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— Rennes. — M. Gautier, pharmacien de première classe, docteur ès sciences naturelles, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale.

GUERRE. — Le fonctionnement du service de santé en campagne. — M. Millerand, ministre de la guerre, s'est rendu jeudi à l'Ecole supérieure de guerre où il a assisté à une séance du travail sur la carte fait, en ce moment, par les directeurs du service de santé de province réunis pour établir une unité de méthode et de doctrine du fonctionnement du service de santé de l'armée en campagne et pour fixer ses rapports avec le commandement et les états-majors,

LE SERVICE DE SANTÉ DE L'ARMÉE BULGARE. — Le correspondant de guerre de l'*Echo de Paris*, M. de Segonzac, a fait devant Tchataldja un certain nombre d'observations intéressantes sur le fonctionnement du service de santé.

Il a constaté tout d'abord que la distance entre les postes de secours et les ambulances était trop grande (4 kilomètres environ) et que les blessés ne pouvaient la franchir qu'avec grand'peine.

Cette distance est pourtant celle généralement prévue par les règlements modernes.

« Un officier de l'état-major, à qui nous exprimions notre pitié, écrit M. de Segonzac, nous expliquait la nécessité où l'on était de tenir les formations sanitaires très éloignées du feu, et nous rappelait le triste exemple des ambulances de la 5e division, prises par les Turcs pendant un retour offensif de la bataille de Bounar-Hissar-Lule-Bourgas, et massacrées avec d'horribles raffinements de cruauté. La veille encore, un schrapnel était venu exploser au milieu d'un petit hôpital de campagne installé tout contre nous. Mais l'officier confessait, tout de même, que le service sanitaire bulgare était insuffisant. Les six hôpitaux divisionnaires mobiles, dont chaque division dispose, et les deux hôpitaux d'évacuation qui les complètent étaient échelonnés trop loin en arrière, à cause des difficultés de transport, à cause de l'absence de ressources de ce pays dévasté, peut-être un peu par imprévoyance.

De l'hôpital d'Akalan débordé, on évacuait les blessés dans les étroits chariots à buffles, qui les cahotaient atrocement, d'hôpital en hôpital, jusqu'à la station de Sinekli, point terminus de la voie ferrée. Là, quelques infirmiers, une infirmière, les recevaient; on les posait à terre, le long de la voie, et quand, après des heures d'attente, le train arrivait, on les chargeait dans les wagons à bestiaux, sans même une litière de paille pour adoucir la rudesse et les heurts de cet affreux matériel que les Turcs avaient abandonné comme inutilisable. »

CONTRE LA DÉPOPULATION. — La sous-commission d'hygiène sociale de la commission instituée par M. Klotz, ministre des finances, pour l'étude des questions relatives à la dépopulation, s'est réunie sous la présidence de M. Strauss, sénateur.

Elle a entendu la lecture du rapport présenté par M. le docteur Bordas sur les mesures qui devraient être prises dans l'intérêt de l'hygiène sociale, et particulièrement pour combattre la mortalité infantile en vue d'assurer la salubrité du lait mis en vente.

A la suite d'une discussion à laquelle ont pris part notamment MM. Landouzy, doyen de la Faculté de médecine; Variot, médecin des hôpitaux; Jean Morel, sénateur; Macé, professeur à la Faculté de médecine, les conclusions du rapporteur ont été adoptées à l'unanimité.

La sous-commission ayant eu connaissance que les mesures

préconisées par le rapporteur se trouvaient précisément formulées dans un projet de loi préparé par M. Klotz, ministre des finances, et par M. Pams, ministre de l'agriculture, émit le vœu que ce projet conforme à ses vues soit aussitôt que possible présenté au parlement.

MM. Pams et Klotz ont l'intention de déposer de concert sur le bureau de la Chambre, à la séance de samedi, le projet de loi dont il s'agit.

STATISTIQUE. — Le service de la statistique de la ville de Paris a compté, pendant la cinquantième semaine, 1005 décès, au lieu de 962 pendant la semaine précédente et au lieu de 909, moyenne ordinaire de la saison. La bronchopneumonie et la congestion pulmonaire sont les principales causes de cette augmentation. Les maladies épidémiques conservent leur rareté ordinaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE TURIN. — L'Académie royale de médecine de Turin ouvre un concours en vue de l'attribution du treizième prix Riberi, d'une valeur de 20000 lire (moins la taxe de main-morte), aux conditions suivantes :

Peuvent concourir, tous les travaux scientifiques se rapportant aux questions de médecine en général, s'ils constituent un progrès important dans l'ordre de connaissance auquel ils se rapportent; ils devront parvenir à l'Académie conformément aux indications ci-après :

Sont admis les travaux imprimés ou écrits à la machine, en langue italienne, française, anglaise, allemande ou latine; pour les travaux imprimés, ils devront avoir été édités postérieurement à 1911.

Les mémoires seront envoyés en double exemplaire sous pli recommandé à l'Académie, dont ils resteront la propriété. Si le prix est attribué à un travail manuscrit, celui-ci devra être livré à l'impression par l'auteur avant qu'il se soit écoulé deux ans depuis l'attribution du prix; le montant de celui-ci ne sera versé qu'après l'envoi à l'Académie, en double exemplaire, de l'ouvrage imprimé.

Sont acceptés pour le concours les travaux qui auront été envoyés à l'Académie antérieurement au 31 décembre 1916. Deux mois après cette date, le concours sera définitivement clos, et les ouvrages qui parviendraient ultérieurement, même s'ils avaient été envoyés en temps utile, ne seront pas pris en considération.

Les auteurs, dans leurs lettres d'envoi, devront signaler les parties ou les arguments de leurs livres et manuscrits qu'ils jugent les plus importants et sur lesquels ils estiment que doive se fixer plus particulièrement l'attention de l'Académie.

Pour toutes les indications complémentaires, s'adresser au secrétaire général de l'Académie, M. V. Oliva.

LA FOURMI DESTRUCTEUR DE MOUCHES. — Chargé de la surveillance sanitaire des viandes dans les îles Philippines, le capitaine Perey L. Jones a été frappé de la rareté des mouches, bien que les circonstances de température et de saison leur aient été favorables.

Il fit, nous disent les *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, trois expériences à l'aide de viande fraîche qu'il enferma dans une caisse avec des mouches et des moustiques, l'un des morceaux était enduit d'huile. Les insectes déposèrent leurs œufs indistinctement sur les trois morceaux.

Deux pièces furent laissées sur le sol à la portée des fourmis et l'autre fut suspendue au plafond de la chambre. Lorsque les larves firent leur apparition, en une nuit, les deux premières étaient redevenues nettes alors que l'évolution des mouches continuait sur la pièce de viande suspendue. La fourmi détruit les œufs et les larves de mouche.

L'auteur rapproche cette constatation du fait connu que les maladies transmises par les mouches et les moustiques sont rares aux Philippines, et préconise l'introduction des fourmis dans les milieux où sévit une épidémie propagée par les mouches.

LA CONNAISSANCE CHEZ LES ANCIENS DU ROLE DES MOUCHES DANS LA TRANSMISSION DES MALADIES. — Le *Journal de pharmacie et de chimie* nous montre que le rôle des mouches dans la propagation des maladies, rôle dont on se préoccupe beaucoup aujourd'hui, paraît avoir été soupçonné, sinon connu, des anciens. C'est du moins ce qui ressort du passage suivant de Pline l'Ancien :

Invocant et Elei Myiagron deum, muscarum multitudine pestilentiam adferente quæ protinus intereunt, quum litatum est ei deo (1).

« Les Eléens invoquent le dieu Myiagre lorsque la multitude des mouches apporte des maladies contagieuses; elles meurent aussitôt qu'on a sacrifié à ce dieu. »

Le dieu Myiagre était certainement une divinité créée spécialement, car le mot grec μυίαγρος signifie *preneur de mouches*.

(1) *C. Plinii Secundi historiarum mundi*, liber X, XL, 28.

ARTICLES ORIGINAUX
DES
PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES
ET ÉTRANGÈRES

Lyon chirurgical. — (N° 6, 1er déc. 1912.) E. A. DELFINO : Contribution à l'étude du pincement latéral de l'intestin. — E. DUROUX : Résultats cliniques des greffes nerveuses. — Paul BONNET : De la mélanine dans les tumeurs mélaniques. — COTTE et SIGAUX : Remarques sur la paralysie faciale d'origine otique et son traitement par l'anastomose hypoglosso-faciale.

Lyon médical. — (N° 47, 21 nov. 1912.) VIOLET : Sur quelques cas de cellulites pelviennes septicémiques après les opérations de Wertheim. — (N° 48, 1er déc.) VIOLET : Sur quelques cas de cellulites pelviennes septicémiques après les opérations de Wertheim. — (N° 49, 8 déc.) GENET et BUSSY : Remarques sur un temps non signalé de l'énucléation dans le phlegmon de l'œil.

Marseille médical. — (N° 23, 1er déc. 1912.) D'ASTROS et TEISSONNIER : La réaction de Wassermann chez le nouveau-né et le nourrisson (*fin*). — ROUSLACROIX : Considérations générales sur les nouvelles mycoses (*fin*). — G. DANIEL : Un nouveau cas d'infection puerpérale traitée et guérie par l'enfumage iodé.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 46, 12 nov. 1912.) FAUST : Sur les actions combinées de quelques alcaloïdes de l'opium. — PETERSEN : Traitement du bouton d'Orient par le salvarsan. — KAULOROWICZ : Nouvelle méthode de recherche et de dosage de l'action des ferments protéolytiques. — MAYER : Différences anatomiquement appréciables dans la forme de résistance de la cavité abdominale vis-à-vis de l'infection. — HOFFMANN : Examen radiologique de l'estomac et l'intestin. — KEHRER : Chirurgie de la stérilité. — CHIARI : Communication sur la transplantation osseuse. — HÖRRMANN : Nécessité de l'appendicectomie prophylactique au cours des opérations gynécologiques. — MEYER : Sur la plastique des doigts. — HOFBAUER : Autoplastie du vagin. — KAYSER : Amblyopie aiguë par l'alcool éthylique. — KREISS : Un cas de fente thoracique latérale avec aplasie des muscles pectoraux et diastase du muscle droit de l'abdomen. — PORTIG : Symptôme cutané rare chez une femme atteinte d'insuffisance surrénale. — (N° 47, 19 nov.) PERTHES : L'anesthésie avec l'aide de l'irritation électrique. — WILMS : Les résultats de mon procédé de prostatectomie. — WARBURG : Recherches sur les processus d'oxydation dans les cellules. — MORO : Sur la réaction du lait au neutralroth. — HOFFMANN : Sur une affection des nerfs de l'œil dans le diabète. — LAUGER : Sur l'action protectrice de prises répétées de sel par la bouche contre le choc anaphylactique. — FISCHER : Sur un procédé simple de recherche de l'hémibilirubine dans l'urine pathologique. — ZUR VERTH : Base de la chirurgie de guerre maritime. — LINDEN : La chemothérapie dans la tuberculose. — HERXHEIMER : Guérison d'un cas de sarcomatose cutanée par le thorium X. — LEWIN : Un procédé de respiration artificielle dans la mort apparente et l'asphyxie. — DREYFUS : Méthodes d'examen du liquide céphalo-rachidien dans la syphilis. — ZUCKERKANDL : Stase vésicale dans les tumeurs papillomateuses de la vessie.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT DU CANCER DE L'S ILIAQUE

Par M. P. GORSE (de Lille).

I

Le cancer de l'S iliaque n'est entré que depuis peu dans le domaine chirurgical et c'est à Reybard (1840) qu'est dû le premier cas d'extirpation et de guérison d'une tumeur de l'S iliaque par une intervention chirurgicale. Sans doute jusque-là des anus artificiels avaient été pratiqués pour des accidents d'occlusion aiguë consécutifs à des néoplasmes de l'S iliaque, mais il n'existait aucun cas diagnostiqué et guéri par l'intervention.

Ce cas heureux fut d'ailleurs suivi d'une longue période où aucune autre tentative de ce genre ne se produisit et le deuxième cas connu d'intervention radicale est dû à Tiersch en 1875.

A vrai dire, la tentative de Reybard était un peu précoce et ne correspondait pas à la mentalité chirurgicale de l'époque à laquelle elle fut pratiquée. En outre à ce moment-là, la technique était encore plus que rudimentaire et l'antisepsie n'était pas connue, aussi ne faut-il pas s'étonner du blâme unanime que l'Académie prononça contre le chirurgien lyonnais, qui n'en reste pas moins le véritable promoteur de la chirurgie de l'S iliaque.

Avec la période antiseptique, la chirurgie abdominale se développe de plus en plus, de nombreuses observations sont publiées, mais surtout en Allemagne, et de 1881 à 1890 on trouve beaucoup de faits isolés, mais aucun travail d'ensemble.

Il faut mentionner seulement comme travaux français d'ensemble postérieurs à cette époque, le mémoire de de Bovis, les thèses de P. Duval, Barbary et Micaud.

Mais bientôt la chirurgie de l'S iliaque entre dans une nouvelle phase avec le développement des opérations intestinales et en particulier de l'exclusion, la substitution de l'asepsie à l'antisepsie, le perfectionnement de la technique des anastomoses intestinales. Des travaux importants sont publiés qui traitent des localisations cancéreuses du gros intestin : la thèse de Cavaillon (Lyon 1906), et celle d'Ockinczyc (Paris 1907) figurent au nombre des principaux.

II

Anatomie. — Avant d'étudier le traitement du cancer de l'S iliaque il est indispensable de rappeler d'abord quelques notions anatomiques.

L'S iliaque est la portion du gros intestin continuant le côlon descendant et le réunissant au rectum. Sa synonymie est nombreuse ; si les auteurs français la désignent habituellement sous le nom de S iliaque, les Anglais et les Allemands l'appellent anse sigmoïde ou côlon sigmoïdien, Trèves la désigne sous le nom d'anse oméga.

Ce segment du gros intestin commence à la hauteur de la crête iliaque et finit à la troisième vertèbre sacrée; il a une longueur de 45 à 51 centimètres suivant les sujets et son calibre est de 25 à 35 centimètres.

Il a son origine dans la partie supérieure de la fosse iliaque, se porte d'abord verticalement de haut en bas, puis à 3 ou 4 centimètres de l'arcade crurale il croise le psoas et passe dans la cavité pelvienne qu'il traverse de gauche à droite. Il s'infléchit ensuite une dernière fois sur lui-même et se tourne obliquement en bas, en arrière et en dedans, puis se continue avec le rectum au niveau de la troisième vertèbre sacrée.

Mais au point de vue de l'anatomie chirurgicale ce qui est le plus important à considérer c'est la mobilité plus ou moins considérable de ce segment du gros intestin. A ce point de vue on peut distinguer au côlon ilio-pelvien quatre parties :

Le segment iliaque qui n'est que la terminaison du côlon descendant et qui est immobile;

Le segment ilio-pelvien très court et mobile ;

Le segment pelvien qui constitue la partie la plus considérable de l'S iliaque et dont la mobilité est intermédiaire entre celle des deux segments extrêmes ;

Le segment recto-sigmoïdien qui est mobile.

Nous avons donc dans cette portion du gros intestin des tumeurs fixes dans le segment iliaque, des tumeurs mobiles dans les segments ilio-pelvien et recto-sigmoïdien et des tumeurs à mobilité intermédiaire dans le segment pelvien.

En somme, si nous exceptons les cancers de la portion iliaque qui sont cliniquement plutôt des cancers du côlon descendant que des cancers de l'S iliaque, nous voyons que les cancers de l'S iliaque sont des tumeurs jouissant d'une certaine mobilité tant qu'elles n'ont pas dépassé les limites de l'organe ; il y a là une condition essentiellement favorable à leur traitement chirurgical.

Dans les points où cette mobilité n'est que relative on peut l'augmenter comme l'a montré P. Duval par ses recherches anatomiques à l'amphithéâtre. En effet, embryologiquement, le côlon tout entier possède un méso et ce n'est que secondairement que le côlon s'accole au péritoine pariétal postérieur ; il est possible de trouver entre ces deux plans péritonéaux un plan de clivage, leur coalescence n'étant jamais absolue.

Mais la mobilité de ces tumeurs n'est pas le seul élément favorable qu'elles présentent ; en effet, le cancer de l'S iliaque demeure pendant longtemps encapsulé par sa séreuse, qui n'est envahie que très tardivement ; il a par suite peu de tendance à se généraliser et à récidiver ; comme il est possible pendant assez longtemps de l'enlever complètement, des survies considérables peuvent être obtenues à la suite de l'intervention radicale.

Un autre renseignement important fourni par l'anatomie pathologique est l'état du système lymphatique ; souvent en effet on trouve soit à l'autopsie, soit à l'opération, des ganglions volumineux qui ont cliniquement les caractères des ganglions cancéreux, mais qui à l'examen microscopique ne sont que des ganglions enflammés ; il ne faut donc pas, dans le cas où, pour une raison quelconque, l'ablation des

ganglions ne peut être faite complètement, conclure à une récidive fatale ; dans le doute il vaut évidemment mieux faire l'ablation complète des ganglions chaque fois qu'elle est possible, mais il faut savoir qu'à côté des adénites cancéreuses il existe dans le cancer de l'S iliaque des adénites inflammatoires simples.

Une autre particularité du cancer de l'S iliaque indispensable à connaître est la fréquence des complications ; ce cancer est le plus souvent un squirrhe en ficelle provoquant rapidement de l'obstruction intestinale qui est parfois le seul symptôme présenté par le malade ; par suite de la dilatation qui se forme mécaniquement au-dessus du point rétréci, la virulence des germes infectieux de l'intestin se trouve exacerbée par le mécanisme de la cavité close, et le malade est exposé aux complications infectieuses, aux ulcérations diastatiques et aux abcès stercoraux consécutifs.

Cette brève énumération des accidents auxquels expose le cancer de l'S iliaque nous permet de comprendre dès maintenant que nous aurons à distinguer des cancers simples et des cancers compliqués, c'est-à-dire des cancers sans complications et des cancers avec des accidents d'occlusion ou des accidents infectieux; leur traitement variera notablement dans les divers cas.

Ces notions préliminaires posées, nous allons aborder l'étude des divers procédés opératoires et examiner successivement les résultats des diverses méthodes mais nous n'aurons en vue que les cancers de l'S iliaque proprement dits ; nous éliminerons donc du cadre de notre étude les cancers situés à l'union du côlon descendant et les cancers recto-sigmoïdiens ou cancers haut situés du rectum, dont le traitement nécessite des méthodes spéciales, par exemple l'usage de la voie abdomino-périnéale, et appartient beaucoup plus à la chirurgie du rectum qu'à la chirurgie de l'S iliaque.

Nous examinerons successivement les diverses méthodes de traitement d'abord dans les cancers non compliqués, ensuite dans les néoplasmes présentant des accidents d'occlusion ou d'infection.

III

Traitement du cancer de l'S iliaque sans complication. — Le traitement peut être palliatif ou radical ; le traitement palliatif a simplement pour but de permettre l'issue des matières arrêtées au niveau des néoplasmes, tandis que le traitement radical a pour but d'enlever le segment d'intestin lésé.

L'opération idéale consiste évidemment dans l'ablation de la partie d'intestin malade et l'abouchement bout à bout des segments supérieur et inférieur ; mais le traitement radical comprend nombre d'autres procédés. Nous allons examiner successivement les méthodes palliatives et les méthodes radicales.

Le traitement palliatif comprend trois procédés :

L'anus artificiel;
L'entéro-anastomose ;
L'exclusion.

L'anus artificiel est la méthode de traitement la plus ancienne et très souvent on a dû en pratiquer pour des accidents consécutifs à un cancer de l'S iliaque, sans soupçonner l'existence du néoplasme. Quel que soit son siège, qu'on pratique une colostomie ou une cæcostomie, il a essentiellement pour but de permettre l'issue des matières fécales au-dessus du néoplasme et de mettre celui-ci au repos.

L'anus artificiel a pour lui beaucoup d'avantages ; c'est une intervention simple, sans danger, d'une exécution facile. Il a une action immédiate sur l'état général du sujet ; en supprimant les accidents d'obstruction qui font plutôt partie du cadre symptomatique habituel que des complications tant ils sont fréquents, il supprime tous les phénomènes stercorémiques et il est suivi d'une grande amélioration. Mais son action utile ne se borne pas là ; en dehors de l'heureuse modification de l'état général, il a également un rôle sur la tumeur elle-même ; celle-ci en effet, du fait qu'elle n'est plus en contact avec les matières fécales, se trouve en quelque sorte au repos; les matières ne passant plus par le segment intestinal dans lequel elle est située, les phénomènes inflammatoires s'atténuent, le foyer infectieux situé au-dessus de la tumeur a sa virulence diminuée et, consécutivement à cette atténuation, le volume de la tumeur diminue.

L'anus iliaque est donc une bonne opération, amenant des améliorations réelles mais elle n'est pas exempte de reproches ; elle constitue tout d'abord quoi qu'on en ait dit une infirmité répugnante.

Sans doute les auteurs ont pu mentionner des cas où des gens porteurs d'anus artificiels ont pu vaquer à toutes leurs occupations sans gêne apparente et sans modifier leur genre de vie. Hartmann cite même le cas d'un officier de cavalerie opéré par lui, qui a pu continuer à monter à cheval et faire son service sans que personne ne se doute de son infirmité, mais il n'en est pas moins vrai aussi que beaucoup de malades sont affectés moralement, qu'ils s'imaginent être un objet de dégoût pour ceux qui les entourent et qu'ils souffrent surtout au point de vue psychique de leur infirmité.

Mais on peut faire à l'anus iliaque un reproche beaucoup plus mérité, c'est de n'être qu'un traitement palliatif; en effet les améliorations qu'il donne ne sont que passagères; l'évolution du cancer peut être modifiée, peut être ralentie momentanément, mais elle n'est pas arrêtée ; les complications peuvent être supprimées, mais le cancer n'en continue pas moins sa marche vers le dénouement fatal.

Pour supprimer l'inconvénient résultant de la présence de l'anus artificiel, d'autres traitements palliatifs ont été appliqués au traitement du cancer de l'S iliaque, et en première ligne l'entéro-anastomose. Elle consiste essentiellement dans l'anastomose d'un segment intestinal situé en amont de la tumeur avec un autre segment situé en aval. De cette façon la continuité du tube intestinal est rétablie sans passer par la tumeur qui doit être ainsi mise au repos comme dans le cas de l'anus artificiel, mais en supprimant aux malades l'infirmité que cet anus constitue.

Malheureusement, il n'en est point habituellement

ainsi dans la pratique; l'anastomose n'est pas suffisante pour mettre la tumeur complètement à l'abri des matières fécales et elle est par suite beaucoup moins efficace que l'anus artificiel; elle constitue une opération assez complexe et assez grave de chirurgie abdominale qui n'est en rien comparable à la simplicité et à la bénignité de l'anus artificiel. Son exécution sera particulièrement difficile dans le cas de cancer sigmoïde; si le cancer n'a pas envahi la partie inférieure de l'S iliaque, on pourra anastomoser l'iléon avec un point de l'anse sigmoïde situé au-dessous de la tumeur et pratiquer une iléo-sigmoïdostomie.

Si le néoplasme est situé sur la partie inférieure de l'S iliaque, il faudra pratiquer une anastomose avec le rectum et on pourra faire soit une sigmoïdo-rectostomie, en anastomosant avec le rectum la partie de l'anse sigmoïde sus-jacente au néoplasme, soit une iléo-rectostomie, opération beaucoup plus difficile que la sigmoïdo-rectostomie. Mais les anastomoses présentent des inconvénients multiples; d'abord elles constituent des opérations graves par elles-mêmes, mais surtout elles sont insuffisantes pour amener l'isolement du cancer; aussi la moyenne des succès à la suite de cette opération est-elle très peu considérable; la mort survient dans un intervalle de temps variant de neuf mois et demi à un mois un quart.

Cette insuffisance des anastomoses a conduit à pratiquer des opérations un peu plus complexes ayant pour but de détourner d'une façon définitive et absolue le cours des matières du segment d'intestin sur lequel est située la tumeur; ce sont les exclusions.

Une exclusion comprend essentiellement deux temps : l'exclusion d'une portion de l'intestin, puis le rétablissement de la continuité du tube digestif. Nous ne nous attarderons pas à une fastidieuse énumération des innombrables variétés d'exclusion imaginées par les divers auteurs et qui toutes ne sont que des variantes d'une même méthode; l'exclusion est en somme une entéro-anastomose dans laquelle le segment intestinal sur lequel siège la tumeur est complètement isolé, est « exclu » de la continuité du tube digestif. Cette méthode possède donc les avantages de l'entéro-anastomose par rapport à l'anus artificiel (suppression de l'infirmité répugnante) sans en avoir les inconvénients; pour que l'intervention soit efficace il est de toute nécessité de détourner le cours des matières d'une façon définitive; pour cela il est nécessaire qu'il y ait une solution de continuité dans le tube digestif; c'est pourquoi toute exclusion comprend au moins une section intestinale. Mais lorsque cette section est unique et au cas où elle est située en amont de la tumeur, il pourrait se produire après l'intervention un reflux de matières; pour l'éviter, il faudra faire porter l'abouchement loin de la lésion; cette manière de faire aura en outre l'avantage d'éviter l'envahissement de ce point d'abouchement par le néoplasme.

L'exclusion peut être unilatérale ou bilatérale, suivant que la section intestinale se pratique seulement au-dessus de la tumeur ou en même temps au-dessus et au-dessous; l'exclusion unilatérale est suffisante à la condition de prendre les précautions que nous venons de mentionner pour le choix du point d'abouchement; elle a en outre l'avantage sur l'exclusion bilatérale d'être beaucoup moins grave et de provoquer un choc moins considérable et par suite de pouvoir être employée dans des cas où l'état général du sujet ne lui permettrait pas de supporter la longue opération qu'est une exclusion bilatérale.

L'exclusion est une bonne opération qui doit toujours être préférée dans le cas de cancer de l'S iliaque à l'entéro-anastomose.

En réalité il n'y a donc que deux opérations palliatives entre lesquelles on puisse hésiter : l'anus artificiel et l'exclusion. L'anus artificiel malgré ses multiples inconvénients a l'avantage d'être une opération simple, bénigne et facile; l'exclusion à côté de ses multiples avantages a l'inconvénient d'être une intervention assez longue et délicate.

L'exclusion, en un mot, sera l'opération palliative de choix chaque fois que l'état général du malade permettra de la tenter; l'anus artificiel sera employé dans le cas contraire.

Mais le traitement radical est beaucoup plus intéressant à étudier que le traitement palliatif, car au lieu de s'adresser simplement à certains troubles provoqués par la tumeur, on essaie de supprimer le cancer lui-même.

La cure radicale comprendra deux temps :

1° La suppression de l'obstacle, c'est-à-dire une entérectomie;

2° Le rétablissement de la circulation intestinale.

Reybard, le promoteur de la méthode, pratiqua une colectomie suivie d'une coloraphie circulaire termino-terminale.

Mais les résultats de cette opération sont très mauvais. P. Duval dans sa thèse (1902) sur un total de 84 cas, mentionne une mortalité opératoire de 37 p. 100; même en tenant compte de ce fait que les cas des dernières années doivent présenter un pourcentage de décès moindre, en raison des perfectionnements de la technique et de l'asepsie, il n'en est pas moins vrai que cette opération est trop grave pour pouvoir être conseillée; sa mortalité opératoire est trop considérable.

Le grand danger de cette intervention réside dans la péritonite opératoire : l'infection de la séreuse peut se produire au moment de la section de l'intestin; elle peut aussi être due aux difficultés de l'affrontement des deux sections intestinales, en raison de la différence de calibres des deux portions que l'on essaie de suturer bout à bout; si l'affrontement n'est pas parfait, des matières peuvent s'échapper de l'intestin et infecter la grande cavité péritonéale.

En outre, la circulation des matières se rétablit immédiatement, ce qui peut leur permettre de passer entre les deux lèvres de la plaie dès la fin de l'opération.

Mais malgré l'augmentation de la proportion des succès opératoires une intervention radicale pour cancer de l'S iliaque en un temps est une mauvaise opération à rejeter; et aujourd'hui tous les auteurs sont d'accord pour opérer en plusieurs temps; de

nombreuses variantes de technique ont été proposées, et, sans entrer dans le détail de toutes les entérectomies pratiquées, nous mentionnerons les principaux procédés.

Procédé de Volkmann. — Volkmann préconise une colectomie en deux temps : il pratique la résection du segment de l'S iliaque sur lequel porte la tumeur, puis pratique l'abouchement à la peau des deux extrémités accolées en canon de fusil.

Pour cela il commence par réunir les lèvres profondes des sections intestinales et abouche à la peau en anus à double bout les lèvres superficielles. Dans une deuxième opération on ferme l'anus.

Schedde et Gussenhauer, en Allemagne, ont employé un procédé analogue.

Procédé de Bloch. — Bloch [de Copenhague (1892)] pratique une colectomie en trois temps réglés de la façon suivante.

Premier temps : Extériorisation de la tumeur jusqu'à apparition des adhérences.

Deuxième temps : Résection de l'anse et coloraphie circulaire extrapéritonéale.

Troisième temps : La continuité de l'anse étant assurée par des sutures extrapéritonéales on rentre l'anse entière dans l'abdomen. Le procédé employé par Allingham, en Angleterre, est identique.

Procédé de Madelung. — Cet auteur pratique une entérectomie en un temps, mais sans la faire suivre d'une entéroraphie; il abouche à la peau le segment intestinal supérieur, faisant ainsi un anus définitif. Le bout inférieur est fermé à sa partie supérieure. Ce procédé a le grave inconvénient de laisser un anus définitif qui constitue une infirmité permanente.

Procédé de Reclus. — Le professeur P. Reclus pratique l'opération en trois temps :

Premier temps : Extériorisation simple de la tumeur.

Deuxième temps : Résection massive au thermocautère au ras de la paroi abdominale.

Troisième temps : Fermeture de l'anus contre nature.

Procédé de Paul. — Dans ce procédé on traverse d'abord le mésocôlon par des fils liant les vaisseaux sigmoïdiens, puis on le sépare du segment intestinal qu'on va réséquer. Ce segment est attiré hors du ventre, puis les points des sections intestinales adossés l'un à l'autre en canon de fusil et suturés l'un à l'autre par leur bord mésocolique. Dans un deuxième temps on ferme cet anus artificiel.

Procédé de Nicoladini. — Nicoladini a préconisé, lorsqu'il existe une distance trop considérable entre les fragments, d'interposer entre ceux-ci un segment d'intestin grêle et de pratiquer une coloraphie circulaire de cet intestin dans sa portion interrompue pour rétablir sa continuité.

Cette opération a été faite récemment par Fenwick (*Brit. med. Journ.*, 7 oct. 1911); cet auteur, après excision de la masse cancéreuse avec un V au méso, transplanta dans la brèche colique une anse d'intestin grêle préalablement détachée avec son mésentère. Il fit une double anastomose avec deux boutons de Murphy. La guérison eut lieu sans incidents, l'anse grêle jouant parfaitement son rôle de gros intestin.

Procédé de Barton. — Cet auteur fait suivre la colectomie de l'abouchement du bout supérieur à la peau en anus définitif, puis pratique la fermeture du bout inférieur qui est fixé dans l'angle inférieur de la plaie abdominale.

Procédé de Hochenegg et Mickulicz. — Hochenegg et Mickulicz font dans un premier temps un anus au-dessus mais proche de la tumeur; dans un deuxième ils pratiquent la résection de la tumeur et de l'anus et une entéroraphie.

Procédé de Wœlfler. — Ce procédé qui ressemble beaucoup au précédent comprend trois temps : création d'un anus en amont, résection de la tumeur, cure de l'anus artificiel.

D'autres procédés consistent dans une colectomie suivie d'une anastomose du bout inférieur avec le cæcum et le côlon transverse; on peut pratiquer après la résection soit une iléo-sigmoïdostomie, soit une recto-sigmoïdostomie, s'il s'agit d'un cancer de l'S iliaque bas situé; nous aurons l'occasion d'y revenir.

Il existe enfin d'autres procédés correspondant à des cas particuliers; c'est ainsi que Nicolaysen, Cecci et Ferranti, Poncell pratiquent simplement une résection et une suture circulaire lorsque le néoplasme est en état de prolapsus intrarectal, intraanal, extraanal.

Mannsell et Trendelenburg pratiquent dans les cas analogues un procédé mixte abdomino-intraanal; ils pratiquent l'ablation de la tumeur par la voie intraanale après l'avoir invaginée artificiellement dans le canal rectal.

Israël a appliqué une méthode basée sur le même principe aux interventions pour les cancers de l'S iliaque plus haut situés.

Après avoir pratiqué un anus iliaque, il amène le néoplasme au niveau de cet orifice en retournant le segment inférieur, le résèque et ferme l'anus contre nature.

En résumé, il existe dans une intervention deux temps comme nous l'avons vu précédemment :

La résection intestinale;

Le rétablissement de la continuité de l'intestin.

Pour la résection intestinale, il y a certaines différences suivant les auteurs; mais elles peuvent se ramener à deux classes : les résections sans extériorisation et les résections avec extériorisation de la tumeur; la résection après extériorisation présente sur l'autre des avantages très considérables.

La résection après extériorisation, en effet, comme l'a mentionné le professeur Hartmann à la Société de chirurgie (séance du 7 décembre 1904), a les avantages suivants :

Elle n'expose pas à l'infection de la cavité abdominale.

Elle n'expose pas au manque de la suture par in-

suffisance de l'irrigation vasculaire lorsqu'on fait la section du méso, puisque les deux bouts sont amenés au dehors sans suture.

Mais les différences sont beaucoup plus considérables sur le deuxième point ; et c'est en somme sur le mode de rétablissement de la continuité de l'intestin qu'il y a les plus grandes divergences entre les procédés des divers chirurgiens.

Deux cas peuvent se présenter une fois la tumeur enlevée : ou bien les deux extrémités libres de l'S iliaque sont accolables ou elles ne le sont pas ; dans le premier cas, la coloraphie, la suture idéale est possible ; dans le deuxième cas, au contraire, on est obligé d'avoir recours à des méthodes spéciales pour rétablir la continuité.

La coloraphie n'est possible qu'avec un côlon pelvien long muni d'un long méso ; elle est impossible lorsqu'il est court, et les côlons courts à petits mésos sont fréquents, d'autant plus fréquents que le méso est souvent rétracté du fait du néoplasme lui-même ; la coloraphie ne peut être faite que dans les cancers sigmoïdiens proprement dits, c'est-à-dire qu'elle n'est applicable ni aux cancers recto-sigmoïdiens, ni aux cancers ilio-pelviens.

Dans le cas où les extrémités de l'intestin ne peuvent pas être accolées, on devra pratiquer une anastomose pour rétablir la continuité du tube digestif. On retrouvera dans ce cas les divers procédés énumérés au moment de l'étude des anastomoses comme traitement palliatif.

On peut anastomoser la fin de l'iléon avec un point de l'S iliaque appartenant au segment distal, et pratiquer ainsi une iléo-sigmoïdostomie ; on peut aussi se servir pour l'anastomose, non de la fin de l'iléon, mais du cæcum et pratiquer une cæco-sigmoïdostomie.

Si la plus grande partie de l'S iliaque a été enlevée ou si l'ablation a surtout porté sur la partie inférieure de ce segment intestinal, c'est à la sigmoïdo-rectostomie (Hartmann) ou à l'iléo-rectostomie (Lardennois) qu'il faudra avoir recours.

En résumé, on peut ranger les opérations en plusieurs temps dans deux groupes principaux : le premier comprend les opérations qui dans un premier temps dévient le cours des matières par une intervention intraabdominale (exclusion ou anastomose) et le deuxième les entérectomies avec anus préalable.

Si nous examinons ces diverses interventions au point de vue de leurs avantages respectifs, nous devons placer en première ligne les entérectomies avec anus préalable. En effet l'anus constitue, nous l'avons vu, un excellent traitement palliatif en supprimant les conséquences de l'obstacle mécanique, en empêchant les phénomènes stercorémiques, en mettant la tumeur au repos et en supprimant ainsi les phénomènes inflammatoires pouvant exister au niveau de la tumeur. En pratiquant un anus comme intervention préliminaire, on mettra le malade dans des conditions beaucoup plus favorables pour lui permettre de supporter une entérectomie. L'intervention pourra dans ces cas être faite en deux temps.

Premier temps : création d'un anus iliaque.

Deuxième temps : iléo-sigmoïdostomie ; ablation du segment intestinal portant la tumeur et l'anus sus-jacent. Ce procédé peut, lorsqu'il est possible, être considéré comme le procédé de choix.

Mais jusqu'ici nous avons apprécié la valeur des diverses opérations en nous plaçant uniquement au point de vue théorique ; examinons maintenant si les faits cliniques sont en concordance avec ces données théoriques.

La comparaison entre l'entérectomie en un temps et en plusieurs temps ne nous retiendra pas longtemps, car à ce point de vue les auteurs sont unanimes à admettre que l'entérectomie en un temps a une gravité beaucoup plus considérable que l'autre variété.

Les statistiques des divers auteurs pour l'entérectomie en un temps sont les suivantes :

Kœrte	19 cas avec	7 morts, soit	36 p. 100
Czerny.....	18 —	9 —	50 —
Browmann .	14 —	6 —	33 —
Kronlein...	12 —	6 —	50 —
Kessler....	15 —	9 —	60 —
Wœlfler...	9 —	6 —	70 —

ou en prenant les totaux et les moyennes de ces diverses statistiques :

87 cas avec 43 morts, soit 49 p. 100.

Toutefois les statistiques plus récentes comprennent une plus forte proportion de succès et Pauchet notamment a obtenu 6 succès sur 6 colectomies en un temps (Congrès français de chirurgie, 1905).

Mais malgré ces succès, le pronostic reste encore bien sévère à en juger par la dernière statistique publiée.

En effet au Congrès de Bruxelles de 1908, Wœlfler communiqua le résultat de 50 résections intestinales dont 36 sans anus préalable. Il y eut 19 décès, 10 guérirent et 7 guérirent avec une fistule stercorale. De ces 17 guéris, 7 ont succombé à des récidives ultérieurement, et 10, opérés depuis plus de trois ans, étaient en bonne santé en 1908, la proportion des guérisons durables a donc été de 28 p. 100.

Les statistiques concernant l'entérectomie en plusieurs temps sont toutes différentes.

Hochenegg a pratiqué cette intervention 5 fois sans aucun décès, Mickulicz 16 fois avec 2 décès, soit 12 p. 100, Riedel 9 fois avec 6 décès, Czerny 5 fois sans mortalité, Wœlfler 7 fois sans décès, Schloffer 7 fois avec un décès, et Morton 5 fois sans mortalité.

L'entérectomie est donc une opération infiniment plus bénigne lorsqu'elle est pratiquée en plusieurs temps que lorsqu'elle est pratiquée en un seul, et actuellement, c'est l'entérectomie en deux temps par le procédé de Hochenegg et Mickulicz, qui doit être considérée comme le procédé de choix.

IV

Traitement du cancer de l'S iliaque avec complications. — Nous avons supposé jusqu'ici qu'il n'y avait pas de complications ; mais dans la pratique, ces cancers sont très fréquemment compliqués, et c'est même

le plus souvent une complication qui fait penser à l'existence d'une pareille lésion et met sur la voie du diagnostic.

Les cancers de l'S iliaque sont en effet de toutes les variétés de cancers intestinaux ceux qui exposent le plus aux complications. Si nous faisons abstraction de l'occlusion chronique qui est un symptôme plutôt qu'une complication nous avons trois catégories d'accidents à considérer :

L'occlusion aiguë,
L'invagination,
Les accidents infectieux.

L'occlusion aiguë est de beaucoup la plus fréquente des complications ; en effet sur une statistique comprenant 81 cas de néoplasmes de l'S iliaque, on a noté 31 occlusions, 6 invaginations et 6 fois des accidents infectieux.

Les causes principales sont la forme annulaire du néoplasme et la consistance particulière des matières au niveau de cette portion du tube digestif.

Le traitement de l'occlusion aiguë doit être avant tout un traitement précoce, très précoce, car les signes cardinaux de l'occlusion, c'est-à-dire les vomissements et le ballonnement, apparaissent alors que le malade est déjà un intoxiqué ; aussi le malade en état d'occlusion relève-t-il de l'opération la plus simple, c'est-à-dire de l'anus artificiel : car il ne faut pas oublier en effet qu'on opère en milieu ultraseptique.

Toutefois la situation peut être plus complexe ; en effet on peut être appelé auprès d'un malade en occlusion aiguë, sans que rien permette de reconnaître la cause vraie de cette occlusion ; dans ces conditions, si l'état général du malade le permet, le chirurgien pratiquera d'abord une laparotomie pour rechercher la cause de l'occlusion. Hahn-Block a préconisé pour ces cas une intervention en deux temps.

1° On fixe la tumeur à la paroi.

2° On résèque la tumeur extériorisée ; on intervient ultérieurement pour remédier à l'anus en canon de fusil.

Mais cette méthode est loin de paraître aussi satisfaisante que celle qui consiste à pratiquer simplement un anus au moment des accidents aigus ; lorsque ceux-ci sont dissipés, le malade rentre dans le cas des opérés à froid en plusieurs temps et, quelque temps après, on peut enlever dans une deuxième intervention la tumeur et l'anus.

L'anus sera donc la méthode de choix pour le traitement de l'occlusion aiguë compliquant un cancer de l'S iliaque ; mais on peut discuter pour savoir sur quel point doit porter l'anus ; on peut le faire porter soit au niveau du cæcum et faire une cæcostomie, ou au contraire pratiquer un anus iliaque gauche. La colostomie iliaque gauche est préférable parce qu'elle permet, dans un deuxième temps ultérieur, de pratiquer en même temps l'ablation de la tumeur et de l'anus, mais souvent dans la pratique on interviendra pour une occlusion, sans connaître sa cause et si l'état général du malade force à faire une intervention aussi courte que possible, ignorant le siège de l'obstacle, on pratiquera une cæcostomie ; mais lorsque le diagnostic de cancer de l'S iliaque aura été posé, c'est à la colostomie iliaque gauche qu'il faudra donner la préférence pour pouvoir dans une intervention ultérieure pratiquer à la fois l'ablation de la tumeur et de l'anus.

Quelquefois l'occlusion aiguë est produite par une invagination de la tumeur, mais ceci est rare, car l'invagination produit plutôt des accidents d'obstruction que des accidents d'occlusion.

On peut, si on est amené par les accidents constatés à pratiquer une laparotomie, essayer une désinvagination et traiter ensuite le cancer désinvaginé par les méthodes ordinaires ; mais la désinvagination est souvent impraticable.

D'autre part, les opérations palliatives paraissent peu indiquées dans les cas d'invagination ; en effet, si elles empêchent la continuation des accidents stercorémiques, elles n'en laissent pas moins persister l'invagination et laissent ainsi dans l'abdomen une lésion dangereuse susceptible de continuer à évoluer et d'arriver au sphacèle ou à la perforation.

On devra donc s'adresser, pour traiter l'invagination, à un mode de traitement radical : on pourra réséquer le segment intestinal sur lequel porte l'invagination, ou bien pratiquer la résection dans le boudin de la portion invaginée ; dans le cas où l'invagination est intrarectale, on peut pratiquer l'ablation de la tumeur par le rectum, mais malgré sa gravité la résection est l'opération de choix.

Enfin, à côté de ces complications que l'on pourrait qualifier d'ordre mécanique il y a également les complications d'ordre infectieux pour lesquelles on peut avoir à intervenir.

Ces accidents infectieux consécutifs aux ulcérations diastatiques peuvent consister, soit dans une péritonite si la perforation se produit au niveau d'une ulcération, sans qu'il se soit formé des adhérences dans la zone péricolique, soit dans le cas contraire en abcès stercoraux constituant des collections enkystées qui, si on les laisse évoluer sans intervenir par un traitement approprié, peuvent s'ouvrir dans les organes du voisinage, vessie, rectum, etc. Le traitement des péritonites par perforation ou de ces collections enkystées sera ici le traitement chirurgical habituel de ces affections et ne présentera rien de particulier.

Toutes ces complications sont des accidents graves, et pour permettre de comparer les divers traitements employés nous avons résumé ici, d'après Cavaillon (Th. de Lyon, 1906), les résultats des diverses méthodes employées.

Cavaillon relate 24 cas d'opérations palliatives pour des accidents d'occlusion aiguë provoqués par des cancers de l'S iliaque ; dans ces 24 cas, il s'agissait d'anus pratiqués soit au niveau du cæcum, soit à gauche ; sur 23 résultats signalés il y a eu seulement 9 guérisons.

Les entérectomies pratiquées dans les mêmes conditions ont donné les résultats suivants (observations rassemblées par Cavaillon) :

Entérectomies en un temps : 8 opérés, 5 morts, 3 guérisons.

Entérectomies avec extériorisation de la tumeur : 3 interventions, 3 guérisons (Pollard, 2 cas; Gouillioud, 1 cas).

Enfin, l'entérectomie avec anus préalable a donné les résultats suivants :

Interventions : 22.
Guérisons : 16.
Morts : 6.

Dans ces statistiques de Cavaillon, on est frappé de l'énorme proportion de décès mentionnés à la charge de l'anus simple; mais il est bien certain que les cas où on s'est borné à cette intervention étaient les cas les plus mauvais où le malade était hors d'état de supporter une opération plus importante; car les cas où on a pu intervenir secondairement d'une façon plus radicale figurent dans la statistique d'entérectomie après anus préalable, statistique qui, au contraire, est éminemment favorable à l'intervention.

Pour les cancers de l'S iliaque compliqués d'invagination, Cavaillon rapporte sept cas traités par des procédés divers avec trois morts et quatre guérisons; vu leur petit nombre et la variété des traitements employés nous les résumerons succinctement :

Eiselsberg : Laparotomie. Désinvagination. Guérison.

Zimmerman : Résection par le périnée. Mort.

Gouillioud : Résection par la voie abdomino-périnéale. Guérison.

Czerny : Laparotomie, résection, suture circulaire. Mort. — Laparotomie, résection, anastomose au Murphy. Mort.

Sorensen : Laparotomie, désinvagination. Guérison.

Zimmerman : Anus, puis résection en deux temps. Guérison.

Cette statistique ne comprend pas un nombre de cas suffisant pour qu'on puisse en tirer des conclusions précises, mais il y a lieu de remarquer toutefois que les deux cas où la désinvagination a été pratiquée ont été suivis de guérison, ce qui, lorsqu'elle est possible, en fait le procédé de choix.

Cavaillon mentionne encore dans sa thèse un certain nombre de cas de cancers de l'S iliaque où l'on est intervenu pour des complications infectieuses; il en cite huit dont sept avec résultat connu, sur lesquels il y a eu quatre décès. Ces complications étant différentes les unes des autres nous mentionnerons simplement ces cas, la diversité des symptômes présentés ne permettant pas d'en tirer des conclusions précises.

Kessler : Abcès périnéoplasique ouvert dans la vessie. Résection de la paroi vésicale; résection du néoplasme. Abaissement du bout supérieur du rectum. Guérison.

Villard : Péritonite par perforation du cæcum. Drainage. Mort.

Sorensen : Pérityphlite. Incision. Curettage. Guérison en quatre mois. — Abcès autour du cancer. Curettage. Guérison en six mois.

Albarran : Compression de l'uretère. Uronéphrose. Laparotomie (?).

Vignard : Péritonite. Laparotomie. Mort.

Czerny : Abcès avec fistule vésico-vaginale. Drainage d'un abcès stercoral. Mort.

Schloffer : Cancer du côlon sigmoïde. Péritonite par perforation. Anus. Extirpation secondaire de la tumeur. Mort.

IV

Conclusions. — De ce qui précède, il résulte que le traitement du cancer de l'S iliaque comprend trois cas bien différents.

1° Le cancer est trop avancé ou l'état général du sujet trop mauvais pour qu'on puisse penser à une intervention radicale, il faut se contenter alors d'une opération palliative; si l'état général le permet une exclusion suivie d'iléo-sigmoïdostomie sera le procédé de choix; dans le cas contraire on devra pratiquer un anus artificiel qui a l'avantage d'être une opération simple et bénigne.

2° Si une intervention radicale est possible, le procédé de choix sera l'opération en deux temps; on pratique d'abord comme opération préliminaire un anus artificiel en amont de la tumeur et près d'elle; ensuite dans une deuxième intervention, on pratiquera à la fois la résection de la tumeur et de l'anus; une iléo-sigmoïdostomie, ou au besoin une iléo-rectostomie, permettra de rétablir la continuité du tube digestif.

3° S'il existe des complications d'ordre mécanique ou d'ordre infectieux, le traitement variera suivant la nature de la complication présentée.

En cas d'occlusion aiguë, le mieux sera de pratiquer un anus artificiel et de faire ultérieurement une entérectomie portant à la fois sur la tumeur et l'anus; on retombe ainsi dans le traitement de choix de ces cancers.

En cas d'invagination, on peut si elle est possible pratiquer la désinvagination après laparotomie; à défaut un anus et une résection consécutive paraissent être le procédé de choix.

En cas de complications d'ordre infectieux, le traitement variera suivant la nature des accidents; dans le cas de collections purulentes, il faudra toujours pratiquer une incision suivie de drainage.

BIBLIOGRAPHIE

Assire. Th. de Paris, 1908.

Barbary. *Essai sur le traitement chirurgical du cancer du gros intestin*, 1904. — Barker. Résultat éloigné (après cinq ans) d'une ablation d'un cancer de l'S iliaque avec exclusion du côlon, *Soc. roy. de méd. de Londres*, 12 fév. 1909. — Bérard et Murard. Présentation d'une pièce de cancer de l'S iliaque avec perforation de la vessie par envahissement secondaire du voisinage, *Soc. des sc. méd. de Lyon*, 22 fév. 1911. — Brin. De la cæcosigmoïdostomie, *Arch. méd. d'Angers*, 1910, XV, p. 217, 232.

Cavaillon. Th. de Lyon, 1907. — Corner. Intestinal obstruction, carcinoma of sigmoïd, *Med. Press*, Londres 1909. — Czerny. *Berl. klin. Woch.*, 1880, n° 45, p. 637; — *Beitr. zur klin. Chir.*, 1892, t. XL, p. 661.

Delore et Chalier. Cancer du côlon pelvien invaginé dans le rectum; phénomènes d'occlusion intestinale; anus cæcal; exérèse de la tumeur; cure de l'anus, *Lyon méd.*, 1907, p. 855-858. — Delore et Lambert. Sigmoïdite et cancer, *Lyon chir.*, 1er fév. 1911. — Duclos. Th. de Paris, 1907. — Duval (P.). Th. de Paris, 1902.

Fenwick. Transplantation d'un segment de l'intestin grêle

à la place de l'S iliaque réséquée, *The Brit. med. Journ.*, 7 oct. 1911. — FOGES. Cancer de l'S iliaque de petit volume, découvert par la rectoscopie, *Soc. império-roy. des médecins de Vienne*, 29 janv. 1909. — FRANQUÉ. Utilisation plastique de l'utérus dans l'opération du cancer du rectum. Cancer de l'S iliaque enlevé par voie vaginale, *Münch. med. Woch.*, 17 avril 1909.

GOUILLIOUD. Cancer du cæcum et cancer de l'S iliaque, *Revue de gynécol.*, Paris 1902, VI, p. 16-130; — Cancer du cæcum et cancer de l'S iliaque; six cas d'entérectomie, *XIVe Congr. franç. de chir.*, Paris 1901, p. 529-549. — GUILLET. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 30 nov. 1904.

HARTWELL. Adéno-carcinome de l'anse sigmoïde, *Soc. chir. New-York*, 23 nov. 1910. — HEUTSON. *Brit. med. Journ.*, 1904, p. 405.

JABOULAY. *Lyon méd.*, 11 nov. 1894.

KŒNIG. *Arch. f. klin. Chir.*, 1890, t. XL, p. 905.

LARDENNOIS. *Traitement chirurgical du cancer du gros intestin*, Th. de Paris, 1899. — LEAF. A case of annular cancer of sigmoïd, *Med. Press* et *Circ.*, London 1909.

MONPROFIT. *XIVe Congr. de chir.*, Paris 1901; — *Revue de chir.*, 1901, t. II, p. 560; — *XVIe Congr. de chir.*, Paris 1903; — *Chirurgie du gros intestin*, 1904.

NORDMANN. Exclusion des cancers profondément situés de l'S iliaque, *Réunion libre des chir. de Berlin*, 12 déc. 1910.

OCKINCZYC. Th. de Paris, 1907.

PAUCHET. Cancer de l'S iliaque. Occlusion, *Gaz. méd. de Picardie*, Amiens 1900, XVIII, p. 240-241; — *Soc. de chir. de Paris*, 1902.

QUÉNU et DUVAL. *Soc. de chir. de Paris*, 2 nov. 1898.

REINDFLEISCH. *Beitr. zur klin. Chir.*, 1892, IX, p. 661. — RÉNON. Chirurgie du cancer des côlons, *Poitou méd.*, Poitiers 1910, XXV, p. 148-151. — REYBARD. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1843, p. 1033.

SAVARIAUD. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1909, n. s., XXXV; — Cancer térébrant de l'anse sigmoïde; phlegmons stercoraux et fistules symptomatiques, *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1910, XXXVI; — *Tribune méd.*, 6 août 1910. — SENCERT. Tumeur cancéreuse du côlon sigmoïde, *Soc. de méd. de Nancy*, 14 déc. 1910.

TIXIER. *Bull. de la Soc. de chir.*, Lyon 21 nov. 1907 et 24 janv. 1909. — TRÈVES. *The Lancet*, 11 mars 1893.

VAUTRIN. Traitement chirurgical des cancers du gros intestin, *Assoc. franç. de chir.*, Paris 1887, XI, p. 432-458.

WŒLFLER. De la résection de l'intestin grêle et du gros intestin, *Congr. allem. de chir.*, Berlin 4-7 avril 1883.

YOUNG. Cancer annulaire sténosant de l'S iliaque, coexistant avec une tumeur bénigne située au voisinage, *Soc. méd.-chir. de Glasgow*, 16 déc. 1911.

ZACCARINI. Les tumeurs épithéliales de l'S iliaque, étude clinique et anatomique, *La Clinica chir.*, 30 sept. 1911.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 DÉCEMBRE 1912)

Contribution au traitement des enfants arriérés par les extraits endocriniens associés. — M. Raoul DUPUY, se basant sur l'anatomo et la physiopathologie, divise les enfants en deux catégories : les *atrophiques* et les *dystrophiques*. Toutefois cette division ne saurait être rigoureuse, car, dans des cas assez nombreux, on est en présence de formes mixtes, dans lesquelles l'atrophie et la dystrophie sont réunies dans des proportions des plus variables.

L'arriéré atrophique, par suite de traumatisme ou d'infection, a une lésion; l'arriéré dystrophique est un *attardé*, c'est un *déséquilibré sympathique*, c'est enfin un *intoxiqué* qui correspond à un *syndrome pluriglandulaire*.

Dans ces cas, il est nécessaire de prescrire non seulement l'opothérapie thyroïdienne, mais l'*opothérapie associée* employée et dosée selon l'effet désiré. On lui associera le plus souvent un régime spécial riche en hydrates de carbone et en sels minéraux.

(SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 16 DÉCEMBRE 1912)

L'Académie des sciences a tenu lundi sa séance publique annuelle sous la présidence de M. Gabriel Lippmann, président en exercice.

M. LIPPMANN a rappelé le souvenir des confrères disparus pendant le courant de l'année : Edouard Bornet, le grand botaniste; Radau, l'astronome; le regretté professeur Lannelongue; puis le maître entre tous, lord Lister; enfin, notre cher maître Johannès Chatin, et Henri Poincaré, le puissant mathématicien.

M. Ph. VAN TIEGHEM, secrétaire perpétuel pour les sciences physiques, a donné ensuite lecture d'une notice sur la vie et les travaux de Jean-Baptiste Dumas.

Les prix pour 1912 ont été ensuite proclamés :

PRIX DÉCERNÉS

Médecine et chirurgie. — PRIX MONTYON. — Trois prix de 2500 francs chacun : 1° M. le docteur V. Pachon, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, pour ses travaux relatifs à la « Mesure de la pression artérielle chez l'homme »; 2° M. le docteur Ch. Nicolle (de Tunis), pour l'ensemble de ses travaux sur le « Typhus exanthématique; 3° M. le docteur O. Josué (de Paris), pour l'ensemble de ses travaux sur « L'artériosclérose ».

Trois mentions de 1500 francs chacune : 1° M. H. Carré (d'Alfort), pour l'ensemble de ses travaux sur « Certaines affections du mouton sous la dépendance du microbe de la suppuration caséeuse »; 2° MM. les docteurs C. Mathis et M. Léger (médecins des troupes coloniales) : « Recherches de parasitologie et de pathologie humaines et animales au Tonkin »; 3° M. le docteur E. Ginestous (de Bordeaux) : « Ophtalmo-chromo diagnostic; photothérapie oculaire. »

Citations : 1° M. le docteur Jean Troisier (de Paris) : « Rôle des hémolysines dans la genèse des pigments biliaires et de l'urobiline »; 2° M. le docteur Henri Claude, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et M. Stephen Chauvet, interne des hôpitaux de Paris : « Séméiologie réelle des sécrétions totales des nerfs mixtes périphériques »; 3° M. le docteur Albert Sézary (de Paris), pour ses recherches sur les « Surrénalites scléreuses »; 4° M. le docteur A. Magitot (de Paris), pour son étude de la « Survie de la cornée transparente de l'œil conservée en dehors de l'organisme »; 5° M. le docteur L. Rénon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris : « Le traitement scientifique pratique de la tuberculose pulmonaire »; 6° M. le docteur N. Fiessinger (de Paris) : « La cellule hépatique, particulièrement chez les mammifères et chez l'homme »; 7° M. le docteur Georges Schreiber (de Paris) : « La poliomyélite épidémique ».

PRIX BARBIER (2000 francs). — M. E. Léger, pharmacien des hôpitaux de Paris, pour l'ensemble de ses travaux.

PRIX BRÉANT (100000 francs). — Le prix n'est pas décerné.

Deux prix de 2500 francs chacun sont décernés l'un à M. C. J. Finlay (de la Havane), pour l'ensemble de ses travaux sur « Le rôle des moustiques dans la propagation de la fièvre jaune », et l'autre à M. le docteur A. Agramonte, professeur à la Faculté de médecine de la Havane, pour l'ensemble de ses travaux sur le même sujet.

PRIX GODARD (1000 francs). — M. le docteur J. Parisot (de Nancy) : « Pression artérielle et glandes à sécrétion interne ».

PRIX DU BARON LARREY (750 francs). — M. le médecin inspecteur Troussaint : « La direction du service de santé en campagne ».

Mentions très honorables : 1° M. le docteur Teissier : « De l'albuminurie latente dans l'armée »; 2° M. le docteur Talon : « Etude sur l'association de la scarlatine et de la rougeole »; 3° MM. les docteurs Pigache et Worms : « Recherches et considérations sur l'histologie normale et pathologie du thymus chez les mammifères »; 4° M. le docteur Conor : « Etude bactériologique de l'épidémie de choléra qui a sévi, en 1911, sur les troupes de la division d'occupation de la Tunisie ».

PRIX BELLION (1400 francs). — Mme Banda-Legrain, vice-présidente du patronage des aliénés du département de la

Seine, pour la campagne antialcoolique à laquelle elle a dévoué sa vie.

Mention honorable : M. J. Cavaillé, inspecteur du travail dans l'industrie : « Le charbon professionnel ».

PRIX MÈGE (10000 francs). — Sur les arrérages, 300 francs sont décernés à Mme Long, docteur en médecine, à Paris : « La maladie de Little, étude anatomique et pathogénique ».

Physiologie. — PRIX MONTYON. — Le prix (750 francs) est décerné à M. le docteur P. Portier, maîtres de conférences à la Sorbonne : « Recherches physiologiques sur les insectes aquatiques. — Recherches physiologiques sur les champignons entomophytes. »

Mentions très honorables : 1° M. Max Kollmann, préparateur au muséum d'histoire naturelle, à Paris, pour l'ensemble de ses travaux sur « Les leucocytes » ; 2° M. Théodore Rosset, directeur de l'Institut phonétique à l'Université de Grenoble : « Recherches expérimentales pour l'inscription de la voix parlée » ; 3° M. le docteur J. Glover (de Paris) : « Physiologie de la voix ; recherches sur la réception des ondes sonores vocales et applications ; dissociation auditive et graphique des timbres vocaux ».

PRIX PHILIPPEAUX (900 francs). — Le prix est partagé entre M. le docteur Marcel Lisbonne, chargé des fonctions d'agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier : « Sur deux conditions de milieu nécessaires à la saccharification de l'amidon par les amylases salivaire et pancréatique ; les chlorures et les phosphates dans la saccharification », et M. Emile F. Terroine, maître de conférences à l'Ecole des hautes études au Collège de France, pour l'ensemble de ses travaux, portant principalement sur la constitution colloïdale des constituants de l'organisme, sur les ferments du suc pancréatique, etc.

PRIX LA CAZE (10000 francs). — M. le docteur E. Wertheimer, professeur à la Faculté de médecine de Lille, pour l'ensemble de son œuvre physiologique.

PRIX MARTIN-DAMOURETTE (1400 francs). — M. le docteur Maurice Arthus, professeur à la Faculté de médecine de Lausanne : « Etude sur les sérums antivenimeux ».

PRIX LALLEMAND (1800 francs). — Partagé entre M. G. Petit, professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, et M. le docteur L. Marchand, médecin en chef de la Maison nationale de santé de Saint-Maurice : « Recherches cliniques et anatomiques sur la pathologie comparée du système nerveux », et M. le docteur Giuseppe Sterzy, professeur à la Faculté de médecine de Cagliari : « Il sistema nervoso centrale dei vertebrali ».

Mention très honorable : M. le docteur J. de Goyon (médecin des troupes coloniales) : « Sur la conduction sensitive dans la moelle épinière. »

PRIX POURAT (1000 francs). — M. F. Maignon, professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon : « Recherches sur le rôle des graisses dans l'utilisation de l'albumine alimentaire. »

PRIX BORDIN. — Un encouragement de 2000 francs est accordé à M. le docteur Robinson (de Paris) : « Contribution à l'étude du déterminisme de la sexualité chez quelques mammifères. »

PRIX LONCHAMPT (4000 francs). — Le prix est partagé comme il suit :

Un prix de 2000 francs à M. le docteur L. Grimbert, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

Deux prix de 1000 francs chacun à MM. Bagros et Jules Wolff.

PRIX SAINTOUR. — Un prix de 2000 francs est décerné à M. le docteur Maurice Langeron (de Paris), pour ses travaux de paléobotanique.

Une mention de 1000 francs est accordée à M. Will Darvillé, ingénieur à Paris : « L'eau à la ville, à la campagne et dans la maison ».

FONDS BONAPARTE. — Parmi les subventions accordées, relevons : 1° 3000 francs à M. J. Pitard, professeur à l'Ecole de médecine de Tours ; 2° 2000 francs à M. Bierry, maître de conférence à l'Ecole des hautes études à Paris ; 3° 2000 fr. à M. le docteur Mawas (de Paris).

PRIX PROPOSÉS POUR LES ANNÉES 1913, 1914, 1915 & 1916 (1)

Prix annuels.

MÉDECINE ET CHIRURGIE

PRIX MONTYON (2500 francs, mentions de 1500). — Aux auteurs des ouvrages ou des découvertes les plus utiles relatives à *l'art de guérir.*

PRIX BARBIER (2000 francs). — A l'auteur d'une découverte précieuse dans les *Sciences chirurgicale, médicale, pharmaceutique*, et dans la *Botanique ayant rapport à l'art de guérir.*

PRIX BRÉANT (100000 francs). — « A celui qui aura trouvé le moyen de guérir du choléra asiatique ou qui aura découvert les causes de ce terrible fléau. » (A défaut du choléra le prix s'applique à toute autre maladie épidémique et aux dartres.)

PRIX GODARD (1000 francs). — Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie des organes génito-urinaires.

PRIX LARREY (750 francs). — Au médecin ou chirurgien des armées de terre ou de mer, auteur du meilleur ouvrage présenté à l'Académie et traitant un sujet de médecine, de chirurgie ou d'hygiène militaire.

PRIX BELLION (1400 francs). — Aux auteurs des ouvrages ou des découvertes « surtout profitables à la santé de l'homme ou à l'amélioration de l'espèce humaine ».

PRIX MÈGE (10000 francs). — Le docteur J.-B. Mège a légué à l'Académie « 10000 francs à donner en prix à l'auteur qui aura continué et complété son « Essai » sur les causes qui ont retardé ou favorisé les progrès de la médecine, depuis la plus haute antiquité jusqu'à nos jours ».

PHYSIOLOGIE

PRIX MONTYON (750 francs). — A un ouvrage de physiologie expérimentale, manuscrit ou imprimé.

PRIX PHILIPPEAUX (900 francs). — Physiologie expérimentale.

PRIX LALLEMAND (1800 francs). — Destiné à « récompenser ou encourager les travaux relatifs au système nerveux, dans la plus large acception des mots ».

Prix proposés pour 1913.

PRIX POURAT (1000 francs). — *Action qu'exercent les rayons X et les rayons du radium sur le développement et la nutrition des cellules vivantes.*

PRIX PARKIN (3400 francs). — Sur les effets de l'action volcanique dans la production de maladies épidémiques dans le monde animal et le monde végétal, et dans celle des ouragans et des perturbations atmosphériques anormales.

PRIX LECONTE (50000 francs) [Triennal]. — Aux auteurs de découvertes nouvelles et capitales en mathématiques, physique, chimie, histoire naturelle, sciences médicales. — Ne peut être partagé.

Prix proposés pour 1914.

PRIX LECONTE. — Décerné : 1° aux auteurs de découvertes nouvelles et capitales en mathématiques, physique, chimie, histoire naturelle, sciences médicales; 2° aux auteurs d'applications nouvelles de ces sciences, applications qui devront donner des résultats de beaucoup supérieurs à ceux obtenus jusque-là.

PRIX SERRES (7500 francs). — Au meilleur ouvrage sur l'embryologie générale appliquée autant que possible à la physiologie et à la médecine.

Prix proposés pour 1915.

PRIX CHAUSSIER (10000 francs.) — Décerné à l'auteur du meilleur ouvrage soit sur la médecine légale, soit sur la médecine pratique, qui aura paru dans les quatre années qui auront précédé le jugement de l'Académie.

PRIX DUSGATE (2500 francs). — Au meilleur ouvrage sur les signes diagnostiques de la mort et les moyens de prévenir les inhumations précipitées.

(1) Les concours de 1913 sont clos le 31 décembre 1912.

PRIX ALHUMBERT. — A sujet variable, le sujet sera donné ultérieurement par l'Académie.

Prix proposés pour 1916.

PRIX PARKIN. — Destiné à récompenser cette année les recherches sur les effets curatifs du carbone sous ses diverses formes, dans le choléra, la fièvre et les autres maladies.

Prix généraux (annuels).

PRIX TRÉMONT (1 100 francs). — Destiné à aider dans ses travaux tout savant, ingénieur, artiste ou mécanicien, auquel une assistance sera nécessaire pour atteindre un but utile et glorieux pour la France.

PRIX LANNELONGUE (2000 francs). — Donné au choix de l'Académie et sur la proposition de la Commission administrative à une ou deux personnes au plus, dans l'infortune, appartenant elles-mêmes, ou par leur mariage, ou par leurs père et mère au monde scientifique, et de préférence au milieu scientifique médical.

PRIX SAINTOUR (3000 francs). — Décerné dans l'intérêt des sciences.

PRIX LONGCHAMPT (4 000 francs). — A l'auteur du meilleur mémoire *sur les maladies de l'homme, des animaux et des plantes, au point de vue plus spécial de l'introduction des substances minérales en excès comme cause de ces maladies.*

Conditions communes à tous les concours.

Les pièces manuscrites ou imprimées destinées aux différents concours doivent être adressées au secrétariat de l'Institut avec une lettre constatant l'envoi et indiquant le concours pour lequel elles sont présentées.

L'anonymat qui était obligatoire pour certains concours est devenu maintenant *facultatif*.

Les ouvrages imprimés doivent être en double exemplaire.

Une analyse succincte doit indiquer la partie du travail où se trouve exprimée la découverte sur laquelle est attirée l'attention de l'Académie.

Les ouvrages et manuscrits ne sont pas rendus, les auteurs ont la liberté d'en faire prendre copie au secrétariat.

Nul ouvrage ne peut être présenté la même année à deux concours de l'Institut.

La clôture de tous les concours a lieu le 31 décembre de l'année qui précède celle où le concours doit être jugé.

Nul n'est autorisé à prendre le titre de lauréat de l'Académie s'il n'a été jugé digne de recevoir un PRIX. Les personnes qui ont obtenu des récompenses, des encouragements ou des mentions n'ont pas droit à ce titre.

LIVRES NOUVEAUX

Radiothérapie. *Röntgenthérapie. Radiumthérapie. Photothérapie* (1), par MM. P. OUDIN et ZIMMERN.

L'important ouvrage de MM. Oudin et Zimmern traitant de sciences encore en évolution et à propos desquelles se sont en quelques années multipliés les perfectionnements techniques, les notions théoriques nouvelles et les observations thérapeutiques, n'était pas d'une réalisation facile. Il exigeait tout particulièrement une autorité et une compétence spéciales.

Ce volume embrasse toute la radiothérapie dans son acception la plus large, c'est-à-dire la röntgenthérapie, la radiumthérapie et la photothérapie. Chacune de ces trois parties comporte elle-même une étude de la physique et de la technique, des effets physiologiques, de l'emploi thérapeutique. C'est ainsi que pour les rayons Röntgen, les auteurs rappellent les notions nécessaires relatives aux sources de courant à haut potentiel et notamment aux transformateurs fonctionnant sans interrupteurs; ils considèrent ensuite la source radiogène, les moyens de mesure des irradiations et les principes généraux de la radiothérapie, puis ses indications et ses résultats. Les chapitres remarquablement documentés, illustrés de la façon la plus élégante et la plus claire ne sont pas seulement un exposé complet des travaux parus jusqu'à ce jour, ils sont surtout le fruit de la haute expérience des auteurs qui ont su choisir parmi des faits multiples, montrer les avantages et les inconvénients de telle ou telle technique, de tel ou tel procédé de mesure, faire réellement en un mot œuvre didactique. La seconde et la troisième partie du livre ne le cèdent en rien à la première. Cet ouvrage est en somme précieux pour les spécialistes comme pour les médecins qui s'intéressent aux conquêtes médicales; il enrichit d'un remarquable volume la bibliothèque de thérapeutique.

G. LEGROS.

(1) In-8 de 500 pages avec 105 fig. — Paris, Baillière et fils.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DU 6 AU 11 JANVIER 1913

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 6 janvier, à une heure. — 5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mardi 7 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Hôtel-Dieu.*

5e (2e partie), *Hôtel-Dieu.*

Mercredi 8 janvier, à une heure. — Médecine opératoire, *Ecole pratique*, épreuve pratique.

2e.

3e (oral, 2e partie).

4e.

Jeudi 9 janvier, à une heure. — 3e (2e partie), *Laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique*, épreuve pratique.

2e.

3e (oral, 1re partie, 1re, 2e et 3e séries).

3e (oral, 2e partie).

Vendredi 10 janvier, à une heure. — 5e (chirurgie, 1re partie), *Necker* (1re et 2e séries).

Samedi 11 janvier, à une heure. — 5e (obstétrique, 1re partie), *Clinique Tarnier.*

THÈSES

Mercredi 8 janvier, à une heure. — M. JACOB. L'orchi-épidymite paludéenne. (MM. Blanchard, président; Gaucher, Brumpt et Gougerot.) — M. PALIN. Pathogénie de l'hémoglobinurie paroxystique. (MM. Gaucher, président; Blanchard, Brumpt et Gougerot.)

Jeudi 9 janvier, à une heure. — M. CHEYROU-LAGRÈZE. La conception de l'hygiène dans les stations thermales françaises. (MM. Chantemesse, président; Lejars, Langlois et Anselme Schwartz.) — M. BOUTIN. Contribution à l'étude de l'hypopharynx et de la bouche de l'œsophage. Anatomie, physiologie, modes d'examens, pathologie spéciale. (MM. Lejars, président; Chantemesse, Langlois et Anselme Schwartz.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies du rachis et de la moelle, par M. AUVRAY, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et A. MOUCHET, chirurgien des hôpitaux de Paris. Un vol. gr. in-8 de 528 pages, avec 211 fig. dans le texte. — Prix : broché, 12 francs; cartonné, 13 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Précis pratique d'électricité médicale, électrologie et instrumentation, rayons X et courants de haute fréquence, par le docteur G. GEIGER. Un vol. in-18, 409 pages, avec 122 fig. — Prix : 6 francs. — Paris, J. Rousset.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 147. — MARDI 24 DÉCEMBRE 1912. 85e ANNÉE. MARDI 24 DÉCEMBRE 1912. — N° 147.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 20 décembre. — MM. Moulonguet, 9; Pierquin, 7; Barbary, 10; Schmutz, 6; de Gaudart d'Allaines, 10; Kahn (Georges), 8; Dognon, 9; Delavierre, 8.

Séance du 21 décembre (*matin*). — MM. Mazzoléni, 9; Papillon, 8; Goudet, Guillaume (Joseph) et Boulanger, 7; Vigot et Galland, 10; Poisvert, 9.

Séance du 21 décembre (*soir*). — MM. Eltrich, 8; Bonnard, 9; Decléty, Sartre, Vazeux et Roubeau, 6; Audebert, 8; Ohanianz, 10.

Le première séance d'oral aura lieu le lundi 6 janvier à quatre heures, à la salle des Saints-Pères.

HOPITAUX DE PROVINCE. — AVIGNON. — La commission administrative des hospices et hôpitaux d'Avignon donne avis que le lundi 16 juin 1913 il sera ouvert un concours pour la nomination d'un médecin des hôpitaux d'Avignon.

Ce concours aura lieu à la Faculté de médecine de Montpellier.

S'adresser au secrétariat général des hospices d'Avignon pour les renseignements.

— Le jeudi 23 janvier 1913, à huit heures du matin, sera ouvert à l'hôpital d'Avignon un concours pour deux places d'interne en médecine et en chirurgie.

Les candidats admis entreront en fonctions au fur et à mesure des vacances pouvant survenir dans le personnel de l'internat. En attendant, ils seront chargés du service des remplacements.

Pour être admis à concourir, les candidats devront se faire inscrire au moins huit jours avant la date fixée pour le concours au secrétariat général des hospices.

— MARSEILLE. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Sédan, Faucheux, Reboul, Dor, Gasquet, Martin-Laval, da Passano, Aubert, Astier, Casabianca, internes titulaires; MM. Aymès, Chanson, Martin (Louis), Pinatel et Moya, internes provisoires.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Louge, Brunet (Louis), Brunet (Jean), Castelli, Gaugier, Giraud, Hildebrand, Bertin, Ambard, Mouttet, Marriq, Acquaviva, Nicolaï, Battaglini et Chaussegros.

— TOULOUSE. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Saint-Martin, Minvielle, Auban et Ginesty (*ex æquo*), Boularan et Girou.

Internes provisoires : MM. Digeon, Laville, Bach, Cavalié, Sevène et Parahy.

GUERRE. — M. le médecin principal de première classe Hassler est promu au grade de médecin inspecteur, et maintenu dans ses fonctions de directeur du service de santé du 9e corps d'armée à Tours.

LE SERVICE DE SANTÉ DANS L'ARMÉE GRECQUE. — Notre excellent confrère le *Bulletin médical* publie une lettre envoyée de Salonique par M. le professeur Monprofit, dans laquelle est montré le grand rôle joué par la mission militaire française.

... « Dans cette mission figure un médecin français très instruit, M. le médecin principal Arnaud, qui est chargé du service de santé de l'armée grecque. J'ai pu juger son œuvre, à celui-là ; elle est considérable. Le docteur Arnaud a déployé une activité extraordinaire pour mettre le service de santé à la hauteur de toutes les circonstances, et il y est parvenu ; mais au prix de quels efforts !

J'ai pu me rendre compte que l'organisation de ce service avait été poussée à un point que nous pouvons envier sous certains rapports. Les approvisionnements de toute sorte sont excellents et en quantité considérable. L'évacuation des blessés, par voie de terre, de fer ou de mer, parfaitement préparée. La fourniture des pansements, des paquets individuels en particulier, a été faite d'une façon remarquable. Les soldats, les officiers ont été pénétrés de l'utilité de ce premier pansement, qui entraîne avec lui la destinée définitive du blessé dans l'immense majorité des cas ; les soldats se sont très souvent pansés eux-mêmes ; souvent aussi ce service leur a été rendu par un voisin, par un sous-officier ou par un officier. Il m'a paru que l'intelligence si vive du soldat grec avait très vite compris qu'il y avait là quelque chose de plus important qu'un vulgaire bandage avec un mouchoir plus ou moins propre, et que son avenir en dépendait. C'est que, sur les ordres du directeur du service de santé, c'est-à-dire de M. le médecin principal Arnaud, des *théories* avaient été

LE SAMEDI 11 JANVIER 1913

à 2 heures 1/2, il sera procédé publiquement au chef-lieu de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication, au rabais, et sur soumissions cachetées, en 21 lots, de diverses fournitures *d'herboristerie, de produits chimiques et de substances pharmaceutiques*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant l'année 1913 (fournitures non adjugées le 10 décembre 1912).

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

faites aux hommes avec le plus grand soin, sur le premier pansement. En route, les médecins, les officiers ont montré aux soldats comment il fallait employer, appliquer ce pansement individuel, et j'ai pu constater les excellents résultats qui ont été obtenus grâce à toutes ces précautions.

Je n'ai pas besoin, en ce moment, d'autres preuves pour vous montrer que l'œuvre du docteur Arnaud a été considérable et qu'elle lui fait le plus grand honneur, en même temps qu'à la médecine militaire de notre pays et à la science française. »

DÉCLARATION RÉCIPROQUE EN FRANCE ET EN ALLEMAGNE DES MALADIES CONTAGIEUSES DE L'HOMME ET DES ANIMAUX DANS LES PAYS FRONTIÈRES. — Depuis le 15 décembre 1912, la convention conclue entre les gouvernements français et allemand pour réglementer les échanges d'informations immédiates en cas d'apparition de maladies contagieuses frappant l'homme et les animaux est entrée en vigueur.

Les maladies contagieuses humaines soumises à la déclaration réciproque sont, on le sait, divisées en deux classes :

1° *Maladies dont l'avis doit être donné dès l'apparition des premiers cas.* — Lèpre, sous réserve, pour la France, du caractère facultatif de la déclaration des cas aux autorités; choléra asiatique, typhus exanthématique, fièvre jaune, peste, variole.

2° *Maladies dont l'avis doit être donné lorsqu'il se produit de nombreux cas dans une localité.* — Fièvre typhoïde, dysenterie, diphtérie, fièvre scarlatine, méningite cérébro-spinale; fièvre récurrente, sous réserve, pour la France, du caractère facultatif de la déclaration des cas aux autorités; ophtalmie granuleuse, sous réserve, pour la France, du caractère facultatif de la déclaration des cas aux autorités.

L'échange des informations aura lieu par l'envoi rapide et franco de port d'une feuille d'avis hebdomadaire des cas constatés portant indication des localités atteintes. L'échange de ces informations a pour but d'attirer, d'une manière confidentielle, l'attention des autorités compétentes sur les parties de leur circonscription exposées à l'infection, afin qu'elles puissent prendre les mesures sanitaires indispensables.

Les maladies contagieuses affectant les animaux qui sont passibles d'une information réciproque sont :

Peste bovine, rage, farcin et morve, fièvre aphteuse, péripneumonie contagieuse, clavelée, dourine, gale du mouton, pneumo-entérite infectieuse.

Les informations concernant les animaux seront fournies toutes les semaines par l'échange d'un rapport formulé. Seule, l'apparition de la fièvre aphteuse devra être annoncée par une déclaration spéciale chaque fois qu'elle sera constatée.

MONUMENT A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR CHARPY. — Le professeur Charpy (de Toulouse) a tenu une place élevée dans la science anatomique. Il s'est distingué par la clarté de son enseignement ainsi que par son œuvre scientifique considérable et de haute valeur. Ses travaux personnels et le *Traité d'anatomie humaine* qu'il a publié en collaboration avec le professeur Poirier le mettent au premier rang des anatomistes modernes.

Un certain nombre de ses collègues, de ses disciples et de ses amis voudraient que l'on rendît à ce maître et à ce savant l'hommage qui lui est bien dû. Ils font appel à tous ceux qui l'ont connu ou qui ont directement ou indirectement tiré parti de son enseignement ou de ses travaux; ils espèrent ainsi pouvoir lui élever un monument qui perpétuera dignement sa mémoire.

Les souscriptions sont reçues par le trésorier du comité, M. Sénac, 18, boulevard Bonrepos, à Toulouse.

Pour le comité, les membres du bureau :

MM. Jeannel, Sénac, Dieulafé.

N. B. — Le comité espère pouvoir adresser à tout souscripteur d'une somme de 20 francs et au-dessus une plaquette en bronze à l'effigie du professeur Charpy.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bonnescuelle de Lespinois, ancien médecin de première classe de la marine (de la Ciotat); Mondon (de Chénerailles) et Ch. Montalier (de Bordeaux).

COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE (fondation de la Ville de Paris). [Hôpital des Enfants-Malades. Professeur : M. Kirmisson.] — MM. les docteurs Perrin, chef de clinique, Bailleul et Monsaingeon, chefs de clinique adjoints, commenceront le lundi 6 janvier 1913, à quatre heures et demie, un cours de clinique annexe sur la chirurgie infantile et orthopédique.

Le cours aura lieu tous les jours, à quatre heures et demie, et sera complet en un mois.

Le droit à verser est fixé à 50 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants titulaires de seize inscriptions sur la présentation de la quittance du versement du droit.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté les mardis, jeudis et samedis, de midi à trois heures.

VARIÉTÉS

LE JUBILÉ DU PROFESSEUR CHARLES RICHET

Les élèves et les amis du professeur Charles Richet se sont réunis dimanche dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine, afin de célébrer le vingt-cinquième anniversaire de sa nomination à la Chaire de physiologie.

Le jubilé était présidé par M. le professeur Chauveau, membre de l'Académie des sciences, aux côtés duquel se trouvaient MM. Landouzy, doyen de la Faculté de médecine; Dastre, professeur à la Sorbonne; le professeur Félix Guyon; Gley, professeur au Collège de France; Langlois, directeur de la *Revue générale des sciences*; Jean Camus, Heger, professeur à l'Université de Bruxelles.

M. Chauveau remit au professeur Charles Richet un volume auquel, en manière d'hommage, une soixantaine des plus grands savants du monde entier ont collaboré en y publiant un travail personnel et inédit.

Après la remise de ce souvenir, M. Landouzy a exposé les travaux scientifiques du professeur Charles Richet. Il l'a surtout montré orientant la médecine vers la physiologie. Le professeur Dastre a pris ensuite la parole en qualité de président de la Société de biologie à laquelle Charles Richet a donné la primeur de toutes ses découvertes. Puis M. Heger (de Bruxelles) a parlé des qualités morales du jubilaire qui a su rendre la physiologie populaire. Le professeur Stirling apporta le salut des Universités anglaises, et M. Athanasiu celui de la Roumanie.

MM. Gley, Langlois et Jean Camus prirent également la parole au nom des collaborateurs ou élèves de Charles Richet.

Le professeur Richet exprima alors toute sa gratitude à ses collègues et à ses élèves pour la manifestation dont il était l'objet. Il leur dit que ce qui l'a constamment guidé dans ses travaux, c'est l'amour de la science qui est pour les savants le seul idéal sans trahison, sans surprise et sans tristesse.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE. — *Courses de Nice. Carnaval de Nice. Tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour de 1re et de 2e classes, à prix réduits, de Paris pour Cannes, Nice, Monaco, Monte-Carlo et Menton, délivrés du 1er janvier au 3 février 1913.

Ces billets sont valables vingt jours (dimanches et fêtes compris); leur validité peut être prolongée une ou deux fois de dix jours (dimanches et fêtes compris), moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément de 10 p. 100.

Ils donnent droit à deux arrêts en cours de route, tant à l'aller qu'au retour.

De Paris à Nice : 1re classe : 182 fr. 60; 2e classe : 131 fr. 50.

ORTHOPÉDIE PRATIQUE

LE TRAITEMENT DU TORTICOLIS DIT CONGÉNITAL

Par M. L. LAMY,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le torticolis congénital est caractérisé par une inclinaison plus ou moins accentuée, mais permanente, de la tête sur l'axe du corps, inclinaison que l'on remarque dès les premiers mois qui suivent la naissance.

On a voulu en distinguer diverses formes cliniques : torticolis paralytique, torticolis des scalènes, torticolis postérieur, etc. Pratiquement seul le torticolis par *rétraction du sterno-cléido-mastoïdien* existe, et les autres sont presque toujours symptomatiques d'un arthrite cervicale ou d'une inflammation de voisinage. C'est un tout autre chapitre de pathologie.

Jusqu'à ces derniers temps, l'étiologie et la pathogénie importaient peu au praticien ; que la rétraction du sterno-mastoïdien soit due à une position vicieuse in utero, à une déchirure du muscle par distension du cou, au cours d'un accouchement laborieux, à une compression artérielle ou à un arrêt de développement, les indications thérapeutiques restaient toujours les mêmes. Mais des recherches récentes (1) ayant montré le rôle important joué par l'élément *myosite* dans l'atrophie du sterno-mastoïdien, on a été amené à concevoir le torticolis comme le résultat d'une inflammation musculaire. De là à conclure que l'infection syphilitique pouvait être à la base de cette inflammation il n'y avait qu'un pas. Je dois dire que, pour ma part, dans un cas où je pouvais soupçonner la syphilis, j'ai fait faire des frictions mercurielles à un enfant de moins d'un an, en même temps que je pratiquais des massages et des manœuvres de redressement. Je ne sais quelle est la part qui revient à chacun des deux traitements concomitants, mais l'enfant a parfaitement guéri. *Ce qui est important à retenir c'est l'indication possible du traitement spécifique.*

Une autre notion d'anatomie pathologique doit retenir notre attention ; souvent le muscle n'est pas rétracté seul, *sa gaine est devenue fibreuse* et participe à la rétraction, de là une indication importante au cours de l'intervention comme nous le verrons à propos du manuel opératoire. Au point de vue du traitement, il existe deux catégories de malades bien tranchées, les nourrissons d'une part, et les enfants du deuxième âge, d'autre part (au delà de deux ans, le traitement reste le même, qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte).



Fig. 1. — *Torticolis gauche. Correction de la rotation.* — Le menton était tourné à droite, on le ramène du côté gauche. — A remarquer la position de l'enfant : la tête dépasse complètement la table pour permettre les manœuvres de redressement dans tous les sens.

I. Il s'agit d'un nourrisson. — Les lésions sont en général peu prononcées. L'atrophie faciale est à peine visible, la mère a seulement remarqué que l'enfant tient obstinément sa tête penchée sur une épaule. Si on essaye de la pencher de l'autre côté l'enfant crie un peu et ramène aussitôt sa tête dans sa position habituelle. Pendant cette manœuvre on sent le muscle se tendre, surtout à sa partie inférieure, au niveau de ses insertions sternales et claviculaires.

On essaye alors de corriger le torticolis. — On couche l'enfant sur le dos, sur une table, la table devant affleurer les épaules pour que la tête soit absolument mobile entre les mains du médecin. L'aide (le plus souvent représenté alors par le père ou la mère) maintient énergiquement l'enfant sur la table, en lui tenant les poignets le long du corps, pour s'opposer au mouvement d'élévation des épaules.

Le médecin corrige d'abord la *rotation* en ramenant le menton dans l'axe du corps et en le portant du côté opposé (fig. 1).

(1) Couvelaire. Hématomes du sterno-cléido-mastoïdien et torticolis par myopathie congénitale, *Revue d'orthopédie*, 1911, n° 1, p. 1.

Puis la *flexion antéro-postérieure* en portant le menton directement en haut (fig. 2).



Fig. 2. — *Correction de la flexion antéro-postérieure.* — Le menton est porté directement en haut.

Et enfin la *flexion latérale* en couchant la tête sur l'épaule du côté opposé (fig. 3).

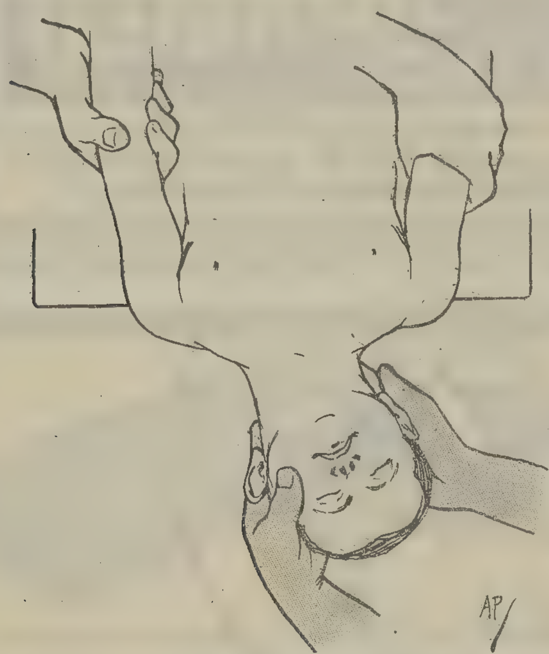


Fig. 3. — *Torticolis gauche. Correction de la flexion latérale.* La tête est inclinée sur l'épaule du côté sain.

Si ces trois manœuvres peuvent s'exécuter simultanément et complètement, le *torticolis est réductible*, il n'est pas trop tard, et des moyens purement mécaniques et peut-être médicamenteux en viendront vraisemblablement à bout. Dans le cas contraire il faut d'emblée recourir à l'intervention.

Si le *torticolis est réductible*, le traitement consistera à faire deux ou trois fois par jour les manœuvres ci-dessus énoncées, *rotation*, *extension*, *inclinaison*. On les exécutera extrêmement lentement, en augmentant à chaque fois leur amplitude, chaque séance devant durer une dizaine de minutes. Un aide est toujours nécessaire, pour faire la contre-extension sur l'épaule, comme il a été dit ci-dessus. Pendant l'intervalle des séances, pour ne pas perdre le bénéfice du traitement, on fera porter au petit malade un *collier en caoutchouc* construit de telle façon, qu'il maintienne constamment la tête en hypercorrection. Ce collier, construit par la maison Aubry et dont je donne la reproduction (fig. 4 et 5), se met autour du cou, sans être gonflé. Il présente une forme circulaire, mais est interrompu en un point de sa circonférence : ses deux extrémités sont effilées, minces, alors que, au contraire, le milieu est renflé. L'une des extrémités porte un petit tuyau, muni d'un robinet pour permettre de gonfler l'appareil. On met sa partie large juste au-dessous du menton. A l'aide de quelques petites sangles, je le fixe autour des épaules pour l'empêcher de tourner (fig. 4). Puis avec une poire en caoutchouc on le gonfle progressivement. Si l'on a fixé les extrémités effilées sur l'épaule du côté sain, la tête tout entière se trouve rejetée vers l'épaule saine ; on agit ainsi sur l'inclinaison latérale (rétraction du faisceau claviculaire). Si, au contraire, on fixe les extrémités sur l'épaule du côté malade, on rejette le menton en haut et vers la ligne médiane ; on agit alors sur la rotation et la flexion (rétraction du faisceau sternal).



Fig. 4. — Le collier en caoutchouc est mis en place et fixé par des bandes autour de l'épaule (*torticolis droit*).

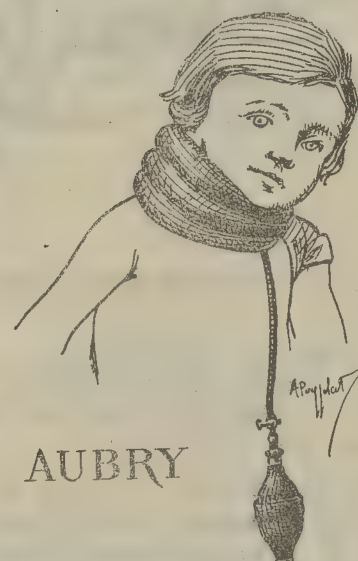


Fig. 5. — Le collier est gonflé. Il redresse le menton et la tête.

L'enfant supporte très bien ce collier et s'habitue très vite à dormir avec.

Au bout de deux ou trois mois le redressement est en général obtenu, on supprime le collier et on espace alors les séances de manipulations ; une seule par jour, puis une tous les deux jours, puis toutes les semaines, sans cependant les abandonner complètement avant deux ou trois ans.

Si après deux ou trois mois la correction n'était pas absolue, c'est qu'il faudrait avoir recours à une petite intervention. Mais dans bien des cas il est utile, ai-je dit, de faire intervenir une *médication spécifique*. Naturellement, si l'un ou l'autre des ascendants présente des accidents syphilitiques, il faut faire le traitement ; mais si vous n'avez seulement que des présomptions, des doutes, si en palpant le sterno-mastoïdien vous avez senti quelques petites masses ovoïdes, disséminées çà et là dans son corps charnu, plus ou moins irrégulières, légèrement empâtées, n'hésitez pas. Ayez recours aux frictions mercurielles. Elles sont inoffensives et peut-être aurez-vous la satisfaction de faire une cure merveilleuse à peu de frais.

Je suppose maintenant que les manœuvres d'essai, pratiquées pendant l'examen, nous aient montré l'*irréductibilité du torticolis* ; il est impossible de redresser la tête complètement, on sent le sterno-mastoïdien tendu comme une corde entre ses insertions supérieures et inférieures, n'hésitons pas, il faut recourir à l'intervention chirurgicale. Le sujet rentre dans la seconde catégorie de malades, que nous allons maintenant étudier.

II. Il s'agit d'un enfant de plus de deux ans (ou d'un torticolis irréductible chez un enfant de moins de deux ans). — *Quel procédé chirurgical allons-nous employer?* — On a proposé successivement six méthodes. Quatre d'entre elles sont à peu près abandonnées, ce sont : 1° la résection totale du sterno-mastoïdien (Mickulicz) ; 2° la section du muscle au niveau de ses insertions supérieures (Lange) ; 3° l'allongement du muscle (Föderl) ; 4° le raccourcissement du sterno-mastoïdien du côté opposé (Wullstein). Ces méthodes offrent, en effet, tous les inconvénients des deux autres, sans présenter d'avantages bien réels.

Deux autres méthodes se partagent les faveurs des chirurgiens. Ce sont la ténotomie à ciel ouvert et la ténotomie sous-cutanée.

La *ténotomie à ciel ouvert* permet de faire une opération complète, elle est exempte de dangers, mais elle offre un gros inconvénient ; elle laisse une cicatrice à la base du cou, heureux encore quand cette cicatrice ne devient pas kéloïdienne ! Cette considération acquiert une importance toute particulière lorsqu'il s'agit d'une fillette.

La *ténotomie sous-cutanée*, en ne laissant pas de trace, apparaît comme le procédé de choix. Mais on lui a fait plusieurs objections sérieuses. Elle exposerait le chirurgien à blesser les veines profondes, et en même temps elle courrait le risque d'être incomplète. Nous avons vu, en effet, que souvent la gaine du muscle est rétractée. Si on ne la sectionne pas l'opération est incomplète ; si on la sectionne on risque d'atteindre les veines profondes. Notre maître, M. Jalaguier, nous a appris à tourner la difficulté : on peut ne pas sectionner au ténotome les brides fibreuses de la gaine et cependant les rompre avec les doigts de façon suffisante. Notre maître pratique la section sous-cutanée du sterno-mastoïdien depuis vingt-trois ans. Nous avons recherché un grand nombre de ses malades opérés depuis huit et dix ans, et nous avons toujours constaté qu'il n'y avait pas l'ombre de récidive. Nous avons présenté plusieurs de ces malades à la Société de Pédiatrie (12 mars 1912).

Quant à la blessure des veines profondes, elle peut être évitée de la façon suivante : la majorité des chirurgiens recommande de sectionner le sterno-mastoïdien d'arrière en avant ; cela suppose que le ténotome a été introduit préalablement derrière le muscle ; *c'est là que réside le danger*. On risque de piquer une veine en enfonçant le ténotome. *M. Jalaguier, au contraire, fait la section d'avant en arrière :* nous verrons dans l'exposé de la technique la façon dont il recommande de s'y prendre pour agir avec sécurité.

En résumé, la *ténotomie sous-cutanée* offre les mêmes garanties de réussite que la ténotomie à ciel ouvert sans en présenter le gros inconvénient. C'est à elle que nous donnons la préférence.

En voici la technique :

On endort l'enfant au chloroforme ou à l'éther, l'anesthésie au chlorure d'éthyle ne durerait pas assez longtemps.

On couche l'enfant, en glissant un coussin sous ses épaules pour que la tête porte à faux. On fait ainsi plus facilement saillir le muscle rétracté.

Un aide accroche le menton avec les doigts et tire dessus comme s'il voulait étendre la tête, mais en exagérant plutôt la rotation pour laisser plus de place au chirurgien.

Celui-ci se place le long du corps du malade, à droite ou à gauche, peu importe, car le champ opératoire n'est pas bien éloigné de la ligne médiane.

On repère d'abord les insertions inférieures du muscle ; la *section*, pour porter sûrement sur les deux chefs à la fois, *se fera à deux bons travers de doigts au-dessus de la clavicule*.

On cherche ensuite la *veine jugulaire externe*. Si elle n'apparaît pas suffisamment d'elle-même on comprime un peu la base du cou, elle se gonfle aussitôt. S'il s'agit du côté droit, après l'avoir repoussée en dehors à l'aide de la main droite, on arrondit le bras gauche en tournant le coude vers la tête du malade et on saisit le muscle comme pour l'énucléer, le pouce étant en dehors et l'index en dedans. On tire fortement sur le muscle, en haut, en le chargeant sur la pulpe de l'index pendant que le pouce fixe et écarte la jugulaire externe. Celle-ci étant ainsi maintenue hors de l'atteinte du ténotome, la main droite reprend sa liberté. On introduit alors le ténotome pointu, horizontalement, de dedans en dehors, entre la peau et le muscle, juste au-dessus de la portion du muscle qui correspond à la pre-

mière phalange de l'index (fig. 6). On lui substitue alors le ténotome mousse. On tourne son tranchant

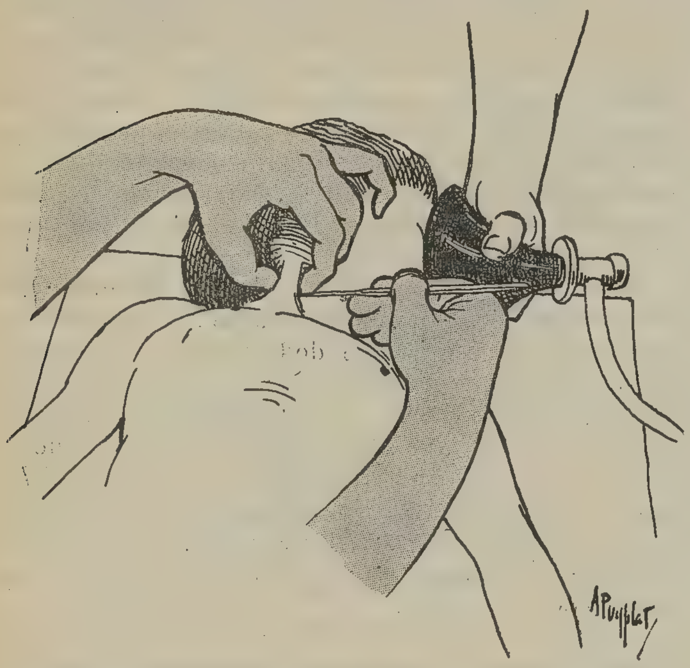


Fig. 6. — *Côté droit.* — Le pouce écarte la veine jugulaire externe, tandis que le muscle est chargé sur la pulpe de la troisième phalange de l'index.

vers la profondeur et on scie, à petits coups, tout ce qui se trouve entre le ténotome et le repli de peau qui coiffe l'index, c'est-à-dire le muscle et sa gaine. On apprécie très facilement le moment où il faut s'arrêter, c'est-à-dire lorsque le ténotome n'est plus séparé de la pulpe digitale que par l'épaisseur de la peau. On a ainsi très efficacement protégé les vaisseaux profonds.

S'il s'agit, au contraire, du côté gauche, il est plus facile de charger le muscle sur la pulpe du pouce tandis que l'index tient écartée et protège la veine jugulaire externe. Le ténotome est introduit de dehors en dedans (fig. 7).



Fig. 7. — *Côté gauche.* — Le ténotome coupe sur la deuxième phalange du pouce, tandis que l'index écarte la veine jugulaire externe.

Il faut ensuite rompre les adhérences de la gaine. L'aide, maintenant toujours la tête en extension, ramène le menton du côté malade et incline la tête sur l'épaule du côté opposé (ce qui éloigne au maximum les insertions extrêmes du sterno-mastoïdien). Cette manœuvre permet de sentir la gaine rétractée dans la profondeur.

Le chirurgien embrasse alors de ses deux mains la base du cou, les doigts en arrière, prenant point d'appui sur le haut de la cage thoracique et les pouces réunis sur le sterno-mastoïdien, au niveau du point sectionné. *Il pèse fortement sur la corde* en imprimant à ses pouces de petits mouvements de va-et-vient de bas en haut. On sent bientôt la gaine céder, le cou est parfaitement libre. L'opération est terminée. Quelques gouttes de sang s'écoulent ordinairement par l'orifice cutané, mais c'est insignifiant.

Comment faut-il maintenir la tête ? — Il faut la maintenir en hypercorrection. Le moyen le plus simple est de faire un *plâtre* en bonne attitude. Pour cela, on continue l'anesthésie générale. Après avoir fait un très léger pansement, on met un jersey auquel on a cousu un col tubulaire suffisamment haut pour couvrir toute la tête comme si on faisait une minerve pour mal de Pott sous-occipital.

On attire l'enfant au bout de la table de telle sorte que tout le tronc soit en dehors de celle-ci (fig. 8).

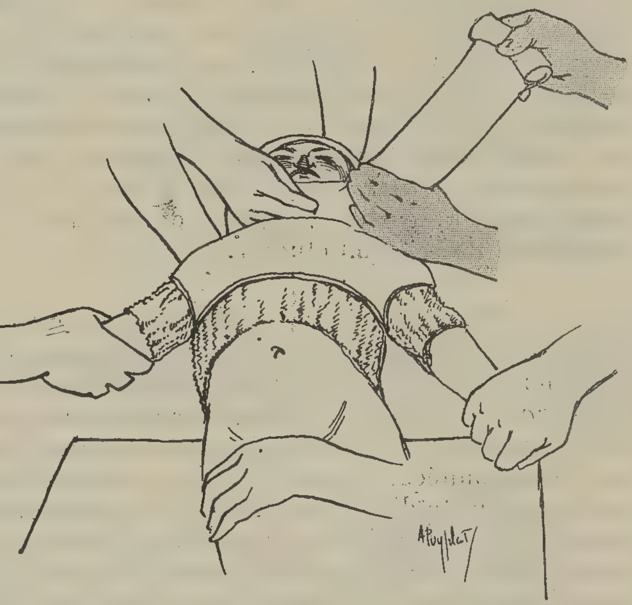


Fig. 8. — *Confection de l'appareil plâtré.* — Tout le tronc dépasse la table. Un aide fixe le bassin sur la table, pendant qu'un autre maintient la tête en hypercorrection.

Un aide tient les jambes et le poignet du côté malade pour faire la contre-extension et abaisser l'épaule. Un autre tient la tête en hypercorrection (extension forcée, rotation du menton du côté malade et inclinaison de la tête sur l'épaule du côté opposé). On roule alors des bandes plâtrées sur le tronc, le cou et la tête.

Dès que l'appareil sèche on l'échancre suivant les lignes indiquées en pointillé sur la figure 9. On remarquera que le plâtre monte très haut sur le visage du côté malade pour s'opposer à ce que la tête se rapproche de l'épaule. De l'autre côté, au contraire, il est échancré très bas : plus l'enfant inclinera sa tête de ce côté, plus il distendra son muscle rétracté. De plus, il est inutile de laisser la partie de l'appareil qui enserre le thorax circulairement ; on ne veut pas réaliser l'immobilisation du cou, loin de là, il vaut mieux favoriser ses mouvements ; aussi, un certain jeu de l'appareil peut-il être

très favorable au résultat cherché. Si on n'a pas sous la main de bandes plâtrées on peut remplacer cet appareil par celui imaginé par notre maître, M. le



FIG. 9. — *L'appareil est terminé.* — Les lignes pointillées indiquent les échancrures à faire (*torticolis droit*).



FIG. 10. — *L'appareil est échancré.* Il maintient la tête en hypercorrection et permet les mouvements qui accentuent la correction *(torticolis droit)*.

professeur Kirmisson, et que nous représentons figure 11.

Il réalise un muscle sterno-mastoïdien artificiel. Un bandage circulaire est fixé autour du thorax. Un autre autour de la tête. On les réunit par deux gros drains en caoutchouc qui sont fixés d'une part au niveau de la protubérance occipitale en haut, et d'autre part au-dessous du mamelon en bas. En les tendant convenablement ils remplacent assez bien l'appareil plâtré.

L'appareil est supprimé au bout de trois à quatre semaines. On pratique alors les *manipulations* que

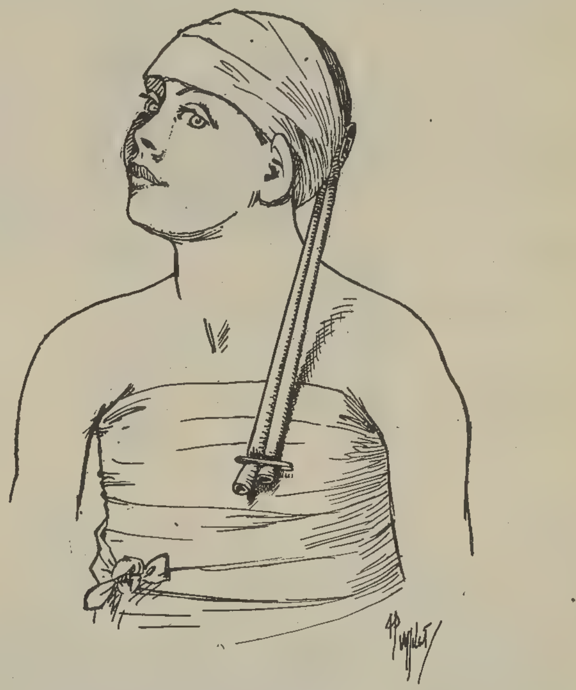


FIG. 11. — *L'appareil à traction élastique de Kirmisson (torticolis droit).*

nous avons précédemment décrites en y joignant la *suspension excentrique.* Celle-ci réalise, en effet, d'une façon parfaite, l'élongation du sterno-mastoïdien, sous une pression considérable, puisqu'elle peut atteindre le propre poids de l'enfant, et cependant elle est tout à fait bien supportée puisqu'elle est progressive et que l'enfant peut la régler lui-même. *Cette dernière partie du traitement est extrêmement importante, aussi importante que la ténotomie elle-même.* C'est pourquoi nous la décrirons minutieusement.

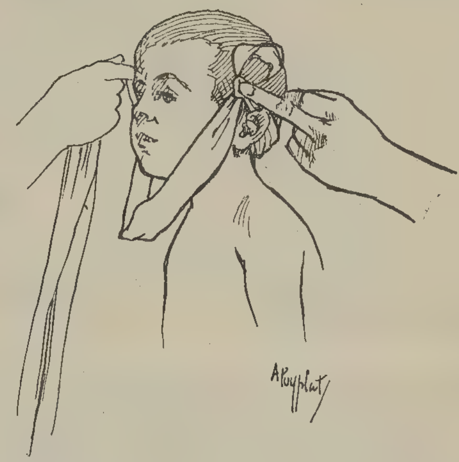


FIG. 12. — *On applique la bande sur la fosse temporale.* — Les deux chefs de la bande passent l'un sous le menton, l'autre sous l'occiput.

Que faut-il pour la réaliser? Un palan, une bande de toile de 2 mètres environ et un petit bout de bois de 25 à 30 centimètres. On fait un nœud ordinaire, qu'on ne serre pas, au tiers environ de la bande. On met ce nœud contre la joue, au niveau de

la fosse temporale, à 4-5 centimètres en avant et au-dessus du conduit auditif. On fait passer les deux chefs de la bande, l'un sous le menton, l'autre sous l'occiput, et on les réunit par un nœud simple sur



Fig. 13. — Même temps (vu de face).

la joue du côté opposé, en un point symétrique (fig. 12 et 13). L'extrémité du plus long chef est alors passée dans le premier nœud et nouée à l'extrémité du chef le plus court (fig. 14 et 15). On tire

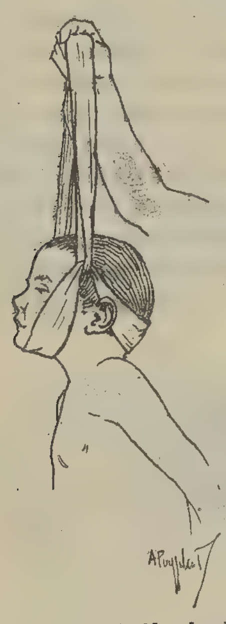


Fig. 14. — Le chef le plus long est passé dans la boucle, puis noué avec le plus court.

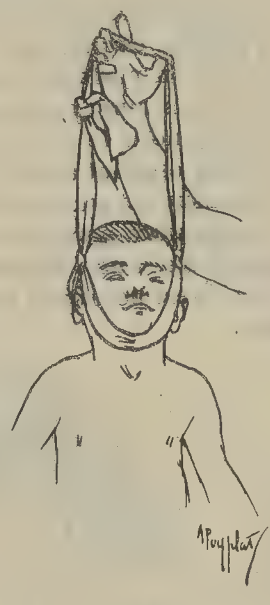


Fig. 15. — Même temps (vu de face).

sur l'anse ainsi formée, la suspension est prête. On accroche cette anse au crochet de la poulie inférieure, *mais non par le milieu; on raccourcit la partie qui se trouve du côté malade* (fig. 17).

Si l'on tire alors sur la corde du palan, le poids de l'enfant faisant contre-extension, la tête se trouve entraînée en haut, le menton attiré à la fois en haut et du côté malade, pendant que la tête s'incline sur l'épaule saine.

La pression exercée par la bande pourrait être douloureuse sur les joues, aussi j'ai construit un petit écarteur représenté figures 16 et 17 qui se compose de trois parties, une branche mâle, une branche femelle et une fiche qui permet de donner toutes les dimensions entre 20 et 35 centimètres. On le place en travers, entre les deux portions mon-

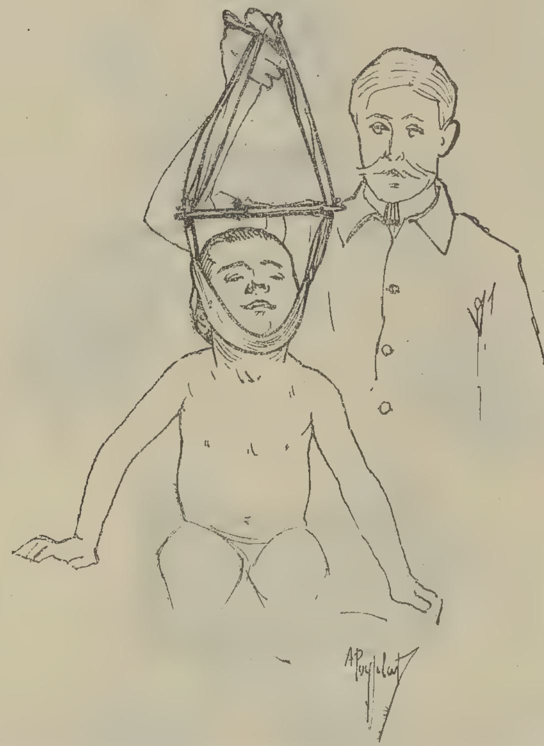


Fig. 16. — *Mise en place de l'écarteur destiné à supprimer les pressions sur les joues.*

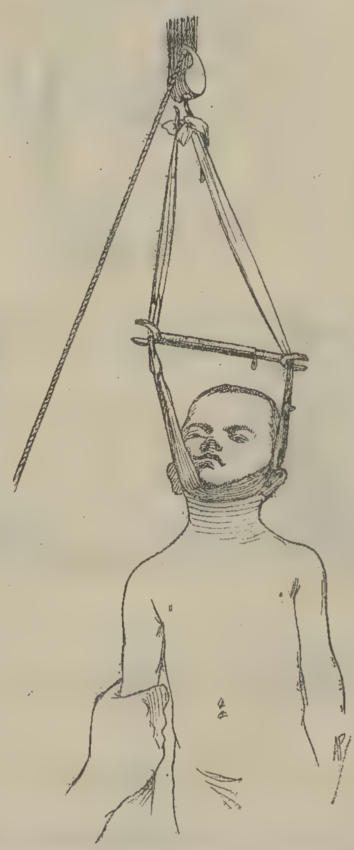


Fig. 17. — *La suspension excentrique.* — On peut accentuer l'effet en tirant en bas sur le bras pour abaisser l'épaule.

tantes de la bande et c'est lui qui supporte la pression. On peut le remplacer par un simple bout de

bois dont on effile les extrémités pour les ficher dans la toile.

On comprend facilement que, plus on avancera les nœuds de la bande en avant, vers le nez, plus le menton s'élèvera. Au contraire, si on mettait les nœuds au niveau ou en arrière de l'oreille l'occiput monterait et le menton s'abaisserait. De même, plus on raccourcira le chef du côté malade, plus l'élongation sera violente. *Dans ce dernier cas il faut fixer artificiellement l'épaule en tirant sur le bras.*

Cette extension sera pratiquée deux fois par jour pendant deux ou trois mois.

Chaque séance durera une dizaine de minutes, l'enfant se suspendant sept ou huit fois une minute et se reposant quelques secondes entre chaque mouvement. Il ne faut pas que les pieds de l'enfant quittent le sol; l'action serait moins efficace; tous les muscles de la colonne vertébrale, y compris ceux de la colonne cervicale, se contractent en effet quand on se suspend uniquement par la tête, et ils contre-balanceraient l'effet du traitement.

Puis on espacera progressivement les séances, sans cependant les supprimer complètement avant la troisième année.

Dans ces conditions, le port d'un corset orthopédique devient complètement inutile.

MÉDECINE PRATIQUE

SUR LES DANGERS DU NITRITE D'AMYLE DANS LE TRAITEMENT DES HÉMOPTYSIES TUBERCULEUSES

Par M. C. GUEIT,
Interne des hôpitaux de Montpellier.

On a beaucoup écrit dans ces dernières années, sur le rôle des hypotenseurs dans les hémoptysies. A la suite de quelques cas heureux où leur administration a parue décisive, beaucoup d'auteurs ont conseillé l'emploi systématique du nitrite d'amyle ou de la trinitrine pour tout malade qui crache le sang. C'est là, croyons-nous, une erreur.

Ce sont surtout Haie, Guinard, Hugues, Gaussel qui se sont fait les défenseurs de la médication hypotensive.

Or cette médication trouve son indication dans la seule hypertension artérielle, passagère d'ailleurs, qui précède l'hémorragie. Pour peu que celle-ci soit abondante et prolongée, pour peu qu'elle se répète, tous les phénomènes d'hypertension disparaissent et l'action des hypotenseurs, d'abord inutile, peut, si elle se prolonge, devenir dangereuse.

Des quelques expériences que nous avons pu faire et des faits cliniques observés, nous croyons pouvoir conclure que le nitrite d'amyle n'est utilisable dans une hémoptysie que tout à fait à son début, et que son administration ultérieure doit être réservée aux cas, fort rares d'ailleurs, où l'hypertension artérielle persiste après la rupture vasculaire qui a donné l'hémorragie (hémoptysie des cardiaques aortiques).

Si l'on considère que les doses thérapeutiques du nitrite d'amyle et de la trinitrine confinent aux doses toxiques, on se rendra facilement compte des dangers qu'il y aurait à prescrire ce médicament chez des sujets prédisposés à la suffocation et à l'asphyxie, comme le sont les hémoptysiques tuberculeux.

Il est certain que, dans la plupart des cas que nous avons observés, l'hémoptysie a paru s'arrêter après inhalation de quelques gouttes de nitrite d'amyle ou de l'ingestion d'une potion avec XXX gouttes de solution de trinitrine au 1/100e pour 120 centimètres cubes (une cuillerée à café toutes les heures, un ou deux jours au plus). Mais, le plus souvent, nous avons vu en même temps, sous l'effet du poison qui entrave l'hématose, les malades congestionnés et cyanosés, présenter une respiration courte et superficielle, un pouls accéléré et devenu arythmique, s'acheminer au collapsus.

Aussi croyons-nous qu'il est plus sage de recourir aux vieilles formules et aux vieilles médications, à l'ipéca ou au tartre stibié, si l'on veut agir sur la pression artérielle. Même employé aux doses nauséeuses (méthode de de Graves) ou vomitives (méthode de Trousseau) tout en obtenant une hypotension assez marquée, avec l'ipéca on n'encourt pas les dangers que doit faire redouter l'emploi du nitrite d'amyle ou de la trinitrine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1912)

La phlébite ourlienne. — MM. Eug. HIRTZ et M. SALOMON décrivent la phlébite ourlienne encore inédite à propos de trois cas d'oreillons qu'ils ont observés dans la famille d'un médecin et qui se sont compliqués de phlébite des membres. La phlébite ourlienne paraît avoir été jusqu'ici, tout au moins, exceptionnelle si l'on en croit le silence observé à son sujet dans tous les ouvrages classiques. Elle apparaît surtout chez des sujets fatigués, surmenés, et au cours d'épidémies sévères. Parfois précédée par une parotidite intense et par d'autres complications (mammite, ovarite, orchite), elle peut survenir au cours d'oreillons d'allure banale ou même d'oreillons frustes. Elle peut être annoncée par des frissons, du malaise général, de l'élévation de la température, ou au contraire débuter d'une façon insidieuse en provoquant une sensation de pesanteur et des douleurs dans les membres. Ce sont, en effet, les veines des membres qui sont surtout intéressées : elles deviennent douloureuses, et donnent à la palpation légère la sensation de cordons durs et empâtés. Ceux-ci sont parfois accompagnés d'une traînée cutanée rougeâtre qui décèle un certain degré de périphlébite. La phlébite ourlienne ne paraît pas être oblitérante et ne s'accompagne que d'un œdème modéré. Touchant successivement plusieurs segments veineux, elle est longue à disparaître, nécessite une immobilisation prolongée et provoque à sa suite de l'atrophie musculaire marquée. Elle peut intéresser les veines du cordon et les veines épigastriques. Elle peut exceptionnellement devenir emboligène et déterminer la mort. Les auteurs concluent qu'il est indispensable de connaître la possibilité de la phlébite ourlienne pour ne pas la méconnaître. Ils conseillent de mettre au repos absolu les malades surtout adultes atteints de parotidite ourlienne même légère et de surveiller les sujets qui à la suite d'oreillons ne semblent se rétablir qu'imparfaitement : ces malades sont à la merci de la septicémie ourlienne.

Insuffisance surrénale et pseudo-perforation au cours d'une fièvre typhoïde adynamique. — M. Stéphen CHAUVET rapporte l'observation d'une femme atteinte d'une dothiénentérie particulièrement grave avec insuffisance surrénale. Cette malade, grâce à divers toniques cardiaques et à de l'adrénaline luttait tant bien que mal contre ces différents phénomènes morbides quand, le lendemain d'un jour où l'on avait oublié de lui donner de l'adrénaline, elle présenta un syndrome de pseudo-perforation intestinale des plus typiques. Les accidents cédèrent à l'administration d'adrénaline et de sérum artificiel.

L'auteur est porté à penser qu'il y a peut-être eu, dans ce

cas, plus qu'une simple coïncidence entre la suppression de l'adrénaline chez une hypoépinéphrique et l'apparition du syndrome de pseudo-perforation.

Fibromyome de l'œsophage. Diverticule par traction. — MM. H. Dufour et Meurisse présentent un œsophage prélevé à l'autopsie d'une femme de soixante-quatre ans, morte tuberculeuse. A l'extrémité inférieure de cet œsophage, au-dessus du diaphragme existait une tumeur de la grosseur d'une mandarine, qui entourait l'œsophage sur les trois quarts de sa circonférence. Il n'y avait aucune altération de la muqueuse, mais un enfoncement diverticulaire par traction. Il leur a paru intéressant de rapporter cette observation à l'occasion des présentations de pièces faites par M. Fredet et concernant le développement d'un véritable fibromyome, qui constitue la caractéristique histologique des sténoses hypertrophiques du pylore chez les nourrissons.

Péricardite gonococcique à épanchement. — MM. Albert Robin et Noël Fiessinger rapportent l'observation d'un gonorrhéique de vingt-cinq ans, qui au cours d'un rhumatisme blennorragique et d'une septicémie à gonocoques démontrée par l'hémoculture fit une péricardite sèche au début mais rapidement à épanchement. En face des symptômes cardiaques graves qui survinrent, on dut recourir à une ponction du péricarde ; la forme spéciale de la matité dextro et rétrosternale indiquait la ponction au point de Marfan, à gauche de l'appendice xyphoïde. Malgré la petite quantité de liquide retirée (50 centimètres cubes) l'amélioration qui survint fut considérable. La résorption de l'épanchement se fit lentement. Ils insistent sur différents signes spéciaux ; l'extrême violence des douleurs, et l'existence de grands signes pseudo-pleurétiques à la base gauche, malgré la prédominance de l'épanchement à droite sur l'écran radioscopique. Le traitement général consista en injections tous les deux jours de 10 centimètres cubes de ferments métalliques et en deux injections de stock-vaccins de Wright préparés par Mauté. La guérison est complète à l'heure actuelle malgré l'extrême gravité que revêtit cette infection générale.

Périostite sterno-costale. — M. Siredey rapporte le cas d'un malade qui présenta, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, une périostite sterno-costale sans température, ayant les apparences d'une gomme, mais vraisemblablement en rapport avec l'éberthie antérieure. Un chirurgien, consulté, pensa à la présence d'une suppuration médiastinale et conclut à une opération nécessaire. Cependant, la radioscopie ayant montré qu'il n'y avait aucun foyer purulent médiastinal, on soumit le malade à un traitement purement médical, consistant surtout en frictions de collargol et iodure de potassium à petite dose.

L'amélioration fut d'autant plus manifeste et rapide que l'état général n'était pas très bon.

Affection sanguine à caractères spéciaux. — MM. Pissavy et Thibaud rapportent l'observation d'un malade emporté, en trois mois, par une affection sanguine à caractères un peu spéciaux. La maladie débuta par une crise hépatique avec ictère et décoloration des matières fécales. Le foie prit des dimensions énormes, la rate s'hypertrophia également, les ganglions se tuméfièrent et une infiltration leucémique apparut en divers points des téguments. L'anémie progressa rapidement, des hémorragies survinrent et, pendant tout le séjour du malade à l'hôpital, la température oscilla aux environs de 38 degrés.

Les examens hématologiques montrent, en même temps qu'une diminution rapide du nombre des globules rouges, une réaction sanguine lymphocytaire, myélocytaire et embryonnaire sans hyperleucocytose.

Les ictères de sécrétion et l'hépatisme. — M. Frantz Glénard. Les observations qui témoignent d'une maladie sécrétoire de la cellule hépatique dans l'ictère catarrhal et l'ictère typhoïdique sont importantes au point de vue de la pathologie générale.

Deux doctrines sont basées, l'une sur la théorie sécrétoire des ictères, c'est la doctrine de l'hépatisme, proposée par M. Glénard en 1890, et qui localise la cause de l'ictère dans la cellule hépatique, l'autre sur la théorie excrétoire, c'est la doctrine de la diathèse biliaire, proposée en 1900 par M. Gilbert et qui localise la cause de l'ictère dans la cellule des canaux biliaires.

M. Glénard fait valoir l'importance de la doctrine de l'hépatisme qui fait rentrer dans le domaine des maladies du foie nombre de dyspepsies, de névropathies et de maladies de la nutrition, lithiase biliaire, lithiase urique, goutte, obésité, diabète vrai, etc., alors que la diathèse biliaire les exclut.

Les arguments de M. Glénard reposent sur la technique de palpation du foie qu'il a décrite en 1888 sous le nom de procédé du pouce, sur l'application systématique de ce procédé chez tous les malades, sur les diagrammes que cette technique permet de relever et qu'on peut comparer, chez des milliers de sujets, et, chez un même sujet, aux diverses explorations de son foie.

M. Glénard combat les arguments de M. Gilbert qui s'appuient sur l'adaptation de la théorie infectieuse aux propositions de l'hépatisme : sur la pathologie expérimentale et sur la bilirubigénie.

Il estime que la doctrine de l'hépatisme consacre la réhabilitation clinique du foie qui était en retard de cinquante ans sur sa réhabilitation physiologique.

Sténose hypertrophique du pylore. — M. Fredet présente un enfant opéré de sténose hypertrophique du pylore.

Sérothérapie de la fièvre typhoïde. — M. Rodet (de Montpellier) fait une communication sur la sérothérapie de la fièvre typhoïde.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 28 DÉCEMBRE 1912)

La tolérance du péritoine pour les corps étrangers. — M. Walther, à propos du rapport fait dans la dernière séance par M. Monod, relate l'observation d'un homme d'une trentaine d'années qui était atteint d'appendicite chronique, caractérisée surtout par des troubles gastriques déjà anciens. Un jour, étant à bord d'un transatlantique, il fut pris d'une sorte de colique assez vive, avec malaise général qui l'obligea à aller se reposer pendant quelques heures. Il accusait alors une douleur assez intense du côté droit du ventre. Le soir même tout avait disparu et le malade reprenait sa vie habituelle.

Six semaines après M. Walther opérait ce malade. Il trouvait des traces de vieille épiploïte et des points d'épiploïte aiguë plus récente. L'extrémité de l'appendice était adhérente à l'épiploon. Du côté gauche du ventre, M. Walther trouva, libre dans la cavité abdominale, un calcul stercoral. Après avoir enlevé l'appendice, il l'examina et y trouva une cicatrice. Il y avait donc eu perforation de l'appendice et issue, de l'appendice dans le ventre, d'un calcul stercoral à travers cette perforation. Cliniquement tout cela n'avait déterminé qu'une crise douloureuse moyenne, sans fièvre, et ayant à peine duré quelques heures. Ce fait montre donc, avec ceux qu'a rappelés M. Monod, l'extrême tolérance du péritoine pour certains corps étrangers.

Tube protecteur des sondes. — M. Bazy présente, au nom de M. Pierre Bazy, un appareil qui nous paraît fort ingénieux et qui a pour but, non seulement de protéger les sondes stérilisées contre tout contact et même contre l'air, mais encore, au moyen d'un dispositif particulier, de faire passer directe

ment la sonde de son tube protecteur dans le canal de l'urètre, sans qu'elle ait vu l'air ni subi aucun contact ; on peut également, avec cet appareil, faire la cystoscopie et le cathétérisme des uretères.

Kyste dermoïde du médiastin antérieur. — M. Jacob fait un rapport sur une observation adressée par MM. Perney et Houdart. Il s'agit d'un garçon de vingt-sept ans qui présentait tous les signes d'une pleurésie purulente droite. Une ponction amena un pus épais, pus stérile, sans bacilles de Koch. Six jours après, on pratiqua un empyème qui donna issue à un litre de pus, dans lequel on trouva quelques grains rhiziformes. On crut à une actinomycose, on fit une seconde intervention plus importante et on tomba sur plusieurs petites tumeurs présentant des poils. Il s'agissait d'un kyste dermoïde intrathoracique. On ne put malheureusement enlever toutes les tumeurs. Le malade continua à suppurer et succomba quelques jours après.

A l'autopsie, on vit que toute la moitié droite de la cavité thoracique était remplie de ces tumeurs. Le poumon droit était refoulé très en arrière. Toute la tumeur était extrapleurale, son poids était de 1k650 grammes. Elle était encapsulée. Toutes les petites masses qui constituaient la tumeur étaient recouvertes d'une peau amincie avec de petits poils. La cavité de ces masses était remplie de matière sébacée. L'examen histologique y montra la présence d'éléments glandulaires et autres.

Le diagnostic de ces kystes dermoïdes intrathoraciques est très difficile.

Quant au traitement de choix c'est l'extirpation totale, quand elle est faisable, pratiquée aussitôt que possible.

Cancer de la langue. — M. Morestin présente une série de malades qu'il a opérés d'épithéliomas de la langue plus ou moins étendus, avec retentissement ganglionnaire, en deux temps : dans un premier temps, ablation aussi large que possible de toute la zone ganglionnaire ; dans un second temps, ablation de la partie de la langue atteinte de cancer. Chez ces malades, dont plusieurs sont opérés depuis quatre et six ans, il n'y a encore pas de récidive.

Elections. — La Société procède à l'élection de cinq membres correspondants nationaux, de deux associés étrangers et de trois correspondants étrangers. Après un certain nombre de tours de scrutin ont été élus :

1° Correspondants nationaux : MM. Le Moniet (de Rennes), Le Jemtel (d'Alençon), Gross fils (de Nancy), Delore (de Lyon) et Lambret (de Lille).

2° Associés étrangers : MM. Von Eiselberg (de Vienne), Arbutbnot Lane (de Londres);

3° Correspondants étrangers : MM. de Quervain (de Bâle), Van Stockum (de Rotterdam), Alessandri (de Rome).

La Société procède ensuite à l'élection du bureau pour l'année 1913. Sont élus : président, M. Delorme ; vice-président, M. Tuffier ; secrétaires annuels, MM. Demoulin et Legueu ; archiviste, M. Broca ; trésorier, M. Launay.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Vie du règne minéral, par René Schwæble. Un vol. in-12, orné de 4 magnifiques phototypies. — Prix : 3 francs. — Paris, J. Rousset.

Essai historique sur les épidémies en Bourgogne, par le docteur Henri Bon. Un vol. in-8, 186 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, J. Rousset.

Synthèse du « bacille » de Koch, par Albert et Alexandre Mary. Une broch. in-8 avec une pl. en couleurs, hors texte. — Prix : 1 franc. — Paris, J. Rousset.

ARTICLES ORIGINAUX DES PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES ET ÉTRANGÈRES

Archives de médecine et de pharmacie navales. — (N° 11, nov. 1912.) Gloaguen : Quelques considérations sur l'acuité visuelle du timonier. — Bellile : Gouttière semi-rigide pour le transport des blessés à bord des bâtiments de guerre. — Le Naour : Dosage de l'étain par transformation du sulfure stanneux en oxyde stannique à l'aide de l'acide azotique. — Lancelin : La peste de Mandchourie, sa prophylaxie. — Cazamian : Sur deux cas de traitement par le dioxydiamido-arsenobenzol.

Boston medical and surgical Journal. — (Vol. CLXVII, n° 19, 31 oct.) Vincent Y. Bowditch : Petits mémoires : extraits des notes médicales laissées par Henry Ingersoll Bowditch (de Boston). — Arthur L. Chute : Quelques observations sur des cas d'hypertrophie de la prostate avec rétention et surdistension vésicale. — Edward O. Otis : Le pneumothorax artificiel dans les cas de tuberculose pulmonaire unilatérale avancée. — Lawrason Brown, Harry Lee Barnes et Victor F. Cullen : Le service médical habituel dans un sanatorium. — (N° 19, 7 nov.) David J. Edsall : L'étude clinique de la respiration (7 tracés, 1 tableau). — Joseph W. O'Connor : La pyélonéphrite de la grossesse et du puerperium (29 observations). — H. W. Marshall : Une genouillère articulée rigide (9 fig.).

Bulletin général de thérapeutique. — (30 nov. 1912.) G. Bardet : Les antinévralgiques antiseptiques. — (8 déc.) Ed. Laval : Ce que tout praticien doit savoir de mycologie.

Bulletin médical. — (N° 95, 30 nov. 1912.) Brunon : Caverne pulmonaire, guérison. — (N° 96, 4 déc.) Broca : Traitement palliatif des tumeurs cérébrales. — Plicque : Les crises gastriques, leur diagnostic et leur influence. — (N° 97, 7 déc.) A. Plicque : Diagnostic et traitement des mycoses. — (N° 98, 11 déc.) Léon Bérard : Les traumatismes du crâne, en particulier les fractures.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 46, 14 nov.) Sonnenburg : Les devoirs de la chirurgie moderne. — Brieger : Traitement combiné dans l'anémie pernicieuse. — Hering : L'électrocardiogramme et son emploi clinique. — Abderhalden : Le séro-diagnostic de la grossesse. — Kretschmer : Les inclusions leucocytiques de Doehle dans la scarlatine. — Aumann : Le salvarsan dans un cas de peste bubonique. — Kreuzfuchs : La motilité gastrique dans l'ulcère duodénal. — Raubitschek : Sur la question d'une réaction spécifique dans la pellagre. — Quagliariello et Agostino : Emploi de la méthode des indicateurs dans l'étude de la réaction urinaire. — Mayer : Quel but a la fixation quantitative de la réaction de Wassermann. — Lindeuschatt : Le séro-diagnostic des tumeurs au moyen de la réaction de fixation. — (N° 47, 21 nov.) Pels-Leudsen : Anti et asepsie. — Schultze : Les névroses d'accident et la collaboration du médecin dans leur production. — Dyrenfurth : Sur la maladie de Basedow traumatique. — Henkel : Deux cas de vagin artificiel au moyen de l'intestin grêle. — Zieler : Technique de l'emploi des mélanges mercuriels concentrés dans le traitement de la syphilis. — Fortmann : Un cas très rare de malformation cardiaque. — Mautner : Toxicité urinaire et rougeole. — Quagliariello et Medina : Sur l'acidité urinaire dans quelques maladies. — Kisabro Wakasugi : Sur la pathogénie de la polycytémie. — Zinki : Traitement du placenta praevia. —

HEUSNER : Dispositif pour l'obtention d'acide carbonique solide pour le traitement des affections cutanées. — USENER : Tumeurs malignes dans l'enfance. — DUTOIT : Casuistique et indications de la résection du thymus.

Clinique. — (N° 49, 6 déc. 1912.) Gaston LYON : Les causes et les traitements des angines de poitrine. — LESNÉ et FRANÇON : Traitement de l'érysipèle. — MONTEUUIS : La cure solaire dans la pratique journalière. — (N° 50, 13 déc.) TRIBOULET : Quelques difficultés de diagnostic de la méningite cérébro-spinale. — BRAILLON : Accidents gravido-tabétiques. — PISSAVY : Anévrisme de l'aorte thoracique.

Echo médical du Nord. — (N° 48, 1er déc. 1912.) VANVERTS et PAUCOT : Le traitement des phlébites puerpérales. — (N° 49, 8 déc.) PIERRET : Contribution à l'étude des névrites rhumatismales. — ANDRÉ et MARIAN : Note sur la stérilisation des pièces à pansements par les vapeurs d'alcool sous pression.

Montpellier médical. — (N° 47, 24 nov. 1912.) FORGUE : L'anesthésie lombaire par la novocaïne (*fin*). — KIRMISSON : Delpech professeur à la Faculté de Montpellier (1777-1832) et l'histoire de la ténotomie. — (N° 48, 1er déc.) J. ANGLADA et E. CHAUVIN : Recherches sur la crise urinaire de la dothiénentérie ; sa signification pathogénique ; sa valeur pronostique.

Münchener medizinische Wochenschrift. — (N° 48, 26 nov.) WEINDENREICH : Le thymus de l'homme adulte comme lieu de formation de leucocytes granuleux et non granuleux. — SCHRIDDE : Le diagnostic de l'état thymo-lymphatique. — W. HENCK : Expériences sur le traitement des dermatoses par le sérum humain. — EMMERICH : Traitement rationnel du choléra asiatique. — JACOB : Sur le paratyphus. — ZAHN : L'assurance des travailleurs en Allemagne. — NEUMAYER : Recherche d'une direction dans le traitement par le salvarsan. — SANDROCK : Un cas d'électrocution mortel. — SCHUBART : Sept cas de psychoses guéries par le traitement gynécologique. — SCHITTENHELM et WEICHHART : Sur le goitre endémique en Bavière. — ŒPP : La culture de l'hématozoaire de la malaria d'après Bass et Johns. — (N° 49, 3 déc.) AUTENRIETH et FUNK : Sur quelques méthodes de fixation colorimétrique : l'examen du rein par les procédés de Rowntree et de Geraghty; la recherche du rhodan dans la salive et de l'iode dans l'urine. — ISELIN : Lésions de la peau par les rayons de Rœntgen. — FLÖRCKEN : Sur la transfusion directe du sang. — ZABEL : Diagnostic des adénopathies bronchiques. — HUBER : Action irritante de l'ascaris sur l'intestin. — KOLB : Manifestations intestinales de la maladie de Basedow. — DEPPE : L'autoguérison radicale de l'appendicite. — DESSAUER et KÜPFERLE : Photographie radiologique du mouvement du cœur. — HUFNAGEL : Radiographies directes sans emploi de plaques. — SCHOTTELINS : Tablettes de chloreresol. — KALL : Traitement de la gale par le savon cadique à la nicotine salicylée. — PICK : Contribution casuistique à l'étiologie et la pathogénie de la claudication intermittente. — BAMBERGER : Gangrène totale de la mamelle comme manifestations de l'infection puerpérale.

Paris médical. — (N° 53, 30 nov. 1912.) LE GENDRE : Les étudiants et leurs guides. — JEANBRAU : Comment se faire relever de la prescription pour des honoraires d'expertises en matière d'accidents du travail. — ODDO : Les névroses et les accidents du travail. — TERRIEN : Valeur de l'œil blessé d'après la loi sur les accidents du travail. — Jean CAMUS : Sérothérapie et responsabilité professionnelle. — René LEDENT : Médecins et accidents du travail. — (N° 1, 7 déc.) MOUCHET : La chirurgie infantile et l'orthopédie en 1912. — LEREBOULLET et SCHREIBER : La médecine infantile en 1912. — KIRMISSON : Traumatismes osseux chez les enfants. — WEILL et MOURIQUAND : La pneumonie infantile jugée par la radiologie. — O. FŒRSTER : Traitement opératoire des paralysies spasmodiques par la résection des racines postérieures de la moelle épinière. — FRŒLICH : Faut-il opérer le spina bifida. — DELCOURT : Diagnostic des formes frustes de la coqueluche. La quinte avec cri. — RŒDERER : Les petits trucs de l'orthopédiste.

Policlinico. — (Sept. 1912, fasc. 9.) *Section chirurgicale.* Aurelio PEGGIOLINI : L'identité des streptocoques de provenances diverses, pathogènes pour l'homme. — Leonardo DOMINICI : Régénération et plastique du péritoine. — Prof. Nicola LEOTTA : Hyperplasie strumeuse de l'hypophyse avec acromégalie, et contribution à la pathologie chirurgicale des tumeurs hypophysaires. — (Fasc. 10.) Prof. Giovianni PEREZ : A propos des kystes osseux. — Ferruccio MARCORA : A propos d'un cas de chorio-épithéliome malin chez l'homme. — Angelo CHIASSERINI : Auto-greffes uretérales. — Prof. Nicola LEOTTA : Hyperplasie strumeuse de l'hypophyse avec acromégalie, et contribution à la pathologie chirurgicale des tumeurs hypophysaires. — (Fasc. 10.) *Section médicale.* Prof. C. MORESCHI et A. GOLGI : Les rapports entre l'anaphylaxie et la fièvre. — Prof. Mario SEGALE : La teneur en glycogène du foie et du sang des cholériques. — Prof. A. LONGO : Tentatives d'immuno-diagnostic et d'immuno-thérapie dans la leishmaniose infantile. — A. MAZZOLANI : L'épidémie de variole à Fondi-Caserte. — Antonio GASBARRINI : L'épidémie cholérique des Pouilles en 1911. — (Fasc. 11.) Prof. F. GHILARDUCCI et E. MILANI : Action biologique et curative des substances fluorescentes associées aux rayons X. — Provino MASSERINI : Diagnostic clinique et diagnostic radiologique dans un cas d'estomac biloculaire. — Prof. Guglielmo BILANCIONI : Etude graphique de la respiration dans les sténoses des premières voies aériennes. — (Fasc. 11.) *Section chirurgicale.* Giovanni PEREZ : Sur l'importance fonctionnelle des glandes lymphatiques et certaines propriétés des extraits de ganglions tuberculeux. — Prof. Nicola LEOTTA : Les oblitérations des vaisseaux mésentériques. — Sertorio MARINACCI : Idée d'un traitement de l'intestin privé de mésentère par l'invagination. — Angelo CHIASSERINI : Contribution à la chirurgie expérimentale de l'hypophyse. — (Fasc. 12.) Prof. Giovanni PEREZ : A propos des kystes osseux. — Luigi Giovanni GAZZOTTI : Contribution expérimentale à l'étude de l'infibulation. — Valentino BARNABA : La résection du testicule. — Benedetto AGAZZI : A propos de l'évolution et des terminaisons de quelques lésions expérimentales du rein.

Riforma medica. — (N° 42, 19 oct. 1912.) Prof. Vittorio MARAGLIANO : Un nouveau signe radiologique des épanchements péricardiques. — A. FAGINOLI : Le pneumothorax thérapeutique. Résultats immédiats et innocuité du traitement pneumothoracique. — (N° 43, 26 oct.) Prof. L. FERRANNINI et R. SCALIA : Le pouls veineux chez l'homme fatigué. — Luigi SILVESTRINI : L'action narcotique du pantopon. — Angiolo TORI : Un cas de pancréatite hémorragique aiguë chez un opéré de hernie étranglée. — (N° 44, 2 nov.) Prof. L. FERRANNINI et R. SCALIA : Le pouls veineux chez l'homme fatigué. — Considérations anatomopathologiques et contribution clinique sur le traitement des sarcomes de l'épaule par la résection totale et subtotale.

Semaine médicale. — (N° 49, 4 déc. 1912.) F. ROSE : Le signe d'Argyll-Robertson dans les affections non syphilitiques. — (N° 50, 11 déc.) LEJARS : La maladie gélatineuse du péritoine d'origine appendiculaire.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 46, 14 nov. 1912.) STEIN : Traitement spécifique de la trichophytie profonde. — ARZT et KERL : Emploi de la réaction de Freund-Kaminer. — SUGI : Un cas de méningite syphilitique nodulaire. — BECK et BIACH : Sur le nystagmus dans la fièvre. — ABELS : Les affections vésicales chez les petites filles par des corps étrangers. — BIRNBACHER : Communication de cas de l'hôpital de Schubs. — (N° 47, 21 nov.) V. STOCKUM : Action thérapeutique de la rate préalablement traitée par les rayons X dans la tuberculose. — BASS et WIECHOWSKI : La teneur du sang en purine et son dosage. — ROTH : Les jours de farineux dans le diabète. — BOSSI : Mes opinions sur les psychopathies réflexes. — VON JAUREGG : Remarques sur l'article de Bossi. — BEER : Les difficultés de l'allaitement et leur traitement.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 148. — JEUDI 26 ET SAMEDI 28 DÉC. 1912. 85e ANNÉE. JEUDI 26 ET SAMEDI 28 DÉC. 1912. — N° 148.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — NOTES. — *Pathologie.* — Séance du 23 décembre. — MM. Hufnagel et Ramadier, 8; Couinaud, 6; Meyer, 7; Marais, 10.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — PRIX DÉCERNÉS POUR L'ANNÉE 1912. — *Prix Lacaze* (0000 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur F. Bezançon, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, pour ses travaux sur « la phtisie ».

Prix Barbier (2500 francs). — Le prix est attribué à M. le docteur de Martel (de Paris), pour ses instruments.

Prix Corvisart (médaille de vermeil et 800 francs.) — Question : « Hépatite tuberculeuse. » Le prix est accordé à M. Lubetzki (de Paris).

Prix Charles Legroux (1650 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Le Goff (de Paris), pour ses travaux sur « le diabète ».

Prix Saintour (3000 francs). — Question : « Variolo-vaccine. » Le prix est accordé à M. P. Gastinel (de Paris).

Nous sommes heureux d'adresser nos félicitations à nos amis et collaborateurs MM F. Bezançon, Gastinel et Le Goff.

THÈSES RÉCOMPENSÉES POUR L'ANNÉE 1912. — *Médailles d'argent.* — MM. Letulle, Ch. Richet, Guerbet, Poirot-Delpech, Lepicard, Levant, Pineau, Pélissier, Thibout, Velter, Mascarenhas, Flandin, Touraine, M.-P. Weil, da Silva Paranhos de Rio Branco, Barré, Brissaud, Vaucher, Gazel, Lagane.

Médailles de bronze. — MM. Béraud, Paul-Boncour, Basset, Papadato, Haller, Morestin, Gaillard, Hubac, P.-E. Petit, E. Lévy, Cotillon, Poulain, Rouget, Mlle Netchaeff, M. E. Olivier, Mme Vve Tixier, née Lemaitre, MM. Bénazet, Portocalis, Bricout, Lanzenberg, H. Paillard.

Mentions honorables. — MM. Brin, Bulliard, Viard, Perdrigé, Dombrowski, Phélip, Mlle Boudeille, MM. Placet, Guénot, Pironneau, Bobrie, Mlle Rapoport, MM. Valleton, Lutembacher, Grunberg, Bels, Ch.-E. Robert, Sevestre, Verdoux, Bruyère, Dogny, J. Lebreton, Mlle Tschoumakova, M. Fourrière.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux arts, en date du 23 décembre 1912, la chaire de pathologie générale et pathologie interne de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication du présent arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

GUERRE. — CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Par décret en date du 24 décembre 1912, sont promus, et par décision ministérielle du même jour reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Vogelin, médecin chef de l'hôpital militaire de Toulouse; maintenu; — Collinet, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand; maintenu; — Raynal, médecin chef de l'hôpital militaire du camp de Châlons; maintenu; — Goumy désigné pour les salles militaires de l'hospice mixte de Besançon (médecin chef); — Barbès, de l'hôpital militaire de Lille; maintenu.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Kraus, désigné pour les salles militaires de l'hospice mixte d'Epinal (médecin chef); — Duco, de la section technique du service de santé; maintenu provisoirement; — Sudre, médecin chef de l'hôpital militaire de Chambéry; maintenu; — Delporte, désigné pour les salles militaires de l'hospice mixte de Verdun; — Ferrand, de la Tunisie; maintenu; — Sagrandi, des salles militaires de l'hospice mixte d'Avignon; maintenu provisoirement; — Bergasse, de l'hôpital militaire de Versailles; maintenu provisoirement; — Arnould, de la section technique du service de santé; maintenu.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Daireaux, du 124e d'infanterie; maintenu; — Conte, de l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris; maintenu; — Levêque, du 30e d'infanterie;

maintenu; — Dejouany, de la Tunisie; maintenu; — Gallot, du 8e d'artillerie à pied; maintenu; — Trutié de Vaucresson, aux troupes d'occupation du Maroc occidental; maintenu; — Pia, du 134e d'infanterie; maintenu; — Gauthier, du 73e d'infanterie; maintenu; — Rolland, du 97e d'infanterie; maintenu; — Seguinaud, du 163e d'infanterie; maintenu; — Rouyer, du 133e d'infanterie; maintenu; — Cassan, du 38e d'infanterie; maintenu; — Dusolier, des troupes d'occupation du Maroc oriental; maintenu; — Guignot, du 29e d'infanterie; maintenu; — Labadie, du 130e d'infanterie; maintenu; — Dufau, du 58e d'artillerie; maintenu.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Bories, des troupes d'occupation du Maroc occidental; maintenu; — Trucy, du 1er zouaves; maintenu; — Baron, de la Tunisie; maintenu; — Camus, du 156e d'infanterie; maintenu; — Ferras, du 65e d'infanterie; maintenu; — Duchêne-Marollaz, du 2e génie; maintenu; — Carel, de l'Algérie; maintenu; — Mazot, du 126e d'infanterie; maintenu; — Monziols, de l'Algérie; maintenu; — Marchal, du 67e d'infanterie; maintenu; — Petit, du 26e dragons; maintenu; — Levêque, du 11e d'artillerie de campagne; maintenu; — Jacques et Delahousse, de l'Algérie; maintenus; — Floquet, du 18e chasseurs à cheval; maintenu; — Saffores, du 3e d'artillerie de campagne; maintenu; — Mangenot, du 13e dragons; maintenu; — Marnata, de l'Algérie; maintenu; — Arnaud, désigné pour le 43e d'artillerie; — Planques, du 161e d'infanterie; maintenu; — Pons, du 2e chasseurs à cheval; maintenu; — Noirclaude, du 41e d'infanterie; maintenu; — Martin et Hérisson, des troupes d'occupation du Maroc occidental; maintenus; — Vendeuvre, du 10e bataillon de chasseurs à pied; maintenu; — Feuillié, du 146e d'infanterie; maintenu.

— Par décision ministérielle du 21 décembre 1912, M. le médecin inspecteur général Vaillard est maintenu pour l'année 1913 dans ses fonctions de président du comité technique de santé.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'EUGÉNIQUE. — La première réunion de la Société a eu lieu dimanche, à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. Edmond Perrier. On remarquait, parmi les personnalités présentes, MM. Paul Doumer et les professeurs Landouzy et Pinard.

Successivement, MM. Doumer, Landouzy, Pinard et Edmond Perrier ont fait valoir les bienfaits sociaux qu'on est en droit d'attendre de la collaboration méthodique des savants qui composeront le comité de la Société.

Après diverses observations de membres de l'assemblée qui ont signalé l'importance de la culture physique et l'urgence de provoquer l'accroissement de la population en quantité si l'on veut obtenir la qualité, le docteur Apert a donné lecture du projet de statuts de la future Société. Ceux-ci seront approuvés dans une assemblée constitutive à laquelle seront convoqués les fondateurs, c'est-à-dire les personnes qui auront envoyé leur adhésion préalable au docteur Apert.

LES MÉDECINS ANGLAIS NE VEULENT PAS ÊTRE FONCTIONNAIRES. — Les médecins français ne sont pas les seuls à protester contre l'envahissement de l'étatisme. Nous avons rapporté il y a quelques mois le conflit qui s'est élevé entre nos confrères anglais et le gouvernement britannique.

On sait qu'une loi a été récemment votée par le Parlement qui assure à tout employé, ouvrier ou domestique, homme ou femme, gagnant moins de 4000 francs par an, et moyennant une prime hebdomadaire obligatoire de quelques pence, des soins médicaux gratuits en cas de maladie et le versement jusqu'à la guérison d'une somme variant de 5 à 10 shilling (de 6 fr. 25 à 12 fr. 50) par semaine.

M. Lloyd George, chancelier de l'échiquier, entra en pourparlers avec la Medical Association et offrit aux médecins, pour les dédommager de leur perte de temps et de leur surcroît de travail, une somme de 4 shilling 6 pence (5 fr. 60) par assuré et par an.

La proposition du chancelier fut repoussée avec ensemble.

Le chancelier s'est décidé depuis à augmenter ses propositions et il offre 8 shilling 6 pence par assuré et par an. Les médecins seraient, de plus, soumis à une surveillance administrative.

C'est ce que ne veulent pas les médecins anglais, aussi le conflit reste-t-il toujours aussi aigu et on se demande comment il finira.

GOUVERNEMENT TUNISIEN. — MÉDECINS STAGIAIRES DE COLONISATION. — *Conditions.* — Etre Français, docteur en médecine d'une Faculté française, avoir moins de trente-huit ans.

Les médecins stagiaires résident à Tunis et font un stage dans les hôpitaux (hôpital français, hôpital Sadiki) et à l'Institut Pasteur.

Ils touchent à ce titre une indemnité annuelle de 3000 francs.

C'est parmi les médecins stagiaires que sont recrutés les médecins de colonisation.

Les médecins de colonisation sont répartis en quatre classes, le traitement afférent à chacune de ces classes est le suivant : première classe, 5000 francs; deuxième classe, 4500 francs; troisième classe, 4000 francs; quatrième classe, 3500 francs; traitements qui sont augmentés par des indemnités de déplacement.

Adresser les demandes au secrétariat général du gouvernement tunisien à Tunis, accompagnées des pièces suivantes : 1° extrait de l'acte de naissance; 2° extrait du casier judiciaire; 3° copies certifiées des titres universitaires (diplôme, etc.); 4° relevés des services antérieurs; 5° certificat constatant qu'ils ont satisfait aux obligations militaires; 6° relevé des travaux scientifiques; 7° certificat médical récent spécifiant qu'ils peuvent assurer un service actif.

Toute demande de renseignements supplémentaires peut être adressée au secrétariat général du Gouvernement tunisien.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX. — M. le docteur VAQUEZ, professeur agrégé à la Faculté, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, recommencera ses leçons sur les maladies du cœur et des vaisseaux, le mercredi 8 janvier, à dix heures et demie du matin, à la policlinique du pavillon Lorain, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Enseignement complémentaire. — MM. les docteurs Clerc, Ribierre, Laubry et Aubertin, médecins des hôpitaux, commenceront le 11 janvier, à la policlinique du service du docteur Vaquez (pavillon Lorain) un cours de séméiologie des maladies du cœur et des vaisseaux, comprenant la technique des méthodes modernes d'exploration clinique et leurs applications pratiques à l'étude de ces maladies.

Ce cours, gratuit, aura lieu tous les samedis à dix heures du matin. Il sera complet en douze leçons.

HOPITAL SAINT-LOUIS (service de M. le docteur BROCQ). — *Démonstrations de dermatologie pratique.* — Sous la direction de M. le docteur Brocq, avec sa participation effective et la collaboration de ses assistants, anciens internes et internes, MM. Pautrier, Belot, Civatte, Simon, Fernet, Lutembacher, Brac, Françon et Delort, cinquante démonstrations pratiques de dermatologie auront lieu, dans son service, du lundi 6 janvier au 15 mars.

Dix conférences portant sur l'examen et le traitement des malades seront faites par M. Brocq le lundi matin à neuf heures. Elles seront consacrées à l'examen de malades se rapportant aux leçons qui auront été faites pendant la semaine. Le lundi matin, 6 janvier, M. Brocq fera la leçon d'ouverture.

Les quarante conférences de clinique et de thérapeutique seront toujours accompagnées de présentations de malades, de moulages, de photographies et de projections.

Les conférences de clinique dermatologique et syphiligraphique auront lieu les mardis, jeudis et samedis, à deux heures. Les conférences de thérapeutique dermatologique auront lieu le vendredi matin, à dix heures.

AVIS. — Il n'est pas répondu aux demandes de numéros non accompagnées du montant de leur valeur, soit 25 centimes pour les numéros du samedi et 10 centimes pour les numéros du mardi et du jeudi.

REVUE GÉNÉRALE

LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

ÉTIOLOGIE — CLINIQUE

Par M. Fernand LÉVY,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Employé pour la première fois par Sauvages (1760) le mot *typhus* s'appliquait indistinctement aux états typhiques avec ou sans éruption, dont la stupeur (τυφος) se trouvait être une des manifestations prépondérantes. Le néologisme ne semblait même pas assez expressif à son auteur puisqu'il l'associait à l'adjectif comatosus.

L'affection était auparavant désignée, soit par sa distribution géographique : *morbus ungaricus*; soit par son exanthème : *morbus maculosus*.

Les nombreuses dénominations ultérieures tendirent à l'identifier : *typhus exanthématique*, *typhus pétéchial*, *typhus fever* des Anglais, *flecktyphus* des Allemands, *tabardillo* des espagnols (m. à m. tache). Elles sont suffisamment explicites. La maladie fit partie jusqu'au milieu du XIXe siècle du groupe des états typhiques. Louis, Murchison et leurs élèves, Gerhardt, Jenner, puis les médecins de l'armée d'Orient montrèrent les différences cliniques, anatomiques et étiologiques, de la fièvre typhoïde et du typhus, dont ils proclamèrent la séparation définitive.

Il s'agit d'une maladie qu'en pratique courante on n'observe pas dans nos pays. Aussi les rares foyers signalés furent-ils toujours méconnus à leurs débuts. Les récentes épidémies marocaines et tunisiennes, l'endémicité du typhus (Silésie, provinces russes de la Baltique, Finlande) qui, en raison de l'accroissement des relations internationales et des émigrations, a pu favoriser le développement de l'affection sous forme de foyers transatlantiques (*maladie de Brill* aux Etats-Unis et au Canada), les nouvelles données étiologiques enfin, que nous possédons sur la question, rendent nécessaire au médecin la connaissance exacte de son mode de contagiosité et surtout de ses principaux traits cliniques.

D'après Nicolle, une bonne description de la maladie aurait été donnée dès le IIIe siècle de l'ère chrétienne par saint Cyprien, évêque de Carthage.

Ultérieurement, le typhus paraît avoir été confondu jusqu'au moyen âge avec divers états morbides, la peste en particulier. La première épidémie qui semble décrite avec une netteté suffisante est celle du siège de Grenade (1489) : l'armée de Ferdinand et Isabelle fut en effet décimée par une fièvre contagieuse dont les caractères principaux étaient une éruption tachetée et des phénomènes généraux graves. Au XVIe siècle (1505 et 1528) on retrouve le mal en Italie : malgré le nom de « peste » qui lui fut donné les intéressantes études de Fracastor permettent de le reconnaître. Il en est de même des épidémies de « peste » signalées en Hongrie en 1566. Le typhus sévit surtout pendant la guerre de Trente ans. A la fin du XVIIIe siècle, on peut le suivre pas à pas avec les grandes guerres de la Révolution et de l'Empire. Il semble que le foyer primitif soit parti d'Allemagne d'où il se généralisa bientôt à toute l'Europe. Signalé dans les pays allemands en 1793, 1794, 1796, 1797, le fléau dévastait la Galicie et la Hongrie en 1805. On le retrouve lors des campagnes d'Autriche (1809), d'Espagne (1812), de Russie (1812), au siège de Dantzig (1813). En 1815, il envahit l'Angleterre et l'Irlande. Ce dernier pays lui payait un lourd tribut puisque le huitième de la population fut atteint et qu'il y eut 40 000 morts. Le typhus ravageait encore le Royaume-Uni en 1826, 1828 et surtout en 1846, 1847, 1848 où près de 1 300 000 cas furent notés. A cette époque, de nouvelles épidémies réapparaissent en Allemagne ravageant surtout la Haute-Silésie (Virchow). On revoit la maladie durant la guerre de Crimée (1854-1855) et pendant la guerre russo-turque (1877-1878).

Avec les progrès de l'hygiène, le typhus épidémique a presque complètement disparu ; mais de temps à autre on a pu assister, en ces dernières années, au réveil de quelque foyer endémique que des mesures rigoureuses parviennent rapidement à limiter.

Nous définirons le typhus une *maladie infectieuse à agent pathogène encore inconnu se traduisant essentiellement par un état typhoïde fébrile, à début brusque, une céphalée persistante, une éruption spéciale, mais qui n'est jamais accompagné de manifestations digestives*, et dont l'anatomie pathologique est loin d'être aussi précise que celle de la dothiénentérie.

I

Etiologie. — La maladie se rencontre à tous les *âges* de la vie, et si elle paraît presque inconnue chez l'enfant c'est que chez lui le typhus est toujours bénin, si bénin parfois, qu'il passe inaperçu. La fièvre exanthématique est contagieuse car elle procède par *épidémies*, mais sa contagiosité n'est pas à beaucoup près aussi grande que celle des fièvres éruptives. Elle est néanmoins indéniable. Elle se manifeste toujours dans les mêmes circonstances, c'est-à-dire là où existent des rassemblements d'individus soumis à de mauvaises conditions de vie. L'encombrement uni à la misère et par suite l'hygiène défectueuse, l'alimentation insuffisante et mauvaise qui en découlent constituent un terrain merveilleux pour le développement du germe contage. La malpropreté et les agglomérations favorisent, en effet, la pullulation du pou vecteur de l'infection qui trouve un terrain tout préparé chez un sujet débilité par une nourriture défectueuse et mal assimilée. Aussi le typhus se rencontre-t-il surtout dans les pays pauvres, pendant les grandes guerres ou aux périodes de famine. On a de même constaté maintes fois son développement dans les bagnes et les prisons.

Ces prédispositions valent également pour les *foyers endémiques* signalés un peu partout mais que les progrès de l'hygiène moderne tendent à cantonner de plus en plus. Dans toutes les parties du monde le typhus persiste en des régions générale-

ment pauvres où sa vitalité est entretenue sans doute par des porteurs de germes. Citons en Europe : l'Irlande, la Russie (provinces baltiques, Finlande), la Silésie. L'Amérique, pays d'émigration, est très envahie, et aux Etats-Unis, au Canada, au Mexique (tabardillo), en Bolivie, au Chili, au Pérou existent des centres où règne le typhus. En Afrique, on le trouve encore au Maroc, en Algérie, en Kabylie, en Abyssinie. La Perse, la Chine et la Mandchourie, le Japon constituent les régions d'Asie où se rencontre encore la fièvre exanthématique. Les cas endémiques, en général bénins, sont plus nombreux qu'on ne le suppose, et partant souvent méconnus. L'erreur commise depuis 1896 par Brill en est le témoignage évident. Cet auteur a décrit, en effet, chez des émigrants juifs, « an acute infectious disease of unknown origin ». A la suite des travaux de M. Ch. Nicolle et de ses collaborateurs, dont nous parlerons plus loin, MM. Anderson et Goldberger (de Washington) ont donné la preuve expérimentale de l'identité de la maladie de Brill et du typhus.

Ces auteurs remarquèrent, en effet, que la maladie de Brill communiquée au singe lui confère l'immunité vis-à-vis de l'inoculation du typhus, et qu'inversement l'animal contagionné par une injection de sang de malade atteint de typhus ne réagit point ultérieurement à l'inoculation de la maladie de Brill. C'est là une preuve aussi certaine qu'élégante de l'unité des deux affections.

Quoi qu'il en soit, la contagion ne se fait jamais par l'air non plus que par l'eau. Elle exige toujours un *contact prolongé* soit direct avec le malade, soit indirect par les objets qui lui appartiennent (vêtements, linge). On avait jadis incriminé une souillure par les excrétions et sécrétions. Mais il fut démontré que ces produits n'étaient pas virulents, que, de plus, la maladie n'a pas une bien grande diffusion et s'attaque en général à l'entourage immédiat : aux parents et amis, au médecin, à l'infirmier.

L'agent infectieux ne pouvait donc résider que dans le sang. Mais alors comment se faisait la contagion?

C'est le grand mérite de MM. Nicolle, Comte et Conseil d'avoir pensé d'abord que l'affection pouvait à l'instar d'autres maladies connues être inoculée par un hôte intermédiaire ; d'avoir montré ensuite par d'ingénieuses expériences que cet agent de liaison était le *pou*.

Ils parvinrent à donner la fièvre exanthématique à des singes soumis à des piqûres de poux ayant préalablement vécu sur des sujets malades de typhus.

Toutes les données étiologiques obscures s'éclaircissaient : l'entrée en scène du parasite expliquait à la fois la nécessité de l'encombrement, de la malpropreté et du contact prolongé déjà signalés par nos vieux médecins. Non contents de ces preuves, MM. Nicolle, Comte et Conseil ont montré que la clinique était d'accord avec l'expérimentation. Ils notèrent, dans le milieu tunisien où ils observaient, que les poux se rencontrent surtout au printemps et au début de l'été, époque à laquelle le typhus sévit, qu'ils sont rares en septembre, octobre, novembre où la maladie n'existe pas. Ils démontrèrent aussi que la contagion ne se produit pas dans les milieux très propres, que l'agent de la dissémination ne peut être qu'« un parasite du corps ou du vêtement accompagnant l'homme dans ses déplacements, campant aux relais où il couche, ne s'arrêtant qu'au seuil des hôpitaux et là où l'homme rencontre de l'eau, du savon et du linge propre ». Ils furent enfin assez heureux pour observer quatre cas où la piqûre accidentelle, mais dûment constatée de poux provenant de sujets malades, communiqua à des sujets sains, après un intervalle de cinq à douze jours, un typhus authentique suivi de mort dans deux cas. Aucun autre parasite ou insecte, ni puce, ni punaise, ni moustique n'a pu être incriminé. Tous ces faits ont été reconnus exacts par Ricketts et Wilder, Anderson et Goldberger, Gavino et Girard. C'est dans le sang où réside le germe que l'insecte va le prélever en piquant un sujet soit en fin d'incubation soit dans le cours de la maladie, ou au début de la convalescence.

La preuve expérimentale de cette *présence intra-sanguine du contage morbide* n'est plus à faire. Chez l'homme, des expériences peu nombreuses mais suffisamment probantes l'ont démontré. Ce sont celles de Motchukowski sur lui-même, de Yersin et Vassal sur des indigènes. La démonstration a été aussi brillamment que scientifiquement administrée chez l'animal par MM. Nicolle, Comte, Conor et Conseil dont nous ne faisons du reste que résumer les belles recherches.

Ces auteurs ont d'abord vu que de tous les animaux de laboratoire seuls le *singe* et le *cobaye* sont sensibles à l'infection. Cela est vrai de toutes les espèces de singes, non seulement du chimpanzé, merveilleux réactif du typhus, mais aussi des singes inférieurs : le macacus sinicus (bonnet chinois), le macasus rhesus, le macacus cynomolgus, le macacus innuus.

Les expériences demandaient à être rigoureusement conduites, le typhus expérimental en effet n'ayant pour manifestation capitale que la courbe de température, les autres symptômes, en particulier l'éruption, étant des plus inconstants. Il fallait donc avant de rien entreprendre isoler les animaux et les observer longuement pour les reconnaître indemnes de toute maladie susceptible d'amener des écarts de température. Ces précautions prises, on pouvait expérimenter. Trois facteurs sont nécessaires pour réussir :

1° Un *sang virulent*;

2° Une *dose suffisante*, 4 à 5 centimètres cubes en général;

3° L'*inoculation intrapéritonéale* supérieure à la sous-cutanée qui n'a donné des résultats constants que chez le chimpanzé.

On réalise ainsi une maladie fébrile analogue par sa courbe au typhus humain.

L'incubation variable suivant la virulence, la dose, la voie d'inoculation s'étend de quatre à vingt-quatre jours. Elle dure en moyenne une semaine et est complètement silencieuse. La température monte alors brusquement à 40 ou 41 degrés, puis reste en

plateau à 40 degrés. Assez souvent, à l'élévation brusque initiale fait suite une chute puis une réascension progressive les jours suivants. L'hyperthermie dure quelques jours, cinq ou six, puis tombe assez rapidement. On observe alors un ou deux jours d'hypothermie avec amaigrissement et perte des forces. En dehors de la fièvre, l'animal fatigué, triste, ne mange plus, a le poil hérissé, les yeux injectés et larmoyants. Il existe parfois à la face et aux oreilles une éruption suivie bientôt d'une fine desquamation.

Le sang du singe comme celui de l'homme malade est virulent, non seulement durant toute la période fébrile, mais encore avant l'apparition de la fièvre (quarante-huit heures) et après la défervescence (dans les deux jours qui suivent).

Nicolle et Jœggy ont étudié l'évolution de la courbe leucocytaire. Le chiffre des globules blancs s'accroît de suite après l'inoculation, puis tombe à la normale. A la fin de l'incubation et dans la première moitié de la période fébrile, il y a même de la leucopénie, qui est suivie d'une leucocytose de 12000 à 13000, dans la deuxième phase de la période fébrile et dans la convalescence. Le chiffre des globules blancs ne redevient normal qu'au bout d'un mois.

Le *cobaye*, qui reçoit 2 à 3 centimètres cubes de sang (pas davantage) d'un malade atteint de typhus, présente onze à treize jours après l'inoculation une fièvre qui dure une dizaine de jours environ et de tous points comparable à celle des singes (1).

Tel est le typhus expérimental qui comprend à la fois des formes graves et légères.

L'examen direct du sang, même à l'ultramicroscope, aussi bien que les cultures, se sont dans des conditions rigoureuses d'expérimentation montrés constamment négatifs. Gottschlich avait décrit des inclusions cellulaires mobiles dans les globules rouges, colorables par le Romanowski ; il les considérait comme des protozoaires. Marx n'a pu les retrouver. Hlava décrit un streptobacille, Moreau et Cochez des bâtonnets, Lewaschew un spirochète, Thoinot et Calmette des éléments flagellés, Dubief et Bruhl un diplocoque, Botkin et Simnitzki, Horinchi un bacille. Plus récemment Ricketts et Wilder ont décrit des corpuscules dont on ne saurait tenir compte.

Où se cantonne donc le virus ?

Si l'on recueille le sérum soit par coagulation, soit par centrifugation du sang défibriné, l'injection de ce liquide se montre en général négative. Au contraire si on isole les *globules blancs* par centrifugation, si on les lave ensuite, on remarque qu'ils sont doués de la même virulence que la masse du sang dont on les a extraits. Il est probable que le virus n'est pas adhérent aux leucocytes mais intraleucocytaire. Les globules rouges par contre, traités de même, ne possèdent ni pouvoir pathogène ni activité immunisante. Le plasma, s'il est parfois virulent, ne le doit qu'aux débris de globules blancs qu'il contient.

De nombreux essais d'immunisation ont été tentés. Malgré les faits intéressants signalés chez l'homme par Lewaschew, Legrain (de Bougie) et Raynaud (d'Alger) en suite de l'emploi de sérum de convalescents guéris depuis cinq ou six jours à peine, Nicolle et Conseil n'ont eu l'an dernier que des résultats négatifs. De même les tentatives de chimiothérapie par l'arsenobenzol, par l'émétique au centième, par l'adrénaline n'ont pas été couronnées de succès. Il est à remarquer que seule une infection sévère confère à coup sûr une immunité durable. En pratique ce serait trop risquer que de vouloir inoculer préventivement le virus actif.

II

Symptomatologie. — Nous décrirons, à côté de la forme normale du typhus, d'une part, les formes graves, typhus ataxique, typhus adynamique, typhus siderans, d'autre part les variétés bénignes, légères dont le diagnostic est facile en temps d'épidémie (typhus levissimus) mais dont la nature est souvent méconnue à l'état endémique. En effet ces modalités essentiellement curables de typhus ont été considérées comme une maladie à part et décrites comme une espèce morbide nouvelle (maladie de Brill).

I. Forme normale. — L'incubation est toujours difficile à préciser, car elle ne date pas fatalement du contact morbide mais bien de la pénétration du virus dans l'organisme. Les seules données de la clinique avaient fait considérer ce stade d'incubation comme délimité par les deux dates extrêmes de quatre et vingt et un jours, avec une moyenne de huit à douze jours. On a prétendu que, à certaines épidémies, les temps minima de quelques heures à un jour auraient été observés. L'expérimentation, nous l'avons vu, permet de résoudre facilement le problème et de limiter l'incubation à huit jours.

Rarement le début est progressif avec apparition successive des symptômes de la période d'invasion. D'ordinaire, il est brutal, s'annonçant par un grand frisson analogue à celui de la pneumonie, du paludisme, ou par une série de petits frissonnements qui s'accompagnent d'une forte élévation de température, très nettement appréciable à la palpation de la peau. Le malade se plaint de courbature, a des nausées, accuse une soif vive, un violent mal de tête avec sensations vertigineuses, souvent des douleurs dans les membres et le bassin. Le sujet dont le visage est rouge, vultueux, se trouve dans un état d'hébétude complet. Les conjonctives sont injectées, la langue est chargée, la gorge rouge. L'abdomen n'est ni ballonné ni douloureux, cependant que le patient est constipé. La rate est grosse. On note de la toux et l'auscultation révèle du catarrhe bronchique.

En somme, il existe un état fébrile typhique à début brusque et sans réaction abdominale.

Au bout de cinq à six jours, apparaît en une seule poussée, sur le dos, le ventre et les membres, une éruption d'abord érythémateuse comme dans la rougeole, puis bientôt pétéchiale. Le syndrome est au complet : le *diagnostic de typhus s'impose.*

(1) MM. Nicolle, Conseil et Conor ont montré que l'injection d'une plus grande quantité de sang, 4 à 8 centimètres cubes, amène en quelques jours la mort au milieu de phénomènes cachectiques d'intoxication analogue à celle qui suit l'inoculation de sang normal.

Ces signes méritent néanmoins une description plus détaillée.

Revenons d'abord à l'aspect du malade. Le *facies* n'est jamais pâle, mais rouge violacé et vultueux, avec aux lèvres parfois un bouquet d'herpès. Les conjonctives sont constamment injectées tantôt de fines arborisations vasculaires, tantôt de suffusions ou d'îlots hémorragiques, de telle sorte que la teinte blanchâtre des sclérotiques disparaît dans certains cas sous une coloration rouge brique. Les pupilles sont généralement rétrécies.

La *fièvre* revêt une allure assez caractéristique sur laquelle depuis longtemps Wunderlich avait insisté. La température monte rapidement et dès le premier soir atteint 39°5 et 40 degrés. Vers le quatrième ou cinquième jour elle s'élève encore d'un demi à un degré. Cette fièvre continue, dont les rémissions matinales ne dépassent jamais quatre à cinq dixièmes, dure ainsi jusqu'à la fin de la seconde semaine, rarement le début de la troisième et tombe rapidement à la normale par un tracé scalariforme de deux ou trois échelons. La défervescence est accompagnée de sueurs profuses qui, au dire des vieux médecins, dégageraient une odeur particulière (odeur de souris, de putréfaction animale, odeur ammoniacale).

Wunderlich signale que, à la fin du premier septénaire se produit une chute de température pouvant atteindre 1 et 2 degrés, suivie le lendemain d'une réascension à 40 degrés. Le fait n'est pas admis de tous les auteurs, et sur 440 cas, Curschmann ne l'a observé que 3 fois. Ce qui est moins contesté, c'est précédant la défervescence une hyperthermie précritique où la courbe remonte encore de quelques dixièmes. La chute définitive de la température se fait très rapidement, le plus souvent en deux jours, rarement en quelques heures. Il s'agit là d'un tracé thermique bien différent de celui de la fièvre typhoïde avec sa période d'ascension lente et sa défervescence généralement longue, précédée elle-même d'un stade amphibole assez constant.

Le *pouls* n'est pas non plus le même. Il est en général plus fréquent que dans la typhoïde, et atteint d'emblée 100. Régulier, plein et peu tendu dans le premier septénaire, il devient bientôt mou, plus fréquent, et difficile à compter à cause de sa faible tension. Le dicrotisme est exceptionnel : Curschmann ne l'a vu que dans 6 p. 100 des cas. Rapidement, de même que la température, le pouls revient à la normale. On observe assez ordinairement alors une bradycardie prolongée sans suites sérieuses. Si, une fois la fièvre tombée, l'accélération persiste, c'est qu'une complication se prépare ; on devra encore laisser le malade au lit.

Les *symptômes nerveux* sont des plus marqués. La céphalée sus-orbitaire, frontale ou occipitale, est intense, violente et persiste durant toute la période fébrile. Le malade est prostré, anéanti, plongé dans une stupeur (τυφος) qui progresse jusqu'au second septénaire. Et pourtant il ne dort point la nuit. Des troubles auditifs variés s'observent : bourdonnements d'abord, remplacés plus tard par une demi-surdité. L'interrogatoire est des plus pénibles. A ce moment, apparaît surtout dans les formes sévères, un délire qui fait suite à l'apathie du début. Tantôt il est calme et tranquille, parfois systématisé et en rapport avec la profession du malade. D'autres fois, il est violent, actif, et peut dans certains cas aller jusqu'à une tentative de suicide. Dans les formes adynamiques au contraire, le malade prostré en décubitus dorsal, la bouche ouverte, la respiration ralentie, ne répond pas aux questions qu'on lui pose, perd ses matières, n'urine plus et dégage l'odeur dite typhique.

Les *symptômes digestifs* sont minimes. La langue blanche, saburrale au début, devient assez rapidement sèche, brunâtre et se fendille. Les gencives sont tuméfiées mais saignent rarement. Le voile du palais et les amygdales, au début légèrement rouges et enflammés, sont exceptionnellement revêtus d'un enduit pseudomembraneux. On a signalé de la dysphagie. La constipation est de règle, la diarrhée est plus rare. Les selles n'ont pas de caractère particulier et l'hémorragie intestinale est un phénomène des plus exceptionnels. Le ventre nullement ballonné reste souple et il n'existe ni gargouillement ni douleur dans la fosse iliaque droite. Il y a seulement de l'hyperesthésie douloureuse de la peau. La rate se montre toujours hypertrophiée à la percussion, et parfois accessible au palper. Pourtant cette splénomégalie ne se rencontre pas aux autopsies, après le premier septénaire. Le foie est également augmenté de volume.

La *respiration* est toujours accélérée sans être précipitée ou anxieuse, et, en dehors de complications pleuro-pulmonaires, si la percussion ne dénote pas de foyers nets, l'oreille perçoit diffusément des phénomènes bronchiques, rares sibilances à timbre plus ou moins aigu et rhonchus au voisinage du hile. Ce sont les voies respiratoires supérieures, naso-pharynx, larynx, trachée et bronches qui paraissent surtout touchées.

L'*éruption* correspondant à l'acmé thermique procède en une seule poussée. Débutant précocement au cinquième ou sixième jour, elle se localise surtout au dos (région scapulaire), à l'épigastre, au bas-ventre, atteint les aisselles, la racine des cuisses, plus rarement les extrémités. Elle est constituée d'éléments abondants, de forme irrégulière dont les dimensions vont d'une tête d'épingle à une lentille, rarement plus. C'est une véritable roséole dont les taches rose pâle d'abord s'effacent à la pression et sont très difficiles à constater avec un mauvais éclairage ou sous la lumière artificielle. L'éruption peut se limiter à ce stade, mais en général les macules se foncent, ne s'effacent plus sur le doigt, prennent une coloration cuivrée, rouge sale, puis deviennent franchement ecchymotiques.

On observe en général simultanément les deux aspects d'exanthème et de pétéchies. L'éruption dure plus ou moins longtemps surtout dans ses variétés pétéchiales (dix, douze et quinze jours). Elle peut d'autre part être fugace et passer presque inaperçue (Pringle). Elle n'est pas suivie d'une desquamation visible à l'œil nu, mais, à la loupe, on peut voir la peau prendre un aspect furfuracé au niveau des éléments disparus (Nielly).

L'exanthème ne sera pas confondu avec les taches rosées, lenticulaires, petites, légèrement papuleuses de la typhoïde, qui procèdent en plusieurs poussées et dont on connaît les sièges de prédilection : régions latérales du thorax et abdomen. L'éruption de rougeole se différenciera facilement ; elle est généralisée, s'efface à la pression, coïncide avec une baisse de température, tandis que l'exanthème du typhus à son apogée présente des taches plus foncées et ineffaçables. Au cas de rougeole hémorragique le diagnostic sera plus délicat, et l'étude des autres symptômes évitera l'erreur.

Les *urines* du typhus ont le caractère des urines fébriles : peu abondantes, hautes en couleur, à peine albumineuses. Griesinger a vu à l'acmé de la maladie des éliminations d'une grande quantité d'urines claires. D'après Vieroth, la diazo-réaction serait ordinairement positive. L'indicanurie est de règle. Au moment de la défervescence, comme à la fin de toutes les pyrexies, les urines deviennent plus abondantes et claires.

L'hémoculture a toujours été jusqu'à présent négative. Les modifications du sang portent sur les seuls globules blancs (Russel) dont le nombre est légèrement accru, 12000 à 14000.

La *formule leucocytaire* se caractérise surtout par une augmentation des lymphocytes, 30 à 35 p. 100, les polynucléaires s'abaissant aux environs de 60 (Statineano et Kalagalesko, Dumas, Port).

Le sérum n'agglutine pas le bacille d'Eberth non plus que les paratyphiques.

Dans les cas graves survient une rapide diminution des globules rouges et de l'hémoglobine.

En général, l'affection évolue tout entière en douze à quinze jours comptés à partir du début fébrile. La température tombe rapidement, la convalescence est courte et le malade se rétablit vite. Il n'est pas rare d'observer une période hypothermique plus ou moins prolongée.

On a décrit de nombreuses formes de typhus qu'on peut diviser grossièrement en *graves* et *bénignes*.

II. Formes graves. — Le début du typhus peut être si brutal, son évolution et sa terminaison fatale si rapides, qu'on a appelé ces cas *typhus siderans* ou *typhus suraigu*.

L'exagération des phénomènes nerveux associés à une température de 41 degrés a fait distinguer des formes *ataxiques* et *adynamiques*. En temps d'épidémie, on a signalé des *formes délirantes* où le malade se promène en titubant comme un ivrogne ou en gesticulant comme un fou.

Certaines associations morbides ou complications aggravent la maladie. On a voulu en faire des formes : le *pneumo-typhus*, l'*ictéro-typhus*, le *typhus hémorragique*.

III. Formes bénignes. — Elles sont plus nombreuses et plus intéressantes à cause des difficultés du diagnostic et des erreurs qu'elles peuvent provoquer.

C'est d'abord le *typhus léger* à symptomatologie complète où se retrouvent tous les signes essentiels et qui guérit en quelques jours. En dehors de la notion d'épidémie, la diagnose est très délicate. Témoin cette fameuse « maladie de Brill » étudiée au Mont Sinaï's Hospital de New-York chez des israélites russes émigrés, et dont nous donnons la description d'après l'auteur. La période d'invasion qui varie en moyenne de trois à cinq jours se traduit par une fatigue générale, du malaise, de l'anorexie, une céphalée vive qui s'associe rapidement à la fièvre et se complique de prostration. La face est rouge, les yeux injectés, la langue humide saburrale. Quelquefois on note de l'herpès labial. Du cinquième au septième jour apparaît une éruption maculo-papuleuse qui débute sur le dos et l'abdomen puis gagne le tronc, les côtés du cou, les membres, jusqu'à la paume des mains et la plante des pieds. Ces taches ressemblant à celles de la rougeole se montrent en une seule poussée. Elles pâlissent par la pression sans s'effacer et peuvent devenir pétéchiales. Il existe en outre une constipation parfois rebelle, de la splénomégalie, des bronchites fréquentes et des urines légèrement albumineuses.

Tous ces signes disparaissent avec la fièvre, et la convalescence se fait du jour au lendemain. Le tout a duré quinze jours et la guérison est la règle.

N'est-ce pas là cliniquement un typhus bénin ?

Et pourtant, c'est précisément sur cette absence de virulence, que s'appuyait Brill pour différencier sa maladie d'avec le typhus. Il tenait compte aussi de trois inoculations négatives faites au singe par Ottenberg. Les expériences d'Anderson et Goldberger ont démontré l'identité des deux affections.

A côté de ces formes bénignes aisément reconnaissables où aucun symptôme ne fait défaut, il est des typhus légers, incomplets (*typhus abortif*).

L'affection évolue en un septénaire au plus. Tout y est atténué : la fièvre, la céphalée, les pétéchies très discrètes. Le malade est si peu incommodé qu'il ne s'alite pas toujours (*typhus ambulatoire*).

A ce typhus levissimus se rattache le *typhus de l'enfant*. Il est rare, puisque malgré de minutieuses observations Nicolle et Conseil en Tunisie n'en ont pas observé en 1906, en ont vu 8 cas sur 836 en 1909, 6 en 1910. Le nourrisson est presque toujours indemne ; l'enfant plus âgé est rarement touché, et la maladie est si bénigne que les cas en passent inaperçus. Seul le thermomètre indique une élévation de température. La mortalité est insignifiante.

Il existe aussi des *typhus sans éruption*, typhus sine maculis, que Sennert avait déjà signalés, non seulement chez l'enfant, mais aussi dans de certaines épidémies et à l'occasion de certaines associations morbides telles que la dysenterie et le scorbut (Jenner). Il est également des *typhus à éruption retardée*.

Les vieux auteurs ont décrit un *typhus apyrétique* qui leur semblait exister surtout aux cas d'association de typhus avec la dysenterie et le scorbut. Nicolle ne l'admet pas. Pour lui, il s'agit de sujets qui, lorsqu'ils viennent consulter, ont déjà fait leurs cinq ou six jours de fièvre, et dont les symptômes, comme cela se rencontre dans les formes normales de la maladie, persistent après la chute de la température.

Le pouls reste filiforme, il y a du délire et on remarque une éruption des plus nettes. « Si l'on ne voit le malade qu'à cette période, ce qui arrive souvent chez les indigènes, et que tout commémoratif échappe, on comprend qu'on puisse penser comme l'ont fait certains auteurs que le typhus puisse revêtir une forme apyrétique (hypothermique). »

Au cours des anciennes épidémies, on avait remarqué des *cas subaigus et chroniques*, sorte de *typhus lent* survenant surtout chez ceux qui soignaient ces malades. Il est probable que, comme l'a dit Jacquet, le personnel médical et infirmier faisait de la typhisation à petites doses.

L'évolution du typhus peut présenter aussi des anomalies, du fait de complications multiples ressortissant à deux ordres de causes. Les unes sont véritablement des complications de la maladie : *parotidites* simples ou suppurées apparaissant à la fin et constituant un phénomène critique heureux ; *laryngotyphus* d'abord hyperhémique puis ulcéreux ; *pneumonie, gangrène pulmonaire, empyème, furoncles et abcès de la peau, decubitus acutus, endocardite*, phlébite des sinus, gangrène des extrémités par artérite, ictère de moyenne intensité dans les cas graves, rarement noma.

Les autres processus sont plutôt des maladies surajoutées et associées que de vraies complications : choléra, variole, érysipèle, dysenterie, paludisme.

Après une description si longue et si détaillée du typhus il semble oiseux d'insister sur son diagnostic. La fièvre typhoïde et les états paratyphiques s'en différencient aisément. Il en est de même du typhus récurrent, sorte de maladie subaiguë, procédant par brusques accès fébriles de cinq à sept jours avec splénomégalie, séparés par des intervalles apyrétiques et reconnaissables à la présence dans le sang de la spirille d'Obermayer. Les septicémies, soit pneumonies, soit endocardites, soit méningites ne seront pas longtemps confondues non plus que les érythèmes à forme de rougeole ou les purpuras.

Il est un seul diagnostic qui présente parfois de la difficulté : c'est une forme spéciale de *paludisme* que Nicolle a observé surtout chez les indigènes d'Asie Mineure, et qu'on peut appeler *forme éruptive du paludisme*.

On voit en effet des sujets délirants ou comateux, le facies vultueux, la langue sèche et fuligineuse, couverts d'une éruption ressemblant à celle du typhus. Mais dans ces cas les injections de quinine font merveille, et, signe différentiel important, le sang de ces malades n'est jamais virulent pour le singe.

Somme toute, on peut répéter avec M. Thoinot que « les traits cliniques du typhus sont aussi nets, aussi tranchés que ceux de la pneumonie, de la variole, des maladies aiguës les mieux caractérisées en un mot ». C'est la conclusion qui, un moment contestée, paraît ressortir nettement des données étiologiques et cliniques les plus récentes.

BIBLIOGRAPHIE

a. ANDERSON et GOLDBERGER. 1. On the etiology of tabardillo. An experimental investigation, *Journ. of med. Res.*, juin 1910, p. 469-481 ; — 2. The relation of to called Brill's disease to typhus fever. An experimental demonstration of their identity, *Publ. Health reports*, 2 fév. 1912, t. XXVIII ; — 3. The experimental proof of the identity of Brill's disease and typhus fever, *New-York med. Journ.*, 11 mai 1912, p. 976-981.

b. N. E. BRILL. 1. A study of seventeen cases of a disease clinically resembling typhoid fever, but without the Widal reaction; together with a short review of the present stattes of the serodiagnosis of typhoid fever, *New-York med. Journ.*, 8 et 15 janvier 1898, p. 48 et 77 ; — 2. Pathological and experimental data derived from a further study of an acute infectious disease of unknown origin, *Amer. Journ. of the med. sc.*, août 1911.

c. CURSCHMANN. Das Fleckfieber, Vienne 1900, in *Noth. spez. Path.*

d. GAVINO et GIRARD. El tifo experimental en los monos inferiores, *Publ. del Inst. bact. nacional*, Mexico 1910.

e. Ch. NICOLLE, COMTE et CONSEIL. Transmission expérimentale du typhus exanthématique par le pou du corps, *C. r. de l'Acad. des sciences*, 6 sept. 1909, t. CXLIX, p. 486. — Ch. NICOLLE, CONOR et CONSEIL. Recherches expérimentales sur le typhus exanthématique entreprises à l'Institut Pasteur de Tunis pendant l'année 1910, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, janv. 1911, p. 1 et 97. — Ch. NICOLLE, CONSEIL et CONOR. Le typhus expérimental du cobaye, *C. r. de l'Acad. des sciences*, 6 juin 1911, t. CLII, p. 1632. — Ch. NICOLLE et CONSEIL. Recherches expérimentales sur le typhus exanthématique entreprises à l'Institut Pasteur de Tunis pendant l'année 1911, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1912, p. 333-350.

f. NETTER. Art. TYPHUS EXANTHÉMATIQUE, *Traité de médecine* Brouardel-Gilbert.

g. NIELLY. Art. TYPHUS, *Dictionnaire Dechambre*.

h. RICKETTS et WILDER. The transmission of the typhus fever of Mexico (tabardillo) by means of the lovse (pediculus vestimenti), *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 16 avril 1910, p. 1304-1307.

i. THOINOT et DUBIEF. *Le Typhus*, Paris.

j. WUNDERLICH. Beiträge zur Beurteilung der typhösen Kranken mit Hilfe der Wärmenmessing, *Arch. f. physiol. Heilk.*, 1861.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE 1912)

Déclaration de la tuberculose. — M. ARMAINGAUD (de Bordeaux) a pris part à la discussion sur la déclaration obligatoire de la tuberculose. Tout en rendant hommage à l'énergie et au talent du rapporteur, le professeur Letulle, il se prononce nettement contre la déclaration qu'il considère, dans l'état actuel de notre armement antituberculeux, non seulement comme inutile mais comme dangereuse. Il n'apporte pas seulement son opinion personnelle, mais celle d'un grand nombre de médecins avec lesquels la Ligue française contre la tuberculose qu'il préside l'a mis en contact.

M. Armaingaud signale particulièrement à l'Académie, parmi les moyens d'action antituberculeuse qu'il considère comme les plus praticables parce qu'ils sont à notre disposition immédiate, qu'ils sont les moins coûteux et qu'on n'en use que très mollement :

1° L'éducation antituberculeuse du public et l'éducation sanitaire en général qu'il demande à l'Académie de faire entrer dans son programme d'études et d'examiner avec d'autant plus de soin qu'elle peut être ou très utile ou nuisible suivant la manière dont elle est comprise et pratiquée ; et il cite deux faits probants qui montrent l'efficacité de la vulgarisation des notions prophylactiques, notamment la décroissance assez rapide depuis quelques années à Paris de la mortalité par tuberculose des enfants du premier âge.

2° L'utilisation, non plus mesquine et extrêmement restreinte, mais très large, des sanatoriums pour la cure marine des enfants débiles, rachitiques, scrofuleux, prédisposés à la tuberculose pulmonaire.

Il demande aussi à l'Académie d'exercer une action énergique auprès du gouvernement, une action plus pressante même et plus précise que celle excellemment proposée par le professeur Fernand Widal pour la réalisation effective de la séparation dans les hôpitaux des malades non tuberculeux et des malades tuberculeux, et il appelle l'attention de la savante assemblée sur la circulaire ministérielle du 15 février 1903 qui suivit le rapport de M. Armaingaud à la commission permanente pour la préservation de la tuberculose, et sur la nécessité de tenir la main à ce qu'elle soit suivie d'effet.

Interprétation dynamique du rôle des diastases fondée sur l'analogie de leurs actions chimiques avec celles de la lumière. — M. Daniel Berthelot. Les divers aliments dont se nourrissent l'homme et les animaux (graisses, sucres, etc.) ne deviennent assimilables qu'après avoir été dédoublés par les diastases et ferments des sucs salivaire, gastrique, intestinal, etc. On peut d'ailleurs réaliser des digestions artificielles en chauffant à l'étuve dans de simples marmites les aliments additionnés de diastases. M. Daniel Berthelot a réussi à reproduire les digestions artificielles en l'absence de diastases et dans des conditions d'asepsie rigoureuse, en irradiant au moyen de vibrations ultraviolettes très rapides les aliments placés dans des ballons en cristal de roche, seul milieu transparent à ces radiations pour lesquelles le verre même est opaque. Il en conclut que les ferments agissent non par leur substance, mais par leur rythme vibratoire, ce qui explique, que contrairement aux réactifs chimiques ordinaires, ils transforment des quantités illimitées de matière sans s'user eux-mêmes.

Elections. — L'Académie procède au renouvellement du bureau.

M. Chauveau, vice-président, devenant président, M. Ch. Perier est élu vice-président par 71 suffrages sur 73 votants.

L'Académie tout entière a montré par ses applaudissements répétés combien elle appréciait ce choix.

M. Perier a remercié ses collègues en termes émus en déclarant qu'il s'était appliqué toute sa vie à se mettre à la hauteur des services qui lui incombaient et qu'il ferait tous ses efforts pour se rendre digne de l'honneur qu'ils lui faisaient en l'appelant à la présidence.

M. Blanchard est maintenu, par acclamations, dans ses fonctions de secrétaire annuel.

MM. Gariel et Marty sont élus membres du conseil.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 21 DÉCEMBRE 1912)

Rétention chlorurée avec hypochlorémie. — MM. Achard, Ribot et Feuillié ont étudié, dans diverses maladies, le taux du chlorure de sodium dans le sérum et le seuil d'élimination rénale de ce corps, calculé suivant le procédé de MM. Ambard et André Weill. Ils ont trouvé, pour la valeur normale de ce seuil, le taux de 5,2 p. 1000.

Dans les maladies aiguës, le seuil était élevé ou abaissé, mais revenait à la normale à la convalescence. L'ingestion de sel n'élevait pas toujours le seuil.

Dans les maladies chroniques, le seuil fut trouvé supérieur, égal ou inférieur à la normale, indépendamment, d'ailleurs, de la perméabilité à l'urée. Chez certains brightiques, la chloruration a fait monter le seuil en même temps que le poids, et inversement la théobromine les a fait simultanément redescendre. Toutefois, dans un cas où la théobromine avait abaissé le poids, elle n'a pas modifié le seuil. Chez un autre malade, atteint de sclérose rénale très avancée avec forte rétention d'urée, l'œdème était énorme et irréductible, malgré le régime sans sel et la théobromine; or le seuil se maintint toujours très bas, entre 4,57 et 3,82, et le taux du chlorure dans le sérum était également faible, entre 4,3 et 4,7 p. 1000.

Si donc la sclérose rénale tend à relever dans le sang le taux du chlorure, alors même qu'il n'y a pas de rétention ni d'œdème, d'autres influences peuvent contrebalancer cette action jusqu'à provoquer l'abaissement notable et persistant du seuil d'élimination. On peut voir ainsi l'hyperchlorémie sans rétention et l'hypochlorémie avec rétention. Dans cette dernière, l'hypochlorurie n'engendre pas d'hyperchlorémie; elle est, au contraire, la conséquence de l'hypochlorémie.

Imperfection uréogénique et acidose. — M. Achard rapporte deux cas dans lesquels, chez des femmes atteintes de vomissements rebelles, existait de l'acidose sans glycosurie. Le coefficient d'imperfection uréogénique était élevé; il s'abaissa sous l'influence du bicarbonate de soude. Dans l'un de ces cas, les corps cétoniques avaient disparu de l'urine avant le traitement alcalin, alors que le coefficient était encore élevé. Dans l'autre, ils persistèrent un peu, en s'atténuant, après la baisse du coefficient provoquée par le bicarbonate.

Glycosurie hypophysaire et glycosurie adrénalique. — MM. H. Claude et A. Gaudouin ont étudié comparativement chez les mêmes sujets la glycosurie hypophysaire et la glycosurie adrénalique. Ils montrent qu'aux doses thérapeutiques elles sont d'intensité très comparable et qu'elles obéissent aux mêmes lois.

La constante uréique chez les hypertendus. — MM Aubertin et Parvu ont étudié le fonctionnement rénal à l'aide de la constante uréique d'Ambard chez des malades présentant de l'hypertension artérielle permanente, sans symptômes habituels d'insuffisance rénale (hypertendus purs de Vaquez, brightiques à forme cardio-vasculaire de Widal) ainsi que chez des brightiques avérés et des aortiques avec hypertension. Chez les brightiques avérés avec hypertension la constante a décelé un fonctionnement uréique défectueux (0,125 à 0,146) comme il était facile de le prévoir.

Chez quatre hypertendus purs avec ou sans albuminurie la constante a été trouvée normale ou presque normale (0,089, 0,078, 0,090, 0,076; la normale oscillant entre 0,060 et 0,080). Il s'agissait pourtant des malades chez lesquels la tension se maintenait d'une façon permanente à des chiffres très élevés (24 et même 26 1/2 au sphygmotensiomètre de Vaquez).

Enfin deux malades atteints d'insuffisance aortique avec hypertension, sans albuminurie ni aucun symptôme de brightisme, avaient une constante élevée révélant un fonctionnement rénal défectueux.

Il n'y a donc pas de rapport entre l'élévation de la constante uréique et le degré de l'hypertension permanente.

Recherches expérimentales sur quelques relations entre le foie, la rate et le grand épiploon. — MM. A. Le Play et Ameuille étudient quelques relations entre le foie, la rate et le grand épiploon en variant les conditions de l'expérimentation de la façon suivante: ligature du pédicule splénique avec ou sans résection de l'épiploon, extirpation de la rate, injection d'extrait de rate.

Ils concluent, de leurs premières recherches, que la rate, par les produits de sa cytolyse, obtenus par autolyse ou par la méthode des extraits, exerce sur le foie une influence manifeste, provoquant une action réactionnelle à tendance conjonctive.

Ces effets sont plus ou moins annihilés, en cas de ligature du pédicule splénique avec conservation de l'épiploon, par le rôle de défense que cet organe exerce dans la cavité abdominale.

L'absorption du gaz au niveau de l'estomac. — MM. Basset et Utau, d'expériences faites et avec le chloroforme et avec l'oxyde de carbone, concluent que l'estomac du lapin ou du cobaye ne jouit d'aucune propriété absorbante.

Action des sels de cuivre rares sur le développement des bacilles tuberculeux et de l'aspergillus niger. — Pour M. A. Frouin, ces sels ne donnent que des résultats négatifs ; ils ne peuvent remplacer les sels de magnésium pour la culture du bacille de Koch et de l'aspergillus.

Hotte fermée et stérilisable pour manipulations aseptiques. — M. P. Armand-Delille.

Le procédé de Lebmann pour le dosage des sucres réducteurs. — M. Grimbert.

Election. — M. Weinberg est élu membre titulaire.

ANALYSES

MÉDECINE

Des difficultés du diagnostic de l'appendicite chronique. (Jacques Lafon. Th. de Paris, 1912, Jouve édit.) — Le diagnostic de l'appendicite chronique présente parfois de nombreuses difficultés ; M. Lafon apporte, dans sa thèse, une intéressante contribution à l'étude du sujet. Dans un premier chapitre, il expose la situation anatomique de l'appendice et du cæcum ; la longueur, la direction de l'appendice sont très variables ; de même on constate souvent des anomalies du cæcum, et cet organe, par suite de sa mobilité, a une tendance fréquente à la ptose ; chez un sujet couché, le cæcum apparaît, à l'examen aux rayons X, plus bas qu'il n'est généralement décrit. Les points de Mac Burney et de Lanz correspondent rarement au bas-fond du cæcum et celui-ci se trouve généralement sur le milieu de la fosse iliaque interne. Par conséquent, la radiographie confirme que le point de Mac Burney peut ne pas correspondre à l'appendice et, d'après Aubourg, c'est souvent plus bas qu'il faut chercher la douleur en cas d'appendicite.

Dans les affections de l'abdomen, de nature inflammatoire ou mécanique, on peut noter des points douloureux assez nombreux, sur la localisation desquels, par rapport à l'appendice en particulier, il existe des divergences parmi les auteurs. Ces points qui correspondent, soit à des ganglions, soit à des filets nerveux sympathiques, n'ont pas de rapports étroits de localisation avec le siège de l'appendice que l'on sait être très mobile, qu'il s'agisse du point de Mac Burney ou même du point de Lanz. Aussi l'importance séméiologique de ces points doit-elle être réduite ; ils indiquent l'existence d'une affection abdominale qui peut être l'appendicite, mais, considérés isolément, ils n'ont pour le diagnostic de cette affection qu'une valeur restreinte.

Parmi les affections intestinales que l'on peut confondre avec l'appendicite chronique, M. Lafon signale particulièrement l'atonie cæcale, avec ou sans ptose, qui est fréquente. L'atonie cæcale, bien étudiée par Wilms, Klose, Fischler, peut être diagnostiquée par le palper abdominal et la radioscopie. Au palper de la région iléo-cæcale, on obtient la sensation d'une tumeur molle, fluctuante ; on y perçoit des gargouillements ; le signe de Rovsing, indiqué par cet auteur comme signe d'appendicite, c'est-à-dire la douleur provoquée par le refoulement du contenu du côlon ascendant et du côlon transverse vers le cæcum, ce signe appartient en propre d'après Lardennois, à l'atonie cæcale avec ptose, à la typhlatonie ; les résultats obtenus par la palpation de l'abdomen doivent être complétés par la radioscopie qui met facilement en relief la dilatation du cæcum, après introduction d'un lavement d'huile ou d'eau additionnée de 60 grammes de carbonate de bismuth.

M. Lafon étudie aussi les formes larvées, dans lesquelles l'appendicite chronique peut simuler un grand nombre d'affections, voire d'affections thoraciques, par exemple la tuberculose.

M. BRELET.

Erythème infectieux grave. (Hutinel. *La Pédiatrie pratique*, 25 sept. 1912.) — Il s'agissait dans le cas observé d'un érythème polymorphe s'accompagnant de fièvre, d'angine, de stomatite et d'un état voisin du collapsus, absolument indépendant de toute endopéricardite chez un enfant de dix ans. Le pouls était petit, dépressif ; on déterminait facilement la *raie blanche* de Sergent, la tension artérielle maxima était de 12, minima de 6.

L'hémoculture révéla l'existence d'un diplocoque, rappelant le tétragène.

Il s'agissait d'un érythème polymorphe tributaire d'une infection septicémique. L'adrénaline administrée en la circonstance donna d'excellents résultats. Lors de toutes ces infections graves (spécifiques ou banales), entre l'élément infectieux et l'érythème, il existe un lien intermédiaire : l'altération de certains viscères et de certaines glandes, spécialement les *glandes surrénales*. L'administration de x à xv gouttes d'adrénaline par jour donne alors les meilleurs résultats.

B. GAYARD.

De l'ictère hémolytique syphilitique. (G. Teisset. Thèse de Paris, 1911, G. Steinheil, éditeur.) — Les ictères hémolytiques de la syphilis ont été signalés pour la première fois en 1909 par MM. Gaucher et Giroux qui en publièrent plusieurs observations ; une autre a été relatée par MM. de Beurmann, Bith et Cain. En dehors de l'ictère catarrhal secondaire qui est un ictère banal et de l'ictère associé à la syphilis hépatique, la syphilis peut donc déterminer l'apparition d'un ictère d'origine sanguine de nature hémolytique. Cet ictère apparaît au début de la période secondaire et coïncide avec les autres accidents observés à cette période. Au point de vue clinique, les principaux caractères de l'ictère hémolytique sont l'ictère léger et passager, la splénomégalie, l'absence de tout signe de rétention biliaire ou d'intoxication hépatique, la conservation d'un bon état général, la bénignité habituelle et l'évolution rapide de la maladie. Les recherches hématologiques permettent de constater les signes décrits par Widal et ses élèves dans les ictères hémolytiques : anémie, fragilité globulaire, auto-agglutination des hématies, présence d'hématies granuleuses et d'urobiline dans les sérums. Cet ictère est donc la conséquence de la fragilité globulaire et de la présence d'hémolysine dans le sang circulant. La connaissance de l'ictère hémolytique d'origine syphilitique a beaucoup d'intérêt en ce qui concerne l'étiologie des ictères hémolytiques acquis ; on peut le rapprocher de l'ictère hémolytique paludéen, par l'identité de nature et par l'origine même, le tréponème et l'hématozoaire appartenant à un même groupe zoologique.

M. BRELET.

MÉDECINE INFANTILE

Etude de la viscosité du sang chez l'enfant. (Weill et Gardère. Soc. méd. des hôpit. de Lyon, juillet 1912, in *Pédiatrie pratique*, 5 oct. 1912.) — A l'état physiologique au moment de la naissance, la viscosité mesurée par l'appareil de Hess est très élevée (10,6 à 11,4). Dès le dixième jour elle s'abaisse à 6, puis à 4, 3, chiffres normaux chez l'enfant. A l'état pathologique cette viscosité subit de profondes modifications.

Au cours des *troubles digestifs avec déshydratation*, la viscosité est augmentée et atteint 5 ; le nombre des globules rouges est augmenté ; la viscosité s'abaisse rapidement sous

l'influence d'une injection sous-cutanée de sérum physiologique.

Chez l'*athrepsique*, il n'y a pas de modifications ; au cours des *anémies parasitaires*, la viscosité s'abaisse ; au cours d'anémies légères, la viscosité varie parallèlement au nombre des globules et à la teneur en hémoglobine ; elle s'abaisse avec la diminution d'hémoglobine. Les souffles veineux que l'on constate dans ces anémies semblent dépendre en grande partie de la diminution de la viscosité du sang ; le signe de Schmidt, lui-même, serait autant un signe d'anémie, que d'adénopathie trachéo-bronchique.

L'examen de la viscosité doit être complété par le dosage de l'hémoglobine et la numération des globules.

B. GAYARD.

CHIRURGIE

Fracture isolée de la grosse tubérosité de l'humérus par arrachement musculaire, chez un enfant. (William Pearce CONES. *Boston med. and surg. Journ.*, vol. CLXVI, n° 22, 30 mai 1912, n° 821 [1 figure].) — On sait que la grosse tubérosité de l'humérus forme chez l'enfant un point osseux isolé qui apparaît vers l'âge de deux à trois ans, se soude à la petite tubérosité vers huit ans, et plus tard, à la puberté à la tête humérale pour former l'épiphyse complète. Cette dernière ne se soude à la diaphyse que vers vingt ans. Le décollement de ces points osseux supplémentaires est possible, mais d'une extrême rareté.

Dans une courte note, W. Pearce Cones rapporte l'observation d'un enfant de douze ans qui en soulevant une lourde pièce de bois fit un faux mouvement et la laissa échapper. Dans la brusque contraction des muscles de l'épaule produite alors, il ressentit une violente douleur avec impotence de l'épaule. La douleur était extrêmement vive au moindre mouvement, et la pression dénotait son maximum juste sous l'acromion. Une radiographie montra un arrachement de la partie de l'épiphyse qui correspondait à la grosse tubérosité. Un appareil plâtré est placé, le bras en abduction légère. Guérison complète, sans aucune impotence fonctionnelle.

M. LANCE.

Opérabilité des tumeurs intramédullaires de la moelle épinière. (Charles A. ELSBERG et Edwin BEER. *Amer. Journ. Med. Sciences*, vol. CXLII, n° 5. p. 630.) — Les auteurs proposent la méthode suivante : laminectomie, incision de la dure-mère, puis courte incision d'à peu près un centimètre de long dans la colonne médiane postérieure, quelques millimètres en dehors du sillon médian postérieur, là où la tumeur intramédullaire semble venir le plus près de la surface de la moelle. L'incision doit être assez profonde pour diviser la pie-mère et la substance de la moelle qui recouvre la tumeur. Celle-ci commencera de suite à faire hernie à travers l'incision. Quelle que soit la saillie que la tumeur prend alors, le chirurgien ne doit pas alors essayer de l'enlever, car en faisant cela, il causera certainement de graves lésions de la moelle. Il faut laisser à la nature le soin d'extérioriser la tumeur. Comme les conditions d'équilibre de pression intramédullaire vont tendre à se rajuster, la tumeur qui dérange cet équilibre va se trouver poussée au dehors par un processus lent et progressif qui va causer un minimum de lésions dans la moelle. Donc, après avoir fait la petite incision dont il a été parlé plus haut, la plaie est simplement suturée et on attend une semaine, après quoi l'on rouvre et l'on trouve la tumeur extériorisée de la moelle ; il n'y a qu'à couper quelques adhérences qui restent, ce qui, avec un peu de légèreté de main, ne cause point de dommage. Puis l'on suture la piemère et les parties molles. Si la tumeur occupe un trop long segment de la moelle, une petite incision au point le plus saillant peut amener une extériorisation partielle avec amélioration des symptômes. Il n'est pas du tout impossible que certains cas de gliomes intramédullaires, de syringomyélie et d'hématomyélie deviennent justiciables de l'intervention chirurgicale. Il est parfaitement possible de drainer une cavité centrale dans l'espace sous-dural et d'empêcher peut-être les symptômes dus à la pression du liquide sur les fibres nerveuses. De même, le caillot d'une hématomyélie peut être extériorisé de la moelle.

F. GARDNER.

Le traitement des paralysies spasmodiques et de l'athéthose par l'isolement musculaire. (L. J. POLLOCK et E. B. JEWELL. *The journ. of the amer. med. assoc.*, 9 nov. 1912.) — C'est Schwab et Allison qui ont imaginé cette méthode qui consiste à injecter de l'alcool à 80 p. 100 dans le tronc des nerfs destinés aux groupes musculaires frappés ; on paralyse ainsi ces muscles en les isolant de leurs centres nerveux ; cette paralysie disparaît peu à peu, et pendant ce temps on provoque un rétablissement correct des fonctions par des exercices physiologiques et des méthodes rééducatives. D'après Schwab et Allison le retour des fonctions musculaires se fait toujours et sans retour des spasmes.

D'après leurs expériences personnelles de 6 cas, Pollock et Jewell sont loin d'accuser des résultats aussi brillants. D'après eux il est au moins fort douteux que le retour de la fonction motrice soit assurée dans tous les cas, et ils pensent que bien souvent il est préférable de souffrir d'athétose qui trouble seulement la fonction que de détruire complètement la fonction pour faire disparaître l'athétose.

De plus, lorsque la fonction se rétablit, il n'est pas certain que l'état spasmodique ne réapparaisse pas en même temps.

Dans les cas où il y a un raccourcissement des muscles et tendons, la méthode est sans valeur si on ne la complète pas par les moyens chirurgicaux appropriés (ténotomies, allongements de tendons, etc.).

Pour Pollock et Jewell la méthode ne serait réellement indiquée que dans un seul cas de paralysie spasmodique, celle des adducteurs de la cuisse chez le jeune enfant entraînant la déformation de la cuisse en crosse et rendant la marche impossible. Dans ces cas après l'injection d'alcool, il serait possible de corriger la difformité, de rééduquer la marche de l'enfant avant le retard de la contracture si elle se reproduisait. La marche, bien que encore incorrecte du fait de la déformation, resterait possible. Enfin les auteurs s'élèvent contre tout emploi de la méthode sur tout tronc nerveux possédant un territoire moteur fonctionnellement important comme le médian, le radial, le cubital.

M. LANCE.

DERMATOLOGIE

Contribution à l'étude de l'arsenobenzol « 606 » ; dix-sept mois de pratique ; 900 observations. (L. GUÉNOT. Thèse de Paris, 1912, Vigot édit.) — Cet ouvrage doit tout spécialement intéresser le syphiligraphe par sa richesse d'observations.

L'auteur montre que l'arsenobenzol manié avec prudence et bien préparé ne paraît pas devoir être responsable de tous les accidents qu'on lui a imputés.

Il a un pouvoir cicatrisant merveilleux et avec l'emploi de doses suffisantes les rechutes sont rares, elles sont d'autant plus exceptionnelles que le malade a été traité plus près du début de l'opération.

C'est dans ces conditions aussi que l'on peut voir disparaître la réaction de Wassermann.

L'indication du 606 est surtout nouvelle comme traitement abortif. Les injections proposées par l'auteur sont espacées de cinq à six jours, la dose est de $1^{g}50$ pour les trois ou quatre injections.

La réaction de Wassermann doit être pratiquée à espaces réguliers et assez rapprochés (deux mois). On refera une ou plusieurs nouvelles injections quand la réaction sera restée ou redevenue positive.

L'auteur insiste sur le rôle tonique général de l'arseno-

benzol ce qui est d'un avantage précieux pour les syphilitiques anémiés et candidats tuberculeux.

P. GASTINEL.

NEUROLOGIE

A propos de la myélite chronique et du tremblement intentionnel. (Carlo ANGELA. *Riv. di patol. nerv. e mentale*, 1912, p. 466-483, 4 fig.) — Un malade présentait tous les signes d'une sclérose en plaques avec tremblement intentionnel ; il fut observé à différentes époques, de 1902 à 1911, date à laquelle se surajoutèrent les signes d'une myélite lombaire.

A l'autopsie, on fut surpris de ne pas trouver de sclérose en plaques, mais seulement des lésions de myélite chronique. L'intégrité macro et microscopique des diverses parties de l'encéphale est expressément indiquée ; on note seulement une tache de sclérose bulbaire intéressant le noyau et les fibres de l'hypoglosse, d'un seul côté, et une autre du tiers inférieur de la protubérance intéressant légèrement d'un côté la pyramide et les fibres arciformes les plus antérieures. A part cela, les pyramides et les voies sensitives sont intactes.

L'auteur croit pouvoir conclure à l'origine médullaire du tremblement intentionnel dans ce cas et l'attribue non à la diffusion de l'influx nerveux à travers les cylindres-axes privés de leur gaine myélinique, mais aux lésions des voies pyramidales et cérébelleuses.

La lecture du texte ne permet pas d'affirmer que les pédonculés cérébelleux ont été étudiés histologiquement, c'est là, à mon avis, une lacune des plus regrettables.

L. ALQUIER.

Les réflexes d'automatisme médullaire et le phénomène des raccourcisseurs. Leur valeur sémiologique, leur signification physiologique. (Pierre MARIE et Ch. FOIX. *Revue neurologique*, 1912, pp. 657-677.) — « Les réflexes connus sous le nom de réflexes de défense au membre inférieur sont des mouvements automatiques complexes et coordonnés caractérisés par la contraction de certains groupes musculaires fonctionnels et par l'inhibition de leurs antagonistes. Ces mouvements sont réflexes en ce qu'ils ont comme point de départ une excitation sensitive, mais ce ne sont pas des réflexes cutanés, car cette excitation agit tout aussi bien sur la sensibilité profonde ostéo-articulo-médullaire que sur la sensibilité superficielle proprement dite. Le type de ces mouvements varie suivant le segment excité, l'excitation du réflexe distal provoquant un réflexe de raccourcissement, celle du segment proximal un réflexe d'allongement du membre. Cette dernière règle est d'ailleurs susceptible de quelques exceptions et alors, en pareil cas, c'est le réflexe de raccourcissement que l'on observe quel que soit le segment excité. »

Les réflexes de défense « ne sont autre chose que des mouvements automatiques de marche représentant les mouvements fonctionnels ordinaires du segment inférieur de la moelle. »

Les éléments du mouvement de marche peuvent être reproduits isolément (flexion d'un côté, extension de l'autre) par la recherche du « crossed extension reflex ».

Cet automatisme existe normalement, mais devient très exagéré quand, par suite de certaines lésions pyramidales, les centres médullaires retrouvent leur autonomie. Il constitue alors un élément capital de diagnostic.

« Le réflexe de Babinski appartient au même ordre de mouvements automatiques que le réflexe des raccourcisseurs, c'est-à-dire, en dernière analyse, à un automatisme de marche. Il présente sur ce dernier réflexe deux avantages qui lui confèrent sa merveilleuse valeur séméiologique ; il constitue le réflexe d'excitation minimale; il se substitue à un réflexe normal de type inverse, si bien qu'il y a inversion et non simple exagération du réflexe plantaire. L'on peut cependant voir, dans les cas où par suite du combat entre le réflexe normal en flexion et le réflexe pathologique en extension le mouvement des orteils est nul ou même en flexion, le signe des raccourcisseurs établir une lésion que la recherche du signe de Babinski n'avait pu dépister. »

« Ce n'est pas en agissant sur le territoire cutané que la bande d'Esmarch modifie les réflexes mais en ischémiant directement les muscles, l'exagération des réflexes d'automatisme produite par la bande d'Esmarch n'est qu'apparente : il y a diminution dans les réflexes qui sont produits par les muscles ischémiés, conservation ou même parfois irritabilité exagérée des muscles situés au-dessus des groupes fonctionnels comprimés. »

Les affections spasmodiques du névraxe peuvent se diviser en deux classes :

a. Lésions plus ou moins systématisées du faisceau pyramidal, où l'exagération des réflexes tendineux est plus marquée que celle des réflexes d'automatisme ; ceux-ci sont limités au signe de Babinski et au raccourcissement par flexion forcée des orteils ;

b. Lésions équivalant à une interruption incomplète de tout l'axe médullaire et libérant ainsi l'activité autonome de son segment inférieur, l'exagération des réflexes d'automatisme médullaire va alors de pair avec celle des réflexes tendineux.

On ne peut tirer des déductions de l'étude des réflexes d'automatisme médullaire, au sujet de l'étendue ou de la hauteur d'une affection médullaire, quand il s'agit d'une affection plus ou moins systématisée.

« Par contre, dans les paraplégies par compression, il n'en va pas de même, et, quand les réflexes d'automatisme sont très marqués, l'on peut, de l'absence d'un d'entre eux, conclure à l'existence d'une lésion radiculaire ou médullaire de hauteur correspondante. »

Ces citations donnent les points essentiels de ce travail ; les développements sont à lire dans l'original.

L. ALQUIER.

Sur un cas de lésion du noyau lenticulaire gauche. (F. UGOLOTTI. *Riv. di patol. nerv. e mentale*, 1911, p. 471-483, 6 fig.) — Etude anatomo-clinique d'une hémorragie intéressant le noyau lenticulaire gauche, et survenue après un ictus apoplectique, une quarantaine de jours avant la mort, chez un homme de soixante-huit ans.

L'étude de ce cas, conclut l'auteur, confirme l'opinion de Mingazzini ; que le noyau lenticulaire envoie des fibres aux noyaux moteurs bulbo-protubérantiels, et, plus particulièrement, que la portion postérieure du putamen de gauche envoie des fibres motrices destinées à l'articulation du langage, c'est pourquoi sa lésion donne lieu à la dysarthrie. Mais nous ne connaissons pas suffisamment le trajet de ces fibres motrices, qui, probablement, sont mêlées aux voies motrices cortico-bulbaires ; les fibres descendantes rencontrées par l'auteur et d'autres dans le lemniscus principal sont-elles des fibres autonomes et précisément liées à la fonction du langage articulé ? Ne sont-elles pas plutôt de simples fibres aberrantes de la voie pédonculaire ?

L. ALQUIER.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Archives internationales de neurologie. — (Déc. 1912.) M. DE FLEURY : Sur la genèse et le traitement de l'épilepsie commune. — DESCLER : Notes de psychopathologie animale. — Em. BROUSSE : Les demi-responsables et la lettre du professeur Grasset.

Boston medical and surgical Journal.— (Vol. CLXVII, n° 20, 14 nov. 1912.) Les traumatismes du crâne et de la colonne vertébrale. E. W. TAYLOR : Etude neurologique sur les traumatismes du crâne et de la colonne vertébrale (6 fig.). — John HAMONS : Le traitement chirurgical des traumatismes du crâne intéressant le cerveau. — John T. BOTTOMLEY : Le traitement chirurgical des traumatismes de la colonne vertébrale intéressant la moelle. — William J. Mac GURN : Un nouveau dispositif pour l'administration facile et sûre du salvarsan (2 figures). — Harry W. GOODALL : Cas rare d'anomalies des mains (3 figures). — (N° 21, 21 nov.) Andrew F. DOWNING : La syphilis : l'histoire moderne et récente de son traitement. — L. J. POMEROY : Difficultés d'interprétation de la signification de la rigidité et de la dégénérescence musculaire localisée à la surface du thorax : limitations de sa valeur diagnostique. — Philip HAMMOND : Importance du diagnostic précoce de l'otite moyenne aiguë suppurée. — John B. HAWES : Examen de la situation de la tuberculose aux Massachusetts (4 fig.). — Arthur H. HARRINGTON : La pellagre dans le Rhode Island.

Deutsche medizinische Wochenschrift. — (N° 48, 28 nov. 1912.) JUNGMANN : Traitement du psoriasis. — ABDERHALDEN : Rapport entre les notions nouvelles sur les échanges cellulaires et la solution des questions de pathologie nerveuse. — SCHULTZE : Les névroses d'accident et la collaboration du médecin dans leur production. — OHM : Sur l'action manométrique de la veine jugulaire. — MAYRHOFER : Nouveau système d'inhalation. — HOFFMANN et KOCHMANN : Diminution de la concentration de la novocaïne par le sulfate de potasse dans l'anesthésie locale. — HAILER et UNGERMANN : L'infection typhique du lapin. — SCHUMACHER : Pendant combien de temps la typhoïde infecte-t-elle ? — RIBBERT : Sur la constitution des thrombus. — ROSENTHAL : Recherches sur la teneur en catalases du foie et du sang chez les souris cancéreuses. — KALEFELD : Sur le pituglandol en obstétrique. — (N° 49, 5 déc.) KLOTZ : Traitement de l'incontinence nocturne d'urine. — STINER : Nouvelles expériences sur l'emploi des extraits acétoniques dans le sérodiagnostic de la syphilis. — OHLECKER : Intoxication urineuse dans la rupture intrapéritonéale de la vessie. — BLUMENTHAL : Sarcome diffus primitif de la capsule du genou. — MÜLLER : Remplacement de segments de l'urètre par la greffe de Thiersch. — KUMARIS : Formation d'os dans une cicatrice. — FRANK : Expériences cliniques sur l'action de l'adamon sur les irritations sexuelles. — FLAMM : L'alendrine nouveau sédatif et hypnotique. — MÜLLER : Guérison d'un mal perforant par le perhydrol de zinc. — MAAS : Appareil de mesure pour le contour des extrémités. — RAMSHORN : Spéculum de nez. — RAU : Epidémie de peste pulmonaire dans le Brésil méridional. — BERGER et HÉNIUS : Résultats du procédé de la différence de pression.

Gazette des praticiens. — (N° 436, 1er déc. 1912.) S. BAUDRY : Quelques cas de paralysies traumatiques des muscles de l'œil. — DOUMER : Traitement des ostéites tuberculeuses par l'air marin et l'électrisation. — LEMOINE et GÉRARD : Sur l'élévation du taux de la cholestérinémie chez les tuberculeux à la suite du traitement par les lipoïdes biliaires. — D'ANDRÉA : Observation d'appendicite traitée par l'électrargol.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 48, 1er déc.) SABRAZÈS : Leçon inaugurale du cours d'anatomie pathologique. — (N° 49, 8 déc.) PETIT DE LA VILLÉON : Coxa-vara et luxation congénitale de la hanche. Diagnostic différentiel. — MESTRE : La médecine et l'hygiène au IIe Congrès national du froid (*suite*). — ROCHER : A propos d'un cas de coxa-vara cervicale d'origine infectieuse (Pathogénie de Frœlich).

Gazette médicale de Nantes. — (N° 48, 30 nov. 1912.) GAUDUCHEAU : De la sérothérapie intensive dans les paralysies diphtériques. — BAHUAUD : Le périnée chez l'homme (*fin*). — (N° 49, 7 déc.) PASQUEREAU : Moyens de faciliter la recherche des uretères dans leur cathétérisme à travers la vessie ouverte. — E. VIGNARD : Médecin de famille et spécialistes.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 46, 17 nov. 1912.) ARNOZAN et J. CARLES : Traitement de la fièvre typhoïde par la teinture d'iode. — ROCHER : Pronation congénitale par dysplasie articulaire radio-cubitale. Considérations sur les raideurs articulaires congénitales. — (N° 47, 24 nov.) ARNOZAN : Voyages d'études dans les hôpitaux de Paris et de l'étranger. — (N° 48, 1er déc.) ARNOZAN : Voyage d'études dans les hôpitaux de Paris et de l'étranger (*suite*). —(N° 49, 8 déc.) ARNOZAN : Voyage d'études dans les hôpitaux de Paris et de l'étranger (*fin*).

Journal de médecine et de chirurgie pratiques. — (25 nov. 1912.) TERMET : Considérations sur le traitement des phlegmons par la méthode sèche.

Journal de médecine interne. — (N° 33, 30 nov. 1912.) PARMENTIER et SALIGNAT : La résistance globulaire dans l'ulcère et dans le cancer de l'estomac. — (N° 34, 10 déc.) GAUCHER : Les tuberculides. — WIDAL, ABRAMI, BRISSAUD et WEISSENBACH : Origine hématogène de certaines appendicites aiguës.

Journal des praticiens. — (N° 48, 30 nov. 1912.) P. RECLUS : La hernie et les accidents du travail. — CATHELIN : De l'abus des urétrotomies internes. — (N° 49, 7 déc.) LE-DENTU : Les règles du traitement de la syphilis nerveuse. — WIDAL : A propos d'un ictère catarrhal. — GOY : Empoisonnement par les champignons (amanites phalloïdes).

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 47, 23 nov.) LANCIAL : Périarthrite fongueuse chronique et fistuleuse tibio-tarsienne chez un enfant de sept ans, guérison complète. — (N° 48, 30 nov.) DAVID et R. DESPLATS : Action des rayons X sur les globules rouges dans la leucémie. — (N° 49, 7 déc.) BONNET-LABORDERIE : Considérations nouvelles sur la mort subite des enfants hérédo-syphilitiques immédiatement après la naissance.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 47, 21 nov. 1912.) BARUCH : Quelques mots au sujet de l'appendicite aiguë. — (N° 48, 28 nov.) D. BARUCH : De l'insuffisance thyro-ovarienne dans la ménopause chirurgicale. — (N° 49, 5 déc.) H. COPPEZ : Sur le nystagmus des mineurs. — Richard KARHAUSEN : De l'intervention chirurgicale à domicile.

Revue neurologique. — (N° 22, 30 nov. 1912.) THABUIS et BARBÉ : Etude physico-chimique du liquide céphalo-rachidien dans la paralysie générale. — René HORAND : Ablation du ganglion de Gasser dans un cas de névralgie rebelle du trijumeau (étude anatomo-pathologique faite une demi-heure après la gasserectomie grâce à la congélation par l'acide carbonique). — SOUQUES : Le phénomène des doigts.

Tunisie médicale. — (N° 11, nov. 1912.) CONSEIL et CONOR : L'endémie typhoïdique à Tunis. — BOUQUET et BRYON : L'herbe aux fakirs (étude sur le chanvre indien). — BOUQUET : Chirurgie arabe. Strumite consécutive.

Wiener klinische Wochenschrift. — (N° 48, 28 nov. 1912.) FRANKL : L'opération précoce dans le cancer utérin. — SPRINZELS : Hypertrophie de la parotide chez les obèses. — ACZ-NAGY : L'albumine de l'expectoration et son importance diagnostique. — AICHBERGEN : Les crétins à Sirnitz en Carinthie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.

N° 149. — MARDI 31 DÉCEMBRE 1912. 85e ANNÉE. MARDI 31 DÉCEMBRE 1912. — N° 149.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Etudiants en médecine est de 10f par an. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 4 fr. 50. — 6 mois : 8 fr. — 1 an : 15 fr.
UNION POSTALE.. 3 mois : 7 fr. ». — 6 mois : 13 fr. — 1 an : 25 fr.
Prix du Numéro : 10 c. — Le Numéro du samedi : 25 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉLÉPH. 819-52

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes du jour de l'An, le journal ne paraîtra pas jeudi.

SOMMAIRE

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Sont admis aux épreuves orales les candidats ayant obtenu à l'écrit la note totale 17. Un certain nombre de candidats ayant la note 16 et dont nous donnerons les noms dans notre prochain numéro sont également admissibles.

— M. Deny, médecin du service des aliénés à l'hospice de la Salpêtrière, est nommé médecin honoraire du service des aliénés des hospices de Paris.

HOMMAGE AU DOCTEUR DENY. — Une réunion très touchante a eu lieu dimanche matin, à la Salpêtrière, sous la présidence de M. le directeur de l'Assistance publique, à l'occasion de la retraite de notre excellent confrère et ami Deny et de la remise qui lui a été faite, par ses élèves, d'une plaquette, œuvre du sculpteur P. Theunissen.

Dans une allocution pleine de cœur, de regrets et de reconnaissance, M. Maillard a retracé le séjour de Deny à la Salpêtrière, les charmes de son enseignement, les heures trop courtes qu'il passait avec ses élèves à discuter sur les nouveaux cas qui se présentaient, la douceur, la bonté, la grâce, pourrait-on dire, qu'apportait Deny dans ses rapports avec les malheureux malades.

M. Camus, en faisant connaître les noms de ceux qui s'excusaient de n'avoir pu venir, a donné lecture d'une charmante lettre de M. Meige, lettre tout empreinte d'estime et d'amitié.

M. Gilbert Ballet, dans une de ces improvisations pleines de charme et d'élégance dont il a le secret, a félicité son cher collègue de la part qu'il a prise à la fondation de la Société de psychiatrie, il a rappelé très finement leur mutuel passage dans un fameux service de chirurgie et le signalé service que très simplement et très aimablement lui a rendu son ancien camarade Deny à l'occasion d'une suture difficile dont Ballet, dès ses débuts dans le service, avait quelque peine à sortir.

M. le directeur de l'Assistance publique a rendu hommage aux qualités, aux vertus du médecin aliéniste si heureusement réunies chez Deny.

Enfin, Deny un peu ému, on le serait à moins, a remercié ses amis, ses élèves, et a exposé en quelques mots les réformes qu'il jugeait indispensables, et qu'il faut, selon lui, apporter dans le traitement de certains malades qu'il est injuste de soumettre encore à la loi de 1838. Il a très sérieusement appelé sur cette réforme toute l'attention de M. le directeur de l'Assistance publique.

Puis, d'une façon très simple, très touchante, il a remercié ses élèves et tout son personnel de leur bonne et fructueuse collaboration.

Ce fut, une cérémonie très émouvante dans sa simplicité et sa sincérité. Dr Brochin.

BLESSURES DE GUERRE. — Notre collègue J.-M. Lucas-Championnière, interne des hôpitaux de Paris et chirurgien du Croissant-Rouge à Constantinople publie dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* une intéressante lettre dont nous extrayons le passage suivant :

« Notre hôpital, situé à Véfa, en plein Stamboul, non loin de l'admirable Suléimanié-Djami, a été installé par le Croissant-Rouge dans une école neuve.

On accède à l'hôpital par un couloir dallé de chaque côté duquel sont installés des baraquements où les malades font une sorte de quarantaine avant l'entrée à l'hôpital, et où tous les matins, nous allons choisir les blessés les plus urgents. Sous un hangar à côté fonctionnent deux étuves à désinfection. Trois étages de salles de malades, 2 salles d'opérations installées avec une grande ingéniosité.

Deux samovars de dix litres servent à stériliser l'eau pour les mains, un grand autoclave, une bouilloire, une table d'opération. L'instrumentation est parfaite, venant de Paris. Bref, une installation permettant les interventions les plus graves.

Pour ma part, j'en ai peu pratiqué. Et la raison en est simple. On peut diviser, en effet, au point de vue des blessures observées, la guerre en deux phases : l'une précédant, l'autre suivant Tchataldja. Avant Tchataldja, les Turcs sont loin de Constantinople, le service d'intendance n'a pas pu fonctionner, la voie ferrée est encombrée, les convois s'enlisent jusqu'à mi-corps dans la boue des chemins. Les régiments turcs sont en fuite ; aucun blessé n'a donc été évacué par l'intermédiaire du service de santé, et chaque blessé a dû faire au moins 10 kilomètres à pied ou à cheval avant de prendre un train vide en partance pour Contanstinople.

C'est ce qui explique la statistique du docteur de Lacombe :

Blessures par le canon 90 p. 100. Parmi celles-ci, en effet, sont des blessures par schrapnell donnant des plaies contuses extrêmement étendues en largeur, avec tuméfaction intense des régions environnantes, mais sans profondeur, et

graves seulement parce que n'ayant pas été pansées correctement; ces plaies constituent une proie facile pour l'infection, et un admirable terrain de résorption septique.

Plaies par balles 20 p. 00. Faut il voir là une moindre gravité du coup de feu. Je crois qu'on peut expliquer ce pourcentage par la fuite précipitée de l'armée turque, et par le peu de contact direct avec l'ennemi.

Plaies par armes blanches à peine 0,5 p. 100, ceci expliqué par la gravité habituelle de ces plaies, et par l'insuffisance des moyens d'évacuation. J'ai observé surtout des coups de sabre, pas de coups de baïonnette.

Après Tchataldja, le service d'évacuation ayant été fait grâce à la proximité des lieux, au meilleur état moral de l'armée, grâce aussi à la possibilité d'une évacuation par mer, les blessures observées ont changé.

A Véfa, où notre service comprenait surtout des grands blessés, j'ai pu faire les observations suivantes : toutes les blessures graves des membres comportent des éclatements osseux : ce sont toutes des fractures ouvertes, infectées de longue date, se terminant souvent par l'amputation et j'ai fait ou vu faire plus d'amputations de cuisse que d'amputations de jambe : le type le plus fréquent en est la fracture du tibia par éclatement à quatre fragments, dont deux latéraux. Les plaies du membre supérieur sont moins graves, peut-être à cause de la très grande multiplicité des plaies de la main, qui ont été correctement pansées. J'ai observé de plus, des plaies de poitrine et de l'abdomen, que j'ai toujours traitées par l'immobilité et l'abstention chirurgicale. Un de mes plus beaux succès est un blessé qui a eu l'abdomen traversé de part en part par une balle, entrée au niveau de la région fessière, sortie au-dessus du pubis, en formant une fistule vésicale, il a guéri parfaitement sans intervention. Après quelques jours de sonde à demeure, la fistule vésicale est définitivement fermée.

Les plaies de la tête sont fréquentes, plaies perforantes par balles qui guérissent après débridement et ablation d'esquilles.

D'une façon générale, je puis dire que j'ai été très peu interventionniste. Je suis resté fidèle aux idées de mon maître Reclus, et je n'ai pas oublié l'admirable enseignement qu'avait été pour moi le magistral discours du professeur Delorme. La chirurgie telle que je l'ai pratiquée, en dehors des amputations, a été surtout une chirurgie de débridement et de désinfection; j'ai employé la teinture d'iode, et surtout l'eau phéniquée, notre teinture d'iode, au milieu du plus fort de l'action, étant devenue très caustique, sans que j'aie pu en savoir les causes; je l'ai abandonnée pour l'eau phéniquée qui m'a, dans les fractures ouvertes infectées, donné d'admirables résultats.

Dans le traitement des plaies peu graves, j'ai eu, selon la formule de mon maître Reclus, le respect du projectile, et j'ai été très étonné de voir que cette doctrine n'a été adoptée ni par les chirurgiens turcs, ni par les chirurgiens étrangers. La doctrine de l'extraction nécessaire de la balle a régné même sur le champ de bataille, et l'effroyable infection de certaines plaies n'a pas eu d'autres causes. Tels sont les premiers enseignements que j'ai pu tirer de la chirurgie qu'il m'a été donné de faire depuis mon arrivée à Constantinople. »

DANS LES BALKANS. — On annonce que le roi de Serbie a décoré tous les médecins étrangers qui ont soigné les blessés serbes. Parmi eux se trouvent neuf médecins français, quarante russes, dix-neuf tchèques.

De son côté le tzar des Bulgares a décoré trois médecins français avant leur départ pour la France.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 24 décembre 1912 :

Médecin principal de première classe. — M. Petit est nommé médecin chef de l'hôpital militaire Saint-Martin.

Médecins principaux de deuxième classe. — MM. Bilouet passe aux salles militaires de l'hospice mixte du Mans (médecin chef); Baur est mis hors cadres au titre du Maroc.

Médecins-majors de première classe. — MM. Friant passe à l'hôpital militaire Bégin (Saint-Mandé); Poullain, au 101e d'infanterie.

Médecins-majors de deuxième classe. — MM. David est désigné pour la Tunisie; Savornin, pour l'Algérie; Rogé est affecté à la place de Marseille; Guérin passe au 63e d'infanterie; Raoul, à l'école de gymnastique et d'escrime de Joinville; Perrin, au 3e bataillon de chasseurs à pied; Pacalin, aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Briend, au 7e dragons.

Médecins aides-majors de première classe. — MM. Laforge est désigné pour la Tunisie; Baur passe au 39e d'infanterie.

Médecins aides-majors de deuxième classe. — MM. Ollé passe au 101e d'infanterie; Maire, au 29e bataillon de chasseurs à pied; Sieur, au 144e d'infanterie; Theveney, aux troupes d'occupation du Maroc occidental; Voizard, au 8e dragons; Diffre, au 31e dragons; Renoux est désigné pour l'Algérie; Adde passe aux troupes d'occupation du Maroc oriental.

Médecin aide-major de deuxième classe de réserve. — M. Tréhet est désigné, sur sa demande, pour les troupes d'occupation du Maroc occidental.

— Le *Journal officiel* du 27 décembre publie le tableau d'avancement pour les officiers du service de santé du cadre actif.

— CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret en date du 23 décembre 1912, ont été promus ou nom-

més aux grades ci-après, et par décision ministérielle du même jour ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. le médecin-major de première classe Bourdon, en service à Madagascar; maintenu provisoirement.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Cartron, en service au 8e d'infanterie coloniale à Toulon; maintenu; — Lhomme, en service en Indochine; maintenu provisoirement; — Brouillard, en service en Afrique occidentale française ; maintenu provisoirement; — Briand, en service au 21e d'infanterie coloniale à Paris; maintenu; — Le Groignec, en service en Afrique équatoriale; maintenu provisoirement; — Letonturier, en service à Madagascar; maintenu provisoirement; — Pélofi, en service hors cadres en Indochine; maintenu provisoirement; — Thibault, en service au Tonkin; maintenu provisoirement; — Pinet, en service en Afrique occidentale; maintenu provisoirement.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Chamontin, en service au 4e d'infanterie coloniale à Toulon; maintenu; — Pichon, en service en Indochine; maintenu provisoirement; — Salomon, en service hors cadres à la Martinique; maintenu provisoirement; — Cunaud, affecté au 1er d'artillerie coloniale à la Rochelle; maintenu; — Perreaux, en service au 22e d'infanterie coloniale à Hyères ; maintenu; — Muraz, en service hors cadres en Afrique équatoriale; maintenu provisoirement; — Guérin, en service hors cadres aux établissements français de l'Inde; maintenu provisoirement; — Chatenay, affecté au 3e d'artillerie coloniale à Toulon; maintenu; — Giauffer, en service au 1er d'infanterie coloniale à Cherbourg; maintenu; — Ceillier, en service au Tonkin; maintenu provisoirement; — Pouliquen, en service à Madagascar; maintenu provisoirement.

— TROUPES COLONIALES. — Par décision ministérielle du 23 décembre 1912, ont été agréés, pour l'année 1913, en qualité de conférenciers à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille :

M. le docteur Métin, médecin principal de deuxième classe des troupes coloniales en retraite, ex-professeur à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

M. le docteur Reynaud, médecin principal de deuxième classe des troupes coloniales en retraite, chargé de cours à l'école de médecine de Marseille.

M. le docteur Torel, médecin principal de la marine, hors cadres, directeur du service de santé de la circonscription de Marseille.

M. Huon, vétérinaire, directeur des abattoirs de Marseille.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. le docteur Gilbert (de Saint-Germain-en-Laye) est nommé médecin aide-major de deuxième classe dans le corps des sapeurs pompiers.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Dans sa dernière séance, la Société de médecine légale a renouvelé son bureau, qui est ainsi composé pour l'année 1913 :

Président : M. Ogier ; vice-présidents : M. Le Poittevin, professeur à la Faculté de droit et M. le docteur M. Briand; secrétaire général : M. le docteur G. Thibierge ; secrétaires des séances : MM. les docteurs Chavigny et Dervieux; trésorier : M. le docteur Antheaume.

DANGERS POSSIBLES DES RÉCIPIENTS EN TOLE ÉTAMÉE POUR LA CONSERVATION DU CAFÉ. — A la suite de certains accidents survenus chez les cantonniers de nuit de la ville de Leipzig, qui consomment au cours de leur travail beaucoup de café ayant séjourné pendant plusieurs heures dans des récipients en tôle étamée, le docteur Strunk reçut du ministre de la guerre allemand la mission de rechercher si le café conservé pendant un certain temps dans de tels récipients peut déterminer des accidents d'intoxication. Les analyses qu'il a faites et que rapporte le *Répertoire de Pharmacie*, d'après l'*Apotheker Zeitung*, lui ont permis de constater que l'étain, même après un contact prolongé avec les infusions de café, n'est pas dissous en proportion appréciable. Il peut arriver que, par les vapeurs acides que dégagent ces infusions, le fer soit mis à nu et attaqué et que la rouille, en se détachant des parois, entraîne avec elle des parcelles d'étain, mais la quantité de ce métal ainsi entraînée peut être considérée comme inoffensive. Tout au plus l'infusion peut-elle prendre une saveur métallique désagréable ; cet inconvénient peut contribuer à faire rejeter l'emploi des récipients en fer étamé pour les infusions de café, mais on ne peut admettre que de tels récipients puissent présenter le moindre danger d'intoxication.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. le docteur Jean-Maximin Lavaux (de Paris), ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chargé de cours libre à la Faculté, décédé à Montjeandou, par Ruffec, et le médecin major de deuxième classe Peutot, tué accidentellement au Maroc.

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET DE BACTÉRIOLOGIE. (Professeur : M. Pierre MARIE.) — LES MÉTHODES DE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE APPLIQUÉES A LA CLINIQUE. — MM. Gougerot, agrégé, et Abrami commenceront une série de quinze démonstrations et exercices pratiques le lundi 6 janvier 1913, à trois heures trente, au laboratoire d'anatomie pathologique et de bactériologie de l'Ecole pratique (premier étage, porte à gauche), et les continueront aux mêmes heures, les lundis, mercredis et vendredis suivants.

Programme. — Les sérodiagnostics : agglutination de Widal. — Les réactions de fixation : réaction de Wassermann. — Examen du sang. — Diagnostic biologique des pleurésies et des ascites, des méningites (cytodiagnostics). — Ictères hémolytiques et hémolysines. — Insuffisance hépatique. — Examen des crachats. — Examen du suc gastrique. — Vaccins de Wright et opsonines. — Fonctions rénales : cytodiagnostic, urémie, chlorurémie, cryoscopie, perméabilité rénale, albumines, peptones, hématuries. — Azotémie. — Glycosuries et coma diabétique.

Le droit à verser pour cette série est de 60 francs.

Sont admis tous les docteurs français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés. Des certificats seront délivrés à la fin des exercices.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3) de midi à trois heures.

Deux séries de démonstrations sont faites chaque année : l'une en octobre-novembre, l'autre en mai-juin, soit avant, soit après les démonstrations de diagnostic bactériologique.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — SERVICE DE M. DE BEURMANN. — *Conférences théoriques et pratiques.* — Une série de conférences théoriques et pratiques sur les affections cutanées et vénériennes sera faite à partir du lundi, 6 janvier, par MM. de Beurmann, R. Sabouraud, Dominici, Mouneyrat, Louis Ramond, Eugène Regnauld, Grandchamp, Egger, Degrais, Pestel, Tanon, Cottin, Noiré, Philibert, Chenet, Jean Pellot, Larrogue, Labourdette.

Les leçons auront lieu les lundi, jeudi et samedi de chaque semaine, de dix heures à onze heures dans la salle des conférences de l'hôpital, à côté du musée et de la bibliothèque.

Programme de la première quinzaine. — Première conférence, lundi, 6 janvier : Le pityriasis rubra pilaire, par M. de Beurmann.

Deuxième conférence, jeudi, 9 janvier : Visite du service de M. de Beurmann et du Laboratoire municipal. Exposé de leur organisation et de leurs ressources cliniques, par MM. de Beurmann et Sabouraud et leurs assistants.

Troisième conférence, samedi, 11 janvier : La défense de la peau contre les microbes et son microbisme spontané, par M. Sabouraud.

Quatrième conférence, lundi, 13 janvier : Le pityriasis rosé de Gibert, par M. de Beurmann.

Cinquième conférence, jeudi, 16 janvier : La staphylococcie, par M. Sabouraud.

Sixième conférence, samedi, 18 janvier : Le zona, par M. Louis Ramond.

Les leçons ultérieures seront annoncées et affichées chaque semaine pour la quinzaine suivante.

LES PURPURAS CHRONIQUES DE L'ENFANCE

Par MM. DELÉARDE,
Professeur adjoint, chargé du cours de Clinique médicale infantile à la Faculté de médecine de Lille,

et G. HALLEZ,
Interne des hôpitaux de Lille,
Préparateur à la Faculté de médecine.

Description clinique. Etiologie. — Peu connues avant les travaux de Marfan et de ses élèves, les formes chroniques du purpura ont été considérées depuis comme relativement fréquentes en pathologie infantile; avant 1897, date à laquelle Marfan accordait une courte description à la maladie de Werlhof chronique, quelques cas isolés avaient été relatés à titre de raretés pathologiques. Depuis cette époque au contraire, des monographies et des articles d'ensemble sont venus confirmer les idées de cet auteur et nous citerons parmi les travaux les plus importants, ceux de Hayem (1900), Nanu, Rathery, Lenoble, Apert et Rabé, Bensaude et Rivet, Miodet, Labbé et Laignel-Lavastine, ceux enfin de Gaucher et de ses élèves.

Sans insister ici sur la définition et sur les caractères du purpura en général, nous diviserons les purpuras chroniques en deux grands groupes, la clinique tout au moins nous permettant une telle conception, et nous envisagerons d'une part :

A. Le PURPURA HÉMORRAGIQUE CHRONIQUE encore appelé purpura à grandes ecchymoses, caractérisé essentiellement du côté de la peau par des taches ecchymotiques de grandes dimensions, vers les muqueuses par des hémorragies répétées, plus ou moins abondantes, l'examen du sang révélant presque constamment une dyscrasie très nette, à caractères particuliers que nous étudierons plus loin et qu'il importe de rechercher pour préciser le diagnostic.

D'autre part :

B. Le PURPURA CHRONIQUE SIMPLEX ou mieux EXANTHÉMATIQUE selon l'heureuse expression de Grenet, qui au point de vue éruption, se caractérise par des lésions moins étendues, plus pétéchiales qu'ecchymotiques, et du côté des muqueuses par l'absence d'hémorragies au moins apparentes, l'examen du sang ne révélant ici aucune lésion appréciable, ou comparable à celles de la forme précédente.

En réalité, le purpura simplex ou exanthématique, semble être le plus rarement observé parmi les purpuras chroniques de l'enfance, et nous ne saurions mieux faire, en guise de description, que de rapporter ici l'observation d'une petite malade ayant séjourné dans le service de l'un de nous, à la clinique médicale infantile de l'hôpital Saint-Sauveur.

L... (Madeleine), âgée de quatorze ans et demi, se présente à notre consultation le 19 juin 1912 pour « éruptions purpuriques répétées que rien ne peut enrayer ». La jeune malade semble jouir d'un excellent état général; un peu petite pour son âge (elle pèse 38 kilos) elle dit n'avoir jamais été malade avant le début de l'affection qui l'amène à l'hôpital.

Née à terme d'une mère bien portante, après une grossesse normale, l'enfant a été élevée au sein jusqu'à trois mois; mise ensuite en nourrice, alimentée au biberon jusqu'à un an, elle n'est atteinte d'aucune maladie d'enfance.

Parmi les antécédents héréditaires : grands-parents morts âgés (l'un d'affection hépatique). Mère bien portante, trois grossesses normales, pas de perte.

Père de trente-neuf ans, actuellement soumis au traitement spécifique pour arthropathie tibio-tarsienne déformante, indolore, d'apparence tabétique, cependant le sujet nie tout antécédent syphilitique, et la réaction de Wassermann est négative (sérum sanguin et liquide céphalo-rachidien).

Deux frère et sœur de la malade, venus à terme, sont morts à seize et quinze mois d'accidents gastro-intestinaux.

Pas d'hémophilie à relever dans les antécédents personnels ou héréditaires.

Il y a cinq ans environ, vers l'âge de dix ans, à la suite d'une émotion causée par le déraillement d'une voiture dans laquelle se trouvait l'enfant, dans une attraction d'Exposition (accident qui ne lui causa d'ailleurs aucun mal), apparaît pour la première fois et le lendemain matin de l'accident une éruption de taches ecchymotiques assez larges sur les jambes, sans prodromes, sans malaises, sans température et sans arthralgie. Au lieu d'évoluer de façon normale, ce purpura laisse à la suite de son apparition de larges plaques vineuses régulièrement disséminées sur la face antérieure des jambes, à l'exception de la région rotulienne, aucun trouble digestif cependant, aucune hémorragie à noter. A la même époque, apparition de pétéchies sur les membres supérieurs, prédominant sur le bord cubital de l'avant-bras et sur la face postérieure des bras, et respectant la face antéro-interne. Ces éléments hémorragiques disparaissent peu à peu, en partie seulement, laissant sur la peau une pigmentation brune, persistante.

Depuis cette première éruption, la malade a remarqué que tous les mois environ, sous l'influence d'un excès de fatigue d'abord ou d'une émotion, sans cause apparente ensuite, une nouvelle poussée purpurique se produisait, mais formée uniquement de pétéchies, et toujours sans hémorragie muqueuse concomitante.

Les premières règles apparaissent le 1er mai 1912, sans éruption simultanée, sans accidents, sans intensité anormale. Régulièrement depuis, chaque mois les menstrues réapparaissent, sans phénomènes particuliers, il est à noter que les poussées purpuriques n'ont aucune tendance à se produire en même temps que les règles et n'influent pas sur elles.

Depuis quelque temps, les éruptions pétéchiales se reproduisent plus fréquemment, tous les huit jours environ, sans causes appréciables, durant deux à trois jours. Elles apparaissent sur les membres inférieurs d'abord pour gagner ensuite les membres supérieurs, et dans ces derniers temps la région hypogastrique, respectant toujours la face, le dos et le thorax entier. Jamais de phénomènes graves à relever tels que vomissements, hématémèses, épistaxis, diarrhée ou melæna, pas de température, mais lassitude fréquente, sensation de pesanteur dans les jambes et prurit assez intense localisé aux surfaces cutanées envahies par l'éruption, céphalée légère mais répétée.

Examen actuel. — Examinée le lendemain d'une nouvelle éruption, la malade présente sur les régions habituellement touchées une pigmentation brune de la peau, légèrement chagrinée, de teinte brunâtre analogue à celle des anciens ulcères variqueux, pas de varices néanmoins, pas de couperose.

Sur ce fond brunâtre, indice d'anciennes éruptions confluentes en régression, se détachent des pétéchies vineuses, non saillantes, ne s'effaçant pas sous la pression du doigt, de dimensions variant de celles d'une tête d'épingle à celles d'une lentille, les unes isolées, les autres confluentes.

Sur l'abdomen : pétéchies se détachant sur un fond de peau saine.

Aucun signe de syphilis héréditaire, séro-réaction de Wassermann négative. Pas de rachitisme, pas de lésions du squelette, aucune trace de tuberculose ou de prédisposition tuberculeuse.

Appareil cardio-artériel d'apparence normale, rien au cœur. Tension artérielle à l'oscillomètre de Pachon : maxima, 12 ; minima, 9.

Appareil digestif normal, appétit excellent, digestions normales. Aucune trace de sang dans les selles, pas d'hémorragies occultes, même au moment des éruptions purpuriques (Meyer, Weber et benzidine : réactions négatives avec le régime lacté).

Appareils respiratoire et nerveux normaux, réflexes normaux, légère émotivité.

Examen hématologique (26 juin) :

Hématies	4 216 000 par mill. cube	
Leucocytes	7 432	—

Hématoblastes en quantité normale.

Formule hémo-leucocytaire :

Polynucléaires	neutrophiles	63
	éosinophiles	3
	basophiles	0
Lymphocytes		19
Grands mono		12
Formes de passage		3
		100

Pas d'hématies nucléées.

Hémoglobine (Fleisch), 48 p. 100.

Coagulation du sang complète en huit minutes, rétraction normale.

Recherche des hémolysines (technique de Donath-Landsteiner) négative.

Résistance globulaire (méthode de Widal-Abrami-Brulé) normale :

$$H_1 = 46 \qquad H_2 = 38$$

L'éruption étant en voie de régression, la malade sort du service après repos au lit et traitement au chlorure de calcium le 29 juin.

Revenue à l'hôpital sur notre demande, le 18 juillet 1912, la malade nous dit avoir eu depuis son retour chez elle deux nouvelles éruptions semblables aux précédentes. Ce jour même apparaît sous nos yeux une nouvelle poussée de pétéchies assez intense, et qui, en quelques heures, envahit les jambes, les cuisses, les avant-bras et les bras, prurit intense. Pas de température anormale (37°4 le soir), pas de sang dans les selles.

Examen des urines des vingt-quatre heures :

Quantité, 1 100 centimètres cubes en 24 heures.

Réaction légèrement acide.

Aspect limpide jaune ambré.

Sucre, 0.

Albumine, 0.

Hématies ou hémoglobine, 0.

Urée, 18 grammes par litre, 19g80 en 24 heures.

Chlorures, 6 grammes par litre, 6g60 en 24 heures.

Densité, 1018.

Pigments biliaires : réaction de Gmelin légèrement positive.

Urobiline, traces.

Examen du sang au cours de l'éruption (quatre heures après le repas de midi).

Piqûre de la veine au pli du coude : le sang s'écoule facilement, la coagulation se fait en neuf minutes dans les petits tubes spéciaux, la rétraction du caillot commence une heure après, totale en quinze heures, très légère sédimentation d'hématies. Sérum jaune ambré normal.

Piqûre de la pulpe du doigt : le sang s'écoule facilement, coagulation en six minutes (mêmes remarques que ci-dessus).

Sérum : contient un peu de pigments biliaires (anneau bleu très léger par la réaction de Gmelin).

Hématies	4 845 000 par mill. cube	
Leucocytes	7 130	—

Formule hémo-leucocytaire :

Polynucléaires	neutrophiles	64
	basophiles	0
	éosinophiles	2
Lymphocytes		26
Grands mono		5
Formes de passage		3
		100

Hémoglobine (Fleisch), 51 p. 100.

Hématoblastes en quantité normale.

Pas d'hématies nucléées, pas d'hématies granuleuses.

Fonctions hépatiques et rénales (normales).

Elimination du bleu de méthylène cyclique normale complété en quarante-quatre heures. Apparition du chromogène une demi-heure après la piqûre.

Maximum de coloration des urines : huit heures après l'injection.

Percussion et palpation du foie normales.

Epreuve de la glycosurie alimentaire (150 grammes de glucose) négative.

Cuti-réaction négative.

Le 19 juillet :

Injection sous la peau de l'abdomen de 10 centimètres cubes de la solution suivante à 38 degrés et stérilisée à l'autoclave.

Peptone de Witte	5 grammes
Chlorure de sodium	0g50
Eau distillée	100 grammes

Pas de température, pas de douleur le soir.

L'enfant sort de l'hôpital, l'éruption en voie de disparition, le 20 juillet 1912.

22 juillet. L'éruption de pétéchies est en régression, pas de nouveaux éléments, apparition de règles peu abondantes.

Les urines ne renferment ni bleu ni chromogène, l'élimination a été normale, il n'y a plus d'urobiline, la réaction de Gmelin est négative.

Injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes de peptone de Witte stérilisée.

24 juillet. Injection de 6 centimètres cubes de peptone. L'écoulement menstruel n'est pas terminé.

27 juillet. Les règles ont pris fin le 26, mais ce même jour est apparue une nouvelle éruption de pétéchies sur les jambes et sur les avant-bras, sans phénomènes généraux et d'une intensité moins accusée que les précédentes, semble-t-il.

Injection sous-cutanée de 6 centimètres cubes de peptone.

30 juillet. Injection sous-cutanée de 5 centimètres cubes de peptone. Le 28 une éruption assez accusée s'est reproduite et n'a pas encore disparu le 30.

Le traitement peptoné semble donc inutile, surtout si nous comparons ces résultats à ceux de MM. Nobécourt et Tixier (*Gaz. des hôpit.*, 17 janv. 1911).

1er août. Injection de 4 centimètres cubes de peptone. Il n'y a pas eu d'éruption depuis le 28.

5 août. La malade revient nous voir le 3 août, elle a eu une éruption en tous points semblable aux précédentes. Devant cet insuccès on cesse les injections de peptone de Witte et on prescrit la potion suivante à prendre pendant les quatre jours qui précèdent habituellement l'apparition du purpura :

Extrait aqueux de ratanhia.....	12 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères..................	50 —
Eau distillée........ q. s. p.	120 —

Deux cuillerées à soupe par jour.

10 août. Nous revoyons la malade qui a eu une poussée nouvelle le 7 dont elle garde encore les traces. Les mêmes phénomènes se reproduisent le *17 août*.

Revue depuis à plusieurs reprises, l'état de la malade est resté sensiblement le même, les éruptions se reproduisent une fois par semaine à peu près, avec les mêmes caractères qu'au début et sans autres symptômes.

Ainsi qu'on le voit, l'examen complet de cette malade ne nous permet pas de rattacher l'affection qu'elle présente à une cause précise ; ni l'infection aiguë (l'enfant n'accuse aucune maladie infectieuse antérieure, il n'y a pas de mouvement fébrile), ni l'infection chronique (on n'observe ni paludisme, ni syphilis, ni tuberculose latente) ne nous éclairent au point de vue de l'étiologie, l'état général est d'ailleurs excellent. On ne peut davantage invoquer une intoxication endogène ou exogène, les lésions viscérales semblent absentes, en particulier pour le rein et pour le foie dont les explorations fonctionnelles paraissent normales (il n'y a pas d'albuminurie, l'élimination du bleu et des composés urinaires se fait normalement, il n'y a pas de glycosurie alimentaire, pas d'hypoazoturie, et l'urobilinurie légère au moment des crises semble en rapport avec la résorption des pigments sanguins extravasés. Les altérations vasculaires ne sont pas constatables, d'ailleurs l'âge de la malade, la tension artérielle normale, le bon état du cœur et du pouls ne semblent pas en rapport avec de telles lésions. Le sang lui-même apparaît normal aux divers examens ; il n'y a en effet, ni troubles de la coagulation, ni altération de la formule sanguine, ni hémophilie, on ne constate pas non plus de réaction myélocytaire telle qu'en signale Lenoble, il n'y a pas de diminution apparente des hématoblastes et l'anémie est des moins accusées, les hémolysines d'autre part, n'ont pas été retrouvées.

On ne peut conclure en ce cas, à rien de précis au point de vue étiologique et tout serait pure hypothèse; peut-être la symétrie parfaite des éruptions, leur localisation aux membres, l'ascension progressive des poussées purpuriques militent-elles en faveur de troubles nerveux, les réflexes cependant, et la sensibilité sont normaux. La ponction lombaire aurait pu nous donner quelques renseignements ainsi que le croit Grenet, mais la malade s'est refusée à cette exploration.

L'observation que nous venons de rapporter rentre néanmoins dans le cadre des formes chroniques de purpura exanthématique décrites depuis quelque temps: ce sont bien les mêmes taches purpuriques de petites dimensions d'un rouge vif ou violacé, séparées les unes des autres par des intervalles de peau, saine au début, et qui peu à peu, se pigmente en brun au fur et à mesure que se multiplient les éruptions; ces pétéchies siègent surtout aux membres inférieurs (elles abondent aux environs des malléoles), les membres supérieurs ne sont cependant pas indemnes, et en particulier les avant-bras. La face et le cou sont respectés, le tronc est rarement touché, la disposition des éléments éruptifs enfin, affecte presque constamment une symétrie marquée, prouvant l'intervention du système nerveux. D'autres manifestations cutanées telles que les œdèmes, les érythemes polymorphes peuvent accompagner le purpura, mais on n'observe pas d'hémorragies apparentes du côté des muqueuses (et dans notre cas particulier, à aucun moment on n'observa d'hémorragies occultes du tube digestif). Les lésions du sang sont comme ici, absentes ou d'ordre tout à fait banal, les manifestations cutanées semblant constituer toute la maladie. Parfois, à cet exanthème purpurique s'ajoutent des symptômes articulaires, variant de l'arthralgie simple à l'arthrite légère avec épanchement séreux, des œdèmes cutanés (Soyer), un léger mouvement fébrile (37°5 à 38°5) et une dyspepsie gastro-intestinale assez constante sur laquelle ont insisté Hayem et Hutinel et l'on observe ainsi à intervalles irréguliers, pendant une durée parfois fort longue, des rechutes de ce purpura véritablement rhumatoïde. Apert, Achard et Grenet ont signalé sous le nom de *purpura orthostatique* un nombre indéfini de rechutes, ou de récidives, survenant ainsi sous l'influence d'une fatigue légère, ou même lorsqu'on permet à l'enfant de se lever, mais en réalité il s'agit plutôt alors de formes prolongées que de formes véritablement chroniques de purpura exanthématique, et le plus ordinairement, ces poussées finissent par disparaître définitivement, à moins qu'un purpura infectieux grave, rapidement mortel, ne vienne précipiter les choses.

A ces purpuras simplex d'allure primitive, et dont la pathogénie et l'étiologie sont des moins nettes, on peut joindre ceux qui surviennent à titre de manifestations secondaires au cours d'*affections chroniques du système nerveux* : névrites périphériques (Faisans, Bouchard) et, dans ces cas, les pétéchies restent localisées aux territoires cutanés correspondant aux nerfs atteints, lésions médullaires (sclérose en plaques, hémiplégies). En réalité, de telles éruptions s'observent surtout chez les adultes déjà âgés, et leur constatation chez l'enfant est exceptionnelle. Il en est de même pour les *affections chroniques du sang* (qui donnent plutôt naissance à de véritables purpuras hémorragiques) et pour les *affections cardio-vasculaires* évoluant chez des sujets déjà scléreux, âgés, à circulation défectueuse. Nous ne pouvons cependant passer sous silence, l'analogie qui existe entre le cas que nous avons rapporté et certains purpuras chroniques à forme exanthématique simple, que l'on observe fréquemment chez les vieillards, étiquetés simplement *purpuras séniles* et dus pour Pacini à la fragilité des petits vaisseaux dermiques, dégénérés et sclérosés. Nous signalerons également la parenté possible du cas précédent et de la forme décrite depuis quelques années par Gaucher et ses élèves, Lacapère, Joltrain, Flurin et Bailly, sous le nom de *purpura chronique de l'angio-sclérose*, tout en faisant remarquer que les observations de ces auteurs se rapportent presque toujours à des sujets déjà âgés à tension arté-

rielle élevée, à radiale dure et sinueuse et à membres inférieurs variqueux.

L'intégrité apparente de tous les appareils examinés chez notre petite malade, et du foie en particulier, l'absence même de lésions du sang, la prédominance des éruptions aux membres inférieurs, sous l'influence favorisante de la pesanteur, justifient néanmoins un tel rapprochement et peut-être, pouvons-nous penser ici à une fragilité spéciale des petits vaisseaux périphériques, dont la rupture fréquente serait favorisée par des troubles vasomoteurs. La malade d'ailleurs avait plusieurs fois attiré notre attention sur le refroidissement fréquent et persistant des extrémités, précédant les éruptions : un prurit parfois intense les suivant très fréquemment.

L'individualisation du type clinique que nous venons de décrire, apparaîtra plus nettement encore, quand nous lui aurons opposé le purpura hémorragique chronique, qu'il nous reste maintenant à étudier.

*
**

Plus fréquemment observé que les précédents, surtout en clinique infantile, le *purpura chronique hémorragique* évolue souvent sous la forme d'un syndrome bien étudié depuis quelques années : le PURPURA CHRONIQUE A GRANDES ECCHYMOSES — celui-ci, au même titre que certaines anémies dites à tort essentielles, ayant été élevé au rang d'entité morbide en raison même de l'ignorance où nous sommes de sa véritable nature.

Ce purpura se rapproche de la maladie de Werlhof, observée surtout chez l'enfant et caractérisée presque toujours par l'étendue des ecchymoses, l'apyrexie et une bénignité relative, ici cependant, la maladie au lieu de durer huit à quinze jours, trois semaines au plus, se prolonge pendant des mois, parfois des années : c'est pourquoi les auteurs, en particulier Marfan, la décrivaient au début sous le nom de *maladie de Werlhof* chronique. Au point de vue clinique, ce syndrome est caractérisé par une éruption non plus uniquement pétéchiale, mais formée surtout de grandes ecchymoses, par des hémorragies muqueuses multiples et parfois viscérales, enfin, par l'absence habituelle de fièvre et de tout symptôme morbide concomitant; l'évolution, qui est prolongée, varie de six à douze mois à plusieurs années. Au point de vue anatomique, on constate très fréquemment une altération du sang, portant sur les hématoblastes dont le nombre est diminué, et sur le caillot sanguin, qui, formé en temps voulu, ne se rétracte pas, et ne laisse pas transsuder de sérum.

De même que la cause déterminante, les causes occasionnelles nous échappent, c'est habituellement au cours d'une santé parfaite qu'on voit survenir le syndrome purpurique et à peine entend-on les malades en rattacher le début à une facile coïncidence : traumatisme ou frayeur, ou à l'action combinée de ces deux causes. L'âge doit retenir notre attention, l'affection est plus fréquente en effet, au cours de la seconde enfance, plus rare chez les adultes, exceptionnelle chez le vieillard. C'est de six à quinze ans qu'on l'observe très souvent; le sexe paraît être sans grande importance, peut-être cependant trouve-t-on chez la jeune fille, une légère prédisposition : sur un total de 62 observations que nous avons compulsées, nous en avons noté 36 se rapportant au sexe féminin et 26 au sexe masculin. L'hérédité et les conditions hygiéniques ne paraissent jouer aucun rôle; rappelons seulement, à la suite de Bensaude et Rivet, de Miodet, de Robert, et sans nous exagérer l'importance d'une telle notion, que ce purpura chronique évolue avec une certaine prédilection sur un terrain prédisposé à la bacillose ou empreint d'une tuberculose latente, insoupçonnée.

C'est habituellement d'une façon brusque, sans prodrome que débute la maladie, et, dès qu'elle apparaît, c'est avec un ensemble symptomatique, caractérisé nettement par les ecchymoses que nous avons signalées, des hémorragies, et parfois, une atteinte plus ou moins marquée de l'état général. Les hémorragies surviennent d'ordinaire en même temps que les phénomènes cutanés, dans de nombreuses observations, on les voit précéder les ecchymoses, et quelquefois, lorsque la maladie survient chez les filles, au moment de la puberté, c'est à la suite d'épistaxis répétées ou de ménorragies, de métrorragies rebelles qu'apparaissent les premières taches purpuriques. Ces hémorragies se produisant du côté des muqueuses se montrent souvent au cours d'une santé parfaite; leur siège est variable, c'est ainsi que des hématémèses, du melœna, des flux menstruels anormaux sont observés, les hématuries, les hémoptysies sont exceptionnelles, alors que les gingivorragies et les épistaxis constituent des phénomènes banaux. Les gencives ne sont guère fongueuses et molles comme dans le scorbut, mais présentent parfois des taches ecchymotiques, des bulles remplies d'un liquide séro-sanguinolent, dont la déchirure ne tarde pas à se produire, le collet des dents est le siège d'un suintement sanguin, persistant quelquefois plusieurs jours. De toutes les hémorragies, les épistaxis sont les plus fréquentes certes; leur durée, leur gravité sont très variables.

Ajoutons cependant que ces hémorragies, de sièges divers, sont compatibles avec un parfait état de santé et que les muqueuses ne sont que leur lieu de prédilection : chez quelques rares sujets morts de cette affection, on a pu en effet mettre en évidence des foyers congestifs, ou des épanchements sanguins anciens ou récents dans des organes tels que le foie, la rate, les muscles, les séreuses; des infarctus viscéraux, notamment dans les poumons, ont été constatés, et des épanchements méningés, médullaires ou intracérébraux ont causé la mort, comme dans le purpura aigu.

Nous n'insisterons pas sur les caractères particuliers des grandes ecchymoses prédominant aux régions déclives, aux membres inférieurs surtout, sur le tronc, à l'exclusion du visage, qui reste indemne. Il est à noter cependant que leur étendue donne parfois au sujet l'apparence d'avoir été « roué de coups », les variations de teintes de ces taches purpuriques sont en tous points comparables à celles des ecchymoses d'origine traumatique.

Indépendamment de ces éléments de grandes dimensions, des pétéchies, des vibices s'observent fréquemment aux faces d'extension des membres et à la base des poils ; il est plus rare de constater des phlyctènes sanguines et des œdèmes.

Notons également, qu'entre ces atteintes graves de l'organisme et la bénignité complète des accès, il y a place pour toute une série de phénomènes de moyenne intensité (lassitude, courbature, céphalée, douleurs dans les membres, à l'exclusion d'arthralgies marquées et de troubles gastro-intestinaux graves). L'examen des urines est souvent peu instructif. La température, que nombre d'auteurs s'accordent à regarder comme normale, aussi bien au cours des accidents que dans leur intervalle, témoigne parfois au contraire, d'une légère réaction fébrile. Pour Bensaude et Rivet d'ailleurs, les élévations de température intéresseraient les cas où le purpura hémorragique apparaît chez des tuberculeux avérés ou chez des sujets soupçonnés de bacillose.

L'évolution du purpura chronique hémorragique est variable.

Rarement : il s'agit de malades, porteurs d'ecchymoses légères, de taches purpuriques persistantes, avec épistaxis bénignes et espacées, que la simple constatation des symptômes cutanés a peu ou pas inquiétés. Ces *formes continues* sans accès francs et espacés sont exceptionnelles.

Très fréquemment au contraire ce sont des jeunes gens ou des enfants ayant dépassé le premier âge qui présentent de véritables crises de purpura avec hémorragies muqueuses, irrégulièrement espacées et dans l'intervalle desquelles, on n'observe pas d'altération sensible de la santé.

A côté de cette *forme intermittente*, on peut placer une forme moins classique caractérisée par des *réveils à longs intervalles*, on voit alors les sujets, atteints d'une première poussée de purpura hémorragique aigu et se terminant comme une maladie de Werlhof banale ; après une période de rémission parfois très longue, quatre, huit, dix-sept ans même, la diathèse hémorragique, qui couvait en quelque sorte, se réveille à intervalles plus ou moins espacés par des accès aigus, légèrement fébriles, alors que dans les périodes de latence, on ne constate rien d'anormal. Dans quelques rares observations enfin, on note une véritable alternance des crises hémorragiques muqueuses ou viscérales et de l'éruption purpurique, qui disparaît quand apparaissent les grandes hémorragies.

A côté des symptômes cliniques que nous venons de passer en revue, il existe fréquemment mais non toujours une série de modifications du côté du sang que Hayem, Bensaude et Lenoble ont reconnues et décrites, la constatation de ces lésions justifiant l'individualisation du type de purpura que nous avons en vue actuellement.

Ces modifications du sang actuellement bien connues sont :

1° *Une rétraction nulle ou retardée du caillot.* — On sait, ainsi que nous l'apprit Hayem, que du sang recueilli par ponction veineuse et déposé dans des éprouvettes droites de 2 à 3 centimètres cubes environ, se coagule rapidement ; au bout de vingt minutes, souvent moins, on peut retourner le tube sans déformer le caillot. A partir de cet instant, celui-ci se rétracte peu à peu et le sérum transsude pendant vingt-quatre heures, quarante-huit heures au plus, après quoi le retrait est aussi complet que possible.

Dans le purpura hémorragique, nous assistons à une coagulation normale, mais la rétraction du caillot formé se fait mal, ou ne se fait pas du tout, de sorte que l'on attend vainement la séparation du sang en un cruor rouge baignant dans le fluor jaune ambré que constitue le sérum. Cette anomalie est due semble-t-il à :

2° *Une diminution considérable du nombre des hématoblastes ou globulins* (200000 environ par millimètre cube de sang normal, d'après Aynaud, 2 à 300000 pour Hayem).

3° Lenoble enfin insiste sur une *réaction myéloïde* qu'il considère, comme constante dans le cas présent et qui est caractérisée par l'apparition de globules rouges nucléés (normoblastes) et de myélocytes surtout neutrophiles. Il signale également, à titre secondaire, une leucocytose plus ou moins accusée, accompagnée d'une diminution générale du nombre des hématies et d'une légère éosinophilie.

On a vu comment pouvait se prolonger cette forme de purpura dont les premières manifestations remontent à l'enfance ; les hémorragies menaçantes que nous avons mentionnées étant mises à part, on peut en effet considérer, comme tout à fait exceptionnelles, les complications graves telles que : crises abdominales douloureuses, péritonite par perforation, invagination intestinale, observées au contraire avec une certaine fréquence au cours du purpura aigu infectieux (Hénoch et Couty). La néphrite serait moins rare.

Le purpura hémorragique chronique que nous venons de décrire, n'est qu'un syndrome, et s'il évolue souvent comme une affection primitive, à étiologie obscure, on peut dans certains cas rattacher son existence à une cause connue ou observer des formes associées qu'il importe maintenant de signaler.

Les *maladies du système nerveux* ne nous arrêteront pas car celles, dont l'évolution chronique est marquée d'éruptions purpuriques répétées, sont rarement observées chez l'enfant, et le purpura dans ces cas se limite presque toujours au simple exanthème (tabes, sclérose en plaques, etc.), Strauss, Faisans, Mathieu.

Il en est autrement dans les *maladies du sang*, et des crises de purpura hémorragique répétées ont pu accompagner ou suivre des affections telles que : anémie grave, chlorose, leucémie lymphoïde chronique et enfin hémophilie.

Depuis quelques années, Labbé et Baujard (Soc. méd. des hôpitaux), Labbé et Laignel-Lavastine (*Arch. des mal. du cœur, vaisseaux, sang*, 1911, p. 25) ont réuni sous le titre de « Syndromes hématiques associés » des observations de ce genre, se rapportant à des adolescents ou à des enfants. On

sait d'ailleurs qu'il existe des relations intimes au point de vue hématologique entre le purpura et les leucémies.

Les toxi-infections chroniques dues à un mauvais fonctionnement de l'appareil digestif (Hayem, Hutinel) les insuffisances hépatiques sont intéressantes au même titre.

Deux maladies infectieuses chroniques : le *paludisme*, la *tuberculose* se retrouvent aussi à l'origine du syndrome hémorragique qui nous occupe. Rare dans le paludisme chronique, la cachexie paludéenne, le purpura chronique à grandes ecchymoses aurait avec la tuberculose d'étroites relations : les travaux récents de Buisine, Rendu, Carnot, Bensaude, Harvier, Robert et Rivet tendent à le prouver.

Sans parler des cas de granulie aiguë, qui ne nous intéressent pas ici, on peut résumer les idées de ces différents auteurs de la façon suivante : le purpura hémorragique chronique peut survenir au cours d'une tuberculose pulmonaire avérée et surtout à la période cachectique, mais parfois le purpura précède l'apparition de la tuberculose et quand celle-ci se décide à lever le masque, c'est bien après les premiers accès purpuriques. On peut d'ailleurs en ce cas avoir affaire à une tuberculose extrapulmonaire, et nous avons trouvé facilement des cas de pleurésie ou de péritonite bacillaires (Rayer), de méningite (Troisier), de tuberculose rénale (Hoke), d'adénopathie trachéo-bronchique (Kissel), de maladie d'Addison (Vollbracht) survenus à plus ou moins longue échéance.

Sur un total de 36 observations de purpura chronique recueillies par Bensaude et Rivet (*Presse médicale*, 25 juillet 1906), on trouve 7 cas de tuberculose avérée et 5 de tuberculose très probable. Colligeant les observations analogues que nous avons pu retrouver, nous avons remarqué que dans 30 p. 100 des cas environ, il s'agissait de sujets âgés de moins de seize ans ; de tels faits ne sont donc pas rares en pathologie infantile. On se gardera néanmoins de mettre systématiquement sur le compte d'une tuberculose larvée probable, un purpura chronique « qui n'a pas fait ses preuves » ; les antécédents héréditaires et personnels du malade, l'examen approfondi de ses appareils, les différentes réactions à la tuberculine surtout chez le jeune enfant, constituent des enquêtes dont on ne pourra se dispenser, l'attention, semble-t-il, doit être mise en éveil du côté de la tuberculose, mais ici, comme au sujet de l'érythème noueux d'apparence primitive, il ne faut rien exagérer.

Diagnostic. — En présence d'accès répétés de purpura, que celui-ci soit purement exanthématique ou qu'il s'accompagne d'hémorragies diverses, le diagnostic est généralement aisé.

Nous avons vu cependant que dans certains cas de purpura hémorragique chronique, une série d'hémorragies de sièges divers et se répétant à intervalles variables, pouvaient précéder l'apparition d'ecchymoses cutanées. Pour ne point mettre ces symptômes sur le compte de l'*hémophilie*, on se rappellera que cette affection est congénitale et héréditaire, donne lieu à des hémorragies surtout provoquées et externes, difficiles à tarir et causées par d'insignifiants traumatismes, que l'examen du sang permet de mettre en évidence les anomalies typiques que P. E. Weill a bien étudiées (retard et lenteur de coagulation, sédimentation spontanée des hématies, redissolution du caillot, etc.).

Le *scorbut* s'observe chez des sujets soumis à une alimentation défectueuse, insuffisamment variée, composée d'aliments conservés, les gencives sont fongueuses ; une alimentation convenable, constituée par des aliments frais, l'administration de jus de citron mettront d'ailleurs fin aux accidents constatés.

Le *scorbut infantile* avec sa pseudo-paralysie si douloureuse, son apparition à un âge où le purpura (même aigu) est exceptionnel, ne peut retenir longtemps l'attention.

Il serait plus excusable de confondre, à un premier examen les *ecchymoses résultant de mauvais traitements*, avec les ecchymoses étendues des accès répétés de purpura hémorragique — les cas publiés où l'erreur fut commise sont d'ailleurs classiques — il suffira en général de constater l'intégrité de la muqueuse buccale, l'absence d'hémorragies digestives, d'interroger soigneusement l'enfant pour reconnaître les ecchymoses traumatiques, surtout si le malade est mis en observation pendant quelques jours.

Chez un petit malade atteint d'une première poussée de purpura il sera au contraire très difficile de poser un pronostic au point de vue du retour possible de l'accident. Si l'on veut bien excepter, le purpura infectieux dit primitif avec ses deux formes graves, suraiguë ou foudroyante (appelée encore *purpura fulminans de Henoch*), et typhoïde (ou *typhus angio-hématique de Landouzy et Gomot*), dont la température élevée, l'allure nettement infectieuse et l'évolution fatale à brève échéance, ne permettent pas l'hésitation, il faut reconnaître que le cas est toujours embarrassant ; le *purpura exanthématique*, *rhumatismal de Mathieu* peut n'être que le début d'un purpura chronique simplex, la *maladie de Werlhof* enfin ou purpura maculeux apyrétique d'Apert peut n'être également que la première manifestation d'un purpura chronique hémorragique dont l'issue est inconnue.

Nous croyons au contraire avoir suffisamment montré les différences qui existent entre les deux formes *cliniques* de purpura chronique étudiées dans cet article pour conclure à leur facile distinction au lit du malade ; il ne faut cependant pas perdre de vue que, entre ces types morbides, il n'y a peut-être que des différences de degré (Hutinel) et c'est bien surtout sur la clinique, ainsi que nous le disions en commençant, qu'on peut baser une telle division.

Pathogénie. — Si le diagnostic étiologique du syndrome qui nous occupe est bien souvent difficile à établir, la pathogénie en est d'interprétation bien plus délicate encore, quoique de nombreuses recherches aient été faites en ce sens : l'excellente thèse

de Grenet (Paris 1905) les expose et les commente, nous ne pouvons nous y arrêter ici.

On ne peut d'ailleurs s'attendre à une pathogénie unique pour tous les cas de purpura, aussi bien aigus que chroniques ; « entre l'infection ou l'intoxication qui semblent être les causes initiales et l'hémorragie ou l'ectasie capillaire qui en sont les lésions anatomiques » interviennent divers facteurs, parmi lesquels le *système nerveux*, dont le rôle est démontré cliniquement et expérimentalement (surtout en ce qui concerne les purpuras exanthématiques) et le *foie* dont l'influence sur la production des hémorragies en général est bien établie actuellement. Le rôle des *vaisseaux*, soit par troubles vaso-moteurs, soit par altérations vraies de la paroi, est également démontré ; il faut tenir compte enfin des lésions du *sang* et des troubles de la coagulation, bien qu'ils soient inconstants.

Dans quel ordre de filiation s'enchaînent les phénomènes, dans quelles proportions ces diverses altérations nerveuses, hépatiques, ou vasculo-sanguines, se combinent-elles, pour faire apparaître le purpura : c'est ce qu'on ne peut préciser maintenant, on ne peut qu'invoquer le rôle prédominant d'un de ces facteurs, selon tel ou tel cas, et croire à la persistance des lésions pour s'expliquer l'existence des purpuras chroniques « sans qu'une variété pathogénique spéciale semble devoir être créée de ce fait ». (Grenet.)

Le traitement idéal du purpura chronique doit viser à la fois le processus causal et les symptômes constatés : le premier point est souvent difficile à atteindre, dans l'incertitude où l'on est; néanmoins, le repos au lit, une désinfection du tube digestif au moyen de purgatifs ou mieux de laxatifs légers, pour éviter la congestion de la muqueuse digestive, une alimentation très peu carnée, ou même le régime lacté, seront toujours de mise au moment des poussées aiguës.

Au symptôme purpura lui-même, s'adressent quelques moyens thérapeutiques ainsi qu'aux hémorragies et aux altérations du sang.

Les vaso-constricteurs, injections sous-cutanées de chlorhydrate d'adrénaline (1/10 de milligramme à la fois) ou II gouttes de la solution au 1/1000 à l'intérieur, l'hamamélis, le tannin, l'ergotine en pareil cas cependant très infidèle, pourront être essayés.

Les coagulants, boissons acidulées, citriques, tartriques, sulfuriques, le chlorure de calcium surtout, semblent très indiqués. Marfan administre ce médicament pendant des semaines entières, il est très bien supporté, même par les enfants.

Marfan recommande une cuillerée à soupe dans un verre d'eau avant chacun des deux grands repas de la solution suivante :

Eau distillée..............	300 grammes
Chlorure de calcium.......	8 grammes

P. E. Weill a obtenu des résultats appréciables de l'injection sous-cutanée ou mieux intraveineuse de sérum de cheval frais, ou à défaut, de sérum antidiphtérique. On peut redouter ici les accidents anaphylactiques en ce qui concerne le traitement prolongé du purpura chronique, et d'ailleurs les résultats obtenus sont moins heureux que dans l'hémophilie.

Nobécourt et Tixier ont dernièrement attiré l'attention sur les injections sous-cutanées de peptone de Witte renouvelées tous les deux ou trois jours, à raison de 6 ou 7 centimètres cubes à la fois, et en diminuant ensuite les doses progressivement. Quelques injections seulement seraient nécessaires.

La solution à employer est celle-ci :

Peptone de Witte.........	5 grammes
Chlorure de sodium.......	0g50
Eau distillée..............	100 grammes

Trouble à froid, elle se clarifie à l'ébullition, on filtre chaud et on stérilise à 120 degrés, le liquide obtenu est tout à fait clair.

Enfin, quand on a lieu de croire à une insuffisance hépatique pouvant être à l'origine de l'affection, on peut recourir à l'opothérapie appropriée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

(*Se rapportant spécialement au purpura chronique et ayant servi de base à cette étude.*)

ACHARD et GRENET. Purpura orthostatique, *Soc. méd. des hôpit.*, 1904. — APERT. Th. de Paris, 1897. — APERT et RABÉ. Maladie de Werlhof chronique, *Bull. méd.*, 1897, p. 1081.

BENSAUDE et RIVET. Les formes chroniques du purpura hémorragique, rapports avec la tuberculose, *Arch. gén. de méd.*, 1905; — Formes chroniques du purpura hémorragique, *Congr. de Lisbonne*, 1906; *Presse méd.* 1906. — BOUCHOT. *Syndrome scorbutiforme des jeunes enfants*, Th. de Paris, 1905. — BRANDMENIER. Purpura annulaire télangiectode, *Arch. f. dermat.*, 1905. — BUISINE. *Purpura et tuberculose*, Th. de Bordeaux, 1892. — BENSAUDE. Sur l'absence de rétraction du caillot sanguin et de transsudation du sérum dans les différentes variétés de purpura hémorragique, *Soc. méd. des hôpit.*, 1897, p. 36. — BAILLY. *Le purpura chronique de l'angio-sclérose*, Th. de Paris, 1910. — BÉRARD et ROUBIER. Classification et pathogénie des purpuras, *Gaz. des hôpit.*, 1907, p. 1635 et 1671 (bibliographie complète de 1900 à 1907).

CARNOT, BENSAUDE et HARVIER. *Soc. méd. des hôpit.*, 6 avril 1906. — DU CASTEL. Th. d'agrég., 1883. — COLLIER (James). Purpura chronique, *Proceeding of the Royal Soc. of Med.*, déc. 1908.

DEBRIE. Cas de purpura chronique à vastes ecchymoses et à récidives indéfinies, *Bull. méd.*, 1900, p. 1297.

EDGEWORTH. Cases of chronic purpura with and without cutaneous lesions, *Brit. med. Journ.*, London 1912, p. 715.

FRANÇOIS-DAINVILLE (E.). *Clinique pratique médico-chirurgicale de pathologie*, etc., Paris, 1909, p. 201. — FAISANS. Th. de Paris, 1882.

GRANCHER, MARFAN, COMBY. *Traité des maladies de l'enfance.* — GAUCHER. *Maladies de la peau*, in Brouardel et Gilbert. — GAUCHER et LACAPÈRE. Purpura chronique de l'angio-sclérose, *Soc. méd. des hôpit.*, 26 avril 1901. — GAUCHER et FLURIN. *Soc. de dermatol. et de syphil.*, 3 mars 1910. — GAUCHER et JOLTRAIN. *Journ. de méd. interne*, 10 oct. 1909. — GACHON. *Maladie de Werlhof chez l'enfant*, Th. de Montpellier, 1910-1911. — GRENET (Henri). *Pathogénie du purpura*, Th. de Paris, 1905.

HAYEM. *Leçons cliniques sur les maladies du sang*, 1900; — *Presse méd.*, 22 juin 1895. — HUTINEL. *Les maladies des enfants*, t. II, p. 426; — *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, Paris, 1908, p. 229.

LENOBLE. Maladie de Werlhof chronique, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 17 mars 1899, p. 318. — LION et LE BLAYE. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 25 avril 1910. — LENOBLE. Purpura myéloïde chronique, *Congr. franç. de*

méd., 1907; — *C. r. de la Soc. de biol.*, Paris, 18 oct. 1902; — *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1910, p. 512. — Labbé et Laignel-Lavastine. Syndromes hématiques associés, *Arch. des mal. du cœur, des vaisseaux et du sang*, 1911, p. 25. — Labbé et Beaujard. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1905, p. 828. — Labbé. *Soc. méd. des hôpit.*, 27 janv. 1905.

Majocchi. Purpura annulaire télangiectode, *Giorn. ital. de malatt. vener. e pelle*, 1898. — Miodet. *Les formes chroniques du purpura hémorragique*, Th. de Paris, 1905. — Marfan. Maladie de Werlhof chronique, *Méd. mod.*, 13 avril 1895. — Mathieu. Th. de Paris, 1883. — Mosny et Harrier. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 8 fév. 1907.

Nanu. *Purpura chronique à grandes ecchymoses*, Th. de Paris, 1900. — Nobécourt et Tixier. Un cas de purpura hémorragique traité par des injections sous-cutanées de peptone de Witte, *Méd. infant.*, Paris, 1911, p. 49 et *Gaz. des hôpit.*, 17 janv. 1911.

Pirson. *Scalpel*, Liége, 1911, p. 175. — Parkes-Weber. *Brit. Journ. of Dermat.*, fév. 1910.

Robert. *Purpura hémorragique et tuberculose chronique*, Th. de Paris, 1904. — Raffin de la Raffini. Th. de Bordeaux, 1905.

Weill (P.-E.). La coagulation du sang dans les états hémorragiques, *C. r. de la Soc. de biol.*, Paris, 8 déc. 1906; — Sérothérapie chez les purpuriques, *Soc. méd. des hôpit.*, 18 janv. 1907.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 27 décembre 1912)

Leucoplasie coexistant avec un chancre. Réinfection syphilitique probable. — MM. Landouzy et Marcel Pinard rapportent une observation de leucoplasie commissurale coexistant avec un chancre syphilitique.

Ce chancre nain siégeait au prépuce, contenait des tréponèmes et était accompagné d'adénopathie classique.

Les signes secondaires furent réduits au minimum, roséole discrète disparue rapidement pour ainsi dire avant tout traitement, pas de plaques muqueuses, le Wassermann était positif.

Le malade avait eu, huit ans auparavant, une ulcération génitale diagnostiquée herpès, rien ne fut remarqué par la suite sauf une céphalée tenace et nocturne et une lassitude qui persista longtemps.

Les antécédents, la bénignité de l'atteinte actuelle, la leucoplasie font croire à une réinfection syphilitique.

Un cas de maladie osseuse de Paget avec lésions des extrémités. Intégrité du système artériel. — MM. P. Ménétrier et Legrain présentent une malade âgée de quarante-sept ans, atteinte depuis quatre ans environ de maladie osseuse de Paget. Lésions osseuses accentuées des os ordinairement lésés : tibia, fémur, humérus, cubitus avec participation des articulations du genou et du coude. Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est la participation des os des extrémités : mains et pieds. Intégrité absolue du système artériel. Enfin si la syphilis n'a pu être nettement établie le traitement mercuriel a atténué notablement les douleurs et il sera intéressant de suivre la malade pour voir si ce traitement arrêtera l'évolution de la maladie.

Sténose hypertrophique du pylore. — M. P. Fredet rapporte l'observation d'un jeune malade de M. L. Tixier atteint de sténose hypertrophique du pylore, qu'il a traité par la gastro-entérostomie à l'âge de treize jours et guéri. L'enfant est âgé de plus de trois mois et se développe d'une façon admirable. Il s'agit vraisemblablement du cas le plus précoce de gastro-entérostomie.

A propos de cette observation, M. Fredet discute les conditions du traitement chirurgical. Ce traitement doit être avant tout hâtif; il ne faut pas attendre que l'enfant soit épuisé par l'inanition et par les vomissements. Actuellement, la gastro-entérostomie postérieure semble devoir prendre le pas sur la pyloroplastie extramuqueuse jadis préconisée par l'auteur. Les séries opératoires récentes de Scudder et de Richter prouvent que les deux opérations sont équivalentes, au point de vue de la gravité. Les recherches de Talbot sur le métabolisme font voir que les petits gastro-entérostomisés assimilent les graisses et les albuminoïdes d'une façon normale. La persistance indéfinie de la tumeur pylorique, démontrée par la radiographie chez les gastro-entérostomisés, fait craindre que la pyloroplastie laisse en circuit un organe anatomiquement défectueux.

Un cas de leucoplasie commissurale sans préexistence de syphilis. — MM. Queyrat et Bouttier présentent un homme de cinquante ans présentant sur la lèvre une tuméfaction ayant débuté par une pustule rouge sombre, indolore, accompagnée d'adénite et dont un examen bactériologique démontra, par la présence de tréponèmes, de nature syphilitique certaine. Ce qui fait l'intérêt de ce cas c'est que le malade est en même temps porteur d'une plaque de leucoplasie commissurale des plus nettes. Cette leucoplasie qui existe chez ce malade depuis quelque temps déjà paraît due au tabac et ne peut être de nature syphilitique, à moins d'admettre ce qui est impossible que l'accident actuellement constaté est une récidive.

M. Milian fait remarquer qu'il peut en effet exister des plaques de leucoplasie commissurales non syphilitiques mais c'est une exception. Quant aux leucoplasies linguales elles sont toujours spécifiques.

Bigéminie cardiaque avec dissociation auriculo-ventriculaire, d'origine digitalique. — MM. O. Josué et Henri Godlewski apportent des tracés artériels et veineux et des électrocardiogrammes d'un malade qui a présenté un pouls bigéminé à la suite d'un traitement digitalique. Seuls les électrocardiogrammes ont permis d'analyser l'arythmie complexe de ce sujet.

Cette arythmie résumait deux troubles que détermine la digitale.

1° *Rythme couplé* constitué par deux contractions ventriculaires dont l'électrocardiogramme montre l'origine. La première naît de la partie supraventriculaire du faisceau de His, près du noyau de Tawara. La deuxième est une extrasystole dont l'origine est le plus souvent à la base du ventricule droit, rarement à la pointe du ventricule gauche. La deuxième contraction est en général déclanchée par la première, qu'elle suit toujours après un même intervalle de temps.

2° *Dissociation auriculo-ventriculaire complète.* — La digitale détermine en général une dissociation incomplète; le blocage complet est très rare. De plus, suivant J. Mackensie, Th. Lewis, la digitale ne détermine la dissociation auriculo-ventriculaire que si le faisceau de His est déjà lésé. Il n'en était rien dans notre cas, ainsi que dans une observation récente de Dawenport Windle, les traces et les électrocardiogrammes ayant démontré l'intégrité du faisceau de His, avant et quelque temps après le traitement digitalique.

Expérimentalement, on a d'ailleurs déterminé chez les animaux le blocage du cœur, sans lésion du faisceau de His, par excitation du pneumogastrique et à l'aide de diverses substances toxiques : adrénaline, muscarine, digitale, etc.

La digitale agit par l'intermédiaire du pneumogastrique, qui exerce une influence inhibitrice sur les fonctions conductrices du faisceau de His.

Le prix Gingeot a été partagé entre M. Rendu (1 000 francs) et M. Water Sales (de Nancy), (500 francs.) [*Le foie dans l'appendicite*].

Eloge. — M. SIREDEY prononce l'éloge funèbre de MM. Danlos et Descroizilles, membres de la Société, morts cette année.

FORMULAIRE

ENTÉRITES CHRONIQUES ET DIARRHÉES

Le képhir est un aliment excellent contre les diarrhées des hypopeptiques parce qu'il n'irrite pas l'intestin et que ses ferments exercent une action destructive non seulement sur les microbes intestinaux, mais aussi sur leurs toxines.

Donner le « Képhir Salières » à la dose d'un verre toutes les deux heures, pur ou coupé d'eau de Vals au début.

LIVRES NOUVEAUX

Eléments de sémiologie et clinique mentales (1),
par le docteur Ph. CHASLIN.

En psychiatrie, comme en clinique générale, toujours il est nécessaire de « se mettre directement en face des faits. La clinique est le premier guide auquel il faut toujours rester fidèle : c'est parfois le seul que nous ayons en aliénation, en l'absence, pour un très grand nombre de formes, de connaissances étiologiques et anatomo-pathologiques réelles ».

C'est conduit par cette idée directrice que le docteur Chaslin vient de publier un traité élémentaire de sémiologie et clinique mentales. Ses observations fort nombreuses et presque toutes personnelles, tirées des services de Bicêtre et de la Salpêtrière, constituent l'essentiel de l'ouvrage.

Dans les deux premières parties, les plus importantes et qui se complètent mutuellement, l'auteur étudie, avec toujours d'intéressants exemples cliniques à l'appui, la sémiologie, c'est-à-dire les signes morbides, puis les types cliniques les plus courants et les mieux établis. Parmi les syndromes, si beaucoup ont les mêmes dénominations et la même place que dans la plupart des traités classiques, quelques-uns par contre sont rangés à part dans des groupes provisoires et dans des cases d'attente. Pour ces derniers, l'auteur s'est refusé à préjuger de leur nature, faisant preuve ainsi d'une prudente réserve que certains pourront trouver excessive.

La troisième partie est consacrée à l'examen des malades, elle comprend les procédés d'étude, l'interrogatoire et la manière de prendre une observation. Quant aux deux dernières parties, elles sont consacrées au traitement et aux formalités légales et administratives concernant les aliénés.

Le livre du docteur Chaslin est un recueil de documents vécus du plus haut intérêt; il constitue une œuvre essentiellement personnelle, dans laquelle l'observation clinique tient la place de beaucoup la plus importante. On y chercherait vainement l'exposé des théories régnantes, et cette absence des conceptions actuelles pourrait être considérée comme un signe de dédain de la part de l'auteur pour les travaux modernes de psychologie pathologique. Je ne veux pour ma part y voir que l'effet d'une tendance réactionnaire contre des doctrines qui peuvent sembler parfois insuffisamment établies et la marque de la conviction sincère d'un observateur, conviction acquise au cours d'une longue expérience psychiatrique.

L'auteur, avec sagesse, a su se détourner de la pente glissante des théories et éviter l'écueil toujours redoutable des doctrines. Sachant le danger des généralisations hâtives qui empêchent quelquefois de voir les faits et peuvent même entraîner un recul sur les acquits de la clinique, il a voulu, à l'instar de Morel, « se contenter de décrire certains malades et ne pas tenter de les classer d'une manière rigoureuse ».

Pour ces multiples raisons, la lecture de cet ouvrage dédié aux jeunes étudiants ne sera pas moins intéressante, me semble-t-il, pour les psychiatres.

PAUL CAMUS.

(1) In-8 raisin de 956 pages, cartonné toile. — Prix : 18 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

ARTICLES ORIGINAUX

DES

PRINCIPALES PUBLICATIONS FRANÇAISES

ET ÉTRANGÈRES

Bulletin général de thérapeutique. — (15 déc. 1912.) G. LEVET : Asthme, dyspnée et toux gastrique.

Bulletin médical. — (N° 99, 14 déc. 1912.) PINARD : De l'eugénétique. — (N° 100, 18 déc.) COMBY : L'encéphalite aiguë chez l'enfant. — MONPROFIT : A la Croix-Rouge hellénique. — (N° 101, 21 déc.) HERVÉ et ROLLAND : Pourquoi on diffère dans l'appréciation des résultats du pneumothorax artificiel.

Bulletin médical de l'Algérie. — (N° 19, 10 déc. 1912.) COCHEZ : Corps étranger de la vessie. — GROS : Une épidémie familiale de paratyphoïde. — ABOULKER : Contribution à l'étude de l'occlusion congénitale des choanes.

Echo médical du Nord. — (N° 50, 15 déc. 1912.) GELLÉ : Les avantages de l'histologie comparée dans la compréhension de la physiologie normale et pathologique de la fonction endocrine du pancréas. — LECLERCQ et CULOT : Les lésions oculaires produites par la lumière électrique devant la loi sur les accidents du travail.

Encéphale. — (N° 12, 10 déc. 1912.) H. CLAUDE : La méningo-encéphalite syphilitique aiguë des tabétiques. — G. MAILLARD : Des troubles d'apparence myotonique dans la maladie de Parkinson.

Gazette des praticiens. — (N° 437, 15 déc. 1912.) DEBOVE : Les causes des maladies. — BOISSARD : Traitement de l'helminthiase. — G. LEMOINE : Action de l'adonis vernalis sur la tension artérielle. — CHALIER et NOVÉ-JOSSERAND : De la conservation et du retour des réflexes rotuliens dans le tabes dorsalis. A propos d'un malade atteint de crises gastriques tabétiques.

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux. — (N° 50, 15 déc. 1912.) LEURET : Le traitement de la tuberculose pulmonaire par la méthode de Forlanini. Mon instrumentation. La technique. — TEULIÈRES : Quelques considérations sur la guérison d'un décollement rétinien myopique. — (N° 51, 22 déc.) LEURET : Le traitement de la tuberculose pulmonaire par la méthode de Forlanini. Observations et résultats (*suite*).

Gazette médicale de Nantes. — (N° 50, 14 déc. 1912.) BIAUTE : L'enseignement des maladies mentales d'après le décret de 1911. — GOURDET : Suture des parois abdominales dans la région sus-ombilicale. — (N° 51, 21 déc.) H. COLLET : Des hémoptysies dans la granulie.

Journal de médecine de Bordeaux. — (N° 50, 15 déc. 1912.) ROUSSEAU SAINT-PHILIPPE : Le diagnostic du cri chez l'enfant. — DUVERGEY : Sténose duodénale par cicatrice d'ulcère ancien du duodénum. Gastro-entérostomie de von Hacker. Guérison.

Journal de médecine interne. — (N° 35, 20 déc. 1912.) Parmentier et Salignat : La résistance globulaire dans l'ulcère et dans le cancer de l'estomac.

Journal des praticiens. — (N° 50, 14 déc. 1912.) Schwartz : Sur un cas de mammite aiguë. — Leredde : Les règles du traitement de la syphilis nerveuse (*fin*). — C. Benoit : Un kyste géant de la grande lèvre. — (N° 51, 21 déc.) Déjerine : Les compressions lentes de la moelle épinière. — Widal : Erythème polymorphe ou érythème noueux. — Cantaloube et Thibault : La fièvre de Malte en France. — G. de Parrel : La rééducation auditive et sa valeur thérapeutique.

Journal des sciences médicales de Lille. — (N° 50, 14 déc. 1912.) C. Lepoutre : Rupture des voies biliaires par contusion de l'abdomen chez un enfant. Opération. Guérison.

Journal médical de Bruxelles. — (N° 50, 12 déc. 1912.) Jean Verhoogen et de Graeuwe : Sur le cancer du rectum. — (N° 51, 19 déc.) G. Bouché : La craniectomie décompressive.

Journal scientifique et médical de Poitiers. — (Déc. 1912.) Delaunay : La rage. — Faivre : Onychophagie. Prurit tabétique.

Lyon médical. — (N° 50, 15 déc. 1912.) Nogier : La radioscopie rénale.

Marseille médical. — (N° 24, 15 déc. 1912.) Ch. et J. Livon : La vaccination antityphoïde. — Raybaud : Les notions actuelles sur l'étiologie et la prophylaxie de la fièvre ondulante. — Billon : Quelques résultats immédiats de la piésithérapie antiseptique dans la tuberculose pulmonaire.

Montpellier médical. — (N° 49, 8 déc. 1912.) J. Anglada et Em. Chauvin : Recherches sur la crise urinaire de la dothiénentérie. Sa signification pathogénique, sa valeur pronostique (*fin*).

Paris médical. — (N° 2, 14 déc. 1912.) Gilbert et Villaret : Les modifications du débit urinaire au cours des maladies du foie. — Hirtz : Les aortites conjugales. — Etienne et Perrin : Sur la définition des arthropathies nerveuses. — Dopter : Diagnostic bactériologique de la dysenterie amibienne. — (N° 3, 21 déc.) Paul Mathieu : Traitement chirurgical des grosses hernies ombilicales non étranglées chez l'adulte. — Guiart et Lesieur : Adaptation possible d'un parasite du martinet le *crataerhina pallida* aux habitations humaines. — Piéry et Le Bourdellès : Effets généraux et mode d'action du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — Gougerot : Traitement d'un cas de psoriasis généralisé guérissant et des placards psoriasiques localisés.

Pédiatrie pratique. — (N° 274, 5 déc. 1912.) Jean Doche : De l'héliothérapie en climat marin. — (N° 275, 15 déc.) J. Renault et P.-P. Lévy : Pyopneumothorax et bruit du glouglou pleural.

Presse médicale. — (N° 99, 30 nov. 1912.) Gilbert, Chabrol et H. Bénard : Sur la pathogénie de l'hémoglobinurie paroxystique. Syndrome spléno-hépato-rénal. — Radulesco et C. N. Atanassiu : La valeur diagnostique et pronostique de la douleur cystique dans la fièvre typhoïde. — De Valcourt : Nulle opération d'énucléation de la prostate. — A. Martinet : Les deux hypertensions. Hypertension fonctionnelle et hypertension lésionnelle. — (N° 100, 4 déc.) Sicard et Foix : L'albumino-réaction du liquide céphalo-rachidien. Dissociation albumino-cytologique au cours des compressions rachidiennes. — F. Lévy : Considérations sur les rapports des états névralgiques, en particulier des migraines et des névralgies faciales. — (N° 101, 7 déc.) Pouchet : Première leçon. — Issaïlovitch-Dusciau : Hémiplégie après scarlatine chez une femme en couches. — (N° 102, 11 déc.) E. Sergent et C. Lian : Du rôle de l'insuffisance surrénale dans les vomissements gravidiques incoercibles. — (N° 103, 14 déc.) Ch. Fernet : De l'auscultation plessimétrique. — Ambard et Hallion : Sur une modification d'uréomètre en vue du dosage de l'urée sanguine. — L. Ambard : A propos de l'article de MM. Balavoine et Onfray. Sur la constante uréo-sécrétoire.

Progrès médical. — (N° 48, 30 nov. 1912.) Dujol : La méningite cérébro-spinale à pneumocoques du nouveau-né à propos de deux cas observés. — Gilbert Ballet : La presbyophrénie et la démence sénile. — (N° 49, 7 déc.) André Martin : Kystes du pancréas. — Paul Braun et Louis Bodineau : De la mesure du pouvoir hémolytique global des milieux de la réaction de Wassermann. Utilité de cette mesure. — (N° 50, 14 déc.) Hirtz et P. Braun : Effets de l'opération de Freund sur la circulation cardio-pulmonaire chez les emphysémateux. — P. Lereboullet et M. Faure-Beaulieu : Des indications des méthodes endo-bronchiques dans le traitement de la gangrène pulmonaire.

Province médicale. — (N° 48, 30 nov. 1912.) Audry : Sur un petit signe précoce de méningite syphilitique basilo-spinale. — Oui et Lambret : Transfusion directe du sang après hémorragie par décollement du placenta normalement inséré. — A. Cade et A. Mulsana : Sur une modification de la réaction de Meyer. Application à l'hémocoprologie. — (N° 49, 7 déc.) J. Teissier : De la méthode dans l'enseignement de la clinique médicale. Programme du cours. Organisation des services et réglementation du stage. — M Perrin : Sur le mode d'administration des sérums hématopoïétiques.

Revue de chirurgie. — (N° 12, 10 déc. 1912.) Leriche et Cotte : De la cholécystectomie à chaud dans les cholécystites calculeuses aiguës (4 fig.) — Sven Johansson : Contribution à l'étude de la périhépatite bilieuse avec épanchement biliaire dans le péritoine sans perforation de l'appareil biliaire. — E. Ney : Du rôle des veines dans la circulation collatérale artérielle. — André Chalier et Paul Bonnet : Les tumeurs mélaniques primitives du rectum (4 fig.).

Revue de la tuberculose. — (N° 6, déc. 1912.) Vintras : La déclaration obligatoire de la tuberculose pulmonaire en Angleterre. — Berthier : Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire et auscultation.

Revue de médecine. — (N° 12, 10 déc. 1912.) H. et A. Nimier : Note sur quelques manifestations symptomatiques de la paralysie faciale périphérique. — G. Roque et V. Cordier : De la nature tuberculeuse de l'ascite dans les cirrhoses et en particulier dans la cirrhose de Laënnec (*fin*). — J. Courmont, P. Savy et P. Mazel : Un cas de melitococcie prolongée observée dans la région lyonnaise (2 fig.). — J. Cecikas : Contribution à l'étude de l'hérédité pathologique (3 fig.).

Revue hebdomadaire de laryngologie, otologie et rhinologie. — (N° 48, 30 nov. 1912.) Sargnon : Contribution à l'endoscopie directe. — (N° 49, 7 déc.) Labarrière : Sur cinq cas de sinusite frontale. — (N° 50, 14 déc.) L. Vacher et M. Denis : Notre technique actuelle pour le traitement de toutes les sinusites par la voie endonasale.

Revue médicale de l'Est. — (N° 23, 1er déc. 1912.) Frœhlich : Considérations sur le mal de Pott. — André Bœckel : De l'exclusion de la vessie dans la tuberculose réno-vésicale.

Riforma medica. — (N° 46, 16 nov. 1912.) P. F. Zuccola : La nature de la réaction de Cammidge. — A. Dellepiane : Recherches pour contribuer à l'étude pathogénique de l'épilepsie. — C. D. Martelli : Sur les mitochondres des cellules du blastème. — (N° 47, 23 nov.) Luigi Ferrannini : Recherches expérimentales sur l'action du salvarsan. — Giuseppe Lucibelli : L'action de l'iode sur le système vasculaire. — (N° 48, 30 nov.) Luigi Ferrannini : Recherches expérimentales sur l'action du salvarsan. — A. Petrone : A propos de sept cas d'anémie par leishmaniose. — C. Barile : Modification à la technique des greffes nerveuses.

Semaine médicale. — (N° 51, 18 déc. 1912.) L. Cheinisse : La scarlatine expérimentale.

Union médicale et scientifique du Nord-Est. — (N° 23, 15 déc. 1912.) Colleville : Sur deux cas de syphilis cérébro-spinale. Injection épidurale d'arsenobenzol.

TABLE DES MATIÈRES

1912

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

X

Z

TABLE DES AUTEURS

1912

A

B

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies de l'estomac, par les docteurs HAYEM, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et LION. Un vol. gr. in-8 de 68› pages, avec 91 fig. — Prix : broché, 12 francs ; cartonné, 13 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.